

# HÉRNIA DE SPIEGEL: CASO CLÍNICO E REVISÃO BREVE DA LITERATURA

## SPIEGEL'S VENTRAL HERNIA: CASE REPORT AND BRIEF LITERATURE REVIEW

 CAROLINA M. F. ARAUJO<sup>1</sup>,  HELTON L. A. FORASTIERI FILHO<sup>2</sup>,  WILKER B. MENDES<sup>3</sup>,  
 LUCIANA F. S. F. CAMPOS<sup>3</sup>,  YASMIN T. F. SIQUEIRA<sup>3</sup>,  HIGNER L. C FORASTIERI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Universitário de Volta Redonda, RJ – Brasil

<sup>2</sup> Hospital João XXIII – Belo Horizonte, MG – Brasil

<sup>3</sup> Hospital São João Batista – Volta Redonda, RJ – Brasil

### RESUMO

A hérnia de Spiegel é um tipo pouco comum de hérnia ventral, esta ocorre através da fásia de Spiegel Localizada à parede abdominal. É geralmente pequena, e ocorre na sua maioria durante a quarta e sétima décadas de vida. É necessário tratamento cirúrgico pelo risco de encarceramento. O presente estudo relata um caso de hérnia de Spiegel, achados clínicos, radiológicos e desfecho cirúrgico. Faz-se uma breve revisão da literatura sobre o tema.

**Palavras-chave:** *Hérnia de Spiegel, Hérnia ventral, Parede abdominal, Reparo cirúrgico, Relatos de caso.*

### ABSTRACT

Spiegel's hernia is an unusual and rare type among the several reported ventral hernias. It occurs through Spiegel's fascia in the abdominal wall and is usually small, developing mostly during the fourth and seventh decade of life and requiring surgical repairs due to the risk of incarceration. This study reports a case of Spiegel's hernia with its clinical, radiological findings and surgical outcome, in addition to presenting a brief review of the literature.

**Keywords:** *Spiegel hernia, Ventral hernias, Abdominal wall, Surgical repair, Case reports.*

### INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel ocorre na região abdominal composta pelo folheto aponeurótico do músculo transverso abdominal. Esse folheto está localizado entre o músculo reto medialmente e a linha semilunar lateralmente, denominado fásia de Spiegel<sup>2,3,4</sup>. Em sua maioria, apresenta-se na linha arqueada de Douglas ou inferiormente à ela. Seu

aparecimento torna-se suscetível devido à ausência de aponeurose posterior do músculo reto abdominal e uma consequente fragilidade da região, por um defeito congênito ou adquirido neste local<sup>2,3,4,5</sup>. Recebeu esse nome em homenagem ao anatomista belga Adriaan Van Der Spiegel, por ser o primeiro a detalhar estruturas anatômicas envolvidas nesse tipo de herniação em 1645<sup>5</sup>. São consideradas raras e representam apenas 1 a 2% das hérnias<sup>2,5</sup>. Em



geral são pequenas, interparietais e com conteúdo limitado pela aponeurose do oblíquo externo, o que torna seu diagnóstico mais difícil por gerar dor local, normalmente sem abaulamento<sup>2,4</sup> e requerer alto nível de suspeição pelo examinador, sendo necessário muitas vezes exames complementares de imagem para excluir outras patologias e confirmar o diagnóstico<sup>4</sup>. Devido ao risco de encarceramento, por possuir, em geral, um colo estreito<sup>1</sup>, está indicado reparo cirúrgico com rafia simples ou utilização de próteses (telas) para sua correção<sup>1,2,3,4</sup>. O objetivo deste artigo é descrever o caso clínico de uma hérnia de Spiegel e fazer uma breve revisão da literatura. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob número de CAAE 34488920.0.0000.5237 e parecer 4.149.996.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente E.O.F.S., 47 anos, sexo feminino, admitida no Pronto Atendimento (PA) do Hospital São João Batista (HSJB) em Volta Redonda – Rio de Janeiro, com dor abdominal importante de início há 4 horas associada a abaulamento não redutível em quadrante inferior esquerdo (QIE). Nega náuseas, vômitos e febre. História de constipação prévia sem alteração do hábito intestinal recente. Nega comorbidades. Relato de cesariana há 22 anos, histerectomia total há 10 anos e abdominoplastia há 6 anos. Refere “caroço” abdominal em QIE notado há 2 anos, o que a fazia procurar o PA em momentos de crise algica no local. Foi diagnosticada com nefrolitíase à esquerda por Ultrassonografia solicitada em uma de suas consultas no PA e tratada como cólica nefrética desde então, quando retornava em crise.

Ao exame encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada, corada, hidratada, taquipneica (22rpm), acianótica, afebril e taquicárdica (108bpm). Sem alterações cardiopulmonares. O abdome era globoso, algo tenso, com dor importante em fossa ilíaca esquerda (FIE) e abaulamento local não

redutível, apresentava peristalse presente e defesa abdominal à palpação.

Apresentava exame tomográfico compatível com hérnia de Spiegel por sua topografia e característica (Figura 1), sendo indicada cirurgia de urgência por encarceramento prolongado.

No ato operatório foi realizada incisão transversa em topografia de abaulamento em FIE até identificação do saco herniário posterior à aponeurose do músculo oblíquo externo (Figura 2).

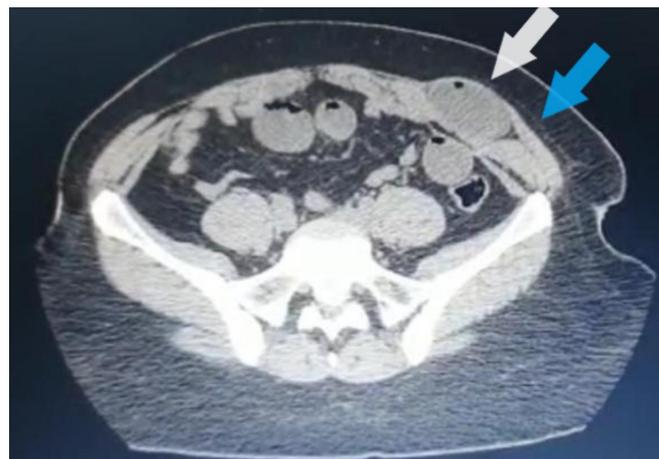


FIGURA 1 – Corte axial de TC de abdome sem contraste evidenciando conteúdo herniário em FIE (seta branca) lateral ao músculo reto em topografia de fásia de Spiegel limitado à aponeurose do oblíquo externo (seta azul).

Na exploração do conteúdo herniário foi identificada alça de delgado (Figura 2) viável, sem sinal de sofrimento após desencarceramento da mesma. Realizado redução do conteúdo intestinal e ressecção do saco herniário em sua base. Efetuado rafia dos músculos transversos e oblíquo interno, seguida de síntese da aponeurose do oblíquo externo e posterior fixação de tela (Figura 2) para reforço da parede abdominal.

Paciente teve boa evolução pós-operatória, sem queixas, recebendo alta no segundo dia após a intervenção, com funções fisiológicas preservadas. No retorno ambulatorial para revisão, após 15



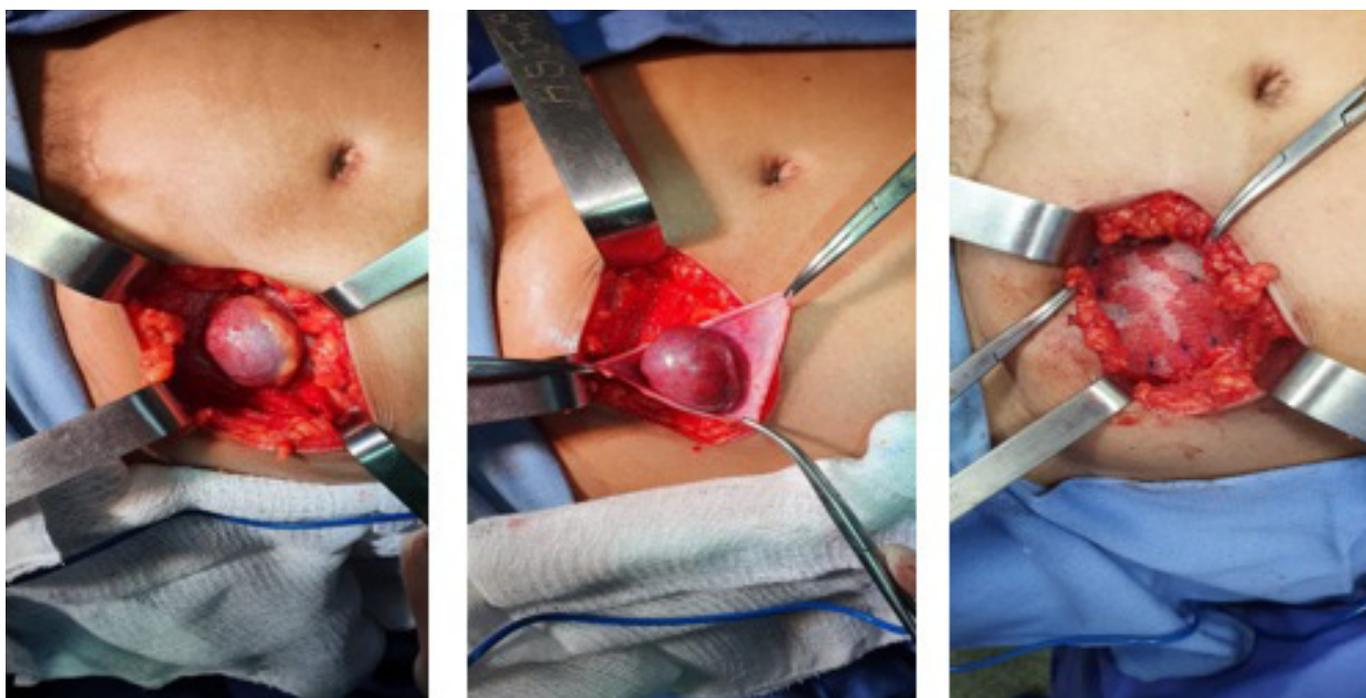


FIGURA 2 – Identificação do saco herniário com posterior identificação do conteúdo herniário (alça de delgado) e posterior fixação de tela para reforço da parede abdominal.

dias, a mesma encontrava-se bem, sem queixas e sem intercorrências durante o período, referindo melhora do quadro de constipação intestinal relatado nos últimos anos.

## DISCUSSÃO

Hérnias de Spiegel são consideradas herniações ventrais incomuns e raras<sup>3,5</sup> (1 a 2% da totalidade das hérnias da parede abdominal<sup>2,4,5</sup>) podendo ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em pacientes com idade entre 40 e 70 anos, com uma média de idade de cerca de 60 anos. Podem ser bilaterais e têm maior predisposição em mulheres<sup>3</sup>. São protrusões que se desenvolvem através de fragilidade e defeitos na fâscia de Spiegel, delineada como uma região côncava limitada pela linha semilunar de Douglas e pela borda lateral do músculo reto abdominal (linha semicircular). Essa região se torna frágil<sup>3</sup>, pois ao nível da linha semilunar

de Douglas e abaixo, toda a aponeurose muscular da parede abdominal anterolateral torna-se anterior ao músculo reto abdominal e apenas as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza, sendo este o elemento patogênico fundamental para o aparecimento desse tipo de herniação<sup>2,3</sup>.

Foi diagnosticada e reconhecida pela primeira vez em 1764 por Josephi Thaddaei Klinkosch e recebeu esse nome em homenagem a Adriaan Van Der Spiegel, anatomista belga, que em 1645, descreveu as estruturas anatômicas da região pela primeira vez<sup>5</sup>.

O defeito aponeurótico pode ser congênito ou adquirido<sup>2,3,4,5</sup>. O defeito congênito é considerado em hérnias de Spiegel que ocorrem em crianças e em recém-nascidos. Nas crianças também pode ser adquirido e está relacionado com fatores traumáticos, causados por guidom de bicicleta e outros tipos de trauma fechado<sup>3</sup>. Em adultos é considerado como fator predisponente o aumento da pressão intracavitária causada por esforço



físico excessivo, tosse crônica, esforço à micção, ascite, obesidade mórbida e multiparidade<sup>2,3,5</sup>. A rápida perda de peso em pacientes obesos e as operações abdominais prévias parecem ter um papel no desenvolvimento da hérnia. Com base em observações e relatos de que muitos pacientes portadores desse tipo de hérnia possuíam histórico de cirurgias abdominais prévias adjacentes à linha semilunar, assim como a paciente relatada no estudo, sugere-se que a contração do processo de cicatrização poderia causar uma fragilidade maior na fáscia de Spiegel aumentando assim o risco do aparecimento da hérnia referida e estudada.

Por gerar queixa vaga de dor em saco herniário, em geral, pequeno, com tendência de se estender entre os planos musculares da parede abdominal anterior (hérnia intraparietal) e de permanecer abaixo da aponeurose do oblíquo externo, seu diagnóstico clínico é frequentemente difícil e torna-se mais complicado em pacientes obesos, necessitando de um alto índice de suspeição, devido à falta de sinais e sintomas consistentes<sup>2,4</sup>. Mesmo sendo incomum, a dor abdominal pode ser o único sintoma relatado<sup>3,4</sup>. Por tudo, o retardo diagnóstico é frequente. Possui muitas vezes, achado incidental. Como se apresenta com orifício herniário, geralmente, de colo estreito<sup>1</sup>, possui grande risco de encarceramento (25%) ou, até mesmo, estrangulamento (10%), sendo indicada correção cirúrgica<sup>1,2,3,4</sup> quando diagnosticada, podendo essa ser por laparotomia ou laparoscopia<sup>3,4</sup>. Possui um índice de recorrência incomum com boa evolução pós-operatória.

Exames complementares de imagem como Ultrassonografia (USG) e Tomografia Computadorizada (TC) geralmente são úteis para corroborar seu diagnóstico. Como a acurácia da USG é operador-dependente, a TC tem sido considerada como método de escolha no diagnóstico de hérnias de Spiegel<sup>2,3</sup>, por fornecer maiores detalhes sobre o defeito parietal e elementos para o diagnóstico diferencial de patologias de parede abdominal<sup>5</sup>, tais como: hemangiomas, fibromas, sarcomas,

lipomas, tumor desmoide, metástases, outras hérnias ventrais, miotendinites, adipose dolorosa, seromas, hematomas e abscesso parietal, além de patologias intracavitárias como tumor colônico, implante tumoral peritoneal<sup>5</sup> ou epiplóico, neoplasia pélvica, cisto ovariano, gestação ectópica, desordens gênito-urinárias, obstrução intestinal, diverticulite, apendicite e colecistite<sup>2,3</sup>. Se após investigação radiológica ainda houver dúvida, a videolaparoscopia diagnóstica pode ser indicada, mas é evitada por ser uma abordagem invasiva<sup>3,4</sup>.

O tratamento cirúrgico é mandatório pelo alto risco de encarceramento e estrangulamento. De forma tradicional, o tratamento é feito por laparotomia seguida de rafia simples ou colocação de tela sintética para reforço da parede abdominal<sup>1,2,3,4</sup>. Atualmente, a cirurgia laparoscópica vem ganhando espaço<sup>3,4</sup> com diversos tipos de abordagem como a técnica totalmente extra-peritoneal (TEP) e a de aproximação transabdominal pré-peritoneal (TAPP), as quais são alternativas amplamente aceitas por diminuir o risco de complicações e o tempo de internação<sup>4</sup>.

## CONCLUSÃO

Por serem consideradas hérnias ventrais raras e de diagnóstico difícil, as hérnias de Spiegel merecem uma atenção especial dos profissionais médicos devido a seu baixo conteúdo semiológico e à grande necessidade de suspeição para seu diagnóstico. Exames complementares de imagem podem e devem ser utilizados para confirmação e exclusão de diagnósticos diferenciais. Confirmado o quadro de hérnia de Spiegel, esta requer correção cirúrgica por risco de complicações como encarceramento, estrangulamento e, conseqüentemente, agravo e elevação da morbidade em caso de retardo diagnóstico.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akpo G, Deme H, Badji N, Niang F, Toure M, Niang I, et al. Diagnostic tomodensitométrie d'une hernie de Spiegel étranglée: à propos d'une observation. The Pan African Medical Journal. 2016;25:222.
2. Andrezza C, Wild N, Riva DD, Zanotelli VA, Britto MA. Hérnia de Spiegel: suspeição diagnóstica e tratamento. Rev AMRIGS. 2015;59(4):300-2.
3. Chaib PS, Coltri RP, Castro MMO. Hérnia de Spiegel bilateral volumosa. Relatos Casos Cir.2017;(4):1-5.
4. Goulart A, Marques H, Reis M. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. Revista Portuguesa de Cirurgia. 2015;(35):41-7.
5. Petroianu A. Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010:204-06.

*Correspondência:*

CAROLINA M. F. ARAUJO  
e-mail: carool-ferraz@hotmail.com

*Data de recepção do artigo:*

15/06/2021

*Data de aceitação do artigo:*

05/11/2022

