Hérnia de Spiegel: Suspeição diagnóstica e tratamento

Spiegelian hernia: Diagnostic suspicion and treatment

Caroline Andreazza[1], Natan Wild[1], Daniel Dala Riva[2], Vinícius Avila Zanotelli[3], Marcelo Alexandre Britto[4]

RESUMO

As hérnias de Spiegel são raros defeitos da parede abdominal. Apresentam quadro clínico pouco esclarecedor e potencial para complicações. Relatamos um caso de uma paciente de 69 anos de idade, que apresentou quadro clínico compatível com hérnia de Spiegel. O objetivo desse relato de caso é apontar alguns aspectos de seu difícil diagnóstico e salientar a importância do seu correto manejo.

UNITERMOS: Hérnia Ventral Diagnóstico, Hérnia Abdominal.

ABSTRACT

Spiegelian hernias are rare abdominal wall defects. The clinical picture is not very clarifying and there are potential complications. We report a case of a patient of 69 years of age, who presented clinical signs of Spiegelian hernia. The purpose of this case report is to point out some aspects of its difficult diagnosis and emphasize the importance of proper management.

KEYWORDS: *Ventral Hernia Diagnosis, Abdominal Hernia.*

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel (1-2% de todas as hérnias) é uma protrusão da gordura pré-peritoneal, do saco peritoneal ou órgãos, através de um defeito congênito ou adquirido na aponeurose de Spiegel – aponeurose do músculo transverso abdominal, limitado pela linha semilunar lateralmente e a borda lateral do músculo reto-abdominal medialmente (1,2,3,4). A hérnia de Spiegel é bem descrita, mas relativamente rara, tendo quase 1.000 casos relatados na literatura médica (5). Geralmente, não apresentam sintomas característicos, podendo ser intra-parietal, sem massa evidente à inspeção ou palpação. Por mais raras e de difícil diagnóstico que sejam, apresentam risco real de estrangulamento e devem ser tratadas cirurgicamente (2,6,3).

RELATO DE CASO

Paciente M.D.M, 69 anos, sexo feminino, viúva e professora, foi admitida com história de desconforto em fossa ilíaca direita, que aumentava com o ortostatismo e aliviava ao deitar. Referia uma massa em fossa ilíaca direita, redutível e mais evidente em ortostatismo. Sobre a história prévia, é sabido apenas presença de quadro de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo há aproximadamente 5 meses.

No exame físico, estava em bom estado geral, normocorada, hidratada, eupneica, afebril e normotensa. O abdome encontrava-se depressível, com pequena hérnia inguinal redutível em fossa ilíaca direita.

No procedimento operatório, foram realizadas sedação e anestesia local, antissepsia com PVPI, colocação de campos estéreis e incisão transversal em região para retal direita. Foram realizadas abertura por planos e identificação de hérnia de Spiegel (Figura 1). Realizou-se dissecção e abertura do saco herniário, com posterior redução do mesmo e fechamento do defeito herniário com prolene 0. Optou-se pela colocação de tela de Marlex, a fim de obter-se uma técnica livre de tensão, visto que o defeito herniário era pequeno e proporcionava esta técnica, fixando-a no espaço

[1] Acadêmico de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco de Paula da UCPel.
[3] Cirurgião do Aparelho Digestivo. Professor de Clínica Cirúrgica da UCPel.
[4] Coloproctologista. Professor de Clínica Cirúrgica da UCPel.



Figura 1 – Hérnia de Spiegel – Imagem intraoperatória com identificação da Hérnia de Spiegel.

interaponeurótico, com posterior fechamento da aponeurose do músculo oblíquo externo com fio prolene 0. Por fim, foram realizados revisão da hemostasia, fechamento por planos e curativo fechado.

DISCUSSÃO

A hérnia de Spiegel é um raro defeito da cavidade abdominal, encontra-se entre a borda lateral do reto abdominal e a linha semilunar (1,2,3,4). Localizam-se logo abaixo da linha arqueada de Douglas e, geralmente, acima dos vasos epigástricos superiores no chamado "cinturão da hérnia de Spiegel", uma zona transversal de largura de 6 cm acima do plano interespinhal (1,2). A localização anatômica é frágil. Ao nível da linha arqueada, toda a aponeurose muscular da parede abdominal ântero-lateral torna-se anterior ao músculo reto abdominal, e somente as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza (1,2,4). A particular fraqueza dessa área representa o elemento patogênico fundamental, que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico (1,2).

A hérnia de Spiegel se apresenta como uma patologia de difícil diagnóstico por múltiplos motivos, entre eles: sintomatologia inespecífica e escassa, difícil palpação na posição de decúbito, frequente coexistência de obesidade e raridade do quadro, sem contar que hérnias localizadas mais abaixo confundem-se com hérnias inguinais (6,7).

Geralmente, ocorrem em indivíduos do sexo feminino, entre 40 e 70 anos de idade. 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 parede (2,3,6,7).

O diagnóstico acurado pelo exame físico é um desafio (3,6,8). As manifestações clínicas são inespecíficas e altamente variáveis (3,8). De modo geral, consistem em uma dor abdominal mal localizada ou referida na própria área da hérnia (especialmente em casos de pequeno orifício herniário), que aumentam com a tosse ou o exercício e desaparecem com o decúbito (5). O diagnóstico é suspeito, geralmente pela palpação de uma tumoração, por vezes difícil de perceber por ser pequeno e encontrar-se abaixo da aponeurose do oblíquo externo (5,8).

Em caso de dúvida, a ultrassonografia tem se mostrado a primeira opção para a investigação diagnóstica por ser um método não invasivo, de grande disponibilidade, de acesso dinâmico e baixo custo (2,4,6,9). A tomografia computadorizada do abdome também pode confirmar a presença de uma hérnia de Spiegel, sendo reservada quando ainda há dúvidas quanto ao diagnóstico (6,9,10). Entretanto, alguns autores afirmam que, atualmente, a tomografia computadorizada de abdome é a técnica mais confiável para o diagnóstico (3,11). Muitas vezes, o diagnóstico se faz apenas no intraoperatório, com a visualização da anatomia da hérnia, sendo considerado o padrão-ouro (6,9,11).

Temos que levar em consideração que até 20% das hérnias de Spiegel apresentam-se encarceradas no momento da cirurgia. Por esta razão, a correção cirúrgica é obrigatória, tendo um índice de recorrência incomum e bom sucesso pós-operatório (7).

COMENTÁRIOS FINAIS

As hérnias de Spiegel caracterizam-se por serem raras, e com diagnóstico muitas vezes de exclusão, uma vez que seus sintomas não são típicos. O diagnóstico pré-operatório correto conta com a experiência médica e com procedimentos diagnósticos apropriados, porém não é infrequente o diagnóstico só ocorrer no ato cirúrgico. É necessário manter-se alerta sobre a existência neste tipo específico de hérnia, já que, por mais que seja rara, apresenta importante risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes, sendo mandatório tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. Am Surg 2006; 72(1):42-48;
2. Parreira JM, Chibata M, Saucedo NJ, Piccione Colatusso, R, Paciornik, R. Hérnia de Spiegel bilateral: relato de caso e revisão de literatura. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. 2007; 20(3): 208-11;
3. Kumar A, Kumar Garg P, Dahiya D, Chaurasia A. Unusual Disappearing Abdominal Bump: Spigelian Hernia, Maedica- A Journal of Clinical Medicine, 2013; 8(3): 269-271;
4. Carvalho Turatti R, Mayer de Moura V, Halti Cabral R, Simionato-Netto D, Maite Sevillano M, Squilacci Leme PL. Aspectos ultrassonográficos e anatomia da aponeurose do músculo transverso do abdome. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig, 2013; 26 (3): 184-189;
5. Cerdán Pascual R, Cantín Blázquez S, Barranco Domínguez JI, Bernal Jaulín J, Duque Mallén MV. Hernia de Spiegel. Revisión a propósito de 8 casos. Rev Cubana Cir 2005; 44(4), disponível

em: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol44_4_05/cir07405.htm (17/12/2014);
6. León JS, Acevedo AE, Dellepiane VP. Spigelian hernia. Report of 23 cases. Rev Chil Cir, 2011; 63(1): 64-68;
7. Ribeiro EA; Cruz RJ; Martins Moreira S. Abdômen agudo obstrutivo decorrente de hérnia Spiegel gigante: relato de caso e revisão da literatura. 2005, 123(3): 148-50;
8. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. World J Surg 2002; 26(10):1277.
9. Light D, Chattopadhyay D, Bawa S. Radiological and clinical examination in the diagnosis of Spigelian hernias. Ann R Coll Surg Engl. 2013, 95 (2): 98-100;
10. Shenouda NF, Hyams BB, Rosenbloom MB. Evaluation of Spigelian hernia by CT. J Comput Assist Tomogr 1990; 14(5):777;
11. Siosaki MD, Costa MM, Figueiredo HF, da Silva Junior MF, da Silva Junior RA. A differential diagnosis in chronic lower abdominal pain. Int J Surg Case Rep. 2012; 3(10):504-506.

✉ Endereço para correspondência
Caroline Andreazza
Rua Dom Pedro II, 611/603
96.010-300 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 2128-8000
carol-andreazza@hotmail.com
Recebido: 22/2/2015 – Aprovado: 26/2/2015