

Hérnia interna congênita associada à má rotação intestinal – relato de caso



Congenital internal hernia associated with malrotation intestinal – Case Report

Danielle Moresco Sanvido¹, Carmen Silvia Martimbianco De Figueiredo², Silvia Hiromi Nakashita³, Edwaner Bondarczuk⁴, Vivian Maria Marques⁵.

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

*Autor correspondente:
Danielle Moresco Sanvido,
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS.

E-mail do autor:
daniellesanvido@hotmail.com

Palavras-chave:
Abdome agudo obstrutivo. Hérnia interna. Má rotação intestinal.
Lapartomia.

Keywords:
Obstructive acute abdomen. Internal hernia. Intestinal malrotation. Lapartomy.

¹Residente de Neonatologia pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – UFMS/HUMAP.

²Doutora em Ciências da Saúde, Professora, Pediatra e Neonatologista.

³Mestrado em Ciências da Saúde, Professora, Pediatra e Neonatologista.

⁴Cirurgião-pediátrico.

⁵Cirurgiã-pediátrica.

Resumo

Este trabalho tem por finalidade descrever um caso clínico de hérnia interna e má rotação intestinal (MRI), decorrentes de defeitos nas suas etapas embriológicas de herniação, rotação e fixação. Trata-se de um recém-nascido (RN) termo que apresentou sintomas de abdome agudo semi-oclusivo no alojamento conjunto, sendo diagnosticado hérnia interna e má rotação intestinal no ato operatório. As hérnias internas congênitas são raras e normalmente estão associadas à má rotação intestinal. Podem ser diagnosticadas por exames de imagem, porém, em alguns casos, são confirmados apenas durante a cirurgia.

Abstract

This paper aims to describe a clinical case of internal hernia and intestinal malrotation (IRM), resulting from defects in the embryological stages of herniation, rotation and fixation. This is a full-term newborn (NB) who presented symptoms of semi-occlusive acute abdomen in rooming-in, being diagnosed with internal hernia and intestinal malrotation during surgery. Congenital internal hernias are rare and are usually associated with intestinal malrotation. They can be diagnosed by imaging exams, however, in some cases, they are confirmed only during surgery.

1. Introdução

As hérnias internas são definidas pela protrusão de uma víscera através de abertura normal ou anormal do peritônio ou mesentério, dentro dos limites da cavidade peritoneal. Têm incidência muito baixa, constituindo menos de 1% do total de hérnias (Azeredo, 2016). O orifício pode ser decorrente de anomalias congênitas de rotação interna e fixação peritoneal ou, adquirida, como cirurgia e trauma (Lucie, 2005).

No início do desenvolvimento embriológico ocorre a herniação intestinal para fora da cavidade abdominal, na qual uma rotação no sentido anti-horário se faz em relação ao eixo da artéria mesentérica superior (SMA). Ao final da 8ª semana ocorre rotação completa de 270° (Cunha Filho, 2018). Por volta da 10ª semana gestacional, o intestino médio retorna para a cavidade abdominal e a junção duodeno-jejuno (JDJ) é fixada parede posterior do abdome, na sua porção lateral esquerda da coluna vertebral e ao ligamento de Treitz. Enquanto isso, o ceco se fixa no quadrante inferior direito (Cunha Filho, 2018 e Jacob, 2017).

Se não houver o retorno da alça ceco-cólica ao abdome antes do intestino anterior, o duodeno e o jejuno não são empurrados súpero-lateralmente. Sendo assim, não ocorrerá fixação adequada do ceco, que permanece no abdome superior e o JDJ no quadrante superior direito, configurando uma rotação de apenas 180° (Jacob, 2017).

Como resultado, tem-se uma base mesentérica estreita, o que predispõe ao volvo intestinal. Eventualmente, o intestino faz uma rotação (90°) no sentido horário, posicionando o duodeno anteriormente e o cólon posteriormente, com a formação de um túnel que pode obstruir parcialmente os vasos mesentéricos. No quarto e quinto mês de gestação, as hérnias paraduodenais ou paracólicas podem se formar, caso o mesoderma não se funda ao retroperitônio (Cunha Filho, 2018 e Jacob, 2017).

As hérnias internas podem ser assintomáticas ou sintomáticas, apresentando sintomas clínicos inespecíficos ou que podem remeter à sinais de abdome agudo obstrutivo, tais como náuseas, vômitos, dor e distensão abdominal. As dores apresentam-se tipo cólicas intermitentes ou por vezes pós-prandiais (Doishita, 2015). Nos neonatos os sintomas também podem ser vômitos biliosos, distúrbios hidroeletrólíticos e dificuldade no ganho de peso (Ezer, 2016).

O diagnóstico é desafiador e normalmente necessita do auxílio de exames de imagem. A ultrassonografia (US) no pré-natal pode demonstrar volvos enquanto a radiografia simples de abdome ajuda na análise de obstrução intestinal (Jacob, 2017). Os exames padrão-ouro para identificação de má-rotação intestinal e hérnia interna são o estudo radiográfico contrastado de trânsito intestinal e a tomografia computadorizada, respectivamente (Jacob, 2017 e Doishita, 2015).

Nos casos de hérnias internas a cirurgia é sempre uma urgência, enquanto, nos casos assintomáticos de má rotação intestinal, há controvérsias (Cunha Filho, 2018). Pode ser realizada laparotomia exploratória ou laparoscópica em casos de volvo ou distensão abdominal

grave (Azeredo, 2016 e Cunha Filho, 2018). Em alguns casos, o diagnóstico é confirmado no ato-operatório (Neto, 2004).

2. Material e Métodos

Foi utilizado, para elaboração deste relato, o prontuário do participante da pesquisa, sendo revisado desde o seu nascimento até sua alta. Também foi realizada uma revisão de literatura, voltado principalmente para o tema das causas de hérnias internas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sob o CAAE nº 53953821.3.0000.0021 e parecer de número 5.282.265 via Plataforma Brasil, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. Resultados

Recém-nascido termo com idade gestacional de 39 semanas e 02 dias pelo ultrassom obstétrico do primeiro trimestre, adequado para idade gestacional com peso de 2.990 gramas. A Mãe realizou 12 consultas pré-natais, sorologias negativas, apresentando dois episódios de infecção de trato urinário ambos tratados. Realizado ampicilina intraparto por colonização por *Streptococcus agalactiae*. Nasceu de parto cesárea por cesárea anterior, bolsa rota no ato, em boas condições de vitalidade, clampeamento oportuno do cordão, realizado exame físico, antropometria e encaminhado ao alojamento conjunto com a mãe em aleitamento materno exclusivo.

No segundo dia de vida, o RN havia perdido cerca de 12% do peso, sendo iniciado complementação com fórmula infantil de primeiro semestre (20ml 3/3h) e solicitado exames laboratoriais para triagem infecciosa, o qual demonstrou apenas plaquetopenia, sem outras alterações. Permanecia sem antibiótico. Após 48h, o RN continuava perdendo peso, sendo optado pelo início de antibioticoterapia com ampicilina 200mg/kg/dia e gentamicina 4mg/kg/dia. Neste mesmo dia, durante a noite, o paciente apresentou dois episódios de vômitos esverdeados, hipoatividade e hipotonia, que persistiram no dia seguinte, sendo então, encaminhado para Unidade Intermediária Neonatal (UTIN).

O RN foi mantido em dieta zero, com sonda orogástrica aberta e com grande quantidade de débito esverdeado, evacuação presente. Radiografia de abdome sem sinais de perfuração de alça intestinal e foi realizado nova triagem infecciosa. Solicitada avaliação da cirurgia pediátrica, quem orientou a realização de radiografia contrastada (RX) de trânsito intestinal e ultrassonografia (US) de abdome total para investigação de abdome obstrutivo. Exames laboratoriais não demonstraram alterações. A US demonstrou distensão gástrica, sem outros achados. O RX de trânsito intestinal realizado com contraste iodado não iônico (20ml por sonda gástrica), demonstrou estômago de capacidade e contornos normais, mantendo-se

distendido durante todo o exame e com retenção de contraste após 6 horas da administração do mesmo; intestino delgado com morfologia atípica; indefinição das haustrações; alças de aspecto atônico com lentificação do trânsito e ausência de sinais de estenose ou obstrução de alças delgadas. Opacificação da ampola retal.



Figura 01. Radiografia de trânsito intestinal com opacificação até a ampola retal.

A cirurgia pediátrica optou pela laparotomia exploratória, sendo visualizado estômago e primeira porção do duodeno dilatados e, área de alças intestinais delgadas certo grau de estrangulamento. Identificado o anel herniário em mesogástrico e intestino mal rodado. Realizada rafia do mesentério e redução das alças para cavidade.

Após o procedimento, houve dificuldade em extubação por laringoespasmos, sendo necessário uso de corticoide. Foi transferido para a UTIN para Unidade Intermediária no 13º dia de pós-operatório, onde teve boa progressão de dieta e ganho de peso, recebendo alta em aleitamento materno complementado com fórmula e acompanhamento ambulatorial.



Figura 2: hérnia interna no meso-gástrico com isquemia parcial de alças duodenais.

Figura 3: Alças duodenais após reperfusão.

4. Discussão

As hérnias internas são definidas como a exteriorização de vísceras por orifícios intra-abdominais, podendo estar relacionada a má-rotação intestinal. Os sintomas podem ser variados, por vezes sugerindo abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico é desafiador e pode ser realizado no ato operatório. No caso descrito houve dificuldade em fechar o diagnóstico, já que o paciente apresentou sintomas inespecíficos sugerindo quadro infeccioso. Os exames radiológicos mostraram sinais de suboclusão intestinal, definindo o tratamento cirúrgico, que confirmou o diagnóstico. As hérnias para-duodenais constituem protusão de alças intestinais através de um defeito do mesocólon, é o tipo mais comum de hérnias internas. Porém, pode não ser diagnosticada por exames complementares como no paciente em questão. Já a má-rotação intestinal, que é uma das causas de hérnias congênitas, pode ser diagnosticada ainda intraútero, e confirmada com seriografia (radiografia contrastada). O tratamento das hérnias internas é sempre cirúrgico, como ocorreu com no caso descrito. Já no caso de MRI não é possível fixar o intestino, podendo o paciente apresentar novas obstruções no futuro.

A rara ocorrência de hérnias internas em RN aumenta o risco de falha diagnóstica e tratamento tardio. A MRI é mais comum e pode estar associada à outras má-formações. Por isso uma boa avaliação clínica com adequada investigação deve ser realizada quando houver suspeita de abdome agudo obstrutivo.

Agradecimentos

Primeiramente e especialmente ao paciente e seus responsáveis legais, que autorizaram de bom grado, relatar a história clínica do mesmo, para assim cooperar com o aprendizado de outros profissionais. Agradeço a todos os profissionais envolvidos direta e indiretamente no caso, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos do laboratório de exames, técnicos dos exames de imagem, funcionários da limpeza e do administrativo. Todos, sem exceção, cooperaram para o atendimento do paciente e assim, conseqüentemente, para que possamos relatar esse caso.

Declaração

Declaro que o trabalho é de minha autoria e aceito tornar pública a minha responsabilidade pelo conteúdo. Declaro que todas as afirmações contidas no manuscrito são fatos, são verdadeiras ou baseadas em pesquisa com razoável exatidão. Declaro que concordo que os direitos autorais referentes ao artigo acima referenciado se tornarão propriedade exclusiva da Revista em questão, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a autorização prévia seja solicitada. Declaro, ainda, não haver conflito de interesses pertinentes.

5. Referências

- Azeredo MAA, Frota BG, Weiss D, Souza HP, Breigeiron R. Correção de hérnia paraduodenal. *Relatos Casos Cir.*2016;(2):1-3
- Cunha Filho AAA, Coimbra PA, Perez-Bóscollo AC, Dutra RA, Alves KPO. Má-rotação intestinal: um diagnóstico a ser considerado no abdome agudo em recém-nascidos. *Resid Pediatr.* 2018;8(3):141- 146 DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8n3-08.
- Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, Sugimoto M, Ninoi T, Shima H, Miki Y. Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *Radiographics.* 2016 Jan-Feb;36(1):88-106. doi: 10.1148/rg.2016150113. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26587890.
- Ezer, S. S., Oguzkurt, P., Temiz, A., Ince, E., Gezer, H. O., Demir, S., & Hicsonmez, A. (2016). Intestinal malrotation needs immediate consideration and investigation. *Pediatrics International*, 58(11), 1200– 1204. doi:10.1111/ped.13075
- Jacob C. Langer, MD. Intestinal Rotation Abnormalities and Midgut Volvulus, Division of General and Thoracic Surgery, Hospital for Sick Children, University of Toronto, Canada. *Surg Clin N Am* 97 (2017) 147–159 <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.08.011>.
- Lucie C. Martin, Elmar M. Merkle, William M. Thompson. **Review of Internal Hernias:** Radiographic and Clinical Findings. Received April 14, 2005; accepted after revision August 9, 2005. DOI:10.2214/AJR.05.0644.
- Neto, L. R. C.; Figueiredo, J. A.; Barbosa, C. A.; Silva, A. L.; Hérnia interna transmesocólica congênita: diagnóstico transoperatório. *Rev Med Minas Gerais* 2004; 14(2):122-4.