

HÉRNIA DE SPIEGEL E ENDOMETRIOSE - UMA ASSOCIAÇÃO INCOMUM

THIAGO HENRIQUE CARVALHO FIGUEIREDO^{1*}; PEDRO JANUÁRIO NASCIMENTO NETO¹; RAUL GUILHERME OLIVEIRA PINHEIRO²; FERNANDO HOLANDA DA COSTA JUNIOR³.

1 - Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.

2 - Acadêmico de Medicina do 6º ano da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3 - Médico cirurgião do Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, Ceará.

Artigo submetido em: Janeiro 2023

Artigo aceito em: Fevereiro 2023

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: Thiago_med2019.2@hotmail.com.

RESUMO

A hérnia de Spiegel é uma condição rara representando cerca de 0,1 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal. Trata-se de uma hérnia ventral primária localizada entre a borda lateral do músculo reto abdominal e da linha semilunar abaixo da cicatriz abdominal situando-se, na maioria das vezes, no cinturão de Spiegel. A endometriose é uma doença ocasionada pela presença de tecidos do endométrio ectópico. A associação entre essas duas entidades é incomum na literatura, sendo o objetivo do presente estudo apresentar um relato de caso da presença de saco herniário de endometrioma em hérnia de Spiegel de paciente acompanhado no Hospital Geral Dr. César Cals na cidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Hérnia; Hérnia Ventral; Hérnia Abdominal; Hérnia de Spiegel; Relatos de Casos.

ABSTRACT

Spigelian hernia is a rare condition representing about 0.1 to 2% of all hernias of the abdominal wall. It is a primary ventral hernia located between the lateral border of the abdominal muscle and the semilunar line below the abdominal scar, located predominantly in Spigelian belt. Endometriosis is a disease caused by the presence of ectopic endometrial tissue. The association between these two entities are uncommon in the literature, therefore the present study aims to report the case of endometriosis in a Spigelian Hernia Sac in a patient accompanied at the Hospital Geral Dr. César Cals in the city of Fortaleza.

Keywords: Hernia; Ventral Hernia; Abdominal Hernia; Spigelian Hernia; Case Reports.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel (HS) é uma condição rara representando cerca de 0,1 a 2% de todas as hérnias de parede abdominal. É um tipo de hérnia ventral primária que ocorre pela protrusão de conteúdo abdominal através do músculo transversos entre a borda lateral do reto abdominal e da linha semilunar abaixo da cicatriz umbilical (cinturão de Spiegel), mais encontrada em pessoas de meia idade, principalmente na quinta década de vida, com predileção pelo sexo feminino. Clinicamente, manifesta-se com dor intermitente e inchaço abdominal inferior. A HS é diagnosticada principalmente por exames de imagem, como ultrassonografia (USG) de parede

abdominal, tomografia (TC) de abdome e ressonância nuclear magnética (RM), sendo a difusão dos exames de imagem o motivo do aumento dos diagnósticos dessa condição. A reparação deve ser realizada cirurgicamente por meio de duas abordagens, aberta ou laparoscópica ⁽¹⁻⁶⁾.

A endometriose, por sua vez, é a presença de glândulas e estroma da cavidade endometrial ectópica, podendo se apresentar em cicatrizes cirúrgicas de cesarianas, como a provocada pela incisão de Pfannenstiel, nos ovários, nas tubas uterinas ou mesmo na parede abdominal anterior através de herniações ⁽⁷⁾.

A ocorrência da associação entre endometrioma com hérnia de Spiegel é muito incomum na literatura. Por isso, o presente trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma associação rara de hérnia de Spiegel com endometriose em uma paciente acompanhada a nível ambulatorial no Hospital Geral Doutor Cesar Cals de Oliveira (HGCCO), hospital terciário de alta complexidade, reconhecido pelo MEC/MS como referência no Ceará na área de Cirurgia Geral entre os anos de 2016 e 2017.

RELATO DE CASO

LFGM, 53 anos, sexo feminino, nulípara, compareceu ao ambulatório da Cirurgia Geral, em novembro de 2020, queixando-se de aumento de volume abdominal progressivo há um ano. Relata que o aumento abdominal se iniciou em região hipogástrica, evoluindo para tumoração em flanco direito, associado a dores esporádicas de moderada intensidade em topografia, com irradiação para lombar. Além disso, refere desconforto abdominal em ortostase por peso da massa.

Ao exame físico, paciente apresentando-se em bom estado geral, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em ar ambiente, orientada no tempo e espaço, FC = 83 bpm, PA = 130 x 65 mmHg. Ausculta cardiopulmonar fisiológica. Presença de volumosa tumoração no flanco direito com dor à palpação em tumoração (**Figura 1**). Ausência de adenomegalias. Pulsos periféricos palpáveis sem cianose e edema em extremidades.



Figura 1. Parede abdominal anterior de paciente com presença de volumosa tumoração à palpação em flanco direito.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Histórico patológico pregresso com realização de miomectomia por Pfannenstiel em abril de

1997, presença de hipertensão arterial em tratamento, em menopausa. Nega asma, rinite alérgica, constipação ou retenção urinária.

Conseguiu acompanhamento médico no HGCCO com realização de Tomografia Abdominopélvica com contraste em dezembro de 2020 a qual evidenciou volumosa lesão expansiva pélvica de extensão para flanco direito com áreas sólidas e císticas de contornos lobulados com realce heterogêneo pelo meio de contraste, imagem sugestiva de herniação em região semilunar direita compatível com hérnia de Spiegel se estendendo para fossa ilíaca direita de tamanho 25,1 cm x 24,9 cm x 18,6 cm nos maiores eixos (**Figura 2**). Ambulatorialmente, em 2021, interrogou-se tumor de ovário com realização de citologia oncológica com resultado negativo para neoplasia e USG transvaginal que evidenciou nódulo miometrial corporal lateral esquerdo, intramural/subseroso, medindo 3,2 x 3,0 cm com volumosa massa abdominopélvica em flanco direito medindo 35 x 17 x 38 cm com volume de 11.750 mL.

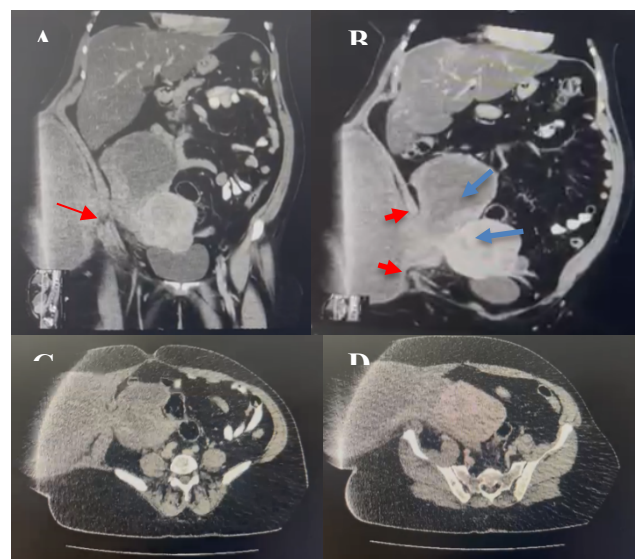


Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome com corte coronal e axial. Imagens A e B: Cortes coronais de TC de abdome com contraste, evidenciando volumosa massa expansiva pélvica com áreas sólidas e císticas do endometrioma (setas azuis) que se herniam na linha semilunar em topografia de hérnia de Spiegel (setas vermelhas). Imagens C e D: Cortes axiais de TC de abdome com contraste demonstrando hérnia de Spiegel.

Fonte: imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Paciente permaneceu acompanhada ambulatorialmente sem conseguir cirurgia devido a pandemia. Interna-se em abril de 2022 no HGCCO com realização de ooforectomia bilateral com ressecção de massa anexial à direita e hernioplastia de parede abdominal sem intercorrências.

No retorno ambulatorial com histopatológico de peça cirúrgica, foi descoberto que produto da anexectomia direita herniada era compatível com lesão endometriótica com corpos brancos e leiomioma hialinizado. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial após cirurgia a cada 6 meses, sem queixas.

DISCUSSÃO

A hérnia de Spiegel é um tipo de hérnia ventral rara, nomeada como homenagem ao anatomista e cirurgião Adriaan van der Spiegel, que primeiro descreveu acuradamente a linha semilunar em 1645. Entretanto, só em 1764, a Hérnia de Spiegel foi reconhecida como entidade clínica pelo anatomista Joseph Klinkosh. A HS é um tipo de hérnia ventral primária mais frequentemente encontrada em pessoas entre 40 e 70 anos de idade com pico de incidência na quinta década de vida, mais frequente em mulheres com proporção de 2:1 ⁽¹⁻³⁾.

A HS está localizada entre a borda lateral do músculo reto abdominal e da linha semilunar, sendo caracterizada como uma protrusão através do defeito da aponeurose do músculo transversos do abdome localizada costumeiramente no cinturão da hérnia de Spiegel (região de até 6 cm acima da linha interespinal). A maior porção da fáscia de Spiegel é a área situada na intersecção da linha semilunar com a linha arqueada de Douglas. Aproximadamente mais de 90% das HS estão situadas nesta região na sua porção entre o umbigo e a linha arqueada. Há diversos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de hérnias, sendo as mais comuns condições que cursam com aumento da pressão intra-abdominal, como tosse crônica, prostatismo, constipação, ascite e obesidade, além de traumas e cicatrizes prévias por incisão ⁽⁴⁻⁶⁾.

A classificação da HS está inserida no subgrupo das hérnias ventrais primárias pela descrição do EHS (European Hernia Society), tendo como as mais reportadas, hérnias com tamanho de 2cm de diâmetro e as médias e largas medindo respectivamente > 2 cm e > 4 cm de diâmetro. As hérnias de Spiegel baixas são classificadas em Nyhus (tipo Ib) ou Gilbert (tipo 5) das hérnias inguinais ⁽³⁾.

A hérnia de Spiegel se manifesta, clinicamente, como uma dor intermitente e sensação de inchaço no abdome inferior com cerca de dois-terços dos pacientes sem nenhum achado clínico. As estruturas frequentemente encarceradas são o intestino delgado, grande omento e cólon sigmóide. A HS pode ser confundida com hérnia inguinal com o

diagnóstico definitivo sendo confirmado apenas no intraoperatório. O exame físico com a palpação digital do canal inguinal com manobra de Valsalva em posição ortostática é, portanto, importante para distinção entre ambas. Diagnósticos diferenciais de massas na região da HS são: lipoma, hematoma do reto abdominal ou algum tumor sólido abdominal ⁽³⁾.

O diagnóstico se dá costumeiramente com a combinação do exame clínico associado à ultrasonografia (USG) de parede abdominal, tomografia (TC) de abdome e ressonância nuclear magnética (RM). Caso a dúvida perdure após os exames de imagem, a laparoscopia diagnóstica pode ser considerada. A HS deve ser reparada cirurgicamente, com duas abordagens mais descritas pela literatura, a aberta e a laparoscópica, com dados limitados quanto ao método preferido, entretanto se houver massa palpável a via laparoscópica pode ser mais vantajosa. É sugerido na literatura o reparo com uso de polipropileno Mesh ⁽⁴⁾.

A hérnia de Spiegel, embora rara, possui algumas associações incomuns na literatura, como apendicite aguda, apendagite epiplóica, tuberculose abdominal, dentre outras. A associação com endometriose é bem incomum na literatura, com único caso descrito em 2015 de uma associação entre endometrioma dentro de saco herniário de Spiegel com retirada cirúrgica aberta, embora haja outro caso de HS em mulher de 35 anos com endometriose associada sem, contudo, o conteúdo herniado ser a endometriose per si, mas, um lipoma e apêndice herniados explicando o quadro clínico de dor em flanco direito ⁽⁷⁻¹¹⁾.

A endometriose se trata do crescimento ectópico de glândulas e estroma da cavidade endometrial, afetando cerca de 30% das mulheres em idade reprodutiva. A endometriose é a maior causa de infertilidade e dor pélvica crônica, tendo como órgãos extrauterinos mais afetados ovários, tubas uterinas e tecidos pélvicos adjacentes. Além disso, os implantes endometrióticos em cicatrizes de episiotomia ou cesarianas ocorrem frequentemente no período do parto vaginal ou da realização da cesariana com o implante direto de células endometriais viáveis no tecido subcutâneo ou espaço subfascial expostos a incisão da parede abdominal ou ao corpo perineal. O diagnóstico da endometriose é realizado por USG, tomografia ou ressonância magnética. O tratamento consiste na retirada cirúrgica ⁽⁷⁻⁸⁾.

CONCLUSÃO

A hérnia de Spiegel é uma condição rara que deve ser considerada em quadros de dor crônica em abdome inferior em mulheres de meia idade com fatores de risco como obesidade e cirurgias prévias, principalmente cesarianas com cicatriz de Pfannens-tiel. A associação da endometriose com hérnia de Spiegel não é muito documentada na literatura, em parte pela pequena amostra de casos com esse tipo de hérnia ou mesmo pela pouca suspeição da associação dessas duas entidades.

O tratamento da hérnia de Spiegel é realizado através de cirurgias abertas ou laparoscópicas. A associação com endometriose faz do ato cirúrgico a única via de melhora clínica dos sintomas de dor abdominal e aumento do volume abdominal principalmente em mulheres. A consideração diagnóstica de hérnia de Spiegel não é comum, principalmente se não há aumento do volume abdominal em regiões típicas, entretanto o uso de métodos de imagem com a suspeição diagnóstica em casos atípicos podem aumentar a assertividade dos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Rankin, Adeline, Milo Kostusiak, and Ashraf Sokker. Spigelian hernia: case series and review of the literature. *Visceral medicine*. 2019; 35(2): 133-136.
2. Moreno-Egea, Alfredo, Álvaro Campillo-Soto, and German Morales-Cuenca. Which should be the gold standard laparoscopic technique for handling Spigelian hernias? *Surgical Endoscopy*. 2015; 29(4): 856-862.
3. Hanzalova, I., M. Schäfer, N. Demartines, and D. Clerc. Spigelian hernia: current approaches to surgical treatment—a review. *Hernia*. 2021: 1-7.

4. Henriksen, N. A., R. Kaufmann, M. P. Simons, Frederik Berrevoet, B. East, J. Fischer, W. Hope et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS open* 4. 2020(2): 342-353.
5. Javid, P.J. , Brooks, D.C. Hernias. In: Zinner, M.J. , Ashley, S.W. , Maingot's Abdominal Operations, 12th Ed, New York: McGraw-Hill Companies, Inc, 2007, p 147-49.
6. Oodit, Ravi. HIG (SA) Guidelines for the management of ventral hernias. *South African Journal of Surgery*. 2016; 54(4): 1-32.
7. Muto, Michael G., Mary Jane O'Neill, and Esther Oliva. Case 18-2005: a 45-year-old woman with a painful mass in the abdomen. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352(24): 2535-2542.
8. Moris, Demetrios, Adamantios Michalinos, and Spiridon Vernadakis. Endometriosis in a Spigelian hernia sac: an unexpected finding. *International Surgery*. 2015; 100(1): 109-111.
9. Ussia, Anastasia, Fabio Imperato, Larissa Schindler, Arnaud Wattiez, and Philippe R. Koninckx. Spigelian hernia in gynaecology. *Gynecological Surgery*. 2017; 14(1): 1-4.
10. NETO, Fernando Villalaz Chióng et al. Epiploic appendagitis in a Spigel hernia: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2021; 88: 106504.
11. AALLING, Lisa; PENNINGA, Luit. Abdominal tuberculosis in a spigelian hernia. *BMJ Case Reports CP*. 2019; 12(5): e227638.