

# Hérnia de Spiegelhel

## *Spiegelhel hernia*

Carlos Alberto Godinho, Giancarlo Dall' Olio, Samuel de O. Guimarães, Jaques Waisberg

Alexandre Cruz Henriques, Manlio Basílio Speranzini

Recebido: 14/3/2005

Aprovado: 20/11/2007

### Resumo

Os autores apresentam um caso de paciente feminina, 75 anos com queixa de abaulamento em fossa ilíaca esquerda há 5 anos com antecedente cirúrgico de parto cesárea e três herniorrafias incisionais. Ao exame físico apresentava, abaulamento em fossa ilíaca esquerda e hipogástrio margeando a extremidade lateral da cicatriz prévia, visível à manobra de Valsalva, redutível com manobras manuais e sem identificação precisa do anel herniário. Com o diagnóstico de hérnia incisional recidivada optou-se pelo tratamento cirúrgico. Foi diagnosticado, no intra-operatório, hérnia de Spiegelhel. A correção da hérnia foi realizada utilizando uma tela de marlex. A paciente recebeu alta hospitalar e apresentou boa evolução pós-operatória. A literatura afirma que a hérnia de Spiegelhel é uma hérnia ventral rara, manifesta-se com ausência de sinais clínicos consistentes levando, muitas vezes, o seu diagnóstico para o intra-operatório. Os exames de imagem auxiliam no seu diagnóstico e a correção cirúrgica está sempre indicada. Apresenta bom prognóstico com mínimo índice de recidiva.

### Unitermos

Spiegelhel; hérnia.

### Abstract

Case report of a female 75-year-old patient with complaint of left iliac bulging for 5 years with surgical history of cesarean section and three incisional herniorrhaphies. At physical examination patient presented left iliac fossa bulging and hypogastrum bordering the lateral extremity of previous scar, visible at Valsalva maneuver, reducible with manual maneuvers and no accurate identification of hernial ring. With the diagnosis of recurrent incisional hernia, surgical therapy was chosen. Spiegelhel hernia was diagnosed in the intraoperative period. Rare ventral hernia is manifested with no consistent clinical signs often lead-

ing diagnosis into the intraoperative period. By means of a case seen at Hospital Estadual Mario Covas the authors present the incidence, definition, presentation, diagnostic methods and treatment based on literature data.

### Keywords

Spiegelhel; hernia.

### Introdução

As hérnias que emergem através da parede antero-lateral do abdome são consideradas hérnias ventrais<sup>1,2</sup>. A hérnia de Spiegelhel (HS) é uma hérnia ventral rara e representa entre 0,1 a 1% de todas as hérnias abdominais<sup>3,4</sup>. Foi descrita pela primeira vez em 1764, por Klinklosch, que além de enfatizar a origem não traumática, mostrou ser uma hérnia poucas vezes reconhecida<sup>1,5,6</sup>.

A dificuldade da HS reside em seu diagnóstico. Hérnia intrigante manifesta-se com ausência de sinais clínicos consistentes<sup>3,4,7,8,9</sup>. O médico pode unir uma boa história clínica, um adequado exame físico e utilizar exames de imagem para elucidar seu diagnóstico, porém, este muitas vezes só é realizado no intra-operatório<sup>3</sup>.

Tendo a oportunidade de atender um paciente com HS, diante de sua raridade e dificuldade em diagnosticá-la, julgamos oportuno relatá-lo.

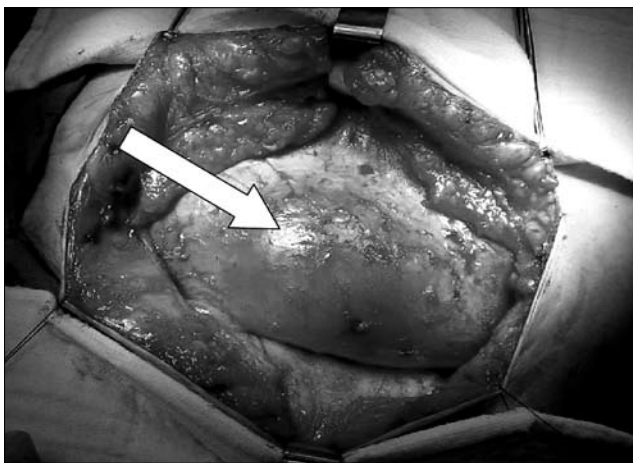
### Relato de caso

Paciente feminina, 75 anos, natural de Portugal, procedente de Mauá, São Paulo, procurou assistência médica com queixa de abaulamento em fossa ilíaca esquerda há 5 anos, que nos últimos três meses cursou com dor incaracterística moderada, cessando ou diminuindo com analgésicos e piorando aos esforços.

Como antecedente cirúrgico relatava parto cesárea há 40 anos que evoluiu com hérnia incisional. Foi operada, porém apresentou três recidivas sucessivas e a última herniorrafia incisional foi realizada há 13 anos.

O exame físico revelava paciente em regular estado geral com índice de massa corpórea de 30,1 kg/m<sup>2</sup>. A inspeção dinâmica do abdome mostrava abaulamento na fossa ilíaca esquerda e hipogástrio, na extremidade lateral da incisão transversa prévia, com tumor de aproximadamente 10 x 8 cm, visível à manobra de Valsalva, redutível com manobras manuais e com o decúbito, e sem identificação precisa de anel herniário. Com diagnóstico de nova recidiva da hérnia incisional no extremo lateral esquerdo da incisão, optamos pelo tratamento cirúrgico.

A abordagem cirúrgica foi feita através de uma incisão arciforme de aproximadamente 30 cm sobre o tumor o que permitiu a visualização do músculo oblíquo externo abaulado, porém íntegro (Figura 1). Prosseguiu-se com a abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo permitindo observar



**Figura 1**

**Músculo oblíquo externo abaulado (seta), porém íntegro**



**Figura 2**

**Saco herniário através da falha da Fásia de Spiegel**

o saco herniário em forma de cogumelo de aproximadamente 7 x 7 cm, que se exteriorizava através de uma falha nas aponeuroses do músculo transversal abdominal e músculo oblíquo interno (Fásia de Spiegel), situada em uma região sem nenhum vestígio de procedimento cirúrgico prévio, o que exclui a possibilidade de tratar-se de nova hérnia incisional e confirmou o diagnóstico de HS (Figura 2). Realizado tratamento do saco herniário com redução do sigmóide para a cavidade abdominal. O reforço da parede abdominal foi executado com sutura contínua borda a borda do músculo transversal abdominal e peritônio com fio de poliglactina 00. A seguir, sutura borda a borda do músculo oblíquo interno com fio de poliglactina 0 e colocação de tela de polipropileno sobre o músculo oblíquo interno, abrangendo uma superfície maior que o defeito da parede; sutura contínua borda a borda da aponeurose do músculo oblíquo externo com fio de poliglactina 0 e drenagem a vácuo.

A paciente apresentou boa evolução pós-operatória e recebeu alta hospitalar no sétimo dia de pós-operatório. Na última avaliação ambulatorial no 30º dia de pós-operatório encontrava-se assintomática.

## Discussão

HS é uma hérnia ventral que ocorre ao longo da linha semilunar de Spiegel caudalmente à cicatriz umbilical, através da fásia que também carrega seu nome. Estas estruturas anatômicas foram descritas entre 1578 e 1625 pelo anatomista belga Adrian van der Spiegel<sup>3,4,7-9</sup> (Figura 3).

A linha semilunar de Spiegel demarca, na parede abdominal, a borda lateral da bainha do músculo reto abdominal. A fásia de Spiegel consiste na fusão das aponeuroses dos músculos oblíquo interno e transversal do abdome que ocorre entre o ventre desses músculos e o músculo reto do abdome. Assim, a HS é aquela em que o revestimento peritoneal evagina-se através de um defeito congênito ou adquirido da fásia spigheliana, e conseqüentemente o anel herniário é formado pelas bordas aponeuróticas dos músculos oblíquo interno e transversal<sup>3,4,8,10,11</sup>. O orifício herniário mede em média de 0,5 a 2 cm de diâmetro, porém há relatos na literatura dos orifícios herniários variando de 1 a 10 cm<sup>2,8,11,12</sup>. Quanto ao conteúdo herniário apresentam na maioria das vezes epíplon e intestino delgado<sup>1,2,6,8,12-18</sup>.

A causa não é bem conhecida, porém a constituição músculo-aponeurótica da zona de Spiegel é o fator etiológico considerado mais importante<sup>2,14</sup>. As causas predisponentes mais citadas são: obesidade, gestações múltiplas, ascite, tosse crônica, esforço físico constante e violento, perda de peso súbita, incisões abdominais prévias, obstrução intestinal e doenças prostáticas<sup>2,6,8,13,14</sup>. A associação com incisão abdominal prévia ocorre em 50% dos casos, os fatores etiológicos mais significativos são a obesidade e cirurgia abdominal ou inguinal prévia, esta última justificada pela criação de linhas de tensão anormais, criadas pelas incisões anteriores<sup>14-16</sup>. O caso apresentado, além de se tratar de uma paciente obesa

(IMC de 30,1), relatava como antecedente cirúrgico uma cesárea e três herniorrafias incisionais o que direcionou nosso raciocínio para a quarta recidiva.

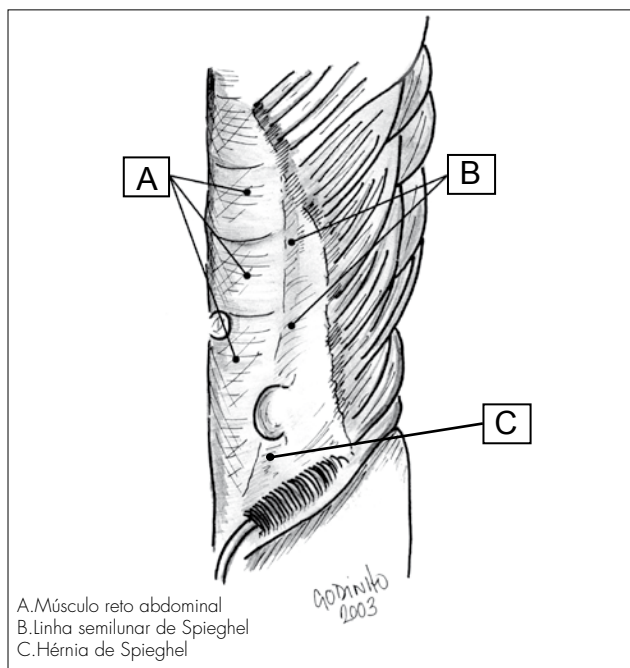
HS é uma hérnia rara, geralmente aparece na idade adulta após a 4ª década de vida, não há predileção para o sexo e raramente é bilateral<sup>1,5,6,12-16</sup>. A maioria destas hérnias aparece caudalmente à cicatriz umbilical<sup>3,4,8,9</sup> (Figura 4).

Seu diagnóstico é essencialmente clínico e os sintomas, quando presentes, manifestam-se como massa palpável, dor ou a combinação de ambos<sup>3,7,8</sup>. A hipótese de hérnia de Spiegghel deve ser considerada em pacientes com queixa de dor abdominal baixa, sem causa definida<sup>16,17</sup>. Estas hérnias habitualmente penetram entre os músculos transverso do abdome e oblíquo interno, dissecando o espaço logo abaixo do músculo oblíquo externo<sup>1,2,11,12</sup>, como no caso relatado. A Figura 1 ilustra o abaulamento produzido pela HS, sob a aponeurose do músculo oblíquo externo, que se encontrava íntegro. A hérnia esconde-se sob a aponeurose do músculo oblíquo externo e frequentemente, quando examinamos o paciente, não achamos alterações, pois a hérnia não aparece no espaço subcutâneo. Assim, sua sintomatologia é pobre e inespecífica sendo úteis exames de imagem como enema opaco, tomografia computadorizada ou ultra-sonografia abdominal<sup>3,8-10</sup>. No caso apresentado o diagnóstico da HS só foi realizado no intra-operatório, o que é descrito na literatura<sup>3,4,8-10</sup>. O diagnóstico pré-operatório ocorre aproximadamente em 50% dos casos<sup>16-18</sup>. Cerca de 30% dos pacientes apresentam quadro de hérnia encarcerada<sup>6</sup>.

Hérnia inguinal indireta, lipoma, hematoma da bainha do reto abdominal, seromas, abscessos, tumores desmoides, tumores da parede abdominal, entre outros, fazem parte do diagnóstico diferencial deste tipo de hérnia<sup>1,2,8,11,12,14</sup>.

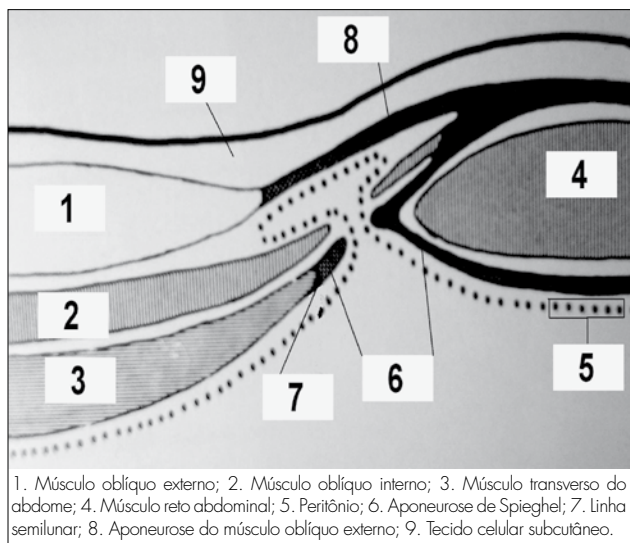
O tratamento da HS é cirúrgico, como em todas as hérnias da parede abdominal<sup>1,5,6,8,11-13,16-19</sup>. A correção cirúrgica pode ser realizada através de uma incisão sobre tumor herniário, por laparotomia mediana ou videolaparoscopia<sup>1,4,7</sup>. Após tratamento do saco herniário, a correção do anel herniário pode ser realizada com sutura em um ou dois planos das aponeuroses dos músculos oblíquo interno e transverso do abdome<sup>3</sup>. Em muitos casos, a sutura plano a plano é suficiente, mas quando a falha da parede é grande e a sutura músculo aponeurótica não é segura, como no caso apresentado, há indicação do uso da tela de polipropileno<sup>3,7-9</sup>.

A complicação pós-operatória mais temida e a mais freqüente é a infecção<sup>20</sup>. Os resultados são favoráveis com nenhum ou escasso número de recidivas<sup>3,4,7-10</sup>.



**Figura 3**

### Anatomia topografia da Hérnia de Spiegghel



**Figura 4**

### Corte transversal da parede abdominal revelando a falha músculo- aponeurótica por onde se exterioriza a HS

## Referências bibliográficas

1. Alsted U. Spontaneous lateral ventral Spighelian hernia. *Acta Chir Scand* 1973;39:677-9.
2. Gravier L, Bronsther B, Feins NR, Mestel AL. Pediatric lateral ventral (Spighelian) hernias. *Southern Med J* 1978;81:325-6.
3. Larson DW, Farley DR. Spighelian hernias: Repair and outcome for 81 patients. *World J Surg* 2002;26:1277-81.
4. Oliveira MR, Fujimura I, Speranzini MB. Hérnia de Spieghel. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1963;18:65-72.
5. Antony J, Medlery AV. Congenital bilateral Spighelian hernia. *Int Surgery* 1972;57:580-2.
6. Leme PLS, Soler WV, Terzian HG, Hohne OMP. Hérnia de Spieghel. Relato de quatro casos. *Rev Col Bras Cir* 1990;17:114-8.
7. Ondo NF, Lorofi R, Comes G. Les hernies de Spieghel. A propos d'une série de 31 cas. *J Chir* 1992;129:210-2.
8. Spangen L. Spighelian hernia. *World J Surg* 1989;13:573-80.
9. Artioukh DY, Walker SJ. Spighelian hernia: presentation, diagnosis and treatment. *J R Coll Surg Edinburgh* 1996;41:241-3.
10. Spagen L. "Spieghel hernia". In: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Hernia*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia J B Lippincott Company; 1995. p. 381-92.
11. Monteiro JA, Perrota U, Saraiva PRN, Pavan AJP *et al.* Hérnia de Spieghel estrangulada. *Rev Bras Cir* 1984;74:309-12.
12. Lamphier TA. Spighelian hernia. *Int Surg* 1982;67:395-7.
13. Joliff LL, Letoquart JP, Foucaud X, Langella B *et al.* Les hernies ventrales latérales ou de la ligne de Spieghel. A propos de 8 nouvelles observations. *J Chir* 1985;112:409-13.
14. Balthazar EJ, Subramanyan BR, Megibow A. Spighelian hernia: CT and ultrasonography diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1984;9:81-4.
15. Mills JL, Selinkoff PM. Spighelian hernia: uncommon or unrecognized? *Southern Med J* 1985;78:411-3.
16. Frazon O, Nitschke CAS, D'Ancora AJ, Niere TM. Hérnia de Spieghel: Relato de caso. *Arq Catarin Med* 1994;23:5-8.
17. Brahmbrhatt D, Fogler R. Colonic obstruction secondary to incarcerated Spighelian hernia. *Dis Colon Rectum* 1990;33:305-7.
18. Jain KM, Hasting OM, Kunz VP, Lazaro EJ. Spighelian hernia. *Am Surgeon* 1977;96-600.
19. Weiss Y, Lernau OZ, Nissan S. Spighelian hernia. *Ann Surg* 1974;180:836-9.
20. Fraga JCS, Benfica FS, Gaffré AO, Cantisini GPG. Hérnia de Spieghel: Relato de um caso e revisão da literatura. *Rev HCPA* 1985;5:135-7.

### Endereço para correspondência:

Alexandre Cruz Henriques  
Rua Mediterrâneo, 928  
São Bernardo do Campo  
Tel.: (11) 4125-9177  
E-mail: achenriques@uol.com.br