

# ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO EM DECORRENCIA HÉRNIA DE FORAME OBTURATÓRIO A ESQUERDA - RELATO DE CASO

## ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN RESULTING FROM LEFT OBTURATOR FORAMEN HERNIA - CASE REPORT

RODRIGO BARCELOS FERREIRA DE CARVALHO<sup>1</sup>, TIMOTEO VILELA VERISSIMO<sup>1</sup>, WESLEY DA COSTA REIS<sup>1</sup>,  
GUILHERME ALVES SOUZA<sup>1</sup>, MARCUS ALVES CAETANO DE ALMEIDA<sup>1</sup>, RENATA DE SOUZA GUERRA<sup>1</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Hérnias de foram obturatório são raras e apresentam alta morbimortalidade devido ao retardo no diagnóstico. É mais frequente em mulheres e seu tratamento é iminentemente cirúrgico.

**RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 74 anos, encaminhada para avaliação de equipe de cirurgia geral com dor em fossa ilíaca esquerda tipo cólica com irradiação para face medial de coxa ipsilateral com 14 dias de evolução. Associado ao quadro referia hiporexia, náusea, vômitos e parada de evacuação há 13 dias. Negava patologias prévias. Apresentava Tomografia computadorizada (TC) de abdome com diagnóstico de hérnia inguinal a esquerda. Exame físico de região inguinal esquerda incompatível com diagnóstico. Realizado nova TC com evidência de hérnia de forame obturatório. Paciente submetida a laparotomia exploradora observando-se seguimento de jejuno não viável insinuado em forame obturatório. Realizado enterectomia com enteroanastomose. Paciente apresentou boa evolução clínica. **DISCUSSÃO:** A hérnia de forame obturatório é uma entidade rara que apresenta como principais fatores predisponentes o sexo feminino, idade avançada, baixo IMC associados a fatores que cursam com aumento da pressão intra-abdominal. É de difícil diagnóstico clínico, sendo comumente realizado durante procedimento de laparotomia exploradora em decorrência de quadro de abdome agudo obstrutivo. Deve-se sempre atentar para tal etiologia em casos de abdome agudo obstrutivo sem causa definida. Sua precoce identificação e tratamento promove considerável redução da morbimortalidade desta entidade patológica.

### PALAVRAS-CHAVE: HÉRNIA FORAME OBTURATÓRIO; ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Obturator foramen hernias are rare and have high morbidity and mortality due to delayed diagnosis. It is more frequent in women and its treatment is imminently surgical.

**CASE REPORT:** Female patient, 74 years old, referred for evaluation by the general surgery team with colic-like left iliac fossa pain radiating to the medial face of the ipsilateral thigh with 14 days of evolution. Associated with the condition, he reported hyporexia, nausea, vomiting and evacuation failure for 13 days. He denied previous pathologies. The patient had a computed tomography (CT) scan of the abdomen with a diagnosis of left inguinal hernia. Physical examination of the left inguinal region incompatible with diagnosis. A new CT scan was performed with evidence of obturator foramen hernia. Patient submitted to exploratory laparotomy, observing non-viable jejunum segment insinuated in obturator foramen. Enterectomy with enteroanastomosis was performed. The patient had a good clinical evolution. **DISCUSSION:** The obturator foramen hernia is a rare entity whose main predisposing factors are female sex, advanced age, low BMI associated with factors that lead to increased intra-abdominal pressure. It is difficult to diagnose clinically, and is commonly performed during an exploratory laparotomy procedure due to an obstructive acute abdomen. Attention should always be paid to this etiology in cases of obstructive acute abdomen without a defined cause. Its early identification and treatment promotes a considerable reduction in the morbidity and mortality of this pathology.

### KEYWORDS: FORAMEN, OBTURATORY HERNIA; ACUTE OBSTRUCTIVE ABDOMEN

### INTRODUÇÃO

As hérnias de forame obturatório são raras, correspondendo a menos de 1% de todas as hérnias e de 0,2 a

1,6% das etiologias de obstrução mecânica do intestino delgado. Apresenta alto índice de mortalidade, variando de 38 a 81%. Tal fato deve-se pelo retardo no diagnósti-

1 – Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia

### ENDEREÇO

RODRIGO BARCELOS F. DE CARVALHO  
Av. Diamante, s/n - St. Conde dos Arcos, Aparecida de  
Goiânia - GO, 74969-210  
Email: rodrigobfc@yahoo.com.br

co, ocorrendo quando já se é evidenciado inviabilidade dos seguimentos herniados, levando a paciente a quadros de sepse de foco abdominal. Seu primeiro caso foi relatado no século XVIII, em 1724 por Arnaud de Ronsil. Somente em 1851 foi descrito o primeiro caso operado com sucesso por laparotomia realizada por Henri Obre.<sup>1</sup>

Ocorrem mais frequentemente à direita, tendo em vista que a presença do colón sigmoide na fossa ilíaca esquerda recobre o forame obturatório nesta região.<sup>2</sup> É mais frequente em mulheres (6:1) devido fatores anatômicos e fisiológicos inerentes ao sexo feminino: pelve mais ampla, maior abertura e inclinação do canal obturatório associado a maior diâmetro transversal da pelve. Outros fatores associados são frouxidão do peritônio, constipação intestinal crônica, multiparidade e idade.<sup>1</sup>

Nesta hérnia evidencia-se uma projeção inferior do saco herniário, abaixo do músculo pectíneo ou posteriormente ao músculo obturador externo. É uma hérnia de difícil palpação. Seu conteúdo geralmente é constituído por omento ou pinçamento lateral do intestino (hérnia de Richter), mas podendo ocorrer encarceramento de outras estruturas abdomino-pélvicas, como apêndice, tuba uterina, ovário.<sup>2</sup>

O quadro clínico desencadeia-se devido a compressão do nervo obturatório gerando dor e/ou parestesia na face interna da coxa podendo estender-se até a face medial do joelho ipsilateral (sinal de Howship-Romberg). Outro sinal clínico apresentado em decorrência da compressão do nervo obturatório é o de Hannington-Kiff que consiste na ausência do reflexo do músculo adutor da coxa ao se realizar a percussão da região dos adutores ipsilateral. Associa-se, em geral, dor abdominal aguda com sinais e sintomas de obstrução intestinal, ou dor do tipo ciática. A incidência de necrose intestinal associada à obstrução é grande.<sup>3</sup>

As principais vias de acesso cirúrgico para correção das hérnias de forame obturatório são: abdominal transperitoneal, abdominal pré-peritoneal, inguinal e femoral.<sup>1</sup>

### RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 74 anos, encaminhada para avaliação de equipe de cirurgia geral com dor em fossa ilíaca esquerda tipo cólica com irradiação para face medial de coxa ipsilateral com 14 dias de evolução. Associado ao quadro referia hiporexia, náusea, vômitos e parada de evacuação há 13 dias. Nega patologias prévias. Trazia consigo laudo de tomografia computadorizada (TC) de abdome realizada externamente ao nosso serviço com laudo de hérnia inguinal esquerda encarcerada com dilatação de alças de delgado a montante.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, normocárdica, normotensa, desidratada 2+/4+, lúcida e orientada no tempo e espaço. Sistemas cardiovascular e respiratório sem alteração. Ao exame abdominal apresentava abdome distendido, com dor à

palpação profunda em fossa ilíaca esquerda com descompressão brusca positiva nesta região. Na região inguinal não foram encontrados sinais de hérnias inguinal ou femoral. Toque retal com presença de pequenos resquícios fecais, sem sangue em dedo de luva.

Após exame físico foi solicitado passagem de sonda nasogástrica aberta, solicitado Raio-X (RX) de abdome agudo (em pé e deitada) seguido de exames laboratoriais. RX de abdome agudo mostrava distensão difusa de alças de delgado sem evidência de pontos de obstrução ao método. Solicitado então nova TC de abdome com evidência de hérnia de forame obturatório à esquerda.

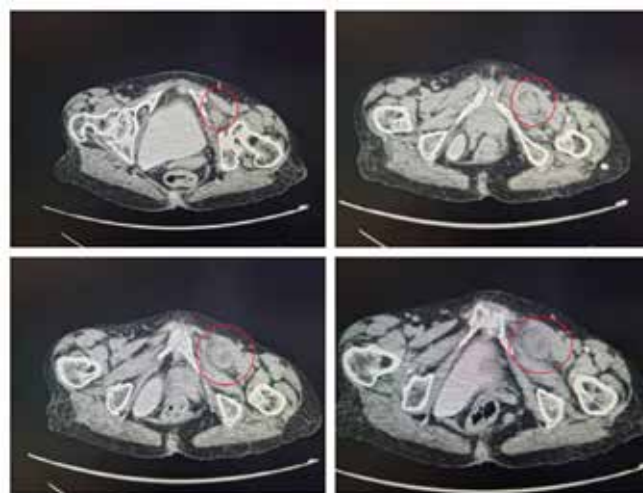


Figura 1 - Tomografia de abdome sem contraste evidenciando hérnia de forame obturatório à esquerda.

Optado então por submeter a paciente a laparotomia exploradora. Foi realizada incisão supra e infraumbilical. Ao inventário de cavidade evidenciou-se presença de alça de jejuno a 120 cm do ângulo de Treitz herniada por forame obturatório a esquerda, não redutível e com sinais de necrose. Não foi evidenciado líquido livre na cavidade abdominal. Devido a impossibilidade de redução da mesma foi realizado abertura do espaço de Retzius com ressecção de alça herniada (aproximadamente 30 cm). Devido a ausência de contaminação de cavidade abdominal e a estabilidade hemodinâmica da paciente optou-se por realização de entero-entero anastomose termino-terminal com sutura em dois planos utilizando-se fio inabsorvível de polipropileno de espessura 3-0. Após anastomose foi realizada a correção de falha de forame obturatório com a colocação de tela de márlax de alta gramatura anteriormente ao forame obturatório no espaço de Retzius e posteriormente ao forame obturatório, anteriormente ao peritônio. Realizado fechamento de peritônio com fio absorvível de poliglactina. Paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta 7 dias após internação.

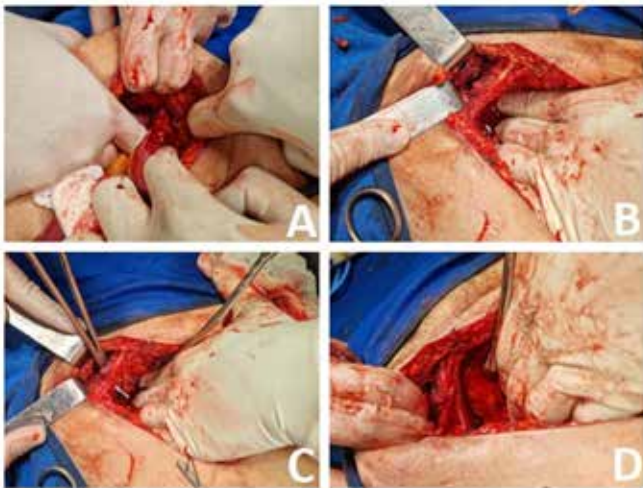


Figura 2: A - Alça de jejuno herniada em forame obturatório a esquerda com sinal de sofrimento. B - Dissecção de espaço de Retzius com posterior enterectomia de seguimento jejunal não viável. C - Identificação de falha em forame obturatório. D - Aspecto final após colocação de tela de márlex anterior e posteriormente ao forame obturatório.

## DISCUSSÃO

A hérnia de forame obturatório é uma entidade rara que apresenta como principais fatores predisponentes o sexo feminino, idade avançada, baixo IMC associados a fatores que cursam com aumento da pressão intra-abdominal como DPOC, constipação crônica e multiparidade.<sup>4</sup> A paciente referida neste caso apresentava como fatores de risco o sexo feminino, idade avançada, multiparidade (11 gestações) e relato de constipação crônica.

Constitui-se de uma entidade patológica de difícil diagnóstico clínico, sendo comumente realizado apenas durante a inspeção abdominal durante procedimento de laparotomia exploradora em decorrência de quadro de abdome agudo obstrutivo.<sup>3</sup> Em uma porcentagem menor dos casos, seu diagnóstico pode ser realizado por exames complementares, como a tomografia computadorizada de abdome, como ocorreu no caso relatado.

A abordagem cirúrgica indicada na emergência é a laparotomia exploradora ampla, pois permite uma melhor inspeção da cavidade abdominal com melhor identificação da hérnia, sua redução ou ressecção em caso de não viabilidade de segmentos, como no caso apresentado. A abordagem laparoscópica pode ser realizada, sendo mais indicada em contexto fora da emergência, em pacientes que ainda não evoluíram para quadros obstrutivos francos e com possível sofrimento de alças intestinais.<sup>5,6</sup>

O reparo indicado para a falha do forame obturatório é realizado com telas sintéticas. Sendo que o uso das mesmas não é recomendado no caso de gangrena intestinal ou perfuração. No caso apresentado foi optado pela colocação de tela sintética apesar de o seguimento

herniado apresentar sinais de necrose por não se constatar sinais de contaminação da cavidade abdominal ou do espaço de Retzius. Uma opção para tais casos é o fechamento da falha com sutura em bolsa utilizando-se fios não-absorvíveis ou suturas interrompidas.<sup>1</sup>

## CONCLUSÃO

A hérnia de forame obturatório apresenta um quadro clínico de difícil diagnóstico e de alta morbimortalidade para o paciente caso sua identificação e correta abordagem não sejam realizados de forma precoce. A importância deste caso deve-se ao fato de o mesmo ocorrer em uma região anatômica menos frequente (forame obturatório a esquerda) associado a um quadro clínico de abdome agudo obstrutivo com primeiro exame de imagem sugerindo hernia inguinal esquerda, não sendo corroborado pelo exame físico. Ainda não existe consenso na literatura sobre a melhor forma de abordagem da falha no forame obturatório, sendo optado por fechamento com tela de tecido sintético. Deve-se sempre atentar para tal etiologia em casos de abdome agudo obstrutivo sem causa definida. Sua precoce identificação e tratamento promove considerável redução da morbimortalidade desta entidade patológica.

## REFERÊNCIAS

1. Mnari, W. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *The Pan African Medical Journal*, v.32, 2019.
2. Harper JR, Holt JH. Obturator hernia. *Am J Surg*. 1956; 92: 562-5.
3. Pandey, R.; Maqbool, A.; Jayachandran, N. Obturator hernia: a diagnostic challenge. *Hernia*, v.13, n.1, p.97-99, 2009.
4. Hodgins N, Cieplucha K, Conneally P, Ghareeb E. Obturator hernia: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2013; 4:889-92.
5. Cai, X; Song, X; Cai, X. Strangulated intestinal obstruction secondary to atypical obturator hernia: a case report with literature review. *International journal of medical sciences*, v.9, n.3, p.213, 2012.
6. Singer R, Leary PM, Hofmeyr NG. Obturator hernia. *S African Med J*. 1997. 29:73-5.