

RECIDIVA DA HÉRNIA INCISIONAL APÓS O TRATAMENTO PELA TRANSPOSIÇÃO PERITÔNIO-APONEURÓTICA LONGITUDINAL BILATERAL

Alcino LÁZARO-da-SILVA, Rodrigo Garcia VIEIRA e Gustavo Coelho dos ANJOS

RESUMO - Objetivo - Conhecer a incidência de recidiva de hernioplastia incisional pela transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral. **Procedimentos** - Foi feito um levantamento dos pacientes que foram operados de hérnia incisional pela técnica de transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral. Cento e trinta e dois pacientes (80 do Hospital Universitário de Belo Horizonte, MG e 52 da clínica particular) foram acompanhados por período médio de 4 anos e 10 meses. Muitos dos pacientes eram obesos, porém todos tinham hérnias longitudinais de médio a grande volume. Três aspectos precisam ser ressaltados: o método para se alcançar a parede abdominal interna, a incisão aponeurótica posterior e os fios utilizados. **Resultados** - Recidiva em 7,69% dos pacientes do grupo operado por um cirurgião (clínica particular) e em 18,75% dos pacientes do grupo operado por cirurgiões em treinamento (Hospital Universitário).

DESCRIPTORIOS - Hérnia ventral, cirurgia. Recidiva.

INTRODUÇÃO

Em 1971 comunicamos uma proposição técnica para o tratamento de hérnia incisional (HI)^(13, 16). Trata-se de uma transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (Transpalb). A experiência aumentou, reforçada por investigações em alguns aspectos do problema^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Os resultados tardios foram positivos, propiciando a continuidade do seu uso⁽²³⁾. Com isso, passados alguns anos, avaliamos no pós-operatório tardio, a incidência de recidivas, que é o objetivo deste trabalho.

PACIENTES E MÉTODOS

Entre a experiência adquirida, analisamos os prontuários de 132 pacientes (31 homens e 101 mulheres) operados pela Transpalb, que foram acompanhados no pós-operatório tardio (Tabela 1).

Todas as hérnias eram longitudinais e apresentavam volumes

TABELA 1 – Epidemiologia da hérnia incisional

Sexo	Masculino	31 (23,5%)
	Feminino	101 (76,5%)
Etnia	Melanodérmico	20 (15,2%)
	Feodérmico	53 (40,2%)
	Leucodérmico	59 (44,6%)
Idade*	de 20 a 39 anos	14 (10,8%)
	de 40 a 59 anos	71 (54,7%)
	de 60 a 79 anos	43 (33,0%)
	80 ou mais	2 (01,5%)
Estado civil	Casado	92 (69,7%)
	Solteiro	17 (12,9%)
	Outros	23 (17,4%)

* 1 paciente com idade de 3 anos e 1 outro sem relato de idade

médios e grandes, predominando em pacientes obesos e com perda de domicílio.

O tempo de controle variou de 6 meses a 22 anos, com a média de 4 anos e 10 meses.

Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Endereço para correspondência; Dr. Alcino Lázaro da Silva - Rua Guaratinga, 151 - Sion - 30315-430 - Belo Horizonte, MG.

A localização anatômica preferencial das hérnias incisionais está indicada na Tabela 2.

TABELA 2 – Localização da hérnia.

Localização	Paramediana	Mediana	n (%)
Supra-umbilical	7 (5,3%)	27 (20,5%)	34 (25,8%)
Infra-umbilical	10 (7,6%)	55 (41,6%)	65 (49,2%)
Supra e infra-umbilical	2 (1,5%)	7 (05,3%)	9 (06,8%)
Supra-médio-infra-umbilical	-	3 (02,3%)	3 (02,3%)
Médio-umbilical	-	9 (06,8%)	9 (06,8%)
Sem relato de localização	-	-	12 (9,10%)
Total de casos	19 (14,4%)	101 (76,5%)	132 (100,0%)

Os tempos operatórios foram padronizados e descritos em publicações anteriores^(5, 7, 15).

Houve três aspectos que devem ser ressaltados: o acesso na pele foi feito por incisão longitudinal ou transversal, quando associada à dermolipectomia; a incisão aponeurótica posterior, na maioria das vezes, foi feita atrás do músculo reto do abdome à esquerda, e os fios, que variaram na sua qualidade, preferencialmente foram os absorvíveis.

No pré e pós-operatório, os pacientes foram tratados como os que se submetem a intervenções de porte médio.

Em geral, usa-se faixa de crepom ou cinta elástica de média compressão, para dar mais conforto e facilitar a movimentação, até o segundo mês. O levantar do leito foi precoce, ocorrendo freqüentemente após o segundo dia pós-operatório.

Não se usou pneumoperitônio nos pacientes constantes nesta casuística.

As coleções subcutâneas ou supurações foram aspiradas por punção ou drenadas por contra-abertura. As raras epidermólises foram desbridadas ou tratadas conservadoramente para granulação e epiteliação natural. Na revisão tardia, o exame do abdome foi feito nas condições normais de uma propedêutica e, em pé, à procura de nódulos ou anéis.

RESULTADOS

As intercorrências pós-operatórias imediatas estão listadas na Tabela 3.

Observa-se na Tabela 4 que há uma diferença nítida entre a casuística de um só cirurgião (52 pacientes e 4 recidivas, 7,69%), e a de vários outros em período de formação técnica (80 pacientes e 15 recidivas, 18,75%). O último exame clínico revelou os resultados constantes na Tabela 4. Houve uma taxa de recidiva de 13,22% dos casos operados pela Transpalb.

TABELA 3 – Pós-operatório imediato da Transpalb

Sem intercorrências	105 (79,55%)
Infecção de F.O.	6 (04,55%)
Deiscência de sutura	3 (02,30%)
Diástase de M.R.A.	5 (03,80%)
Íleo funcional	1 (0,75%)
Seroma	6 (4,50%)
Hematoma	1 (0,75%)
Insuficiência renal aguda (óbito)	1 (0,75%)
Flacidez de fossa inguinal d. e e.	1 (0,75%)
Peritonite	3 (2,30%)

Todos estes pacientes apresentaram hérnias recidivadas pequenas e nos ângulos da cicatriz, bem menores do que as originais e oligossintomáticas. Na maioria dos casos, ocorreram no ângulo inferior da área operada (Tabela 4).

TABELA 4 – Localização da recidiva

	Hospital Universitário	Clínica particular	Total
Ângulo superior	4 (21,0%)	0 (00,0%)	4 (21,0%)
Ângulo inferior	7 (37,0%)	4 (21,0%)	11 (58,0%)
1/3 médio	4 (21,0%)	0 (00,0%)	4 (21,0%)
Total	15 (79,0%)	4 (21,0%)	19 (100,0%)

DISCUSSÃO

A solução anatomofuncional e definitiva para a hérnia incisional, ainda está por vir. A preocupação dos cirurgiões é a de obter o seu controle e diminuir o índice de recidiva, porque evitá-la por completo ainda não se conseguiu.

Nos dias atuais, a literatura registra incidência de 7,4% a 13,2% de hérnias incisionais para feridas limpas, e 15% a 31%, para feridas contaminadas⁽¹⁰⁾. Nos relatos apresentados, a taxa de recidiva das HI operadas oscilou de 5% a 44% dos casos, com os mais variados métodos operatórios⁽¹¹⁾.

O índice que encontramos foi de 13,22% em período de 4 anos e 10 meses, em média. Comparando-se os nossos resultados com a literatura podemos estar certos de que a técnica em estudo tem o menor índice de recidiva, quando se consideram os seguintes aspectos:

- treinamento do cirurgião e sua experiência com determinada técnica tem muita importância nos resultados tardios, conforme a Tabela 4 pode demonstrar;
- pacientes obesos na segunda metade da vida;
- hérnias com volumes grandes ou médios e perda de domicílio, na maioria;
- não se usou artifício pré-operatório como, por exemplo, o pneumoperitônio;
- não se usou prótese e nem enxerto de tecido autólogo;
- não houve necessidade de usar fios especiais;
- não houve complicações graves, exceto um óbito por insuficiência renal aguda;
- não houve pacientes com insuficiência respiratória ou que exigissem cuidados clínicos intensivos;
- pode-se associar operações intra-abdominais ou dermolipectomia sem comprometimento da segurança;
- as recidivas foram de tamanho pequeno e sempre nos ângulos, especialmente no inferior;
- uma delas foi corrigida com pequena lâmina de prótese sintética que não controlou nova recidiva;
- nas reoperações para a cavidade abdominal, a parede mostra-se firme e os músculos retos do abdome ficam bem recobertos pelas neobainhas;
- acima ou abaixo do anel da recidiva, o tecido é firme e rígido, demonstrando que houve bom reforço cicatricial, e as falhas foram devidas à execução técnica ou a locais menos garantidos por tecidos mais resistentes.

Julgamos que a técnica, apesar de algumas recidivas, oferece uma excelente alternativa aos cirurgiões. É facilmente exequível, sem auxílios tecnológicos, em qualquer ambiente modesto mas responsável e por cirurgiões de experiência mediana.

Lázaro-da-Silva A, Vieira RG, Anjos GC. Recidivation of bilateral longitudinal peritoneum-aponeurotic transposition on incisional hernioplasty. *Arq Gastroenterol* 2004;41(2):134-6.

ABSTRACT - Objectives - To carry out a study of the recidivation rate of incisional hernioplasty by means of bilateral longitudinal peritoneum-aponeurotic transposition. **Method** - A retrospective study was carried out in patients from the University Hospital in Belo Horizonte, MG, Brazil and from a surgeon's private clinic who had undergone incisional hernioplasty by means of bilateral peritoneum-aponeurotic transposition. A total of 132 patients (80 from University Hospital and 52 from private clinic) were monitored over an average period of 4 years and 10 months. Most the patients were obese and all of them had dislodged longitudinal hernias of medium and large volume. Three aspects must be stressed: the procedure for reaching the internal abdominal wall, the posterior aponeurotic incision and the threads used. **Results** - Recidivation occurred in 7.69% of the patients belonging to a group operated on by one surgeon and in 18.75% of patients operated on by a trainee surgeon.

HEADINGS - Hernia, ventral, surgery. Recurrence.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroetaveña J, Herszage L - Cirugía de las eventraciones. Buenos Aires, Argentina: El Ateneu; 1988. p.121-4.
2. Browse NL, Hust P. Repair of long large midline incisional hernias using reflected flaps of anterior rectus sheath reinforced with marlex mesh. *Am J Surg* 1979;138:738.
3. Camargo SJ. Cirurgia ginecológica. Porto Alegre: Fundo Editorial Byk; 1991. p.82-3.
4. Cataldo MLS. Emprego do saco herniário na correção cirúrgica das hérnias incisionais longitudinais. Aspectos experimentais [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1977.
5. Cataldo MLS, Lázaro-da-Silva A, Guerra AJ. Emprego de saco herniário na correção cirúrgica das hérnias incisionais longitudinais. Aspectos experimentais. *Rev Col Bras Cir* 1981;8:167-70.
6. Cougard P, Douvier S, Thomas T, Ferry C. Traitment des évenetrations médianes. Technique de Lázaro da Silva. *Lyon Chirurgical* 1986;82:66-8.
7. Escalante JR, Diogo-Filho A, Andrade JI, Faria LP, Pacheco RC, Nascimento RS, Correa M. Tratamento das hérnias incisionais volumosas pela técnica de Lázaro da Silva. *Rev Col Bras Cir* 1983;10:24-8.
8. Faria LP, Lázaro-da-Silva A. Hérnias incisionais medianas e paramedianas; estudo do saco herniário a microscopia óptica (mesotélio, tecido conjuntivo frouxo e denso com presença de fibras colágenas, reticulares e elásticas). *Rev Col Bras Cir* 1996;73:187-91.
9. Hope PG, Carter SS, Kilby JO. The da Silva method of incisional hernia repair. *Br J Surg* 1985;72:569-70.
10. Kather-Neto JM, Lázaro-da-Silva A. Cálculo de área e volume do saco herniário da hérnia incisional longitudinal - aplicação no planejamento cirúrgico. *Rev Bras Cir* 1987;77:213-8.
11. Katter-Neto JM. Análise de 90 pacientes portadores de hérnia incisional operados pela técnica de Lázaro da Silva. *Rev Col Bras Cir* 1993;20:251-5.
12. Langer S, Christiansen J. Long-term results after incisional hernia repair. *Acta Chir Scand* 1985;151:217-9.
13. Lázaro-da-Silva A. Plástica com o saco herniário na correção cirúrgica das hérnias incisionais. *O Hospital* 1971;79:123-34.
14. Lázaro-da-Silva A. Plástica com o saco herniário na correção das hérnias incisionais longitudinais medianas ou pararretais e nas diástases dos retos abdominais. *Rev Col Bras Cir* 1974;3:113-6.
15. Lázaro-da-Silva A. Comentário sobre a superposição peritônio-aponeurótica bilateral com o saco herniário das hérnias incisionais longitudinais medianas e paramedianas. *Rev Assoc Med Bras* 1979;25:87-90.
16. Lázaro-da-Silva A. Surgical correction of longitudinal median or paramedian incisional hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1979;148:579-83.
17. Lázaro-da-Silva A, Tobón MJC, Lima MJV, Ferreira AP. Evaluación radiológica de la cirugía de la hernia incisional. *Trib Med (Bogotá)* 1985;33-5.
18. Lázaro-da-Silva A. Bilateral surgical correction of longitudinal median, paramedian internal and external pararectal incisional hernias and diastasis. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1987;2:60-3.
19. Lázaro-da-Silva A, Ferreira AP, Ribeiro V. Estudo eletromanométrico em pacientes portadores de hérnia incisional. *Rev Col Bras Cir* 1990;17:2-4.
20. Lázaro-da-Silva A. Incisional hernia [letter]. *J Pediatr Surg* 1991;26:1261.
21. Lázaro-da-Silva A, Lanna JCBD, Tatsuo ES, Guimarães JT. Emprego do saco herniário na correção cirúrgica da hérnia incisional longitudinal na criança (uma observação). *Folha Med* 1991;103:73-6.
22. Lázaro-da-Silva A, Petroianu A. Incisional hernias: factors influencing development. *South Med J* 1991;84:1500, 1504.
23. Lucarotti M, Billings P, Leaper DJ. Laparotomy, wound closure and repair of incisional hernias. The da Silva repair. In: *General surgery. The Medicine Group Journal*; 1992. v.16, p.1-6.
24. Moraes AAC, Paulo DNS, Guerra AJ, Gama LPN, Laurentino PR. Técnica da interposição peritônio-aponeurótica bilateral no tratamento das grandes hérnias incisionais. *Rev Bras Cir* 1985;75:219-23.
25. Paulo DNS, Lázaro-da-Silva A. Repercussões respiratórias funcionais da hernioplastia incisional abdominal longitudinal. *Rev Col Bras Cir* 1995;22:33-41.
26. Paulo DNS, Lázaro-da-Silva A, Paulo ICAL, Rosolem F. Estudo da função respiratória em pacientes obesos e não obesos. *Rev Bras Cir* 1995;89:89-128.
27. Pítrez FAB, Lemchen HF, Furtado JP. Reconstrução da parede abdominal em eventrações. In: Bonamigo TP, editor. *Condutas cirúrgicas*. Porto Alegre: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; 1993. p.151-4.
28. Vidal Sans J. Eventraciones. Procedimientos de reconstrucción de la pared abdominal. *Barcelona: JIMS*; 1986. p.75.

Recebido em 25/4/2003.

Approved em 1/8/2003.