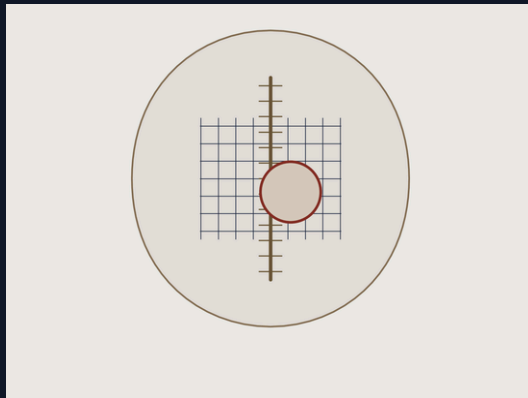

Hérnia incisional

A hérnia que aparece na cicatriz de outra cirurgia, e a correção com tela



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Hérnia incisional

A hérnia que aparece na cicatriz de outra cirurgia, e a correção com tela

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 80
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. A hérnia que nasce na cicatriz	5
1.1 Antes de começar	5
1.2 A parede que já foi aberta uma vez	5
1.3 Por que a culpa não é sua	9
2. Como o diagnóstico se confirma	12
2.1 O que a mão encontra	12
2.2 Quando a tomografia entra	13
2.3 O tamanho que aparece no laudo	14
3. O que acontece se eu não operar	16
3.1 A pergunta que fica na garganta	16
3.2 Entre a sala programada e a madrugada	16
3.3 O que pesa a favor de acompanhar	17
3.4 A linha da gravidez	18
4. Quando a espera acaba	20
4.1 Três níveis de pressa	20
4.2 O que não fazer	22
5. A tela e o reforço da parede	25
5.1 Por que o ponto sozinho não basta	25
5.2 O que a tela faz	25
5.3 Onde ela fica, e por quê	26
6. Robô, furos ou corte	29
6.1 O que é igual nos três caminhos	29
6.2 O que os ensaios separaram, e o que não separaram	30
7. Quando a hérnia é grande	32
7.1 O defeito que não fecha sozinho	32
7.2 O que se prepara antes	33
8. O preparo e a internação	37
8.1 O que se faz antes da data	37
8.2 A internação e os primeiros dias	39
9. A volta ao dia a dia	40
9.1 Os degraus das primeiras semanas	40
9.2 O que é esperado, e o que não é	41

10. O que pode dar errado, e com que frequência	43
10.1 A lista, sem suavizar	43
10.2 A hérnia pode voltar, e isso precisa ser dito	45
11. O que levar para a consulta	48
11.1 Quem cuida de você	48
Glossário	51
Referências	53
Sobre o autor	55
Transparência e licenças	56

A hérnia que nasce na cicatriz

EM UMA FRASE

Os pontos frágeis da parede do abdome vêm de fábrica. Este não: foi aberto por um bisturi e fechado por uma costura que, num trecho, deixou de segurar.

1.1 Antes de começar

Você passou por uma cirurgia na barriga. Depois apareceu um abaulamento sobre a cicatriz, que incha quando você tosse e some quando você deita. Alguém deu nome a isso: hérnia incisional. Este livro é para esse momento, e a escolha de operar sai da conversa com quem vai examinar a sua parede.

A parede do abdome produz outras hérnias, e cada uma tem guia próprio nesta série: a da virilha e a do umbigo no adulto, com a diástase à parte. Quem está com o abaulamento endurecido e doendo, sem voltar para dentro, precisa de atendimento hoje — é o quadro da hérnia encarcerada e estrangulada.

A Tabela 1.3 diz em que capítulo mora cada assunto deste volume.

1.2 A parede que já foi aberta uma vez

O abdome não é um saco de pele. Entre a pele e as vísceras existem camadas com funções distintas, e a que interessa aqui é a camada firme: uma lâmina branca e resistente, chamada aponeurose, que envolve os músculos e segura o conteúdo do abdome quando você tosse.

**FIGURA 1.1**

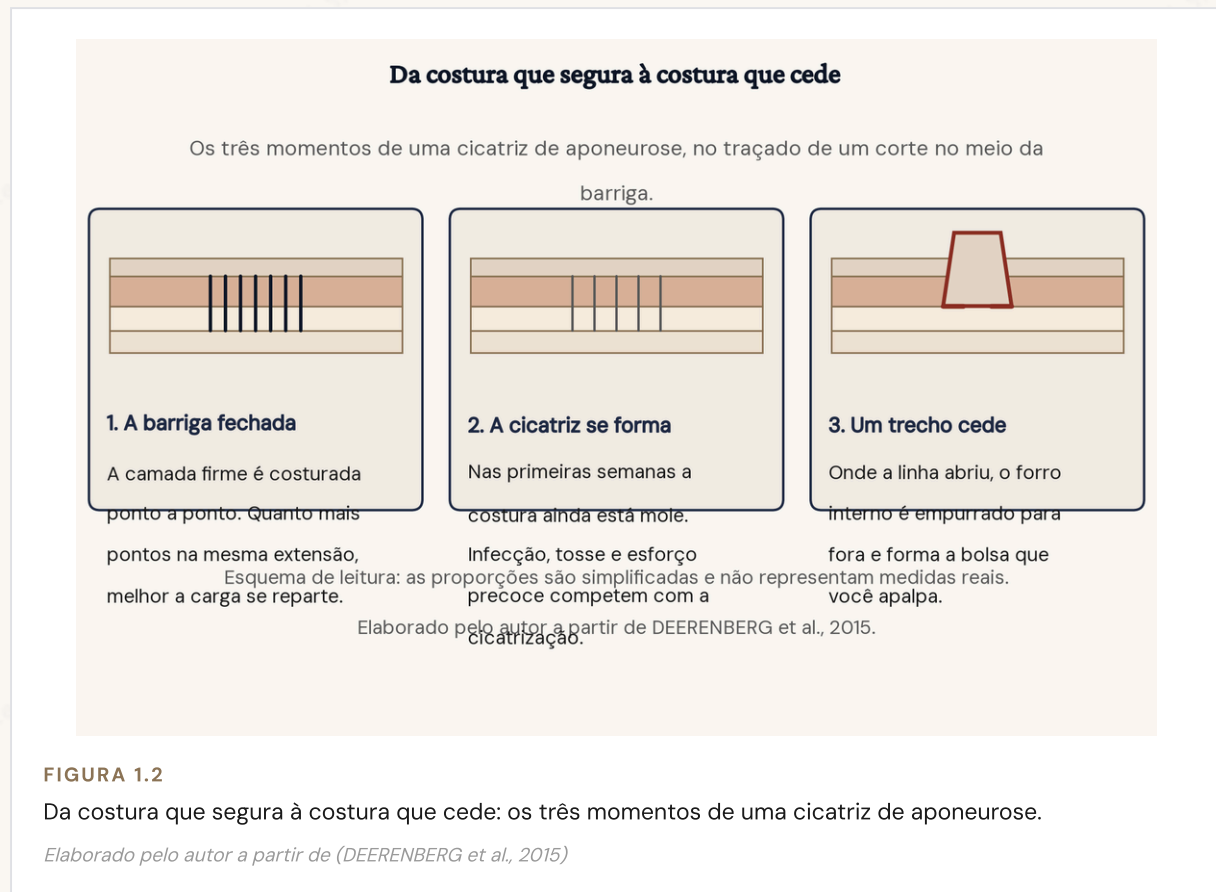
A parede do abdome vista de frente e em corte, com a linha de uma cirurgia anterior marcada sobre ela.

Elaborado pelo autor

A Figura 1.1 mostra essa lâmina e o traçado por onde o bisturi passou. Quando a barriga é aberta e fechada, a aponeurose cicatriza, e a cicatriz que se forma é firme ao toque, resistente para a vida comum, e ainda assim mais frágil que o tecido original. Cicatriz é remendo.

Um trecho dessa costura pode ceder cedo, nas primeiras semanas, quando a infecção da ferida, a tosse intensa ou o esforço precoce atrapalham a cicatrização. Pode ceder tarde, anos depois, com ganho de peso e desgaste do tecido.

Aberto o ponto, a membrana que forra o abdome por dentro é empurrada para fora, e o que se forma ali é uma bolsa. Dentro dela entra gordura, às vezes uma alça de intestino. É essa bolsa que você apalpa.



Os três quadros da Figura 1.2 desenharam esse percurso. O defeito segue o traçado do corte e costuma ser alongado. A observação de consultório é que essas bordas raramente se reaproximam com os anos; nenhum estudo deste livro mediu o ritmo disso, e quem responde por você é o seu acompanhamento.

TABELA 1.3 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

SE A SUA PERGUNTA É	VÁ PARA
Por que isso apareceu na minha cicatriz	Capítulo 1
Preciso de tomografia para confirmar	Capítulo 2
O que acontece se eu não operar	Capítulo 3
Quando é emergência	Capítulo 4
O que a tela faz, e onde ela fica	Capítulo 5
Robô, furos ou corte	Capítulo 6
A minha hérnia é grande: o que muda	Capítulo 7
O que eu preciso fazer antes da data	Capítulo 8
Quando eu volto a trabalhar e a pegar peso	Capítulo 9
O que pode dar errado, e com que frequência	Capítulo 10
O que eu levo para a consulta	Capítulo 11

1.3 Por que a culpa não é sua

A pergunta vem sempre, com culpa embutida. A resposta honesta alivia: quase sempre, ninguém fez nada de errado.

O que pesa é uma soma. Pesa o corte da cirurgia que você fez, porque uma incisão longa no meio da barriga abre uma linha longa de cicatriz, e pesa o que aconteceu com aquela ferida, porque infecção e má cicatrização enfraquecem o remendo enquanto ele ainda está mole. Pesam o peso e o cigarro. E pesa o modo como a barriga foi costurada no fim — detalhe técnico que o paciente nunca escolhe.



A Figura 1.4 separa as duas colunas da consulta. À esquerda, o que já aconteceu — e dela só o modo de costurar a barriga foi testado em ensaio clínico. À direita, o que a preparação alcança: peso, açúcar do sangue e cigarro, que a evidência liga à infecção da ferida; e a tosse crônica, tratada antes da data.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O modo de costurar a barriga no fim de uma operação foi testado em ensaio clínico (DEERENBERG et al., 2015). A população delimita o achado: 560 adultos operados de forma programada por um corte no meio do abdome. O sorteio comparou duas costuras. Uma é miúda: pega meio centímetro de tecido a cada meio centímetro de avanço. A outra é larga, com o dobro dessa medida nas duas contas. Um ano depois, a hérnia havia aparecido na cicatriz de 13% de quem recebeu a costura miúda. Entre os que receberam a larga, 21%. Para quem tem risco alto existe uma segunda medida, reunida em doze ensaios randomizados com 1.815 pacientes: a tela colocada de propósito no fechamento da barriga, antes de qualquer hérnia existir (JAIRAM et al., 2020). A hérnia na cicatriz ficou menos frequente, com razão de risco de 0,35 e intervalo de confiança de 95% entre 0,21 e 0,57. O preço apareceu numa linha: mais acúmulo de líquido com a tela apoiada por cima.

Fonte: DEERENBERG et al., 2015; JAIRAM et al., 2020

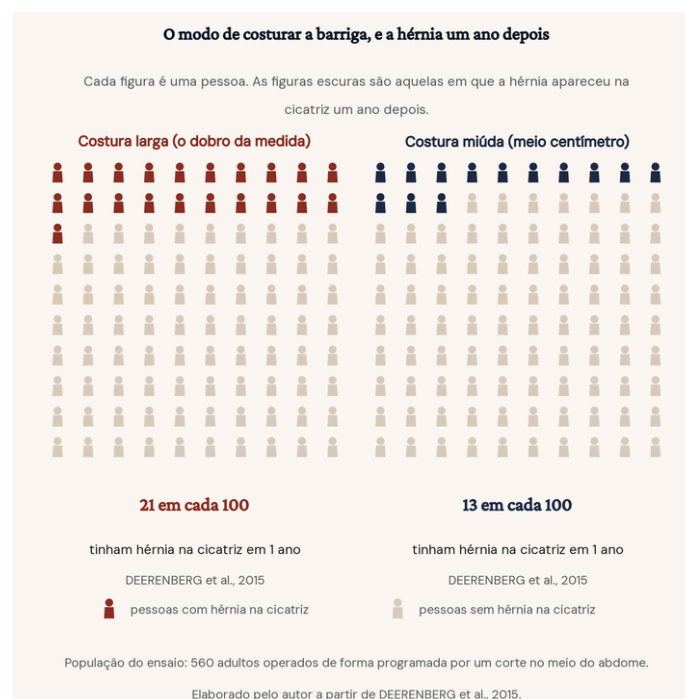


GRÁFICO 1.5

O modo de costurar a barriga e a hérnia que apareceu um ano depois: quantas pessoas em cada 100, em cada braço do sorteio.

Elaborado pelo autor a partir de (DEERENBERG et al., 2015)

O Gráfico 1.5 traduz esses números em pessoas. Ele explica por que “como vocês vão fechar a minha barriga?” é pergunta a fazer antes de qualquer cirurgia abdominal. Nada

disso apaga o que já aconteceu com você.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Que cirurgia eu fiz, e por qual tipo de corte?
- O que exatamente está saindo pelo defeito: gordura ou intestino?

Sabendo de onde o abaulamento veio, sobra a pergunta prática de quem acabou de ouvir o nome: como se confirma o diagnóstico, e quando a tomografia entra na conversa.

Como o diagnóstico se confirma

EM UMA FRASE

A mão que apalpa continua decidindo. A imagem entra para medir o que a mão já encontrou, e o que o cirurgião conta ao radiologista muda o laudo.

2.1 O que a mão encontra

A cicatriz que cedeu tem borda, e o consultório costuma encontrá-la sem aparato.

A equipe examina você deitado e em pé, pede que tussa ou levante a cabeça do travesseiro, porque esse movimento contrai a parede e empurra o conteúdo para fora, e percorre a cicatriz inteira com o dedo à procura da borda do buraco. Esse gesto responde a duas perguntas. Existe defeito? Em que ponto ele está?



A Figura 2.1 põe as duas etapas lado a lado: a segunda depende da primeira.

2.2 Quando a tomografia entra

A imagem tem indicações claras. Ela entra quando o abaulamento é difícil de apalpar, e sobretudo quando o defeito é grande e o cirurgião precisa medir a largura antes de planejar a operação.

A tomografia mede o que a mão estima: dá a largura do buraco em centímetros, mostra o conteúdo da bolsa e revela o estado da musculatura dos lados — informação que muda a técnica, como o capítulo das hérnias grandes vai detalhar.

E tem uma coisa que quase ninguém sabe: o laudo depende do que o médico escreveu no pedido.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio randomizado e duplo-cego mediu o tamanho desse efeito (CHERLA et al., 2019). Foram 115 pacientes com tomografia recente, examinados por um cirurgião que desconhecia a imagem; depois, sete radiologistas leram essas tomografias num total de 805 leituras, cada uma acompanhada de uma de três situações sorteadas: nenhuma informação clínica, uma informação errada de propósito, ou a informação correta. A proporção de hérnias encontradas variou em até 25%, no modo como os autores relatam o contraste. Entre os pacientes com hérnia ao exame, ela apareceu no laudo em 93,8% das leituras com informação clínica. Sem informação, em 75,0%. O estudo mede o efeito da informação sobre o laudo. A acurácia da tomografia ficou fora dele.

Fonte: CHERLA et al., 2019

TABELA 2.2 — O QUE CADA ETAPA RESPONDE, E O QUE ELA NÃO RESPONDE

ETAPA	O QUE RESPONDE	O QUE NÃO RESPONDE
Exame do cirurgião	Existe defeito? Em que ponto da cicatriz? O conteúdo volta para dentro?	A largura exata do buraco em quem tem parede espessa
Ultrassom	Confirma um defeito pequeno e mostra o que passa por ele naquele momento	O mapa da cicatriz inteira e o estado da musculatura lateral
Tomografia	A largura e o comprimento do defeito, o conteúdo da bolsa, outros pontos abertos	Se você deve operar: essa resposta sai da conversa com quem examina você
Relato ao radiologista	Aumenta a chance de o achado aparecer no laudo	Substituir o exame: é ele que orienta o pedido

A Tabela 2.2 resume as quatro etapas. A última tem consequência prática: peça que o pedido diga onde fica a sua cicatriz.

2.3 O tamanho que aparece no laudo

Do exame e da imagem sai um número que volta em quase todo capítulo daqui para a frente: a largura do defeito.



A Figura 2.3 mostra como as duas medidas são tomadas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo alemão testou quais critérios antecipam o que vem depois (DIETZ et al., 2014). Foram 330 pacientes operados de hérnia da parede, seguidos por 47,7 meses em média. O que mais antecipou a volta da hérnia foi o acúmulo de fatores de risco: três ou mais ao mesmo tempo. Logo atrás veio o comprimento acima de 5 centímetros, fator independente para a mesma volta. A largura acima de 5 centímetros respondeu por outra coluna, a das complicações depois da operação, com quase o dobro delas. O reparo com tela apareceu do lado protetor. É um serviço só.

Fonte: DIETZ et al., 2014

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é a largura e o comprimento do meu defeito, em centímetros?
- Existe mais de um defeito ao longo da minha cicatriz?

Com o defeito medido, a decisão passa para as suas mãos. Falta responder ao que acontece com quem escolhe não operar.

O que acontece se eu não operar

EM UMA FRASE

Esperar também é uma escolha. Os registros hospitalares mediram as consequências dela.

3.1 A pergunta que fica na garganta

Confirmado o diagnóstico, sobra a pergunta que quase nunca é dita na consulta: e se eu não fizer nada?

A resposta tem duas partes. A primeira é que o defeito tende a alargar — observação de consultório, sem estudo deste livro que tenha medido o ritmo — e que, passados os dez centímetros de largura, o reparo entra na faixa que o capítulo das hérnias grandes trata como complexa. A segunda é que o conteúdo pode prender. Nenhuma das duas obriga ninguém a operar amanhã.

3.2 Entre a sala programada e a madrugada

Os registros nacionais de hérnia permitem comparar duas portas de entrada para a mesma operação. A diferença que eles medem é grande.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O banco nacional dinamarquês reuniu 1.050 adultos operados de hérnia incisional por via convencional em dois anos, dos quais 882 de forma programada e 168 em caráter de emergência, e quem entrou pela emergência era mais velho, 64,7 anos contra 59,2, e fumava mais, 25,8% contra 13,6% (JUUL et al., 2021). O desfecho foi a complicação que exige nova intervenção em noventa dias. Depois do ajuste, ela ficou 2,71 vezes mais provável ali. Uma série australiana de 86 operações de urgência chega ao mesmo lugar por outro caminho: 29 pacientes, 34% do total, tiveram alguma complicação cirúrgica (DISSANAYAKE et al., 2020). São estudos observacionais. Descrevem o que aconteceu, e a causa fica fora do alcance deles.

Fonte: JUUL et al., 2021; DISSANAYAKE et al., 2020

**GRÁFICO 3.1**

De cada 100 operações de urgência de hérnia da parede, quantas tiveram alguma complicação cirúrgica, na série australiana de 86 pacientes.

Elaborado pelo autor a partir de (DISSANAYAKE et al., 2020)

O Gráfico 3.1 mostra a frequência medida naquela série. Os números da urgência valem para a urgência, e é essa distância que sustenta a conversa sobre marcar data.

3.3 O que pesa a favor de acompanhar

Nem todo abaulamento entra na fila no dia em que é diagnosticado. Um defeito pequeno, indolor e estável, em alguém com risco cirúrgico alto por outras doenças, pode ser acompanhado com reavaliação combinada. E quem tem muito peso a perder costuma usar esses meses para reduzir um risco que a evidência associa à infecção da ferida — a decisão sobre o momento sai da consulta. Há ainda a mulher que planeja engravidar, cuja conversa tem um dado próprio.

TABELA 3.2 — O QUE COSTUMA PESAR A FAVOR DE ACOMPANHAR E A FAVOR DE OPERAR

O QUE SE OLHA	PESA A FAVOR DE ACOMPANHAR	PESA A FAVOR DE OPERAR
Sintomas	Abaulamento que não dói e não atrapalha o dia	Dor, peso ou incômodo que limita o trabalho, o esporte ou o sono
Tamanho	Defeito pequeno e estável entre uma consulta e outra	Defeito que cresceu, ou que já dificulta vestir-se e dormir
História	Nunca prendeu e sempre voltou para dentro com facilidade	Já ficou preso alguma vez, mesmo que tenha voltado sozinho
Preparo	Há peso a perder, cigarro a largar ou diabetes a ajustar	Preparo já feito, com as condições clínicas estáveis
Risco cirúrgico	Risco elevado por outras doenças, sem sintoma que justifique corrê-lo	Risco aceitável diante do que a hérnia já causa
Planos de gravidez	Gravidez planejada para os próximos meses	Prole definida, gravidez fora do horizonte próximo, ou risco de a hérnia prender durante a gestação

A Tabela 3.2 organiza esse raciocínio para a conversa, e a leitura de cada linha fica com quem examina você.

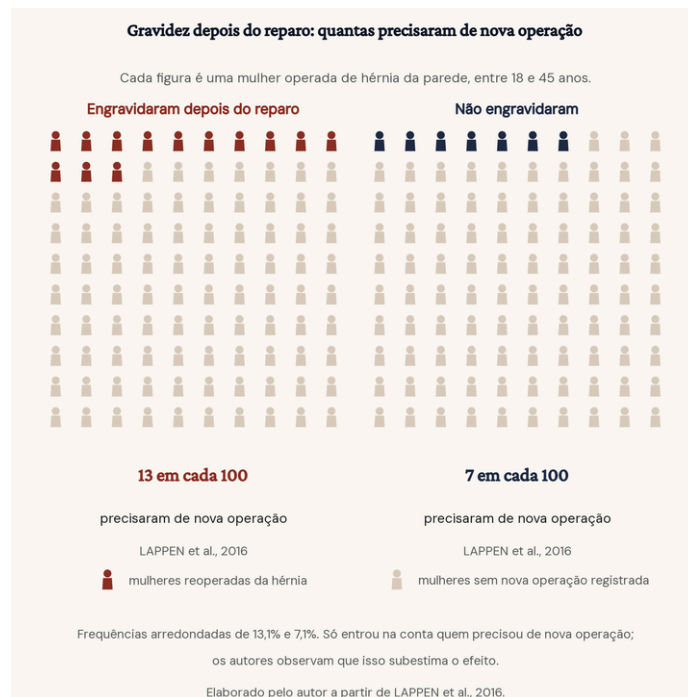
3.4 A linha da gravidez

A última linha da tabela merece explicação, porque é a que tem número.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um banco de prontuários de várias instituições nos Estados Unidos identificou 11.020 mulheres entre 18 e 45 anos operadas de hérnia da parede, entre elas 840 que engravidaram depois do reparo (LAPPEN et al., 2016). A recidiva foi contada de um jeito estrito: só entrou quem precisou de nova operação. Entre as que engravidaram, 13,1% tiveram a hérnia de volta. Entre as que não engravidaram, 7,1%. Ajustada pelo peso, pelo diabetes, pelo tabagismo e pelo que tenha complicado a ferida do reparo inicial, a razão de chances ficou em 1,73. Os autores observam que essa conta subestima o efeito, porque as recidivas não reoperadas ficaram de fora do numerador. E pedem o outro prato da balança: o risco de recidiva se pesa contra o de a hérnia prender e exigir cirurgia de urgência durante a gravidez.

Fonte: LAPPEN et al., 2016

**GRÁFICO 3.3**

De cada 100 mulheres operadas de hérnia da parede, quantas precisaram de nova operação, com e sem gravidez depois do reparo.

Elaborado pelo autor a partir de (LAPPEN et al., 2016)

O Gráfico 3.3 põe as duas frequências lado a lado. Ele serve para decidir o momento da cirurgia, com os dois riscos na mesa.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, acompanhar por mais um tempo é razoável?
- Eu pretendo engravidar: isso muda o momento da operação?

Acompanhar tem uma condição que não se negocia: reconhecer a hora em que a espera acabou.

Quando a espera acaba

EM UMA FRASE

O abaulamento que endureceu, parou de voltar para dentro e dói ao toque mudou de natureza. A partir daí, a conta se faz em horas.

4.1 Três níveis de pressa

Quem escolhe não operar agora sai da consulta com um combinado: data de reavaliação e a lista de sinais que valem uma ligação antes dela.

Na maior parte dos dias, o conteúdo entra e sai: o abaulamento aparece em pé ou ao fazer força e volta para dentro quando você deita. O que muda tudo é o dia em que ele deixa de voltar.

Quando o conteúdo entra e não volta, o quadro mudou. O abaulamento endurece, passa a doer ao toque e deixa de desaparecer com o repouso, e se a borda do buraco apertar o que ficou preso a ponto de comprometer a circulação daquele tecido, a operação deixa de ser programada. Esse quadro tem guia próprio nesta série: o da hérnia encarcerada e estrangulada.

Hérnia na cicatriz: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192

- O abaulamento ficou duro, parou de voltar para dentro e dói ao toque.
- Dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes.
- A pele sobre o abaulamento ficou vermelha, arroxeadada ou quente.
- Febre com calafrio junto de qualquer um dos sinais acima.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

- O abaulamento voltou para dentro sozinho, e a dor no local continuou depois.
- Dor nova e persistente sobre a cicatriz, sem vômito e com gases saindo.
- Enjoo que aparece sempre que o abaulamento sai.

Telefone do consultório e do plantão, à mão, desde a alta.

Na próxima consulta — anote e leve

- O abaulamento cresceu, mudou de forma ou passou a sair em situações em que antes ficava quieto.
- Passou a atrapalhar vestir-se, dormir ou trabalhar.
- Já ficou preso alguma vez e voltou sozinho.

Anote quando começou e o que melhora ou piora.

Esta lista orienta, não substitui a avaliação da sua equipe.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 4.1

Sinais de alerta depois do diagnóstico de hérnia na cicatriz, em três níveis de pressa.

Elaborado pelo autor

A Figura 4.1 traz os mesmos sinais da caixa abaixo, num formato que dá para imprimir.

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

- O abaulamento ficou duro, parou de voltar para dentro e dói ao toque.
- Dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes.
- A pele sobre o abaulamento ficou vermelha, arroxeadada ou quente.
- Febre com calafrio junto de qualquer um dos sinais acima.

Atendimento no mesmo dia:

- O abaulamento voltou para dentro sozinho, e a dor no local continuou depois.
- Dor nova e persistente sobre a cicatriz, sem vômito e com gases saindo.
- Enjoo que aparece sempre que o abaulamento sai.

Relate na próxima consulta:

- O abaulamento cresceu, mudou de forma ou passou a sair em situações em que antes ficava quieto.
- Passou a atrapalhar vestir-se, dormir ou trabalhar.
- Já ficou preso alguma vez e voltou sozinho.

4.2 O que não fazer

Diante de um abaulamento que ficou preso, a vontade natural é empurrar com força até ele voltar. Essa vontade faz o estrago.

A força pode empurrar para dentro do abdome um pedaço de intestino já comprometido, e o abaulamento some da vista sem que o problema tenha saído de dentro. Sumir da vista, aqui, engana. Diante de dor ao toque, pele avermelhada, náusea, vômito ou de um abaulamento que parou de voltar sozinho, a mão sai e o caminho é o pronto-socorro.



A Figura 4.2 desenha esse caminho em dois passos.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Os dois estudos do capítulo sobre não operar sustentam também a pressa deste. O registro dinamarquês mediu complicação com nova intervenção em noventa dias 2,71 vezes mais provável em quem entrou pela emergência (JUUL et al., 2021), e a série australiana acrescenta o que o paciente sente na pele: mais de um terço teve alguma complicação cirúrgica, com a infecção da ferida à frente (DISSANAYAKE et al., 2020). Nenhum dos dois mede quanto tempo se pode esperar em casa, e nenhum deles descreve a hérnia que ainda volta para dentro. Nenhuma frase deste livro autoriza esperar.

Fonte: JUUL et al., 2021; DISSANAYAKE et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Como eu reconheço, no meu caso, que a hérnia prendeu?
- Que sinal, no meu caso, deve me fazer ligar antes de tudo?

Reconhecida a urgência, volta a pergunta de quem opera com data marcada: que reforço entra naquela parede, e onde ele fica.

A tela e o reforço da parede

EM UMA FRASE

Costurar as bordas resolve o desenho e deixa a costura sob tensão. A tela transfere essa carga para uma área bem maior.

5.1 Por que o ponto sozinho não basta

A espera que acaba na emergência ensina o essencial sobre esta operação: o problema da hérnia se resolve por mecânica. Um buraco numa lâmina que trabalha sob pressão o dia inteiro deixou de se fechar sozinho. A tentativa mais intuitiva, aproximar as bordas com pontos, devolve toda a força para a linha de sutura.

O problema tem nome antigo: tensão. Puxar duas bordas já afastadas deixa o tecido com pouco sangue para o tanto que precisaria cicatrizar, e a pressão de dentro empurra a costura a cada tosse. O desenho fecha, e a força continua no lugar errado.

5.2 O que a tela faz

A tela é uma malha sintética leve, com furos grandes o suficiente para que o tecido do próprio corpo cresça por dentro. Apoiada sobre a camada firme, ela avança vários centímetros além das bordas do defeito, e a carga antes concentrada numa linha passa a se distribuir por toda a área de contato. É física simples.

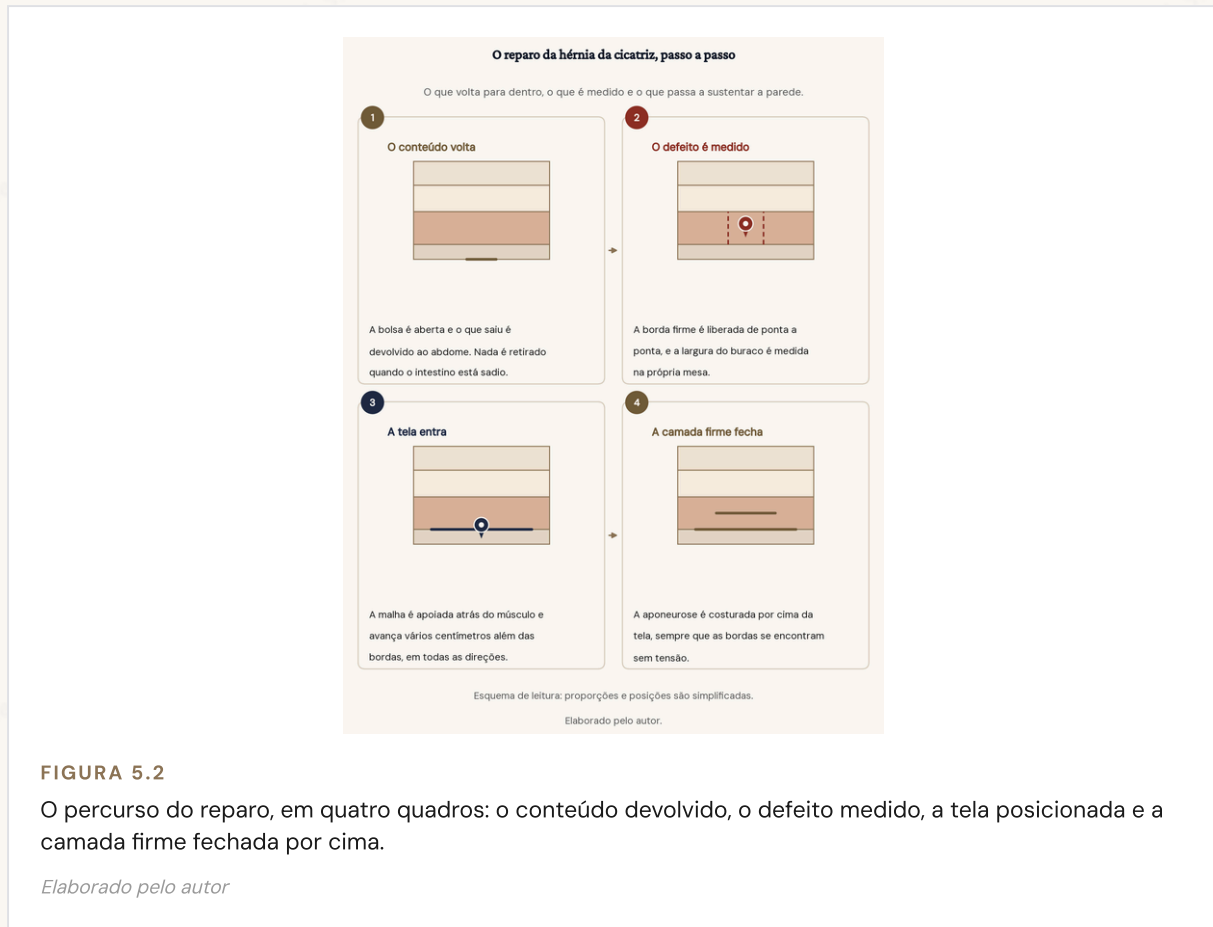
Com as semanas, células do organismo invadem a malha e a incorporam. Ela vira parede.

A pergunta que vem em seguida é sempre a mesma: e se o corpo rejeitar? O material usado hoje é inerte: o organismo o trata como estrutura e cresce por dentro dele, sem a reação que a palavra rejeição descreve nos transplantes. O que existe é a inflamação local das primeiras semanas, com desconforto, endurecimento e às vezes líquido acumulado ao redor da malha.



5.3 Onde ela fica, e por quê

A Figura 5.1 mostra as três posições possíveis. Na hérnia da cicatriz, a que reúne mais tradição é a de trás: a tela fica atrás do músculo reto e à frente da membrana que forra o abdome, num plano em que a pressão de dentro trabalha a favor e empurra a malha contra a parede. É o raciocínio de uma borracha de vedação. Fechar a aponeurose por cima dela faz parte do plano sempre que as bordas se encontram.

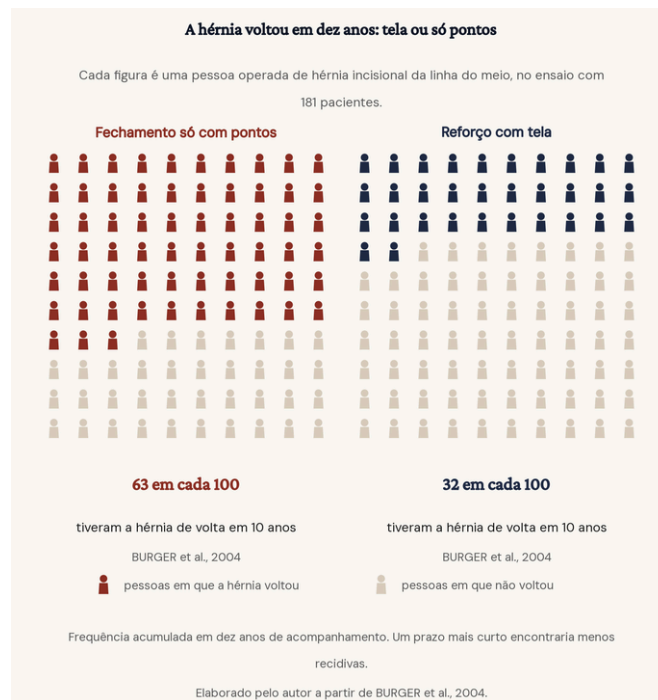


Os quatro quadros da Figura 5.2 resumem o que acontece na sala. A tela fica para sempre. Ela não dispara alarme de aeroporto e não impede os exames de imagem de rotina.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A distância entre fechar só com pontos e reforçar com tela foi medida num ensaio randomizado (BURGER et al., 2004). Foram 181 pacientes com hérnia incisional da linha do meio, sorteados entre as duas condutas e seguidos por dez anos. No fim, a hérnia havia voltado em 63% do grupo da sutura. No grupo da tela, em 32%. Entre os defeitos pequenos, a distância foi maior: 67% contra 17%. Sobre a posição da malha, um serviço americano acompanhou 538 reparos em dezenove anos, sempre com a tela atrás da camada firme e a aponeurose fechada por cima (BENDER, 2016): a hérnia voltou em 2,7% dos reparos de primeira vez e em 4,1% dos que já haviam voltado uma vez, e houve uma morte. É a casuística de um único cirurgião, e outro serviço pode chegar a outro número.

Fonte: BURGER et al., 2004; BENDER, 2016

**GRÁFICO 5.3**

De cada 100 pessoas operadas de hérnia incisional da linha do meio, quantas tiveram a hérnia de volta em dez anos, com tela e só com pontos.

Elaborado pelo autor a partir de (BURGER et al., 2004)

O Gráfico 5.3 traduz o ensaio em pessoas: a tela muda a expectativa, e nenhuma das duas colunas chega a zero.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Que tipo de tela vocês usam no meu caso, e por quê?
- Em que camada da parede ela vai ficar?

Definido o reforço, sobra o caminho até ele: os furos com câmera — com ou sem o console do robô — ou o corte sobre a cicatriz.

Robô, furos ou corte

EM UMA FRASE

A operação é uma só: devolver o conteúdo e reforçar a parede com tela. O que se compara são caminhos, cada um com seu preço.

6.1 O que é igual nos três caminhos

O reforço com tela é o destino comum dos três caminhos. O que muda é por onde a equipe chega até lá.

A via convencional usa um corte sobre a cicatriz antiga e trabalha de fora para dentro. As vias por furos entram com câmera e instrumentos finos. A robótica é uma variante delas: o cirurgião opera sentado num console, com visão em três dimensões e instrumentos que articulam dentro do abdome. O que muda é a interface entre a mão e a ponta do instrumento. Quem opera continua sendo o cirurgião.

TABELA 6.1 — OS CAMINHOS ATÉ A TELA, COM PRÓS E CONTRAS

VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Robótica	Mesma lógica das vias por furos, com instrumentos que facilitam costurar por dentro	Tempo de sala maior e custo mais alto, sem vantagem demonstrada em recidiva ou complicação da ferida	Casos selecionados, conforme a experiência da equipe e a disponibilidade do serviço
Laparoscópica	Menos infecção da ferida e menos drenagem pela ferida; internação mais curta na maioria dos ensaios	Entra na cavidade do abdome e exige separar aderências por dentro, com risco medido de lesão de intestino; nem todo defeito grande cabe	Defeito pequeno ou médio, poucas cirurgias prévias, parede sem excesso de tecido cicatricial
Convencional	Permite retirar a cicatriz antiga, separar aderências sob visão direta e posicionar a tela atrás do músculo com a aponeurose fechada por cima	Infecção da ferida mais frequente que nas vias por furos; internação tende a ser mais longa	Defeito grande, cicatriz complexa, necessidade de manobra na musculatura ou urgência

A Tabela 6.1 põe as três lado a lado, e as colunas “Contra” têm o mesmo peso das colunas “A favor”.

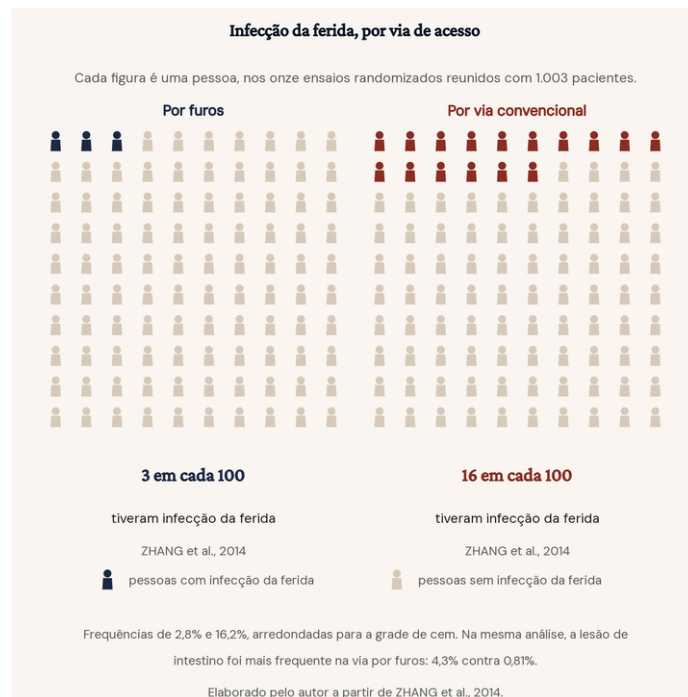
6.2 O que os ensaios separaram, e o que não separaram

A comparação foi feita muitas vezes. Os resultados são estáveis num ponto e indefinidos noutro.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Onze ensaios randomizados, com 1.003 pacientes, foram reunidos numa mesma análise (ZHANG et al., 2014). A infecção da ferida foi o achado mais claro: 2,8% no grupo dos furos contra 16,2% no da via convencional. Em sentido contrário, a lesão de intestino durante a operação foi mais frequente na via por furos, 4,3% contra 0,81%. O que a análise não conseguiu separar foi o que mais pesa na decisão: a hérnia voltar. Ficaram sem distinção também a reoperação, o sangramento, a obstrução do intestino, o hematoma e o acúmulo de líquido. Uma revisão Cochrane com dez ensaios e 880 pacientes acrescenta o limite que mais importa: ali a recidiva também não separou as duas vias, e em metade dos ensaios o acompanhamento parou antes de completar dois anos (SAUERLAND et al., 2011). Sem evidência de diferença, aqui, significa que a pergunta ficou em aberto. Um ensaio cego com 124 pacientes comparou a robótica com a laparoscópica (DHANANI et al., 2021): em um ano, a hérnia voltou em 7% do braço robótico e em 9% do laparoscópico, com complicação da ferida em 15% nos dois. As diretrizes de 2019 incorporaram essas técnicas novas e declararam insuficiente a evidência sobre elas (BITTNER et al., 2019).

Fonte: ZHANG et al., 2014; SAUERLAND et al., 2011; DHANANI et al., 2021; BITTNER et al., 2019

**GRÁFICO 6.2**

De cada 100 pessoas operadas de hérnia da parede nos onze ensaios reunidos, quantas tiveram infecção da ferida, por via de acesso.

Elaborado pelo autor a partir de (ZHANG et al., 2014)

O Gráfico 6.2 mostra a diferença que mais aparece nos estudos. Lido sozinho, ele empurraria todo mundo para os furos. A linha da lesão de intestino precisa ser lida junto: cada caminho troca um risco por outro, e a troca que serve a você depende do tamanho do defeito e de quantas vezes a sua barriga já foi aberta. Não existe via melhor em abstrato.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual via vocês fariam no meu caso, e o que pesou nessa escolha?
- Quantas dessas operações a equipe faz por ano?

As vias comparadas acima pressupõem bordas que ainda se encontram no meio, e a hérnia grande costuma desfazer essa premissa.

Quando a hérnia é grande

EM UMA FRASE

Acima de certa largura, o problema passa a ser outro: devolver espaço à barriga antes de fechar o buraco. A preparação, aí, começa meses antes da data.

7.1 O defeito que não fecha sozinho

Os furos e o corte supõem bordas que ainda se aproximam. Numa parte dos casos elas não se aproximam mais, e puxá-las à força deixaria a costura sob a tensão que o capítulo da tela descreveu.

Para essas situações existe uma família de manobras chamada separação de componentes: camadas da parede são soltas dos lados, e as bordas deslizam até se encontrar no meio sem tensão. A versão mais usada hoje solta o músculo transverso do abdome por trás, o que abre espaço e cria, no mesmo gesto, o plano onde a tela vai ficar.

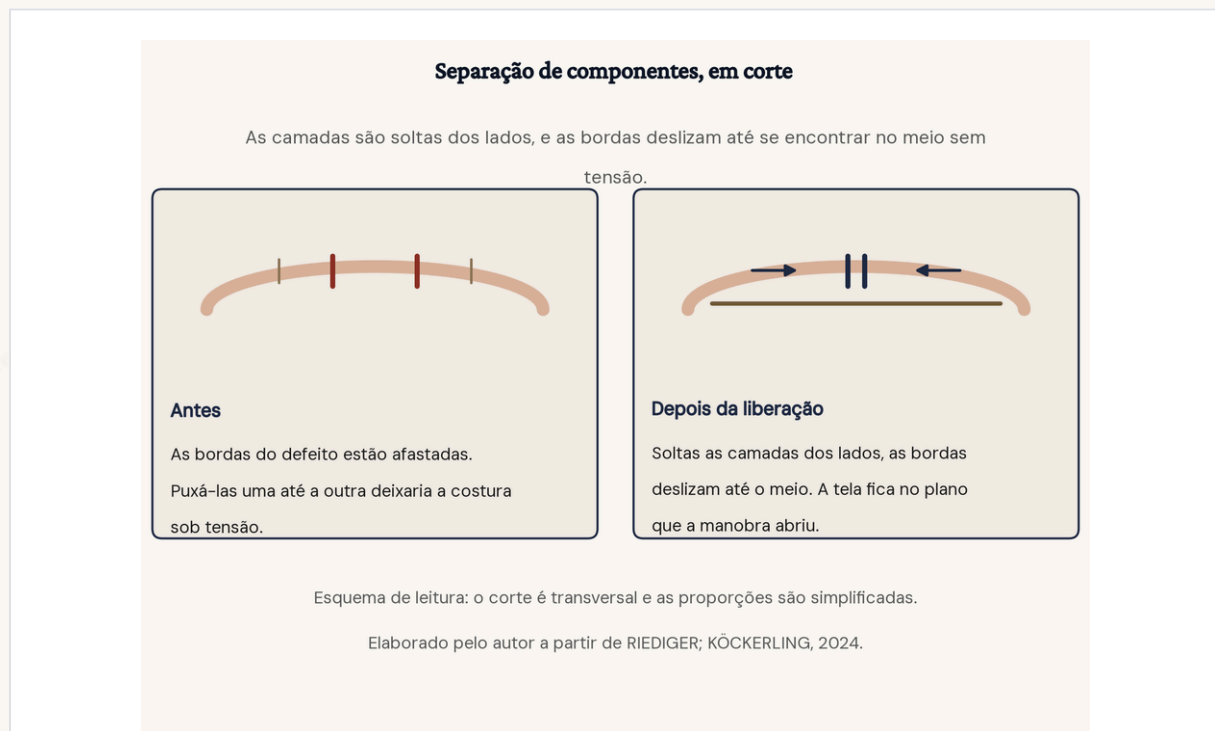


FIGURA 7.1

Separação de componentes em corte: as camadas liberadas de lado e as bordas que voltam a se encontrar no meio.

Elaborado pelo autor a partir de (RIEDIGER; KÖCKERLING, 2024)

A Figura 7.1 mostra o princípio. A internação cresce junto: de horas, no reparo pequeno, a dias, no grande.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O que interessa aqui cabe em três medidas, reunidas na Tabela 7.4 a partir de uma revisão de 26 publicações sobre a manobra feita por corte (RIEDIGER; KÖCKERLING, 2024). A leitura prática é curta. O número da sua tomografia diz em que faixa você caiu, e a faixa conversa com a prática da equipe: a revisão registra que as diretrizes europeias reservam a manobra a quem a executa com regularidade. A faixa de fechamento é larga porque soma serviços diferentes, e vale como expectativa de grupo. As diretrizes de 2019 já haviam declarado frágil a evidência sobre essas manobras (BITTNER et al., 2019).

Fonte: RIEDIGER; KÖCKERLING, 2024; BITTNER et al., 2019

7.2 O que se prepara antes

A conta de uma hérnia grande se faz em semanas de agenda, e boa parte do trabalho é do paciente. Perder peso reduz a pressão que empurra a parede de dentro para fora. Parar de fumar melhora a chegada de oxigênio ao tecido que vai cicatrizar, e cuidar do açúcar do sangue reduz o risco de a ferida infectar. Nenhuma delas apaga o risco. Todas o deslocam para baixo.

**FIGURA 7.2**

A linha do tempo da preparação de uma hérnia grande, da primeira consulta à data da operação.

Elaborado pelo autor a partir de (ROSEN et al., 2015) e (WEGDAM et al., 2021)

A Figura 7.2 dá ordem a esse intervalo. Ele parece longo para quem convive com o abaulamento há anos, e é nele que se ganha o que a técnica não entrega sozinha.

TABELA 7.3 — O QUE A PREPARAÇÃO AJUSTA, E O QUE CADA ITEM PERSEQUE

O QUE SE AJUSTA	O QUE ISSO PERSEQUE	QUEM CONDUZ
Peso	Menos pressão contra a parede e melhores condições na sala	Programa de perda de peso, com acompanhamento clínico e nutricional
Cigarro	Melhor oxigenação do tecido que vai cicatrizar	Você, com apoio da equipe; quanto mais cedo começar, melhor
Açúcar do sangue	Menos risco de a ferida infectar	O médico que já cuida do seu diabetes
Musculatura da parede	Bordas que voltam a se encontrar no meio sem tensão	O cirurgião, com as manobras deste capítulo
Condicionamento e respiração	Mais reserva para as primeiras semanas depois da operação	Fisioterapia, quando indicada pela equipe

A Tabela 7.3 nomeia o que costuma entrar nesse pacote. A sua lista sai da consulta.

Do outro lado da conta está a técnica: a Tabela 7.4 traz as três medidas anunciadas no começo do capítulo.

TABELA 7.4 — AS TRÊS MEDIDAS QUE DELIMITAM A SEPARAÇÃO DE COMPONENTES FEITA POR CORTE

A MEDIDA	O VALOR QUE A REVISÃO REGISTRA	O QUE ISSO MUDA NA CONVERSA
Largura a partir da qual a hérnia passa a ser tratada como complexa	10 centímetros	Acima disso, as diretrizes europeias reservam o reparo a equipes com prática na manobra
Largura que a técnica padrão costuma alcançar	15 a 17 centímetros	Passada essa faixa, entram variantes e um planejamento feito caso a caso
Casos em que a camada firme da frente chegou a fechar	Entre 81 e 97 em cada 100	A faixa é larga porque soma serviços diferentes: vale como expectativa de grupo

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Perder peso antes de um reparo complexo é viável (ROSEN et al., 2015). Um serviço americano encaminhou 25 pacientes com índice de massa corporal acima de 35 a um programa clínico de perda de peso, e a perda média antes da cirurgia foi de 24 quilos, com dispersão grande — de 2 a 80 quilos. É uma série pequena. Para os defeitos muito largos existe outro recurso, com evidência frágil: a toxina botulínica aplicada semanas antes nos músculos do lado da barriga, que os relaxa e alonga (WEGDAM et al., 2021). A revisão reuniu 14 estudos e 377 pacientes; em quatro deles, com 107 pacientes, o alongamento mediano medido por tomografia foi de 4,0 centímetros por lado. O nível de evidência, dizem os autores, é baixo. Sobre o preparo geral, a revisão do sítio cirúrgico aponta o que dá para mudar antes da data (WILSON; FAROOQUE, 2022).

Fonte: ROSEN et al., 2015; WEGDAM et al., 2021; WILSON; FAROOQUE, 2022

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é a largura do meu defeito, e ela exige alguma manobra na musculatura?
- O que eu preciso preparar antes, e em quanto tempo?

Grande ou pequena, toda operação programada tem as mesmas semanas de preparo antes da internação.

O preparo e a internação

EM UMA FRASE

Entre a decisão e a data existem semanas de trabalho. O que se ajusta aí muda o risco da ferida; o que se combina na véspera muda o dia.

8.1 O que se faz antes da data

Da hérnia grande que exige separação de componentes ao reparo de um defeito de três centímetros, toda operação programada começa semanas antes do dia marcado. A avaliação pré-anestésica organiza o resto: dela saem os exames que a sua idade e as suas doenças justificam, e a decisão sobre a anestesia.

Leve por escrito a lista dos seus remédios, com a dose e o horário de cada um. Os que afinam o sangue merecem parágrafo próprio. Anticoagulantes e antiagregantes têm prazos diferentes entre si, e a decisão pesa o risco de sangrar contra o de trombose ou de infarto: quem suspende, e quando, é a equipe que prescreveu, em acordo com o cirurgião e o anestesista.



FIGURA 8.1

Do preparo à alta: os marcos de um reparo programado de hérnia na cicatriz.

Elaborado pelo autor a partir de (SMITH et al., 2011)

A Figura 8.1 organiza esse percurso. As datas mudam com o tamanho do reparo, e a ordem dos marcos se repete.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O jejum de véspera tem prazos formais. Eles costumam surpreender quem virou a noite sem nada por conta própria, e a Tabela 8.3 os reúne como a diretriz europeia de anestesiologia os fixa para a cirurgia programada do adulto, com as horas de cada item e o que o documento aceita como líquido claro (SMITH et al., 2011). Duas leituras servem a quem vai operar. Uma é que o café da manhã também entra nessa conta, com o leite tolerado em pequena proporção. A outra é mais simples: a orientação escrita do seu serviço vale acima de qualquer regra de bolso, porque já pesou a sua anestesia e o seu horário de sala. Sobre as semanas anteriores, a revisão do sítio cirúrgico é direta quanto ao alvo: o peso e o cigarro, com o diabetes na mesma lista (WILSON; FAROOQUE, 2022).

Fonte: SMITH et al., 2011; WILSON; FAROOQUE, 2022

TABELA 8.2 — O PREPARO, MOMENTO A MOMENTO

QUANDO	O QUE ACONTECE	O QUE É SEU
Na decisão	Medida do defeito, escolha da via, definição do que precisa ser ajustado antes	Começar a parar de fumar e a tratar o peso hoje
Semanas antes	Avaliação pré-anestésica, exames, ajuste de pressão e de açúcar do sangue	Levar a lista de remédios por escrito, com dose e horário
Dias antes	Decisão sobre suspender ou manter anti-coagulantes e antiagregantes	Confirmar a decisão com quem prescreveu, antes de mudar qualquer dose
Véspera	Horário de jejum conforme a orientação escrita do serviço	Separar documentos, exames, roupa folgada e o telefone de quem leva e busca
No dia	Internação, marcação do campo, anestesia combinada	Contar à equipe qualquer sintoma novo, inclusive resfriado

A Tabela 8.2 reúne os cinco momentos, e a coluna da direita é a parte que depende de você. A linha da véspera está detalhada na Tabela 8.3.

TABELA 8.3 — O JEJUM DA VÉSPERA, PELOS PRAZOS DA DIRETRIZ EUROPEIA DE ANESTESIOLOGIA

O QUE ENTRA NA CONTA	PRAZO ANTES DA OPERAÇÃO	O DETALHE QUE COSTUMA SURPREENDER
Alimento sólido	Seis horas	O prazo vale para o adulto operado de forma programada
Líquido claro	Duas horas	A diretriz estimula beber nesse intervalo; o jejum desde a noite anterior é hábito de sala de espera
Chá ou café com leite	Entra como líquido claro	Desde que o leite fique em torno de um quinto do volume da xícara

8.2 A internação e os primeiros dias

O reparo pequeno cabe num dia. Você chega de manhã e vai para casa no fim da tarde, depois de algumas horas em observação, com a analgesia por escrito e um telefone de contato — e com alguém que leve você e fique na primeira noite.

No reparo grande, a internação passa a ser contada em dias. A dieta volta aos poucos, e a caminhada pelo corredor começa já no primeiro deles.

A dor dos primeiros dias é local e previsível, e responde bem a analgésico tomado em horário. Um caroço mole no lugar da hérnia costuma ser seroma: o líquido que ocupa o espaço da bolsa, que assusta quem imagina a hérnia de volta e reabsorve sozinho na maior parte das vezes.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu vou para casa no mesmo dia, ou está prevista internação?
- Qual é o plano de analgesia dos primeiros três dias, por escrito?

Passada a internação, começa a parte em que a sua rotina volta em degraus.

A volta ao dia a dia

EM UMA FRASE

As faixas de retorno são ponto de partida de conversa. O tamanho do reparo e o que foi feito na sua musculatura mudam cada uma delas.

9.1 Os degraus das primeiras semanas

Terminado o preparo e a internação, sobra a pergunta que todo mundo faz na despedida: quanto tempo eu fico parado.

O medo por trás dela tem endereço: romper alguma coisa e desfazer o reparo. A tela é apoiada e fixada na operação, e começa a ser integrada nos primeiros dias. O repouso longo acrescenta pouca proteção, e cobra o seu preço em condicionamento perdido e em dor pela própria imobilidade.



FIGURA 9.1

As semanas depois de um reparo de hérnia na cicatriz, com o que costuma acontecer em cada uma.

Elaborado pelo autor

A Figura 9.1 percorre esse período semana a semana.

TABELA 9.2 — O RETORNO ÀS ATIVIDADES, FAIXA POR FAIXA

ATIVIDADE	FAIXA HABITUAL NO RE- PARO PEQUENO	O QUE DEFINE A LIBERAÇÃO
Levantar e caminhar em casa	No mesmo dia	Conforto e ausência de tontura depois da anestesia
Banho	1 a 2 dias	O tipo de curativo, combinado com a equipe que operou
Dirigir	5 a 10 dias	Conseguir frear com força sem que a dor limite o movimento
Trabalho sentado	2 a 3 semanas	Dor controlada sem remédio que atrapalhe a atenção
Esporte e trabalho pesado	4 a 6 semanas, de forma progressiva	Retomada em degraus, conforme o conforto de cada semana
Pegar peso	Plano combinado com a equipe que operou	No reparo grande, com manobra na musculatura, o plano é individual e costuma ser mais longo

A Tabela 9.2 reúne essas faixas para o reparo pequeno. São orientação habitual de consulta, individualizada caso a caso, e o seu cirurgião ajusta cada linha ao que foi feito na sua parede — quem passou por separação de componentes recebe um plano próprio, mais longo.

Uma regra simples ajuda nas primeiras semanas: a dor é o seu limite.

9.2 O que é esperado, e o que não é

Inchaço na região operada e mancha arroxeadada na pele são comuns nas primeiras duas semanas, com uma sensação de repuxo ao levantar da cama, e um endurecimento no lugar da hérnia pode durar meses, quase sempre por líquido acumulado e cicatriz em formação.

Há um sinal que merece leitura calma: o abaulamento que reaparece semanas depois. Pode ser a hérnia voltando, ou líquido acumulado no espaço que a bolsa ocupava. Relate sempre.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: falta de ar ou dor no peito; dor forte na barriga com vômito e parada de gases e de fezes; sangramento que encharca o curativo.

Atendimento no mesmo dia: febre com calafrio; vermelhidão e calor crescentes ao redor do corte; secreção saindo pela ferida; dor que aumenta a cada dia; dor e inchaço em uma das panturrilhas.

Relate na próxima consulta: endurecimento ou dormência que persistem; abaulamento novo no lugar operado depois da volta ao esforço; inchaço que não cede entre uma semana e a seguinte.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois números calibram a expectativa de internação. Na série americana de 538 reparos com tela atrás da camada firme, o tempo médio caiu de 4,0 dias nos cem primeiros pacientes para 2,8 dias no restante (BENDER, 2016). São defeitos grandes, operados por corte: a conta não descreve o reparo pequeno. A análise dos onze ensaios que compararam furos e corte descreve internação mais curta no grupo dos furos, com a ressalva de que os dados de tempo eram heterogêneos demais para virar uma estimativa única (ZHANG et al., 2014). A sua alta sai da sua evolução.

Fonte: BENDER, 2016; ZHANG et al., 2014

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, quando posso voltar ao esporte que pratico?
- O que foi feito na minha musculatura, e o que isso muda?

Falta a conversa que o folheto evita: o que pode dar errado, e com que frequência cada coisa acontece.

O que pode dar errado, e com que frequência

EM UMA FRASE

Nenhuma operação tem risco zero. O que se pode oferecer é a lista inteira, com o número, a população e o prazo de cada linha.

10.1 A lista, sem suavizar

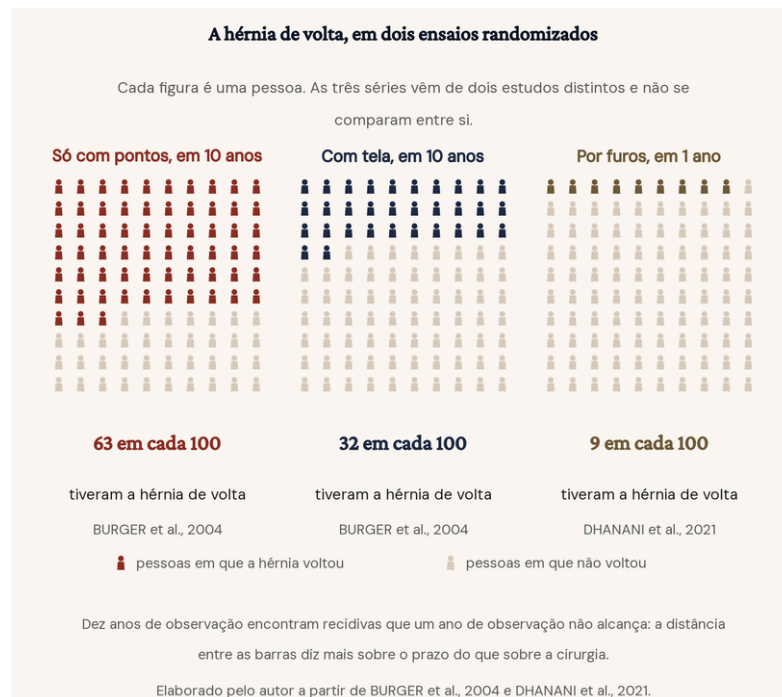
A volta ao dia a dia trouxe a lista do que é esperado. Este capítulo mede o que não é.

Os riscos se distribuem em faixas, e a mais larga é a dos eventos comuns e passageiros, cujo susto supera o custo: líquido acumulado, mancha arroxçada na pele, endurecimento da cicatriz por semanas. Vêm depois os que exigem tratamento, com nome próprio na Tabela 10.1. No fim da fila ficam os raros, entre eles a infecção da tela.

TABELA 10.1 — O QUE PODE ACONTECER DEPOIS DO REPARO, COM A POPULAÇÃO E O PRAZO DE CADA NÚMERO

O QUE PODE ACONTECER	COM QUE FREQUÊNCIA	EM QUEM, E EM QUE PRAZO
A hérnia voltar	32% com tela · 63% só com pontos	Hérnia incisional da linha do meio; acumulado em 10 anos
A hérnia voltar	2,7% em hérnia que aparecia pela primeira vez · 4,1% em hérnia que já havia voltado	Tela atrás da camada firme, casuística de um único cirurgião, 538 pacientes
A hérnia voltar	7% com robótica · 9% com laparoscópica	Hérnia da parede por furos, 124 pacientes; em 1 ano
Complicação da ferida	8,0% no total, dos quais 3,2% de infecção e o restante de seroma	Reparo por via convencional com tela atrás da camada firme, 538 pacientes
Complicação da ferida	15% nos dois braços	Hérnia da parede por furos, robótica × laparoscópica; em 1 ano
Infecção da ferida	2,8% por furos · 16,2% por via convencional	11 ensaios randomizados, 1.003 pacientes
Lesão de intestino na operação	4,3% por furos · 0,81% por via convencional	11 ensaios randomizados, 1.003 pacientes
Complicação que exige nova intervenção	2,71 vezes mais provável na urgência que na cirurgia programada	Reparo por via convencional, registro nacional dinamarquês, 1.050 pacientes; em 90 dias
Retirada da tela	2 casos em 538 operações	Tela atrás da camada firme, casuística de um único cirurgião

A Tabela 10.1 pede um cuidado de leitura. Cada linha carrega a sua população e o seu prazo, e nenhuma delas é o seu caso. Duas linhas de populações diferentes também não se comparam: um número de dez anos parece pior que um de um ano mesmo quando a operação foi a mesma.

**GRÁFICO 10.2**

A hérnia de volta em dois ensaios randomizados, cada barra com o seu prazo e a sua população escritos ao lado.

Elaborado pelo autor a partir de (BURGER et al., 2004) e (DHANANI et al., 2021)

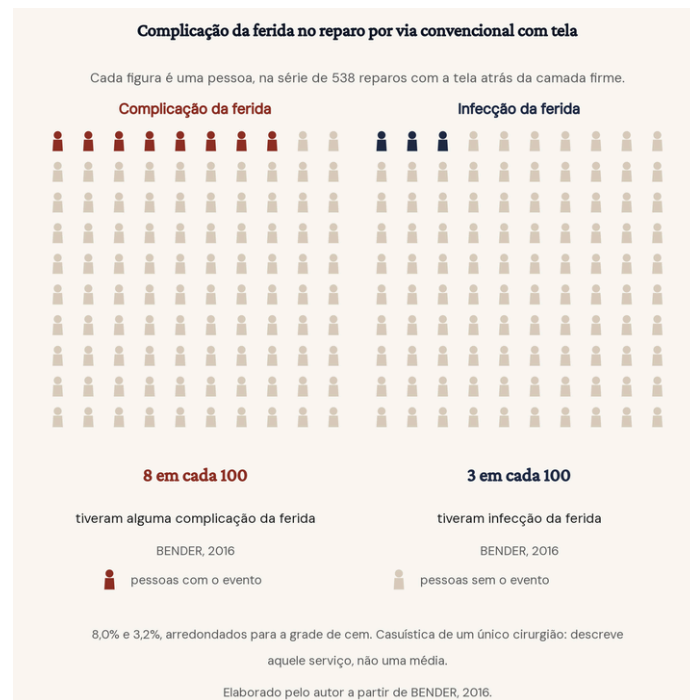
O Gráfico 10.2 desenha três das linhas da tabela, vindas de dois ensaios randomizados. A distância entre as barras fala sobretudo do prazo de acompanhamento e do tipo de paciente de cada estudo. A qualidade da cirurgia não se lê ali. Dez anos encontram o que um ano não alcança.

10.2 A hérnia pode voltar, e isso precisa ser dito

De tudo o que pode acontecer, a recidiva é a que mais volta na consulta de retorno.

A hérnia volta quando a área reparada cede de novo, na borda da tela ou ao lado dela. As frequências variam tanto entre estudos que um número único seria desonesto: o reforço com tela reduz a chance frente ao fechamento só com pontos, e o prazo de observação muda a leitura de qualquer estatística.

Ninguém pode prometer que a sua não voltará. O que existe, e é acionável, são os fatores conhecidos: três ou mais ao mesmo tempo aparecem associados à volta da hérnia, assim como o defeito mais longo.

**GRÁFICO 10.3**

De cada 100 pessoas operadas por via convencional com tela atrás da camada firme, quantas tiveram complicação da ferida, na série de 538 pacientes.

Elaborado pelo autor a partir de (BENDER, 2016)

O Gráfico 10.3 mostra a faixa mais larga da lista na série de um único serviço: naquele grupo, a maior parte das complicações da ferida foi acúmulo de líquido. A minoria foi infecção.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

As linhas da Tabela 10.1 vêm de estudos distintos, e nenhuma foi transportada de uma população para outra: os dez anos saem do ensaio randomizado com 181 pacientes (BURGER et al., 2004). Os números de 538 reparos são de um único cirurgião: 43 pacientes tiveram complicação da ferida, 17 deles com infecção, e dois precisaram ter a tela retirada (BENDER, 2016). Os de um ano vêm do ensaio que comparou robótica e laparoscópica em 124 pacientes (DHANANI et al., 2021); os de infecção e de lesão de intestino, dos onze ensaios do capítulo das vias; e o que antecipa a volta, do estudo alemão, que apontou o defeito mais longo ao lado do acúmulo de três ou mais fatores de risco (DIETZ et al., 2014). A infecção da malha aparece como complicação cara (WILSON; FAROOQUE, 2022).

Fonte: BURGER et al., 2004; BENDER, 2016; DHANANI et al., 2021; DIETZ et al., 2014; WILSON; FAROOQUE, 2022

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, qual é a chance de a hérnia voltar?
- Quais dessas complicações são mais prováveis na via que vocês vão usar?

Os números estão na mesa. Falta transformá-los em perguntas que cabem numa consulta de vinte minutos.

O que levar para a consulta

EM UMA FRASE

Uma consulta rende mais quando as perguntas chegam prontas. As deste capítulo saem dos números dos anteriores.

11.1 Quem cuida de você

As frequências de recidiva e de complicação existem para orientar a conversa com quem vai operar, que é quem conhece a sua parede e o que já foi feito nela.

Um reparo de hérnia na cicatriz reúne um time inteiro, e o paciente costuma conhecer só uma parte dele. O cirurgião do aparelho digestivo mede o defeito e conduz a operação. O anestesista avalia o risco e decide a anestesia. O médico que já cuida do seu diabetes ou do seu coração entra semanas antes e ajusta a dose do que você toma. Em hérnias grandes entram também a nutrição e a fisioterapia.



A Figura 11.1 mostra quando cada um entra. Você é a única pessoa presente em todas as etapas.

TABELA 11.2 — AS PERGUNTAS, POR MOMENTO DA CONVERSA

MOMENTO	O QUE PERGUNTAR
Ao receber o diagnóstico	Qual é a largura e o comprimento do meu defeito? O que está saindo por ele? Existe mais de um ponto aberto na cicatriz?
Ao decidir o momento	Acompanhar é razoável no meu caso? Que sinal deve me fazer antecipar a consulta? Eu pretendo engravidar: isso muda a data?
Ao escolher a técnica	Qual via vocês fariam, e por quê? Em que camada a tela vai ficar? Vocês esperam fechar a minha aponeurose por cima dela?
Antes da data	O que eu preciso ajustar, e em quanto tempo? Quais remédios eu suspendo, e quem decide isso?
Na alta	O que foi feito na minha parede? Quando eu volto a dirigir, a trabalhar e a pegar peso?
No retorno	Este endurecimento é esperado? Qual é a chance de a hérnia voltar no meu caso?

A Tabela 11.2 organiza as perguntas na ordem em que elas costumam fazer falta. Vale escrever antes.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Duas das perguntas acima nascem de estudos já citados. As duas medidas do defeito foram testadas como preditores: o comprimento acima de 5 centímetros antecipou a volta da hérnia, e a largura acima de 5 centímetros, a complicação depois da operação (DIETZ et al., 2014). Perguntar quantas dessas operações a equipe faz por ano também tem base: as diretrizes de 2019 incorporaram técnicas cuja evidência os próprios autores declararam frágil, o que desloca parte da decisão para a prática de quem opera (BITTNER et al., 2019).

Fonte: DIETZ et al., 2014; BITTNER et al., 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quantas operações como a minha a equipe faz por ano?
- Que sinal eu não posso deixar passar depois da alta?

EM UMA FRASE

Decidir sobre uma hérnia na cicatriz é comparar dois riscos: o de conviver com um defeito que pode prender e o de uma operação com as frequências deste livro. A escolha é sua, tomada com quem vai operar.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Hérnia incisional

Hérnia que se forma na linha de uma cicatriz de cirurgia anterior, onde a camada firme da parede cede depois de ter sido aberta e costurada.

Aponeurose

A lâmina branca e resistente que envolve os músculos da parede e sustenta o abdome. É a camada que cede quando a hérnia se forma.

Laparotomia mediana

O corte feito no meio da barriga, de cima para baixo, usado em muitas operações abdominais.

Defeito herniário

A borda do buraco por onde o conteúdo passa. A largura e o comprimento dessa borda entram no planejamento da operação.

Saco herniário

A bolsa formada pela membrana que forra o abdome por dentro quando ela é empurrada para fora pelo defeito.

Redutível

Diz-se da hérnia cujo conteúdo volta para dentro do abdome, sozinho ou com uma leve pressão da mão.

Encarceramento

Situação em que o conteúdo da hérnia fica preso e deixa de voltar para dentro.

Estrangulamento

Encarceramento em que a circulação do conteúdo preso fica comprometida. É a urgência que este livro pede que você saiba reconhecer.

Tela

Malha sintética leve, colocada para reforçar a parede. Com as semanas, tecido do próprio corpo cresce por dentro dela.

Retromuscular

Posição em que a tela fica atrás do músculo reto do abdome e à frente da membrana que forra a cavidade. É a mais usada no reparo programado da hérnia da cicatriz.

Separação de componentes

Família de manobras em que camadas da parede são liberadas lateralmente para que as bordas de um defeito grande se encontrem no meio sem tensão.

Liberação do transverso do abdome

A versão mais usada hoje da separação de componentes, feita por trás da parede, que abre espaço e cria o plano onde a tela fica.

Seroma

Acúmulo de líquido no espaço que a bolsa herniária ocupava. Forma um caroço mole depois da operação e costuma reabsorver sozinho.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com uma câmera e instrumentos finos.

Aderência

Colagem entre alças de intestino, ou entre elas e a parede, formada depois de uma operação anterior. É o que a equipe precisa separar para chegar ao defeito.

Recidiva

O reaparecimento da hérnia no mesmo lugar, depois de um reparo.

Toxina botulínica na parede

Aplicação na musculatura lateral do abdome, semanas antes da operação, que relaxa e alonga esses músculos para facilitar o fechamento de defeitos muito largos.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor–data e remetem a esta lista.

- BENDER, J. S. Open retrofascial incisional hernia repair is a safe and effective operation. **American journal of surgery**, [S. l.], v. 211, n. 3, p. 589–92, 2016. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2015.12.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.12.004>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26916959.
- BITTNER, R. et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))–Part A. **Surgical endoscopy**, [S. l.], v. 33, n. 10, p. 3069–3139, 2019. DOI: 10.1007/s00464-019-06907-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-019-06907-7>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31250243.
- BURGER, J. W. et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 240, n. 4, p. 578–83; discussion 583–5, 2004. DOI: 10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 15383785.
- CHERLA, D. V. et al. Importance of the physical exam: double-blind randomized controlled trial of radiologic interpretation of ventral hernias after selective clinical information. **Hernia**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 987–994, 2019. DOI: 10.1007/s10029-018-1856-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1856-3>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 30430273.
- DEERENBERG, E. B. et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 386, n. 10000, p. 1254–1260, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60459-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60459-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60459-7). Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26188742.
- DHANANI, N. H. et al. Robotic Versus Laparoscopic Ventral Hernia Repair: One-year Results From a Prospective, Multicenter, Blinded Randomized Controlled Trial. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 273, n. 6, p. 1076–1080, 2021. DOI: 10.1097/SLA.0000000000004795. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004795>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33630447.
- DIETZ, U. A. et al. Importance of recurrence rating, morphology, hernial gap size, and risk factors in ventral and incisional hernia classification. **Hernia**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 19–30, 2014. DOI: 10.1007/s10029-012-0999-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-012-0999-x>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 23070583.
- DISSANAYAKE, B. et al. Early outcomes of emergency ventral hernia repair in a cohort of poorly optimized patients. **ANZ journal of surgery**, [S. l.], v. 90, n. 7–8, p. 1447–1453, 2020. DOI: 10.1111/ans.16020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ans.16020>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32510828.
- JAIRAM, A. P. et al. Prevention of incisional hernia after midline laparotomy with prophylactic mesh reinforcement: a meta-analysis and trial sequential analysis. **BJS open**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 357–368, 2020. DOI: 10.1002/bjs5.50261. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs5.50261>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32057193.
- JUUL, N.; HENRIKSEN, N. A.; JENSEN, K. K. Increased risk of postoperative complications with retromuscular mesh placement in emergency incisional hernia repair: A nationwide register-based cohort study. **Scandinavian journal of surgery**, [S. l.], v. 110, n. 2, p. 193–198, 2021. DOI: 10.1177/1457496920966237. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1457496920966237>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33092472.

- LAPPEN, J. R.; SHEYN, D.; HACKNEY, D. N. Does pregnancy increase the risk of abdominal hernia recurrence after pre-pregnancy surgical repair?. **American journal of obstetrics and gynecology**, [S. l.], v. 215, n. 3, p. 390.e1-5, 2016. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.05.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.003>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27177521.
- RIEDIGER, H.; KÖCKERLING, F. Open transversus abdominis release in incisional hernia repair: technical limits and solutions. **Hernia**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 711-721, 2024. DOI: 10.1007/s10029-024-02994-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-024-02994-1>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 38548919.
- ROSEN, M. J. et al. A Multidisciplinary Approach to Medical Weight Loss Prior to Complex Abdominal Wall Reconstruction: Is it Feasible?. **Journal of gastrointestinal surgery**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 1399-406, 2015. DOI: 10.1007/s11605-015-2856-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11605-015-2856-6>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26001369.
- SAUERLAND, S. et al. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2011, n. 3, p. CD007781, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007781.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007781.pub2>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 21412910.
- SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **European journal of anaesthesiology**, [S. l.], v. 28, n. 8, p. 556-69, 2011. DOI: 10.1097/EJA.0b013e3283495ba1. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283495ba1>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 21712716.
- WEGDAM, J. A. et al. Prehabilitation of complex ventral hernia patients with Botulinum: a systematic review of the quantifiable effects of Botulinum. **Hernia**, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 1427-1442, 2021. DOI: 10.1007/s10029-020-02333-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02333-0>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33215244.
- WILSON, R. B.; FAROOQUE, Y. Risks and Prevention of Surgical Site Infection After Hernia Mesh Repair and the Predictive Utility of ACS-NSQIP. **Journal of gastrointestinal surgery**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 950-964, 2022. DOI: 10.1007/s11605-022-05248-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11605-022-05248-6>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35064459.
- ZHANG, Y. et al. Laparoscopic versus open incisional and ventral hernia repair: a systematic review and meta-analysis. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 38, n. 9, p. 2233-40, 2014. DOI: 10.1007/s00268-014-2578-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2578-z>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 24777660.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático: na consulta o tempo é curto, e quem acabou de descobrir um abaulamento sobre a própria cicatriz sai de lá com metade das perguntas na cabeça. Um texto lido com calma, e relido antes de decidir, vale mais que um folheto de sala de espera.

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	A parede do abdome vista de frente e em corte, com a linha de uma cirurgia anterior marcada sobre ela.	Figura_1.1_parede-e-cicatriz.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.2	Da costura que segura à costura que cede: os três momentos de uma cicatriz de aponeurose.	Figura_1.2_por-que-aparece.png	Elaborado pelo autor a partir de (DEERENBERG et al., 2015)
Figura 1.4	O que pesa contra a cicatriz: o que veio da operação anterior e o que a preparação de um próximo reparo consegue ajustar.	Figura_1.4_o-que-pesa.png	Elaborado pelo autor a partir de (DEERENBERG et al., 2015) e (WILSON; FAROOQUE, 2022)
Gráfico 1.5	O modo de costurar a barriga e a hérnia que apareceu um ano depois: quantas pessoas em cada 100, em cada braço do sorteio.	Grafico_1.5_pontos-pequenos.png	Elaborado pelo autor a partir de (DEERENBERG et al., 2015)
Figura 2.1	O exame da mão e o que a imagem acrescenta: duas etapas que respondem a perguntas diferentes.	Figura_2.1_exame-e-imagem.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHERLA et al., 2019)
Figura 2.3	A largura e o comprimento do defeito, medidos na cicatriz e na tomografia, e o que cada medida antecipa.	Figura_2.3_o-tamanho-do-defeito.png	Elaborado pelo autor a partir de (DIETZ et al., 2014)
Gráfico 3.1	De cada 100 operações de urgência de hérnia da parede, quantas tiveram alguma complicação cirúrgica, na série australiana de 86 pacientes.	Grafico_3.1_urgencia-e-programada.png	Elaborado pelo autor a partir de (DISSANAYAKE et al., 2020)
Gráfico 3.3	De cada 100 mulheres operadas de hérnia da parede, quantas precisaram de nova operação, com e sem gravidez depois do reparo.	Grafico_3.3_gravidez-e-recidiva.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAPPEN et al., 2016)
Figura 4.1	Sinais de alerta depois do diagnóstico de hérnia na cicatriz, em três níveis de pressa.	Figura_4.1_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 4.2	Diante do abaulamento que prendeu: o caminho que a equipe recomenda e o atalho que não existe.	Figura_4.2_o-que-fazer.png	Elaborado pelo autor a partir de (JUUL et al., 2021)
Figura 5.1	A parede em corte, com as camadas e as posições em que a tela pode ser apoiada: atrás do músculo, por cima da camada firme ou dentro da cavidade.	Figura_5.1_onde-fica-a-tela.png	Elaborado pelo autor a partir de (BENDER, 2016)
Figura 5.2	O percurso do reparo, em quatro quadros: o conteúdo devolvido, o defeito medido, a tela posicionada e a camada firme fechada por cima.	Figura_5.2_passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 5.3	De cada 100 pessoas operadas de hérnia incisional da linha do meio,		

	quantas tiveram a hérnia de volta em dez anos, com tela e só com pontos.	Grafico_5.3_tela-ou-sutura.png	Elaborado pelo autor a partir de (BURGER et al., 2004)
Gráfico 6.2	De cada 100 pessoas operadas de hérnia da parede nos onze ensaios reunidos, quantas tiveram infecção da ferida, por via de acesso.	Grafico_6.2_infeccao-da-ferida.png	Elaborado pelo autor a partir de (ZHANG et al., 2014)
Figura 7.1	Separação de componentes em corte: as camadas liberadas de lado e as bordas que voltam a se encontrar no meio.	Figura_7.1_separacao-de-componentes.png	Elaborado pelo autor a partir de (RIEDIGER; KÖCKERLING, 2024)
Figura 7.2	A linha do tempo da preparação de uma hérnia grande, da primeira consulta à data da operação.	Figura_7.2_linha-da-preparacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (ROSEN et al., 2015) e (WEGDAM et al., 2021)
Figura 8.1	Do preparo à alta: os marcos de um reparo programado de hérnia na cicatriz.	Figura_8.1_do-preparo-a-alta.png	Elaborado pelo autor a partir de (SMITH et al., 2011)
Figura 9.1	As semanas depois de um reparo de hérnia na cicatriz, com o que costuma acontecer em cada uma.	Figura_9.1_recuperacao.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 10.2	A hérnia de volta em dois ensaios randomizados, cada barra com o seu prazo e a sua população escritos ao lado.	Grafico_10.2_recidiva-por-estudo.png	Elaborado pelo autor a partir de (BURGER et al., 2004) e (DHANANI et al., 2021)
Gráfico 10.3	De cada 100 pessoas operadas por via convencional com tela atrás da camada firme, quantas tiveram complicação da ferida, na série de 538 pacientes.	Grafico_10.3_complicacao-da-ferida.png	Elaborado pelo autor a partir de (BENDER, 2016)
Figura 11.1	Quem participa do reparo de uma hérnia na cicatriz, e em que momento cada um entra.	Figura_11.1_quem-cuida.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de telas, instrumentais, equipamentos ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora ou indústria a patrocinou. As ilustrações são do autor.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.