Incidência de hérnias incisionais em pacientes submetidos a laparotomias medianas em um hospital de ensino no interior do estado do Rio Grande do Sul

Incidence of incisional hernias in patients submitted to midline laparotomy in a teaching hospital in the interior of Rio Grande do Sul

Viliam Gustavo Weber[1], Dóris Medianeira Lazaroto Swarowisky[2], Lucas Matheus Born[1], Monique Fernandes Bins[3], Jéssica Francine Wichmann[1]

RESUMO

Introdução: Avaliar o comportamento da parede abdominal dos pacientes submetidos à laparotomia mediana em um programa de residência médica em cirurgia geral no interior do estado do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal de caráter descritivo que avalia o comportamento da parede abdominal após laparotomia mediana, no período de 2011 a 2014, em pacientes com idade superior a 13 anos. **Resultados:** Dos 30 pacientes avaliados, 12 apresentaram hérnia incisional (40%); destes, 25% eram obesos e 25% diabéticos. Em 17% dos casos com hérnia incisional, houve infecção de ferida operatória. No grupo que apresentou hérnia, a maioria dos pacientes teve o fechamento de sua parede realizado por residentes do primeiro ano (R1). Em 42% dos casos com hérnia, foi utilizado poliglactina 910 para fechamento da parede abdominal. Os pacientes que foram diagnosticados com hérnia incisional permaneceram internados uma média de 4 dias a menos que os pacientes que não apresentaram hérnia. Todos os pacientes foram submetidos à laparotomia mediana e 29 deles foram submetidos à cirurgia de urgência, não sendo possível realizar uma comparação entre estas variáveis. **Conclusão:** De todos os parâmetros analisados, o tipo de fio de sutura utilizado para fechamento da parede, bem como por quem este fechamento foi realizado e o tempo que estes pacientes permaneceram internados foram os mais expressivos quanto ao desenvolvimento de hérnia incisional.

UNITERMOS: Hérnias, Laparotomia, Complicações Pós-operatórias.

ABSTRACT

Background: *To evaluate the behavior of the abdominal wall in patients undergoing laparotomy in a medical residency program in general surgery in the interior of Rio Grande do Sul.* ***Methods:*** *This is a descriptive longitudinal study that evaluates the behavior of the abdominal wall after laparotomy, in the period from 2011 to 2014 in patients aged over 13 years.* ***Results:*** *Of the 30 patients evaluated, 12 had incisional hernia (40%), and of these, 25% were obese and 25% were diabetic. In 17% of the cases with incisional hernia, there was wound infection. In the group with hernia, most patients had the closing of their wall performed by a first year resident (R1). In 42% of the cases with hernia, polyglactin 910 was used for closure of the abdominal wall. The patients diagnosed with incisional hernia remained hospitalized an average of four days less than did those without hernia. All patients underwent midline incision and 29 of them underwent emergency surgery, but it was not possible to make a comparison between these variables.* ***Conclusion:*** *Of all the analyzed parameters, the type of suture used to lock the wall, who performed this closure and the length of time these patients remained hospitalized were the most significant ones regarding the development of incisional hernia.*

KEYWORDS: *Hernia, Laparotomy, Postoperative Complications.*

[1] Graduando do Curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc).
[2] Mestrado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Curso de Medicina da Unisc.
[3] Cirurgiã Geral.

INTRODUÇÃO

A hérnia incisional é uma complicação comum do fechamento da parede abdominal. Estudos prospectivos mostram uma incidência que varia de 5% a 20% após laparotomias medianas longitudinais, no primeiro ano de seguimento (1,2,3). Entretanto, estudos prospectivos de 10 anos demonstraram que menos de 50% das hérnias incisionais ocorrem no primeiro ano após a cirurgia, enquanto 35% aparecem cinco anos ou mais após o procedimento (4). Embora a maioria das hérnias incisionais seja assintomática, um terço está associado à dor, ao encarceramento e ao estrangulamento. A taxa de recidiva é de 10% nas correções com prótese e 50% sem o seu uso (5). Os fatores de risco para o aparecimento de hérnia incisional são os que podem comprometer o processo de cicatrização da parede abdominal, tais como fatores associados ao paciente (doenças sistêmicas, obesidade, tabagismo e uso de alguns medicamentos), fatores locais (infecção de ferida operatória, seroma e hematoma) e má escolha da técnica cirúrgica.

O diagnóstico da hérnia incisional é feito, na maioria dos casos, pela anamnese e pelo exame físico do paciente. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento conservador é feito através do uso de cintas sob o abdome do paciente. É usado apenas como tratamento paliativo em pacientes com alto risco cirúrgico. A cirurgia é dividida em dois grupos: o grupo com uso de próteses e o grupo com fechamento primário da aponeurose.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo longitudinal de caráter descritivo-analítico, em que foram selecionados 124 pacientes que foram submetidos à laparotomia mediana no período de 2011 a 2014 dentro do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital Santa Cruz (HSC), hospital de ensino vinculado à Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc).

O presente estudo contemplou três etapas: acompanhamento ambulatorial destes pacientes, análise de prontuários e entrevista com aspectos específicos relacionados à evolução clínico-cirúrgica destes pacientes.

Os critérios de inclusão empregados foram: ter sido submetido à laparotomia mediana no período de 2011 a 2014, dentro do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, com período mínimo de 12 meses após o começo do Programa de Residência iniciado em 2010, com termo de consentimento assinado, maiores de 13 anos, e que compareceram às revisões ambulatoriais, bem como à entrevista feita em 2014. Foram excluídos os pacientes que evoluíram a óbito e pacientes cujo banco de dados consultado não possibilitou o contato.

A primeira etapa consistiu em acompanhamento ambulatorial realizado por residentes e preceptores dentro da rotina usual do PRM de cirurgia geral. Na segunda etapa, foram coletadas informações nos prontuários destes pacientes quanto ao tempo cirúrgico, os dias de internação após a cirurgia, os tipos de fio de sutura utilizados, por quem este fechamento foi realizado (residentes do primeiro ano, do segundo ano ou preceptor) e comorbidades associadas. Houve, também, avaliação das variáveis individuais dos pacientes que incluem: idade, sexo, altura, peso e cor. A terceira etapa, que ocorreu em 2014, compreendeu contato telefônico agendando a revisão clínica com anamnese evolutiva, exame físico e entrevista no ambulatório de cirurgia geral. Na ocasião, buscaram-se na anamnese e no exame físico informações e dados objetivos sobre as comorbidades destes pacientes (doenças pulmonares, obesidade (IMC>30), *diabetes mellitus*, hipertensão, anemia e dislipidemia), intercorrências no pós-operatório, satisfação do paciente com o resultado estético da cicatriz cirúrgica e a presença de hérnia incisional.

Este estudo considerou 30 pacientes que preencheram os requisitos para a pesquisa, perfazendo 24,2% dos pacientes operados neste período. A entrevista teve caráter qualiquantitativo. As informações coletadas foram compiladas em um banco de dados (Epidata) e posteriormente analisadas.

RESULTADOS

A casuística foi composta por 30 pacientes submetidos à laparotomia exploradora entre 2011 e 2014 no serviço de residência médica de cirurgia geral do Hospital Santa Cruz. A média de idade foi de 51,8 anos, a maioria de cor branca e do sexo masculino. Destes pacientes, 12 (40%) foram diagnosticados com hérnia incisional no momento da terceira etapa do presente estudo.

Dos pacientes que apresentaram hérnia incisional, 25% eram obesos comparados a 11% do grupo sem hérnia. O fechamento da parede abdominal dos pacientes que foram diagnosticados com hérnia, em 75% dos casos, foi feito por residentes do primeiro ano e 25% por residentes do segundo ano. No grupo sem hérnia incisional, 50% dos pacientes tiveram o fechamento realizado por R1, 44,5% por R2 e 5,5% por preceptor.

Houve uma diferença em relação ao tempo de internação destes pacientes: os que foram diagnosticados com hérnia incisional permaneceram internados em uma média de 8,8 dias, já os que não apresentaram hérnia incisional tiveram alta somente após 12,7 dias da cirurgia. A média do tempo cirúrgico dos pacientes que apresentaram hérnia incisional foi de 167 minutos, comparados a 136 minutos do grupo sem hérnia.

Quanto às complicações pós-operatórias destes pacientes, 17% dos pacientes com hérnia incisional apresentaram infecção de ferida operatória *versus* 6% dos pacientes sem hérnia. Em relação às comorbidades associadas, apenas os pacientes diabéticos apresentaram maior incidência de

hérnia incisional, foram 25% no grupo com hérnia *versus* 16% no grupo sem hérnia. Hipertensão, anemia, hipotireoidismo e dislipidemia não apresentaram diferenças estatísticas quanto ao aparecimento de hérnia.

No grupo que apresentou hérnia incisional, 58% tiveram o fechamento da parede abdominal feito com fio inabsorvível (mononylon) e 42% com fio absorvível (vicryl). No grupo sem hérnia, a sutura da aponeurose foi realizada com fio inabsorvível em 78% dos casos e com fio absorvível em 22% dos pacientes.

As outras variáveis estudadas foram: sexo, cor, idade, tabagismo, presença ou não de dreno no pós-operatório e motivo da cirurgia (abdome agudo inflamatório, obstrutivo, perfurativo ou trauma).

O tempo de espera entre o diagnóstico e o ato cirúrgico, bem como o número de dias entre a alta e a primeira revisão ambulatorial foram semelhantes em ambos os grupos.

Não foi possível comparar a incidência de hérnia incisional entre cirurgias de urgência e eletivas, visto que, dos 30 pacientes analisados, 29 foram submetidos à cirurgia de urgência. Da mesma forma que não foi viável uma comparação entre as incisões realizadas, pois todos os pacientes foram submetidos à incisão mediana.

DISCUSSÃO

A hérnia incisional é uma complicação comum da cirurgia abdominal e uma fonte importante de morbidade, com uma considerável proporção de encarceramento e estrangulamento, necessitando cirurgia de urgência.

As hérnias incisionais merecem especial atenção pela sua alta incidência e potencial de morbidade. Acredita-se formalmente que a formação da hérnia incisional se deve à má técnica operatória; entretanto, existe uma série de outros fatores relacionados ao paciente que aumentam o seu desenvolvimento. Inclusive, nas herniorrafias em que é utilizada tela, as taxas de recorrência podem chegar a 20%, sugerindo outros fatores de risco, especialmente relacionados ao processo de cicatrização da parede abdominal.

Quanto aos antecedentes mórbidos, verificou-se que apenas os pacientes diabéticos e obesos apresentavam associação com a formação de hérnia incisional. De acordo com Maingot e colaboradores, além da obesidade e do diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crônica também é um fator de risco importante (9). Os pacientes diabéticos apresentam um risco cinco vezes maior de infecção de ferida operatória quando comparados aos não diabéticos, bem como uma debilitada circulação colateral causada pela oclusão dos vasos devido à hiperglicemia. A obesidade aumenta a pressão abdominal causando um excesso de tensão na ferida operatória.

O perfil demográfico da amostra analisada mostra um predomínio da etnia caucasiana (80%), não sendo viável uma comparação entre as raças. Embora em seu estudo Bucknall mostre predominância do sexo masculino, esta relação não pôde ser demonstrada neste estudo (8). Já outro estudo, tal como o de Marcondes e colaboradores apresentaram maior incidência das hérnias incisionais no sexo feminino. Há uma grande controvérsia na literatura quanto à relação entre o sexo e a hérnia incisional, necessitando novas pesquisas para melhor definir esta associação.

Enquanto neste estudo a idade dos pacientes não apresentou associação com o aumento da incidência de hérnia incisional, na literatura pesquisada, a idade de 45 anos ou mais é um fator de risco significativo para o aparecimento desta hérnia, devido à desaceleração do processo de cicatrização em pessoas mais idosas (23).

Não foi possível avaliar os tipos de incisão, visto que todos os pacientes deste estudo foram submetidos à laparotomia mediana. Há estudos que concluem que a incisão paramediana é superior à mediana, chegando a reduzir a incidência de hérnia incisional a valores de 1% (6).

Infecção foi a intercorrência pós-operatória que apresentou maior associação com o desenvolvimento de hérnia incisional. Hamid e colaboradores verificaram um aumento de 54,7% nas taxas de hérnia incisional nos pacientes que apresentaram infecção de ferida operatória (11). A infecção enfraquece a parede abdominal devido à diminuição da concentração e atividade dos fibroblastos que ela causa.

A literatura estudada não correlaciona o tempo de internação pós-operatória com o surgimento de hérnia incisional. Neste estudo, verifica-se que os pacientes internados por mais dias apresentaram menor incidência de hérnia. Também não se encontram dados quanto ao tempo cirúrgico, o qual, no presente estudo, mostrou-se maior nos pacientes que apresentaram hérnia incisional.

Quanto à técnica cirúrgica, este estudo corrobora as informações encontradas na literatura que evidencia a técnica do cirurgião como um fator de importância no desenvolvimento da hérnia incisional, uma vez que os pacientes que apresentaram maiores taxas de hérnia tiveram suas paredes abdominais fechadas por residentes do primeiro ano. Acredita-se que estes residentes, por serem ainda principiantes, não tenham sua técnica cirúrgica muito aprimorada.

Em relação aos fios de sutura utilizados, verificou-se que os pacientes que tiveram suas paredes fechadas com fio absorvível apresentaram taxas mais elevadas de hérnia incisional, comparados aos casos em que foi utilizado fio inabsorvível. De acordo com Hodgson e colaboradores, não há diferença quanto ao uso de fio absorvível de longa duração e inabsorvível, na incidência de hérnia incisional (7) .

Neste estudo, não foi possível avaliar se a incidência de hérnia incisional é maior em cirurgias de urgência quando comparadas a eletivas, pois 29 dos 30 pacientes analisados foram submetidos à cirurgia de urgência. Em um estudo randomizado, Pedro e colaboradores evidenciaram que não há diferença estatística quanto a este item anteriormente mencionado (12).

CONCLUSÃO

De todos os parâmetros analisados, o tipo de fio de sutura utilizado para fechamento da parede abdominal, bem como por quem este fechamento foi feito (R1, R2 ou preceptor) e o tempo que estes pacientes permaneceram internados após a cirurgia foram os mais expressivos quanto ao surgimento de hérnia incisional.

Vale ressaltar, também, a necessidade de um método de ensino mais vigilante, com a implementação de protocolos que reduzam a incidência de complicações pós-operatórias, como as relatadas neste trabalho. Contudo, aspectos constitucionais do indivíduo, como patologias prévias, estão, muitas vezes, fora do alcance do cirurgião, representando um agravante no desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Bucknall TE, Ellis H. Abdominal wound closure – a comparison of-monofilament nylon and polyglycoli acid. Surgry 1981;89:672-677.
2. Cengiz Y, Blomquist P, Israelsson LA. Small tissue bites and wound strength: an experimental study. Arch Surg 2001; 136:272-5.
3. Ellis H, Coleridge-Smith PD, Joyce AD. Abdominal incisions – vertical or transverse? Postgrad Med J 1984; 60:407-10.
4. Gislason, H., Gronbech, J.E., and Soreide, O.: Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations: comparison of three closure techniques. Eur.J.Surg. 161:349, 1995.
5. Greenall MJ, Evans M, Pollock AV.Midline or transverse laparotomy? A random control clinical trial. Part 1: influence on healing. Br J Surg 1980; 67:188-90.
6. Hoer J, Lawong G, Klinge U, Schumpelick V. [Factors influencing the development of incisional hernia. A retrospective study of 2,983 laparotomy patients over a period of 10 years] Chirurg. 2002;73:474-480.
7. Jenkins TPN. The burst abdominal wound: a mechanical approach. Br J Surg 1976; 63: 873-6.
8. Lamont PM, Ellis H (1998) Incisional hernial in re-opened abdominal incisions: an overlooked risk fator. Br. J Surg 75: 374-376.
9. Mudge M, Hughes LE. Incisiona hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes. Br J Surg 1985; 72:70-1.
10. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. Am J Surg 1998;176:666-70.
11. Wissing J, van Vroonhoven Th JMV, Schattenkerk ME, Veen HF, Ponsen RJG, Jeekel J. Fascia closure after midline laparotomy; results of a randomized trial. Br J Surg 1997; 74:738-41.

✉ Endereço para correspondência
Viliam Gustavo Weber
Rua General Osório, 109
95.880-000 – Estrela, RS – Brasil
☎ (51) 8418-6620
viliam.weber@hotmail.com

Recebido: 14/1/2016 – Aprovado: 25/3/2016