



TÉCNICA DE TRANSPOSIÇÃO PERITÔNIO APONEURÓTICO LONGITUDINAL BILATERAL

Cirênio de Almeida Barbosa¹; André Versiani Caldeira Rocha²; Gabriel Trindade Avelar³;
Giulia Rocha Minucci⁴ e Victor Augusto Melo de Matos⁵

REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

A hérnia inguinal (HI) é um tema de grande preocupação entre os cirurgiões, sobretudo devido ao alto índice de recidivas e às suas complicações, aproximadamente 10% das hérnias recidivam após a cirurgia. Há muito tempo se estudam técnicas e materiais que possam ser usados para reforçar a parede abdominal no tratamento cirúrgico da hérnia. Em 1957, Alcino Lázaro da Silva, estudante da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) iniciou o estudo sobre a peça anatômica descartada no bloco cirúrgico durante uma operação de correção de hérnia incisional. Porém, somente em 1968, foi possível tratar o paciente com a técnica TRANSPALB ou Técnica Lázaro da Silva. Este estudo tem como objetivo apresentar a história e a evolução da Técnica TRANSPALB, e sua aplicação nas cirurgias de correção das hérnias incisionais na atualidade. Após análise dos estudos, conclui-se que o uso da técnica de Lázaro da Silva, atualmente, pode ser praticado em situações onde não há tela e existe o saco herniário decorrente da hérnia.

Palavras-chave: “hérnia incisional”, “saco-herniário”, “técnica cirúrgica” e “peritônio”

TECHNIQUE OF BILATERAL LONGITUDINAL APONEUROTIC PERITONEAL TRANSPOSITION

ABSTRACT

Inguinal hernia (IH) is a matter of significant concern among surgeons, primarily due to the high recurrence rate and its complications, as approximately 10% of hernias recur after surgery. Techniques and materials have long been studied to reinforce the abdominal wall in the surgical treatment of hernias. In 1957, Alcino Lázaro da Silva, a student at the Federal University of Minas Gerais (UFMG), began studying the anatomical piece discarded in the surgical block during an incisional hernia correction operation. However, it was only in 1968 that it became possible to treat a patient with the TRANSPALB technique or Lázaro da Silva Technique. This study aims to present the history and evolution of the TRANSPALB Technique, and its application in contemporary incisional hernia surgeries. After analyzing the studies, it is concluded that the use of Lázaro da Silva's technique can currently be applied in situations where there is no mesh and there exists a hernia sac resulting from the hernia

Keywords: Quality of life, Satisfaction, Mucus-supported complete denture, Implant-supported complete denture.

Instituição afiliada – Universidade Federal de Ouro Preto

Dados da publicação: Artigo recebido em 29 de Junho e publicado em 19 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2846-2862>

Autor correspondente: Giulia Rocha Minucci giuliarocham@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Hérnia incisional é uma condição que ocorre entre 10% e 15% dos pacientes submetidos a uma incisão abdominal¹ (NACHIAPPAN et al., 2013). A protrusão de um conteúdo peritoneal, por meio de uma cicatriz enfraquecida na parede, que pode se desenvolver após qualquer tipo de incisão nas linhas média, paramediana, subcostal, nos pontos de McBurney, Pfannenstiel e na região do flanco^{2,3} (MUDGE e HUGHE, 1985; KINGSNORTH e LEBLANC, 2003). No entanto, as incisões na linha média apresentam maior probabilidade de hérnia e, para corrigir o problema, é necessário cobrir a falha sem causar tensão excessiva na linha de sutura ou na cavidade peritoneal.

A Técnica de Transposição do Peritônio Aponeurótico Longitudinal Bilateral (TRANSPALB) foi criada para tratar hérnias incisionais médias e grandes, sobretudo para hérnias medianas e paramedianas e diástases dos retos abdominais. Obteve um avanço ao utilizar a própria doença para tratá-la, por meio de um tecido autógeno facilmente disponível. Além disso, essa técnica devolve os músculos retoabdominais ao seu local de origem, restaurando a linha alba e a fisiologia da parede abdominal, o que se dá devido à diminuição da tensão nas linhas de sutura e na cavidade abdominal.⁴

Historicamente, as técnicas que utilizam próteses (telas) para correção do defeito herniário se mostram mais difundidas entre os cirurgiões. Entretanto, vale ressaltar que a adoção de materiais sintéticos durante o procedimento cirúrgico confere riscos de complicações para o paciente, como rejeição, infecção, deformação, formação de coleções serosas ou sanguíneas, aderências e fistulização em vísceras ocas.⁴

Em 1957, Alcino Lázaro da Silva, estudante do 4.º ano de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi designado para trabalhar no bloco cirúrgico durante uma operação de correção de hérnia incisional. Durante o procedimento, observou-se que o cirurgião descartou, em um balde, uma estrutura ressecada que correspondia ao saco herniário. A partir daí, iniciou-se o estudo sobre a peça anatômica descartada. Nesse período, com o objetivo de criar uma nova técnica de correção da hérnia incisional, realizou cirurgias em cães e gatos, promovendo um defeito herniário na parede abdominal desses animais.⁴ (MIRANDA DE MELO, 2018)

O cirurgião afirmava que o destino do saco herniário não poderia continuar sendo o balde da sala operatória e que era preciso estudar esta estrutura, pois ela seria

a prótese utilizada na correção deste defeito. Embora tenha concluído a graduação em Medicina em 1959, continuou seus estudos e, em 1967, realizou a primeira tentativa de correção da hérnia incisional em *anima nobile* utilizando o saco herniário. No entanto, somente em 1968, foi possível tratar o segundo paciente com a técnica TRANSPALB ou Técnica Lázaro da Silva.⁴ (MIRANDA DE MELO, 2018)

Dessa forma, este estudo tem como objetivo apresentar a história e a evolução da Técnica TRANSPALB, e sua aplicação nas cirurgias de correção das hérnias incisionais nos dias de hoje.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa bibliográfica consiste na utilização de plataformas científicas, tais como o Scielo, Google Scholar, MEDLINE, LILACS, PubMed entre outras, para buscar referências relevantes e atualizadas sobre o tema proposto. Os descritores: “hérnia incisional”, “saco-herniário”, “técnica cirúrgica” e “peritônio” serão utilizados para a fundamentação e discussão dos estudos encontrados. Além disso, será realizado um levantamento no banco de teses da CAPES, utilizando os descritores “recidiva”, “parede abdominal” a fim de ampliar as fontes de pesquisa e enriquecer a análise dos dados obtidos. Será feita uma leitura crítica dos artigos e teses encontrados, avaliando a qualidade das evidências apresentadas e verificando se elas são compatíveis com a proposta do estudo.

DISCUSSÃO

Historicidade da Técnica de Lázaro – TRANSPALB

Alcino Lázaro da Silva (figura 1), nascido em Guaranésia – MG, é filho de Dúlia Gentil Gianerinni da Silva e João Biela da Silva. Estudou em sua cidade natal até 1950 e se mudou para Mococa - SP, onde concluiu o curso científico.⁵

Lázaro da Silva, que se formou em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 1959, se destacou como aluno, sendo colaborador e assistente

dedicado de seu professor, o cirurgião João Baptista de Resende Alves, já se mostrando grande admirador da cirurgia e da técnica operatória.⁵

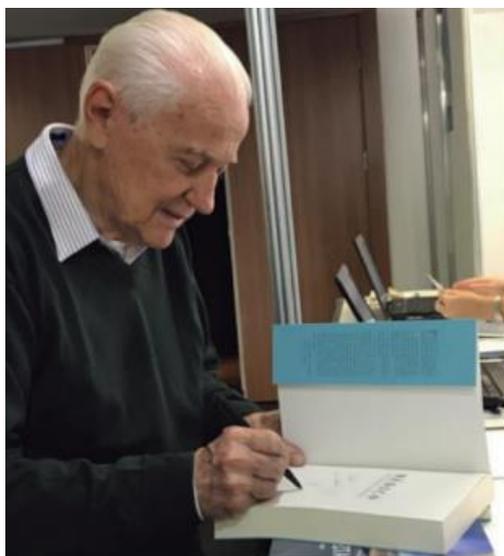


Figura 1: Professor Alcino Lázaro da Silva

Fonte: Miranda de Melo (2018, p.157)⁴

Ao longo da sua trajetória como assistente e aluno de João Baptista, Alcino começou a questionar as técnicas utilizadas para a correção de hérnias incisionais. Segundo ele, eram incomuns os resultados favoráveis com reparos teciduais e com as telas, principalmente. De acordo com Alcino, a infecção, a rejeição, a extrusão e a fragmentação eram problemas frequentes associados ao uso de próteses, além de serem raras e dispendiosas.⁵

Com isso, o aluno se atentou de que “o destino do saco herniário não poderia continuar sendo o balde da sala operatória”. Além disso, afirmava que, por ser um material autógeno, resistente, etérico e facilmente disponível, esse seria o tecido protético ideal. Contudo, não bastava apenas isso, era imprescindível corrigir o defeito herniário, o que implicava em reaproximar os músculos retos do abdome, afastados pela hérnia, de sua posição original, recompondo a linha alba. Para tal, era necessário realizar diversas incisões relaxantes, a fim de evitar a criação de uma tensão excessiva. Essa técnica já era conhecida e adotada. Contudo, essas incisões deixavam os músculos retos desnudos, o que poderia prejudicar a sua eficiência durante a contração da parede abdominal. Dessa forma, é crucial utilizar o saco herniário como uma "prótese" para recobri-los.⁵

Alcino operou cães e gatos durante aproximadamente dez anos, causando um defeito herniário na parede abdominal destes animais e, posteriormente, simulando diversas tentativas de correção da hérnia incisional. Conforme os objetivos definidos de como suturar tecidos de mesma natureza, dissecar plano por plano, evitar o uso de enxertos e próteses, não deixar espaço vazio, entre outros.⁵

A partir disso, Lázaro, que, assim como outros médicos cirurgiões da época, também atuava como ginecologista e obstetra, percebeu a chance de começar a executar, ainda que parcialmente, essa técnica para reparar as paredes abdominais em suas pacientes.⁵

Melo (2010, p.453) descreve o relato mais antigo do próprio Alcino “Laparotomia, ressecando a cicatriz. Dissecção do retalho de pele. Dissecção do peritônio e aponeurose posterior dos retos. Dissecção dos retos. Dissecção da aponeurose anterior. Sutura por planos. A anterior ficou tracionada. Dreno”. Em uma busca pessoal nos seus prontuários, recuperou, datado do dia 11 de janeiro de 1967, a primeira TRANSPALB que parece ter sido praticada integralmente pelo cirurgião.⁶

Em 1971, a primeira série de 15 casos em que foi usada a técnica TRANSPALB para a correção de hérnias incisionais foi publicada na extinta revista “O Hospital” (figura 2). Nesta série, os folhetos são imbricados na reconstrução da bainha dos músculos retos do abdome, como uma alternativa à sutura lábio a lábio dos mesmos. Nessa mesma pesquisa, Alcino cita que um dos problemas da técnica seria o curto período de observação de, no máximo, três anos para a cirurgia mais antiga.⁶

O HOSPITAL	
VOL. 79 — Nº 1	INDEX NUMBER
JANHEIRO DE 1971	
SUMÁRIO	ARTIGOS ORIGINAIS
PROF. CLEMENTINO FRAGA	
J. NEER-GONCALVES — Apto de tratamento em doença de Chagas aguda	1
G. DE C. GONCALVES, A. KAPTELIAN, F. M. F. COELHO e G. SOUZA JUNIOR — Estudos de Chagas por fezes séricas	15
ROSALENE RIBEIRO — Tratamento de <i>Ascaris lumbricoide</i> : Infestação (ELMO de Almeida) no tratamento de infestação intestinal	25
A. T. FERREIRA — Resposta clínica com nova técnica terapêutica anti-tuberculose	35
SILVANO VICENTE e OSVALDO A. MENEZES NETO — Estudo clínico de uma nova técnica terapêutica de chagas	41
A. MELLO e S. S. MELLO — As espécies <i>Leishmania</i> de cosmopolitismo	47
QUEIROZ LINS, ROCHA e J. S. MOURA — Análise clínica e experimental com um novo método terapêutico	55
J. MOURA, S. S. ROCHA, J. F. SILVA, A. M. TOLEDO, A. C. P. BARRETTI, W. R. FERREIRA e R. M. COSTA — Estudo clínico com paracetamol de um leishmaniose	61
F. J. S. ANDRADE, L. F. SOUZA, FERREIRA, T. R. DE A. SILVA, J. S. S. SILVA, S. M. PAIVA, R. S. TRINDADE JR. e M. A. S. FERREZ — Evidência de infecção bacteriana associada à doença febril	67
URSULINA FERREIRA SOARES — Respostas clínicas com o <i>Metronidazol</i> nos casos de doença de Chagas	73
S. D. DA SILVA — Fisiologia da pele e sua importância no diagnóstico das doenças dermatológicas	79
A. GONCALVES FERREIRA, AGUIAR, ROSA, FERREIRA e D. FARIA LIMA — A <i>Microleishmania</i> do tratamento de chagas	85
J. S. SILVA — Tratamento de uma lesão com um método de alta energia elétrica	91
A. MOREIRA FERREZ — Análise terapêutica de uma nova droga terapêutica	97
A. MOREIRA, J. MARQUES e J. M. FERREIRA — Estudo de <i>Leishmania</i> (L3) com o S. M. FERREIRA — Fisiologia das <i>Leishmania</i> em uma nova técnica de <i>Leishmania</i> (L3)	103
ROSALENE RIBEIRO NETO — Análise clínica de um <i>Chagas</i> em portador de <i>Yersinia enterocolitica</i>	109
G. S. GARRIDO e S. S. MELLO — Efeitos de <i>Leishmania</i> em portador de <i>Chagas</i> em portador de <i>Chagas</i> em portador de <i>Chagas</i>	115
MELISSA ENOCHI — Estudo clínico com o emprego de alta frequência — em casos de <i>Chagas</i> em portador de <i>Chagas</i> em portador de <i>Chagas</i>	121
CARLOS DA SILVA BRAGA — Contribuição à história da medicina	127
NOTÍCIAS	133
REVISÃO DE LIVROS E PUBLICAÇÕES	139

SEE ENGLISH PRESENTATION PAGE ON COVER 3

REVISTA E CIRCULARIZAÇÃO — Anual, Primeira Edição, 1971 — 117 páginas, Encadernação e distribuição pela LIVRARIA FERREZ BRAGA & C.

Figura 2: Resumo da revista El Hospital (primeira comunicação da transposição como saco herniário)

Fonte: Miranda de Melo (2018, p.157)⁴

Posteriormente, as indicações se ampliaram para que as diástases e as hérnias umbilicais volumosas também fossem corrigidas pela TRANSPALB. Assim, o primeiro volume da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões trouxe essa experiência acumulada com 55 pacientes operados pela técnica de Lázaro. A partir disso, a técnica que já estava consagrada no Brasil, ganhou projeção internacional, sendo descrita na conceituada “Surgery, Gynecology & Obstetrics” (continuada como “Journal of the American College of Surgeons”), tornando-se a principal referência à TRANSPALB.⁶

Lázaro da Silva ampliou os seus estudos, em 1989, reforçou a sua preferência pelo uso do saco herniário. Porém, utilizando na correção das hérnias recidivadas, incisionais ou não, sendo decorrentes de defeitos da fibroplasia ou de técnicas cirúrgicas inadequadas, ou deficientes. Em 1992, propôs a utilização do saco herniário para corrigir a hérnia inguinal em crianças, demonstrando que o saco herniário pode ser um recurso protético para reforçar a fâscia transversal. Lázaro demonstrou, em 1995, que não houve um aumento significativo de complicações após o pós-operatório de pacientes submetidos à técnica em que o saco herniário foi suturado sobre o triângulo inguinal,

sem a necessidade de qualquer outra técnica. Em 2004, lançou o livro "Hérnia Incisional", que apresenta os resultados da TRANSPALB, bem como os resultados da técnica. Em 2006, lançou a segunda edição do livro "Hérnias". Alcino Lázaro da Silva foi professor adjunto, titular e emérito da Faculdade de Medicina da UFMG, com uma grande variedade de publicações científicas, entre elas 30 livros, além de outros tantos, como artigos e trabalhos de mestrado e doutorado.⁶

Técnica operatória

A Técnica de Transposição Peritônio Aponeurótico Longitudinal Bilateral é mais adequada para a correção de hérnias incisionais médias, com defeito único e elíptico, supra e/ou infra umbilical, com saco herniário grande e espesso.⁷ (LAIZO et al., 2015)

A intervenção cirúrgica começa com uma incisão na pele para remover os retalhos dermoepidérmicas de forma ampla, permitindo uma melhor visualização do saco herniário. Ao realizar a dissecação do plano superficial, o cirurgião deve ultrapassar o anel herniário em todo o seu contorno, garantindo um espaço adequado para trabalhar com os retalhos que surgem ao longo do tempo cirúrgico. Em seguida, realiza-se uma abertura longitudinal do saco-herniário (figura 3).⁷

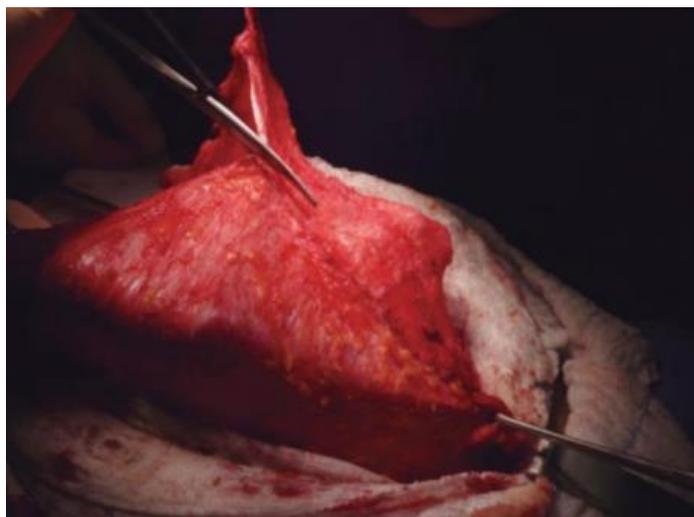


Figura 3: Abertura Longitudinal do saco herniário

Fonte: Miranda de Melo (2018, p.159)⁴

Tendo o devido cuidado para não lacerar inadvertidamente as alças intestinais ou as aderências peritoneais, deve criar dois hemi-sacos, o direito (C) e o esquerdo (D)

(figura 4). O saco herniário é considerado a estrutura mais nobre da técnica TRANSPALB e, por isso, a sua dissecção deve preservar toda a sua textura e integridade.⁸

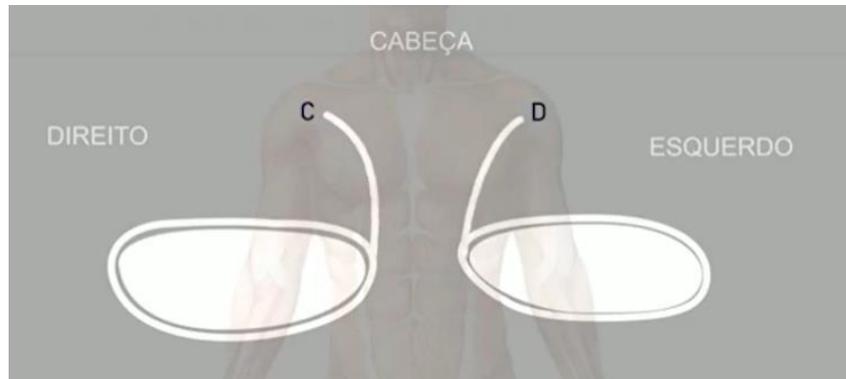


Figura 4: Dissecção do saco herniário criando dois hemi-sacos, direito (C) e esquerdo (D)

Fonte: Deoti et al (2021)⁸

A seguir, realiza-se uma incisão longitudinal da bainha aponeurótica posterior do músculo retoabdominal esquerdo, formando dois retalhos: retalho posteromedial esquerdo (E) e retalho posterolateral esquerdo (F) (figura 5).⁸

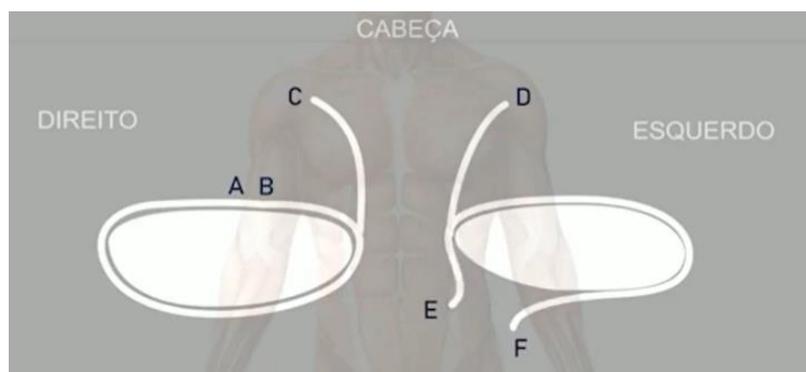


Figura 5: Incisão no músculo retoabdominal esquerdo formando dois retalhos: posteromedial esquerdo (E) e posterolateral esquerdo (F)

Fonte: Deoti et al. (2021)⁸

O cirurgião segue promovendo uma incisão longitudinal na bainha aponeurótica anterior do músculo retoabdominal direito, formando dois retalhos: retalho anterolateral direito (A) e retalho anteromedial direito (B) (figura 6)⁸

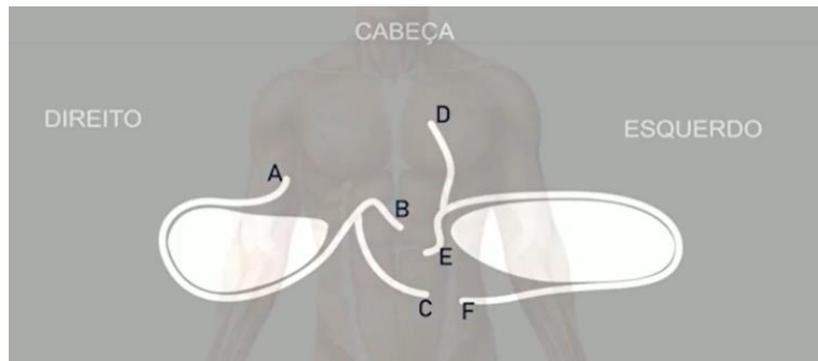


Figura 6: Incisão no músculo retoabdominal direito formando dois retalhos: anterolateral direito (A) e anteromedial direito (B)

Fonte: Deoti et al. (2021)⁸

Sutura-se o retalho aponeurótico posterolateral esquerdo (F) ao hemi-saco direito (C); o retalho aponeurótico anteromedial direito (B) ao retalho aponeurótico posteromedial esquerdo (E); e o retalho aponeurótico anterolateral direito (A) ao hemi-saco esquerdo (D). (figura 7)⁸

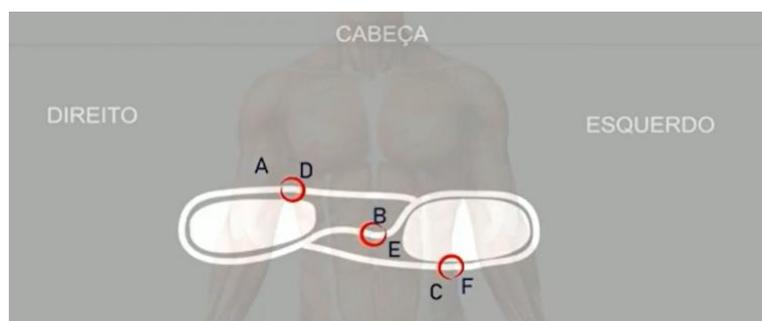


Figura 7: sutura do retalho (F) ao hemi-saco (C); sutura do retalho (B) ao retalho (E); sutura do retalho (A) ao hemi-saco (D)

Fonte: Deoti et al. (2021)⁸

Desta forma, a técnica Lázaro da Silva é capaz de criar 3 planos para correção da hérnia da parede abdominal e o seu resultado se assemelha ao da figura 8 esquemático abaixo:



Figura 8: Representação do resultado da técnica TRANSPALB

Fonte: Deoti et al., (2021)⁸

A técnica Lázaro da Silva não é apenas utilizada em lugares onde a tela não está disponível. Há casos específicos em que é a melhor opção quando comparada às telas sintéticas. A utilização do tecido excedente autógeno (saco-herniário) para reconstruir a hérnia incisional aprimora a cicatrização da incisão. O mesotélio peritoneal é composto por células-tronco mesenquimais adultas, o que resulta em uma metaplasia fibroblástica do mesotélio e, conseqüentemente, aumenta os níveis de fibroblastos que atuarão na ferida cirúrgica.⁷

Além disso, o uso de incisões relaxantes e de tecido autógeno abundante minimiza a tensão excessiva nas linhas de sutura e na cavidade abdominal, o que reduz o risco de desenvolvimento de síndrome compartimental pós-operatória. Por fim, o fato de utilizar suturas não coincidentes nos planos sagital e coronal garante maior proteção para a linha de sutura principal, que de fato fecha o defeito. Desta forma, pode-se perceber que a TRANSPALB é uma técnica que permite uma reconstrução anatômica, fisiológica e estética da parede abdominal.⁷

RESULTADOS

Ao analisar a relevância da TRANSPALB, alguns estudos analisam se os resultados obtidos são benéficos para o paciente ou se são inferiores aos de outras técnicas. Além

disso, outros trabalhos compararam os resultados da técnica sendo utilizada por profissionais mais ou menos experientes.

O estudo de Lázaro da Silva. et al. (2004) avaliou 132 cirurgias, sendo 52 em uma clínica particular, com um cirurgião experiente, e 80 em um Hospital Universitário, feitas por residentes, acompanhando os pacientes por 4 anos e 10 meses. Os resultados foram recidiva em 7,69% dos pacientes do grupo operado por um cirurgião (clínica particular) e 18,75% pelos residentes (Hospital Universitário), o que mostra que o treinamento do cirurgião e sua experiência com a técnica têm muita importância nos resultados tardios.

O estudo concluiu que a técnica, apesar de algumas recidivas, é uma boa alternativa para cirurgias. É facilmente exequível, sem necessidade de auxílios tecnológicos e pode ser feita em ambiente modesto por cirurgias de experiência mediana.⁹

O estudo Laizo et al. (2015) avaliou 251 pacientes que foram operados pela técnica operatória utilizando a TRANSPALB, foram observados os dados obtidos na Tabela 1:

Tabela 1: Pós-operatório TRANSPALB

Seroma	1,19%
Hematoma de grande volume	0,39%
Recidiva (período de 6 meses)	1,19%
• Abaixo 60 anos de idade	0,49%
• Acima 60 anos de idade	4,25%

Fonte: Elaborado pelo próprio autores

O seroma foi uma complicação apresentada por 3 dos pacientes no 14º dia pós-operatório e hematoma de grande volume foi apresentado por apenas 1 paciente. Além disso, houve ocorrência de recidivas em 3 indivíduos no período de observação de 6 meses. Em relação à idade, essas recidivas ocorreram em 0,49% dos pacientes com menos de 60 anos e em 4,25% com mais de 60 anos no grupo de paciente estudado. Nesse mesmo trabalho, o autor compara os resultados obtidos com os de outros estudos (Tabela 2):

Tabela 2: Estudos comparativos de recidivas

Estudo e Local	Tipo de Estudo	Nº pacientes	Recidivas
----------------	----------------	--------------	-----------

Coutinho et al. (2008) ¹⁰ Hospitais da Universidade de Coimbra	Análise retrospectiva	6	A taxa global de recidiva foi de 2,2 % com hérnias, sendo 5 doentes indiretas, e 1 nas diretas .
Manterolla (2023) ¹¹ Chile	03 revisões sistemáticas (RS) e 14 ensaios clínicos (EC)	17	Recidiva foi maior na RS; 3 pacientes operados sem prótese e 5 na EC, sendo a recorrência menor.
Shyan (2013) ¹² Índia	Técnica de Liechtenstein sem tensão	50	Obteve 01 (0,5%) recidiva
Naveen ¹³ (2014) Índia	35 operação Técnica de Liechtenstein sem tensão e 35 reparos de Bassini modificados (MBR)	70	Obteve 02 (5,7%) recidivas no Grupo MBR

Fonte: Elaborado pelo próprio autores

A análise do número de complicações e recidivas entre as técnicas cirúrgicas indica que o saco herniário pode ser empregado na cirurgia de hérnia inguinal, gerando resultados compatíveis aos relatados na literatura mundial. Por ser um tecido autógeno, não aumenta o custo do procedimento para o paciente, que nem sempre pode pagar pela prótese, e não é capaz de sofrer rejeição.⁷

Os reparos de hérnias com tela estão associados a uma taxa mais alta de complicações da ferida, incluindo infecções, rejeição do material, formação de coleções serosas e sanguíneas, aderências peritoneais e fistulização em vísceras ocas. Comparando a taxa de complicações entre o reparo sem tela e a técnica que utiliza a prótese, percebe-se que esta foi associada a mais reoperações por complicações, sendo as complicações por uso de tela aberta 6,1%; tela laparoscópica 4,2%; sem tela 0,8%.¹⁴ (ITAN,2016)

A prótese, como um material sintético estranho ao organismo, tem a capacidade de agravar ou prolongar a infecção. Nas hérnias incisionais, as correções com próteses apresentam índices de infecção de parede segundo Minossi et al. (2008, p.417) que “variam entre 6% a 12%; índices estes maiores que os encontrados nos reparos sem prótese 3%.” Além disso, a rejeição é outra complicação que pode ocorrer, sendo que, na maioria dos casos, está associada à infecção.¹⁵

O acúmulo de serosas ou sangue ao redor das telas é frequente, especialmente quando as próteses são grandes e as áreas de descolamento são extensas. Com o tempo, é comum que esses líquidos sejam purulentos. A retirada das partes sequestradas da prótese é necessária, pois é pouco provável que a integração tenha ocorrido.¹⁵ (MINOSSI et al., 2008)

Por fim, o processo inflamatório provocado pela tela sintética pode promover aderência aos tecidos circunjacentes, podendo levar à obstrução intestinal e a formação de fístulas. Uma revisão sistemática relatou uma taxa de obstrução intestinal adesiva de 1,1 a 3,7% e uma taxa de fístula enterocutânea de 0 a 4,8% após correção de hérnia com colocação de tela intraperitoneal.¹⁶ (SOARES et al., 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, diversas foram as técnicas e materiais aplicados na correção das hérnias e é possível afirmar que até os dias atuais esse continua sendo um grande desafio para o cirurgião, uma vez que os índices de recidivas e outras complicações ainda são relativamente significativos. Não é possível afirmar, portanto, que haja um consenso a respeito da melhor técnica a ser utilizada nos diferentes defeitos herniários e o que observamos é a existência de opiniões controversas, as quais justificam a insistência na procura de novos métodos para o tratamento desta afecção.

Um biomaterial ideal deveria ter algumas características fundamentais: resistência semelhante à dos tecidos regionais, não acarretar infecção, ser incorporado rapidamente pelo organismo, não estimular a fibrose excessiva, não promover reações de corpo estranho, não ser carcinogênico e ser economicamente viável. Infelizmente, nenhum dos materiais existentes até o momento preenche todos esses requisitos.

Com relação às hérnias incisionais e as demais hérnias da parede abdominal, a sua correção deve ser baseada na compreensão da fisiologia, da anatomia da parede e do seu tamanho, sendo a técnica a ser utilizada variável, indo desde a simples síntese da parede por planos, utilização do saco em grandes hérnias e, eventualmente, o uso de prótese sintética.

Embora as próteses constituam uma boa opção para corrigir hérnias da parede abdominal, principalmente pelo fato de poderem ser aplicadas quando não se consegue reconstruir o defeito de maneira anatômica e sem tensão, elas podem determinar uma

série de complicações pós-operatórias, o que faz com que o seu uso deva ser criterioso.

Após análise dos estudos, conclui-se que o uso da técnica de Lázaro da Silva, atualmente, pode ser praticado em situações onde não há tela e existe o saco herniário decorrente da hérnia. Ou seja, em situações específicas como ocorre, principalmente, no interior do Brasil. A técnica de Lázaro da Silva acarreta menor tensão abdominal, poucas taxas de recidiva para as feridas limpas e para feridas contaminadas e complicações. O treinamento da equipe cirúrgica e sua experiência no procedimento tem muita importância nos resultados tardios.

REFERÊNCIAS

1. NACHIAPPAN, S; MARKAR, S; KARTHIKESALINGAM, A; ZIPRIN, P; FAIZ, O. **Colocação profilática de tela em pacientes de alto risco submetidos à laparotomia eletiva: uma revisão sistemática.** Mundial J Surg. agosto de 2013;37(8):1861-71.
2. MUDGE, M; HUGHES, LE. **Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes.** Br J Surg. 1985; 72(1):70. Disponível: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-prevention-of-incisional-hernias/abstract/2,3>
3. KINGSNORTH, A; LEBLANC, K. **Hernias: inguinal and incisional.** Lancet. 2003;362(9395):1561. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-prevention-of-incisional-hernias/abstract/2,3>
4. MIRANDA DE MELO, R. **El cincuentenario de la «transposición con el saco herniario» de Lázaro da Silva para reconstrucción de la pared abdominal ventral.** Rev. Hispanoam Hernia. 2018;6(3):156-162
5. LÁZARO DA SILVA, A. **Plástica com o saco herniário na correção das hérnias incisionais.** O Hospital, v. 79, n. 1, p. 129-140, 1971.
6. MELO, R. M. **Reconstruindo a parede abdominal: o advento de uma técnica.** Rev Col Bras Cir. Arq Gastroenterol. [periódico na Internet] 2010; 37(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>. Acesso em: 15 ago. 2023
7. LAIZO, A.; TERZELLA, M. R.; RINCO, E. A. B. LÁZARO DA SILVA, ALCINO. **Técnica operatória na correção da hérnia inguinal utilizando o saco herniário como reforço da parede.** Revista Portuguesa de Cirurgia. 2015. (33):21-24
8. DEOTI, B; GUERRA, A. J.; SORBELLO, ALBINO; MIRANDA DE MELO, R. **Técnica de Lázaro**

- da Silva.** 0065 [11/10/21] Webinar (1h 35min). CBC para você. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=likXBgmh0zg&t=1777s>. Acesso em: 31/08/2023
9. LÁZARO-DA-SILVA, A; VIEIRA, R.G., Anjos G.C. **Recidiva da hérnia incisional após o tratamento pela transposição peritonioapo neurótica longitudinal bilateral.** Arq Gastroenterol. v. 41 - no.2 – abr./un. 2004
 10. COUTINHO L, RODRIGUES A, SANTIAGO F, BERNARDES A, OLIVEIRA F. **Reparação da hérnia inguinal com três tipos de próteses: análise retrospectiva.** Rev. Port. Cir. 2008;(7):17-22.
 11. MANTEROLA C, URRUTIA S, OTZEN T. **Uso versus no uso de malla em hernioplastía inguinal: existe um rol para reparación sin malla? Revisión global de la evidencia.** Rev. Med. Chile 2013;141:932-9.
 12. SHYAN CD, RAPSANG AG. **Inguinal hernias in patients of 50 years and above. Pattern and outcome.** Rev. Bras. Col. Cir. 2013;40(5):374-9.
 13. NAVEEN N, SRINATH R. **A comparative study between Modified Bassini's Repair and Lichtenstein Mesh Repair (LMR) of inguinal hernias in rural population.** Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014;8(2):88-91
 14. ITAN, KAMAL M. F. **New Findings in Ventral Incisional Hernia Repair.** JAMA. 2016 Oct;316(15):1551-1552.
 15. MINOSSI, JOSÉ GUILHERME; LÁZARO DA SILVA, ALCINO; SPADELLA, CÉSAR TADEU. **O Uso da prótese na correção das hérnias da parede abdominal é um avanço, mas o seu uso indiscriminado, um abuso.** Rev. Col. Bras. Cir. 35 (6) Dez. 2008.
 16. SOARE, A. M; C RȚU, D; NECHITA, S.L; ANDRONIC, O; ȘURLIN, V. **Complications of Intraoperative Mesh Techniques for Incisional Hernia - A Systematic Review.** Chirurgia (Bucur). 2021;116(6 Suppl):S36.