

Hérnia inguinoescrotal encarcerada

Inguinal hernia incarcerated

Lourival de Paiva Grillo Júnior¹, Samuel de Sousa Alencar¹, Icaro Pinto Silva¹,
Gleim Dias de Souza², Luciana Rodrigues Queirós de Souza³

Resumo

A hérnia inguinoescrotal encarcerada é notada como uma massa na região inguinal e escrotal, que não pode reduzir-se espontaneamente. É mais comum em homens, lactentes e nos idosos. A presença de massa intermitente na região inguinal é o quadro clássico de pacientes com hérnia. Se evoluir para o encarceramento poder-se-á apresentar vômitos, dor em cólica, distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e gases. O diagnóstico de hérnia encarcerada geralmente é feito através da palpação no exame físico. Todavia em alguns casos, utiliza-se a tomografia computadorizada, ultrassonografia. É importante que se verifique a presença de testículo no escroto, para excluir um testículo retrátil como causa do abaulamento na região inguinal. O diagnóstico e tratamento feitos precocemente evita complicações e melhora o prognóstico. Relatamos o caso clínico de um paciente de 79 anos de idade admitido no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) apresentando dor, edema, e aumento volumétrico da bolsa escrotal esquerda.

Palavras chave: Hérnia, inguinal, encarcerada, idoso, radiologia

Abstract

The inguinal hernia incarcerated scrotal mass is noted as the inguinal and scrotal region, which cannot be reduced spontaneously. It is more common in men, infants and the elderly. The presence of intermittent mass in the groin is the classic case of patients with hernia. To evolve incarceration power shall be present vomiting, colic pain, bloating and stop the elimination of feces and gases. The diagnosis of incarcerated hernia is usually done by palpation on physical examination. However in some cases, we use the CT scan, ultrasound, cystography and / or herniografia. It is important to check the presence of testicle in the scrotum to exclude a retractable testicle as a cause of bulging in the inguinal region. This made early diagnosis and treatment prevents complications and improves the prognosis. We report the case of a 79-year-old patient admitted to the Base Hospital of the Federal District (HBDF) presenting pain, swelling, and increased volume of the left scrotum.

Key words: Hernia, inguinal, incarcerated, elderly, radiology

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, doutor, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

3. Médica, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

E-mail do primeiro autor: lourivaljunior1993@gmail.com

Recebido em 21/12/2015

Aceito, após revisão, em 10/03/2016

Introdução

As hérnias inguinais são as mais frequentes na prática clínica, representando cerca de 75% de todas as hérnias abdominais. Elas se apresentam como um abaulamento intermitente na região inguinal, escroto ou grande lábio, notado nas ocasiões de aumento de pressão intra-abdominal, como, por exemplo, choro ou aos esforços. Uma hérnia inguinoescrotal é uma hérnia inguinal que se estendeu através do canal inguinal, para a área do escroto. Ocorre quando parte de um órgão – como, alças do intestino delgado - se desloca, através de um orifício (anel herniário) e invade um espaço indevido (saco herniário).^{1,2}

Esse deslocamento ocorre devido ao enfraquecimento da fâscias do tecido protetor dos órgãos internos do abdômen, consequência de um problema congênito (hérnia indireta) ou do enfraquecimento da musculatura da parede posterior do canal inguinal (direta). O lado direito é mais acometido (60%) e há maior incidência durante o primeiro ano de vida e no sexo masculino (10:1). A incidência em prematuros chega a 30% e em recém-nascidos de termo de 1 a 4%.^{1,3,4}

O diagnóstico é facilitado se encontrarmos massa inguinal, facilmente redutível e que não transilumina. A massa é de consistência macia contendo ar (das alças intestinais). A irreducibilidade é a complicação mais temida da hérnia, ocorrendo mais

frequentemente nos primeiros meses de vida.^{5,6} Essa irreducibilidade consiste na penetração e aprisionamento de uma víscera abdominal na região inguinal, seja sob a forma de simples encarceramento ou de estrangulamento (quando houver comprometimento com o seu suprimento vascular). Ambas requerem intervenção cirúrgica^{8,13}. As hérnias encarceradas evoluem rapidamente para o estrangulamento quando não tratadas de imediato, e as alterações isquêmicas progressivas culminam em gangrena e perfuração do intestino herniado.^{8,10}

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 79 anos, deu entrada no pronto socorro do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), com quadro de oclusão intestinal, parada de eliminação de fezes e gases, distensão abdominal e vômitos. Realizou tomografia computadorizada (TC) com contraste endovenoso onde se comprovou um quadro de hérnia inguinoescrotal esquerda que determinou a oclusão.

O exame de Tomografia Computadorizada da região abdominal revelou um alargamento do anel inguinoescrotal esquerdo preenchido por alças intestinais com paredes espessadas e gordura peritoneal determinando oclusão intestinal com presença de níveis hidroaéreos em diferentes alturas do abdômen (Figura 1). O paciente foi encaminhado para a cirurgia que realizou

Hérnia inguinoescrotal encarcerada

procedimento visando a descompressão das alças e correção da herniação. O paciente evoluiu bem após o procedimento. O quadro

evoluiu do momento da entrada até o ato cirúrgico em 12 horas.

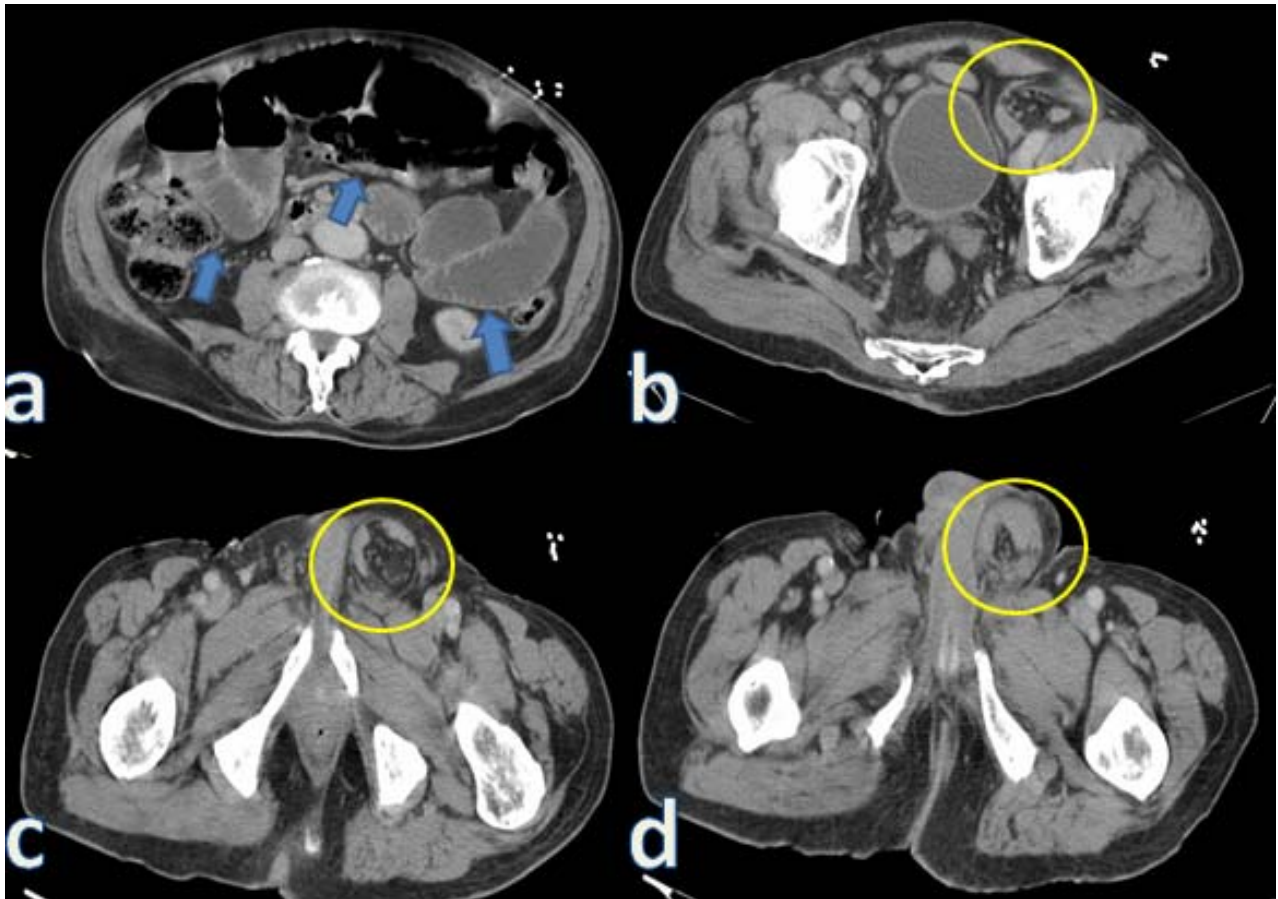


Figura 1: Cortes axiais de tomografia computadorizada com contraste endovenoso demonstrando sinais de obstrução intestinal, caracterizados por distensão de alças com níveis hidroaéreos em seu interior (imagem a; setas brancas). Nas áreas circuladas em amarelo nas imagens b, c e d observamos alargamento do anel inguinoescrotal preenchido por gordura peritoneal melhor visto em "c", vasos em "b" e alças intestinais espessadas em "d".

Discussão

O diagnóstico de hérnia encarcerada geralmente é feito através da palpação no exame físico. A hérnia inguinoescrotal encarcerada evidencia-se como massa na região inguinal e escrotal, que não pode reduzir-se espontaneamente. Se o encarceramento está presente por várias horas, há sintomatologia de obstrução intestinal

(vômitos, dor em cólica, distensão abdominal, parada na eliminação de fezes e gases). Se as tentativas para redução manual falhar ou se houver sinais de sofrimento de alça (eritema local, redução difícil, sintomatologia de obstrução intestinal, melena, febre, leucocitose e choque), a exploração cirúrgica imediata está indicada.^{1,9,10}

Hérnia inguinoescrotal encarcerada

Se o encarceramento exceder 12 horas indica, em geral, intervenção cirúrgica imediata pelos riscos de lesão vascular do intestino, podendo levar à perfuração e à peritonite. Essa evolução catastrófica é chamada hérnia estrangulada é rara em idosos e razoavelmente frequente em lactentes.^{1,10}

É importante que se verifique a presença de testículo no escroto, para excluir um testículo retrátil como causa do abaulamento na região inguinal.⁷ É importante, também, diferenciar hérnia inguinal de hidrocele. A transiluminação da hidrocele faz claramente a diferenciação entre esta (que transilumina) e a hérnia inguinal e outras massas inguinoscrotais (que não transiluminam).^{1,9}

Na literatura, há relatos de herniação ureteral em que o diagnóstico pré-operatório por TC é dado pelo deslocamento anterior do ureter ao nível de L4 e é muito importante, pois previne lesões do ureter.¹⁸ A herniação vesical (cistocele escrotal) pode ocorrer com tumoração ou não, e pode vir associada à hidronefrose do lado acometido. A TC, ultrassonografia e cistografia retrógrada devem ser realizados para determinar o envolvimento da bexiga em casos de hérnias inguinoscrotais grandes.¹⁷ A forma gigante da hérnia inguinoescrotal está associada à ruptura duodenal, perfuração de cólon sigmóide e à obstrução da flexura hepática, resultando em perfuração cecal.^{14,15,16}

O ultrassom de região inguinal é um exame que pode ser utilizado nos casos de dúvida diagnóstica, tendo a vantagem de ser um exame de baixo custo, com alta sensibilidade e especificidade.¹² Na falha de identificação pelo exame físico e ultrassom, a tomografia computadorizada de abdome com contraste oral está indicada, principalmente em pacientes com panículo adiposo espesso.¹¹ O achado radiológico é um nível líquido na área inguinal ou na bolsa escrotal. Este exame também é de grande valia para a diferenciação entre hematoma de parede abdominal associado a íleo paralítico e hérnia encarcerada; desta forma pode-se evitar a drenagem inadvertida de uma hérnia encarcerada.^{12,13,19}

Nos casos de dor pélvica aguda e de escroto agudo, o emprego da tomografia computadorizada pélvica pode demonstrar a presença de hérnia encarcerada associada à apendicite aguda, sendo considerado o melhor método diagnóstico de imagem.^{11,20}

Os pacientes idosos, especialmente acima de 70 anos se apresentam, em sua maioria, com vasculopatias crônicas, hipertensão arterial, doenças articulares degenerativas, insuficiência cardíaca em graus variados e, devido a estas condições, estão em uso de medicamentos. Visto isso, deve-se ter cautela quanto à abordagem terapêutica usando-se uma técnica cirúrgica minimamente

Hérnia inguinoescrotal encarcerada

invasiva e com condutas especiais de anestesia para evitar riscos.²¹

Segundo TANAKA *et al.*, a cirurgia realizada até 12 horas do início dos sintomas é um fator prognóstico muito importante em doentes com hérnias encarceradas. O diagnóstico e o tratamento precoce são, portanto, necessários em tais pacientes.²²

Conclusão

A hérnia inguinoescrotal encarcerada cursa com uma clínica bastante típica, incluindo dor forte e abaulamento na região inguinal com sintomas de obstrução intestinal. O profissional de saúde deve estar atento para fazer o diagnóstico, que é relativamente simples, podendo ser avaliado por métodos de imagem como a tomografia computadorizada, ultrassonografia, cistografia e herniografia. Para tornar o prognóstico melhor, deve-se realizar a cirurgia o quanto antes, para evitar que o quadro evolua com estrangulamento.

Referências

1. Tubino P, Alves E. *Pediatria cirúrgica: diagnóstico e tratamento*. Brasília, DF: UnB, 2003.
2. Conner WT, Peacock EE. Some studies on the etiology of inguinal hernia. *Am J Surg*. 1973;126:732
3. ROY SL. Surgical treatment in general practice.(1). Inguinal hernia--(indirect) in adults and children.(2). Umbilical hernia in

infants.(3). Hydrocele. *Indian med Jornal*. 1967; 61(3):84

4. LONG LW. "Inguinal hernia;(direct and indirect hernia repair)." *The Mississippi doctor*, 1952; 190-193.

5. Fang Z. et al. "Biologic mesh versus synthetic mesh in open inguinal hernia repair: system review and meta-analysis." *ANZ journal of surgery*, 2015.

6. Parelkar SV, Oak S et al. Laparoscopic inguinal hernia repair in the paediatric age group-experience with 437 children. *J Pediatr Surg*. 2010; 45(4):789–792.

7. Nah SA et al. Surgical repair of incarcerated Inguinal hernia in children: laparoscopic or open? *Eur J Pediatr Surg*. 2011; 21:8–11

8. Schier F et al Laparoscopic repair of incarcerated inguinal hernia in children. *J Pediatr Surg*. 2006; 41:567–569

9. Cho A, Devany A, Tsang T. Long-term outcomes of laparoscopic intracorporeal inguinal hernia ligation in infants under 1 year of age. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013; 23(4):387–391.

10. Mishra PK et al. Incarcerated inguinal hernia management in children: 'a comparison of the open and laparoscopic approach'. *Pediatric surgery international*. 2014; 30(6):621-624.

11. Salles VJA, Bassi DG, Speranzini MB. Hérnia de amyand. *Rev Col Bras Cir*. Rio de Janeiro. 2006; 33(5):339-340.

12. Reissman P, Shiloni E, Gofrit O, et al. - Incarcerated hernia in a lateral trocar site - an unusual early postoperative complication of laparoscopic surgery [Case report]. *Eur J Surg.* 1994; 160(3):191-2
13. Gabriel E. Hérnia inguinal na infância. *Rev Col Bras Cir. Rio de Janeiro.* 2001; 28(6):444-452.
14. Skelly BL, Neill AK. Obstructed hepatic flexure contained in a right-sided inguinoscrotal hernia resulting in caecal perforation. *Annals of the Royal College of Surgeons of England.* 2013; 95(6):102.
15. Navarro GJ et al. Hernia vesical inguinoescrotal gigante. *Actas Urol Esp, Madrid.* 2010; 34(4).
16. Pereira AJG, Gutierrez JM, Ateca DOR, Berreteaga JRG. Hernia vesical inguinoescrotal gigante asociada a tumor vesical. *Actas Urol Esp* 1998;22(5):449-53.
17. Aras B, et al. Massive inguinoscrotal bladder hernia causing hydronephrosis: Two cases. *International Journal of Surgery Case Reports,* 2015.
18. Allam ES et al. Inguinoscrotal herniation of the ureter: Description of five cases. *International Journal of Surgery Case Reports,* 2015; 14:160-163
19. Hahn-Pedersen, JA et al. Evaluation of direct and indirect inguinal hernia by computed tomography. *British journal of surgery,* 1994;81(4):569-572.
20. Constantine S. Computed tomography appearances of Amyand hernia. *Journal of computer assisted tomography,* 2009;33(3):359-362.
- 21 Vander Veer JB. Clinical crossroads: A 65-year-old man with an inguinal hernia. *JAMA,* 1997;277(21):1679-1679.
22. Tanaka N. et al. Clinical study of inguinal and femoral incarcerated hernias. *Surgery today,* 2010;40(12):1144-1147.