

Hérnia gigante após herniorrafia umbilical: relato de caso**Giant hernia after umbilical herniorrhaphy: a case report**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-168

Recebimento dos originais: 17/03/2020

Aceitação para publicação: 17/04/2020

Julia Groto Rico

Discente de medicina

Instituição: Universidade Brasil, campus Fernandópolis

Iasmin Alves Lima Custódio

Discente de medicina

Instituição: Universidade Brasil, campus Fernandópolis

Amanda Oliva Spaziani

Médica graduada

Instituição: Universidade Brasil, campus Fernandópolis

João Vitor Soares Vicentini

Cirurgião Geral

Sthefania Mendonça Frizol

Cirurgião Geral

Francisco Stefani Segato

Cirurgião Geral

Rafael Beze Souza

Cirurgião Geral

Nícolas Fernando Rocha

Residente de cirurgia geral

Aline Ribeiro Cunha

Cirurgião Geral

Camila da Silva Pissolato

Cirurgião Geral

Carlo Costantini Mesquita

Cirurgião Geral

RESUMO

O termo abdome agudo é amplo e compreende inúmeras situações clínicas. Os quadros de abdome agudo cirúrgico são classificados em cinco síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica. O tratamento adequado de pacientes com dor abdominal aguda necessita de uma decisão em tempo hábil quanto à necessidade de cirurgia. Hérnia é a projeção de um órgão ou parte dele por uma alteração de estruturas adjacentes a ele. Paciente do sexo masculino, queixando-se de dor abdominal de início há meses e com piora há uma semana. Optado por abordagem cirúrgica de urgência, evidenciando alça de íleo terminal e cólon direito espessada, realizada hemicolectomia direita e enterectomia segmentar com ileotransversoanastomose, durante o fechamento da linha média, realizado correção de defeito herniário em epigástrico.

Palavras-chave: abdome agudo; hérnia;

ABSTRACT

The term acute abdomen is broad and comprises numerous clinical situations. The cases of acute surgical abdomen are classified into five syndromes: inflammatory, perforative, obstructive, vascular and hemorrhagic. Adequate treatment of patients with acute abdominal pain requires a timely decision on the need for surgery. Hernia is the projection of an organ or part of it by a change in structures adjacent to it. Male patient, complaining of abdominal pain that started months ago and worsened for a week. We opted for an urgent surgical approach, showing a loop of the terminal ileum and a thickened right colon, a right hemicolectomy and segmental enterectomy with ileotransversion and anastomosis, during the closure of the midline, and a hernial defect in the epigastric was performed.

Keywords: acute abdomen; hernia;

1 INTRODUÇÃO

O termo abdome agudo é amplo e compreende inúmeras situações clínicas. Alguns autores têm definido abdome agudo como um processo intra-abdominal causando dor severa, progressiva, não traumática, de aparecimento súbito e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas. Geralmente com duração de horas até quatro dias, não ultrapassando sete dias. Em geral, necessita de intervenção médica imediata, cirúrgica ou não. 1-2

Causas comuns de abdome agudo: Distúrbios do trato gastrointestinal: dor abdominal inespecífica, apendicite aguda, obstrução intestinal, ulcera péptica perfurada, hérnia encarcerada, diverticulite aguda. Distúrbios do fígado, baço e trato biliar, colecistite aguda. Distúrbios pancreáticos, pancreatite aguda, pseudocistos do pâncreas infectados, abscessos pancreáticos. Distúrbios do trato gênito-urinário cólica renal ou ureteral, pedras do trato urinário, torção testicular. Distúrbios ginecológicos: salpingite aguda, gravidez ectópica. Distúrbios vasculares rotura de aneurisma: aorto-ilíaco, hepático, renal, esplênico e outros.

Distúrbios peritoneais e retroperitoneais abscessos intra-abdominais peritonite primária hemorragia retroperitoneal.3-4

Os quadros de abdome agudo cirúrgico são classificados em cinco síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica. Cada síndrome relaciona-se a um grupo de sinais e sintomas de causas diferentes, porém desencadeando o mesmo mecanismo fisiopatológico.5-6

A conduta para o paciente com abdômen agudo deve ser ordenada e completa. O tratamento adequado de pacientes com dor abdominal aguda necessita de uma decisão em tempo hábil quanto à necessidade de cirurgia. Esta decisão exige avaliação da história e do exame físico, exames laboratoriais e exames de imagem. No exame físico, especialmente durante a palpação, inicialmente superficial e a seguir profunda, é possível identificar dor localizada. A palpação evidenciará sinais de irritação peritoneal (Sinal de Blumberg – descompressão brusca positiva) que é detecção de aumento dos tónus musculares abdominais, como uma defesa da parte abdominal, localizada ou generalizada., que pode ser voluntária ou não. A irritação peritoneal é um sinal de peritonite.7

Hérnia é a projeção de um órgão ou parte dele por uma alteração de estruturas adjacentes a ele. Hérnias na virilha correspondem a terceira maior causa de queixas gastrointestinais, podendo ser inguinal ou femoral. Hérnias inguinais são as mais comuns representando 75% de todas as hérnias da parede abdominal, porém possuem menos complicações clínicas que as hérnias femorais, na qual possuem mais chances de estrangulamento que corresponde a falta de suprimento sanguíneo e necessitando de cirurgia de emergência. 8-9

Hérnias de virilha são oito vezes mais comuns em homens do que em mulheres, atingindo cerca de 27 em 100 homens e causam grande desconforto na região da virilha ou uma protuberância visível ou palpável, mais comumente gerado quando a pressão intra-abdominal é aumentada por um trabalho pesado ou grande esforço. Os fatores de risco são idade avançada (em maiores de 45 anos), sexo masculino, tosse crônica, constipação crônica, lesão na parede abdominal, tabagismo histórico familiar de hérnia e obesidade.9

Hérnias inguinais adquiridas são decorrentes ao enfraquecimento ou ruptura dos tecidos fibromusculares da parede abdominal, o que permite a protrusão do conteúdo intra-abdominal pelo canal inguinal. Podem ser classificadas em indiretas, na qual o tecido ou órgão se projeta através do canal inguinal interno e direta, que se projeta diretamente para os vasos epigástricos inferiores no triangulo de Hesselbach.9

O reparo de hérnias é cirúrgico, podendo ser fechado (sem malha) ou com a colocação de uma malha fina que promove o crescimento do tecido para fortalecer a área anteriormente fraca. Uma técnica antiga e muito utilizada até hoje no reparo de hérnia é a de Lichtenstein com a fixação de tela de polipropileno sem tensão em meio aberto. Porém nas duas últimas décadas a cirurgia laparoscópica da hérnia inguinal vem ganhando espaço, podendo ser extraperitoneal total (TEP) e transabdominal pré-peritoneal (TAPP). 10

A tela de polipropileno usado em cirurgias sem tensão estimula fibroblastos, formando uma forte cicatriz do tecido conjuntivo, na qual melhora a durabilidade da camada fasciomuscular gerada na cirurgia. Os macrófagos também podem penetrar livremente através da malha de polipropileno e eliminar infecções. 11

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 58 anos, queixando-se de dor abdominal de início há meses e com piora há uma semana. Tal dor é difusa desde o início, sem irradiação, sem fatores de melhora ou piora e com intensidade dez de dez. Nega patologias prévias e uso contínuo de fármacos, tem histórico de herniorrafia umbilical há um ano.

Ao exame físico geral, descorado, desidratado, acianótico, anictérico, taquicárdico e taquipneico. Exame físico cardiorrespiratório sem alterações e abdominal revelando dor à palpação superficial e profunda com sinais de peritonite, principalmente em hemiabdomen direito.

Diante da dúvida diagnóstica, foi solicitada uma tomografia computadorizada de Abdome Contrastada que evidenciou espessamento de alças de intestino delgado e cólon direito.

Optado por abordagem cirúrgica de urgência, evidenciando alça de íleo terminal e cólon direito espessada, realizada hemicolectomia direita e enterectomia segmentar com ileotransversoanastomose, durante o fechamento da linha média, realizado correção de defeito herniário em epigástrico.

Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta após 72 horas de internação.

IMAGENS 1 E 2: fotos retiradas após procedimento cirúrgico. Produto de hemicolecomia direita e enterectomia segmentar, nota-se espessamento da parede do íleo terminal e região de processo inflamatório crônico após herniorrafia.



3 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foi realizado um estudo no qual se avaliou 263 pacientes submetidos à herniorrafia inguinal, sendo destes 135 usando tela cirúrgica e 128 sem tela cirúrgica. Concluiu-se que o uso de tela possui aproximadamente 40 vezes menos chance de recorrência, está associada a menos dor, menor taxa de infecção, menor tempo cirúrgico e período de recuperação mais rápido quando comparado à técnica sem tela.¹²

Estudo retrospectivo com 59 pessoas operados pela técnica de Lichtenstein no período entre 2003 e 2007 determinou que houve 38 % de complicações pós-operatórias, sendo elas dor (27,7%), equimose (1,5%), seroma (1,5%), infecção (1,5%) e outras (6,2%). São citadas outras complicações como retenção urinária, hematoma escrotal, infecção do trato urinário, infecção da ferida, arritmia cardíaca, trombose venosa profunda, neuralgia, atrofia testicular, hidrocele e infecção, orquite, infecção de parede, edema testicular, hematoma e seroma, inflamação local e dor. No pós operatório tardio 95 % não apresentaram problemas, mas, do restante houve inguinodinia (3%) e queimação local (2%).¹³⁻¹⁴

Outro estudo com 84 pacientes submetidos a herniorrafia com reparo de Lichtenstein observou em 13 deles complicações pós-operatórias. Em 9 dos pacientes a morbidade foi associada à ferida operatória, em 2 casos uma pequena infiltração inflamatória foi observada e resolvida em poucos dias, em 3 pacientes acúmulo de líquido seroso dentro da ferida foi observado, mas o líquido foi drenado com sucesso por punção e em 4 casos o hematoma se formou. Além disso, não foram observadas morbidades pós-operatórias relacionadas ao implante de material sintético em 76 dos 84 pacientes.¹²

Há comparações de duas técnicas para o reparo da hérnia: a de Lichtenstein (LICH) e laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP). Em 216 pacientes submetidos ao reparo, 88 foram feitos por TEP e 126 por LICH. Dos 88 da técnica de TEP, 7 foram convertidas em LICH pela dificuldade de acesso pré-peritoneal, além de ser notado no intraoperatório o rompimento peritoneal e pneumoperitônio em 31,8% dos casos, hemorragia pré-peritoneal em 2,3%, perfuração vesical e enfisema subcutâneo maciço em 1,13% dos procedimentos. Já na técnica de LICH não houve complicações intraoperatórias. Além disso, foi avaliada a recorrência herniária após correção e foi maior na TEP, com 3,4%, sendo todas hérnias diretas, enquanto que na LICH foi apenas 0,78% e indireta. Por outro lado, as complicações pós-operatórias foram mais notadas na LICH, sendo elas hematoma da ferida ou escrotal e retenção urinária. Na LICH também observou-se um maior tempo de cirurgia, maior dor no pós-operatório e maior tempo de internação e recuperação.¹⁵

Em relação ao espessamento de alças intestinais, deve-se analisar vários parâmetros como: padrão de atenuação e reforço lesional, localização, extensão (focal, segmentar ou difusa), simetria, grau de espessamento e anormalidades associadas. Quanto ao padrão, as causas de espessamento homogêneo incluem hemorragia ou hematoma, infarto, e neoplasias. O padrão heterogêneo está relacionado com processo inflamatório agudo ou isquêmico, doenças inflamatórias intestinais agudas ou crônicas, e neoplasias indiferenciadas.¹⁶

As causas de espessamento de alça intestinal se mostram bastante variadas e, provavelmente, associam-se a diferenças anatômicas, expectativa de vida, hábitos alimentares e disponibilidade de assistência médica adequada. Dentre as patologias relacionadas intestino delgado estão as aderências, hérnias inguinais, íleo biliar, bezoar, bolo de áscaris, estrogiloidíase, tuberculose, massas abdominais tumorais (linfoma, adenocarcinoma, metástases peritoniais, tumores mesentéricos e massas abdominais não tumorais tais como apendicite, diverticulite, invaginação, doença de crohn, pólipos, hematomas intramurais. Pode haver também obstrução intestinal desencadeada por abscessos, pseudocistos, aneurismas. No cólon: 55% dos pacientes têm adenocarcinoma primário de cólon, torção de volvo 12% dos casos, diverticulite em 10% dos pacientes.¹⁷

Em estudo realizado pela Disciplina do Aparelho Digestivo no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e em clínica particular, com referência dada à etiologia, localização, tempo de evolução, tipo de operação, complicações e mortalidade, as causas comuns foram as hérnias (37,6%), seguindo-se as bridas (24,2%), volvo intestinal (13,4%), neoplasia (9,4%), e trombose mesentérica (3,9%).¹⁸

Alterações secundárias ou associadas ao espessamento intestinal podem estar presentes, como sinais de obstrução intestinal, linfonomegalias, densificação ou estriações da gordura perivisceral, proliferação fibrogordurosa, coleções líquidas ou imagens gasosas extraluminares (indicativas de perfuração).¹⁹

REFERENCIAS

Meneghelli UG, Villanova MG, Aprile LRO. Dor abdominal. Medicina (Ribeirão Preto) 1994; 27:164-72.

Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am 2006; 90: 481-503.

Yang WC, Chen CY, Wu HP; Etiology of non-traumatic acute abdomen in pediatric emergency departments. *World J Clin Cases*. 2013 Dec 161(9):276-84.doi: 10.12998/wjcc.v1.i9.276

van Heurn LW, Pakarinen MP, Wester T; Contemporary management of abdominal surgical emergencies in infants and children. *Br J Surg*. 2014 Jan 101(1):e24-33. Doi: 10.1002/bjs.9335.Epub 2013 Nov 29.

Lopes AC, Reibscheid S, Szejnfeld J. *Abdome agudo- clinica e imagem*. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.

Rhode L, Osvaldt AB. *Rotinas em cirurgia digestiva*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

Feres O, Parra RS. *Abdômen agudo*. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41 (4): 430-6. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/285/286>>. Acesso em: 7 Nov 2019.

David C Brooks, MD., Mary Hawn, MD. Classification, clinical features and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. *UpToDate*. Julho, 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-anddiagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults>. Acesso em 07/11/2019
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011517.pub2/full>

Lockhart K, Dunn D, Teo S, Ng JY, Dhillon M, Teo E, van Driel ML. Mesh versus non-mesh for inguinal and femoral hernia repair. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 9. Art. No.: CD011517. DOI: 10.1002/14651858.CD011517.pub2.

Wysocki A, Strzałka M, Migaczewski M, Budzyński P. Resultados a curto e longo prazo de hérnias inguinais encarceradas reparadas pela técnica de Lichtenstein. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* . Jun 2014; 9 (2): 196-200. doi: 10.5114 / wiitm.2014.41630. Epub 2014 1 de abril. PMID: 25097686; PMCID: PMC4105675.

PALERMO Mariano, ACQUAFRESCA Pablo A., BRUNO Miguel, TARSITANO Francisco. HERNIOPLASTIA COM E SEM TELA: ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES IMEDIATAS EM UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2015 Set [citado 2019 Nov 08] ; 28(3): 157-160. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000300157&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202015000300002>.

GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL ; ROMEO LAGES SIMÕES² ; FELIPE POUBEL TIMM DO CARMO³ ; JULIO WILLIAM RANGEL GARCIA⁴ ; DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO. Results of the simultaneous bilateral inguinal hernia repair by the Lichtenstein technique. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013; 40(5): 370-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n5/en_a04v40n5.pdf>. Acesso em: 8 Nov 2019
<http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170055>

Teixeira FMC , Pires FPAAP , Lima JSF , Pereira FLC , Silva CA5 , et al. Estudo de revisão da cirurgia de hernioplastia inguinal: técnica de Lichtenstein versus laparoscópica. *Rev Med*

Minas Gerais 2017; 27:e-1860. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170055>. Acesso em: 8 nov 2019

Luciano Batista Silveira Santos, Urias de Castro Haddad, César Augusto Passos Braga, Rafael Soares Lemos, Laura Portugal Freire Barbosa, Renato do Amaral Mello Nogueira, João Diniz Juntoli Netto, Augusto Castelli Von Atzingen. Espessamento da parede de alças intestinais na tomografia: interpretação e diagnósticos diferenciais. Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre, MG, Brasil. *Vol. 44(Supl.1) nº 0 - of 2011*

Prof. Dr. Aderaldo Luiz Krause Chaves. Profa. Dra. Leika Aparecida Ishiyama Geniole. UNASUS – Doenças do Aparelho Digestivo, Unidade 2. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul/FioCruz MS. Disponível em: http://production.latec.ufms.br/new_pmm/u2.html

Brenner S, Campos GMR, Brenner AS, Schultz ES, Coelho JCU. Oclusão intestinal: análise de 267 casos/ Intestinal obstruction: analysis of 267 cases. Fonte: Biblioteca de Ciências da Saúde. Rev. Col. Bras. Cir;21(1):1-5, jan-fev. 1994. Tab, ilus<<https://www.fleury.com.br/medico/artigos-cientificos/doenca-inflamatoria-intestinal>>