

# ESTUDO PROSPECTIVO DAS HERNIOPLASTIAS INGUINAIS: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS, TÉCNICOS E PÓS-OPERATÓRIOS

**Bruno Hurtado Rodrigues<sup>1</sup>; Alessandra Masiukewycz<sup>2</sup>; Carlos Guilherme Giazzi Nassri<sup>3</sup>**

Estudante do Curso de Medicina; email: brunomed36@hotmail.com<sup>1</sup>

Estudante do Curso de Medicina; email: gugamasiuk@yahoo.com<sup>2</sup>

Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; email: guilhermito@hotmail.com<sup>3</sup>

**Área de Conhecimento:** Clínica Cirúrgica

**Palavras-chave:** hérnias inguinais; epidemiologia

## INTRODUÇÃO

O conceito de hérnia consiste na protrusão anormal de um saco visceral através de estruturas músculo-aponeuróticas abdominais, devido à fraqueza das mesmas, por fatores congênitos ou adquiridos. Com o avançar da idade, a quantidade e qualidade do colágeno das fibras elásticas dos tecidos nesta região se alteram, levando a falência do mecanismo de contenção de vísceras, com a conseqüente extrusão das mesmas ou de gordura pré-peritoneal por esta região (Quintas et al, 2000). Outro mecanismo ocorre pela extrusão de conteúdo através do ânulo inguinal profundo devido a uma não obliteração do processo vaginal, persistindo uma comunicação com a cavidade peritoneal (Dângelo & Fattini, 1988).

## OBJETIVOS

O presente estudo epidemiológico de característica populacional, observacional, prospectivo e analítico, tem como objetivo aferir aspectos clínico-cirúrgicos relevantes a partir de prontuários de pacientes operados de hérnias no Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo, Mogi das Cruzes/SP, no período de Janeiro a Junho de 2008.

## MÉTODOS

Foram coletados os dados de prontuários médicos de 92 pacientes, no intervalo de Janeiro a Junho de 2008, a partir de protocolo aplicado individualmente a todos os pacientes submetidos à hernioplastia inguinal. Os resultados foram compilados e avaliados frente às seguintes variáveis: idade, sexo, ocupação, estado civil, localização da hérnia, anestesia utilizada, tipo de prótese (se utilizada), antibioticoterapia profilática, tempo cirúrgico, analgesia pós-operatória, antibioticoterapia pós-operatória, cuidados e complicações pós-operatórios.

## RESULTADOS

Dentre as hérnias operadas nesse período, 48% eram à direita, 42% à esquerda e 10% bilaterais. A média de idade dos pacientes foi de 50 anos, variando de 14 a 85. Houve predomínio do sexo masculino com 85,8%. Em relação ao estado civil, 59 (64,13%) eram casados e 32 (34,78%) eram solteiros. Entre os casados, todos apresentavam-se como arrimo de família, ou seja, responsáveis pela renda familiar. Não houve predominância quanto ao tipo de atividade profissional neste estudo.

Dos defeitos herniários observados no intra-operatório, 32,3% eram diretos, 38,7% indiretos e 29% mistos. Durante a cirurgia, 98% dos pacientes receberam prótese de polipropileno, e dessas, 87% foram colocadas anteriormente à *fascia transversalis*.

Quanto à utilização de anestesia, 96,7% receberam raquianestesia, 2,2% anestesia geral e 1,1%, anestesia peridural, e 77% receberam cefalotina profilática de 1-2g. O tempo cirúrgico médio foi de 45 – 60 minutos, variando de 30 – 130 minutos.

Como cuidados gerais no pós-operatório, todos os pacientes receberam curativos compressivos e analgesia com dipirona IV. Houve estimulação à deambulação precoce para 4 pacientes, porém, acredita-se que este número seja subestimado, posto que orientações médicas verbais não costumam ser detalhadamente descritas nos prontuários. Utilizou-se suspensório escrotal em 4 situações. 45,6% dos pacientes receberam cefalexina nas primeiras 24h após o procedimento cirúrgico.

Quanto às complicações imediatas, foram observados 1 hematoma, 1 seroma, 1 abscesso e 1 recidiva de hérnia. No ambulatório, verificou-se a presença de 1 seroma, 1 hidrocele, 1 recidiva e 1 equimose regional. Os outros pacientes receberam alta ambulatorial sem complicações.

## **CONCLUSÕES**

Houve predominância de hérnias inguinais à direita (48,35%), no sexo masculino (88,8%) e em aposentados, corroborando com a literatura, uma vez que há o enfraquecimento desta região com o avançar da idade (Quintas et al, 2000). 37,5% dos homens solteiros trabalham no ramo da construção civil, e realizam, de alguma forma, certo grau de esforço físico, aumentando assim a pressão intra-abdominal na região supracitada e elevando as chances de formação de um saco herniário. A incidência das hérnias inguinais pode estar relacionada ao estado civil, visto que os solteiros tendem a realizar atividades físicas de maneira mais vigorosa, por serem em geral mais jovens em comparação aos casados, que freqüentemente têm mais idade e são menos ativos.

A raquianestesia permitiu um procedimento cirúrgico de modo seguro e eficiente (Zieren et al), pois reduziu as taxas de infecções pós-operatórias e recidivas (Amid et al), além de promover uma recuperação mais rápida, possibilitando alta hospitalar no mesmo dia do ato operatório, diminuindo assim o tempo de internação (Mokete et al) e os custos com a mesma.

A colocação de próteses de polipropileno foi uma excelente técnica por reduzir o tempo de operação. Estas telas são resistentes a infecções e restringem as taxas de recorrência, pois sofrem uma reação fibrosa densa, gerando um fortalecimento desses materiais e da própria região inguinal (Capozzi et al, Mori et al). Os tempos cirúrgicos, através desta técnica, foram compatíveis com a literatura (Gewolb et al, Zieren et al).

Uma das principais complicações de uma herniorrafia é a infecção. Uma proposta para combatê-la é o uso de antibioticoterapia profilática com 1 a 2g de cefalotina IV no per-operatório. No entanto, esta proposta ainda apresenta-se controversa (Sanabria et al). Portanto, neste estudo, a ausência de infecções no pós-operatório, mesmo em pacientes que não receberam antibioticoterapia profilática, torna-se inconclusiva.

Contudo, é fundamental respeitar as regras do ambiente cirúrgico, com a realização correta e sistemática de assepsia e antissepsia, bem como a técnica operatória a ser escolhida. Deve-se ponderar o uso de antibióticos em cirurgia, de maneira racional e criteriosa, considerando os mecanismos de resistência bacteriana e o ônus hospitalar relacionado a este procedimento e o índice de infecções no pós-operatório.

## **BIBLIOGRAFIA**

Lichtenstein IL. Hernia repairs without disability. 1<sup>st</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1970.

Amid P.K, Uriarte A.C, Alvarez DH, Pinta J.C, Cajigal R. Hernioplastia sin tensión de Lichtenstein bajo anestesia local: estudio comparativo. *Revista Argentina de Cirugía* 73<sup>a</sup>ed., pp.74-81, Sept.-Oct., 1997.

Sanabria A, Domínguez L.C, Valdivieso E, Gómez G. Prophylactic Antibiotics for mesh inguinal hernioplasty: a Meta-analysis. *Annals of Surgery*, vol.245, Number 3, pp.392-396. March, 2007.

Mokete M, Earnshaw J.J. Evolution of an inguinal hernia surgery practice. *Postgrad Med* 77<sup>a</sup>ed., pp.188-190, 2001.

Quintas, Mario Luiz et al. Age related changes in the elastic fiber system of the interfoveolar ligament. *Rev. Hosp. Clin.*, June 2000, vol.55, no.3, pp.83-86.