

HÉRNIA TRAUMÁTICA ABDOMINAL: UM RELATO DE CASO

ABDOMINAL TRAUMATIC HERNIA: A CASE REPORT

Ygor Rocha Fernandes¹
Guilherme Costa Wahbe²
Leonardo Alves Magalhães Ribeiro³
Amadeu Fernandes Filho⁴
Ana Clara Maia Palhano⁵

INTRODUÇÃO

A hérnia abdominal traumática é uma lesão caracterizada em decorrência da protrusão do conteúdo intra-abdominal através de área de defeito da parede muscular, comumente associada com o mecanismo de trauma fechado contuso, majoritariamente associado ao trauma em trânsito. É rara e pouco relatada em literatura, sendo primeiramente descrita por Shelby há mais de 100 anos.

701

Sua fisiopatologia envolve forças aplicadas à parede abdominal durante o trauma, provocando assim um defeito pelo qual se pronunciará as vísceras. O conteúdo delas esta correlacionado com o local em que ocorrem e sua frequência está aumentada nos locais com menor tensão de parede como a região inguinal e próximo de púbis e crista ilíaca.

Seu diagnóstico por meio clínico geralmente é de difícil realização em virtude da sintomatologia escassa, possuindo diversos fatores de confusão relacionados ao trauma, além da baixa incidência contribuir para um subdiagnóstico clínico. Assim, os exames de imagem como a tomografia ganham grande valor para sua elucidação, além de ajudar na classificação para adoção da melhor conduta terapêutica, sendo: 1 - contusão do tecido subcutâneo; 2 - hematoma de músculos de parede abdominal; 3- lesão simples de músculos da parede; 4- rotura completa da musculatura; 5- rotura completa associado com herniacao de conteúdo abdominal e 6- rotura completa com evisceracao.

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, SJRP - SP.

²Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, SJRP - SP.

³Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, SJRP - SP.

⁴Faculdade de Medicina de Marília, Marília - SP

⁵Universidade de Santo Amaro - UNISA, São Paulo - SP

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de hérnia traumática, atendida no serviço de trauma do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e fazer uma revisão da literatura quanto a conduta na abordagem deste tipo de hérnia.

Relato do caso

Paciente de 31 anos, homem, sem histórico de patologias prévias, vítima de colisão em via urbana com moto versus carro em baixa velocidade, trazido ao serviço referência após atendimento inicial em via. Na chegada, conforme atendimento padronizado Advanced Trauma Life Support (ATLS) não foi detectado alterações significantes em avaliação primária. Ao exame físico o paciente estava lúcido com escala de coma de Glasgow 15, apresentava ferimento cortocontuso de 15 cm curvado em fossa ilíaca esquerda sem sangramentos ativos ou evisceração detectável ao exame. Mantinha ruídos hidro-aéreos normoativos e não apresentava descompressão brusca ou dor à palpação abdominal profunda e superficial. Em coxa esquerda foi detectado um hematoma com dor local referida à movimentação, além de hematoma e edema em joelho direito com dor à mobilização, mas com ausência de crepitação ou desvio.

De condutas iniciais foram realizados analgesia com analgésicos simples e opioides, hidratação venosa com 500mL de Ringer lactato, solicitado laboratoriais para controles infecciosos e de hematemetria e tomografia abdominal, torácica, lombar, pélvica e radiografia de membros inferiores. Neste período não houve necessidade de realizar transfusão sangüínea. Em descrição de tomografia de abdome e pelve realizadas no serviço, se evidenciou densificação de e aumento de partes moles em abdome à esquerda, sem líquido em cavidade. Pode-se evidenciar diástase de 2,3 cm em músculo oblíquo externo, interno e transversos próximos da espinha ilíaca ântero-superior associado à uma protrusão de gordura intra-abdominal; sendo sugerido por equipe de radiologia o diagnóstico de hérnia traumática, conforme imagens abaixo:



Figura 1: Ferimento do paciente após avaliação inicial.



Figura 2: Diástase de 2,3 cm de músculo, associado a protrusão de gordura intra-abdominal sugestivo de hérnia traumática.

Optou-se por realizar em centro cirúrgico uma exploração, na qual foi evidenciado uma laceração do músculo transverso e visualizado gordura pré-peritoneal sem abertura de cavidade; em todo ferimento havia resquícios de matérias contaminantes da cena do acidente. Foi realizada lavagem, aproximação dos músculos com rafia, sem colocação de tela sintética ou biológica, e colocação de dreno de sucção.



Figura 3: Exploração cirúrgica da ferida traumática com laceração do mm. Transverso e exposição da gordura pré-peritoneal.

Durante a internação em recuperação pós-operatória, no primeiro dia houve drenagem de 150mL de conteúdo hemático, sem apresentar piora clínica, evidências de infecção por parâmetros clínicos e laboratoriais e ausência de queda hematimética. Em virtude de boa evolução foi optado por alta com antibiótico profilaxia, faixa abdominal e acompanhamento conjunto com fisioterapia.

DISCUSSÃO

O presente estudo traz questionamento acadêmico quanto a melhor conduta no tratamento da hérnia abdominal traumática. Seu tratamento ainda não possui consenso em literatura, sendo considerado principalmente o estado de admissão e estabilidade do paciente. Outros fatores apontados em literatura para decisão do tipo de reparo a ser tomado são: o tamanho da lesão, tempo de diagnóstico, associação com outras lesões e experiência do cirurgião.

Nos casos em que o defeito da parede é grande, demandando manejo cirúrgico de imediato, a decisão de correção se torna uma decisão mais desafiadora, sendo necessário considerar a estabilidade do paciente, a presença de infecção; além da decisão de uso de telas de livre tensão, que vem se mostrando segura, ainda que alguns serviços possuam receio pelo risco de contaminação.

O uso de telas biológicas também vem sendo aplicado ainda que em sítios contaminados, e evidenciando certa segurança, contudo com durabilidade reduzida. Nos menores ou naquelas onde a detecção ocorreu na exploração cirúrgica abdominal, deve-se considerar a abordagem imediata, eventos que estão associados a maior risco de infecção na fase aguda e a condição de submissão do paciente à um segundo procedimento.

Honaker et al, em seu estudo fez uma comparação entre o reparo quando possível com o uso de telas sintéticas e biológicas, com aqueles realizado reparo inicial. A aplicação de telas se deu em pacientes onde foi optado reparo primário e também naqueles com reparo em segundo tempo; não sendo levantado negativas quanto ao uso de telas.

Quando optado pela colocação de tela, e tendo em mente o risco de contaminação nestes tipos de hérnia, vale-se considerar o uso de tipos específicos de tela; como as monofilamentares de poros largos, se assemelham mais à fisiologia dos tecidos; devendo ser levado em conta também para esta decisão os fatores associados à cicatrização do paciente.

No caso descrito, a hérnia foi descoberta no início da exploração, evidenciando o não acesso da cavidade peritoneal; e, em virtude da extensão, repercussão hemodinâmica e a situação do ferimento, com resíduos intra-lesão sendo considerados potenciais contaminantes, optou-se pela abordagem com aproximação sem o uso de telas, sintéticas ou biológicas. Além disto, a decisão de colocação de dreno corrobora a escolha da técnica e as precauções para evitar complicações infecciosas no sítio.

O caso descrito apresentou escala tomográfica grau III (lesão simples do músculo da parede), seguindo a classificação proposta por Dennis et al e optou-se pela não colocação de tela a

fim de se evitar o risco de contaminação local devido a exposição ao trauma. Evoluiu com adequada recuperação pós-operatória, sem complicações ou infecções.

REFERÊNCIAS

- 1 - Netto FA, Hamilton P, Rizoli SB, Nascimento B, Jr, Brenneman FD, Tien H, et al. Traumatic abdominal wall hernia: epidemiology and clinical implications. *J Trauma*. 2006;61(5):1058-1061.
- 2 - Selby CD. Direct abdominal hernia of traumatic origin. *JAMA*. 1906;XLVII: 1485-6
- 3 - Fonseca MK, Cunha CEB, Silva JG, Mello LFS, Siebert Junior MS, Dalcin RR, et al. Hérnia traumática de parede abdominal: série de casos e revisão da literatura. *Relatos Casos Cir*.2020;(1):e2413
- 4 - Matalon SA, Askari R, Gates JD, Patel K, Sodickson AD, Khurana B. Don't forget the abdominal wall: imaging spectrum of abdominal wall injuries after nonpenetrating trauma. *Radiographics*. 2017;37(4):1218-35.
- 5 - Hickey NA, Ryan MF, Hamilton PA, Bloom C, Murphy JP, Brenneman F. Computed tomography of traumatic abdominal wall hernia and associated deceleration injuries. *Can Assoc Radiol J*. 2002;53(3):153-159
- 6 - Pardhan A, Mazahir S, Rao S, Weber D. Blunt traumatic abdominal wall hernias: a surgeon's dilemma. *World J Surg*. 2016;40(1):231-5.
- 7 - Moreno-Egea A, Girela E, Parlorio E, Aguayo-Albasini JL. Controversies in the current management of traumatic abdominal wall hernias [in Spanish] *Cir Esp*. 2007;82(5):260-267.
- 8 - Hamidian Jahromi A, Skweres J, Sangster G, Johnson L, Samra N. What we know about management of traumatic abdominal wall hernia: review of the literature and case report. *Int Surg*. 2015;100(2):233-239. doi:10.9738/INTSURG-D-13-00239.1
- 9 - Liasis, Lampros MD; Tierris, Ioannis MD, PhD; Lazarioti, Fotini MD; Clark, Clarence C. MD; Papaconstantinou, Harry T. MD Traumatic abdominal wall hernia, *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*: April 2013 - Volume 74 - Issue 4 - p 1156-1162
doi: 10.1097/TA.0b013e318283d88d
- 10 - Rosen MJ, Krpata DM, Ermlich B, Blatnik JA. A 5-year clinical experience with single-staged repairs of infected and contaminated abdominal wall defects utilizing biologic mesh. *Ann Surg*. 2013 Jun;257(6):991-6. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182849871. PMID: 23426340.
- 11 - Honaker D, Green J. Blunt traumatic abdominal wall hernias: associated injuries and optimal timing and method of repair. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;77(5):701-4.
- 12 - Zhu LM, Schuster P, Klinge U. Mesh implants: An overview of crucial mesh parameters. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7(10):226-236. doi:10.4240/wjgs.v7.i10.226