





ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR HÉRNIA PARADUODENAL ESQUERDA: RELATO DE CASO

Acute obstructive abdomy by left paraduodenal hernia: case report

 **Mariana Baylão Penna**¹
 **Laís de Souza Coutinho**²
 **Jodson Fernandes Rêgo**³
 **Joaquim Ferreira de Paula**^{3,4}
 **Carlos Augusto Marques Batista**^{3,4}

¹Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ)

²Universidade de Vassouras – Vassouras (RJ)

³Hospital Escola de Valença – Valença (RJ)

⁴Centro Universitário de Valença (UNIFAA) – Valença (RJ)

Autor correspondente:

Carlos Augusto Marques Batista
E-mail: carlos.batista@faa.edu.br

Como citar este artigo:

PENNA, M.B.; COUTINHO, L. S.; RÊGO, J. F.; PAULA, J. F.; BATISTA, C. A. M. Abdome agudo obstrutivo por hérnia paraduodenal esquerda: relato de caso. *Revista Saber Digital*, v. 15, n. 2, e20221509, maio/ago., 2022.

Data de Submissão: 29/04/22

Data de aprovação: 07/06/22

Data de publicação: 05/08/22



Esta obra está licenciada com uma licença
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

RESUMO

Introdução: A hérnia paraduodenal ocorre quando há uma falha na rotação do segmento pré-arterial do intestino médio, em torno da 10ª semana de vida embrionária. Os sintomas serão, conseqüentemente, característicos de obstrução intestinal. A real incidência das hérnias paraduodenais é desconhecida, sendo que raramente o diagnóstico de uma hérnia interna ocorre no pré-operatório. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo geral apresentar um caso sobre abdome agudo obstrutivo por hérnia paraduodenal esquerda.

Relato de caso: Homem de 47 anos, sem comorbidades e sem história de cirurgias prévias, deu entrada no Hospital Escola de Valença (HEV) apresentando quadro de dor abdominal inicialmente em hipocôndrio esquerdo e epigástrico, de forte intensidade, de início súbito, do tipo cólica, constante e de piora progressiva. Foi submetido a laparotomia exploradora. **Discussão:** A hérnia pela fossa de Landzert é rara, o seu diagnóstico normalmente é realizado durante laparotomia/laparoscopia exploradora; a redução do conteúdo herniário e o fechamento do orifício herniário constituem a conduta primordial. No presente caso foi realizado o fechamento do orifício da hérnia. **Conclusão:** A hérnia paraduodenal é uma patologia rara, que necessita de diagnóstico e tratamento precoces, afim de reduzir sua morbimortalidade em decorrência de possíveis complicações. No caso apresentado, logo após o diagnóstico de obstrução intestinal mecânica, foi indicado laparotomia exploradora e correção do defeito anatômico.

Palavras-chave: Hérnia abdominal; Obstrução intestinal; Anomalia congênita.

ABSTRACT

Introduction: Paraduodenal hernia occurs when there is a failure in the rotation of the pre-arterial segment of the midgut, around the 10th week of embryonic life. The symptoms will therefore be characteristic of intestinal obstruction. The actual incidence of paraduodenal hernias is unknown, and the diagnosis of an internal hernia is rarely made preoperatively.

Objective: The general objective of this work is to present a case of an obstructive acute abdomen caused by a left paraduodenal hernia. **Case report:** A 47-year-old man, with no comorbidities and no history of previous surgeries, was admitted to the Hospital Escola de Valença (HEV) presenting with abdominal pain initially in the left hypochondrium and epigastrium, of strong intensity, of sudden onset, of the type colic, constant and progressively worsening. He underwent

exploratory laparotomy. **Discussion:** Landzert's fossa hernia is rare, its diagnosis is usually performed during laparotomy/exploratory laparoscopy; the reduction of the hernial content and the closing of the hernia orifice constitute the primordial conduct. In the present case, the hernia orifice was closed. **Conclusion:** Paraduodenal hernia is a rare pathology that requires early diagnosis and treatment in order to reduce its morbidity and mortality due to possible complications. In the case presented, soon after the diagnosis of mechanical intestinal obstruction, exploratory laparotomy and correction of the anatomical defect were indicated.

Keywords: Hernia abdominal; Bowel obstruction; Congenital abnormalities.

INTRODUÇÃO

A hérnia paraduodenal esquerda é uma anomalia congênita rara que ocorre devido a uma má rotação do intestino médio durante a vida embrionária. Ela acontece quando o intestino delgado hernia na fossa de Landzert, fazendo com que o duodeno e o intestino delgado fiquem presos em um saco revestido pelo peritônio, atrás do mesentério colônico, à esquerda da linha média, produzindo uma obstrução intestinal aguda (KHALAILEH et al., 2010; VOLPI et al., 2016).

A falha de rotação do intestino e do seu processo de fixação é a teoria mais bem aceita para o surgimento das hérnias paraduodenais. Quando a falha de fusão ocorre entre o mesentério inferior e o peritônio parietal, tem-se a formação da fossa de Landzert, localizada na junção duodenojejunal, na área de confluência dos mesocólonos descendente e transversos e do mesentério do intestino delgado, possibilitando a herniação do intestino delgado por ela (DE PAULA et al., 2011; KABBANI; SALEM; HOLLOWAY, 2014), presente em cerca de 2% da população mundial (MARTIN; MERKLE; THOMPSON, 2006).

Embora rara, em decorrência do atraso no diagnóstico e consequentes complicações, como obstrução e isquemia (JIN et al., 2018), estas hérnias possuem taxa de mortalidade de aproximadamente 20 a 50% (SHADHU et al., 2018).

Apresentam média de idade ao diagnóstico em torno de 38,5 anos, sendo três vezes mais frequentes em homens que em mulheres (SHADHU et al., 2018; KULENDRAN; KEOGH; CHIAM, 2019).

Os sintomas normalmente são inespecíficos e o diagnóstico clínico geralmente é difícil. Os pacientes podem apresentar desde queixas abdominais vagas, quanto dor abdominal aguda decorrente de obstrução e isquemia intestinal (WAKABAYASHI; KONO; TAKAHASHI, 2018). Por apresentar uma sintomatologia vaga e inespecífica esta condição requer do cirurgião alto índice de suspeição para que se minimize a ocorrência de resultados clínicos desfavoráveis por atraso ou perda do diagnóstico (INDIRAN; MADURAIMUTHU, 2016).

Em relação ao método diagnóstico de imagem, a tomografia computadorizada (TC) de abdômen é o padrão-ouro para diagnóstico pré-operatório das hérnias paraduodenais (SLEIMAN et al., 2018). Apesar dos achados tomográficos, o seu diagnóstico na maioria dos casos é realizado durante laparotomia/laparoscopia exploradora (AI-KHYATT et al., 2013).

Em pacientes portadores de hérnia paraduodenal, devido ao elevado risco de complicações, a abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha, sendo a redução do conteúdo herniado seguido de rafia do seu defeito a opção mais aceita (AZEREDO et al., 2016; BARTLETT; WANG; WILLIAMS, 1968; MUNEER; JAWAD; AI ARADI, 2017).

O objetivo do trabalho foi relatar um caso raro de hérnia paraduodenal esquerda, sua etiologia, sintomas, métodos diagnósticos, complicações e tratamento.

RELATO DE CASO

O trabalho foi realizado no Hospital Escola de Valença (HEV) e aprovado na CEP – UNIFAA, sendo o número CAAE: 39376920.8.0000.5246 e número do parecer: 4.458.172.

Paciente do sexo masculino de 47 anos de idade, transferido de outra cidade, deu entrada no Hospital Escola de Valença (HEV) com relato de dor de início súbito em hipocôndrio esquerdo e epigástrico há aproximadamente 48 horas, de forte intensidade, tipo cólica, constante e sem melhora, apesar do uso de morfina. Associado, referia náuseas, vômitos recorrentes, parada de evacuação e eliminação de flatos. Sem história de cirurgias prévias. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, com fácies de dor, hemodinamicamente estável, taquicárdico, com abdômen distendido, peristalse abolida, hipertimpânico, com defesa a palpação de hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca esquerda, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

O paciente portava exames realizados no mesmo dia, estando os laboratoriais normais, exceto proteína C reativa (PCR: 12 mg/L), e uma TC de abdômen sem contraste, cujo laudo destacava uma distensão líquido-gasosa de alças jejunais na altura do hipocôndrio esquerdo, com pelo menos duas áreas de redução abrupta de calibre. Não foi excluída a possibilidade de processo suboclusivo intestinal (hérnia interna). A conduta adotada foi reposição volêmica, sondagem nasogástrica (saída de conteúdo entérico) e laparotomia exploradora. No achado operatório, havia pequena quantidade de líquido seroso livre na cavidade abdominal, herniação do jejuno distal e íleo proximal através da fossa de Landzert, sem sinais de sofrimento, estando as alças jejunais dilatadas à montante (Figura 1) e a veia mesentérica inferior túrgida (Figura 2). O procedimento consistiu na redução do conteúdo herniário e fechamento da fossa de Landzert com sutura contínua simples com fio de ácido poliglicólico 3-0 (Figura 3).

Figura 1 - Achado operatório - veia mesentérica inferior ingurgitada, local de delimitação anterior do orifício da Fossa de Landzert.



Figura 2 – Achado operatório - Fossa de Landzert, localizado na junção duodenojejunal.

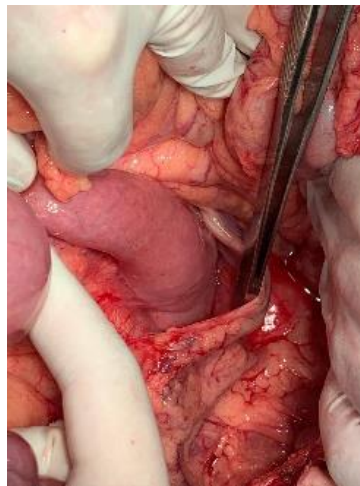


Figura 3 – Achado operatório - fechamento do defeito, com fio de ácido poliglicólico; imediato esvaziamento da veia mesentérica inferior.



O primeiro dia de pós-operatório (PO) foi realizado em UTI. No terceiro dia de PO, o paciente apresentava-se em bom estado geral, aceitando bem a dieta oferecida, eliminando fezes e flatos, sem queixas álgicas e com ferida operatória limpa, recebendo alta hospitalar e encaminhado ao ambulatório para seguimento. Após dois meses de acompanhamento recebeu alta ambulatorial.

DISCUSSÃO

No contexto das hérnias internas, que apresentam incidência geral em torno de 0,2 a 0,9%, podemos destacar alguns tipos tradicionalmente descritos, de acordo com sua localização anatômica, como é o caso das hérnias paraduodenais (esquerda e direita) presentes em cerca de 53% dos casos, sendo que desses, 75% se apresentam a esquerda, configurando cerca de 40% de todas as hérnias internas (MEYERS, 1994; SCHIZAS et al., 2019; TOWNSEND et al., 2019).

Outras tipos e localizações encontrados são: a hérnia pericecal (13%), no Forame de Winslow (8%), transmesentérica e transmesocólica (8%), intersigmoide (6%) e retroanastomótica (5%) (MEYERS, 1994). Na incidência geral, as hérnias paraduodenais esquerdas representam aproximadamente 0,08 a 0,36%, o que corrobora para sua raridade.

As hérnias da fossa de Landzert são encontradas em uma proporção de três homens para cada mulher, com média de 38,5 anos ao diagnóstico (SHADHU et al., 2018; KULENDRAN; KEOGH; CHIAM, 2019), como no caso em questão, cujo paciente era do sexo masculino e com 37 anos.

Muito embora se trate de condição rara, a complicação mais encontrada é a obstrução intestinal. Em muitos casos, os pacientes podem não apresentar sintoma algum ou podem ter a ocorrência de dores abdominais recorrentes, principalmente em andar superior e à esquerda do abdômen. Tal queixa pode-se associar a episódios de náuseas e vômitos, precedidos por alimentação vigorosa, distensão de alças e massa abdominal palpável (ASSENZA et al., 2014; MEYERS, 1994). No caso exposto, o paciente não tinha relato de dor abdominal prévia, apresentou apenas episódio súbito de dor principalmente em hipocôndrio esquerdo, náuseas, vômitos e abdômen distendido.

Para o diagnóstico de hérnia interna, devido a clínica vaga e exames laboratoriais inespecíficos, pode-se solicitar exames de imagem, como é o caso da TC de abdômen. Apesar de identificar tal complicação em apenas 43% dos casos, este exame é considerado padrão-ouro, sendo indispensável diante de dúvida diagnóstica (OLAZABAL; GUASCH; CASAS, 1992; SLEIMAN et al., 2018; TOWNSEND et al., 2019). Alças intestinais agrupadas em região de hipocôndrio e flanco esquerdo, área de interrupção do calibre da alça, com dilatação a montante, bem como vasos mesentéricos túrgidos e fora de sua posição habitual são achados frequentes que sugerem o diagnóstico (LIU, 2016). A ultrassonografia do abdômen (USG) e a radiografia simples de abdômen também podem auxiliar no diagnóstico de hérnia interna. Na TC do paciente citado foram encontradas duas áreas de redução abrupta de calibre, associadas à distensão líquido-gasosa do jejuno que se encontrava localizado em

hipocôndrio esquerdo. A USG e a radiografia simples de abdômen não foram utilizados neste caso. Exames laboratoriais, como de costume, não foram esclarecedores para o diagnóstico.

Apesar dos achados nos exames de imagens, o diagnóstico na maioria dos casos, é realizado durante laparotomia/laparoscopia exploradora (ALKHYATT et al., 2013; AZEREDO et al., 2016). A laparoscopia e a laparotomia são utilizadas como meio de tratamento e diagnóstico definitivo, sendo a via aberta a mais realizada atualmente. Entretanto, a videolaparoscopia vem ganhando cada vez mais espaço, sendo preferida quando isenta de contraindicações (GOVINDARAJ et al., 2020; KULKARNI et al., 2016). A correta identificação das estruturas, a redução do conteúdo do saco herniário e o fechamento do orifício da hérnia compõem a conduta primordial para estes casos (AZEREDO et al., 2016; GOVINDARAJ et al., 2020; MUNEER; JAWAD; AL ARADI, 2017; TOWNSEND et al., 2019).

No relato descrito, foi feito o diagnóstico de abdômen agudo obstrutivo e indicado abordagem do paciente. Foi prescrito um preparo pré-operatório com reposição volêmica e sondagem nasogástrica e depois realizado laparotomia exploradora. No achado operatório encontrou-se herniação do jejuno distal e íleo proximal através da fossa de Landzert, sem sinais de sofrimento vascular; o procedimento cirúrgico consistiu na redução do conteúdo herniário e fechamento da fossa de Landzert com sutura contínua simples com fio de ácido poliglicólico 3-0.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório e após aceitar a dieta oferecida e eliminar fezes e flatos, recebeu alta hospitalar sem apresentar queixas algicas e com ferida operatória limpa.

CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu concluir que o preparo do paciente e a indicação cirúrgica precoce possibilitaram a não ocorrência de complicações. O

diagnóstico final foi estabelecido durante a laparotomia exploradora e a conduta realizada foi o fechamento do defeito anatômico com fio absorvível sintético, após redução do conteúdo herniário.

REFERÊNCIAS

- AI-KHYATT, W.; AGGARWAL, S.; BIRCHALL, J.; ROWLANDS, T. E. Acute intestinal obstruction secondary to left paraduodenal hernia: a case report and literature review. **World journal of emergency surgery: WJES**, v. 8, n. 1, p. 5, 2013.
- ASSENZA, M.; ROSSI, D.; ROSSI, G.; REALE, C.; SIMONELLI, L.; ROMEO, V.; GUERRA, F.; MODINI, C. Laparoscopic management of left paraduodenal hernia. Case report and review of literature. **Giornale di chirurgia**, v. 35, n. 7-8, p. 185-189, 2014.
- AZEREDO, M. A. A.; FROTA, B. G.; WEISS, D.; SOUZA, H. P.; BREIGEIRON, R. Correção de hérnia paraduodenal. **Relatos Casos Cir.**, v. 0, n. 2, p. 1-3, 2016.
- BARTLETT, M. K.; WANG, C.; WILLIAMS, W. H. The surgical management of paraduodenal hernia. **Annals of surgery**, v. 168, n. 2, p. 249-254, 1968.
- GOVINDARAJ, S. Laparoscopic management of a small bowel obstruction: paraduodenal hernia. **International Surgery Journal**, v. 7, n. 9, p. 3112-3116, 2020.
- INDIRAN, V.; MADURAIMUTHU, P. Intestinal Obstruction Due to Malrotation of Midgut and Right Paraduodenal Hernia. **GE Portuguese journal of gastroenterology**, v. 23, n. 5, p. 276-278, 2016.
- JIN, C., MO, J., WANG, G., JIANG, H., FENG, Y., e WANG, S. Paraduodenal hernia complicated with intussusception: case report. **BMC surgery**, v. 18, n. 1, p. 120, 2018.
- KABBANI, D.; SALEM, A.; HOLLOWAY, D. K. Paraduodenal herniation: An internal herniation in a virgin abdomen. **International journal of surgery case reports**, v. 5, n. 12, p. 1148-1150, 2014.
- KHALAILEH, A., SCHLAGER, A., BALA, M., ABU-GAZALA, S., ELAZARY, R., RIVKIND, A. I., MINTZ, Y. Left laparoscopic paraduodenal hernia repair. **Surg Endosc.**, v. 24, n. 6, p. 1486-1489, 2010.
- KULENDRAN, K.; KEOGH, C.; CHIAM, H. C. Laparoscopic repair of a left paraduodenal hernia. **ANZ journal of surgery**, v. 89, n. 4, p. 172-173, 2019.

- KULKARNI, G. V., SALGAONKAR, H. P., SHARMA, P. C., CHAKKARVARTY, N. R., KATARA, A. N., e BHANDARKAR, D. S. Laparoscopic repair of left paraduodenal hernia: Report of two cases and review of the literature. **Asian journal of endoscopic surgery**, v. 9, n. 2, p. 157-160, 2016.
- LIU, T. H. Timing of Abdominal CT Evaluation Impacts the Diagnosis of Paraduodenal Hernia. **The American surgeon**, v. 82, n. 6, p. 546-549, 2016.
- MARTIN, L. C.; MERKLE, E. M.; THOMPSON, W. M. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. **AJR. American journal of roentgenology**, v. 186, n. 3, p. 703-717, 2006.
- MEYERS, M. A. **Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy**. 4.ed. New York: Springer-Verlag, 1994.
- MUNEER, H.; JAWAD, A.; AI-ARADI, J. Left paraduodenal hernia. **Bahrain Med. Bull.**, v. 39, n. 4, p. 250-252, 2017.
- OLAZABAL, A.; GUASCH, I.; CASAS, D. Case report: CT diagnosis of nonobstructive left paraduodenal hernia. **Clin Radiol**, v. 46, n. 4, p. 288-289, 1992.
- PAULA, J. F.; BATISTA, C. A. M.; LEITE, G. F.; RODRIGUES, A. G. Hérnia paraduodenal esquerda. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 38, n. 3, p. 207-209, 2011.
- SCHIZAS, D., APOSTOLOU, K., KRIVAN, S., KANAVIDIS, P., KATSAROS, I., VAILAS, M., KOUTELIDAKIS, I., CHATZIMAVROUDIS, G., PIKOULIS E. Paraduodenal hernias: a systematic review of the literature. **Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery**, v. 23, n. 6, p. 1187-1197, 2019.
- SHADHU, K.; RAMLAGUN, D.; PING, X. Para-duodenal hernia: a report of five cases and review of literature. **BMC surgery**, v. 18, n. 1, p. 32, 2018.
- SLEIMAN, Y., EL-KHEIR, A., EL-KHOURY, M., HAMDACH, O., ISMAIL, L., e ALLOUCH, M. Small bowel obstruction secondary to left paraduodenal hernia: A case report and literature review. **International journal of surgery case reports**, v. 53, p. 29-31, 2018.
- TOWNSEND, C. M. **Sabiston Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- VOLPI, A., IALONGO, P., PANEBIANCO, A., LOZITO, R., PRESTERA, A., LAFORGIA, R., PUNZO, C., e PALASCIANO, N. Long lasting postoperative ileus after surgery for intestinal obstruction due to left paraduodenal hernia (LPDH): Case report. **Giornale di chirurgia**, v. 37, n. 6, p. 271-274, 2016.
- WAKABAYASHI, M.; KONO, S.; TAKAHASHI, T. Laparoscopic repair of acute small bowel obstruction due to left paraduodenal hernia: A case report. **International journal of surgery case reports**, v. 51, p. 194-199, 2018.