

RELATO DE CASO DE TRÊS PACIENTES HOMENS COM HÉRNIA FEMORAL ASSOCIADA A COMPLICAÇÕES

CASE REPORT OF THREE MEN PATIENTS WITH FEMORAL HERNIA IN MEN ASSOCIATED WITH COMPLICATIONS

Nubyhelia Maria Negreiro Carvalho¹; Ana Clemilda Marques Ximenes¹; Gilberto Loiola de Alencar Dantas².

RESUMO

Hérnias femorais são protrusões em falhas da parede abdominal que se pronunciam pelo canal femoral. Apesar de menos comuns que as hérnias inguinais, apresentam maior risco de complicações. São mais comuns no sexo feminino, o que pode estar relacionado à gestação. O diagnóstico é dado pela apresentação clínica, mas em muitos casos pode ser dificultado ou ainda, ser confundido com hérnia inguinal. O tratamento é cirúrgico e deve ser realizado de forma eletiva o mais rápido possível após o diagnóstico. Pacientes idosos e, principalmente, portadores de comorbidades, apresentam maior risco de complicações e morbimortalidade decorrentes do procedimento cirúrgico, sobretudo quando há necessidade de abordagem de emergência, o qual não deve ser retardado. Apresentamos neste artigo a descrição de três casos de pacientes idosos, do sexo masculino, que foram admitidos na emergência cirúrgica com complicações de hérnias femorais e necessitaram de abordagem cirúrgica de urgência, em que um dos pacientes necessitou de reabordagem por complicação cirúrgica e outro foi a óbito por complicações cardiovasculares pós-operatórias.

Descritores: Hérnia Femoral. Emergências. Complicações Pós-Operatórias. Homens.

ABSTRACT

Femoral hernias are protrusions in abdominal wall defects that are pronounced through the femoral canal. Although less common than inguinal hernias, they are at increased risk for complications. They are more common in females, which may be related to gestation. The diagnosis is given by clinical presentation, but in many cases it may be difficult or even be confused with inguinal hernia. The treatment is surgical and should be performed electively as soon as possible after diagnosis. Elderly patients, especially those with comorbidities, present a higher risk of complications and morbidity and mortality due to the surgical procedure, especially when there is a need for an emergency approach, which should not be delayed. In this article we present the description of three cases of elderly male patients who were admitted to the surgical emergency with complications of femoral hernias and required an emergency surgical approach, in which one of the patients required reopening due to surgical complication and another was the death due to postoperative cardiovascular complications.

Keywords: Hernia, Femoral. Emergencies. Postoperative Complications. Homens.

INTRODUÇÃO

O anel femoral é delimitado lateralmente pela veia femoral, anteriormente pelo ligamento inguinal, medialmente pelo ligamento lacunar e, posteriormente, pelo ligamento pectíneo. A hérnia femoral é uma protrusão do saco peritoneal, que contém gordura pré-peritoneal e massa abdominal ou pélvica, através do anel femoral no canal femoral inferior ao ligamento inguinal¹. De uma forma geral, hérnias inguinais são mais comuns no sexo masculino e hérnias

femorais no sexo feminino, apesar de mulheres apresentarem hérnia inguinal mais comumente do que hérnias femorais¹⁻³.

A maioria das hérnias ocorre do lado direito. A base anatômica disso pode estar na fixação do mesentério do intestino delgado e, assim, as alças intestinais presas à direita da linha média podem permanecer mais facilmente na região inguinal direita do que aquelas ligadas à esquerda².

A hérnia femoral é mais comum na população entre 30 a 70 anos de idade e,

¹ Hospital Geral de Fortaleza, Serviço de Cirurgia Geral, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil.

tem incidência entre 2 a 8% na população adulta¹. Apesar da incidência de hérnia femoral ser baixa se comparada com a de hérnias inguinais, apresentam maior relevância clínica tendo em vista que frequentemente elas se apresentam com estrangulamento^{1,4}. Estima-se que a incidência de complicações de hérnias inguinais seja de 5% dos casos, enquanto esse valor alcança 32% nas hérnias femorais². O risco estimado de encarceramento e estrangulamento em hérnias femorais varia de 44 a 86% e, quando ocorre estrangulamento do conteúdo, o risco de mortalidade é de 10%, além de estar associado a aumento do tempo de internação hospitalar^{1,2}. O aumento do risco de complicações das hérnias femorais pode estar relacionado ao fato que a estrutura anatômica do canal femoral é constituída por anel rígido².

Nosso objetivo é relatar três casos de hérnias femorais em pacientes idosos, do sexo masculino, que se apresentaram na emergência cirúrgica com sinais de encarceramento com ou sem gangrena e apontar, mediante análise dos casos e estudo na literatura, a importância do reconhecimento e tratamento precoce de hérnias femorais.

RELATO DO CASO

Caso 1

Paciente masculino, 77 anos, aposentado, hipertenso, ex-tabagista, já portador de hérnia inguinal evidenciada por ultrassonografia (USG) abdominal sem saber especificar há quanto tempo, apresentou, há 10 dias da admissão, quadro de constipação e dor abdominal de leve intensidade, que evoluiu com piora gradual associada a vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico da admissão apresentava-se com dor abdominal difusa à palpação e abaulamento em região inguinal esquerda não redutível, indolor, com hipermia local e sem comprometimento do anel inguinal ao exame. Exames laboratoriais da admissão revelaram: Hemoglobina = 13,3g/dL; Leucócitos = 7200 céls/mcL; Plaquetas = 261000 céls/mcL; Creatinina = 1,8 mg/dL; Ureia = 104 mg/d; Sódio = 130 mEq/L; Potássio = 4,9 mEq/L; INR = 1,14; TTPA = 1,11.

Por suspeita de hérnia estrangulada, foi indicada abordagem cirúrgica de emergência. Paciente foi submetido, dois dias após a admissão hospitalar, à inguinotomia

exploradora à esquerda com achados de falha abaixo do ligamento inguinal se projetando pelo canal femoral (NYHUS IIIc) com conteúdo envolvendo tecido gorduroso e alça intestinal com sofrimento e necrose. Foi então realizada incisão mediana infraumbilical, alargamento do colo do saco herniário e redução do seu conteúdo, enterectomia segmentar a 180cm do ângulo de Treitz de 10cm de extensão com êntero-entero anastomose látero-lateral, herniorrafia femoral esquerda pela técnica de McVay e posterior aposição de dreno túbulolaminar inguinal. Paciente evoluiu estável no pós-operatório (PO), com boa aceitação da dieta e em uso de antibioticoterapia. Teve o dreno retirado no quarto dia pós-operatório (PO) devido redução da drenagem do mesmo. No entanto, no sexto PO evoluiu com febre, dor e distensão abdominal progressivas associado a drenagem de conteúdo fecaloide pela ferida operatória abdominal. Foi submetido à nova abordagem cirúrgica onde foi evidenciada perfuração ileal distal e foi realizada ileostomia a Mikulicz. A anastomose da cirurgia anterior apresentava-se íntegra.

Permaneceu estável após segunda abordagem e recebeu alta no 22º dia de internação hospitalar (21º PO da primeira abordagem e 15º PO da segunda abordagem) estável hemodinamicamente, aceitando dieta ofertada, com ileostomia funcional e ferida operatória (FO) limpa e seca.

Caso 2

Paciente masculino, 94 anos, aposentado, portador de hipertensão e de hiperplasia prostática benigna (HPB). Há sete dias da admissão iniciou quadro de dor moderada em região inguinal direita que evoluiu com piora há dois dias e surgimento de vômitos fecaloides. Relatou presença de hérnia inguinal à direita há cerca de 20 anos. Ao exame físico da admissão apresentava-se desidratado e com abdome flácido e indolor, com hérnia inguinal direita palpável e redutível sem sinais flogísticos. Exames admissionais revelaram: Hemoglobina = 12g/dL; Leucócitos = 8600 céls/mcL; Plaquetas = 127000 céls/mcL; TGO/AST = 30ui/L; TGP/ALT = 29ui/L; Creatinina = 1,2 mg/dL; Ureia = 94 mg/dL; Sódio = 149 mEq/L; Potássio = 4,9 mEq/L; Magnésio = 1,8 mEq/L; INR = 1,24; TTPA = 1,26.

Evoluiu no dia seguinte com dor em região inguinal direita que agora se apre-

sentava com abaulamento fixo. Foi submetido à inguilotomia exploradora direita com achado de hérnia femoral direita com alça de delgado e epíplon encarcerados, a alça intestinal encontrava-se de aspecto viável. Realizado redução da alça intestinal, ressecção do epíplon encarcerado, que exibia aspecto necrótico, ressecção do saco herniário e fechamento do mesmo com posterior aposição de tela de Marlex em ligamento de Cooper e tendão conjunto. Paciente evoluiu no pós-operatório estável e sem intercorrências e recebeu alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório.

Caso 3

Paciente masculino, 89 anos, agricultor, portador de hipertensão e cardiopatia não especificada, portador de hérnias inguiniais bilaterais há mais de 30 anos. Há dois dias da admissão passou a apresentar dor de forte intensidade em região inguinal esquerda associada a vômitos. Ao exame físico da admissão apresentava-se eupneico, com abdome flácido, indolor e sem distensão abdominal. Exames laboratoriais da admissão revelaram: Hemoglobina = 12,2g/dL; Leucócitos = 8700 céls/mcL; Plaquetas = 141000 céls/mcL; Creatinina = 1,1 mg/dL; Ureia = 41 mg/dL; Sódio = 141 mEq/L; Potássio = 4,4 mEq/L; Cálcio Total = 7,9 mEq/L; Cloro = 107,7mEq/L; INR = 1,48; TTPA = 1,38. Paciente evoluiu, no mesmo dia, com quadro de dor abdominal em forte intensidade associada a vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes e sonolência. Ao exame físico apresentava abaulamento fixo em região inguinal bilateral, sendo mais importante à direita, ao que foi indicada abordagem cirúrgica de urgência.

Foi submetida à inguilotomia exploradora bilateral. Em inguilotomia à direita foi visualizado saco herniário se projetando pelo canal inguinal (NYHUS II) com alças intestinais de delgado em seu interior apresentando sinais de sofrimento (trombose de vasos, coloração arroxeadada e diminuição do peristaltismo), sem perfuração e com pequena quantidade de líquido livre não purulento; e saco herniário se apresentando pelo canal femoral com conteúdo de gordura, sem sinais de sofrimento (NYHUS IIIc). Realizada redução de conteúdo do saco herniário, enterectomia segmentar de seguimento de alças com sofrimento (8cm) com anastomose êntero-entero término-

terminal, redução de saco herniário femoral, sutura com pontos separados do ligamento de Cooper ao tendão conjunto (Correção em McVay) e sutura do ligamento inguinal com a aponeurose do músculo oblíquo externo em pontos contínuos (Figuras 1 e 2). Em inguilotomia à esquerda foi evidenciado falha na parede posterior (fáscia transversal) e no canal inguinal com saco herniário encarcerado contendo alças colônicas em seu interior sem sinais de sofrimento (NYHUS IIIb) e falha no canal femoral, sem saco herniário. Realizada dissecação do saco herniário, redução do seu conteúdo e fechamento do saco com confecção de "bolsa de Tabaco", aposição de tela de polipropileno com fixação no ligamento inguinal com pontos contínuos e fixação da tela no ligamento de Cooper e tendão conjunto (pela técnica de Liechtenstein modificada).

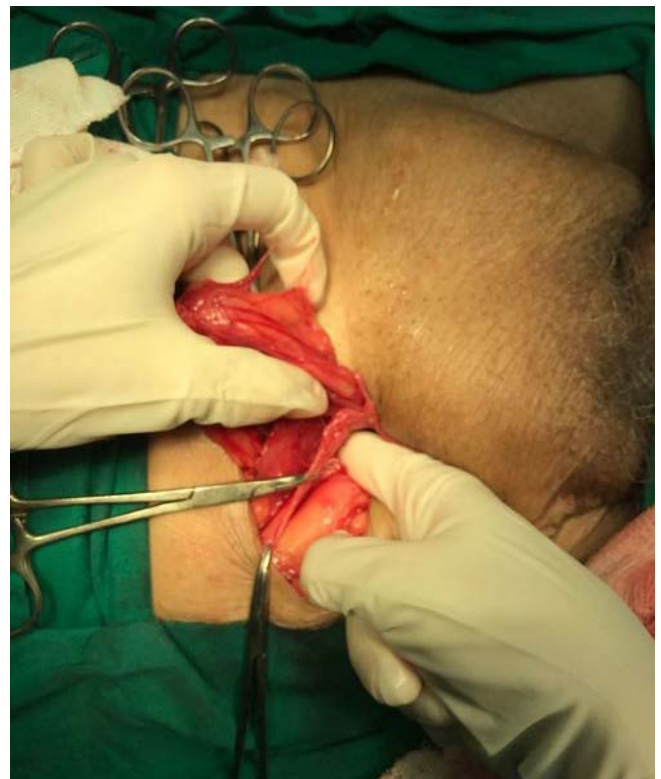


Figura 1. À direita hérnia inguinal interna com conteúdo do anel inguinal reparado e dedo indicador apontando falha em canal femoral. À esquerda abaulamento fixo em região inguinal esquerda.

Após o procedimento e recuperação anestésica, paciente evoluiu com quadro de agitação, hipoxemia, hipertensão, taquicardia e dispneia, com necessidade de intubação orotraqueal. Foi solicitado angiotomografia computadorizada de tórax que evidenciou falhas de enchimento parciais pelo

produto de contraste em artérias subsegmentares da pulmonar esquerda, que se dirigem para os lobos superior e inferior, caracterizando tromboembolismo pulmonar. Paciente evoluiu em estado grave, com necessidade de uso de drogas vasoativas, inotrópicas e antibioticoterapia de amplo espectro. No 4º PO apresentou bradicardia, instabilidade hemodinâmica e hipoxemia que levaram a parada cardiorrespiratória (PCR). Foi realizado ressuscitação cardiopulmonar, mas o paciente evoluiu a óbito após cinco ciclos.



Figura 2. Dedo indicador apontando falha em anel inguinal e dedo polegar apontando falha em canal femoral.

DISCUSSÃO

A hérnia femoral é uma patologia de etiologia adquirida³. Muitos estudos já evidenciaram que é mais prevalente no sexo feminino^{2,4} e um dos fatores de risco descritos é a multiparidade, que pode ser um dos contribuintes para o alargamento do anel femoral³. Estudo realizado por McVay³, em que o fator de risco de gestação foi excluído, comparando-se a prevalência de hérnia femoral entre homens e mulheres nulíparas, a hérnia femoral mostrou-se três vezes mais comum no sexo masculino, o que corrobora com outros estudos na literatura que evidenciam que no sexo masculino o

espaço anatômico para desenvolvimento de hérnia femoral é maior³. Além disso, cerca de 30% dos casos de hérnia femoral em homens estão associados à presença de hérnia inguinal concomitante⁴.

O diagnóstico é difícil em adultos e, mais ainda em crianças¹. A maioria dos pacientes apresenta queixa de dor, desconforto na região inguinal ou podem não apresentar queixas. No exame físico observa-se abaulamento redondo no lado medial da coxa logo abaixo do ligamento inguinal¹. Há uma tendência da hérnia femoral em se mover cranialmente para uma posição acima do ligamento inguinal o que pode dificultar o diagnóstico, que pode ser confundido com hérnia inguinal nesses casos¹. Estudos apontam que a história e a apresentação clínica não foram eficazes em distinguir a presença de conteúdo gangrenoso em hérnias encarceradas², o que foi evidenciado em dois dos três casos apresentados neste artigo, que se apresentaram com abdome flácido, indolor e ausência de distensão, mas durante a cirurgia constatou-se gangrena de alças ou epíplon.

Alguns dados podem indicar possibilidade de estrangulamento da hérnia, tais como leucocitose, sinais de irritação peritoneal, radiografias abdominais evidenciando nível hidroaéreo, líquido livre no abdome e distensão de alças intestinais em ultrassonografia¹. No entanto, o paciente também pode se apresentar com todos esses marcadores inalterados, sendo importante nesse caso a história e o exame físico do paciente.

O único tratamento efetivo é cirúrgico, que deve ser realizado no menor período de tempo possível, tendo em vista o alto risco de estrangulamento. O objetivo da cirurgia é a redução da hérnia, secção do saco herniário e fechamento do saco herniário para prevenir recidiva¹. Cirurgias eletivas para correção de hérnias, mesmo em pacientes idosos, são consideradas procedimentos seguros com risco de mortalidade negligenciável. Enquanto isso, abordagens na emergência por hérnias encarceradas ou estranguladas nestes pacientes estão associadas à mortalidade e morbidade significativas, principalmente em pacientes idosos com comorbidades^{1,2,4}.

Há diferentes possibilidades de técnicas cirúrgicas para correção de hérnia femoral, dentre as quais podemos citar técnica de McVay, técnica com uso de tela de polipropileno e a abordagem videolaparos-

cópica¹. Em abordagens cirúrgicas eletivas, a técnica com uso de tela foi mais efetiva em evitar reoperação por recidiva, quando comparado com técnicas de sutura. No entanto, para reparos cirúrgicos na emergência não houve diferença significativa entre a técnica com tela e o da sutura, de forma que este não parece ser um fator que contribua para o risco de reabordagem por recidiva da hérnia femoral⁴. É importante ressaltar que quanto maior for o tempo que a hérnia permanecer não redutível, maior será o risco de que o conteúdo do saco herniário perca sua viabilidade².

Pacientes idosos estão mais propensos ao risco de estrangulamento e nestes pacientes causa complicações mais graves, possivelmente pela coexistência de outras patologias médicas, dentre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, que mostrou ser um dos fatores a aumentar significativamente a morbimortalidade de pacientes portadores de hérnia^{1,2}. Este fator mostrou-se mais significativo até que o tempo de encarceramento da hérnia². Reposição volêmica e correção de distúrbios hidroeletrólíticos no pré-operatório ainda são mais importantes nesses pacientes e, diminui o risco de complicações metabólicas¹. Retardo na admissão hospitalar é outro fator associado ao risco de estrangulamento e ressecção intestinal¹. Além das complicações descritas, hérnias femorais também apresentam maior risco de recorrência. É importante ressaltar que como muitos casos de hérnias femorais são abordados na emergência, a maioria ocorre em condições não ideais⁴.

Neste artigo apresentamos três casos de pacientes idosos do sexo masculino, todos com comorbidades, que apresentavam hérnia femoral com complicações e necessidade de abordagem cirúrgica de urgência. Devido a necessidade de maior tempo cirúrgico e possibilidade de necessidade de realização de enterectomia, que houve em dois dos três casos, o paciente apresenta maior risco de complicações no pós-operatório, principalmente tendo em vista a idade e a presença de comorbidades do paciente, que, de acordo com a literatura analisada, mostraram-se tratar de importantes fatores preditores de mortalidade nesses casos. Além disso, um fator contribuinte para aumento da morbimortalidade é o tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Devido às condições restritas disponíveis

nas unidades de emergência em nosso meio, houve retardo na abordagem cirúrgica dos pacientes um e dois por indisponibilidade de sala no centro cirúrgico, tendo em vista que havia outras cirurgias indicadas com urgência maior. Ressaltamos ainda que, em todos os casos apresentados, o exame físico abdominal e os exames laboratoriais admissionais encontravam-se normais ou pouco alterados, sendo assim, apesar da importância de ambos na avaliação global do paciente, estes não devem ser marcadores determinantes na presença de complicações e sua normalidade não deve retardar a abordagem cirúrgica frente a um paciente com sinais de encarceramento ou estrangulamento do conteúdo do saco herniário. Alguns cirurgiões podem ainda retardar a indicação cirúrgica de pacientes idosos com diagnóstico de hérnia encarcerada visando à possibilidade de redução espontânea e por receio do risco cirúrgico ao paciente, contudo, esta conduta é mais danosa tendo em vista que submete o paciente a maior risco de gangrena.

Em suma, pacientes idosos do sexo masculino com história recente de hérnia inguinal ou mulheres com história recente de hérnia femoral do lado direito, associado a coexistência de outras comorbidades são o perfil de paciente mais comum a ser admitido em hospitais com obstrução ou estrangulamento, assim como possuem maior risco de morrer ou desenvolver infecção grave da ferida operatória¹. Sendo assim, deve ser dada prioridade no atendimento desses pacientes e, sempre que possível, realizar cirurgia de forma eletiva o quanto antes.

REFERÊNCIAS

1. Alimoglu O, Kaya B, Okan I, Dasiran F, Guzey D, Bas G, et al. Femoral hernia: a review of 83 cases. *Hernia*. 2006; 1(1):70-3.
2. Rai S, Chandra SS, Smile SR. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Aust N Z J Surg*. 1998;68(9):650-4.
3. McVay CB, Savage LE. Etiology of femoral hernia. *Ann Surg*. 1961;154(Suppl 6):25-32.
4. Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair. *Ann Surg*. 2009;249(4):672-6.

Recebido em: 03/05/2018

Aceito para publicação: 25/07/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Nubyhelia Maria Negreiro Carvalho

E-mail: nubyhelia@me.com

nubyhelia@gmail.com