

REVISÃO DE LITERATURA: ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DAS HÉRNIAS INGUINAIS

LITERATURE REVIEW: CLINICAL-SURGICAL APPROACH TO INGUINAL
HERNIAS

Ian Silva Paes

Graduando em Medicina no Centro Universitário FAMESC - UniFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: ianpaes@hotmail.com

Julia Batista de Oliveira

Graduanda em Medicina no Centro Universitário FAMESC - UniFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: juhboliveira.jb@gmail.com

Bárbara Garcia Carmo Rodrigues

Graduanda em Medicina no Centro Universitário FAMESC - UniFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: barbararodrigues97.br@gmail.com

Vinícius Evangelista Dias

Docente da Universidade Iguaçu, UNIG, campus-Itaperuna/RJ.
E-mail: viniciusdiasevangelista@gmail.com

Ivy de Campos

Docente no Centro Universitário FAMESC - UniFAMESC, Bom Jesus do Itabapoana. E-mail: ivydecampos@gmail.com

RESUMO

O conteúdo presente na cavidade abdominal não é estático e está suscetível à movimentação, sendo que a quebra da continuidade da parede muscular predispõe a ocorrência das hérnias. Nesse sentido, esta síntese objetiva realizar uma abordagem clínico-cirúrgica das hérnias inguinais, explicitando as considerações mais relevantes em torno de sua ocorrência, bem como de seu tratamento. O estudo foi delineado sob a metodologia qualitativa e caráter explicativo, no qual os achados foram limitados à Língua Portuguesa, a partir do ano de 2015, utilizando os descritores “Hérnia Inguinal”, “Anatomia” e “Cirurgia”. As hérnias inguinais são definidas como a saída de órgãos abdominais da respectiva cavidade, projetando-se sobre o ligamento inguinal, através de uma abertura ocasionada por pontos de fragilidade. De modo geral, são mais frequentes em homens, atingindo a proporção de 3:1 com relação à ocorrência em mulheres. Os fatores de risco estão diretamente relacionados à maior incidência dos fatores predisponentes e fatores desencadeadores. A região inguinal é uma área de extrema importância anatomoclínica, haja vista as herniações frequentemente ocorridas nesta topografia e merecem destaque estruturas como o ligamento inguinal, o trato iliopúbico, o óstio miopectíneo, o triângulo inguinal e o canal inguinal. O processo fisiopatológico pode ser explicado através da combinação entre fatores anatômicos e ambientais que suscetibilizam os indivíduos ao seu desenvolvimento. São diversas as classificações de hérnias inguinais, sendo possível dividi-las com base em diversos critérios, como o conteúdo, etiologia, redutibilidade e tipo. A sintomatologia queixada pelo paciente pode variar desde uma protusão presente aos esforços, desconforto ou até mesmo dor abdominal do tipo cólica ou queimação, ambos relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal (PIA) e exercícios físicos. O diagnóstico é clínico, não existindo a necessidade de se investigar por outros métodos complementares de exames, os quais serão utilizados apenas em caso de dúvida diagnóstica. Os diagnósticos diferenciais podem ser pensados com base na tumefação provocada pela saída do conteúdo visceral da cavidade abdominal ou, ainda, pela dor que pode estar associada a este processo. Por via de regra, o tratamento é eminentemente cirúrgico, porém, atualmente existem literaturas que recomendam o acompanhamento clínico das hérnias assintomáticas ou pouco sintomáticas. Estudos recentes demonstram que não há associação entre a retomada precoce das atividades físicas normais e o reaparecimento das hérnias inguinais quando se utiliza tela para o tratamento por meio da via convencional.

Palavras-CHAVE: Hérnia Inguinal; Quadro Clínico; Cirurgia.

ABSTRACT

The contents of the abdominal cavity are not static and are susceptible to movement, and a break in the continuity of the muscular wall predisposes to the occurrence of hernias. In this sense, this synthesis aims to carry out a clinical-surgical approach to inguinal hernias, explaining the most relevant considerations surrounding their occurrence, as well as their treatment. The study was designed using a qualitative methodology and an explanatory character, in which the findings were limited to the Portuguese language, from the year 2015

onwards, using the descriptors "Inguinal Hernia", "Anatomy" and "Surgery". Inguinal hernias are defined as the protrusion of abdominal organs from their respective cavity, projecting over the inguinal ligament, through an opening caused by points of weakness. In general, they are more frequent in men, reaching a ratio of 3:1 in relation to occurrence in women. Risk factors are directly related to the higher incidence of predisposing and triggering factors. The inguinal region is an area of extreme anatomical and clinical importance, given the frequent herniations that occur in this location, and structures such as the inguinal ligament, the iliopubic tract, the myopectineal ostium, the inguinal triangle, and the inguinal canal deserve special mention. The pathophysiological process can be explained through the combination of anatomical and environmental factors that make individuals susceptible to its development. There are several classifications of inguinal hernias, which can be divided based on various criteria such as content, etiology, reducibility, and type. The symptoms reported by the patient can vary from a protrusion present during exertion, discomfort, or even abdominal pain of the colicky or burning type, both related to increased intra-abdominal pressure (IAP) and physical exercise. The diagnosis is clinical, and there is no need to investigate using other complementary examination methods, which will only be used in cases of diagnostic doubt. Differential diagnoses can be considered based on the swelling caused by the protrusion of visceral contents from the abdominal cavity or the pain that may be associated with this process. As a rule, treatment is primarily surgical; however, current literature recommends clinical monitoring of asymptomatic or mildly symptomatic hernias. Recent studies demonstrate that there is no association between the early resumption of normal physical activities and the recurrence of inguinal hernias when mesh is used for treatment via the conventional method.

KEYWORDS: Inguinal Hernia; Clinical Presentation; Surgery.

1. INTRODUÇÃO

O conteúdo presente na cavidade abdominal não é estático, estando ele suscetível à movimentação em decorrência das variações de postura, dos movimentos promovidos pela respiração e, até mesmo, pelas manobras adotadas na palpação durante um exame físico. A parede abdominal tem, portanto, papel fundamental, em associação com a contração promovida pelos músculos abdominais e suas respectivas aponeuroses, de garantir uniformidade da pressão intra-abdominal (PIA) e, assim, conter os órgãos intracavitários, impedindo sua saída da cavidade. Nesse contexto, a quebra da continuidade da parede muscular predispõe a ocorrência das hérnias, dada a propensão das vísceras abdominais de

deixarem a cavidade e emergirem sob a pele (Porto, 2013). Sob esta ótica, esta síntese objetiva realizar uma abordagem clínico-cirúrgica das hérnias inguinais, explicitando as considerações mais relevantes em torno de sua ocorrência, bem como de seu tratamento.

2. METODOLOGIA

O estudo foi delineado sob a metodologia qualitativa e caráter explicativo, embasado em literaturas como “Anatomia Orientada para a Clínica” (MOORE, 7ª edição), “Semiologia Médica” (PORTO, 7ª edição) e “Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna” (SABISTON, 19ª edição), tal qual em artigos coletados das plataformas online Google Acadêmico, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Revista Portuguesa de Cirurgia e Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal. Os achados foram limitados à Língua Portuguesa, a partir do ano de 2015, utilizando os descritores “Hérnia Inguinal”, “Anatomia” e “Cirurgia”.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. DEFINIÇÃO

Diante de um aumento da PIA devido ao esforço físico ou situações como espirros, tosse e até mesmo o ato defecatório, a contração muscular tende a conter e proteger o conteúdo abdominal, cobrindo, inclusive, áreas desprovidas de sustentação muscular - como o canal inguinal. Frequentemente, o aumento da pressão dentro do abdômen é associado à ocorrência das hérnias de um modo geral. No entanto, o organismo é capaz de responder ao aumento da PIA e impedir o deslocamento das estruturas abdominais, como anteriormente explicado (Porto, 2013).

Em vista disso, o esforço físico considerado excessivo, sozinho, não é inteiramente responsável pela ocorrência das hérnias, uma vez que leva à contração muscular e protege as áreas normalmente mais vulneráveis, desde que a parede abdominal permaneça íntegra e sob proteção da musculatura. Porém, observadas zonas de fragilidade da parede, um esforço físico mínimo já é capaz de predispor o comprometimento dessas áreas e levar à ocorrência de abaulamentos (Porto, 2013).

Dentro deste contexto, as áreas de enfraquecimento podem ser de origem congênita ou serem adquiridas ao longo da vida, resultando da associação de fatores desencadeantes

(esforço físico, por exemplo) e fatores predisponentes. As alterações congênitas estão relacionadas, principalmente, à permanência do canal peritoniovaginal, às síndromes de colagenose, como a Síndrome de Marfan, e à história familiar positiva, entre outras razões. As causas adquiridas, por sua vez, estão ligadas ao tabagismo e à senilidade (Porto, 2013).

As hérnias inguinais, portanto, são definidas como a saída de órgãos abdominais da cavidade abdominal, projetando-se sobre o ligamento inguinal, através de uma abertura ocasionada por pontos de fragilidade na parede abdominal (Porto, 2013). Há, no entanto, preservação do peritônio e manutenção da integridade da pele, excluindo-se as eviscerações traumáticas e pós-operatórias da definição estabelecida (Lex, 1963).

3.2. EPIDEMIOLOGIA

As hérnias, de modo geral, são mais frequentes em homens, atingindo a proporção de 3:1 com relação à ocorrência em mulheres. Isso se deve, sobretudo, à persistência do conduto peritoniovaginal mais prevalente neste grupo e ao maior esforço físico atribuído ao sexo masculino, ocupando cargos em trabalhos que exigem maior uso da força. (Lex, 1963)

Dentre os tipos existentes de hérnia, as inguinais são as mais comuns (Porto, 2013), correspondendo a 75% das hérnias abdominais (SBHP, 2020). A incidência deste tipo pode atingir a proporção de 9:1 quando comparada entre homens e mulheres, respectivamente. (Porto, 2013)

Considerando a classificação das hérnias inguinais, as oblíquas externas ou indiretas, ocorrem com maior assiduidade do que as diretas, independente do sexo, sendo essas também as mais comuns no primeiro ano de vida. Já a partir das 2ª e 3ª décadas de vida, encontra-se incidência semelhante entre elas. (Lex, 1963)

De acordo com informações do Hospital Israelita Albert Einstein, em informações disponibilizadas pela Sociedade Brasileira de Hérnias (SBH), o acometimento total da população é de, aproximadamente, 5%, tendo o Brasil uma incidência superior a 2 milhões de casos todos os anos (SBHP, 2020).

3.3. FATORES DE RISCO

Os fatores de risco estão diretamente relacionados à maior incidência dos fatores predisponentes e fatores desencadeadores. Dentre as razões que levam à predisposição das zonas de fragilidade, pode-se citar:

- Sexo masculino e indivíduos na faixa pediátrica(SBHP, 2020), levando-se em considerações os aspectos anatômicos e fisiológicos do desenvolvimento do homem;
- História familiar positiva de hérnia ou história pessoal de correção prévia de hérnia, mesmo que a reparação tenha sido realizado ainda na infância;
- Lesões da parede abdominal decorrentes de traumas ou cirurgias prévias, por exemplo;
- Caucasianos;(SBHP, 2020)
- Tabagismo;(SBHP, 2020)
- Extremos de idade - prematuridade, principalmente quando observados os prematuros de baixo peso, e idade avançada.(SBHP, 2020)

Os fatores desencadeadores, por sua vez, estão, em sua maioria, relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal sem que haja, contudo, um aumento proporcional da contração da musculatura, fazendo com que as áreas já expostas se tornem ainda mais vulneráveis. Logo, quando associados à fragilidade da parede, levam ao desenvolvimento das hérnias inguinais. São eles:

- Constipação intestinal, levando ao aumento da força abdominal durante a defecação;(SBHP, 2020)
- Dificuldade de urinar - associada à hiperplasia prostática, por exemplo;(SBHP, 2020)
- Tosse crônica proveniente de doenças pulmonares instaladas;(SBHP, 2020)
- Obesidade - ocasionando o aumento da PIA pelo aumento da camada de gordura e pela presença de gordura visceral;(SBHP, 2020)
- Força física extrema ou situações que levem à contração exagerada dos músculos abdominais, situação que pode ser encontrada em atletas submetidos à musculação excessiva.(SBHP, 2020)

3.4. ASPECTOS ANATÔMICOS DA REGIÃO INGUINAL

A região inguinal é uma área de extrema importância anatomoclínica, haja vista as herniações frequentemente ocorridas nesta topografia. Nesse sentido, torna-se fundamental o conhecimento da anatomia local para o entendimento de sua fisiopatologia, uma vez que as hérnias inguinais são formadas pela protrusão de vísceras por meio de uma abertura na parede da cavidade abdominal na respectiva região, ocasionada pela fragilidade da mesma. Desse modo, merecem destaque estruturas como o ligamento inguinal, o trato iliopúbico, o óstio miopectíneo, o trígono inguinal e o canal inguinal, que serão abordadas a seguir.(Moore, 2014)

O ligamento inguinal é constituído por uma densa faixa de fibras espessas que compõem a porção inferior da aponeurose do músculo oblíquo externo do abdome, formando-se na espinha ilíaca anterossuperior e fixando-se no tubérculo púbico na extremidade medial. Já o trato iliopúbico, conceituado como uma banda aponeurótica composta pela parte espessa inferior da fáscia transversal e a aponeurose do músculo transversal do abdome, é responsável pelo reforço do assoalho e da parede posterior do canal inguinal, bem como por manter unidos os músculos flexores do quadril e a neurovasculatura dos membros inferiores que passam pelo espaço subinguinal.(Moore, 2014)

Nesse sentido, o ligamento inguinal e o trato iliopúbico, em conjunto, formam uma faixa espessa e fibrosa encarregada de revestir o espaço subinguinal, o retináculo anterior bilaminar da articulação do quadril, e recobrem um local da parede da região inguinal de grande fragilidade, o óstio miopectíneo. Esta estrutura é determinada por um segmento da parede não muscular anterior do abdome e possui vulnerabilidade conferida sobretudo por sua fraca composição de peritônio e fáscia transversal. Outrossim, é seccionada em compartimentos inferior e superior pelo ligamento inguinal, sendo notável a contribuição do superior no surgimento das hérnias inguinais.(Moore, 2014)

Dessa forma, sabe-se que o compartimento superior é subdividido pelos vasos epigástricos inferiores em compartimentos medial e lateral. No compartimento medial, tem-se o trígono inguinal ou de Hesselbach, limitado inferiormente pelo ligamento inguinal, medialmente pela borda lateral da bainha do músculo reto do abdome e súpero lateralmente pelos vasos epigástricos inferiores, e está relacionado às hérnias inguinais diretas. Enquanto isso, seu compartimento lateral relaciona-se ao aparecimento de hérnias inguinais indiretas.(Moore, 2014)

Outra estrutura incumbida por uma área relativamente fraca da parede abdominal é o canal inguinal, uma abertura oblíqua em forma de tubo na parede anterior do abdome, superior e paralela ao ligamento inguinal. Neste, em ambos os sexos, encontramos vasos sanguíneos e linfáticos, assim como o nervo ilioinguinal, ao passo que se tem o ligamento redondo do útero nas mulheres e o funículo espermático no homem. Durante o desenvolvimento embrionário, está aberto, formando uma conexão entre abdômen e bolsa escrotal, para que os testículos possam se deslocar da região abdominal para a bolsa escrotal. Posteriormente ao nascimento, é fechado, mantendo apenas o anel inguinal aberto para a passagem do cordão espermático, mas que é coberto por músculos que devem fechá-lo durante a contração abdominal.(Moore, 2014)

3.5. FISIOPATOLOGIA

O processo fisiopatológico das hérnias inguinais pode ser explicado através da combinação entre fatores anatômicos e ambientais, que suscetibilizam os indivíduos ao seu desenvolvimento. Do ponto de vista anatômico, além das áreas de maior fragilidade na parede abdominal, consideram-se as variações no tamanho do anel inguinal interno e na resistência de suas bordas, importante na hérnia inguinal indireta, como também alterações na resistência na fáscia transversalis do triângulo de Hasselbach e seu respectivo tamanho, relevante na hérnia inguinal direta. Dentre os fatores ambientais mais consideráveis, estão a perda de integridade local e o aumento súbito ou gradual da pressão intra-abdominal (PIA), ocasionada por condições como elevação de peso, ascite, constipação, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), gravidez, prostatismo, tosse crônica e outros.(Goulart, 2015)

3.6. CLASSIFICAÇÃO

São diversos os tipos de hérnias inguinais, sendo possível classificá-las com base em diversos critérios, como o conteúdo, etiologia, redutibilidade e tipo. Nessa perspectiva, conforme o conteúdo herniado, encontram-se hérnias de apêndice cecal, de bexiga, de cólon, de intestino delgado, de intestino grosso, de grande omento, de tuba uterina ou até mesmo de tecido adiposo.(Lex, 1963)

Segundo a etiologia, podem ser congênitas, quando associadas à falha do fechamento do anel inguinal interno ou do processo vaginalis; adquiridas, quando decorrentes do enfraquecimento dos componentes fibromusculares da parede abdominal; ou

pós-operatórias, quando secundárias à desnervação iatrogênica da região após procedimentos cirúrgicos, como a apendicectomia laparotômica.(Lex, 1963)

Conforme a redutibilidade, podem ser redutíveis, quando o saco herniado retorna à sua posição de origem de forma espontânea ou por meio de manobras manuais, ou irreduzíveis, quando este regresso fica impossibilitado, seja mediante o encarceramento ou estrangulamento. Nesse âmbito, ainda é possível diferenciar hérnias encarceradas de estranguladas devido ao fato de que, ao estarem estranguladas, o suprimento sanguíneo de seu conteúdo estará comprometido, levando a diversas repercussões.(Lex, 1963)

Por fim, de acordo com o tipo, distinguem-se as hérnias inguinais diretas e indiretas. As diretas ocorrem no triângulo de Hesselbach, pelo enfraquecimento em sua parede posterior, que se estende pela parede anterior do anel superficial, podendo se incidir por meio da fáscia transversal e adentrar no canal ou no ligamento inguinal. Já as indiretas ocorrem secundárias à fraqueza residual provocada pela passagem dos testículos para a bolsa escrotal no período do desenvolvimento embrionário, surgindo fora do triângulo inguinal e lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, sendo mais comuns do lado direito, possivelmente em decorrência da descida tardia do testículo direito.(Lex, 1963)

3.7. QUADRO CLÍNICO

As evidências clínicas das hérnias, geralmente detectadas em exames de rotina, são dependentes da localização, da origem do conteúdo herniado (apêndice cecal, cólon, gordura pré-peritoneal, intestino delgado, omento ou tuba uterina) e se são redutíveis ou não (encarceramento e estrangulamento).(Porto, 2013) Nesse sentido, a sintomatologia queixada pelo paciente pode variar desde uma protusão presente aos esforços, desconforto ou até mesmo dor abdominal do tipo cólica ou queimação, ambos relacionados ao aumento da pressão intra-abdominal (PIA) e exercícios físicos. Logo, uma vez que o indivíduo se encontra em repouso, há uma tendência de melhora quanto aos sintomas relatados anteriormente.(Lex, 1963) Entretanto, grande parte da população acometida pela hérnia inguinal busca atendimento médico em decorrência do efeito antiestético que estas estabelecem e não das manifestações propriamente ditas.(Porto, 2013)

Uma vez que há o aparecimento de uma hérnia inguinal, estas irão crescer de forma progressiva e o aumento de volume estará relacionado diretamente com a idade, sexo, esforços executados, fraqueza da região e cuidados tomados pelo paciente.(Goulart, 2015) Sob esse viés, a hérnia encarcerada surge como uma complicação clínica desta condição,

sendo caracterizada pela proeminência permanente do conteúdo, ou seja, a estrutura que ultrapassou o anel herniário inguinal não retorna mesmo com repouso ou manobras manuais e, além disso, não desencadeia problemas circulatórios ou obstrução no fluxo intestinal e não necessita de intervenção com urgência.(Lex, 1963) Contudo, a hérnia estrangulada configura fator de complicação e emergência cirúrgica, visto que ao conteúdo herniário ficar estrangulado, compromete de forma significativa o fluxo sanguíneo daquele órgão, promovendo dor intensa com irradiação para o abdome, náuseas e vômitos, fraqueza, febre, lipotimia, hipotensão arterial, sudorese, distensão abdominal, obstrução intestinal e processo isquêmico com conseqüente gangrena.(Sabiston, 2014)

3.8. DIAGNÓSTICO

3.8.1. ANAMNESE E EXAME FÍSICO

O diagnóstico de hérnia inguinal é clínico, não existindo a necessidade de se investigar por outros métodos complementares de exames. Portanto, os exames de imagem serão utilizados apenas em caso de dúvida diagnóstica.(Claus, 2019) Logo, o exame físico bem feito, associado à história clínica compatível, oferece sensibilidade de 74,5% e especificidade de 93% a 96%.(Claus, 2019)(Goulart, 2015)

As queixas principais e os sinais referidos pelo paciente correspondem ao aparecimento de tumefação ou abaulamento na região inguinal(Goulart, 2015), pela percepção de massa palpável(Porto, 2013), podendo estar associado a dor e desconforto(Goulart, 2015). Durante a anamnese, deve-se questionar o paciente quanto ao aparecimento dessas proeminências e se guardam relação com esforços físicos e desaparecimento ou redução com o repouso, bem como necessidade de realização de manobras de redução manual. Deve-se ainda questioná-lo quanto a presença de dor, desconforto ou sensação de peso e se irradia ou não para o abdômen. A consideração do tamanho também é fundamental, assim como a evolução das dimensões com o tempo - com percepção de aumento ou diminuição desde o seu aparecimento. Vômitos e náuseas também podem ocorrer a depender do conteúdo do saco herniário e podem ser relatados pelo paciente.(Lex, 1963)

O exame físico deve contemplar a propedêutica habitual: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Deve ser realizado com o paciente em posição ortostática, para melhor avaliação das protusões e a redutibilidade do conteúdo herniário - dado o aumento da PIA nesta posição, e em decúbito dorsal. A manobra de Valsalva pode ser utilizada com o

objetivo de aumentar a acuidade diagnóstica.(Goulart, 2015) Essa manobra consiste em solicitar ao paciente que sobre o dorso da mão com a boca e tem por objetivo aumentar a pressão dentro da cavidade abdominal para avaliar se há protrusão na região inguinal e, conseqüentemente, identificar a presença de herniação.(Porto, 2013)

A inspeção da região abdominal e inguinal consiste na observação de abaulamentos nessas áreas e próximo ao púbis que podem possuir aspecto globoso, podendo ainda ser melhor observado com o paciente em pé ou durante a realização da manobra de Valsalva, anteriormente citada, avaliando-se o aparecimento ou o aumento da tumefação.(Lex, 1963) Verifica-se também a movimentação do abdômen com a respiração e se há alguma assimetria.(Porto, 2013) No entanto, hérnias pequenas ou presentes em pacientes obesos podem não serem vistas. Em contrapartida, hérnias muito grandes podem acometer o saco escrotal e ocupar toda a região inguinal.(Lex, 1963)

A palpação, por sua vez, é melhor examinada com o paciente em decúbito dorsal, de modo a reduzir a contração da musculatura abdominal. Ela deve avaliar toda a parede abdominal, buscando identificar alterações na integridade da parede e a tensão do abdômen. Nota-se a temperatura da região, assim como a espessura e a temperatura e, sobretudo, a continuidade da estrutura. Esse último ponto pode ser avaliado com o examinador percorrendo toda a superfície da parede abdominal com as mãos, reconhecendo pontos de fragilidade para a formação de hérnias e diástases.(Porto, 2013)

Além disso, identificada a presença de hérnia, é preciso conhecer a consistência dessa tumoração, observando se é de aspecto flácido, endurecido ou elástico. Deve-se ainda tentar distinguir o conteúdo do saco herniário e se há possibilidade de redução por manobras manuais. Esse fator determinará, por exemplo, a presença de hérnias encarceradas ou estranguladas, alterando a conduta e o prognóstico do paciente. Não obstante, a palpação permite também a investigação do canal inguinal através do reconhecimento do canal inguinal externo, seu diâmetro e o grau de permissividade ao avaliar quanto do dedo indicador do examinador pode ser introduzido. Neste ponto, a manobra de Valsalva pode ser repetida para identificação do trajeto percorrido pelo conteúdo herniário, aumentando, mais uma vez, a acuidade do diagnóstico e possibilitando a classificação das hérnias.(Lex, 1963)

Por fim, a percussão e a ausculta serão melhor direcionadas para a identificação do conteúdo das hérnias. A identificação de timpanismo à percussão sugere a existência de vísceras que contêm ar dentro do saco herniário, sugerindo a presença de alças intestinais

cuja confirmação por ser realizada pela ausculta de ruídos hidroaéreos na região protusa.(Lex, 1963)(Porto, 2013)

3.8.2. EXAMES DE IMAGEM

Como supracitado, o diagnóstico de hérnias inguinais é clínico e os exames de imagem serão utilizados somente em caso de dúvida diagnóstica.(Claus, 2019) Essas podem ocorrer em situações em que há protrusão inguinal incerta ou não localizadas especificamente, não palpadas durante o exame físico ou de caráter intermitente. O diagnóstico incerto pode ainda existir quando não há tumefação presente e o paciente apresenta queixa de dor no local. Para o devido esclarecimento, pode-se solicitar a radiografia convencional (RX), ultrassonografia (USG), tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) e herniografia (peritoniografia) da região abdominal e inguinal com diferentes especificidade e sensibilidade entre eles.(Goulart, 2015) A escolha do exame deve levar em consideração os seguintes aspectos:

- Devido à baixa sensibilidade diagnóstica, o RX não é utilizado como exame de rotina na investigação de hérnias inguinais;(Goulart, 2015)
- Quando associado à história clínica compatível, mas diante de um exame físico inespecífico, ou quando existir suspeita consistente de diagnóstico diferencial, há indicação para USG. O exame é amplamente disponível e de valor acessível, além de ser eficaz para confirmação diagnóstica. Possui sensibilidade de 33% a 77% e especificidade de 81% a 100%.(Claus, 2019) A grande variação se deve, sobretudo, ao fato de ser um exame operador dependente. Quando corretamente realizado, a sensibilidade pode chegar a 100%;(Goulart, 2015)
- Para identificação de hérnias ocultas ou consideradas atípicas (conteúdo herniado podendo conter a bexiga, por exemplo), a TC pode ser bem indicada. A sensibilidade do exame é de 83% e a especificidade pode variar de 67% a 83%;(Goulart, 2015)
- A RNM é utilizada em caso de persistência da dúvida diagnóstica mesmo após a realização da USG, sendo considerada superior à tomografia. Possui sensibilidade de 94,5% e especificidade de 96,3%. Permite, ainda, a avaliação estática e dinâmica durante o exame.(Claus, 2019) Além disso, pode estar indicado para diagnósticos etiológicos diferenciais para achados de inflamação ou tumor. Contudo, trata-se de um exame mais caro e com menor disponibilidade;(Goulart, 2015)

- A herniografia ou peritoniografia, por sua vez, consiste na injeção de contraste iodado dentro da cavidade peritoneal na tentativa de observar a integridade da região inguinal e a presença de pertuitos através do canal inguinal, avaliando-se a continuidade do assoalho pélvico. Este tipo de exame também auxilia na identificação de hérnias ocultas e, assim, aumenta a acuidade diagnóstica. Possui sensibilidade de 100% e especificidade de 98% até 100%. Entretanto, pode apresentar resultado falso negativo caso haja tamponamento do canal de entrada por gordura abdominal. Ademais, apresenta risco de complicação variável de 0,4% a 3% relacionado a reações alérgicas ao contraste, perfurações intestinais, formação de hematoma na parede do abdômen e, após a realização do procedimento, dor.(Goulart, 2015)

3.9. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Os diagnósticos diferenciais das hérnias inguinais podem ser pensados com base na tumefação provocada pela saída do conteúdo visceral da cavidade abdominal ou, ainda, pela dor que pode estar associada a este processo. Com relação à tumefação, pode-se pensar em: hérnias incisionais diante do históricos de cirurgias prévias, aneurismas femorais, varizes superficiais ou profundas, abscessos musculares, tumores de partes moles (lipomas, por exemplo), varicoceles e endometriose.(Goulart, 2015)

Linfonodomegalia, hidroceles, gânglios inguinais infartados também são alternativas diagnósticas em caso de pequenas hérnias e podem ser descartados a partir da avaliação correta e exame físico do canal inguinal de maneira adequada. Ao se tratar de hérnias maiores, com possibilidade de acometimento inguinoscrotal, ou já tendo atingido a região, há opção de diagnósticos como linfedema de escroto e tumores testiculares. Nestes casos, deve-se avaliar a existência de redutibilidade ou não e a integridade da abertura do canal inguinal.(Lex, 1963)

Os diagnósticos diferenciais de dor, por sua vez, podem referir epididimite, osteoartrose de quadril, irradiação de dor lombar, endometriose e torção testicular, entre outros.(Goulart, 2015)

3.10. TRATAMENTO

Por via de regra, o tratamento das hérnias inguinais é eminentemente cirúrgico, porém, atualmente existem literaturas que recomendam o acompanhamento clínico das hérnias assintomáticas ou pouco sintomáticas, principalmente em idosos do sexo masculino com comorbidades que elevem o risco cirúrgico ou, caso não haja fatores de impedimento, por exibirem menor risco de complicações a médio prazo.(Claus, 2019) Inúmeros pacientes podem ser observados de forma resguardada e com probabilidade baixa de evoluir com contratempos, entretanto, há subgrupos de indivíduos que irão se beneficiar da cirurgia precoce justamente pela presença de elementos que propiciaram o desenvolvimento imaturo de sintomas e conseqüente necessidade de intervenção posteriormente.(Goulart, 2015) No restante dos casos, a razão para escolha do melhor momento e técnica cirúrgica vai além do risco de encarceramento ou estrangulamento, visto que é de suma importância levar em consideração também o prejuízo na qualidade de vida que a condição pode acarretar.(Claus, 2019)

Ao decidir uma técnica para reparar a hérnia inguinal, objetiva-se baixo índice de complicações (dores e recidivas), bom custo-benefício, curva de aprendizado rápida, recuperação breve e resultados reproduzíveis. Todavia, não existe uma tática operatória universal, mas grande parte dos cirurgiões concordam que o emprego da tela na cirurgia alcança de forma eficaz esses quesitos.(Claus, 2019) Ademais, técnicas como de Lichtenstein, Shouldice, extraperitoneais (Stoppa e Rives) e laparoscópicas (técnica Pré Peritoneal Transabdominal – TAPP – e Totalmente Pré Peritoneal – TEP –) são utilizadas para o reparo da situação supracitada.

Em 1958, o médico americano denominado Francis Cowgil Usher revolucionou a cirurgia da hérnia com a introdução de próteses sintéticas, mas foi em 1986 que outro cirurgião americano, Irving Lester Lichtenstein, instituiu a ideia de *tension-free* na hernioplastia inguinal, fundamentado na evidência que a recidiva dessa afecção estava diretamente relacionada com a tensão da sutura. Dessa maneira, a técnica de Lichtenstein é um método acessível, de fácil reprodução, possui uma taxa de recidiva significativamente baixa (0,5%) e consiste na inguinotomia com inserção de uma prótese de polipropileno na parede posterior do canal inguinal, a qual é ligada ao ligamento inguinal e ao tendão conjunto.(Claus, 2019)

Após 1982, ano em que ocorreu a primeira herniorrafia inguinal laparoscópica, essa abordagem tem se tornado frequente no âmbito operatório da hérnia inguinal em virtude de proporcionar a identificação do defeito herniário de forma mais clara, realizar incisões mais

discretas, reduzir a dor pós-operatória e conceder uma recuperação mais veloz.(Claus, 2019)
Na técnica Pré-Peritoneal Transabdominal (TAPP), a prótese é posicionada no espaço pré-peritoneal e necessita da dissecação do peritônio parietal, com o fito de cobrir o orifício miopectíneo. Por outro lado, a técnica Totalmente Pré-Peritoneal (TEP) é realizada com um balão insuflado no interior do espaço pré-peritoneal, o qual permite a visualização do distúrbio herniário.(Sabiston, 2014)

3.11. CONSIDERAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E QUALIDADE DE VIDA

Estudos recentes demonstram que não há associação entre a retomada precoce das atividades físicas normais e o reaparecimento das hérnias inguinais quando se utiliza tela para o tratamento por meio da via convencional. Portanto, pacientes devem ser encorajados a reassumir suas atividades laborais e recreativas assim que se sentirem confortáveis e aptos para tais. Sob essa ótica, a média atual é de 3 a 7 dias para que o indivíduo já esteja habilitado para realizar as tarefas do dia-a-dia sem restrições e complicações decorrentes desta, porém, é válido ressaltar que todos os operados devem evitar esforço físico e pesos exagerados por um intervalo de 4 a 6 semanas.(Claus, 2019)

A incidência de seroma (aglomerado de líquido proveniente da reação ao dano aos tecidos e capilares sanguíneos) e hematoma (concentração de sangue fora dos vasos sanguíneos) é de 7% e 8%, respectivamente.(Claus, 2019) Ainda que seja uma incidência reduzida, o sujeito pode confundir a protrusão oriunda do seroma com a recidiva precoce da hérnia, mas na maior parte dos casos, aqueles evoluem bem ou não desencadeiam relevância clínica, não havendo necessidade de descomprimir a área acometida. De modo semelhante, quando não promovem repercussões hemodinâmicas ou outros resultados, os hematomas isentam intervenções médicas.(Sabiston, 2014)

Por fim, grande parte da literatura comparativa entre o impacto da reparação na videolaparoscopia e cirurgia aberta no que tange à qualidade de vida do doente, as técnicas TAPP e TEP se sobressaem às custas da diminuição dolorosa no período incipiente e, além disso, a probabilidade de infecções ocorrerem no sítio cirúrgico também ficou diminuta nessas abordagens. Todavia, a distinção nos escores de dor pós-operatória em prol da intervenção laparoscópica, regride com a evolução dos dias.(Claus, 2019)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que o diagnóstico das hérnias inguinais deva ser embasado, principalmente, na anamnese e no exame físico bem feitos, reservando-se exames de imagem para casos em que há dúvida diagnóstica. No que tange ao tratamento, cabe ao médico-cirurgião ponderar sobre os riscos e benefícios de cada técnica, levando em consideração as especificidades do paciente, como a presença de comorbidades, a idade, a ocupação profissional e o estágio em que se encontra a hérnia (se redutível, encarcerada ou estrangulada). Considera-se uma condição de prognóstico favorável, desde que manejada de maneira correta e no tempo ideal.

REFERÊNCIAS

- CLAUS, C. M. P. **Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguino-crurais em adultos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 46, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/jcS7Xv4n5GwDfKbjntW47cJ/?lang=pt>>. Acesso em 01 de Outubro, 2022.
- GOULART, A. **Hérnia inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento**. Revista Portuguesa de Cirurgia, n. 33, p. 25-42, 2015. Disponível em: <<https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/510>>. Acesso em 01 de Outubro, 2022.
- LEX, A. **Hérnias em geral: revisão didática**. Revista de Medicina, v. 47, n. 1, p. 13-38, 1963. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br>>. Acesso em 01 de Outubro, 2022.
- MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2014.
- PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan.
- SABISTON. **Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19ª edição. Saunders. Elsevier.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HÉRNIA E PAREDE ABDOMINAL. **7 fatores de risco para a hérnia inguinal**. 2020. Disponível em: <<https://sbhernia.org.br/7-fatores-de-risco-para-a-hernia-inguinal/>>. Acesso em 01 de Outubro, 2022.