

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RELATO DE CASO

HÉRNIA INTERNA EM LIGAMENTO FALCIFORME: UM RELATO DE CASO

INTERNAL HERNIA IN FALCIFORM LIGATION: A CASE REPORT

Marlla Caroline Ribeiro Araújo¹; Benito Júnior Santos da Costa¹; Rayssa Fiterman Rodrigues¹; Ingrid L. Albuquerque²; Leandro Henrique Leão Freitas³; Sydney N. de Alencar³.



ACESSO LIVRE

Citação: Araújo et al. (2019), HÉRNIA INTERNA EM LIGAMENTO FALCIFORME: UM RELATO DE CASO, 6(3): 7-.

Instituição: ¹ Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:
ingrid.limaa@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Araújo et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

RESUMO

Hérnias internas decorrem da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, que pode ser normal ou anormal, ou seja, adquirida ou congênita. As hérnias internas são uma causa rara de abdome agudo e tem uma incidência relatada de 0,2 a 0,9% e lideram 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias. O diagnóstico pode ser difícil devido à pobreza de sinais específicos, tanto clínicos quanto de imagens, de hérnias internas. Os sintomas incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. Uma vez que o diagnóstico de hérnia interna abdominal é feito, o tratamento é cirúrgico, sendo que, na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva.

ABSTRACT

Internal hernias result from the protrusion of one or more abdominal viscera through an intraperitoneal opening, which may be normal or abnormal, i.e., acquired or congenital. Internal hernias are a rare cause of acute abdomen and have a reported incidence of 0.2 to 0.9% and lead 0.5 to 4.1% of cases of acute intestinal obstruction caused by hernias. Diagnosis can be difficult due to the poverty of specific signs, both clinical and imaging, of internal hernias. Symptoms include nausea, vomiting and recurrent bowel obstruction. Once the diagnosis of abdominal internal hernia is made, the treatment is surgical, and in the absence of complications, the surgery is elective.

INTRODUÇÃO

Hérnias internas decorrem da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, que pode ser normal ou anormal, ou seja, adquirida ou congênita. As hérnias internas são uma causa rara de abdome agudo e tem uma incidência relatada de 0,2 a 0,9% e lideram 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias.

O diagnóstico pode ser difícil devido à pobreza de sinais específicos, tanto clínicos quanto de imagens, de hérnias internas. Os sintomas incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. Uma vez que o diagnóstico de hérnia interna abdominal é feito, o tratamento é cirúrgico, sendo que, na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva.

Neste artigo, relata-se um caso de uma mulher de 48 anos que se apresentou com um raro tipo de hérnia interna, cujo diagnóstico final só foi possível durante a laparotomia exploratória.

RELATO DO CASO

E.F.S., 48 anos, sexo feminino, negra, do lar, alfabetizada. Paciente com história prévia de colostomia à Hartmann, há 4 anos, devido laceração em reto, evoluiu com parada de eliminação de fezes e flatos pela colostomia há 4 dias, associado a distensão abdominal, dor abdominal difusa, náuseas e vômitos de aspecto fecalóide.

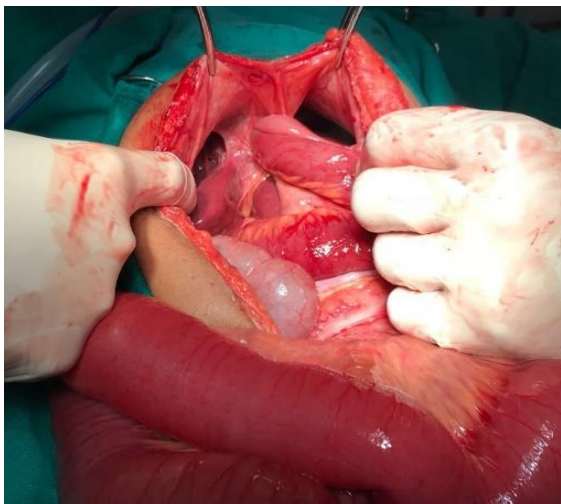


Figura 1 - Hérnia no ligamento falciforme

Foi atendida no serviço de urgência da Unidade Mista do São Bernardo, onde recebeu suporte clínico e foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral do Socorrão II. Nessa unidade, foi avaliada pela equipe de cirurgia que evidenciou ao exame físico estar em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, hipocorada (+/4+), desidratada (2+/4+), taicárdica, eupneica. Abdome plano, levemente distendido, ruídos hidroaéreos presentes difusamente, presença de cicatriz mediana e colostomia em hemi-abdome esquerdo, doloroso a palpação superficial e profunda difusamente, sem visceromegalia, timpânico.



Figura 3 - USG abdominal

Após resultado de exames corroborando com os achados clínicos, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo para realização de laparotomia exploradora por incisão mediana xifopubiana, registrando-se pequena quantidade de líquido seroso na cavidade abdominal, moderada distensão de alças intestinais de delgado. Foi identificado dois pontos de obstrução, caracterizados por hérnias internas. O primeiro foi uma hérnia interna paracolostômica (imagem 3), com alça de delgado entre a parede abdominal e alça proximal da colostomia. O segundo ponto, foi uma hérnia interna no ligamento falciforme, com alça de delgado encarcerada em pequeno orifício no ligamento (imagem 4). Foi realizado a redução das duas hérnias, com pexia da tênia do cólon com peritônio parietal e secção de orifício do ligamento falciforme.

Após primeiro atendimento pela equipe de cirurgia, foi



Figura 2 – Radiografia de Abdome

Paciente apresentava-se com leucocitose (16500 / uL), creatinina 1,40 mg/dL, proteína C reativa: 3,5 mg/dL. A ultrassom abdominal (imagem 1) evidenciou acentuada distensão de alças intestinais com presença de conteúdo líquido no seu interior, sugestivo de obstrução intestinal. A radiografia de abdome (imagem 2) evidenciou grande distensão de alças intestinais, com nível hidroaéreo, sugerindo obstrução intestinal.

passado sonda nasogástrica em sinfonagem com drenagem de conteúdo fecalóide, sonda vesical de demora com drenagem de urina concentrada em pequena quantidade, iniciado hidratação venosa e antibioticoterapia, solicitado exames laboratoriais e de imagem.



Figura 4 - Hérnia paracolostômica

A paciente se manteve estável durante todo intraoperatório, evoluindo bem, com saída de conteúdo pela colostomia e recebeu alta no quinto dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

As herniações são de dois tipos principais, externas e internas. Hérnias externas referem-se ao prolapso de alças intestinais através de um defeito na parede do abdome ou pelve¹. Hérnias internas resultam da protrusão de uma ou mais vísceras abdominais através de uma abertura intraperitoneal, com a víscera herniada permanecendo dentro da cavidade abdominal². Essas aberturas podem ser normais (por exemplo, forame de Winslow), paranormais (por exemplo, fossa paraduodenal, fossa ileocecal, fossa supramesocólica) ou entidades anatômicas anormais (por exemplo, defeitos transommentais)².

As hérnias internas podem ser adquiridas, como as hérnias internas pós-cirurgia ou inflamatória, ou congênitas, como uma hérnia interna paraduodenal³. A incidência de hérnias internas no abdome virgem é rara⁴ e sua incidência geral representa 0,2 a 0,9% dos casos de obstrução intestinal, e lidera 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal aguda causada por hérnias².

Há vários tipos principais de hérnias internas, como tradicionalmente descrito por Meyers. Elas consistem em paraduodenal (53%), pericecais (13%), forame de Winslow (8%), transmesentérica e transmesocólica (8%), intersigmóidea (6%) e retroanastomótica (5%)¹. Apesar da hérnia paraduodenal representar mais de 50% dos casos relatados, estudos recentes indicaram números crescentes de hérnia transmesentérica como consequência de cirurgias em que um Y-de-Roux foi construído⁵, como o transplante hepático e de cirurgia de bypass gástrico¹.

O diagnóstico pode ser de difícil definição ou gerar grande incerteza, como é evidenciado em cerca de 40% dos casos⁶. Os pacientes podem estar assintomáticos ou apresentarem sintomas clínicos de obstrução do intestino delgado, já que este é o órgão mais frequentemente herniado⁷. Sintomas adicionais incluem náuseas, vômitos e obstrução intestinal recorrente. A gravidade do quadro clínico está relacionada à duração e redução da hérnia e a presença ou ausência de encarceramento e estrangulamento¹. Assim, o início insidioso desta emergência cirúrgica requer um alto índice de suspeição dos cirurgiões⁸.

As hérnias internas primárias devem ser mantidas como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal aguda em adultos sem antecedentes de cirurgia ou trauma⁷. O diagnóstico pode ser auxiliado por exames de imagem como a rotina radiológica de abdome agudo⁹. No entanto, não há um único sinal suficiente para diagnosticar hérnias internas sozinho⁴. A tomografia computadorizada (TC) desempenha um papel importante na avaliação da obstrução intestinal aguda do abdome⁷. Os achados da TC incluem anormalidades dos vasos mesentéricos, com ingurgitamento, aglomeração, torção, e alongamento desses vasos, que são geralmente encontrados e fornecem uma pista para o diagnóstico subjacente¹.

O tratamento das hérnias internas abdominais é cirúrgico, sendo que na ausência de complicações, a cirurgia é eletiva⁶. A cirurgia pode ser por vias laparotômica ou laparoscópica, exceto alguma dificuldade ou contraindicação relativa, como distensão de alças⁹. A abordagem cirúrgica para hérnias internas inclui redução dos conteúdos intestinais herniados, ressecção de qualquer tecido necrótico e fechamento do defeito da hérnia¹⁰, que deve ser feito com suturas não absorvíveis para prevenir a recorrência da hérnia interna através do mesmo orifício no futuro⁷.

CONCLUSÃO

Hérnias internas são uma causa rara, mas relevante, de obstrução intestinal. Apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade associadas e, no entanto, ainda é insuficientemente diagnosticada. As hérnias internas primárias devem ser mantidas como diagnóstico diferencial de obstrução intestinal aguda em adultos sem antecedentes de cirurgia ou trauma. Uma vez que os achados de exame físico são inespecíficos, um elevado índice de suspeita clínica junto com TC é sugerido para auxiliar no diagnóstico pré-operatório de hérnia interna. A intervenção cirúrgica precoce é fundamental para evitar as complicações associadas. Ao conduzir cirurgia de emergência para obstrução intestinal, a hérnia interna primária, como vista em nosso caso, deve ser mantida em mente.

REFERÊNCIAS

1. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *AJR*. 2006 Mar;186(3):703-717. <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.05.0644?src=recsys>.
2. Duarte GB, Fontes B, Poggetti RS, Loreto MR, Motta P, Birolini D. Strangulated internal hernia through the lesser omentum with intestinal necrosis - a case report. *São Paulo Medical Journal*. 2002 May;120(3):84-86. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802002000300006.
3. Akyildiz H, Artis T, Sozuer E, Akcan A, Kucuk C, Sensoy E, et al. Internal hernia: Complex diagnostic and therapeutic problem. *International Journal of Surgery*. 2009 May;7(4):334-337. [http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(09\)00062-4/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(09)00062-4/fulltext).
4. Hamimi AAH, Yunus TE. Internal hernias and their mimics: How would radiologists help?. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2014 Dec;45(4):1071-1078. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378603X1400120X>.
5. Trebejo BC, Cuadros MCR, Velásquez EO, Andrade FP. Internal abdominal hernia: Intestinal obstruction due to trans-mesenteric hernia containing transverse colon. *IJCR*. 2014 Apr;4(7):396-398. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378603X1400120X>.
6. Brenner MB, Zanin EM, Lehmann DEF, Raupp GS, Guimarães MB, Silva RCI, et al. Hérnia interna de delgado em pós-operatório de sigmoidectomia a Hartmann. *Scientia Medica*. 2014 Sep;24(3):292-296.

- <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/16403/11778>.
7. Kar S, Mohapatra V, Rath PK. A Rare Type of Primary Internal Hernia Causing Small Intestinal Obstruction. *Case Reports in Surgery*. 2016 Nov;2016:1-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141326/>.
 8. Butterworth J, Cross T, Butterworth W, Mousa P, Thomas S. Transmesenteric hernia: A rare cause of bowel ischaemia in adults. *IJCR*. 2013 Apr;4(7):568-570. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141326/>.
 9. Azeredo MAA, Frota BG, Weiss D, Souza HP, Breigeiron R. Correção de hérnia paraduodenal. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2016;2:1-3. <http://relatosdocbc.org.br/detalhes/39/correcao-de-hernia-paraduodenal>.
 10. Kleyman S, Ashraf S, Daniel S, Ananthan D, Sanni A, Khan F. Pericecal hernia: a rare form of internal hernias. *JSCR*. 2013 Feb; 2013(2):1-2. <https://academic.oup.com/jscr/article/2013/2/rjs021/2282444>.