

## CORREÇÃO DE HÉRNIA PARADUODENAL.

### PARADUODENAL HERNIA REPAIR.

Marco Aurélio Abreu Azeredo<sup>1</sup>; Bruno Grund Frota<sup>1</sup>; Daniel Weiss<sup>1</sup>; Hamilton Petry de Souza<sup>1</sup>; Ricardo Breigeiron<sup>1</sup>.

#### RESUMO

Hérnias internas se apresentam como um desafio diagnóstico aos médicos em sala de emergência, na maioria das vezes com sintomas não específicos e quadros de longa evolução. Neste artigo citamos um caso ímpar de paciente idosa, com queixas agudas de sub-oclusão intestinal, que teve o diagnóstico de hérnia paraduodenal, tratada cirurgicamente.

**Descritores:** Hérnia. Laparotomia. Obstrução duodenal.

#### ABSTRACT

Internal hernias are a diagnostic challenge to physicians in Emergencies, mostly with non specific symptoms and long duration. This case report describes an elderly patient with acute complaints of sub-intestinal occlusion, who had the diagnosis of paraduodenal hernia, surgically treated.

**Keywords:** Hernia. Laparotomy. Duodenal obstruction.

#### INTRODUÇÃO

Hérnias internas são definidas pela protrusão de uma víscera através de abertura normal ou anormal do peritônio ou mesentério, dentro dos limites da cavidade peritoneal. Possuem incidência geral muito baixa, constituindo menos de 1% do total<sup>1</sup>. Sua particularidade e interesse acadêmico se fazem pela cronicidade de sintomas não específicos apresentados pelos pacientes, com diagnóstico difícil e morbimortalidade alta, inclusive com estudos na literatura de mortalidade maior que 50% quando se apresentam com estrangulamento<sup>2</sup>.

Existem diversos tipos de hérnias internas, com incidências diferentes na população. Tradicionalmente, utiliza-se a classificação feita por Meyers<sup>3</sup>, baseada em sua localização na cavidade peritoneal, podendo-se destacar as hérnias paraduodenais, que são as mais comuns, com prevalência de aproximadamente 53% dos casos<sup>4</sup>. Geralmente, estão associadas com queixas de longa duração, uma vez que persistem não diagnosticadas desde a infância, por serem, na maioria das vezes, congênicas<sup>2</sup>.

O objetivo desse relato é apresentar um caso de paciente de 77 anos, com queixas agudas de dor abdominal, com

evolução rápida, por hérnia paraduodenal, tratada cirurgicamente.

#### RELATO DO CASO

Paciente feminina, 77 anos, sem história de comorbidades ou cirurgias prévias, procurou a emergência com queixas de dor abdominal difusa, pós-prandial, há um mês, associada a náuseas e vômitos persistentes, de início há duas semanas.

Negava semelhança de sintomas prévios, assim como perda de peso. Hábito intestinal mantido, com história de constipação crônica. O exame físico do abdome não demonstrou dor à palpação profunda ou defesa. Não haviam massas palpáveis. Exames laboratoriais demonstravam hemoglobina de 11,4g/dl, leucócitos totais de 7300mm<sup>3</sup>, sem desvio à esquerda, e todos os demais exames sem alterações.

Foi realizado exame radiológico contrastado que evidenciou progressão do contraste até a válvula ileocecal, sem defeitos de enchimento. Na sequência, tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste evidenciou, na junção duodenojejunal, imagem sugestiva de hérnia interna paraduodenal à esquerda, com deslocamento da veia mesentérica

1. Departamento de Cirurgia Digestiva do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

inferior para a esquerda e algumas porções de alças de delgado dilatadas com nível hidroaéreo (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Tomografia abdominal mostrando encarceramento de alças.



Figura 2. Tomografia abdominal mostrando distensão de estômago e alças de delgado.

Após adequada análise do caso, foi realizada laparotomia mediana supra-umbilical para definição diagnóstica e correção de provável hérnia paraduodenal. Foi identificado, na cirurgia, saco herniário contendo apêndice cecal e alças de delgado na fossa de Landzert, a qual encontrava-se aberta (Figura 3). Realizada redução do conteúdo herniário e fechamento do defeito peritoneal com reposicionamento das estruturas.

Evoluiu bem no pós-operatório e, na revisão aos 14 dias, a paciente encontrava-se em bom estado geral e assintomática.

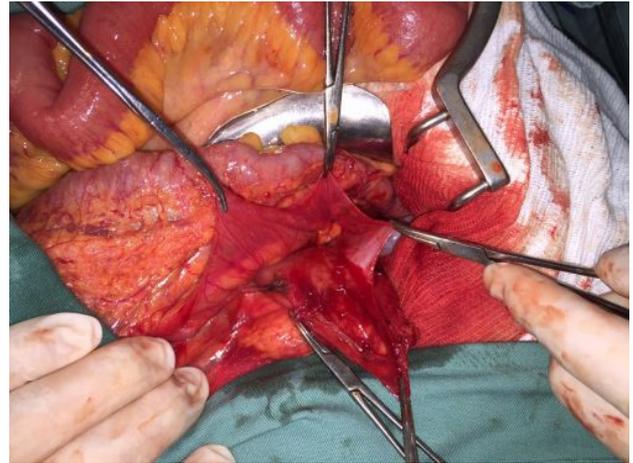


Figura 3. Identificação do conteúdo herniário na fossa de Landzert.

## DISCUSSÃO

As hérnias paraduodenais, também chamadas de hérnias de Treitz, são tipos incomuns de hérnias causados pela rotação anormal do intestino na fase embriológica<sup>4</sup>. Elas podem ser congênicas ou adquiridas, apresentando-se como uma protrusão de víscera através de abertura do peritônio ou do mesentério, causada pela falha da fusão entre o mesentério e o peritônio parietal e pela má rotação intestinal.

As hérnias paraduodenais mais comuns são de causa congênita, ocorrem mais frequentemente em homens e correspondem à maioria das hérnias internas, em torno de 53% delas<sup>5</sup>. Podem ser causa de 1,5 a 5,8% das obstruções intestinais e apresentam 0,2 a 0,9% de incidência em necropsias<sup>6</sup>. Em pesquisa bibliográfica foram relatados em torno de 500 casos de hérnias paraduodenais, 44 deles com diagnóstico de obstrução intestinal<sup>6</sup>.

As hérnias paraduodenais podem ser divididas em direita e esquerda pela linha média do mesocólon transversal e pela artéria mesentérica superior e veia mesentérica inferior, sendo diferentes entidades, considerando as relações anatômicas e a origem embrionária<sup>6</sup>. As hérnias esquerdas compreendem 75% da incidência.

A hérnia paraduodenal esquerda ocorre quando o intestino prolapsa através da fossa de Landzert, defeito congênito que resulta da falha de fusão entre o mesentério inferior e o peritônio parietal. A

fosseta de Landzert está localizada na junção duodenojejunal, que é zona de confluência dos mesocólonos descendente e transversos e do mesentério do intestino delgado, normalmente situada lateralmente à quarta porção do duodeno e atrás da veia mesentérica inferior<sup>7</sup>.

Na história natural da doença, 50% das hérnias paraduodenais podem obstruir ao longo do tempo, complicação mais temida. Porém, a tendência é de que o paciente permaneça assintomático ou com sintomas brandos ao longo de sua vida. É um diagnóstico difícil de ser feito devido à clínica branda, quando não há quadro de obstrução, sendo normalmente diagnosticada por achado casual em exames de imagem. Quando presente algum tipo de complicação, observam-se episódios de dor abdominal pós-prandial de leve a grave, podendo estar associada a vômitos, que evoluem em algumas situações para quadro de sub-oclusão ou obstrução intestinal, devido ao encarceramento e possível estrangulamento e necrose. O diagnóstico pode ser auxiliado por exames de imagem como a rotina radiológica de abdome agudo, que mostra um “cacho” de intestino delgado no quadrante superior esquerdo ou direito. Embora a radiologia simples auxilie no diagnóstico, o exame de escolha para o quadro é a TC de abdômen superior com contraste, salvo contra-indicação, que mostrará intestino delgado com ou sem complicações, principalmente na junção duodenojejunal. Sinais de obstrução com distensão de estômago, duodeno e intestino delgado podem ocorrer. Além disso, pode ocorrer deslocamento do tronco da artéria mesentérica superior para direita e do cólon transversos para baixo<sup>1</sup>. Uma vez feito o diagnóstico está indicado o reparo eletivo devido ao risco de obstrução e complicações futuras<sup>8</sup>.

A cirurgia pode ser laparotômica ou por via laparoscópica, salvo alguma dificuldade ou contra-indicação relativa, como distensão de alças. Diversos relatos têm mostrado o sucesso da via laparoscópica comparada à cirurgia convencional.

Em conclusão, relatos de caso, como este, reforçam a necessidade de incluirmos a hipótese diagnóstica de hérnia interna em pacientes que apresentam quadro de sub-oclusão intestinal de longa data sem alterações claramente vistas no exame físico ou complementar. O uso de técnicas de imagem de alta qualidade, como a TC de abdome com contraste feita com cortes finos, é de grande importância no diagnóstico e planejamento terapêutico desta doença.

## REFERÊNCIAS

1. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186(3):703-17.
2. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg.* 1986;152(3):279-85.
3. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy.* 4th ed. New York: Springer-Verlag; 1994.
4. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation of imaging and surgical findings. *Radiographics.* 2016;36(1):88-106.
5. Gusz JR, Wright LR. Intestinal obstruction secondary to left paraduodenal hernia. *J Surg Case Rep.* 2015;2015(7).pii:rjv090.
6. Kabbani D, Salem A, Holloway DK. Paraduodenal herniation: an internal herniation in a virgin abdomen. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(12):1148-50.
7. Downes R, Cawich SO. A case of a paraduodenal hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2010;1(2):19-21.
8. Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology.* 2001;218(1):68-74.

## Endereço para correspondência:

Hamilton Petry de Souza  
E-mail: hpetrys@terra.com.br