



## Relato de Caso: Hérnia de Spiegel

*Andrezza Gomes da Rocha<sup>1</sup>, George Wallisson Severo de Sá<sup>2</sup>, Ana Beatriz Callou Sampaio Neves<sup>3</sup>, Estela Máris Amorim Cruz<sup>4</sup>, Antonio Marlos Duarte de Melo<sup>5</sup>, Raquel Arrais Macário<sup>6</sup>*

**Resumo:** A hérnia de Spiegel é uma entidade cirúrgica benigna que se mostra pelo defeito da aponeurose spigeliana, cuja apresentação pode ser congênita devido à fraqueza da parede muscular ou adquirida pelo aumento da pressão intra-abdominal. Essa hérnia ventral lateral representa apenas 0,1 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal, com incidência predominante em adulto, podendo se manifestar em ambos os sexos, contudo, alguns estudos mostram, preferencialmente, o sexo feminino. Objetivo: Relatar o caso clínico de uma paciente portadora de Hérnia de Spiegel, bem como métodos diagnósticos e tratamento cirúrgico definitivo empregado. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso do tipo retrospectivo, descritivo e documental. A amostra foi composta por uma única paciente. Resultados: descrever e enfatizar a existência desse tipo de hérnia incomum e, assim, abranger a visão dos cirurgiões diante de diagnóstico diferencial de dor abdominal a esclarecer. Assim como oferecer estudo com ênfase em perspectiva morfológica, epidemiológica, diagnóstica, terapêutica e pós-operatória da Hérnia de Spiegel.

**Palavras-chave:** Cirurgia; Hérnia ventral; Hérnia abdominal

<sup>1</sup> Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. andrezza.gr@hotmail.com;

<sup>2</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Cariri - (UFCA). Cirurgião geral pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP-CE. Pós-graduado em Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica pelo Centro Universitário Christus. Possui formação complementar em Suporte Avançado de vida Cardiovascular (ACLS) pela American Heart Association (2016 e 2019), e formação em Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) pela American College of Surgeons. E-mail: George\_jua@hotmail.com;

<sup>3</sup> Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. E-mail: beatrizcallou@gmail.com;

<sup>4</sup> Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil; estela.mac@hotmail.com

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (Estácio-FMJ) - Juazeiro do Norte, Ceará. Médico Residente de Clínica Médica do Hospital Regional do Cariri / Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil. Marlos\_duarte@outlook.com;

<sup>6</sup> Médica pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Brasil. E-mail: raquelmacario93@hotmail.com

## Case Report: Spigelian Hernia

**Abstract:** Spiegel hernia is a benign surgical entity that is manifested by the defect of the spigelian aponeurosis, whose presentation can be congenital due to muscle wall weakness or acquired by increased intra-abdominal pressure. This ventral lateral hernia represents only 0.1 to 2% of all hernias in the abdominal wall, with a predominant incidence in adults, and may manifest in both sexes, however, some studies show preferentially the female sex. Objective: To report the clinical case of a patient with Spiegel's hernia, as well as diagnostic methods and definitive surgical treatment employed. Methodology: This is a retrospective, descriptive and documentary case study. The sample consisted of a single patient. Results: to describe and emphasize the existence of this type of uncommon hernia and, thus, cover the view of surgeons in the face of a differential diagnosis of abdominal pain to be clarified. As well as offering a study with an emphasis on the morphological, epidemiological, diagnostic, therapeutic and postoperative perspective of Spiegel's hernia.

**Keywords:** surgery, ventral hernia, abdominal hernia

### Introdução

Dentre os diversos tipos de hérnias abdominais ventrais, a Hérnia de Spiegel (HS) se apresenta de maneira infrequente na população geral. No Brasil, foram registradas 281.392 operações de hérnia da parede abdominal, entre março de 2018 e março de 2019, de acordo com o DataSus (DATA SUS, 2011). Contudo, a HS representa apenas 0,1 a 2% de todas as hérnias da parede abdominal, com incidência maior em adultos (MATA, ESTEVEZ; ÁVALOS. RODRIGUEZ, 2019, p. 101). Segundo estudos, há uma predominância dessa hérnia em relação ao sexo feminino e ao lado direito do abdome (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al, 2012).

Historicamente, a linha semilunar foi descrita pelo anatomista Adriaan Van Spieghel no início do século XVII. Posteriormente, em 1764, nesta mesma localização o autor, conhecido por Klinkosch, descreveu o primeiro caso de hérnia, a qual nomeou de Hérnia de Spiegel (ONAL; SOKMEN; ATILA, 2003, p. 157). Essa hérnia se desenvolve na fásia de Spiegel, a qual é constituída pela fusão da aponeurose do músculo oblíquo interno e do músculo transverso abdominal, limitada pela linha semilunar lateralmente e pelo músculo reto abdominal medialmente (TOWNSEND; BEAUCHAMP; EVERS; MATTOX, 2015).

Além da infreqüência desse tipo de hérnia, existem diversas peculiaridades que camuflam sua manifestação como: ausência de sintomas, pequeno saco herniário (<2cm) e

localização abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo, tornando mais difícil seu diagnóstico. (GOULART; MARQUES, REIS, 2015).

Geralmente, a HS é uma falha da parede abdominal localizada abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo, que pode ou não conter órgão peritoneal (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al, 2012). e, assim apresentar risco de encarceramento (25%) ou de estrangulamento (10%) .(GOULART; MARQUES, REIS, 2015, p. 42). Os órgãos que mais comumente se encarceram são intestino delgado, cólon, omento, ceco, apêndice ou divertículo de Meckel devido à localização mais próxima da linha de Spiegel (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016). Por isso, há uma preocupação em tratar cirurgicamente, assim que for estabelecido o diagnóstico.

A Hérnia de Spiegel, assim como outras hérnias, apresenta fatores de predisposição ao seu aparecimento, dentre eles, a obesidade, pneumopatia crônica, multiparidade, constipação intestinal, ascite, história de traumas ou incisões abdominais prévias e diálise peritoneal crônica (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016). Basicamente são parâmetros que aumentam a pressão intra-abdominal e, assim, interfere, significativamente, no processo de eclosão do saco herniário.

O diagnóstico da HS é clínico, porém, por sua raridade, é bastante comum a necessidade de recorrer a exames de imagem como, ultrassonografia e tomográfica computadorizada de parede abdominal, sendo este último mais sensível (GOULART; MARQUES, REIS, 2015, p. 02). A sintomatologia mais frequente dessa enfermidade é a dor, contudo mais de 90% dos casos diagnosticados são assintomáticos. Outro sintoma que pode surgir é a tumefação no local da hérnia, em que é mais sugestivo de herniação, todavia é menos habitual sua presença (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016).

Em se tratando de difícil diagnóstico da HS, geralmente, este é dado por exclusão. Uma gama de enfermidade entra como diagnóstico diferencial, a saber: apendicite, abscesso apendicular, neoformação da parede abdominal e hematoma espontâneo da bainha dos retos (GOULART; MARQUES, REIS, 2015). O tratamento do defeito da aponeurose de Spiegel é mandatório e denota primordialidade de uma terapia cirúrgica, em que pode ser por técnica convencional ou laparoscópica.

Essa entidade clínica desperta grande interesse para cirurgiões gerais, uma vez que é atípica e de bastante complexidade em identificar, sobretudo devido o risco de complicação quando relacionado com o acometimento de órgãos. Por consequência, é de suma relevância o estabelecimento da investigação de HS e, posteriormente a adequada terapia.

O objetivo do presente estudo foi descrever e enfatizar a possibilidade da existência desse tipo de hérnia incomum e, assim, abranger a visão dos cirurgiões diante de diagnóstico diferencial de dor abdominal a esclarecer. Além de evidenciar a ocorrência da patologia, dentro do baixo percentual de surgimento na população e de incharacterística clínica, mostra o quanto singular é seu aparecimento. O caso clínico descrito teve ênfase em perspectiva morfológica, epidemiológica, diagnóstica, terapêutica e pós-operatória.

## **Relato de Caso**

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 79 anos, obesa, ex-tabagista, admitida na emergência com quadro de dor súbita em região pélvica à direita, de forte intensidade, com duração de 10 horas e irradiação para todo o abdome difusamente e perna direita, dificultando a deambulação. Não possuía fatores de melhora ou piora do quadro álgico. A queixa era associada à náusea, vômitos, anorexia e ao enrijecimento abdominal localizado. Diurese, evacuação e flatos presentes e fisiológicos, porém a paciente relatou presença de constipação anteriormente por cerca de cinco meses. Ao exame físico apresentava-se afebril, anictérica, acianótica, hidratada, normocorada, eupnêica, normocárdica e sinais vitais dentro da normalidade. Em relação ao abdome, este se encontrava semigloboso, flácido, depressível, doloroso difusamente e com peristalse preservada.

Inicialmente, foram solicitados exames laboratoriais, cujos resultados foram normais, e ultrassonografia de abdome total, em que o laudo apontava presença de falha da musculatura em parede abdominal anterior, em região pélvica direita, com protusão de gordura mesentérica e alças intestinais, com coto em torno de 2,0 cm. Contudo, a investigação diagnóstica seguiu com a realização de Tomografia Computadorizada de Abdome Total sem contraste, que apresentou hérnia de parede abdominal anterior, pélvica à direita (medindo 3,5 x 2,5 axiais), com conteúdo gorduroso e intestinal, associado a discreto borramento inflamatório circunjacente.

Confirmada a existência da Hérnia de Spiegel e após parecer cardiológico da paciente, com baixo risco cardiovascular, foi indicada a hernioplastia por técnica convencional. No ato cirúrgico, foi realizada a incisão oblíqua (MCBURNEY) da pele, tecido celular subcutâneo e da aponeurose anterior do músculo oblíquo externo para assim visualizar o saco herniário e seu conteúdo, o epiplon apenas. A falha da aponeurose muscular era cerca de 2 cm e o saco herniário se encontrava entre o músculo oblíquo externo e interno junto com transverso.

A redução do saco herniário foi realizada, juntamente com a síntese das aponeuroses musculares e a aposição e fixação da tela de prolipileno, com vycril 3.0, na aponeurose posterior do músculo oblíquo interno. Fechou-se a aponeurose anterior do músculo oblíquo externo com prolene 3.0 e, por conseguinte, colocou um dreno de sucção portovac 3.0 no espaço subcutâneo. Para finalizar, efetuou-se a síntese do subcutâneo, com cromado 3.0, diminuindo assim espaço morto e prevenindo formação de seroma, e a síntese da pele com pontos do tipo donati e fio mononylon 3.0.

O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. A paciente evoluiu bem e estável, sem nenhuma queixa, recebendo alta hospitalar, já sem o dreno, após dois dias do procedimento cirúrgico. A primeira revisão ambulatorial pós-operatória aconteceu com 10 dias e a paciente seguia assintomática e sem indícios de flogose local. Após três e seis meses, houve outras reavaliações e a paciente permanecia estável, assintomática, sem complicação ou sinal de recidiva.

### **Tomada de Decisões**

Diante do quadro da paciente e do elevado risco de complicação da patologia, a equipe de cirurgia geral do hospital decidiu a realização da hernioplastia o mais precoce possível. Sob visualização direta da hérnia, após as incisões cutâneas e musculares, o saco herniário foi dissecado, separado das estruturas vizinhas e reduzido ao seu local de origem (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al, 2012). Posteriormente, fez-se um reforço da parede posterior da aponeurose do músculo oblíquo externo com posicionamento e fixação da tela de prolipileno, assim como no estudo de Karen Peeterset al. (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al. 2012, p. 02).

As forças musculares que atuam na região infra-umbilical são mais fracas e, por isso, permite variáveis incisões locais. André Goulart et al refere em seu caso o uso da incisão pararectal (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016, p. 42), enquanto o caso citado neste artigo utiliza de incisão oblíqua permitindo o seguimento das fibras musculares, diminuindo a tensão no momento da sutura e a direta visualização da hérnia.

Um dado a ser enfatizado nesse relato de caso é a utilização de tela sintética para melhor reforço da aponeurose spigeliana contra recidiva, decisão essa que não foi contemplada no estudo. (VICTOR CARLOS SAIZ VIEIRA Et al, p. 30).

Embora a cirurgia vídeo-laparoscópica proporcione menor tempo de internação hospitalar como instruí Paulo Sergio et al, a paciente do caso realizou a técnica de reparação convencional (GOULART; MARQUES, REIS, 2015, p.05) e, mesmo assim, teve permanência hospitalar reduzida, uma vez que evolui estável e assintomática.

## **Discussão**

A HS pode receber outras nomeações como, hérnia ventral lateral, hérnia anterolateral (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al, 2012). e hérnia da linha semilunar (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016). Essa hérnia é uma entidade cirúrgica benigna que se mostra pelo defeito da aponeurose spigeliana, cuja apresentação pode ser congênita ou adquirida. (AKPO; DEME; BADJI, Et. al, 2016). Há uma incidência predominante por adulto do sexo feminino (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al. 2012).

Ao exame físico, a hérnia pode ser palpada, lateralmente ao músculo reto abdominal, sendo mais bem evidenciada pela realização da manobra de Valsalva (PERRAKIS; VELIMEZIS; KAPOGIANNATOS; Et. al, 2012). A maioria dos casos não é tão habitual perceber a presença da hérnia e, associado à clínica inespecífica, o diagnóstico ocorre mais incidentalmente durante outras investigações patológicas. Métodos de imagem, como Ultrassonografia e TC de abdome são decisivos para a confirmação da hérnia, além de possibilitar a visualização anatômica com limites e conteúdo herniário. Portanto, apenas 50% dos casos de hérnia de Spiegel são diagnosticadas antes do procedimento cirúrgico (CHAIB; COLTRI; CASTRO, s/a).

Regularmente, o diâmetro do saco herniário se apresenta fibroso e de tamanho pequeno, fatores que influenciam o surgimento de complicações, como encarceramento de órgãos e estrangulamento. Embora, haja casos de HS que apresentem órgãos em seu conteúdo, como o artigo publicado na revista de cirurgia belga em 2016 (VIEIRA; VIEIRA; ALVES; SOUZA; Et. al, 2016, p. 01), que mostra o apêndice dentro da hérnia. O referente caso citado acima mostra a presença apenas de epiplon.

Pelo risco de complicações é que, uma vez diagnosticada, a HS deve ser resolvida e, para isso, há duas técnicas terapêuticas: a cirurgia convencional e a cirurgia vídeo-laparoscópica. Ainda não se sabe qual das técnicas cirúrgicas é classificada como preferível para a correção da hérnia (MATA, ESTEVEZ; ÁVALOS. RODRIGUEZ, 2019), embora o estudo de Nataliz et al relatou a laparoscópica como de escolha em adultos (MATA, ESTEVEZ;

ÁVALOS. RODRIGUEZ, 2019, p. 104). Essa questão está relacionada ao menor tempo de internação hospitalar, baixa morbidade (MATA, ESTEVEZ; ÁVALOS. RODRIGUEZ, 2019), redução do risco de infecção da ferida operatória e maximização do índice de recorrência, uma vez que evita a manipulação aberta do músculo oblíquo externo (MATA, ESTEVEZ; ÁVALOS. RODRIGUEZ, 2019).

Em relação à intervenção cirúrgica ser eletiva ou urgência, há preferência a correção aberta em casos de urgência, como em casos de hérnias estranguladas sem diagnóstico prévio, uma vez que pode se manifestar como abdome agudo. (VIEIRA; VIEIRA; ALVES; SOUZA; Et. al, 2016). Sendo, dessa forma, a via de correção mais bem elucidada do ponto de vista terapêutico.

Contudo, segundo estudos analisados, independente de qual técnica de redução herniária realizada, a tela de prolipileno é utilizada na hernioplastia (CHAIB; COLTRI; CASTRO, s/a) devido maior controle de recidiva.

## **Conclusão**

A HS é uma hérnia abdominal pouco frequente dentre outras diversas e possui localização lateral ao músculo reto abdominal. A incidência da HS é predominantemente após a quarta década de vida. Por a clínica de a HS ser inespecífica e, praticamente, assintomática, o diagnóstico é um desafio, quando não se descobre de forma incidental como na maioria dos casos, o que permite caracterizar a patologia inabitual.

O grande diferencial na investigação diagnóstica é a utilização de métodos de imagem que norteiam a localização e o achado da protuberância, que, muitas vezes, não é palpável, diferente da maioria dos outros tipos de hérnias. Após a confirmação do diagnóstico da hérnia é necessária à indicação cirúrgica, pois há risco de complicações, em especial quando existe a presença de órgãos envolvidos no saco herniário.

Ainda não há exatidão na escolha da técnica cirúrgica utilizada, cada tipo de procedimento (convencional ou laparoscópica) possui suas vantagens em relação ao tempo de internamento, a morbidade e risco de infecção. Além disso, deve ser avaliada a habilidade do cirurgião autor com o procedimento a ser realizado. Por conseguinte, durante o ato cirúrgico é aconselhável a colocação de tela como prótese, pois assegura um reforço no resultado e, assim, a impossibilidade de recidiva, que é rara.

## Referências

AKPO, Geraud; DEME, Hamidou; BADJI, Nfally; NIANG, Fallou, TOURE, Mohamadou. **Diagnostic tomométrique d'une hernie de Spiegel élargie: à propos d'une observation.** 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5337274/> Acesso em: 17/08/2019.

CHAIB, Paulo Sérgio; COLTRI, Rafael Pereira; CASTRO, Manoel Marcelo de Oliveira. **Hérnia de Spiegel bilateral volumosa voluminous bilateral spigelian hernia.** Disponível em: <http://www.relatosdocbc.org.br/detalhes/135/hernia-de-spiegel-bilateral-volumosa>. Acesso em: 18/08/2019.

GOULART, André; MARQUES, Helena, REIS, Mário. **Hérnia de Spiegel: descrição de caso clínico com análise da literatura Spigelian Hernia: case report and literature analysis.** 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-69182015000400007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182015000400007) Acesso em: 22/08/2019.

MARA, Nataliz Vega; Juan J. ESTEVEZ, Vázquez; ÁVALOS, Cristina Montalvo; RODRIGUEZ, Lucía Rapos. **Abordaje laparoscópico de una hernia de Spiegel en edad pediátrica. Revisión de la literatura.** 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30600802> Acesso em: 22/08/2019.

ONAL, A; SOKMEN; ATILA, K. **Spigelian hernia associated with strangulation of the small bowel and appendix.** 2003. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/10595211\\_Spigelian\\_hernia\\_associated\\_with\\_strangulation\\_of\\_the\\_small\\_bowel\\_and\\_appendix](https://www.researchgate.net/publication/10595211_Spigelian_hernia_associated_with_strangulation_of_the_small_bowel_and_appendix) Acesso em: 22/08/2019.

PERRAKIS, A; VELIMEZIS G; KAPOGIANNATOS; D. KORONAKIS; PERRAKIS, E. **Spigel hernia: a single center experience in a rare hernia entity.** 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22644060>. Acesso em: 21/08/2019.

TOWNSEND; BEAUCHAMP; EVERS; MMATTOX. **Tratado de cirurgia.** RJ. Elsevier Ed. Ltda. 2015.

VIEIRA VCS, VIEIRA RRBT, ALVES TB, de SOUZA AG, de PAULA JF, BATISTA CAM. **Hérnia de Spiegel: Relato de dois Casos.** Revista de Saúde. 2016 Jul/Dez.; 07 (2): 26-30.  
**Mutirão de hérnia reduz fila para cirurgia no SUS em até dois anos, em Minas Gerais.** Sociedade brasileira de hérnia. 15 de agosto de 2019. <https://sbhernia.org.br/mutirao-de-hernia-reduz-fila-para-cirurgia-no-sus-em-ate-dois-anos-em-minas-gerais/>

### Como citar este artigo (Formato ABNT):

ROCHA, Andrezza Gomes da; SÁ, George Wallisson Severo de; NEVES, Ana Beatriz Callou Sampaio; CRUZ, Estela Máris Amorim; MELO, Antonio Marlos Duarte de; MACÁRIO, Raquel Arrais. Relato de Caso: Hérnia de Spiegel. **Id on Line Rev. Psic.**, Outubro/2021, vol.15, n.57, p. 864-871, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 31/08/2021;

Aceito: 13/09/2021;

Publicado: 31/10/2021.