

## HÉRNIA DE SPIEGEL BILATERAL VOLUMOSA

### VOLUMINOUS BILATERAL SPIEGELIAN HERNIA

Paulo Sérgio Chaib<sup>1</sup>; Rafael Pereira Coltri<sup>1</sup>; Manoel Marcelo de Oliveira Castro<sup>1</sup>.

#### RESUMO

A hérnia de Spiegel, raro defeito da parede abdominal, é caracterizada pela protrusão de órgãos, saco peritoneal ou gordura pré-peritoneal através da aponeurose de Spiegel, que compreende a região da aponeurose do músculo transverso limitada medialmente pelo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar. É de grande interesse para o cirurgião, por sua dificuldade diagnóstica, por ser clinicamente incomum e por seu alto índice de estrangulamento, devido ao seu colo estreito e fibroso. O tratamento cirúrgico é mandatório, seja por técnica convencional ou por vídeo-laparoscopia. Apresentamos o caso incomum de um paciente de 66 anos com hérnia de Spiegel bilateral, cujo diagnóstico foi realizado com tomografia computadorizada. O paciente foi submetido à cirurgia eletiva convencional com correção primária do defeito e utilização de tela de polipropileno em posicionamento interaponeurótico.

**Descritores:** Hérnia Abdominal. Aponeurose. Telas Cirúrgicas. Herniorrafia. Cirurgia.

#### ABSTRACT

Spiegelian hernia, a rare defect of the abdominal wall, is characterized by protrusion of organs, peritoneal sac or pre-peritoneal fat through Spiegel's aponeurosis, which comprises the transverse muscle aponeurosis limited medially by the rectus abdominis and laterally by the semilunar line. It is of great interest to the surgeon, because of its diagnostic difficulty, because it is clinically uncharacteristic and because of its high level of strangulation due to its narrow and fibrous ostium. Surgical treatment is mandatory, either by conventional technique or video-laparoscopy. We present the unusual case of a 66-year-old patient with bilateral Spiegelian hernia, whose diagnosis was performed by computed tomography. The patient underwent conventional elective surgery with primary correction of the defect and use of polypropylene mesh in interaponeurotic positioning.

**Keywords:** Hernia, Abdominal. Aponeurosis. Surgical Mesh. Herniorrhaphy. Surgery.

## INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel, um raro defeito da parede abdominal, é definida pela protrusão de saco peritoneal, gordura pré-peritoneal ou órgãos através da aponeurose de Spiegel - região da aponeurose do músculo transverso abdominal, limitada pela linha semilunar lateralmente e a borda lateral do músculo reto abdominal medialmente<sup>1,2</sup>. Representa de 0,1% a 2,4% de todas as hérnias de parede abdominal<sup>3,4</sup>, sendo pouco mais incidente em mulheres e com fatores predisponentes relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal ou fraqueza da parede abdominal<sup>2</sup>. Como é uma entidade rara e apresenta-se de forma clínica incomum, seu diagnóstico é muitas vezes retardado<sup>5</sup>. A ultrassonografia (US) é o exame mais indicado para início de investigação diagnóstica e a tomografia computadorizada (TC) é a opção quando persiste dúvida ou existência de complicações como encarceramento e estrangulamento<sup>6</sup>.

O pequeno e fibroso colo herniário pode levar ao estrangulamento em até 30% dos casos e os órgãos que se encarceram mais comumente são intestino delgado, cólon ou omento<sup>7</sup>. Seu tratamento é fundamentalmente cirúrgico e as técnicas atuais envolvem a herniorrafia pré-peritoneal *tension free* com colocação de tela, principalmente na urgência, e cirurgia vídeo-laparoscópica, transabdominal ou totalmente extra-peritoneal, eletivamente. Pela dificuldade diagnóstica, potenciais diagnósticos diferenciais, raridade e elevado risco de complicações, a hérnia de Spiegel é uma entidade de grande interesse para o cirurgião geral<sup>4</sup>.

Relatamos um caso de hérnia de Spiegel bilateral abordado no hospital escola da PUC-Campinas (Hospital e Maternidade Celso Pierro) com ênfase nos seus aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e resultado pós-operatório alcançado.

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Campinas, SP, Brasil.

## RELATO DO CASO

Paciente de 66 anos, sexo masculino, hipertenso, diabético e obeso, vem referenciado ambulatoriamente ao serviço de cirurgia geral por hérnia abdominal volumosa em flanco esquerdo com início do quadro há 15 anos, que causava recente dificuldade de deambulação. Ao exame físico, notava-se perda de domicílio e extensão da hérnia à parede lateral esquerda do abdome. De início, foi realizada uma US abdominal cujo laudo apontava hérnia inguinal bilateral. Procedeu-se à investigação diagnóstica com uma TC com contraste oral que evidenciou hérnia de Spiegel bilateral volumosa, contendo alças de cólon e delgado em seu interior.

Indicada herniorrafia aberta, o ato cirúrgico foi iniciado por incisão mediana transumbilical, que evidenciou que o saco herniário insinuava-se entre o músculo oblíquo externo e interno bilateralmente, sendo maior à esquerda (óstio de 8 cm à esquerda e 3 cm à direita). Invaginou-se o saco bilateralmente e corrigiu-se o defeito com pontos contínuos de vicryl 0. Em seguida foi colocada tela de polipropileno 30 x 30 cm interaponeurótica, fixada com pontos simples de prolene 0. Fechou-se então a aponeurose do músculo oblíquo externo com pontos simples de vicryl 0. No espaço subcutâneo foi locado um dreno de sucção de sistema fechado tipo Portovac (Figuras 1 a 5).



Figura 1. Pré-operatório: hérnia de Spiegel bilateral.

O paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo recebido alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. O dreno de Portovac foi retirado no 6º dia de pós-operatório. Após seis meses de evolução, o paciente encontra-se bem, com parede abdominal íntegra, sem sinais de recidiva ou outras complicações tardias.



Figura 2. TC de abdome com contraste oral, corte coronal.



Figura 3. TC de abdome com contraste, corte axial.



Figura 4. Intra-operatório: saco herniário esquerdo dissecado.



Figura 5. Pós-operatório imediato.

## DISCUSSÃO

A hérnia de Spiegel ocorre, em 90% dos casos, na zona denominada de "cinturão da hérnia spigeliana", que se localiza de 0 a 6 cm cranialmente numa banda transversa a partir do plano anterossuperior das cristas ilíacas, onde a aponeurose spigeliana é mais ampla e delgada<sup>8</sup>. A particular fraqueza dessa área representa o elemento patogênico fundamental, que torna capaz a passagem do saco herniário pelo defeito aponeurótico<sup>2,7</sup>. Tal enfraquecimento pode ser explicado pelo cruzamento em paralelo das fibras aponeuróticas do músculo transverso e oblíquo interno abaixo da região da cicatriz umbilical e em perpendicular acima, o que dificulta a formação de hérnias

nesse local, além de que, ao nível da linha arqueada de Douglas, toda a aponeurose muscular da parede abdominal ântero-lateral torna-se anterior ao músculo reto abdominal e somente as fibras do músculo oblíquo externo fornecem firmeza nesse local<sup>2,5</sup>. Algumas teorias etiopatogênicas contribuintes para tal enfraquecimento envolvem a existência de orifícios relativamente largos na aponeurose spigeliana através dos quais penetram vasos e nervos abdomino-genitais (teoria neurovascular), além de outras descritas como a teoria da fasciculação músculo-aponeurótica, teoria da transição embriológica e a teoria de Watson e Iason (fraqueza específica na junção da linha de Douglas com a linha semilunar<sup>2</sup> (Figura 6).

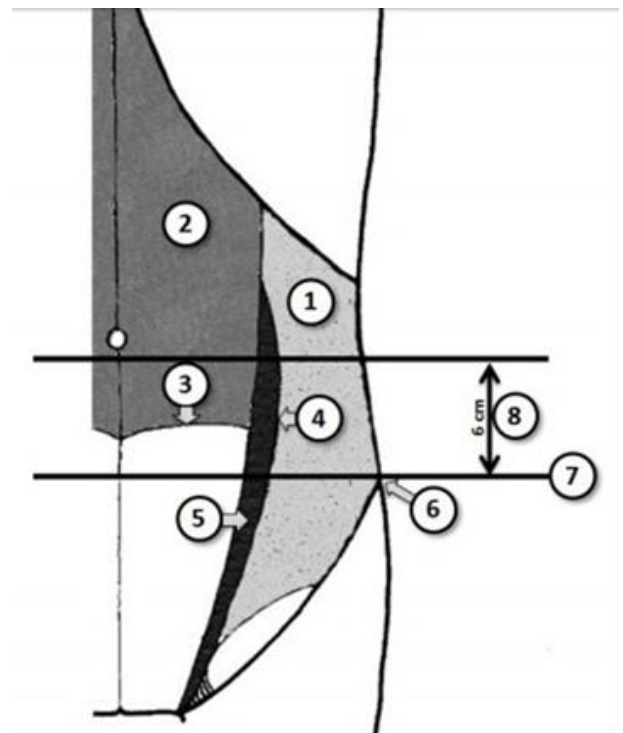


Figura 6. Anatomia da parede abdominal anterior<sup>8</sup>: 1. Músculo transverso abdominal; 2. Bainha posterior dos músculos reto abdominais; 3. Linha arqueada ou arco de Douglas; 4. Linha semilunar de Spiegel; 5. Aponeurose de Spiegel; 6. Espinha ilíaca ântero-superior; 7. Linha transversal que passa pelas espinhas ilíacas ântero-superiores; 8. Cinturão de Spiegel.

Apesar de bem descrita na literatura mundial, é um entidade relativamente rara, com aproximadamente 1000 casos relatados<sup>1,6</sup>, sendo que a sua apresentação na forma bilateral é ainda mais rara<sup>7</sup>. Em 98% dos casos é intersticial e segue para baixo e lateralmente, entre as fibras dos músculos oblíquos externo e interno. Raramente é superficial, estendendo-se por detrás do

tecido subcutâneo ou profundamente entre os músculos oblíquo interno e transversos abdominal<sup>7</sup>. O colo do saco herniário mede em média de 0,5 a 2 cm e é formado por camadas fibrosas, inelásticas e bem definidas de margens da aponeurose do músculo transversos, o que explica o seu elevado risco de encarceramento<sup>5</sup>.

Geralmente ocorre entre a 4<sup>a</sup> e a 7<sup>a</sup> décadas de vida<sup>1,2</sup>, com incidência pouco maior em mulheres, sendo que a relação mulher/homem varia nos trabalhos da literatura de 1:1 a 2:1<sup>2,6</sup>. O defeito pode ser tanto adquirido quanto congênito (quando presente em crianças) e neste último geralmente está associado a outras malformações<sup>7</sup>. O conteúdo herniário na maioria dos casos envolve o intestino delgado, cólon e omento, no entanto, também são descritos na literatura outros conteúdos como o estômago, vesícula biliar, ovário, testículo, bexiga, leiomioma uterino, tecido endometriótico, apêndice (também apêndice inflamado), apêndice epiploico e divertículo de Meckel<sup>2,6,9</sup>.

Os fatores predisponentes à hérnia de Spiegel estão em sua maioria relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal: obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica e tosse crônica, constipação intestinal, multiparidade, ascite, tensão muscular repetitiva ou contínua (como no aumento prostático) e vídeo-laparoscopia prévia<sup>1,6</sup>. Outros fatores estão associados ao enfraquecimento da parede abdominal, como traumatismo abdominal, diálise peritoneal crônica, rápida perda de peso, incisão abdominal prévia, defeitos musculares congênitos, doença do colágeno e envelhecimento<sup>2,6,7,9</sup>.

A hérnia de Spiegel apresenta um quadro clínico característico, sendo a dor abdominal o sintoma mais prevalente. Em muitos casos pode ser o único sintoma relatado<sup>2</sup>. Outros sintomas referidos são de massa abdominal palpável, que pode reduzir-se com determinada postura ou decúbito, além de sinais de encarceramento, com ou sem obstrução intestinal. Também pode ser assintomática<sup>3,6</sup>. Ao exame físico, pode-se palpar massa abdominal lateral ao músculo reto abdominal, redutível ou não, por vezes identificada com manobras de aumento da pressão intra-abdominal, o que torna o diagnóstico clínico evidente<sup>2,3,6</sup>. Pode, no entanto, ser palpada fora da zona spiegeliana, caso haja progressão caudo-

lateral do saco herniário, o que dificulta o seu diagnóstico<sup>2</sup>. Por esse motivo e pelo fato de que muitas vezes não se palpa massa abdominal (principalmente em obesos), já que encontra-se abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo, a investigação com exames de imagem é indicada<sup>6</sup>.

A US da parede abdominal é o método de escolha para primeira opção de investigação diagnóstica, por ser um método dinâmico, não invasivo, de baixo custo e fácil acesso<sup>1</sup>. A TC deve ser indicada quando resta dúvida diagnóstica - a TC de cortes finos é considerada o método mais confiável de diagnóstico nessas condições - e em situações de encarceramento ou estrangulamento<sup>3,7</sup>. Também pode ser utilizada para avaliar o conteúdo herniário, e nestes casos é recomendado o uso de contraste oral para avaliação de possível conteúdo intestinal<sup>3</sup>, e para programação cirúrgica, juntamente com a ressonância magnética. Esta última vem sendo mais utilizada recentemente pela sua maior disponibilidade e por fornecer detalhes anatômicos regionais, principalmente em casos de difícil diagnóstico<sup>3,6,7</sup>. Se após investigação radiológica ainda houver dúvida, a vídeo-laparoscopia pode ser indicada<sup>4,6</sup>. Em muitos casos o diagnóstico é incidental, evidenciado durante investigação de outras doenças abdominais<sup>5</sup>. Pela ausência de sinais e sintomas típicos e dificuldade diagnóstica, a hérnia de Spiegel é diagnosticada corretamente apenas em 50% dos casos pré-operatoriamente<sup>5,9</sup>.

O diagnóstico diferencial da hérnia de Spiegel deve ser feito com as seguintes condições patológicas: hemangiomas, fibromas, sarcomas, lipomas, tumor desmóide, metástases, pseudo-herniações, outras hérnias de parede abdominal, miotendinites, adipose dolorosa, seromas, hematomas e abscesso parietal. Também se faz necessário considerar como diagnóstico diferencial as seguintes doenças intra-abdominais: tumor colônico, implante tumoral peritoneal ou epiploico, neoplasia pélvica, cisto ovariano, gestação ectópica, desordens genitourinárias, obstrução intestinal, diverticulite, apendicite e colecistite<sup>2,6,9</sup>.

O tratamento cirúrgico da hérnia de Spiegel é mandatório, já que esta apresenta alto risco de encarceramento (17% a 30%) e estrangulamento (21%)<sup>1,6</sup>. Por ser infrequente, não existe ainda uma técnica cirúrgica considerada ideal para sua correção<sup>5</sup>. A técnica mais difundida é a herniorrafia

pré-peritoneal *tension free* com colocação de tela sintética<sup>4,7</sup> por garantir melhores resultados<sup>8</sup>. Também pode ser realizada a correção cirúrgica vídeo-laparoscópica, transabdominal pré-peritoneal (TAPP) ou totalmente extraperitoneal (TEP)<sup>2,10</sup>. Não há diferença estatística no índice de recorrência das cirurgias abertas ou vídeo-laparoscópicas, porém, estas últimas apresentam menor índice de morbidade e menor tempo de permanência hospitalar, sendo o tratamento eletivo de preferência<sup>10</sup>. É preferível ainda a realização na forma TEP, em mãos de cirurgiões familiarizados e experientes com a técnica, por não haver risco de lesão intra-abdominal, evitando complicações como fístula e obstrução intestinal ou relacionadas à dissecação do flap peritoneal, por diminuir o tempo cirúrgico e pela possibilidade de ser realizada com anestesia local<sup>3,5,10</sup>. A técnica vídeo-laparoscópica TAPP tem vantagem na correção eletiva da hérnia de Spiegel bilateral, por apresentar ampla visão de ambos os lados em um único tempo<sup>5</sup>.

A cirurgia aberta geralmente está reservada para os casos em que é necessária cirurgia de urgência<sup>2</sup> e, tradicionalmente, é realizada com laparotomia mediana, por garantir acesso amplo e possibilitar tratamento de doenças concomitantes<sup>2,9</sup>. Geralmente, o saco herniário é dissecado até o seu colo e aberto, para identificação da vitalidade das vísceras ali contidas<sup>2,9</sup>. Posteriormente, seu conteúdo é reduzido, podendo-se ressecar ou não o saco herniário, e o defeito herniário é reparado primariamente<sup>5,9</sup>. Uma tela sintética, como a de polipropileno, é suturada no espaço pré-peritoneal (*underlay*) ou no espaço interaponeurótico (entre os músculos oblíquo interno e externo)<sup>1,8</sup> para reforço da parede abdominal, e, em seguida, fecha-se a aponeurose do músculo oblíquo externo<sup>5</sup>. A malha sintética também pode ser colocada no espaço supra-aponeurótico (*onlay*) com os mesmos resultados<sup>8</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Andreatza C, Wild N, Riva DD, Zanotelli VA, Britto MA. Hérnia de Spiegel: suspeição diagnóstica e tratamento. Rev AMRIGS. 2015;59(4): 300-2.
2. Moles Morenilla L, Docobo Durántez F, Mena Robles J, de Quinta Frutos R. Spigelian hernia in Spain. An analysis of 162 cases. Rev Esp Enferm Dig. 2005;97(5):338-47.
3. Sahoo PK, Rout SS. Spigelian hernia - an unusual abdominal hernia: a case report and review of literature. Int J Sci Rep. 2015;1(5):239-42.
4. Vieira VCS, Vieira RRBT, Alves TB, Souza AG, de Paula JF, Batista CAM. Hérnia de Spiegel: relato de dois casos. Revista de Saúde. 2016;7(2):26-30.
5. Fillip S, Dragomirescu C, Copăescu C. Laparoscopic Treatment of Spiegel Hernia by Total Extraperitoneal (TEP) Approach. Chirurgia. 2014;109(3): 325-9.
6. Morgado MP. Hérnias raras da parede abdominal. [dissertação]. Porto (PT): Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2011.
7. Parreira JM, Chibata M, Saucedo N Jr, Colatusso RP, Paciornik R. Hérnia de Spiegel bilateral: relato de caso e revisão de literatura. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2007;20(3):208-11.
8. Goulart A, Marques H, Reis M. Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura. Revista Port Cir. 2015;35:41-7.
9. Zennaro F, Tosi D, Orio A, Morelli C, Chella B. Le ernie di Spigelo. Considerazioni anatomo-cliniche e descrizione di 5 casi clinici. Ann Ital Chir. 2003;LXXIV(2):165-8.
10. Moreno-Egea A, Aguayo JL, Girela E. Treatment of spigelian hernia using totally extraperitoneal laparoscopy ambulatory surgery. Surg Endosc. 2002;16(12):1806.

## Endereço para correspondência:

Paulo Sérgio Chaib

E-mail: [pschaib@hotmail.com](mailto:pschaib@hotmail.com)

[pschaib@gmail.com](mailto:pschaib@gmail.com)