

HÉRNIA DE TROCARTE ESTRANGULADA

STRANGULATION TROCAR HERNIA

Antônio Carlos Rosa de **SENA**¹, Geraldo Alberto **SEBBEN**², Luis Eduardo Durães **BARBOZA**³
Helena Vicente de Castro Pereira **ARAÚJO**³, Marco Aurélio **SEBBEN**⁴

Rev.Méd.Paraná/1301

Sena ACR, Sebben GA, Barboza LED, Araújo HVCP, Sebben MA. Hérnia de Trocarte Estrangulada. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1):20-21.

RESUMO - Hérnia no portal de implantação de trocarte não é uma complicação frequente após laparoscopias, mas quando ocorre pode ser uma importante causa de complicação, como o estrangulamento, e neste caso depende de rápido diagnóstico e tratamento. Apresentamos o relato de dois casos de hérnias estranguladas de trocarte que necessitaram de cirurgias de urgência.

DESCRITORES - Hérnia de Trocarte. Estrangulada. Complicações. Prevenção.

INTRODUÇÃO

Hérnia incisional é uma complicação cirúrgica comum após laparotomias. A incidência varia de 5 a 15% dependendo do tipo de incisão, do paciente, da técnica de fechamento e complicações. Na laparoscopia a incidência é menor, porém não é nula, situa-se em torno de 0,1 a 3% ⁽¹⁾.

Considerando que muitas cirurgias são realizadas atualmente pela via laparoscópica, é importante citar o artigo de Montz e colaboradores, os quais referem que 27% dos cirurgiões que realizam mais de 20 cirurgias videolaparoscópicas por ano já se depararam com um caso de hérnia incisional ⁽⁵⁾.

É importante salientar que a hérnia incisional não é uma intercorrência inócua, porque possui potencial para complicação, necessitando muitas vezes de reintervenção cirúrgica ⁽¹⁾.

Neste trabalho relatamos dois casos de hérnia de trocarte que apresentaram precocemente encarceramento e estrangulamento no pós-operatório.

RELATO DO CASO

Caso 1

DJN, 48, masculino. Retorna ao Pronto-Atendimento do hospital no 4º dia de pós-operatório de gastroplastia a Fobi-Capella com queixa de vômitos, dor abdominal e parada de eliminação de gases. Ao exame físico apresentava dados vitais estáveis. Abdômen distendido e doloroso à palpação difusa.

Realizou-se estudo radiológico do esôfago e estômago com contraste iodado e houve boa passagem do contraste pela gastroenteroanastomose, ausência de fistulas, porém dilatação de alças em delgado distal.

O paciente foi submetido à videolaparoscopia sendo diagnosticado hérnia no local do trocarte umbilical com estrangulamento e necrose de uma alça intestinal do delgado (Fig.1a e 1b). Realizou-se enterectomia segmentar, enteroenteroanastomose e correção do defeito na parede abdominal.

A evolução clínica foi satisfatória com alta hospitalar em quatro dias.



Figura 1a



Figura 1b

Caso 2

RM, 85, feminino. Retorna ao Pronto-Atendimento do hospital no 3º dia de pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica com queixa de dor abdominal. Ao exame físico apresentava dor

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente, FUNEF, Curitiba, Paraná.

1. Preceptor da Residência em Cirurgia Geral do Hospital São Vicente e Professor da UFPR.

2. Chefe do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente e Professor da PUCPR.

3. Médicos-Residentes em Cirurgia Geral do Hospital São Vicente.

4. Acadêmico do Curso de Medicina da PUC-PR e Estagiário do Hospital São Vicente.

difusa à palpação superficial, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos.

Realizou-se radiografia simples de abdômen que evidenciou distensão de alças de delgado com níveis hidroaéreos, compatível com oclusão intestinal.

A paciente foi submetida à videolaparoscopia, a qual evidenciou herniação de intestino delgado no portal umbilical que se reduziu durante o pneumoperitônio (Fig. 2). A alça apresentava alteração isquêmica leve e melhorou espontaneamente após alguns minutos, não sendo necessária sua ressecção, e corrigiu-se o defeito na parede abdominal.

A evolução pós-operatória foi satisfatória com alta hospitalar em três dias.

DISCUSSÃO

Nosso relato contempla dois pacientes com hérnia de trocarte em portal umbilical, que necessitaram de intervenções cirúrgicas de urgência, frente a uma complicação, a obstrução intestinal no delgado. Duron e colaboradores referem que, assim como na laparotomia, o intestino delgado está envolvido na maioria das obstruções que complicam uma laparoscopia. Entretanto, herniações do cólon e do omento através dos portais, também têm sido relatados (3).



Figura 2

Várias publicações sugerem que a patogênese está relacionada preferencialmente a fatores técnicos,

como: diâmetro do trocarte, presença ou não de lâmina no trocarte, fechamento ou não da aponeurose no portal (2). Montz e colaboradores demonstraram que em 933 hérnias, 86,3% delas ocorreram quando trocartes com diâmetro maior que 10 milímetros foram usados. O local de ocorrência das hérnias em 75,7% foi no portal umbilical (5). Referem que os trocartes sem lâmina causam dano mínimo porque a divulsão é o principal mecanismo de entrada e a aponeurose se aproxima mais facilmente assim que o trocarte é removido.

Para Mahmoud e colaboradores, o fechamento muscular após a retirada do trocarte pode desempenhar um papel na prevenção das hérnias. Relatam casos de hérnia encarcerada até em portais de cinco milímetros. Porém, as complicações com obstrução intestinal eram sempre em trocartes de diâmetro maior que 10 milímetros. Citam como complicações as obstruções intestinais, casos de estrangulamento, perfurações e fasciíte necrotizante (1,3).

Publicações relacionam fatores de risco e prevenção. Segundo Uslu e colaboradores, fatores relevantes que influenciaram foram: a idade avançada, o IMC elevado e as cirurgias de longa duração. Sugerem que o reparo da aponeurose deva ser realizado nos casos onde o trocarte seja de 10 milímetros ou mais, em pacientes com mais de 60 anos, pacientes com IMC maior que 25 e cirurgias com duração maior que 90 minutos (4).

Nos dois casos relatados as hérnias ocorreram nos portais umbilicais, onde os trocartes utilizados foram de 12 milímetros. Acreditamos que a sutura da aponeurose poderia ter evitado as complicações e afirmamos que a preocupação com este tipo de complicação, em primeiro lugar, é sua prevenção e, secundariamente, o diagnóstico e o tratamento precoces.

Sena ACR, Sebben GA, Barboza LED, Araújo HVCP, Sebben MA. Strangulation Trocar Hernia. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):20-21.

ABSTRACT - Trocar site hernia is an unusual complication after laparoscopies, but can cause important complications, depending on fast diagnosis and treatment. We report two cases in which a trocar hernia lead to an emergency procedure, and after surgical treatment the patients had gone well.

KEYWORDS - Trocar Hernia. Strangulation. Complications. Prevention.

REFERÊNCIAS

- Mahmoud HY, Ustuner EH, Sozener U, Ozis SE, Turkpar AG. Cannula site insertion technique prevents incisional hernia in laparoscopic fundoplication. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2007; 17: 267-270.
- Chiu C, Lee, W, Wang W, Wei P, Huang M. Prevention of trocar-wound hernia in laparoscopic bariatric operations. Obesity surgery. 2006; 16: 913-918.
- Duron J, Hay JM, Msika S, Gaschard D, Domergue J, Gainant A, Fingerhut A. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery. Arch surg. 2000; 135: 208-212.
- Uslu HY, Erkek AB, Cakmak A, Kpenekci I, Sozener U, Kocaay FA, Turkcapar AG, Kuterdem E. Trocar site hernia after laparoscopic cholecystectomy. Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques. Part A; 17(5): 600-3, 2007 Oct.
- Montz F, Holschneider C, Munro G. Incisional hernia following laparoscopy: A Survey of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. Obstet Gynecol 1994; 84(5): 881-884.