

Hernioplastia incisional sem o uso de materiais aloplásticos em pacientes pós-bariátricos: avaliação de recidiva por tomografia computadorizada

DIEGO ANTONIO ROVARIS, ANA CLÁUDIA WECK ROXO, CARLOS DEL PIÑO ROXO, OTTO SAUCEDO, RODRIGO FONTANA, DIEGO VIGNA CARNEIRO

Introdução

As sequelas da perda ponderal após cirurgias bariátricas incluem não apenas a redundância cutânea e flacidez fascial, particularmente no abdome, como também a presença de cicatrizes na parede abdominal e hérnias ventrais. Isso exige do cirurgião habilidade técnica para que se tenha como resultado a correção do defeito herniário associado a um contorno corporal mais duradouro. Sabe-se que a obesidade é fator de risco para hérnias incisionais, e que o índice de hérnias incisionais após *bypass* gástrico via laparotomia gira em torno de 4 a 20%. Desse modo, o cirurgião deve ter a correção cirúrgica das hérnias abdominais como parte integrante do tratamento das deformidades desses pacientes. O uso de materiais aloplásticos traz como desvantagens: a grande dissecação subcutânea que a tela exige, o aumento da probabilidade de formação de seroma, risco de contaminação se houver infecção da ferida operatória e maior custo.

Objetivo

Verificar, por meio de tomografia computadorizada abdominal não contrastada, o índice de recidivas após 2 anos de hernioplastias incisionais sem o uso de materiais aloplásticos, em pacientes pós-bariátricos submetidos à abdominoplastia multifuncional.

Método

Foi realizado um estudo retrospectivo, sendo selecionados 13 pacientes submetidos a abdominoplastia multifuncional há mais de 2 anos, que apresentavam hérnias incisionais medianas (defeito com diâmetro maior que 10 cm

e menor que 20 cm), diagnosticadas ao exame físico e com diâmetro confirmado na abdominoplastia. A idade dos pacientes variou de 30 a 60 anos (média de 40 anos de idade), sendo 5 homens e 8 mulheres. O peso dos pacientes no pré-operatório variou de 70 kg a 120 kg (média ponderal de 88 kg) e o IMC variou de 25,35 a 40 (média ponderal de 30,69). A perda de peso média destes pacientes desde a cirurgia bariátrica até a cirurgia plástica foi de 66 kg. Atualmente a média de peso gira em torno de 82 kg (menor peso 70 kg e maior 105 kg). Desde a abdominoplastia, a média de peso perdido foi de 9 kg (variando de 3 kg até 18 kg). No pré-operatório, a parede abdominal anterior foi avaliada com o paciente nas posições de pé e supina e uma manobra de Valsalva também foi aplicada para demonstrar o local e o tamanho da hérnia. Todas as hérnias desses pacientes foram reparadas no mesmo tempo cirúrgico da abdominoplastia, após ressecção do excesso cutâneo em monobloco, sem qualquer descolamento, como preconizado pela técnica. Após a identificação, isolamento e redução do saco herniário, foi realizada rafia da falha aponeurótica, utilizando-se fio absorvível, multifilamentar, número 0. Seguiu-se à plicatura de toda a aponeurose dos músculos retos abdominais, também com fio multifilamentar absorvível número 0, com pontos separados em "X". Não foi colocada tela de polipropileno em nenhum dos pacientes operados. Todos os pacientes foram orientados a usar malha compressiva por 2 meses e evitar esforço físico por no mínimo 6 meses. Os pontos foram retirados no 15º dia de pós-operatório e o dreno retirado com drenagem menor que 50 ml. O paciente foi

estimulado a deambular no 1º pós-operatório. Esses pacientes foram submetidos à tomografia computadorizada abdominal sem contraste, após assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 13 pacientes operados não foi observado nenhum caso de recidiva do defeito na parede abdominal através da tomografia computadorizada e exame físico. Não tivemos nenhum caso de infecção, hematoma, seroma e síndrome compartimental abdominal. Os pacientes foram acompanhados rigorosamente mensalmente com exame físico da parede abdominal a cada 3 meses e orientados após a cirurgia a não pegar peso por no mínimo 6 meses. As tomografias computadorizadas no intuito de elucidar algum grau de recidiva foram exaustivamente discutidas com o radiologista do serviço de radiologia do Hospital Federal do Andaraí (HFA).

Conclusão

O tratamento cirúrgico de hérnias incisionais nestes pacientes deve ser repensado. Será mesmo necessário usar tela e correr todos os riscos inerentes ao seu uso? Verifica-se que o tratamento foi adequadamente realizado com rafia primária e plicatura da aponeurose abdominal, sem a necessidade da colocação de materiais aloplásticos. Isto ficou comprovado pelo índice zero de recidiva confirmado pela tomografia abdominal após 2 anos de acompanhamento. Não podemos esquecer que o paciente pós-bariátrico tem perda significativa de conteúdo abdominal, permitindo que o tecido aponeurótico redundante seja suficiente para restaurar, sem tensão, a parede abdominal.