Correction of giant incisional hernia in late postoperative of hysterectomy: a case report

Correção de hérnia incisional gigante em pós-operatório tardio de histerectomia: um relato de caso

Luiz Felipe Perin^{1*}, Leandro Tozzo²

¹Curso de Medicina. Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz.

²Médico Cirurgião. Fundação Hospitalar São Lucas

Case Report

ARTICLE INFO

Article history:

Received 16 August 2020

Revised 11 October 2020

Accepted 23 November 2020

Available online 20 December 2020

Blind reviews

Keywords:

Giant incisional hernia

Correlative surgery

Polypropylene prosthetic

Surgery wound infection

ABSTRACT

The incisional hernia is a result of an inadequate healing process of the operatory incision, it may or may not have protuberance and its diagnosis is clinical or through imaging. In this report, we present the case of a 48-year-old female patient who presented with a protuberance of high volume in the hypogastric area which extended to the iliac fossa and became bigger when the Valsalva Maneuver was performed. From this diagnosis, the open surgery approach was adopted, in which we performed hernia exploration, identification of vital structures, resection of a septate seroma and the hernia sac, relocation of the intestinal loops to the peritoneum, setting a polypropylene prosthetic, raffia of the layers, setting a Penrose drain and the skin raffia. In the immediate post-op, the patient did not present with surgical complications, she was discharged from the hospital the next day and continued with ambulatorial monitoring. In this monitoring, this patient presented a new seroma due to rejection of the polypropylene prosthetic and surgery wound infection that were treated of according to the references in current medicine practices.

RESUMO

A hérnia incisional (HI) resulta de uma cicatrização inadequada na área de uma incisão operatória, pode ou não ter protuberância, e seu diagnóstico é clínico ou por imagem. Neste relato apresentamos o caso de uma paciente feminina de 48 anos que apresentou uma protuberância de grande volume em hipogástrico que se estendia para fossas ilíacas e se tornava maior ao fazer Manobra de Valsalva. A partir do diagnóstico clínico optou-se pela abordagem cirúrgica aberta, na qual foi realizada exploração da hérnia, identificação de estruturas vitais, ressecção de um seroma septado e do saco herniário, realocação da alças intestinais para dentro do peritônio, colocação de prótese de polipropileno, rafia dos planos, colocação de dreno de Penrose e rafia da pele. No pós-operatório imediato, a paciente não apresentou complicações cirúrgicas, recebeu alta do hospital no dia seguinte e manteve acompanhamento ambulatorial. No seguimento ambulatorial, a paciente em questão evoluiu com um novo seroma, rejeição à prótese de polipropileno e infecção de ferida operatória, sendo tratadas conforme referências da medicina atual.

Palavras-chave:

Hérnia incisional gigante

Cirurgia corretiva

Prótese de polipropileno

Infecção de ferida operatória

* Corresponding author at:

luizfp_95@hotmail.com.

<https://orcid.org/0000-0003-0331-2926>

1. Introdução

As Hérnias Incisionais (HI), acontecem em aproximadamente 11% das laparotomias, são mais comuns em mulheres e estão relacionadas com alguns fatores de risco como infecção da ferida cirúrgica no pós-operatório (PO), uso de corticoides, obesidade, múltiplas laparotomias, tipos de incisão, cuidados técnicos no fechamento da parede abdominal, tratamento com quimioterápicos, diabetes e idade avançada. Essas HIs podem aparecer no PO imediato ou tardio e seu diagnóstico se faz pela clínica ou exame de imagem (SPERANZINI *et al.*, 2010).

Caso as HI não sejam corrigidas, podem causar, encarceramento intestinal, necrose de alças, úlceras cutâneas, fístulas, limitações nas atividades de vida diárias, entre outras consequências. A incisão mais relacionada com eventrações é a mediana infraumbilical (RAMOS *et al.*, 2007).

Pacientes com HI consideradas grandes, maiores que 5cm, aconselha-se fazer o reparo prótese de polipropileno, também conhecida como tela, mesmo assim há recidiva de 32% e chance de complicações locais (SOARES *et al.*, 2019). As principais complicações são: infecções que acometam a tela, reações por corpo estranho, aderências a mucosa intestinal, oclusão intestinal e fistulização. Essas complicações podem levar a extrusão da tela (EL ZEIN *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) e Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR) em 2007, em uma amostra de 46 pacientes com HIs, no PO houve infecção da ferida operatória (FO) em 36,6% dos pacientes (ROXO *et al.*, 2008). Já os hematomas se formaram em 8,5% dos pacientes, seguidos de seromas e necroses que, juntos, somaram 8,6% dos pacientes (SPERANZINI *et al.*, 2010).

Assim relatamos um caso de HI volumosa, que se manifestou com uma enorme protuberância em baixo ventre no PO tardio de histerectomia, feita com incisão de Pfannenstiel. O diagnóstico foi feito clinicamente e houve necessidade de abordagem cirúrgica para correção do defeito, então a paciente foi encaminhada para o serviço de Cirurgia Geral.

2. Metodologia

Este trabalho se encontra em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto se tratar de pesquisa com ser humano. Previamente à sua realização, este foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz e aprovado pelo número CAAE 14580619.6.0000.5219. O estudo é do tipo relato de caso, a abordagem utilizada foi qualitativa do quadro da paciente e o estudo foi realizado após diagnóstico compatível com HI, posterior correção cirúrgica, revisão do prontuário e relatório da cirurgia (BARBOSA *et al.*, 2020; CHAGAS *et al.*, 2019; NETO *et al.*, 2019; VEIGA *et al.*, 2020).

3. Relato do Caso

Paciente feminina, 48 anos, chega ao serviço municipal de saúde referindo que há 2 anos estava crescendo uma protuberância em hipogástrio que se estendeu para fossas ilíacas e aumentava ao realizar esforços. O abaulamento começou a aparecer depois de uma Histerectomia há 7 anos por conta de miomatose uterina. Também referia dor local e dificuldade para realizar algumas atividades diárias pelo incômodo causado pelo abaulamento, então foi encaminhada ao serviço de cirurgia geral do município. Na avaliação do

cirurgião, no exame físico, a paciente apresentava abdome globoso, flácido, com grande abaulamento em região hipogástrica e na palpação abdominal, era possível identificar o anel herniário se estendendo do hipogástrio até as fossas ilíacas. O exame físico juntamente com o histórico da paciente, foram decisivos para o diagnóstico de Hérnia Incisional (HI).

Além da histerectomia, na qual foi feita incisão Pfannenstiel, a paciente fez 2 cesarianas com o mesmo tipo de incisão e uma apendicectomia com incisão mediana infraumbilical. A HI era horizontalizada e se estendia por todo o baixo ventre, além da área da cicatriz cirúrgica, com cerca de 38x17cm de extensão.

A História Pregressa da paciente é composta de risco cirúrgico ASA III, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade Grau I (IMC 33,7). Faz uso de Enalapril 20mg/dia, Carvedilol 25mg/dia, Hidroclotiazida 25mg/dia, AAS 100mg, Metformina 500mg, Sinvastatina 20mg, Isordil Sublingual 10mg/dia, Sertralina 100mg/dia e Pantoprazol 20mg/dia. Nega tabagismo e etilismo. Foi orientada a suspender uso do AAS 7 dias antes da data da cirurgia.

O ato cirúrgico ocorreu sem complicações. Anestesia utilizada foi Raquimedular. A incisão foi elíptica e ampla para ressecção das cicatrizes anteriores. Após ressecção da cicatriz cutânea foi identificado um seroma septado anterior a hérnia, que se estendia por toda a área de cicatriz, após feita identificação de estruturas, do saco herniário, anel herniário e planos anatômicos, realizou-se a ressecção do seroma e do saco herniário, seguido pela realocação das alças intestinais para dentro do peritônio e rafia do anel herniário, que possuía aproximadamente 20cm, utilizando Fio absorvível (Dexon®) 1. Para reforço foi usada prótese BARD® Mesh, plana, 100% polipropileno, de alta gramatura e tamanho de 15x15cm, em posição acima da camada muscular, que foi cortada ao meio e posicionada uma sobre a outra, usando a técnica de Tela em Ponte, para cobrir todo o orifício e obter uma boa margem para fixação, que foi feita com fio Nylon 2-0. A rafia das aponeuroses foi feita com fio absorvível (Dexon®) 1 e foi posicionado um dreno de Penrose sobre o músculo Reto Abdominal. Por último foi realizada a rafia do tecido subcutâneo, da pele e fixação do dreno com fio Nylon 3-0.

No internamento do pós-operatório (PO), paciente se apresentava em bom estado geral, referia pouca dor no local da incisão e negava febre. A FO também estava em bom estado, sem sinais flogísticos, mas havia um pequeno débito de líquido seroso e sem odor, pelo dreno. Recebeu alta com 01 dia de internamento, com receita de ciprofloxacino 500mg 12/12 horas por 7 dias, Paracetamol 500mg de 6/6 horas se dor ou febre e orientações gerais sobre o cuidado do PO.

No 7º dia de PO recente, paciente foi ao ambulatório de Cirurgia para acompanhamento referindo hiporexia, pouca dor e presença de secreção sero-sanguinolenta volumosa pelo dreno, com odor fétido e troca de curativos 2x/dia. Foi feita troca do antibiótico para levofloxacino 500mg por 7 dias. Ao exame físico a FO estava em bom estado geral e sem sinais flogísticos.

No 14º dia de PO, paciente refere melhora da secreção que agora sai em menor quantidade, nega dor e febre. Ao exame físico a FO estava em bom estado geral, foi feita retirada dos pontos e retirada do dreno. No 15º dia a paciente referiu que começou a se sentir astênica, com náuseas e vômitos, evoluiu com febre (aferida de 40°C) e eritema na região da FO.

No 16º dia de PO, foi a Unidade de Saúde do Município e o Médico da unidade a encaminhou para o hospital. No internamento, foi avaliado que a FO apresentava conteúdo piosanguinolento volumoso e odor fétido intenso. No hospital, optou-se por fazer uma reabordagem cirúrgica, em que se detectou-se uma grande quantidade de secreção purulenta comprometendo toda a prótese de polipropileno, porém a

parede abdominal continuava íntegra e sem fistulização. Foi realizado debridamento da área, limpeza local exaustiva, retirada da tela, debridamento e posicionamento de um novo dreno, tipo portovac. No Pós-Operatório Imediato a paciente encontrava-se estável, com boa melhora do quadro e negando queixas.

Figura 1: Processo cirúrgico. A: Hérnia incisional abdominal antes do procedimento cirúrgico. B: Pele da cicatriz antiga e seroma septado ressecados. C: Conteúdo intestinal presente dentro do saco herniário. D: Correção com prótese de polipropileno acima da camada muscular. E: Aspecto final da ferida operatória após rafia da pele.

No 5º dia de PO da reabordagem, a paciente ainda estava internada, estável, apresentando melhora do estado geral. FO em bom estado, tecido cutâneo adjacente levemente eritematoso e com pouca secreção.

No 7º dia do PO da reabordagem, paciente recebeu alta hospitalar, mantendo o dreno em FO, antibióticoterapia e com orientações gerais.

No 14º dia de PO da reabordagem a paciente referiu melhora do quadro, apresentando pouco débito em ferida operatória, porém com secreção hialina e sem odor. Nega dor e febre após esta data. A mesma seguiu em acompanhamento ambulatorial até o presente momento, sem queixas relacionadas ao quadro.

As Hérnias Incisionais (HI) aparecem com mais frequência em cirurgias que utilizem incisões verticais, principalmente a Mediana Infra-Umbilical. Apresenta como principais complicações, infecção local, rejeição da prótese, recidiva e oclusões ou sub-occlusões intestinais (SPERANZINI *et al.*, 2010).

A correção de HIs pode ser feita com a colocação de próteses de polipropileno ou somente com rafia primária e plicatura da aponeurose abdominal, cada uma com suas vantagens (MARKOVIC *et al.*, 2016).

No caso dessa paciente foi usada prótese de polipropileno, no PO houve rejeição a tela e somente o uso de antibióticos se tornou ineficaz, sendo necessária então uma reabordagem cirúrgica. Como não foram identificadas alterações estruturais e fistulas peritoneais, não necessitou de abertura peritoneal para limpeza da cavidade, então foi feita a remoção da tela e debridamento local. Após a reabordagem cirúrgica a paciente teve uma boa evolução e melhora do quadro (FISTAROL *et al.*, 2020).

4. Considerações finais

Então conclui-se que, além do cirurgião estar apto a realizar a cirurgia e ter domínio sobre a execução das técnicas corretas para correção de HI gigantes, é extremamente necessário ficar alerta com as possíveis complicações, como, sinais flogísticos, sinais de infecção ativa, drenagem de secreções em grande quantidade ou formação de abscessos que podem indicar rejeição da prótese, quando usada. Quando é usada uma prótese para a correção, a principal desvantagem é quando há o comprometimento dela, pois somente a antibióticoterapia pode ser ineficaz, assim, o paciente necessita de uma reabordagem cirúrgica para retirada do material, debridamento, identificação de possíveis complicações e

fistulizações e realização dos procedimento cabíveis para correção do problema.

5. Conflito de interesse

Os autores relatam não haver conflito de interesse

6. Referências

- BARBOSA, B., MOTTER, F., & LINARTEVICH, V. bloqueio do gânglio esfenopalatino via transnasal para tratamento de cefaleia pós raquianestesia: relato de caso. *Fag Journal Of Health (FJH)*, 2(3), 412-415, 2020. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i3.233>
- CHAGAS, B., SOARES, M., SOARES, H., SOARES, A. C., & BRANDEIRA, J. L. Hematoma extradural de vértex: a propósito de um caso clínico. *Fag Journal Of Health (FJH)*, 1(3), 310-318, 2019. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.119>
- EL ZEIN, H., FERRUZZI, D., & TOREGEANI, J.. tumor de corpo carotídeo: relato de 3 casos. *Fag Journal Of Health (FJH)*, 2(1), 149-153, 2020. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.148>
- FISTAROL, D., ZILOTTI, L., JUNIOR, A., & MORELLI, D. Gist mimetizando tumor de ovário - um relato de caso. *Fag Journal Of Health (FJH)*, 2(1), 165-171, 2020. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.146>
- MARKOVIC, A.; BARREIRA, M.A; GOES, A. C. A. M. **Hérnia Incisional: Proposta de Fluxograma que Oriente o Tratamento.** Journal of Health and Biological Sciences, v. 4, n. 4, p. 257-64, ago 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v4i4.998.p257-264.2016>>. Acesso em: 24 de Abril de 2019.
- NETO, H., CHAGAS, B., SOARES, M., LACHINSKI, R., & LINARTEVICH, V. Síndrome de stevens-johnson associada a fenitoína em pós-operatório de hemorragia intraparenquimatosa cerebral: relato de caso. *Fag Journal Of Health (FJH)*, 1(4), 169-184, 2019. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.110>
- RAMOS, F.Z.; SIGNORE, F.L.; RIBAS-FILHO, J.M.; THIELE, E.S.; DROBOWOLSKY, S.; SALLES Jr, G.S.; FONSECA, V.R.C.D.; BARONCELLO, J. **Perfil Epidemiológico de Pacientes com Hérnia Incisional.** ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 20, n 4, p. 230-3, jun 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v20n4/a03v20n4.pdf>>. Acesso em: 24 de Abril de 2019.
- ROXO, C.D.P; ROXO, A.C.W; LABANCA, L.; RICARDO, C.; MARTINS, P. **Tratamento das hérnias incisionais nas abdominoplastias multifuncionais.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 23, n. 3, p. 184-8, jun 2008. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/410/pt-BR>>. Acesso em 24 de Abril de 2019.
- SOARES, M., CHAGAS, B., SOARES, H. B., PERON, C., & SOARES, A. C. Apresentação de neuroblastoma ectópico: relato de caso. *Fag Journal Of Health (Fjh)*, 1(4), 107-111, 2019. <https://doi.org/10.35984/fjh.v1i4.132>
- SPERANZINI, M.B.; DEUTSCH, C.B. **Grandes Hérnias Incisionais.** ADCD – Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, v. 23, n. 4, p. 280-6, mai 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v23n4/v23n4a15.pdf>>. Acesso em 24 de Abril de 2019.
- VEIGA, P., BOCKLER, K., UEDA, L., & PORTO, I. Mixoma atrial: um relato de caso. *Fag Journal Of Health (Fjh)*, 2(1), 159-164, 2020. <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.158>