

HÉRNIA FEMORAL DE RICHTER

RICHTER'S FEMORAL HERNIA

Milton Sérgio Bohatch Júnior¹; Amanda Fernandes Vidal da Silva¹; Nayme Hechem Monfredini²; Eric Kakinami³; Andre Carminati Lima¹.

RESUMO

A hérnia de Richter é uma condição rara, caracterizada pela protrusão com encarceramento ou estrangulamento da borda antimesentérica intestinal por meio de um pequeno defeito da parede abdominal, podendo progredir rapidamente para necrose e perfuração. A hérnia de Richter é mais incidente entre a sexta e sétima décadas de vida, representa 5-15% de todas as hérnias estranguladas e ocorre, principalmente, associadas a hérnias femorais. Relatamos um caso de hérnia femoral encarcerada de Richter, com sinais de sofrimento de alça, em paciente idoso do sexo masculino.

Descritores: Hérnia Femoral. Parede Abdominal. Herniorrafia.

ABSTRACT

The Richter hernia is a rare condition characterized by the protrusion with incarceration or strangulation of the intestinal antimesenteric border through a small defect of the abdominal wall, being able to progress rapidly for necrosis and perforation. The Richter hernia is more frequent between the sixth and seventh decades of life, representing 5-15% of all hernia strangles and occurs mainly associated with femoral hernias. We report a case of imprisoned Richter's femoral hernia with signs of distress in the elderly male patient.

Keywords: Hernia, Femoral. Abdominal Wall. Herniorrhaphy.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Richter, também conhecida como enterocele parcial, é a protrusão com encarceramento ou estrangulamento da borda antimesentérica intestinal por meio de um pequeno defeito da parede abdominal¹. A hérnia de Richter é uma condição rara, com sintomas e sinais atípicos, de instalação insidiosa, que podem levar a diagnósticos errôneos ou tardios, podendo progredir rapidamente para necrose e perfuração^{1,2}. Relatamos um caso de hérnia femoral encarcerada de Richter.

RELATO DO CASO

Masculino, 93 anos, com antecedentes de neoplasia esofágica, procurou pronto atendimento com dor e abaulamento progressivo em região inguinal esquerda com 24h de evolução. Referia também, alguns episódios de vômitos, hiporexia e diminuição de eliminação de flatos. Ao exame apresentava-se normotenso, normocárdico e afebril. Abdome plano, depressível, desconforto a palpação em fossa ilíaca esquerda e sem sinais de irritação peritoneal.

Abaulamento não redutível em região inguinal esquerda, doloroso a palpação e sem sinais flogísticos locais. Foi submetido à Ultrassonografia (USG) que evidenciou canal inguinal alargado apresentando saco herniário contendo segmento de alça intestinal com distensão líquido-gasosa. Ao redor do segmento de alça, havia densificação da gordura (Figura 1).

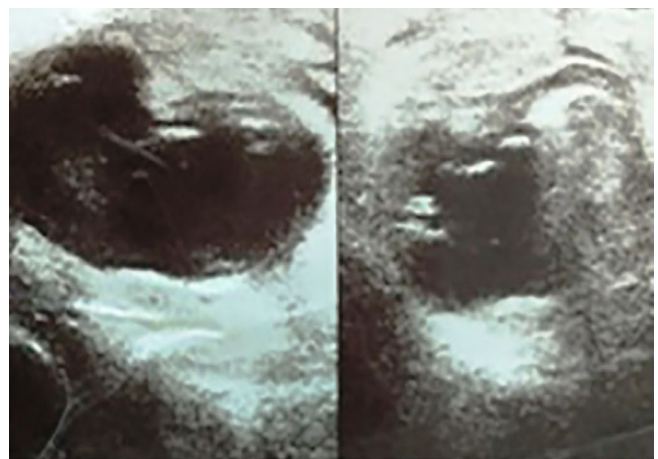


Figura 1. Ultrassonografia inguinal esquerda. Saco herniário contendo segmento de alça intestinal com distensão líquido-gasosa, associada à densificação da gordura adjacente.

¹ Hospital Municipal São José, Serviço de Cirurgia Geral, Joinville, SC, Brasil.

² Universidade da Região de Joinville, Faculdade de Medicina, Joinville, SC, Brasil.

³ Hospital Municipal São José, Serviço de Radiologia, Joinville, SC, Brasil.

O paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico com inguilotomia esquerda, apresentando achado operatório de hérnia femoral com presença de encarceramento da borda antimesentérica do intestino delgado com sinais de isquemia (hérnia de Richter) (Figura 2). O segmento isquêmico foi revitalizado após lavagem com soro aquecido, demonstrando perfusão e peristaltase. Para correção do defeito femoral, foi utilizada prótese de prolene fixada no ligamento de Cooper e no tendão conjunto com fio inabsorvível. Como complicação pós-operatória, apresentou trombose venosa profunda no segundo dia após a cirurgia. Com boa evolução, recebeu alta médica após seis dias com anticoagulante oral.



Figura 2. Imagem do intraoperatório. Segmento de alça de intestino delgado com sinais de isquemia na borda antimesentérica.

DISCUSSÃO

O primeiro caso de enterocèle parcial foi relatado por Fabricius Hildanus em 1598, e a primeira descrição científica com a proposta da nomenclatura "hérnia de Richter" foi realizada por August Gottlob Richter em 1778³. Em 1897, Sir Frederick Treves definiu essa condição como estrangulamento de apenas uma parte da circunferência do intestino, com possibilidade de necrose intestinal sem apresentar obstrução intestinal⁴. Desde então, apenas relatos de casos ocasionais ou pequenas séries de hérnias de Richter foram publicadas¹⁻⁵.

A hérnia de Richter pode acontecer em qualquer idade, sendo mais incidente entre a sexta e sétima décadas de vida⁴. Esse tipo de hérnia representa 5-15% de todas as hérnias estranguladas e ocorre principalmente associadas a hérnias femorais (36-88%)². Hérnias femorais respondem por 3% de todas as hérnias inguinais e 46% das hérnias femorais resultam em es-

trangulamento. Além disso, de todas as hérnias femorais estranguladas, 6,3% são do tipo de Richter. Os fatores predisponentes à hérnia femoral incluem gravidez, obesidade, massa pélvica, retenção urinária, constipação e idade avançada devido o enfraquecimento da fâscia transversalis⁴.

Muitas vezes, o diagnóstico definitivo de hérnia de Richter ocorre apenas no intraoperatório. Isto ocorre devido à sintomatologia inicial ser branda, com vagas dores abdominais e leve mal-estar. O achado físico mais consistente é a dor e o abaulamento inguinal⁶. Se houver gangrena local da parede intestinal, a pele sobrejacente pode estar inflamada, o que frequentemente levaria a um diagnóstico errôneo como um abscesso local. Muitas vezes, um linfonodo aumentado na hérnia de Richter do canal femoral pode ser diagnosticado erroneamente como linfadenite aguda¹. Em obesos, hérnia femoral estrangulada nem sempre apresenta edema na virilha ou sinais locais de estrangulamento, tornando o diagnóstico ainda mais difícil e tardio⁵.

Os sintomas podem ser sistêmicos (febre e mal-estar), abdominais (cólicas, dor intensa, náuseas, vômitos e distensão abdominal) ou localizados (massa dolorosa inguinal). Náuseas e vômitos podem estar presentes, embora sejam menos comuns e menos severos que o estrangulamento, o que geralmente é observado porque a obstrução raramente é completa⁴. Em alguns casos não tratados, um abscesso pode se formar sem comunicação com a cavidade peritoneal e pode evoluir para uma fistula enterocutânea⁴.

Tradicionalmente, sinais clínicos e radiológicos de íleo estão presentes em aproximadamente 10% dos pacientes. Na ausência de obstrução mecânica completa, os sintomas podem ser decorrentes de íleo paralítico após uma alteração isquêmica na parte encarcerada da parede do intestino. Geralmente, os pacientes com estrangulamento apresentam massa dolorosa, náusea, vômito, distensão abdominal, febre e leucocitose⁴.

Exames de imagem são muito úteis para estabelecer ou confirmar o diagnóstico. A USG e/ou Tomografia Computadorizada (TC) são excelentes ferramentas que permitem a visualização direta e a confirmação do diagnóstico^{1,6}. A USG é não invasiva, não utiliza radiação ionizante e permite a comparação com o lado assintomático.

Assim, a USG desempenha um papel crucial na avaliação da presença de complicações, como estrangulamento ou encarceramento⁴. A TC é particularmente eficaz no diagnóstico de hérnias da parede abdominal, pois permite a identificação precisa de uma hérnia e seu conteúdo, diferenciação de outras massas abdominais e a identificação de complicações de hérnia (obstrução intestinal, isquemia, gangrena gasosa e abscessos)^{4,7}. A radiografia convencional detecta sinais de íleo mecânico com distensão da alça intestinal, espessamento das pregas intestinais e níveis hidroaéreos^{1,4,7}.

O diagnóstico diferencial da hérnia femoral inclui pseudo-hérnia, pseudoaneurisma da artéria femoral, insuficiência venosa da veia safena, tumor de partes mole e linfadenopatia⁶. O diagnóstico pré-operatório e o planejamento estratégico para a cirurgia são importantes, pois podem ser facilmente confundidos com outros diagnósticos diferenciais das lesões na região inguinal e, o mais importante, nem sempre apresentam características típicas de estrangulamento, como no nosso caso.

As tentativas de redução manual devem ser evitadas antes de inspecionar diretamente e avaliar a viabilidade do intestino. A intervenção cirúrgica precoce é fundamental para o manejo bem-sucedido da hérnia de Richter. O tipo de incisão cirúrgica varia de acordo com a localização da hérnia de Richter⁴. Classicamente são descritas três abordagens para abrir o reparo da hérnia femoral: a abordagem infra-inguinal de Lockwood, a transinguinal de Lotheissen e a alta abordagem de McEvedy⁶. No nosso caso, usamos uma abordagem transinguinal para o canal femoral. Para a hérnia de Richter, o local preferido é o espaço pré-peritoneal. Esta abordagem permite ao cirurgião um excelente acesso para reparar o defeito herniário e para inspecionar o intestino através de uma incisão. Nos casos de contaminação do sítio cirúrgico, uma abordagem em dois tempos pode ser aplicada, no qual, inicialmente drena-se o abscesso e posteriormente corrige-se a hérnia quando a infecção estiver controlada⁴. A laparotomia pode ser necessária se houver suspeita de perfuração².

A necrose do segmento da alça pode levar a formação de abscessos e fístulas para pele, escroto, vulva, coxa ou a cavidade peritoneal, sendo a peritonite e a fasciíte necrotizante (ou gangrena de Fournier) as

complicações mais temerosas e com maior risco de morte². A tendência para o estrangulamento precoce e a ausência comum de sintomas obstrutivos pode levar ao atraso no diagnóstico, explicando em parte a alta mortalidade (20-60%) associada à hérnia de Richter⁴.

A hérnia de Richter representa uma condição rara, por vezes, de difícil diagnóstico, geralmente oligossintomática, que podem acarretar em diagnóstico tardio com complicações graves e potencialmente letais. Em nosso caso, nosso paciente obteve tratamento satisfatório antes de apresentar necrose ou perfuração da alça.

REFERÊNCIAS

1. Bali S, Utaal MS, Garg N. A case of Richter's hernia presenting after a previous inguinal herniorrhaphy. *Int Surg J.* 2016;3(3):1688-90.
2. Xia X, Li WJ, Yin WM. Richter's femoral hernia with spontaneous enterocutaneous fistula: a case report. *Int J Clin Exp Med.* 2016;9(8):16901-3.
3. Steinke W, Zellweger R. Richter's hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg.* 2000;232(5):710-8.
4. Kang CH, Tsai CY. Richter's femoral hernia manifested by a progressive ileus. *Formos J Surg.* 2014;47(5):193-6.
5. Mou CY, Lu HE, Yen SJ, Su CJ, Tan KH, Ku ZA. Richter's hernia: report of six cases. *J Med Sci.* 2000;20(4):201-6.
6. Janardhan J, Rao KS, Venkateswar P, Deepthi K, Bhavya B. Richter's type femoral hernia: diagnostic difficulty. *IOSR J Dental Med Sci.* 2015;14(6):25-8.
7. Lassandro F, Iasiello F, Pizza NL, Valente T, Stefano ML, Grassi R, et al. Abdominal hernias: radiological features. *World J Gastrointest Endosc.* 2011;3(6):110-7.

Recebido em: 25/04/2018

Aceito para publicação: 07/11/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Milton Sérgio Bohatch Júnior

E-mail: milton.jr87@hotmail.com