

Tratamento laparoscópico de hérnias femoral e obturadora concomitantes: relato de caso

Laparoscopic treatment of coexisting femoral and obturator hernias: case report

**Diego Laurentino Lima¹, Flavio Malcher², Roberto Pabst Ramos³,
Marconi Roberto de Lemos Meira⁴, Raquel Nogueira Cordeiro⁵**

Lima DL, Malcher F, Ramos RP, Meira MRL, Cordeiro RN. Tratamento laparoscópico de hérnias femoral e obturadora concomitantes: relato de caso / Laparoscopic treatment of coexisting femoral and obturator hernias: case report. Rev Med (São Paulo). 2019 nov.-dez.;98(6):435-9.

RESUMO: Paciente sexo feminino, 68 anos, com história de dor abdominal em Fossa Iliaca esquerda e tumoração em região inguinal ipsilateral foi submetida a tratamento laparoscópico (TAPP). Durante procedimento cirúrgico, foram identificadas hérnia femoral e obturadora esquerdas. O conteúdo herniário foi reduzido e uma tela de polipropileno foi colocada cobrindo os defeitos. Paciente evoluiu bem, sem dor no pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte.

Descritores: Hérnia femoral/cirurgia; Hérnia do obturador/cirurgia; Laparoscopia.

ABSTRACT: A 68 years old female with a history of abdominal pain in the left iliac fossa and buldge in the ipsilateral inguinal region. She underwent laparoscopic treatment (TAPP). During the surgical procedure, left femoral and obturator hernias were identified. The herniary sacs were reduced and a polipropilene mesh was positioned covering the defects. Patient had no further complications, without postoperative pain, being discharged on the next day.

Keywords: Hernia, femoral/surgery; Hernia, obturator/surgery; Laparoscopy.

Caso foi realizado no Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco.

1. Professor Assistente de Cirurgia na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Mestrando em ciências da saúde na Universidade de Pernambuco. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7383-1284>. Email: dilaurentino@gmail.com.
2. Diretor do Programa de Parede Abdominal, Montefiore Medical Center, Nova Iorque, EUA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1644-9921>. Email: flaviomalcher@gmail.com.
3. Cirurgião Geral, Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco (HSE), Recife, PE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7998-0210>. Email: robertopabst57@gmail.com.
4. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Recife, Pernambuco, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4331-9129>. Email: mmeira1@hotmail.com.
5. Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, Pernambuco, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0238-8374>. Email: raquelnogueiracordeiro@gmail.com.

Endereço para correspondência: Diego Laurentino Lima. Rua Desembargador João Paes, 421, Apt. 1101. Boa Viagem, Recife, PE. CEP: 51.021-360. Email: dilaurentino@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hérnia obturadora é rara. Foi descrita pela primeira vez em 1724 e seu reparo em 1851, descrito por Obre. Ocorre através do canal obturador ao lado dos vasos obturadores e do respectivo nervo. Sua incidência varia de 0,05% a 1,4% de todas as hérnias¹⁻³. A hérnia obturadora é resultado da frouxidão da pelve secundária a idade avançada, aumento da pressão abdominal e multiparidade. É de difícil diagnóstico pré-operatório, sendo diagnosticada durante o procedimento cirúrgico indicado por outras causas, como obstrução intestinal ou peritonite¹.

A hérnia femoral é uma protrusão de um saco peritoneal que contem gordura pre-peritoneal ou uma massa pélvica através do anel femoral inferior ao ligamento inguinal⁴. O diagnóstico e tratamento da hérnia femoral são ainda problemas desafiadores para os cirurgiões atuais. Devido à tendência de se mover superiormente para uma posição acima do ligamento inguinal, muitas vezes essa hérnia é confundida com a hérnia inguinal e seu diagnóstico sendo realizado apenas durante o procedimento cirúrgico⁴.

RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 68 anos, com história de dor abdominal em Fossa Ilíaca esquerda há aproximadamente 06 meses, associada a aparecimento de tumoração em região inguinal ipsilateral redutível à manobra manual. Ultrassonografia mostrou hérnia inguinal a esquerda com anel herniário de 1 cm. Ademais, uma hérnia umbilical também foi evidenciada no exame de imagem. Paciente foi submetida a tratamento laparoscópico (TAPP).

Descrição Cirúrgica

Foi realizada incisão supraumbilical e tratamento de hérnia umbilical com introdução de trocater de 11 mm e confecção de pneumoperitônio pela técnica aberta. Um trocater de 5 mm foi introduzido em região paraumbilical a direita e outro na mesma altura na região esquerda. Durante a cirurgia, foi identificada inicialmente uma hérnia femoral esquerda (Figuras 1 A e B).

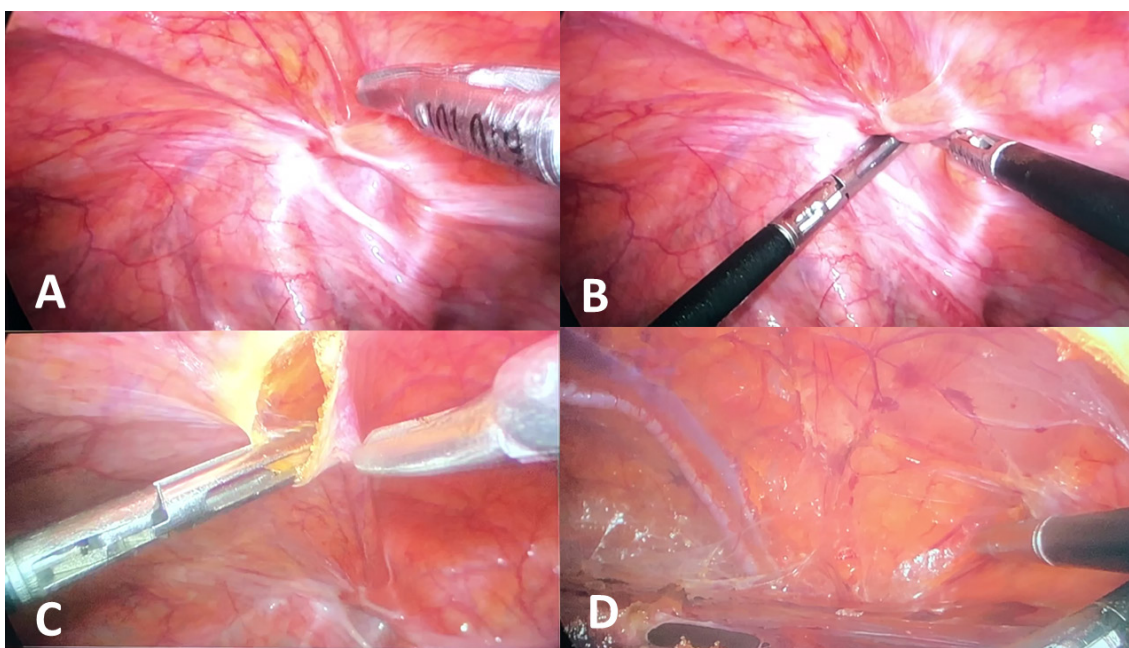


Figura 1. A - Visão laparoscópica da hérnia femoral a esquerda. B - Pinças explorando o saco herniário. C e D - Dissecção do peritônio medialmente para criação de um espaço pré-peritoneal para colocação da tela de polipropileno.

O peritônio foi dissecado com tesoura primeiro medialmente e, depois, lateralmente (Figura 2A e B) e, em seguida, foi realizada a redução do saco herniário femoral. Posteriormente, continuou com a dissecção do espaço pre-peritoneal até a parede de assoalho pélvico e redução do conteúdo da hérnia do forame obturador que se mostrou como gordura pré-peritoneal. (Figuras 2C, 2D e 3A)

Uma tela de polipropileno (15x15cm) foi posicionada em região pré-peritoneal com grampeador

videolaparoscópico, permitindo um overlap caudal de 2 cm abaixo do defeito obturatório (Figuras 3C e 3D e Figura 4A).

O peritônio parietal foi reconstruído com a utilização de fio “em escama de peixe” e algumas falhas do peritônio identificadas foram suturadas com fio vicryl 3-0.

O tempo total de cirurgia foi de aproximadamente 90 minutos. Paciente evoluiu bem, sem dor no pós-operatório, recebendo alta no dia seguinte.

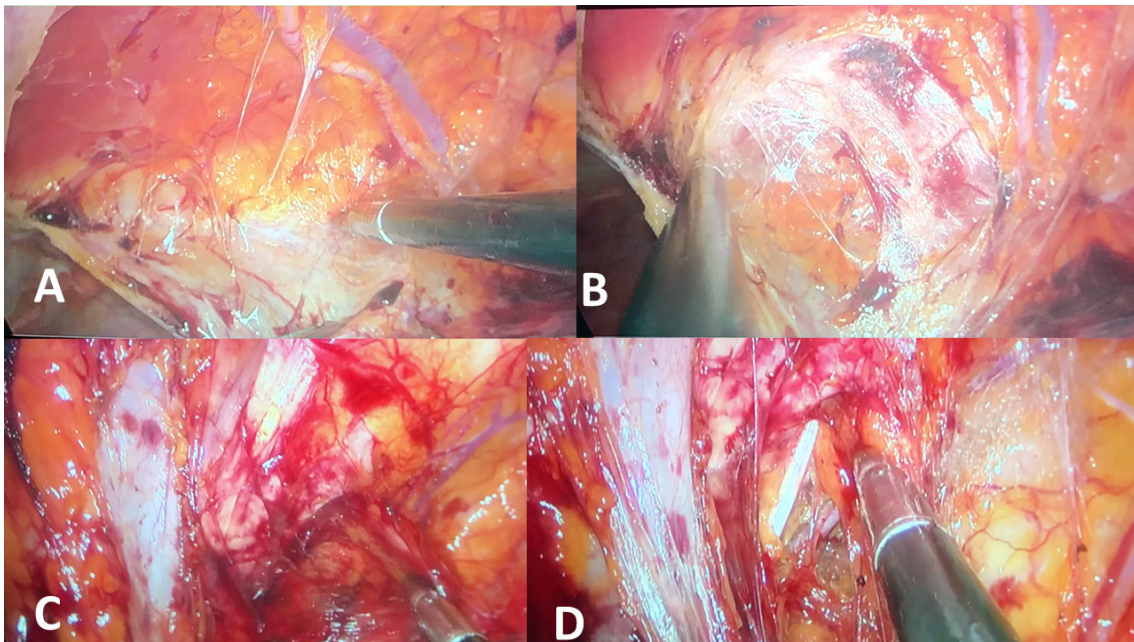


Figura 2. A e B - Dissecção cuidadosa do espaço pré-peritoneal lateralmente visando evitar lesão de nervos. C - Identificação do forame obturatório aumentado, com conteúdo herniário. D - Redução do saco herniário e visualização do nervo obturatório

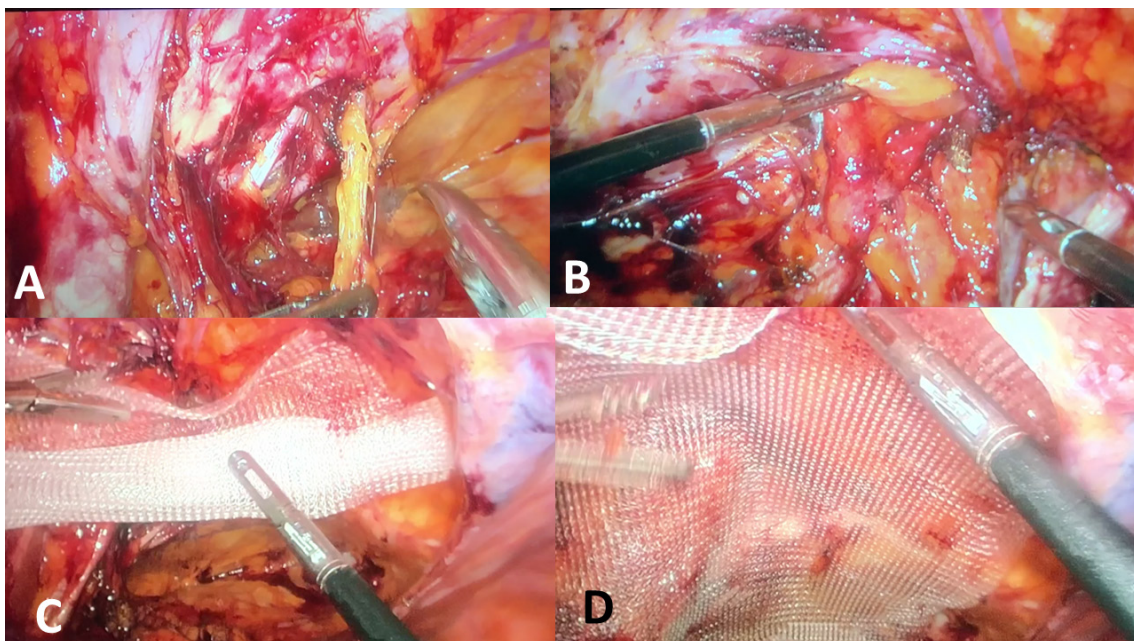


Figura 3. A - Redução do conteúdo herniário da hérnia obturadora. B - Redução de lipoma o qual é queixa comum de pacientes que relatam recidiva da hérnia. C e D - Colocação de tela de polipropileno em espaço pré-peritoneal

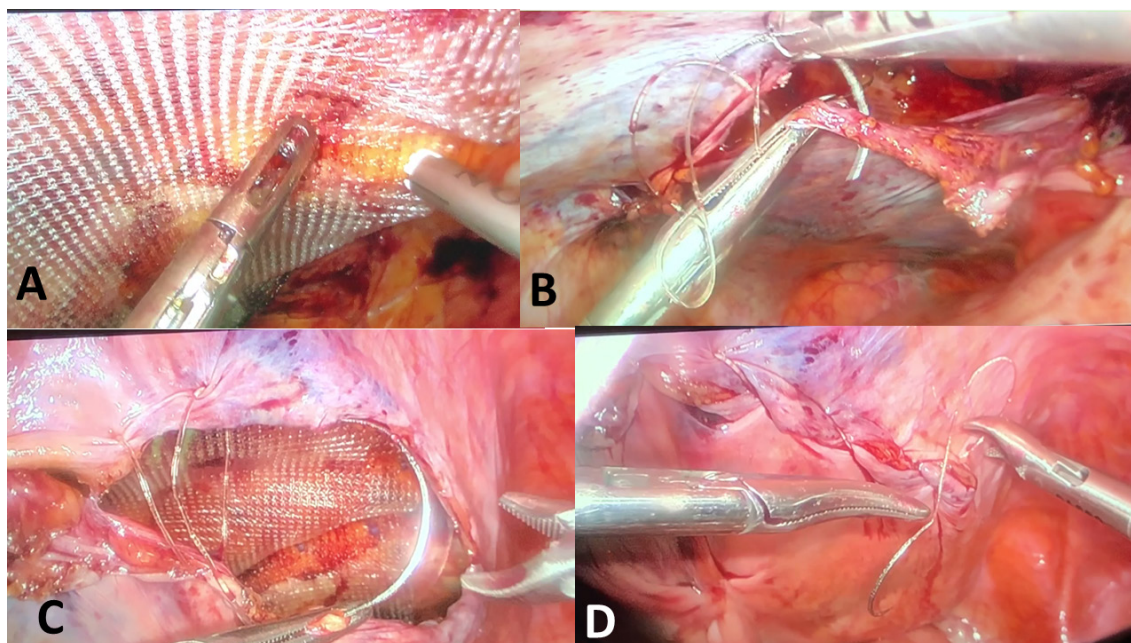


Figura 4. A - Fixação da tela com grameador laparoscópico. B, C e D - Sutura do peritônio com fio em escama de peixe

DISCUSSÃO

Em nosso serviço, a grande maioria das hérnias inguinais são realizadas pela via aberta pela técnica de Lichtenstein. A via laparoscópica também é usada em casos selecionados. Atualmente, o tratamento das hérnias da virilha não são padronizados. Três sociedades internacionais de hérnia (Sociedade Européia de Hérnia, Sociedade Internacional Endo Hernia e Associação Européia de Cirurgia Endoscópica) publicaram separadamente diretrizes com o objetivo de melhorar o tratamento e a educação de cirurgiões dessa área^{5,6,7}. Em 2014, essas três sociedades chegaram a conclusão conjunta de que uma diretriz universal para o tratamento das hérnias da região da virilha era necessária. Esse ano, a diretriz internacional para o tratamento das hérnias da virilha foi lançada, mostrando que as técnicas laparoscópicas não levam mais tempo do que a técnica de Lichtenstein em mãos experientes: os pacientes apresentam menos dor crônica e uma recuperação mais rápida. Essa diretriz sugere o uso de técnicas laparoscópicas para o reparo primário de uma hérnia da virilha⁸.

As hérnias femoral e obturadora são raras e conhecidas por ser de difícil diagnóstico. A hérnia femoral é mais comum em pacientes do sexo feminino e de idade avançada^{9,10}. A tomografia é, frequentemente, a única forma de diagnosticar de forma acurada a hérnia obturadora¹¹. Anatomicamente, os canais femoral e obturador estão próximos, o que pode dificultar a identificação das hérnias e parecer uma hérnia inguinal. No presente caso, o ultrassom realizado não identificou as hérnias em sua posição correta,

mencionando uma hérnia inguinal. Em nosso serviço, corroborando as diretrizes lançadas esse ano, o diagnóstico da hérnia da região da virilha é clínico, não sendo necessária a realização de exames de imagens, salvo exceções. A diretriz internacional fala da importância do ultrassom, mas ressalta que é operador dependente, dificultando o diagnóstico de hérnias femorais. A literatura confirma que as hérnias femorais são frequentemente encontradas em mulheres submetidas ao reparo das hérnias da virilha, mas que um diagnóstico pre-operatório acertado é incomum^{12,13}. A diretriz internacional afirma que é imperativo o diagnóstico diferencial de hérnia femoral em mulheres com edema em região da virilha. Ademais, recomenda a via laparoscópica, a qual possibilita o diagnóstico de todos os tipos de hérnias da virilha. A exploração desse espaço é facilmente realizada na abordagem laparoscópica.

Sepalla et al.¹⁴ mostrou em 2015 um caso de uma paciente de 91 anos com hérnias femoral e obturadora direitas sintomática, mas que foi tratada pela via aberta.

A Hérnia femoral e obturadora ipsilateral devem ser levadas em consideração em casos de obstrução intestinal com edema em região inguinal¹¹. O tratamento de hérnias obturadoras é sempre cirúrgico. A laparotomia é a abordagem mais comum, entretanto, vários estudos demonstraram a viabilidade de técnicas laparoscópicas¹⁵. O uso de uma tela de 15 cm no diâmetro crânio caudal, ao invés dos 10 a 12 cm utilizados habitualmente na TAPP visa recobrir adequadamente o defeito obturatório.

O tratamento laparoscópico de hérnias femoral e obturadora é viável e a técnica TAPP pode modificar o diagnóstico prévio, trazendo benefícios para os pacientes.

Contribuição dos autores: Informamos para devido fins que o artigo foi confeccionado em conjunto pelo grupo de autores. Coleta de dados (*Diego Laurentino Lima e Raquel Nogueira Cordeiro* – acadêmica de medicina). Orientação organizacional e sobre a essência, argumentação e relevância do trabalho: (*Diego L Lima e Raquel Nogueira Cordeiro*). Análise, pesquisa dos artigos, leitura e exclusão de pesquisas não pertinentes ao envolvimento do tema escolhido: (*Flavio Malcher, Diego L Lima, Marconi Meira*). Leitura e escrita do conteúdo: (*Diego L Lima, Flavio Malcher, Roberto Pabst, Raquel N Cordeiro*). Revisão do texto quanto a integridade e veracidade quanto as fontes utilizadas: (*Dr Marconi Meira, Dr Flavio Malcher e Dr Roberto Pabst*).

Sem conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg.* 1995;170:67-8. doi: 10.1016/s0002-9610(99)80256-6
- Jorge CG, Manuel RD, Alexandro ED, et al. Incarcerated obturator hernia successfully treated by laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8:71-3.
- Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H, et al. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery.* 1996;119:137-140. doi: 10.1016/S0039-6060(96)80160-7
- Alimoglu O, Kaya B, Okan I, et al. Femoral hernia: a review of 83 cases. *Hernia.* 2006;10(1):70-3. doi: 10.1007/s10029-005-0045-3.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13:343-403. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>
- Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc.* 2011;25(9):2773-843. <https://doi.org/10.1007/s00464-011-1799-6>
- Poelman MM, van den Heuvel B, Deelder JD, et al. EAES Consensus Development Conference on endoscopic repair of groin hernias. *Surg Endosc.* 2013;27(10):3505-19. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3001-9>
- The Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x.
- Dahlstrand U, Wollert S, Nordin P, Sandblom G, Gunnarsson U. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. *Ann Surg.* 2009;249:672-6. doi: 10.1097/SLA.0b013e31819ed943.
- Patel RB, Vasava N, Hukkeri S. Non-obstructed femoral hernia containing ascending colon, Caecum, appendix and small bowel with concurrent bilateral recurrent inguinal hernia. *Hernia.* 2012;16(2):211-3. doi: 10.1007/s10029-010-0726-4.
- Santorelli C, Leo CA, Hodgkinson JD, Rossi P. Coexisting incarcerated femoral and obturator hernia: a case report. *G Chir.* 2016;37(4):171-3. doi: 10.11138/gchir/2016.37.4.171
- Schouten N, Burgmans JPJ, van Dalen T, et al. Female “groin” hernia: totally extraperitoneal (TEP) endoscopic repair seems the most appropriate treatment modality. *Hernia.* 2012;e16(4):387-92. <https://doi.org/10.1007/s10029-012-0904-7>.
- Putnis S, Wong A, Berney C. Synchronous femoral hernias diagnosed during endoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc.* 2011;25(12):3752-4. <https://doi.org/10.1007/s00464-011-1781-3>.
- Seppala TT, Tuuliranta M. Coexisting ipsilateral right femoral hernia and incarcerated obturator hernia. *BMJ Case Rep.* 2015;2015. doi: 10.1136/bcr-2014-208361.
- Yokoyama T, Kobayashi A, Kikuchi T, Hayashi K, Miyagawa S. Transabdominal preperitoneal repair for obturator hernia. *World J Surg.* 2011;35(10):2323-7. doi: 10.1007/s00268-011-1211-7.

Recebido:22.09.18

Aceito: 27.08.19