

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM HÉRNIA INCISIONAL

Epidemiological profile of patients with incisional hernias

Fernanda Zandavalli RAMOS, Fernando Luiz SIGNORE, Jurandir Marcondes RIBAS-FILHO, Edilson Schwansee THIELE, Samuel DOBROWOLSKI, Guataçara Schenfelder SALLES Jr, Vinicius Ribas de Carvalho Duarte FONSECA, João BARONCELLO

ABCDDV/565

Ramos FZ, Signore FL, Ribas-Filho JM, Thiele ES, Dobrowolski S, Salles Jr GS, Fonseca VRCD, Baroncello J. Perfil epidemiológico de pacientes com hérnia incisional. ABCD Arq Bras Cir Dig 2007;20(4):230-3

RESUMO – Racional - A hérnia incisional é uma das doenças mais frequentes ligadas diretamente ao ato cirúrgico. Os principais fatores de risco do seu desenvolvimento estão relacionados ao paciente e pós-operatório, dificultando sua prevenção. Seu tratamento é difícil e as recidivas são comuns, com impacto socioeconômico substancial. **Objetivo** - Delinear epidemiologicamente os pacientes com hérnia incisional. **Métodos** - A amostra foi composta por 46 prontuários de pacientes que foram submetidos à operações de correção de eventração no HUEC entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006. **Resultados** - Mostrou existir 45 pacientes de etnia leucodérmica, com idade média de 51,6 anos. Trinta e um apresentavam pelo menos uma co-morbidade associada, não havendo diferenças relevantes quanto ao sexo. Dentre elas sobressaíram-se obesidade, cardiopatia, neoplasia e diabetes, representando respectivamente 14, 10, 9 e 7 pacientes. Foram diversas as causas que levaram ao procedimento cirúrgico, sendo 31 destas por afecções em trato gastrointestinal. A incisão mais herniogênica foi a mediana supra e infra-umbilical, em 16 pacientes. Infecção ocorreu no pós-operatório de 17 pacientes, sendo a intercorrência mais encontrada. As eventrações eram em sua maioria primárias, em 29 pacientes, sendo 19 destas localizadas em hipogástrio. **Conclusão** - O perfil de pacientes com evisceração é marcado por fatores como idade acima de 40 anos, co-morbidades existentes, infecção pós-operatória, operações em aparelho gastrointestinal e incisões em linha mediana, particularmente infra-um □ □ □

DESCRITORES – Hérnia ventral, cirurgia. Perfil epidemiológico

INTRODUÇÃO

Hérnia incisional ou eventração é a protusão do conteúdo abdominal através de um ponto fraco da parede constituído pela cicatriz de intervenção cirúrgica anterior¹. A eventração é mais freqüente em incisões verticais², na linha mediana em sua porção infra-umbilical e após operações ginecológicas e obstétricas¹.

A ocorrência de hérnias incisionais tem sido relatada em até 10% dos casos em procedimentos cirúrgicos abdominais³, sendo resultantes do excesso de tensão e da cicatrização inadequada da parede^{3,4}. Os fatores de risco para hérnia incisional estão diretamente relacionados ao perfil do paciente, ao próprio ato operatório e às intercorrências locais no pós-operatório.

Desnutrição^{3,5}, obesidade^{1,2,4,5,6,7}, diabetes^{3,5,7,8}, cardiopatias^{5,7,8}, doença pulmonar obstrutiva crônica^{3,8}, gravidez³ e córtico/quimioterapia prévia³ são relatados como possíveis fatores predisponentes à ocorrência desta afecção. Também acredita-se haver relação entre o desenvolvimento de algumas hérnias, sobretudo as de aparecimento tardio⁹, com desordens do tecido conjuntivo devido à alterações

dos colágenos tipo 1 e 3 e em metaloproteinases da matriz extracelular¹⁰.

Dentre as ocorrências pós-operatórias de sítio cirúrgico que propiciam ao aparecimento de herniações abdominais destacam-se os seromas^{5,11}, hematomas^{5,11,12} e infecção da ferida operatória^{1,3,4,5,6,11,12,13}.

As herniações evoluem com aumento gradual de tamanho e, paralelamente, com a ocorrência de complicações¹³, como disfunção respiratória, retenção urinária e estado de constipação pelo encarceramento de uma alça no anel herniário³.

A eventração constitui um complexo problema de tratamento difícil e recidivante^{3,14}, sendo benéfico o reconhecimento dos fatores de risco com a possível individualização do tratamento¹⁵. As recidivas ocorrem em 11%¹⁵ a 30,3%¹⁶ das herniações e, com maior freqüência, quando o reparo é realizado por cirurgiões de pouca experiência¹¹, na vigência de infecção da ferida operatória¹⁶, em hérnias grandes¹¹, em obesos^{11,12}, com hiperplasia prostática¹⁶ e ascite¹⁶.

Aumenta a cada ano a quantidade de operações que intervêm na cavidade abdominal, levando a impacto socioeconômico substancial em relação à eventração¹⁰. Outro aspecto é que os pacientes com esta afecção sofrem importantes alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas, tornando-se excluídos laborial e socialmente e tendo sua qualidade de vida deteriorada⁸.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) e Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR, Brasil.

Endereço para correspondência: Fernando Luiz Signore, e-mail: fernando_signore@yahoo.com.br

Tendo em vista a importância na prevenção e na identificação, este estudo visa determinar o perfil biodemográfico e co-mórbido, tipo de operação causal, incisão utilizada, localização da hérnia, comprometimento da ferida operatória por intercorrências, estado primário ou recidivante da hérnia que levaram ao seu surgimento.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo selecionando-se pacientes internados com o diagnóstico de hérnia incisional no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

Para a análise da amostra foi criado um protocolo com os principais fatores de risco ao desenvolvimento de eventração inerentes ao paciente, à operação e ao pós-operatório. Na avaliação de co-morbidades, no que se refere aos itens obesidade e desnutrição, obedeceram-se os valores de IMC preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷, sendo que no primeiro foi incluído sobrepeso (IMC>25Kg/m²) e no segundo considerou-se IMC<18,5Kg/m².

Os dados para o preenchimento dos questionários foram obtidos de prontuários provenientes do Serviço de Arquivo Médico (SAME), sendo que a amostra constituiu-se de 46 pacientes.

Todos os dados extraídos foram registrados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2003, onde efetuaram-se os cálculos de frequência com índice de confiança em 95%.

RESULTADOS

A amostra apresentou 45 pacientes de etnia leucodérmica e um ceodérmico. O grupo estudado apresentou idade média de 51,6 anos, concentrando-se entre 40 e 79 anos (Tabela 1).

TABELA 1 - Perfil biodemográfico dos pacientes estudados

Variável	n	%	± IC(95%)
Sexo	Masculino	22	47,8
	Feminino	24	52,2
	Menor que 20	1	2,1
Idade em anos	De 20 a 39	11	23,9
	De 40 a 59	18	39,1
	De 60 a 79	15	32,6
	Maior que 80	1	2,1

Em relação à história mórbida observou-se que 15 pacientes não apresentavam doença prévia, 15 apresentavam uma única co-morbidade e outros 16 duas ou mais. Dentre as co-morbidades sobressaíram-se obesidade (30,4%), cardiopatia (21,7%), neoplasia (19,6%) e diabetes (15,2%). Dos nove pacientes com neoplasia três estavam sobre tratamento quimioterápico (Gráfico 1).

A operação que resultou na eventração teve diversos motivos, sendo que em 31 pacientes ocorreu por alguma afecção em trato gastrointestinal. Os sistemas mais acometidos podem ser visualizados Tabela 2.

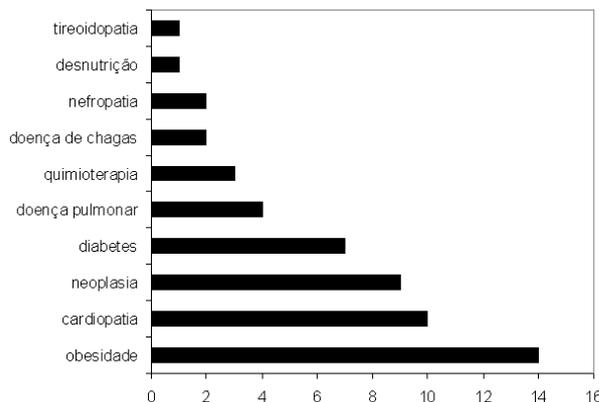


GRÁFICO 1 - Quantidade de pacientes para cada co-morbidade analisada

TABELA 2 - Órgãos ou sistemas envolvidos na operação causal

Órgão ou sistema	n
Gastrointestinal	31
Útero (obstétrico)	7
Geniturinário	2
Outros	6
Total	46

Em 29 pacientes a eventração resultou de incisão mediana, dos quais 16 destes foram submetidos à incisão supra e infra-umbilical. Das incisões oblíquas, 5 eram Kocher, 3 McBurney e outra oblíqua em flanco esquerdo. Cinco das 6 incisões transversas eram Pfanestiel (Tabela 3).

TABELA 3 - Incisão cirúrgica precedente à eventração

Tipo de Incisão	Supra-umbilical	Infra-umbilical	Supra e infra-umbilical	n
Mediana	6	7	16	29
Paramediana	1	1	1	3
Transversa	-	6	-	6
Oblíqua	5	4	-	9
Total	12	18	17	*47

* Em um dos pacientes foram realizadas duas incisões

Na análise da amostra verificou-se que em 21 pacientes houve alguma intercorrência da ferida operatória precedendo à eventração, sendo que em 17 identificou-se uma, e em quatro, duas intercorrências. A infecção sobressaiu-se em 17 pacientes, enquanto hematoma esteve presente em 4, e necrose e seroma em dois cada.

Em 19 pacientes o saco herniário localizou-se em hipogástrico, em 10 em epigástrico e em 7 em mesogástrico. Outras localizações foram hipocôndrio direito (6), fossa ilíaca direita (3), fossa ilíaca esquerda (2) e flanco esquerdo (1). Em dois pacientes a eventração comprometia dois quadrantes abdominais.

Vinte e nove hérnias eram primárias (63%) e 17 recidivadas (37%). Os pacientes com recidiva eram na sua

maioria do sexo feminino, sendo todos leucodérmicos e com idade média de 52,8 anos.

O perfil do subgrupo com recidiva é composto por 6 homens (35%) e 8 mulheres (65%), destes, 4 tinham entre 20 a 39 anos, 8 entre 40 a 59 anos e 5 entre 60 a 79 anos.

Ainda com relação à recidiva, 10 dos 17 pacientes tiveram uma ou duas intercorrências na ferida operatória, sendo que infecção foi a mais freqüente e isoladamente presente em 6 pacientes. Hematoma ocorreu em 4, sendo que em 2 estava associado à infecção.

A co-morbidade mais freqüente nos pacientes com hérnia recidivada foi a obesidade (41,2%). Porém, o maior percentual de recidiva ocorreu nos diabéticos, 6 dos 7 pacientes (85,7%).

DISCUSSÃO

O perfil demográfico da amostra analisada é semelhante ao da literatura, havendo predominância de etnia leucodérmica¹⁴ e faixa etária variando de 40 a 79 anos^{2,7,10,14}. Embora a literatura mostre predominância do sexo feminino^{2,7,12,14,16}, esta relação não pôde ser demonstrada com confiança neste estudo (IC 95%). Já outros estudos, tais como os de Höuer¹⁰ e Langer¹¹, apresentaram maior incidência das hérnias incisionais no sexo masculino.

Enquanto neste estudo 39,13% dos pacientes concentraram-se entre 40 e 59 anos e 32,6% entre 60 e 79 anos, na amostra de Lázaro da Silva¹⁴ estes valores foram respectivamente de 54,7% e 33%. A idade média da amostra foi semelhante à da literatura pesquisada, a qual variou de 44¹² a 61,2 anos¹⁶.

Quanto aos antecedentes mórbidos verificou-se que 64,7% dos pacientes possuíam uma ou mais doenças prévias diferindo dos 46,3% obtidos por Baeza². Os principais fatores de risco encontrados foram obesidade, cardiopatia, neoplasia e diabetes, semelhantes aos resultados de Alvarez⁷.

Tinoco et al.¹² observaram que a maioria das eventra-

ções ocorreu após procedimentos cirúrgicos ginecológicos, mais particularmente cesarianas. Os resultados deste estudo encontraram predominância após intervenções em trato gastrointestinal.

A distribuição das hérnias em quadrantes abdominais é concordante com a obtida por Baeza² e Alvarez⁷. A incisão mais herniogênica neste estudo foi a mediana supra e infra-umbilical, realizada em 34,8% dos pacientes, enquanto Alvarez⁷ identificou a incisão mediana infra-umbilical como sendo a mais freqüente.

As incisões paramedianas foram as menos encontradas, estando presentes em somente três pacientes e não apresentando hérnias recorrentes. Há estudos que concluem que a incisão paramediana é superior à mediana, chegando a reduzir a incidência de eventrações a valores de 0,33% em um ano¹⁸.

Infecção foi a intercorrência pós-operatória mais freqüente. Além desta, Lázaro da Silva¹⁴ verificou seroma como uma das desordens mais freqüentes.

Quanto à localização da eventração a maioria concentrou-se nos quadrantes abdominais infra-umbilicais e medianos, concordando com os resultados de Tinoco¹² e Lázaro da Silva¹⁴.

A incidência de recidiva encontrada neste estudo foi de 36,9%, semelhante à taxa encontrada por Vidovic¹⁶ de 30,3%. Outros ensaios pesquisados encontraram taxas de recidiva menores, variando entre 11%¹⁵ e 17,3%⁷.

Em relação à idade encontrou-se uma média de 52,8 anos para hérnias recidivadas enquanto Baeza² encontrou 59,3 anos.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes com evisceração é marcado por fatores como idade acima de 40 anos, co-morbidades existentes, infecção pós-operatória, operações em aparelho gastrointestinal e incisões em linha mediana, particularmente infra-umbilical.

Ramos FZ, Signore FL, Ribas-Filho JM, Thiele ES, Dobrowski S, Salles Jr GS, Fonseca VRCD, Baroncello J. Epidemiological profile of patients with incisional hernias. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2007;20(4):230-3

ABSTRACT – Background – Incisional hernias are one of the most frequent illnesses, which are directly linked to surgery. The main risk factors of its development are related to the patient per-say and to post-surgery, making its prevention a difficult task. Its treatment is difficult and recidives are common, having substantial social-economic impacts. **Aim** – To outline the epidemiology of incisional hernia patients. **Methods** – The sample consisted of 46 patient records, of whom were submitted to correctional eventration surgeries at HUEC between the months of January 2005 to December 2006. **Results** - Forty-five Caucasian patients, with an average age of 52,6 years, out of which thirty-one had at least one co-morbid condition associated with the present illness, without any relevant differences pertaining gender. Among the most frequent conditions was obesity, cardiopathy, neoplasia and diabetes, representing 14, 10, 9 and 7 patients respectively. Causes which lead to surgery varied, being thirty-one due to gastro-intestinal tract conditions. The most herniogenic incisions were the upper median and infraumbilical, in sixteen patients. Infection occurred post-surgery in seventeen patients, being intercurrente the most frequent. Eventrations were in most part primary ones, in twenty-nine patients, of which nineteen were located in the hypogastrium. **Conclusion** – The profile of patients with evisceration is marked by factors such as age above 40, the existence of co-morbid conditions, post-operative infection, gastrointestinal tract surgeries as well as median line and particularly infra-umbilical incisions.

HEADINGS – Ventral hernia, surgery. Epidemiological profile.

REFERÊNCIAS

1. Acquaroni D, Lex A, Raia AA, Hérnia incisional. In: Zerbin E. Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Netto. 3aed. São Paulo, Sarvier, 1974 p.100-07.
2. Baeza AS, Bello NO, Bórquez PM, Guridi RG. Experiência de la reparación de hérnias incisionales em el Hospital Base de Osorno. Rev Chil de Cir 2005; 57:209-12.
3. Malangoni MA, Gagliardi RJ, Hérnias. In: Townsend CMJ. Sabiston Tratado de Cirurgia – A base biológica da cirurgia moderna. 17aed. São Paulo, Elsevier, 2005 p. 1199-218.
4. Rikkers LF, Thompson JS, Abdome. In: Wolcott MW. Cirurgia Ambulatorial e os elementos básicos da assistência Cirúrgica de Emergência. 2aed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1989 p. 241-54.
5. Lázaro-da-Silva A, Mattos MP, Hérnia estrangulada. In: Lázaro-da-Silva A. Cirurgia de Urgência. 2aed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1994 p.239-50.
6. Wantz GE, Hérnias da parede abdominal. In: Schwartz SI, Shires GJ, Spencer FC. Princípios de Cirurgia. 6aed. Mc Graw-Hill, 1996 p. 1379-403.
7. Alvarez JFP, Cardero JR, Milá AB, Ojea MP. Hérnia incisional grande. Resultado del tratamiento quirúrgico com material protésico. Rev Cub Cir 1996; 35:0-0.
8. Fernández EM, Lalán MG, Lopez DG, Oropesa AJ. Hérnia incisional: puntos de vista para um consensus. Rev Cub Cir 2003; 42:0-0.
9. Burger JWA, Lange JF, Halm JA, Kleinrensink GJ, Jeekel H. Incisional hernia: early complication of abdominal surgery. World J Surg 2005; 29(12): 1608-13.
10. Höer 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(5): 474-80.
11. Langer C, Schaper A, Liersch T, Kulle B, Flosman M, Füzési L, Becker H. Prognosis factors in incisional hernia surgery: 25 years of experience. Hernia 2005; 9(1): 16-21.
12. Tinoco RC, Tinoco LA, Figueira SE, Cavichini QN, Henney GT. Hérnia incisional: correção com tela de polipropileno. Rev Bras Cir 1981; 71(2) 97-100.
13. Wantz GE et al. Incisional hernia: the problem and the cure. J Am Coll Surg 1999; 188(4): 429-47.
14. Lázaro-da-Silva A, Vieira RG, Anjos GC. Recidiva da hérnia incisional após o tratamento pela transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral. Arq Gastroenterol 2004; 41: 134-6.
15. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, Arndt M, Paul A. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. Hernia 2004; 8(1): 42-26.
16. Vidovic D, Jurisic D, Franjic BD, Glavan E, Ledinsky M, Bekavac-Beslin M. Factors affecting recurrence after incisional hernia repair. Hernia 2006; 10(4): 322-25.
17. <http://www.who.org>. Salvo em 22 de Fevereiro de 2007.
18. Silen W. Inguinal and incisional hernias. Lancet 2004; 363(9402): 83-4.

Conflito de interesse: não há

Fonte financiadora: não há

Recebido para publicação em: 06/06/2007

Aceito para publicação em: 13/09/2007