

Hérnia obturatória encarcerada: um relato de caso

Incarcerated obturator hernia: a case report

Larissa Furbino de Pinho Valentim¹, Augusto Ribeiro de Jesus Oliveira¹, Lucas Medrado Luz¹, Danilo Heringer Alcure Quarto², Marilan Rossi², Maurício Carvalho Guerra³, Mitre Kalil⁴

Resumo

Introdução: Apesar de raras, as hérnias obturatórias têm a maior taxa de mortalidade dentre as hérnias. Oferecem alto índice de encarceramento ou estrangulação e elevada mortalidade (entre 38 e 81%). O diagnóstico precoce é um desafio quando os sinais e sintomas são inespecíficos. Vários métodos de imagem têm sido utilizados para o diagnóstico. O tratamento é sempre cirúrgico, existindo diversas técnicas para seu reparo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, apresentou quadro de abdome agudo obstrutivo secundário à hérnia obturatória encarcerada. O diagnóstico foi feito por tomografia computadorizada da pelve. O tratamento foi cirúrgico de urgência com correção do defeito e colocação de tela de polipropileno em forma de cone. **Discussão:** A hérnia obturatória tem grande potencial de causar abdome agudo obstrutivo. Pela raridade e dependência de um exame de imagem para elucidação diagnóstica na avaliação pré-operatória, seu diagnóstico geralmente é tardio ou no intraoperatório. Qualquer que seja a abordagem, a ênfase deve estar na avaliação rápida, estabilização do quadro e intervenção cirúrgica precoce.

Descritores: Hérnia do obturador, Obstrução intestinal, Abdome agudo

Abstract

Introduction: Although rare, obturator hernia has the higher mortality rate among such hernias. They offer high incarceration or strangulation rate and high mortality (between 38 and 81%). Early diagnosis is a challenge when signs and symptoms are unspecific. Many methods of images have been used for diagnosis. The treatment is surgery, and there are several techniques for repair. **Case report:** A female patient, 75, had obstructive acute abdomen secondary to incarcerated obturator hernia. The diagnosis was made by computed tomography of the pelvis. The treatment was surgical urgency to fix the defect and put a polypropylene mesh in a cone shape. **Discussion:** The obturator hernia has great potential to cause obstructive acute abdomen. The rarity and dependence on an imaging test for laboratory diagnosis in preoperative evaluation, diagnosis is usually delayed or intraoperatively. Whatever one approach would be done, the emphasis should be on fast assessment, stabilization and early surgical intervention.

Key words: Hernia, obturator hernia, Intestinal obstruction, Abdomen, acute

Introdução

O primeiro caso de hérnia obturatória foi relatado em 1724 por Arnaud de Ronsil, mas data de 1851 o primeiro caso operado com sucesso por laparotomia, relatado por Henri Obre⁽¹⁻²⁾.

Apesar de infrequentes, representando cerca de 1% de todas as hérnias e 0,2 a 1,6% de todos os casos de obstrução mecânica do intestino delgado, têm a maior taxa de mortalidade dentre as hérnias⁽³⁾.

Ocorre mais comumente à direita, já que o cólon sigmóide recobre o forame obturatório esquerdo, e é mais frequente em mulheres (6:1). A maior prevalência no sexo feminino é devido à pelve mais ampla, maior abertura e inclinação oblíqua do canal obturador e maior diâmetro transversal na pelve feminina⁽⁴⁾. Na maioria dos casos, não é visível ou palpável, oferece alto índice de encarceramento ou estrangulação, levando a um alto índice de mortalidade, que varia, de

1. Graduando em Medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

2. Médico Residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

3. Cirurgião Geral e Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

4. Doutor em Técnica Cirúrgica – Cirurgia Abdominal pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Trabalho realizado: Pronto Socorro do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Endereço para correspondências: Larissa Furbino de Pinho Valentim. Rua Alice Bumachar Neffa, 120, Jardim Camburi - 29090-290 - Vitória - ES - Brasil. E-mail: larissafurbino@gmail.com

acordo com a literatura, entre 38 e 81%⁽¹⁻²⁾.

Os fatores predisponentes são, principalmente, o alargamento do anel, frouxidão do peritônio pélvico, gestações múltiplas, idade, e causas de aumento da pressão intra-abdominal, como constipação crônica⁽¹⁻²⁾.

O saco herniário se projeta na coxa, abaixo do músculo pectíneo ou atrás do obturatório externo. Em qualquer posição dificilmente é palpado. O conteúdo, em geral, é constituído por omento ou pinçamento lateral de intestino (hérnia de Richter). Encontra-se, menos vezes, ceco, apêndice, tuba, bexiga, divertículo de Meckel e ovário⁽⁴⁾.

A compressão do nervo obturatório gera dor ou parestesia localizada e referida ao longo dos adutores, face interna da coxa e joelho, constituindo o sinal de Howship-Romberg. A mesma compressão gera ausência do reflexo do adutor na coxa quando percutimos o músculo cinco centímetros acima do joelho, caracterizando o sinal de Hannington-Kiff⁽⁵⁾.

O quadro clínico, em geral, é de dor aguda com sinais e sintomas de obstrução intestinal, associada ao sinal de Howship-Romberg ou dor do tipo ciática. A incidência de gangrena intestinal associada à obstrução é grande⁽⁶⁾.

Nas crises de dor, o paciente mantém a perna semi-fletida e em ligeira adução, pois a extensão, abdução e rotação interna da coxa aumentam a pressão do músculo obturatório sobre o saco herniário, que se situa entre este, posteriormente, e o adutor longo e pectíneo, anteriormente⁽⁵⁾. Como diagnóstico diferencial, devemos considerar as hérnias femoral e perineal, psoíte e abscesso do psoas, artrite coxofemoral e neurite do obturatório⁽⁷⁾.

Em mais de 50% dos casos pode-se fazer o diagnóstico de certeza quando se palpa a tumefação. Com o sinal de Howship-Romberg positivo (50%) e tumefação percebida ao toque, está confirmado o diagnóstico, sempre aliado aos fatores predisponentes⁽⁸⁾. Quando não se palpa ou não se vê a tumefação crural, o diagnóstico precoce torna-se um desafio. A realização de exames de imagem pode ajudar na elucidação⁽³⁾.

Ultrassonografia e ressonância magnética foram relatadas na literatura, entretanto a tomografia computadorizada do abdômen e da pelve é o padrão-ouro, com uma taxa de diagnóstico de 78 - 100 %, demonstrando a hérnia e seu conteúdo no canal obturador⁽⁸⁾.

Há quatro vias de acesso para a correção cirúrgica da hérnia obturatória: crural ou femoral (descrita por Anderson em 1900), abdominal transperitoneal, abdominal pré-peritoneal, inguinal (Milligan) e combinada (Wakeley), com diferentes indicações⁽⁹⁾.

Relato do Caso

RFD, gênero feminino, branca, aposentada, 75

anos, com histórico de constipação crônica, deu entrada no pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES com queixa de dor abdominal. Referia dor em fossa ilíaca esquerda, progressiva, com evolução de seis meses e irradiação para coxa ipsilateral. Relatava melhora da dor apenas com uso de opióides, com histórico de múltiplos atendimentos prévios pela mesma causa e ainda parada de eliminação de gases e fezes há poucos dias. Trazia consigo tomografia de abdome total e pelve realizada quatro meses antes, em atendimento anterior, sem alterações (Figura 1).



Figura 1 - Tomografia computadorizada da pelve realizada previamente à internação, em que não foi identificada nenhuma anormalidade.

À história patológica progressiva, revelou-se portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença diverticular dos cólons.

Ao exame físico, apresentava-se em posição antálgica, emagrecida, afebril, sem alterações de sinais vitais, porém com abdome distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, presença de massa na região inguinal esquerda, dor à palpação superficial e profunda em fossa ilíaca esquerda, com irradiação para coxa ipsilateral.

Na avaliação inicial, foram solicitados exames laboratoriais que evidenciaram discreta leucocitose. Nova tomografia de abdome total e pelve foi solicitada para descartar a hipótese de diverticulite. A imagem revelou hérnia obturatória à esquerda, caracterizada por insinuação de alça de delgado no forame obturatório correspondente, até o nível entre os músculos pectíneo e obturador externo homolaterais, com a respectiva alça dilatada nesse nível (Figura 2).

Também evidenciou dilatação de alças de delgado



Figura 2 - Tomografia computadorizada da pelve com imagem característica de hérnia obturatória à esquerda.

do acima do nível da respectiva hérnia, ausência de coleções ou líquido livre intraperitoneal e presença de divertículos colônicos, sendo mais numerosos nas porções descendente e sigmoide.

Dado o diagnóstico e a possibilidade de isquemia intestinal, procedeu-se à internação hospitalar da paciente e laparotomia exploradora, em que foi confirmada a presença de hérnia obturatória com saco herniário sem alças intestinais em seu conteúdo (Figura 3).

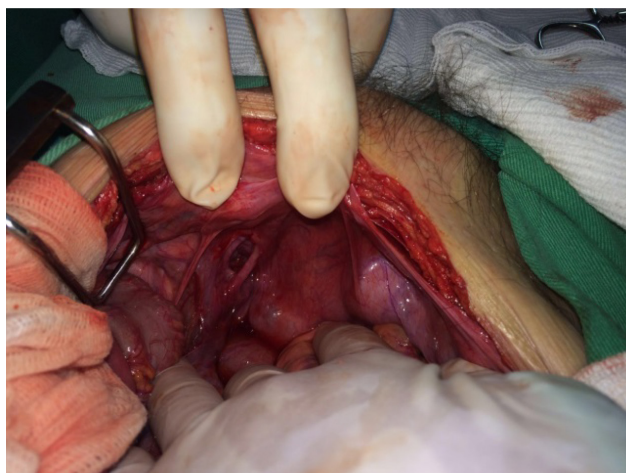


Figura 3 - Visualização do forame obturador e confirmação de hérnia obturatória à laparotomia.

Ao inventário da cavidade, observou-se a presença de alça de delgado com área arredondada edemaciada e discreto sofrimento vascular, compatível com impressão do ponto de encarceramento (Figura 4).

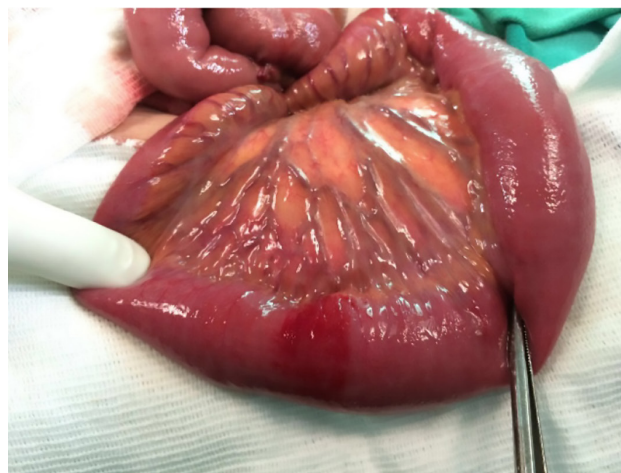


Figura 4 - Alça intestinal com evidência de isquemia no ponto de encarceramento.

Foi realizada herniorrafia com colocação de tela de polipropileno em forma de cone (*patch/plug*) no forame obturatório (Figura 5) e feita recobertura com peritônio no canal, sem intercorrências.

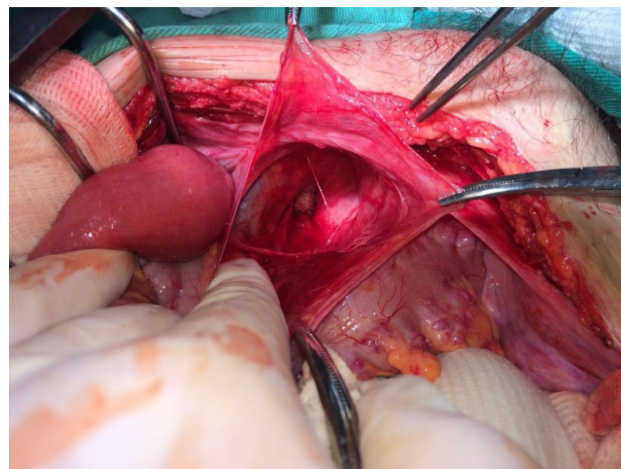


Figura 5 - Forame obturatório com tela de polipropileno em forma de cone.

Discussão

A hérnia obturatória é uma doença rara que possui diversos fatores predisponentes⁽¹⁰⁾. Comumente ocorre em mulheres idosas, magras e de aspecto frágil⁽¹¹⁾. Outros fatores de risco incluem DPOC, constipação crônica e multiparidade, presentes na paciente em estudo.

O diagnóstico é frequentemente realizado apenas durante laparotomia exploradora de abdome agudo obstrutivo de causa desconhecida, exceto nos casos em que uma tomografia computadorizada abdominal é obtida antes do procedimento cirúrgico⁽¹²⁾, como foi o caso deste atendimento.

A laparotomia é um método adequado para a emergência porque permite a exploração da cavidade abdominal, o diagnóstico da causa da obstrução intestinal, a redução da hérnia e a identificação de isquemia, com ressecção do segmento, caso necessário. A laparoscopia tem se tornado uma alternativa, com a vantagem de menores complicações pós-operatórias e menor tempo de hospitalização, porém é mais viável se o diagnóstico foi estabelecido antes da cirurgia em pacientes sintomáticos⁽¹¹⁾.

Deeba et al. afirmam que a maioria dos casos (71%) tratados com sucesso por abordagem laparoscópica são eletivos, diagnosticados no pré-operatório por tomografia computadorizada ou um achado incidental durante a laparoscopia para outras condições ou hérnias. Isso mostra a importância de se inspecionar o orifício miopectíneo durante a laparoscopia da hérnia inguinal⁽¹³⁾.

Uma revisão sistemática conduzida pelos mesmos pesquisadores revelou que a maioria das reparações é feita a partir de telas, porém não há dados suficientes de seguimento para avaliar as taxas de recorrência da hérnia⁽¹³⁾. O uso de telas sintéticas não é recomendado em caso de gangrena intestinal ou perfuração. Nesses casos, o saco herniário é fechado *in situ* e feita sutura em bolsa com fio não absorvível ou uma ou mais suturas interrompidas. Qualquer que seja a abordagem, a ênfase deve estar na avaliação rápida, estabilização do quadro e intervenção cirúrgica precoce⁽¹²⁾.

Conclusão

A relevância desse caso deveu-se à exuberância de manifestações clínicas e ao achado radiológico clássico, devendo o clínico estar atento para a possibilidade dessa etiologia nos casos de abdome agudo obstrutivo de causa desconhecida.

Referências Bibliográficas

1. Wakeley CP. Obturator hernia. Its aetiology, incidence, and treatment, with two personal operative cases. Br J Surg. 1939; 26:515-25.
2. Harper JR, Holt JH. Obturator hernia. Am J Surg. 1956;92:562-5.
3. Hodgins N, Cieplucha K, Conneally P, Ghareeb E. Obturator hernia: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2013; 4:889-92.
4. Brooks DC, Zinner MJ. Surgery of the small and large bowel. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, editor. Maingot's Abdominal operations. 10th ed. Connecticut: Appleton and Lange; 1997. p.1309-10.
5. Singer R, Leary PM, Hofmeyr NG. Obturator hernia. S African Med J. 29:73-5.
6. Rogers FA. Strangulated obturator hernia. In: Nyhus LM, Harkins HN, editors. Hernia. Philadelphia: JB Lippincott; 1964. p 637-44.
7. Rene L, Boulard M, Garcia Moran. [Direct radiologic signs of strangulated obturator hernia]. Mem Acad Chir (Paris). 1964; 90:881-2.
8. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, Hori A, Kaneoka Y. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? World J Surg. 1999; 23:214-17.
9. Silva AL. Hérnias. 2^a ed. São Paulo: Roca; 2006. 922p.
10. Gray SW, Skandalakis JF, Soda RE, Rowe JS Jr. Strangulated obturator hernia. Surgery. 1974; 75:20-7.
11. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, Puig-Alcántara J, Sirvent-Calvera JM, Garsot-Savall E, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. Hernia. 2008; 12:289-97.
12. Mottin CC, Laitano FF, Conte AF, Ramos RJ, Padoin AV, Alves LB. Hérnia obturatória recidivada encarcerada: um relato de caso. Sci Med. 2011; 21:20-2.
13. Kulkarni SR, Punamiya AR, Naniwadekar RG, Arafath N. Obturator hernia: A diagnostic challenge. Int J Surg Case Rep. 2013; 4:606-8.

Trabalho recebido: 08/08/2016

Trabalho aprovado: 29/08/2016