

HÉRNIAS INGUINAIS: UMA REVISÃO SOBRE OS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

INGUINAL HERNIAS: A REVIEW OF EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, DIAGNOSTIC,
AND THERAPEUTIC ASPECTS

HERNIAS INGUINALES: UNA REVISIÓN SOBRE LOS ASPECTOS
EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÊUTICOS

Aline Moura Cogo¹
Lara Girardelli Caires Vidal²
Giulia de Jesus Marcolino³
Vitor da Cunha Moreira⁴
Bruna Raphaela Pereira Arcanjo⁵

RESUMO: As hérnias inguinais representam uma condição cirúrgica comum, caracterizada pela protrusão do intestino ou outro tecido abdominal através de uma fraqueza na parede abdominal na região inguinal. Esta condição afeta majoritariamente homens, com uma prevalência de até 27% ao longo da vida, e podem ser classificadas como hérnias inguinais diretas ou indiretas. Seu diagnóstico é geralmente clínico, auxiliado por ultrassonografia ou tomografia computadorizada em casos incertos. O tratamento padrão é a cirurgia, com opções entre técnicas abertas, como a de Lichtenstein, e técnicas laparoscópicas, como TAPP e TEP. Ambas as abordagens são eficazes, sendo a escolha do método dependente das características individuais do paciente e da experiência do cirurgião.

685

Palavras-chave: Hérnia inguinal. Hérnia inguinal direta. Hérnia inguinal indireta. Cirurgia abdominal.

ABSTRACT: Inguinal hernias represent a common surgical condition characterized by the protrusion of the intestine or other abdominal tissue through a weakness in the abdominal wall in the inguinal region. This condition predominantly affects men, with a lifetime prevalence of up to 27%, and can be classified as direct or indirect inguinal hernias. Diagnosis is generally clinical, assisted by ultrasonography or computed tomography in uncertain cases. The standard treatment is surgery, with options including open techniques, such as the Lichtenstein procedure, and laparoscopic techniques, such as TAPP and TEP. Both approaches are effective, with the choice of method depending on the individual characteristics of the patient and the surgeon's experience.

Keywords: Inguinal hernia. Direct inguinal hernia. Indirect inguinal hernia. Abdominal surgery.

¹Acadêmica de Medicina. Centro Universitário Presidente Antônio Carlos.

²Acadêmica de Medicina. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

³Acadêmica de Medicina. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

⁴Acadêmico de Medicina. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

⁵Médica pela Faculdades Unidades do Norte de Minas – FUNORTE.

RESUMEN: Las hernias inguinales representan una condición quirúrgica común caracterizada por la protrusión del intestino u otro tejido abdominal a través de una debilidad en la pared abdominal en la región inguinal. Esta condición afecta predominantemente a los hombres, con una prevalencia de hasta el 27% a lo largo de la vida, y se pueden clasificar como hernias inguinales directas o indirectas. El diagnóstico es generalmente clínico, asistido por ultrasonografía o tomografía computarizada en casos inciertos. El tratamiento estándar es la cirugía, con opciones que incluyen técnicas abiertas, como el procedimiento de Lichtenstein, y técnicas laparoscópicas, como TAPP y TEP. Ambos enfoques son efectivos, y la elección del método depende de las características individuales del paciente y la experiencia del cirujano.

Palabras clave: Hernia inguinal. Hernia inguinal directa. Hernia inguinal indirecta. Cirugía abdominal.

INTRODUÇÃO

As hérnias inguinais representam uma das condições cirúrgicas mais comuns, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Esta patologia ocorre quando uma parte do intestino ou outro tecido abdominal protrai através de uma fraqueza na parede abdominal na região inguinal.

Podem ser classificadas em diretas e indiretas, sendo mais frequentes nos homens devido à anatomia do canal inguinal. As hérnias diretas ocorrem quando o conteúdo abdominal protrai diretamente através da parede posterior do canal inguinal, enquanto as indiretas passam pelo anel inguinal interno e descem pelo canal inguinal.

O presente artigo visa revisar a literatura existente sobre hérnias inguinais, abordando aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

METODOLOGIA

Para a realização desta revisão, foram consultadas bases de dados como PubMed, Scielo e Google Scholar.

Os termos de pesquisa utilizados incluíram "hérnia inguinal", "tratamento de hérnia inguinal", "diagnóstico de hérnia inguinal" e "cirurgia de hérnia inguinal".

Foram incluídos artigos publicados nos últimos dez anos, em inglês e português. A seleção dos estudos foi baseada na relevância e qualidade metodológica, considerando-se ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises.

Além disso, foram incluídas diretrizes clínicas relevantes de sociedades cirúrgicas internacionais.

DISCUSSÃO

Epidemiologia

As hérnias inguinais são mais prevalentes em homens, com uma incidência que pode atingir até 27% em homens e 3% em mulheres ao longo da vida.⁵

Sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais comum em indivíduos acima de 50 anos. Fatores de risco incluem histórico familiar, obesidade, esforços físicos intensos e condições que aumentem a pressão intra-abdominal, como tosse crônica e constipação.

As hérnias inguinais apresentam maior prevalência em pacientes diagnosticados com doenças familiares do tecido conjuntivo, como a Síndrome de Marfan e a Síndrome de Ehlers-Danlos. Desse modo, assume-se que a genética desempenha um papel importante para o desenvolvimento da doença, indicando maior risco para aqueles indivíduos que possuem parentes próximos com histórico de hérnias.

Outro fator de risco já reportado é o tabagismo, por conta da absorção de substâncias que enfraquecem o colágeno da parede abdominal. A degradação do colágeno também é acelerada pelo aumento da atividade das proteases, processo semelhante ao que ocorre na patogênese da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Além disso, a chance de desenvolver a doença é proporcional à exposição ao estresse físico contínuo, como no caso de atletas e trabalhadores braçais.⁶

Estima-se que aproximadamente 20 milhões de cirurgias de hérnia inguinal sejam realizadas anualmente em todo o mundo, destacando a relevância clínica e econômica dessa condição.

Apresentação Clínica

As hérnias inguinais podem se apresentar desde assintomáticas a graves. A apresentação típica inclui dor ou desconforto na região inguinal, que pode se intensificar ao tossir, levantar peso ou realizar esforço físico.

Em casos de hérnia encarcerada ou estrangulada, pode haver dor intensa, náuseas, vômitos e obstrução intestinal, requerendo intervenção cirúrgica de emergência.⁸

Além disso, alguns pacientes podem apresentar uma sensação de peso ou pressão na região inguinal, especialmente ao final do dia ou após atividade física intensa.

Diagnóstico e Classificação

O diagnóstico de hérnia inguinal é geralmente clínico, baseado na história do paciente e no exame físico. A palpação da região inguinal pode revelar a protrusão do conteúdo abdominal, que pode ser reduzida manualmente na maioria dos casos.

O paciente é examinado em posição supina e em ortostase, à inspeção é observada uma saliência próxima ao púbis que ao solicitar que o paciente execute um esforço abdominal ou a Manobra de Valsalva, a mesma aumenta de volume. Em homens, o conteúdo herniário pode atingir a bolsa escrotal causando o abaulamento de toda região.

Através da palpação é identificado qual o tipo do conteúdo herniário, a consistência do mesmo, a redutibilidade, a caracterização do canal inguinal e a classificação da hérnia inguinal (direta ou indireta).^{1,7}

Em casos duvidosos, ultrassonografia ou tomografia computadorizada podem ser utilizados para confirmar o diagnóstico e avaliar complicações.⁶

A ultrassonografia é particularmente útil para diferenciar entre hérnias inguinais e outras condições que podem causar sintomas semelhantes, como linfadenopatia inguinal ou cistos sebáceos.

Ainda dentro das hérnias inguinais, foi criada uma classificação para enquadramento de cada uma de suas variações, permitindo o melhor planejamento de tratamento para cada paciente. Desse modo, a classificação de Nyhus baseia-se em critérios anatômicos das hérnias, sendo dividida em 4 tipos⁷:

Nyhus I: hérnias pediátricas indiretas que surgem a partir do anel inguinal interno normal ou de até 2 cm.

Nyhus II: hérnias indiretas, com anel inguinal interno dilatado e parede inguinal posterior sem deformações

Nyhus III:

IIIa: Hérnias diretas que permeiam medialmente aos vasos epigástricos inferiores dentro do Triângulo de Hesselbach

IIIb: Hérnias indiretas que invadem lateralmente os vasos epigástrico inferiores

IIIc: Hérnias femorais localizadas abaixo no canal inguinal

Nyhus IV: Hérnias recidivadas

IVa: Direta

IVb: indireta

IVc: Femoral

IVd: Combinadas ou mistas

Tratamento

O tratamento de escolha para hérnias inguinais é cirúrgico, com opções que incluem a herniorrafia aberta e a laparoscópica, sendo que a colocação de tela, hoje, é considerada padrão ouro para o procedimento.

O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal na população pediátrica tem indicação no momento do diagnóstico devido à elevada chance de encarceramento. Além disso, em casos de hérnia aparente no lado esquerdo, indica-se a abordagem do lado contralateral, como também na presença de hérnia inguinal em crianças do sexo feminino, por conta da maior chance da afecção ser bilateral. Todos esses fatores ainda sofrem influência da idade, sendo que quanto mais jovem, maior a probabilidade de latência do conduto peritoneovaginal, recomendando-se ainda mais a a abordagem contralateral.⁴

Já no caso de pacientes adultos, há a possibilidade de optar pelo acompanhamento clínico, porém estes sempre devem ser aconselhados a diminuir os fatores de risco, tais como a perda de peso, melhorar condição clínica, cessar o tabagismo e estímulo a praticar atividades físicas.³

A cirurgia aberta, como a técnica de Lichtenstein, é amplamente utilizada devido à sua eficácia e baixo custo.⁹

A abordagem laparoscópica, apesar de ser menos invasiva e proporcionar uma recuperação mais rápida, pode apresentar maiores custos e requerer maior expertise do cirurgião.⁸

Estudos recentes indicam que ambas as técnicas têm taxas de recidiva semelhantes, mas a escolha do método depende de fatores individuais do paciente e da experiência do cirurgião.²

Adicionalmente, técnicas laparoscópicas como a reparação transabdominal pré-peritoneal (TAPP) e a reparação totalmente extraperitoneal (TEP) têm demonstrado eficácia comparável, com algumas evidências sugerindo menor dor pós-operatória e retorno mais rápido às atividades normais.

Novas Abordagens e Pesquisas Futuras

Recentemente, avanços tecnológicos e novos materiais de malha cirúrgica têm sido desenvolvidos para melhorar os resultados do tratamento de hérnias inguinais. Malhas biológicas e sintéticas de última geração estão sendo estudadas para reduzir o risco de infecção e melhorar a integração tecidual.

Além disso, pesquisas estão sendo conduzidas para avaliar a eficácia de técnicas minimamente invasivas assistidas por robótica, que podem oferecer maior precisão cirúrgica e reduzir o trauma tecidual.

CONCLUSÃO

As hérnias inguinais representam uma condição clínica significativa devido à sua alta prevalência e potencial para complicações.

O diagnóstico é geralmente clínico, com confirmação por imagem em casos duvidosos.

O tratamento cirúrgico é o padrão-ouro, com opções de abordagem aberta ou laparoscópica, ambas eficazes e seguras. A escolha do método deve ser individualizada, considerando-se as características do paciente e a experiência do cirurgião.

Novas pesquisas são necessárias para aprimorar as técnicas cirúrgicas e reduzir as taxas de recidiva e complicações. O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e abordagens cirúrgicas promete melhorar ainda mais os resultados para os pacientes com hérnias inguinais.

REFERÊNCIAS

1. ARY LEX. Hérnia em Geral, Revisão Didática. Revista de Medicina. São Paulo. v.47.n.1. 13-38. Março, 1963.
2. BITTNER R, Arregui ME, Bisgaard T, et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia. Surg Endosc. 2011 Feb;25(9):2773-2843.
3. BROOKS, D. C. HAWN, M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. UpToDate, 2018.
4. ENNIO GABRIEL. Hérnia inguinal na infância. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. vol.28 n°.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2001.
5. FITZGIBBONS RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. JAMA. 2006 Jan 18;295(3):285-292.
6. KINGSNORTH AN, LeBlanc KA. Hernias: Inguinal and Incisional. Lancet. 2003 Nov 8;362(9395):1561-1571.
7. MALANGONI, M. A.; GAGLIARDI, R. J. Hérnias. In: SABISTON, D. C.; TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. Tratado de cirurgia. 18a edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
8. MCCORMACK K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD001785.

9. 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.