

SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS: CRITICAL ANALYSIS OF THE INDICATION

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS: ANÁLISE CRÍTICA DE SUA INDICAÇÃO

**André de Oliveira Martins
Maria Cristina Mariani dos Santos
Pedro Caetano Edler Zandoná
Daniel Weiss Vilhordo
Ricardo Breigeiron
Hamilton Petry de Souza**

UNITERMOS

CIRURGIA HÉRNIA INGUINAL; CONDUTA EXPECTANTE HÉRNIA INGUINAL

KEYWORDS

INGUINAL HERNIA MANAGEMENT; WATCHFUL WAITING

SUMÁRIO

A correção da hérnia inguinal é uma das cirurgias mais realizadas universalmente, estimando-se em cerca de vinte milhões de cirurgias/ano, em todo o mundo. O presente trabalho pretende analisar diferentes aspectos da indicação cirúrgica, em adultos, já que atualmente questiona-se a real necessidade da correção de todas as hérnias inguinais.

SUMMARY

Inguinal hernia repair is one of the most common surgeries, estimated at about twenty million surgeries / year worldwide. This paper aims to analyze different aspects of surgical indication in adults, since currently it questions the real need of correction of all inguinal hernias.

INTRODUÇÃO

A presença de hérnia inguinal é queixa comum na prática clínica. Estima-se que 5% da população desenvolverá, ao longo da vida, hérnia de parede abdominal, sendo que 75% destas hérnias se localizam na região inguinal. Os homens são mais propensos a essas, tanto diretas quanto indiretas.

A prevalência das hérnias aumenta com a idade e, com isso, aumentam as chances de complicações com necessidade de hospitalização e cirurgias de urgência, aumentando a morbimortalidade.

A cirurgia de correção de hérnia abdominal sempre foi assunto de grande interesse desde o início da prática cirúrgica. Com o avanço da cirurgia e com a melhor compreensão da fisiopatogenia, a cirurgia de correção se tornou rotina. Nos EUA, aproximadamente 750.000 cirurgias são feitas a cada ano. A herniorrafia inguinal alcançou taxas de efetividade e segurança elevadas, fato que colocou esta cirurgia entre uma das mais realizadas pelos cirurgiões, sendo indiscutivelmente o melhor tratamento para casos sintomáticos. No entanto, mudanças no critério tradicional de indicação liberal de cirurgia para correção vem ocorrendo recentemente. Muitos serviços estão adotando condutas expectantes para casos com pouco ou nenhum sintoma relacionados a essa patologia, de modo que seleção rigorosa e indicação precisa diminuirão taxas de recorrência, dor, sensação de desconforto na região e outras complicações, fazendo com que os resultados sejam mais benéficos aos pacientes.

Fisiopatologia das Hérnias Inguinais

A hérnia inguinal é formada em decorrência de uma protrusão do peritônio parietal e das vísceras através de uma abertura normal ou anormal da cavidade abdominal. As hérnias inguinais indiretas ocorrem devido ao não fechamento do conduto peritônio vaginal, fato que gera uma comunicação entre a cavidade abdominal e o canal inguinal, permitindo a ocorrência da hérnia. As hérnias inguinais diretas ocorrem pelo enfraquecimento da musculatura da parede posterior do canal inguinal, no ponto mais frágil da fáscia transversalis, no triângulo de Hesselbach.

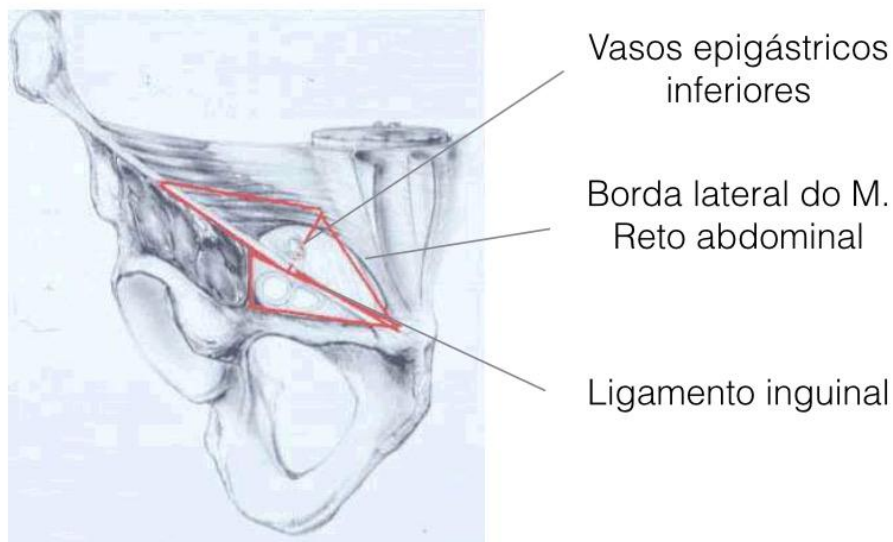


Figura 1 - Triângulo de Hasselbach

Sinais e Sintomas

As hérnias podem ser detectadas em exame de rotina, em geral por queixa de dor, desconforto e aumento de volume na região inguinal, principalmente com elevação da pressão intra-abdominal. As complicações envolvem o encarceramento, situação em que dor, espontânea e à manipulação, com aumento grosseiro de volume e eventuais queixas de distensão intestinal podem ocorrer. Sua evolução para processo isquêmico leva ao estrangulamento, situação crítica e que demanda cirurgia imediata por risco de graves complicações. Tal fato ocorre quando o segmento intestinal, na fase anterior ao estrangulamento, evolui com diminuição do suporte vascular, isquemia e necrose.

Muitas das hérnias podem ser reduzidas, permitindo a correção em fase ulterior.

Deve-se sempre suspeitar de hérnia estrangulada quando a dor persistir mesmo após a redução da hérnia encarcerada.

Diagnóstico e Semiologia

A presença de abaulamento na região inguinal é o achado mais comum. Pode estar associado a dor ou desconforto na região, normalmente indolor, a não ser que haja encarceramento ou estrangulamento.

A região inguinal é examinada com o paciente, no caso homem adulto, em posição supina e em pé. Mulheres e crianças devem ser examinados também deitados. Deve-se visualizar e palpar a região à procura de assimetrias, abaulamentos ou massas. A manobra de Valsalva pode facilitar a protrusão da hérnia. O examinador deve posicionar a ponta do dedo sobre o canal inguinal e

repetir a manobra. Se este abaulamento, ao esforço, tocar a polpa digital, provavelmente trata-se de uma hérnia direta. Após, deve introduzir a ponta do dedo indicador dentro do canal inguinal, através do anel inguinal externo (via escrotal) e a evidência de toque na ponta do dedo, à manobra de Valsalva, sugere hérnia indireta.

Exames de imagens como ultrassom e tomografia computadorizada podem ser realizados, porém ficam reservados a casos duvidosos ou diagnóstico diferencial de alguma outra patologia localizada na região inguinocrural.

Tratamento

O tratamento das hérnias inguinais sintomáticas é cirúrgico. A decisão quanto ao momento cirúrgico passa pela adequada avaliação do paciente, levando-se em conta idade, tipo de atividade, doenças associadas, avaliação prostática, respiratória e outras.

As hérnias estranguladas, onde há sofrimento vascular da víscera herniada, constituem emergência cirúrgica, pois apresentam isquemia do órgão e grande risco de necrose e peritonite. A abordagem inguinal é a mais indicada para a correção da hérnia e ressecção do segmento intestinal isquêmico. Caso a hérnia estrangulada seja reduzida acidentalmente ou durante o relaxamento muscular pela indução anestésica, pode ser necessária laparotomia exploradora, pois um segmento isquêmico ou necrosado entrará na cavidade peritoneal. Já as hérnias redutíveis sintomáticas devem ser corrigidas eletivamente.

Análise Crítica Atual

A grande discussão ocorre nos casos de hérnias inguinais pouco sintomáticas ou assintomáticas, em especial em pacientes de terceira idade, aposentados e com atividade física menor. Condutas expectantes estão sendo cada vez mais utilizadas devido ao baixo risco de complicação, a longo prazo. O estudo "Watchful Waiting vs Repair of Inguinal Hernia in Minimally Symptomatic Men", realizado no Veterans Hospital, publicado no The Journal of the American Medical Association (JAMA) em 2006, comparou 720 homens com hérnias inguinais pouco sintomáticas e assintomáticas. Destes, 356 foram submetidos à cirurgia e 364 se submeteram à conduta expectante. Esses pacientes eram pessoas de mais de 60 anos de idade, muitos já aposentados, com menor atividade física.

Durante dois anos de acompanhamento, aproximadamente, não houve diferença nos grupos em termos de dor importante e complicações. Cirurgia de urgência por estrangulamento foi necessária em somente 1 paciente (0,3%) do grupo que não realizou o procedimento eletivo. Por outro lado, não houve

riscos cirúrgicos e complicações, recorrências e sequelas nos não operados. Durante o andamento do estudo, 23% dos pacientes submetidos à conduta expectante necessitaram de reparo cirúrgico, sendo a piora da dor o motivo mais relatado. Esse estudo chegou à conclusão que a conduta expectante é opção válida para homens que possuem hérnias inguinais pouco sintomáticas.

CONCLUSÃO

A análise crítica, cuidadosa e racional, em pacientes devidamente selecionados, mostra que a ideia tradicional, antiga, de indicação absoluta de cirurgia em pacientes portadores de hérnia inguinal carece de embasamento. A conduta expectante é opção segura e aceitável para homens com hérnias inguinais pouco sintomáticas ou assintomáticas. Complicações como o estrangulamento raramente ocorrem. Além disso, os pacientes que desenvolvem esta complicação não apresentam riscos cirúrgicos maiores do que aqueles que realizam reparo operatório profilático.

Esse assunto é extremamente controverso e necessita de futuros estudos para seu devido esclarecimento.

REFERÊNCIAS

1. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug; 13(4):343-403.
2. Moore KL, Dalley AF. *Anatomia orientada para a clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
3. Townsend CM et al. *Sabiston's Textbook of surgery*. 19th ed. Phyladelphia: W. B. Saunders; 2011.
4. Ramanan B, Maloley B, Fitzgibbons R. Inguinal Hernia, Follow or Repair?. *Adv Surg*. 2014; 48(1):1-11.
5. Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful Waiting vs Repair of Inguinal Hernia in Minimally Symptomatic Men. *JAMA*. 2006 Jan 18; 295(3):285-92.
6. Mizrahi H, Parker MC. Management of Asymptomatic Inguinal Hernia. *Arch Surg*. 2012 Mar; 147(3):277-81.

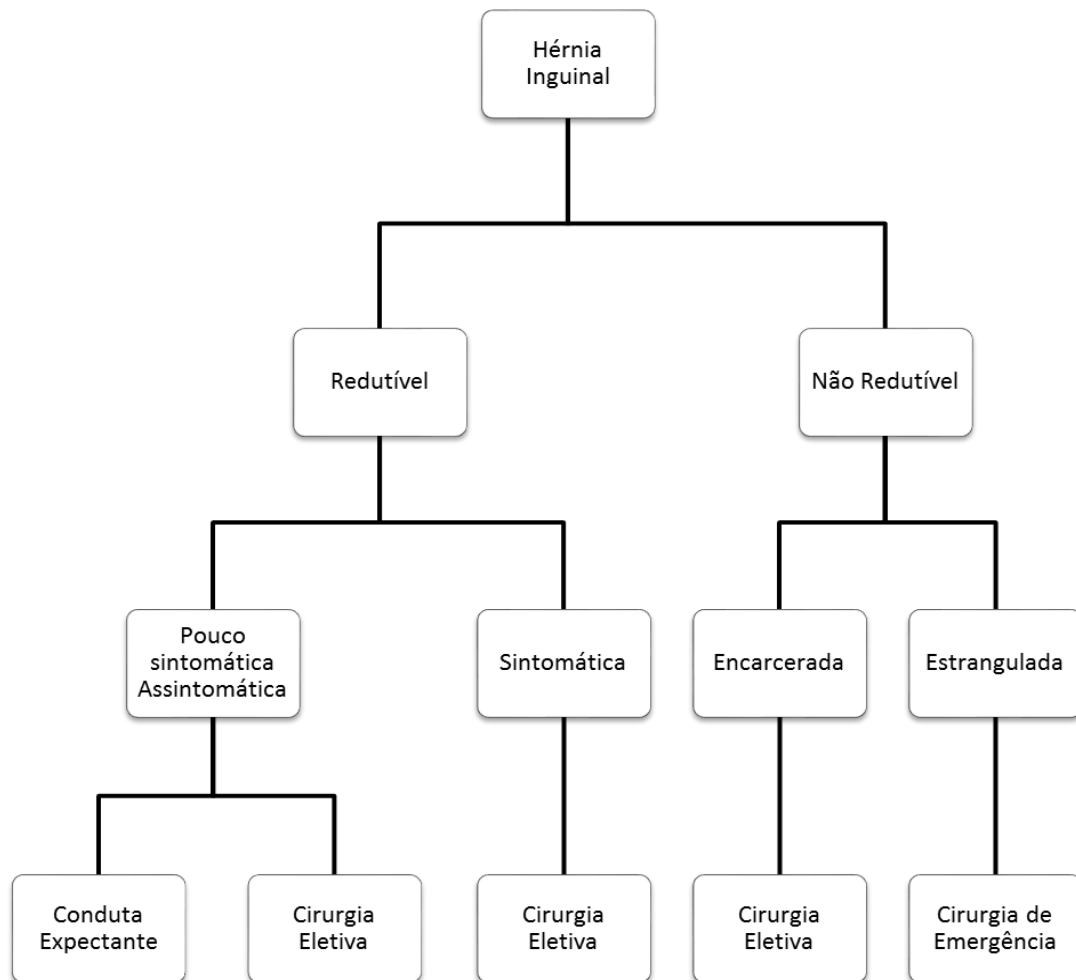


Figura 2 – Fluxograma de manejo da hérnia inguinal.