

Relato de caso

Hérnia de Spiegel bilateral em paciente jovem masculino - um relato de caso

Bilateral Spiegel hernia in a young male patient - a case report

Bárbara Citelis Silva Vargas¹, Kelli da Silva Gonçalves², Rodrigo da Costa Amil³

¹ Médica pela Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

² Cirurgiã Geral, Residente de Cirurgia Plástica no Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Cirurgião Geral e Transplante Hepático, Itaperuna, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Bárbara Citelis Silva Vargas

Contato: barbaracitelis@hotmail.com

Palavras-chave:

Hérnia abdominal.
Hérnia ventral.
Herniorrafia.

Keywords:

Abdominal hernia.
Herniorrhaphy.
Ventral hernia.

RESUMO

A Hérnia de Spiegel representa 1-2 % dentre todas as hérnias de parede anterior, sendo considerada uma doença rara. Entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto do abdome, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e, geralmente, acima dos vasos epigástricos superiores, é localizada a zona de Spiegel, local de defeito da parede abdominal. As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário e registros fotográficos, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações do exame físico e resultados de exames complementares, registro dos métodos de diagnóstico e revisão da literatura. O presente artigo descreve um caso de Hérnia de Spiegel em jovem masculino de 25 anos, cuja a única manifestação clínica era dor em fossa ilíaca esquerda. Com o tratamento cirúrgico proposto, foi realizada uma herniorrafia aberta sem ressecção intestinal. A descrição deste caso justifica-se pelo diagnóstico difícil devido à sintomatologia inespecífica e escassa, diversidade de diagnósticos diferenciais e possibilidade de complicações.

ABSTRACT

Spigelian Hernia accounts for 1-2% of all anterior abdominal wall hernias, being considered a rare condition. The Spigelian zone, the site of abdominal wall defect, is located between the semilunar line and the lateral edge of the rectus abdominis muscle, just below the arcuate line of Douglas and generally above the superior epigastric vessels. The information in this report was obtained through a review of medical records and photographic documentation, with the Informed Consent Form (ICF), containing data from the physical examination and results of complementary exams, documentation of diagnostic methods, and a literature review. This article describes a case of Spigelian Hernia in a 25-year-old male patient, whose only clinical manifestation was pain in the left iliac fossa. With the proposed surgical treatment, an open herniorrhaphy was performed without intestinal resection. The description of this case is justified by the difficult diagnosis due to the nonspecific and scarce symptoms, diversity of differential diagnoses, and possibility of complications.

Recebido em:

03/04/2024

Aprovado em:

03/07/2024

Publicado em:

23/12/2024



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons. Os usuários têm permissão para copiar redistribuir os trabalhos por qualquer meio ou formato, e também para, tendo como base o seu conteúdo, reutilizar, transformar ou criar, com propósitos legais, até comerciais, desde que citada a fonte.

INTRODUÇÃO

A Hérnia de Spiegel é definida como a protrusão da gordura pré-peritoneal ou do saco peritoneal devido a uma alteração anatômica na zona de Spiegel¹. Em razão de sua localização, costumam ser difíceis de diagnosticar. A irregularidade está localizada na fáscia transversal, onde as camadas da “aponeurose de Spiegel” estão mais fracas, o que ocorre devido à transição músculo-aponeurótica, que é lateral ao músculo reto, e as aponeuroses do oblíquo interno e transversos do abdome ocorrerem paralelamente abaixo do umbigo². A hérnia pode se iniciar como uma divisão nas camadas fasciais, havendo projeção da gordura extraperitoneal através delas. Os defeitos herniários são geralmente pequenos e pode apresentar dor por algum tempo até que possam ser detectados.

As hérnias aumentam de tamanho tornam-se facilmente palpáveis e desenvolvem um saco peritoneal, possibilitando diagnóstico e tratamento cirúrgico³. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de Hérnia de Spiegel bilateral no Hospital São José do Avaí, em Itaperuna (RJ), apresentando os aspectos clínicos, diagnóstico, cirurgia e pós-operatório. O relato de caso recebeu aprovação pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Campos, conforme CAAE 75822523.0.0000.5244. O número do parecer referente a essa aprovação é 6.687.061.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, sem comorbidades, procurou o ambulatório de cirurgia geral relatando dor de forte intensidade de característica em pontadas em região de fossa ilíaca esquerda, tanto em repouso quanto à movimentação, não apresentando outras queixas, como alteração da função intestinal e edema. O paciente menciona ter realizado cirurgia de correção de Hérnia de Spiegel em fossa ilíaca direita há cinco anos. À vista disso, foi realizada ultrassonografia (USG) de parede abdominal (**Figura 1**) para investigação e definição do diagnóstico.

Para o reparo, foi indicada herniorrafia aberta. No ato cirúrgico, foi realizada uma incisão transversa em topografia de fossa ilíaca esquerda (FIE), com abertura de planos anatômicos, onde foi identificado saco herniário não encarcerado e enfraquecimento da aponeurose do músculo reto do abdome e músculo transversos. Então, foi efetuada rafia de saco herniário por invaginação, sendo utilizado o fio vicryl 0 para reparo, reforço da parede através de colocação de tela de polipropileno medindo 15x15 cm, e síntese por planos completa. Ao final, foi realizada uma sutura intradérmica com fio monocryl 4.0 para o fechamento da incisão.

No pós-operatório, o paciente evoluiu bem, tendo alta já no primeiro dia. Encontra-se estável, sem sinais de recidiva ou complicações tardias após

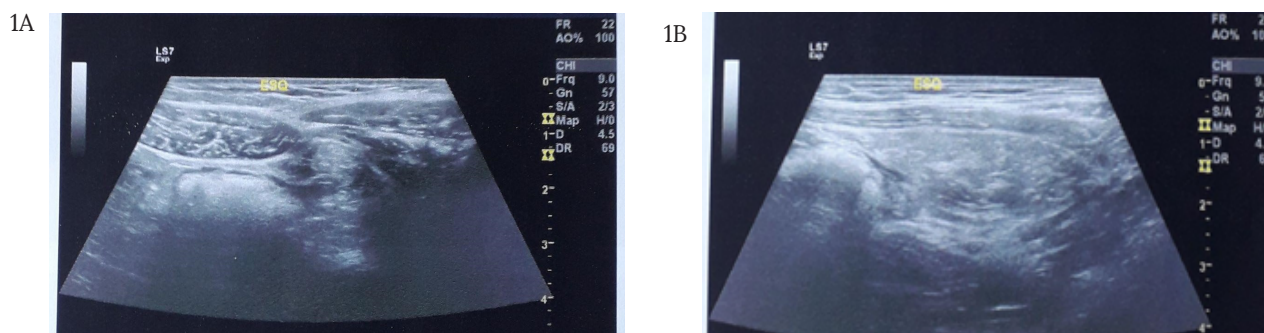


Figura 1. Herniação de material com ecogenicidade de tecido adiposo localizado entre a borda lateral do músculo reto esquerdo (A) e o músculo transversos (B), sendo então, compatível com Hérnia de Spiegel.

oito anos da cirurgia de correção de Hérnia de Spiegel ao lado direito e após três anos da cirurgia de correção de Hérnia de Spiegel do lado esquerdo.

DISCUSSÃO

A Hérnia de Spiegel foi descrita por Klinkosch, em 1764⁴, e possui aproximadamente 1000 casos relatados, sendo ainda mais rara na forma bilateral¹. É demonstrado, ainda, que a incidência é maior em mulheres entre a 4^a e a 7^a década de vida. Seu desenvolvimento está associado ao aumento da pressão intra-abdominal e enfraquecimento da parede abdominal, sendo multifatorial e englobando diversos fatores. O paciente em questão apresentava incisão abdominal prévia em razão de uma hérnia spigeliana contralateral, o que propicia o aparecimento da doença.

A clínica é frequentemente inespecífica e a falta de experiência médica com a patologia torna o seu diagnóstico muitas vezes atrasado⁴. Geralmente, os pacientes apresentam dor e/ou inchaço localizado³. No presente caso, a única manifestação clínica apresentada pelo paciente foi a dor de forte intensidade.

O USG é a primeira escolha como método diagnóstico, mas a tomografia computadorizada também pode ser utilizada. Dentre os diagnósticos diferenciais temos: hemangiomas, fibromas, sarcomas, lipomas, tumor desmoide, metástases, pseudo-herniações, outras hérnias de parede abdominal, miotendinites, adipose dolorosa, seromas, hematomas e abscesso parietal^{2,4,5}. Em razão da infinidade de diagnósticos diferenciais, o exame de imagem se torna essencial para o fechamento do diagnóstico definitivo.

O tratamento da Hérnia de Spiegel se dá necessariamente com cirurgia e, devido à sua raridade, não há ainda uma técnica cirúrgica de melhor escolha para correção¹. Atualmente, a técnica IPOM “intraperitoneal onlay mesh”, foi apontada como o reparo mais popular, o que não inviabiliza a utilização de outros tipos de reparos, como tratamento laparoscópico extra-peritoneal (TEP) e

transabdominal pré peritoneal (TAPP), sendo este o que apresenta uma melhor visualização da hérnia². A técnica utilizada no caso exposto foi a herniorrafia aberta com incisão transversa seguida de reparo primário.

Em razão do diagnóstico e tratamento realizados em tempo hábil, o resultado pós-operatório foi satisfatório, o paciente evoluiu bem e manteve-se sem sinal de recidiva abdominal após oito anos da cirurgia de correção de Hérnia de Spiegel ao lado direito e após três anos da cirurgia de correção de Hérnia de Spiegel do lado esquerdo.

Dessa maneira, é essencial que a Hérnia de Spiegel seja considerada como diagnóstico diferencial de doenças abdominais.

REFERÊNCIAS

1. Perrakis A, Velimezis G, Kapogiannatos G, Koronakis D, Perrakis E. Spigel hernia: a single center experience in a rare hernia entity. *Hernia*. 2012;16(4):439-44.
2. Barnes TG, McWhinnie DL. Laparoscopic Spigelian Hernia Repair: A Systematic Review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2016;26(4):265-70.
3. Webber V, Low C, Skipworth RJE, Kumar S, de Beaux AC, Tulloh B. Contemporary thoughts on the management of Spigelian hernia. *Hernia*. 2017;21(3):355-61.
4. Vieira VCS, Tavares Vieira RRB, Alves TB, de Souza AG, de Paula JF, Marques Batista CA. Hérnia de Spiegel: Relato de dois Casos. *Revista de Saúde*. 2016;7(2):26-30.
5. Parreira JM, Chibata M, Saucedo Jr N, Colatusso RP, Paciornik R. Hérnia de Spiegel bilateral: relato de caso e revisão de literatura. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2007;20.