



UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)
Escola de Medicina e Cirurgia (EMC)**

FERNANDA COSETTI AGUIAR

RELATO DE CASO: HÉRNIA DO DUCTO DE NUCK EM PACIENTE IDOSA

**RIO DE JANEIRO
2024**

FERNANDA COSETTI AGUIAR

RELATO DE CASO: HÉRNIA DO DUCTO DE NUCK EM PACIENTE IDOSA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Orientador: Professora Doutora Célia Regina de Oliveira Garritano

**RIO DE JANEIRO
2024**

FERNANDA COSETTI AGUIAR

RELATO DE CASO: HÉRNIA DO DUCTO DE NUCK EM PACIENTE IDOSA

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e aprovado pela banca examinadora

Rio de Janeiro, fevereiro de 2024

BANCA EXAMINADORA

Membro 1 (presidente): Professor Doutor Carlos Fernandes Baptista – Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

Membro 2: Professora Doutora Norma Helena Perloth – Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

Suplente: Professor Célio Cortinhas Filho – Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a meus pais, Dilma
Cosetti e Denis Aguiar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a meus pais, Dilma Cosetti e Denis Aguiar, por sempre terem me incentivado a buscar o meu melhor e por sempre me darem não só apoio como também muito amor. Tê-los como pais é uma grande honra.

Agradeço também a Eryan Costa, por ter estado ao meu lado quando pensei em desistir de Medicina, e por ter me convencido de que, quando terminasse a faculdade, tudo valeria a pena. Hoje vejo que ele estava certo.

Além disso, gostaria de agradecer à minha orientadora, Célia Garritano, por ter me aceitado como orientanda e por ter me dado suporte desde o início do trabalho. Seu acolhimento superou minhas expectativas.

“As lendas não são definidas pelo seu sucesso, mas pela forma como se recuperam dos seus fracassos.”

Chris Bosh, ex-jogador americano de basquete profissional.

RESUMO

A hérnia do ducto de Nuck é a consequência da falha na obliteração do processo vaginalis em mulheres. Trata-se de uma condição que raramente é encontrada em mulheres idosas, pois em geral é diagnosticada na infância. O conteúdo herniário pode incluir alças intestinais, gordura omental, ovário, tuba uterina e útero. O diagnóstico é feito por meio da ultrassonografia, e o tratamento é sempre cirúrgico.

Palavras-chave: Ducto de Nuck; Hérnia Inguinal; Abaulamento de Grandes Lábios

ABSTRACT

The hernia of the canal of Nuck is a consequence of failure to obliterate the processus vaginalis in women. This is a condition rarely reported in elderly women, as it is generally found in childhood. Hernial contents may include intestinal loops, omental fat, ovary, fallopian tube, and uterus. Diagnosis is made using ultrasound, and treatment is always surgical.

Keywords: Canal of Nuck; Inguinal Hernia; Labia Majora Protusion

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema da anatomia da região inguinal	14
Figura 2 – Esquema da anatomia da região inguinal.....	15
Figura 3 – Esquema da anatomia da região inguinal.....	16
Figura 4 – Embriologia da região inguinal.....	18
Figura 5 – Anatomia do canal inguinal no sexo feminino.....	18
Figura 6 – Processo vaginalis no terceiro mês de gestação.....	19
Figura 7 – Processo vaginalis obliterado e processo vaginalis patente.....	19
Figura 8 – Camadas da parede abdominal na região inguinal.....	21
Figura 9 – Abaulamento do grande lábio vaginal esquerdo e da região inguinal.....	25
Figura 10 – USG pélvica.....	25/26
Figura 11 – Conteúdo herniário.....	26
Figura 12 – Trajeto do Canal de Nuck e canal de Nuck removido.....	27
Figura 13 – Pós-operatório.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

RNM – Ressonância Nuclear magnética

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

USG – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 ANATOMIA.....	13
1.2 EMBRIOLOGIA.....	16
1.3 HÉRNIAS INGUINAIS.....	20
1.4 HÉRNIAS DO DUCTO DE NUCK.....	22
2. OBJETIVO.....	23
3. METODOLOGIA.....	23
4. RELATO DE CASO.....	24
4.1 QUEIXA PRINCIPAL.....	24
4.2 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.....	24
4.3 EXAME FÍSICO.....	24
4.4 CONDUTA.....	25
4.5 TRATAMENTO.....	26
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO 1.....	33

1. INTRODUÇÃO

O canal de Nuck, também chamado de ducto de Nuck, é uma pequena evaginação do peritônio parietal presente em mulheres, que acompanha o ligamento redondo até o canal inguinal. (1) Normalmente, o ducto de Nuck é obliterado entre o final da gestação e o primeiro ano de vida, mas pode haver falha nesse processo, o que pode resultar em hidroceles, cistos ou herniação de estruturas pélvicas para os grandes lábios. (1, 2, 3) Os defeitos do canal de Nuck são raros e costumam ser identificados até os 5 anos de idade. (4) Clinicamente, o quadro se apresenta com um aumento de tamanho unilateral ou bilateral da região inguinolabial. (5) O primeiro caso relatado foi descrito em 1691 pelo anatomista holandês Anton Nuck, que dá o nome à estrutura. (4, 5, 6)

1.1 ANATOMIA

A região inguinal fica localizada abaixo da parede abdominal anterior. (7) A parede abdominal inferior é composta de diversas camadas, da mais externa para a mais interna: pele, tecido celular subcutâneo, fáscia de Scarpa, tecido adiposo, fáscia inominada, aponeurose do oblíquo externo, músculo oblíquo interno, músculo transverso do abdome e peritônio. Todas essas camadas funcionam juntas para prevenir herniações pelo orifício miopectíneo, uma falha anatômica da parede abdominal anterior, descrita por Fruchaus em 1956, constituída apenas pela fáscia transversalis e por peritônio. Essa falha é delimitada pelas fibras arqueadas do músculo oblíquo interno, pelo músculo reto abdominal, pelas bordas anteriores do osso ílaco e pelos músculos iliopsoas e iliopectíneo. O ligamento inguinal divide o orifício miopectíneo em duas regiões, suprainguinal e infrainguinal, pelas quais passam, respectivamente, o cordão espermático (nos homens) ou o ligamento redondo do útero (nas mulheres) e os vasos femorais. (8, 9, 10)

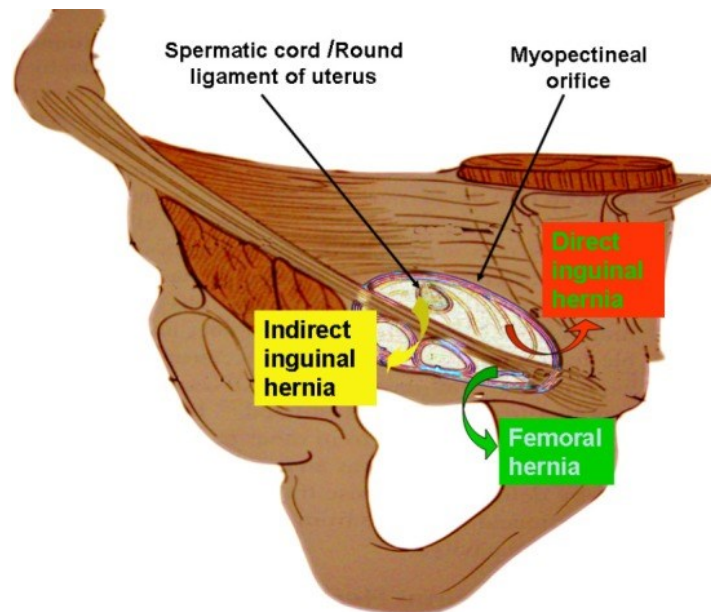


Figura 1: Esquema da anatomia da região inguinal. Representação do orifício miopectíneo e dos locais de formação de hérnia inguinal indireta (amarelo), hérnia inguinal direta (vermelho) e de hérnia femoral (verde). (10)

O canal inguinal encontra-se abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo e tem seu comprimento delimitado pelos anéis inguiniais interno e externo. Seus limites superiores são os músculos oblíquo interno e transversos do abdome, com suas respectivas aponeuroses; os limites inferiores, os ligamentos inguinal e lacunar; os anteriores, a aponeurose do músculo oblíquo externo e parte do músculo oblíquo interno; os posteriores, a fusão do músculo transversos abdominal com a fáscia transversalis. Em alguns indivíduos, o limite posterior do canal inguinal é apenas a fáscia transversalis. (9)

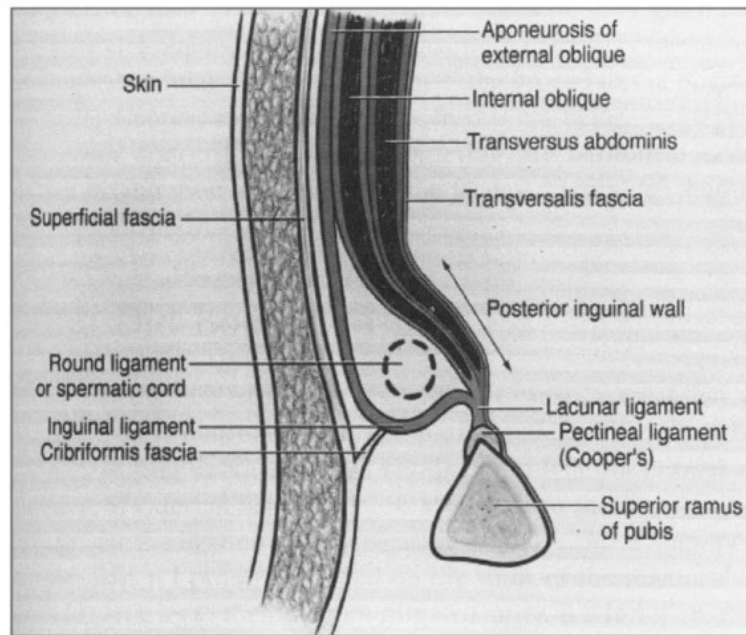


Figura 2: Esquema da anatomia da região inguinal, mostrando as camadas da parede abdominal e o canal inguinal, por onde passa o ligamento redondo do útero (em mulheres) ou o cordão espermático (em homens). (8)

O canal inguinal contém duas aberturas, os anéis inguinais interno e externo, que permitem que haja uma conexão entre a cavidade pélvica e a região da virilha. (7) O anel inguinal externo é originado a partir da aponeurose do músculo oblíquo externo, assim como o ligamento inguinal, enquanto o anel inguinal interno é formado pela fáschia transversalis. (8) Nos homens, o canal inguinal contém o cordão espermático, que passa do abdome para os testículos. Já nas mulheres, o canal inguinal contém o ligamento redondo do útero, que parte do útero e chega aos grandes lábios. (7) Dentro do canal inguinal, o ligamento inguinal dá suporte para as estruturas do cordão espermático ou para o ligamento redondo do útero, conforme essas estruturas passam através da parede abdominal. (7,8)

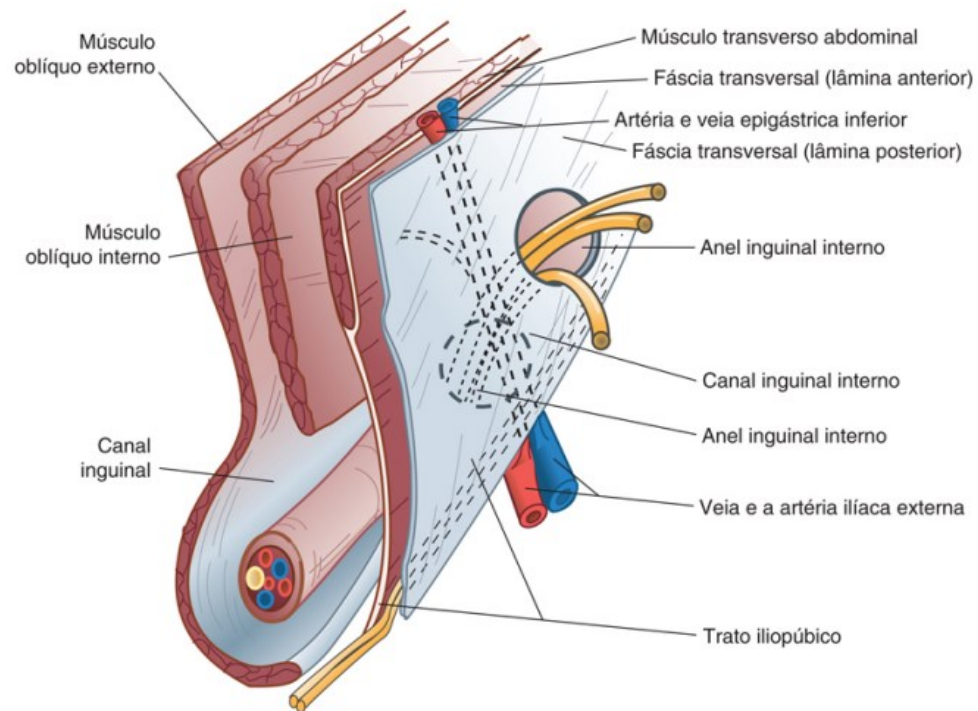


Figura 3: Esquema da anatomia da região inguinal, mostrando as camadas da parede abdominal, o canal inguinal e os anéis inguinais interno e externo. (11)

Durante a embriogênese, o canal inguinal também abriga o processo vaginalis, uma evaginação do peritônio parietal que acompanha o cordão espermático ou o ligamento redondo do útero em sua passagem pelo canal inguinal. Nas mulheres, o processo vaginalis é também chamado de ducto de Nuck. (1, 7)

1.2 EMBRIOLOGIA

O desenvolvimento embrionário do canal inguinal parte de duas estruturas principais: o processo vaginalis e o gubernáculo testicular. (2, 6) O processo vaginalis é uma evaginação do peritônio parietal, que se torna aparente a partir da 12ª semana de gestação. (3, 12, 13) Essa estrutura é anexada ao gubernáculo em desenvolvimento e, junto a ele, passa por uma herniação através da parede abdominal, até atingir a aponeurose do oblíquo externo, onde se localiza o anel inguinal externo. O ponto de herniação criado pelo processo vaginalis se torna o anel inguinal interno. Durante esse processo, as estruturas herniadas carregam consigo camadas musculares, que formarão o canal inguinal. (3)

Nos embriões do sexo masculino, o processo vaginalis e o gubernáculo testicular auxiliam na descida dos testículos para as bolsas testiculares. Nos

embriões do sexo feminino, supõe-se que essas estruturas auxiliem no posicionamento adequado do útero e dos ovários, impedindo que essas estruturas desçam pelo canal inguinal. O gubernáculo testicular posteriormente se diferencia para formar os ligamentos ovariano e redondo do útero. (2, 3, 6, 14)

O processo vaginalis desempenha um papel mais relevante no sexo masculino do que no sexo feminino, por promover a descida dos testículos. Nas mulheres, essa estrutura deve ser fechada para obstruir a passagem do ovário e impedir sua descida para os grandes lábios. (14, 15)

Depois que se completa o desenvolvimento das genitálias, o processo vaginalis é obliterado, por meio de morte celular programada, para que não haja uma comunicação entre o peritônio e a região inguinal. (7) A obliteração ocorre entre o sétimo mês de gestação e o primeiro ano de vida, (1, 4, 7, 12, 13) e o neurotransmissor que parece estar mais relacionado ao estímulo à obliteração é o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, que é liberado pelo nervo genitofemoral no canal inguinal. (3) Em torno de 80% das crianças do sexo masculino e 60% do sexo feminino têm a obliteração completa do processo vaginalis ocorrendo após o nascimento. (3)

A falha na obliteração e conseqüente persistência do processo vaginalis permite a formação de hidroceles ou a herniação de conteúdos pélvicos por meio do canal inguinal. (2, 4, 6, 15) O processo vaginalis patente em mulheres passa a ser chamado de ducto de Nuck, em homenagem ao anatomista dinamarquês que descreveu a estrutura. (12, 13, 15)

Em mulheres, as hérnias podem conter alças intestinais, ovário, tubas uterinas, útero ou a bexiga, que atingem os grandes lábios. (2) Como o processo vaginalis normalmente se fecha no primeiro ano de vida, as anormalidades referentes ao ducto de Nuck em geral são diagnosticadas na infância. (4)

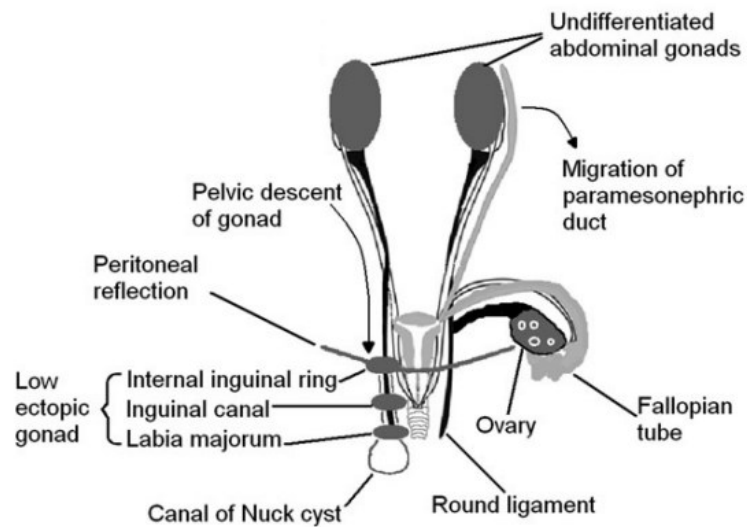


Figura 4: Descida dos ovários para a pelve, guiados pelo gubernáculo e pelo processo vaginalis. Durante a descida há formação de uma prega de peritônio, que, se não for obliterada, origina o canal de Nuck. (14)

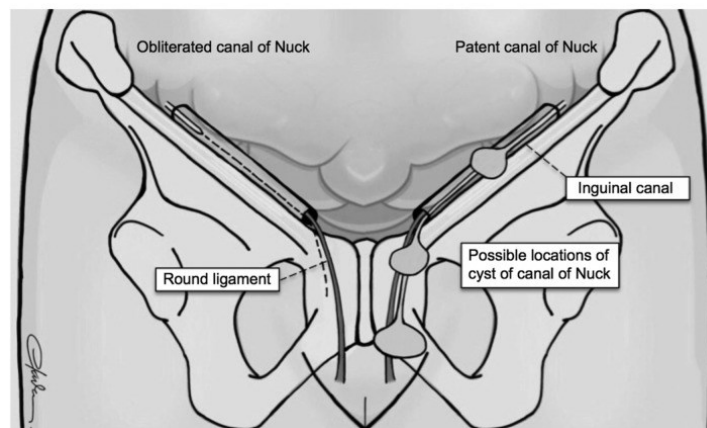


Figura 5: Anatomia do canal inguinal no sexo feminino. À esquerda um canal de Nuck obliterado e, à direita, um canal de Nuch patente. À direita são mostrados os possíveis sítios nos quais podem ser formados cistos, hidroceles ou hérnias. (4)

Embora o processo exato de obliteração do processo vaginalis ainda não seja totalmente elucidado, sabe-se que ele ocorre em 3 etapas em crianças do sexo masculino e em duas etapas nas do sexo feminino. (1, 3) A primeira etapa, em ambos os sexos, consiste no fechamento proximal do anel inguinal interno, o que interrompe a comunicação do processo vaginalis com o peritônio. No sexo masculino, ocorre em seguida um fechamento distal do processo vaginalis, em um ponto acima dos testículos. A estrutura tubular remanescente entre esses dois pontos de fechamento é chamada de processo funicular, que sofre atresia na

terceira etapa da obliteração. A porção mais distal do processo vaginalis, que fica na altura dos testículos, permanece presente e forma a túnica vaginalis. No sexo feminino, a segunda etapa da obliteração já é a atresia completa do processo vaginalis, sem persistência de segmentos do canal. (3)

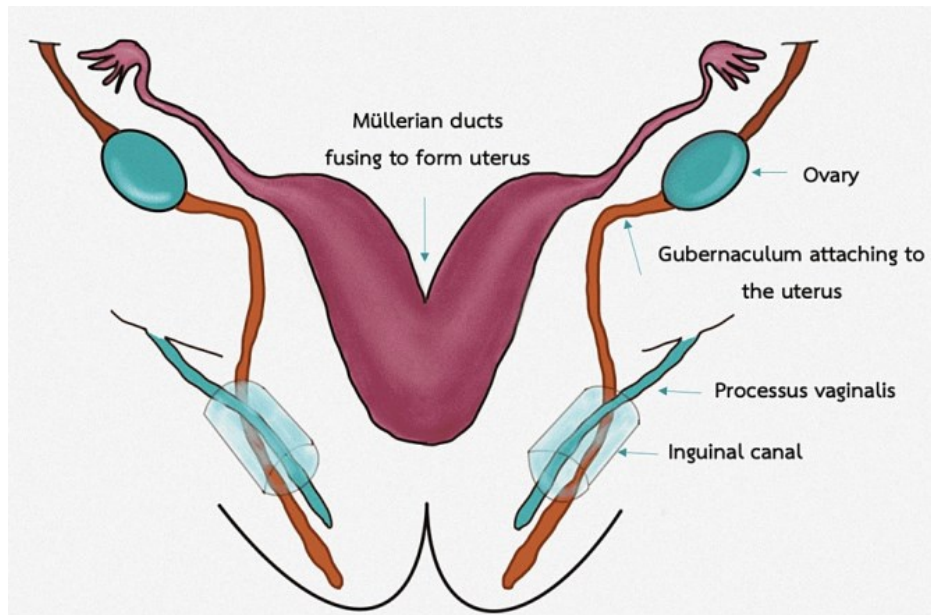


Figura 6: Processo vaginalis formado no terceiro mês de gestação, estabelecendo uma comunicação entre a cavidade peritoneal e os grandes lábios. (6)

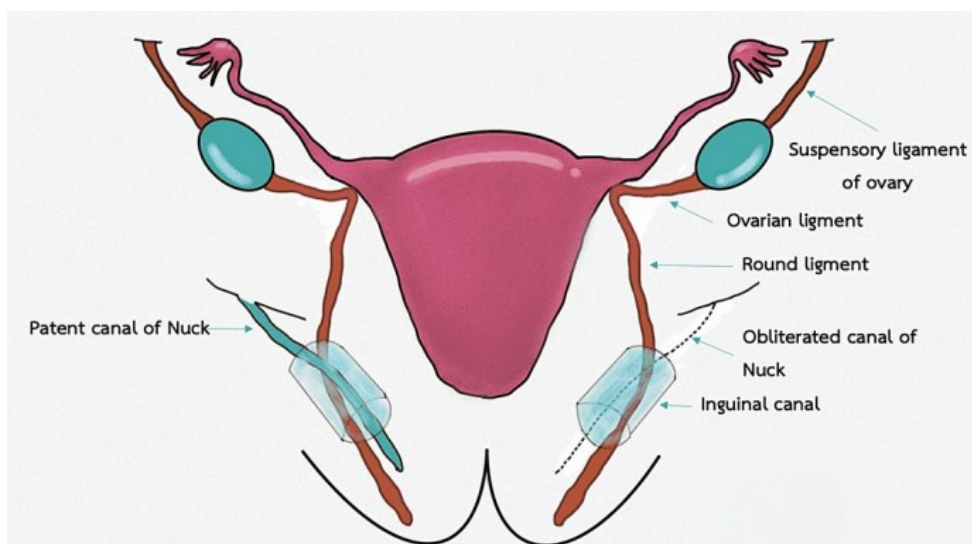


Figura 7: À direita, processo vaginalis obliterado, interrompendo a comunicação entre a cavidade peritoneal e os grandes lábios. À esquerda, processo vaginalis patente, que passa a ser chamado de ducto de Nuck. (6)

Devido ao desenvolvimento embrionário, a região inguinal das mulheres tende a ser mais resistente que a dos homens, pois não há passagem dos testículos pelo processo vaginalis, nem a passagem do cordão espermático pelo anel inguinal interno. O canal inguinal das mulheres, portanto, tende a apresentar menos pontos de fragilidade que o dos homens. (16)

1.3 HÉRNIAS INGUINAIS

De acordo com Sabiston, hérnia é uma protrusão anormal de um órgão ou tecido por um defeito em suas paredes circundantes. O espaço miopectíneo, por ser uma parte da parede abdominal anterior constituída apenas pela fásia transversalis e por peritônio, é uma região suscetível ao aparecimento de hérnias abdominais. (9) Esse espaço é dividido em um compartimento superior e um inferior pelo ligamento inguinal. O compartimento superior, por sua vez, é subdividido pelos vasos epigástricos inferiores em um compartimento medial, também chamado de triângulo de Hasselbach, e um lateral. (9)

Sabiston classifica as hérnias inguiniais em direta e indireta. As hérnias inguiniais diretas surgem dentro do triângulo de Hasselbach e costumam ocorrer em idades avançadas, devido a um enfraquecimento da fásia da parede posterior do canal inguinal. (2, 9) Já as hérnias inguiniais indiretas surgem lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, por meio do anel inguinal interno, e são decorrentes de um fechamento incompleto do processo vaginalis, o que leva a uma projeção do conteúdo abdominal pelo anel inguinal interno. (2, 9, 17)

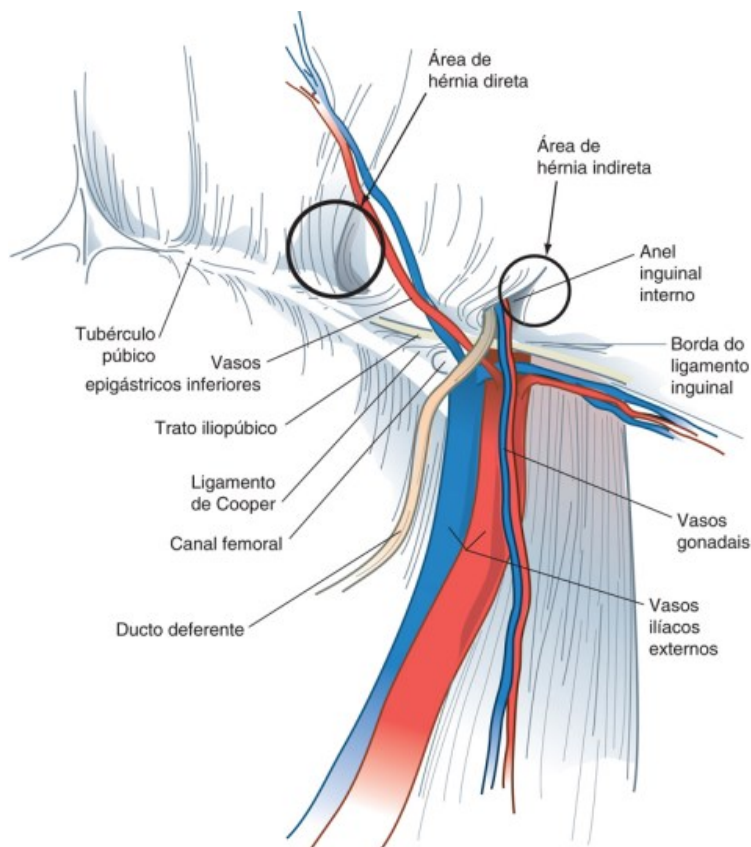


Figura 8: Camadas da parede abdominal na região inguinal e áreas de formação de hérnias inguinais direta e indireta. (11)

As hérnias inguinais indiretas são diretamente relacionadas à persistência do processo vaginalis, devido a uma falha na obliteração dessa estrutura (2, 3, 12, 17) O processo vaginalis normalmente se fecha em uma direção craniocaudal. Quando apenas a parte inferior permanece patente, pode ser formada uma hidrocele encistada; se todo o processo vaginalis permanece patente, pode resultar em uma hidrocele comunicante ou em herniação. (12) Alguns fatores contribuintes para a falha na obliteração do processo vaginalis incluem falha na apoptose, inervação parassimpática inadequada e sinalização hormonal ineficaz. As causas para essas ocorrências não são totalmente esclarecidas, mas são frequentemente associadas a condições como parto prematuro, displasia de quadril, síndrome de Ehlers-Danlos e fibrose cística. (3) Já que apresentam um caráter congênito, as hérnias indiretas são mais comuns na faixa etária pediátrica e estão presentes em até 5% das crianças menores de 15 anos, com uma prevalência seis vezes maior em meninos do que em meninas. (3, 17)

As hérnias inguinais são mais comuns do lado direito. (3, 12) Uma possível explicação para isso é a presença do cólon sigmoide do lado esquerdo, o que pode ajudar a prevenir herniações pelo anel inguinal interno deste lado. (12) Outra explicação encontrada na literatura é que a obliteração do processo vaginalis do lado direito é tipicamente mais tardia, o que pode favorecer a persistência da estrutura deste lado. (3)

O tratamento das hérnias inguinais consiste em correção cirúrgica, o que é quase sempre necessário em crianças. Em adultos, a cirurgia só é feita se o paciente for sintomático. (18)

1.4 HÉRNIAS DO DUCTO DE NUCK

O processo vaginalis patente em meninas é chamado de ducto de Nuck. (2, 6, 12, 17, 18) Embora as hérnias inguinais na infância sejam achados comuns, as hérnias do ducto de Nuck são raras. (18) Essas hérnias, bem como outras alterações decorrentes da persistência do processo vaginalis, surgem mais comumente na infância, em meninas menores de 5 anos. (12, 13, 17)

A presença do ducto de Nuck permite que haja uma comunicação entre o peritônio e os grandes lábios, o que pode resultar em hidrocele comunicante ou hérnias indiretas. (1, 2, 3, 18) Essas hérnias podem conter gordura omental, alças intestinais, ovário, tuba uterina e, mais raramente, útero e bexiga. (3, 17, 18) Os ovários e as tubas uterinas estão presentes em 15 a 20% das hérnias do ducto de Nuck. (2)

Quando as estruturas ficam presas no canal de Nuck, sem que possam ser reduzidas à localização inicial, isso é chamado de encarceramento, o que pode evoluir com estrangulamento. (3, 12) O encarceramento e o estrangulamento são mais comuns quando há herniação de ovário. O encarceramento aumenta também o risco de torção ovariana, que ocorre em 43% dos casos de hérnia contendo ovário. Devido a isso, o diagnóstico precoce é muito importante, para que seja feita uma rápida intervenção cirúrgica. (2, 12, 17) A torção do ovário pode resultar em comprometimento vascular e necrose tecidual. (17)

As hérnias do ducto de Nuck se apresentam como massas nos grandes lábios, que podem ou não ser associadas a dor. (3, 12, 13, 18) O edema da região inguinal em meninas também pode resultar de outras condições, como hidroceles, tumores de partes moles, cistos de Bartholin, abscessos ou linfadenopatias, que são

diagnósticos diferenciais da hérnia do ducto de Nuck. (1, 2, 4, 13) A presença de sons intestinais sobre o edema é um forte sugestivo da presença de alças intestinais, caracterizando uma hérnia. Outro sinal clínico relevante é o desaparecimento da protuberância quando a criança está em decúbito e ressurgimento quando ela fica de pé, o que corrobora com a hipótese de uma hérnia. A manobra de Valsalva pode ser usada para a confirmação. Crianças pequenas podem ser induzidas a chorar. (1, 12)

Apesar de o diagnóstico da hérnia do ducto de Nuck ser clínico, a ultrassonografia (USG) pode ser usada para avaliação das massas inguinais, para descartar possíveis diagnósticos diferenciais, além de ser importante para o planejamento cirúrgico. (1-4, 12, 13, 17, 18) Esse é o exame de escolha por ser fácil, acessível e de boa acurácia. (1, 17) O Doppler pode ser usado para avaliar encarceramento ou estrangulamento. (12, 18) Além disso, a ultrassonografia pode ser usada para pesquisar a existência de um processo vaginalis patente contralateral à hérnia. Isso ocorre em 50% dos homens e em até 90% das mulheres e pode predispor a ocorrência futura de uma nova hérnia contralateral. (3) Se a USG for inconclusiva, pode ser solicitada uma ressonância nuclear magnética (RNM), que permite identificar se há comunicação entre a massa cística e a cavidade peritoneal. (1, 12, 13)

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma paciente idosa com o diagnóstico de hérnia do canal de Nuck, atendida no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), comparando o caso relatado com o que foi encontrado na literatura.

3. METODOLOGIA

Para a composição deste trabalho foram utilizados os dados contidos no prontuário de uma paciente com o diagnóstico de hérnia do canal de Nuck, atendida no ambulatório da Clínica Cirúrgica A do HUGG, que foi internada para tratamento cirúrgico.

Antes da coleta desses dados, a paciente foi informada sobre o trabalho a ser realizado e sobre seus benefícios e riscos. Como estava de acordo com o uso dos seus dados, foi instruída a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1).

Para a revisão bibliográfica foram utilizadas plataformas internacionais online de pesquisa científica (PubMed, Scielo, Scholar Google), em qualquer idioma, com os termos “canal de Nuck”, “labia majori”, “hérnia inguinal congênita” e “hérnia inguinolabial na mulher”, publicados nos últimos 10 anos.

4. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 83 de anos, atendida no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

4.1 QUEIXA PRINCIPAL

“Bexiga arriada”.

4.2 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Paciente relata que há cerca de 20 anos notou o aparecimento de um abaulamento na região inguinal esquerda, ao qual inicialmente não deu atenção, mas que evoluiu com um aumento gradativo ao longo dos anos, chegando a alcançar os grandes lábios à esquerda. Apesar de não sentir dor, a paciente refere um desconforto ao sentar-se além de perceber uma certa movimentação no local.

Em 2020 procurou atendimento sendo diagnosticada uma cistocele, que foi tratada cirurgicamente. Como não foi realizado nenhum procedimento no abaulamento que ela apresentava, foi-lhe sugerido que procurasse um serviço de Cirurgia Geral para a correção da hérnia inguinal.

Devido à pandemia da COVID-19, somente em dezembro de 2021 foi encaminhada para o ambulatório da Clínica Cirúrgica A do HUGG para ser avaliada.

4.3 EXAME FÍSICO

Apresentava-se lúcida e orientada, afebril, eupneica em ar ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome flácido, indolor, sem visceromegalias, e presença de um volumoso abaulamento na região inguinal esquerda, estendendo-

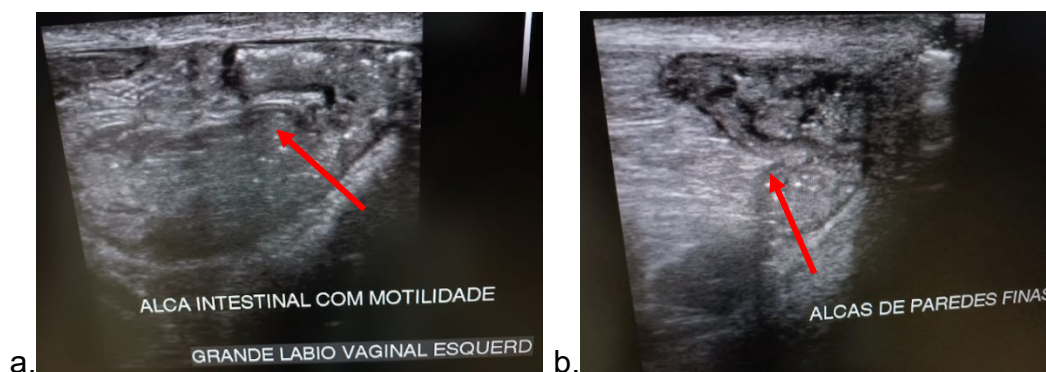
se para o grande lábio vaginal homolateral, contendo uma massa sólida, irreductível com manobras manuais, pouco doloroso, com peristalse presente e audível. (Figura 10)



Figura 9: Abaulamento do grande lábio vaginal esquerdo e da região inguinal.

4.4 CONDUTA

Foi realizado o exame ultrassonográfico (USG) pélvico e inguinal, que evidenciou a presença de alças do intestino delgado de paredes finas, pouco dilatadas, com mobilidade e que alcançavam o grande lábio vaginal esquerdo. Durante o exame, observou-se motilidade intestinal em todo o trajeto. (Figura 11)



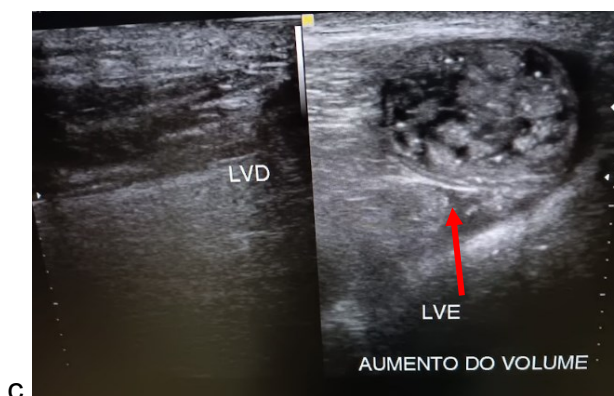


Figura 10: USG pélvica, mostrando a presença de alças intestinais nos grandes lábios (seta vermelha).

Com esse resultado, foi indicado o tratamento cirúrgico para correção da hérnia. Foram solicitados exames laboratoriais, radiografia de tórax, eletrocardiograma e risco cirúrgico. Todos os resultados mostraram que a paciente estava em boas condições clínicas e apta a ser submetida à cirurgia.

4.5 TRATAMENTO

Através da incisão habitual para hernioplastia, e a abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo, foi observado que o músculo oblíquo interno não protegia o anel inguinal interno, nem o triângulo de Hasselbach, favorecendo a passagem do conteúdo abdominal para a região inguinal.

Imediatamente observamos a presença de uma volumosa massa contida pelo peritônio e firmemente aderido ao grande lábio. O peritônio foi incisado sendo o conteúdo herniário composto de uma grande quantidade de alças de intestino delgado. (Figura 12)



Figura 11: Conteúdo herniário: alças de intestino delgado.

Após a liberação das alças intestinais aderida ao peritônio dentro do grande lábio, todo o conteúdo herniário foi reduzido, e as alças intestinais foram reintroduzidas na cavidade abdominal, através do anel inguinal interno.

Em seguida todo o trajeto do canal de Nuck foi identificado (Figura 12a), sua base foi fechada com fio inabsorvível, sendo completamente removido (Figura 12b).

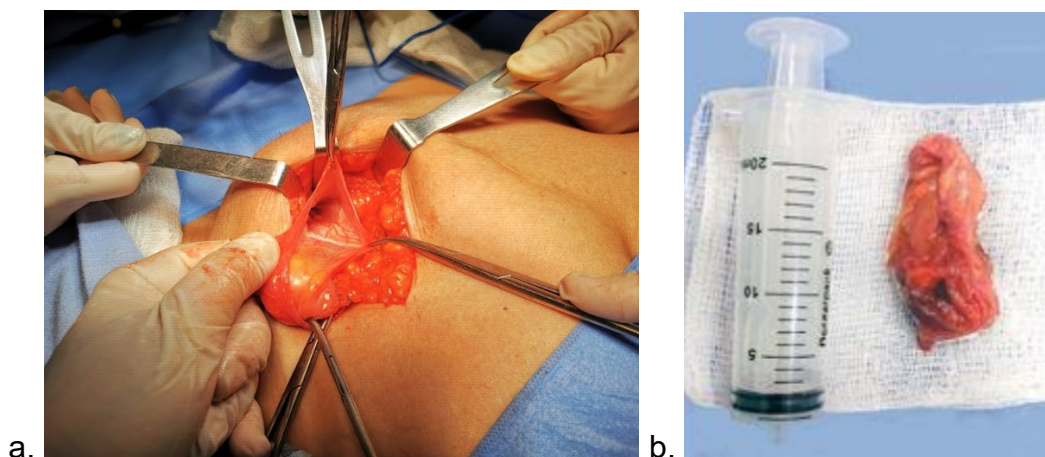


Figura 12. a – Trajeto do Canal de Nuck; b – Canal de Nuck removido

A parede posterior do canal inguinal foi reforçada com a colocação de uma tela de polipropileno fixada na arcada inguinal e no tendão conjunto. A aponeurose do músculo oblíquo externo foi fechada com fio não absorvível, o tecido subcutâneo com fio absorvível, e a pele com fio não absorvível.

O período pós-operatório imediato transcorreu sem complicações, e a paciente teve alta hospitalar 24 horas após a cirurgia, sendo acompanhada no ambulatório da CCA.

A paciente retornou 15 dias após a cirurgia para a retirada dos pontos, estando a cicatriz com bom aspecto e a paciente em bom estado clínico, sem queixas. (Figura 13).



Figura 13 – Pós-operatório.

5. DISCUSSÃO

As hérnias inguinais são uma das patologias mais abordadas pelos cirurgiões gerais. (9) As hérnias inguinais indiretas surgem devido a uma falha na obliteração do processo vaginalis, com conseqüente projeção do conteúdo abdominal pelo anel inguinal interno. (2, 9, 17) Na faixa etária pediátrica, a incidência das hérnias inguinais indiretas varia de 0,8% a 4,4%, com uma prevalência seis vezes maior em meninos do que em meninas. (2, 3), sendo mais comuns do lado direito. (3, 12)

Nas mulheres, o processo vaginalis patente é conhecido como ducto de Nuck, então as hérnias inguinais indiretas são denominadas hérnias do ducto de Nuck. (1-3, 6, 12, 17, 18)

Embora as hérnias inguinais na infância sejam consideradas comuns, as do ducto de Nuck são raras, e o diagnóstico costuma ser feito até os 5 anos de idade. (4, 12, 13, 17, 18)

Neste trabalho foi apresentado o caso de uma paciente idosa com um quadro de hérnia inguinal indireta do lado esquerdo, que se estendia para o grande lábio ipsilateral. Alguns aspectos que devem ser destacados sexo, idade e lateralidade da hérnia, que são pontos de discordância com o que foi encontrado na literatura. No contexto das hérnias inguinais indiretas, a literatura mostra que são seis vezes mais prevalentes no sexo masculino, provavelmente devido à existência de maiores pontos de fragilidade na região inguinal dos homens (3, 16, 17). A paciente em questão era do sexo feminino, tinha 83 anos de idade e apresentava uma hérnia do ducto de Nuck, que em geral é diagnosticada até o quinto ano de vida. (4, 12, 13,

17) Além disso, a lateralidade da hérnia também deve ser mencionada, pois a literatura mostra que as hérnias inguinais são mais comuns do lado direito, provavelmente devido à presença do cólon sigmoide contralateralmente (3, 12), e no caso relatado a hérnia estava do lado esquerdo. A idade do diagnóstico foi o ponto de maior discrepância em relação ao que foi encontrado na literatura.

O abaulamento apresentado pela paciente tinha um longo tempo de evolução, o que causou encarceramento do conteúdo herniário, irreduzível durante o exame físico. Apesar disso, não houve alterações vasculares, e o quadro não evoluiu com estrangulamento da hérnia. O fato de a paciente ter convivido com a hérnia durante muitos anos também chama atenção, devido à questão estética envolvida e ao impacto emocional que isso poderia trazer. Uma vez que a presença desse abaulamento redutível nos grandes lábios não causa dor, as mulheres podem optar por não o tratar até que sejam submetidas a cirurgias por outras indicações, provavelmente por se sentirem envergonhadas (16). No caso descrito, a paciente só procurou atendimento médico quando o abaulamento se tornou irreduzível e começou a apresentar sintomas, depois de já ter sido submetida a outro procedimento cirúrgico.

Clinicamente, o quadro era característico (3, 12, 13, 18), com a presença de abaulamento indolor na região inguinal esquerda, estendendo-se para o grande lábio vaginal esquerdo, que aumentava de tamanho aos esforços. Possíveis diagnósticos diferenciais para a presença desse abaulamento seriam hidrocele, tumor de partes moles, cisto de Bartholin, abscesso e linfadenopatia. (1, 2, 4, 13) A peristalse presente e audível à ausculta do local corroborava com a hipótese de hérnia (1, 12) e explicava a queixa da paciente de sentir uma movimentação na região.

O método de escolha para avaliação de massas na região inguinal é a USG, por ser um exame fácil, acessível, de boa acurácia e sem uso de contraste. (1-4, 12, 13, 17, 18) O Doppler fornece informações sobre a vascularização, o que é importante para identificar a presença de estruturas em sofrimento. (12, 18) Se o diagnóstico pela USG for inconclusivo, está indicada a RM. (1, 12, 13)

A presença das alças intestinais com motilidade foi confirmada pela USG. Esse é um conteúdo herniário comum, bem como gordura omental, ovário e tuba uterina. (3, 17, 18) A presença do ovário aumenta o risco de encarceramento da hérnia. (3, 12) Embora a hérnia da paciente descrita estivesse encarcerada, não havia presença de ovário, apenas de alças intestinais.

O tratamento de escolha das hérnias inguinais é a cirurgia, que pode ser laparoscópica ou convencional. (4, 12, 16, 18) A cirurgia convencional pode ter uma recuperação longa e dolorosa, enquanto a cirurgia laparoscópica fornece uma recuperação mais rápida, por ser menos invasiva, e oferece menor risco de complicações. (16) Entretanto, a recidiva tem sido relatada em vários casos, devido ao saco herniário não ser removido e pelo uso de material absorvível para reparar o anel inguinal interno. (19)

Utilizamos a técnica de herniorrafia convencional, removendo completamente o processo vaginal e reforçando o anel inguinal interno com uma tela de polipropileno. A recuperação do paciente foi rápida e bem satisfatória.

6. CONCLUSÃO

A hérnia do canal de Nuck é o resultado do não fechamento do processo vaginal, e caracterizada por uma protrusão que atinge os grandes lábios. O caso apresentado tem características que divergem do que é referido na literatura, o que o torna mais incomum.

REFERÊNCIAS

1. Choi YM, Lee GM, Yi JB, Yoon KL, Shim KS, Bae CW, Choi SI, Kim HC. Two cases of female hydrocele of the canal of nuck. *Korean J Pediatr.* 2012 Apr;55(4):143-6. doi: 10.3345/kjp.2012.55.4.143. Epub 2012 Apr 30. PMID: 22574075; PMCID: PMC3346837.
2. Thomas, A. K., Teague, C. T., & Jancelewicz, T. (2018). Canal of Nuck hernia containing pelvic structures presenting as a labial mass. *Radiology Case Reports*, 13(3), 534-536.
3. BRAINWOOD, Michelle; BEIRNE, Geraldene; FENECH, Michelle. Persistence of the processus vaginalis and its related disorders. *Australasian journal of ultrasound in medicine*, v. 23, n. 1, p. 22-29, 2020.
4. PRODRMIDOU, Anastasia et al. Cyst of the Canal of Nuck in adult females: a case report and systematic review. *Biomed Rep.* 2020 Jun; 12 (6): 333-338.
5. BARAL, Suman et al. Bilateral hydrocele of the canal of Nuck: a rare presentation in an adult female. *International Medical Case Reports Journal*, p. 313-316, 2020.
6. KEERATIBHARAT, Nattawut; CHANSANGRAT, Jirapa. Hydrocele of the Canal of Nuck: A Review. *Cureus*, v. 14, n. 4, 2022.
7. DAGUR, Gautam et al. Classifying hydroceles of the pelvis and groin: an overview of etiology, secondary complications, evaluation, and management. *Current urology*, v. 10, n. 1, p. 1-14, 2017.
8. FAGAN, Shawn P.; AWAD, Samir S. Abdominal wall anatomy: the key to a successful inguinal hernia repair. *The American journal of surgery*, v. 188, n. 6, p. 3-8, 2004.
9. GOULART, André; MARTINS, Sandra. Hérnia inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, n. 33, p. 25-42, 2015.
10. YANG, Xue-Fei; LIU, Jia-Lin. Anatomy essentials for laparoscopic inguinal hernia repair. *Annals of translational medicine*, v. 4, n. 19, 2016.
11. EVERS, B. Mark; MATTOX, Kenneth L. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. Elsevier Brasil, 2019.
12. Chan, Donald, et al. "Canal of Nuck hernias." *Acta Radiologica Open* 8.12 (2019): 2058460119889867.

13. FIKATAS, Panagiotis et al. Hydroceles of the canal of Nuck in Adults— Diagnostic, treatment and results of a rare condition in females. *Journal of Clinical Medicine*, v. 9, n. 12, p. 4026, 2020.
14. HEALEY, Andrew. Embryology of the female reproductive tract. In: *Imaging of gynecological disorders in infants and children*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2012. p. 21-30.
15. SKANDALAKIS, J. E.; COLBORN, G. L.; SKANDALAKIS, L. J. The embryology of the inguinofemoral area: an overview. *Hernia*, v. 1, p. 45-54, 1997.
16. YEN, Chih-Feng et al. Laparoscopic closure of patent canal of Nuck for female indirect inguinal hernia. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, v. 8, n. 1, p. 143-146, 2001.
17. Choi, Kwang Ho, and Hye Jin Baek. "Incarcerated ovarian herniation of the canal of Nuck in a female infant: Ultrasonographic findings and review of literature." *Annals of medicine and surgery* 9 (2016): 38-40.
18. Hamidi, Hidayatullah, and Mariam Rahimi. "Infantile presentation of the canal of Nuck hernia containing uterus and ovary: a case report." *Radiology Case Reports* 15.12 (2020): 2557-2559.
19. Lee SR, Park PJ. Laparoscopic reoperation for pediatric recurrent inguinal hernia after previous laparoscopic repair. *Hernia*. 2019;23(4):663-9.

ANEXO 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ACORDO COM AS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado Sr(a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “RELATO DE CASO: HÉRNIA DO DUCTO DE NUCK EM PACIENTE IDOSA”, sob a responsabilidade da Prof.^a Dra. Célia Regina de Oliveira Garritano, Titular da Clínica Cirúrgica A.

O presente estudo busca avaliar o tratamento cirúrgico precoce da Hérnia inguinolabial, utilizando a tela de polipropileno como reforço muscular.

O objetivo é apresentar o caso de uma paciente idosa com o diagnóstico de hérnia do canal de Nuck, atendida no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

O(a) senhor(a) receberá os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome será mantido em sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio da coleta da bile vesicular após a colecistectomia por videolaparoscopia ou aberta a qual foi submetido(a), ainda no centro cirúrgico, não havendo riscos à sua saúde. Caso o senhor(a) sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Sua participação no estudo é voluntária e, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na reunião científica da Clínica Cirúrgica A, da Escola de Medicina e Cirurgia da UNIRIO, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, sendo

