

HÉRNIA INTERNA TRANSMESOCÓLICA CONGÊNITA: DIAGNÓSTICO TRANSOPERATÓRIO

CONGENITAL TRANSMESOCOLON INTERNAL HERNIA
A DIAGNOSIS THROUGH OPERATION

LEOPOLDO RIBEIRO DE CASTRO NETO*; JULIANO ALVES FIGUEIREDO**,
CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA***, ALCINO LÁZARO DA SILVA****

RESUMO

É apresentado o caso clínico-cirúrgico de paciente com hérnia interna transmesocólica, localizada à esquerda dos vasos cólicos médios. Os exames pré-operatórios apontavam para o diagnóstico de obstrução intestinal alta, secundária a pseudocisto pancreático. A lise das aderências entre as alças foi trabalhosa e o tratamento completou-se com a redução do conteúdo e com a síntese do orifício herniário do mesocólon transverso. Na revisão literária, verifica-se que, na maioria dos casos de hérnia interna relatados, o diagnóstico é confirmado no ato operatório. Este caso ilustra a dificuldade no estabelecimento do diagnóstico pré-operatório de hérnia interna transmesocólica, assim como o diagnóstico diferencial com pseudocisto pancreático, além do tratamento cirúrgico inerente a este caso específico.

Palavras-chave: Hérnia; Mesocólon; Obstrução intestinal; Pseudocisto pancreático.

INTRODUÇÃO

O cirurgião, durante laparotomia para obstrução intestinal, deve estar atento ao diagnóstico de hérnia abdominal interna. Esta afecção requer bom entendimento anatômico para sua identificação e correção cirúrgica.

Hérnia interna pode ser definida como deslocamento de víscera através de abertura normal ou anormal, por forames, recessos, fôveas, defeitos congênitos ou adquiridos do peritônio. Essas afecções são responsáveis por 0,9% dos casos de obstrução intestinal mecânica. A propedêutica utilizada para hérnia interna baseia-se nos métodos de imagem, que apresentam baixa especificidade – como ultra-sonografia, tomografia computadorizada –, trânsito intestinal ou enema opaco, e laparoscopia. As hérnias abdominais internas, no entanto, são, raramente, diagnosticadas antes de operação ou autópsia. O objetivo deste trabalho é estabelecer discussão sobre a propedêutica pré-operatória da hérnia abdominal interna e correlacioná-la com os achados transoperatórios.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 68 anos, natural de Belo Horizonte, procurou atendimento médico com história de dor abdominal contínua, de forte intensidade, localizada na região periumbilical e flanco esquerdo, associada a abaulamento assimétrico do abdômen à esquerda. O

quadro clínico iniciara-se seis semanas antes, quando o paciente procurou auxílio médico e foi mantido em observação hospitalar com suporte clínico, durante quatro dias. Após quatro semanas dessa internação, observou-se recorrência da dor abdominal, sendo o paciente reinternado com quadro clínico sugestivo de semi-obstrução intestinal. No último episódio, além da recorrência da dor abdominal, o paciente apresentava vômitos biliosos, hiporexia e emagrecimento de 15kg, nas últimas seis semanas. O paciente tinha história prévia de asma, estava em uso de prednisona, e apresentava hipertensão arterial sistêmica, controlada com hidroclorotiazida e amlodipina.

Ao exame físico, o paciente estava normocorado, hidratado, eupnéico, pulso cheio e rítmico, com pressão arterial de 140/80mmHg. O abdômen era globoso, assimétrico, com abaulamento na região mesogástrica, hipocôndrio e flanco esquerdo. À ausculta, apresentava ausência de ruídos hidroaéreos sobre a massa abdominal. À palpação, notava-se massa bem delimitada, ocupando todo o lado esquerdo do abdômen, de consistência dura e indolor, à palpação e à manipulação.

Os exames laboratoriais revelavam hemoglobina = 8,5g/dl, hemácias = 3.250.000cél/mm³, hematócrito = 28%, global de leucócitos = 10.400cél/mm³. Os exames bioquímicos mostravam fosfatase alcalina = 249U/l, gama-glutamil transferase = 179U/l e amilase sérica = 1681U/l.

O exame ultra-sonográfico abdominal mostrava grande massa cística localizada no retroperitônio, e que ocupava grande parte do abdômen à esquerda (Figura 1).

* Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

** Médico Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Belo Horizonte

*** Mestre e Doutor em Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

**** Professor Titular de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da UFMG

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Cirênio de Almeida Barbosa
R. Mica, 31/302 – São Lucas
Cep: 30240-330
Telefones: 3241-6495 / 9982-3958
Belo Horizonte - MG

Data de Submissão:
06/06/2002
Data de Aprovação:
01/10/2002

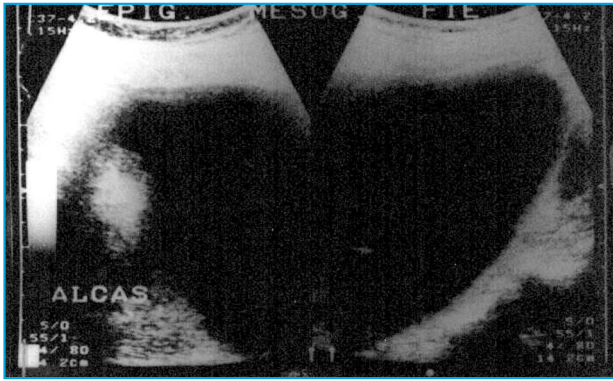


Figura 1 - Imagem ultra-sonográfica longitudinal à esquerda do abdômen, mostrando massa cística que se estende da região epigástrica (EPIG) e mesogástrica (MESOG) até a fossa ilíaca esquerda (FIE) e desloca cranialmente as alças (ALCAS) de intestino delgado.

A tomografia computadorizada de abdômen evidenciava tumor de paredes lisas e com espessura de 3,0mm, com conteúdo líquido e medindo 14cm x 10cm x 8cm, localizado junto à cauda do pâncreas e estendendo-se até a fossa ilíaca esquerda, promovendo o deslocamento ântero-medial de alças de intestino delgado. Não foram identificados a cabeça e o corpo do pâncreas (Figura 2).

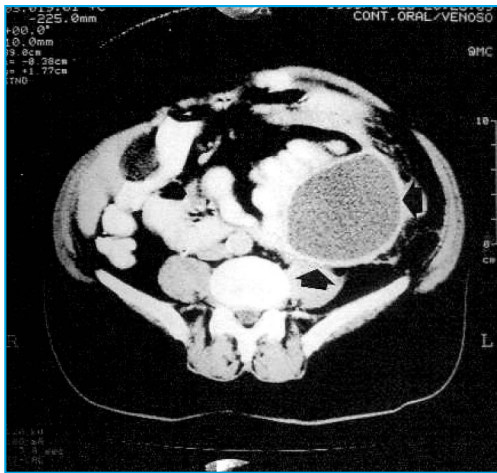


Figura 2 - Tomografia computadorizada de abdômen, mostrando massa cística com cápsula bem definida (setas) e circundada por alças de intestino delgado, que estão deslocadas medialmente e situadas nas proximidades da cauda do pâncreas.

Na avaliação pré-operatória, o paciente encontrava-se controlado em sua doença asmática e hipertensiva. Foram feitas duas inalações de broncodilatadores nasais no pré e no pós-operatório.

A via de acesso consistiu em laparotomia mediana xifopúbica. O achado operatório, durante a exploração da cavidade peritoneal, foi de grande lesão que alterava completamente a anatomia do andar supra-mesocólico do abdômen e dificultava a identificação do estômago, cólon transverso, baço e lobo esquerdo do fígado (Figura 3).

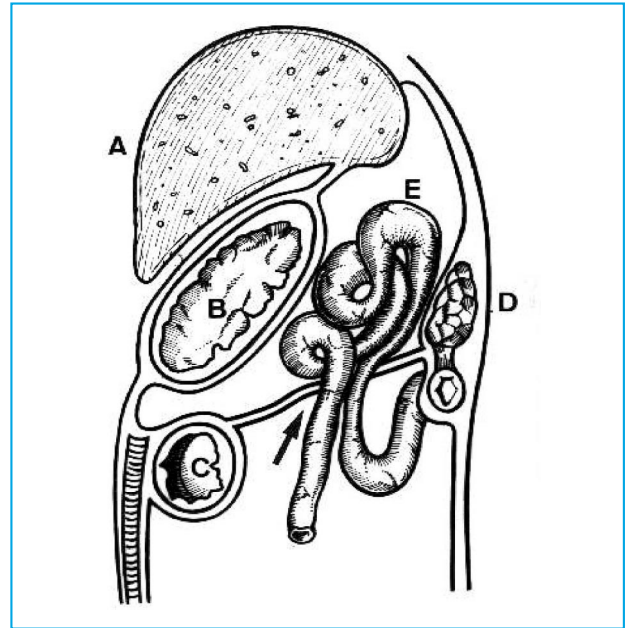


Figura 3 - O desenho esquemático mostra o abdome em corte sagital: a) fígado, b) estômago, c) cólon transverso, d) pâncreas, e) intestino delgado. Nota-se o posicionamento das alças de intestino delgado no andar superior do abdômen (seta), herniando pelo mesocólon cranialmente e enovelando-se anteriormente ao pâncreas.

A punção da lesão com agulha grossa a céu aberto confirmou secreção digestiva. A dissecação e a identificação das estruturas anatômicas foram trabalhosas até a correta certificação de volumosa hérnia interna transmesocólica, que incluía todo o intestino jejunal e porção proximal do íleo fixados por aderências, com encapsulamento do conteúdo herniário. As aderências foram desfeitas e as alças intestinais foram recolocadas no espaço inframesocólico. O mesocólon foi suturado com fio de seda 3.0.

No pós-operatório, o paciente foi encaminhado ao centro de tratamento intensivo, onde fez uso de enoxaparina 20mg a cada 24 horas, por tratar-se de paciente com idade superior a 40 anos, com imobilização prolongada e operação de grande porte; e de cefazolina a cada 6 horas, por 24 horas, em virtude de a operação ser potencialmente contaminada durante a punção de víscera oca e também pelo longo tempo operatório, além de o pacien-

te encontrar-se debilitado e apresentar doença pulmonar obstrutiva crônica.

O peristaltismo restabeleceu-se no 3º dia de pós-operatório, sendo instituída dieta progressiva a partir do 4º dia. O paciente não apresentou complicações e recebeu alta do centro de terapia intensiva, decorridas 72 horas.

DISCUSSÃO

O primeiro a descrever a hérnia interna parece ter sido Bordenava (1779), mas coube a Treitz (1857) fazer a melhor descrição sobre esta afecção. Distinguem-se duas causas básicas: a originada de anomalias congênicas e a decorrente de cirurgia ou trauma. No caso clínico em questão, pela história negativa de trauma abdominal e operação prévia, provavelmente trata-se de hérnia transmesocólica de origem congênita, que ocorreu à esquerda dos vasos cólicos médios, que é a localização mais frequente nessa afecção², provavelmente associada às anomalias de fixação do intestino, como evidenciado por tomografia computadorizada em alguns relatos clínicos³. Esse exame não confirmou o diagnóstico no pré-operatório e ainda apontou para um possível cisto pancreático. Opiniões contraditórias sobre a propedêutica complementar foram identificadas em alguns estudos, sendo o diagnóstico, na maioria dos casos, feito no transoperatório. A história clínica acrescida do relato de uso de corticóides, a amilase sérica aumentada e os exames de imagem reforçaram a hipótese de pseudocisto pancreático secundário a pancreatite aguda. O exame radiológico contrastado do intestino delgado não foi solicitado, por preocupação de peritonite química pelo contraste oral na possibilidade de área intestinal isquêmica ou ainda de perfuração bloqueada por estruturas anatômicas adjacentes à lesão. Provavelmente, esse exame poderia orientar o diagnóstico de hérnia abdominal interna⁴.

Este caso clínico-cirúrgico reafirma a dificuldade do diagnóstico pré-operatório de hérnia abdominal interna, salientando a pouca contribuição do exame físico para o diagnóstico conclusivo. A propedêutica foi bem documentada por exames de imagem e, mesmo assim, não se confirmou o diagnóstico de pseudocisto pancreático no

transoperatório. Essa afecção requereu cirurgião experiente na abordagem de massa abdominal de tratamento complexo.

O caso clínico possibilita algumas reflexões: o diagnóstico da afecção foi feito no transoperatório, somente após dissecação de órgãos; a propedêutica complementar foi inespecífica, proporcionando uma surpresa diagnóstica; e o tratamento operatório tornou-se complexo em função de bridas e aderências, caracterizando-se pelo retorno dos órgãos ao seu sítio anatômico.

ABSTRACT

A surgical clinical case of a patient, with transmesocolon internal hernia, located at left of the medium colic vasa is reported. Medical examination done before surgery pointed toward a diagnosis of high intestinal obstruction, secondary to a pancreatic pseudocyst. It was difficult to perform the lysis of the adhesences between the folds. The treatment came to completion by reduction of the contents and with the synthesis of the transverse mesocolon hernia orifice. It becomes clear from the literature that, in most of the reports on internal hernias, the diagnosis is confirmed only through the surgical procedure. This case illustrates the difficulty in building a diagnosis of a transmesocolon internal hernia before surgery as well as in the differential diagnosis of a pancreatic pseudocyst.

Key words: Intestinal obstruction; Hernia; Mesocolon; Pancreatic pseudocyst.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lázaro da Silva A. Hérnias internas. In: Lázaro da Silva A. Hérnias. São Paulo: Roca; 1992. p.892-902.
- 2- Kyawk K. Left mesocolic hernia or peritoneal encapsulation? a case report. Singapore Med J 1998 Jan; 39 (1):30-1.
- 3- Zarvan NP, Lee FT, Yandrow DR. Abdominal hernias: CT findings. AJR 1995; 164:1391-5.
- 4- Donnelly LF, Rencken IO, Losimier AAL. Left paraduodenal hernia leading to ileal obstruction. Ped Radiol 1996; 26:534-6.