

HÉRNIAS RARAS DA PAREDE ABDOMINAL

Resumo:

De todas as hérnias da parede antero-lateral do abdómen são abordadas as consideradas raras, nomeadamente Amyand, Garengot, Richter, Spiegel, Littré e as lombares de Grynfelt e Petit. Elas em conjunto representam cerca de 7% de todas as hérnias da parede antero-lateral do abdómen.

Devem ser sempre incluídas como diagnóstico diferencial, e tendo-as sempre em mente é possível que sejam diagnosticadas e detectadas mais precocemente de modo a que não se deixe de diagnosticar uma destas hérnias e um problema inicialmente simples se torne fatal.

Para cada uma das hérnias é referida a sua história, frequência, modo de apresentação clínica, diagnóstico e diagnósticos diferenciais e o seu tratamento.

O trabalho demonstra que o cirurgião deve ter sempre em mente a existência destas hérnias de modo a que com a suspeita do diagnóstico possa realizar uma abordagem atempada e evitar que um problema inicialmente simples evolua negativamente.

Palavras-chave: hérnia de Amyand, Garengot, Richter, Spiegel, Littré, Grynfelt, Petit.

RARE HERNIAS OF THE ABDOMINAL WALL

Abstract:

Of all hernias of the anterolateral wall of the abdomen those considered rare are presented, especially Amyand, Garengeot, Richter, Spieghele, Littre and lumbar Grynfeltt and Petit. These alone represent about 7% of all hernias of the anterolateral wall of the abdomen.

They should always be included as differential diagnosis, and having them in mind one may be detected and diagnosed earlier so as not to miss a diagnosis of these hernias and make a simple problem initially become fatal.

For each of the hernia is referred to its history, frequency, clinical presentation, diagnosis and differential diagnosis and its treatment.

This work demonstrates that the surgeon should always bear in mind the existence of these hernias so that the suspicion of the diagnosis can make a timely approach to prevent a simple problem initially evolve negatively.

Keywords: Amyand, Garengeot, Richter, Spieghele, Littré, Grynfeltt and Petit hernia

INTRODUÇÃO

Existem várias hérnias da parede antero-lateral do abdómen mas nesta monografia vão ser abordadas as que são consideradas hérnias raras tais como as hérnias de Amyand, Garengeot, Richter, Spieghele, Littré e as lombares de Grynfelt e Petit. Em conjunto todas elas representam cerca de 7% de todas as hérnias da parede antero-lateral do abdómen.

O objectivo do trabalho é relembrar a existência de hérnias abdominais raras porque estas devem ser sempre incluídas como diagnóstico diferencial, e tendo-as sempre em mente é possível que sejam diagnosticadas e detectadas mais precocemente de modo a que não se deixe de diagnosticar uma destas hérnias e um problema inicialmente simples pode tornar-se fatal.

O trabalho aborda as diferentes hérnias começando pela inicial descrição histórica, seguida de etiologia, modo de apresentação clínica, diagnósticos diferenciais e métodos imagiológicos mais adequados, acabando com o tratamento mais frequentemente utilizado para cada uma das diferentes hérnias.

HÉRNIA DE AMYAND

A hérnia de Amyand deve o seu nome ao cirurgião britânico, Claudius Amyand (1680-1740), que em 1735 descreveu o primeiro caso de apendicite perfurada no saco de uma hérnia inguinal¹.

A 6 de Dezembro de 1735 ele realizou a primeira dessas apendicectomias com sucesso registado. O paciente era um rapaz de 11 anos de idade com uma fístula entre o escroto e a coxa. A patologia consistia num apêndice cronicamente inflamado contido dentro do saco da hérnia inguinal e perfurado por um alfinete engolido anteriormente².

Uma hérnia de Amyand é definida como uma hérnia inguinal onde o apêndice vermiforme está presente no saco herniário, e podendo este ou não ser acompanhado por um processo inflamatório¹.

Fernando e Leelaratna definiram hérnia de Amyand como um saco herniário contendo (a) apêndice não inflamado, (b) apêndice inflamado ou (c) apêndice perfurado³.

A incidência deste tipo de hérnia é inferior a 1%, e ainda mais rara quando existe apendicite aguda no saco herniário, em que a incidência cai para 0,13%¹.

A hérnia de Amyand pode afectar qualquer faixa etária (6 semanas - 88 anos)³ e é mais comum no sexo masculino². A maioria das pacientes femininas com apendicite herniária está na pós-menopausa³.

A maioria dos casos ocorre no lado direito, como consequência da posição anatómica normal do apêndice, e também por causa das hérnias

inguinais do lado direito serem mais comuns do que as hérnias do lado esquerdo. Estão relatadas hérnias de Amyand no lado esquerdo, o que é raro e pode estar associado a situs inversus, mal-rotação intestinal ou um cego móvel⁴.

A apresentação clínica da doença é variável. O sintoma mais importante desta doença é a típica dor epigástrica ou peri-umbilical, que depois converge no quadrante inferior direito, combinada com uma tumefacção mole irreductível na região inguinal ou inguino-escrotal. Na maioria das vezes a impressão clínica é a de uma hérnia encarcerada. A dor abdominal pode ser em cólica, ou ardor. Menos frequentemente existem características de obstrução do intestino delgado, incluindo distensão abdominal e vômitos. Podem existir sinais de peritonite. Febre e leucocitose são achados inconsistentes³.

Atrasos de diagnóstico podem resultar em complicações graves, como gangrena, perfuração, abscesso apendicular e fascíte necrosante. A ausência de quaisquer características patognomônicas radiológicas, fazem o diagnóstico pré-operatório difícil³. O diagnóstico da hérnia de Amyand raramente é feito no pré-operatório e muitas vezes é confundido clinicamente com um encarceramento ou hérnia inguinal direita estrangulada².

Torção do testículo, epididimo-orquite e hérnia estrangulada são considerados dentro do espectro do diagnóstico diferencial, mas contudo, a apendicite é raramente considerada³.

De entre os exames auxiliares de diagnóstico o Rx abdominal é de pouca ajuda, porém, ecografia e tomografia computadorizada (TC) do abdómen e pelve podem ser de alguma utilidade. A Hérnia de Amyand imita uma hérnia

inguinal encarcerada/estragulada e é, portanto, tratada como uma emergência cirúrgica. Compreensivelmente, é pouco provável que sejam diagnosticadas no pré-operatório na maioria dos casos, isto até a TC ser utilizada com maior frequência para esta condição³.

A conduta a tomar no caso de um apêndice não inflamado é discutível. A prática usual inclui a redução do apêndice, sutura alta do saco herniário e colocação de prótese. Em teoria, a apendicectomia aumenta as hipóteses de infecção da ferida e da prótese, e também de recorrência da hérnia. Este argumento é baseado no princípio que a excisão de um órgão com fezes contaminadas numa ferida limpa viola os princípios assépticos da cirurgia. No entanto, a apendicectomia incidental diminui a morbidade e o risco futuro de apendicectomia de emergência, embora num pequeno número de pacientes³.

O tratamento da apendicite herniária é uma apendicectomia e sutura da hérnia pela técnica de Bassini clássica através de uma incisão na virilha. Material protésico na presença de inflamação pode precipitar complicações sépticas da ferida e da prótese e, portanto, é contra-indicado. A perfuração apendicular necessita ainda de lavagem abdominal e pélvica para reduzir complicações sépticas. Uma laparotomia baixa da linha média fornece excelente controlo, exposição e facilidades técnicas, especialmente quando existem sinais evidentes de peritonite ou o diagnóstico está em dúvida. Antibióticos de largo espectro são o apoio nestes casos³.

Vermillion et al propuseram tratamento laparoscópico da hérnia de Amyand, e a reparação laparoscópica extraperitoneal foi descrito por Saggart et al⁵.

Os riscos a longo prazo de recorrência da hérnia são desconhecidos. A recorrência deve ser maior do que na herniorrafia ideal, já que a técnica operatória é ditada pela potencial contaminação do campo cirúrgico e pela apendicectomia em vez dos factores normalmente utilizados para decidir a técnica cirúrgica ideal, tais como a idade do paciente, a qualidade dos tecidos e possibilidade de reparação com prótese⁶.

HÉRNIA DE GARENGEOT

Rene Jacques Croissant de Garengot, cirurgião parisiense, relatou o primeiro apêndice num saco de hérnia femoral em 1731 e cinco décadas mais tarde, em 1785, Hevin realizou a primeira apendicectomia num saco da hérnia femoral⁷.

A hérnia de Garengot é um achado raro e acidental que ocorre em 0,9% das reparações de hérnia femoral, e com apendicite é mais raro ainda, com uma incidência de 0,08-0,13%. Até à data existem 82 casos de apendicite numa hérnia femoral com uma predisposição em mulheres (13:1, 93% nas mulheres), provavelmente em consonância com o aumento da incidência de hérnia femoral no sexo feminino e têm uma maior incidência em mulheres pós-menopáusicas⁸. A idade média dos pacientes é de 69 anos, demonstrando uma tendência para a apresentação na população idosa⁹.

A rara ocorrência de uma hérnia femoral contendo o apêndice pode ser atribuída a posições anatómicas anormais, possivelmente diferentes graus de rotação intestinal durante o desenvolvimento ou de variações na sua fixação ao cego. Um cego muito grande, estendendo-se até à pelve pode originar a entrada do apêndice no saco herniário. A compressão do colo da hérnia femoral e eventual estrangulamento pode resultar em apendicite aguda e perfuração⁹.

Os sinais e sintomas clínicos de hérnia de Garengot são os de hérnia inguinal ou femoral encarcerada e incluem dor abdominal vaga, aumento de sensibilidade e uma tumefacção eritematosa na virilha⁷, sugestiva de uma

hérnia encarcerada ou um abscesso na virilha. Esses pacientes raramente desenvolvem sinais de peritonite já que o apêndice inflamado fica isolado da cavidade peritoneal pelo colo apertado do saco da hérnia¹⁰.

O diagnóstico de apendicite numa hérnia femoral é extremamente desafiador e quase nunca é feito no pré-operatório⁹. O Rx abdominal não ajuda no diagnóstico de hérnia de Garengot, mas auxilia no reconhecimento de obstrução do intestino delgado associada. A ecografia tem sido utilizada para avaliar a virilha em casos insuspeitos. A TC da virilha é altamente sensível, mas uma hérnia femoral encarcerada deixa pouco espaço para as investigações radiológicas⁷ e apenas 2 relatos de um diagnóstico por TC positiva estão disponíveis na literatura¹⁰. No entanto, nos casos insuspeitos, ou em caso de dúvida, TC contrastada da virilha pode confirmar o diagnóstico⁷.

O diagnóstico diferencial da hérnia de Garengot é para além da hérnia inguinal, varizes ou ectasia da veia safena magna, lipomas ou outros tumores de tecidos moles, linfomas e abscessos em processos retroperitoneais¹¹.

Nenhuma abordagem padrão para tratamento de hérnia de Garengot tem sido descrita, possivelmente devido à raridade desta condição. Vários autores têm sugerido diversas opções cirúrgicas que vão desde drenagem aberta inicial, apendicectomia retardada e correcção de hérnia, a apendicectomia inicial, seguido de correcção da hérnia¹⁰. Está descrito o tratamento com herniorrafia transperitoneal pré-peritoneal (TAPP), combinada com uma apendicectomia laparoscópica. No entanto, o procedimento é limitado pela expansão da infecção proveniente do apêndice. Comparado com a reparação herniária extraperitoneal total (TEP), o método TAPP tem a vantagem

da laparoscopia diagnóstica. No caso de uma infecção generalizada, existe a opção de mudar para cirurgia aberta, inguinal ou tratamento em duas fases. O risco para o paciente como resultado da utilização de prótese na presença de uma infecção pode ser evitado¹¹. Geralmente material protésico não tem preferência numa área contaminada, devido ao risco de infecção, mas existem relatos de reparação com prótese mesmo na presença de um apêndice inflamado sem existência de nenhuma infecção pós-operatória⁷.

Apesar das opções de tratamento disponíveis, a taxa de infecção da ferida é 5 vezes maior que a da apendicite intraperitoneal perfurada. Os factores que contribuem para o aumento da incidência de infecção estão relacionados com a demora no diagnóstico desses pacientes, vários planos do tecido envolvidos na reparação, o estado nutricional e a idade desses pacientes. Esses factores provavelmente também contribuem para as graves complicações relatadas, fascíte necrosante e morte⁹, mas em series recentes não existiram mortalidade e complicações maiores⁷.

HÉRNIA DE RICHTER

A primeira descrição científica desta hérnia foi de August Gottlob Richter em 1778. Em 1887, Sir Frederick Treves propôs o título de hérnia de Richter¹².

A hérnia de Richter é definida como uma hérnia abdominal, em que apenas parte da circunferência do intestino é aprisionada e estrangulada no orifício herniário, o bordo antimesentérico¹. Representam 10 % das hérnias estranguladas¹³.

O segmento do intestino envolvido é quase sempre o íleo distal¹², mas qualquer parte do tubo intestinal pode estar encarcerada¹³.

Condições indispensáveis para a formação desta hérnia são o tamanho e consistência do orifício herniário: deve ser grande o suficiente para captar a parede do intestino, mas pequeno o suficiente para evitar a protrusão de uma ansa inteira do intestino, e a margem do anel herniário deve ser firme. Um anel de constrição apertado é pré-requisito para o estrangulamento e comprometimento da circulação sanguínea, o que finalmente leva à isquemia e gangrena do intestino envolvido. Progredir mais rapidamente para gangrena do que as normais hérnias estranguladas. Isso é explicado não só pelo firme anel de constrição que exerce pressão directa sobre a parede do intestino, mas também porque é no bordo antimesentérico que predominam as arteríolas terminais¹².

O factor tempo é importante. Na maioria dos casos, menos de dois terços da circunferência da parede do intestino está envolvida, o lúmen do intestino permanece livre e uma obstrução intestinal alarmante está ausente.

Esta característica leva muitas vezes ao diagnóstico tardio ou mesmo ao diagnóstico errado, dando tempo para se desenvolver necrose do intestino¹².

Normalmente, os pacientes com Hérnia de Richter têm de 60 a 80 anos, mas foram descritos casos mesmo em lactentes. Pode ocorrer em qualquer local usual de hérnia. O local mais comum é o anel femoral (36-88%), seguido pelo canal inguinal (12-36%) e hérnia incisional da parede abdominal (4-25%). Localizações raras, como obturadora, umbilical, supravesical, spiegelhel, triângulo de Petit, buraco sagrado, hérnias internas ou hérnia diafragmática (traumática), estão descritas¹².

A cirurgia laparoscópica tem criado um novo local possível para o desenvolvimento de uma hérnia de Richter. As condições para o desenvolvimento de uma hérnia de Richter parecem ser idealmente preenchidas pelo tamanho e qualidade dos locais de inserção de instrumentos laparoscópicos, especialmente aqueles com um diâmetro de 10 a 20 mm¹².

A hérnia de Richter é associada a uma taxa de mortalidade extremamente alta. Uma taxa de mortalidade de 17% em séries recentes enfatiza a gravidade desta condição¹².

Imagiologia, como TC ou estudos contrastados, são de utilidade duvidosa no diagnóstico precoce de hérnia de Richter. O pequeno segmento da parede do intestino preso é difícil de visualizar na TC, e os estudos de contraste não são reveladores nas fases iniciais, quando ainda há permeabilidade. Portanto, a consciência durante o exame clínico continua a ser a chave para o diagnóstico correcto e tempo exacto para a cirurgia. Uma vez que o diagnóstico é estabelecido, a fase de infecção aguda está sob controlo, e

o paciente é submetido a cirurgia bem sucedida, o resultado não difere do de uma hérnia comum estrangulada¹².

Sintomas iniciais aparentemente inócuos e poucos achados clínicos tornam-na de difícil diagnóstico. O diagnóstico pode permanecer presuntivo até ser confirmado na cirurgia. Os primeiros sintomas leves, como dor abdominal vaga e mal-estar ligeiro, podem não ser valorizados, resultando em atraso no diagnóstico. Pode haver náuseas e vômitos, mas são em geral menos comuns e menos graves do que a forma usual de estrangulamento devido à obstrução ser raramente completa^{12, 14}.

O achado físico mais constante é o aumento de sensibilidade ou tumefacção ao longo do orifício herniário. Eritema sobrejacente eleva o índice de suspeição¹².

Uma pequena hérnia no canal femoral, local mais comum de hérnia de Richter, às vezes é mascarada pela gordura do corpo ou um gânglio sendo confundida com linfadenite aguda. Se ocorre gangrena local da parede intestinal, os sinais clássicos da inflamação aparecem (tumefacção dolorosa, rubor da pele e calor local). A perfuração para outro compartimento, tais como o escroto, vulva, coxas, ou a cavidade peritoneal, agrava o curso clínico com considerável morbidade e mortalidade. Com o aparecimento de peritonite, o prognóstico torna-se altamente desfavorável¹².

Independentemente da disponibilidade de sofisticados meios de diagnóstico, o prognóstico pode ser melhorado significativamente apenas com a inclusão desta doença no diagnóstico diferencial de dor abdominal

incharacterística, especificamente em pacientes com história de cirurgia laparoscópica¹².

A técnica ideal é a laparotomia exploradora com ressecção da ansa intestinal afectada¹³.

HÉRNIA DE LITTRÉ

Qualquer hérnia contendo o divertículo de Meckel (DM) é chamada de hérnia de Littré após a sua primeira descrição por Alexis Littré no ano de 1700¹⁵. Dois tipos de hérnia foram relatados: a Hérnia de Littré Combinada (DM acompanhado de íleo ou outras vísceras no saco herniário) e a Hérnia de Littré Verdadeira (somente o DM no saco herniário)¹⁶.

O divertículo de Meckel é a parte persistente do ducto onfalomesentérico e Johann Freidrich Meckel descreveu a sua origem embriológica em 1809¹⁵.

Ocorre no bordo antimesentérico do íleo, geralmente a cerca de 60 cm da válvula ileocecal. No entanto, a sua localização pode variar de 10 a 150 cm em relação à válvula ileocecal¹⁵.

Tecido heterotópico de morfologia gástrica, duodenal, jejunal, pancreática ou cólica foi descrito em até 50% dos divertículos de Meckel. A mucosa heterotópica contida dentro do divertículo é mais comumente de origem gástrica, em 23% a 50% dos casos. Hemorragia ou ulceração secundária à presença de mucosa gástrica heterotópica podem levar a dor, perfuração ou aderências inflamatórias¹⁵.

O divertículo de Meckel ocorre em 2 a 3% da população e é a anomalia congénita mais comum do tracto gastrointestinal¹⁷. É geralmente assintomático e só se manifesta de uma maneira específica quando existem complicações. Só 1 a 4% dos pacientes com DM desenvolvem hemorragia, inflamação, obstrução ou perfuração¹⁸.

As hérnias de Littré correspondem a menos de 1% das complicações do divertículo de Meckel¹⁷, e é um evento muito raro, por o DM ser infrequente e o estrangulamento herniário não ser comum¹⁶.

Elas são mais predominantes no sexo masculino, na proporção de 3:2¹⁶, incidindo da seguinte forma: aproximadamente 50% das hérnias Littré ocorrem na região inguinal, geralmente à direita¹⁸, 20% na região femoral, 20% na região umbilical, e 10% noutros locais¹⁵, incisões de laparoscopia, internas, epigástricas, spiegel¹⁹, ciáticas ou lombares²⁰.

O intestino delgado pode ficar obstruído devido a torção mecânica ou secundária a uma inflamação na hérnia de Littré. A hérnia de Littré geralmente torna-se sintomática quando se torna irreduzível. Isso geralmente ocorre devido à presença de aderências inflamatórias que causam o encarceramento do DM no saco herniário¹⁵. Os sintomas que acompanham a hérnia são normalmente vagos e tardios, sendo o seu diagnóstico feito durante o acto cirúrgico¹⁶.

O diagnóstico pré-operatório de hérnia de Littré encarcerada foi estabelecido por meio de TC em casos extremamente raros¹⁹, e raramente é diagnosticada antes da cirurgia¹⁷. O diagnóstico é feito no intra-operatório, já que não existem sinais patognomónicos desta entidade¹⁶.

O diagnóstico diferencial inclui apendicite dentro de uma hérnia inguinal (hérnia Amyand), por ser na região inguinal a sua maior incidência¹⁵.

O tratamento mais comum da hérnia de Littré é a ressecção em cunha da base do divertículo através do interior do saco herniário. O encerramento do saco herniário é então realizado da forma habitual. A ressecção ileal é

realizada apenas quando o dano é grave¹⁸. Redução laparoscópica e reparação do DM encarcerado foram relatadas com bons resultados¹⁹.

São necessários cuidados especiais em casos de perfuração para evitar a contaminação do campo operatório, e com a probabilidade da infecção da prótese estar significativamente aumentada¹⁹.

HÉRNIA DE SPIEGHEL

A linha semilunar foi descrita pelo anatomista Belga Adriaan van der Spieghel²¹ (1578-1625)²². No entanto, a hérnia foi descrita por Klinkosch em 1764²³.

As hérnias de Spieghel são muito raras e representam apenas 0,12²³ a 2%²¹ de todas as hérnias da parede abdominal. O número total de casos relatados no mundo inteiro é de cerca de 900²¹.

A hérnia parece ter um pico entre a 4ª e 7ª década. A relação homem para mulher é 1:1.18²³.

O desenvolvimento de uma hérnia de Spieghel é provavelmente multifactorial, envolvendo um ou mais factores: doenças do colagénio, envelhecimento, obesidade, rápida perda de peso, gestações múltiplas, trauma, iatrogénica ou congénita²¹. Tem sido descrita como uma complicação da diálise peritoneal ambulatoria crónica²³. Pelo menos 50% de todos os pacientes com hérnia de Spieghel tinham cirurgias abdominais anteriores, incluindo cirurgia aberta e laparoscópica²¹.

A aponevrose de Spieghel é formada pela fusão da aponevrose do oblíquo interno e do transversal abdominal, é limitada lateralmente pela linha semilunar, e medialmente pelo bordo lateral do músculo recto abdominal. Estende-se da cartilagem costal da oitava costela até à sínfise púbica. Superior à região umbilical, a aponevrose do oblíquo interno cruza o transversal de forma perpendicular criando uma forte barreira na parede abdominal. Inferiormente à região umbilical, estas aponevroses correm paralelas uma à outra. Estas fibras

paralelas formam uma fraca barreira que é susceptível a protrusões. Mais de metade de todas as hérnias de Spiegel são localizadas numa região de 6 cm de largura inferior ao umbigo e superior aos vasos epigástricos inferiores²¹, e vasos perfurantes podem enfraquecer a área na fáscia de Spiegel²³.

O saco da hérnia de Spiegel frequentemente contém gordura extraperitoneal, peritoneu, intestino delgado ou omento e estão descritos também outros conteúdos abdominais como estômago, vesícula biliar, divertículo de Meckel, ovário, testículo e bexiga. A hérnia de Spiegel deve-se muitas vezes a um defeito estreito na fáscia e, portanto, tem um risco aumentado de encarceramento e estrangulamento, sendo o encarceramento na ordem dos 24%²¹.

Nos estádios iniciais de desenvolvimento as hérnias de Spiegel são muitas vezes de difícil diagnóstico no exame físico porque se originam inferiormente à aponevrose do oblíquo externo²¹ e continuam a expandir-se lateralmente e inferiormente entre os dois músculos oblíquos²³.

Os sintomas podem variar de dor abdominal, sensação de massa na parede abdominal anterior ou história de encarceramento, com ou sem obstrução intestinal. A dor varia de tipo, gravidade e localização e dependendo do conteúdo da hérnia. A dor muitas vezes pode ser provocada ou agravada por manobras que aumentem a pressão intra abdominal e é aliviada pelo repouso²³.

Se o paciente tiver uma massa palpável ao longo da aponevrose de Spiegel, o diagnóstico é suspeito. Alguns pacientes apresentam-se com dor

abdominal, mas sem massa. Para esses pacientes investigações radiológicas são necessárias para o diagnóstico²³.

A ecografia é recomendada como primeira linha de investigação. A ecografia da linha semilunar deve ser realizada em todos os pacientes com dor abdominal obscura. Tem como vantagens a capacidade de realizar o exame em decúbito e em posição erecta e, enquanto o paciente executa uma manobra de Valsalva. A TC com cortes finos é considerada a técnica mais fiável para fazer o diagnóstico nos casos duvidosos. O uso do meio de contraste oral durante o exame é recomendado para que qualquer conteúdo intestinal possa ser identificado. A crescente disponibilidade de imagens de ressonância magnética (RM) pode ser benéfica na avaliação pré-operatória de casos difíceis²³. Hoje, a maioria das hérnias de Spieghele são diagnosticadas com a ecografia ou a TC, mas anteriormente elas eram diagnosticadas durante a exploração operatória²¹. Se, após a investigação radiológica, o diagnóstico é incerto, laparoscopia diagnóstica pode ser realizada²³.

O diagnóstico diferencial inclui apendicite e abscesso apendicular, tumor da parede abdominal, hematoma espontâneo do músculo recto abdominal, até mesmo diverticulite aguda²⁴ ou carcinoma do cólon com obstrução²⁵.

Tradicionalmente, a hérnia de Spieghele era reparada com uma técnica cirúrgica aberta. No entanto, nas últimas décadas, a reparação laparoscópica está a tornar-se o método preferido²¹.

A maioria das reparações por via laparoscópica tem sido feita com malha de polipropileno. Não há diferença significativa na recorrência da hérnia entre os 2 grupos, mas há no entanto diferenças significativas de morbilidade e

permanência hospitalar entre as cirurgias aberta e laparoscópica. O tempo de permanência para os pacientes com cirurgia aberta tem média de 5 dias, enquanto os pacientes com laparoscopia passam 1 dia no hospital²¹.

HÉRNIAS LOMBARES: PETIT E GRYNFELT

Barbette foi o primeiro a sugerir a existência de hérnia lombar em 1672 e uma rápida descrição foi feita por Dolee em 1703. Em 1728, Budgen descreveu a primeira hérnia lombar congénita. A primeira publicação sobre hérnia lombar foi feita por Garangeot em 1731, que relatou uma hérnia encarcerada encontrada numa autópsia. Ravaton realizou o primeiro tratamento cirúrgico de uma hérnia lombar em 1750, tratando-se de uma hérnia estrangulada numa mulher grávida²⁶.

O triângulo lombar inferior foi primeiramente descrito pelo cirurgião francês Jean-Louis Petit (1674-1750) no seu livro *Traité des Maladies Chirurgicales*, publicado postumamente em 1774²⁷. Ficou a ser chamado de triângulo de Petit (TP).

Em 1886, Grynfelt relatou uma hérnia lombar, através do triângulo superior, que hoje tem o seu nome. Em 1870, Lesshaft tinha descrito também uma hérnia através do triângulo lombar superior. Por conseguinte, este triângulo é, por vezes, embora menos frequentemente, referido como o triângulo de Lesshaft²⁸. Mas o nome que hoje se mantém é o de triângulo de Grynfelt (TG)²⁶.

Selby relatou a primeira hérnia lombar traumática em 1906. A primeira hérnia lombar iatrogénica pós-incisional foi descrita por Kelton em 1939. Em 1951, Kretchmer relatou o primeiro estudo de 11 casos, após cirurgia renal²⁶.

As hérnias lombares são muito raras, e representam não mais de 2% de

todas as hérnias abdominais²⁹. Esse tipo de hérnias são raros na Europa e nos E.U.A., mas são mais frequentes em homens negros Africanos³⁰.

Hérnias lombares congénitas são aquelas que aparecem durante a infância. Cerca de 20% das hérnias lombares são congénitas. Segundo Al Salem et al, menos de 45 casos de hérnia lombar congénita estavam descritos até 1996. As causas incluem defeitos musculares embriológicos, neuropraxia localizada, compressão do nervo na espinha bífida, e pressão devido a uma massa abdominal. Cerca de 67% dos casos de hérnia lombar congénitas estão associadas a outras anomalias. Tais associações incluem a síndrome de regressão caudal, hérnia diafragmática, obstrução da junção ureteropelvica, extrofia da cloaca, hiperplasia nodular focal do fígado, hidrocefalia, agenesia renal, mielomeningocele, anomalias anorrectais altas²⁶ e criptorquidia²⁹.

Hérnias lombares adquiridas são responsáveis por 80% das hérnias lombares. Elas são classificadas como primárias (espontâneas) ou secundárias, dependendo da existência de um factor causal. Aproximadamente 55% das hérnias lombares pertencem ao tipo primário, espontâneo²⁶. Hérnias primárias são mais frequentemente encontradas no lado esquerdo²⁹ e no triângulo lombar superior. São precipitadas por condições associadas com pressão intra-abdominal, como a actividade física intensa ou bronquite crónica. Elas também podem ser aceleradas pelas alterações anatómicas da parede posterior abdominal causadas pelo envelhecimento, doenças debilitantes, ou magreza extrema. Parece que a perda de tecido adiposo facilita a ruptura dos orifícios neurovasculares que penetram na fáscia toracolombar²⁶.

A hérnia lombar do tipo secundário representa 25% das hérnias lombares. Ela tem uma relação causal com incisão cirúrgica prévia, trauma ou abscesso lombar. As hérnias lombares pós-operatórias ocorrem após incisões cirúrgicas prévias, tais como nefrectomia e reparação de um aneurisma da aorta²⁶, mas também foram descritas após enxerto de osso ilíaco²⁹.

A hérnia lombar secundária traumática foi encontrada em apenas 66 casos em um estudo retrospectivo por Burt et al, em 2004. A hérnia lombar associada com o trauma pode ser causada por contusão directa, esmagamento, ou fracturas da crista ilíaca²⁶.

Anatomicamente, a região lombar (direita e esquerda) é definida como a área da parede abdominal lateral à linha médio-clavicular e entre o plano subcostal e o plano transtubercular (que junta os tubérculos das cristas ilíacas). Cirurgicamente, a região lombar é definida como a área entre o bordo inferior da 12^a costela superiormente, a crista ilíaca inferiormente, o músculo erector da espinha medialmente, e o músculo oblíquo externo lateralmente²⁶.

As hérnias lombares superiores estão associadas com o TG, enquanto as inferiores estão relacionados com o TP. A maioria dos autores concorda que o TG é maior que o triângulo de Petit e, conseqüentemente, é o local mais comum de hérnia lombar²⁸.

O triângulo lombar inferior é uma área enfraquecida da parede abdominal dorsal limitada pela crista ilíaca inferiormente, o bordo medial do oblíquo externo do abdómen lateralmente, e o bordo lateral do grande dorsal medialmente. O tecto é formado por fáscia superficial e pele. Existem

descrições diferentes do pavimento. Segundo alguns, a fáscia tóraco-lombar é a única separação entre o triângulo e o tecido extraperitoneal, outros relatam que este espaço é totalmente limitado anteriormente pela fáscia tóraco-lombar e oblíquo interno abdominal e parcialmente pelo transverso do abdómen²⁷.

O triângulo lombar superior é um triângulo invertido (com o ápice dirigido inferiormente) relacionado com o 12^o nervo torácico e primeiros lombares. É limitado pelo bordo posterior do músculo oblíquo interno anteriormente, o bordo anterior do músculo sacroespinal posteriormente, e tem a 12^a costela e o músculo serrado posterior inferior como base, o oblíquo externo e o músculo grande dorsal como tecto, e a aponevrose do transverso do abdómen como pavimento²⁸.

Anatomicamente, os principais factores que determinam a formação de hérnia nesta área são: 1) o tamanho e a forma do triângulo, 2) o comprimento e a angulação da 12^a costela e 3) o tamanho do músculos quadrado lombar e serrado posterior²⁶.

O conteúdo das hérnias lombares pode ser extraperitoneal ou intraperitoneal. O saco herniário pode estar ausente, como no caso de protrusão de gordura extraperitoneal. Em alternativa, um componente de deslizamento peritoneal pode existir, como é o caso do cólon descendente. Finalmente, pode haver um componente totalmente intraperitoneal, como é o caso de hérnia de intestino delgado²⁶.

As hérnias lombares podem ser difíceis de diagnosticar, mesmo com um exame clínico cuidadoso, porque elas podem ser assintomáticas, ou causar desconforto abdominal não específico³⁰, especialmente em pacientes obesos com hérnias pequenas²⁹.

A apresentação típica é uma tumefacção mole, redutível e assintomática na região lombar, apresentando-se frequentemente em pacientes com idade entre 50 e 70 anos³⁰.

A ecografia, a TC ou RM são muito úteis. Se o enema baritado pode ser útil para mostrar hérnia do cólon, TC ou RM são as melhores para defeitos abdominais²⁹.

O diagnóstico diferencial da hérnia lombar pode ser: lipoma na maioria das vezes, hematoma ou abscesso após traumatismo ou cirurgia e tumores renais²⁹.

As hérnias lombares são de difícil reparação, devido à sua localização e as estruturas ósseas circundantes. A investigação antes da cirurgia deve incluir a urografia excretora, enema opaco e séries gastrointestinais, raio-X dorsal e lombar para descartar patologia vertebral²⁶.

A hérnia pode ser reparada através de uma abordagem posterior com o paciente em posição lateral, ou através de uma abordagem anterior, retroperitoneal. O tamanho da hérnia determina a escolha da técnica. Para hérnias pequenas, a fáscia dorsolombar, bem como os músculos podem ser fechados directamente²⁶. Para hérnias grandes, próteses, retalhos de tecido local (com o próprio tecido do paciente, sem tensão) ou ambos podem ser

usados^{26, 27}. Quando se observa o estrangulamento, a ressecção intestinal pode ser necessária²⁸.

Além disso, técnicas laparoscópicas não invasivas têm sido empregues no tratamento da hérnia lombar, reduzindo morbidade, dor e hospitalização, e com cicatrizes mínimas²⁸. Uma alternativa para a abordagem aberta descrita acima é a abordagem laparoscópica - transabdominal ou extraperitoneal. Das duas abordagens, a transabdominal é usada com mais frequência. Ela exige a mobilização do cólon e rim. A prótese é fixada na margem costal superiormente, periósteo da crista ilíaca inferiormente, na fáscia que cobre o músculo erector da espinha medialmente, e na fáscia que cobre o músculo oblíquo externo lateralmente²⁶.

DISCUSSÃO

No que se refere a estas hérnias raras a dificuldade reside no seu diagnóstico, por suspeita que cirurgião que pode unir uma boa história clínica, um exame físico adequado e utilização de exames imagiológicos adequados. Porém muitas vezes o diagnóstico só é realizado no intra-operatório. Neste sentido, o trabalho demonstra que o cirurgião deve ter sempre em mente a existência destas hérnias de modo a que com a suspeita do diagnóstico possa realizar uma abordagem atempada e evitar que um problema inicialmente simples evolua negativamente.

AGRADECIMENTOS:

Ao Doutor Vieira Amândio pelo apoio, dedicação, disponibilidade, pelas horas dispensadas na revisão crítica deste trabalho, pelos seus comentários e sugestões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OSORIO JK, GUZMÁN-VALDIVIA G: Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia*. 2006 Oct; 10(5):443-6.
2. MILANCHI S, ALLINS AD: Amyand's hernia: history, imaging, and management. *Hernia*. 2008 Jun; 12(3):321-2.
3. SHARMA H, GUPTA A, SHEKHAWAT NS, MEMON B, MEMON MA: Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia*. 2007 Feb; 11(1):31-5.
4. GUPTA S, SHARMA R, KAUSHIK R: Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J* 2005; 46(8):424-425.
5. SAGGAR VR, SINGH K, SARANGI R: Endoscopic total extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia*. 2004 May; 8(2):164-5.
6. INAN I, MYERS PO, HAGEN ME, GONZALEZ M, MOREL P: Amyand's hernia: 10 years' experience. *Surgeon*. 2009 Aug; 7(4):198-202.
7. SHARMA H, JHA PK, SHEKHAWAT NS, MEMON B, MEMON MA: De Garengeot hernia: an analysis of our experience. *Hernia*. 2007 Jun; 11(3):235-8.

8. RAJAN SS, GIRN HR, AINSLIE WG: Inflamed appendix in a femoral hernial sac: de Garengeot's hernia. *Hernia*. 2009 Oct; 13(5):551-3.
9. NGUYEN ET, KOMENAKA IK: Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg*. 2004 Feb; 47(1):68-9.
10. THOMAS B, THOMAS M, MCVAY B, CHIVATE J: De Garengeot hernia. *JLS*. 2009 Jul-Sep; 13(3):455-7.
11. COMMAN A, GAETZSCHMANN P, HANNER T, BEHREND M: DeGarengeot hernia: Transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy. *JLS*. 2007 Oct-Dec; 11(4):496-501.
12. STEINKE W, ZELLWEGER R: Richter's hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg*. 2000 Nov; 232(5):710-8.
13. SKANDALAKIS PN, ZORAS O, SKANDALAKIS JE, MIRILAS P: Richter hernia: surgical anatomy and technique of repair. *Am Surg*. 2006 Feb; 72(2):180-4.

14. FISICHELLA PM, HARWELL J, BROSNAN J, ABCARIAN H: Richter's hernia through a Spigelian defect of the abdominal wall. *Am J Surg.* 2007 Jan; 193(1):69-70.
15. SINHA R: Bowel obstruction due to Littre hernia: CT diagnosis. *Abdom Imaging.* 2005 Nov-Dec; 30(6):682-4.
16. SOUZA HS, FELÍCIO AC, BERTHIER G: Hérnia de Littré causando obstrução intestinal [Littré hernia bowel obstruction]. *Rev Col Bras Cir.* 2009 Apr; 36(2): 183-4. Portuguese.
17. CHAN KW, LEE KH, MOU JW, CHEUNG ST, TAM YH: The use of laparoscopy in the management of Littre's hernia in children. *Pediatr Surg Int.* 2008 Jul; 24(7):855-8.
18. AKIN M, KURUKAHVECIOGLU O, TEZCANER T, ANADOL AZ, ONUR K: Acute hemiscrotum due to inguinoscrotal Littre hernia: a case report. *Am J Emerg Med.* 2008 Oct; 26(8):973.e3-4.
19. SALEMIS NS: Incarceration of Meckel's diverticulum through a ventral incisional defect: a rare presentation of Littre's hernia. *Hernia.* 2009 Aug; 13(4):443-5.

20. JACOB TJ, GAIKWAD P, TIRKEY AJ, RAJINIKANTH J, RAJ JP, MUTHUSAMI JC: Perforated obturator Littre hernia. *Can J Surg*. 2009 Jun; 52(3):E77-8.
21. BAUCOM C, NGUYEN QD, HIDALGO M, SLAKEY D: Minimally invasive spigelian hernia repair. *JLS*. 2009 Apr-Jun; 13(2):263-8.
22. LEFF DR, HASSELL J, SUFI P, HEATH D: Emergency and elective laparoscopic repair of spigelian hernias: two case reports and a review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2009 Aug; 19(4): e152-5.
23. MITTAL T, KUMAR V, KHULLAR R, et al: Diagnosis and management of Spigelian hernia: A review of literature and our experience. *J Minim Access Surg*. 2008 Oct; 4(4):95-98.
24. ROGERS FB, CAMP PC: A strangulated Spigelian hernia mimicking diverticulitis. *Hernia*. 2001 Mar; 5(1):51-2.
25. MILLER R, LIFSCHITZ O, MAVOR E: Incarcerated Spigelian hernia mimicking obstructing colon carcinoma. *Hernia*. 2008 Feb; 12(1):87-9.
26. STAMATIOU D, SKANDALAKIS JE, SKANDALAKIS LJ, MIRILAS P: Lumbar hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2009 Mar; 75(3):202-7.

27. LOUKAS M, TUBBS RS, EL-SEDFY A, et al: The clinical anatomy of the triangle of Petit. *Hernia*. 2007 Oct; 11(5):441-4.
28. LOUKAS M, EL-ZAMMAR D, SHOJA MM, et al: The clinical anatomy of the triangle of Grynfeltt. *Hernia*. 2008 Jun; 12(3):227-31.
29. ARMSTRONG O, HAMEL A, GRIGNON B, et al: Lumbar hernia: anatomical basis and clinical aspects. *Surg Radiol Anat*. 2008 Oct; 30(7):533-7.
30. CAVALLARO G, SADIGHI A, MICELI M, BURZA A, CARBONE G, CAVALLARO A: Primary lumbar hernia repair: the open approach. *Eur Surg Res*. 2007; 39(2):88-92.