

ANÁLISE COMPARATIVA DAS COMPLICAÇÕES ENTRE HERNIOPLASTIA INGUINAL ABERTA E LAPAROSCÓPICA

OCTÁVIO LUIS ALVES DA SILVA¹; ANTÔNIO DE PÁDUA FREIRE MAGALHÃES JÚNIOR²; AFONSO NONATO GOES FERNANDES^{3*}; HERON KAIRO SABÓIA SANT'ANNA LIMA³; LUISA LUCAS ALVES²; LARA POTI NOBRE³.

1 - Cirurgião Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

2 - Residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar

3 - Graduando do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza

Artigo submetido em: 21/04/2019

Artigo aceito em: 18/10/2019

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Aproximadamente 300 mil procedimentos cirúrgicos são realizados no Brasil anualmente com objetivo de correção de hérnia inguinal. Diversas formas terapêuticas foram desenvolvidas no decorrer da história, sendo a comparação entre as técnicas de hernioplastias abertas e as videolaparoscópicas uma das temáticas mais discutidas neste âmbito. O presente artigo compara as complicações entre o tratamento laparoscópico e convencional na abordagem das hérnias inguinais em um hospital secundário da rede pública no Nordeste do Brasil. Realizou-se estudo descritivo, observacional e retrospectivo, através da coleta de dados de prontuário de 46 pacientes do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. Destes, 23 foram submetidos à hernioplastia aberta e 23 à hernioplastia laparoscópica. Os dados coletados foram estudados com o auxílio do programa SPSS da IBM versão 22.

Palavras-chave: Hérnia; Laparoscopia; Hérnia Inguinal.

ABSTRACT

Approximately 300,000 surgical procedures are performed in Brazil annually for the purpose of inguinal hernia repair. Several therapeutic forms have been developed throughout history, and the comparison between open and videolaparoscopic hernioplasty techniques is one of the most discussed topics in this area. The present article compares the complications between laparoscopic and conventional treatment in approaching inguinal hernias in a public secondary hospital in Northeastern Brazil. A descriptive, observational and retrospective study was conducted through the collection of medical record data from 46 patients of Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar. Of these patients, 23 were submitted to open hernioplasty and 23 to laparoscopic hernioplasty. The collected data were studied with the help of the IBM version 22 SPSS program.

Keywords: Hernia; Laparoscopy; Inguinal Hernia.

Introdução

Hérnias são abaulamentos de tecido ou órgão através de tecidos frágeis adjacentes, que podem ser congênitas ou adquiridas. As hérnias inguinais representam 75% do total de casos de hérnias da parede abdominal, e sua correção é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo⁽¹⁾. No Brasil, estima-se que ocorram cerca de 300.000 hernioplastias inguinais por ano⁽²⁾.

O tratamento da hérnia inguinal está associado a custos diretos e indiretos, período de ausência no trabalho e recorrência da patologia, acarretando grande impacto socioeconômico^(3,4).

De maneira geral, as hérnias inguinais podem ser classificadas como diretas, indiretas ou mistas, podendo ser de origem primária ou recorrente. Uma hérnia indireta ocorre, em homens, por protrusão do conteúdo abdominal através do anel inguinal interno, situadas junto ao cordão espermático, podendo estender-se até o escroto. Nas mulheres, a hérnia tem o trajeto junto ao ligamento redondo, podendo apresentar-se como tumefação nos lábios vaginais. Já a hérnia inguinal direta é um abaulamento através do triângulo de Hasselbach, medialmente aos vasos epigástricos inferiores, em uma área sem proteção muscular e por isso com maior fragilidade⁽⁵⁾.

O principal sintoma referido pelo doente é uma tumefação na região inguinal que poderá estar associada à dor ou desconforto, principalmente em situações de encarceramento, onde os sintomas tornam-se mais intensos. Além disso, situações de emergência cirúrgica ocorrem em caso de encarceramento associado à interrupção de fluxo sanguíneo, havendo estrangulamento do conteúdo herniário ⁽⁶⁾.

Nesse contexto, diversos tratamentos cirúrgicos foram desenvolvidos e aprimorados ao longo do tempo. Dentre as hernioplastias realizadas de maneira convencional, a técnica aberta sem tensão (Lichtenstein) é a preferencial. A técnica laparoscópica se apresenta como opção em pacientes selecionados, não havendo ainda um consenso sobre qual conduta seria a mais adequada ⁽⁷⁾.

Metodologia

O estudo teve como objeto de pesquisa 46 pacientes que estiveram internados no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) para correção de hérnia inguinal no ano de 2017. Destes, 23 foram submetidos à hernioplastia aberta e 23 à hernioplastia laparoscópica. Tais pacientes não foram identificados no estudo por questões éticas. A coleta de dados foi realizada através de revisão de prontuário e do levantamento de artigos científicos e principais referências bibliográficas.

Para a obtenção dos artigos, foi utilizada a seguinte base de dados eletrônica: National Library of Medicine (MEDLINE/Pubmed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), através de buscas com os seguintes descritores: hernia, inguinal, laparoscopy, laparotomy, postoperative complications. Foram agregados os artigos que seguissem os seguintes critérios de inclusão: abordar os principais aspectos das hérnias inguinais e sua resolução por procedimento cirúrgico (convencional ou laparoscópico) e ter sido publicado nas últimas 3 décadas, no período de 1987 a 2017.

Os dados coletados foram estudados com o auxílio do programa SPSS da IBM versão 22. A análise se baseou em testes não paramétricos, sendo utilizado o teste U de Mann-Whitney para amostras independentes. As informações foram estruturadas em tabelas e gráficos.

Asseguramos o sigilo dos dados coletados e a utilização de tais informações exclusivamente para fins científicos, preservando integralmente o anonimato dos pacientes. Não houve desconfortos ou riscos adicionais para os pacientes além daqueles inerentes ao procedimento, uma vez que se trata de um estudo de caráter descritivo e observacional, sem quaisquer intervenções.

Resultados

O presente estudo abordou 23 hernioplastias inguinais por via laparoscópica (VLP) e 23 hernioplastias abertas, totalizando 46 pacientes. A tabela 1 lista e quantifica as principais complicações encontradas nas duas vias cirúrgicas.

Destaca-se na aberta a produção de seroma (18,1%), enquanto na laparoscópica sobressaem a dor testicular, umbilical e a formação de hematomas (9% cada) como as principais complicações no pós-operatório (tabela 1).

Tabela 1 - Complicações encontradas nas hernioplastias inguinais por via aberta e laparoscópica. (N=46).

Complicação	Aberta	VLP
Infecção de sítio cirúrgico	3 (13,6%)	0
Seroma	4 (18,1%)	0
Dor leve testicular	0	2 (9%)
Dor leve umbilical	0	2 (9%)
Equimose	1 (4,5%)	0
Hematoma	1 (4,5%)	2 (9%)
Recidiva	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Fibroma em ferida peratória	1 (4,5%)	0
Dor local	3 (13,6%)	0
Parestesia	1 (4,5%)	0
Total	15 (68%)	7 (32%)

Com relação aos dias de internação no pós-operatório, as hernioplastias videolaparoscópicas obtiveram uma média de 1,5 dias com desvio padrão de 0,51. Já o pós-operatório da abordagem aberta teve uma duração de 2,12 dias, com desvio padrão de 1,05.

Utilizando-se o U de Mann-Whitney encontramos um *p* significativo (*p*=0,04) para os resultados encontrados.

Discussão

A primeira herniorrafia inguinal laparoscópica foi realizada em 1982 e, a partir desta data, esta abordagem tornou-se cada vez mais importante na terapêutica destas condições⁽⁸⁾.

Estudos demonstram que as técnicas de reparação videolaparoscópicas (VLP) para hérnia inguinal apresentam baixas taxas de recorrência. Desse modo, o foco de atenção dos cirurgiões desviou deste parâmetro para a prevenção da dor crônica após a cirurgia. O risco de dor crônica é menor na cirurgia laparoscópica quando comparada à aberta. Esta tem sido a principal vantagem na correção VLP da hérnia apontada por diversos autores^(10,11). Contudo, visto que a maioria dos pacientes de nosso estudo teve um acompanhamento breve (até 1 mês do pós-operatório) não pudemos comprovar esse dado na nossa análise.

No que se referem às demais complicações pós-operatórias citadas, há uma maior incidência nas correções abertas⁽¹²⁾. De maneira geral, a abordagem minimamente invasiva reduz o trauma operatório. Desse modo, o paciente consegue alta mais precoce em comparação com a técnica aberta⁽¹⁰⁾.

É importante ressaltar que apesar das diversas técnicas disponíveis, o tratamento deve ser decidido com base no binômio cirurgião-paciente. Na escolha da abordagem, deve ser levada em consideração a taxa de recidiva, o risco de complicações, recuperação pós-operatória e qualidade de vida e custos (hospitalares e sociais)⁽⁸⁾.

Referências

1. Lopes PM, da Cunha CMQ, de Menezes FJC. *Temas Cirúrgicos Essenciais*. Fortaleza. LCR. 2017
2. DATASUS - Departamento de Informática do SUS - Ministério da Saúde [internet]. Fortaleza. Acesso em 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>.
3. Liu Y, Dong Y, Wu X, Chen H, Wang S. Influence of high body mass index on mortality and infectious outcomes in patients who underwent open gastrointestinal surgery: A meta-analysis. *American Journal of Infection Control*. 2015; 44(5): 572–578.
4. Patino JF, Nyhus LM, Condon RE. *A history of the treatment of hernia*. 4 edição. Filadélfia. 1995
5. Canonico S, Santoriello A, Campitiello F, Fattopace A, Corte AD, Sordelli I, et al. Mesh fixation with human fibrin glue (Tissucol) in open tension-free inguinal hernia repair: a preliminary report. *Hernia*. 2005;9(4): 330–333.
6. Millikan KW, Deziel DJ. The management of hernia: considerations in cost effectiveness. *Surg Clin North Am*. 1996; 76(1): 105–116.
7. Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbeck's Arch. Surg*. 2012; 397 (2):271-282.
8. Goulart A, Martins S. Hérnia inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. 2015; (33): 25-42.
9. Skandalakis PN, Skandalakis JE, Colborn GL, Kingsnorth AN, Weidman TA, Skandalakis LJ. *Abdominal Wall and Hernias*. In: Skandalakis JE, ed. *Skandalakis' Surgical Anatomy – The Embryologic and Anatomic Basis of Modern Surgery*: Paschalidis Medical Publications; 2004:393-491.
10. Florindo ADAS. *Hérnia Inguinal - Principais Técnicas de Correção Cirúrgica*. Porto 2014. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Geral) – Universidade do Porto. 2014.
11. Goo TT, Lawenko M, Cheah WK, Tan C, Lomanto D. Endoscopic total extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernia: a 5-year review. *Hernia*. 2010; 14 (5): 477-480.
12. Fränneby U, Sandblom G, Nyrén O, Nordin P, Gunnarsson U. Self-reported adverse events after groin hernia repair, a study based on a national register. *Value Health*. 2008; 11 (5): 927-932.

* Autor correspondente:

AFONSO NONATO GOES FERNANDES
R. Des. Floriano Benevides Magalhães, 221 -
Edson Queiroz, Fortaleza - CE, 60811-905
Email: afonsongf1@gmail.com