

01

HÉRNIAS DA REGIÃO INGUINOCRURAL

HÉRNIA INGUINAL

A hérnia inguinal constitui o tipo mais comum de hérnia, respondendo por 75% dos casos. Pode ocorrer na infância ou na vida adulta, com mecanismos etiológicos diferentes. É mais comum à direita (60%), seguida da esquerda (30%) e da bilateral (10%).

É mais frequente em homens do que em mulheres e anatomicamente se divide em direta e indireta (mais comuns). Nas crianças, acontece pela persistência do conduto peritoneovaginal, e, nos adultos, na maioria das vezes, está associada à fraqueza da parede inguinal e ao esforço físico. As hérnias podem ser classificadas segundo o esquema proposto por Nyhus:

ESQUEMA DE NYHUS

I - HÉRNIA INDIRETA, COM ANEL INGUINAL INTERNO SEM DILATAÇÃO (CRIANÇAS).

II - HÉRNIA INDIRETA, COM ANEL INGUINAL INTERNO DILATADO.

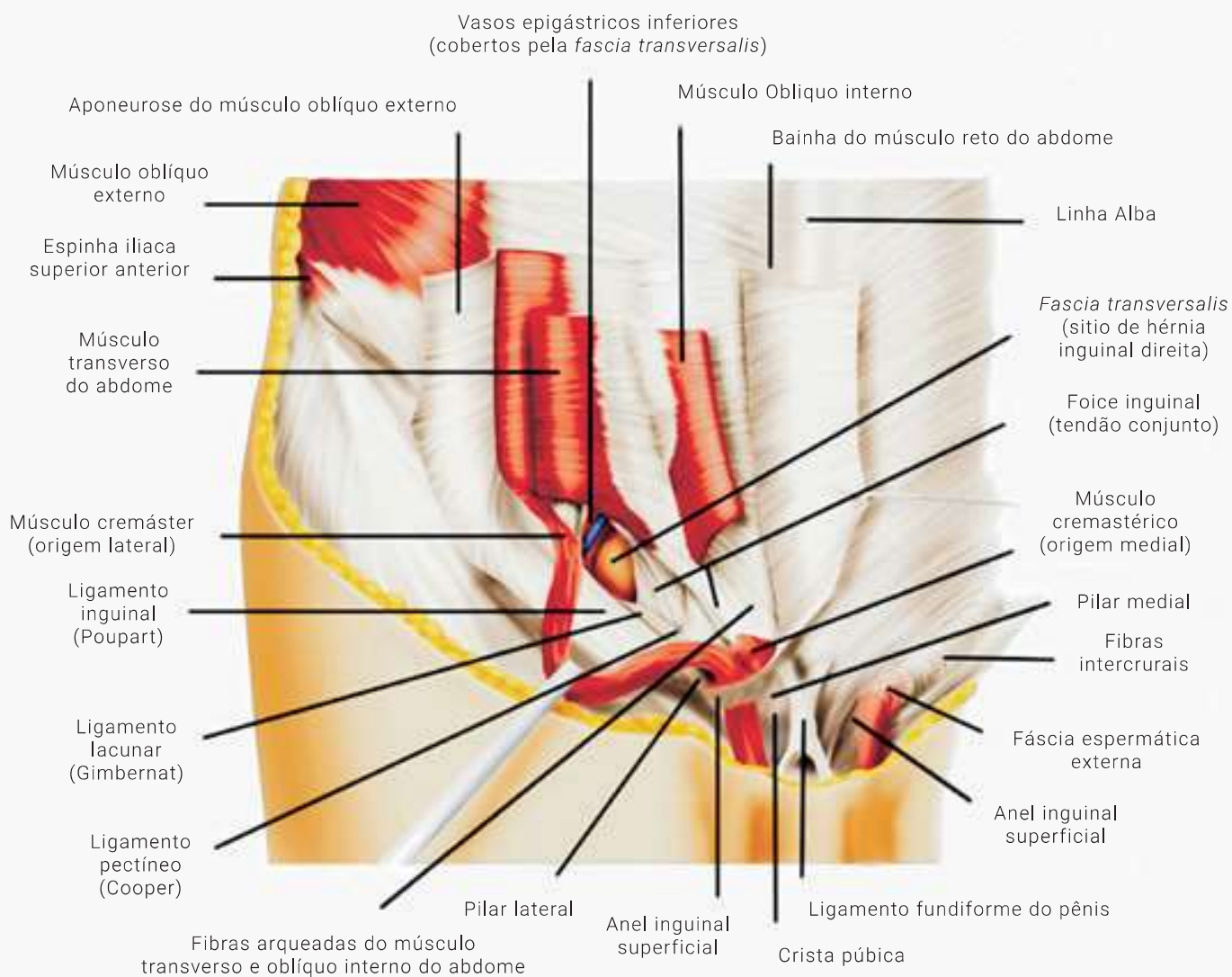
III - (A) HÉRNIA DIRETA, (B) HÉRNIA MISTA E (C) HÉRNIA FEMORAL.

IV - HÉRNIAS RECIDIVADAS:

- (A) DIRETA;
- (B) INDIRETA;
- (C) FEMORAL;
- (D) MISTA.

A partir de reparos anatômicos, as hérnias inguinais são classificadas em diretas e indiretas. As diretas surgem medialmente aos vasos epigástricos, na região conhecida como triângulo de Hesselbach, cujos limites são, medialmente, a aponeurose do músculo reto abdominal; lateralmente, o ligamento inguinal; e, superiormente, os vasos epigástricos.

As hérnias originadas nessa área resultam da fraqueza do assoalho da região inguinal. As hérnias indiretas, que ocorrem pela passagem de conteúdo abdominal pelo anel inguinal interno, surgem lateralmente aos vasos epigástricos, na área conhecida como triângulo de Hessert.



HÉRNIA FEMORAL

A hérnia femoral resulta da projeção do saco herniário pelo triângulo femoral, abaixo do ligamento inguinal. É mais comum no sexo feminino (4:1), e 90% são unilaterais, à direita. Alto índice de estrangulamento pois o anel é pequeno.

O quadro clínico é semelhante ao da hérnia inguinal. Não é incomum o cirurgião indicar a correção de uma hérnia inguinal e, durante o procedimento, não encontrar o defeito na região. Nesse caso, o mais provável é que se trate de hérnia femoral, também de tratamento cirúrgico.

Clinicamente, apresentam-se como abaulamento inguinal, principalmente após esforço físico, ou, ainda, em posição ortostática, que pode ou não ser reduzido espontaneamente. Hérnias inguinais encarceradas são aquelas irreduzíveis e as hérnias estranguladas são as que apresentam sofrimento vascular com isquemia da víscera herniada sendo considerada uma emergência cirúrgica. Mostram-se

com quadro de abaulamento não redutível e bastante doloroso. Pode haver apresentação clínica com quadro de obstrução intestinal nas hérnias encarceradas com vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Nos casos de estrangulamento podem estar presentes sinais flogísticos e muita dor local. O tratamento é eminentemente cirúrgico, e as principais técnicas serão descritas a seguir.

PRINCIPAIS TÉCNICAS PARA A CORREÇÃO DE HÉRNIAS DA REGIÃO INGUINOCRURAL

TÉCNICAS	PROCEDIMENTOS	INDICAÇÕES	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Bassine	Fixação do tendão conjunto ao ligamento inguinal	Hérnia inguinal	1ª técnica descrita que respeita os planos anatômicos da região inguinal	Alta taxa de recidiva
McVay	Fixação do tendão conjunto ao ligamento de Cooper, após a abertura da fascia transversalis	Hérnia femoral	Principal técnica para o tratamento da hérnia femoral	Alta taxa de recidiva
Shouldice	Reparo da região inguinal em 4 planos de sutura contínua imbricados	Hérnia inguinal	Reparo da anatomia respeitando todas as camadas anatômicas. Melhor das técnicas sem tela	Resultados originais não reproduzidos em outras casuísticas
Stoppa	Acesso e reparo extraperitoneal com colocação de tela	Hérnia inguinal bilateral e/ou recidivada	Acesso extraperitoneal em casos recidivados	Conhecimento anatômico e uso de prótese
Lichtenstein	Colocação de tela sobre a parede posterior, fixada ao pube, tendão conjunto e ligamento inguinal	Hérnia inguinal	Técnica sem tensão com menor porcentagem de recidiva – considerada padrão-ouro no tratamento das hérnias	Uso de prótese
Videolaparoscopia	Acesso e reparo extraperitoneal com colocação de tela	Hérnia inguinal, bilateral e/ou recidivada	Melhor para hérnias bilaterais e recidivadas. Menos dor no pós-operatório. Retorno mais rápido às atividades físicas.	Conhecimento anatômico, uso de prótese, duração e custo do procedimento, curva de aprendizado do cirurgião