

HÉRNIA DE SPIEGEL – RELATO DE CASO

Breno Barros Alves¹, Ana Cláudia Aguiar Alves Araújo Neri¹, Jair Jonathan de Sá Silva¹, Joaquim Ferreira de Paula² e Carlos Augusto Marques Batista²

RESUMO

Introdução: A hérnia de Spiegel é uma entidade cirúrgica rara e benigna, geralmente associada ao esforço físico e com sintomas algícos característicos mais comumente referidos pelo paciente, sendo menos comum estes pacientes cursarem com tumefação. As manifestações clínicas geralmente são pouco esclarecedoras e há um risco real de se transformar em uma emergência. É uma doença de difícil diagnóstico, não sendo incomum a necessidade de complementação com exame de imagem. Por cursarem com anel herniário estreito na maioria dos casos e o alto risco de estrangulamento, é de indicação cirúrgica absoluta. Pode ser abordada por via anterior, com ou sem inserção de tela, ou por via laparoscópica. **Objetivo:** Este artigo tem o objetivo de descrever um caso de uma hérnia rara, enfatizando os seus aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e o resultado obtido no pós-operatório. **Relato de Caso:** Paciente de 77 anos foi diagnosticado com hérnia de Spiegel com possível conteúdo intestinal em seu interior, e encaminhado ao centro cirúrgico. Foi submetido à cirurgia onde foi visualizada uma hérnia projetando pela linha de Spiegel. Procedeu-se à redução do saco herniário, fechamento sem tensão do anel herniário e utilização de tela de polipropileno. O pós-operatório ocorreu sem complicações. **Conclusão:** Foi apresentado um caso de Hérnia de Spiegel, uma patologia considerada incomum na sociedade médica onde a abordagem cirúrgica foi eficaz.

Palavras-chave: Hérnias da parede abdominal anterior, hérnia de Spiegel, hérnia estrangulada, hernioplastia.

1- Residente (R2) do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi (HELGJ).

2- Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi. Docente da Faculdade de Medicina de Valença.

*Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, Valença/RJ.

SPIEGELIAN HERNIA: CASE REPORT ABSTRACT

Introduction: Spiegel hernia is a rare and benign surgical entity, usually associated with physical exertion and with characteristic painful symptoms more commonly referred by the patient, being less common with swelling. They present a clinical case that is not very enlightening and has a real risk of becoming an emergency. It is a disease that is difficult to diagnose, and it is not uncommon to need supplementation with imaging. Because they have a narrow hernia ring in most cases and the high risk of strangulation, it is of an absolute surgical indication. It can be approached anteriorly, with or without tissue insertion, or laparoscopically. **Objective:** This article aims to describe the cynical case of a rare hernia with emphasis on its clinical, diagnostic, therapeutic and postoperative results achieved. **Case report:** Case Report: A 77-year-old patient was diagnosed with Spiegel hernia with possible intestinal contents inside her and referred to the surgical center. He underwent surgery where a hernia was seen projecting through the Spiegel line. The hernial sac was reduced, the hernia ring was closed without tension, and the polypropylene mesh was used. The postoperative occurred without complications. **Conclusion:** We present a case of Spiegel hernia, a pathology considered uncommon in the medical society where the surgical approach was effective.

Keywords: Anterior abdominal wall hernias, Spiegel hernia, strangulated hernia, hernioplasty.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel (HS) localiza-se ao nível da linha semilunar de Spiegel, no bordo lateral dos músculos retos abdominais (GOULART; MARQUES; REIS, 2015; SOUSA et al., 2006).

São hérnias raras, correspondendo a 1-2% das hérnias da parede abdominal anterior (GOULART; MARQUES; REIS, 2015; SOUSA et al., 2006; CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017, ZUVELA et al., 2013). Acometem ambos os sexos igualmente, sendo pouco mais incidente em mulheres (CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017) e com maior incidência entre os 40 e 70 anos de idade (MITTAL et al., 2008).

O desenvolvimento de uma hérnia de Spiegel é provavelmente multifatorial, envolvendo um ou mais fatores (MITTAL et al., 2008; SOUSA et al., 2006). Estão em sua maioria relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal: obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica e tosse crônica, constipação intestinal, multiparidade, ascite, tensão muscular repetitiva ou contínua (como no aumento prostático) e videolaparoscopia prévia. Outros fatores estão associados ao

enfraquecimento da parede abdominal, como traumatismo abdominal, diálise peritoneal crônica, rápida perda de peso, incisão abdominal prévia, defeitos musculares congênitos, doença do colágeno e envelhecimento (MORENO-EGEA et al., 2002).

Estas hérnias são de grande interesse para o cirurgião pelos vários diagnósticos diferenciais que podem apresentar (GOULART; MARQUES; REIS, 2015; SOUSA et al., 2006; CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017, ZUVELA et al., 2013).

Nos quadros iniciais não apresentam sintomas característicos e o exame físico pode ser inconclusivo. Além da apresentação clínica, exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico (MITTAL et al., 2008; PELISSIER; NGO, 2013).

Devido o grande risco de estrangulamento, a terapêutica proposta é sempre cirúrgica, ressaltando casos onde o risco é superior, com relação ao benefício da cirurgia (GOULART; MARQUES; REIS, 2015).

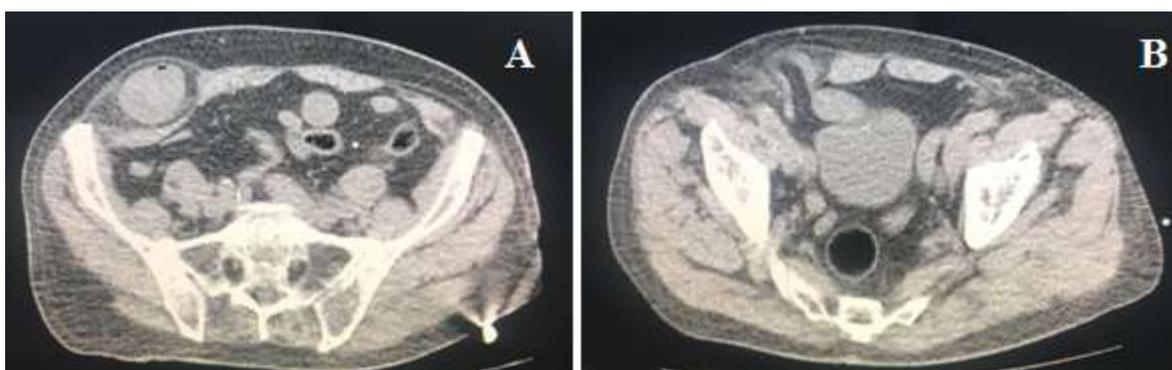
O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso incomum de hérnia de parede abdominal anterior, diagnosticada e tratada no HELGJ. Procedeu-se para complementação do estudo e discussão, a busca de artigos científicos publicados em periódicos indexados ao PubMed, LILACS e Scielo. Este trabalho obteve a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Medicina de Valença/RJ através do parecer 2.897.757.

RELATO DO CASO

Homem de 77 anos de idade, branco, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi com quadro de dor abdominal em quadrante inferior direito com evolução há aproximadamente 2 horas, sem irradiação, iniciado após realização de esforço físico (na tentativa de elevar uma tora de madeira), associado à náusea e vômito. Como os sintomas álgicos permaneceram e progrediram de intensidade, o paciente procurou a unidade hospitalar. Como antecedentes, referia episódio de acidente vascular encefálico transitório, hiperplasia prostática benigna e apendicectomia. Ao exame abdominal: inspeção com ausência de alteração cutânea tipo equimose ou hiperemia; presença de tumefação palpável em quadrante inferior direito, dolorosa, irreductível, com aumento progressivo de tamanho emedindo aproximadamente 13 cm em seu maior eixo; abdome flácido,

peristaltismo diminuído, doloroso apenas à palpação local, sem sinais de irritação peritonial. Pensou-se na hipótese de HS, porém devido diagnóstico diferencial com hérnia incisional (apendicectomia), foi solicitado exame de imagem para definição de conduta e a via de acesso. Realizou tomografia computadorizada que evidenciou hérnia paramediana na fossa ilíaca direita, com insinuação de alças intestinais de delgado, notando-se espessamento parietal, densificação da gordura adjacente e pequena quantidade de líquido livre, podendo representar sofrimento de alça; nota-se ainda discreta dilatação de alças de intestino delgado à montante da hérnia acima descrita (Figura 1).

Figura 1 – Imagem de tomografia computadorizada evidenciando hérnia paramediana na fossa ilíaca direita



Embora a TC acusasse a possibilidade de sofrimento de alça intestinal, tal achado era incompatível os dados clínicos, sendo, portanto, formulada a hipótese diagnóstica de Hérnia de Spiegel apenas com encarceramento, o que motivou o tratamento operatório através de incisão transversa sobre a referida tumefação. Prosseguiu com abertura dos planos anatômicos até a identificação do saco herniário, que se projetava pela linha de Spiegel, contendo parte do grande omento encarcerado, porém viável. Procedeu-se à redução do conteúdo herniário, fechamento do anel herniário com Vicryl 2-0 e reforço local da parede através da colocação, entre os músculos oblíquos, de uma tela de polipropileno medindo cerca 10cmx5cm, fixada com prolene¹. Os espaços formados entre os músculos oblíquos (acima da tela) e no subcutâneo foram drenados por contra abertura com sistema fechado. Por fim, foi fechada a aponeurose do músculo oblíquo externo com Vicryl 2-0

e a pele com pontos separados de Nylon 3-0. Foi realizado antibioticoprofilaxia com cefalotina.

Evoluiu no pós-operatório com retenção urinária (bexigoma), sendo necessário cateterismo vesical de alívio. Recebeu alta hospitalar no 2º dia pós-operatório, ainda com o dreno abdominal, o qual foi retirado no oitavo dia, juntamente com os pontos cirúrgicos de pele, em consulta ambulatorial de revisão. Após 30 dias do ato cirúrgico, o paciente se encontrava assintomático e sem sinais de recidiva, recebendo alta ambulatorial. Foi encaminhado ao Ambulatório de Urologia e submetido à prostatectomia trans-vesical.

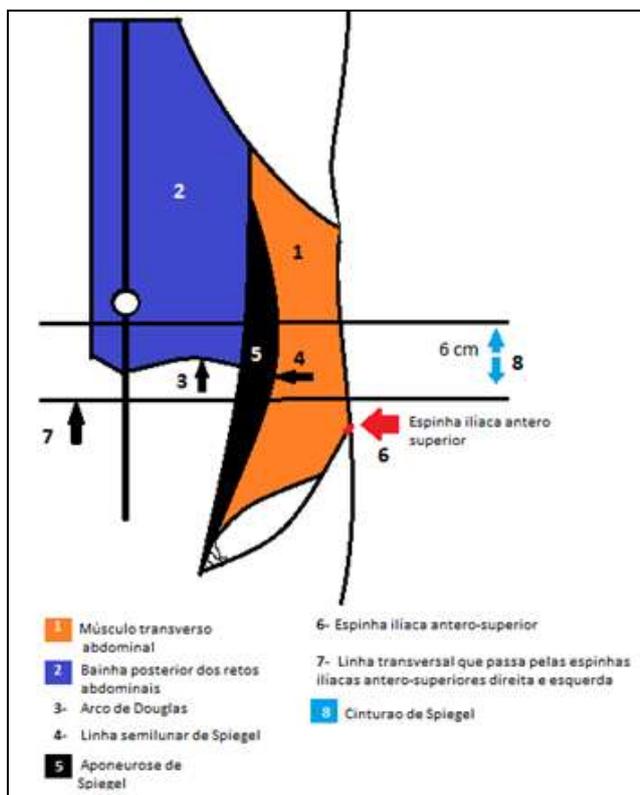
DISCUSSÃO

A Hérnia de Spiegel ocorre através da fáscia de Spiegel, que é formada pela fusão da aponeurose do músculo oblíquo interno (MOI) e do músculo transverso abdominal (MTA), e é limitada lateralmente pela linha semilunar e medialmente pelo bordo lateral do músculo reto abdominal. Quase todas as HS ocorrem na linha arqueada ou abaixo dela, devido à ausência de fáscia posterior do reto que pode contribuir para uma fraqueza inerente nessa área (TOWNSEND et al., 2015; GOULART; MARQUES; REIS, 2015; SOUSA et al., 2006). Essa situação pode ser explicada pelo cruzamento em paralelo das fibras aponeuróticas do MTA e MOI abaixo da região da cicatriz umbilical e em perpendicular acima, o que dificulta a formação de hérnias nesse local, além de que, ao nível da linha arqueada de Douglas, toda a aponeurose muscular da parede abdominal anterolateral torna-se anterior ao músculo reto abdominal e somente as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza nesse local (CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017).

A Hérnia de Spiegel ocorre, em 90% dos casos, na zona denominada de "cinturão da hérnia spigeliana" (Figura 2), que se localiza de 0 a 6 cm cranialmente numa banda transversa a partir do plano anterossuperior das cristas ilíacas, onde a aponeurose spigeliana é mais ampla e delgada. A particular fraqueza dessa área representa o elemento patogênico fundamental, que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico (CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017).

Dentre algumas causas etiopatogênicas contribuintes para tal enfraquecimento, existe a teoria de Watson e Lason “fraqueza específica na junção da linha de Douglas com a linha semilunar” (CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017).

Figura 2 - Anatomia da parede abdominal anterior



Esta hérnia recebeu esse nome em homenagem ao anatomista belga Adriaan van den Spiegel após detalhar as estruturas anatômicas como a linha semilunar, envolvidas nesse tipo de hérnia (VIEIRA et al., 2016; MITTAL et al., 2008; PELISSIER; NGO, 2013).

As HS são raras, e correspondem a 1% - 2% das hérnias da parede anterior do abdome (VIEIRA et al., 2016; ZUVELA et al., 2013; PELISSIER; NGO, 2013; SOUSA et al., 2006; CHAIB; COLTRI; CASTRO, 2017). São mais comuns entre a quarta até sétima décadas de vida, sendo igual à relação homem e mulher (TOWNSEND et al., 2015; MITTAL et al., 2008).

A maioria das HS é pequena (1-2 cm de diâmetro) e seu pequeno e fibroso colo pode levar ao estrangulamento em até 30% dos casos (VIEIRA et al., 2016; GOULART; MARQUES; REIS, 2015; MITTAL et al., 2008).

Essas hérnias em geral são intraparietais, com o saco herniário dissecando posteriormente à aponeurose do oblíquo externo (TOWNSEND et al., 2015). O saco

herniária da HS frequentemente contém gordura extraperitoneal, intestino delgado, cólon ou omento e estão descritos também outros conteúdos abdominais como estômago, vesícula biliar, divertículo de Meckel, ovário, testículo e bexiga (VIEIRA et al., 2016; GOULART; MARQUES; REIS, 2015).

Nos estágios iniciais de desenvolvimento as hérnias de Spiegel são muitas vezes de difícil diagnóstico no exame físico porque se originam inferiormente à aponeurose do oblíquo externo e continuam a expandirem-se lateralmente e inferiormente entre os dois músculos oblíquos (VIEIRA et al., 2016; GOULART; MARQUES; REIS, 2015).

Os sintomas podem variar de dor abdominal localizada, sensação de massa na parede abdominal anterior ou história de encarceramento, com ou sem obstrução intestinal. A dor varia de tipo, gravidade e localização e dependendo do conteúdo da hérnia. A dor muitas vezes pode ser provocada ou agravada por manobras que aumentem a pressão intra-abdominal e é aliviada pelo repouso (VIEIRA et al., 2016; GOULART; MARQUES; REIS, 2015).

Se o paciente tiver uma massa palpável ao longo da aponeurose de Spiegel, o diagnóstico é suspeito. Alguns pacientes apresentam-se com dor abdominal, mas sem massa. Para esses pacientes investigações radiológicas são necessárias para o diagnóstico. Ultrassonografia e a tomografia abdominal com cortes finos são consideradas as técnicas mais fiáveis para fazer o diagnóstico nos casos duvidosos; O uso do meio de contraste oral durante o exame é recomendado para que qualquer conteúdo intestinal possa ser identificado (VIEIRA et al., 2016; MITTAL et al., 2008).

A crescente disponibilidade de imagens de ressonância magnética (RM) pode ser benéfica na avaliação pré-operatória de casos difíceis. Hoje, a maioria das HS é diagnosticada com métodos de imagem, mas anteriormente elas eram diagnosticadas durante a exploração operatória. Se, após a investigação radiológica, o diagnóstico é incerto, uma laparoscopia diagnóstica pode ser realizada (VIEIRA et al., 2016; MITTAL et al., 2008).

O diagnóstico diferencial inclui apendicite e abscesso apendicular, tumor da parede abdominal, hematoma espontâneo do músculo reto abdominal, diverticulite aguda ou carcinoma do cólon com obstrução (ZUVELA et al., 2013; PELISSIER; NGO, 2013).

A hérnia de Spiegel é de tratamento cirúrgico, devido ao risco de encarceramento associado a seu colo relativamente estreito. O local da hérnia deve ser marcado antes do procedimento; uma incisão transversa é feita sobre o local e até a aponeurose do músculo oblíquo externo (MOE); o saco herniário é aberto e dissecado livre do colo da hérnia e excisado ou invertido; o defeito é fechado transversalmente por sutura dos MTA e MOI, seguido por fechamento da aponeurose do MOE. A reparação cirúrgica com a utilização de tela de polipropileno, principalmente em defeitos grandes, confere baixa incidência de recidiva. A abordagem por via anterior em regime ambulatorial é segura e eficaz no tratamento das HS (MORENO-EGEA et al., 2002; VIEIRA et al., 2016).

A cirurgia laparoscópica tem sido ocasionalmente utilizada, mas requer invasão da cavidade abdominal com conseqüente trauma peritoneal e risco de injúria visceral. É recomendado o tratamento laparoscópico extraperitoneal como de escolha para operações eletivas e hernioplastia convencional para casos de emergência ou complicações. Além das vantagens estéticas já descritas para outros procedimentos, a abordagem laparoscópica parece diminuir o risco de complicações e o tempo de internação. A recidiva não é comum (MORENO-EGEA et al., 2002; PELISSIER; NGO, 2013; SOUSA et al., 2006).

CONCLUSÃO

Apresentamos um caso onde o paciente era idoso e cursou de forma aguda com dor e tumefação palpável em FID por encarceramento do conteúdo herniário. Embora houvesse uma forte suspeição clínica para o diagnóstico em questão, uma tomografia computadorizada de abdome foi necessária para confirmação e planejamento da incisão cirúrgica. Para o tratamento deste paciente foi possível o reforço com tela de polipropileno, graças à ausência de sinais de necrose e/ou infecção do conteúdo herniário e tecidos anatômicos locais, o que possibilitou um resultado pós-cirúrgico satisfatório.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Sra. Rosalynn Leite Teixeira, bibliotecária da Faculdade de Medicina de Valença, pela ajuda no levantamento bibliográfico do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAIB, P. S.; COLTRI, R. P.; CASTRO, M. M. O. Hérnia de Spiegel bilateral volumosa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 1-5, out.-dez., 2017.

GOULART, A.; MARQUES, H.; REIS, M. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 35, p. 41-47, 2015.

MITTAL, T. et al. Diagnosis and management of spigelian hernia: a review of literature and our experience. **Journal of Minimal Access Surgery**, v. 4, n.4, p. 95-8, 2008.

MORENO-EGEA, A. et al. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. **Archives of Surgery**, v. 137, n. 11, p. 1266-8, 2002.

PÉLISSIER, E.; NGO, P. Tratamiento quirúrgico de lashernias de Spiegel. **EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo**, v. 26, n. 3, p. 1-6, 2013.

SOUSA, A. V. et al. Hérnia de Spiegel. **Perspectivas Médicas**, São Paulo, v. 17, p. 35-6, jan.-dez., 2006.

TOWNSEND, C. M. et al. **Sabiston Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. v. 2. p. 1135.

VIEIRA, V. C. S. et al. Hérnia de Spiegel: relato de dois casos. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 7, n. 2, p.26-30, 2016.

ZUVELA, M. et al. Spigelian hernia repair as a day-case procedure. **Hernia**, v. 17, n. 4, p. 483-6, 2013.