

HÉRNIA DE SPIEGEL BILATERAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Bilateral Spiegelian hernia: case report and literature review

José Marcos **PARREIRA**, Maurício **CHIBATA**, Nestor **SAUCEDO Jr.**,
Rodrigo Piccione **COLATUSSO**, Rodolpho **PACIORNIK**

ABCDDV/560

Parreira JM, Chibata M, Saucedo Jr. N, Colatusso RP, Paciornik R. Hérnia de Spiegel bilateral: relato de caso e revisão de literatura. ABCD Arq Bras Cir Dig 2007;20(3):208-11.

RESUMO - Racional - As hérnias spigelianas são raros defeitos da parede abdominal. Apresentam quadro clínico pouco esclarecedor e com risco real de estrangulamento. **Relato do caso** - Mulher de 55 anos, apresentava-se com massa endurecida e irreductível em fossa ilíaca esquerda além de aumento localizado da parede abdominal à direita e uma volumosa hérnia umbilical. A tomografia computadorizada de abdome mostrou duas hérnias spigelianas direita e esquerda, com conteúdo encarcerado. O tratamento foi herniorrafia seguida de colocação de tela. **Conclusão**- As hérnias de Spiegel caracterizam-se por serem raras e com diagnóstico muitas vezes de exclusão. Necessitam de tratamento cirúrgico pelo importante risco de estrangulamento do seu conteúdo.

DESCRITORES - Hérnia umbilical. Parede abdominal.

INTRODUÇÃO

As hérnias de Spiegel (HS) apresentam-se como um defeito da parede abdominal, ocorrendo através da aponeurose spigeliana, entre a linha semilunar (que marca a transição do músculo para a aponeurose no músculo transverso abdominal) e a borda lateral do músculo reto, logo abaixo da linha arqueada de Douglas e, geralmente, acima dos vasos epigástricos superiores, em zona denominada de o “cinturão da hérnia spigeliana”^{10,11}. Este defeito pode se estender desde a nona cartilagem costal até a espinha púbica^{10,13}. Recebeu esse nome em homenagem ao anatomista belga Adriaan van den Spiegel após detalhar as estruturas anatômicas envolvidas nesse tipo de hérnia. Na maioria dos casos, a HS contém intestino delgado, cólon sigmóide, cólon transverso, ceco, apêndice, ou divertículo de Meckel^{1,10}. O pequeno e fibroso colo da HS é responsável por estrangulamento em até 30% dos casos². Estas hérnias são de grande interesse para o cirurgião pelos vários diagnósticos diferenciais que se pode levantar. Geralmente não apresentam sintomas característicos e a hérnia pode ser ainda intra-parietal, sem

massa evidente à inspeção ou palpação^{11,13}. As hérnias de Spiegel bilaterais são muito raras com poucos relatos na literatura mundial⁷.

RELATO DO CASO

Mulher de 55 anos foi admitida com um dia de história de dor abdominal difusa tipo cólica associada à queixa de náuseas sem vômitos. Negava alterações recentes do hábito intestinal. Tinha ainda há 26 anos hérnia umbilical e há um ano aumento progressivo de uma massa em fossa ilíaca esquerda. De história mórbida pregressa, relatava hipertensão arterial sistêmica havia 5 anos em tratamento. História mórbida familiar era sem particularidades. Referia tabagismo de uma carteira de cigarro por dia por 20 anos.

Ao exame encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, eunêica, afebril, normotensa, 88bpm, 16rpm. O abdome encontrava-se globoso, flácido, com volumosa hérnia umbilical irreductível e presença ainda de massa endurecida em fossa ilíaca esquerda, irreductível, fixa, indolor e com aumento localizado de parede abdominal à direita (Figura 1).

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil
Endereço para correspondência: José Marcos Parreira,
e-mail: jose.parreira@pucpr.br



FIGURA 1 – Presença das hérnias spigelianas bilaterais (maior à direita) e uma volumosa hérnia umbilical

Apresentava $10.500/\text{mm}^3$ de leucócitos e 2% de bastonetes. Os demais exames laboratoriais encontravam-se nos seus limites de normalidade. A ecografia abdominal demonstrava massa em abdome inferior esquerdo cuja parede era composta por alças de intestino delgado. Para delinear a natureza e a extensão da massa além da relação dela para com os órgãos e parede abdominal, tomografia computadorizada abdominal foi realizada. Foram observadas duas hérnias spigelianas (direita e esquerda) e uma umbilical, com conteúdo hipodenso no seu interior. Na hérnia spigeliana à esquerda, o conteúdo era hiperdenso e difuso sugestivo de calcificação (Figura 2).

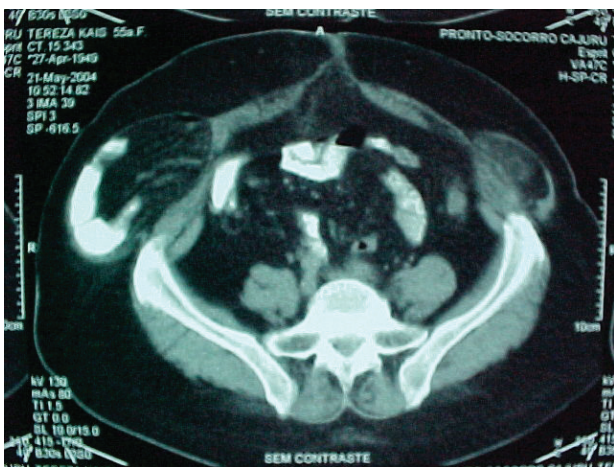


FIGURA 2 – Tomografia axial computadorizada de abdome (sem contraste) evidenciando conteúdo encarcerado em ambas as hérnias spigelianas (à direita pode ser observado conteúdo hiperdenso sugestivo de calcificação); na linha mediana é visualizada uma hérnia umbilical

No procedimento operatório foi realizada incisão transversa transumbilical com identificação da hérnia umbilical e das duas hérnias de Spiegel (Figura 3).

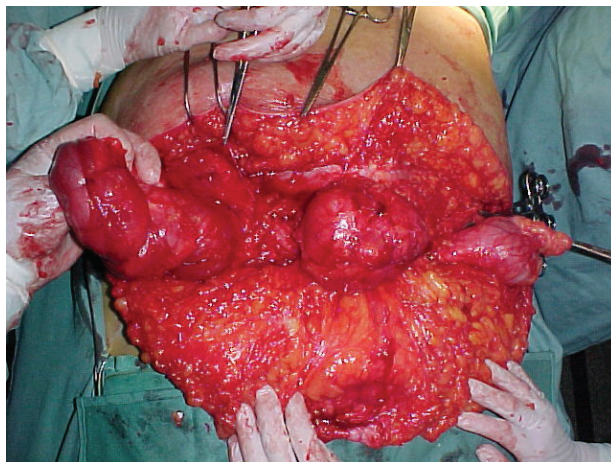


FIGURA 3 – Imagem intra-operatória demonstrando os sacos herniários das hérnias de Spiegel e da hérnia umbilical dissecados

Durante a dissecção dos sacos herniários da hérnia spigeliana à direita e umbilical, o omento maior encontrava-se encarcerado. Na dissecção do saco herniário à esquerda, ele também estava encarcerado, apresentando calcificação difusa. Após redução dos respectivos conteúdos e ligadura dos sacos herniários, foram colocadas telas de polipropileno e fixadas no espaço pré-peritoneal, sobre elas fechou-se a bainha do músculo reto abdominal. No espaço subcutâneo foram posicionados dois drenos de Penrose.

Ao final da operação, foi realizada dermolipectomia (Figura 4). A paciente evoluiu bem, sem complicações, com alta no 4º dia do pós-operatório.



FIGURA 4 – Resultado final do procedimento operatório pós-dermolipectomia. Nos extremos da incisão são visualizados os drenos de Penrose

DISCUSSÃO

As hérnias spigelianas podem ser descritas como protrusão de um saco peritoneal, órgão ou gordura pré-peritoneal por meio de defeito adquirido ou congênito através da fâscia spigeliana, que faz parte da aponeurose do

músculo transverso abdominal, localizando-se entre a linha semilunar (spigeliana) e a borda lateral do músculo reto, freqüentemente acima dos vasos epigástricos inferiores, ao nível da linha arqueada, onde a fâscia encontra-se mais larga e delgada¹⁰. A particular fraqueza dessa área representa o elemento patogênico fundamental que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico, sendo com freqüência devido aos seguintes fatores: a) as fibras do músculos transverso abdominal e oblíquo interno cruzam-se em ângulos acima do umbigo e seguem paralelos inferiormente à cicatriz umbilical; b) ao nível da linha arqueada, toda a aponeurose muscular da parede abdominal ântero-lateral torna-se anterior ao músculo reto e somente as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza (sendo essa razão das hérnias formarem-se sob a aponeurose desse músculo); c) a artéria epigástrica inferior segue através da fâscia transversal, passando então para a bainha do músculo reto, em sua borda lateral através da linha arqueada de Douglas, criando portanto um espaço que pode ser o início da formação de uma hérnia⁵.

A HS é intersticial em 98% dos casos e segue para baixo e lateralmente, entre as fibras dos músculos oblíquos externo e interno¹⁰. Infreqüentemente é superficial, estendendo-se por detrás do tecido celular subcutâneo ou profundamente entre os músculos oblíquo interno e transverso abdominal.

Geralmente ocorrem em indivíduos do sexo feminino, entre 40 e 70 anos de idade. As hérnias spigelianas em crianças são raras e muitas vezes associadas a outras anormalidades congênitas. 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 parede¹³.

Estima-se que aproximadamente 2% das hérnias de parede abdominal que necessitam de tratamento cirúrgico sejam do tipo spigeliana. Os órgãos que geralmente encarceram-se são o intestino delgado, cólon ou omento. Entretanto, muito raramente, encarceramento do estômago, vesícula biliar, ovário e apêndice já foram relatados¹¹.

A ausência de sintomas típicos e a falta da experiência médica com esse tipo de hérnia podem dificultar o diagnóstico precoce. Isso se torna ainda mais complicado pelo fato da aponeurose do músculo oblíquo externo encontrar-se intacta, cobrindo com isso, o defeito da parede abdominal. Assim, dada a raridade das hérnias spigelianas, a ausência de experiência clínica pessoal e na dificuldade de se encontrar achados físicos característicos, o diagnóstico permanece sem solução por anos. Larson e Farley³, em um

estudo retrospectivo com 76 pacientes sofrendo de hérnia spigeliana, revelaram que 64% dos pacientes apresentavam massa abdominal palpável ou defeito de parede. Um estudo apresentado por Stirnemann¹² mostrou que o exame físico falhou em realizar o diagnóstico em mais de 50% dos casos. Porém, de acordo com Larson e Farley³, apenas a história e o exame físico já foram conclusivos para 74% dos casos.

O achado de uma hérnia spigeliana pode ser auxiliado por exames de imagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Entretanto, a modalidade de escolha para o seu diagnóstico é a ultra-sonografia. Com o uso de aparelhos de alta resolução em tempo real, usando Valsalva ou outros métodos provocativos, pode-se demonstrar o movimento de entrada e saída do conteúdo herniário, mesmo em situações em que o conteúdo não está encarcerado⁶. Em contraste, imagens estáticas com a tomografia ou ressonância são menos confiáveis para se detectar as hérnias spigelianas. A única situação em que se pode utilizar a tomografia é quando essas hérnias se tornam encarceradas ou estranguladas⁸. A ressonância é promessa futura como uma útil modalidade diagnóstica, principalmente por fornecer detalhe anatômico regional¹⁵. Entretanto, a verdadeira sensibilidade e especificidade de cada modalidade é desconhecida³.

As hérnias spigelianas bilaterais são entidades raras¹⁰. Poucos são os relatos na literatura e as poucas descrições referem-se a hérnias de características congênitas¹⁴.

O tratamento da hérnia spigeliana deve ser cirúrgico⁹. Atualmente as técnicas de hernioplastia pré-peritoneal tension-free tem sido as melhores opções. O tratamento tradicional das hérnias de Spiegel baseia-se em incisão transversa (ou laparotomia mediana) seguida de reparo primário¹¹. Atualmente outras opções se fazem presentes, principalmente com o advento da cirurgia laparoscópica e dos reparos com telas sintéticas³. A cirurgia laparoscópica tem sido ocasionalmente utilizada, mas requer invasão da cavidade abdominal com conseqüente trauma peritoneal e risco de injúria visceral. Moreno-Egea et al.⁴ recomendam o tratamento laparoscópico extra-peritoneal como tratamento de escolha para operações eletivas e hernioplastia para casos de emergência ou complicações.

CONCLUSÃO

As hérnias de Spiegel caracterizam-se por serem raras e com diagnóstico muitas vezes de exclusão. Necessitam de tratamento cirúrgico pelo importante risco de estrangulamento do conteúdo nelas presentes. O tratamento atual baseia-se na herniorrafia seguida de colocação de tela.

Parreira JM, Chibata M, Saucedo Jr. N, Colatusso RP, Paciornik R. Bilateral spigelian hernia: case report and literature review. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2007;20(3):208-11.

ABSTRACT - Background - Spigelian hernias are rare defects of the abdominal wall, which present a not much clarifying medical profile as well as the risk of strangulation. **Case Report** - A fifty-five year old women presented herself with a hardened and irreducible mass in the left iliac foss, as well as local increase of the right abdominal wall and a voluminous umbilical hernia. Computerized tomography of the abdomen showed two spigelian hernias, a right and a left, with incarcerated content. The treatment was herniorrhaphy followed by mesh placement. **Conclusion** - Spigelian hernias are rare conditions, which are many times diagnosed using exclusion. These patients need surgical treatment due to the risk of content strangulation.

HEADINGS - Hernia, umbilical. Abdominal wall.

REFERÊNCIAS

1. Guivarc'h M, Fonteny R, Bocher O, Roulet-Audy JC. Hernies ventrales antérolatérales dites de Spiegel: 16 cas et revue de la littérature. *Chirurgie*. 1988;114:572-5.
2. Habib E, Elhadad A. Spigelian hernia long considered as diverticulitis: CT scan diagnosis and laparoscopic treatment. *Surg Endosc*. 2002; 10:464-70.
3. Larson DW, Farley DR. Spigelian hernias: repair and outcome for 81 patients. *World J Surg*. 2002;26:1277-81.
4. Moreno-Egea A, Flores B, Girela E, Martin Jg, Aguayo JI, Canteras M. Spigelian h ernia: bibliographical study and presentation of a series of 28 patients. *Hernia*. 2002;6:167-70.
5. Mosca F, Persi A, Stracqualursi A, Di Mauro D. Considerazioni etiopatogenetiche e clinico-terapeutiche sull'ernia ventrale di Spigelio. *Contributo casistico e revisione della letteratura*. *Chir Ital*. 2003;1:93-100.
6. Mufid MM, Abu-Yousef MM, Kakish ME. Spigelian hernia: diagnosis by high-resolution real-time sonography. *J Ultrasound Med*. 1997;16:183-7.
7. Pastore S, Vitale L, De Rosa A, Vecchio G. A rare case of bilateral spigelian h ernia. *Minerva Chir*. 1998;9:735-7.
8. Rogers FB, Camp PC. A strangulated spigelian hernia mimicking diverticulitis. *Hernia*. 2000;5:51-2.
9. Skandalakis LJ, Gadacz TR, Mansberger AR, Mitchell WE, Colborn GL, Skandalakis JE. *Modern hernia repair. The embryological and anatomical basis of surgery*. 2nd ed. New York: Parthenon; 1993. p 71-4.
10. Spangen L. Spigelian hernia. *Surg Clin North Am*. 1984;64:351-66.
11. Spangen L. Spigelian h ernia. *World J Surg*. 1989;13:573-80.
12. Stirmemann H. The spigelian hernia: missed? Rare? Puzzling diagnosis? *Chirurg*. 1982;53:314-7.
13. Stoppa R. Spigelian hernias. In: Chevrel JP, editor. *Hernia ans surgery of the abdominal wall*. Berlin: Springer; 1997. p.267-9.
14. Torres de Aguirre A, Cabello Laureano R, Garcia Valles C, Garrido Morales M, Garcia Merino F, Martinez Caro A. Spigelian hernia: two cases associated to cryptorchidism. *Cir Pediatr*. 2005;18:99-100.
15. Van den Berg JC, de Valois IC, Go Pm. Dynamic magnetic resonance imaging in the diagnosis of groin hernia. *Invest Radiol*. 1997;131:644-7.

Conflito de interesse: n o h a

Fonte financiadora: n o h a

Recebido para publica  o em 23/01/2007

Aceito para publica  o em: 14/04/2007