



USO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO E TÉCNICA DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES NO TRATAMENTO DE HÉRNIA VENTRAL COM PERDA DE DOMICÍLIO: UM RELATO DE CASO

Santos, F. R., Moura, C. S. S. G. G., Mathias, L. F., Cunha, L.
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Hérnias Ventrais(HV) volumosas, geralmente, estão associadas à perda de domicílio(PD) visceral, consequência da progressão de um defeito na parede abdominal, impedindo, assim, que essa seja capaz de conter as vísceras, gerando uma protrusão para o saco herniário e para fora da parede abdominal. Essa patologia é relevante, haja vista a dificuldade de sua correção, bem como sua prevalência, que, segundo *Bikhchandani et al.*, 2013, corresponde a 20% das laparotomias, resultando em um risco de 5% de vida. Sua reparação sem planejamento, pode conduzir a um quadro de insuficiência respiratória, síndrome compartimental abdominal ou fechamento do defeito em ponte. O pneumoperitônio progressivo pré-operatório(PPP) associado à técnica de separação de componentes (TSC) promovem o retorno da pressão intra-abdominal, estabiliza a função respiratória e aumentam o volume da cavidade abdominal (VCA).

RELATO DE CASO

ACS, 64 anos, IMC 34,7 e HAS, admitido com hérnia incisional e PD, após complicações de laparotomia prévia. Tomografia de abdome (TC) relatava defeito de 10,5 cm, volume do saco herniário (VSH): 2.608,9 cm³, VCA de 7.446 cm³ e relação de volumes (RV): 35%. Conforme protocolo do serviço, realizado PPP com média diária de 1738 mL, por 11 dias efetivos. TC de controle mostrava aumento de 54,8% do VCA e redução completa do conteúdo herniado. No D15, o paciente foi submetido a reconstrução da parede pela técnica de separação de componentes anterior (TSCA) com reforço de tela de polipropileno, além de abdominoplastia.

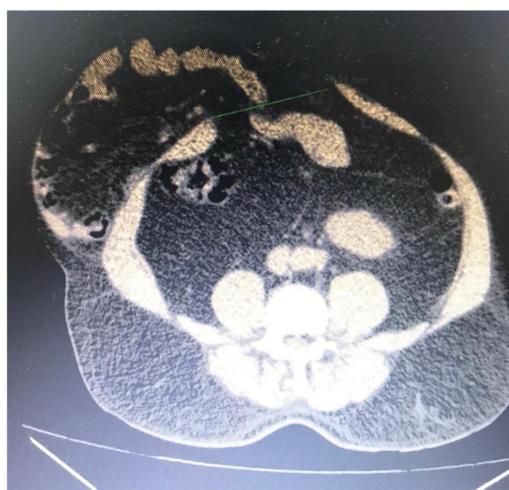


Fig. 1: TC Pré-Operatório



Fig. 2: TC após PPP

Os procedimentos ocorreram sem intercorrências. Tempo de UTI foi 1 dia, com alta hospitalar no 2º DPO. Sem complicações pós-operatórias.



Fig. 3: Abdome no pré-operatório



Fig. 4: Síntese no intraoperatório



Fig. 5: Sétimo dia pós-operatório



Fig. 6: Pós-operatório de 1 mês

DISCUSSÃO

Não há consenso sobre o melhor uso do PPP nem qual o melhor método. *Renard et al.*, com uso do ar ambiente, mostrou aumento médio do VCA em 53%, injeção média de 1227 mL/dia em 45 casos, enquanto *Valezi et al.* mostrou redução de 21,9% na RV e aumento em 21% do VCA, ao insuflar 475mL/dia de CO₂, com baixo índice de complicações. A TSCA é indicada no defeito > 10 cm, promove avanços de até 16 cm, diminuindo as recidivas dos casos complexos. Metanálise com 285 pacientes mostrou recorrência de 9,5% e complicações de ferida operatória (CFO) em 21,6%, já *Cornette et al.*, com 665 pacientes, mostrou resultados com recidiva em 11,9%, além de taxas semelhantes de CFO. Não há estudos com evidência suficiente em definir qual a melhor TSC a ser utilizada, porém a associação das duas técnicas pode ajudar o tratamento de defeitos complexos de parede com PD.

REFERÊNCIAS: 1-Ventral hernia repair in patients with abdominal loss of domain: an observational study of one institution's experience; F. K. Aza. et al. 2017; DOI 10.1007/s10029-017-1576-0

2- Giants incisional hernias; Manilio Basilio Speranzini et al. 2010.

3- Parker, S. G., Halligan, S., Blackburn, S., Plumb, A. A. O., Archer, L., Mallett, S., & Windsor, A. C. J. (2018). What Exactly is Meant by "Loss of Domain" for Ventral Hernia? Systematic Review of Definitions. *World Journal of Surgery*. doi:10.1007/s00268-018-4783-7

4- KOONTZ AR, GRAVES JW. Preoperative pneumoperitoneum as an aid in the handling of gigantic hernias. *Ann Surg*. 1954;140(5):759-762. doi:10.1097/0000658-195411000-00018