

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA OBTURATÓRIA : UM RELATO DE CASO

Pedro Brum Ferraz, Gilson Santana Júnior, Sami Jabbour, Carolina Brito Almeida, Mariana Viegas, Guilherme Stival Candido.
Santa Casa de Caridade de Formiga - MG

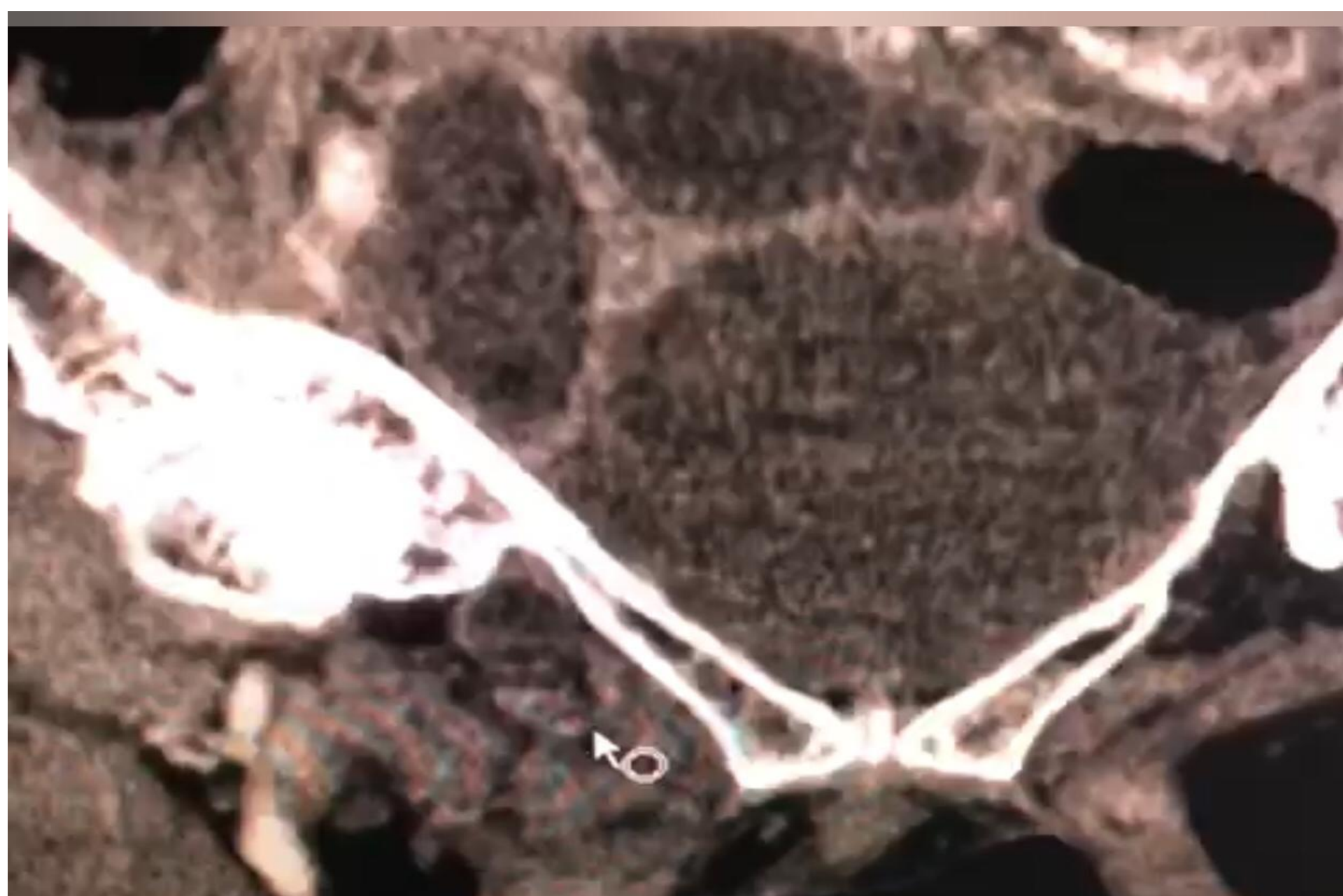


INTRODUÇÃO

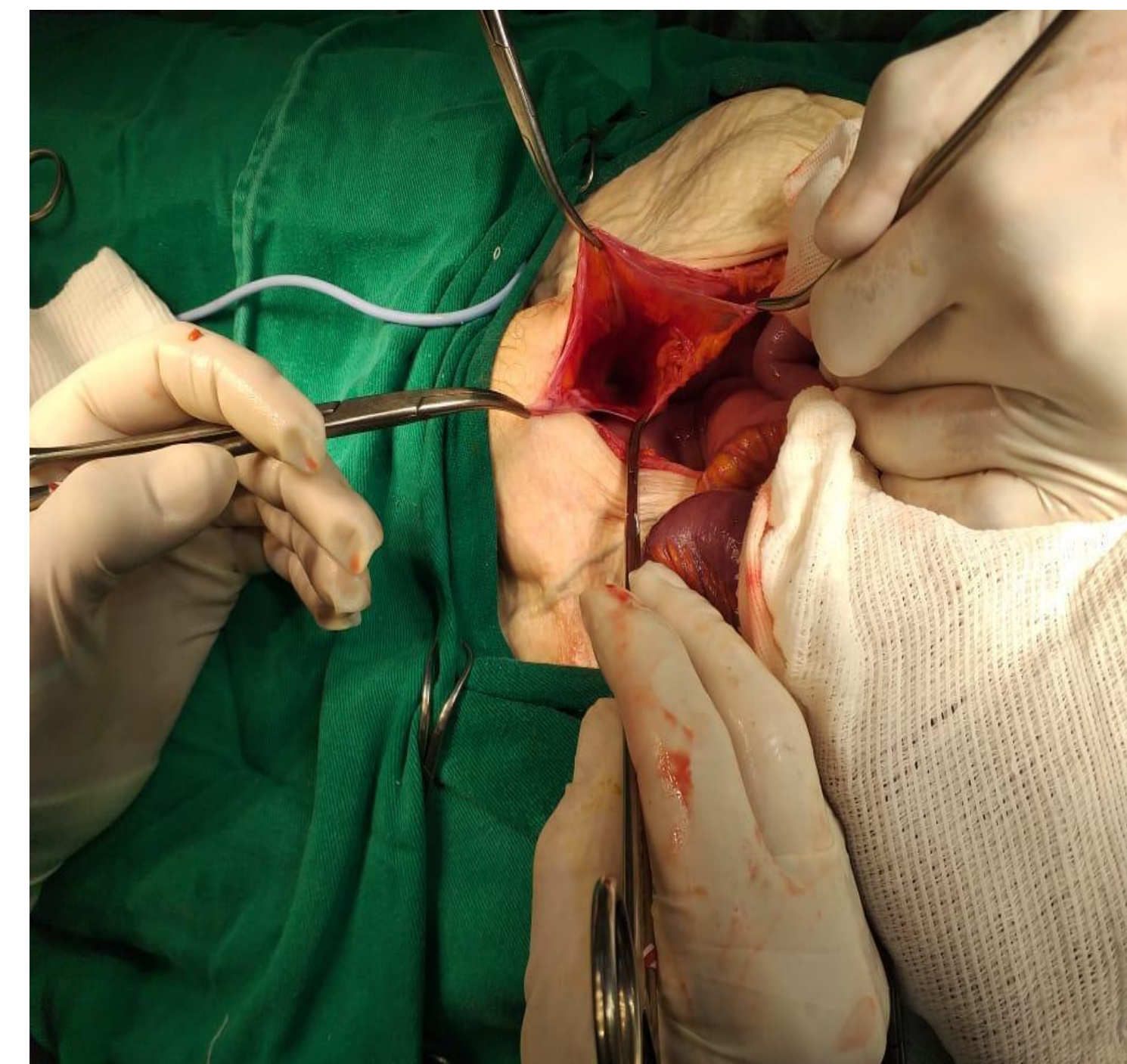
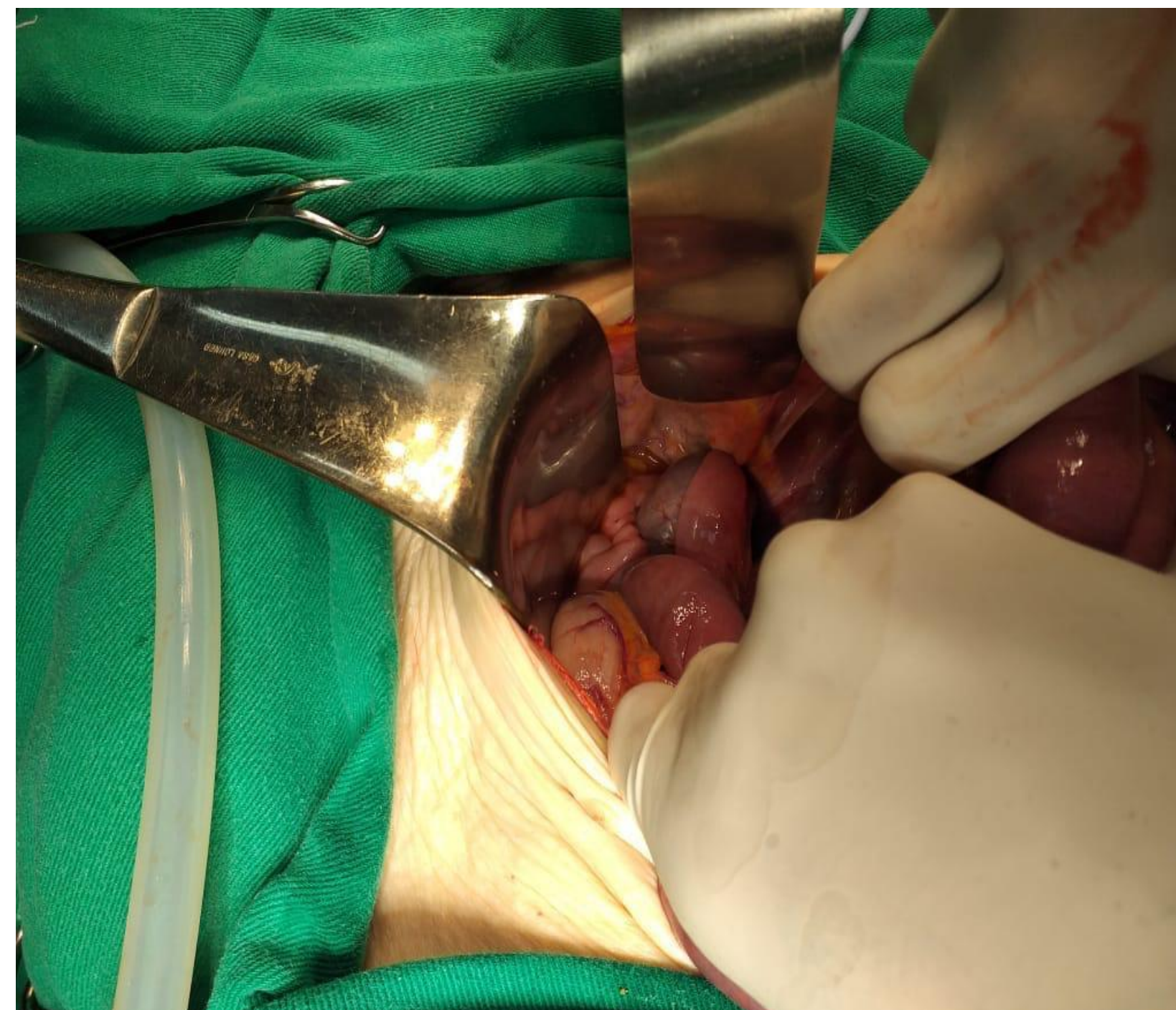
As hérnias obturadoras são a protusão do conteúdo abdominal através do forame obturador, localizado na face anterolateral da parede pélvica, formado pelos ramos do ísquio e púbis. A fraqueza na membrana obturatória, que cobre o forame, pode gerar alargamento do canal e hérnia¹. São frequentes em mulheres após a sétima década, devido anatomia do canal obturador que tem medida mais transversal e obliquamente mais ampla. Representam menos de 0,8% das causas de obstrução intestinal e menos de 1% de todas as hérnias da parede abdominal³. Tem a maior taxa de mortalidade de todas as hérnias, são duas vezes mais comuns ao lado direito, devido a proteção do cólon sigmoide à esquerda. Existe grande risco de encarceramento e estrangulamento, devido ao canal estreito e colo relativamente maior⁴. O diagnóstico em mais de 90% é realizado somente no intraoperatório, já que possui sintomas inespecíficos, sendo a queixa mais comum o sinal de Howship-Romberg (dor ou parestesia que se estendem da prega inguinal até a face anteromedial da coxa ipsilateral) por compressão nervo obturador¹. Também pode-se apresentar massa palpável proximal da coxa entre os músculos pectíneo e adutor longo⁶. Para pacientes com obstrução intestinal, uma abordagem transperitoneal videolaparoscópica é preferida. Aos sem obstrução, prefere-se abordagem pré-peritoneal posterior, que fornece acesso fácil à hérnia e evita aderências intra-abdominais no futuro^{4,7}.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 89 anos, diabética tipo 2, hipertensa, IMC 19,2 kg/m². Procura atendimento devido distensão abdominal, vômitos e parada eliminação de flatos e fezes há cinco dias. Ao exame físico, descorada +/-4, desidratada +, estável hemodinamicamente e orientada. Ritmo cardíaco regular, pulsos amplos. Abdômen sem cicatrizes prévias, distendido, hiper timpânico, sem peritonite. Toque retal ampola vazia. Realizados medidas iniciais para o abdome agudo obstrutivo e solicitado tomografia de abdome e pelve, que apresentou distensão delgado e conteúdo intestinal estrangulado no canal obturador. Ausência de pneumoperitônio ou líquido livre na cavidade.



Realizado laparotomia exploratória através incisão infra umbilical e dissecação por planos. Identificada alça de delgado encarcerada no forame obturador (figura 2) com sinais de sofrimento isquêmico (figura 3).



Realizado enterectomia segmentar e anastomose látero-lateral mecânica. Hernioplastia com colocação de tela polipropileno em forma de cone no forame obturatório e fechamento peritoneal. Paciente recebeu alta no quarto dia pós operatório, sem intercorrências durante internação.

DISCUSSÃO

A hérnia obturatória ocorre frequentemente em mulheres idosas, de IMC baixo e aspecto frágil. Outros fatores como obstipação, multiparidade e DPOC também podem estar relacionados. Já cirurgias prévias do abdome inferior como um possível fator protetor; as aderências do conteúdo pélvico parecem dificultar passagem de conteúdo abdominal pelo canal obturador. Em aproximadamente 90% dos casos se encontra encarcerada e em 35% desses casos estrangulada, necessitando ressecção intestinal. Na maioria das vezes o diagnóstico ainda é realizado no intraoperatório; por quadro clínico ser pouco específico, embora o diagnóstico tomográfico seja padrão ouro quando avaliado por um radiologista. O tratamento laparoscópico vem ganhando espaço, visto que apresenta menor chance de complicações pós operatórias e menor risco de hérnia incisional. Entretanto, a laparotomia ainda é a mais utilizada, já que muitas vezes esses pacientes estão descompensados, devido abdome agudo e outras comorbidades que geralmente estão associadas nessa faixa etária. A colocação de tela não deve ser realizada quando existe contaminação da cavidade abdominal, sendo realizado apenas o fechamento do saco herniário com sutura em bolsa com fio não absorvível. A maioria dos casos são reparados com tela, porém faltam dados na literatura comparando as taxas de recidiva com o reparo sem tela.

CONCLUSÃO

A relevância desse caso deveu-se a dificuldade do diagnóstico clínico específico, por ser uma patologia incomum, tornando seu diagnóstico geralmente intraoperatório, porém com achados radiológicos claros e tratamento cirúrgico variado, tendo como técnica prefira a via transperitoneal videolaparoscópica.

REFERÊNCIAS

1. STAMATIOU D, SKANDALAKIS LJ, ZORAS O, MIRILAS P. OBTURADOR HERNIA REVISITED: SURGICAL ANATOMY, EMBRYOLOGY, DIAGNOSIS, AND TECHNIQUE OF REPAIR. AM SURG. 2011 SEP; 77(9): 1147-57
2. SILVA AL. HÉRNIAS. 2ª ED. SÃO PAULO: ROCA; 2009. 922p.
3. BELLA A, BATISTA RODRÍGUEZ G, BUONOMO N, MARTÍNEZ C, HERNÁNDEZ P, BOLLO J, TARGARONA EM. PERINEAL HERNIA REPAIR AFTER ABDOMINAL EXCISION OR EXTRALEVIATOR ABDOMINOPERINEAL EXCISION: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE.
4. MURAI S, AKATSU T, YABE N, ET AL. IMPACTED OBTURADOR HERNIA TREATED SUCCESSFULLY WITH A KUGEL REPAIR: REPORT OF TWO CASES. SURG TODAY; 2009;39:821-4.
5. HODGINS N, CIEPLUCHA K, CONNEALLY P, GHARREB E. OBTURADOR HERNIA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. INT J SURG CASE REP. 2013; 4:889-92.
6. MANDARRY MT, ZENG SB, WEI ZQ, ZHANG C, WANG ZW. OBTURADOR HERNIA A CONDITION SELDOM THOUGHT OF AND HENCE SELDOM SOUGHT. INT J COLORECTAL DIS. 2012;27(2):133. EPUB 2011 AUG 20.
7. PEÑA ME, SÁDVA EE, MATZNER PERFUMO M, PIATTI J, BUN ME, ROTHOLTZ NA. PRIMARY PERINEAL HERNIA: LAPAROSCOPIC REPAIR. DIS COLON RECTUM. 2020; 63(4):563.
8. SALAMH JR. PRIMARY AND UNUSUAL ABDOMINAL WALL HERNIAS. SURG CLIN NORTH AM. 2008 FEB;88(1):45-60.