

HÉRNIAS ABDOMINAIS E INGUINAIS EM PACIENTES CIRRÓTICOS: QUAL É A MELHOR CONDUTA?

Abdominal and inguinal hernia in cirrhotic patients: what's the best approach?

Felipe Duarte **SILVA**, Wellington **ANDRAUS**, Rafael Soares Nunes **PINHEIRO**, Rubens Macedo **ARANTES-JUNIOR**,
Marcus Paulo Lemos **LEMES**, Liliansa de Souza e Silva **DUCATTI**, Luiz Augusto Carneiro **D'ALBUQUERQUE**

Trabalho realizado no Serviço de Transplante e Cirurgia do Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO - Introdução - Tradicionalmente os procedimentos abdominais eletivos em pacientes cirróticos têm sido amplamente desencorajados graças à elevada morbi-mortalidade consequente às complicações da cirrose, descritas por diversos autores. Outros serviços, em contrapartida, obtiveram resultados distintos, advogando a favor de cirurgia eletiva. **Métodos** - Uma revisão de artigos utilizando-se a palavras "abdominal wall hernia" e "cirrhotic patients" foi realizada na base de dados PubMed. Dos resultados obtidos, 28 artigos foram considerados para elaboração desta revisão. **Resultados** - Pôde-se observar que a incidência de hérnias em parede abdominal é relativamente elevada em pacientes cirróticos, sendo que muitas delas têm evolução desfavorável e requerem tratamento cirúrgico específico. Com o advento do sistema de alocação de órgãos baseados no escore de MELD, muitos centros estão repensando suas condutas em situações como esta, dado que muitos dos pacientes em questão encontram-se em lista de espera para transplante hepático. Dessa forma a cirurgia eletiva tem conquistado maior papel no manejo desta condição com intuito de diminuir morbi-mortalidade nesses pacientes. Além disso, a qualidade de vida mostrou-se um importante fator a ser considerado, estando muito prejudicada nesta condição. **Conclusão** - Poucos estudos com grandes amostragens foram conduzidos até o momento e não há consenso sobre qual conduta é a mais indicada levando em consideração taxas de morbi-mortalidade.

DESCRITORES - Hérnia. Cirrose. Ascite.

Correspondência:

Wellington Andraus,
e-mail wellington@usp.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação:
Aceito para publicação:

ABSTRACT - Background - Traditionally, elective abdominal procedures in cirrhotic patients have been largely discouraged due to high morbidity and mortality consequent to complications of cirrhosis, described by several authors. Other services, however, obtained different results, advocating in favor of elective surgery. **Methods** - A literature review using as key-words "abdominal wall hernia" and "cirrhotic patients" was performed using PubMed database. Twenty-eight articles were considered. **Results** - The incidence of abdominal wall hernias is relatively high in cirrhotic patients, specially those with ascites, and many of these are unfavorable and require specific surgical treatment. Currently, with the advent of MELD score for organ allocation, many centers are reconsidering their approach on leading these situations, since most of patients in question are on waiting list for liver transplantation. Thus elective surgery has achieved major position in managing this condition in order to reduce morbidity and mortality in these patients. Moreover, the quality of life was an important factor to be considered, being badly damaged in this condition. **Conclusion** - Few studies with large samples have been conducted so far and there is no consensus on which conduct is the most suitable taking into consideration rates of morbidity and mortality.

HEADINGS - Hernia. Cirrhosis. Ascites.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos abdominais eletivos em pacientes cirróticos, dentre os quais correção cirúrgica de hérnias de parede abdominal, têm sido amplamente desencorajados, devido à elevada morbi-mortalidade consequente às complicações da cirrose. Elas incluem trombocitopenia, coagulopatia, ascite, hipertensão portal, insuficiência renal, entre outras. Além disso, é possível observar risco aumentado de descompensação hepática pós-cirúrgica e possibilidade de prejuízo na cicatrização de feridas resultantes de seu frequente mal estado nutricional¹⁷.

A estratificação do risco cirúrgico nesses pacientes pode ser feita de

diversas maneiras, sendo a classificação de Child-Pugh uma das mais utilizadas. Garrison et al.¹² notaram que a mortalidade pós-operatória, tanto nos procedimentos eletivos quanto nos de urgência, aumentava de acordo com a gravidade do doente, estratificada pelos autores nos critérios de Child (mortalidade de 10%, 31% e 76% nos grupos com Child A, B e C, respectivamente). Da mesma forma, Mansour et al.¹⁸ encontraram dados semelhantes, com mortalidade de 10%, 30% e 82% para os grupos com Child A, B e C, respectivamente¹⁸. Utilizando o critério o MELD (Model for End-stage Liver Disease), outros autores também demonstraram associação entre pior evolução pós-operatória em pacientes cirróticos e piora na função hepática^{5,7,9,11,15,22,28}.

MÉTODO

Foi realizada revisão de artigos utilizando-se a palavras "abdominal wall hernia" e "cirrhotic patients" na base de dados PubMed. Dos resultados obtidos, 28 artigos foram considerados para elaboração desta revisão.

Hérnias de parede abdominal no paciente cirrótico

A incidência de hérnias umbilicais em pacientes cirróticos sem ascite é muito semelhante àquela em pacientes adultos não cirróticos, em torno de 3%⁶. Em contrapartida, alguns autores afirmam que cerca de 20% a 40% dos pacientes portadores de cirrose e ascite associada desenvolvem hérnia de parede abdominal como complicação no curso de sua doença. Fatores como fraqueza da fásia e da musculatura abdominal devidos ao mal estado nutricional - frequente nesses pacientes -, alargamento da abertura pré-existente na fásia supra-umbilical promovido pela veia umbilical dilatada em pacientes com hipertensão portal e, principalmente, o aumento da pressão intra-abdominal - resultado da formação da ascite -, são importantes contribuintes no desenvolvimento dessas afecções de parede. Estudos demonstram que a probabilidade do desenvolvimento de hérnias umbilicais aumenta com o aumento do número de episódios de ascite. Cerca de 70% desses pacientes desenvolverão hérnia umbilical por volta do terceiro episódio¹.

Da mesma forma, as hérnias inguinais também são frequentes, embora sua incidência e história natural não sejam totalmente descritas ainda⁶. Igualmente às hérnias umbilicais, elas podem sofrer as consequências da elevada pressão abdominal, principalmente pela presença da ascite, adquirindo grandes dimensões. Consequentemente, progridem com frequência para a região escrotal com formação de grandes hérnias inguino-escrotais.

Complicações dessas hérnias são comuns e relacionadas com as proporções que elas assumem. Os índices de mortalidade podem ultrapassar 30%. Na vigência de tensão sobre a parede abdominal exercida pelo líquido ascético, a pele no saco herniário

adelgassa-se levando a prejuízo da vascularização e aumento do risco de escarificação, necrose e ruptura. Esse tipo de complicação é comum e pode provocar peritonites bacterianas com alta mortalidade²⁰. O estrangulamento, embora incomum principalmente em pacientes com ascite, é também grave complicação dessas hérnias e é responsável por cerca de 10 a 20% das indicações de herniorrafia²⁶.

Recidivas dessas afecções tratadas previamente também ocorrem mais frequentemente, assim como o aparecimento de hérnias incisionais de grandes proporções. Na maioria dos casos o anel herniário é pequeno e o saco herniário é grande e repleto de ascite.

Herniorrafia de urgência versus procedimento eletivo no manejo destas afecções

Herniorrafia em pacientes portadores de cirrose avançada e ascite resulta em alta morbi-mortalidade. Este fato leva muitos centros a realizarem operações apenas na vigência de complicações. Em um estudo realizado por Baron et al.⁴, na década de 1960, observou-se mortalidade de 31% em 16 pacientes cirróticos submetidos à herniorrafia umbilical. Da mesma forma, O'Hara et al.²¹ relataram morbidade e mortalidade de respectivamente 22% e 16% em suas operações, levando-os à sugestão de que a correção cirúrgica deveria ser adiada em hérnias simples. Outros estudos demonstraram, da mesma maneira, alta morbi-mortalidade pós-operatória em pacientes com cirrose descompensada^{6,18}.

A ascite refratária soma-se como um importante fator de risco para complicações e recidiva^{16,27}. Belghiti et al.⁶ referiram que a presença de ascite é o principal fator predisponente para o aparecimento destas afecções e a principal dificuldade de manejo terapêutico no tratamento cirúrgico. Os autores descreveram a necessidade de não haver ascite residual para a realização de procedimentos cirúrgicos. Na persistência dela o reparo isolado não estaria indicado, pois mortalidade de 5% e morbidade de 30% são muito elevadas. Na mesma revisão, Belghiti et al.⁶ também referiram que a mortalidade no período pós-operatório é muito maior em pacientes com hérnias complicadas, por exemplo, estranguladas ou rotas.

Por outro lado, diversos estudos de hérnias de parede abdominal sugeriram que pacientes com cirrose descompensada podem ter suas hérnias reparadas com operação eletiva sem aumento do risco cirúrgico ou de recorrências¹⁹. A Tabela 1 ilustra alguns destes achados.

TABELA 1 – Reparos herniários em situação eletiva e de urgência

	Urgência	Eletiva
Marsman et al, 2007 ¹⁹	77%	18%
Mansour et al, 1997 ¹⁸	50%	18%
Garrison et al, 1984 ¹²	57%	10%
Aranha et al, 1987 ³	86%	41%
Doberneck et al, 1983 ¹⁰	45%	11%

Da mesma forma, Carbonell et al.⁸ avaliaram mais de 32 mil pacientes submetidos à herniorrafia nos EUA, sendo 1197 cirróticos. Eles observaram nos pacientes cirróticos

maior incidência de complicações com necessidade de operação de urgência e mortalidade 12,5 vezes maior quando compara-se a de não cirróticos. Contudo, os pacientes que foram submetidos à operação eletiva apresentaram mortalidade semelhante entre cirróticos e não cirróticos (0.6% vs. 0.1%, respectivamente). Análises retrospectivas como esta, muitas vezes utilizam dados que podem conter vieses, como neste caso em que os pacientes submetidos à operação eletiva foram selecionados e não houve menção à função hepática.

Outros estudos demonstraram ainda que o risco relacionado ao procedimento cirúrgico não é proibitivo^{23,24}, mesmo em pacientes com doença hepática avançada Child C e ascite refratária. Park et al.²⁴ publicaram um estudo com 53 pacientes cirróticos submetidos à herniorrafia de parede abdominal (17 Child A, 27 Child B e nove Child C) dos quais 17 apresentavam ascite refratária. Houve apenas um óbito por sepse, após herniorrafia por encarceramento em paciente Child C. Com seguimento médio de 24 meses, ocorreu apenas uma recidiva em paciente Child B. Em seguimento tardio, 100% dos pacientes referiram melhora da qualidade de vida após o procedimento cirúrgico.

Outra questão importante a se considerar é que a maioria dos pacientes cirróticos está em lista de espera para transplante hepático. Aqueles com baixa pontuação MELD provavelmente terão longo tempo de espera em lista apresentando, assim, maiores chances de complicações de sua hérnia. Por outro lado, caso o paciente tenha pontuação que faça com que seja transplantado em curto prazo, o reparo cirúrgico eletivo pode ser adiado até após o transplante ou executado como procedimento simultâneo em casos selecionados. Lawson et al.¹⁷ realizaram um estudo retrospectivo com 40 pacientes que foram submetidos à herniorrafia inguinal antes, durante ou depois do transplante hepático. Eles encontraram menor morbidade e menos recidiva nos casos operados após o transplante. Certamente o risco inerente à cirrose em fase avançada é muito maior que o risco após transplante hepático, mesmo na vigência da terapia imunossupressora.

Contudo, os dados disponíveis na literatura ainda apresentam-se controversos. A partir disso torna-se necessária a realização de novos estudos prospectivos e randomizados dedicados à busca de resposta para este paradigma.

Qualidade de vida

A qualidade de vida é outra importante variável prejudicada na cirrose. Apenas um terço dos indivíduos portadores de hérnia inguinal é assintomático ou tem sintomas leves, como dor moderada sem prejuízo do trabalho ou das atividades diárias¹⁴. Em contrapartida, pacientes com ascite descompensada podem desenvolver grandes hérnias dolorosas que, dependendo de sua localização, prejudicam a deambulação e forçam permanência como acamados².

Patti et al.²⁵, em estudo de qualidade de vida

medida pelo questionário SF-36 em pacientes com cirrose mostraram em todos os domínios, escores significativamente menores em comparação com uma população italiana sabidamente saudável. As maiores diferenças foram observadas em função da limitação física, saúde geral e limitação da função emocional, visto que a dor corporal foi minimamente afetada. Além disso, a gravidade da doença avaliada pelo escore de Child foi o fator mais associado com percepção inadequada do estado de saúde.

Segundo Patti et al.²⁵ a hernioplastia por si é capaz de melhorar qualidade de vida. As operações eletivas realizadas pelo grupo de O'Dwyer foram comparadas por esses pesquisadores com política do tipo "esperar e ver" em pacientes com hérnia assintomática. Os autores constataram que, após seis meses, houve melhora significativa na maioria das dimensões do questionário no grupo operação, ao passo que, após 12 meses embora a tendência tenha permanecido a mesma, as diferenças só foram significativas para a mudança no domínio da saúde geral.

Lawson et al.¹⁷, em um ensaio clínico randomizado de pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal, observaram melhora significativa da qualidade de vida, avaliada também por meio do SF-36, entre o escore pré-operatório e pós-operatório. Em particular, esta melhora foi muito maior para as variáveis de dor e de função física. Os pacientes desse estudo foram submetidos à herniorrafia eletiva, após extensa avaliação clínica e manejo intensivo de ascite. O curto tempo de recuperação e melhora objetiva e subjetiva dos estados de saúde vão de encontro com qualidade de vida melhor em seis meses de seguimento. Esta abordagem tem revelado melhora global de cada domínio do SF-36, mais relevante para a dor, desempenho físico, "social functioning" e saúde geral. A análise global do PCS e MCS (Physical e Mental Component Summary, respectivamente) mostrou que ambos os parâmetros melhoraram de forma mais acentuada nos pacientes com ascite e doença hepática avançada, ou seja, aqueles nos quais os efeitos negativos da hérnia inguinal sintomática são mais prováveis de ocorrer.

Experiência do Serviço de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Na época em que o critério vigente de alocação dos pacientes em fila de espera era cronológico, a conduta para reparo de hérnias em pacientes cirróticos restringia-se apenas aos casos de urgências ou naqueles em que a ascite, se presente, estivesse totalmente controlada. Com a adoção do escore MELD para alocação de enxertos a partir de 2006 - que leva em conta a gravidade do doente -, este Serviço foi encorajado a realizar procedimentos eletivos, dentre os quais herniorrafia. Na vigência de piora de estado em decorrência do procedimento cirúrgico, o paciente é automaticamente realocado na fila de espera do transplante.

Avaliação retrospectiva com 50 pacientes submetidos à herniorrafia (26 de urgência e 24 eletivos, 44 homens e seis mulheres, idade média de 52,2 ±12,4 anos, MELD médio de 14,4±5,9, causa da cirrose por álcool) mostrou que aqueles com MELD superior a 20, apresentaram maior morbidade (66.7% vs 26.8% - p=0.034). Pôde-se observar também maior morbidade em procedimentos de emergência (50% vs 16.7% - p=0.011) e maior morbidade em pacientes Child B (6/23) e C (8/12) quando comparado aos Child A (2/15) (p=0.009). Houve cinco óbitos relacionados ao procedimento cirúrgico, sendo quatro em Child C e um Child B. Ao classificar-se os pacientes com base no critério de Child, na localização e natureza de suas hérnias, obteve-se os dados mostrados na Tabela 2.

TABELA 2 – Estadiamento clínico, localização e tipo das hérnias

Child	Umbilical	Inguinal	Mista	Incisional
A	8 (57%)	4 (29%)	1 (7%)	1 (7%)
B	13 (50%)	5 (19%)	6 (23%)	2 (8%)
C	3 (75%)	-	1 (25%)	-
TOTAL	24 (55%)	9 (20%)	8 (18%)	3 (7%)

Atualmente, um estudo prospectivo randomizado está em andamento no intuito de elucidar se o procedimento eletivo é melhor do que a conduta conversadora no paciente cirrótico. Um total de 96 pacientes está em acompanhamento no ambulatório de hérnia em pacientes cirróticos do grupo de transplante hepático do hospital. Eles foram divididos por Child e randomizados entre operação eletiva e tratamento conservador em observação ambulatorial e operados apenas nas complicações.

CONCLUSÃO

Diante deste cenário, observa-se tendência de mudança no padrão das condutas no manejo das hérnias da parede abdominal nos cirróticos em favor da operação eletiva. A alocação pelo critério MELD tem encorajado mais esta política nos que se encontram em lista de espera para transplante. Porém respostas definitivas aguardam trabalhos com casuísticas maiores, prospectivos e randomizados.

REFERÊNCIAS

1. Ammar SA. Management of complicated umbilical hernias in cirrhotic patients using permanent mesh: randomized clinical trial. *Hernia*. Feb;14(1):35-8.
2. Andraus WP, B; Pinheiro, R S N; Bitencourt, F S; Farias, C N F; D'Albuquerque, L A C. Quality of life in patients with abdominal hernia and cirrhosis. *Brazilian Archives of Digestive Surgery*. [Original article]. 2009;22(4):222-5.
3. Aranha GV, Greenlee HB. Intra-abdominal surgery in patients with advanced cirrhosis. *Arch Surg*. 1986 Mar;121(3):275-7.
4. Baron HC. Umbilical hernia secondary to cirrhosis of the liver. Complications of surgical correction. *N Engl J Med*. 1960 Oct 27;263:824-8.

5. Befeler AS, Palmer DE, Hoffman M, Longo W, Solomon H, Di Bisceglie AM. The safety of intra-abdominal surgery in patients with cirrhosis: model for end-stage liver disease score is superior to Child-Turcotte-Pugh classification in predicting outcome. *Arch Surg*. 2005 Jul;140(7):650-4; discussion 5.
6. Belghiti J, Durand F. Abdominal wall hernias in the setting of cirrhosis. *Semin Liver Dis*. 1997;17(3):219-26.
7. Carbo J, Garcia-Samaniego J, Castellano G, Iniguez A, Solis-Herruzo JA. Liver cirrhosis and mortality by abdominal surgery. A study of risk factors. *Rev Esp Enferm Dig*. 1998 Feb;90(2):105-12.
8. Carbonell AM, Wolfe LG, DeMaria EJ. Poor outcomes in cirrhosis-associated hernia repair: a nationwide cohort study of 32,033 patients. *Hernia*. 2005 Dec;9(4):353-7.
9. del Olmo JA, Flor-Lorente B, Flor-Civera B, Rodriguez F, Serra MA, Escudero A, et al. Risk factors for nonhepatic surgery in patients with cirrhosis. *World J Surg*. 2003 Jun;27(6):647-52.
10. Doberneck RC, Sterling WA, Jr, Allison DC. Morbidity and mortality after operation in nonbleeding cirrhotic patients. *Am J Surg*. 1983 Sep;146(3):306-9.
11. Filsoufi F, Salzberg SP, Rahmanian PB, Schiano TD, Elsiey H, Squire A, et al. Early and late outcome of cardiac surgery in patients with liver cirrhosis. *Liver Transpl*. 2007 Jul;13(7):990-5.
12. Garrison RN, Cryer HM, Howard DA, Polk HC, Jr. Clarification of risk factors for abdominal operations in patients with hepatic cirrhosis. *Ann Surg*. 1984 Jun;199(6):648-55.
13. Gray SH, Vick CC, Graham LA, Finan KR, Neumayer LA, Hawn MT. Umbilical herniorrhaphy in cirrhosis: improved outcomes with elective repair. *J Gastrointest Surg*. 2008 Apr;12(4):675-81.
14. Hair A, Duffy K, McLean J, Taylor S, Smith H, Walker A, et al. Groin hernia repair in Scotland. *Br J Surg*. 2000 Dec;87(12):1722-6.
15. Hoteit MA, Ghazale AH, Bain AJ, Rosenberg ES, Easley KA, Anania FA, et al. Model for end-stage liver disease score versus Child score in predicting the outcome of surgical procedures in patients with cirrhosis. *World J Gastroenterol*. 2008 Mar 21;14(11):1774-80.
16. Hurst RD, Butler BN, Soybel DI, Wright HK. Management of groin hernias in patients with ascites. *Ann Surg*. 1992 Dec;216(6):696-700.
17. Lawson EH, Benjamin E, Busuttill RW, Hiatt JR. Groin herniorrhaphy in patients with cirrhosis and after liver transplantation. *Am Surg*. 2009 Oct;75(10):962-5.
18. Mansour A, Watson W, Shayani V, Pickleman J. Abdominal operations in patients with cirrhosis: still a major surgical challenge. *Surgery*. 1997 Oct;122(4):730-5; discussion 5-6.
19. Marsman HA, Heisterkamp J, Halm JA, Tilanus HW, Metselaar HJ, Kazemier G. Management in patients with liver cirrhosis and an umbilical hernia. *Surgery*. 2007 Sep;142(3):372-5.
20. McKay A, Dixon E, Bathe O, Sutherland F. Umbilical hernia repair in the presence of cirrhosis and ascites: results of a survey and review of the literature. *Hernia*. 2009 Oct;13(5):461-8.
21. O'Hara ET, Oliai A, Patek AJ, Jr, Nabseth DC. Management of umbilical hernias associated with hepatic cirrhosis and ascites. *Ann Surg*. 1975 Jan;181(1):85-7.
22. O'Leary JG, Friedman LS. Predicting surgical risk in patients with cirrhosis: from art to science. *Gastroenterology*. 2007 Apr;132(4):1609-11.
23. Ozden I, Emre A, Bilge O, Tekant Y, Acarli K, Alper A, et al. Elective repair of abdominal wall hernias in decompensated cirrhosis. *Hepatogastroenterology*. 1998 Sep-Oct;45(23):1516-8.
24. Park JK, Lee SH, Yoon WJ, Lee JK, Park SC, Park BJ, et al. Evaluation of hernia repair operation in Child-Turcotte-Pugh class C cirrhosis and refractory ascites. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007 Mar;22(3):377-82.
25. Patti R, Almasio PL, Buscemi S, Fama F, Craxi A, Di Vita G. Inguinal hernioplasty improves the quality of life in patients with cirrhosis. *Am J Surg*. 2008 Sep;196(3):373-8.
26. Runyon BA, Juler GL. Natural history of repaired umbilical hernias in patients with and without ascites. *Am J Gastroenterol*. 1985 Jan;80(1):38-9.
27. Sherlock S DJ. Diseases of the liver and biliary system. In: Publishing BBS, editor. *Diseases of the liver and biliary system*. 11th ed. ed. Boston: Blackwell Science Publishing; 2002.
28. Teh SH, Nagorney DM, Stevens SR, Offord KP, Therneau TM, Plevak DJ, et al. Risk factors for mortality after surgery in patients with cirrhosis. *Gastroenterology*. 2007 Apr;132(4):1261-9.