

HÉRNIA DE SPIEGEL – DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO

SPIEGEL HERNIA - ULTRASONOGRAPHIC DIAGNOSIS

MÁRCIO LUÍS DUARTE^{1,3}; ÉLCIO ROBERTO DUARTE^{2,3}

RESUMO

A hérnia de Spiegel, também conhecida como hérnia ventral lateral, sendo rara e representa cerca de 0,12-0,2% de todas as hérnias abdominais, sendo assintomática em 90% dos casos. O diagnóstico de hérnia de Spiegel é difícil porque não são identificados sintomas característicos e, muitas vezes, não há massa palpável.

Apenas 50% dos casos são diagnosticados no pré-operatório. O sintoma mais frequente é a dor, mas não há dor típica ou característica - os pacientes podem ter uma história de hérnia encarcerada, com ou sem obstrução intestinal.

Os autores descrevem um caso desta doença cujo diagnóstico foi realizado pela ultrassonografia.

DESCRITORES: HÉRNIA VENTRAL, DIAGNÓSTICO, ULTRASSONOGRAFIA.

ABSTRACT

Spiegel hernia, also known as a lateral ventral hernia, being rare and represents about 0.12-0.2% of all abdominal hernias, being asymptomatic in 90% of the cases. The diagnosis of Spiegel's hernia is difficult because no characteristic symptoms are identified and, often, there is no palpable mass.

Only 50% of the cases are diagnosed preoperatively. The most common symptom is pain, but there is no typical or characteristic pain - patients may have a history of herniated jaundice with or without bowel obstruction.

The authors describe a case of this disease diagnosed by ultrasound.

KEY WORDS: VENTRAL HÉRNIA, DIAGNOSIS,; ULTRASONOGRAPHY.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel, também conhecida como hérnia ventral lateral, sendo rara e representa cerca de 0,12-0,2% de todas as hérnias abdominais,¹⁻⁶ sendo assintomática em 90% dos casos.¹ Acomete, geralmente, pacientes com mais de 40 anos¹, acometendo um pouco mais mulheres que homens (1,18:1).^{2,6} O estrangulamento é a sua complicação mais comum.^{1,6}

O diagnóstico de hérnia de Spiegel é difícil porque não são identificados sintomas característicos e, muitas vezes, não há massa palpável.² Apenas 50% dos casos são diagnosticados no pré-operatório.^{2,6} O sintoma mais frequente é a dor, mas não há dor típica ou característica - os pacientes podem ter uma história de hérnia encarcerada, com ou sem obstrução intestinal.²

RELATO DO CASO

Homem de 52 anos referindo abaulamento na região do flanco direito que piora aos esforços há um ano. Nega

doenças, traumas e cirurgias anteriores. Ao exame físico observa-se abaulamento no flanco direito que se acentua com a realização da manobra de Valsalva.

A ultrassonografia demonstra falha na aponeurose transversa entre os músculos reto abdominal direito e transverso – linha semilunar, medindo 1,0 x 0,7 cm, com herniação do conteúdo intestinal, associado a pouca mobilidade com a realização da manobra de Valsalva, com fluxo vascular presente ao estudo com Doppler, caracterizando hérnia de Spiegel (Figuras 1 e 2).

DISCUSSÃO

Na maioria das vezes, as hérnias de Spiegel aparecem na área denominada cinturão da hérnia Spiegeliana, onde a fáscia de Spiegel é maior - até 2cm.² Elas ocorrem mais frequentemente na parte inferior do abdome, porque supraumbilicamente a linha semilunar fica posterior ao

1. WEBIMAGEM, São Paulo-SP.

2. Clínica Brasil Imagem Medicina Diagnóstica, Santos-SP.

3. Clínica Radiológica e Especialidades São Gabriel, Praia Grande-SP.

Endereço para correspondência:

Márcio Luís Duarte

E-mail: marcioluisduarte@gmail.com

músculo reto abdominal e as fibras do músculo transverso e oblíquo interno se cruzam em ângulos diferentes, enquanto abaixo da cicatriz umbilical as fibras correm paralelamente.²

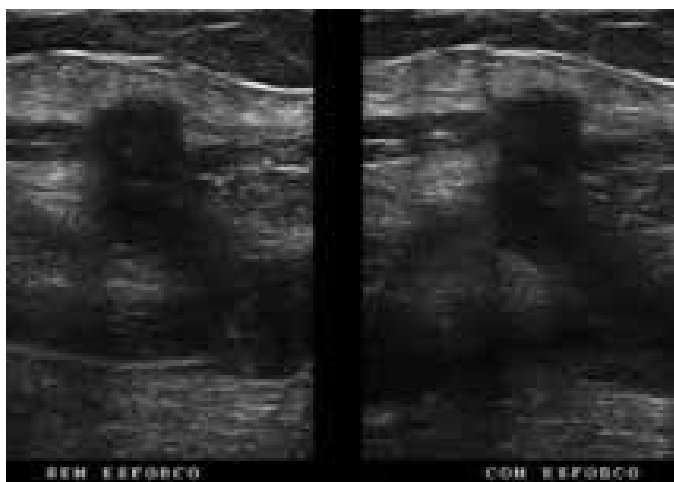


Figura 1: Ultrassonografia demonstra falha na aponeurose transversa entre os músculos reto abdominal direito e transverso – linha semilunar, medindo 1,0 x 0,7 cm, com herniação do conteúdo intestinal, associado a pouca mobilidade com a realização da manobra de Valsalva, caracterizando hérnia de Spiegel.

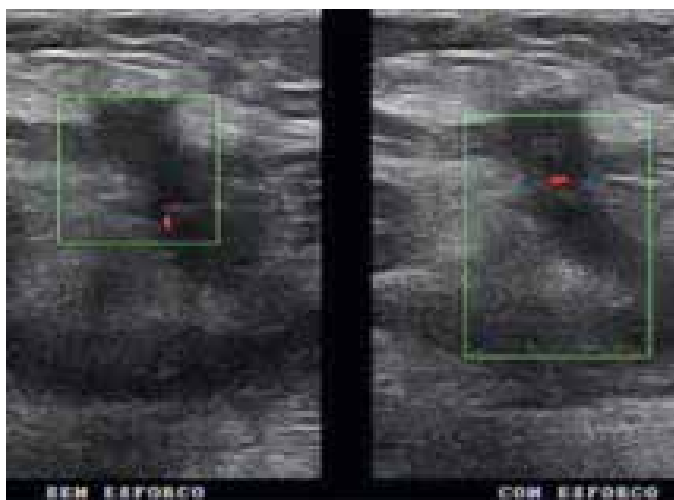


Figura 2: ultrassonografia demonstra falha na aponeurose transversa entre os músculos reto abdominal direito e transverso – linha semilunar, medindo 1,0 x 0,7 cm, com herniação do conteúdo intestinal, associado a pouca mobilidade com a realização da manobra de Valsalva e com fluxo vascular presente ao estudo com Doppler, caracterizando hérnia de Spiegel.

Existem fatores predisponentes, tais como a hipertensão intra-abdominal secundária a obesidade mórbida, múltiplas gestações, tosse crônica, complicação de diálise peritoneal, ascite e realizar trabalho que envolva grande esforço físico.^{1,5,6} A hérnia de Spiegel congênita ocorre principalmente em crianças e nesta faixa etária, o saco da herniário pode conter as gônadas.⁵ O conteúdo herniário, na maioria dos casos, consiste no omento, intestino delgado, ceco, apêndice ou cólon signóide.¹ O colo da hérnia

geralmente mede entre 0,5 e 2,0cm, sendo o responsável pelo encarceramento da hérnia.^{1,2}

A ultrassonografia cumpre os requisitos para ser o primeiro método de diagnóstico em casos suspeitos, apresentando vantagens tais como a visualização precisa da estrutura da parede abdominal, realizando o exame em posição ortostática e o uso de testes provocativos sob a forma de tosse, manobra de Valsalva e compressão do transdutor.^{5,6} A compressão permite a avaliação do grau de redutibilidade do conteúdo do saco da hérnia para a cavidade abdominal.⁵

A tomografia computadorizada apresenta grande sensibilidade para o diagnóstico da hérnia de Spiegel, mostrando o conteúdo do saco herniário e a deiscência muscular, além de permitir um bom estudo das camadas da parede abdominal e da gravidade da oclusão através da análise das alças no saco herniário.¹ O uso de meio de contraste oral durante o exame é recomendado para que qualquer conteúdo intestinal possa ser identificado.⁶ Apesar de ser um bom método em casos duvidosos, expõe o paciente a radiação ionizante.^{5,6} A disponibilidade crescente da imagem de ressonância magnética pode ser benéfica na avaliação pré-operatória desses casos difíceis.⁶

O tratamento da hérnia de Spiegel é cirúrgico, sendo o laparoscópico preferido, devido ao risco de complicações – estrangulamento e encarceramento.^{1-4,6}

REFERÊNCIAS

1. Akpo G, Deme H, Badji N, Niang F, Toure M, Niang I, Diouf M, Niang EH. Diagnosis of strangulated Spiegel hernia based on CT scan: about a case. *Pan Afr Med J.* 2016;7(25):222.
2. Filip S, Dragomirescu C, Copăescu C. Laparoscopic treatment of Spiegel hernia by total extraperitoneal (TEP) approach. *Chirurgia (Bucur).* 2014;109(3):325-9.
3. de Marneffe M, Médart L, Collignon L. Spiegelian hernia: a report of three cases. *Rev Med Liege.* 2016;71(9):371-5.
4. Citgez B, Yetkin G, Uludag M, Akgun I, Karakoc S. Spiegelian Hernias Treatment and Diagnosis in Our Experience. *Ann Ital Chir.* 2014;25:85.
5. Smereczyński A, Kołaczyk K, Lubiński J, Bojko S, Gałdyńska M, Bernatowicz E. Sonographic imaging of Spiegelian hernias. *J Ultrason.* 2012;12(50):269-75.
6. Mittal T, Kumar V, Khullar R, Sharma A, Soni V, Bajjal M, Chowbey PK. Diagnosis and management of Spiegelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minim Access Surg.* 2008; 4(4): 95-8.