

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL INDIRETA, TIPOS 1 E 2, PELA TÉCNICA DO REFORÇO DUPLO DO ANEL INGUINAL PROFUNDO E PROTEÇÃO DO TRÍGONO INGUINAL

SURGICAL TREATMENT OF THE INDIRECT INGUINAL HERNIA, TYPES 1 AND 2, BY THE DOUBLE REINFORCEMENT TECHNIQUE OF THE DEEP INGUINAL RING AND PROTECTION OF THE INGUINAL TRIGONE

NORTON COSTA E SILVA\*, ALCINO LAZARO DA SILVA\*\*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a exequibilidade de uma variação técnica, indicada na correção da hérnia inguinal indireta, tipos 1 e 2, como também o resultado do procedimento avaliado no pós-operatório imediato e tardio. **Casuística e Método:** no período compreendido entre janeiro de 1985 a janeiro de 1995, foram operados pela técnica do reforço duplo do anel inguinal profundo, associado à proteção do trígono inguinal, 180 indivíduos do sexo masculino, portadores de hérnia inguinal indireta, tipos 1 e 2, com idade entre 13 anos e 70 anos. **Resultados:** As complicações observadas em 180 indivíduos no pós-operatório imediato foram: edema local em cinco casos (2,8%), equimose / hematoma em cinco casos (2,8%), dormência local em dois casos (1,1%) e infecção da ferida cirúrgica em dois casos (1,1%). No pós-operatório tardio, apenas 143 pacientes foram avaliados. Um permaneceu com sensação parastésica local (0,7%), um com dor no nível da cicatriz cirúrgica (0,7%) e foi detectada uma recidiva (0,7%). **Conclusão:** A variação técnica proposta é exequível. O pós-operatório transcorreu bem na maioria dos casos, tendo sido observada uma recidiva.

**Palavras-chave:** Hérnia Inguinal/cirurgia; Complicações Pós-Operatórias; Período Pós-Operatório

## INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal é uma afecção secular. Surgiu, possivelmente, quando os seres humanos passaram à postura ereta.

Na atualidade, o seu tratamento constitui uma das operações mais realizadas nos hospitais gerais e a maioria

dos jovens cirurgiões iniciam seu treinamento operando hérnias da parede abdominal.

Apesar de sua alta incidência, observamos que princípios fisiopatológicos e pormenores anatômicos básicos e primordiais na sua abordagem e tratamento são, muitas vezes, negligenciados. A correção da hérnia inguinal indireta, o tipo mais comum, é comumente feita sem que o anel inguinal profundo tenha sido positivamente identificado.

A hérnia inguinal indireta, tipos 1 e 2, de acordo com a classificação de Gilbert<sup>1</sup> e de Nyhus et al.<sup>2</sup> apresenta como característica básica enfraquecimento do anel inguinal profundo, com conseqüente aumento gradativo de seu diâmetro, mantendo a integridade da fásia transversal ao longo do trígono inguinal.

A partir de janeiro de 1985, passamos a empregar para os casos de hérnia inguinal indireta, tipos 1 e 2, o reforço

\* Professor Adjunto-Doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

\*\* Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Trabalho realizado nos Serviços de Cirurgia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, do Hospital Maria Amélia Lins, do Hospital Alberto Cavalcanti e do Hospital Mater Dei - Belo Horizonte - MG

Endereço para correspondência:

Norton Costa e Silva  
Avenida Bernardo Monteiro, 890/703  
Funcionários  
Cep: 30150-281  
Telefone: 3226-2943

Data de Submissão:

01/10/04

Data de Aprovação:

20/12/04

duplo do anel inguinal profundo, associado à proteção do trígono inguinal.

Este estudo teve por objetivo avaliar a exequibilidade dessa variação técnica, que consiste no fechamento em jaquetão do anel inguinal profundo, associado à proteção do trígono inguinal, como também os resultados do procedimento no pós-operatório imediato e tardio.

### CASUÍSTICA E MÉTODO

No período compreendido entre janeiro de 1985 a janeiro de 1995, foram submetidos à correção de hérnia inguinal indireta unilateral, tipos 1 e 2, pela técnica do reforço duplo do anel inguinal profundo, associado à proteção do trígono inguinal, 180 indivíduos do sexo masculino com idade entre 13 anos e 70 anos.

Os pacientes foram selecionados de acordo com a classificação de Gilbert<sup>1</sup> e de Nyhus et al.<sup>2</sup>

Praticou-se a anestesia local em 18 pacientes (11,3%) e o bloqueio espinal em 162 (88,7%).

O acesso à região foi obtido por meio de inguinotomia ligeiramente oblíqua. O anel inguinal profundo foi exposto, sendo para isso necessária a secção do músculo cremaster.

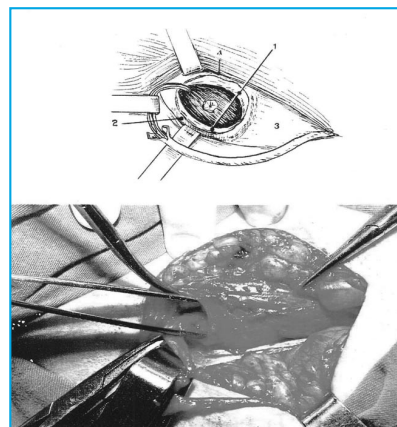
Após terem sido reparadas as bordas do anel inguinal profundo, realizou-se a ligadura do saco herniário, o mais alto possível, sempre sob visão direta do conteúdo (Figura 1). Com as bordas do anel totalmente expostas, obteve-se, com auxílio de uma pequena fita milimetrada ou de compasso, sua dimensão, tomada no sentido crânio-caudal ao longo do seu maior eixo, selecionando-se para este estudo aqueles cuja medida não ultrapassavam 4 cm.

O reparo iniciou a partir do ligamento interfoveolar (de Hesselbach), utilizando-se fio monofilamentar inabsorvível de número 2-0, com agulha cilíndrica de 2 cm. A primeira linha de sutura, contínua e não-cruzada, imbricou a borda inferior do anel por baixo do superior, até o ponto em que o fechamento parcial do anel inguinal profundo permitiu a insinuação de apenas uma pinça hemostática no seu interior (Figura 2). Retornou-se, então, com o mesmo fio, que não deve ser interrompido, levando, portanto, a borda superior e medial do anel no trato ileopúbico, até encontrar o ponto de partida da sutura, onde foi anodado (Figura 3).

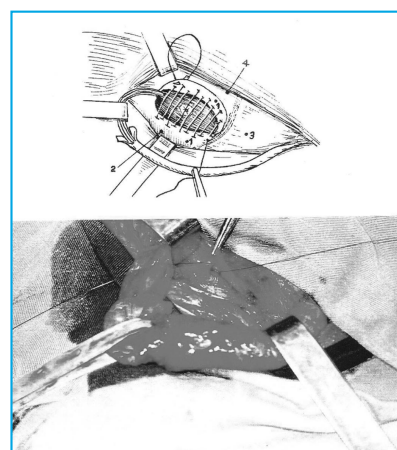
A seguir, realizou-se sutura contínua da área conjunta com o trato ileopúbico (Figura 4), iniciando-a no ligamento interfoveolar (de Hesselbach) até o púbis.

O canal inguinal foi fechado, suturando-se aponeurose do músculo oblíquo externo de forma contínua, utilizando-se fio monofilamentar inabsorvível de número 3-0. A fáscia de Scarpa foi suturada com material absorvível de número 4-0.

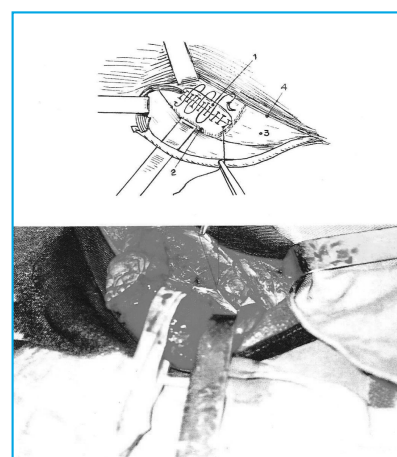
Sutura subdérmica foi então colocada, fazendo-se uso do mesmo material absorvível e a pele fechada através de sutura intradérmica com náilon 4-0.



**Figura 1** - Exposição do anel inguinal profundo. 1- Bordas do anel inguinal profundo 2- Trato ileopúbico 3-Trígono inguinal 4- Área conjunta.

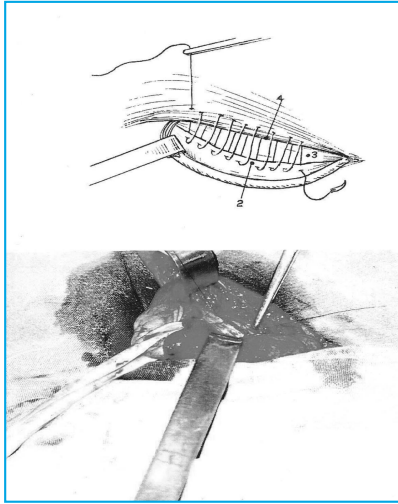


**Figura 2** - Sutura da borda inferior sob a borda superior do anel inguinal profundo. 1 - Bordas do anel inguinal profundo 2- Trato ileopúbico 3-Trígono inguinal 4-Área conjunta.



**Figura 3** - Sutura da borda superior do anel inguinal profundo com o trato ileopúbico.1- Borda superior do anel inguinal profundo 2-Trato ileopúbico 3-Trígono inguinal 4-Área conjunta.

Foi encorajada a deambulação precoce e todos os pacientes pernoveram no hospital, recebendo alta na manhã seguinte.



**Figura 4** - Sutura da "área conjunta" com o trato ileopúbico. 2-Trato ileopúbico 3-Trígono inguinal 4-Área conjunta.

## RESULTADOS

Realizou-se acompanhamento pós-operatório na maioria dos pacientes (79,4%). Um grupo de 37 pessoas (20,6%) permaneceu sem nenhum controle. O menor tempo de controle, até a presente data, foi de seis anos e o maior de 16 anos.

As complicações pós-operatórias imediatas podem ser vistas na Tabela 1, sendo que as complicações tardias estão sumariadas na Tabela 2. Até o último controle, realizado em janeiro de 2001, foi observada apenas uma recidiva (0,7%).

**Tabela 1** - Complicações pós-operatórias imediatas, locais, surgidas em 180 pacientes operados de hérnia inguinal indireta pela técnica do reforço duplo do anel inguinal profundo e proteção do trígono inguinal, no período de janeiro de 1985 a janeiro de 1995.

Tipo de complicação	pacientes	%
Edema local	5	2,8
Equimose / Hematoma	5	2,8
Dormência local	2	1,1
Infecção da ferida	2	1,1
Sem complicação	166	92,2
<b>TOTAL</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

**Tabela 2** - Complicações pós-operatórias tardias, surgidas em 143 pacientes operados de hérnia inguinal indireta pela técnica do reforço duplo do anel inguinal profundo e proteção do trígono inguinal, no período de janeiro de 1985 a janeiro de 1995.

Tipo de complicação	pacientes	%
Dormência/ parestesia local	1	0,7
Dor no nível da cicatriz	1	0,7
Recidiva	1	0,7
Sem complicação	140	97,9
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

## COMENTÁRIOS

A existência de numerosas cirúrgicas para a correção da hérnia inguinal, uma afecção tão comum, demonstra que a técnica ideal para o tratamento de todos os casos ainda não surgiu. Impõe-se, assim, a necessidade de particularizar o tratamento.

Na correção da hérnia inguinal indireta, tipos 1 e 2, não é preciso fender a fáscia transversal, como recomendado pela Clínica Shouldice e entre nós adotado por Silva<sup>3</sup>. Não é necessária também a utilização de tela.

Como o defeito herniário localiza-se no anel profundo, fica obrigatória a sua abordagem, como recomendado por Marcy<sup>4</sup>, Lytle<sup>5</sup>, Nichols<sup>6</sup>, entre outros.

A identificação com clareza das bordas do anel profundo facilita sua medida, permitindo realizar uma classificação mais fidedigna, além de propiciar a oclusão do defeito herniário em dois planos.

O fechamento parcial do anel inguinal profundo, sem tensão, por meio de suturas contínuas em dois planos, não somente é exequível, como poderia beneficiar o paciente duplamente. Primeiramente, porque a superposição de planos promoveria fibroplasia dupla e ordenada em lâmina, o que daria maior resistência ao reparo. Em segundo lugar, porque a força de tensão seria distribuída homogeneamente, ao longo do reparo, minimizando as possibilidades de recidiva.

A proteção do trígono inguinal, realizada por meio de sutura da área conjunta com o trato ileopúbico, constitui medida preventiva contra os futuros adelgaçamentos que a fáscia transversal poderia vir a apresentar no transcorrer da vida, tornando-a incapaz de suportar a pressão intra-abdominal.

Acreditamos que o procedimento, além de tecnicamente fácil, promoveria boa solidez na oclusão do defeito herniário, podendo constituir uma opção cirúrgica nos casos em que a afecção restringe-se ao anel inguinal profundo.

## CONCLUSÕES

O fechamento parcial do anel profundo, executado por meio de suturas contínuas em dois planos, torna-se factível após a exposição de suas bordas.

A proteção da fáscia transversal, ao longo do trígono inguinal, realizada pela sutura da área conjunta com o trato ileopúbico, é exequível.

O pós-operatório imediato transcorreu bem na maioria dos casos. Foi observada até a presente data uma recidiva.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the feasibility of a technical variation indicated in the repair of the indirect inguinal hernia (types 1 and 2) as well as the result of the immediate and late post-surgery status. **Methods and Patients:** From

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL INDIRETA, TIPOS 1 E 2, PELA TÉCNICA DO REFORÇO  
DUPLO DO ANEL INGUINAL PROFUNDO E PROTEÇÃO DO TRÍGONO INGUINAL

January 1985 to January 1995, 180 male patients, from 13 to 70 years old, with indirect inguinal hernia (types 1 and 2), were submitted to surgery by the double reinforcement technique of the deep inguinal ring associated with the protection of the inguinal trigone. **Results:** The observed complications immediately after surgery were: local edema (2.8%), ecchymosis/hematoma (2.8%), local dormancy (1.1%), and infection in the surgical wound (1.1%). In the late postoperative stage only 143 patients were evaluated. One patient has remained with local paresthetic sensation, one with pain in the scar area, and one with relapse. **Conclusion:** The technique variation proposed is feasible. Only one case of relapse occurred.

**Keywords:** Hernia, Inguinal/surgery; Postoperative Complications; Postoperative Period.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- GILBERT AJ. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg.* 1989;157:331-3.
- 2- NYHUS L M, KLEIN M S, ROGERS F B. Inguinal hernia. *Curr Probl Surg* 1991;28:403-7.
- 3- SILVA NC. Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica de Souldice: contribuição pessoal. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 1987, (Tese, Mestrado em Cirurgia).
- 4- MARCY HO. The cure of hernia. *JAMA.* 1887; 8:589-92.
- 5- LYTLE WJ. The internal inguinal ring. *Br J Surg.* 1945; 32:441-6.
- 6- NICHOLS H M. Inguinal hernia. Reconstruction of internal ring inguinal hernia repair; method utilising cremaster muscle. *West J Surg.* 1951;59(9):257-61.