

# CISTO REACIONAL DE PAREDE ABDOMINAL APÓS HERNIOPLASTIA VENTRAL SIMULANDO TUMOR DESMÓIDE

Zen Jannes C, Rodriguez Ojea A, Andrade Azevedo M

Conjunto Hospitalar do Mandaqui

## INTRODUÇÃO

A hérnia incisional pode ocorrer, em até 20%, após uma laparotomia mediana<sup>1</sup>. Atualmente, o padrão-ouro no tratamento da hérnia incisional é o fechamento da linha mediana e a colocação de uma prótese como reforço fibro-cicatricial<sup>2</sup>. Em nosso meio, a prótese mais utilizada é composta por polipropileno<sup>3</sup>. Das complicações mais frequentes da utilização da tela, o seroma se destaca, seguido pelo hematoma e pelo abscesso subcutâneo, sendo extremamente rara a formação de cistos ou pseudocistos subcutâneos crônicos<sup>4</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente M.A.A.M., 66 anos, do gênero feminino, diabética e hipertensa, sem alergias, sem vícios. Com histórico de 5 cirurgias prévias infra-umbilicais, sendo a última, a correção de hérnia incisional com colocação de tela de polipropileno onlay, em 2017.

Após 1 ano da hernioplastia, paciente evoluiu com tumoração abdominal de aumento progressivo e com efeito compressivo supra-vesical, associado a queixa de incontinência urinária, sem demais sinais ou sintomas.

Ao exame físico, apresentava abdome normotenso, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, massa volumosa palpável de cerca de 20 cm x 20 cm em todo o abdome, móvel, indolor e com consistência cística.

Realizou US (ultrassonografia) de parte moles (03/11/2018) com achado de volumosa formação de aspecto cístico sem debris e septações internas, em topografia supra-vesical, de avaliação limitada ao método.

Paciente foi submetida à tomografia computadorizada (04/03/2020) com identificação de volumosa formação cística com paredes espessas na tela subcutânea ocupando quase que a totalidade da região supra e infra-umbilical medindo 20 cm x 17 cm com realce periférico pós-contraste (figura 1).

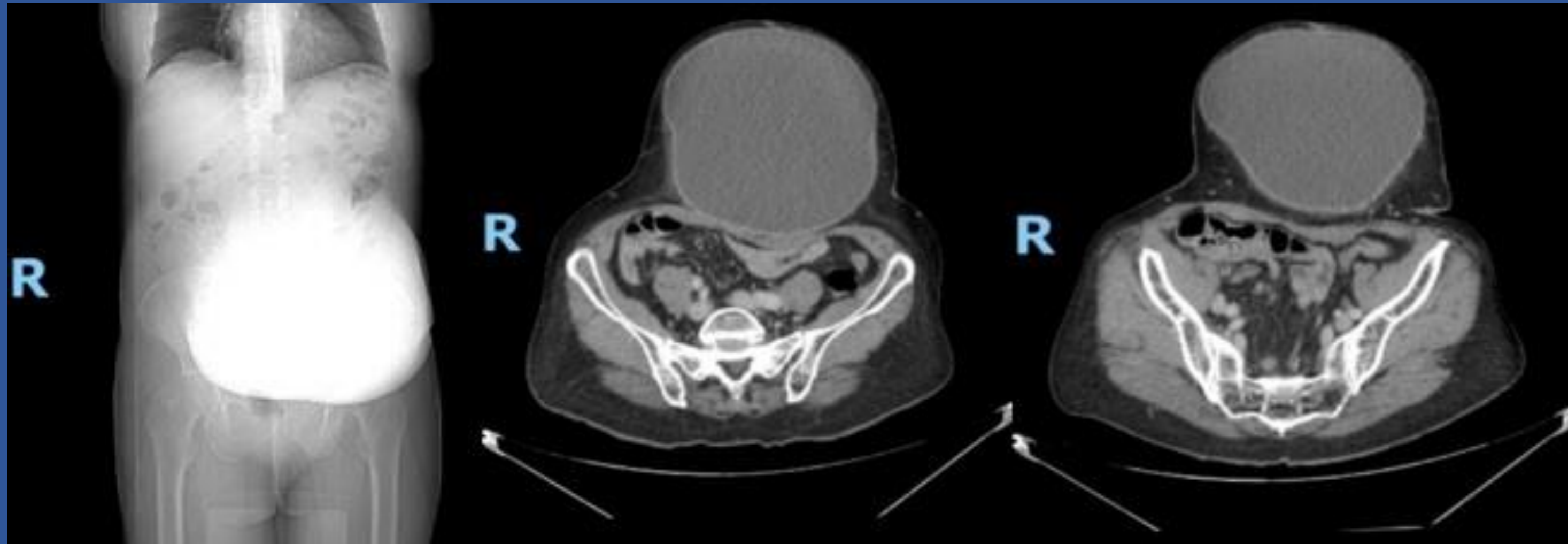


Figura 1: imagens de cisto de parede abdominal gigante na tomografia computadorizada.

Realizados os seguintes marcadores tumorais (03/07/2019): CEA: 2,3; alfa-feto: 2,5; CA 19.9: 21,9; CA 125: 20,6; βHCG: 2,22.

A paciente foi internada no Conjunto Hospitalar do Mandaqui (CHM), em 03/03/2020, para realizar cirurgia eletiva de exérese de cisto de parede abdominal.

Em 04/03/2020, foi submetida à exérese de cisto de parede abdominal e com retirada de quase a totalidade da tela de polipropileno prévia, conseguindo o fechamento da aponeurose e associada à dermolipectomia higiênica, devido cisto abdominal, com cerca de 20 cm X 17 cm, com colocação de dreno Porto Vac (figura 2, 3, 4, e 5). Foi realizada a profilaxia microbiana com cefazolina de 1 grama. A peça foi enviada para o anátomo-patológico e o líquido coletado deste para análise laboratorial. A paciente apresentou boa evolução durante sua internação e recebeu alta hospitalar no 2ºPO.



Figura 2: Antes da cirurgia.

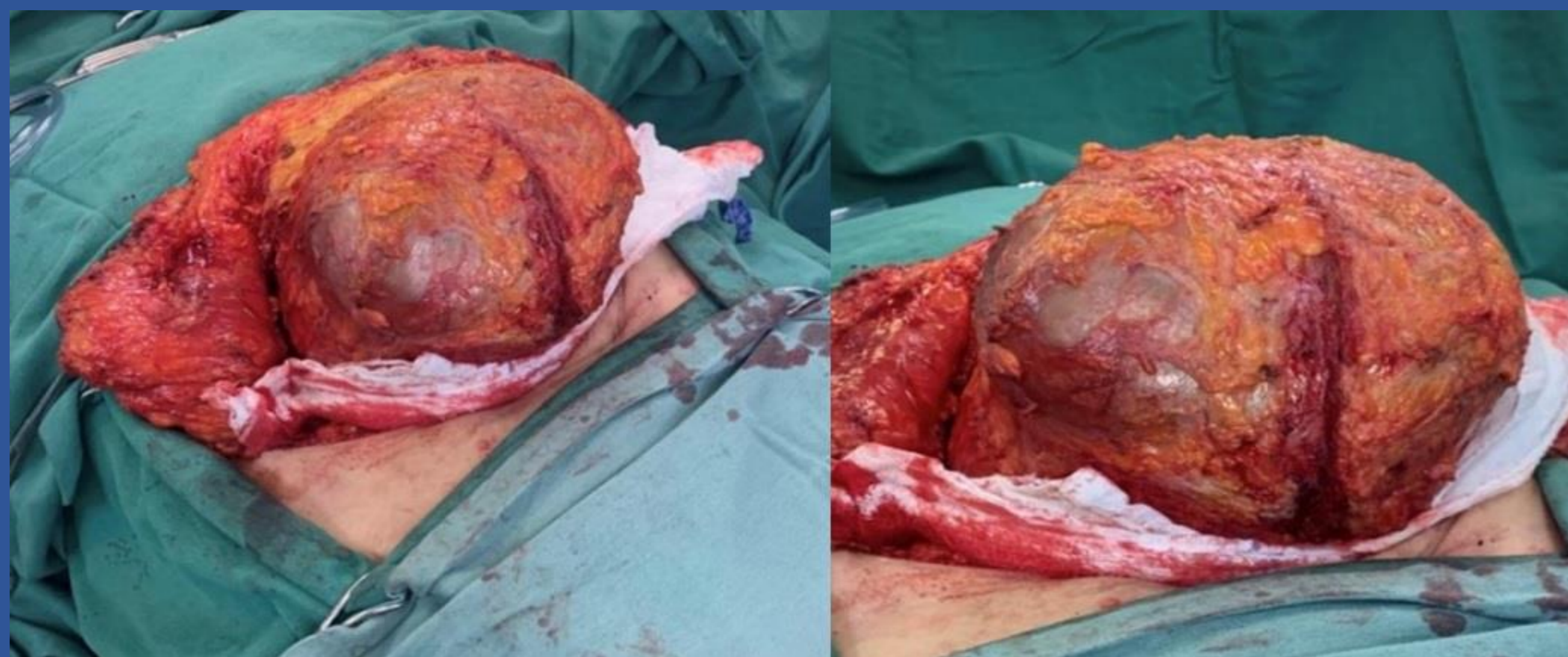


Figura 3: Excisão do cisto abdominal em andamento.



Figura 4: Parede abdominal anterior após retirada de cisto abdominal.



Figura 5: POI (Pós-Operatório Imediato).

Retornou no ambulatório do CHM no 7ºPO, com 250ml serohemático de débito no dreno Porto Vac, em 24 horas. No 12ºPO, foram retirados os pontos de sutura e o dreno (figura 6).

O anátomo-patológico (05/03/2020) apresentou lesão cística com parede constituída por tecido conjuntivo denso hialinizado, com múltiplos granulomas de corpo estranho, deposição de hemossiderina, reação xantomatosa e infiltrado inflamatório crônico; no interior fibrina e hemácias; ausência de sinais de malignidade. Resultado de análise do líquido do interior do cisto (04/03/2020) com DHL de 3.562, amilase de 35, cultura de aeróbios com crescimento de *Morganella morganii* ssp – sensível à Amicacina, Ertapenem, Gentamicina, Meropenem, Piperacilina/Tazobactam; cultura de aeróbios com crescimento de *Serratia marcescens* – sensível à Amicacina, Cefepima, Ciprofloxacina, Ertapenem, Gentamicina, Meropenem, Piperacilina/Tazobactam.

Após 4 meses do procedimento cirúrgico, a paciente retorna ambulatorialmente, assintomática, com boa evolução (figura 7).



Figura 6: 12º PO, após retirada de pontos de sutura e dreno Porto Vac.



Figura 7: 4 meses de PO.

## DISCUSSÃO

A reação fibro-cicatricial da tela no reparo de hérnias incisionais pode ocasionar uma complicação tardia e rara, que é a formação do pseudocisto<sup>4</sup>. Não há consenso do verdadeiro mecanismo de como este é gerado, porém há hipóteses que seja a partir do hematoma ou seroma que se organiza, ao longo do tempo, onde foi colocada a tela onlay<sup>5,6,7</sup>.

A reação inflamatória em torno da prótese e a interrupção dos vasos linfáticos localmente, no decorrer do tempo, resulta num acúmulo de fluido subcutâneo, que proporciona uma cápsula espessa<sup>8</sup>. Assim como a lesão tecidual subcutânea no local de colocação da tela pode contribuir para a formação do pseudocisto<sup>8</sup>. Desta forma, o desenvolvimento do pseudocisto pode ser considerado como uma resposta inflamatória à patologia crônica a longo prazo<sup>7</sup>.

Cisto fibroso maduro ou pseudocisto ou seroma cístico pode ser determinado como uma cápsula cuja parede não é revestida por epitélio e em seu interior há uma coleção de fluido<sup>9</sup>. Os pseudocistos são considerados gigantes quando ultrapassam 10 cm de diâmetro, com apresentação de uma pseudocápsula que o isola da tela implícita<sup>10</sup>. Entre os seus diagnósticos diferenciais há os tumores desmóides de parede abdominal. O uso da tomografia computadorizada na investigação diagnóstica demonstra uma coleção fluida bem demarcada e hiperdensa, adjacente à prótese<sup>7</sup> e a parede abdominal, algumas vezes sem plano de clivagem com a parede abdominal.

Eles têm alta recorrência quando aspirados<sup>5,7</sup>, porém, o melhor tratamento descrito até o momento é a ressecção cirúrgica do pseudocisto por completo e a retirada da tela prévia, quando possível<sup>5,7,10</sup>. E alguns autores, sugerem o reparo de hérnias incisionais com o uso da técnica sublay<sup>9</sup> e uso de procedimentos minimamente invasivos para impossibilitar a formação de pseudocistos<sup>7</sup>.

## CONCLUSÃO

Apesar de rara, a incidência do cisto abdominal ou pseudocisto por hernioplastia incisional, pode acarretar desconforto estético e/ou funcional ou até simular um tumor desmóide nestes pacientes. Sempre que possível, levando em consideração as condições clínicas do indivíduo, indica-se a retirada completa da formação cística fibrosa com a tela prévia, com o objetivo de proporcionar a resolução completa do caso e dar uma melhor qualidade de vida para o paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Granados PH, Cano ML, Conde SM, Muysoms F, Alaminio JG, Rodríguez JA. Incisional Hernia Prevention and Use of Mesh. A Narrative Review. Elsevier España. 2018 Feb;96(2):76-87.
2. Muysoms FE, Antoniou AS, Bury K, Campanelli G, Conze J, Cuccurullo D, et al. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. Springer-Verlag France. 2015 Jan;19:1-24.
3. Simões ML, Sichciopi AA, Ioshil SO, Robes RR, Simões RB. Comparative study of fibrosis induced by Marlex®, Parietex Composite®, Vicryl® and Ultrapro® meshes. Acta Cir Bras. 2018;33(9):792-798.
4. Kryzauskas M, Lipnickas V, Uselis S, Danys D, Strupas K. Plastic treatment for giant pseudocyst after incisional hernia mesh repair: a case report and comprehensive literature review. Open Med. 2018;13:539-543.
5. Loon YT, Ibelings MS. Laparoscopic Fenestration of a Giant Pseudocyst after Totally Extra Peritoneal Inguinal Hernia Repair. Hindawi Publishing Corporation. 2016, Article ID 9867645:1-3.
6. Arya N, Batey NR. Pseudocyst formation after mesh repair of incisional hernia. Journal of The Royal Society of Medicine. 1998 Dec, 91:647-649.
7. Narkhede A, Marda SS, Balani A, Alwala S, Shah M, Zanke R, et al. Giant Abdominal Wall Pseudocyst with Recurrent Incisional Hernia Following Mesh Repair Hernioplasty. J Gastrointest Dig Syst. 2015;5:6.
8. Santos PV, Santos RS, Pereira DS, Santos MP. Abdominal Wall Pseudocyst. Relatos Casos Cir. 2019;5(3):e2063.
9. Mantelou AG, Georgiou GK, Harissis HV. Giant pseudocyst of the anterior abdominal wall after incisional hernia mesh repair: a rare case report. Springer-Verlag France. 2014;18:141-144.
10. Vasilakis V, Cook K, Wilson D. Surgical Resection and Scarification for Chronic Seroma Post-Ventral Hernia Mesh Repair. Am J Case Rep. 2014; 15: 526-529.