



## MANEJO DO CÂNCER DE CÓLON SIGMÓIDE PERFURADO E “BLOQUEADO” EM UMA HÉRNIA INGUINAL ENCARCERADA

DOI: 10.5281/zenodo.12702289

*Cirênio de Almeida Barbosa<sup>1</sup>*

O autor declara que o manuscrito não foi publicado em outra revista e que de acordo com a Lei nº. 9610/98 concorda em ceder os direitos de publicação à Editora e autorizam que o mesmo seja divulgado gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por meio do Portal de Revistas para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela Internet, a partir da data da aceitação do artigo pelo Conselho Editorial da Revista.

**Resumo:** A hérnia inguinal pode surpreender o cirurgião no momento da consulta médica. A presença do cólon sigmóide, em hérnia inguinal, sem alterações semi-obstrutivas ou mesmo obstrutiva associadas, é uma entidade rara e habitualmente é caracterizado como um câncer ou mesmo por uma doença diverticular. Será apresentado um caso raro em que o saco herniário foi abordado cirurgicamente e continha o cólon sigmóide sem sofrimento isquêmico importante e que finalizou com uma cirurgia eletiva abreviada. Apesar dos avanços na cirurgia de hérnia, o câncer colorretal perfurado e tamponado, no saco herniário, continua sendo uma das condições mais desafiadoras e um dilema comum para os cirurgiões gerais. A estratégia deve ser adaptada para atender a cada caso, e o cirurgião deve entender completamente as características de cada abordagem cirúrgica, incluindo laparotomia aberta, incisão inguinal e laparoscopia. Aqui, apresento um caso de câncer colorretal que perfurou o saco herniário inguinal e exigiu uma abordagem cirúrgica de incisão combinada.

**Palavras-chave:** hérnia inguinal, cirurgia, hérnia inguinal, complicações, cólon sigmóide.

---

<sup>1</sup>Prof. Adjunto III do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgões-TCBC, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo – TECAD, Membro Efetivo da Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC), Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica e Robótica, Membro da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Cirurgião Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa/ São Lucas de Belo Horizonte-MG; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6204-5933>; Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7892744459851647>



## Introdução

As hérnias inguinais são as mais frequentes na prática clínica, representando cerca de 75% de todas as hérnias abdominais. É mais comum em homens, lactentes e nos idosos caucasianos<sup>3</sup>. O câncer de cólon como conteúdo de uma hérnia inguinal é uma situação rara. Cerca de 10% das hérnias inguinais tornam-se encarceradas, causando estrangulamento, obstrução intestinal ou infarto<sup>4</sup>. As hérnias inguinais podem conter intestino delgado ou grosso, apêndice vermiforme, epíplon, ovário, trompa de falópio, dentre outros<sup>3,4</sup>. Esses casos são raros e estão geralmente associados a situações em que há procura tardia pelo Serviços de Saúde, já que a sua evolução pode levar alguns meses para atingir tal situação.

O conteúdo das hérnias inguinais varia amplamente, mas no nosso caso o conteúdo do saco herniário era uma porção da alça sigmoideana encarcerada e “bloqueada”, provavelmente devido à sua redundância. É raro deparar-se com achados que confirmem malignidade no saco herniário inguinal, o que ocorre em cerca de 0,5% dos casos<sup>7</sup>. Na maioria dos casos apenas o exame clínico (anamnese e exame físico) do paciente é suficiente para diagnosticar uma hérnia inguinal encarcerada. A inguinotomia à esquerda foi previamente realizada, seguida de laparotomia mediana exploradora com colectomia segmentar, linfadenectomia e anastomose término-terminal com grampeador mecânico. A hérnia inguinal pode surpreender o cirurgião no momento da cirurgia. A presença do cólon sigmoide, em hérnia inguinal, com alterações associadas, é uma entidade rara e habitualmente encontram-se determinadas surpresas no intra-operatório a exemplo do câncer maligno sigmoideano.

## Objetivo

Relatar o caso de um paciente de 61 anos, do sexo masculino portador de hérnia inguinal à esquerda, admitido no Ambulatório de Cirurgia com agenda cirúrgica eletiva, com 2 meses de evolução e que foi submetido à correção cirúrgica eletivamente, porém de forma abreviada nas últimas 48 horas, após o último exame clínico pré-operatório, de uma hérnia iniquino escrotal com perfuração retida ( “bloqueada”) de cólon sigmoide.



## Método

As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio de análise de prontuário do Hospital e por revisão de literatura nas bases de dados da Medline, Portal de periódicos da Capes, Scielo e Medline.

## Caso clínico

Doze horas antes da internação, notou-se tumefação na região inguinal esquerda, acompanhado de dor leve, não relacionada aos esforços e irreducibilidade da hérnia, fadiga e uma perda de peso de 1 kg nas últimas duas semanas. Além disso, ele apresentou constipação e diarreia alternadas.

Nas últimas seis horas antes da internação, o paciente apresentou piora da dor, apresentando-se como cólica na região ínguido-abdominal esquerda. Os sintomas incluíram náuseas, vômitos, cessação da passagem de gases e fezes e distensão abdominal. A dor era aguda, intermitente e localizada na região inguinal esquerda e fossa ilíaca ipsilateral.

Ao exame físico, o paciente apresentava estado geral preservado, bom estado nutricional, eupneico e com perfusão discretamente diminuída. Foi palpada uma grande massa irreductível dolorosa na região inguinal esquerda. O exame de sangue revelou uma contagem de leucócitos de  $10.500 \text{ células/mm}^3$  e um valor de hemoglobina de  $12,5 \text{ g/dL}$ . O paciente foi submetido a cirurgia eletiva por meio de incisão inguinal esquerda (incisão de Pfilizet. O saco herniário continha parte do cólon sigmóide que não pode ser reduzido para a cavidade abdominal após manobras tácticas e técnicas cuidadosas



(Figura 1)

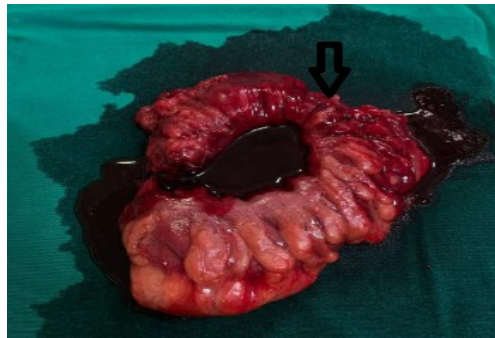


Figura 1 - Cólon sigmóide que estava presente dentro do saco herniário perfurado e “bloqueado” (veja a seta).

O cólon sigmóide apresentava tumor neoplásico com sítio de perfuração mas com pontos de abscesso englobado e sem nenhuma área focal de isquemia vascular. Foi feita a colectomia esquerda com linfadenectomia e colostomia à Hartman e o reparo da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein. O paciente evoluiu sem complicações e recebeu alta no 4º dia de pós-operatório. O exame anatomopatológico do tumor revelou adenocarcinoma diferenciado sem invasão da serosa. Quatorze linfonodos foram examinados na peça cirúrgica e não foram encontradas células neoplásicas (Figura 2).

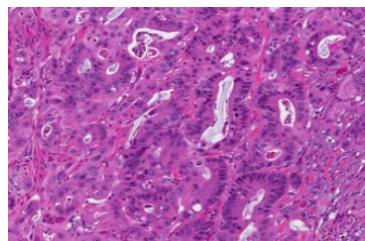


Figura 2 - O corte histológico revela um adenocarcinoma pouco diferenciado do cólon sigmóide. As células tumorais estão dispostas em estruturas glandulares irregulares, demonstrando atipia celular e pleomorfismo significativos.



## Discussão

As hérnias inguinais são uma condição clínica comum, frequentemente encontrada na prática cirúrgica. No entanto, a presença de uma doença maligna dentro de um saco herniário inguinal é um fenômeno raro. Ainda mais incomum é a apresentação de um carcinoma de cólon sigmóide perfurado dentro de uma hérnia inguinal esquerda encarcerada<sup>8</sup>.

O diagnóstico de uma hérnia inguinal encarcerada é tipicamente simples, caracterizado por dor localizada e irreducibilidade. No entanto, a presença de malignidade no saco herniário complica o quadro clínico. Neste caso, o paciente apresentou sintomas de obstrução intestinal aguda, incluindo cólicas e parada auscultatória dos movimentos intestinais. O contexto histórico de perda de peso e hábitos intestinais alternados sugeriu uma malignidade gastrointestinal subjacente. Os exames de imagem pré-operatórios, principalmente a tomografia computadorizada foram desconsiderados em função da tumefação volumosa e que já identificava sinais de possíveis complicações na presença de tumor no saco herniário, o que orientou a abordagem cirúrgica abreviada.

O tratamento cirúrgico de uma hérnia inguinal encarcerada contendo um tumor maligno envolve tanto o reparo da hérnia quanto a ressecção oncológica. Neste caso, foi realizada laparotomia mediana para facilitar a exploração adequada da cavidade abdominal e a ressecção do segmento do cólon sigmóide envolvido<sup>6,7</sup>. A ressecção foi seguida de anastomose término-terminal e o defeito herniário foi reparado com técnica de tela livre de tensão.

A presença de um tumor perfurado dentro do saco herniário acrescenta outra situação de complexidade, pois aumenta o risco de contaminação peritoneal e subsequente infecção. Medidas intraoperatórias, como irrigação abundante e administração de antibióticos, são essenciais para minimizar esses riscos. Além disso, a decisão de utilizar uma reparação de tela deve ser cuidadosamente considerada no contexto de uma potencial infecção. Neste caso, uma malha sintética de baixa gramatura foi considerada adequada devido à natureza controlada da contaminação<sup>9</sup>.



O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma pouco diferenciado do cólon sigmóide. O tumor exibiu atipias celulares significativas, alta atividade mitótica e áreas de necrose, indicativas de comportamento agressivo <sup>1,3</sup>. A presença de células tumorais no saco herniário sugere que a hérnia serviu de via para a disseminação do tumor, destacando a importância da avaliação patológica minuciosa dos espécimes ressecados.

O manejo do câncer colorretal dentro de um saco herniário inguinal apresenta desafios oncológicos únicos. Os princípios da cirurgia oncológica, incluindo a ressecção completa do tumor com margens claras e linfadenectomia apropriada, devem ser respeitados, mesmo no contexto da correção de hérnia. Este caso ressalta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar envolvendo cirurgiões, oncologistas e radiologistas para otimizar os resultados dos pacientes <sup>2,5</sup>.

A quimioterapia adjuvante é normalmente indicada para pacientes com características de alto risco, como má diferenciação e invasão linfovascular. Neste paciente, as características histológicas agressivas e a presença de perfuração justificaram a consideração de quimioterapia pós-operatória <sup>3,4,6,8,10</sup>. A equipe multidisciplinar avaliou o paciente no pós-operatório para determinar o plano de tratamento adjuvante mais adequado.

O prognóstico de pacientes com câncer colorretal envolvendo hérnia inguinal depende de vários fatores, incluindo estágio do tumor, grau histológico e presença de metástase. A detecção precoce e a intervenção cirúrgica imediata são cruciais para melhorar os resultados. O acompanhamento regular com estudos de imagem e colonoscopia é essencial para monitorar a recorrência e controlar quaisquer complicações.

Este caso destaca a importância da vigilância em pacientes que apresentam hérnias inguinais e sintomas atípicos. É necessário um alto índice de suspeita para identificar malignidades subjacentes, particularmente em pacientes idosos com sinais sistêmicos de malignidade. Avaliação pré-operatória abrangente e técnica cirúrgica meticulosa são fundamentais no manejo desses casos complexos.



## Conclusão

A apresentação de um carcinoma de cólon sigmóide perfurado dentro de uma hérnia inguinal esquerda encarcerada é um cenário clínico extremamente raro e desafiador. Este caso ressalta a importância de uma investigação diagnóstica completa, incluindo exames de imagem e avaliação histopatológica, para orientar o manejo cirúrgico e oncológico adequado. Mais pesquisas e relatos de casos são necessários para melhorar a nossa compreensão e gestão de apresentações tão complexas.

## Referências

1. Globocan. Colorectal cancer. Informe estadístico. Organización Mundial de la Salud (OMS), International Agency for Research on Cancer; 2020.
2. Ministerio de Salud del Perú. Cáncer de colon: Al año, el Perú registra 4636 casos nuevos y más de 2000 fallecimientos. [Online].; 2022. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/596696-cancer-de-colon-al-ano-elperu-registra-4636-casos-nuevos-y-mas-de-2000-fallecimientos>.
3. Luna J, Rafael E, Gil F. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico epidemiológicas en la población peruana. Revista de Gastroenterología del Perú. 2017 Junio; 37(2).
4. Peru.com. Día Mundial Contra el Cáncer de Colon: ¿por qué se conmemora el 31 de marzo y cómo prevenir la enfermedad? [Online].; 2022. Available from: <https://peru.com/estilo-de-vida/salud/dia-mundial-contra-el-cancer-de-colonporque-se-conmemora-el-31-de-marzo-y-como-prevenirlo-cancer-alimentacionsaludable-cancer-de-colon-cancer-colorrectal-vida-sana-noticia>
5. Ribas-Filho JM, Ribas CA, Bittencourt RJA, et al. Conduta cirúrgica em obstrução intestinal por câncer de sigmoide em um hospital universitário. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2004;31(4):220-4. Ribas-Filho JM, Ribas CA, Bittencourt RJA, et al. Conduta cirúrgica em obstrução intestinal por câncer de sigmoide em um hospital universitário. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2004;31(4):220-4.



6. Maeda K, Haneda S, Takeuchi H, Ueki K, Oda Y, Yanagimoto H, Nagao S. Laparoscopic versus open surgery for incarcerated inguinal hernia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgical Endoscopy*. 2012 Dec;26(12):3265-73. doi: 10.1007/s00464-012-2372-2.
7. Chen X, Lin Y, Wang C, Wang Y, Huang Y, Cai X. The comparison of laparoscopic versus open surgery for incarcerated inguinal hernia: a meta-analysis. *Hernia*. 2013 Apr;17(2):173-8. doi: 10.1007/s10029-012-1018-8.
8. Simillis C, Symeonides P, Shorthouse AJ, Tekkis PP. A meta-analysis comparing laparoscopic versus open sigmoid colectomy for diverticular disease. *International Journal of Colorectal Disease*. 2007 Jul;22(7):763-72. doi: 10.1007/s00384-006-0257-1.
9. Panteleimonitis S, Tekkis PP, Lovegrove RE, Tilney HS, Heriot AG, Antoniou A. Outcome of patients with obstructive sigmoid colon cancer undergoing emergency surgery. *Colorectal Disease*. 2008 Nov;10(9):947-54. doi: 10.1111/j.1463-1318.2008.01484.x.
10. Law WL, Chu KW. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *Journal of the American College of Surgeons*. 2001 Aug;193(2):145-50. doi: 10.1016/s1072-7515(01)00974-4.

*Recebido em: 30/05/2024*

*Aprovado em: 16/06/2024*

*Publicado em: 09/07/2024*