

HÉRNIA PARADUODENAL

Paraduodenal hernia

Marco Aurélio A. **AZEREDO**¹, Bruno G. **FROTA**¹, Diego **MATURANA**¹, Natália **RANDON**¹,
Daniel **WEISS**¹, João Rubião **HOEFEL FILHO**¹, Hamilton Petry **DE SOUZA**¹, Ricardo **BREIGEIRON**¹

Como citar este artigo: Azeredo MAA, Frota B, Maturana D, Randon N, Weiss D, Hoefel-Filho JR, De-Sousa HP, Breigeiron R. Hérnia paraduodenal. ABCExpress. 2018;1:e9. DOI: /10.17982/2359-273720180001e9

Trabalho realizado no ¹Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo, Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil

DESCRITORES - Hérnia, Obstrução Intestinal

HEADINGS - Hernia, Intestinal Obstruction

Correspondência:

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

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, consituindo menos de 1% do total⁶. Sua particularidade e interesse acadêmico se fazem pela cronicidade de sintomas não específicos apresentados pelos pacientes, com diagnóstico difícil frente morbi-mortalidade alta, inclusive com estudos na literatura de mortalidade maior que 50% quando se apresentam com estrangulamento⁸.

De maneira geral, há diversos tipos de hérnias internas, com incidências diferentes dentro da população. Tradicionalmente, utiliza-se a classificação feita por Meyers⁷, baseada em sua localização na cavidade peritoneal, podendo-se destacar as hérnias paraduodenais, que serão o objetivo desta discussão.

Mais especificamente, as hérnias paraduodenais são as mais comuns, com prevalência de aproximadamente 53 % dos casos². Geralmente, estão associadas com queixas de longa duração, uma vez que persistem não diagnosticadas desde a infância, por serem na maioria das vezes congênita⁸.

O objetivo desse relato é apresentar um caso ímpar de paciente idosa, 77 anos, com queixas agudas de sub-oclusão intestinal, com evolução rápida para mal estado geral e não aceitação de dieta via oral, e que teve o diagnóstico de hérnia paraduodenal, tratada cirurgicamente, com excelente recuperação pós operatoria e retorno às suas atividades de forma plena e completa.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 77 anos, sem história de comorbidades ou cirurgias prévias, procura a emergência do Hospital São Lucas (HSL – Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da PUCRS) com queixas de dor difusa abdominal, pós prandial, há 1 mês, associada a náuseas e vômitos persistentes, de início há 2 semanas. Negava semelhança de sintomas previamente. Negava perda de peso. Hábito intestinal mantido, com história de constipação crônica. O exame físico do abdôme não demonstrou dor a palpação profunda ou defesa. Não haviam massas palpáveis. Exames laboratoriais demonstravam hemoglobina de 11.4 g/dL, leucócitos totais de 7.300 mm³, sem desvio à esquerda, e todos os demais exames sem alterações.

Foi realizado exame radiológico contrastado que evidenciou progressão do contraste até a valvula ileocecal, sem defeitos de enchimento. Na sequência, tomografia computadorizada (TC) de abdôme com contraste evidenciou na junção duodenojejunal imagem sugestiva de hérnia interna paraduodenal à esquerda, com deslocamento da veia mesenterica inferior para esquerda e algumas porções de alças de delgado dilatadas com nível hidro-aéreo (Figuras 1 e 2).

Após adequada análise do caso e discussão com paciente e complementação com a devida preparação clínica-cardiológica, foi executada laparotomia mediana supra umbilical para definição diagnóstica e correção de provável hérnia paraduodenal. Identificado na cirurgia saco herniário contendo apêndice cecal e alças de delgado protruído 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.

A evolução foi excelente na revisão aos 14 dias, a paciente encontrava-se em bom estado geral, sem sintomas de dor, náuseas e vômitos, com alimentação por via oral normal sem dificuldades.



FIGURA 1 - Tomografia abdominal mostrando "encarceramento" de alças



FIGURA 2 - Tomografia abdominal mostrando distensão de estômago e alças de delgado

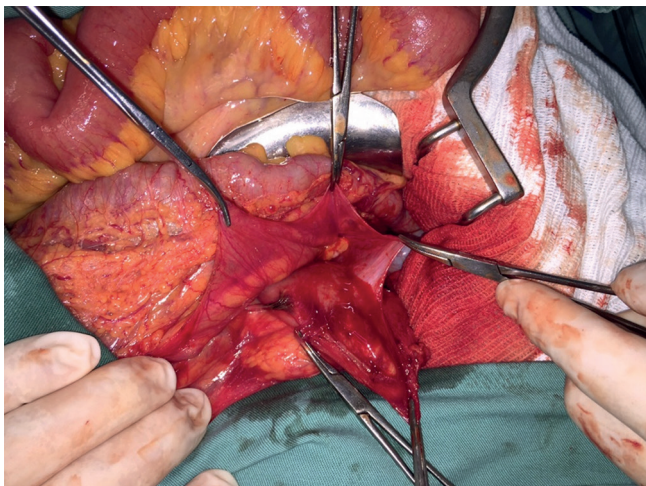


FIGURA 3 - Identificação do conteúdo herniário na fossa de Landzert

DISCUSSÃO

As hérnias paraduodenais, também chamadas de hérnias de Treitz, são tipos incomuns de hérnias causados pela rotação anormal do intestino na fase embriológica⁴. 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 fazem parte da maioria das hérnias internas, em torno de 53% delas⁵. Podem ser causa de 1,5 a 5,8% das obstruções intestinais e apresentam 0,2 a 0,9% de incidência em necropsias⁵. Em pesquisa bibliográfica foram relatados em torno de 500 casos de hérnia paraduodenal, sendo 44 casos de obstrução intestinal secundários à hérnia³.

As hérnias paraduodenais podem ser divididas em direita e esquerda pela linha média do mesocólon transverso e pela artéria mesentérica superior e veia mesentérica inferior, sendo diferentes entidades, considerando as relações anatômicas e a origem embrionária³. 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 fossa de Landzert está localizada na junção duodenojejunal, que é zona de confluência dos mesocólon descendente e transverso e do mesentério do intestino delgado, normalmente situada lateralmente à quarta porção do duodeno e atrás da veia mesentérica inferior¹.

Já a hérnia paraduodenal direita ocorre quando o intestino prolapsa para a fossa de Waldeyer, defeito da primeira parte do mesentério jejunal, atrás da artéria mesentérica superior e inferior à terceira porção do duodeno⁶.

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 à severa, 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. Apresentam-se, em certos casos, com quadro clínico dramático e sérias complicações. A redução espontânea da hérnia pode ocorrer e determinar alívio da dor e sintomas associados. Quando encarceradas e com sintomas obstrutivos, apresentam elevado índice de mortalidade devido à dificuldade e retardo diagnóstico³.

O diagnóstico pode ser auxiliado por exames de imagem como a radiologia simples, na forma do "Rx de abdôme agudo", mostrando 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 tomografia computadorizada 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 transverso para baixo⁶. Uma vez feito o diagnóstico e evidências clínicas de dor ou episódios de suboclusão/oclusão, está indicado o reparo eletivo devido ao risco de obstrução e complicações futuras⁴.

A cirurgia pode ser aberta 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 esse 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 abdôme com contraste feita com cortes finos são de grande importância no diagnóstico e planejamento terapêutico desta moléstia.

REFERÊNCIAS

1. Blachar A, Federle MP, Dodson SF. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology* 2001; 218:68-74
2. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y et al. Internal hernias in the era of multidetector CT: correlation of imaging and surgical findings. *RadioGraphics RSNA* 2015; 36: 1-19
3. Downes R, Cawich SO. A case of a paraduodenal hernia. *Int J of Surg Case Reports* 2010; 1:19-21
4. Gusz JR, Wright LR. Intestinal obstruction secondary to left paraduodenal hernia. *J of Surg Case Reports* 2015; 7: 1-3
5. Kabbani D, Salem A, Holloway DK. Paraduodenal herniation: an internal herniation in a virgin abdomen. *Int J of Surg Case Reports* 2014; 5: 1148-1150
6. Martin LC, Merkle EM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *Am J Radiology* 2006; 186: 703-717
7. Meyers MA. *Dynamic radiology of the abdomen: normal and pathologic anatomy*, 4th ed. New York, NY: Springer-Verlag, 1994
8. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg*. 1986; 152:279-284