

Hérnia paraduodenal esquerda

Left paraduodenal hernia

JOAQUIM FERREIRA DE PAULA, TCBC-RJ¹; CARLOS AUGUSTO MARQUES BATISTA, TCBC-RJ²; GERSON FRANÇA LEITE¹; ADELE GONZALES RODRIGUES³

INTRODUÇÃO

As hérnias paraduodenais são consideradas hérnias internas e representam doença rara^{1,2} na qual o intestino delgado fica contido dentro da cavidade peritoneal, adjacente ao ligamento de Treitz³. Em função da raridade destes tipos de herniação abdominal interna, o diagnóstico representa um desafio tanto do ponto de vista clínico quanto radiológico. Não costuma haver uma manifestação clínica específica e normalmente são diagnosticadas durante laparotomia para tratamento de obstrução intestinal aguda². Diante das peculiaridades desta afecção é que se decidiu pela apresentação deste relato que teve o diagnóstico sugerido na tomografia computadorizada.

RELATO DO CASO

ACO, 27 anos, sexo feminino, branca, natural de Goiana, em Goiás, aluna da Faculdade de Medicina de Valença, foi internada com queixa de dor em cólica no epigástrico, há cerca de seis horas, de início súbito e que posteriormente se estendeu para a região mesogástrica, sem melhora com uso de analgésicos. Referia também náuseas. Seis dias antes da entrada no Serviço, apresentou quadro semelhante, sem esclarecimento diagnóstico após realização de exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal e pélvica. Ao exame clínico, apresentava sinais vitais normais e hipersensibilidade à palpação do hipocôndrio e flanco esquerdos. Os exames laboratoriais eram normais, com exceção do VHS (1ª hora = 15 mm; 2ª hora = 32 mm).

A tomografia computadorizada (Figura 1) mostrava insinuação de alças intestinais de delgado e presença de gordura mesentérica lateralmente à cabeça pancreática, sem sinais de distensão significativa, levando a deslocamento anterior da câmara gástrica e posterior do cólon descendente, inferindo hérnia interna congênita (provavelmente pelo forame de Landzert), já que não havia história prévia de operação abdominal. Com esta hipótese diagnóstica, foi submetida à laparoscopia, sendo visualizadas alças de intestino delgado migradas para o

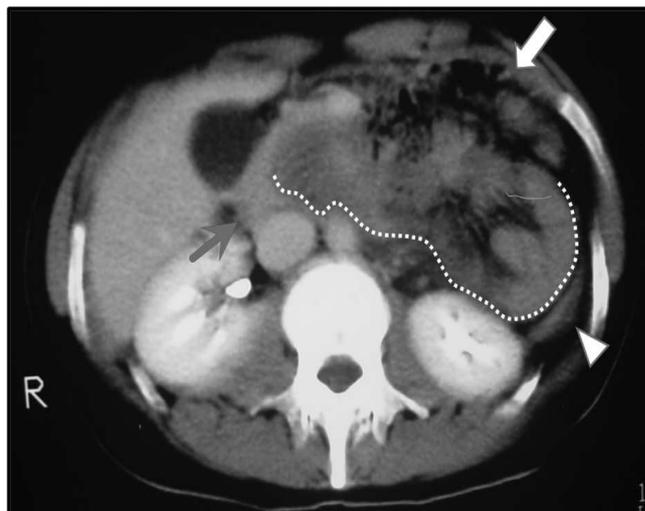


Figura 1 - Tomografia demonstrando insinuação de alças intestinais de delgado (demarcadas por linhas pontilhadas) lateralmente à cabeça pancreática (seta cheia), levando a deslocamento anterior da câmara gástrica (seta aberta) e posterior do cólon descendente (ponta de seta).

andar supra-mesocólico através de abertura no mesocólon transversal, à esquerda do ângulo de Treitz, porém sem que se conseguisse a redução intestinal por este acesso.

Na laparotomia mediana supra-umbilical, a redução das alças jejunais só foi possível após liberação de aderências entre o defeito herniário e o peritônio, que foi em seguida fechado com pontos separados de poliglactina 4-0. Não havia sinais de necrose. O paciente evoluiu bem no pós-operatório e recebeu alta hospitalar no 3º dia.

DISCUSSÃO

As hérnias abdominais internas resultam da passagem de uma ou mais vísceras abdominais através de aberturas peritoneais ou mesentéricas normais ou anormais, ficando a víscera herniada confinada na cavidade abdominal⁴. Entre as diversas propostas de classificação para estas hérnias, a de Ghahremani é bem aceita atualmente e as divide em: paraduodenais (50-55%), do forame de Winslow

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas Marquês de Valença-RJ – BR.

1. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Valença-RJ (FAA) –RJ-BR; 2. Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Valença-RJ (FAA)- RJ-BR; 3. Pós-Graduada em Cirurgia Geral pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro- RJ-BR.

(6-10%), transmesentéricas (8-10%), pericecais (10-15%), intersigmoideanas (4-8%) e paravesicais (<4%)².

Joannesco¹, em 1889, classificou as hérnias paraduodenais em dois tipos distintos: esquerda e direita, ocorrendo em 75% e 25% dos casos, respectivamente^{1,2,4}.

A hérnia paraduodenal esquerda desenvolve-se através de um defeito presente em aproximadamente 2% da população⁴, conhecido como fossa de Landzert, que resulta da falha de fusão entre o mesentério inferior e o peritônio parietal. A fossa de Landzert está localizada na junção duodenojejunal, que é zona de confluência dos mesocólon descendente e transversal e do mesentério do intestino delgado⁵.

Neste tipo de hérnia a bolsa peritoneal anormal é delimitada anteriormente pela dobra peritoneal contendo a veia mesentérica inferior e o ramo ascendente da artéria cólica esquerda. Alças do intestino delgado proximal, segmentos duodenais ou até mesmo, em raros casos, segmentos do íleo distal entram na fossa de Landzert, distendendo ainda mais o mesocólon descendente². No caso em questão, apenas um segmento de alça jejunal estava herniado.

A hérnia paraduodenal esquerda, por ser rara causa de obstrução intestinal, é afecção de difícil diagnóstico, que por vezes é feito tardiamente, na vigência de complicações. Clinicamente pode ser assintomática ou causar significativo desconforto, variando desde vaga dor epigástrica constante a dor periumbilical tipo cólica intermitente. Sintomas adicionais incluem náusea, vômitos (principalmente após grandes refeições) e obstrução intestinal recorrente. Sintomas mais graves podem ser encontrados na presença de encarceramento ou estrangulamento. Estes sintomas geralmente podem ser alterados ou aliviados com a mudança de posição do paciente⁴. No presente caso, a paciente era assintomática até seis dias antes da internação, quando apresentou dois episódios súbitos de dor intensa, em cólica no epigástrico e mesogástrico, associada a náuseas, sugerindo obstrução intestinal. Como o exame físico não correspondia à intensidade da dor, entre as

opções de exames de imagem, decidiu-se pela tomografia computadorizada (TC). Por outro lado, os achados dos exames laboratoriais, que demonstraram apenas velocidade de hemossedimentação elevada, indicavam ausência de complicação como sofrimento de alça, fato confirmado no ato operatório.

À tomografia computadorizada (TC), as características consistem da presença de massa "encapsulada" de intestino delgado dilatado entre o pâncreas e o estômago, à esquerda do ligamento de Treitz^{2,4,5}. Geralmente existe efeito de massa que desloca a parede posterior do estômago, a flexura duodenal e o cólon transversal inferiormente. Os vasos mesentéricos que suprem os segmentos do intestino delgado herniados estão ingurgitados e estirados ao nível do defeito herniário. Como a parede anterior do saco herniário contém a veia mesentérica inferior e o ramo ascendente da artéria cólica esquerda, a TC demonstra estes vasos sobre as alças intestinais "encapsuladas"⁵. No caso descrito, a TC só revelou alças de intestino delgado insinuadas lateralmente à cabeça pancreática e aglomeradas na topografia do flanco esquerdo, sem que houvesse distensão significativa, mas o suficiente para deslocar o estômago anteriormente e cólon transversal inferiormente, sugerindo assim o citado diagnóstico.

Normalmente a operação aberta é utilizada para reduzir o intestino encarcerado e fechar o orifício herniário³. No entanto, o advento da cirurgia vídeo-laparoscópica e sua evolução crescente propiciaram nova via de acesso para o reparo dessas hérnias¹, sendo que distensão de alças constitui dificuldade ou mesmo contra indicação relativa para este método³. Em 2004, Fukunaga *et al*³ fizeram o relato de um caso de hérnia paraduodenal esquerda, e também citam outros dois, tratados pela via laparoscópica com sucesso. No caso apresentado, como não havia indícios de complicações, iniciou-se com o acesso laparoscópico. No entanto, a presença de aderências entre as alças jejunais e o orifício herniário foi quem exigiu a necessidade de conversão. Este achado operatório sugere cronicidade da afecção.

A B S T R A C T

A left paraduodenal hernia is a protrusion of the small intestine through the paraduodenal fossa, a congenital defect situated to the left of the fourth portion of the duodenum. Imaging studies often play a central role in diagnosing left paraduodenal hernias, as they are not easily identified clinically. Surgery is the treatment of choice. We report a case of left paraduodenal hernia in a 27-year-old female patient. The patient had shown no symptoms until six days before hospitalization. A CT scan suggested the diagnosis of left paraduodenal hernia. After an unsuccessful laparoscopic attempt, a laparotomy was performed. Open surgery consisted in removing adhesions between the hernia and peritoneum, reducing jejunal loops and closing the paraduodenal fossa. The postoperative period was uneventful, and the patient was discharged on the third postoperative day.

Key words: *Hérnia. Hernia, abdominal. Congenital abnormalities. Intestinal obstruction.*

REFEFÊNCIAS

1. D'Acampora AJ, Lopes A, Ruppenthal M. Hérnia paraduodenal – Relato de caso. Rev Med Paraná 2004; 62(1):33-6.
2. Mathieu D, Luciani A, GERMAD Group. Internal abdominal herniations. AJR Am J Roentgenol 2004; 183(2):397-404.
3. Fukunaga M, Kidokoro A, Iba T, Sugiyama K, Fukunaga T, Nagakari K, Suda M, et al. Laparoscopic surgery for left paraduodenal hernia. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2004; 14(2):111-5.

4. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 186(3):703-17.
5. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, et al. CT of internal hernias. *Radiographics* 2005; 25(4):997-1015.

Recebido em 19/02/2007

Aceito para publicação em 20/03/2007

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:

de Paula JF, Batista CAM, Leite GF, Rodrigues AG. Hérnia paraduodenal esquerda. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2011; 38(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Joaquim Ferreira de Paula

E-mail: joaquimf.depaula@uol.com.br