

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DISTROFIAS DA PAREDE ABDOMINAL NO ADULTO

## DYSTROPHIES OF THE ABDOMINAL WALL IN ADULTS

Fortunato Jayme Athias, TCBC-PA<sup>1</sup>

Glaucilene Aragão Franco<sup>2</sup>

Alexandre Augusto Mekdec da Silva<sup>3</sup>

Mauro Santos Neves<sup>3</sup>

Sádia Martins de Paula Souza<sup>3</sup>

Sérgio Alexandre da Costa Pereira<sup>3</sup>

**RESUMO:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 79 pacientes portadores de distrofias abdominais acompanhadas ou não de hérnias, operados no período compreendido entre 01/06/94 a 31/12/96. A idade média foi de 46 anos. A hérnia incisional isoladamente e o abdome distrófico (em avental) foram o principal objetivo do estudo. Enfatizam a importância da dermolipectomia abdominal para a completa recuperação do paciente bem como demonstram facilitar o manuseio técnico das hérnias. A técnica da transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (técnica de Lázaro da Silva) foi utilizada para as grandes hérnias incisionais. É uma técnica já consagrada, que consta de três planos de suturas sem superposição dos mesmos. Sua recidiva em cinco anos de seguimento tem sido em torno de 5% segundo estudos do próprio autor. A grande vantagem técnica é que, usando o saco herniário (quanto maior e mais espesso, melhor) como fechamento e reforço do anel, evita-se o uso de prótese com todos os inconvenientes da mesma (fístulas, rejeições etc.) Uma variante desta técnica, para as hérnias com anel herniário de até 10cm, é proposta pelos autores, e consiste no fechamento do anel e reforço da sutura com o saco herniário, em jaquetão. A vantagem seria a facilidade de execução e diminuição do tempo operatório, além de evitar disseções extensas das camadas aponeuróticas. Quando o anel herniário alcançar 10cm e existir ligeira tensão, deve-se realizar incisão relaxadora na aponeurose anterior dos retos e recobrir a superfície cruenta com o próprio saco herniário que deverá estar íntegro. Esta técnica ainda requer maior observação clínica. É feita a revisão dos resultados dos procedimentos realizados isoladamente e acompanhados com dermolipectomia abdominal: 63 pacientes (81,66%) evoluíram sem complicações, cinco recidivas (6,3%); um caso de hematoma extenso (1,26%); dois casos de abscesso de parede em operações sem dermolipectomia (2,5%); uma necrose de linha média+embolia pulmonar (1,26%); e um óbito por embolia pulmonar (1,26%).

**Unitermos:** Hérnia ventral; Cirurgia plástica.

## INTRODUÇÃO

Os distormorfismos abdominais podem ou não ser acompanhados de fraquezas abdominais congênitas e/ou adquiridas. Destas, o maior desafio são as grandes hérnias incisionais.<sup>1,2</sup>

As distrofias abdominais no adulto surgem, em sua grande maioria, em indivíduos do sexo feminino, obesas e multíparas. É freqüente verificarmos distormofias importantes em pacientes nulíparas, principalmente naquelas que perderam

muito peso em consequência de dietas de emagrecimento.<sup>3</sup> Um outro grupo de pacientes situa-se entre as magras, mas, em consequência da multiparidade, apresentam aspecto antiestético levando à queda da auto-estima. Frente a essas situações, na cura cirúrgica da distrofia abdominal, a dermolipectomia é obrigatória.

Além disso, a abdominoplastia facilita as operações, principalmente as pélvicas. O procedimento não traz aumento das complicações pós-operatórias.<sup>4,5</sup>

1. Livre-Docente da Clínica Cirúrgica.

2. Médica da SESPA e do Hospital da Aeronáutica de Belém-PA.

3. Bolsista PIPES-UFPA.

Recebido em 4/4/97

Aceito para publicação em 6/11/97

Trabalho do Departamento de Medicina Integrada I da Universidade Federal do Pará – UFPA e Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFPA.

Na sua grande maioria, as hérnias incisionais localizam-se na região mediana infra-umbilical.<sup>6-9</sup> As estatísticas podem variar de 47,14% a 60,42% das hérnias incisionais em operações ginecológicas e obstétricas.<sup>8,9</sup> Dentre outros fatores que influem na etiologia da hérnia incisional estão: supuração da ferida operatória, drenos calibrosos exteriorizados pela própria incisão, fechamento imperfeito das camadas músculo-aponeuróticas.<sup>8,9,10</sup> As diálises peritoneais contínuas também são citadas como causas de hérnias abdominais.<sup>11,12</sup> Têm sido relatados casos de hérnias incisionais nos locais de penetração do instrumental de cirurgia videolaparoscópica, inclusive com o encarceramento das mesmas.<sup>13-16</sup> Hérnias parapúbicas têm sido também descritas.<sup>17</sup>

As outras localizações das hérnias, em ordem de frequência, são: fossa ilíaca direita; fossa ilíaca esquerda e hipocôndrio direito, inclusive como consequência da incisão de Kocher. Com o advento das esternotomias e extensão da incisão para o terço superior do abdome, temos vários casos de hérnias supra-umbilicais, abaixo o apêndice xifóide, local de saída do dreno cirúrgico.

Entre os procedimentos mais conhecidos para o tratamento cirúrgico das hérnias incisionais estão o de Lex,<sup>10,14</sup> Karter,<sup>11</sup> Lazáro da Silva<sup>22</sup> e Slim et al.<sup>15,24</sup>

Ao longo do tempo, vários materiais têm sido usados como reforço nas grandes hérnias incisionais. Assim foram utilizados enxertos de pele total, enxertos dérmicos autógenos,<sup>1</sup> transplante de córion dérmico,<sup>20</sup> fásia lata, duramáter e prótese de polipropileno.<sup>21</sup> Esta, quando colocada em contato com a tela subcutânea, corre o risco de produzir fistulas e rejeições, e em contato direto como as alças intestinais, podem ocasionar fistulas digestivas.<sup>19</sup>

Nosso objetivo é estudar a técnica da transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral, uma variante desta técnica para hérnias pequenas e médias, e enfatizar a realização da dermolipectomia abdominal associada a cura das fraquezas abdominais como tempo fundamental para devolver aos pacientes a qualidade de vida comprometida pelas distrofias abdominais.

## MATERIAL E MÉTODOS

No período compreendido entre 01/06/94 a 31/12/96 foram operados 79 pacientes oriundos do SUS nos Hospitais São Marcos, Clínica dos Acidentados e Sfrío-Libanês, com o apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Pará – UFPA, dos quais setenta eram do sexo feminino (88,6%) e nove do sexo masculino (11,39%). A faixa etária dos pacientes variou de 26 a 76 anos, sendo que a média foi de 46 anos (DP= ± 12,64).

As operações realizadas foram: herniorrafias incisionais pela técnica de Lázaro da Silva e a variante da mesma, isoladas ou associadas com dermolipectomia abdominal (Tabelas 1 e 2), isolada ou com outras hérnias (epigástricas, umbilicais inguinais) e outras operações como colecistectomia, histerec-

tomia e colpoperineoplastia. Um caso (1,26%) em que não havia saco herniário foi operado pela técnica de Cattell modificada com tela de polipropileno substituindo o último plano de sutura. Em outro caso, substituímos o segundo plano da transposição por prótese, ficando a mesma interposta entre as duas folhas peritoneais.

**Tabela 1**

Herniorrafias incisionais com ou sem dermolipectomia abdominal

Operação	Herniorrafia Incisional	Dermolipectomia Abdominal	Herniorrafia Incisional + Dermolipectomia	Total
Frequência	20	26	33	79
Porcentagem	25%	33%	42%	100%

**Tabela 2**

Herniorrafias incisionais realizadas

Operações	Lázaro da Silva		Variante	
	Nº	%	Nº	%
Com dermolipectomia	11	14	21	27
Sem dermolipectomia	9	11	5	6
Total	20	25	26	31

Obs.: Está excluída desta tabela o caso de hernioplastia pela técnica de Cattell modificada

Quando a hérnia umbilical é pequena e não é comprometida pela hérnia incisional, nós a corrigimos com a finalidade de aproveitar a cicatriz umbilical para efeito de melhor estética. Quando isso não é possível, confeccionamos um neo-umbigo de resultados sempre duvidosos.

Quanto à localização das hérnias incisionais, 37 casos (46,83%) na região mediana infra-umbilical; sete casos (8,86%) na região mediana supra-umbilical; dois casos (2,53%) na pararectal direita; um caso (12,6%) na região lombar e um caso na localização de uma incisão de Kocher (1,26%).

A paridade média foi de cinco partos (DP= ± 3,44). Pacientes com história de supuração anterior, 37 casos (46,83%). As operações simultâneas foram: colecistectomia, três casos (3,8%); colpoperineoplastia, sete casos (8,86%) e histerectomia abdominal, dois casos (2,53%).

Os pacientes são submetidos a um rigoroso exame clínico e laboratorial pré-operatório de rotina. Quando há suspeita de outras patologias, solicitamos exames subsidiários, como ultra-sonografia de abdome superior e pélvica. Nas pacientes que vão ser submetidas a operação vaginal simultânea, são realizados preventivo de câncer do colo uterino e exame direto, cultura e antibiograma de secreção vaginal. Para as pacientes que vão realizar dermolipectomia, são recomendados três banhos diários durante três dias antes da operação com substâncias tensoativas lavando cabeça e abdome.

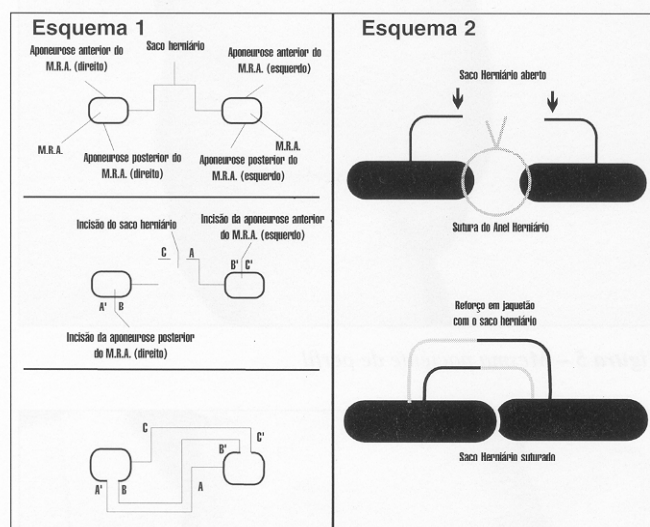
Realizamos a dermolipectomia clássica. Em dois casos de pacientes obesas utilizamos a técnica de Pitanguy para evitar a "orelha de porco" nas extremidades da incisão. A

pele e tecido celular subcutâneo são descolados até a reborda costal e o apêndice xifóide. Durante a operação, é usado rifampicina sobre o retalho e a superfície descolada, que é drenada com sistema de vácuo. O curativo é compressivo com a própria cinta esterilizada.

a) Técnica de herniorrafia incisional da transposição peritônio-aponeurótica longitudinal mediana bilateral (técnica de Lázaro da Silva): (esquema 1)

b) Técnica variante à Lázaro da Silva: 1) dissecação cuidadosa do saco herniário; 2) incisão do saco herniário e liberação das aderências; 3) sutura das bordas do anel herniário com pontos em "8"; 4) reforço da sutura anterior com o saco herniário em jaquetão ou lábio a lábio, conforme o caso (esquema 2).

Nos casos de dermolipectomia, além das medidas de rotina, a paciente permanece três dias em posição de Fowler, quando os drenos são retirados e a paciente tem alta. Os pontos são retirados gradativamente no período de 15 dias. O seguimento tem sido feito através de chamadas por carta.



**Esquema 1** – Transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (Técnica de Lázaro da Silva). **Esquema 2** – Variante da técnica Lázaro da Silva

Pontilhado = sutura

## RESULTADOS

Dos 79 pacientes operados, 63 (81,66%) não apresentaram complicações. As ocorridas estão na tabela 3.

## DISCUSSÃO

As hérnias abdominais, principalmente as incisionais, quando instaladas em abdome "normal" são de correção às vezes simples, às vezes trabalhosa, conforme o seu tamanho e condições locais. Porém, quando assestadas em abdomes deformados, principalmente pela paridade e obesidade, seu tratamento é mais complexo e exige a dermolipectomia como

**Tabela 3**

Incidência de complicações

Complicação	Nº de casos	Porcentagem
Pequena deiscência de sutura	1	1,26
Necrose de linha média	1	1,26
Estenose de umbigo	2	2,53
Abscesso de parede	4	5,06
Fístula cutânea	1	1,26
Insuficiência respiratória		
+ necrose de linha média	1	1,26
Recidiva total	5	6,33
Óbito por embolia pulmonar	1	1,26
Total	16	20,22

tempo obrigatório para o sucesso da terapêutica cirúrgica, pois facilita o manuseio do saco herniário bem como forma uma verdadeira cinta de pele que viria coadjuvar a correção herniária.<sup>2</sup> Além disso, o paciente só alcançará a plenitude de sua qualidade de vida se a plástica do abdome for realizada conjuntamente.

Em virtude desses fatores, somos de opinião que a dermolipectomia deva pertencer também ao cirurgião geral, pois é um procedimento de execução simples e, sem dúvida alguma, vai trazer um indispensável benefício à qualidade de vida do paciente, que é, em última análise, o objetivo da operação.

Algumas pacientes requerem correção de lacerações perineais que são conseqüências também de partos mal conduzidos (15%).

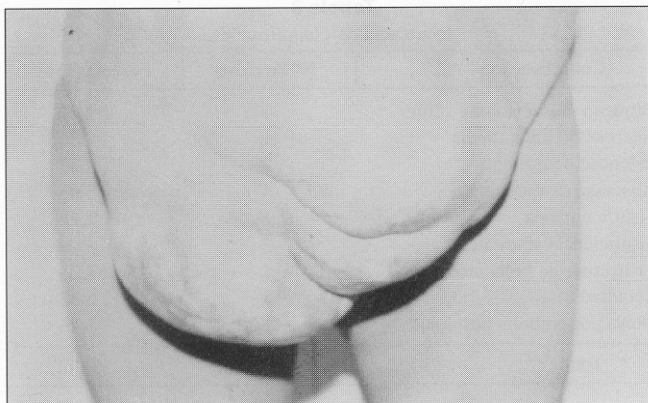
“O cirurgião geral deve ser um profissional habilitado para diagnosticar e tratar as afecções cirúrgicas que mais frequentemente acometem a população à qual ele presta assistência” (Birolini), citado por Lázaro da Silva.<sup>22</sup>

A técnica de Lázaro da Silva evita o uso de próteses e suas complicações. É de realização fácil, produz poucas complicações e baixíssimos índices de recidiva.<sup>18</sup> Em nossa experiência, a recidiva que foi observada de uma hérnia incisional para-retal direita infra-umbilical gigante foi conseqüência de volumoso abscesso. O tamanho desta recidiva é de um anel herniário de aproximadamente 1,5cm e não interfere na qualidade de vida do paciente.

A variante técnica à Lázaro da Silva é usada nas hérnias incisionais com até 10cm de anel herniário, o qual tem sido fechado sem tensão. Tem a vantagem de evitar descolamentos aponeuróticos, por vezes extensos, e é de execução mais simples que a transposição, sendo esta reservada para os anéis acima de 10cm.

As duas recidivas relatadas (uma para-retal direita, outra mediana infra-umbilical) aconteceram em pacientes que foram submetidas a esforços físicos no período pós-operatório imediato. Duas delas já foram reoperadas.

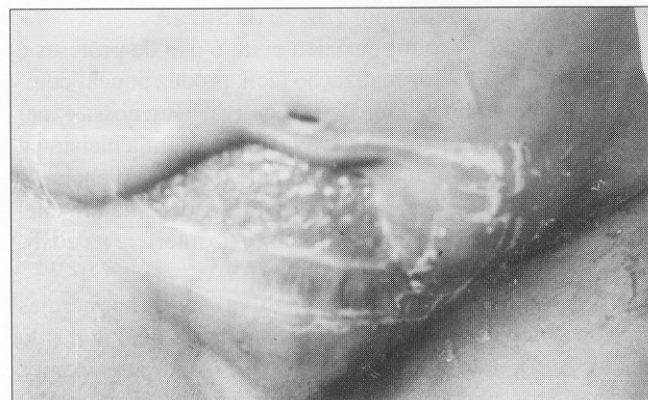
O pneumoperitônio progressivo, utilizado como procedimento auxiliar nas grandes eventrações,<sup>23</sup> oferece riscos tais como hemorragia e peritonite, podendo levar ao óbito.<sup>18</sup> Este procedimento é dispensado na técnica de Lázaro da Silva.



**Figura 1** – Gigantesca hérnia incisional operada pela técnica Lázaro da Silva + dermolipectomia (pré-operatório)



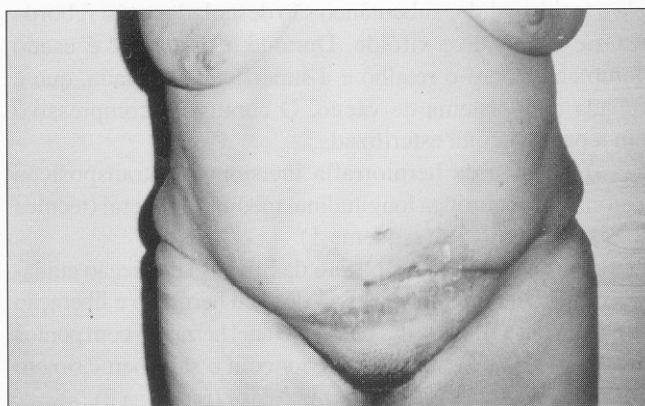
**Figura 2** – Mesma paciente de perfil



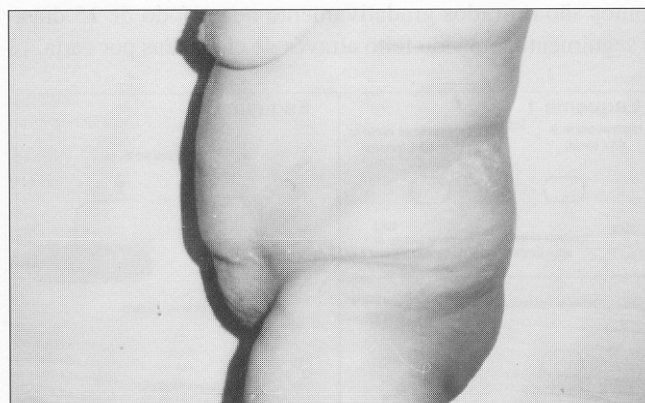
**Figura 3** – Pós-operatório, necrose extensa da linha média

A dermolipectomia é obrigatória para a cura das distrofias abdominais; além disso, facilita o tratamento das hérnias pela melhor exposição das mesmas. Deve ser realizada para o êxito do tratamento cirúrgico das distrofias abdominais acompanhadas ou não de hérnias.

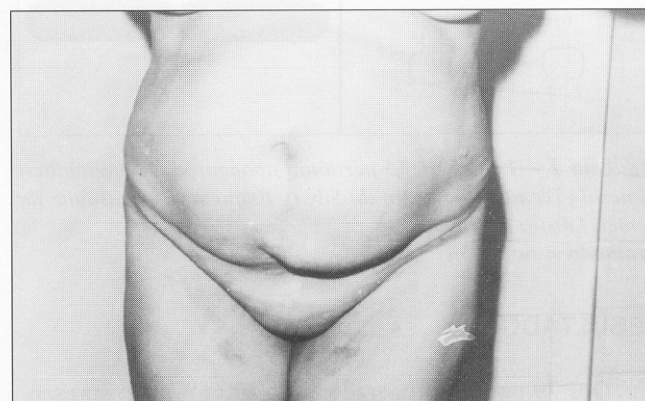
A técnica da transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral tem resultados que a credenciam como procedimento de primeira escolha nas grandes hérnias incisionais.



**Figura 4** – Resultado final, cicatrização por segunda intenção



**Figura 5** – Mesma paciente de perfil



**Figura 6** – Paciente com hérnia incisional + abdome em avental operada pela variante Lázaro da Silva (pré-operatório)

(Figuras 1,2,3,4 e 5). A variante Lázaro da Silva é eficaz, além de fácil realização. Sua recidiva foi baixa, porém, é natural que, como qualquer novo procedimento, necessite um acompanhamento maior (Figuras 6 e 7).

A plicatura supra-umbilical da aponeurose dos retos abdominais, tempo obrigatório no decurso das dermolipectomias, realizada antes do tratamento das hérnias incisionais

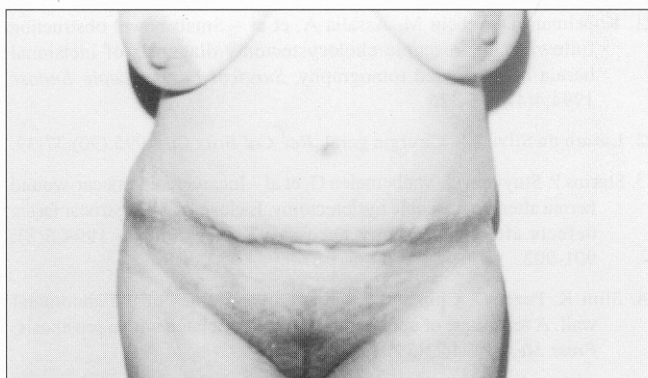


Figura 7 – Resultado final

medianas infra-umbilicais, mostrou-se útil no sentido de diminuir o diâmetro do anel, principalmente na utilização da técnica variante.

A técnica variante mostrou-se prática e eficaz no caso da incisão de Kocher, muito embora uma incisão relaxadora tivesse de ser realizada na parte inferior da aponeurose do reto abdominal.

A técnica variante mostrou-se também eficaz nas hérnias de anel com diâmetro transversal maior e próximo ao púbis.

A recidiva da técnica de Lázaro da Silva foi devida a supuração e, pelo tamanho do anel, não afetou a qualidade de vida da paciente, que tem sido seguida de perto.

A satisfação pessoal de nossas pacientes tem sido para nós gratificante e, se os resultados permanecerem bons, será o estímulo para continuação de nosso trabalho. Sua função social, além da recuperação funcional e laborista, tem consistido na recuperação da auto-estima das pacientes de baixa renda bem como contribuído para a reestruturação de casais com sua estabilidade prejudicada pelo aspecto antiestético da parceira.

#### ABSTRACT

*The authors present a retrospective study of 79 patients with abdominal dystrophies, both with and without hernias, operated on from June 1st, 1994 to December,31, 1996. Their average age was 47 years. The incisional hernia itself and the dystrophic abdomen were principal objects of the study. The authors show the importance of abdominal dermolipectomy for the complete recovery of the patient as well as demonstrate how it facilitates the technical manipulation of hernias. The technique of bilateral, longitudinal peritono-aponeurotic transposition (the technique of Alcino Lázaro da Silva) was used for large incisional hernias. This technique has been approved by its good results (5% of relapses in five years of follow up according the author). In this technique we use three levels of suture without superposing each other. The great advantage of the technique is that we use the herniary sac itself to close the ring and to strengthen. It avoids the use of meshes and the it's complications (rejections, fistulas, etc.). A variation of this technique, for hernias with a hernial ring up to 10cm, is proposed by the authors, which consists in the closure of the ring and the reinforcement of the suture with the hernial sac overlapping its edge. The advantage is the facility of performing, reductions in the operative time and to avoid large dissections of the aponeurotic layer. When the herniary ring is 10cm or bigger it is possible to slack the tension by making a relaxing incision over on the anterior rectum abdominal aponeurosis and covering the wide area with the hernial sac. A review is made of the results of these procedures done associated with abdominal dermolipectomy isolated. The results are: 63 patients recovered without complications (81.66%), three relapsed (3.8%), one of extensive hematoma (1.26%), one necrosis of the midline with respiratory failure (1%), one little stitch gap (1.26%), two umbilical stenosis (3.33%), two wound abscess (2.5%), one cutaneous fistula (1.26%) and one death from pulmonary embolism (1.66%).*

**Key Words:** Ventral hérnia; Plastic surgery; Dermolipectomy.

#### REFERÊNCIAS

1. Charetom B, Landren S, Bardaxoglou, et al – Lasing technique using dermal autografts for the management of large incisional hernias. *Acta Chir Belg* 1994;94(5):291-294.
2. Pontes R – Plástica abdominal, importância de sua associação à correção das hérnias incisionais. *Rev Bras de Cirurg* 1996;53:85-92.
3. Pitanguy I – Abdominoplastias. *O Hospital* 1967;171(6):1.541-556.
4. Cosin JA, Powel JL, Donovan JT, Stueber K – The safety and efficacy of extensive abdominal paniclectomy at the time of pelvic. Mdl/CD-Rom [s.l.s.n.] 1995.
5. Matory Jr. WE, O'Sullivan J, Fudem, et al – Abdominal surgery in patients with severe morbid obesity plastic. Mdl/CD-Rom 1995.
6. Cataldo MLS – Emprego do saco herniário na correção cirúrgica das hérnias longitudinais - aspectos experimentais, Belo Horizonte, UFMG, 1977. Dissertação (Mestrado em Medicina) UFMG.
7. Cavalcanti MA – Tratamento cirúrgico das grandes eventrações e lipodistrofias abdominais. *Rev Col Bras Cirurg* 1982;9(4):291-294.
8. Bevilacqua RG, Melo Jr. FF – Cirurgia das hérnias umbilicais e incisionais. In: Goffi FS – *Técnica cirúrgica*. Rio de Janeiro: Atheneu 1978; v.2,p.585-588.

9. Kakhnovski IM, Antropova NV, Solomatin, et al – Hemodinamic changes in patients with large postoperative ventral hernias. *Klin Med (Mosk)*, 1994;72(3):50-52.
10. Lex A – Tratamento cirúrgico das hérnias incisionais. In: *Atualização cirúrgica*. São Paulo. Manole 1975; v.5,p.195-213.
11. Kater N, Miguel J – Análise de 90 pacientes portadores de hérnia incisional operados pela técnica de Lázaro da Silva. *Rev Col Bras Cir* 1993;20(5):251-255.
12. Suh H, Wadhwa NK, Cabralda T, et al – Abdominal wall hernias in ESRD patients receiving peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial* 1994; (10):85-8.
13. Kanamaru H, Odaka A, Horie Y, et al – Case of external supravesical hernia repair with laparoscopic surgery. *Nippon Geka Gakai Zasshi* 1995;96(2):121-124.
14. Lex A, Raia AA – Hérnia incisional. In: Zerbini EJ - *Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Netto*, São Paulo: Sarvier, 1974,v.4,p.100-107.
15. Slim K, Pezet D, Chipponi J – Les grande eventracion de la paroi abdominale. Une technique de plastie aponevrotique associe a une prothese. *Press Med* 1994;23(39):1.815-1.816.
16. Guarnieri A, Guarnieri AE, Moscateli F, et al – New surgical technique for the repair of abdominal hernia with mesh. *Md/CD-Rom*. [ s.l:s.n.] 1987.
17. Norris JP, Flanagan RC, Pickleman J – Parapubic hernia following radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1994;44(6):922-923.
18. Lázaro da Silva A – Bilateral surgical correction of longitudinal median, paramedian internal and eternal pararectal incisional hernias and diastasis. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 1987;(2):50-63.
19. Hu Tam M, Salapa M, Jamri Ska J – Corion transplantation in reconstruction of ventral hernias. *Bratisl Lek Listy* 1994;95(5):228-231.
20. Imvrios G, Tsakiris D, Gakis D, et al – Prostetic mesh repair of multiple recurrent and large abdominal hernias in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 1994;14(4):338-343.
21. Kopelmam D, Schein M, Assalia A, et al – Small bowel obstruction following laparoscopic cholecystectomy diagnosis of incisional hernia by computed tomography. *Surgical Laparoscopic Endosc* 1994;4(4):325-326.
22. Lázaro da Silva A – Cirurgia geral. *Rev Col Bras Cir* 1995;(90):37-39.
23. Storms P, Stuyvem G, Vanhemelen G, et al – Incarcerated trocar-wound hernia after laparoscopic hysterectomy. Is closure of large trocar fascia defects after laparoscopy necessary? *Surg Endosc* 1994;8(8): 901-902.
24. Slim K, Pezet D, Chipponi J – Large eventrations of the abdominal wall. A technique of aponeurotic plasty associated with a prosthesis. *Press Med* 1994;23(39):1.815-1.816.
25. Saiz A, Willis IH – Laparoscopic ventral hernia repair. *J Laparo Endosc Surg* 1994;4(5):365-367.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Dr. Fortunato Jayme Athias  
 Av. Nazaré, 1.001/1.201  
 66035-170 – Belém – PA  
 e-mail:athias@nautilus.com.br