

Tratamento da hérnia perineal com uso de tela de polipropileno revestida de metilcelulose: relato de caso

Treatment of perineal hernia using interposition of a metylcelullosis encapsulated mesh: case report

DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA¹; CARLOS HENRIQUE MARQUES DOS SANTOS²; LÊNIN DE LIMA RODRIGUES³; MÁRCIO EDUARDO DE SOUZA PEREIRA⁴

¹ Acadêmica do 6º ano de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC) – Campo Grande (MS), Brasil. ² Doutor em Medicina; Professor Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (TSBCP); Professor Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC); Cirurgião Geral do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil. ³ Médico; Cirurgião Geral do Hospital Geral do Exército de Campo Grande – Campo Grande (MS), Brasil. ⁴ Médico; Especialista em Cirurgia Digestiva e Videocirurgia do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil.

OLIVEIRA DF; SANTOS CHM; RODRIGUES LL; PEREIRA MES. Tratamento da hérnia perineal com uso de tela de polipropileno revestida de metilcelulose: relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 2011;30(4): 455-458.

RESUMO: A incidência de hérnia perineal (HP) é menor que 1% dos pacientes submetidos à amputação abdominoperineal do reto (AAPR). O objetivo é relatar um caso de HP pós AAPR por adenocarcinoma de reto distal. É descrito o caso de uma paciente de 56 anos que, após cirurgia de AAPR, apresentou precocemente HP. O tratamento consistiu em redução do conteúdo herniário e colocação de uma tela de polipropileno revestida de metilcelulose. Por ser afecção rara e apresentar etiologia variada, o tratamento não apresenta consenso, havendo inúmeras técnicas descritas. Conclui-se que o uso da prótese sintética para correção de HP é satisfatório e permite a obtenção de bons resultados.

Descritores: Hérnia; Períneo; Telas cirúrgicas; Complicações pós-operatórias.

INTRODUÇÃO

As hérnias perineais (HP) podem ser definidas como a protrusão de uma massa entre os músculos e fâscias que formam o piso do períneo. Podem ser classificadas em primárias ou secundárias, estando relacionadas a vários fatores etiopatogênicos, tais quais: ressecção do cóccix, histerectomia e excisão dos músculos elevadores do ânus – procedimentos costumeiramente realizados na técnica operatória de Miles e na condução de cânceres colorretais¹.

A amputação abdominoperineal do reto (AAPR) é uma cirurgia de grande porte e com índices de com-

plicações pós-operatórias elevados, estando a hérnia perineal presente em 0,6% dos casos².

A hérnia e seu reparo cirúrgico são temas extensamente estudados e de profundo interesse por parte dos cirurgiões, e por isso as correções estão distantes de um consenso³. Assim, por ser uma patologia de baixa incidência e ampla etiologia, a HP apresenta inúmeras técnicas corretivas descritas.

RELATO DO CASO

É descrito o caso de uma paciente de 56 anos de idade que, após ser submetida à AAPR, evoluiu no ter-

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil..

Recebido em: 12/8/2010

Aceito para publicação em: 8/9/2010

ceiro mês pós-operatório com abaulamento em períneo posterior associado a desconforto local (Figura 1).

Diagnosticada ao exame clínico hérnia perineal, a paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico, sendo a via de acesso escolhida a perineal, através de incisão longitudinal na região glútea.

Seguiram-se os mesmos princípios de correção das demais hérnias: abertura por planos (Figura 2), mobilização do saco herniário (Figura 3), redução de seu conteúdo, excisão do saco e fechamento (Figura 4); porém, inovou-se ao optar pela interposição de uma tela de polipropileno revestida de metilcelulose entre o peritônio e as vísceras, fixando-a ao perióstio, considerando que não havia musculatura para aproximação (Figura 5).

A paciente evoluiu satisfatoriamente, sem sinais de recidiva dez meses após o procedimento.



Figura 1 - Paciente em decúbito dorsal apresentando abaulamento em sulco interglúteo, borda lateral esquerda.



Figura 2 - Abertura da pele e tecido celular subcutâneo.



Figura 3 - Mobilização do saco herniário.

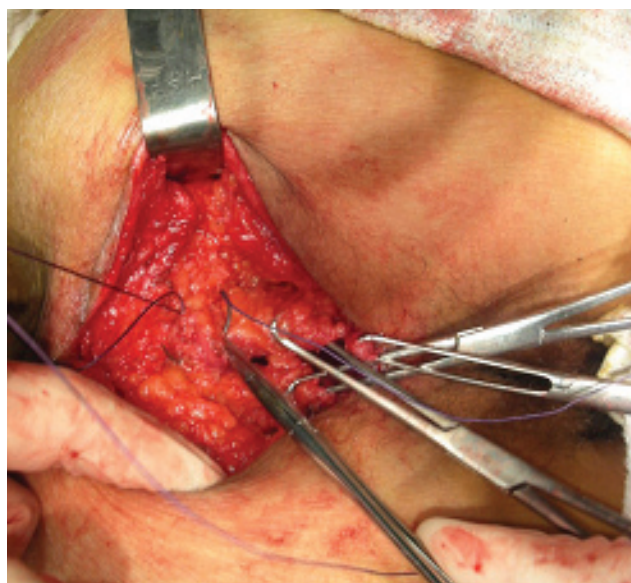


Figura 4 - Fechamento do saco herniário.

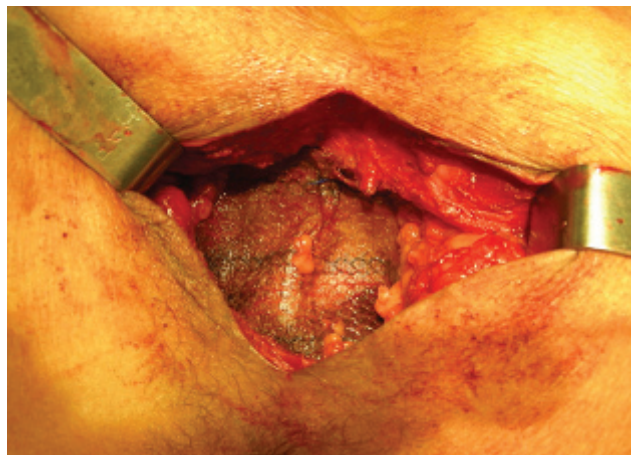


Figura 5 - Fixação da tela de polipropileno revestida de metilcelulose.

DISCUSSÃO

As HP podem ser definidas como um defeito no assoalho pélvico que permite a passagem de conteúdo abdominal para a região pelve-perineal^{3,4}. Acometem pacientes entre a quinta e a sétima décadas de vida, sobretudo mulheres, em uma proporção de 5:1^{3,5}. A incidência de HP sintomáticas, secundárias a uma cirurgia abdominoperineal, tem sido apresentada em 0.62⁶ a 1%^{7,8} dos casos.

O quadro clínico é geralmente caracterizado por desconforto perineal ao sentar, sensação de peso perineal, laceração da pele, sintomas urinários e obstrução intestinal⁶, sendo o diagnóstico costumeiramente estabelecido já na história clínica e exame físico. Eventualmente são necessários exames de imagem como radiografia contrastada, tomografia ou ressonância magnética, estabelecendo-se diferenciação com lipomas, fibromas, retocele, cistocele e prolapso do reto³⁻⁵.

Pacientes idosos e pouco sintomáticos podem apresentar alívio apenas com uso de bandagens locais, não sendo necessária a cirurgia corretora.

O procedimento pode ser realizado por via perineal, abdominal ou videolaparoscópica; contudo, a reparação desse tipo de defeito ainda se apresenta como um desafio cirúrgico no qual vários métodos foram descritos, mas a abordagem ideal ainda tem de ser estabelecida^{6,7}.

Em um estudo no Hospital Geral de Massachusetts com 21 pacientes tratados, entre 1963 e 1995, de HP pós-operatória, concluiu-se que a melhor via de abordagem é a perineal. é uma via atrativa porque não requer abertura do abdome nem anestesia geral, e pode resolver o problema de uma forma menos agres-

siva. Entretanto, pode haver alguma dificuldade na liberação de aderências intestinais⁶.

Retalhos de glúteo máximo e reto abdominal foram descritos por alguns autores, mas tais técnicas aumentam a morbidade do procedimento e não apresentam resultados superiores aos de outras.

A retroflexão e fixação do útero podem ser uma boa alternativa via perineal, assim como o fechamento primário dos músculos elevadores. Entretanto, é comum encontrarmos pacientes já histerectomizadas e sem músculos elevadores, considerando a radicalidade dada à cirurgia prévia, de modo que a colocação de próteses sintéticas passa a ser a alternativa com maior chance de bons resultados.

As telas geralmente utilizadas para correção de hérnias são de polipropileno (PP) e de politetrafluoroetileno expandido (PTFE)⁹, contudo, o uso da tela de polipropileno revestida de metilcelulose mostra-se adequada porque contém em seu lado parietal PROLENE* Soft encapsulada com polidioxanona absorvível e, em sua face visceral, celulose oxidada regenerada, formando um gel que separa fisicamente a tela dos tecidos adjacentes e superfícies dos órgãos, o que diminui consideravelmente a chance de formação de aderências. Além disso, dentro de sete a dez dias, um neoperitônio é formado e, logo no 14º dia, a tela já está absorvida¹⁰ e o peritônio totalmente reconstituído, aumentando o sucesso da reparação cirúrgica nos casos selecionados para sua aplicação.

CONCLUSÃO

Concluímos que o uso da prótese de polipropileno revestida de metilcelulose para correção de HP é satisfatório, permitindo a obtenção de bons resultados.

ABSTRACT: The incidence of perineal hernia (PH) is less than 1% among patients submitted to abdominoperineal resection. Our objective is to describe a case of PH after this procedure due to distal rectal adenocarcinoma. We report a case of a 56-year-old woman who presented with early PH. The treatment consisted of reduction of the hernia content and interposition of a methylcellulosis-encapsulated mesh. Due to rarity and multi-etiology of this entity, there is no consensus about its best treatment, as many techniques have been described. We concluded that using a synthetic prosthesis is a satisfactory option to correct perineal hernias with good outcomes.

Key words: Hernia; Perineum; Surgical mesh; Postoperative complications.

REFERÊNCIAS

1. Sobral HAC, Wolf JS, Carvalho RB, Lopes JM, Formiga GJS. Hérnia perineal primária: relato de caso. Rev Bras Coloproctol 2009;29(1):102-5.
2. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Estudo Retrospectivo de 47 Complicações em 380 Pacientes Operados de Câncer Retal. Rev Bras Coloproctol 2006;26(2):138-55.
3. Thomford NR, Sherman NJ. Primary perineal hernia. Dis Colon Rectum 1969;12(6):441-3.
4. Mandarano R, Giorgi G, Venturini N, Mancini E, Natale A, Tiburzi C. Ernia perineale. Minerva Chir 1999;54(7-8):523-9.
5. Salum MR, Prado-Kobata MH, Saad SS, Matos D. Primary perineal posterior hernia. An abdominoperineal approach for mesh repair of the pelvic floor. Clinics 2005;60(1):71-4.
6. So JB, Palmer MT, Shellito PC. Postoperative perineal hernia. Dis Colon Rectum 1997;40(8):954-7.
7. Beck DE, Fazio VW, Jagelman DG. Postoperative perineal hernia. Dis Colon Rectum 1987;30(1):21-4.
8. Sarr MG, Stewart JR, Cameron JC. Combined abdominoperineal approach to repair of postoperative perineal hernia. Dis Colon Rectum 1982;25(6):597-9.
9. Aydos RD, Silva IS, Goldenberg S, Goldenberg A, Simões MJ, Takita LC, et al. Estudo comparativo do efeito das telas de politetrafluoroetileno expandido e de polipropileno, colocadas por laparoscopia, em hérnias ventrais produzidas em coelhos. Acta Cir Bras 1999;14(2):59-64.
10. Proceed Chirurgische Mesh. Ethicon, Inc. A Johnson & Johnson company somerville, New Jersey 2003. 2d barcode placement 389659.r03. [Cited July 2010]. Available from: [http://www.ethicon.de/netze/downloads/\(PROCEED\)389659.R03.pdf](http://www.ethicon.de/netze/downloads/(PROCEED)389659.R03.pdf)

Endereço para correspondência:

DULCYANE FERREIRA DE OLIVEIRA
Rua Guaporé, 111B – Ipiranga
CEP 79080-750 – Campo Grande (MS), Brasil.
E-mail: dumeduf2004@yahoo.com.br
Tel.: (67) 8406-5636/3346-2808 / (65) 9606-3647