

ANATOMIA, SINAL DE HOWSHIP-ROMBERG E TÉCNICA DO RETALHO MIOCUTÂNEO COM TELA NA HÉRNIA OBTURADORA¹

ANATOMY, HOWSHIP-ROMBERG SIGNAL AND MYOCUTANEOUS FLAP WITH MESH TECHNIQUE IN THE OBTURATOR HERNIA

Rui Lopes Filho²
Lucas Carvalho Lopes³

RESUMO: **Introdução:** “*Nas situações críticas e dificultosas da reparação dos grandes defeitos herniários, revelam-se a capacidade criadora e a habilidade manual do cirurgião, alicerçadas na profundidade de seus conhecimentos*” Prof. Dr. Alcino Lázaro da Silva*. A hérnia obturadora consiste em protrusão pelo orifício obturado, entre o ramo superior do púbis e as fibras de origem do músculo obturatório interno, onde vasos e nervos obturatórios emergem da cavidade pélvica. **Objetivo:** Estudar a anatomia, o sinal de Howship-Romberg e apresentar a técnica do retalho com tela na hérnia obturadora. **Método:** Realizou-se estudos da anatomia e do sinal de Howship-Romberg na hérnia obturadora. Apresentou-se a técnica do retalho miocutâneo com tela no tratamento cirúrgico da hérnia obturadora. O retalho miocutâneo foi nutrido pelos vasos sanguíneos glúteos inferiores. A tela de dupla composição foi suturada com a face macroporosa na face cruenta do retalho. **Resultados:** O estudo da anatomia revelou que o alargamento do orifício obturado foi um fator predisponente, o conhecimento do sinal de Howship-Romberg auxiliou no diagnóstico pré-operatório e a técnica do retalho miocutâneo com tela possibilitou o tratamento cirúrgico da hérnia obturadora. **Conclusão:** O alargamento do orifício obturado foi um fator predisponente, o sinal de Howship-Romberg auxiliou no diagnóstico pré-operatório e a técnica do retalho miocutâneo com tela possibilitou a reconstrução da ferida isquiática e reforçou o orifício obturado no local da hérnia obturadora.

Palavras-chave: Hérnia Obturadora. Anatomia. Diagnóstico. Retalho Miocutâneo. Cirurgia. Cirurgia Plástica.

¹ Homenagem dos autores ao grande Mestre e Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Prof. Dr. Alcino Lázaro da Silva, brilhante no conhecimento e tratamento das hérnias. Foi idealizador de técnica cirúrgica sensacional e reconhecida mundialmente para o tratamento de hérnia da parede abdominal (Melo RM. Reconstruindo a parede abdominal: o advento de uma técnica. Rev. Col. Bras. Cir. 2010; 37(6):450-456).

² Doutor e Mestre em Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Cirurgião Plástico Membro Titular e Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Membro Especialista em Cirurgia Plástica pelo Hospital das Clínicas MEC UFMG. Professor Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 2006-2009. Médico Legista Classe Especial da Polícia Civil de Minas Gerais (PCMG). ORCID: <https://orcid.org/0000.0002.1627.9371>. E-mail: ruiopesfilho@terra.com.br.

³ Anatomia e Patologia do Abdome por Imagem CTDI. Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Curso Suporte Básico de Vida - Infomedics Human Biology Explained. Atualizações em Suporte Ventilatório Faculdade Inspirar. Novas Plataformas Robóticas Unicetrex Cursos Médicos. Robô da Vinci SP - Experiências e Resultados de um Centro de Referência Unicetrex Cursos Médicos. Neuroimagem CTDI. Anatomia e Patologia dos MMSS por Imagem CTDI.. ORCID: <https://orcid.org/0000.0002.0445.1330>. E-mail: carvalholopesl@gmail.com.

ABSTRACT: Introduction: “In critical and difficult situations in the repair of large hernia defects, the creative capacity and manual skill of the surgeon are revealed, based on the depth of his knowledge” Prof. Dr. Alcino Lázaro da Silva*. Obturator hernia consists of protrusion through the obturator orifice, between the superior ramus of the pubis and the fibers of origin of the internal obturator muscle, where obturator vessels and nerves emerge from the pelvic cavity. Objective: To study the anatomy, the Howship-Romberg sign and to present the mesh flap technique in obturator hernia. Method: Anatomy and Howship-Romberg sign studies were performed in obturator hernia. The myocutaneous flap technique with mesh was presented in the surgical treatment of obturator hernia. The myocutaneous flap was nourished by the inferior gluteal blood vessels. The double composition mesh was sutured with the macroporous face on the open face of the flap. Results: The study of the anatomy revealed that the enlargement of the obturated orifice was a predisposing factor, the knowledge of the Howship-Romberg sign helped in the preoperative diagnosis and the technique of the myocutaneous flap with mesh allowed the surgical treatment of obturator hernia. Conclusion: Enlargement of the obturated orifice was a predisposing factor, the Howship-Romberg sign helped in the preoperative diagnosis and the myocutaneous flap technique with mesh allowed the reconstruction of the ischial wound and reinforced the obturated orifice at the obturator hernia site.

Keywords: Obturator Hernia. Anatomy. Diagnosis. Myocutaneous flap. Surgery. Plastic surgery.

INTRODUÇÃO

*“Nas situações críticas e dificultosas da reparação dos grandes defeitos herniários, revelam-se a capacidade criadora e a habilidade manual do cirurgião, alicerçadas na profundidade de seus conhecimentos”¹ Prof. Dr. Alcino Lázaro da Silva**

A hérnia consiste em protrusão anormal, entre dois compartimentos vizinhos, por meio de uma abertura². Na hérnia obturadora o conteúdo herniário insinua-se pelo orifício obturado, entre o ramo superior do púbis e as fibras de origem do músculo obturatório interno, onde vasos e nervos obturatórios emergem da cavidade pélvica^{3,4}.

Como a hérnia obturadora é pouco comum, o diagnóstico nem sempre é realizado de maneira rápida, quando o sinal de Howship-Romberg se torna de grande importância para a realização do difícil diagnóstico pré-operatório. O objetivo do estudo foi realizar estudo da anatomia e do sinal de Howship-Romberg, relacionados com a hérnia obturadora, e a apresentar a técnica do retalho miocutâneo com tela para o tratamento cirúrgico da referida hérnia.

MÉTODO

Estudos da Anatomia e do Sinal de Howship-Romberg

Realizou-se estudos da anatomia e do sinal de Howship-Romberg, relacionados com a hérnia obturadora, por meio da utilizou-se da base de dados Pubmed, Lilacs, Scielo, BVS e livros textos de importância consagrada na literatura. Os descritores utilizados foram Hérnia Obturadora (Obturator Hernia), Anatomia (Anatomy), Diagnóstico (Diagnose), Retalho (Flap), Cirurgia (Surgery) e Cirurgia Plástica (Plástic, Surgery).

Utilizou-se a via de acesso na região isquiática direita, visto que existia uma úlcera de pressão isquiática extensa e homolateral à hérnia obturadora, que pela proximidade possibilitou a abordagem da referida hérnia, após o descolamento e elevação de retalho miocutâneo do músculo glúteo máximo, nutrido pelos vasos sanguíneos glúteos inferiores e a sutura da face reticular da tela sob a face interna do retalho (Figura 1).

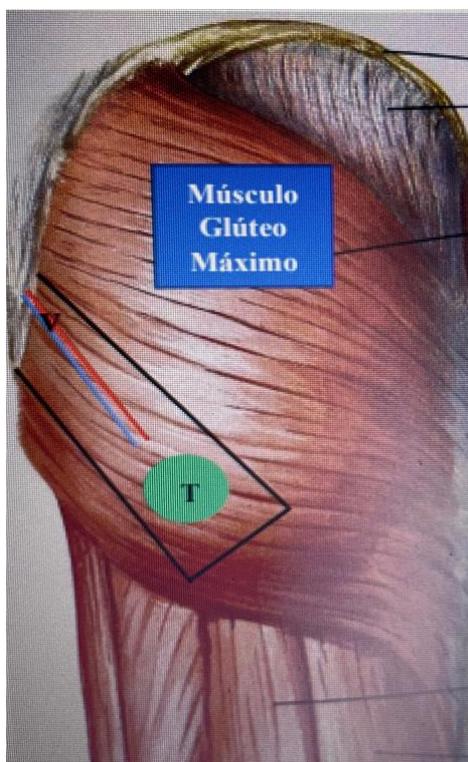


Figura 1: Desenho esquemático da técnica cirúrgica do retalho com tela de dupla composição. As linhas de cor preta indicam os limites do retalho miocutâneo do

músculo glúteo máximo. V: vasos glúteos inferiores responsáveis pela vascularização do retalho. T: Localização da tela de dupla composição fixada sob o retalho. Ao fundo a anatomia e disposição das fibras do músculo glúteo máximo².

RESULTADOS

Anatomia e a Hérnia Obturadora

A hérnia obturadora caracterizou-se pela protrusão anormal por meio da abertura do orifício obturado, por onde passam os vasos e nervos obturatórios^{3,3,4}. O alargamento do orifício obturado, a frouxidão do peritônio pélvico^{6,7,8} e o aumento da pressão intra-abdominal^{9,10}, induzem a protrusão de vísceras pelo referido orifício^{5,11} (Figura 2).



Figura 2: Imagem de alça de intestino delgado com boa vascularização, após a abertura do saco de hérnia obturadora.

Sinal de Howship-Romberg

O sinal de Howship-Romberg^{12,17,18} caracterizou-se por dor referida em decorrência da compressão do nervo obturatório pela hérnia obturadora^{19,20,21}, durante o movimento de extensão e adução da coxa^{22,23}, auxiliando no diagnóstico da hérnia obturadora.

Técnica do Retalho com Tela de Dupla Composição

O descolamento e elevação de retalho miocutâneo do músculo glúteo máximo nutrido pelos vasos sanguíneos glúteos inferiores e a sutura da face reticular da tela de

polipropileno sob a face interna do retalho, com fio de polipropileno 4-0, possibilitou a reconstrução da ferida na região isquiática com o retalho e reforçou a área da hérnia obturadora com a tela (Figura 3).

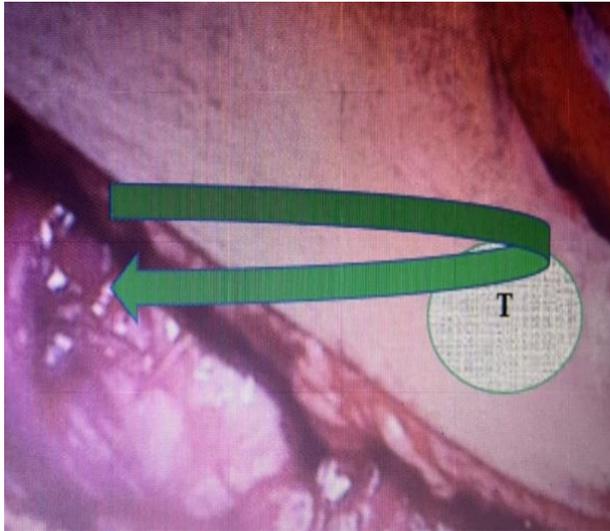


Figura 3: Utilização da técnica do retalho com tela de dupla composição. Retalho miocutâneo do músculo glúteo máximo e tela de dupla composição (T) fixada com a face reticular sob o retalho. Após o deslizamento do retalho miocutâneo sobre a ferida, a tela foi disposta na área onde ocorreu a hérnia obturadora (seta verde).

DISCUSSÃO

A mulher tem incidência de hérnia obturadora seis vezes maior do que o homem, o que pode ser ocasionado pelo forame obturado mais largo, peritônio mais frouxo e gestações repetidas na mulher¹¹. O sinal de Howship-Romberg^{17,18} caracteriza-se por dor referida em decorrência da compressão do nervo obturatório pela hérnia obturadora^{18,19,20}, durante os movimentos de extensão e adução da coxa, auxiliando no diagnóstico da hérnia obturadora.

Quatro vias de acesso podem ser utilizadas para o tratamento cirúrgico da hérnia obturadora, tais como a crural ou femoral, a abdominal transperitoneal, a abdominal pré-peritoneal (retropúbica) e a combinada¹². Nos casos de hérnia complicada com estrangulação, indica-se a via de acesso abdominal transperitoneal. A via de acesso crural ou femoral pode ser utilizada nos pacientes sem a suspeita de estrangulação.

Utilizou-se no presente estudo uma via de acesso ainda não descrita na literatura, na região isquiática homolateral à hérnia obturadora, visto que existia uma úlcera de pressão isquiática homolateral à referida hérnia que possibilitou o tratamento cirúrgico do saco herniário pela via de acesso supracitada.

A tela de polipropileno^{25,26,27} de dupla composição²⁵ é preconizada para o reforço de hérnias, sendo que a face microporosa ou laminar deve ficar em contato com as alças intestinais e a face macroporosa ou reticular deve permanecer em contato com o tecido muscular²⁵. A tela de polipropileno de dupla composição foi suturada ao retalho miocutâneo do glúteo máximo descolado, nutrido pelos vasos glúteos inferiores, constituindo a técnica cirúrgica do retalho com tela.

CONCLUSÃO

O alargamento do orifício obturado foi um fator predisponente, o sinal de Howship-Romberg auxiliou no diagnóstico pré-operatório e a técnica do retalho miocutâneo com tela possibilitou a reconstrução da ferida isquiática e reforçou o orifício obturado no local da hérnia obturadora.

REFERÊNCIAS

- 1 LÁZARO da Silva A. Princípios de Cirurgia Geral. 1ª ed. Belo Horizonte: Alcino Lázaro p. 483, 2021.
- 2 SILVA AL. Classificação (Divisão Geral das Hérnias). In: Silva AL. Hérnias. 2ª ed. São Paulo: Roca, cap. 2, p. 10-11, 2006.
- 3 NETTER FH. Atlas de anatomia humana. 6ª ed. East Hanover New Jersey. 2015.
- 4 GUERRA AJ, Rodrigues H. Anatomia das paredes do abdome. In: Silva AL. Hérnias. 2ª ed. São Paulo: Roca, cap. 5., p. 16-21, 2006.
- 5 PAULO DNS, Moraes AAC, Kataoka FT. Fisiologia das paredes do abdome. In: Silva AL. Hérnias. 2ª ed. São Paulo: Roca, cap. 10, p-39-47, 2006.
- 6 SOBRINHO GBL, Silva AL. Generalidades sobre as hérnias abdominais. In: Silva AL. Hérnias. 2ª ed. São Paulo: Roca, cap. 22, p. 125-140, 2006.
- 7 GRAY SW, Skandalakis, JE, Soria RE, Rowe JR. J R Surgery, v. 75, p. 20-27, 1974.
- 8 JENN ENGL. RE. Ann R Col Surg Engl, v. 56, p. 266-269, 1975.

- 9 LARRIEU AJ, Demarco III, S J Am Surg, v. 42, p. 273-277, 1976.
- 10 MARTIN N C, Welch TP. Br J Surg, v. 61. P. 547-548, 1974.
- 11 SRIVASTAVA K P, Racela IG, Phol JJ. Int Surg. V. 57, p. 566-570, 1972.
- 12 SILVA AL. Hérnia Obturatória. In: Silva AL. Hérnias. 2ª ed. São Paulo: Roca, cap. 147, p. 652-655, 2006.
- 13 SINGER R, Leary PM, Hofmeyer NG. South African M J., v. 26, p.73, 1955.
- 14 LOSANOFF J, Richman B, Jones JW. Am Col Surg, v. 194, n.5, p. 657, 2002.
- 15 RENÉ L, Boulard M, Moran G. Men Acad Chir, v.90, p.881, 1964.
- 16 ROSE TF. M J Australia, v.1, p. 13, 1954.
- 17 TCHPETLOWSKY S, Losanoff J, Kjossev K. Surgery, v. 117, n. 1, p. 109.
- 18 NAKAYAMA T, Kobayashi S, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, Furuta Y. Diagnosis and treatment of obturator hernia. Keio J Med. 2002; 51:129-32.
- 19 POLAT C., Yavaş, Y., Koşar M.N., Yazicioğlu B., Değirmenci B, Arıkan Y. An Unusual Cause of Mechanical Intestinal Obstruction: Strangulated Obturator Hernia. Eur J Surg Sci 2011;2(1):19-22.
- 20 MANTOO SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. Singapore Med J. 2009; 50(9):866-70.
21. MOTTIN C C, Laitano F F, Conte A F, Ramos R J, Alexandre Vontobel Padoin A V, Alves L B. Hérnia obturadora recidivada encarcerada: um relato de caso. Sci Med. 2011;21(1):20-2.
- 22 GONZÁLEZ-Gaynso A, Pastor E, Turienzo A, Diago MV, Sanz O, Fernández J, De Francisco T. Hernia obturatriz. Revisión de la enfermedad. Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2007;(1):7-9.
23. PRIEGO P, Mena A, Juan A. Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: Análisis de nuestra experiencia. Rev Chil Cir. Abr 2010;62(2):131-7.
24. FONSECA MO, Adelsdorfer CO, Slako MM, Hernández PV, Barría CK, Vial ip, Moreno JFM, Anziani FO, Lira DO. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz. Caso clínico. Rev Chil Cir. Ago 2010;62(4):404-7.
- 25 ARAÚJO URMF, Czecko NG, Deallarmi A, Hemoviski FE, Araújo. Escolha do material da tela para disposição intra-peritoneal na correção cirúrgica de defeitos herniários da parede abdominal. ABCD Arq Bras Cir Dig 2010;23(2):118-21.

26. LOPES Filho R, Lázaro da Silva A. Silva AL. Hérnia incisional após reconstrução com músculo reto do abdome. In: Silva AL. Hérnias. 2^a ed. São Paulo: Roca, cap. 97, p. 449-452, 2006.
27. LÁZARO da Silva A. Hérnia. In: Lázaro da Silva A. Princípios de Cirurgia Geral. 1^a ed. Belo Horizonte: Alcino Lázaro, cap. 25, p. 483-523, 2021.