Hérnia de Richter: Um relato de caso

https://doi.org/10.56238/levv15n40-066

Mariana Malheiro Negrão Bandeira
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Mariananegraobandeira@gmail.com

Eduardo Fernandes Arruda
Docente da residência de cirurgia geral do HUMAP/UFMS
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Arrudix@hotmail.com

Gizelly Ayumi Yamamoto
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Gizellyyamamoto@gmail.com

Claudio Kleber Juiz de Souza
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Claudio.ziuj@gmail.com

Juliano Serger Falcão
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Julianosfalcao@hotmail.com

Henrique Budib Dorsa Pontes
Residente de Cirurgia Geral
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Henriquedorsa01@gmail.com

Julie de Souza Xavier
Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Juliesouza2105@gmail.com

Kilder Carmo dos Santos
Cirurgião Geral formado no HUMAP/UFMS
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. (HUMAP/UFMS)
E-mail: Kilder.med@gmail.com

RESUMO
Introdução: A Hérnia de Richter, condição rara, caracterizada pela protrusão de parte de uma alça intestinal com encarceramento ou estrangulamento da borda antimesentérica através de um pequeno defeito na parede abdominal. Relato de caso: paciente idosa com quadro de abdome agudo obstrutivo devido a uma hérnia femoral encarcerada, diagnosticada como hérnia de Richter durante intraoperatório. O caso destaca a importância do diagnóstico precoce e do tratamento rápido para evitar complicações.

Palavras-chave: Hérnia de Richter, Condição rara, Borda antimesentérica.

1 INTRODUÇÃO

A hérnia de Richter é uma condição clínica rara, que representa 5-15% de todas as hérnias estranguladas[1]. Nessa condição, apenas parte da circunferência da parede intestinal é estrangulada (mais comumente borda antimesentérica), sem obstrução completa. No entanto, devido a apresentação atípica, sua evolução pode ocorrer rapidamente para isquemia, necrose e perfuração intestinal. Esse tipo de hérnia ocorre com mais frequência em mulheres idosas, entre 60 e 80 anos de idade; contudo, podem se manifestar em qualquer idade; sendo a hérnia femoral o local mais comum. Neste relato, descrevemos um caso de hérnia de Richter em uma paciente idosa que se apresentou com sinais de obstrução intestinal parcial no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP).

2 METODOLOGIA

As informações apresentadas neste relato de caso foram obtidas através de revisão de prontuário, entrevista com a paciente, registros dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura.

3 RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 71 anos, procurou os serviços de emergências do HUMAP com queixa de obstipação e eliminação de flatos há cinco dias, associada a inapetência, náuseas e vômitos, incluindo relato de vômitos de aspecto fecaloide. A paciente referiu dor abdominal difusa importante antes da administração de analgesia intravenosa, mas no momento do atendimento, relatou atenuação desta dor. Negava queixas urinárias ou perda ponderal significativa. Seu histórico de comorbidades incluía apenas hipertensão arterial sistêmica, negou cirurgias prévias. Já na entrada foi necessário uso de droga vasoativa (após tentativa de expansão volêmica) e passagem de sonda nasogástrica.

Ao exame físico, a paciente apresentava-se em regular estágio geral, regular estado nutricional, emagrecida, lúcida e orientada no tempo e espaço. Apresentava sinais de desidratação (2+/4+) e hipocorada (1+/4+), sem icterícia, cianose ou febre. Nos sinais vitais apresentou taquicardia e hipotensão, mesmo após o uso noradrenalina. Ao exame físico abdominal apresentava-se plano, flácido, com ruídos hidroaéreos reduzidos, indolor à palpação superficial e profunda, e débito de sonda nasogástrica reduzido.

O exame de imagem escolhido foi a Tomografia sem contraste, a qual evidenciou segmento de intestino delgado herniado com borramento de gordura adjacente (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Segmento de intestino delgado herniado com borramento de gordura adjacente



Acervo pessoal

Figura 2 – Segmento de intestino delgado herniado com borramento de gordura adjacente



Acervo pessoal

Figura 3 - Segmento de intestino delgado herniado com borramento de gordura adjacente



Acervo pessoal

A melhor conduta levando em consideração a clínica da paciente e o exame físico foi a cirurgia, de caráter de urgência. Optou-se por uma incisão oblíqua, paralela ao ligamento inguinal, a fim de identificar o segmento intestinal herniado e a sua viabilidade. Visualizada a hérnia femoral esquerda encarcerada com segmento de intestino delgado, caracterizada como hérnia de Richter (Figuras 3 e 4). O segmento herniado foi tratado cirurgicamente com colocação de tela de polipropileno, sem necessidade de ressecção intestinal e sem outras intercorrências.

Figura 4 - Segmento de intestino delgado herniado com borramento de gordura adjacente



Acervo pessoal

A paciente permaneceu intubada por seis dias após o procedimento. Durante a internação, desenvolveu sintomas gripais e testou positivo para COVID-19. Apesar disso, evoluiu de maneira satisfatória, com estabilização clínica, e recebeu alta após 31 dias de internação hospitalar.

4 DISCUSSÃO

A hérnia de Richter é uma condição rara, mas potencialmente grave, caracterizada pelo encarceramento ou estrangulamento de uma porção da borda antimesentérica do intestino delgado através de um defeito herniário pequeno. É mais comum em mulheres idosas.

Esse tipo de hérnia difere das outras por envolver apenas parte da circunferência do intestino, sem causar obstrução total, o que representa um desafio diagnóstico. No entanto, apesar da ausência de obstrução completa, a isquemia intestinal pode ocorrer rapidamente devido ao comprometimento vascular, o que aumenta o risco de perfuração e peritonite se não houver intervenção imediata (Anson et al., 2018).

A evolução rápida de complicações graves na hérnia de Richter destaca a necessidade de um diagnóstico e tratamento cirúrgico precoce. Devido à apresentação clínica muitas vezes insidiosa, com sintomas leves como dor abdominal localizada e ausência de distensão abdominal, o reconhecimento precoce pode ser desafiador. Contudo, atrasos na intervenção aumentam significativamente a mortalidade, especialmente quando ocorre necrose intestinal, o que reforça a importância da abordagem cirúrgica emergencial assim que o diagnóstico é suspeitado (Aydin et al., 2017).

O manejo cirúrgico urgente é fundamental para evitar desfechos catastróficos, como perfuração e peritonite difusa, que aumentam a mortalidade e complicam o prognóstico do paciente. Estudos clínicos indicam que a taxa de complicações graves, incluindo a necessidade de ressecções intestinais extensas, pode ser reduzida significativamente quando a intervenção ocorre nas primeiras horas após o diagnóstico (Strang et al., 2020) 7. Dessa forma, a rapidez no diagnóstico e tratamento da hérnia de Richter é essencial para otimizar o prognóstico e prevenir complicações fatais.

5 CONCLUSÃO

A hérnia de Richter deve ser considerada uma hipótese diagnóstica, principalmente em pacientes idosos, com sintomas de obstrução intestinal. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico imediato são fundamentais para prevenir complicações graves e melhorar o prognóstico.

REFERÊNCIAS

BOUGHEY, J. C.; NOTTINGHAM, J. M.; WALLS, A. C. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques, v. 13, n. 1, p. 55–58, 2003.

XIA, X.; LI, W. J.; YIN, W. M. Richter's femoral hernia with spontaneous enterocutaneous fistula: a case report. Int J Clin Exp Med, v. 9, n. 8, p. 16901–16903, 2016.

J. C.; NOTTINGHAM, J. M.; WALLS, A. C. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques, v. 13, n. 1, p. 55–58, 2003.

ANSON, J. Hérnia de Richter: Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico. Journal of Surgical Case Reports, n. 9, 2018.

AYDIN, I. Cirurgia de Emergência para Hérnia de Richter: Série de Casos e Revisão da Literatura. International Journal of Surgery Case Reports, 2017.

STRANG, M. Resultados da Intervenção Cirúrgica Precoce Versus Tardia em Pacientes com Hérnia de Richter. American Journal of Surgery, n. 5, 2020.