



UM RELATO DE CASO RARO DE HÉRNIA DE MAYDL FEMORAL

CAMILA SUGUI; LUIZ GUILHERME FIGUEIRA; RICARDO DE OLIVEIRA BOERI
STAUT

RESUMO

A hérnia femoral é uma protrusão do conteúdo abdominopélvico através do anel femoral para o canal femoral, sendo possível o acontecimento de complicações como o estrangulamento que é uma emergência cirúrgica. Uma das formas raras em que a hérnia estrangulada pode se apresentar a hérnia de Maydl que é descrita pela presença de duas alças intestinais, conectadas por uma alça intermediária intra-abdominal denominada retrógrada, todas desenhando um “W”. Objetivo: Descrever um caso de hérnia femoral de Maydl estrangulada, complicada por necrose de alça intra-abdominal diagnosticada em intraoperatório e necessitando de ressecção de segmento de alça de intestino delgado inviável com enteroanastomose, onde o conhecimento de tais variações é obrigatória para melhor manejo cirúrgico. Relato de caso/Experiência: Paciente feminina, 60 anos, tabagista e portadora de hipertensão arterial sistêmica, apresentou-se ao pronto-socorro com quadro sugestivo de hérnia femoral direita estrangulada, porém em intraoperatório foi identificado como uma hérnia femoral de Maydl. Discussão: A Hérnia de Maydl ou em “W” é caracterizada pela presença de dois segmentos de alças adjacentes dentro do saco herniário formando um padrão em W, sendo que o segmento médio intra-abdominal se encontra encarcerado. A incidência estimada é de 0,6 a 1,92% de todos os casos de hérnias estranguladas, acometendo mais homens com predomínio no lado direito. Essas hérnias devem ser investigadas mediante casos de hérnias volumosas de longa duração, ou com risco de falha de tratamento e/ou tratamento inadequado, e que apresentem início súbito de dor, podendo ou não apresentar sintomas de irritação peritoneal ou obstrutivos. Os dados em literatura dos casos desde sua primeira aparição revelam que o tratamento é cirúrgico e devido ao acometimento das estruturas vasculares pode exigir uma abordagem um pouco mais agressiva com o intuito de diminuir as complicações no pós-operatório. Conclusão: A hérnia de Maydl, corresponde a uma condição rara, na qual a avaliação pode apresentar desfecho fatais de não avaliada adequadamente, o caso descrito tem por objetivo a demonstração de um caso atípico de apresentação do encarceramento em “W”, levando aspectos emergências necessários para o reparo e manejo adequado e avaliação diagnóstico adequada.

Palavras-chave: cirurgia geral; hérnia; hérnia femoral; herniorrafia; anastomose cirúrgica

1 INTRODUÇÃO

A hérnia femoral é uma protrusão do conteúdo abdominopélvico através do anel femoral para o canal femoral, sendo possível o acontecimento de complicações como o estrangulamento que é uma emergência cirúrgica caracterizada pela restrição permanente do conteúdo da hérnia no interior de um saco herniário (COELHO et al., 2021; NDIAYE et al., 2020). Uma das formas raras em que a hérnia estrangulada pode se apresentar a hérnia de Maydl que é descrita pela presença de duas alças intestinais, conectadas por uma alça intermediária intra-abdominal denominada retrógrada, todas desenhando um “W” ou um

ômega onde o risco desta forma anatômica é a necrose do segmento de alça intra-abdominal, onde a mesma é geralmente tem diagnóstico em intraoperatório (NDIAYE et al., 2020).

A importância desse tipo de hérnia é o perigo do segmento estrangulado ser perdido devido ao erro de julgamento cometido pela presença de duas alças saudáveis no saco herniário (SHAH et al., 2024; SINGH et al, 2015).

O objetivo do nosso trabalho foi descrever um caso de hérnia femoral de Maydl estrangulada, complicada por necrose de alça intra-abdominal diagnosticada em intraoperatório e necessitando de ressecção de segmento de alça de intestino delgado inviável com enteroanastomose, onde o conhecimento de tais variações é obrigatória para melhor manejo cirúrgico.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

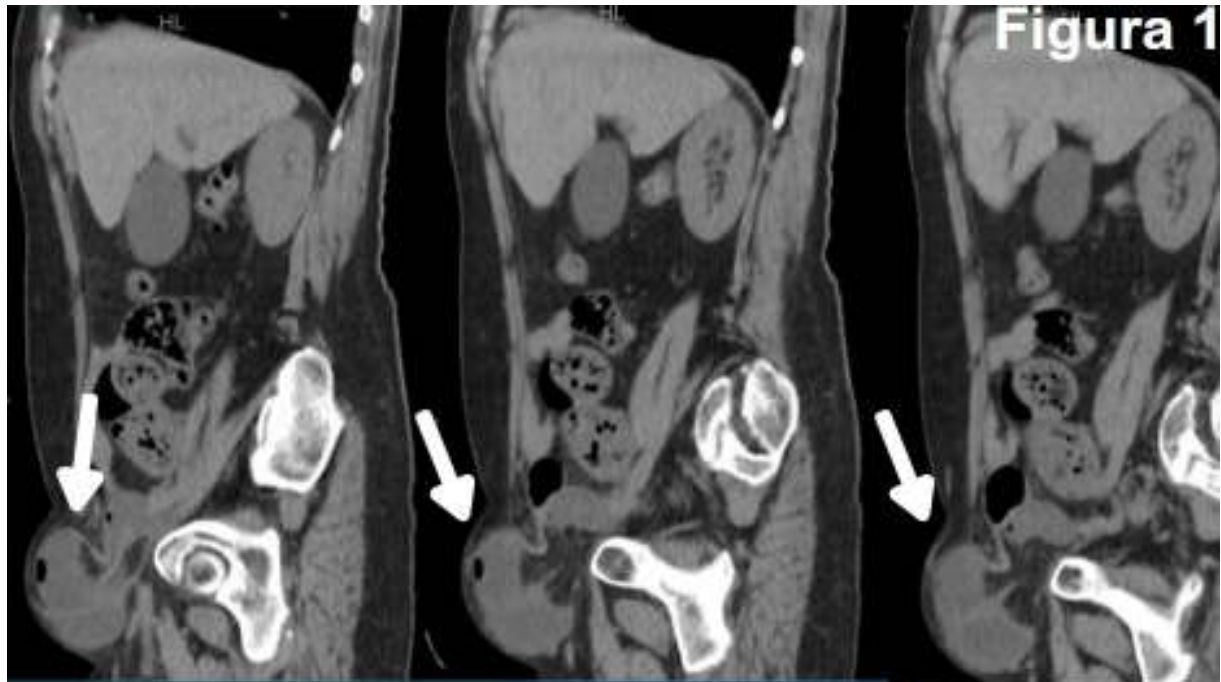
Paciente feminina, 60 anos, tabagista e portadora de hipertensão arterial sistêmica, deu entrada no serviço com história que há 1 dia iniciou com abaulamento em região inguinal direita associado a dor em região inguinal direita de moderada a forte intensidade (nota 7 em escala de 0 a 10) do tipo queimação de forma contínua com piora a movimentação sem fatores de melhora. Negou náuseas e vômitos, alterações urinárias e intestinais, febre, dispneia.

Ao exame físico na admissão, paciente em regular estado geral, anictérica, acianótica, afebril, consciente e orientada em tempo e espaço, normocorada, hidratada, estável hemodinamicamente com os seguintes sinais vitais: peso kg, altura m, pressão arterial mmHg, frequência cardíaca bpm, saturação de oxigênio % em ar ambiente, frequência respiratória irpm, temperatura °C. Exame do aparelho pulmonar: tórax sem alterações à ectoscopia, murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos esparsos em bases pulmonares, sem esforço respiratório. Exame do aparelho cardíaco: bulhas normofonéticas normorítmicas em 2 tempos sem sopros, pulsos amplos e simétricos. Exame abdominal: abdome plano, sem alterações a ectoscopia, ruídos hidroaéreos normoativos, normotimpânico a percussão, flácido e depressível, dor à palpação em andar inferior do abdome, descompressão brusca negativa - sem sinais de peritonite difusa ou localizada. Exame da região inguinal: à direita - presença de hérnia femoral com anel herniário não palpável com conteúdo herniário não redutível, sem sinais flogísticos, dor a palpação no local; região inguinal esquerda sem alterações a ectoscopia e sem hérnias palpáveis. Extremidades: tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, sem edemas, panturrilhas livres.

Paciente realizou exames complementares solicitado por plantão de pronto socorro com exames laboratoriais evidenciando hemoglobina 13,3; hematócrito 40,0; leucócitos 21.240, neutrófilos 83,2%, plaquetas 190 mil; creatinina 0,3; ureia 46,0; potássio sérico 4,1; sódio sérico 142; magnésio sérico 2,0; proteína C reativa 21,8; gasometria arterial com pH 7,33 pCO₂ 46,8 pO₂ 159,9 SO₂ 99,3 HCO₃ 25,2 BE -0,4, lactato arterial 0,6.

Realizado tomografia de abdome com contraste que evidenciou hérnia inguinal direita contendo gordura, vasos e segmentos de alças de delgado, com distensão de segmentos no interior do saco herniário; distensão segmentar de alças de delgado à montante do saco herniário com conteúdo de estase no seu interior; não há líquido livre na cavidade peritoneal; demais estruturas visualizadas pelo exame sem alterações significativas (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Achados: hérnia inguinal direita (seta branca) contendo gordura, vasos e segmentos de alças de delgado, com distensão de segmentos no interior do saco herniário; distensão segmentar de alças de delgado à montante do saco herniário com conteúdo de estase no seu interior.



Paciente internada aos cuidados da equipe de Cirurgia Geral sendo indicada abordagem cirúrgica de urgência sendo iniciado antibioticoterapia empírica com Ceftriaxona e Metronidazol.

Em procedimento cirúrgico, paciente em decúbito dorsal horizontal, sob anestesia geral, sendo realizado antissepsia e assepsia da região abdominal e pélvica. Iniciado com incisão de inguinotomia transversal a direita de cerca de 15cm de comprimento. Feita abertura da parede por planos até identificação de saco herniário volumoso, com sinais de encarceramento e estrangulamento de segmento de alça de intestino delgado configurando hérnia femoral a direita de Maydl onde a mesma formou loop em forma de "W" estrangulada pelo anel herniário de cerca de 2cm com sinais de sofrimento vascular e isquemia segmentar de alça de intestino delgado herniada. Realizada tentativa de avivamento de segmento de alça intestinal sem sucesso, sendo optado por ressecção do mesmo. Realizado enterectomia segmentar com grampeador linear com 1 carga de segmento de alça de intestino delgado com cerca de 20cm de comprimento. Realizado enteroanastomose látero-lateral anisoperistáltica utilizando técnica de anastomose manual com fio de polipropileno 3-0 em 2 planos (primeiro plano com pontos totais e segundo plano com sutura de Lembert seromuscular). Ligadura de saco herniário com algodão 0 em sua base e ressecção do saco residual. Realizado técnica de McVay com sutura em pontos simples separados com fio de polietilenotereftalato 2-0 do ligamento tuberosqueal com tendão conjunto para fechamento de óstio femoral em ligamento inguinal. Devido à realização de enterectomia, optado por não colocação de tela de polipropileno, realizado sutura com chuleio contínuo utilizando polipropileno 2-0 para fechamento do ligamento inguinal com tendão conjunto. Feita revisão da hemostasia - sem sangramentos. Feito fechamento da aponeurose com fio de polipropileno 0 em sutura de chuleio simples. Realizada aproximação do tecido subcutâneo com fio de poliglactina 0 em pontos simples invertidos separados. Sutura da pele com fio monofilamento preto 3-0 com pontos simples separados. Finalizado procedimento sem intercorrências com limpeza local, realização de curativo estéril e envio de peça cirúrgica para anatomopatológico.

Paciente permaneceu em internação hospitalar por 6 dias com boa evolução pós cirúrgica, mantendo estabilidade clínica, apresentando dor em ferida operatória compatível com pós operatório recente, com boa aceitação de dieta via oral e eliminações fisiológicas presentes, recebendo alta hospitalar para seguimento ambulatorial em 5º dia de pós operatório.

Paciente retornou em consulta de ambulatório 1 mês após procedimento cirúrgico, onde a mesma referiu desconforto em ferida operatória de leve intensidade do tipo queimação, sem intercorrências no período após alta hospitalar. Checado resultado de anatomopatológico de produto de enterectomia que evidenciou enterite aguda hemorrágica focal; edema e congestão de submucosa; margens cirúrgicas, M1 e M2, viáveis; tecido adiposo mesentérico com ectasia e congestão vascular; ausência de critérios morfológicos de malignidade no presente material.

3 DISCUSSÃO

Em 1985, o cirurgião Karel Maydl descreveu pela primeira vez um caso de estrangulamento em “W” da alça intestinal em uma criança de 11 anos (PÓLYA, 1911). A Hérnia de Maydl ou em “W” é caracterizada pela presença de dois segmentos de alças adjacentes dentro do saco herniário formando um padrão em W, sendo que o segmento médio intra-abdominal se encontra encarcerado (PÓLYA, 1911). A incidência estimada é de 0,6 a 1,92% de todos os casos de hérnias estranguladas, acometendo mais homens com predomínio no lado direito (COELHO et al., 2021; PÓLYA, 1911; SHAH et al., 2024).

A sua fisiopatologia envolve uma complexa interação de fatores como a fixação da alça de conexão na cavidade abdominal, impedindo sua descida até o saco herniário, e a resistência do mesentério da alça de conexão, que pode impedir sua movimentação para dentro do saco herniário, contribuindo para o processo de encarceramento retrógrado (PÓLYA, 1911; SINGH et al., 2015).

É imperativo que evite a redução postural ou manual da hérnia, pois isso pode levar a um erro de avaliação quanto ao estado das alças intestinais, já que as duas alças do saco herniário podem parecer viáveis, enquanto interna está estrangulada, levando a uma isquemia importante das estruturas intestinais e, eventualmente, ao óbito do paciente (PÓLYA, 1911; SINGH et al., 2015). Como no caso da nossa paciente em que não houve possibilidade de reavivamento da alça intestinal acometida, sendo necessária a ressecção da estrutura, isso mostra que o exame das alças intestinais é imperativo mediante esses casos com o intuito de reduzir os possíveis erros e ou perdas durante o intraoperatório (COELHO et al., 2021; PÓLYA, 1911).

Conforme a literatura, o local mais acometido é do lado direito, assim como exposto no nosso caso, entretanto, outros tipos de hérnia em “W” podem se manifestar, variando entre apresentações que incluem isoladamente intestino delgado ou grosso, ou a junção de ambos (COELHO et al., 2021; PÓLYA, 1911). Essas hérnias devem ser investigadas mediante casos de hérnias volumosas de longa duração, ou com risco de falha de tratamento e/ou tratamento inadequado, e que apresentem início súbito de dor, podendo ou não apresentar sintomas de irritação peritoneal ou obstrutivos (NDIAYE et al., 2020; PÓLYA, 1911; SHAH et al., 2024). Se confirmadas, por meio de exames de imagem com preferência pela tomografia computadorizada com contraste de abdome superior e inferior ou durante intraoperatório, sugere-se a ressecção das estruturas avaliando, caso a caso, a necessidade ou não de hemicolectomia (COELHO et al., 2021; PÓLYA, 1911). Os dados em literatura dos casos desde sua primeira aparição revelam que o tratamento é cirúrgico e devido ao acometimento das estruturas vasculares pode exigir uma abordagem um pouco mais agressiva com o intuito de diminuir as complicações no pós-operatório (PÓLYA, 1911; SHAH et al., 2024).

4 CONCLUSÃO

A hérnia de Maydl, corresponde a uma condição rara, na qual a avaliação pode apresentar desfecho fatais de não avaliada adequadamente, o caso descrito tem por objetivo a demonstração de um caso atípico de apresentação do encarceramento em “W”, levando aspectos emergências necessários para o reparo e manejo adequado e avaliação diagnóstico adequada.

Considerando os riscos de complicações como a possibilidade de um segmento intestinal estrangulado ser perdido devido ao erro de julgamento cometido pela presença de duas alças saudáveis no saco herniário, a divulgação de casos de hérnia de Maydl devem ser realizados para difusão do conhecimento entre cirurgiões para melhor manejo dos casos.

REFERÊNCIAS

COELHO, Júlio Cezar Uili et al. HÉRNIA FEMORAL: INCOMUM, MAS ASSOCIADA A COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE GRAVES. ABCD. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva** (São Paulo), v. 34, p. e1603, 2021.

NDIAYE, M. et al. Maydl's Hernia: An Unusual Cause of Strangled Inguinal Hernia, A Case Report. **Journal of Clinical and Medical Images**, v. 4, n. 13, p. 1-2, 2020.

PÓLYA, Eugen. The Disturbance of Nutrition in the Intestinal Loop Distal to an Incarcerated Hernia. **The American Journal of Digestive Diseases**, 424-509. 1911. DOI: 10.1007/BF02816401.

SHAH, Shashank et al. Co-existent Classical Maydl's and Amyand's Hernias: A Rare. **World Journal of Laparoscopic Surgery**, v. 17, p 52-54. 2024.

SINGH, Baldev et al. Maydl's hernia. **Saudi Surgical Journal**, v. 3, n. 2, p. 50-52, 2015.