

HÉRNIA ISQUIÁTICA. RELATO DE CASO

QUINTINO N. CAVICHINI, TSBCP
JOSÉ RICARDO BORGES SUETH
EUCLIDES MALTA CARPI
PEDRO ALBERTO V. ANDERSON

CAVICHINI QN, SUETH JRB, CARPI EM, ANDERSON PAV -
Hérnia isquiática. Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1996;
16(4): 206-208

RESUMO: A hérnia isquiática é a mais rara entre as raras hérnias do assoalho pélvico. A sintomatologia é escassa, o diagnóstico pré-operatório difícil e o tratamento cirúrgico é o método preferido para tratar essas hérnias. Apresentamos um caso de hérnia isquiática em paciente idoso masculino, que se manifestou como uma massa tumoral na região glútea direita.

UNITERMOS: hérnia isquiática; cirurgia

As hérnias do assoalho pélvico - obturadora, perineal e isquiática - são raras, com sintomatologia, por vezes, escassa, exceto quando evoluem com complicações; e de diagnóstico pré-operatório difícil. Dentre as três, a hérnia isquiática é a menos freqüente. A finalidade deste artigo é relatar um caso de hérnia isquiática em paciente masculino idoso. A hérnia se manifestou como uma massa tumoral na região glútea, no lado direito.

Relato de caso

Paciente de 86 anos, masculino, branco, solteiro, lavrador, do Estado do Rio. Apresentou-se, relatando tumoração na região glútea, no lado direito, com quatro meses de evolução. Não referia qualquer tipo de traumatismo sobre a região. Havia relato de

“hemorróidas”, que eram reduzidas pelo próprio paciente. Relatava ressecção transuretral de próstata. Ao exame físico apresentava mucosas normocoradas, escleróticas anictéricas, ausência de linfadenopatia. Abdômen flácido, indolor à palpação superficial ou profunda, sem visceromegalia ou massa tumoral palpável. Havia hérnia inguinal bilateral recidivada. O exame da região glútea mostrava uma tumoração endurecida, pouco móvel, no lado direito (Fig. 1). Observou-se, ainda, um prolapso retal de fácil redução. No toque retal constatou-se fecaloma. Ultra-sonografia da massa tumoral evidenciou uma tumoração endurecida, sem área cística. Tomografia computadorizada mostrou que o reto se herniava pelo orifício isquiático, e que apresentava estrutura sólida em seu interior (Figs. 2 e 3). O enema opaco confirmou a presença de hérnia isquiática, contendo reto (Figs. 4 e 5). O paciente foi levado a sala de cirurgia, e após anestesia loco-regional, retiramos do reto um volumoso fecaloma que se encontrava dentro do saco herniário. Via de acesso transabdominal foi usada, com redução do saco herniário e ligadura alta do mesmo; correção do prolapso retal através de sacropromontofixação e fechamento dos orifícios herniários inguiniais. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório.



Fig. 1 - Tumoração na região glútea direita.

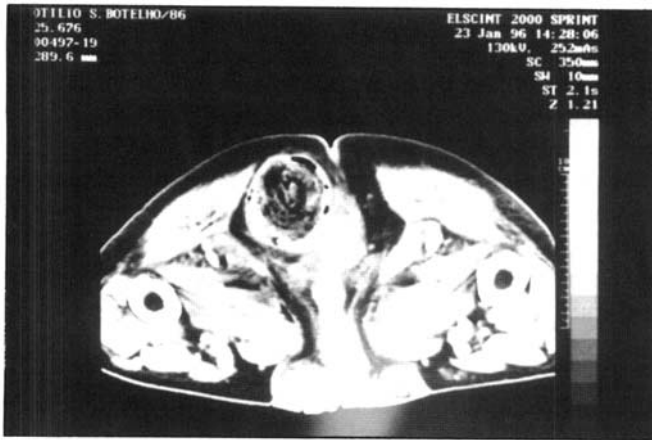


Fig. 2 - Tomografia computadorizada. Tumoração ao lado do reto.

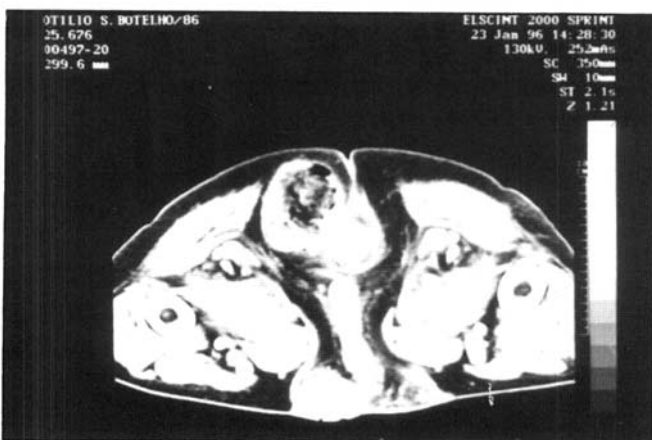


Fig. 3 - Tomografia computadorizada. Tumoração peri-retal com fecaloma.

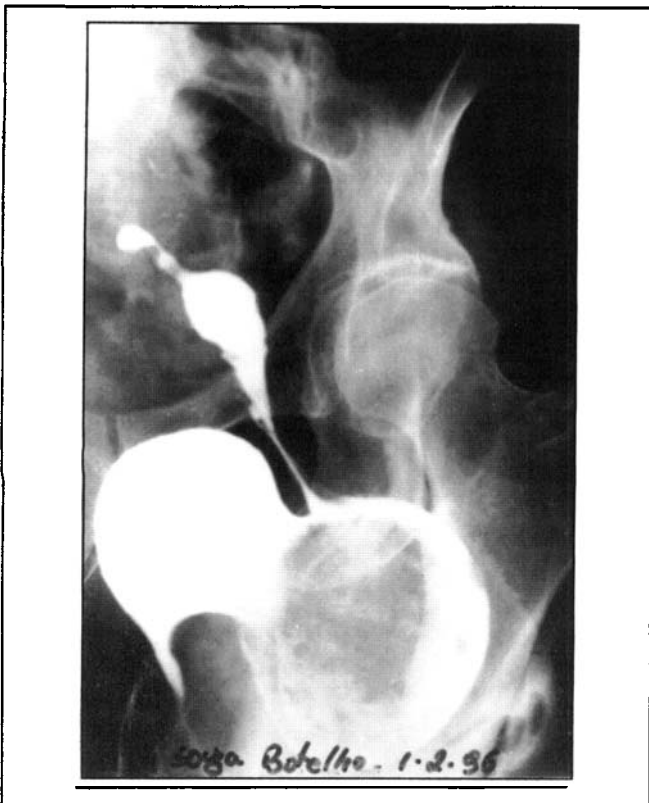


Fig. 4 - Enema opaco. Reto no saco herniário.

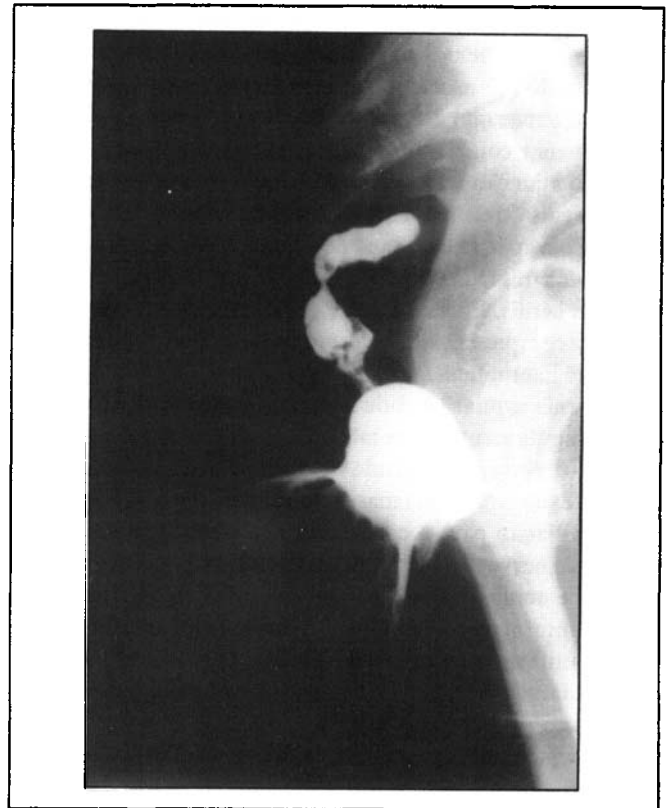


Fig. 5 - Enema opaco. Reto no saco herniário.

DISCUSSÃO

A hérnia isquiática ocorre quando há protrusão de vísceras abdominais ou pélvicas através do orifício isquiático maior ou menor. Anatomicamente, os ligamentos sacro-isquiáticos - ligamento sacro-tuberoso e ligamento sacro-espinhoso - dividem a chanfradura isquiática em dois orifícios, o orifício isquiático maior (superior) e o orifício isquiático menor (inferior). O orifício isquiático maior é dividido em duas partes pelo músculo piriforme. Na borda superior do músculo piriforme passam o nervo e os vasos glúteos superiores, enquanto que o nervo ciático, o nervo e vasos glúteos inferiores e o nervo e vasos pudendos internos emergem em sua borda inferior. De acordo com o trajeto do saco herniário a hérnia isquiática pode ser supra-piriforme (tipo mais comum), infrapiriforme ou subespinhosa. As hérnias situadas abaixo do ligamento sacrotuberoso são consideradas hérnias perineais⁽¹⁻⁴⁾.

A hérnia isquiática pode ser congênita ou adquirida. Quando congênita ocorre devido a uma malformação do músculo piriforme ou dos ossos pélvicos. No adulto, a perda da tonicidade do músculo piriforme associada a condições que aumentam a pressão intra-abdominal (gravidez, constipação intestinal crônica), cirurgia, trauma e/ou tumores, favorecem o aparecimento dessas hérnias^(1,3).

A incidência é igual nos dois sexos, com predominância um pouco maior no sexo feminino, devido à pelve mais larga, assim como os orifícios isquiáticos. Quanto a lateralidade, a ocorrência é igual^(1,3,5).

Qualquer víscera abdominal ou pélvica pode se alojar no saco herniário, como a bexiga, ovários, ureteres, divertículo de Meckel, segmentos do cólon, contudo a víscera mais freqüentemente envolvida é o intestino delgado⁽¹⁻⁵⁾. Franken e Smith, citados por Ghahremani e col.⁽⁵⁾, relataram uma hérnia isquiática esquerda contendo a junção retossigmoideana, em uma recém-nascida. Ivanov e cols.⁽⁶⁾ relataram um caso de hérnia isquiática que continha ceco e apêndice no saco herniário. A paciente havia sido submetida a três intervenções cirúrgicas, anteriormente, com recidiva da hérnia. Epner e Lautin⁽⁴⁾ relataram um caso de hérnia isquiática com presença de ureter no saco herniário, no qual ocorria obstrução intermitente.

A hérnia isquiática pode ser assintomática, chegando até ao estrangulamento visceral, que ocorre quando o orifício herniário é pequeno. Quando o orifício é largo, a hérnia pode se manifestar como uma massa tumoral na região glútea. Dor com irradiação para a coxa pode ocorrer quando há compressão do nervo ciático⁽¹⁻⁵⁾. No caso de Ivanov e cols.⁽⁶⁾, Attah e cols.⁽²⁾ e no nosso caso, a hérnia se manifestou como uma massa tumoral na região glútea. É comum a hérnia isquiática se manifestar com quadro clínico de encarceramento ou estrangulamento de alça de intestino delgado, associada a dor intensa na região glútea^(1,3).

O diagnóstico por imagem da hérnia isquiática depende da suspeita do médico examinador da presença de uma hérnia isquiática, assim como do órgão que pode estar presente no saco herniário. Em geral, essas hérnias são diagnosticadas como achado radiológico. Na investigação diagnóstica podemos usar radiografia simples de abdômen, radiografia contrastada de intestino delgado ou grosso, radiografia contrastada de vias urinárias, ultra-sonografia abdominal e/ou pélvica e tomografia computadorizada^(2,4,5). Radiografia contrastada de cólon localizou a presença de alça intestinal, em hérnia isquiática, situada na região glútea direita, no caso relatado por Attah e cols.⁽²⁾. Em nosso caso, o enema opaco também foi útil em evidenciar a presença de reto no saco herniário. A tomografia computadorizada foi usada com sucesso em alguns casos de hérnia isquiática. No caso de Ghahremani e col.⁽⁵⁾ e no nosso, a tomografia computadorizada foi usada para diagnosticar a hérnia. Naquele caso, havia uma alça de intestino delgado encarcerada⁽⁵⁾.

O tratamento cirúrgico é o indicado, devido ao risco de estrangulamento visceral. A via de acesso abdominal é a preferida, já que na via de acesso transglútea há uma certa dificuldade em se fazer a ligadura alta do saco herniário^(1,3). Acesso por via transglútea foi usado com sucesso no caso de Attah e col.⁽²⁾. No caso de Epner e Lautin⁽⁴⁾ nenhum procedimento cirúrgico foi usado, sendo feito acompanhamento clínico do paciente. Em nosso caso, usamos via de acesso transabdominal, para corrigir a hérnia isquiática, além de corrigirmos o prolapso retal e corrigirmos as hérnias inguinais.

CAVICHINI QN, SUETH JRB, CARPI EM & ANDERSON PAV - Sciatic hernia. Report of a case.

SUMMARY: Sciatic hernia is the rarest among the rare hernias of the pelvic floor. The symptoms are poor, the preoperative diagnosis is difficult and the operative treatment is the preference. We show one case of sciatic hernia in an old man. This hernia presented like a right side gluteal tumor.

KEY WORDS: sciatic hernia; surgery

REFERÊNCIAS

1. Acquaroni D. Hérnias pouco freqüentes. In Zerbini EJ. Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto. Sarvier. São Paulo. 1979, vol. 4, págs. 108-120, 3ª edição.
2. Attah M, Jibril JA, Yakubu A, Kakayi GD, Nmadu PT. Congenital sciatic hernia. *J Pediatr Surg* 1992; 27(12): 1603-1604.
3. Call RL, Pitsch RM, Blatchford GJ, Thorson A, Christensen MA. Rare pelvic floor hernias. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(6): 604-612.
4. Epner SL, Lautin EM. Case report: Intermittent sciatic herniation of the ureter. *Clin Radiol* 1994; 49(11): 832-833.
5. Ghahremani GG, Michael AS. Sciatic hernia with incarcerated hernia: CT and radiographic diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1991; 16(2): 120-122.
6. Ivanov NT, Losanoff JE, Kjossev KT. Recurrent sciatic hernia treated by prosthetic mesh reinforcement of the pelvic floor. *Br J Surg* 1994; 81(3): 447.

Endereço para correspondência:
Quintino N. Cavichini
Rua Dez de Maio, 623
28300-000 - Itaperuna - RJ