

TRATAMENTO OPERATÓRIO DAS HÉRNIAS INCISIONAIS COM VIDEOCIRURGIA, A MORBIDADE E A MORTALIDADE SÃO ACEITÁVEIS?

O tratamento operatório das hérnias incisionais com videocirurgia não é unanimidade^{1,2}, mas começa a ser realizado com mais frequência em nosso meio. A seu favor advoga-se a maior facilidade e o menor tempo necessário para a operação, sempre trabalhosa quando realizada de modo convencional. Como crítica, a não abordagem direta da hérnia, corrigida com uma prótese sintética no interior da cavidade abdominal, obliterando o orifício herniário, e o saco herniário, que não é excisado nesta forma de tratamento, apresentando alguma morbidade, causam discussões entre os defensores e os que não aprovam esta opção.

Como em outras operações realizadas por laparoscopia, devemos considerar inicialmente os riscos relacionados à introdução e manipulação dos instrumentos necessários, sendo mais frequentes as complicações na punção da cavidade com agulha de Veress e na introdução do primeiro trocar. A técnica aberta pode prevenir lesões iatrogênicas, especialmente neste doente que já apresenta a complicação de uma cirurgia abdominal. Também podem ocorrer lesões vasculares dos vasos da parede ou de vasos intra-abdominais, ocorrência de extrema gravidade. Os órgãos digestivos sólidos ou ocos podem ser lesados tanto na introdução dos instrumentos como pela utilização do bisturi elétrico; a abertura tardia da parede de alça intestinal lesada pelo calor tem consequências desastrosas. Estas lesões, quando despercebidas, representam importante causa de mortalidade³. As perfurações da bexiga, por sua vez, são menos frequentes.

As complicações relacionadas ao pneumoperitônio não são desprezíveis. O aumento da pressão intra-abdominal que ocorre com a videocirurgia, tornou o ato anestésico muito mais complexo, com complicações frequentes relacionadas ao sistema respiratório e cardiovascular.

Mesmo excluindo as hérnias gigantes, com perda de domicílio, o procedimento laparoscópico na quase totalidade das vezes implica na lise de aderências que se formam com o saco herniário, tática que aumenta os riscos de lesão iatrogênica do intestino delgado e deve ser realizada com extremo cuidado. As hérnias encarceradas, o tamanho do orifício herniário e sua localização devem fazer parte dos critérios de avaliação se esta hérnia poderá ou não ser operada desta forma². Shah e colaboradores⁴, avaliando o tratamento laparoscópico de 103 hérnias encarceradas, encontraram como conteúdo do saco herniário o omento em 42 doentes, o intestino delgado em 28, o intestino grosso em seis; omento e intestino delgado estavam encarcerados em 34 das hérnias operadas, sendo que em seis delas existiam sinais de obstrução intestinal. As lesões inadvertidas de alças ocorreram quatro vezes e todas foram identificadas durante a operação, sem ter havido mortalidade.

A literatura apresenta poucos relatos sobre a abertura acidental do intestino, que é considerada a complicação mais séria do

procedimento. LeBlanc, o primeiro cirurgião a realizar a correção da hérnia incisional por videocirurgia na década de 1990, publicou em 2007³ uma revisão interessante sobre o assunto. Estima-se que esta situação ocorra em 1,78% dos doentes operados, sendo que a lesão do intestino grosso representa 8,3% destas ocorrências. As enterotomias puderam ser identificadas e reparadas em 82% das vezes. O ato operatório pode ser completado de forma habitual por laparoscopia em 57% dos doentes, mas precisou ser convertido para cirurgia convencional nos 43% restantes. A mortalidade global do procedimento foi de 0,05%, havendo um aumento para 2,8% quando ocorreu a abertura de uma alça intestinal. A lesão, quando identificada durante o ato operatório, apresentou uma mortalidade de 1,7%, mas este número subiu para 7,7% quando não se identificou a perfuração.

Morales-Conde² reoperou três doentes (2,14%) de uma série de 140 hérnias operadas em 135 doentes, devido a lesões não evidenciadas durante a primeira operação, suturando o intestino lesado e retirando a prótese sintética empregada. Um doente (0,71%) de sua série morreu de sepse.

Egea e colaboradores¹ também relataram mortalidade associada à lesão do intestino. Quatro lesões em 90 operações (4,4%), três delas evidenciadas imediatamente, que necessitaram conversão para procedimento convencional e uma lesão não identificada inicialmente, com morte do doente também por sepse (1,1%). Em seu estudo encontraram na literatura consultada uma mortalidade global para as herniorrafias realizadas por videocirurgia que variou de 0,6 a 3,4%. Estima-se que a incidência de enterotomias durante a correção da hérnia incisional com procedimentos laparoscópicos oscile entre 1% e 6%².

O seroma no interior do saco herniário é a complicação menor mais frequente e pode persistir por meses. Morales-Conde² relatou o aparecimento de seroma uma semana após a operação em 95,2% de uma amostra de 135 doentes operados. Este seroma ainda era notado um mês após em 52,9% dos casos. O saco herniário era percebido pelo paciente em 76,2% das vezes um mês após e persistia em 38,9% após três meses. Espera-se que o saco herniário não excisado sofra certo grau de atrofia posteriormente, em média três meses após a operação, o que influencia o resultado final.

Embora existam controvérsias, devem ser estabelecidas indicações precisas para a indicação da correção da hérnia incisional por videocirurgia, assim como a multiplicidade de detalhes técnicos envolvidos no ato operatório deve ser considerada, principalmente no que diz respeito à lise de aderências e o acompanhamento do seroma que pode se formar no interior do saco herniário². Devemos lembrar que a humildade do cirurgião em reconhecer precocemente que o doente não está apresentando uma evolução satisfatória no pós-operatório, indicando a reoperação, pode salvar uma vida quando ocorre a lesão intestinal e esta não é identificada adequadamente.

PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME^{1*}
RODRIGO CARVALHO TURATTI²

1-Professor Assistente Doutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

2- Acadêmico do primeiro ano em Medicina da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, São Paulo, SP

***Correspondência:**

Av. Nações Unidas, 561, ap. 52
Chácara Inglesa - São Bernardo do Campo - SP
CEP: 09726-110

Referências

1. Egea DA, Martinez JA, Cuenca GM, Miguel JD, Lorenzo JG, Albasini JL, et al. Mortality following laparoscopic ventral hernia repair: lessons from 90 consecutive cases and bibliographical analysis. *Hernia*. 2004;8:208-12.
2. Morales-Conde S. Laparoscopic ventral hernia repair: advances and limitations. In: Campos FGCM, Lopes Filho GJ, editores. Congresso Paulista de Cirurgia 2008. Barueri: Manole/Minha Editora; 2009. p.60-70.
3. LeBlanc KA, Elieson MJ, Corder JM3rd. Enterotomy and mortality rates of laparoscopic incisional and ventral hernia repair: a review of the literature. *JSLs*. 2007;11:408-14.
4. Shah RH, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey PK. Laparoscopic repair of incarcerated ventral abdominal wall hernias. *Hérnia*. 2008;12:457-63.