



Herniorrafia incisional associada à abdominoplastia pós-gastroplastia

Incisional herniorrhaphy associated to abdominoplasty after gastroplasty

FERNANDO SANFELICE ANDRÉ^{1,2*}
BRUNA JACOBOWSKI³
MARIANA FERNANDES²
RAPHAEL SAURIN SANFELICE
ANDRÉ⁴
FERNANDO SAURIN SANFELICE
ANDRÉ⁴

Instituição: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.

Artigo submetido: 3/8/2016.
Artigo aceito: 3/2/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0012

■ RESUMO

Introdução: As hérnias incisionais decorrentes da gastroplastia são uma ocorrência frequente, exigindo planejamento, técnica cirúrgica adequada e colaboração do paciente no pós-operatório, para um adequado resultado. **Objetivo:** Demonstrar o tratamento das hérnias incisionais em conjunto com as dermolipectomias (âncora e clássica) associadas ao *lifting* do púbis, realizado em 62 pacientes submetidos à gastroplastia em Y de Roux por via aberta ou por videolaparoscopia. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal, baseado em análise de prontuários de 382 pacientes. Neste artigo será descrito o planejamento, táticas e técnicas cirúrgicas utilizadas e os resultados obtidos. **Resultados:** Obteve-se sucesso em todos os casos, sem nenhuma incidência de recidiva da hérnia tardiamente. **Conclusão:** A abordagem adotada mostrou-se eficaz, facilmente reproduzível e com baixos índices de complicações ou intercorrências.

Descritores: Obesidade; Abdominoplastia; Gastroplastia; Herniorrafia.

■ ABSTRACT

Introduction: Incisional hernias resulting from gastroplasty are a frequent occurrence, requiring planning, surgical technique and patient compliance after surgery for an appropriate outcome. **Objective:** To demonstrate the treatment of incisional hernias in combination with dermolipectomy (anchor or classic) and pubic lifting, performed in 62 patients undergoing Roux-Y gastroplasty by open surgery and videolaparoscopy. **Methods:** This is a retrospective, cross-sectional study, based on the analysis of 382 patient records. Study plan, strategy, surgical techniques and results will be described. **Results:** Success was obtained in all cases, with no incidence of hernia recurrence. **Conclusion:** The approach was effective, easily reproducible, with low complication rates.

Keywords: Obesity; Abdominoplasty; Gastroplasty; Herniorrhaphy.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.

³ Hospital da Plástica, Joinville, SC, Brasil.

⁴ Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a epidemia do século. No Brasil, recente pesquisa do IBGE e Ministério da Saúde, aponta 38 milhões de pessoas em sobrepeso (41% da população) e cerca de 10 milhões com obesidade. Dessa forma, a cirurgia bariátrica tem se consolidado como método mais eficaz e com maior manutenção de resultados a longo prazo, se comparado a métodos não cirúrgicos para pacientes com obesidade mórbida.

Dentro desse contexto, depois de cerca de um ano após a cirurgia bariátrica, os pacientes perdem, em média, 45% do seu peso inicial, o que determina excesso de pele, considerável flacidez, assim como presença de cicatrizes na parede abdominal e hérnias ventrais¹.

As cirurgias bariátricas ou gastroplastias foram introduzidas como alternativa de tratamento para os obesos mórbidos, sendo possível observar uma grande perda ponderal decorrente destes procedimentos, causando excesso de pele e de tecido subcutâneo em todo o corpo, especialmente na região abdominal². Outro dado observado em pacientes que são submetidos a cirurgias bariátricas é a frequência com que evoluem com hérnias de parede abdominal, sejam estas imperceptíveis ao exame físico ou mesmo grandes eventrações³.

A dificuldade em tratar com a própria imagem e com as mudanças decorrentes do severo emagrecimento leva grande parte dos pacientes a buscarem a correção cirúrgica, tornando-se um grande e novo desafio ao cirurgião plástico^{4,5}.

A avaliação pelo profissional adequado compreende em exame completo do paciente e o correto planejamento cirúrgico, assim como um rigoroso pré-operatório, sendo fundamentais para o sucesso do procedimento e diminuição de complicações⁶.

A avaliação deve incluir a pesquisa das ideais condições clínicas do paciente, presença de anemia, distúrbios hidroeletrólíticos e nutricionais, presença de estabilidade ponderal e condições psicológicas para o procedimento⁷.

Sabe-se que a obesidade é fator de risco para hérnias incisionais, e que o índice de hérnias após *bypass* gástrico via laparotomia encontra-se entre 4 a 54%⁸. Desse modo, o cirurgião plástico deve ter a correção cirúrgica das hérnias abdominais como parte integrante do tratamento das deformidades destes pacientes^{9,10}.

O tratamento do excesso de pele e subcutâneo na região abdominal pode ser realizado através de incisões transversas baixas (abdominoplastia clássica), combinação de incisões transversa e vertical (abdominoplastia em âncora) ou, a técnica menos utilizada, a incisão no sulco mamário (abdominoplastia reversa).

Sendo assim, o excesso de tecido é visível tanto no sentido craniocaudal como no latero-lateral, inviabilizando sua compensação em uma cicatriz horizontal única. Desse modo, as incisões em âncora, juntamente com incisões vertical e horizontal, tornaram-se amplamente aplicadas para as abdominoplastias nos pacientes com grande perda ponderal após cirurgia bariátrica. No entanto, essas incisões estão sujeitas a complicações, principalmente na região de confluência dessas cicatrizes, área denominada como “T”³.

Atualmente, as abdominoplastias vêm se adequando para suprir as necessidades dos denominados “ex-obesos”, o que inclui, além da ressecção de grandes blocos cutâneos e do tratamento da flacidez músculo-aponeurótica, a associação com outras cirurgias, como a correção das hérnias incisionais³.

Juntamente com a perda ponderal, há importante redução do conteúdo abdominal que, em muitas vezes, não é acompanhada do retorno do conteúdo herniário à cavidade. Considerando-se esta intensa redundância muscular, opta-se por tratar as hérnias abdominais apenas com plicatura aponeurótica, uma vez que a relação conteúdo-contidente destes pacientes encontra-se alterada, sem que, com isso, acarrete uma tensão exagerada à parede abdominal¹⁰.

Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência, bem como complicações e alteração na qualidade de vida dos pacientes submetidos à abdominoplastia associado ao tratamento das hérnias abdominais após grandes perdas ponderais no Serviço Obesimor do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, em Joinville, SC.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi demonstrar o tratamento das hérnias incisionais decorrentes das gastroplastias por via aberta e por videolaparoscopia (*bypass* em Y de Roux) em conjunto com a dermolipectomia (âncora ou clássica) associada ao *lifting* do púbis. Relatar resultados, complicações e conclusões do tratamento realizado.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, transversal, baseado em análise de prontuários de 382 pacientes ex-obesos submetidos à dermolipectomia em âncora e clássica, no Serviço de Cirurgia da Obesidade do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Como critério de inclusão no estudo, somente os prontuários de pacientes submetidos à gastroplastia foram analisados, sendo um total de 352 pacientes, no período de 2005 a 2016.

Preparo pré-operatório

Todos os pacientes, antes de serem submetidos à cirurgia plástica, foram avaliados e liberados pela equipe multidisciplinar (cirurgião bariátrico, hematologista, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e anestesiológico). Os exames pré-operatórios seguiram os seguintes parâmetros: eritrócitos > 3,5, hemoglobina > 11, hematócrito >35, TAP e coagulograma normais, albumina > 3,5, ferritina > 30, ferro sérico > 50, vitamina B12 > 350, função renal normal, exame cardiológico normal. Abstenção do uso de derivados do tabaco e adesão total ao tratamento da obesidade.

Tática/Técnica Cirúrgica

Com a paciente em pé, é feita a marcação dos excessos de pele do abdômen pelo método do pinçamento bimanual. Identifica-se a extensão da hérnia. Marcam-se os limites da incisão horizontal e da elevação do púbis (Figuras 1A e 1B). Resseca-se todo o excesso de pele em bloco e, após hemostasia rigorosa, trata-se a hérnia.

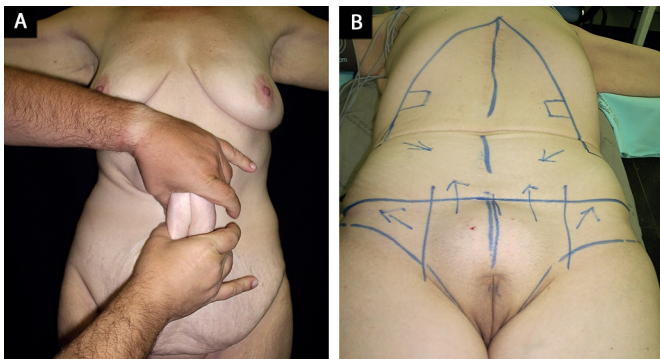


Figura 1. A: Manobra bimanual; B: Vetores de tração.

Utiliza-se parte do saco herniário para o fechamento da parede abdominal. Apenas em casos extremos, tal como a impossibilidade de aproximação direta das aponeuroses dos retos e do próprio músculo, foi necessário o uso de tela sintética. A fixação da tela sintética é feita sobre a aponeurose posterior dos retos abdominais, abaixo dos mesmos (Figuras 2A e 2B).

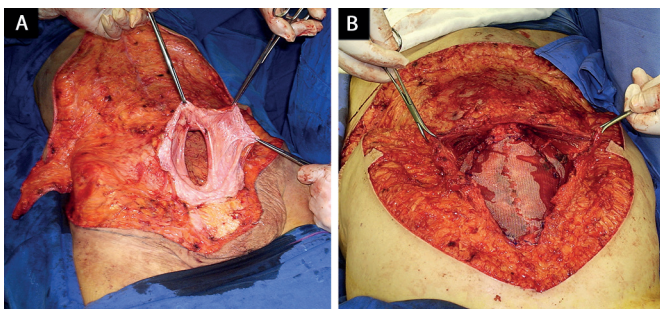


Figura 2. A: Fechamento com uso do saco herniário; B: Fechamento com tela sintética.

Após a correção da hérnia, aproximam-se os músculos retos abdominais e plica-se a aponeurose anterior. Em ambos, utilizam-se pontos em U com fios de náilon monofilamentar número 2.0. A seguir, eleva-se o púbis, fixando o mesmo na aponeurose dos músculos retos, 2 a 3 cm de sua posição original (Figuras 3A e 3B).

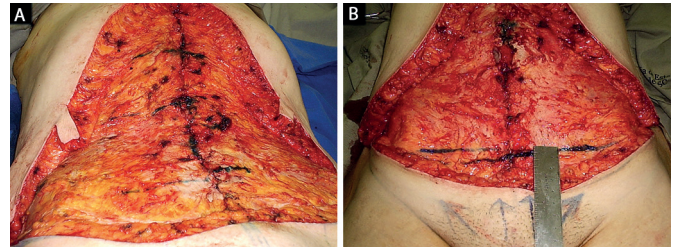


Figura 3. A: Plicatura dos retos abdominais; B: Marcação da elevação do púbis.

Uma sutura contínua, bilateral, desde a porção não descolada dos retalhos até sua porção distal, fixando os mesmos à aponeurose dos músculos retos abdominais (pontos de Baroudi Modificado). Drenos de aspiração a vácuo são colocados e suturas por planos são realizadas (Figuras 4A e 4B).

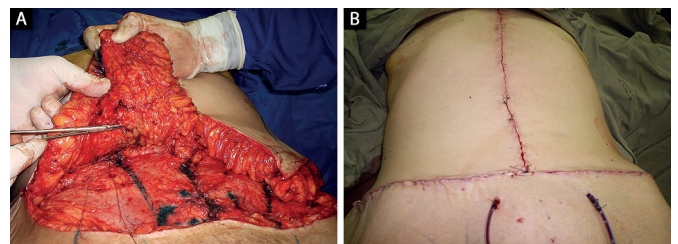


Figura 4. A: Pontos de Baroudi modificados; B: Término do fechamento abdominal.

RESULTADOS

Foram encontradas e tratadas 62 hérnias incisionais, com extensões variadas, dentre 352 abdominoplastias realizadas. Em apenas dois casos foi necessário o uso de tela sintética para fechamento da hérnia incisional. Em ambos os casos, colocadas abaixo dos músculos retos abdominais. Em todos os outros casos o fechamento foi por aproximação direta com o uso de parte do saco herniário.

Obtivemos sucesso no tratamento de todos os casos, sem recidiva, até o momento, (Figuras 5A-D, 6A-D, 7A-D). Não ocorreram complicações de maior monta como infecção, trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolia pulmonar (TEP), apenas intercorrências como seromas, hipertrofias cicatriciais, alargamento de cicatrizes e hematoma, que se encontram dentro das estatísticas mundiais e que não comprometeram o resultado final.

DISCUSSÃO

A presença de hérnias incisionais após a cirurgia bariátrica, notadamente por via aberta, ocorre com grande

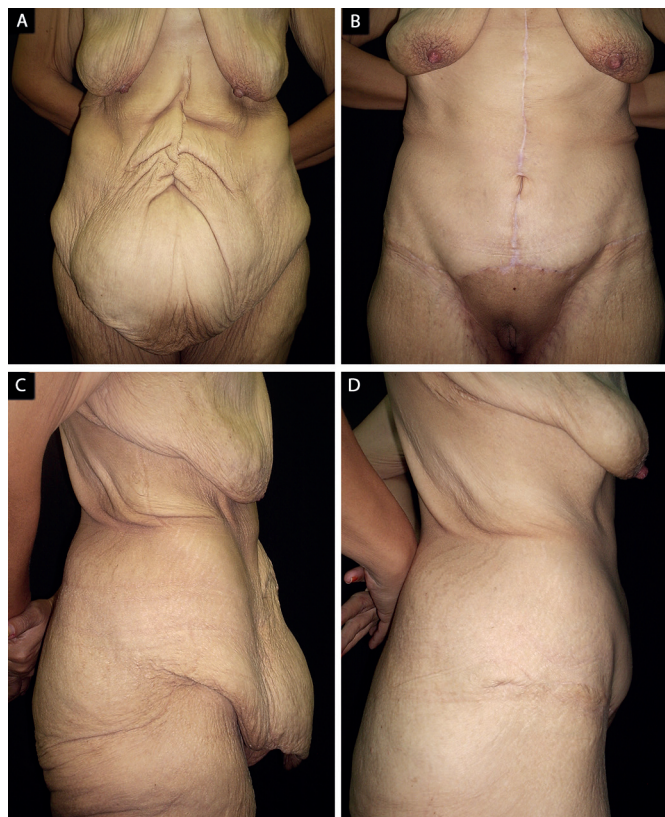


Figura 5. A: Pré-operatório AP; B: Pós-operatório AP; C: Pré-operatório - perfil; D: Pós-operatório - perfil.

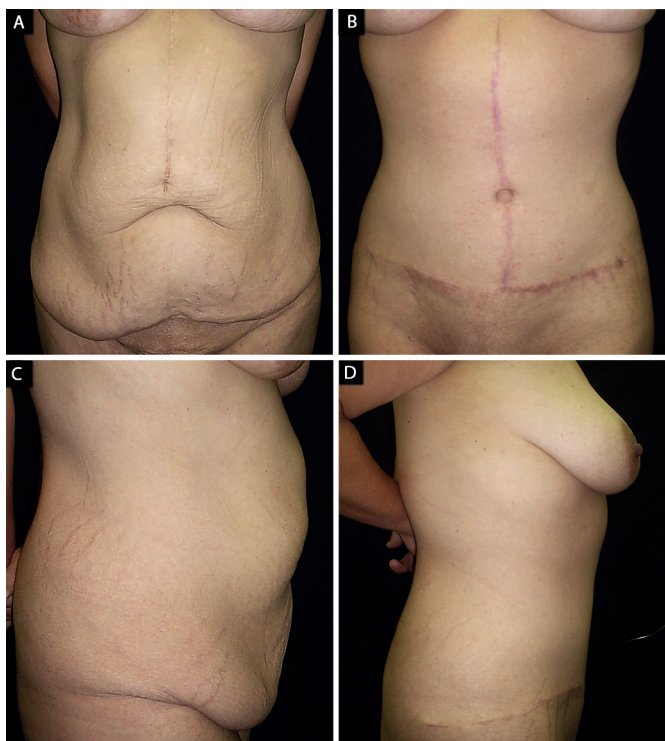


Figura 6. A: Pós-operatório AP; B: Pós-operatório AP; C: Pré-operatório - Perfil; D: Pós-operatório - Perfil.

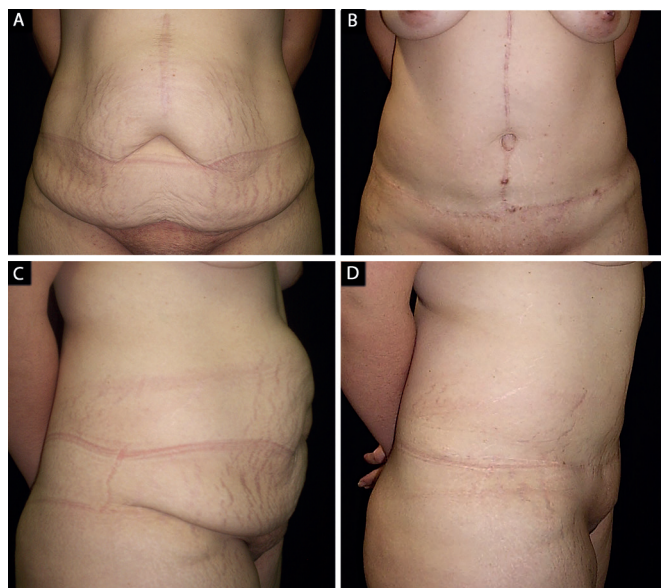


Figura 7. A: Pré-operatório AP; B: Pós-operatório AP; C: Pré-operatório - Perfil; D: Pós-operatório - Perfil.

variação estatística, conforme a literatura mundial. A presença de hérnias nas incisões para introdução dos trocarteres também foi evidenciada. Variações nas técnicas ou fios de sutura, utilizados no fechamento da laparotomia, não se mostraram conclusivos sobre qual seria a melhor abordagem a ser adotada.

Em nossa casuística a presença das hérnias incisionais encontra-se dentro dos padrões mundiais. A associação da dermolipectomia abdominal e correção das hérnias incisionais em um mesmo tempo cirúrgico proporciona ao paciente uma melhora substancial na qualidade de vida. Evita-se, dessa forma, dois tempos cirúrgicos, a saber: correção das hérnias e posteriormente a dermolipectomia.

A opção pelo fechamento direto, com aproveitamento do saco herniário é possível na quase totalidade dos casos. A utilização das telas sintéticas se faz obrigatória nos casos de grande afastamento dos músculos retos abdominais ou perda dos componentes da parede abdominal, aponeurose ou músculo reto abdominal.

CONCLUSÕES

O tratamento das hérnias incisionais, decorrentes da gastroplastia aberta, exige do cirurgião, conhecimento, habilidade e experiência para o seu tratamento adequado e efetivo. A forma que temos tratado esses pacientes em nosso Serviço tem se mostrado satisfatória, facilmente reproduzível e com bons resultados a longo prazo.

COLABORAÇÕES

- FSA** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- BJ** Análise e/ou interpretação dos dados; realização das operações e/ou experimentos.
- MF** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- RSSA** Análise estatística; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FSSA** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Fandiño J, Benchimol AK, Coutinho WF, Appolinário JC. Cirurgia bariátrica: Aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Rev Bras Psiq Rio Gd Sul*. 2004;26(1):47-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>
- Tuma Jr P, Batista BPSN, Milan LS, Faria GEL, Milcheski DA, Ferreira MC. Abdominoplastia vertical para tratamento do excesso de pele abdominal após perdas ponderais maciças. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(3):445-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000300020>
- Roxo CDP, Roxo ACW, Labanca L, Martins CRP. Tratamento das hérnias incisionais nas abdominoplastias multifuncionais. *Rev Bras Cir Plást*. 2008;23(3):184-8.
- Cavalcanti HA. Abdominoplastia após perda de peso maciça: abordagem, técnicas e complicações. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(1):92-9.
- Van der Beek ES, Te Riele W, Specken TF, Boerma D, van Ramshorst B. The impact of reconstructive procedures following bariatric surgery on patient wellbeing and quality of life. *Obes Surg*. 2010;20(1): 36-41.
- Fotopoulos L, Kehagias I, Kalfarentzos F. Dermolipectomies following weight loss after surgery for morbid obesity. *Obes Surg*. 2000;10(5):451-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1381/096089200321593959>
- Burgos L AM, Csendes J A, Papapietro V K. Resection gastric bypass in morbid obese patients aged less than 18 and over 65 years. *Rev Med Chil*. 2008;136(10):1247-54. PMID: 19194620
- Speranzini MB, Deutsch CR. Grandes Hérnias Incisionais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2010;23(4):280-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202010000400015>
- Souza F, Carneiro CP, Luitgasds B, Oliveira ML, Araújo M, Arruda SL. O que pode ser feito para reduzir a incidência de hérnia incisional pós-bypass gástrico em Y de Roux? *Brasília Med*. 2011;48(3):263-7.
- Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, Halm JA, Verdaasdonk EG, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg*. 2004;240(4):578-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7>

*Autor correspondente:

Fernando Sanfelice André

Rua Osvaldo Cruz, 128 - Boa Vista - Joinville, SC, Brasil

CEP 89205-240

E-mail: sanfijlle@gmail.com