



Hérnia interna do cólon transverso pelo omento menor - relato de caso

Gabriel Ramirez Moreira¹; Mario Pastore Neto²; Wilson Luiz Abrantes³

Como Citar:

MOREIRA, Gabriel Ramirez; PASTORE NETO, Mario; ABRANTES, Wilson Luiz. Hérnia interna do cólon transverso pelo omento menor - relato de caso. Revista Sociedade Científica, vol. 9, n. 1, p. 1643-1653, 2026. <https://doi.org/10.61411/rsc2026135319>

DOI: 10.61411/rsc2026135319

Área do conhecimento:

Ciências da Saúde

Sub-área:

Medicina

Palavras-chave:

Hérnia Interna; Hérnia Omento Menor; Obstrução Intestinal; Abdome Agudo; Tratamento Cirúrgico.

Publicado: 25 de junho de 2026.

Resumo

As hérnias internas são causas raras de obstrução intestinal, especialmente as transometais, sendo extremamente rara a herniação pelo omento menor. Este relato se justifica pela raridade da condição observada, frisando a importância de seguir passos diagnósticos bem definidos, que levarão à abordagem cirúrgica oportuna. Este estudo teve como objetivo relatar um caso raro de abdome agudo obstrutivo, com o seu devido tratamento cirúrgico. Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de caso, elaborado a partir da análise clínica, cirúrgica e evolutiva de paciente atendido em um hospital geral. Homem de 64 anos com sinais clínicos e radiológicos de obstrução intestinal, sem melhora com tratamento clínico. A laparotomia revelou herniação do cólon transverso através do omento menor, com alças viáveis. Realizou-se a sua redução e fechamento do defeito, com boa evolução pós-operatória e alta no quarto dia. As hérnias transometais são extremamente raras, com poucos relatos na literatura, notadamente casos que envolvam o cólon transverso. A abordagem cirúrgica é indicada diante da persistência do quadro obstrutivo, sendo a ressecção intestinal indicada nos casos de sofrimento isquêmico. Conclui-se que as hérnias internas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de obstrução intestinal sem fatores de risco evidentes, pois o tratamento cirúrgico oportuno favorece um bom prognóstico. Além disso, a presença do cirurgião nos pronto-socorros é fundamental para um correto tratamento do abdome agudo.

Internal hernia of the transverse colon through the lesser omentum - a case report

Abstract

Internal hernias are rare causes of intestinal obstruction, especially transomental hernias, with herniation through the lesser omentum being exceptionally uncommon. This report

¹Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte-MG, Brasil. Email: ✉

²Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte-MG, Brasil. Email: ✉

³Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte-MG, Brasil. Email: ✉



is justified by the rarity of the condition and the importance of following well-defined diagnostic steps, which will lead to timely surgical intervention in some cases. This study aimed to report a rare case of acute obstructive abdomen and its appropriate surgical treatment. This is a descriptive case report study, developed from the clinical, surgical, and evolutionary analysis of a patient treated in the general hospital. A 64-year-old man presented with clinical and radiological signs of intestinal obstruction, with no improvement after initial conservative management. Exploratory laparotomy revealed a transverse colon herniation through the lesser omentum, with viable bowel loops. Hernia reduction and closure of the defect were performed, resulting in an uneventful postoperative course and hospital discharge on the fourth postoperative day. Transomental hernias are extremely rare, with few cases reported in the literature, particularly involving the transverse colon. Surgical intervention is indicated in cases of persistent obstruction, with bowel resection reserved if ischemia or necrosis. It is concluded that internal hernias should be considered in the differential diagnosis of intestinal obstruction in patients without evident risk factors, as timely surgical management ensures a favorable outcome. Furthermore, the presence of a surgeon in emergency rooms is essential for the correct treatment of acute abdomen.

Keywords: Internal Hernia; Lesser Sac Hernia; Intestinal Obstruction; Acute Abdomen; Surgical Treatment.

1. Introdução

Hérnia interna (HI) é definida como protrusão de uma ou mais vísceras através de abertura na cavidade peritoneal, sem ultrapassar os limites desta cavidade [1]. Essa abertura pode ser natural (p.ex. forame de Winslow), quase natural (p.ex. fossa paraduodenal, fossa ileocecal e fossa supravesical) ou abertura anormal (p.ex. defeitos transmesentéricos ou transomentais) [1,2]. São responsáveis por 0,2 a 0,9% de todos os



casos de obstrução intestinal e 0,5 a 4,1% dos casos de obstrução intestinal por hérnias [3].

Hérnias da bolsa omental são raras, representando menos de 1% das hérnias internas [2,3]. Atualmente, menos de 30 hérnias transometais foram registradas na literatura, sendo a maioria dos casos representados por herniação através do ligamento gastrocólico [4,5]. Os fatores de risco para hérnia do omento menor incluem mesentério intestinal comum, mesentério longo do intestino delgado e um forame de Winslow alargado, que comumente predispõem a hérnias do omento menor relacionadas ao forame de Winslow [6].

Entre as classificações propostas, a de Ghahremani é a mais utilizada e divide as hérnias internas em: paraduodenais (50-55%), do forame de Winslow (6-10%), transmesentéricas (8-10%), pericecais (10-15%), intersigmoideanas (4-8%) e paravesicais (<4%) [7]. As hérnias transometais estão entre as mais raras, correspondendo a menos que 4% das hérnias internas, sendo a herniação pelo omento menor ainda mais rara [8].

O paciente deste relato foi atendido no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, no setor de Urgência, pela equipe de Cirurgia Geral do serviço.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso, elaborado a partir da análise clínica, cirúrgica e evolutiva de paciente atendido no serviço de cirurgia do hospital. Foram revisados dados de prontuário, exames complementares, registros cirúrgicos e acompanhamento pós-operatório.

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos e de normas vigentes para pesquisa envolvendo seres humanos. O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização das informações clínicas e imagens para fins científicos, preservando-se sua identidade e



confidencialidade. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob parecer nº 01/2026.

3. **Desenvolvimento e discussão**

3.1. Relato de caso

M.D., 64 anos, sexo masculino, procedente da Unidade de Pronto Atendimento local, admitido no hospital com quadro de dor e desconforto abdominal difuso há dois dias, associado a náuseas, vômitos e parada da eliminação de flatus e fezes. Negava comorbidades, uso de medicamentos, alergias ou emagrecimento recente.

Ao exame físico, apresentava-se desidratado, corado, anictérico e afebril. O abdome estava distendido, com ruídos preservados, hipertimpânico, doloroso a palpação profunda, mas sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal com mucosa lisa e ampola vazia, sem sangue no dedo de luva.

Foi prescrita hidratação venosa, mantido o jejum e posicionado cateter nasogástrico (CNG), com débito moderado de conteúdo gástrico típico.

Exames laboratoriais evidenciaram alcalose metabólica compensada – pH 7.44 e HCO₃ 20mEq/L – lactato 2.8mmol/L e proteína C reativa 89mg/L. Hemograma, função renal, ionograma, enzimas hepáticas e pancreáticas dentro dos limites de normalidade. Radiografia do abdome (Erro: Origem da referência não encontrada) mostrou múltiplas alças distendidas e com nível hidroaéreo, distensão de haustrações em topografia do cólon ascendente e ausência de ar no reto. Radiografia do tórax sem alterações, com bolha gástrica típica e sem sinais de pneumoperitônio. Apesar da clara indicação de estudo tomográfico nos casos de abdome agudo pela literatura [9], a equipe médica não contava com tal recurso, devido à circunstância momentânea de reparo técnico no tomógrafo, que se encontrava indisponível.

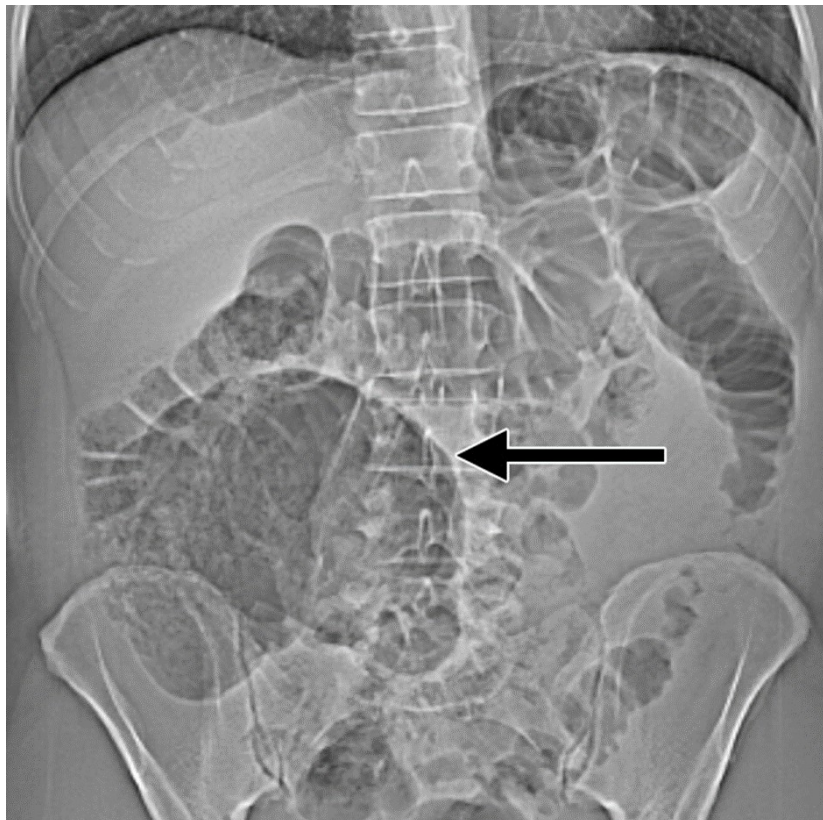


Figura 1: Radiografia de abdômen no pronto socorro.

Fonte: prontuário HRTN

O paciente manteve quadro de distensão abdominal, com eliminações líquidas intermitentes (diarréia paradoxal) e com débito fecaloide pelo CNG. Devido a não melhora com as medidas clínicas iniciais, foi optado pela laparotomia exploradora, que evidenciou distensão de alças jejunais e cólon ascendente, embora cólon descendente e reto encontravam-se vazios, além de protrusão do cólon visível na face anterior do ligamento hepatogástrico (Figura 2). A incisão cirúrgica foi estendida cranialmente (superiormente), permitindo a exploração da retrocavidade dos epíplons por abertura do ligamento gastrocólico, confirmando-se uma hérnia do cólon transversa através de descontinuidade no omento menor, com poucas aderências locais. No inventário da cavidade não se notavam tumores ou qualquer outra alteração visceral.

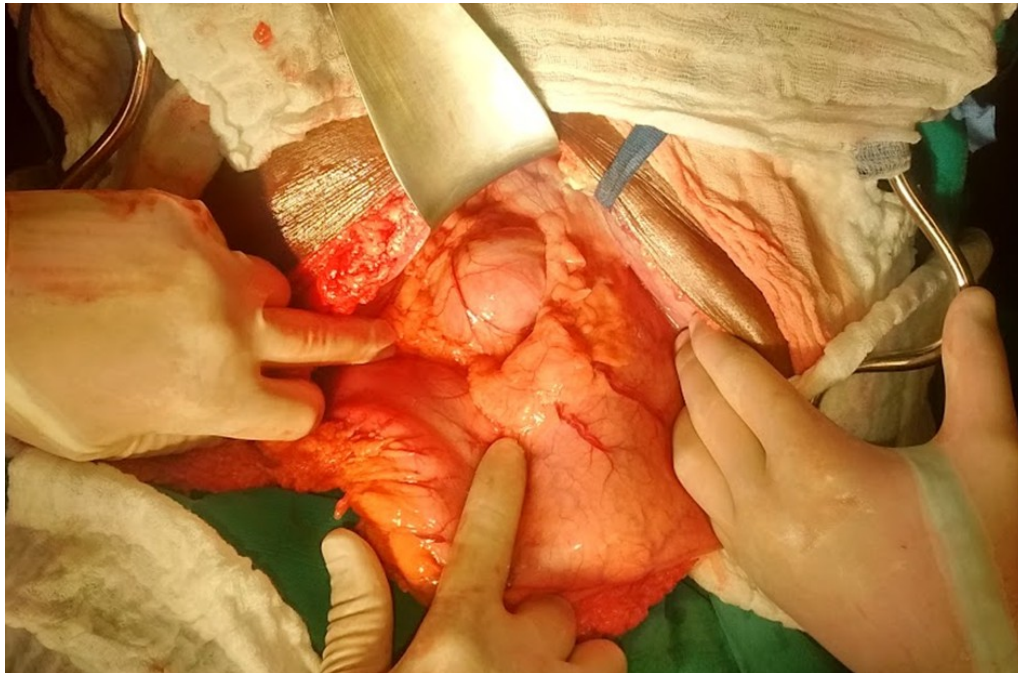


Figura 2: Cólon transverso herniado pelo omento menor (sítio herniário).

Fonte: registro autoral

Como o segmento de cólon transverso se apresentava em bom aspecto, foi realizada dissecação de aderências frouxas e redução da hérnia, sem necessidade de ressecção colônica, seguida de fechamento do defeito herniário (Figura 3) com fio multifilamentar absorvível 2.0.

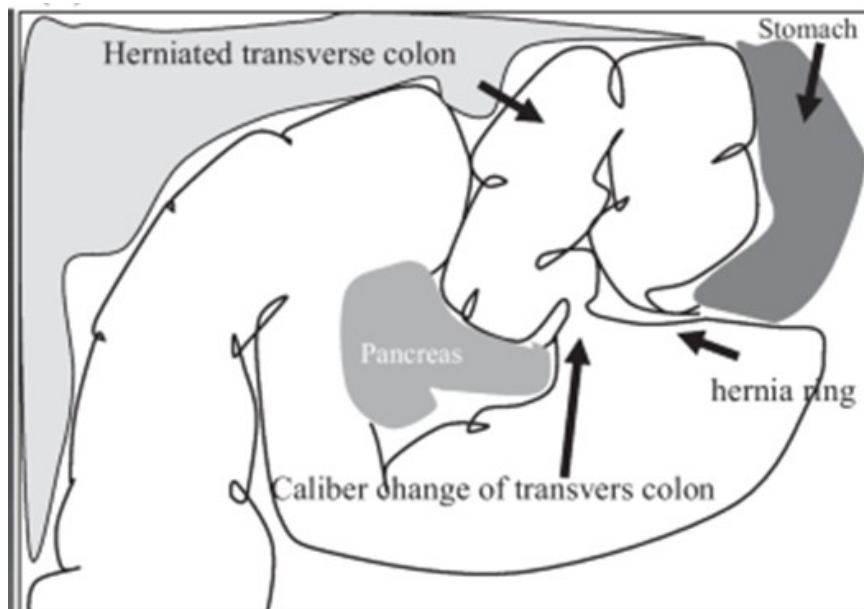


Figura 3: Desenho esquemático mostrando segmento médio do cólon transverso em acotovelamento herniário no omento menor.

Fonte: autoria própria

O paciente evoluiu com estabilidade clínica na enfermaria, apresentando débito de apenas 200 ml nas primeiras 24 horas de CNG. Tolerou dieta líquida iniciada no segundo dia, com progressão dietética gradativa até o quarto dia pós-operatório, quando apresentava eliminação de flatos e fezes, recebendo alta hospitalar.

3.2. Discussão

Não se sabe ao certo a incidência das hérnias internas transometais. Os poucos relatos de caso existentes mencionam hérnias de intestino delgado ou do grande omento através do omento menor (“through the lesser sac”). Não foi encontrado nenhum relato de herniação do cólon transverso através do omento menor, como mostrado neste caso.

Os fatores predisponentes para hérnia transomental são os defeitos anatômicos (congenitos ou adquiridos/iatrogênicos) do fígado, do mesentério ou do omento menor, além da presença de aderências ou aumento da pressão abdominal [10]. Stewart JOR [2]



propôs uma classificação para essas hérnias que leva em conta o trajeto das alças ao formar a protrusão. Tipo I, através de falha no omento maior (ligamento gastrocólico). Tipo II, através de falha no omento menor (ligamento hepatogástrico), como no caso relatado. Tipo III, pelo forame de Winslow. Tipo IV, através de falha no mesocólon transversal [2].

A abordagem médica inicial foi feita como em todos os casos de abdome agudo obstrutivo, com medidas de descompressão gástrica por CNG, jejum, medicações antieméticas, hidratação venosa e correção de distúrbios hidroeletrólitos [8,11]. Seguindo recomendações da literatura, exames complementares iniciais foram feitos, como revisão laboratorial, radiografia de tórax e do abdome, com a possibilidade de estender propedêutica para tomografia de abdome com contraste oral, retal e venoso [11]. O uso generalizado da tomografia computadorizada (TC) facilitou alguns diagnósticos, embora haja discrepâncias entre achados tomográficos e intra-operatórios. Muitas vezes um diagnóstico diferencial específico, como brida ileal, só é feito durante a laparotomia [12]. Isso reforça a importância do cirurgião avaliar o paciente de forma global com anamnese, exame físico, exames laboratoriais e exames básicos de imagem [13]. Como no caso em questão o paciente evoluiu com persistência do quadro obstrutivo, sem nenhuma melhora após as medidas clínicas, considerando a indisponibilidade ocasional da TC, este exame foi dispensado uma vez que já havia indicação de laparotomia exploradora, não se correndo então o risco de atraso na intervenção cirúrgica. Estudos mostram que cada hora de atraso na abordagem cirúrgica aumenta a morbidade e a mortalidade, quando a cirurgia estiver indicada [14,15].

O diagnóstico de hérnia interna deve ser lembrado sempre que houver um paciente com clínica obstrutiva sem sinais de doença inflamatória, hérnia externa ou laparotomia prévia, que são fatores de risco conhecidos para obstrução. O diagnóstico etiológico exato é difícil devido ausência de sinais e sintomas específicos, sendo na maioria das vezes obtido durante laparoscopia ou laparotomia exploratória indicada nos casos de abdome agudo obstrutivo persistente [12,16].



A laparoscopia diagnóstica é uma ferramenta valiosa e estabelecida nos quadros de abdome agudo, notadamente quando o diagnóstico não está claro e o paciente se encontra em condições clínicas estáveis. Entretanto, nos casos com grande distensão intestinal, a confecção do pneumoperitônio acarreta risco de lesões, sendo mais prudente a realização de laparotomia convencional [9]. Então, no caso estudado, uma laparotomia mediana supra e infra umbilical (ou médio-umbilical contida) foi realizada, uma vez que tal incisão permite avaliação inicial da cavidade [8]. A equipe cirúrgica levantou forte suspeita sobre neoplasia de cólon ascendente, uma vez que se tratava de paciente idoso e havia distensão até as haustrações do cólon direito à radiografia do abdome. Contudo, à primeira inspeção cirúrgica, foi evidenciada a hérnia, levando à extensão superior (cranial) da incisão e a cirurgia relatada. Compatível com a literatura, que mostra predomínio de alças viáveis nesses casos, não foi necessária ressecção do cólon herniado. De outro modo, quando há sinais de necrose irreversível mesmo após aquecimento local com soro morno ou sinais perfuração visceral, deve-se fazer ressecção e possível anastomose primária a depender das condições locais e sistêmicas do paciente [1,3,16].

A dissecação do segmento cólico herniado deve ser cuidadosa, evitando-se áreas possivelmente isquêmicas e vasos do mesentério acometido [10]. No caso relatado, a abertura do ligamento gastrocólico e ampla exposição da retrocavidade dos epíplons permitiu uma dissecação segura das aderências e redução da hérnia com maior segurança. O pós operatório seguiu os princípios gerais da clínica cirúrgica, com a vantagem de não ter sido ressecado nenhum segmento intestinal e possibilidade de início precoce da dieta oral e alta hospitalar no 4º dia após a cirurgia.

4. **Considerações finais**

O atendimento do paciente com abdome agudo no pronto socorro exige do cirurgião, além do raciocínio clínico-cirúrgico clássico, a capacidade de considerar diagnósticos incomuns como as hérnias internas, principalmente quando fatores de risco (laparotomia prévia, perda de peso ou doença inflamatória) não estão presentes.



5. **Declaração de direitos**

Os autores declaram ser detentores dos direitos autorais da presente obra, que o artigo não foi publicado anteriormente e que não está sendo considerado por outra(o) Revista/Journal. Declaram que as imagens e textos publicados são de responsabilidade dos autores, e não possuem direitos autorais reservados a terceiros. Textos e/ou imagens de terceiros são devidamente citados ou devidamente autorizados com concessão de direitos para publicação quando necessário. Declaram respeitar os direitos de terceiros e de Instituições públicas e privadas. Declaram não cometer plágio ou autoplágio e não ter considerado/gerado conteúdos falsos e que a obra é original e de responsabilidade dos autores.

6. **Referências**

1. GG G. Internal abdominal hernias. Surg Clin North Am. 1984;64:393-406.
2. Stewart JOR. Lesser sac hernia. Br J Surg. 1962;50:321-6.
3. Sufian S, Matsumoto T. Intestinal obstruction. Am J Surg. 1975;130(1):9-14.
4. Liu Z, He L, Jiao Y, Xu Z, Suo J. An extremely rare case of lesser omental hernia in an elderly female patient following total colectomy. BMC Surg. 2020;20(1):14.
5. Pacheco AC, Jervis MJ, Pimenta J, Escrevente R, Caratao F. Internal double omental hernia: a rare cause of acute abdomen. J Surg Case Rep. 2020;2020(3):rjaa038.
6. Bandara P, Viraj Rohana AM, Pathirana A. Intestinal obstruction due to small bowel herniation through foramen of Winslow: a case report. J Med Case Rep. 2021;15(1):10.
7. Mathieu D, Luciani A, Group G. Internal abdominal herniations. AJR Am J Roentgenol. 2004;183(2):397-404.
8. Gullino D, Giordano O, Gullino E. [Internal hernia of the abdomen. Apropos of 14 cases]. J Chir (Paris). 1993;130(4):179-95.



9. Borner N, Kappenberger AS, Weber S, Scholz F, Kazmierczak P, Werner J. The Acute Abdomen: Structured Diagnosis and Treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2025;122(5):137-44.
10. Pessaux P, Tuech JJ, Derouet N, Du Plessis R, Ronceray J, Arnaud JP. [Internal hernia: a rare cause of intestinal obstruction. Apropos of 14 cases]. *Ann Chir.* 1999;53(9):870-3.
11. Brunetti A. Abdômen agudo. *Medicina.* 2007;40(4):358-67.
12. Lanzetta MM, Masserelli A, Addeo G, Cozzi D, Maggialetti N, Danti G, *et al.* Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta Biomed.* 2019;90(5-S):20-37.
13. Surel AA, Isik NI, Yazla M. Untangling diagnostic confusion in internal abdominal hernias. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2023;29(10):1114-21.
14. Murray V, Burke JR, Hughes M, Schofield C, Young A. Delay to surgery in acute perforated and ischaemic gastrointestinal pathology: a systematic review. *BJS Open.* 2021;5(5).
15. Lee J, Im C. Time-to-surgery paradigms: wait time and surgical outcomes in critically ill patients who underwent emergency surgery for gastrointestinal perforation. *BMC Surg.* 2024;24(1):159.
16. Genovese AM, Taranto F, Fiore D, Segreto M, Giardinelli A, Cavallaro G. [Internal abdominal hernia. Unusual cause of intestinal occlusion]. *Minerva Chir.* 2000;55(3):177-80.