

Hérnia Inguinal: Abordagem Médica no Reparo Cirúrgico

Ingrid Botelho Ribeiro, Thainá Ferreira Santos, Enzo Manhães de Carvalho Reis Silva, Thiago Reis Godinho, Thales André Strabelli Neves da Silva, Heloísa Alves Fortes, Gabriel Piva Rodrigues, Raul Valério Ponte, Ana Ligia Silva Carvalho Mazzei, Suedivaldo ferreira dos santos, Caio Costa Fernandes, Aline Granato Botelho Poscidônio

REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Introdução: A hérnia inguinal é uma condição comum em que parte do tecido, frequentemente uma alça intestinal, protrui através de uma fraqueza na parede abdominal na região da virilha. Assim, existem várias abordagens médicas disponíveis para o reparo cirúrgico, incluindo técnicas abertas e laparoscópicas. Dessa forma, a escolha da abordagem depende de vários fatores, como a experiência do cirurgião, a preferência do paciente, as características da hérnia e as condições médicas subjacentes. Esta revisão aborda as diferentes abordagens médicas no reparo cirúrgico da hérnia inguinal, discutindo as indicações, técnicas, resultados e complicações associadas a cada uma delas. **Objetivo:** Investigar a eficácia e segurança das diferentes abordagens médicas no reparo cirúrgico da hérnia inguinal. **Metodologia:** Foram utilizadas as bases de dados Cochrane, Scielo e Medline, buscando artigos publicados entre os anos de 2022 e 2024, nos idiomas Português ou Inglês. **Considerações Finais:** O estudo comparativo entre o reparo cirúrgico laparoscópico transabdominal pré-peritoneal de hérnia inguinal utilizando reparo suturado versus o uso de tacker não demonstrou diferenças significativas em termos de taxa de recorrência, complicações pós-operatórias ou tempo de recuperação. Ambas as técnicas mostraram-se eficazes e seguras para o tratamento da hérnia inguinal, sugerindo que a escolha entre as duas abordagens pode ser baseada em considerações individuais do paciente e preferências do cirurgião.

Palavras-chave: Hérnia Inguinal, Cirurgia Geral, Anestesia.

Inguinal Hernia: Medical Approach in Surgical Repair

ABSTRACT

Introduction: Inguinal hernia is a common condition in which part of tissue, often a loop of intestine, bulges through a weakness in the abdominal wall in the groin area. Thus, there are several medical approaches available for surgical repair of inguinal hernia, including open and laparoscopic techniques. Therefore, the choice of approach depends on several factors, such as the surgeon's experience, patient preference, characteristics of the hernia and underlying medical conditions. This review addresses the different medical approaches to surgical repair of inguinal hernia, discussing the indications, techniques, results and complications associated with each of them. **Objective:** To investigate the effectiveness and safety of different medical approaches in the surgical repair of inguinal hernia. **Methodology:** The Cochrane, Scielo and Medline databases were used, searching for articles published between 2022 and 2024, in Portuguese or English. **Final Considerations:** The comparative study between pre-peritoneal transabdominal laparoscopic surgical repair of inguinal hernia using sutured repair versus the use of a tackler demonstrated no significant differences in terms of recurrence rate, postoperative complications or recovery time. Both techniques have been shown to be effective and safe for the treatment of inguinal hernia, suggesting that the choice between the two approaches can be based on individual patient considerations and surgeon preferences.

Keywords: Inguinal Hernia, General Surgery, Anesthesia.

Dados da publicação: Artigo recebido em 03 de Março e publicado em 23 de Abril de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p2065-2084>

Autor correspondente: Ingrid Botelho Ribeiro - ingridbotelho11@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal é uma protrusão do conteúdo abdominal através da parede muscular da região inguinal, que é a região localizada na virilha. Isso ocorre quando uma fraqueza na parede abdominal permite que parte do intestino ou tecido adiposo se projete para fora, muitas vezes causando dor e desconforto. O tratamento geralmente envolve cirurgia para reparar a parede muscular enfraquecida^{5,6,10}.

O tratamento principal para hérnia inguinal é a cirurgia. Durante o procedimento, o cirurgião irá reposicionar o tecido herniado e reparar a parede abdominal enfraquecida, geralmente utilizando uma malha sintética para reforçar a área e prevenir recorrências. Em casos leves, o médico pode recomendar monitoramento cuidadoso sem intervenção imediata, mas a cirurgia é frequentemente recomendada para evitar complicações potenciais, como estrangulamento da hérnia^{4,5,8}.

Embora a cirurgia para hérnia inguinal seja geralmente segura, existem algumas complicações pós-operatórias possíveis. Isso inclui infecção na área cirúrgica, hematoma (acúmulo de sangue), seroma (acúmulo de fluido claro), dor crônica na área operada, reação à anestesia, e raramente, recorrência da hérnia. É importante seguir as instruções do médico após a cirurgia, incluindo cuidados com a incisão e acompanhamento médico regular para detectar e tratar qualquer complicação precocemente^{2,3,4,5}.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi investigar a eficácia e segurança das diferentes abordagens médicas no reparo cirúrgico da hérnia inguinal, com foco na redução da taxa de recorrência, complicações pós-operatórias e tempo de recuperação, visando fornecer diretrizes para a prática clínica baseadas em evidências^{1,4,5}.

METODOLOGIA

Este trabalho parte de uma Revisão Integrativa da literatura, que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, a partir da temática: “Hérnia Inguinal: Abordagem Médica no Reparo Cirúrgico”.

Foram utilizados as bases de dados Cochrane, Scielo e Medline, além do operador booleano OR, utilizado para associar os termos das pesquisas nas referidas bases. Utilizaram-se termos de buscas relacionados as abordagens médicas no reparo cirúrgico de hérnia inguinal, com a utilização do DeCs (descritores de saúde): “Hernia, Inguinal”,

“General Surgery”, “Anesthesia”.

Os artigos tiveram seus resumos lidos e foram selecionados aqueles que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: Estudos Retrospectivos e Ensaio Clínicos Randomizados, publicados entre os anos de 2022 a 2024, nos idiomas Português ou Inglês. Como critérios de exclusão foram utilizados: revisões sistemáticas e/ou integrativas, artigos de revisão e estudos duplicados.

Assim, o intuito deste estudo é fornecer uma abordagem confiável sobre o tema selecionado, examinando os títulos, seguido de uma análise minuciosa dos textos. Esse método aumenta a confiabilidade do trabalho e a diversidade de informações sobre a melhor abordagem cirúrgica na hérnia inguinal.

RESULTADOS

Na sequência, a partir da busca realizada com a utilização dos descritores e operadores booleanos, obtivemos 265 estudos dispostos nas bases de dados. Dessa forma, 62 trabalhos foram filtrados com base nos anos escolhidos. Após isso, com os critérios de exclusão, foram separados 20 estudos para uma análise mais detalhada. Em síntese, 5 estudos foram selecionados para compor a mostra final desse estudo.

Figura 1. Fluxograma (Análise detalhada dos resultados da revisão).

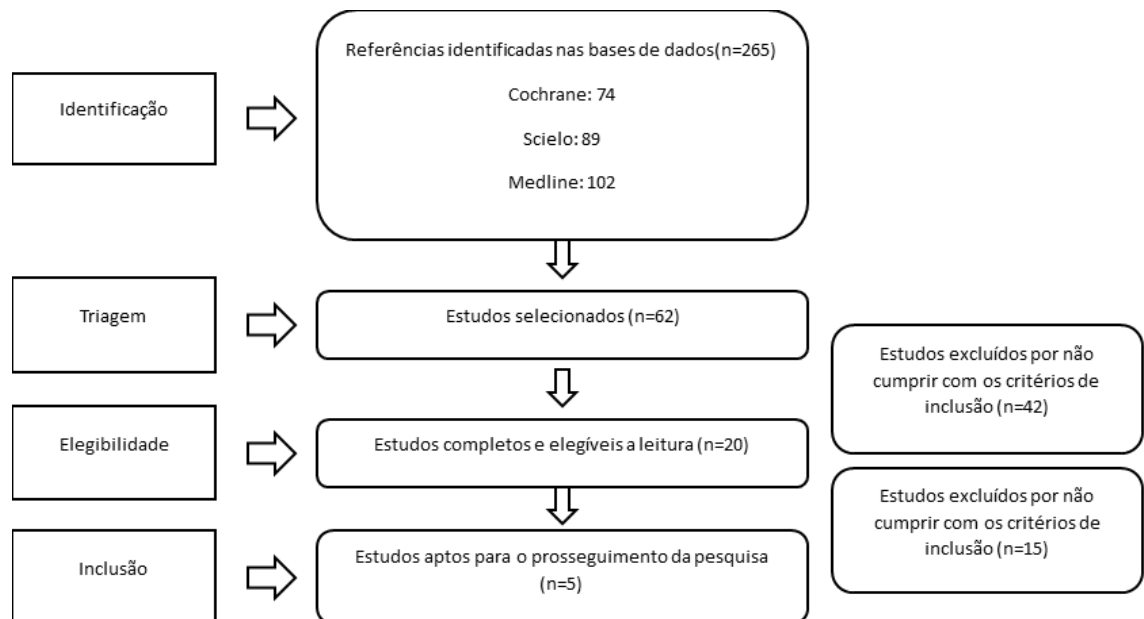


Tabela 1: Estudos dispostos em ordem crescente dos anos.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
SAKAE, Thiago et al., 2022.	Ensaio Clínico Randomizado	Avaliar a eficácia analgésica do bloqueio unilateral do plano eretor da espinha (ESP) realizado sob orientação ultrassonográfica em pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal unilateral aberta, comparando ESP com raquianestesia administrada com ou sem opioide.	45 pacientes com idades variando de 27 a 83 anos foram alocados aleatoriamente em três grupos: grupo controle que recebeu raquianestesia (n = 14), grupo ESP que recebeu bloqueio ESP combinado com raquianestesia (n = 16) e grupo morfina espinal que recebeu raquianestesia com morfina 1 mcg.kg-1 como droga adjuvante (n = 15).	Nas doses utilizadas neste estudo, o bloqueio ESP foi uma técnica ineficaz para fornecer analgesia pós-operatória em hernioplastia inguinal aberta unilateral e foi associado ao maior consumo de opioides de resgate quando comparado à raquianestesia com ou sem opioide.
ZILLES, Andressa et al., 2022.	Estudo transversal retrospectivo	Avaliar e comparar a incidência pós-operatória de dor crônica em longo prazo e a qualidade de vida geral entre pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal	Foram analisados prontuários e aplicados o questionário SF-36 e a Escala Visual Analógica para avaliar qualidade de vida e dor crônica em pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal laparoscópica entre	Ambas as técnicas transabdominal extraperitoneal e transabdominal pré-peritoneal para correção de hérnia apresentam resultados semelhantes no pós-operatório tardio em relação à qualidade de vida e prevalência de dor crônica.



		transabdominal extraperitoneal ou transabdominal pré-peritoneal.	janeiro de 2017 e fevereiro de 2021.	
Ahmed Shaat., 2022.	Intervencionista	Comparar a eficiência da fixação da tela no reparo cirúrgico laparoscópico TAPP de hérnia inguinal usando reparo suturado versus uso de tacker.	60 pacientes que apresentavam hérnia inguinal unilateral e foram designados para correção laparoscópica de hérnia TAPP.	Ambos os métodos são eficazes e seguros. O estudo não encontrou diferença significativa em termos de taxas de recorrência, complicações pós-operatórias ou tempo de recuperação entre os dois grupos. Portanto, a escolha entre o reparo suturado e o uso de tacker pode ser baseada na preferência do cirurgião e na disponibilidade de recursos, sem comprometer os resultados clínicos.
CIFTCI, Bahadir et al., 2023.	Estudo unicêntrico, prospectivo e randomizado	Avaliar a eficácia do M-TAPA na qualidade da recuperação e nos escores de dor em pacientes	Pacientes com estado físico I-II da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) com idade entre 18 e 65 anos	O M-TAPA aumentou os escores de recuperação dos pacientes e proporcionou alívio da dor nos pacientes



		submetidos à cirurgia laparoscópica de correção de hérnia inguinal (abordagem Trans Abdominal Pré-Peritoneal - TAPP).	agendados para TAPP eletivo sob anestesia geral foram incluídos no estudo.	submetidos ao TAPP.
REGINA, Davide et al., 2024.	Estudo Retrospectivo	Avaliar a segurança e a viabilidade do R-TAPP em comparação com a abordagem padrão.	Pacientes que foram submetidos ao R-TAPP ou cirurgia aberta para hérnias inguinais encarceradas de janeiro de 2018 a março de 2023.	Apesar de suas limitações, o estudo endossa a segurança e a viabilidade do tratamento assistido por robótica para hérnia inguinal encarcerada. Esta abordagem produziu resultados comparáveis à cirurgia aberta, embora num número limitado de pacientes, sugerindo que pode ser uma alternativa viável.

Fonte: Autores (2024).

A hérnia inguinal é uma condição médica comum que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Ela ocorre quando parte do intestino ou tecido adiposo protrui através de uma fraqueza na parede muscular da região inguinal, que é a área localizada na virilha. Essa protrusão pode causar dor, desconforto e, em casos graves, complicações como

estragulamento da hérnia, uma situação potencialmente fatal que requer tratamento urgente^{5,10}.

Embora as hérnias inguinais possam ocorrer em pessoas de todas as idades e ambos os sexos, elas são mais comuns em homens, especialmente em idades mais avançadas. Fatores como predisposição genética, idade, histórico de lesões abdominais e atividades físicas extenuantes podem aumentar o risco de desenvolvimento de uma hérnia inguinal^{2,4,5}.

O tratamento principal para hérnias inguinais é a cirurgia para reparar a parede abdominal enfraquecida e reposicionar o tecido herniado. Embora a cirurgia seja geralmente segura e eficaz, existem complicações potenciais, como infecção, hematoma e recorrência da hérnia, que requerem cuidados e acompanhamento médico adequados^{5,6,7}.

No geral, a conscientização sobre os fatores de risco, sintomas e opções de tratamento é essencial para a prevenção e manejo adequado da hérnia inguinal, permitindo uma melhor qualidade de vida para aqueles que são afetados por essa condição^{3,5}.

A fraqueza na região inguinal pode ser causada por uma combinação de fatores, incluindo:

Fatores congênitos: Algumas pessoas nascem com uma predisposição genética para ter uma parede abdominal mais fraca, o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma hérnia inguinal ao longo da vida^{7,10}.

Envelhecimento: Com o passar do tempo, os tecidos musculares e conjuntivos tendem a perder elasticidade e força, o que pode levar a uma fraqueza na parede abdominal^{7,8}.

Lesões: Traumas ou lesões na região abdominal, como impactos diretos ou cirurgias anteriores, podem enfraquecer a parede abdominal e aumentar o risco de desenvolvimento de uma hérnia inguinal^{6,7}.

Atividades físicas extenuantes: Levantar objetos pesados repetidamente ou realizar esforços físicos intensos podem colocar pressão excessiva sobre a parede abdominal, eventualmente causando fraqueza e predispondo à formação de uma hérnia^{2,3,4,5}.

Gravidez: O aumento da pressão intra-abdominal durante a gravidez, juntamente com as alterações hormonais, pode enfraquecer os tecidos da parede abdominal, aumentando o risco de hérnias, incluindo hérnias inguinais^{5,9,10}.

Esses fatores podem interagir de várias maneiras para contribuir para a fraqueza na região inguinal e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de uma hérnia inguinal^{2,4,5}.

Prevalência de hérnias inguinais em homens

A prevalência mais alta de hérnias inguinais em homens pode ser explicada por várias razões anatômicas e fisiológicas específicas ao sexo masculino. Os homens têm um canal inguinal mais largo em comparação com as mulheres, o que significa que há mais espaço para que o tecido herniado se projete através da parede abdominal na região inguinal^{6,10}.

Além disso, durante o desenvolvimento fetal, os testículos masculinos migram através do canal inguinal até o escroto, deixando uma abertura na parede abdominal que pode permanecer como uma área de fraqueza. Os homens também tendem a ter uma pressão intra-abdominal mais elevada do que as mulheres, devido a fatores como atividades físicas extenuantes e obesidade, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento de hérnias inguinais^{3,4,5}.

Ademais, alguns homens estão mais expostos a atividades que aumentam o risco de hérnias inguinais, como levantar objetos pesados regularmente no trabalho ou praticar esportes que envolvem movimentos bruscos e esforços intensos. Esses fatores combinados contribuem para a maior prevalência de hérnias inguinais em homens, destacando a importância da conscientização sobre os fatores de risco e medidas preventivas^{1,9}.

Faixa Etária	Prevalência
Recém-nascidos	Moderada
Crianças	Alta (especialmente em meninos)
Adultos Jovens e de Meia Idade	Moderada a Alta
Idosos	Moderada a Alta

Fonte: Autores (2024).

Técnicas cirúrgicas

Existem várias técnicas cirúrgicas utilizadas para reparar hérnias inguinais. As principais incluem:

Cirurgia Aberta (Herniorrafia inguinal): Esta é a técnica mais tradicional, onde o cirurgião faz uma incisão na região da virilha para acessar a hérnia. O tecido herniado é reposicionado e a parede abdominal é reforçada com suturas. Às vezes, é utilizada uma malha sintética para fortalecer a área enfraquecida^{6,7,8}.

Durante uma herniorrafia inguinal, o paciente é anestesiado e uma incisão é feita na região da virilha, onde a hérnia é visível. O cirurgião então acessa a hérnia, empurrando o tecido herniado de volta para dentro da cavidade abdominal. Em seguida, a parede muscular enfraquecida é reforçada e reparada utilizando uma variedade de técnicas, incluindo a sutura dos tecidos musculares e a aplicação de uma malha sintética para fornecer suporte adicional e reduzir o risco de recorrência da hérnia^{3,6}.

Após a reparação, a incisão é fechada com suturas e o paciente é monitorado durante o período de recuperação. A cirurgia geralmente é realizada em regime de ambulatorio, o que significa que o paciente pode retornar para casa no mesmo dia, embora o tempo de recuperação possa variar dependendo da extensão da cirurgia e da saúde geral do paciente^{1,5}.

Cirurgia Laparoscópica (Reparo laparoscópico de hérnia inguinal): Nesta técnica minimamente invasiva, o cirurgião faz pequenas incisões na parede abdominal e insere um laparoscópio, um tubo com uma câmera na ponta, para visualizar o interior do abdômen. Instrumentos cirúrgicos são inseridos através de outras incisões para reparar a hérnia. A utilização de malha sintética é comum nesse tipo de cirurgia^{7,8}.

Durante o reparo laparoscópico, o paciente é anestesiado e pequenas incisões são feitas na parede abdominal, geralmente em torno de três a quatro incisões, cada uma com cerca de meio centímetro a um centímetro de comprimento. Através dessas incisões, o cirurgião insere um laparoscópio, que é um tubo fino com uma câmera na ponta, permitindo uma visualização clara do interior do abdômen em um monitor de vídeo^{1,2,3}.

Em seguida, instrumentos cirúrgicos especiais são inseridos através das outras incisões para acessar a hérnia. O tecido herniado é empurrado de volta para dentro da cavidade abdominal, e uma malha sintética é implantada sobre a área enfraquecida da parede abdominal para fornecer suporte adicional e prevenir recorrências da hérnia^{6,10}.

Uma das vantagens do reparo laparoscópico é que ele é menos invasivo do que a cirurgia aberta, resultando em menor trauma nos tecidos circundantes, menos dor pós-

operatória e tempos de recuperação mais rápidos. Além disso, a técnica laparoscópica geralmente resulta em incisões menores, o que pode levar a cicatrizes mais discretas e esteticamente mais agradáveis^{5,6,7}.

Após a conclusão do procedimento, as incisões são fechadas com suturas ou adesivos cirúrgicos, e o paciente é monitorado durante o período de recuperação. Embora o reparo laparoscópico da hérnia inguinal seja considerado seguro e eficaz, nem todos os pacientes são candidatos a essa técnica, e a decisão sobre o tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado deve ser discutida com o cirurgião com base nas necessidades individuais de cada paciente^{6,10}.

Técnica de TEP (Total Extraperitoneal): Esta é uma variação da cirurgia laparoscópica em que o cirurgião cria um espaço entre o peritônio (membrana que reveste os órgãos abdominais) e a parede abdominal, por onde a hérnia é reparada. Isso é feito sem entrar na cavidade abdominal, reduzindo o risco de complicações como aderências intestinais^{2,6,7}.

Durante o procedimento de TEP, o paciente é anestesiado e posicionado de forma adequada. Em seguida, o cirurgião faz uma pequena incisão na região abdominal, geralmente na parte inferior da parede abdominal ou na área próxima à hérnia. Através dessa incisão, um dispositivo de balão é inserido e inflado para criar um espaço entre o peritônio (a membrana que reveste os órgãos abdominais) e a parede abdominal externa^{7,8,9}.

Com o espaço criado, o cirurgião pode então introduzir um laparoscópio, que é um tubo fino com uma câmera na ponta, juntamente com outros instrumentos cirúrgicos necessários para reparar a hérnia. Utilizando visualização interna fornecida pelo laparoscópio, o tecido herniado é empurrado de volta para dentro da cavidade abdominal, e uma malha sintética é colocada sobre a área enfraquecida da parede abdominal para reforçá-la e prevenir recorrências da hérnia^{2,7,8}.

Uma das principais vantagens da técnica de TEP é que ela permite o reparo da hérnia sem a necessidade de entrar na cavidade abdominal, o que pode reduzir o risco de complicações, como aderências intestinais. Além disso, como é um procedimento minimamente invasivo, o tempo de recuperação tende a ser mais rápido do que com a cirurgia aberta tradicional^{6,7,8}.

Técnica de TAPP (Transabdominal Preperitoneal): Similar à técnica de TEP, o cirurgião cria um espaço entre o peritônio e a parede abdominal, mas entra na cavidade

abdominal para acessar a hérnia. Isso permite uma visualização direta da hérnia e reparação. A escolha da técnica cirúrgica depende das características individuais do paciente, da experiência do cirurgião e das preferências do paciente. Cada técnica tem suas próprias vantagens e considerações, e o médico discutirá qual é a mais apropriada para cada caso específico^{1,7,8}.

O cirurgião faz pequenas incisões na parede abdominal, geralmente ao redor de três a quatro incisões, cada uma com cerca de meio centímetro a um centímetro de comprimento. Através dessas incisões, o cirurgião insere um laparoscópio, um tubo fino com uma câmera na ponta, permitindo uma visualização clara do interior do abdômen em um monitor de vídeo^{5,6,8}.

Em seguida, o cirurgião faz uma incisão no peritônio, a membrana que reveste os órgãos abdominais, para acessar o espaço entre o peritônio e a parede abdominal. Utilizando instrumentos cirúrgicos inseridos através das incisões, o tecido herniado é empurrado de volta para dentro da cavidade abdominal, e uma malha sintética é implantada sobre a área enfraquecida da parede abdominal para fornecer suporte adicional e prevenir recorrências da hérnia. Uma das vantagens da técnica de TAPP é que ela permite uma visualização direta da hérnia e da área circundante, o que pode facilitar o reparo preciso da hérnia^{5,6,7}.

As técnicas cirúrgicas para reparo de hérnias inguinais, incluindo herniorrafia inguinal, reparo laparoscópico, TEP e TAPP, têm diferentes níveis de eficácia e vantagens. Aqui estão algumas delas:

Herniorrafia inguinal (cirurgia aberta):

Eficácia: É uma técnica comprovada e eficaz para o reparo de hérnias inguinais, com taxas de sucesso geralmente altas^{2,4}.

Vantagens: Acesso direto à hérnia, permitindo uma visualização clara e reparo preciso. É adequado para uma ampla variedade de pacientes e tipos de hérnias^{8,9}.

Reparo laparoscópico:

Eficácia: Demonstra resultados comparáveis à cirurgia aberta em termos de eficácia e taxas de recorrência da hérnia^{6,7}.

Vantagens: Menor trauma tecidual, menos dor pós-operatória, recuperação mais rápida e cicatrizes menores devido às incisões menores. Pode ser preferível para pacientes com hérnias bilaterais ou recorrentes^{2,3,4}.

TEP (Total Extraperitoneal):

Eficácia: Demonstra resultados semelhantes ao reparo laparoscópico com uma taxa de recorrência comparável^{5,10}.

Vantagens: Evita entrar na cavidade abdominal, reduzindo o risco de complicações como aderências intestinais. Também pode ser menos doloroso e resultar em uma recuperação mais rápida^{3,10}.

TAPP (Transabdominal Preperitoneal):

Eficácia: Possui taxas de sucesso semelhantes às outras técnicas laparoscópicas^{5,6}.

Vantagens: Permite uma visualização direta da hérnia e da área circundante, facilitando o reparo preciso. Também pode ser preferível para cirurgiões com mais experiência em técnicas laparoscópicas^{6,7}.

No geral, a escolha da técnica cirúrgica depende das características individuais do paciente, da preferência do cirurgião e da experiência da equipe cirúrgica. Todas essas técnicas são consideradas seguras e eficazes para o reparo de hérnias inguinais, e o sucesso do procedimento geralmente depende da habilidade e experiência do cirurgião, bem como do cuidado pós-operatório adequado^{2,6}.

Complicações pós-operatórias

Após a cirurgia para reparo de hérnia inguinal, é importante estar ciente de algumas complicações pós-operatórias que podem surgir:

Infecção na área cirúrgica: Esta é uma complicação comum após qualquer procedimento cirúrgico. Os sinais de infecção incluem vermelhidão, inchaço, calor e dor na área da incisão. Se ocorrer uma infecção, pode ser necessário tratamento com antibióticos e cuidados adicionais com a ferida para prevenir complicações mais graves^{5,6,8,9}.

Hematoma: Um hematoma é um acúmulo de sangue na área da incisão cirúrgica. Pode causar inchaço e dor localizada. Em alguns casos, um hematoma pode ser grande o suficiente para causar pressão adicional nos tecidos circundantes e pode ser necessário drenar o líquido acumulado^{2,5}.

Seroma: O seroma é semelhante ao hematoma, mas consiste em um acúmulo de fluido claro na área da incisão. Isso pode resultar em inchaço e desconforto. Geralmente, o seroma é reabsorvido pelo corpo ao longo do tempo, mas em alguns casos pode ser necessário drenagem para aliviar o desconforto^{9,10}.

Dor crônica na área operada: Alguns pacientes podem experimentar dor crônica

na área da incisão ou na região circundante após a cirurgia. Isso pode ser devido a danos nos nervos durante o procedimento cirúrgico ou outros fatores. Se a dor persistir por um longo período após a recuperação inicial, pode ser necessário tratamento adicional para gerenciá-la^{1,8}.

Reação à anestesia: Algumas pessoas podem ter uma reação adversa à anestesia utilizada durante a cirurgia. Isso pode incluir sintomas como náuseas, vômitos, tonturas ou dor de cabeça. Geralmente, esses sintomas são temporários e desaparecem após algumas horas, mas devem ser comunicados ao médico^{6,9}.

Recorrência da hérnia: Embora seja raro, uma hérnia pode retornar após o reparo cirúrgico. Isso pode ser devido a uma variedade de fatores, como técnica cirúrgica inadequada, enfraquecimento da parede abdominal ou aumento da pressão intra-abdominal. Se uma recorrência ocorrer, pode ser necessário um novo procedimento cirúrgico para corrigi-la^{5,6,7}.

Essas são algumas das complicações pós-operatórias que podem ocorrer após o reparo de uma hérnia inguinal. É importante que os pacientes estejam cientes dessas possibilidades e discutam quaisquer preocupações com seu cirurgião antes da cirurgia. Um acompanhamento cuidadoso e a adesão às instruções do médico após a cirurgia podem ajudar a minimizar o risco de complicações e promover uma recuperação suave^{3,8}.

Cuidados pós-operatórios

Repouso e atividade física limitada nos primeiros dias.
Tomar medicamentos prescritos pelo médico conforme orientado para controlar a dor e prevenir infecções.
Manter a área da incisão limpa e seca. Trocar curativos de acordo com as instruções do médico. Observar sinais de infecção.
Adotar uma dieta saudável e equilibrada, rica em fibras líquidos, para promover a cicatrização e prevenir a constipação.
Evitar fumar e consumir álcool durante a recuperação.
Retomar gradualmente as atividades normais após autorização médica, evitando



esforços intensos e levantamento| de peso excessivo.

Evitar exposição direta ao sol e usar roupas confortáveis e leves nos primeiros dias.

Fonte: Autores (2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos analisados, podemos concluir então que, o reparo cirúrgico da hérnia inguinal é uma intervenção comumente realizada, com diversas abordagens médicas disponíveis. Assim, estudos demonstram que tanto a abordagem aberta quanto a laparoscópica apresentam resultados satisfatórios em termos de redução da recorrência da hérnia e complicações pós-operatórias. Dessa forma, a escolha da técnica deve ser individualizada, levando em consideração as características do paciente, a experiência do cirurgião e os recursos disponíveis. Por fim, a abordagem laparoscópica, embora possa apresentar menor dor pós-operatória e tempo de recuperação mais rápido, pode estar associada a um custo mais elevado. No entanto, são necessários mais estudos comparativos de longo prazo para determinar a melhor abordagem para o reparo cirúrgico da hérnia inguinal em diferentes cenários clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Alver S, Bahadir Ciftci, Hande Güngör, Birzat Emre Gölboyu, Yasar Ozdenkaya, Haci Ahmet Alici, et al. Efficacy of modified thoracoabdominal nerve block through perichondrial approach following laparoscopic inguinal hernia repair surgery: a randomized controlled trial. 2023 May 1;

2. Castro GRA, Zilles A, Gazzola LD, Barros RB, Sadowski JA, Guetter CR. LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR: THE LONG-TERM ASSESSMENT OF CHRONIC PAIN AND QUALITY OF LIFE. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [Internet]. 2022 Nov 14;35. Available from: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/NSCqtsZFKW9cr4k33sZmMw/?lang=en>

3. Claus CMP, Oliveira FMM de, Furtado ML, Azevedo MA, Roll S, Soares G, et al.

Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [Internet]. 2019;46(4). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v46n4/0100-6991-rcbc-46-04-e20192226.pdf>

4.Damanhour Teaching Hospital. Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Surgical Repair of Inguinal Hernia Using Sutured Repair Versus Tacker Use [Internet]. clinicaltrials.gov. 2022 [cited 2024 Fev 22]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05574751>

5.Goulart A, Martins S. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. Revista Portuguesa de Cirurgia [Internet]. 2015 Jun 29;0(33):25–42. Available from: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/510>

6.Mattiazzi APF, Sakae TM, Fiorentin JZ, Takaschima AKK, Benedetti RH. Ultrasound-guided erector spinae plane block for open inguinal hernia repair: a randomized controlled trial. Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition). 2021 Jun;

7.Murgante Testa N, Mongelli F, Sabbatini F, Iaquinandi F, Prouse G, Pini R, et al. Safety and feasibility of emergency robot-assisted transabdominal preperitoneal repair for the treatment of incarcerated inguinal hernia: A retrospective study. World J Surg [Internet]. 2024 [cited 2024 Fev 22];622–8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-38501558>

8.Souza AA de, Suzuki Y. HÉRNIA INGUINAL: ABORDAGEM CONCEITUAL CIRURGICA. DêCiência em Foco [Internet]. 2023 Nov 14 [cited 2024 Fev 22];7(1). Available from: <https://revistas.uninorteac.edu.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/164>

9.Sperandio WT, Queroz T, Soares RP, Kelmann G, Bernardo WM. Quais os fatores de risco para hérnia inguinal em adulto? Revista da Associação Médica Brasileira. 2008 Apr;54(2):98–8.

10.Teixeira FMC, Pires FPA de A, Lima JDSF, Pereira FL de C, Silva C de A e, Paula



MHS de, et al. Revision study of inguinal hernia repair surgery: Lichtenstein technique versus laparoscopic. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2017;27.