

HÉRNIA DE SPIEGEL: RELATO DE CASO

SPIEGEL'S HERNIA: A CASE REPORT

Rebeca Aparecida dos Santos Di Tommaso,* Rubem Alves da Silva Neto,* Priscila Cavalcanti Ballut,* João José Corrêa Bergamasco,*
Marcelo Henrique dos Santos,** Tikara Hagiwara***

Resumo

Hérnia de Spiegel é um defeito raro da parede abdominal, com protrusão por meio da linha semilunar. É de interesse cirúrgico pelo quadro clínico vago de queixas abdominais, com elevado risco de encarceramento e estrangulamento. Tradicionalmente é tratada com hernioplastia anterior com aproximação da musculatura e reforço com tela de polipropileno, sendo a técnica laparoscópica uma alternativa ao procedimento cirúrgico aberto. O presente trabalho visa relatar dois casos de pacientes com diagnóstico de hérnia de Spiegel operadas no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas pela técnica tradicional.

Palavras-chave: Linha de Spiegel, hérnia de Spiegel, hernioplastia anterior.

Abstract

Spiegel's hernia is a rare abdominal wall defect, presenting itself as a protrusion through the semilunar line. It is surgical interest because of its high incarceration and strangulation risk. Traditionally, repair consists on open anterior hernioplasty, using direct muscle approximation and polypropylene mesh. Laparoscopic technique is an alternative to the open procedure. This paper aim to report two Spigelian hernia cases treated with the traditional technique in the Getúlio Vargas University Hospital General Surgery Department.

Keywords: Spigelian line, Spigelian hernia, anterior hernioplastia.

Introdução

A hérnia de Spiegel ocorre por meio da fásia de Spiegel, que é composta da camada aponeurótica entre o músculo reto medialmente e a linha semilunar lateralmente; estendendo-se da extremidade no nono arco costal até o tubérculo púbico, sendo mais estreita na porção superior e se alargando abaixo da linha transversal umbilical, assumindo a forma de uma meia-lua.^{1,2}

Quase todas as hérnias de Spiegel ocorrem na linha arqueada ou abaixo dela. A ausência de

fásia do reto posterior pode contribuir para uma fraqueza inerente nessa área. São hérnias em geral interparietais, com o saco herniário dissecando posteriormente a aponeurose do músculo oblíquo externo, não sendo possível palpar o anel herniário.¹

O orifício herniário se localiza lateralmente à borda externa do músculo reto, mais frequentemente em uma área compreendida entre duas linhas paralelas: a linha interespinhosa (entre as espinhas ilíacas anteriores superiores) e outra linha transversal, traçada seis centímetros acima.²

*Residente em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Amazonas.

** Residente em Cancerologia Cirúrgica da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas.

***Cirurgião assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

O objetivo deste trabalho é relatar dois casos de Hérnia de Spiegel operados no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Relato de Caso 1

Paciente do sexo feminino, 47 anos, encaminhada à nossa instituição após diagnóstico de hérnia de Spiegel; evoluindo havia três anos com dor em região de flanco e fossa ilíaca à direita, tipo surda, que melhorava com o repouso. Um ano e meio após o início do quadro álgico iniciou abaulamento em região de flanco e fossa ilíaca direita, com aumento progressivo dele associado à piora da dor aos esforços físicos. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e esteatose

hepática, em tratamento regular de suas comorbidades; tendo realizado procedimento cirúrgico para correção de prolapso vaginal. Negava história familiar e pessoal de hérnias da parede abdominal. Ao exame físico, evidenciado abdome globoso, flácido, assimétrico pelo abaulamento em região de flanco e fossa ilíaca direita, de consistência fibroelástica e móvel à palpação; sem visceromegalias ou falhas aponeuróticas palpáveis. Procurou atendimento de urgência, onde realizou ultrassonografia de abdome a qual não evidenciou nenhuma alteração. Por persistência e piora progressiva do quadro clínico a paciente realizou tomografia de abdome e pelve a qual diagnosticou hérnia de Spiegel.



Foto 1: TC de abdome evidenciando presença de falha aponeurótica, com conteúdo de alça intestinal no interior do saco herniário.

A paciente foi submetida à hernioplastia de parede abdominal, tendo sido evidenciado no intraoperatório falha aponeurótica de 10 cm de extensão com volumoso saco herniário contendo alças de intestino delgado e epíplon. Realizado, após abertura de saco herniário, o embricamento

dele com fio absorvível; aproximação da falha aponeurótica com fio inabsorvível e reforço dela com tela de polipropileno.

A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 2.º dia pós-operatório.

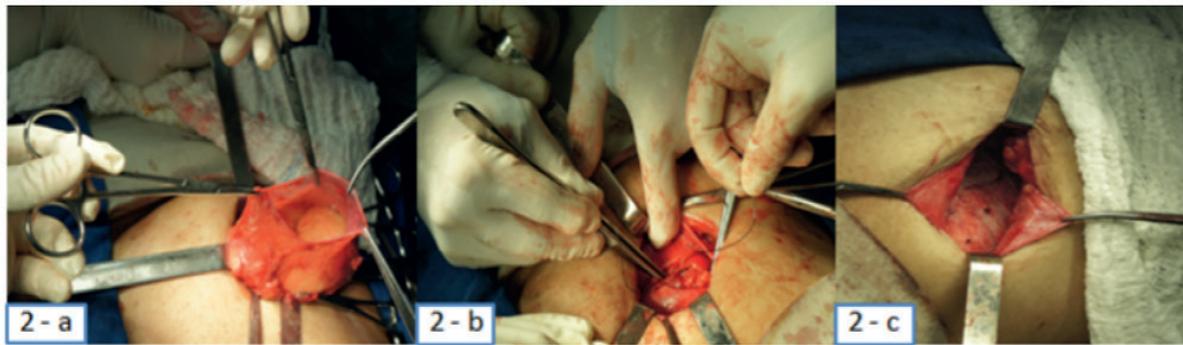


Foto 2a: Isolamento e abertura de saco herniário, evidenciando o seu conteúdo.
Foto 2b: Embricamento do saco herniário com aproximação de falha aponeurótica.
Foto 2c: Aspecto final após fixação de tela de polipropileno.

Relato de Caso 2

Paciente do sexo feminino, 62 anos, encaminhada à nossa instituição após diagnóstico de hérnia de Spiegel; evoluindo havia oito meses com dor em região de flanco esquerdo com irradiação para região lombar ipsilateral, tipo surda, intermitente; associada a náuseas. Relatava ainda abaulamento em região de fossa ilíaca esquerda à manobra de Valsalva. Apresentava melhora do quadro ao repouso e piora dele aos esforços físicos. Portadora de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento regular; tendo realizado colecistectomia e apendicectomia prévias. História pessoal de herniorrafia umbilical havia seis meses. Ao exame físico, evidenciado abdome globoso, flácido, simétrico, sem visceromegalias ou massas palpáveis, porém, à manobra de Valsalva, evidenciava-se abaulamento discreto em região de fossa ilíaca esquerda, mas sem falha aponeurótica palpável ao exame físico.

Procurou atendimento de urgência, onde realizou tomografia de abdome e pelve a qual evidenciou solução de continuidade no músculo transversal abdominal, na fossa ilíaca à esquerda, na altura da linha semilunar, por onde ocorria insinuação da gordura pélvica, com saco herniário de 3,7 x 2,9 cm; evidenciou ainda diástase dos músculos retos abdominais ao nível da cicatriz umbilical, por onde ocorria insinuação de gordura intra-abdominal.

A paciente foi submetida à hernioplastia de parede abdominal, tendo sido evidenciado no intraoperatório falha aponeurótica de 3 cm de extensão com saco herniário pequeno contendo apenas epíplon. Realizado, após abertura de saco herniário, o embricamento dele com fio absorvível; procedido então aproximação da falha aponeurótica com fio inabsorvível e reforço dela com tela de polipropileno.

A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no 2.º dia pós-operatório.

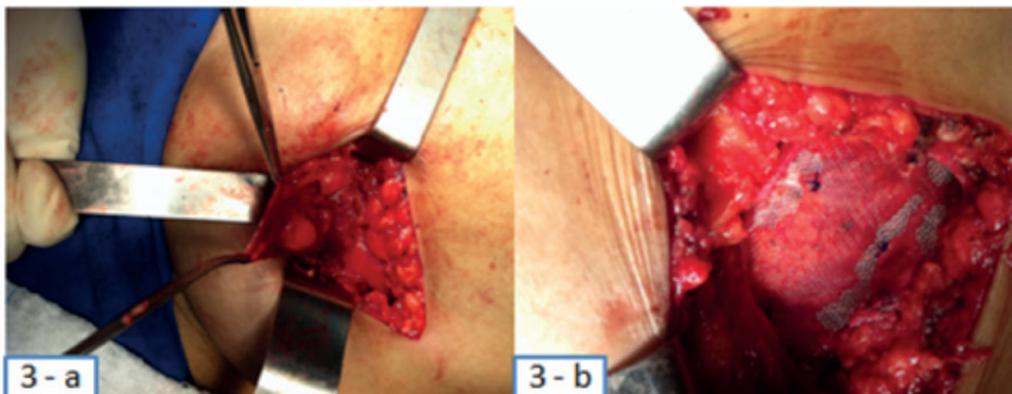


Foto 3a: Dissecção e isolamento de saco herniário.
Foto 3 b: Aspecto final após o reparo da fragilidade da parede abdominal com tela de polipropileno.

DISCUSSÃO

Hérnia de Spiegel consiste em uma protrusão de saco peritoneal, órgão ou gordura pré-peritoneal por meio de um defeito, congênito ou adquirido, na aponeurose de Spiegel. Também conhecida como “hérnia ventral lateral”, “hérnia anterolateral” ou hérnia por meio do tendão conjunto”.^{3,4}

Hernias de Spiegel são entidades raras, constituindo 0,12-2% de todas as hérnias da parede abdominal. Adrian van der Spiegel foi o primeiro a definir a linha semilunar, também conhecida como linha de Spiegel. Em 1764, Klinkosch descreveu pela primeira vez a hérnia como entidade clínica, nomeando de “hérnia da linha de Spiegel”.⁵

Na maioria dos casos é uma hérnia adquirida, ocorrendo principalmente em adultos entre 40 e 70 anos, afetando ambos os lados (direito e esquerdo) de maneira semelhante, sendo discretamente mais frequente em mulheres.^{4,5} A etiologia da hérnia de Spiegel está associada à teoria vascular, na qual o prolapso dessas hérnias por meio da aponeurose do músculo transversal seria pelos orifícios dos vasos e nervos perfurantes na linha semilunar; associada à teoria do defeito musculoaponeurótico com fragilidade nas aponeuroses dos músculos transversal e oblíquo interno do abdome, onde diversos fatores que aumentam a pressão intra-abdominal ou causam deterioração da parede abdominal são considerados fatores predisponentes (obesidade mórbida, distúrbios do colágeno, múltiplas gestações, ganho ou perda ponderal importante, doença pulmonar crônica).^{3,6}

Pode ainda estar associada à presença de orifícios anormais na aponeurose do músculo transversal para passagem da artéria epigástrica inferior e seus ramos, predispondo à fragilidade.⁷ Trauma e defeito congênito por desenvolvimento anormal da parede abdominal também estão envolvidos na etiologia dessas hérnias.⁶

O diagnóstico inicial é difícil pela variedade de sintomas inespecíficos, o pequeno tamanho da herniação, a localização interparietal e à baixa

sensibilidade do exame físico.^{8,9} Os sintomas e sinais mais comuns são dor abdominal e abaulamento na porção lateral do abdome inferior, com massa palpável e dolorosa.¹⁰ O exame físico isolado falha em estabelecer o diagnóstico em mais de 50% dos casos.¹¹

O diagnóstico diferencial deve ser feito com hematoma de músculo reto abdominal, seroma e abscesso abdominal; entidades menos comuns como fibroma, lipoma, sarcoma e hemangioma de parede abdominal.⁴

O diâmetro do colo herniário é geralmente de 0,5-2 cm, podendo resultar em obstrução e encarceramento; sendo a hérnia diagnosticada durante cirurgia de urgência.¹² O conteúdo do saco herniário pode conter omento, intestino delgado, colón, apêndice, bexiga, mais raramente ovário e divertículo de Meckel.^{4,9}

Ultrassonografia e tomografia computadorizada evidenciam o local exato do defeito herniário, seu tamanho, sua extensão, o conteúdo, além de informações importantes para a escolha da melhor abordagem cirúrgica.⁸ A tomografia computadorizada é considerada a ferramenta diagnóstica de maior sensibilidade.^{13,14}

Após o diagnóstico da hérnia de Spiegel, o tratamento cirúrgico se faz necessário em consequência das complicações associadas à entidade, como encarceramento e estrangulamento (21-33%).¹⁵ As opções cirúrgicas de reparo da hérnia de Spiegel podem ser tanto pela técnica aberta como laparoscópica. A hernioplastia aberta apresenta baixa morbidade e mortalidade, baixa recorrência, porém associa-se à maior incisão e dissecação da área afetada para completa correção do defeito. É ainda a técnica de escolha em casos de complicações e cirurgia de urgência.^{4,8,16}

A técnica laparoscópica pode ser realizada tanto intra-abdominal como extra-peritoneal, sendo a intra-abdominal reservada para os casos de múltiplas cirurgias na mesma intervenção.^{4,8,16}

A hérnia de Spiegel é uma entidade rara entre as hérnias da parede abdominal, de diagnóstico muitas vezes difícil; porém demanda tratamento cirúrgico imediato após seu diagnóstico em vista

do índice de complicação a ela associado. O tratamento cirúrgico aberto é uma abordagem factível, com baixas taxas de recidiva e de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Malangoni MA, Rosen MJ. Hérnias. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de cirurgia. A base biológica da prática cirúrgica moderna. 18.a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 1085-1107.
2. Speranzini MB, Deutsch CR. Hérnias da parede abdominal anterior. In: Speranzini MB, Deutsch CR, Yagi OK. Manual de diagnóstico e tratamento para o residente de cirurgia. São Paulo: Atheneu Editora, 2009. p. 635-642.
3. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian Hernia: surgical anatomy, embryology and technique repair. *Am Surg.* 2006; 72(1): 42-48.
4. Perrakis A, Velimezis G, Kapogiannatos G, Koronakis D, Perrakis E. Spigel hernia: a single center experience in a rare hernia entity. *Hernia.* 2012; 16: 439-444.
5. Topal E, Kaya E, Topal NB, Sahin I. Giant spigelian hernia due to abdominal wall injury: a case report. *Hernia.* 2007; 11: 67-69.
6. Ignatius JA. Spigelian hernia. *Am J Surg.* 1955; 90: 300-391.
7. Thévenot T, Gabourd T. Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel. *Rev Chir Paris.* 1907; 35: 568-585.
8. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Martin JG, Aguayo JL, Canteras M. Spigelian hernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia.* 2002; 6: 167-170.
9. Spangen L. Spigelian hernia. *World J Surg.* 1989; 13: 573-586.
10. Jain KM, Hestings OM, Kunz VP. Spigelian hernia. *Am Surg.* 1977; 43: 569-600.
11. Stirnemann H. The Spigelian hernia: missed? Rare? Puzzling diagnosis? *Chirurg.* 1982; 53: 314-317.
12. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repair. *Surg Clin N Am.* 2003; 83: 1235-1253.
13. Coulier B. Multidetector computed tomography features of linea arcuata (arcuate-line of Douglas) and linea arcuata hernias. *Surg Radiol Anat.* 2007; 29: 397-403.
14. Bennett D. Incidence and management of primary abdominal wall hernia: umbilical, epigastric and spigelian. In: Fitzgibbons RJ, Greenburg AG, editors. *Nyhus and Condon's hernia.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. p. 389-413.
15. Rogers FB, Camp PC. A strangulated spigelian hernia mimicking diverticulitis. *Hernia.* 2001; 5: 51-52.
16. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martin JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs Laparoscopic repair of Spigelian hernia. *Arch Surg.* 2002; 137: 1266-1268.