Hérnia umbilical e epigástrica na criança

Bruno Pinheiro Falcão, Evanayza Vieira de Sousa, Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros

DEFINIÇÃO

A hérnia ventral é definida como uma protrusão através da fáscia da parede abdominal anterior. Esses defeitos podem ser classificados como espontâneos ou adquiridos, ou por sua localização na parede abdominal. Hérnias umbilicais ocorrem no umbigo e hérnias epigástricas ocorrem entre o processo xifoide e o umbigo.

Hérnia umbilical

O umbigo é formado pelo anel umbilical da linha alba. Intra-abdominalmente, o ligamento redondo (remanescente da veia umbilical) fixa-se ao umbigo superiormente, e os ligamentos mediais (remanescentes umbilicais das artérias umbilicais) juntam-se ao ligamento umbilical mediano (úraco obliterado) e entram inferiormente. As hérnias umbilicais nas crianças são congênitas e bastante comuns. Elas se fecham espontaneamente na maioria dos casos por volta dos dois anos de idade. Aquelas que persistem após 5 anos de idade são, com frequência, reparadas cirurgicamente, embora complicações relacionadas a essas malformações sejam incomuns em crianças.

A hérnia umbilical, demonstrada na **Figura 11.1**, é mais comum entre indivíduos que têm apenas uma única decussação aponeurótica de linha média, comparada com a decussação normal das fibras de todos os três músculos abdominais laterais. O encarceramento de conteúdo herniário é muito raro nessa população.

Figura 11.1 Hérnia umbilical



Fonte: Manual MSD (2020).

Hérnia epigástrica

As hérnias epigástricas são duas a três vezes mais comuns em meninos. Estão localizadas entre o processo xifoide e a cicatriz umbilical e geralmente entre 5 e 6 cm acima do umbigo. Como as hérnias umbilicais, as hérnias epigástricas são mais comuns em indivíduos com uma única decussação aponeurótica. Os defeitos são pequenos e, em geral, produzem dor fora de proporção para o seu tamanho, devido a encarceramento cíclico de gordura pré-peritoneal.

Figura 11.2 Criança com hérnia epigástrica



Fonte: Manual MSD (2020).

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.11

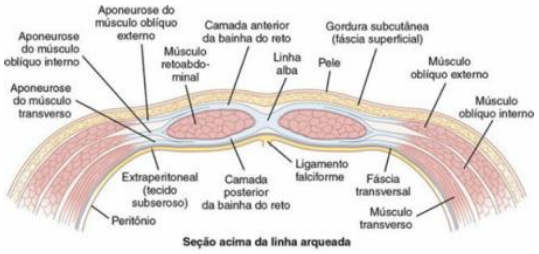
ANATOMIA

Como é possível ver na **Figura 11.3**, cada um desses músculos formam uma aponeurose que se insere na linha alba, uma estrutura de linha média unindo os lados da parede abdominal. O oblíquo externo é o músculo mais superficial da parede abdominal lateral. Profundamente ao oblíquo externo, localiza-se o músculo oblíquo interno. As fibras do oblíquo externo cursam na direção inferomedial (como mãos nos bolsos), enquanto as fibras do músculo oblíquo interno correm profundamente às do oblíquo externo e opostas a ele. A camada muscular mais profunda da parede abdominal é a do músculo transverso do abdome. Suas fibras cursam em uma direção horizontal. Esses três músculos laterais dão origem às camadas aponeuróticas laterais ao músculo reto abdominal, que contribuem para as camadas anterior e posterior da bainha do reto.

A extensão medial da aponeurose do oblíquo externo forma a camada anterior da bainha do reto. Na linha média, as duas bainhas anteriores do reto formam a linha alba tendinosa. Em ambos os lados da linha alba estão os músculos retos do abdome, cujas fibras são direcionadas longitudinalmente e percorrem a extensão da parede anterior do abdome. Abaixo de cada músculo reto localiza-se a camada posterior da bainha do reto, que também contribui para a linha alba. A parede abdominal recebe grande parte de sua inervação dos nervos intercostais 7 a 12 e os primeiros e segundos nervos lombares. Esses ramos fornecem inervação para os músculos abdominais laterais, o músculo reto e a pele sobrejacente.

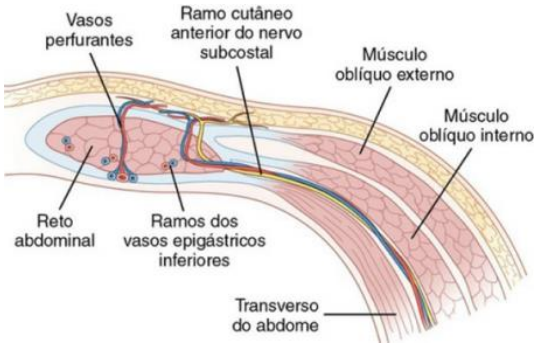
Os músculos abdominais laterais recebem sua irrigação sanguínea das três ou quatro artérias intercostais inferiores, artéria ilíaca circunflexa profunda e artérias lombares. O reto abdominal tem um suprimento sanguíneo mais complexo derivado da artéria epigástrica superior (um ramo terminal da artéria mamária interna), artéria epigástrica inferior (um ramo da artéria ilíaca externa) e artérias intercostais inferiores. As artérias epigástricas superiores e inferiores se anastomosam próximo ao umbigo, como é possível visualizar na **Figura 11.4**.

Figura 11.3 Anatomia demonstrando as aponeuroses dos músculos na linha alba



Fonte: Manual MSD (2020).

Figura 11.4 Vascularização dos músculos da parede abdominal



Fonte: Manual MSD (2020).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

O examinador deve colher a história clínica. A hérnia caracteriza-se por uma tumoração na região umbilical ou epigástrica que apresenta aumento de volume

durante o esforço para evacuar, tossir ou chorar.

Avaliar o paciente sentado e deitado, verificando sempre a redutibilidade do conteúdo herniado e o tamanho da área da hérnia na parede abdominal. Sempre que possível, pedir à criança para tossir ou realizar manobra de Valsalva para facilitar a identificação da hérnia.

DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Modalidades de imagem menos invasivas, como o ultrassom de parede abdominal, auxiliam no diagnóstico de hérnias raras, como a hérnia de Spiegel (defeito na parede abdominal caracterizado pela protusão de órgãos, saco peritoneal ou gordura préperitoneal, através da aponeurose de Spiegel, que compreende a região da aponeurose do músculo transverso limitada medialmente pelo músculo reto abdominal e lateralmente pela linha semilunar), além de contribuir em casos de difícil exame físico (pacientes obesos ou neuropatas agitados). Na maioria dos casos, entretanto, a história clínica e o exame físico bem-feitos são suficientes para a definição diagnóstica.

TRATAMENTO

Sempre cirúrgico. Nas hérnias umbilicais, a conduta conservadora, aguardando fechamento espontâneo até os 4-5 anos de idade, é defendida por muitos autores. Para as hérnias epigástricas, pela sintomatologia quase sempre presente, a correção cirúrgica é indicada, na maioria das vezes, ao diagnóstico.

O fechamento primário é possível na maioria das vezes. O acesso à hérnia umbilical é realizado através de incisão transversa ou semicircular, infra ou supraumbilical.

O anel é liberado e separado do saco herniário, que pode ser ressecado ou invaginado. Procede-se o fechamento do defeito aponeurótico com pontos separados de fio absorvível sintético de absorção lenta e refixação do umbigo. Nas hérnias epigástricas, as incisões são transversas e na topografia dos defeitos. Realiza-se a dissecção do defeito, com identificação, redução ou exérese do conteúdo herniado (normalmente gordura préperitoneal). Procede-se o fechamento do defeito aponeurótico com pontos separados de fio absorvível sintético de absorção lenta. Na **Figura 11.5**, é possível observar a hérnia umbilical antes e imediatamente depois da correção cirúrgica.

Defeitos maiores (> 2-3 cm de diâmetro) são raríssimos em crianças. Eles têm uma elevada taxa de recidiva se fechados primariamente e devem ser reparados com prótese. As taxas de recidiva variam entre 10 e 50% e são tipicamente reduzidas a mais da metade com o uso de telas.

Figura 11.5 Hérnia umbilical antes e após a cirurgia



Fonte: Imagens gentilmente cedidas pelo Dr. Eduardo Meneses.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Hérnia incisional;
- Hérnia de Spiegel;
- Hérnia do obturador;
- Hérnia interparietal.

COMPLICAÇÕES

As principais complicações são seromas, hematomas e infecções de ferida operatória.

O seroma é a coleção de gordura liquefeita, soro e líquido linfático que se forma sob a incisão, normalmente representa complicações mais benignas após um procedimento cirúrgico.

O hematoma é uma coleção anormal de sangue, geralmente na camada subcutânea de uma incisão recente ou em um espaço potencial, após exéreses cirúrgicas. São mais preocupantes do que os seromas, em virtude do seu potencial para infecção.

Infecções de ferida operatória são de significativa importância no meio cirúrgico, uma vez que, mesmo com todos os cuidados disponíveis (antibióticos profiláticos e técnicas assépticas), ainda continuam presentes. No entanto, suas principais consequências estão relacionadas a problemas estéticos na cicatriz cirúrgica, representando um baixo risco frente aos benefícios da cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, R.Z. Cirurgia é tratamento-padrão para corrigir hérnia abdominal. *Hospital Sírio-Libanês*, 5 fev. 2016.

CHAIB, P. S. *et al*. Hérnia de Spiegel bilateral volumosa. *Relatos de Casos*, 2017.

MANUAL MSD. Versão Saúde para a Família. *Hérnia umbilical em crianças*. 2020.

MARTINS, F.M.F. Hérnia epigástrica. *Enciclopédia Pediátrica*, 2017.

MARTINS, F.M.F. Hérnia umbilical. *Enciclopédia Pediátrica*, 2017.

TOWNSEND, C.M. *et al*. *Sabiston Tratado de cirurgia*: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.