

A abordagem cirúrgica de uma hérnia inguinoescrotal esquerda combinada volumosa.

The surgical approach of a combined left inguinoscrotal massive hernia

Giulia Maria Travizanuto Siqueira
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
giulia.tsiqueira@gmail.com

Izabella dos Santos Gomes
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
izabellagomes1998@gmail.com

Ana Carolina Batista Neves
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
anacarolina.neves09@gmail.com

Luiza Guthier Prazeres
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
luizaguthier@hotmail.com

RESUMO

As herniações ocorrem devido à alguma fragilidade em um tecido de modo em que um abaulamento se constitua. Elas são mais comumente encontradas na região abdominal ou inguinal, sendo essas últimas as mais comuns. As hérnias inguinais podem se classificar em congênitas ou adquiridas e indireta, diretas ou combinadas. O tratamento definitivo para todos os casos é a resolução cirúrgica, tendo em vista a melhoria na qualidade de vida do paciente. O artigo em questão abordará o caso de um paciente masculino de 61 anos portador de hérnia inguinoescrotal esquerda volumosa, que foi encaminhado para resolução cirúrgica devido a episódios de dores intensas e extrusões recorrentes. A técnica cirúrgica escolhida para este caso foi a hernioplastia inguinal à Lichtenstein. O paciente não apresentou complicações pós-cirúrgicas.

Palavras-chave: Cirurgia. Hérnia inguinoescrotal. Hérnia volumosa.

ABSTRACT

Herniations occur due to some fragility in a tissue so that a bulge is formed. They are most found in the abdominal or inguinal region, considering that the last one is the most common. Inguinal hernias can be classified as congenital or acquired and indirect, direct, or combined. The definitive treatment for all cases is surgical resolution, in order to improve the patient's quality of life. This article will talk about a case of a 61-year-old male patient with a massive left inguinoscrotal hernia, who was referred for surgical resolution due to episodes of severe pain and recurrent extrusions. The surgical technique chosen for this case was Lichtenstein inguinal hernioplasty. The patient had no post-surgical complications

Keywords: Surgery. Inguinoscrotal hernia. Massive hernia.

1 CONTEXTO

As hérnias são ocasionadas por fragilidades em tecidos de forma com que se constitua um abaulamento, são classificadas em congênicas ou adquiridas. As congênicas são provenientes de uma inadequação nas estruturas do ducto de Nuck ou do conduto peritoniovaginal, em mulheres e homens, respectivamente. Já as adquiridas estão atreladas, principalmente, à fraqueza da musculatura da região (MAIA, JR, 2013; SILVA et al., 2019; UPTODATE, 2022.)

Em sua grande parte, as hérnias se encontram na região abdominal ou na virilha. Sendo que as inguinais correspondem a 75% dos casos totais e, devido a isso, sua correção é o procedimento cirúrgico mais realizado (SANTOS, PEDRO, 2021; SILVA et al., 2019; SHAKIL, A. et al. 2020)

As hérnias inguinais se dividem em indiretas, diretas e mistas. As hérnias indiretas ocorrem devido uma protusão de tecido por meio do anel inguinal, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores. Nos homens, esse trajeto ocorre correlacionado ao cordão espermático até o escroto, enquanto em mulheres, o trajeto corresponde ao ligamento redondo. As hérnias diretas são ocasionadas devido uma fraqueza na aponeurose posterior do canal inguinal, ocasionando um abaulamento através do triângulo de Hasselbach (margem lateral do músculo reto abdominal, ligamento inguinal e vasos epigástricos inferiores). As hérnias combinadas, por sua vez, são todas aquelas em que se é possível encontrar componentes indiretos e diretos (SILVA et al., 2019; SHAKIL, A. et al. 2020; TEIXEIRA et al., 2017)

Os principais fatores de risco para herniação são: ser do sexo masculino, história familiar da doença, doenças da síntese ou renovação do colágeno, idade avançada, baixo índice de massa corporal, esforço físico elevado e tabagismo como exemplos. Já como principal componente da clínica temos a sensação de peso ou dor, apresentando piora significativa quando envolvida nos esforços físicos. Os casos de hérnia inguinal são indicativos de tratamento cirúrgico definitivo, principalmente quando o paciente é sintomático, buscando a melhoria na qualidade de vida (CARDOSO et al., 2021; CLAUS et al., 2019; SHAKIL, A. et al. 2020; SPERANDIO et al., 2008; UPTODATE, 2022).

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, 61 anos, sexo masculino, sabidamente portador de hérnia inguinal à esquerda volumosa redutível a manobras. Acompanhado em PSF, foi encaminhado à cirurgia geral devido a episódios de dores intensas e extrusão recorrentes.

Após avaliação cirúrgica, foi encaminhado para realização de exames pré-operatórios e avaliações pela cardiologia e anestesiologia. Tabagista há 40 anos, nega etilismo e alergia medicamentosa, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em acompanhamento regular para ambas. Histórico de apendicectomia prévia sem intercorrências. Ecocardiograma apresentando fração de ejeção de 68%, concluindo presença de déficit da função diastólica do ventrículo esquerdo grau I e hipertensão ventricular esquerda leve. Classificado como ASA III pela anestesiologia. Exames laboratoriais e radiografia de tórax sem alterações significativas.

DADOS COMPLEMENTARES



Figura 1 – Hérnia inguinoescrotal volumosa



Figura 3 - Saco herniário aberto com o conteúdo reduzido



Figura 2 - Conteúdo herniário: omento e parte do intestino grosso.



Figura 4 - Tela de polipropileno parcialmente fixada, mostrando a divisão em dois segmentos ($\frac{1}{3}$ lateral e $\frac{2}{3}$ medial) necessários para o término de fixação da tela

3 TRATAMENTO

A conduta determinada foi a realização de cirurgia de correção da hérnia e hernioplastia inguinal à Lichtenstein. O paciente recebeu raquianestesia e sedação.

Em sequência, foi realizada inguilotomia clássica, isolado e aberto o saco herniário, onde observou-se a presença de omento e intestino grosso, ambos de aspecto normal. O conteúdo herniário foi reduzido de volta à cavidade abdominal sem dificuldades. Realizou-se no ato cirúrgico a fixação de uma tela de polipropileno que foi modelada de acordo com a região inguinal do paciente.

Após, a tela foi fixada a 2 cm além da aponeurose que reveste o tubérculo púbico com três pontos de prolene 2-0, de forma com que a tela sofresse retração e não deixando a área desprotegida, o que é muito importante tendo em vista que a recidiva é mais comum neste local. A seguir a tela foi suturada inferiormente ao ligamento inguinal com sutura contínua de Prolene 2-0 até o anel inguinal profundo, medialmente à bainha do músculo reto do abdome e também superiormente na aponeurose do músculo oblíquo interno, com sutura de Poliglactina 910, 2-0 com pontos separados.

Realizou-se uma fenda na tela, próximo ao anel inguinal profundo, para permitir a saída do cordão espermático, criando dois segmentos, sendo que a parte lateral representa $\frac{1}{3}$ da tela e a medial $\frac{2}{3}$. Essas duas partes da tela se cruzam ao redor do cordão, de maneira que o segmento mais largo, passa por cima do cordão e é fixado ao segmento mais estreito e os dois são suturados ao ligamento inguinal com um ponto simples de Prolene 2-0. A tela é colocada frouxa, pois sofre retração e pode soltar-se da região inguinal, propiciando uma recidiva da hérnia.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

No pós-cirúrgico o paciente foi encaminhado ao quarto de enfermaria e não apresentou nenhum tipo de complicação. A movimentação ativa e deambulação foram estimuladas e o curativo oclusivo permaneceu na ferida operatória por 24 horas. O paciente recebeu alta com 48h de pós-cirúrgico, acompa-

nhado das instruções pertinentes ao caso e medicamento para dor caso necessário e com retorno de revisão agendado para 7 dias após a alta.

5 DISCUSSÃO

As hérnias inguinoescrotais volumosas são associadas na maioria dos casos relatados, com a procura tardia por atendimento médico ou até pela demora no processo de saúde para a resolução da doença. Assim como observamos no relato citado, muitos casos de hérnia podem estar relacionados a um ou mais fatores de risco, como obesidade, atividades profissionais que envolvam carregar peso, tabagismo e até prostatismo (MARANHÃO et al, 2015). Todavia, alterações congênitas, anatômicas, que promovem a elevação da pressão intra-abdominal e anatomofuncionais são fatores bem conhecidos e estabelecidos na literatura como parte da etiopatogenia das hérnias inguinais (GONÇALVES et al, 2014).

A escolha da técnica cirúrgica de reparo deve sempre ser baseada na individualidade de cada caso, sendo que, as vias de escolha mais utilizadas para a realização da herniorrafia são a laparoscópica ou a laparotômica. Devem ser levados em consideração para tal escolha as comorbidades do paciente, o grau de experiência do cirurgião em ambas as técnicas, as características da hérnia, se o paciente já realizou cirurgia abdominal prévia, intolerância à anestesia geral e a presença de ascite (UPTODATE, 2022).

Apesar da indicação da grande maioria dos estudos recentes ser priorizar a realização da herniorrafia por videolaparoscopia, assim como observado no caso relatado, em pacientes que apresentem cirurgia abdominal prévia (como a apendicectomia no caso em questão), comorbidades (HAS e DPOC) e característica de localização da herniação em área inguinoescrotal grande e/ou irreduzível, a realização da hernioplastia por via laparotômica é a técnica de escolha (UPTODATE, 2022).

Além disso, a partir dos princípios da técnica cirúrgica utilizada como método de tratamento para a hérnia em questão, a tela de polipropileno deve ser colocada frouxa, pois 20% a 30% sofre retração e pode soltar-se da região inguinal, propiciando uma recidiva da hérnia (VIANNA et al, 2004)

Por fim, apesar de não tão comum, o caso de hérnia inguinoescrotal volumosa é ainda presente na sociedade por diversos motivos, como demora a procurar o serviço médico, constrangimento do paciente com a situação e até a longa fila de espera do sistema de saúde pública para encaminhamento e atendimento desses pacientes. Dessa maneira, torna-se fundamental seu diagnóstico e tratamento objetivando evitar complicações como encarceramento e estrangulamento, além de maiores dificuldades técnicas no momento da cirurgia.

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Q1. As hérnias são saliências ou abaulamentos associados a uma fragilidade tecidual. Elas podem ocorrer em diversas regiões anatômicas e, por isso, existem correlações anatômicas para orientar as definições posicionais e técnicas cirúrgicas. Para a classificação de hérnias inguinais existe o triângulo de Hasselbach. Cite as estruturas que compõem o mesmo. R: Margem lateral do músculo reto abdominal, ligamento inguinal e vasos epigástricos inferiores.

Q2. Algumas técnicas cirúrgicas incluem em sua abordagem a utilização de telas. Marque a alternativa abaixo que consiste em técnicas cirúrgicas sem a utilização de telas.

1. Bassini, McVay e Shouldice. (GABARITO)

2. McVay, Lichtenstein e Shouldice.
3. Stoppa, Bassini e Lichtenstein.
4. Lichtenstein, Stoppa e Bassini.

Q3. Qual das alternativas abaixo é não é uma contraindicação de hernioplastia videolaparoscópica?

1. Hérnia inguinoescrotal volumosa.
2. Ascite.
3. Hérnia inguinal < 3cm. **(GABARITO)**
4. Apendicectomia prévia.

REFERÊNCIAS

Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults/print?search=h%C3%A9rnia%20inguinal%20mista%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3>. Acesso em: 21 nov. 2022.

CLAUS, C. M. P. et al. Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 46, 30 set. 2019.

D.J. Rodrigues Roque dos Santos, A.M. Rodrigues Pedro. Dor crônica pós-hernioplastia inguinal: a experiência com técnicas invasivas numa Unidade de Dor Crônica. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/epioftccnfbaxg-gewexb2matrm/access/wayback/https://www.dor.pt/files/dor_21_28_1_026-033.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

Gonçalves RO, De Moraes e Silva E, Lopes Filho GJ. Immunohistochemical evaluation of fibrillar components of the extra cellular matrix of transversalis fascia and anterior abdominal rectus sheath in men with inguinal hernia. Rev Col Bras Cir. 2014; 41:23-9.

MAIA, Daniel Eichemberg Fernandes E.; JR., Marcelo Augusto Fontenelle R. Manual de Condutas Básicas em Cirurgia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2013. E-book. ISBN 978-85-412-0248-0. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0248-0/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MARANHÃO, D. D. A. et al. Hérnia inguino-escrotal gigante – relato de caso / Inguinoscrotal giant hernia – case report. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 152–155, 2015.

Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults/print?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~114&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SHAKIL, A. et al. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. American Family Physician, v. 102, n. 8, p. 487–492, 15 out. 2020.

SILVA, O. L. A. DA et al. Análise Comparativa das Complicações entre Hernioplastia Inguinal Aberta e Laparoscópica. Revista HMJMA, v. 1, n. 01, 2019.

SPERANDIO, W. T. et al. Quais os fatores de risco para hérnia inguinal em adulto? Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, p. 98-98, abr. 2008.

TEIXEIRA, F. M. C. et al. Estudo de revisão da cirurgia de hernioplastia inguinal: técnica de Lichtenstein versus laparoscópica. v. 27, n. 1, p. 44-51, [s.d.].

VIANNA, J. L. C. DE M. et al. Comparação entre as técnicas de shouldice e falci-lichtenstein, no tratamento das hérnias inguinais em homens. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 31, p. 117-123, abr. 2004.