

# HIPOTROFIA UNILATERAL DO RETO ABDOMINAL: CONHECER PARA IDENTIFICAR

## UNILATERAL ATROPHY OF THE RECTUS ABDOMINIS: HOW TO KNOW RECOGNIZE

HÉLIO SEBASTIÃO AMÂNCIO DE CAMARGO JÚNIOR, SANDRA REGINA CAMPOS TEIXEIRA, MARCIA MARTOS AMÂNCIO DE CAMARGO, JULIANA AZEVEDO, MAURÍCIO DE SOUZA ARRUDA, ERIKA MARINA SOLLA NEGRÃO.

### RESUMO

*Esse trabalho apresenta quatro casos de atrofia unilateral do reto abdominal diagnosticados por ultrassonografia. Três deles estavam associados a cirurgias abdominais e um foi precedido de uma dor intensa e autolimitada no flanco homolateral, que especulamos possa ter sido causada por um herpes zoster sem erupção. Três dos pacientes apresentavam sintomas relevantes, enquanto um deles era assintomático. Além da apresentação das imagens ilustrativas, discutimos as implicações desse diagnóstico para o bem-estar dos pacientes e seu tratamento adequado.*

DESCRITORES: ATROFIA DO RETO ABDOMINAL; ULTRASSONOGRRAFIA; PAREDE ABDOMINAL.

### ABSTRACT

*This paper presents four cases of unilateral rectus abdominis atrophy, all diagnosed by ultrasound. Three were associated with previous abdominal surgeries and one happened after an episode of severe self-limited pain in the same hemi-abdomen, which we speculate could have been caused by a herpes zoster infection without eruption. Three of the patients had relevant symptoms and in one patient it was an incidental finding. Besides presenting the illustrative images, we discuss the implications of this diagnosis to the wellbeing and appropriate treatment of the patients.*

KEY WORDS: RECTUS ABDOMINIS ATROPHY; ULTRASOUND; ABDOMINAL WALL.

### INTRODUÇÃO

A atrofia unilateral do reto abdominal é um achado pouco conhecido. Entretanto, ela pode ser causa de sintomas relevantes e precisa ser considerada para que não passe despercebida em exames imagiológicos da parede abdominal. Esse trabalho relata quatro casos dessa condição e discute sua etiologia e suas implicações.

### RELATO DOS CASOS

Caso 1. Paciente de 41 anos, do sexo feminino, foi encaminhada para ultrassonografia em função de abaulamento na região umbilical. O exame constatou ou a presença de uma hérnia umbilical contendo tecido adiposo, mas também percebeu uma anormalidade na parede abdominal que a princípio foi de difícil interpretação. Após um aprofundamento do estudo da parede abdominal, principalmente utilizando com-

paração com o lado oposto, constatamos acentuada hipotrofia e lipossustituição do reto abdominal esquerdo (Figs 1A e 1B). Apresentava antecedentes pessoais de nefrectomia à esquerda.



Figura 1A. Reto abdominal direito com características normais.



Figura 1B. Reto abdominal esquerdo hipotrófico. Note aspecto dos vasos epigástricos inferiores.

Caso 2. Paciente de 57 anos, do sexo feminino, apresentou quadro de dor intensa no flanco direito que motivou várias visitas ao pronto socorro, onde era medicada para dor, mas sem que se fizesse um diagnóstico da sua causa. A dor durou cerca de dois meses e cedeu espontaneamente. Aproximadamente um mês depois começou a sentir um abaulamento na região do abdome inferior à direita. Já havia feito várias consultas e exames de ultrassonografia para investigar esse abaulamento, sem qualquer resultado conclusivo. A paciente relatava, ainda, que sua preocupação era com um tumor abdominal, em função de ter sentido uma dor forte não esclarecida seguida de um abaulamento abdominal. Constatamos à ultrassonografia uma acentuada hipotrofia do reto abdominal à direita (Fig. 2), que contribuía para uma condição de flacidez que era causa do abaulamento (situação conhecida como pseudohérnia<sup>1</sup>).



Figura 2. Imagem estendida mostrando hipotrofia acentuada do reto abdominal à direita.

Caso 3. Paciente de 65 anos, do sexo masculino, foi encaminhado para ultrassonografia da parede abdominal com quadro de abaulamento do hemiabdomene direito há três anos. Tinha antecedentes pessoais de colecistectomia, com grande incisão paramediana. Sua ultrassonografia constatou hipotrofia acentuada do reto abdominal direito (Figs. 4A e 4B).

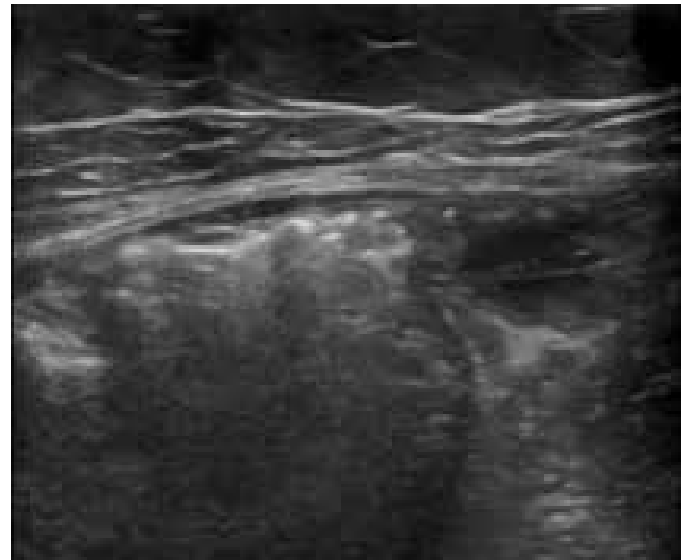


Figura 3. Imagem demonstrando abaulamento provocado por alças intestinais no local da hipotrofia do reto abdominal.



Figura 4A. Reto abdominal direito hipotrófico.

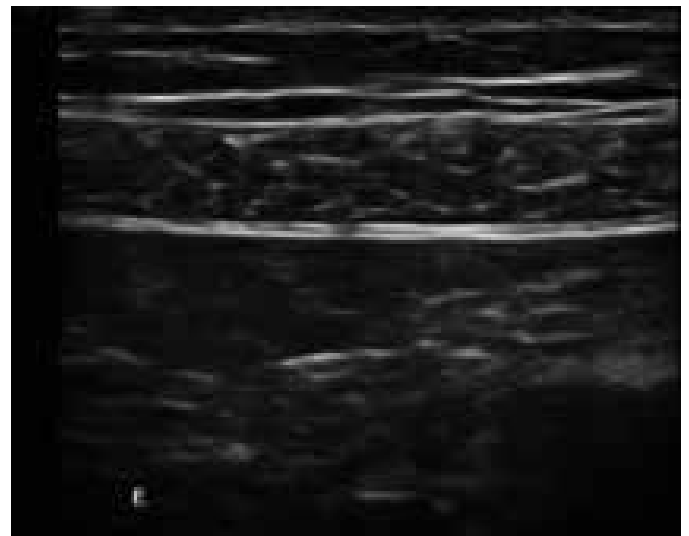


Figura 4B. Reto abdominal esquerdo eutrófico.

Caso 4. Paciente de 64 anos, do sexo feminino, com queixa de dor forte e abaulamento no mesogástrio à direita. Antecedentes pessoais de colecistectomia com incisão oblíqua (Kocher) e de cirurgia bariátrica com incisão mediana supraumbilical. A ultrassonografia revelou acentuada hipotrofia do reto abdominal à direita (Fig. 5).

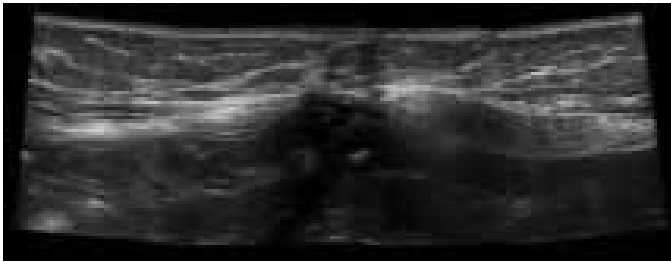


Figura 5. Imagem estendida mostrando hipotrofia do reto abdominal direito em comparação ao esquerdo.

## DISCUSSÃO

Esse trabalho apresenta 4 casos de hipotrofia do reto abdominal, diagnosticados à ultrassonografia consecutivamente em um período de cerca de dois anos. O primeiro caso cursou com certa dificuldade em entender a alteração presente. Nos demais casos, o diagnóstico específico foi mais fácil, sugerindo que conscientização prévia da sua existência facilita a sua identificação. Os relatos dessa situação na literatura, incluem séries de 112 e de 24 casos<sup>1</sup>. A maior facilidade com que fizemos esse diagnóstico nos nossos casos 2, 3 e 4, e o acúmulo de casos vistos por alguns autores sugerem que a atrofia unilateral do reto abdominal possa ser subdiagnosticada no dia a dia, e que o conhecimento dessa condição nos deixe mais alerta para percebê-la.

Esse diagnóstico parece ter relevância clínica. Os casos 2, 3 e 4 apresentavam sinais ou sintomas relevantes para o bem-estar dos pacientes, enquanto apenas a paciente do caso 1 era assintomática. O abaulamento é diretamente associado à flacidez localizada da parede abdominal em função da atrofia muscular. A dor referida pela paciente do caso 4 é difícil de explicar diretamente pela atrofia muscular. Acreditamos que houvesse outra causa para essa dor, eventualmente até mesmo uma conversão psicossomática, comum em casos de sintomas que permanecem um longo tempo sem explicação. Uma fonte de sofrimento importante para a paciente do caso 2 era a confusão com um tumor abdominal, que só pode ser apropriadamente desfeita após o diagnóstico específico da sua condição. Um possível sintoma da atrofia do reto abdominal citado na literatura é a lombalgia, pois a musculatura abdominal tem um papel na dinâmica da coluna vertebral<sup>3</sup>. Nenhum de nossos pacientes, no entanto, queixou-se de lombalgia.

Nos casos 1, 3 e 4, a causa da atrofia do reto abdominal foi uma lesão neural cirúrgica inadvertida. Embora a denervação

muscular iatrogênica seja uma complicação rara das cirurgias abdominais, ela está bem relatada na literatura<sup>2,4</sup>. Há inclusive um relato dessa complicação em uma cirurgia minimamente invasiva da coluna lombar com acesso através do psoas<sup>5</sup>.

Na paciente do caso 2, a pseudohérnia foi precedida de forte dor autolimitada no flanco homolateral. Especulamos que ela possa ter apresentado uma neurite herpética que resultou na paresia, fato já descrito na literatura<sup>7</sup>. A paciente não referiu erupção, mas lembramos que existem infecções herpéticas que cursam sem erupção, condição conhecida como “zoster sine herpete”<sup>8</sup>. Nesses casos, pode-se esperar uma recuperação parcial ou total do quadro parético<sup>7</sup>.

A atrofia do reto abdominal também pode ocorrer por lesão da artéria epigástrica inferior<sup>6</sup>, mas nossos casos não tinham cirurgias que trouxessem esse risco, e todos os casos pareceram estar associados a denervação.

Outra observação pertinente a respeito desse diagnóstico é a necessidade de diferenciar entre hérnia verdadeira e pseudohérnia. Embora o diagnóstico de hérnias seja considerado fácil do ponto de vista clínico e imaginológico, não é raro recebermos pacientes para essa confirmação diagnóstica. O tratamento da pseudohérnia é diferente do tratamento de uma hérnia verdadeira<sup>1</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos chamando a atenção para o aspecto ultrassonográfico dessa condição, bastante típico e bem demonstrado nas imagens desse relato. A atenção para essa possibilidade diagnóstica pode ser importante para o manejo adequado desses pacientes.

## REFERÊNCIAS:

1. Moreno-Egea A, Sanchez-Elduayen M, De Andres EP, Carrillo-Alcaraz A. Is muscular atrophy a contraindication in laparoscopic abdominal wall defect repair? A prospective study. *The American Surgeon* 2012;78:178-84.
2. Goodman P1, Balachandran S. Postoperative atrophy of abdominal wall musculature: CT demonstration. *J Comput Assist Tomogr.* 1991;15(6):989-93.
3. Egwu OA, Ukoha UU, Asomugha LA, Okorie S. Imaging-based assessment of rectus abdominis muscle thickness in an adult population: evaluating possible anthropometric relationships. *Studia Medyczne* 2014;30 (3):180-7.
4. Yamada M, Maruta K, Shiojiri Y, Takeuchi S, Matsuo Y, Takaba T. Atrophy of the abdominal wall muscles after extraperitoneal approach to the aorta. *J Vasc Surg* 2003;38:346-53.
5. Dakwar E, Le TV, Baaj AA, Le AX, Smith WD, Akbarnia BA, et al. The Abdominal wall paresis as a complication of minimally invasive lateral transpsoas interbody fusion. *Neurosurg Focus* 2011; 31(4):E18.
6. Iwami D, Harada H, Sasaki H, Hotta K, Fukuzawa N, Morita K, et al. Prevention of atrophy of lower rectus abdominis muscle by preservation of inferior epigastric artery at kidney transplantation. *The Journal of Urology.* 2011;185(4), supl; e828-e829
7. Oliveira PD, Santos Filho PV, Menezes Ettinger JE, Oliveira IC. Abdominal-wall postherpetic pseudohernia. *Hernia.* 2006;10(4):364-6.
8. Kennedy PGE. Zoster sine herpete. It would be rash to ignore it. *Neurology.* 2011; 76(5): 416-7.