

Hérnia de Richter: Relato de caso

Richter's Hernia: case report

Ana Beatriz Esteves Batista[†], Ana Claudia Aguiar Alves Araújo[†], Richard Raphael Borges Tavares Vieira[†], Bernardo Teixeira Pentagna[†], Joaquim Ferreira de Paula[†], Carlos Augusto Marques Batista[†]

Como citar esse artigo. 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.

Resumo

A hérnia de Richter é uma hérnia abdominal rara em que apenas parte da circunferência do intestino é aprisionada e estrangulada no orifício herniário. Representa 6 - 10 % do total das hérnias estranguladas. O anel femoral é o local mais comum e o íleo, o segmento intestinal mais envolvido; porém, o advento da cirurgia laparoscópica, trouxe outros locais para sua formação. Suas manifestações clínicas são bastante variadas porque na maioria das vezes não ocorre obstrução completa do intestino e o diagnóstico é feito no ato operatório e já se encontra estrangulamento intestinal. O tratamento é cirúrgico, por laparotomia ou laparoscopia, consistindo em correção do defeito herniário com ou sem ressecção intestinal. Neste trabalho é apresentado o relato de um homem de 65 anos com um tipo raro de hérnia de Richter e que, apesar dos exames de imagens, teve seu diagnóstico tardio e confirmado somente durante o tratamento operatório, o que está em acordo com a literatura. Evoluiu mal, vindo a óbito poucos dias após abordagem. Isso mostra a importância do tema e de maior divulgação destes casos, que ainda representam desafios mesmo em centros especializados em cirurgia abdominal.

Palavras-chave: Hérnia Umbilical, Obstrução Intestinal, Perfuração Intestinal, Hérnia de Richter, Laparotomia.

Abstract

Richter's hernia is a rare abdominal hernia in which only part of the gut's circumference is trapped and strangled in the hernial orifice. Occurs in 6% - 10% of total strangulated hernias. The femoral ring is the most common site and the ileum the most involved intestinal segment; however the advent of laparoscopic surgery brought other sites for Richter's hernia formation. Its clinical manifestations are quite varied, because most of the time there is no complete obstruction of the bowel and the diagnosis is made during surgery and intestinal strangulation is already present. The treatment is surgical, by laparotomy or laparoscopy, consisting of correction of the hernial defect with or without intestinal resection. A report of a 65-year-old man with abdominal pain and distension, nausea and vomiting for four days is presented, who on physical examination presented painful and irreducible bulging in the umbilical scar, with finding a necrotic bowel and who underwent intestinal resection. This paper presents a report of a 65-year-old man with a rare type of Richter's hernia and that, despite imaging, the diagnosis was late and confirmed only during the operative treatment, which is in agreement with the literature. Evolved poorly, dying a few days after approach. This shows the importance of the topic and the widespread dissemination of these cases, which still represent challenges even in centers specialized in abdominal surgery.

Keywords: Hernia Umbilical, Intestinal Obstruction, Intestinal Perforation, Richter's hernia; Laparotomy.

Introdução

A Hérnia de Richter (HR) é uma hérnia abdominal em que apenas parte da circunferência do intestino é aprisionada e estrangulada no orifício herniário¹⁻¹⁵. Pode ocorrer em qualquer local usual de hérnia, sendo mais comum em anel femoral^{1,4-6,9,11,13,14}. O íleo terminal é o segmento mais frequentemente envolvido^{1-7,9,13,14}. Representa 6% - 10% do total das hérnias estranguladas e progride mais rapidamente para gangrena do que as demais hérnias estranguladas^{1,2,7,13,14}.

As cirurgias laparoscópicas apresentam complicações, sendo uma delas o desenvolvimento de

hérnias no sítio de inserção dos trocarters^{1,3,8,12,14}. Suas manifestações clínicas são bastante variadas e podem ser divididas em três grupos de apresentações^{1,2,5,8,13,14}. Muitas das HR já se encontram estranguladas quando diagnosticadas, o que aumenta a gravidade desta condição^{1,2,5,9,13,14}.

Exames de imagem são de utilidade duvidosa em seu diagnóstico precoce^{2,8} e o exame clínico continua a ser a chave para o diagnóstico correto e tempo exato para a cirurgia^{2,9,13,14}. O tratamento é cirúrgico, sendo a técnica ideal a laparotomia exploradora com ressecção da alça intestinal comprometida^{1,2,5,13,14}. A HR está associada a uma taxa de mortalidade extremamente

Afiliação dos autores:

[†] Curso de Medicina do Centro Universitário de Valença da Fundação Dom André Arcoverde (UNIFAA), Hospital Escola de Valença (HEV), Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC) - Fundação Dom André Arcoverde (FAA), Valença, RJ, Brasil

* Email de correspondência: rrbtv@hotmail.com

Recebido em: 24/06/19. Aceito em: 04/10/19.

alta^{1,2,5,9,13,14}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de HR de cicatriz umbilical em paciente masculino, que apesar dos exames de imagens, teve o diagnóstico tardio sendo somente comprovado durante o tratamento operatório. O trabalho foi realizado no Hospital Escola de Valença (HEV) e aprovado na CEP – UNIFAA com o parecer de número 2.270.265.

Relato de Caso

Homem de 65 anos deu entrada no Pronto Socorro do HEV com quadro de dor e distensão abdominal, náuseas, vômitos, hiporexia e diarreia, com início há quatro dias. Antecedentes de hipertensão arterial e colecistectomia há três anos. Ao exame físico: lúcido e orientado, desidratado, hipocorado, taquicárdico, normotenso, acianótico, eupneico e afebril. Abdome distendido, com presença de cicatriz mediana e abaulamento irreduzível na cicatriz umbilical; doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, sem visceromagalias, hipertimpânico e peristáltico. Hemograma evidenciou leucocitose com desvio a esquerda e gasometria com alcalose metabólica.

No dia seguinte, apresentou-se ainda taquicárdico e hipotenso, com abdome mais distendido e doloroso à palpação superficial e profunda, além de tumoração irreduzível em cicatriz umbilical. Radiografia de tórax evidenciou pneumoperitônio (Figura 1) e a tomografia computadorizada de abdome confirmou o pneumoperitônio com acentuada distensão hidroaérea das alças de intestino delgado e aparente hérnia umbilical com insinuação de alça, podendo estar relacionado ao quadro de obstrução intestinal (Figura 2).

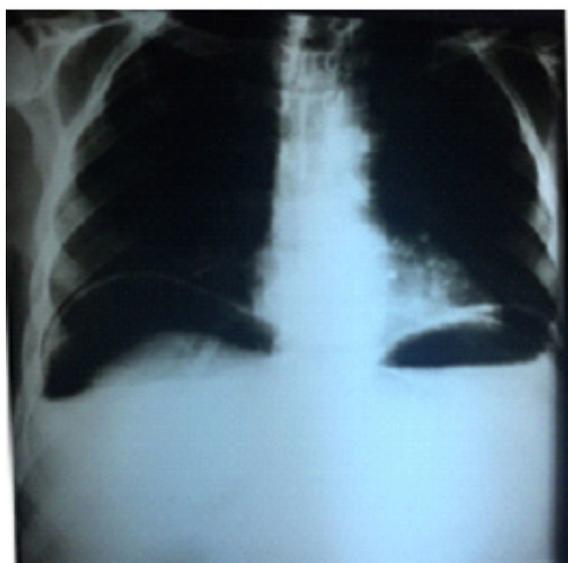


Figura 1. Radiografia de tórax demonstrando pneumoperitônio à direita (autoria própria).



Figura 2. Tomografia computadorizada de abdome demonstrando ar na cavidade e protrusão intestinal em região umbilical (autoria própria).

O paciente foi submetido à laparotomia mediana supra e infraumbilical, com achado operatório de ar livre, peritonite purulenta difusa e secreção entérica na cavidade abdominal; intestino delgado (íleo) estrangulado na cicatriz umbilical pela borda contramesentérica, onde havia perfuração (Figuras 3 e 4).

Foi realizada a redução do conteúdo herniário, enterectomia parcial com enteroenteroanastomose término-terminal em plano único com fio de polipropileno 00, limpeza com soro morno e fechamento da parede e anel herniário sem o uso de tela.

O pós-operatório foi conduzido em Unidade de Terapia Intensiva com necessidade de suporte ventilatório e hemodinâmico, mantendo-se muito grave e séptico, evoluindo para óbito 48 horas depois. Laudo histopatológico mostrou segmento de íleo medindo 15 x 3,5 x 3,0 cm, com fissura de 0,8 cm distando 7 cm da margem proximal e edema intenso em parede, além de congestão, infiltrado inflamatório polimorfonuclear, principalmente na serosa. Constatou-se ausência de sinais de malignidade.

Discussão

A HR é definida como uma hérnia rara de parede abdominal em que apenas parte da circunferência de uma alça intestinal é aprisionada e estrangulada no orifício herniário^{1-9,13-15}. O primeiro caso de HR foi relatado por Fabricius Hildanus em 1598 ou 1606^{1,2,4,5,9,14} e a primeira descrição científica foi dada, segundo a literatura, por August Gottlieb Richter ou August Richter de Göttingen em 1778 ou 1785, sendo apresentada como "a pequena ruptura"^{1,4,5,7,9,13,14}. Em 1887, Sir Frederick Treves foi quem propôs o título HR^{9,14}.

É mais comum no sexo feminino, sendo a faixa etária mais acometida dos 60 a 80 anos, mas há casos descritos em lactentes^{2,4,6,9,14,15}. No caso relatado,

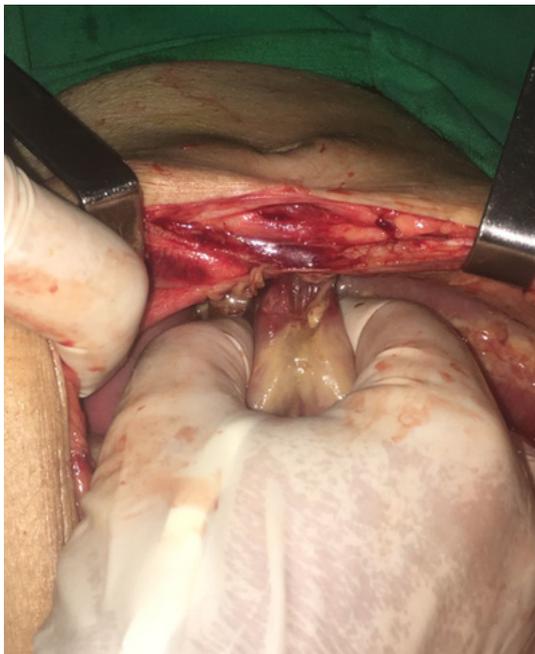


Figura 3. Ato cirúrgico com abertura da cavidade e visualização do conteúdo herniário (autoria própria).

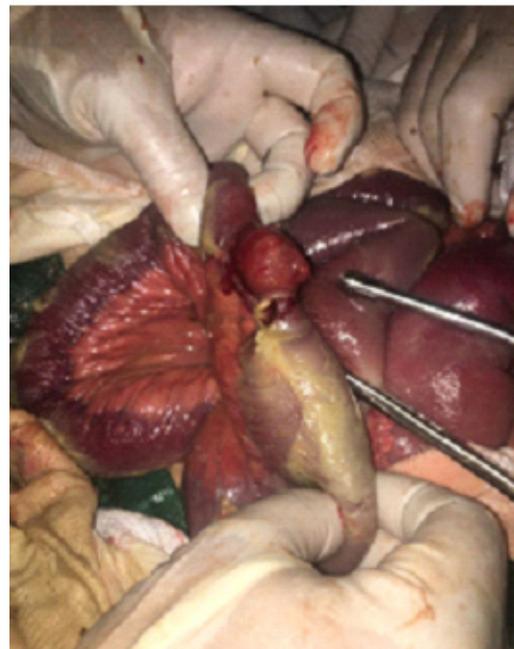


Figura 4. Ato cirúrgico evidenciando Hérnia de Richter estrangulada com sinais flogísticos locais e perfuração do intestino delgado em topografia ileal (autoria própria).

foi observada em um homem dentro da faixa etária estabelecida pela literatura, com antecedente de cirurgia abdominal prévia de colecistectomia.

A HR pode ocorrer em qualquer local usual de hérnia, sendo mais comum no anel femoral (71 - 88%), seguido pelo canal inguinal (12 - 24%) e hérnia incisional abdominal (4 - 25%)^{1,2,4-7,9,11,13,14}. Localizações raras como umbilical, Spiegel, triângulo de Petit, hérnias obturadoras, hérnias internas, locais de inserção de drenos abdominais e local de inserção de cateter de Tenckhoff também foram descritas^{1-3,5,6,10,14,15}. Steinke relatou 94% de casos na região inguinal, assim como outros autores por ele citados. Esse pesquisador encontrou também em sua série um paciente com uma forma peculiar e de causa controversa de hérnia inguinal, cujo local de herniação era formado por um defeito no tendão conjunto, acima e lateralmente ao tubérculo púbico, e que Eckhart, Hancock e Horbach denominaram Hérnia de Busoga, porque descobriram uma alta incidência no distrito de Busoga, no centro de Uganda¹⁴. No caso relatado o orifício herniário foi a cicatriz umbilical, localização rara de aparecimento de HR, conforme dito na literatura.

As cirurgias laparoscópicas revolucionaram a prática cirúrgica e cada vez mais procedimentos complexos são realizados usando essa técnica. Porém, essa expansão e complexidade vieram acompanhadas de complicações, sendo uma delas o desenvolvimento de hérnias no sítio de inserção dos trocartes que apresenta incidência estimada em 0,65 a 2,8%,^{1-3,8,12,14}. A laparoscopia, então, tem criado um novo local possível

para o desenvolvimento de HR, sendo o primeiro caso relatado em 1977¹⁴. Vários fatores estão associados, tais como: trocater com diâmetro de 10 a 20 mm, trocarte na linha média, fechamento incompleto da fâscia no local de punção, obesidade, má nutrição e infecção local^{3,4,8,9,12,14}.

Na maioria dos casos de HR, menos de dois terços da circunferência da parede intestinal está envolvida^{1,2,4-6,9,13-15}. A porção da alça encarcerada é a borda antimesentérica e o mesentério geralmente não faz parte do conteúdo herniário^{1,13}. Qualquer porção do estômago, jejuno, íleo, cólon, apêndice ou omento pode ser comprometido; o íleo terminal é o segmento mais frequentemente envolvido^{1-9,13,14}.

São condições indispensáveis para a formação desta hérnia o tamanho e consistência do orifício herniário, que deve ser grande o suficiente para captar a parede intestinal, mas pequeno o suficiente para evitar a protrusão de uma alça inteira de intestino^{1,2,14}.

A HR representa 6 - 10% do total das hérnias estranguladas e progride mais rapidamente para gangrena do que as demais. Isso é explicado pelo anel de constrição apertado que exerce pressão direta sobre a parede do intestino causando comprometimento da circulação sanguínea, isquemia e gangrena. Além disso, é no bordo antimesentérico que predominam as arteríolas terminais, o que não produz sinais e sintomas de obstrução intestinal, atrasando o diagnóstico ou levando a diagnósticos incorretos ajudando também no desenvolvimento da necrose^{1,2,7,13,14}. Horbach, ao analisar 146 hérnias estranguladas encontrou 45 HR,

sendo 31 pacientes (69%) com necrose intestinal nos casos de HR e apenas 25 (25%) nos outros 101 pacientes^{1,14}. Steinke relatou elevada frequência de HR na África Central, onde encontrou 81% de HR entre as hérnias estranguladas, fato explicado pela peculiaridade anatômica do orifício herniário e também pelo mau estado nutricional dos pacientes¹⁴.

O estrangulamento pode levar à perfuração do segmento intestinal comprometido para a cavidade peritoneal causando uma peritonite generalizada, ou a perfuração do mesmo dentro do saco herniário, gerando uma perfuração local e formação de abscesso, que pode ser em bolsa escrotal ou vulva ou então vir a drenar o conteúdo para o exterior espontaneamente e formar assim uma fistula enterocutânea^{1,2,5,9,13,14}.

As manifestações clínicas são bastante variadas, podendo ser obscuras e enganosas, principalmente em obesos e imunossuprimidos. Podem ser divididas, segundo Gillespie (1956) em três grupos. No primeiro grupo, os sintomas são consequentes à obstrução intestinal, parcial ou total, como náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal. Se menos de um terço da parede intestinal está envolvida não há obstrução, entre um terço e dois terços de parede envolvida há obstrução parcial e se mais de dois terços envolvidos os sintomas de obstrução se tornam bem evidentes. No segundo grupo, os pacientes se apresentam com uma fistula enterocutânea ou uma massa inflamatória dolorosa secundária ao estrangulamento e necrose de parte da circunferência intestinal. Sintomas clínicos de obstrução intestinal podem preceder a formação de fistula ou abscesso. A formação de fistula previne a ocorrência de peritonite generalizada. No terceiro grupo, estão os pacientes submetidos à correção de uma hérnia comum, com achados abdominais mínimos, sendo a HR complicada um achado intraoperatório. Este grupo tem morbimortalidade aumentada pela possibilidade de atraso no diagnóstico^{1-5,8,10,13,14}. O caso relatado pareceu estar mais identificado com o último grupo.

Muitas das HR já se encontram estranguladas quando diagnosticadas. Os sintomas discretos e achados físicos escassos que ocorrem no início em alguns pacientes, levam a um diagnóstico errôneo ou tardio e a um aumento na incidência de complicações. Associa-se a uma taxa de mortalidade extremamente alta, podendo chegar a 24%, o que enfatiza a gravidade desta condição^{1,2,5,9,13,14}. Embora rara, não é uma curiosidade cirúrgica, e com a cirurgia laparoscópica cria-se um novo local para desenvolvimento da HR e o aumento de sua incidência, o que pode aumentar também a facilidade de seu diagnóstico, evitando-se assim quadros mais graves¹⁴. Portanto, considerando a crescente popularidade das cirurgias laparoscópicas e a possibilidade de desenvolvimento de hérnia nos locais de inserção de trocartes e drenos, a consciência deste tipo de hérnia e suas características clínicas são

importantes^{2,9,10,13,14}.

O caso aqui relatado era de paciente do sexo masculino e com hérnia em cicatriz umbilical, dados estes incomuns na literatura.

Tomografia abdominal ou outros estudos de imagem são de utilidade duvidosa no diagnóstico precoce, porque o pequeno segmento da parede do intestino preso é difícil de ser visualizado na tomografia e os estudos de imagem não são reveladores nas fases iniciais^{2,8,14}. Mas a tomografia pode ser um complemento útil para mostrar alça intestinal encarcerada em anel herniário, atuando assim como um guia para a intervenção^{10,12,13}. No caso aqui descrito, a tomografia teve importância na confirmação do pneumoperitônio suspeitado pela radiografia, bem como na visualização de demais achados intrabdominais.

Independente dos exames de imagem sofisticados, o prognóstico pode ser melhorado significativamente apenas com a inclusão desta doença no diagnóstico diferencial de dor abdominal não-característica. O diagnóstico pode permanecer presuntivo até ser confirmado na cirurgia. No caso aqui descrito, não houve a suspeita clínica e nem através dos exames de imagens, sendo a cirurgia indicada para tratar uma outra causa de pneumoperitônio, elucidada a causa real somente no ato cirúrgico.

O tratamento da HR pode ser por laparotomia ou laparoscopia^{2,7,10,13,14}. Em alguns pacientes com HR sem sinais aparentes de necrose e perfuração, pode ser realizado apenas a correção da hérnia com ou sem o uso de tela e a via de acesso utilizada pode ser a mesma para a herniorrafia clássica^{2,4,5,10,11,13,14}. Entretanto, nos casos de necrose intestinal, perfuração ou fistula é necessário uma laparotomia exploradora para ressecção da alça intestinal comprometida^{1,2,5,13,14}. Quando há necrose e infecção no local do defeito anatômico da parede, é melhor drenar amplamente a cavidade ou deixá-la aberta, e voltar num segundo tempo para reparar a hérnia¹⁴. Em outros casos, em alça intestinal com área pequena de necrose sem perfuração e que não se estende para a margem mesentérica, pode-se fazer uma sutura invaginante no local¹⁴. No presente caso, em função da não presunção diagnóstica pré-operatória e da gravidade do paciente, decidiu-se pela abordagem laparotômica, que permitiu uma abordagem adequada através da ressecção do segmento ileal comprometido.

Conclusões

Sendo a HR uma entidade cirúrgica rara e com prognóstico muito reservado, sua suspeição deve ser levantada em casos de abdome agudos não explicados por outras causas, principalmente em pacientes já submetidos a cirurgias laparoscópicas, já que este advento proporcionou um novo local de desenvolvimento desta

hérnia^{1,5,9,13,14}.

Seu diagnóstico pode ser somente confirmado no ato cirúrgico, mas exames de imagem costuma auxiliar em casos mais avançados, onde outras alterações associadas à HR podem ser encontradas. Apesar disso, sua abordagem não deve ser retardada em aguardo de exames de imagem^{2,9,13,14}.

O tratamento é sempre cirúrgico e deve ser realizado o mais rápido possível, dada sua alta morbimortalidade. Todavia, nem sempre é necessário laparotomia exploratória²⁻¹⁴.

Sobre o caso aqui apresentado, paciente do sexo masculino, a localização umbilical e os achados de pneumoperitônio não formaram subsídios suficientes para o diagnóstico pré-operatório. Infelizmente o diagnóstico do paciente foi realizado tardiamente, no 5º dia de evolução, não sendo o momento adequado para alterar seu prognóstico. Embora submetido a tratamento cirúrgico, o paciente evoluiu desfavoravelmente, falecendo no 7º dia de evolução dos sintomas, dois dias após o procedimento cirúrgico, em decorrência de sepse.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos a Sra. Rosalynn Leite Teixeira, bibliotecária do Curso de Medicina da UNIFAA, pela ajuda no levantamento bibliográfico do trabalho.

Referências Bibliográficas

- 1 Ahi KS, Moudgil A, Aggarwal K, Sharma C, Singh K. A rare case of spontaneous inguinal faecal fistula as a complication of incarcerated Richter's hernia with brief review of literature. *BMC Surgery* 2015;15:67.
- 2 Alarcón del Agua I, Jiménez Rodríguez R, Suárez Artacho G, García Carlos B. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102(10):611-612.
- 3 Bergamini V, Scarperi S, Franchi M, Ghezzi F. Umbilical Richter's hernia after minimally invasive laparoscopy: a case report. *Minerva Ginecol* 2007;59:629-31.
- 4 Chen W, Liu L, Huang H, Jiang M, Zhang T. A case report of spontaneous umbilical enterocutaneous fistula resulting from an incarcerated Richter's hernia, with a brief literature review. *BMC Surgery* 2017;17(15):1-5.
- 5 Coelho JCU, Motter Jr. A, Morais RS, Greca FH, Brenner S. Hérnia de Richter e de Littré. *Rev Col Bras Cir* 1986;13(4):145-148.
- 6 Foster D, Nagarajan S, Panait L: Richter-type Spigelian hernia. A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 2015;6:160-162.
- 7 Hartin Jr CW, Caty MG, Bass KD. Laparoscopy for perforated Richter hernia with incarcerated foreign body. *Journal of Pediatric Surgery* 2011;46:1449-1451.
- 8 Loret N, De Visschere M, Berwouts L. Unusual presentation of trocar site hernia after Roux-en-Y gastric bypass: case report. *Acta Chirurgica Belgica* 2017;117(1): 61-63.
- 9 Martis JJS, Rajeshwara KV, Shridhar MK, Janardhanan D, Sudarshan S. Strangulated Richter's Umbilical Hernia - A Case Report. *Indian J Surg*

2011;73(6):455-457.

10 Martins PN, Butt K, El-Sabrou R. Richter's hernia at a Tenckhoff catheter exit site. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010;20(3):136-8.

11 Parmar VS, Vaghasiya GN, Dave JP. A Rare Case of Richter's Variety of Obstructed Femoral Hernia in a Male. *Indian J Surg* 2015;77(Suppl 1):79-80.

12 Rammohan A, Naidu RM. Laparoscopic port site Richter's hernia - An important lesson learnt. *International Journal of Surgery Case Reports* 2011;2:9-11.

13 Sahsamani G, Samaras S, Gkouzis K, Dimitrakopoulos, G. Strangulated Richter's incisional hernia presenting as an abdominal mass with necrosis of the overlapping skin: A case report and review of the literature. *Clin Case Rep* 2017;5(3):253-256.

14 Steinke W, Zellweger R. Richter's Hernia and Sir Frederick Treves: An Original Clinical Experience, Review, and Historical Overview. *Ann Surg* 2000;232(5):710-8.

15 Yonekura S, Kodama M, Murano S, Kishi H, Toyoda A. Richter's Type of Incarcerated Obturator Hernia that Presented with a Deep Femoral Abscess: An Autopsy Case Report. *Am J Case Rep* 2016;17:830-833.