

Hérnia incisional gigante após cirurgia bariátrica: relato de caso**Giant incisional hernia after bariatric surgery: case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-005

Recebimento dos originais: 30/12/2019

Aceitação para publicação: 03/03/2020

Marina Brito Previdelli

Discente de Medicina, Universidade Brasil, Estrada projetada F1, S/N Fazenda Santa Rita,
Fernandópolis - SP, 15600-000

Luisa Ferreira Alberti

Discente de Medicina, Universidade Brasil, Estrada projetada F1, S/N Fazenda Santa Rita,
Fernandópolis - SP, 15600-000

Amanda Oliva Spaziani

Médica graduada pela Universidade Brasil, Estrada projetada F1, S/N Fazenda Santa Rita,
Fernandópolis - SP, 15600-000

Eduarda Andrea Pessuto Gonçalves

Discente de Medicina, Universidade Brasil, Estrada projetada F1, S/N Fazenda Santa Rita,
Fernandópolis - SP, 15600-000

Paloma Tonani

Discente de Medicina, Universidade Brasil, Estrada projetada F1, S/N Fazenda Santa Rita,
Fernandópolis - SP, 15600-000

Nícolas Fernando Rocha

Médico residente de área cirúrgica básica na Irmandade Santa Casa de São Carlos

João Vitor Soares Vicentini

Médico cirurgião geral

Sthefania Mendonça Frizol

Médica cirurgiã geral

Francisco Stefani Segato

Médico cirurgião geral

Rafael Beze Souza

Médico cirurgião geral

RESUMO

A obesidade é uma enfermidade preocupante que vem atingindo proporções epidêmicas. A incidência dos indivíduos que se submetem a bariátrica cresce em números significativos e, portanto, merecem tratamento, atenção especial e diferenciada pelos pesquisadores da área da saúde. Sexo masculino, submetido a cirurgia bariátrica há 10 anos e relatou que desde então apresentava quadro de hérnia, de grande dimensão, abdominal incisional proveniente de uma protusão de uma fração intestinal, e, como consequência, resultava em dor refratária. Na

avaliação do abdome presença de hérnia de tamanho significativo com alteração trófica da pele, discreta hiperemia em região inferior, dor a palpação difusa e ruídos hidroaéreos discretamente aumentados com timbre metálico. Devido ao quadro, o paciente foi admitido para a realização de uma hernioplastia incisional, enterectomia segmentar e dermolipectomia. É possível inferir que a realização da cirurgia bariátrica pode trazer inúmeros benefícios ao paciente, mas é imperativo estar que procedimento pode gerar efeitos colaterais, como a formação de hérnias incisionais, as quais necessitam de precoce intervenção cirúrgica, afim de evitar maiores complicações.

Palavras-Chave: obesidade; cirurgia bariátrica; hérnia incisional;

ABSTRACT

Obesity is a worrying disease that has reached epidemic proportions. The incidence of individuals who undergo bariatrics grows in significant numbers and, therefore, deserve treatment, special and differentiated attention by health researchers. Male, who underwent bariatric surgery 10 years ago and reported that since then he had a large herniated abdominal incisional condition resulting from a protrusion of an intestinal fraction and, as a consequence, resulted in refractory pain. In the evaluation of the abdomen, the presence of a hernia of significant size with trophic alteration of the skin, slight hyperemia in the lower region, pain on diffuse palpation and slightly raised air-borne sounds with metallic timbre. Due to the condition, the patient was admitted for an incisional hernioplasty, segmental enterectomy and dermolipectomy. It is possible to infer that performing bariatric surgery can bring numerous benefits to the patient, but it is imperative to be aware that the procedure can generate side effects, such as the formation of incisional hernias, which require early surgical intervention, in order to avoid further complications.

Keywords: obesity; bariatric surgery; incisional hernia;

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma enfermidade preocupante na medida em que vem atingindo proporções epidêmicas em nível global, essa moléstia já é considerada como um dos grandes problemas de saúde pública do século XXI, haja vista o aumento de sua prevalência em várias regiões do mundo. Assim, a cirurgia bariátrica se apresenta como alternativa para o tratamento da obesidade mórbida. ¹

A incidência dos indivíduos que se submetem a essa modalidade de cirurgia, a bariátrica cresce em números significativos e que, portanto, merecem um tratamento e uma atenção especial e diferenciada pelos pesquisadores da área da saúde. De acordo com pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) foram submetidas a esse procedimento cirúrgico, um total de 105.642 mil pacientes no país, em 2017, observou-se, assim, um crescimento de 5,6 % quando comparado com o mesmo procedimento executado no mesmo período em 2016, quando submeterem-se a esse procedimento um total de 100 mil indivíduos, no setor privado. Observa-se, assim, que esses números crescem progressivamente.

Foram realizados em número de cirurgias nos diferentes anos: 2015 - 93,5 mil; 2014, - 8 mil, 2013 - 80 mil, e 2012 - 72 mil. ²

No ano de 1999, o sistema Único de Saúde (SUS) incluiu a gastroplastia entre os procedimentos por ele coberto. Por meio desse procedimento o número de cirurgias bariátricas cresceu acentuadamente, entre os anos de 2008 e 2017, observou-se que esse número se elevou em 215%. Dessa forma, a percentagem média anual de crescimento nessa modalidade de procedimento é representada por 13,5%. ^{1 2}

O que motiva o aumento acentuado da incidência no número de cirurgias bariátricas está no fato de que poucos tratamentos convencionais para obesidade são efetivos quanto a perda de peso e sua permanência a longo prazo, os números mostram que 95% dos pacientes recuperam seu peso inicial, em média, nos 2 anos seguintes ao tratamento. Nesse sentido, a recomendação da cirurgia bariátrica cresce nos dias atuais, sendo considerada um método eficaz no tratamento da obesidade mórbida e no controle de peso no longo prazo. ¹

Os critérios protocolares indicativos da cirurgia atualmente aceitos estão apoiados nos pilares: (i) indivíduos que apresentem $IMC \geq 50$ Kg/m²; (ii) Indivíduos que apresentem $IMC \geq 40$ Kg/m², com ou sem comorbidades, (iii) sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; e (iv) indivíduos com $IMC > 35$ kg/m² e com comorbidades, a exemplo de indivíduos com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. ³

Destaca-se, entre outros critérios a serem observados, indivíduos que não responderam positivamente ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos, também deve-se respeitar os limites clínicos de acordo com a idade. ³

Contudo, apesar da cirurgia bariátrica apresentar vantagens em relação a saúde, psicológico e/ou estético, ela pode apresentar efeitos colaterais indesejáveis como vômito no pós operatório, queda de cabelo, anemia, deficiência nutricional, colelitíase, formação de hérnia incisional, depressão, estenose de esôfago, cálculo renal, transtorno de ansiedade, síndrome de

dumping e deiscência de sutura, oportunizando a ocorrência de mais de uma anomalia com o mesmo paciente. ⁴

Além disso, o aumento do número de procedimentos bariátricos tem trazido o grande desafio ao médico de tratar um grupo especial de pacientes que possuem deformidades ocasionadas pelo ganho ponderal demasiado, sendo as deformidades mais frequentes as hérnias incisionais, que em conjunto com o excesso cutâneo e de gordura, podem ocasionar limitações físicas, dor e enfermidades dermatológicas. ⁴

2 RELATO DE CASO

MACE, sexo masculino, 53 anos, branco, usuário do sistema único de saúde (SUS), foi submetido a cirurgia bariátrica há 10 anos e relatou que desde então apresentava quadro de hérnia, de grande dimensão, abdominal incisional proveniente de uma protusão de uma fração intestinal, e, como consequência, resultava em dor refratária que oferecia alívio temporário sob efeito de analgesia. Paciente relatava evacuação há dois dias e eliminação de flatos há um dia, com negação de outras queixas.

Quando realizado exame físico foi possível apurar que o paciente encontrava-se em bom estado geral (BEG), corado, hidratado, afebril (temperatura de 36,4-35,9 °C) acianótico, anictérico, eupneico (frequência respiratória de 12-20 movimentos respiratórios por minuto), normocardio (frequência cardíaca de 77 batimentos por minuto), obeso, com pressão arterial sistólica de 220-110 mmHg e pressão arterial diastólica de 70 mmHg, saturação de oxigênio 93% em ar ambiente, glicemia de 98 mg/dL, lúcido e orientado no tempo e espaço.

Na avaliação do aparelho cardiovascular apresentou bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopros, na avaliação do aparelho respiratório apresentou murmúrio vesicular e ausência de ruídos adventícios, na avaliação do abdome presença de hérnia de tamanho significativo com alteração trófica da pele, discreta hiperemia em região inferior, dor a palpação difusa e ruídos hidroaéreos discretamente aumentados com timbre metálico. Quando realizada manobra de Giordano obteve-se resultado negativo, sinal de Blumberg (DB) negativo e ausência de sinal de peritonite. Nos exames laboratoriais realizados obteve resultado de 3,4 mg/dl de Lactato, 15,2 g/dl de hemoglobina, 44,4% de hematócrito, 12.500 glóbulos brancos/mcL de leucócitos, plaquetas 211.000 por microlitro de sangue, proteína C reativa (PCR) de 0,5 mg/dL, sódio de 137 mmol/L, potássio de 4,1 mmol/L, 23 mg/dL de ureia e creatinina de 0,7 mg/dL.



IMAGENS 1 E 2: hérnia incisional gigante. FONTE: cedidas pelo paciente.

Referente a evolução, o paciente apresentou manutenção da dor abdominal em aperto, difusa, negando evacuações ou liberação de flatos, manteve referência de náuseas, porém nega vômito. Quanto as comorbidades apresenta hipertensão arterial sistêmica, diabetes e nega

alergias. Faz uso de Losartana 50mg duas vezes ao dia, Atenolol 50 mg duas vezes ao dia, Furosemida 40mg a cada 48 horas, metformina 850 mg de oito em oito horas, possui pot de by-pass gástrico há dez anos com eviscerações, tendo sido realizadas duas tentativas de correção, a primeira dez dias após cirurgia bariátrica e a segunda três meses após.

Devido ao quadro evidenciado por meio de anamnese descrita e resultados dos exames físicos e laboratoriais, o paciente foi admitido para a realização de uma hernioplastia incisional, enterectomia segmentar e dermolipectomia. Verificou-se a presença de um grande anel herniário com múltiplas aderências de alça. Além disso, foi evidenciado duas anastomoses laterolateral de cirurgia prévia a 80cm do ângulo de Treitz e a 50-60cm da válvula ileocecal. Realizou-se duas enterectomias segmentares com enteroanastomose terminoterminal manual em dois planos a 1 metro do ângulo de Treitz e a 40cm da válvula ileocecal. Após a ressecção de todo o saco herniário foi feito reforço da parede com duas telas de Marlex 30x30cm, fixação da mesma com Vicryl 2-0 e realizada a redução do conteúdo herniário. Procedeu-se com lavagem exaustiva da parede abdominal e colocação de 2 drenos Portovack em subcutâneo, procedido a dermolipectomia e sutura por planos, foi retirado entre o produto de enterectomia, pele e tecido celular subcutâneo aproximadamente 16 kg. Também foi realizado antibioticoprofilaxia com Cefazolina 2g na indução anestésica e mais 1 g durante o procedimento. Paciente recebeu alta para leito de UTI e evoluiu sem demais complicações.



IMAGEM 3: Produto de cerca de 16 quilos retirado durante procedimento cirúrgico.

FONTE: foto retirada pelos médicos durante o procedimento.



IMAGEM 4: foto retirada após finalização do procedimento. FONTE: realizada por médicos responsável pelo procedimento.

3 DISCUSSÃO

A classificação da hérnia incisional ainda é imprecisa, mesmo que passível de ocorrer em qualquer região do abdome onde haja uma cicatrização, está inserida entre as ventrais cuja localização é anterolateral. Cabe ressaltar que toda hérnia recidivada, por definição, é uma hérnia incisional.⁵

As hérnias incisionais tendem a trazer complicações para o paciente, a despeito do volume do conteúdo herniado não guardar relação com o tamanho do anel, algumas podem adquirir grandes proporções, provocando a perda de domicílio das vísceras e estruturas abdominais, em que parte considerável desses elementos se aloja no saco herniário. Este pode atingir 20% ou mais do volume abdominal, constituindo uma "segunda cavidade", o que provoca alterações graves na dinâmica ventilatória, na postura corporal, no retorno venoso e no linfático, na motilidade intestinal e na perfusão esplâncnica, especialmente a renal, e também da pele, como as dermatites, as úlceras e o abdome em avental. Da mesma forma, a redução

pura e simples do conteúdo herniado, sem o devido preparo do paciente (e da cavidade abdominal primitiva), pode não só inviabilizar a redução desse conteúdo, mas também, gerar complicações graves, decorrentes do aumento súbito da pressão intra-abdominal (PIA), como a síndrome de compartimento abdominal, que pode ser letal.⁵

Além das já citadas complicações geradas pela formação da hérnia incisional, a correção destas também pode vir a gerar problemas, como a infecção de prótese (ocorre particularmente em pacientes com lesões cutâneas prévias e que pode levar a sua extrusão), celulite pós operatória e seroma, sendo o último resolvido espontaneamente na maioria dos casos.⁶

A formação destas hérnias após a cirurgia bariátrica, notadamente por via aberta, ocorre com grande variação estatística conforme a literatura mundial, porém, sabe-se que a obesidade é fator de risco para hérnias incisionais, e que o índice de hérnias após *bypass* gástrico via laparotomia encontra-se entre 4 a 54%.⁷

Esta formação tende a ocorrer devido a pré-existência de uma cicatriz de cirurgia abdominal, tal como a gastroplastia, estando relacionado ao enfraquecimento da parede protetora dos órgãos internos do abdome, podendo estar associado a esforços físicos em demasia.⁸

Desta forma, a conduta a ser tomada diante da presença de hérnias incisionais deve ser precoce e cirúrgica. Apenas os pacientes de risco cirúrgico elevado ou que não desejem ser submetidos ao tratamento cirúrgico podem ter seus sintomas controlados pela utilização de uma cinta.⁶

A necessidade do tratamento precoce e cirúrgico das hérnias incisionais se dá devido ao risco de obstrução intestinal; e quando de grande volume, é mandatário uso da técnica com tela para evitar recidivas em oposição ao reparo simples.⁶

A realização de procedimento cirúrgico pode reduzir completamente o conteúdo dos sacos herniários, porém, mesmo as correções bem sucedidas, com a utilização de grandes próteses, não são isentas de inconvenientes, pois a parede abdominal não retoma a sua elasticidade e complacência normais.⁹

Optar pelo fechamento direto, com aproveitamento do saco herniário é possível quase que na totalidade dos casos e a utilização das telas sintéticas se faz obrigatória nos casos de grande afastamento dos músculos retos abdominais ou perda dos componentes da parede abdominal, aponeurose ou músculo reto abdominal.⁹

Um dos problemas a respeito das cirurgias de reparação da hérnia está no fato que o Sistema Único de Saúde (SUS), e muitos dos planos e seguros privados, não reconhecem que hérnias que denominam "hérnias recidivantes" e, também, quanto às incisionais, são passíveis de grande crescimento, mesmo que raramente e assim, reservam para o seu reparo apenas a utilização de próteses (telas) médias. Na maior parte dos casos exigem justificativas para as próteses grandes e sobretudo para as especiais.⁵

Tendo em vista o exposto, a vida do paciente pós bariátrica se altera em muitos aspectos, como a possibilidade da redução gradativa do Índice de Massa Corpórea, melhora no metabolismo, diminuição da hipertensão arterial, da diabetes mellitus tipo II e de episódios de dores crônicas dos membros inferiores, porém, o paciente precisa estar preparado para uma reeducação alimentar para perda de peso duradoura e estar consciente das possíveis complicações decorrentes da cirurgia. Um fato importante a ser ressaltado é que a redução do estômago pode apresentar grandes riscos aos pacientes compulsivos, podendo levar, inclusive, a gerar transtornos psíquicos.¹⁰

Ainda a respeito do pós-operatório de bariátrica, de acordo com o artigo "avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica" é necessário atentar para a idade dos pacientes durante o acompanhamento médico pós cirúrgicos, uma vez que a idade é o único fator de risco para a hérnia incisional. Conforme o artigo citado, os fatores sexo, índice de massa corpórea (IMC), e hérnias prévias não influenciam no surgimento dessa condição.⁴

Dessa forma é possível inferir que a realização da cirurgia bariátrica pode trazer inúmeros benefícios ao paciente, mas este precisa estar ciente que a fase que se inicia pós bariátrica é dotada de mudanças no hábito de vida necessários para garantia de melhor qualidade de vida, acrescenta-se, ainda, que é imperativo estar consciente que a realização desse procedimento pode gerar efeitos colaterais, tais como a formação de hérnias incisionais, as quais necessitam de precoce intervenção cirúrgica, afim de evitar maiores complicações.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Adriane da Silva; ROSA, Roger dos Santos. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e2017010, 2018.

BATTISTELLI, Ceres. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. **SBCBM**, 2018. Disponível em: <<https://www.scbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>>. Acesso em: 23 de out. de 2019.

Ministério da Saúde, c2020. Atenção Especializada e Hospitalar: Indicações para cirurgia bariátrica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica>>. Acesso em: 22 de out. de 2019.

BARROS, Lívia Moreira et al. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 21-27, 2015.

MELO, Renato Miranda de. "Hérnias complexas" da parede abdominal. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 40, n. 2, p. 090-091, 2013.

MARKOVIC, Aleksandra; BARREIRA, Márcio Alencar; DE MACEDO GOES, Anya Costa Araújo. Hérnia Incisional: proposta de um fluxograma que oriente o tratamento. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 4, n. 4, p. 257-264, 2016.

ANDRÉ, FERNANDO SANFELICE et al. Herniorrafia incisional associada à abdominoplastia pós-gastroplastia. **Rev. bras. cir. plást**, v. 32, n. 1, p. 87-91, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Blog da Saúde**, 2014. Conheça mais sobre as hérnias. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34530-conheca-mais-sobre-as-hernias>>. Acesso em: 22 de out. de 2019.

FONSECA, Leonardo Maciel et al. Hérnias incisionais complexas - série de casos tratados com realização de pneumoperitônio progressivo pré-operatório. Indaiatuba, São Paulo: 2017. Disponível em: <<http://relatosdocbc.org.br/detalhes/196/hernias-incisionais-complexas---serie-de-casos-tratados-com-realizacao-de-pneumoperitonio-progressivo-pre-operatorio>>. Acesso em: 22 de out. de 2019.

MORAES, Josiane da Motta; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; SCHNEIDER, Daniela da Silva. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 157-164, 2014.