

Hérnia de Richter: relato de caso e descrição cirúrgica

Richter's Hernia: case report and surgical description

Dielly Chaves Moreira¹, Larisce Lopes Sarmiento¹, Felipe Siqueira Teixeira¹, Lidiane Quaresma¹, Pedro Amorim Vidal², Ingrid Sarmiento Guedes²

1 – Médico(a) preceptor de Cirurgia do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.

2 – Graduando(a) em medicina pela Universidade de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido em: 04/03/2024

Artigo aceito em: 12/04/2024

Conflitos de interesse: Não há.

RESUMO

A hérnia de Richter é uma condição rara em que uma porção da borda antimesentérica do intestino protrui através do defeito herniário, podendo resultar em obstrução intestinal e complicações graves se não forem tratadas adequadamente. Trata-se de uma condição com gravidade variável que pode levar ao estrangulamento ou encarceramento, exigindo intervenção cirúrgica imediata. Embora geralmente os pacientes apresentem dor abdominal, os sintomas podem ser vagos e o diagnóstico diferencial deve levar em consideração outras condições. Nesse contexto, a tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia são geralmente o exame de escolha para o diagnóstico. Este estudo tem como propósito relatar e descrever um caso bem-sucedido de correção de Hérnia de Richter em uma mulher de 66 anos, atendida em nosso serviço. Durante a cirurgia, identificou-se um encarceramento e sinais de necrose no saco herniário, o que exigiu uma laparotomia subsequente para uma avaliação mais detalhada do encarceramento.

Palavras-chave: Hérnia; Herniorrafia; Isquemia mesentérica.

ABSTRACT

Richter's hernia is a rare condition in which a portion of the antimesenteric border of the intestine protrudes through the hernial defect, potentially leading to intestinal obstruction and severe complications if not appropriately treated. It is a condition of varying severity that can result in strangulation or incarceration, necessitating immediate surgical intervention. Although patients typically experience abdominal pain, symptoms can be vague, and the differential diagnosis should consider other conditions. In this context, computed tomography and/or ultrasonography are usually the preferred diagnostic modalities. The purpose of this study is to report and describe a successful case of Richter's hernia correction in a 66-year-old woman treated in our facility. During surgery, incarceration and signs of necrosis were identified in the hernial sac, requiring subsequent laparotomy for a more detailed evaluation of the incarceration.

Keywords: Hernia; Herniorrhaphy; Mesenteric Ischemia.



INTRODUÇÃO

A hérnia de Richter é uma condição rara em que uma porção da borda antimesentérica do intestino protrui através do defeito herniário, podendo resultar em obstrução intestinal e complicações graves se não tratada adequadamente ^(1,2).

Trata-se de uma condição com gravidade variável, podendo levar a estrangulamento ou encarceramento, o que pode ocasionar isquemia intestinal e necrose, exigindo intervenção cirúrgica imediata. Essa condição pode ser confundida com outras formas de hérnia devido a sua apresentação atípica, o que pode resultar em um diagnóstico tardio e aumento da morbidade ^(2,3,4).

As hérnias de Richter podem ocorrer em qualquer idade, mas são mais comuns em pacientes idosos entre 60 e 80 anos, com uma incidência ligeiramente maior na população feminina. Cerca de 10% de todas as hérnias são do tipo Richter, sendo o canal femoral o local mais comum de ocorrência. A taxa de mortalidade em torno das hérnias de Richter estranguladas é de 17%. ^(1,4)

Embora geralmente apresentem dor abdominal, os sintomas podem ser vagos e o diagnóstico diferencial deve levar em consideração outras condições, como massas abdominais, obstrução intestinal e hérnias estranguladas. Nesse contexto, a tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia é geralmente o exame de escolha para o diagnóstico. ⁽⁴⁾

RELATO DE CASO

Feminino, 66 anos, procurou o atendimento médico com dor abdominal em região umbilical com irradiação difusa, associada a náuseas, tontura e vômitos em jato com 48h de evolução.

Paciente em bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril, normocorada e hidratada. Ao

exame abdominal, apresentava dor de moderada intensidade a palpação, com presença de abaulamento não redutível em região inguinal direita. Foi submetida à tomografia abdominal que evidenciou a presença de hérnia em região inguinal direita com ânulo de 1,8 cm, contendo alça ileal em seu interior, comprimido a mesma, determinando acentuada distensão líquida de alças delgadas a montante, sugestivo de obstrução por compressão herniária.

A paciente foi submetida a herniorrafia femoral, apresentando achado intraoperatório de hérnia femoral com presença de encarceramento da borda antimesentérica do intestino delgado com sinais de necrose no saco herniário (Figura 1 e 2). Foi realizada laparotomia exploradora para avaliar o encarceramento de parte de alça de delgado para o orifício do canal femoral. O saco herniário não pôde ser reduzido para dentro da cavidade, devido ao colo estreito, sendo realizado a abertura do saco e posterior redução de segmento de alça de delgado.

Foi observado um segmento de delgado a cerca de 30 cm da válvula ileocecal com empalidecimento. Após a lavagem com soro aquecido, a alça manteve-se com tonalidade rósea, com boa circulação sanguínea e com início de peristalse. Foi realizada secção de parte do saco herniário até sua redução, visto que o mesmo apresentava-se de cobertura peritoneal, inclusive com parte de peritônio que recobria a bexiga. Foi realizada a sutura do orifício de peritônio com Prolene e herniorrafia femoral pela técnica de McVay, fixação do tendão conjunto ao ligamento de Cooper, encerrando o orifício femoral e posterior síntese da aponeurose do músculo oblíquo externo.

No pós-operatório, a paciente evoluiu sem queixas, com diurese, mas ainda negando flatos e evacuações. Aceitou dieta pastosa via oral e apresentou ferida operatória limpa e seca em condições de alta hospitalar 2 dias após a cirurgia.

Figura 1 - Hérnia femoral encarcerada



Figura 2 - Segmento de alça de intestino delgado com sinais de isquemia na borda antimesentérica. Imagem do intraoperatório



DISCUSSÃO

Uma das primeiras descrições de uma Hérnia de Richter (HR) foi feita por August Gottlieb Richter em 1778. Ele observou que esse tipo de hérnia ocorria quando havia protrusão de parte da circunferência do intestino através de um orifício herniário, com apenas parte da sua circunferência sendo afetada, podendo levar a complicações graves como isquemia, necrose e perfuração de víscera oca. ^(1,4,5,6)

Em casos de HR, pode haver pressão direta do anel de constrição sobre a parede intestinal, podendo comprometer a circulação sanguínea, causando isquemia e gangrena e, por isso, essa condição é responsável por 6 a 10% das hérnias estranguladas com evolução para gangrena. Outro fator que corrobora para essa situação, é o local das arteríolas terminais, no bordo antimesentérico, atrasando o diagnóstico e justificando o desenvolvimento das necroses. ⁽⁷⁾

O canal femoral possui margens firmes e é o local principal da HR, pois essa patologia ocorre, principalmente, em anéis herniários pequenos que não permitem a infiltração de uma alça intestinal, porém capazes de reter parte da circunferência da parede intestinal. Apesar disso, a HR pode ser observada também na linha de Spigel, na região inguinal, no local da incisão ou do dreno. ⁽⁷⁾

É comum a associação dessa hérnia com hérnias femorais, numa incidência que varia de 33 a 88% dos casos. Algumas variáveis modificáveis e não modificáveis podem predispor o aparecimento de hérnias femorais, como obesidade, gestação, constipação e idades avançadas. Apesar dessa patologia acometer qualquer faixa etária, a maior incidência é entre 60 e 80 anos e, principalmente, no sexo feminino. ^(4,8)

Trata-se de uma patologia que requer um alto índice de suspeita clínica e um diagnóstico precoce para evitar complicações graves. Como descrito neste relato de caso, a apresentação atípica e os sintomas vagos, como apenas dores abdominais, febre, vômitos, distensão abdominal e abaulamento da região inguinal, podem levar a um diagnóstico tardio, muitas vezes apenas no intraoperatório, aumentando a morbimortalidade associada à condição. ^(4,8)

Para iniciar o reparo da HR deve-se, primeiramente, observar a localização, a viabilidade do

tecido intestinal e a abordagem cirúrgica realizada para o diagnóstico e tratamento dessa condição. A técnica de McVay é utilizada em hérnias inguinais grandes, indiretas, recorrentes e femorais. Essa técnica consiste em: liberar o cordão espermático, destruir o orifício profundo do canal inguinal, dissecar a fáscia femoral anterior para visualizar a artéria e veias femorais. Por conseguinte, dissecar até a linha média, removendo a gordura e gânglios linfáticos do canal femoral, seccionar e ligar quaisquer colaterais para a circulação do obturador e ressecar segmentos de fáscia transversalis com prejuízos. Em casos de pequenas hérnias diretas, há a inversão e em grandes hérnias abertas, há a excisão do excesso. O cremaster é seccionado ao nível do orifício profundo para visualizar o cordão espermático e a parede posterior do canal inguinal é refeita.⁽⁹⁾

CONCLUSÃO

Em conclusão, a hérnia de Richter é uma condição rara, mas potencialmente grave, que requer um alto índice de suspeita clínica e um diagnóstico precoce para evitar complicações graves. O caso apresentado destaca a importância do diagnóstico diferencial e do uso de exames de imagem para o diagnóstico. O tratamento cirúrgico é geralmente bem-sucedido, mas a morbidade e mortalidade podem ser elevadas em casos de diagnóstico tardio ou complicado.

REFERÊNCIAS

1. Bohatch Júnior MS, Silva AFV da, Monfredini NH, Kakinami E, Lima AC. Hérnia femoral de Richter. *Relatos de Casos Cirúrgicos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2018;4(4):1–3.
2. Agrawal S, Daruwala C. Richter's hernia. *Clinical Imaging*. 2013 May;37(3):593–4.
3. Fischer DJ, Rivin M, Perry ZH. A Port Site Richter's Hernia. *The American Surgeon* [Internet]. 2020 Dec 19 [cited 2023 Apr 6];3134820979186. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342300/>
4. Regelsberger-Alvarez CM, Pfeifer C. Richter Hernia [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725912/>
5. Habib Faridi S, Siddiqui B, Amanullah Khan M, Anees A, Ali SA. Suprapubic Fecal Fistula Due To Richter's Inguinal Hernia: A Case Report and Review of Literature. *Iranian journal of medical sciences* [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 7];38(2):129–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700059/>
6. Bayeh A, Limenh S. Richter's Type Recurrent Indirect Inguinal Hernia, an Extremely Rare Occurrence: A Case Report. *Open Access Emergency Medicine*. 2022 Jul;Volume 14:323–6.
7. COELHO, Julio Cezar Uili; HAJAR, Faissal Nemer; MOREIRA, Gabriela Araujo; HOSNI, Andréa Virmond El; SAENGER, Bruna Freitas; AGUILERA, Yan Sacha Hass; COSTA, Marco Aurelio Raeder da; CLAUS, Christiano Marlo Paggi. FEMORAL HERNIA: uncommon, but associated with potentially severe complications. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-5, 2021. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020210002e160>
8. Batista, A.B.E.; Araújo, A.C.A.A.; Vieira, R.R.B.T.; Pentagna, B.T.; de Paula, J.F.; Batista, C.A.M. Hérnia de Richter: Relato de caso. *Revista de Saúde*. 2019 Jul./Dez; 10 (2): 66-70
9. SETTE, Tássio Abreu de Miranda. HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL - REVISÃO DA LITERATURA. 2021. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal Fluminense de Niterói, Niteroi, 2021.

* Autor correspondente:

Pedro Amorim Vidal

Email:

pedroamorimv@hotmail.com