

# Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura

## Spiegelian Hernia: case report and literature analysis

*André Goulart<sup>1</sup>, Helena Marques<sup>2</sup>, Mário Reis<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Interno de Formação Específica, <sup>2</sup> Assistente Hospitalar

Cirurgia Geral, Hospital de Braga

### RESUMO

As hérnias de Spiegel são hérnias raras da parede abdominal representando apenas 1 a 2%. As hérnias localizam-se lateralmente ao músculo reto abdominal e inferior ao nível do umbigo. O sintoma mais comum referido pelos doentes é de dor e, menos frequentemente, de tumefacção (o que é relevante no diagnóstico diferencial de uma hérnia da parede anterior). O diagnóstico é difícil e requer alto nível de suspeição, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para confirmar o diagnóstico e excluir outras causas de tumefacção da parede abdominal. Estas hérnias têm habitualmente indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que pode ocorrer em cerca de 25% dos doentes. A cirurgia pode ser por abordagem anterior, com ou sem colocação de prótese sintética, ou por abordagem laparoscópica. O objetivo deste artigo é descrever o caso clínico de uma hérnia rara e analisar as diferentes abordagens cirúrgicas descritas na literatura.

**Palavras chave:** *hérnia de Spiegel, hernioplastia, laparoscopia.*

### ABSTRACT

Spigelian hernias are rare finding comprising only about 1-2% of abdominal wall hernias. They are generally located lateral to the rectus abdominis muscle and in infra-umbilical location. Their diagnosis is mainly clinical. Pain is the most common symptom and tumefaction is less frequently reported by the patients. Diagnosis is difficult and requires a higher level of suspicion. Imaging exams may be required to confirm diagnosis and exclude other causes of abdominal wall masses. They require surgical treatment due to the risk of incarceration which is around 25%. Surgical treatment can be by open anterior approach or through laparoscopy, with or without synthetic mesh placement. The aim of this article is to report a rare case of abdominal hernia and analyze the different surgical approaches described in the literature.

**Key words:** *Spigelian hernia, hernioplasty, laparoscopy.*

### INTRODUÇÃO

As hérnias de Spiegel (HS) localizam-se ao nível da linha semilunar de Spiegel, no bordo lateral dos músculos retos abdominais.<sup>1</sup> Estas hérnias são raras correspondendo a 1-2% das hérnias da parede abdominal anterior.<sup>1</sup>

O diagnóstico pode ser particularmente difícil em alguns doentes devido ao tamanho normalmente pequeno do saco herniário e à presença, na maior parte dos casos, do saco herniário por baixo da aponevrose do músculo oblíquo externo. O diagnóstico pode ser clínico na maioria das hérnias, sendo que a ecografia permite aumentar a taxa de diagnóstico e



fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias (apendicite e abscesso apendicular, neoformação da parede abdominal e hematoma espontâneo da bainha dos retos).<sup>2,3</sup> Em alguns casos a tomografia computadorizada e a laparoscopia diagnóstica podem ser necessárias.<sup>3</sup>

Habitualmente estas hérnias têm indicação cirúrgica pelo risco de encarceramento que ronda os 25% e pelo risco de estrangulamento que pode atingir os 10%.<sup>1</sup>

O objetivo deste artigo é descrever o caso clínico de uma hérnia rara e analisar as diferentes abordagens cirúrgicas descritas na literatura.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino de 85 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e cirurgia de hérnia inguinal direita, referenciada por quadro de dor abdominal com seis meses de evolução, localizada à fossa ilíaca esquerda, tipo cólica com irradiação lombar esquerda, agravada pelo movimento e pelas manobras de Valsalva. Posteriormente refere aparecimento de tumefação na fossa ilíaca esquerda que foi aumentando de volume e agravamento progressivo das queixas dolorosas que dificultavam a deambulação.

Realizou uma tomografia computadorizada que confirmou a presença de uma HS à esquerda que apresentava um defeito herniário com cerca de 4cm e que continha intestino delgado (Figuras 1, 2 e 3).

Pré-operatoriamente foi desenhado na pele da doente o bordo lateral do músculo reto abdominal e a área onde se palpava a tumefação abdominal (Figura 4). A cirurgia iniciou-se com uma incisão para-retal esquerda e disseção até à aponevrose do músculo oblíquo externo (Figura 5). Realizou-se uma incisão longitudinal da aponevrose e identificou-se o saco herniário que continha intestino delgado (Figura 6). Procedeu-se à redução do saco com encerramento do orifício herniário sem tensão com vicryl 0. Posteriormente colocou-se uma rede de polipropileno com 15cmx15cm fixada com vicryl 2-0 entre os músculos

oblíquos interno e externo com o intuito de reforçar a fragilidade musculo-aponevrótica do defeito herniário (Figura 7). Por fim, encerrou-se a incisão da aponevrose do músculo oblíquo externo com vicryl 0 e a

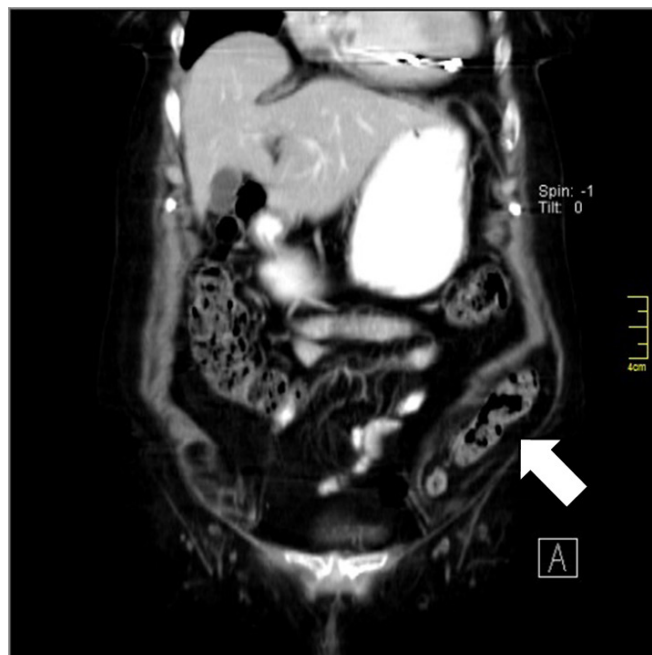


FIGURA 1: Imagem de TC em plano axial. Seta branca marca o defeito na aponevrose com identificação de ansa intestinal a atravessá-lo

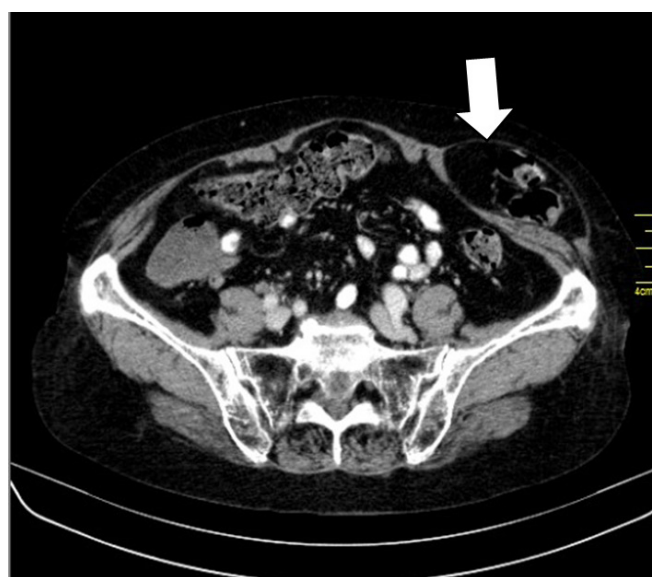


FIGURA 2: Imagem de TC em plano axial. Seta branca marca a hérnia de Spigel





FIGURA 3: Imagem de TC em plano coronal. Seta branca marca a hérnia de Spiegel

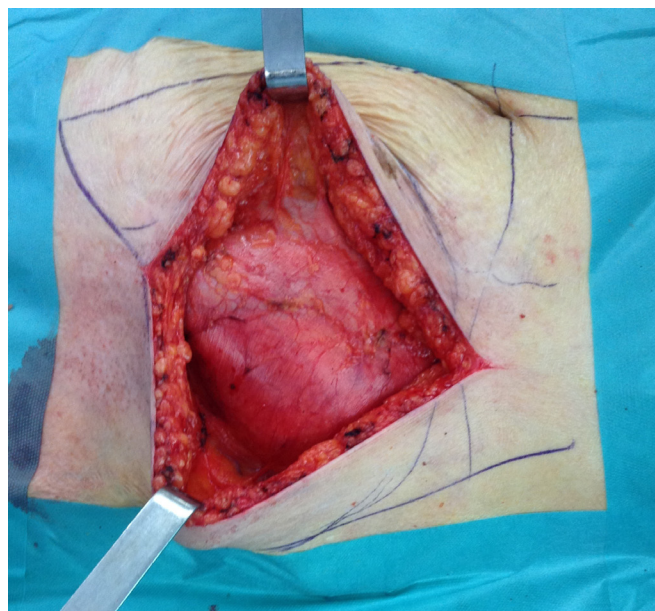


FIGURA 5: Dissecção até à aponevrose do oblíquo externo

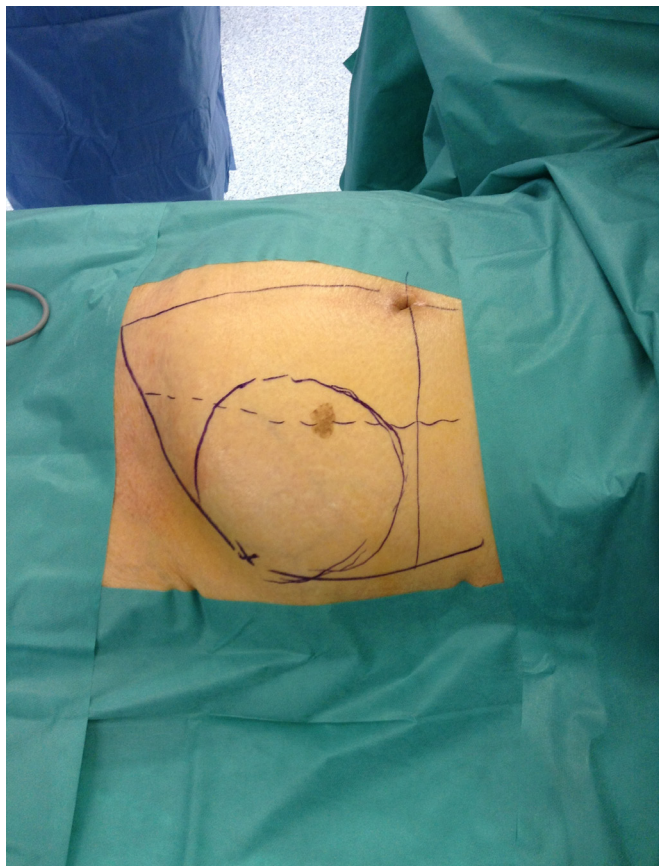


FIGURA 4: Localização e marcação dos pontos anatómicos importantes

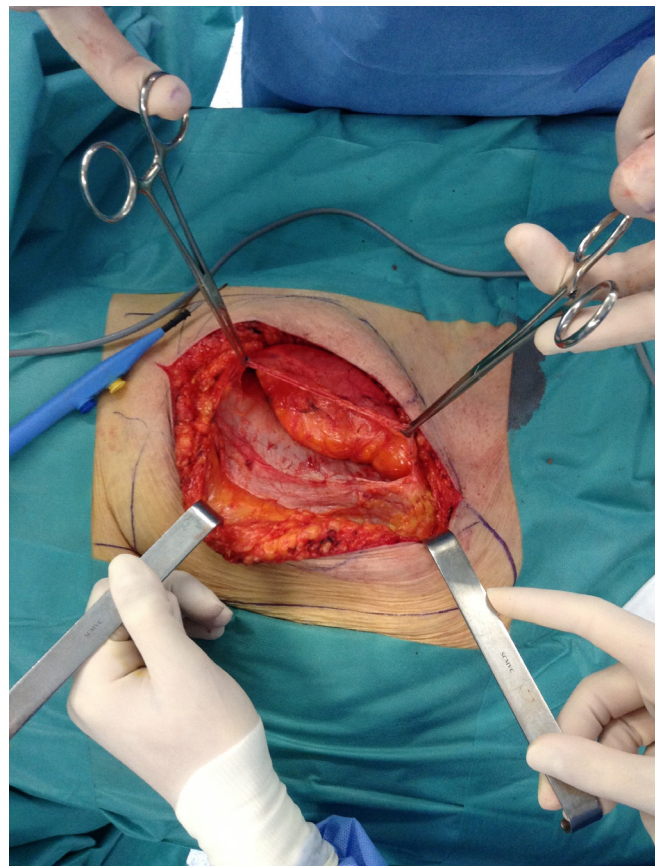


FIGURA 6: Abertura do saco herniário



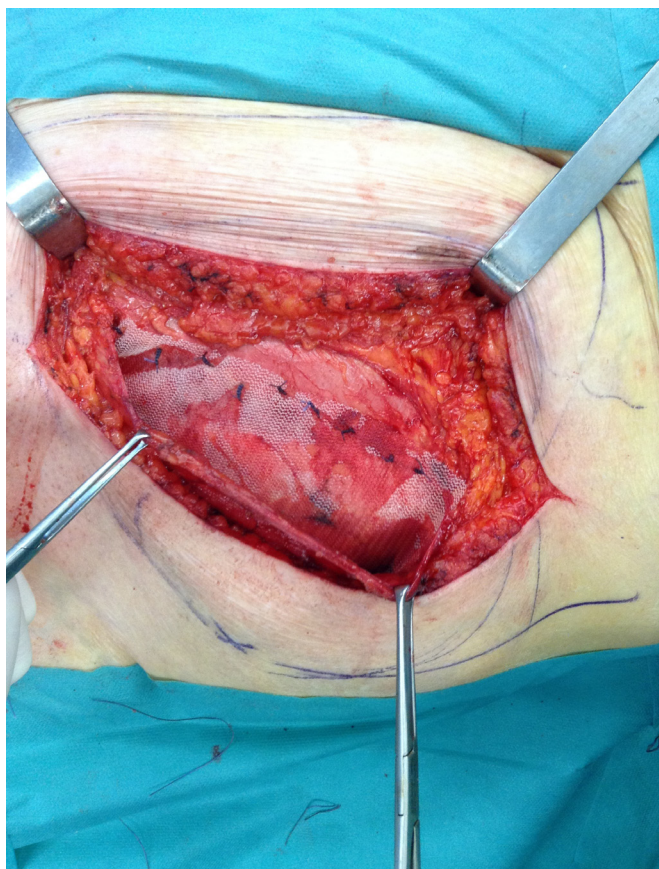


FIGURA 7: Colocação de prótese de polipropileno no espaço entre os músculos oblíquos externo e interno (plano pré-muscular)

pele com pontos separados de nylon 3-0 (Figura 8). O dreno aspirativo de localização anterior à rede foi retirado às 48 horas. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo tido alta ao 3º dia pós-operatório.

Na consulta de avaliação aos seis meses após a cirurgia a doente encontrava-se assintomática e sem sinais de recidiva.

## DISCUSSÃO

Contrariamente às restantes hérnias da parede abdominal anterior, os doentes apresenta uma clínica diferente na qual a dor é o principal sintoma que motiva a investigação diagnóstica. Assim, o diagnóstico de HS é muitas vezes realizado através de exames



FIGURA 8: Encerramento da incisão cirúrgica

de imagem (no caso clínico descrito foi a tomografia computadorizada que diagnosticou o defeito herniário)

Para a investigação diagnóstica e tratamento dos doentes com HS, o cirurgião necessita de ter presente a anatomia da parede abdominal anterior e integrá-la na técnica cirúrgica escolhida.

### 1. Aspetos anatómicos

Existem vários pontos anatómicos importantes para a localização das HS (Figura 9):<sup>1</sup>

- Linha semilunar de Spiegel que corresponde à linha de transição entre a parte muscular e a parte tendinosa do músculo transverso abdominal



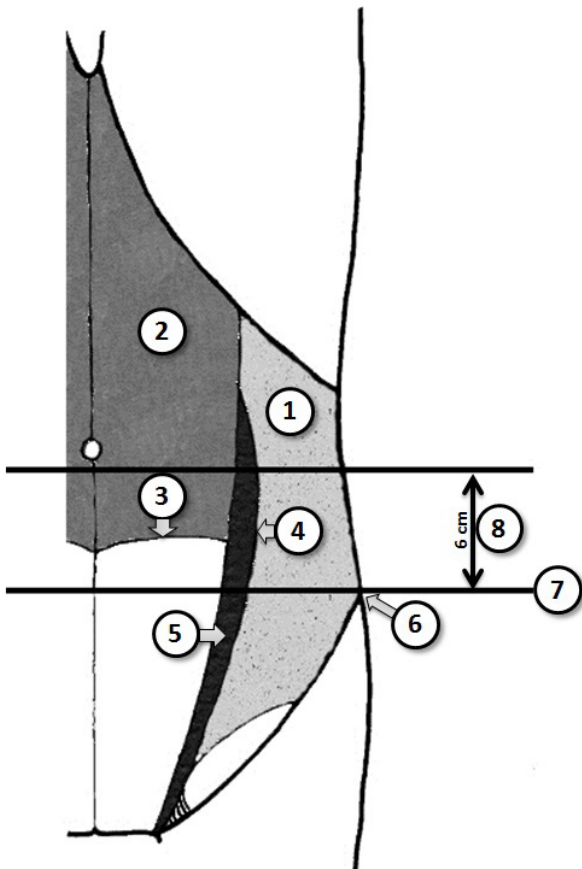


FIGURA 9: Anatomia da parede abdominal anterior. 1. Músculo transverso abdominal, 2. Bainha posterior dos retos abdominais, 3. Linha arqueada ou arco de Douglas, 4. Linha semilunar de Spiegel, 5. Aponevrose de Spiegel, 6. Espinha íliaca antero-superior, 7. Linha transversal que passa pelas espinhas íliacas antero-superiores, 8. Cinto de Spiegel

- Aponevrose de Spiegel que corresponde à aponevrose do músculo transverso abdominal delimitado medialmente pelo bordo do músculo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar de Spiegel
- Linha arqueada ou arco de Douglas que delimita o bordo inferior aponevrótico da bainha posterior dos retos abdominais

As HS podem ocorrer em qualquer local ao longo da aponevrose de Spiegel, no entanto a maioria das HS encontra-se inferiormente ao umbigo num local delimitado medialmente pelo bordo lateral do músculo reto abdominal, superiormente pela linha arque-

ada e inferiormente pelos vasos epigástricos inferiores (Figura 10). Em anatomia de superfície esta área encontra-se delimitada aos 6 cm acima de uma linha transversal que passa pelas espinhas íliacas antero-superiores – local designado de Cinto de Spiegel (Figura 9).<sup>1</sup>

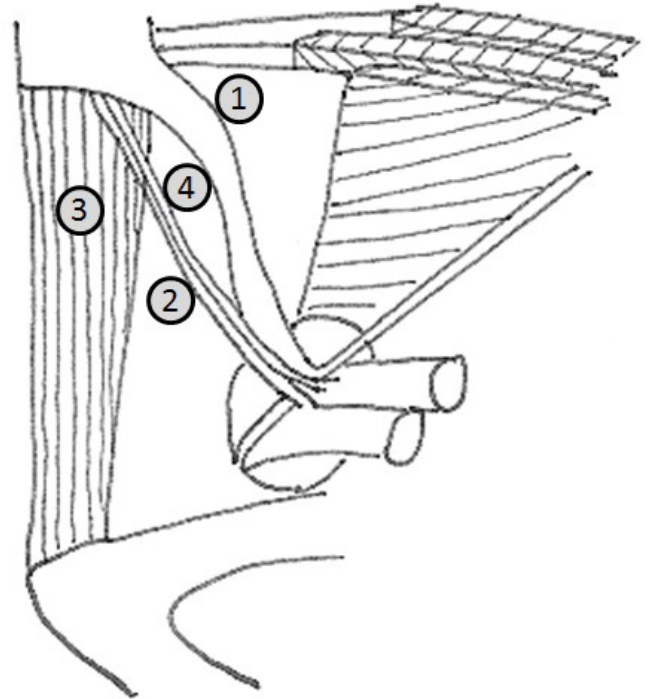


FIGURA 10: Anatomia da parede abdominal anterior (vista interior). 1. Linha arqueada, 2. Vasos epigástricos inferiores, 3. Músculo reto abdominal, 4. Local habitual da hérnia de Spiegel

## 2. Técnica cirúrgica

### 2.1. Abordagem por via anterior

Na abordagem por via anterior pode realizar-se apenas rafia do defeito herniário ou colocação de prótese sintética para reforço da parede abdominal.

A cirurgia inicia-se pela abertura por planos até se identificar o defeito herniário. Realiza-se disseção e redução do conteúdo herniário e encerramento do orifício. Se o cirurgião decidir colocar uma pró-



tese, esta pode ser colocada no plano pré-peritoneal (posteriormente ao músculo transversos) ou no plano pré-muscular (entre os músculos oblíquos externo e interno). A aponevrose do oblíquo externo é posteriormente encerrada.<sup>1</sup>

## 2.2. Abordagem Laparoscópica

A abordagem minimamente invasiva no tratamento das HS é uma alternativa promissora à abordagem clássica por via anterior.<sup>4</sup>

A abordagem pode ser por via intra-abdominal (IA), trans-abdominal pré-peritoneal (TAPP) ou totalmente extra-peritoneal (TEP).

Em qualquer destas abordagens, a prótese escolhida deve ultrapassar 4-5cm os limites do defeito herniário. Esta prótese deve ser fixada para evitar o seu deslocamento, tendo sempre o cuidado de não lesar os vasos epigástricos que se encontram próximos da HS.<sup>1</sup>

## 3. Análise da literatura

A HS é uma entidade rara, pelo que existem poucos estudos comparativos das diferentes técnicas cirúrgicas.

O uso de prótese sintética é aconselhável por garantir melhores resultados e maior força e resistência comparativamente ao encerramento simples do defeito herniário.<sup>5</sup> Contudo, a melhor abordagem cirúrgica para colocação da prótese não está ainda definida como mostram os seguintes estudos.

Um estudo prospetivo aleatorizado foi realizado por Moreno-Egea e colegas<sup>4</sup> no qual aleatorizaram 22 doentes com HS em abordagem por via anterior (prótese colocada no espaço pré-peritoneal) e abordagem laparoscópica (TEP ou IA). Não houve diferenças em termos de recidiva no seguimento de 3,5 anos mas houve diferenças em termos de morbilidade (0% na abordagem laparoscópica e 36,4% na abordagem anterior decorrente de quatro hematomas que não necessitaram de intervenção) e de tempo de interna-

mento (1 dia na abordagem laparoscópica e 5 dias na abordagem anterior). Este estudo não comparou as duas abordagens laparoscópicas entre si.

Um estudo retrospectivo descritivo realizado por Perrakis e colegas<sup>6</sup> analisou 16 doentes submetidos a tratamento cirúrgico de HS em regime eletivo (oito doentes) ou em regime de urgência. (oito doentes). Treze doentes foram submetidos a hernioplastia por via anterior com colocação de prótese pré-peritoneal, dois doentes a herniorrafia por via anterior e um doente a hernioplastia laparoscópica. Foram descritos dois seromas num doente submetido a herniorrafia e noutra a hernioplastia por via anterior. Este estudo concluiu que a abordagem cirúrgica neste tipo de hérnias é segura tanto em contexto de cirurgia eletiva ou de urgência e deve ser oferecida a todos os doentes com HS, mesmo os assintomáticos devido ao elevado risco de encarceramento. Os autores do estudo não realizaram nenhuma comparação entre as diferentes técnicas cirúrgicas.

Palanivelu e colegas<sup>7</sup> publicaram uma série de oito doentes submetidos a hernioplastia laparoscópica por TAPP sem morbilidade descrita e sem recidiva num seguimento médio de 41 meses. Os autores concluíram que este tipo de abordagem é seguro, fácil e exequível por cirurgiões com experiência em cirurgia laparoscópica.

## CONCLUSÃO

Ao contrário da maioria das hérnias da parede abdominal anterior, o sintoma mais frequente é a dor e não a tumefação, pelo que o diagnóstico de HS é difícil, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem para diagnóstico. Este caso descrito reitera a importância de um alto nível de suspeição perante a clínica de dor ao longo da aponevrose de Spiegel, em particular se for localizada inferiormente ao umbigo, e da necessidade de exames de imagem para o diagnóstico de HS.

A HS deve ser sempre tratada cirurgicamente devido ao risco de encarceramento do conteúdo



herniado. A escolha do procedimento para tratamento cirúrgico não se encontra fundamentada em estudos clínicos, no entanto é provável que o risco de recidiva seja menor com a colocação de prótese que com a utilização apenas de sutura para encerramento do defeito herniário. Nenhuma técnica cirúrgica mostrou ser superior a outra, pelo que são necessários mais estudos comparativos para tirar conclusões sólidas quanto à melhor abordagem cirúrgica.

Para além das vantagens estéticas já descritas para outros procedimentos, a abordagem laparoscópica parece diminuir o risco de complicações e o tempo de internamento,<sup>4</sup> no entanto a abordagem por via anterior em regime de ambulatório é segura e eficaz no tratamento das HS.<sup>8</sup>

Assim, a escolha da abordagem cirúrgica deve basear-se nas características do doente e da hérnia, na disponibilidade dos meios técnicos e na experiência do cirurgião.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Péliissier E, Ngo P. Tratamiento quirúrgico de las hernias de Spiegel. Técnicas quirúrgicas –Aparato digestivo –EMC 2010.
2. Mittal T, Kumar V, Khullar R, et al. Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. Journal of minimal access surgery 2008;4:95-8.
3. Malazgirt Z, Topgul K, Sokmen S, et al. Spigelian hernias: a prospective analysis of baseline parameters and surgical outcome of 34 consecutive patients. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery 2006;10:326-30.
4. Moreno-Egea A, Carrasco L, Girela E, Martin JG, Aguayo JL, Canteras M. Open vs laparoscopic repair of spigelian hernia: a prospective randomized trial. Archives of surgery 2002;137:1266-8.
5. Angelici AM, Nasti AG, Petrucciani N, Leonetti G, Palumbo P. Spigelian hernia: a case report and review of the literature. Il Giornale di chirurgia 2006;27:433-5.
6. Perrakis A, Velimezis G, Kapogiannatos G, Koronakis D, Perrakis E. Spigel hernia: a single center experience in a rare hernia entity. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery 2012;16:439-44.
7. Palanivelu C, Vijaykumar M, Jani KV, Rajan PS, Maheshkumaar GS, Rajapandian S. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of spigelian hernia. JSLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons / Society of Laparoendoscopic Surgeons 2006;10:193-8.
8. Zuvela M, Milicevic M, Galun D, Djuric-Stefanovic A, Bulajic P, Palibrk I. Spigelian hernia repair as a day-case procedure. Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery 2013;17:483-6.

#### *Correspondência:*

ANDRÉ GOULART

e-mail: andre.b.goulart@gmail.com

#### *Data de recepção do artigo:*

12/09/2014

#### *Data de aceitação do artigo:*

19/01/2016

