

HÉRNIA UMBILICAL : RELATO DE CASO*

Umbilical hernia : case report

MARINELLI, César Milton****
FERNANDEZ, Celso Lopez****
RIBEIRO, Gustavo C. Aguiar****
TAKATU, Marcos Eduardo****
MARUYAMA, Ricardo Ono****
SCARANCI, Artur Aparecido***
PEZZOLO, Sérgio**
HENRIQUES, Alexandre Cruz**

MARINELLI, C.M. et al. Hérnia Umbilical : Relato de caso. Arq. Med. ABC, 17(1-2):17-19, 1994.

Resumo: Os autores relatam um caso de um paciente portador de hérnia umbilical de grandes dimensões, operada no hospital de Ensino da Fundação do ABC, e realizam breve revisão da literatura.

Unitermos: Hérnia Umbilical, Hérnias.

1- INTRODUÇÃO

As hérnias umbilicais são conhecidas desde a antiguidade (9), e são frequentes. As hérnias de grandes dimensões representam um grande desconforto para o paciente e um desafio técnico para o cirurgião.

Tendo vivenciado um caso de uma paciente portadora de hérnia umbilical gigante, assistida pelo Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, os autores julgaram oportuno o relato do caso, com breve revisão da leitura.

2- RELATO DE CASO

EGS., feminina, 55 anos, procedente de Santo André, natural da Bahia, procurou o Serviços de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Ensino da Fundação do ABC, com queixa de "abaulamento na barriga há 10 anos". Referia que no início, notou o aparecimento de um abaulamento em região umbilical, de pequenas dimensões, redutível, com crescimento evolutivo e lento. Referia

episódios esporádicos de dor abdominal de pequena intensidade. Negava qualquer outro sintoma. O exame físico geral na entrada, não mostrava alterações. O exame físico abdominal, demonstrou abdomen globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, DB-, RHA presentes e propulsivos, com presença de grande abaulamento centrado no mesogástrio, em avental, multilobulado, parcialmente redutível, com dimensões de 29,0 cm. de comprimento por 32,0 cm. de largura. (fig.1,2).

Com diagnóstico de hérnia umbilical de grandes proporções e após preparo habitual, a paciente foi submetida a uma hérniorrafia através de incisão elíptica ampla, englobando a cicatriz umbilical e o abaulamento mesogástrico, com ressecção de segmento dermogorduroso de 50,0 cm. aproximadamente, com dissecção do saco herniário até a sua base a nível do anel herniário, que apresentou dimensão de 10,0 cm. no seu maior diâmetro. Realizou-se redução de alças intestinais e omento maior, fechamento do anel herniário com pontos de algodão, no sentido crânio-caudal o qual demonstrou menor tensão, o plano de gordura foi suturado com catigut simples e um neumbigo foi realizado com técnica apropriada. A seguir, a pele foi suturada, após colocação de dreno tubular aspirativo tipo Portovac, exteriorizado pela fossa ilíaca.

A paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, tendo recebido alta no oitavo dia, retornou ao ambulatório nos períodos habituais, não tendo apresentado nenhuma

* Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC

** Auxiliar de Ensino da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da FMABC

*** Cirurgião do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Ensino da FMABC.

**** Acadêmico do 6º ano da FMABC

complicação. Na última consulta, decorrido cerca de um ano do procedimento cirúrgico não foi observado recidiva da hérnia, não tendo a paciente referido qualquer outra sintomatologia.

3- COMENTÁRIOS

A região umbilical, constitui um dos pontos de fraqueza da parede abdominal (6,9). No período embrionário, observa-se um grande orifício, por onde passam vasos umbilicais, e vísceras abdominais; No terceiro mês de vida intra uterina, este orifício começa a regredir; observa-se após, o fechamento das estruturas musculo-aponeuróticas, restando apenas os elementos do cordão (5). A linha alba, na região que circunda a cicatriz umbilical, pode-se apresentar alargada e adelgada, tornando-se uma zona de menor resistência, como afirma Gibson (5).

Na criança, as hérnias aparecem pela falta de fusão aponeurótica, após a regressão das estruturas do cordão umbilical (9); estas hérnias costumam regredir até os cinco anos de idade (7,12) em cerca de 90% dos casos, ou podem persistir até a idade adulta (11). No adulto, a região de fraqueza, referida por Gibson (5), fica susceptível a aumentos de tensão causadas por aumento da pressão abdominal, por obesidade (2,12), gestações frequentes (9), esforços físicos, ou patologias associadas, que cursem com ascite e tumores abdominais (1,10). Concluímos desta forma, que nas hérnias em crianças predominam fatores congênitos e nos adultos fatores adquiridos (6).

As hérnias podem ser classificadas em diretas, causadas pelo enfraquecimento da fásia umbilical, ao lado de dilatação do anel umbilical por onde a hérnia penetra; e indiretas, que se fazem através do conduto umbilical, existindo um trajeto e dois orifícios. Pelo trajeto projeta-se o saco herniário de dimensões variáveis, constituído de peritônio parietal, que é frequentemente habitado por alças ou epiplon, podendo estar tais estruturas encarceradas ou estranguladas (6,9). Gibson (5), e Mittelstaed(9), referem 45% de hérnias habitadas por vísceras, já Baccari (2), cerca de 72%. A estrutura mais frequentemente encarcerada é o omento maior 47%, seguido por gordura pré-peritoneal e intestino (2,9).

São mais frequentes em mulheres do que em homens (6), com histórias de gestações frequentes e obesidade, e a faixa etária no adulto situa-se ao redor da quarta década (2). Tais fatos são observados no caso relatado. Nas hérnias

em crianças, observa-se predomínio na raça negra (6,8), já em adultos não observamos tal distribuição (3). Da literatura, obtemos informações contraditórias das frequências das dimensões das hérnias; Ponka (12), refere o predomínio de hérnias de grandes dimensões, cerca de 62%; Mittelstaed, contudo relata a predominância de pequenas hérnias 72% (9).

A principal queixa dos pacientes é a tumoração. Nas pequenas hérnias observamos na região umbilical discreto abaulamento, que aos esforços podem tornar-se mais acentuado; ou então até passar despercebido dadas as suas dimensões. No extremo oposto observamos hérnias de grandes dimensões, com grande abaulamento mesogástrico podendo até assumir o aspecto em "avental", que deforma o abdômen (6). Outro sintoma muito frequente é a dor, presente em 60% dos casos (2).

O diagnóstico é essencialmente clínico, e geralmente não oferece dificuldades (9).

Nas crianças, a cirurgia precoce está indicada quando o anel herniário apresenta mais de 1,0 cm. de diâmetro, caso contrário, deve-se esperar pelo fechamento espontâneo do anel herniário até cerca de um ano de idade (6). No adulto a indicação cirúrgica é mandatória uma vez que realizado o diagnóstico, em vista das possíveis complicações (5).

A primeira descrição de técnica cirúrgica para correção de hérnia umbilical, data de 1892, realizada por um cirurgião francês Lucas Championnaire(4). Para as hérnias de pequenas dimensões, o acesso cirúrgico mais frequentemente utilizado, consta de uma incisão semicircular com convexidade voltada inferiormente, acompanhando a prega cutânea inferior do umbigo, como cita Speranzini(14); após dissecação do anel e do saco herniário, é obrigatória a exploração do mesmo, para a redução do seu conteúdo. A seguir realiza-se o embricamento das margens aponeuróticas, pela técnica de Mayo, proposta em 1907, (6), com fechamento posterior da pele e subcutâneo. Propõem-se atualmente o tratamento destas hérnias a nível ambulatorial(13). Nos casos de grandes hérnias, em avental, como a que relatamos opta-se por uma ampla incisão elíptica, ao redor do abaulamento herniário, resseca-se o excesso de pele e gordura(dermolipectomia), dissecam-se o saco herniário e anel aponeurótico, reduz-se o seu conteúdo, e resseca-se o excesso de tecido fibroperitoneal, com o fechamento borda

a borda das aponeuroses, e sutura complementar das demais estruturas. A drenagem deve ser realizada, por meio de dreno aspirativo tipo Portovac, com redução da incidência de infecções.

As complicações cirúrgicas mais frequentes, são os hematomas de parede, e as infecções locais, sendo de fácil resolução. Em pacientes idosos, obesos, portadores de patologias pulmonares associadas, com grandes hérnias, impõem-se cuidados especiais para prevenir insuficiência respiratória com a restituição das vísceras herniadas para a cavidade abdominal.

MARINELLI, C.M. et al. Umbilical hernia: Case Report. Arq. Med. ABC 17(1-2) : XX-XX, 1994

Abstract: The authors report a case of a patient with umbilical hernia of wide dimension, who was operated at the Hospital de Ensino da Fundação do ABC, and make a brief review of the literature.

Key word: Umbilical hernia; hernias

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALTSCHULE, M.D. Hernias as presenting complaint in patient with cirrhosis of liver and ascites. *New England J. Med.*, 224:351, 1941.
2. BACCARI, E.M.; BREILING, B.G.; ORGAN JR, C.H. A study of the maturity onset of adult umbilical hernia. *Amer. Surg.*, 37:385, 1971.
3. BEVILACQUA, R.G.; MELO JR, F.F.; SOARES, L.A. Cirurgia das hérnias umbilicais e incisionais. In: GOFFI, F.S. *Técnica cirúrgica: Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas de cirurgia*. 3.ed São Paulo, Atheneu, 1986. p 621-29.
5. FARRIS, J.M.; SMITH, G.K.; BEATTIE, A.S. Umbilical hernia: an inquiry into the principle of embriation and a note on the preservation of the umbilical dimple. *Amer. J. Surg.*, 98:236, 1959.
6. GIBSON, L.D.; GASPAR, M.R. A review of 606 cases

of umbilical hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 109: 415, 1981.

7. HALL, D.E.; ROBERTS, K.B.; CHARNEY, E. Umbilical hernia: what happens after 5 years? *J. Pediatr.*, 98:415, 1981.
8. JONES, J.W. The frequency of umbilical hernia in negro infants. *Arch. Pediatr.*, 58:294, 1941.
9. MITTELSTAED, W.E.M.; SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. Hérnias umbilicais no adulto. Revisão de 291 casos atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo.*, 43(1): 51-8, 1988.
10. NYHUS, L.M.; CONDON, R.E. *Hernia 2nd ed.* Philadelphia, Lippincot, 1978. p. 362-67.
11. PILLING, G.P. Umbilical hernia. In: NYHUS, L.M.;
12. PONKA, J.L. *Hernias of the abdominal wall.* Philadelphia, Saunders, 1980. p. 34-7.
13. RODRIGUES Jr, A.J. Tratamento cirúrgico das hérnias umbilical e epigástrica em ambulatório. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo.*, 43(5):221-24, 1988.
14. SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. *Operações básicas em cirurgia geral.* Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986. p. 4-7.

Recebido em: 03/02/93

Aprovado em 08/05/93

