HÉRNIA DE SPIEGEL ESTRANGULADA

STRANGLED SPIEGEL HERNIA

Iago Barbosa Pinto Rodrigues, Marta Rodrigues Félix, Marcos Dorival Zago, Leonardo Rodovalho

DOI - 10.5935/2236-5117.2019v56a09

RESUMO

A hérnia de Spiegel representa 1-2% das hérnias abdominais, gera sintomas inespecíficos, possui pequena dimensão e seu diagnóstico normalmente é auxiliado por exames de imagem. Essa hérnia ocorre através da aponeurose Spigeliana, cuja delimitação é a linha semilunar, que é resultante da transição do músculo transversal do abdome para sua aponeurose, e a borda lateral do músculo reto. Descreve-se o caso de uma paciente de 59 anos com dor abdominal em quadrante inferior direito cujo tratamento foi herniorrafia.

Palavras-chave: Hérnia abdominal; abdome agudo; parede abdominal; aponeurose; herniorrafia.

ABSTRACT

Spiegel's hernia represents 1-2% of abdominal hernias, generates nonspecific symptoms, has a small size, and imaging exams usually aid its diagnosis. This hernia occurs through the Spigelian aponeurosis, whose delimitation is the semilunar line, resulting from the transition from the transverse muscle of the abdomen to its aponeurosis, and the lateral border of the rectus muscle. We report the case of a 59-year-old female patient with right lower quadrant abdominal pain whose treatment was herniorrhaphy.

Keywords: Hernia, abdominal; abdomen, acute; abdominal wall; aponeurosis; herniorrhaphy.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel ocorre devido a um defeito da aponeurose Spigeliana, localizada entre a linha semilunar de Spiegel e a borda lateral do músculo reto.¹ É uma patologia rara, correspondendo a 1-2% das hérnias da parede abdominal anterior.²

Essa hérnia não apresenta sintomatologia característica. Pode se localizar profundamente entre os diversos planos da parede abdominal abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo, apresentando-se como saco herniário de tamanho pequeno, sem massa evidente à inspeção ou palpação.² O diagnóstico pode ser clínico,

Iago Barbosa Pinto Rodrigues – Rodrigues IBP. Acadêmico de Medicina. Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-Distrito Federal, Brasil.

Marta Rodrigues Félix – Félix MR. Acadêmico de Medicina. Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-Distrito Federal, Brasil.

Marcos Dorival Zago – Zago MD. Médico. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-Distrito Federal, Brasil.

Leonardo Rodovalho – Rodovalho L. Médico. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília-Distrito Federal, Brasil.

Correspondência: Iago Barbosa Pinto Rodrigues. Curso de Graduação em Medicina. Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício FEPECS, Brasília, Distrito Federal, Brasil. CEP 70.710-907.

Internet: iagoprodriues15@gmail.com

Conflito de interesses: não existem conflitos de interesse.

contudo, exames complementares como a ecografia e a tomografia computadorizada aumentam a taxa de diagnóstico e auxiliam no diagnóstico diferencial.³⁻⁴

Em geral, essas hérnias têm indicação cirúrgica devido ao risco de encarceramento, em cerca de 25% dos casos, e pelo risco de estrangulamento, que pode atingir 10%.²

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, com história de 2 cesáreas prévias, hipertensão arterial sistêmica e doença diverticular do cólon, compareceu ao pronto socorro com queixa de dor em quadrante inferior direito (QID) do abdome, associada a náuseas, vômitos e calafrios. Negava queixas urinárias ou ginecológicas. Ao exame físico, apresentava fácies de dor, abdome plano e flácido e dor à palpação em QID. Não havia massa palpável ou sinais de irritação peritoneal. Foram realizados exames laboratoriais, que não evidenciaram alterações, e solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste.

Após 4 dias, retornou relatando dor abdominal difusa e de moderada intensidade (mais intensa em QID), associada a náuseas, vômitos e calafrios. Ao exame físico, apresentava abdome semigloboso, normotenso,

doloroso à palpação, principalmente em fossa ilíaca direita (FID), com descompressão brusca dolorosa e tumoração endurecida em FID. Trouxe TC de abdome que evidenciava herniação de alças intestinais do jejuno distal através da parede abdominal inferior

direita (figura 1), sem ruptura da fáscia muscular, com colo medindo cerca de 2,5 cm e saco herniário de 6,4 x 3,3 cm. Observava-se também espessamento parietal das alças herniadas, com densificação da gordura adjacente, caracterizando sofrimento de alça.

Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome que evidenciava herniação de alças intestinais do jejuno distal através da parede abdominal inferior direita.

Foi realizada laparotomia com incisão transversa em abdome inferior direito e no intraoperatório identificou-se anel herniário na linha semilunar direita, medindo cerca de 2 x 2 cm, com segmento de intestino delgado apresentando sinais de isquemia e anel fibrótico estenosando seu lúmen (figura 2). Além disso, havia trombose em mesentério do segmento herniado. Realizou-se liberação do segmento intestinal e submersão em soro fisiológico aquecido por 5 minutos, na tentativa de retorno da circulação e evitar sua ressecção, porém sem sucesso, com

necessidade de ressecção do segmento isquemiado e anastomose lâtero-lateral com grampeador linear. Optou-se por não colocar tela de polipropileno devido ao sofrimento intestinal, o que elevaria o risco de infecção no pós-operatório.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta médica 7 dias após o procedimento cirúrgico, com boa aceitação da dieta, sem dor, eliminações fisiológicas preservadas e sem intercorrências.

Figura 2. Anel herniário na linha semilunar direita, com segmento de intestino delgado apresentando sinais de isquemia e anel fibrótico estenosando seu lúmen.

DISCUSSÃO

A hérnia de Spiegel comumente acomete mulheres entre a quarta e a sétima década de vida.¹ Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica, rápida perda de peso, obesidade, múltiparas, ascite e constipação crônica também são mais predisponentes à hérnia de Spiegel.¹ No presente caso, a paciente se encontra na faixa etária descrita e apresenta o fator de risco de multiparidade.

Os órgãos mais comumente encontrados no interior do saco herniário encarcerado são omento, cólon e intestino delgado.¹ No caso relatado, houve acometimento de parte do delgado, havendo isquemia e necessitando de ressecção de tal segmento, com retirada de 12 cm de segmento intestinal. Nota-se que o estrangulamento, como ocorrido no quadro descrito, ocorre apenas em 10% dos casos de hérnia de Spiegel.²

A maioria das hérnias de Spiegel é interparietal e localiza-se na ou abaixo da linha arqueada. O saco herniário dificilmente é palpável, tendo em vista que geralmente é pequeno e permanece abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo.⁵⁻⁶ Nota-se que essa seria a justificativa para dor abdominal inespecífica no primeiro atendimento da paciente, onde não se observou massa à palpação abdominal.

Pacientes com hérnia de Spiegel podem ser assintomáticos, sendo o diagnóstico realizado como achado incidental em exame de imagem, ou apresentar inchaço em abdome médio ou inferior, lateralmente ao músculo reto e próximo a linha semilunar. Ao exame físico, uma massa pode ser palpada na região da aponeurose Spiegeliana. Também pode haver queixar de dor aguda ou sensibilidade local¹. Geralmente, a

hérnia é redutível na posição supina, embora 20% podem encontrar-se encarceradas. O exame em decúbito dorsal e em pé, associado a manobra de Valsalva, pode auxiliar no diagnóstico.⁷

Nos casos que não se mostram com quadro clínico e exame físico determinantes, a identificação da hérnia de Spiegel se faz com auxílio de exames de imagem, como ecografia e TC de abdome. Na TC de abdome, não é possível a visualização dinâmica de alterações com a manobra de Valsalva, que podem ser observadas na ecografia de abdome.

O tratamento efetivo da hérnia de Spiegel é a intervenção cirúrgica. Os pacientes que optarem por adiar a cirurgia devem ser orientados quanto aos sintomas de encarceramento e estrangulamento. A intervenção pode ocorrer por via laparoscópica ou por cirurgia aberta, sendo que a técnica aberta é preferível em caso de apresentação aguda ou de maior gravidade, pela possibilidade de haver necessidade de ressecção intestinal.⁷ Classicamente, a cirurgia é feita com laparotomia mediana,⁶ nesse caso optou-se pela incisão de Rockey-Davis, também conhecida como incisão de Lanz, em abdome inferior direito. Trata-se de uma incisão transversa feita cerca de 2 cm abaixo da cicatriz umbilical na linha médio-clavicular.⁸

REFERÊNCIAS

1. Parreira JM, Chibata M, Saucedo Jr N, Colatusso RP, Paciornik R. Hérnia de Spiegel bilateral: relato de caso e revisão de literatura. *Arq Bras Cir Dig.* 2007;20(3):208-11.
2. Goulart A, Marques H, Reis M. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. *Rev Port Cir.* 2015;35:41-7.
3. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Baijal M et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Min Access Surgery.* 2008;4(4):95-8.
4. Malazgirt Z, Topgul K, Sokmen S, Ersin S, Turkcapar A, Gok H et al. Spigelian hernias: a prospective analysis of baseline parameters and surgical outcome of 34 consecutive patients. *Hernia: Hernia.* 2006;10(4):326-30.
5. Townsend C. Sabiston Tratado de Cirurgia. 18th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
6. Chaib P, Coltri R, Castro M. Hérnia de Spiegel bilateral volumosa. *Relatos Casos Cir.* 2017;4:1-5.
7. Shah SK, Liang MK. Spigelian hernias. *Uptodate.com* [Internet]. 2019 [acesso 16 Nov 2019]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/spigelian-hernias>.
8. Williams N, Bulstrode C, O'Connell P, Bailey H, Love R. Bailey & Love's short practice of surgery. 27th ed. Boca Raton: CRC Press; 2018.