

# EVENTRAÇÕES LOMBARES: REVISÃO TARDIA DE 20 PACIENTES

## LARGE LUMBAR HERNIAS: REVIEW OF 20 PATIENTS

Fernando A. B. Pitrez, TCBC-RS<sup>1</sup>; Sergio R. Pioner, ACBC-RS<sup>2</sup>;  
Helio Fernando Lemchen<sup>2</sup>; Daniel Rech<sup>3</sup>; Lucas B. Menegotto<sup>3</sup>

**RESUMO: Introdução:** Desde a primeira descrição em 1731 por DeGarangoet até 1994 poucos casos de hérnia lombar incisional (HLI) foram relatados, restringindo-se a aproximadamente 300 casos. No entanto, esse número deve ser muito maior do que o encontrado na literatura pesquisada<sup>1,2</sup>. Não há maiores relatos com experiência significativa nesta afecção e, da mesma forma, não há descrição de uma técnica cirúrgica padrão para sua correção. **Objetivos:** Transmitir a experiência dos autores, alcançada no tratamento cirúrgico dos pacientes com HLI, confrontando-a com os dados vigentes na literatura. **Métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, 20 casos de hérnia lombar submetidos ao tratamento cirúrgico no Serviço de Cirurgia Geral da ISCMPA/FFFCMPA nos últimos 10 anos. **Resultados:** Foram identificados 20 pacientes, a idade média foi de 49 anos (28 – 68 anos). A maioria (19 casos) correspondeu a hérnias incisionais lombares. O seguimento médio foi de 60 meses (5-72 meses), porém sete casos não compareceram às revisões ambulatoriais de rotina. Não houve recidiva nos casos acompanhados em um seguimento que variou de seis meses a 8,5 anos. Em um caso persistiu o abaulamento, dois apresentaram seroma, e um apresentou infecção de ferida operatória. **Conclusão:** Os autores recomendam a intervenção convencional, com reparo primário nos casos com diâmetro inferior a 5 cm e a utilização de tela nos casos em que há tensão na linha de sutura (*Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(1): 2-5*).

**Descritores:** Hérnia ventral; Região lombossacral.

## INTRODUÇÃO

A hérnia lombar incisional (HLI) é uma entidade rara, sendo relatados poucos casos na literatura nos últimos anos<sup>3,4</sup>. Embora tenha tendência natural de progredir em volume, apresentando risco de encarceramento de 25% e estrangulamento de 8%-10%, a correção cirúrgica está indicada sempre que confirmada sua existência<sup>2</sup>. Múltiplas técnicas têm sido descritas, incluindo reparo primário, retalhos musculares e uso de tela. Apresentam o inconveniente da ampla área de dissecação, o que ocasiona aumento da ocorrência de seroma e infecção, o que pode ocasionar recidiva. Estudos prévios têm dado ênfase ao reparo tipo livre de tensão com uso de prótese<sup>5</sup>. A abordagem laparoscópica, com as vantagens da localização mais precisa do defeito anatômico, bem como da menor área de dissecação ainda merece avaliação crítica em virtude da raridade dos casos descritos na literatura<sup>6,7</sup>. Os autores acreditam que a incidência deva ser mais elevada, apenas não relatada adequadamente e por isso resolvem transmitir a sua experiência com o tratamento da hérnia incisional lombar confrontando-a com os dados vigentes da literatura.

## MÉTODO

Foram analisados, retrospectivamente, os dados referentes a 20 casos de HLI de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico no período de junho de 1995 a janeiro de 2004. Foram divididos arbitrariamente e tratados conforme a dimensão do anel herniário, mensurado no transoperatório, após extensa dissecação das estruturas anatômicas adjacentes e identificação do segmento peritoneal quando possível. Foram realizados três tipos de abordagens:

1- Sutura simples: nos pacientes que apresentavam defeito restrito a 5 cm de diâmetro. Efetuou-se a aproximação primária dos tecidos fáscomusculares com uso de pontos separados de fio inabsorvível tipo polipropileno (prolene®-0); sempre com fechamento por planos anatômicos.

2- Sutura com embricamento, nos pacientes com anel herniário superior a 5 cm e com possibilidade de aproximação sem tensão. A técnica consistiu na liberação de dois retalhos músculo-aponeuróticos, cranial e caudal ao defeito, com posterior aproximação para reforço parietal e superposição das camadas ao saco herniário recobertos com a borda anterior do músculo grande dorsal, formando três planos de sutura (peritônio e duas camadas músculo-aponeuróticas).

3- Sutura com embricamento e reforço com tela de márlax: nos casos onde não havia possibilidade de aproxima-

1. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre/FFFCMPA.

2. Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre/FFFCMPA..

3. Residente do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Porto Alegre/FFFCMPA..

Recebido em 06/07/2005

Aceito para publicação em 28/09/2005

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho Realizado no Serviço de Cirurgia Geral / Centro Integrado de Hérnia; Complexo Hospitalar Santa Casa; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - RS.

ção sem tensão, optou-se pelo uso de ampla tela de márlex. Esta foi inserida entre os retalhos músculo-aponeuróticos (“em sanduíche”) e fixada às estruturas adjacentes à crista ilíaca e ao rebordo costal com pontos separados de polipropileno e recobertos com a borda anterior do músculo grande dorsal.

Todos os pacientes foram submetidos à anestesia geral convencional. Drenos de sucção foram interpostos sobre a tela ou entre as camadas de dissecação, nos casos de embricamento, e mantidos até que a drenagem fosse inferior a 50ml/dia. Cefazolina 2g EV na indução anestésica foi a prevenção em todos os casos.

## RESULTADOS

Após análise retrospectiva, foram identificados 10 pacientes do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A idade média foi de 49 anos (28- 68). O lado direito esteve envolvido em 14 casos e o esquerdo em seis. A maioria (19 casos) correspondeu a hérnias em incisões lombares, um de origem traumática. O seguimento médio foi de 60 meses (5-72 meses), porém sete casos não compareceram às revisões ambulatoriais de rotina, perdendo-se o controle tardio (Tabela 1).

Dois casos em que o diâmetro do anel herniário era menor ou igual a 5 cm, tiveram o defeito herniário corrigido por sutura simples através da sutura simples (técnica 1) por aproximação primária dos tecidos. Em outros cinco casos, em que o anel era maior do que 10 cm, foi possível a correção, sem o emprego de tela, através da sutura com embricamento (técnica 2). As demais hérnias, todas maiores do que 5 cm, exigiram o uso de tela de polipropileno conforme descrito na técnica 3 (Figuras 1, 2 e 3).

Não houve recidiva nos casos acompanhados em um seguimento que variou de seis meses a 8,5 anos. Considerando-se análise segundo a “intenção de tratar” apresentamos um resultado satisfatório em 60% dos casos, visto que em sete pacientes não obtivemos o seguimento adequado por abandono, chegando a mais de 90% se considerarmos apenas os acompanhados. Em um caso tratado primariamente por embricamento (caso

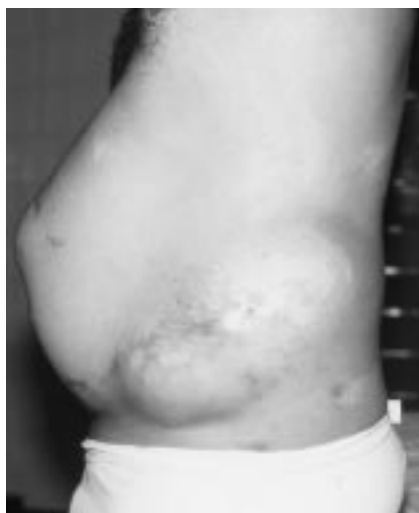
6), que apresentava orifício maior que 10 cm, o abaulamento persistiu após a correção em virtude da hipotrofia muscular prévia. Neste paciente optou-se pela correção tardia com implantação de tela de márlex com bom resultado. Dois pacientes apresentaram seroma na ferida operatória (casos 5 e 11), tratados por aspiração com agulha fina. Um paciente (Caso 1) apresentou infecção da ferida operatória e foi tratado com medidas habituais.

## DISCUSSÃO

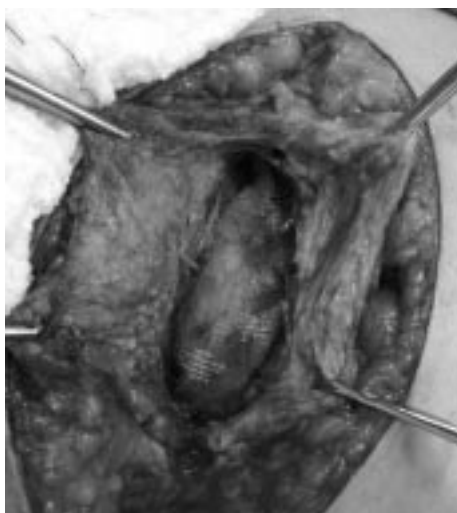
Em relação às hérnias lombares, *a priori*, deve ser feita a diferenciação entre a verdadeira hérnia lombar, portadora de anel herniário bem definido, dos freqüentes abaulamentos ocorridos nessa região por hipotrofia muscular conseqüente à incisão primária.

Enquanto as hérnias na linha média podem ser corrigidas com tela suficientemente ampla com fixação lateral, a resolução torna-se mais complexa quando as mesmas encontram-se na própria parede abdominal lateral. Neste caso, não há aponeurose resistente, a musculatura está normalmente hipotrofiada e os pontos são afixados apenas junto à arca costal e ao ilíaco. Estes procedimentos têm sido descritos, no intuito de reparar este tipo específico de abaulamento herniário, não havendo, contudo, consenso sobre o método mais adequado. A razão para essa controvérsia é a relativa raridade desta condição, limitando o número de atos operatórios realizados por um único cirurgião ou mesmo por um único serviço. Em recente revisão literária sobre hérnia lombar em centros de referência foram identificados apenas quatro a oito casos por serviço em um período de 20 anos<sup>3,8,10</sup>. A casuística apresentada neste estudo se refere a uma série de 20 casos tratados no período de 10 anos pela mesma equipe cirúrgica.

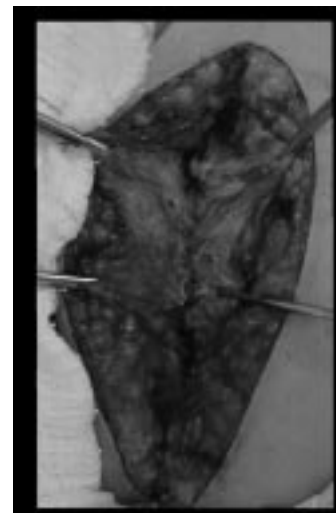
Conforme Korenkov<sup>11,12,13</sup> e Petersen<sup>10</sup>, o reparo convencional apresenta uma inaceitável taxa de recorrência, de 30% a 50% , sendo que nos casos em que se procede o uso de material protético esse índice cai para 10%<sup>11,12,13,14</sup>. Dessa forma, seu uso tem se tornado amplamente aceitável nas últimas duas décadas, embora alguns aspectos da fixação, bem como



**Figura 1** - Ilustração da técnica com uso de embricamento e tela márlex: Paciente com hérnia >10cm



**Figura 2** - Tela de marlex sobre retalho.



**Figura 3** - Fechamento por embricamento.

Tabela 1

Caso	Sexo	Idade	Tipo	Lado	Tamanho (Cm)	Uso de Tela	Seguimento (Meses)
1	Feminino	30	Traumatica	Direita	15	Sim	37
2	Feminino	47	Incisional	Direita	12	Nao	60
3	Feminino	68	Incisional	Direita	20	Sim	43
4	Feminino	50	Incisional	Direita	4	Nao	49
5	Feminino	42	Incisional	Direita	20	Sim	70
6	Feminino	53	Incisional	Direita	15	Nao	72
7	Masculino	64	Incisional	Direita	5	Nao	57
8	Masculino	58	Incisional	Direita	10	Sim	12
9	Masculino	38	Incisional	Direita	15	Sim	50
10	Masculino	50	Incisional	Direita	7	Sim	51
11	SMasculino	45	Incisional	Esquerda	15	Sim	67
12	Masculino	41	Incisional	Esquerda	8	Sim	39
13	Masculino	55	Incisional	Esquerda	10	Nao	45
14	Feminino	38	Incisional	QEsquerda	8	Sim	N.a.*
15	Feminino	61	Incisional	Direita	14	Sim	N.a.
16	Feminino	55	Incisional	Direita	12	Sim	N.a.
17	Feminino	49	Incisional	Direita	10	Sim	N.a.
18	Masculino	58	Incisional	Esquerda	9	Nao	N.a.
19	Masculino	41	Incisional	Esquerda	11	Nao	N.a.
20	Masculino	56	Incisional	Direita	16	Sim	N.a.

\* N.a.: casos sem seguimento.

o material de escolha e a abordagem - convencional versus laparoscópica – ainda sejam discutíveis. Na opinião dos autores, o uso de tela torna-se imprescindível na correção das grandes eventrações lombares, nas quais não é factível a reaproximação primária sem tensão.

Há relatos de tentativa de resolução do problema através de rotação de tecido muscular fixando-os junto ao ilíaco, porém de difícil reprodução e resultados pouco animadores<sup>15</sup>, e sobre os quais os autores não têm experiência. Similarmente, Staerman utilizou uma técnica com enxerto autólogo em oito pacientes com HLI de grande monta, sem recorrência em 75% dos casos acompanhados por um período de 14 meses. Nesta série, são apresentados cinco pacientes com reparo sem uso de tela, com uma taxa de sucesso de 80%, sendo a recorrência ocorrida no caso 6, conforme referido<sup>15</sup>.

O uso de material sintético associado a retalhos em sanduíche tem sido relatado<sup>3</sup>. Uma dificuldade encontrada no reparo extraperitoneal são os limites ósseos, incluindo a crista ilíaca ou os arcos costais, que tornam a fixação da tela mais complexa<sup>4</sup>. De qualquer forma, há relatos de procedimentos semelhantes, descritos nos casos de eventrações lombares<sup>3</sup>.

O reparo com materiais sintéticos tem se tornado o padrão nos últimos anos, entretanto alguns aspectos permanecem em divergência, particularmente em relação ao material de escolha. Petersen<sup>10</sup> preconiza a utilização de diferentes materiais, dependendo da circunstância. O autor costuma interpor uma tela pré-peritoneal, o que corresponde à técnica empregada em quatro dos nossos

casos. Nas situações em que há chance potencial de contato da tela com alças intestinais, é empregada tela de politetrafluoroetileno expandido (PTFE), que reconhecidamente evita aderências intestinais mais sérias. Quando a tela é colocada acima do peritônio preferimos a de polipropileno ou poliéster.

Um aspecto recente é a divergência a respeito da abordagem: laparoscópica ou convencional. Do ponto de vista de alguns<sup>10</sup> há uma necessidade essencial de inserção de ampla tela (25 cm × 38 cm), colocando em dúvida a capacidade técnica do procedimento laparoscópico neste preceito. Mesmo após o reparo convencional preconizado, quase todos os pacientes apresentam algum grau de desconforto no local da cirurgia, especialmente dor persistente e mesmo abaulamento local. Dessa forma surge o questionamento a respeito desta modalidade de tratamento. Na presente casuística não foi utilizada a técnica laparoscópica, não havendo, no momento, meios de comparação em função da inexistência de séries controladas com bom nível de evidência.

## CONCLUSÃO

Os autores recomendam a intervenção convencional em detrimento da laparoscópica, utilizando-se de reparo primário nos casos com diâmetro inferior a 5 cm. Nos casos com diâmetro superior torna-se imprescindível realizar a individualização das estruturas circunjacentes a fim de aproximá-las sem tensão, caso contrário, o uso de material protético deve ser adotado.

**ABSTRACT**

**Background:** An incisional lumbar hernia after a flank incision is a problem in hernia surgery. In recent decades preperitoneal prosthetic herniorrhaphy became a widely accepted procedure for abdominal wall hernias, but there are no reports with more than 6 cases. To evaluate outcome and technique of repair the flank hernias we reviewed our data on every patient who underwent this type of repair. **Methods:** We identified 20 patients who underwent hernia repair after incisional or traumatic hernia of the flank within the last 10 years. All the patients were followed in the General Surgery Service of de ISCMPA/FFFCMPA. **Results:** Using information from the database, we analyze 20 cases of lumbar hernia. The majority (19 cases) were incisional hernias, only one was traumatic. The right side was affected in 14 cases and the left in 6 cases. The median follow-up was 60 months (5-72), although 7 cases have no follow-up. There was no failure during a follow-up 6 months to 8 years. However, one patient remained with weakness on flank, two presented seroma and that varied between one presented wound infection. **Conclusions:** We authors recommend the conventional intervention instead of a laparoscopic one, in which a primary repair was used in cases of diameters up to 5 cm. In case of wider diameters it becomes mandatory to approach borders without tension, otherwise prosthetic material should be adopted.

**Key words:** Hernia, ventral; Lumbosacral region.

**REFERÊNCIAS**

- Esposito TJ, Fedorak I. Traumatic lumbar hernia: case report and literature review. *J Trauma*. 1994;37(1):123-6.
- Sakarya A, Aydede H, Erhan MY, et al. Laparoscopic repair of acquired lumbar hernia. *Surg Endosc*. 2003;17(9):1494. Epub 2003 Jul 10.
- Sutherland RS, Gerow RR. Hernia after dorsal incision into lumbar region: a case report and review of pathogenesis and treatment. *J Urol*. 1995;153(2):382-4.
- Arca MJ, Heniford BT, Pokorny R, et al. Laparoscopic repair of lumbar hernias. *J Am Coll Surg*. 1998;187(2):147-52.
- Maeda K, Kanehira E, Shinno H, et al. Laparoscopic tension-free hernioplasty for lumbar hernia. *Surg Endosc*. 2003;17(9):1497. Epub 2003 Jun 19.
- Shekarriz B, Graziottin TM, Gholami, et al. Transperitoneal preperitoneal laparoscopic lumbar incisional herniorrhaphy. *J Urol*. 2001;166(4):1267-9.
- Barry JM. Re: Transperitoneal preperitoneal laparoscopic lumbar incisional herniorrhaphy. *J Urology*. 2002;167(4):1800.
- Alves Jr. A, Maximiano L, Fujimura I, et al. Grynfelt hernia. *Arq Gastroenterol*. 1996;33(1):32-5.
- Staerman F, Staerman H, Guiraud P, et al. Autogenous skin graft in the treatment of large incisional lumbar hernias and bulges. *Eur Urol*. 1997;32(2):209-12.
- Petersen S, Schuster F, Steinbach F, et al. Sublay prosthetic repair for incisional hernia of the flank. *J Urol*. 2002;168(6):2461-3.
- Paul A, Korenkov M, Peters S, et al. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. *Eur J Surg*. 1998;164(5):361-7.
- Korenkov M, Paul A, Sauerland S, et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an expert's meeting. *Langenbecks Arch Surg*. 2001; 386(1):65-73.
- Petersen S, Henke G, Freitag M, et al. [Experiences with reconstruction of large abdominal wall cicatricial hernias using Stoppa-Rives pre-peritoneal mesh-plasty.] *Zentralbl Chir*. 2000;125(2):152-6.
- Mazzucchi E, Nahas WC, Antonopoulos I, et al. Incisional hernia and its repair with polypropylene mesh in renal transplant recipients. *J Urol*. 2001;166(3):816-9.
- Bolkier M, Moskovitz B, Ginesin Y, et al. An operation for incisional lumbar hernia. *Eur Urol*. 1991;20(1):52-3.

Endereço para correspondência:

Fernando A. B. Pitrez

Rua Padre Chagas 367/801

90570-080 - Porto Alegre. RS

Email: fipitrez@terra.com.br ou daniel\_rech@ibest.com.br