



Hérnia de Spiegel: Relato de caso

Hisashi Aoyagi¹; Juana Portales Marcos²; Bianca Damasceno Gonçalves³; Norah Valeria⁴; Vivianne Caixeta Monteiro⁵; Vanessa Tiemi Comosako⁶

Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio

Introdução

Descrita pela primeira vez por Klikosch em 1764^{1,2}. As hérnias spigelianas (HS) são protrusões de um saco peritoneal, órgão ou gordura pré-peritoneal por meio de defeito adquirido ou congênito através da fásia spigeliana, que faz parte da aponeurose do músculo transversal abdominal, localizando-se entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, frequentemente acima dos vasos epigástricos inferiores, ao nível da linha arqueada, onde a fásia encontra-se mais larga e delgada⁴. A particular fraqueza dessa área representa o elemento patogênico fundamental que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico, sendo com frequência devido aos seguintes fatores.

Representa apenas 0,1 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal. A HS é intersticial em 98% dos casos e segue para baixo e lateralmente, entre as fibras dos músculos oblíquos externo e interno⁴. Geralmente ocorrem em indivíduos do sexo feminino, entre 40 e 70 anos de idade apesar de já ter sido descrito até em lactentes^{5,6}.

Tem como fatores predisponentes incluem-se obesidade, rápida perda de peso, múltiplas gestações, DPOC, constipação crônica, ascite, traumas e procedimentos cirúrgicos prévios; essas condições não somente determinam aumento da pressão intra-abdominal, mas também causam maior enfraquecimento da parede⁸.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, de 59 anos de idade, pardo, de procedência urbana, com antecedentes de insuficiência cardíaca, etilismo e neoplasia do trato gastrointestinal abordada por laparotomia exploradora em 2014 com confecção de colostomia em flanco esquerdo com posterior reconstrução do trânsito intestinal. Ingressa no pronto socorro com quadro de dor em abdômen superior há dois meses com piora há 1 dia associado a náuseas, vômitos, inapetência, dispneia e parada da eliminação de gases e flatos, com melhora ao repouso.

Ao exame físico apresentava-se com dor abdominal a palpação profunda em flanco esquerdo, sem massa palpável. Abdome globoso e algo tenso. Cicatriz em flanco esquerdo, que segundo o paciente é referente a uma colostomia prévia. Os exames complementares evidenciaram Hemoglobina: 12,3, Hematócrito: 38%, Leucometria: 7.700, Plaquetas: 204.000, INR: 1,59. O Eletrocardiograma não mostrou alterações, e a Radiografia de Tórax evidenciou uma cardiomegalia.

A Tomografia de Abdômen constatou hérnia de parede abdominal lateral esquerda entre os músculos reto e oblíquo com conteúdo de alças intestinais e líquido coletado associado a saco herniário. No laudo apresentado, havia sinal de sofrimento de alças intestinais. Fígado de dimensões preservadas e contornos lobulados e bordos rombos e densidade normais, sem sinais de dilatação de vias biliares intra-hepáticas (Figura 1).

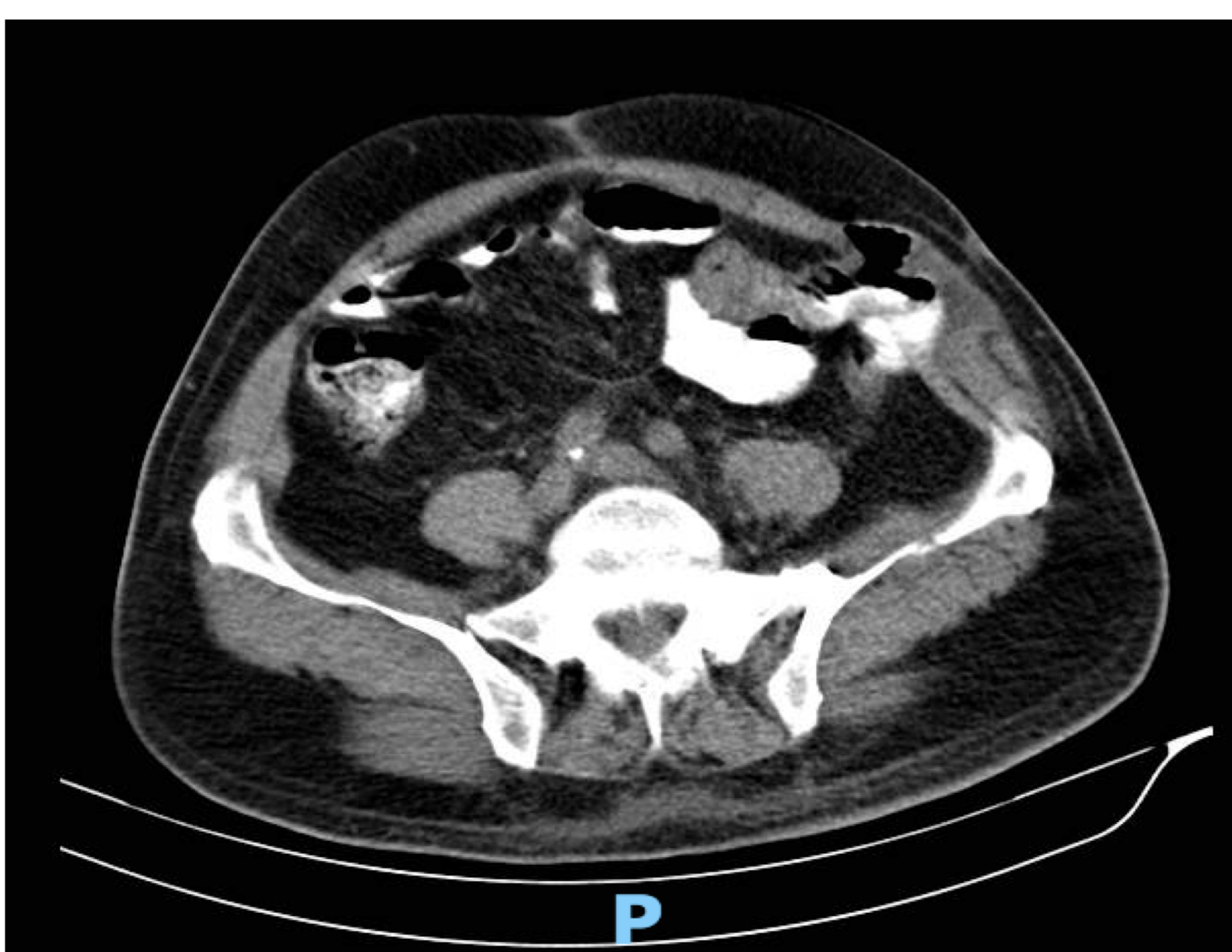


Figura 1: Tomografia axial abdominal (sem contraste), evidenciando hérnia spigeliana a esquerda

No procedimento operatório foi realizado uma incisão para mediana esquerda de aproximadamente 12 cm infra umbilical, dissecado por planos até a aponeurose do músculo oblíquo externo, onde foi identificado o defeito na parede posterior e o saco herniário. Realizada a dissecação do saco herniário com identificação de alças intestinais sem sofrimento e com aderência de alças intestinais em local de colostomia prévia, porém sem sinais de obstrução e com pequena quantidade de líquido livre em cavidade. Realizou-se rafia do saco herniário e remoção do excesso de conteúdo, com posterior fixação de tela.

Discussão

O quadro clínico da HS desde assintomático até casos graves de encarceramento e estrangulamento intestinal. Em geral predominam queixas de dor abdominais inespecíficas de intensidade variável e que aumenta aos esforços e sensação de massa abdominal^{1,3,4,6}. A ausência de sintomas típicos e a falta da experiência médica com esse tipo de hérnia podem dificultar o diagnóstico precoce. Isso se torna ainda mais complicado pelo fato da aponeurose do músculo oblíquo externo encontrar-se intacta, cobrindo com isso, o defeito da parede abdominal.

O diagnóstico de HS tem crescido nos últimos anos, grande parte devido aos avanços tecnológicos como o uso de USG, tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdômen. O USG trata-se de um exame não invasivo, rápido, que fornece boas imagens mesmo em pacientes obesos, podendo inclusive ser utilizado na urgência. A tomografia é útil quando persiste a dúvida e a ressonância magnética é considerada a mais precisa porém é sujeita a presença de artefatos e pouco disponível nos hospitais, sendo mais útil no diagnóstico em pacientes obesos. O USG e tomografia mostram acurácia semelhantes para evidenciar hérnias de Spiegel⁶.

Cerca de 20% das hérnias de Spiegel evoluem com estrangulamento devido ao pequeno diâmetro do anel herniário⁹. Então o tratamento da hérnia deve ser cirúrgico. Ainda não se definiu se a abordagem laparoscópica é superior a aberta, grande parte devido a falta de experiência no manuseio dessas hérnias por essa via, embora tenha-se demonstrado que essa via é segura e efetiva mesmo em situações de urgência. Recomenda-se ainda a colocação de próteses, principalmente quando os defeitos na parede abdominal são grandes ou quando essa parede é frágil^{1,6,7}.

No caso relatado, o quadro algico inespecífico, associado a queixas do trato gastrointestinal, levou a solicitação de exames de imagem complementar, onde se evidenciou a hérnia de Spiegel. A conduta tomada pela equipe foi o manejo cirúrgico pela técnica aberta devido a maior afinidade dos cirurgiões com a referida técnica e optou-se por colocação de prótese de polipropileno devido a fraqueza na parede abdominal do paciente.

Conclusão

Hérnia de Spiegel é uma hérnia rara. Seu diagnóstico requer um exame físico detalhado, alta grau de suspeição aliado a exames de imagem. Seu tratamento definitivo é apenas cirúrgico e a técnica indicada depende da experiência do cirurgião.

Referências

- 1- CRUZ A, LERMA R, GANFORNINA FS, BÁEZ F, MUNTANE J, PADILLO FJ. Cartas al Editor. Revista Espanhola Enfermedades Digestivas (Madrid). Vol. 104, N.º 11, pp. 612-613, 2012.
- 2- EGEA, AM. Investigacion histórica de las hérnias laterales de la pared abdominal. Rev. Chil. Cir. Vol. 67 - No 1, Febrero 2015; pág. 93-101
- 3- FERREIRA MVG, CORA AJ, SUARÉZ CR, POSADA JP, HERNANDEZ RN. Hérnia de Spiegel vs. neoplasia de cólon. A proposito de un caso. Rev. méd. electrón [Seriada en línea] 2011;33(2).
- 4- LEON JS, ACEVEDO AF, DELLEPIANE P. Hérnia de Spiegel. Ver Chilena de Cirurgia. Vol. 63- No 1, Febrero 2011; pág. 64-68.
- 5- MONTALVO ÁC, ÁLVAREZ MV, FERNANDEZ GL, LÓPEZ LAJ, OVIEDO GM, LARA CC, et al. Hernias atípicas en la infancia. Rev. Pediatría Aten. Primaria. 2015; 17:139-43.
- 6- VGF, ABRAHAMS JC, CAMEJO RS, JIMÉNEZ PP, RODRIGUEZ NH. Hérnia de Spiegel vs. Neoplasia de cólon. A propósito de um caso. Revista Médica Electrónica. 2011;33(2)
- 7- RODRIGUEZ JC, DOMINGUEZ LC, CEDEÑO YP. Hérnia de Spiegel. A propósito de um caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2014;13(5):751-756.
- 8- SOPPA R. Spigelian hernias. In: Chevrel JP, editor. Hernia an surgery of the abdominal wall. Berlin: Springer; 1997. p.267-9.
- 9- TURATTI RC, MOURA VM, CABRAL RH, NETTO DS, SEVILLANO MM, LEME PLS. Aspectos ultrassonográficos e anatomia da aponeurose do músculo transversal do abdome. ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. 2013; 26 (3): 184-189.