

Hérnia ventral de Spiegel

Ventral Spiegel hernia

João Marcos Cavalcante Tavares
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
jm.cavalcante123@gmail.com

Arthur de Oliveira Rocha Villela
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
arthurorvillela@gmail.com

Bernardo Corrêa Dias Pereira Leite
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
bernardocdpl@gmail.com

Matheus Casali Silva Baliza
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
matheusbaliza@live.com

RESUMO

A hérnia de Spiegel é um tipo incomum e raro dentre as diversas hérnias ventrais relatadas. Ocorre através da fáscia de Spiegel na parede abdominal e geralmente é pequena, se desenvolvendo em sua maioria durante a quarta e sétima década de vida e necessitando de reparos cirúrgicos por risco de encarceramento. O presente estudo relata um caso de hérnia de Spiegel com seus achados clínicos, radiológicos e desfecho cirúrgico, além de apresentar uma breve revisão da literatura.

Palavras-chave: Hérnia; Hérnia abdominal; Hérnia de Spiegel.

ABSTRACT

Spiegel's hernia is an unusual and rare type among the several reported ventral hernias. It occurs through Spiegel's fascia in the abdominal wall and is usually small, developing mostly during the fourth and seventh decade of life and requiring surgical repairs due to the risk of incarceration. This study reports a case of Spiegel's hernia with its clinical, radiological findings and surgical outcome, in addition to presenting a brief review of the literature.

Keywords: *Hernia; Abdominal hernia; Spiegel hernia; Spiegelian hernia*

1 CONTEXTO

Por serem consideradas hérnias ventrais raras e de diagnóstico difícil, as hérnias de Spiegel merecem uma atenção especial dos profissionais médicos devido a seu baixo conteúdo semiológico e à grande necessidade de suspeição para seu diagnóstico. Exames complementares de imagem podem e devem ser utilizados para confirmação e exclusão de diagnósticos diferenciais. Confirmado o quadro de hérnia de Spiegel, esta requer correção cirúrgica por risco de complicações como encarceramento, estrangulamento e, conseqüentemente, agravo e elevação da morbidade em caso de retardo diagnóstico. Desse modo, o trabalho torna-se relevante para ressaltar os sinais, os sintomas e os manejos clínico e cirúrgico de um paciente com essa condição. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

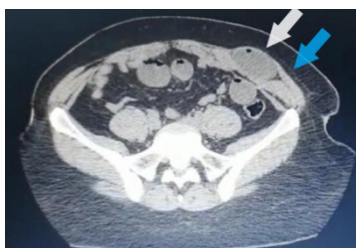
2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 47 anos, sexo feminino, apresentava dor abdominal importante de início há 4 horas associada a abaulamento não redutível em quadrante inferior esquerdo (QIE). Nega náuseas, vômitos e febre. História de constipação prévia sem alteração do hábito intestinal recente. Nega comorbidades. Relato de cesariana há 22 anos, histerectomia total há 10 anos e abdominoplastia há 6 anos. Refere “carço” abdominal em QIE notado há 2 anos, o que a fazia procurar atendimento em momentos de crise algica no local. Foi diagnosticada com nefrolitíase à esquerda por Ultrassonografia solicitada em uma de suas consultas e foi tratada como cólica nefrética desde então, quando retornava em crise. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada, corada, hidratada, taquipneica (22rpm), acianótica, afebril e taquicárdica (108bpm). Sem alterações cardiopulmonares. O abdome era globoso, tenso, com dor importante em fossa ilíaca esquerda (FIE) e abaulamento local não redutível, apresentava peristalse presente e defesa abdominal à palpação.

3 DADOS COMPLEMENTARES (OPCIONAL)

Foi realizado exame tomográfico, que se mostrou compatível com hérnia de Spiegel por sua topografia e característica (Figura 1), sendo indicada cirurgia de urgência por encarceramento prolongado.

Figura 1 – Corte axial de TC de abdome sem contraste evidenciando conteúdo herniário em FIE (seta branca) lateral ao músculo reto em topografia de fâscia de Spiegel limitado à aponeurose do oblíquo externo (seta azul).



Fonte: autoria própria.

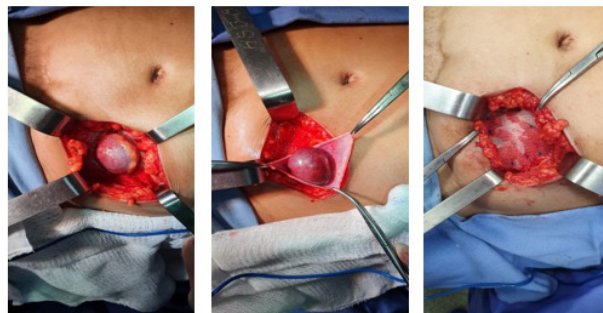
4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (SE FOR RELEVANTE)

A partir do exame físico, quando foi palpada a tumoração, as suspeitas que surgiram foram lipoma, abscesso ou a hérnia de Spiegel, devido à localização e textura da tumoração. A partir disso, a paciente foi encaminhada para realizar a tomografia computadorizada do abdome, que evidenciou uma alça intestinal atravessando a parede abdominal na região da fâscia de Spiegel, descartando os outros diagnósticos diferenciais.

5 TRATAMENTO (SE FOR RELEVANTE)

Foi indicada cirurgia de urgência. No ato operatório foi realizada incisão transversa em topografia de abaulamento em FIE até identificação do saco herniário posterior à aponeurose do músculo oblíquo externo (Figura 2). Na exploração do conteúdo herniário foi identificada alça de delgado (Figura 2) viável, sem sinal de sofrimento após desencarceramento da mesma. Realizado redução do conteúdo intestinal e ressecção do saco herniário em sua base. Efetuado rafia dos músculos transverso e oblíquo interno, seguida de síntese da aponeurose do oblíquo externo e posterior fixação de tela (Figura 2) para reforço da parede abdominal.

Figura 2 - Identificação do saco herniário com posterior identificação do conteúdo herniário (alça de delgado) e posterior fixação de tela para reforço da parede abdominal.



Fonte: autoria própria.

6 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Paciente teve boa evolução pós-operatória, sem queixas, recebendo alta no segundo dia após a intervenção, com funções fisiológicas preservadas. No retorno ambulatorial para revisão, após 15 dias, a mesma encontrava-se bem, sem queixas e sem intercorrências durante o período, referindo melhora do quadro de constipação intestinal relatado nos últimos anos.

7 DISCUSSÃO

Como descrito nos estudos de PETROIANU (2010) e CHAIB (2017), hérnias de Spiegel são consideradas herniações ventrais incomuns e raras [os autores PETROIANU (2010), ANDREAZZA (2015) e GOULART (2015), afirmam se tratar de 1 a 2% da totalidade das hérnias da parede abdominal] podendo ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em pacientes com idade entre 40 e 70 anos, com uma média de idade de cerca de 60 anos. Podem ser bilaterais e têm maior predisposição em mulheres (CHAIB, 2017). São protrusões que se desenvolvem através de fragilidade e defeitos na fâscia de Spiegel, delimitada

como uma região côncava limitada pela linha semilunar de Douglas e pela borda lateral do músculo reto abdominal (linha semicircular). Essa região se torna frágil, segundo CHAIB (2017), pois ao nível da linha semilunar de Douglas e abaixo, toda a aponeurose muscular da parede abdominal anterolateral torna-se anterior ao músculo reto abdominal e apenas as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza, sendo este o elemento patogênico fundamental para o aparecimento desse tipo de herniação (ANDREAZZA, 2015; CHAIB, 2017).

Foi diagnosticada e reconhecida pela primeira vez em 1764 por Josephi Thaddaei Klinkosch e recebeu esse nome em homenagem a Adriaan Van Der Spiegel, anatomista belga, que em 1645, descreveu as estruturas anatômicas da região pela primeira vez (PETROIANU, 2010).

O defeito aponeurótico pode ser congênito ou adquirido (PETROIANU, 2010; ANDREAZZA et al, 2015; GOULART, 2015; CHAIB, 2017). O defeito congênito é considerado em hérnias de Spiegel que ocorrem em crianças e em recém-nascidos. Nas crianças também pode ser adquirido e está relacionado com fatores traumáticos, causados por guidom de bicicleta e outros tipos de trauma fechado (CHAIB, 2017). Em adultos é considerado como fator predisponente o aumento da pressão intracavitária causada por esforço físico excessivo, tosse crônica, esforço à micção, ascite, obesidade mórbida e multiparidade (PETROIANU, 2010; ANDREAZZA et al, 2015; CHAIB, 2017). A rápida perda de peso em pacientes obesos e as operações abdominais prévias parecem ter um papel no desenvolvimento da hérnia. Com base em observações e relatos de que muitos pacientes portadores desse tipo de hérnia possuíam histórico de cirurgias abdominais prévias adjacentes à linha semilunar, assim como a paciente relatada no estudo, sugere-se que a contração do processo de cicatrização poderia causar uma fragilidade maior na fáscia de Spiegel aumentando assim o risco do aparecimento da hérnia referida e estudada.

Por gerar queixa vaga de dor em saco herniário, em geral, pequeno, com tendência de se estender entre os planos musculares da parede abdominal anterior (hérnia intraparietal) e de permanecer abaixo da aponeurose do oblíquo externo, seu diagnóstico clínico é frequentemente difícil e torna-se mais complicado em pacientes obesos, necessitando de um alto índice de suspeição, devido à falta de sinais e sintomas consistentes (ANDREAZZA et al, 2015; GOULART, 2015). Mesmo sendo incomum, a dor abdominal pode ser o único sintoma relatado (GOULART, 2015; CHAIB, 2017). Por tudo, o retardo diagnóstico é frequente. Possui muitas vezes, achado incidental. Como se apresenta com orifício herniário, geralmente, de colo estreito, como relatado por AKPO et al (2016), possui grande risco de encarceramento (25%) ou, até mesmo, estrangulamento (10%), sendo indicada correção cirúrgica quando diagnosticada, de acordo com ANDREAZZA (2015), GOULART (2015), AKPO (2016), e CHAIB (2017), podendo essa ser por laparotomia ou laparoscopia (GOULART, 2015; CHAIB, 2017). Possui um índice de recorrência incomum com boa evolução pós-operatória, como foi com a paciente descrita neste trabalho.

Exames complementares de imagem como Ultrassonografia (USG) e Tomografia Computadorizada (TC) geralmente são úteis para corroborar seu diagnóstico. Como a acurácia da USG é operador-dependente, a TC tem sido considerada como método de escolha no diagnóstico de hérnias de Spiegel, de acordo com a literatura (ANDREAZZA, 2015; CHAIB, 2017), por fornecer maiores detalhes sobre o defeito parietal e elementos para o diagnóstico diferencial de patologias de parede abdominal, como descreve PETROIANU (2010), tais como: hemangiomas, fibromas, sarcomas, lipomas, tumor desmoide, metástases, outras hérnias ventrais, miotendinites, adipose dolorosa, seromas, hematomas e abscesso parietal, além de patologias intracavitárias como tumor colônico, implante tumoral peritoneal ou epiplóico, neoplasia pélvica, cisto ovariano, gestação ectópica, desordens gênito-urinárias, obstrução intestinal, diverticulite, apendicite e colecistite (PETROIANU, 2010; ANDREAZZA et al, 2015; CHAIB, 2017). Se após investigação radiológica ainda houver dúvida, a videolaparoscopia diagnóstica pode ser indicada, mas é evitada por ser uma abordagem invasiva (GOULART, 2015; CHAIB, 2017).

O tratamento cirúrgico é mandatório pelo alto risco de encarceramento e estrangulamento. De forma tradicional, o tratamento é feito por laparotomia seguida de rafia simples ou colocação de tela sintética para reforço da parede abdominal (ANDREAZZA et al, 2015; GOULART, 2015; AKPO, 2016; CHAIB, 2017). Atualmente, a cirurgia laparoscópica vem ganhando espaço com diversos tipos de abordagem como a técnica totalmente extra-peritoneal (TEP) e a de aproximação transabdominal pré-peritoneal (TAPP), as quais são alternativas amplamente aceitas por diminuir o risco de complicações e o tempo de internação (GOULART, 2015; CHAIB, 2017).

8 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 01 – A partir de uma tomografia computadorizada de abdome que evidencie uma hérnia de Spiegel, descreva alguns motivos que levaria a descartar os diagnósticos diferenciais citados no trabalho.

Resposta: A localização da tumoração na fáscia de Spiegel, a presença de nível hidroaéreo no conteúdo herniário, provavelmente indicando alça intestinal; não demonstra atenuação de densidade de gordura, como seria no lipoma; ausência de tecido de granulação e edema ao redor da massa, como seria no abscesso.

Questão 02 – Dentre os principais tratamentos propostos para hérnia de Spiegel, encontram-se:

O tratamento cirúrgico é sempre mandatório na hérnia de Spiegel pelo alto risco de encarceramento e estrangulamento. Ele é realizado por laparotomia seguida de rafia simples ou colocação de tela sintética para reforço da parede abdominal, ou por via laparoscópica.

O tratamento cirúrgico nem sempre é mandatório na hérnia de Spiegel, pois não há grande risco de encarceramento e estrangulamento. Além disso, a laparotomia está contraindicada, realizando-se sempre por via laparoscópica.

O tratamento cirúrgico está contraindicado na hérnia de Spiegel e tal patologia deve ser tratada ambulatorialmente.

O tratamento cirúrgico é sempre mandatório na hérnia de Spiegel, porém nunca deve ser realizado laparotomia pelo risco de complicações.

Resposta: letra A.

Questão 03 – Quanto aos sinais e sintomas da hérnia de Spiegel e seu diagnóstico, podemos afirmar:

Trata-se de um diagnóstico fácil de ser realizado com base nos sintomas do paciente. Geralmente queixa-se de dor em saco herniário, que se estende entre os planos musculares da parede abdominal anterior.

Por gerar queixa vaga de dor em saco herniário, em geral, pequeno, com tendência de se estender entre os planos musculares da parede abdominal anterior (hérnia intraparietal) e de permanecer abaixo da aponeurose do oblíquo externo, seu diagnóstico clínico é frequentemente difícil e torna-se mais complicado em pacientes obesos, necessitando de um alto índice de suspeição, devido à falta de sinais e sintomas consistentes.

A presença de dor abdominal é muito comum e vem acompanhada de outros sintomas, sendo um diagnóstico clínico.

Geralmente não há atraso diagnóstico, pois trata-se de uma patologia fácil de ser encontrada, não gerando dúvidas ou suspeitas diagnósticas.

Resposta: Letra B

REFERÊNCIAS

AKPO, G. et al. Diagnostic tomodensitométrique d'une hernie de Spiegel étranglée: à propos d'une observation. **The Pan African Medical Journal**. 2016;25:222.

ANDREAZZA, C. et al. Hérnia de Spiegel: suspeição diagnóstica e tratamento. **Revista AMRIGS**. 2015;59(4):300-2.

CHAIB, PS. Hérnia de Spiegel bilateral volumosa. **Relatos Casos Cirúrgicos**. 2017;(4):1-5.

GOULART, A. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. 2015;(35):41-7.

PETROIANU, A. Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010:204-06.