

DESAFIOS NO TRATAMENTO DE UMA HÉRNIA SUBXIFOIDE: UM RELATO DE CASO

Larissa Moser Rocha¹, Eduarda Andres Tomilin¹, Joarez Furdado¹, Cecília Mayer Rosa¹, Mateus de Arruda Tomaz¹, Juliane Bucco Gomes², Marcelo Randon Gallegos Monterroso², Dóris Medianeira Lazaroto Swarowsky³

¹ Acadêmicos do curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

² Médico aluno do programa de residência médica do Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do sul, RS

³ Docente do curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

larissamrocha@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Hérnia subxifóide e hérnia incisional são patologias cirúrgicas altamente preocupantes que apresentam uma etiologia em comum: defeito na parede abdominal. A hérnia subxifoide se caracteriza pela passagem de conteúdo abdominal através de um defeito -congénito ou adquirido- na parede do abdome. Já a hérnia incisional representa complicação pós cirúrgica da parede abdominal doente do paciente. O tratamento é a cirurgia de reparação da parede e realocamento do conteúdo extravasado. O diagnóstico é clínico, baseado na palpação, mas podem ser necessários exames de imagem para confirmação. Pode ocorrer estrangulamento e necrose do conteúdo herniado, sendo essa a principal complicação.

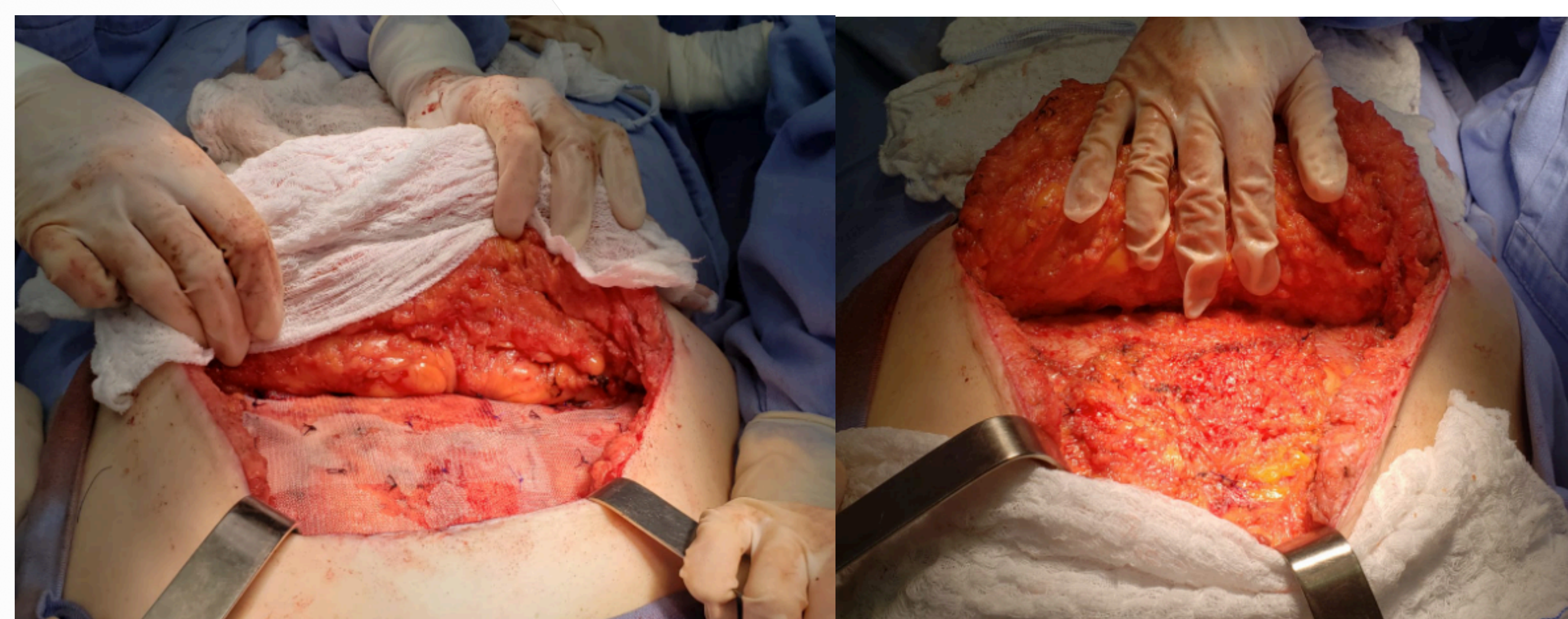
RELATO DO CASO

Paciente feminina, 76 anos, submetida à hernioplastia de hiato em agosto de 2018, procura atendimento ambulatorial, em outubro de 2019, em um hospital de ensino no interior do Rio Grande do Sul devido à percepção de abaulamento em região subxifóidea, nega demais queixas. Ao exame físico, hérnia incisional visível em região subxifóidea quando a paciente em ortostatismo. Paciente foi submetida, então, à hernioplastia epigástrica incisional com colocação de tela de polipropileno. Procedimento sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução com alta no 7o dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

A hérnia subxifóide pode provocar dor ao pressionar o abdômen do paciente, aos esforços físicos ou à contratura da parede abdominal, mas, na maioria dos casos, é assintomática. Pode ocorrer estrangulamento de vísceras na hérnia, com bloqueio da circulação sanguínea, podendo levar à necrose. Caso o órgão acometido seja uma alça intestinal, pode haver rompimento dessa, levando à forte dor, náuseas e vômitos.

A maioria das hérnias incisionais de parede abdominal podem ser tratadas com simples procedimentos cirúrgicos, reparando a parede através de uma tela – o que reduz as chances de recidiva da hérnia quando comparado ao reparo com pontos simples e é a técnica mais recomendada. Quanto ao melhor posicionamento da tela, não há unanimidade, porém há indícios que os reparos inlay e intraperitoneal apresentam maior chance de recorrência e os posicionamentos onlay e sublay não apresentam diferenças quanto às recidivas. Destarte, a experiência do cirurgião é de suma importância na escolha do posicionamento da tela. Aspectos como a infecção crônica, qualidade de vida pós-operatória, reabilitação estética e funcional da parede abdominal e menor custo passam a ter maior importância à medida que a recorrência de hérnias incisionais diminuem. É importante destacar que nesse caso não havia necrose do segmento herniado, o que permite que a cirurgia seja eletiva, trazendo uma melhora da qualidade de vida do paciente. Como há poucos dados na literatura sobre a melhor forma de realizar o procedimento, fica claro que a escolha do cirurgião deve se basear nas suas experiências e no do perfil do paciente. Nesse caso o uso de tela mostrou-se adequado e sem contraindicações.



REFERÊNCIAS

- Muysoms F.E., Miserez M., Berrevoet F. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407–414.
- Lien S.C., Hu Y., Wollstein A., Franz M.G., Patel S.P., Kuzon W.M., Jr., Urbanek M.G. Contraction of abdominal wall muscles influences size and occurrence of incisional hernia. *Surgery*. 2015;158(July (1)):278–288.
- De Mesquita G.H.A., Iuamoto L.R., Sugueta F.Y. Simple technique of subxiphoid hernia correction carries a low rate of early recurrence: a retrospective study. *BMC Surg*. 2017;17:51.