

Hérnia de Spiegel: relato de caso e revisão de literatura

BARBOSA, C.A.¹; OLIVEIRA, D.C.²; ALVES, I.V.M.³; DOS SANTOS, R.S.⁴; MOREIRA, W.C.⁵; MAFRA, J.G.A.⁶; DELGADO, N.M.M.⁶

¹Professor do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo.

²Biomédica e Mestra em Biotecnologia pela Universidade Federal de Ouro Preto.

³Acadêmica de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

⁴Professor do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto.

⁵Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo.

⁶Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel consiste em uma variedade pouco comum de defeito herniário cirúrgico da parede abdominal representando apenas 1% de todas as hérnias operadas. Essa condição cursa com protrusão de gordura pré-peritoneal ou de saco peritoneal contendo ou não um órgão intra-abdominal na zona de transição entre a fáscia do músculo reto anterior e as bainhas musculares largas do abdômen, na chamada de fáscia de Spiegel. São descritos casos em que o defeito possui causa congênita, mas, na maioria dos casos, é adquirida. O objetivo desse trabalho é realizar um relato de caso de uma paciente portadora de hérnia de Spiegel e revisão de literatura sobre o tema, uma vez que esse possui poucos estudos a seu respeito, mesmo se tratando de uma emergência clínica, que comumente evolui para o encarceramento da hérnia com necessidade de abordagem cirúrgica imediata.

RELATO DE CASO

Mulher de 57 anos de idade, obesa, com IMC de 33,7, apresentava-se com massa endurecida e irreduzível em fossa ilíaca esquerda, de aparecimento há aproximadamente 30 horas, associada a dor na região, tipo cólica, de moderada intensidade e acompanhada de enjoo e vômitos. Concomitante, apresentava distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, observava também aumento localizado da parede abdominal à direita e uma discreta hérnia umbilical irreduzível. Na inspeção, observava nitidamente o sinal de Kussmaul e durante a ausculta abdominal auscultava ruídos metálicos, aumentados e de intensidade prolongada, muitas vezes "em salva".

REFERÊNCIAS:

1. CERVANTES, Jorge et al. Hernia de Spiegel. **Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC**, v. 52, n. 2, p. 65-68, 2007.
2. CERDÁN PASCUAL, Rafael et al. Hernia de Spiegel: Revisión a propósito de 8 casos. **Revista Cubana de Cirugía**, v. 44, n. 4, p. 0-0, 2005.
3. LEÓN, Jorge; ACEVEDO, Alberto; DELLEPIANE, Verónica. Hernia de Spiegel. **Revista chilena de cirugía**, v. 63, n. 1, p. 64-68, 2011.
4. DE SOUSA, Alexandre Venâncio et al. Hérnia de Spiegel. **Perspectivas Médicas**, v. 17, p. 35-36, 2006.
5. LEME, Pedro Luiz Squilacci et al. Estudo anatômico da parede anterior do abdome em cadáver e hérnia de Spiegel. **Rev. Col. Bras. Cir.**, p. 414-420, 2001.
6. GOULART, André; MARQUES, Helena; REIS, Mário. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. **Rev. Port. Cir.**, Lisboa, n. 35, p. 41-47, dez. 2015.

A tomografia computadorizada de abdome mostrou uma hérnia spigeliana esquerda, com conteúdo encarcerado e hérnia umbilical com encarceramento de parte distal do epíplon. O tratamento foi herniorrafia inguinal técnica de seguida de colocação de tela de polipropileno de tamanho pequeno de dimensões 15 X 7,5 cm.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas da hérnia de Spiegel são geralmente pouco esclarecedoras e muito variáveis. São mais comumente observadas dores abdominais inespecíficas que aumentam com a tosse ou com exercício físico e são aliviadas com repouso, estando a tumefação pouco presente. No caso abordado, a paciente apresenta sintomatologia abundante, com presença de massa palpável em fossa ilíaca esquerda associada a quadro algico e distensão da parede abdominal acompanhada de sinal de Kussmaul presente, direcionando o raciocínio clínico. As hérnias spigelianas geralmente são intersticiais e o saco herniário é recoberto pela fáscia do músculo oblíquo externo, o que muitas vezes contribui para dificultar o diagnóstico, necessitando do exame de imagem. Dentre esses exames, são recomendadas a ultrassonografia ou tomografia axial computadorizada (TC), a qual comprovou a suspeita da paciente mostrando hérnia spigeliana esquerda com conteúdo encarcerado. Por cursarem com anel herniário estreito predominantemente e pelo alto risco de estrangulamento em casos de encarceramento como este, são de indicação cirúrgica absoluta. O tratamento cirúrgico é simples, por herniorrafia inguinal, que pode também ser realizado por via laparoscópica e com colocação de tela de polipropileno a critério do cirurgião, como foi o caso da paciente.