Anatomia Patológica — Etiopatogenia — Classificação — Tratamento

ALAOR TEIXEIRA *

Pretendemos, nesta publicação, continuar abordando alguns tópicos que se relacionam com a Hérnia Inguinal (HI). Em trabalho anterior (2), comentamos os dados fundamentais, relacionados com a estruturação anatômica normal da Região Inguinal (RI). É nossa intenção focalizar agora — também de forma sumária — quatro importantes aspectos do problema: ***Anatomia Patológica, Etiopatogenia, Classificação*** e ***Tratamento*** da HI. Faremos, na oportunidade, a nossa exposição com fundamento na nossa experiência pessoal, representada pelo atendimento de mais de 2.000 pacientes, portadores de HI, que tivemos oportunidade de atender em 14 anos de atividade profissional e de magistério cirúrgicos.

Anatomia Patológica

O elemento constituinte fundamental (mas não indispensável da HI — v.g. as hérnias de deslisamento) a ser identificado ,num paciente portador de hérnia, é o ***saco herniário*** (SH). É, êste elemento, representado por um divertículo do peritônio. Apresenta, então, na sua estruturação, uma superfície interna serosa (serosa peritonial parietal) e uma externa, resultante da condensação do tecido conetivo ambiente. Pode o saco herniário apresentar dimensões variáveis — geralmente em relação direta com a natureza de seu conteúdo, tempo de evolução clínica da hérnia, etc. Pode êle, outrossim, estar localizado ao nível do canal inguinal, do anel inguinal subcutâneo ou mesmo chegar às bolsas escrotais. É êle, finalmente, o responsável pela existência do tumor inguinal que se evidencia nos pacientes portadores de HI (Figuras nºs. 1 e 2).

Levantando o plano superficial da parede do abdôme ao nível da região inguinal — integumentum comune e tela subcutânea (com as fáscias de Campers — areolar e de Scarpa — laminar) — identificamos de imediato o anel inguinal subcutâneo, com as suas dimensões aumentadas. Elevada a aponeurose superficial (do músculo oblíquo externo) à partir do mencionado anel, verificamos:

1. Tendão conjunto rebatido cranialmente da arcada femural, estabelecendo, destarte, uma zona triangular patológica ao nível da parede.

2. Saliência de dimensões variáveis, assestada entre o tendão conjunto e a arcada femural, recoberta pelo músculo cremaster (dependência do músculo oblíquo menor). Esta saliência corresponde à HI.

3. Identificado e isolado o SR das formações ambientes, verificamos que o mesmo pode contrair as relações seguintes, com as estruturas da região:

a) Com relação à sua ***localização,*** pode o SH estar situado em duas posições (Figura nº 3):
   - — ***na fosseta inguinal lateral***, estruturando a denominada HÉRNIA INGUINAL INDIRETA ou OBLÍQUA EXTERNA. Nêstes casos, o SH está intimamente acolado ao funículo espermático, do qual deve ser cuidadosamente liberado no trans-operatório;
   - — ***na fosseta inguinal interna*** (trígono de Hesselbach), constituindo a HÉRNIA INGUINAL DIRETA;

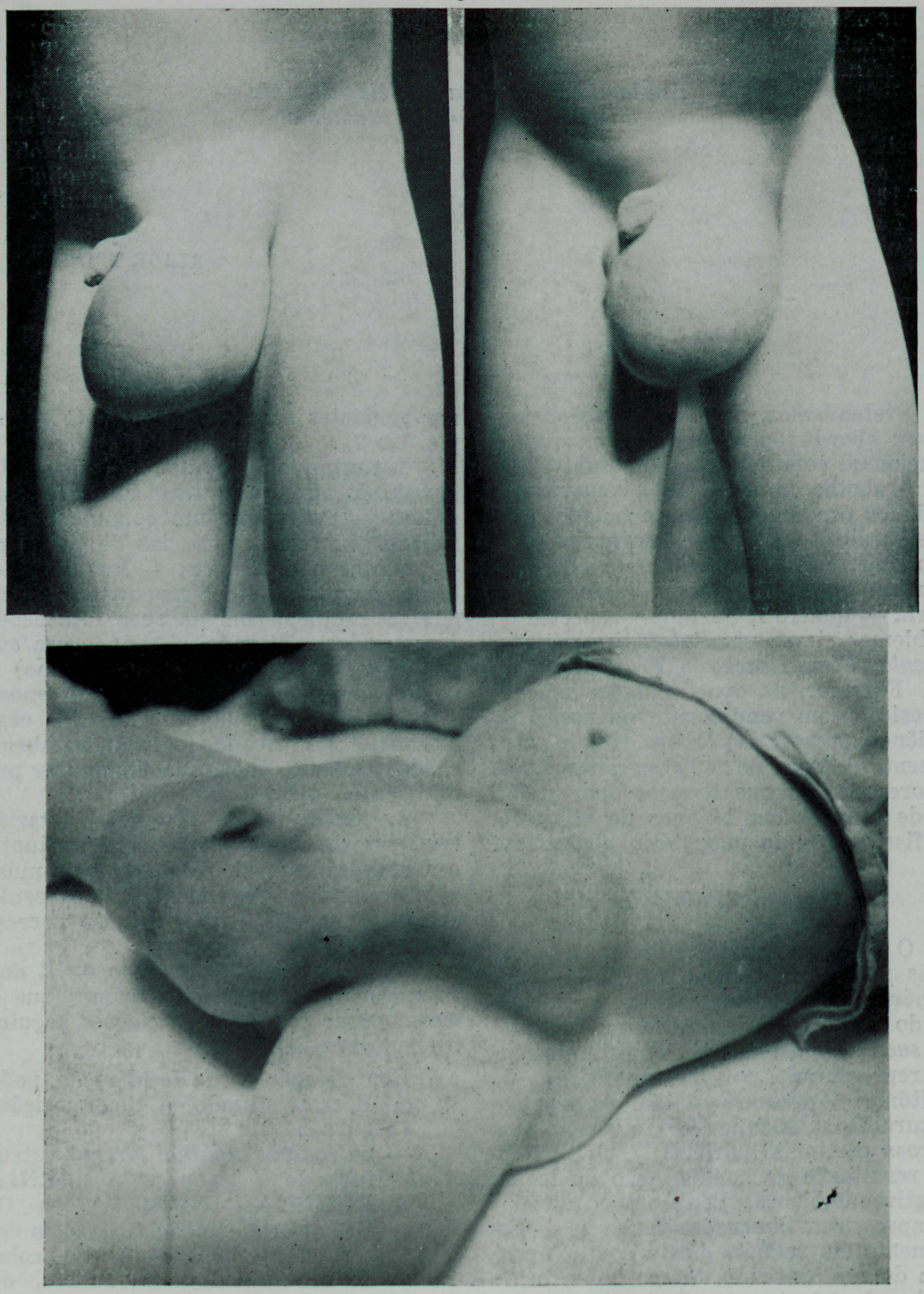

FIGURA Nº 1 — Pacientes portadores de hérnia inguinal, resultante da persistência anormal do conduto peritônio-vaginal. Verificar o grau de comprometimento da constituição normal da parede do paciente documentado na foto inferior

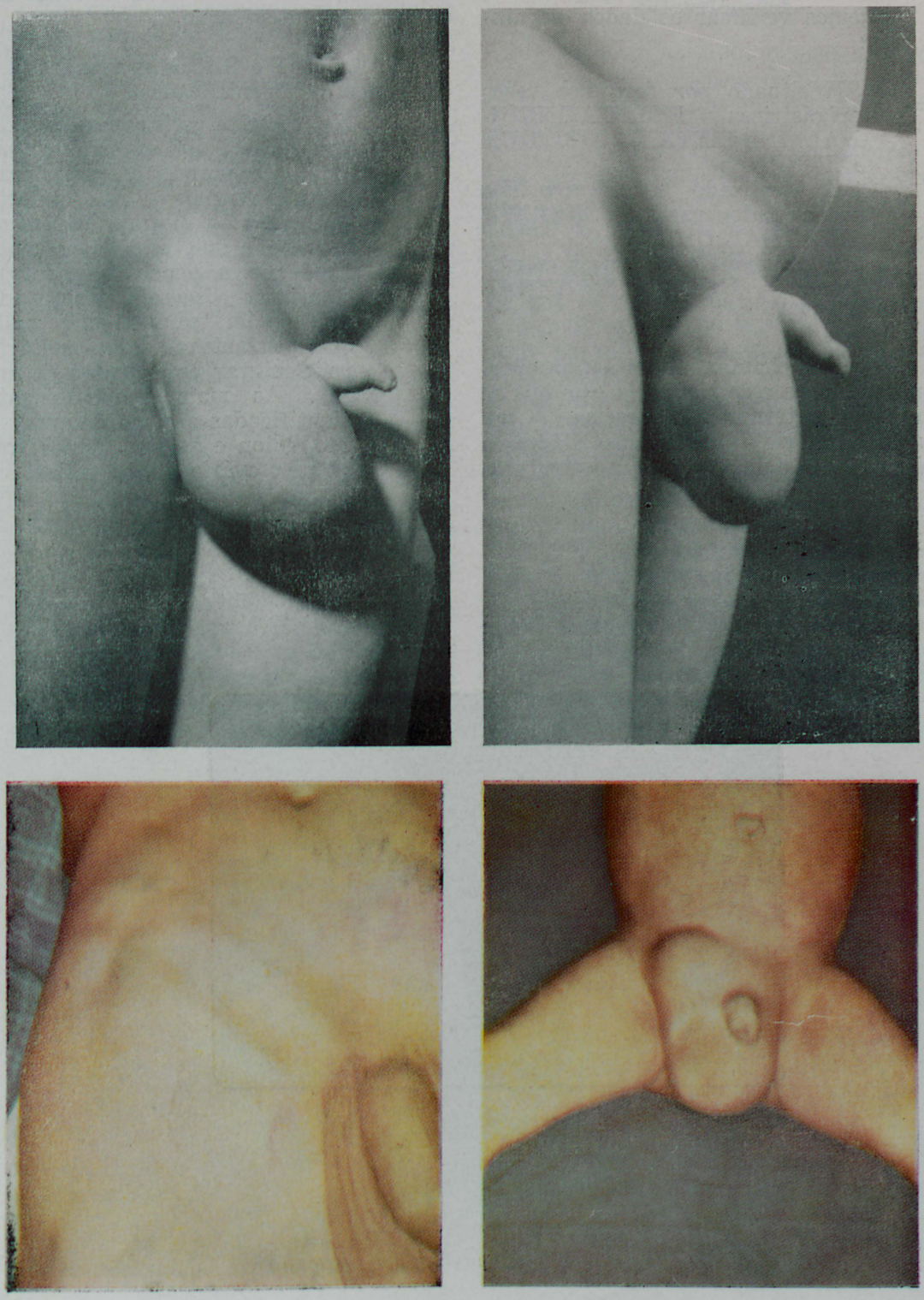

FIGURA Nº 2 — Pacientes portadores de hérnia inguinal. Verificar as dimensões a que pode chegar a mesma, com o decorrer do tempo. O paciente nª foto abaixo à D, era portador de uma hérnia inguinal direta, assestada ao nível do trajeto inguinal

b) Com relação aos ***vasos epigástricos,*** podemos verificar os dados seguintes:

— SH situado ***por fora*** dos vasos epigástricos = HÉRNIA INGUINAL INDIRETA — OBLÍQUA EXTERNA;
— SH localizado ***por dentro dos*** mencionados vasos = HÉRNIA INGUINAL DIRETA;
— SH ***cavalgando*** os vasos epigástricos = HÉRNIA INGUINAL MISTA.

Devemos chamar a atenção, na oportunidade, para a importância com que se reveste a determinação precisa — no trans-operatório — da relação SH/vasos epigástricos: dela depende a estruturação do esquema técnico a ser adotado no decorrer da intervenção.

4. Aberto o SH, duas eventualidades podem ser identificadas:

a) Na primeira verificamos que, regra geral, o SH encontra-se vasio. Isto porque as estruturas intra-cavitárias — na maioria dos casos — migram fàcilmente para a sua posição normal.
b) Na segunda, podemos encontrar elementos viscerais dentro do SH. Aliás, teòricamente, qualquer estrutura intra-cavitária pode migrar para dentro de um SH. As mais freqüentemente identificadas são, no entanto: o íleo, colon e epíplo. Menos freqüentes ovário e saco vesical.

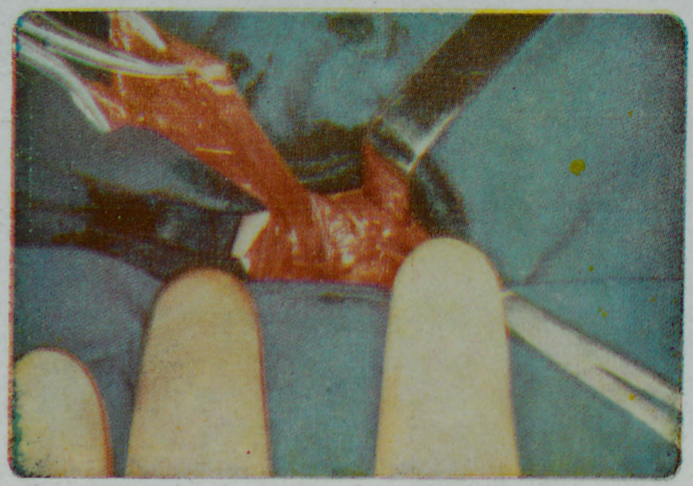

FIGURA Nº 3 — Aspectos obtidos no trans-operatório, de pacientes portadores de hérnia inguinal indireta (oblíqua externa). Verificar a posição do saco herniário POR FORA dos vasos epigástricos

Em condições normais, os elementos viscerais que se encontram no interior do SH são fàcilmente redutíveis, como já nos referimos linhas acima. Podem existir casos, no entanto, nos quais o retôrno das vísceras à sua posição normal seja difícil ou mesmo impossível: resulta isto do ***enfartamento hemorrágico,*** o qual impede o retôrno visceral através do anel inguinal subcutâneo. Conforme o gráu de enfartamento, a quantidade de elementos viscerais no interior do SH, a sua natureza e o tempo de evolução podemos ter:

a) HI ENCARCERADA — naqueles casos nos quais a redução sòmente foi possível após a secção do anel inguinal subcutâneo e que o exame dos elementos contidos no SH não acusa comprometimento definitivo de sua nutrição.

b) HI ESTRANGULADA — quando se verifica o comprometimento irreversível da nutrição do elemento visceral contido no SH (Figura nº 4).

Etiopatogenia

A pesquisa, visando identificar o elemento primário responsável pela gênese da HI — demonstrou que a mesma pode ser oriúnda de duas origens:

1. CONGÊNITA — conseqüente a uma alteração embriológica, que se verifica ao nível da evolução ontogenética normal da parede do abdôme, ao nível da RI. O ***fator congênito*** representa o elemento fundamental na estruturação da HI que se verifica na patologia cirúrgica pediátrica, e pode, outrossim, se constituir na base para a formação de uma HI no adulto.

O ***fator congênito*** pode ser representado básicamente por dois defeitos ao nível da parede:

a) ***Persistência anormal do conduto peritônio-vaginal*** — a qual induz, naturalmente, a continuidade da existência do divertículo peritonial que se relaciona com o descenso testicular. A sua presença — por si só — pode condicionar o aparecimento de uma HI — fato êste comumente identificado no paciente pediátrico.

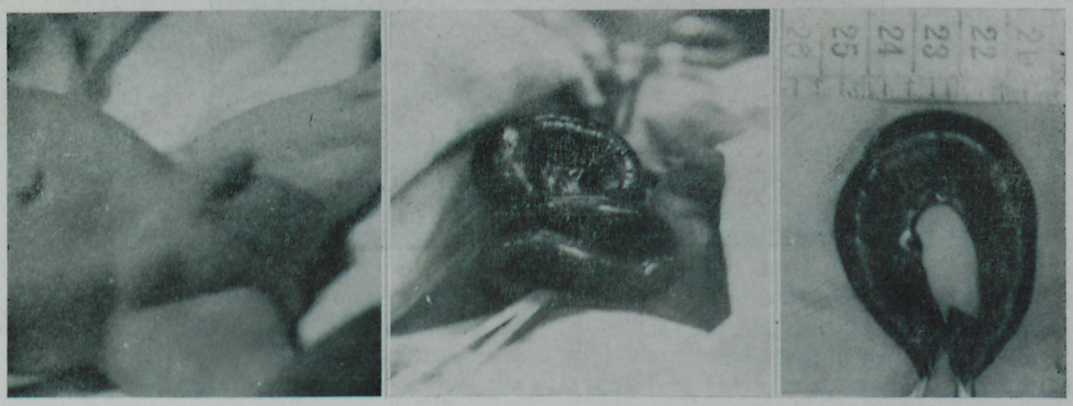

FIGURA Nº 4 — Paciente pediátrico (recém-nascido), portador de uma hérnia inguinal estrangulada. Verificamos o tumor ao nível da região inguinal D, o gráu de comprometimento das alças ileais que se localizavam no interior do saco herniário e, finalmente, o segmento de alça ressecado no decorrer da intervenção

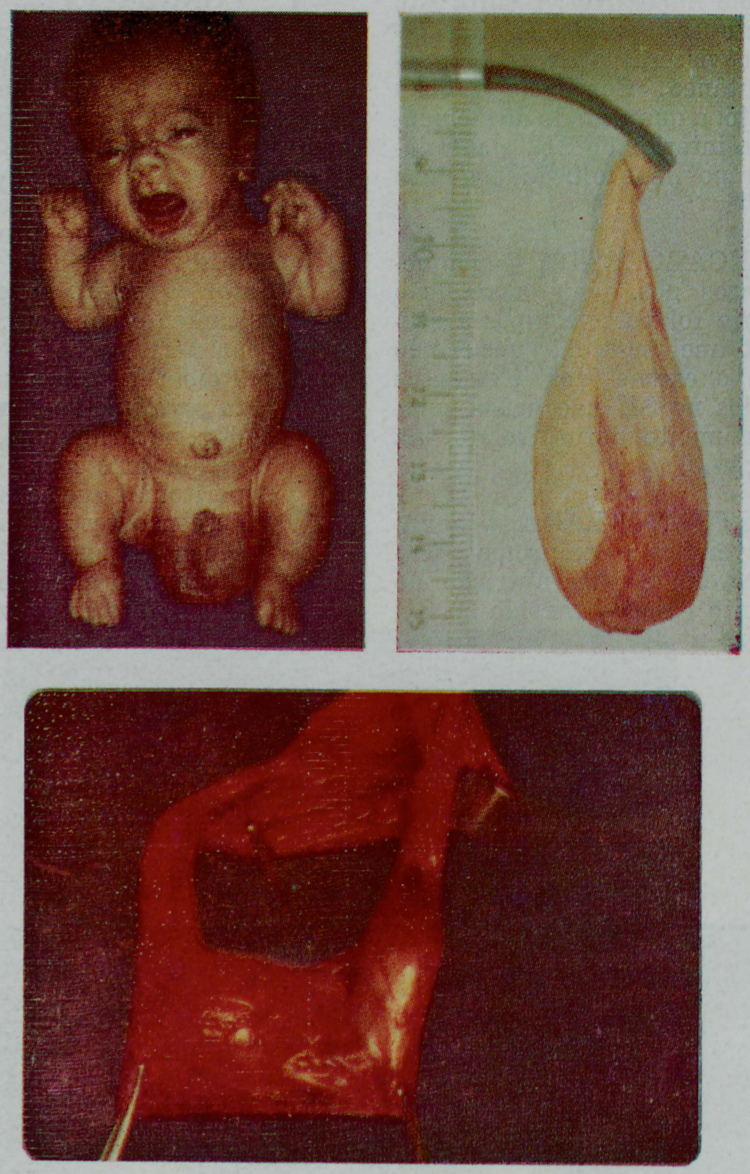

FIGURA Nº 5 — Patologia associada em caso de persistência do conduto peritônio-vaginal

b) ***Inserção distal alta do tendão conjunto*** — conforme nos ensina a anatomia, sabemos que a parede ântero-lateral do abdôme é constituída por três elementos musculares (mm oblíquo externo, oblíquo interno e transverso), os quais, por sua contração sincrônica, estruturam um vetor que se dirige para o pube, obliterando completamente o trajeto inguinal transformando-o, destarte, num dos pontos mais fortes da parede (1). Existe, no entanto, um tipo de defeito congênito — representado pela inserção alta do tendão conjunto (mm oblíquo interno e transverso) na sua porção distal — o qual determina a formação de uma região triangular patológica ao nível da parede posterior da RI (trígono de Hessert). O referido trígono — delimitado pelo m. reto anterior do abdôme, arcada femural e tendão conjunto — induzirá alterações profundas na dinâmica do gradeado muscular da parede ântero-lateral, fazendo com que o vetor — resultante do trabalho muscular — apresente uma orientação ***alta,*** acima do pube, ficando, destarte, a RI desprotegida a êste nível, no momento em que a parede é solicitada a fazer um esfôrço. O defeito em questão, portanto, embora não possa por si só condicionar o aparecimento de uma HI pode, indiretamente, contribuir para o seu estabelecimento, através da alteração da dinâmica da parede, que a sua presença induz.

2. ADQUIRIDA: Ao contrário do que se verifica na hérnia congênita — na qual o fator primário é MORFOLÓGICO — na hérnia adquirida é êste representado por um distúrbio FUNCIONAL da dinâmica muscular, freqüentemente uma hipotonia muscular. Sendo ela, portanto, resultante de um distúrbio primàriamente ***funcional***, explica-se porque a sua correção é mais difícil do que a da HI congênita: realmente, enquanto que nesta o defeito sendo apenas ***morfológico*** — a simples exérese do SH (conduto peritônio-vaginal) é suficiente para resolver o problema — naquela, o distúrbio morfológico é ***secundário*** e, no esquema terapêutico cirúrgico a ser efetuado, devemos procurar — através da repolarização da massa muscular do gradeado ântero-lateral — corrigir o defeito ***funcional.***

Classificação

Vários critérios podem ser e são adotados, visando classificar a HI.

No nosso Serviço Cirúrgico e na nossa atividade de Magistério, adotamos uma classificação pessoal, fundamentada no ***critério etiopatogênico.*** Somos de opinião de que o critério em questão — além de corresponder à realidade do mecanismo primário indutor do quadro patológico representado pela HI — fornece, como já fizemos menção anteriormente, subsídios de grande significação e valia ao profissional, para a esquematização correta do procedimento técnico a ser indicado e efetuado no trans-operatório — visando corrigir a alteração morfo-funcional da parede, verificada num paciente com HI.

Baseados no critério ***etiopatogênico*** classificamos o HI segundo três tipos:

1. PRIMÀRIAMENTE CONGÊNITA: É aquela hérnia cujo defeito congênito de estruturação da parede é suficiente — por si só — para induzir o aparecimento da mesma. A persistência anormal do conduto peritônio-vaginal (responsável pela HI verificada na patologia cirúrgica pediátrica) representa a evidência característica de uma hérnia ***primàriamente congênita.***

2. SECUNDÀRIAMENTE CONGÊNITA: é a HI que se assesta ao nível de uma parede que apresenta um defeito congênito de estruturação o qual — por si só — não é suficiente para estruturar a hérnia. É necessário que a êle se ajunte um distúrbio funcional. Exemplo típico é o representado pela existência do trígono de Hessert — o qual, por sua presença, induz uma despolarização do trabalho muscular da parede ântero-lateral (distúrbio funcional) — capaz, com o tempo, de condicionar o aparecimento de uma HI. É o tipo de hérnia encontrado no adulto.

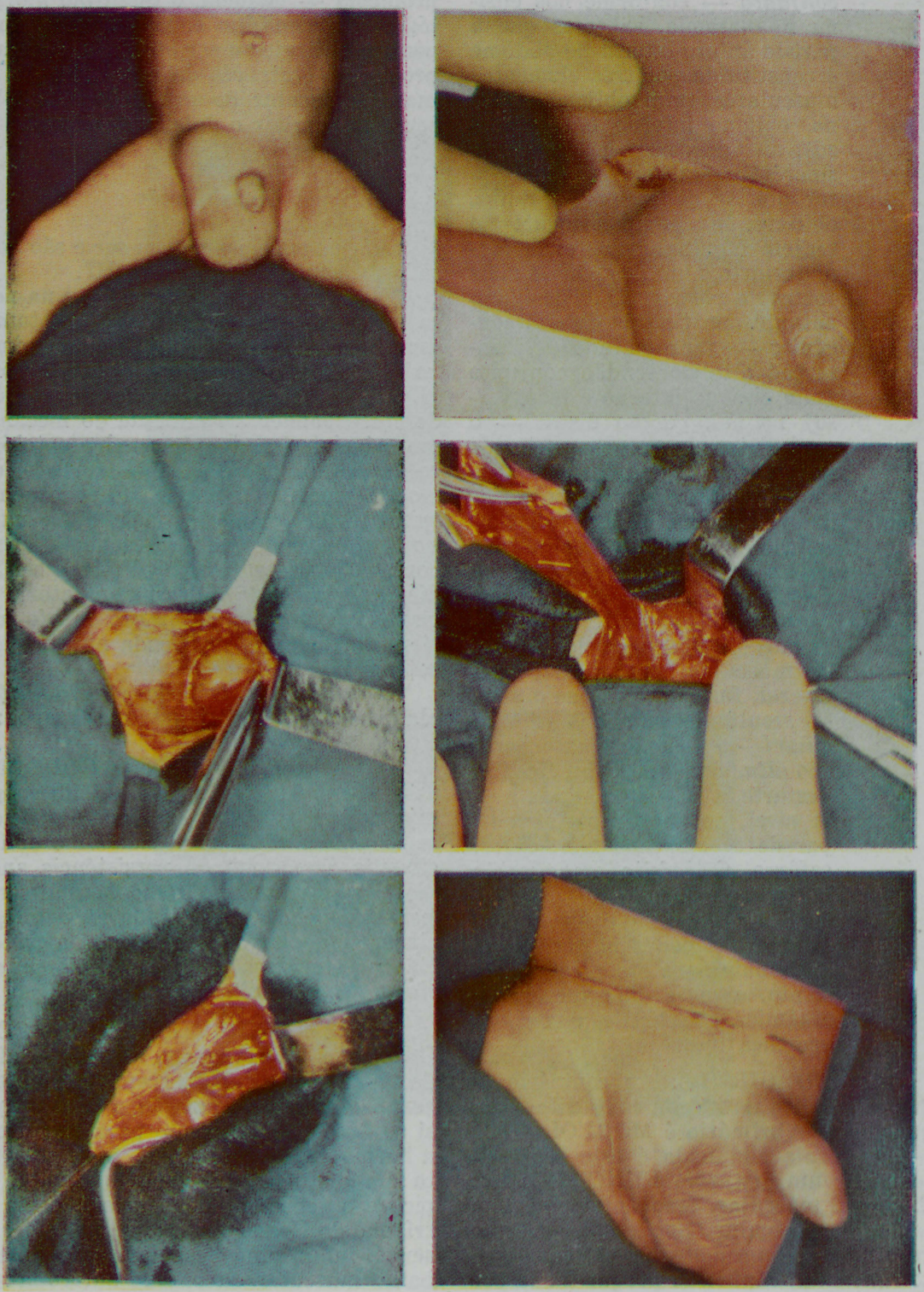

FIGURA Nº 5 — Documentação identificando o esquema cirúrgico que adotamos para a correção de uma hérnia inguinal indireta à D, num paciente pediátrico

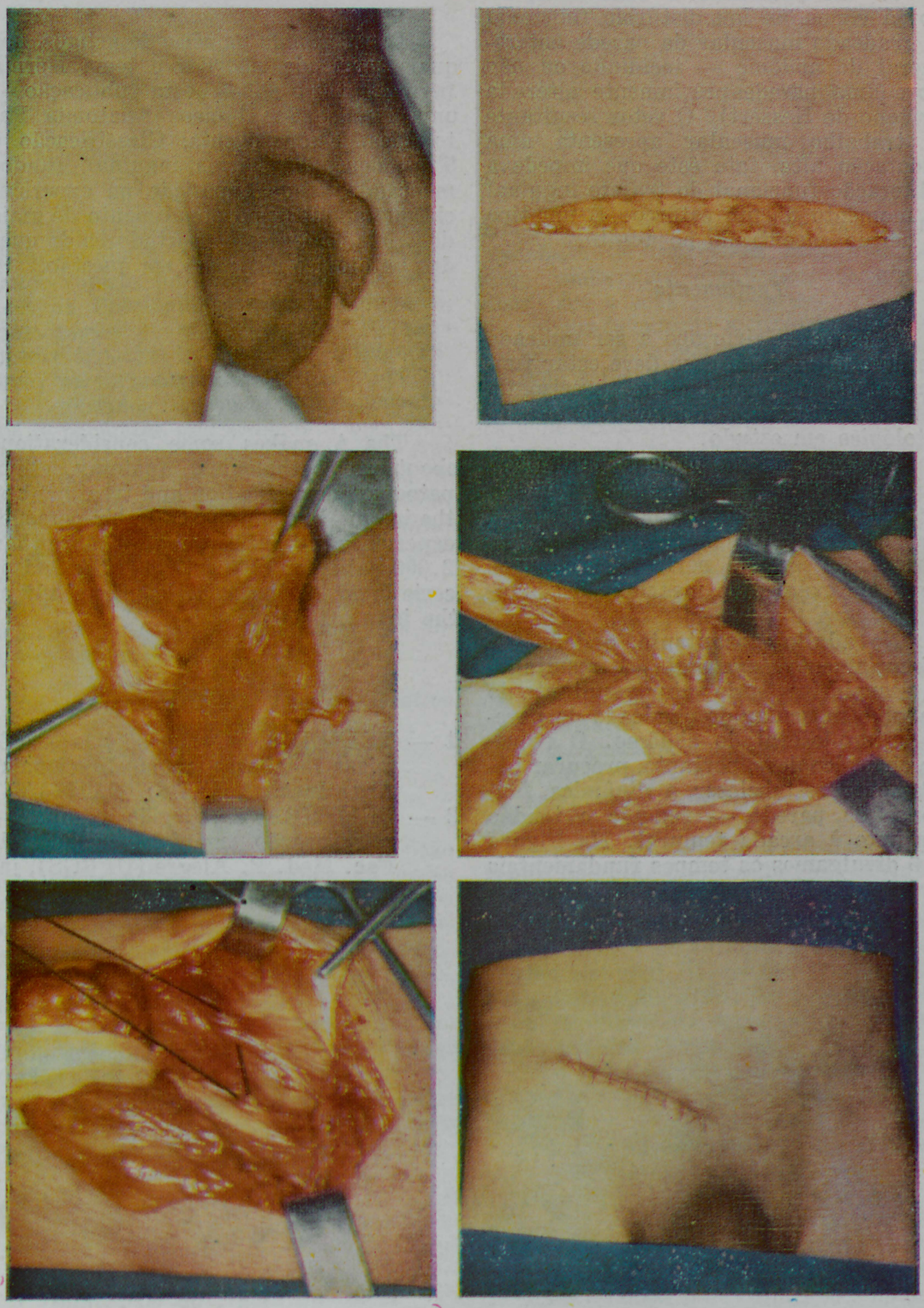

FIGURA Nº 6 — Documentação identificando o esquema cirúrgico adotado para a correção de uma hérnia inguinal indireta à D, no paciente adulto. Notar a reconstituição morfo-funcional da parede posterior do trajeto inguinal

3. ADQUIRIDA: É resultante, como já vimos, de um distúrbio funcional do gradeado muscular da parede ântero-lateral do abdôme — incidindo ou não sôbre uma parede prèviamente alterada (trígono de Hessert). O vetor resultante do trabalho muscular apresenta uma orientação alta, fato êste que impede a obliteração funcional do trajeto inguinal no momento de um esfôrço. É um tipo de hérnia encontrado no adulto.

Tratamento

O esquema cirúrgico a ser indicado e efetuado em cada caso deve estar fundamentado no conhecimento preciso da base etiopatogênica indutora do quadro patológico em estudo.

Sabemos que, no paciente pediátrico, a HI é puramente um defeito ***morfológico*** — representado pela persistência anormal do conduto peritônio-vaginal. A intervenção consiste, portanto, exclusivamente na exérese do mencionado conduto. (Figura nº 5).

No adulto, no entanto, o defeito é primàriamente ***funcional*** — resultante da despolarização do vetor resultante do trabalho muscular do gradeado da parede antero-lateral do abdôme. O esquema cirúrgico deve, portanto, procurar bàsicamente restabelecer a dinâmica funcional da parede — fixando o tendão conjunto à arcada femural. Na Figura nº 6 divulgamos os tempos fundamentais da intervenção em aprêço.

Sumário

Prosseguindo na série de artigos, nos quais pretende abordar o tema Hérnia Inguinal, faz o A. — nesta publicação — uma análise dos tópicos Anatomia Patológica, Etiopatogenia, Classificação e Tratamento da hérnia inguinal, fundamentando a sua exposição na experiência que adquiriu no atendimento de mais de 2.000 pacientes — portadores do quadro patológico cirúrgico em questão.

Summary

The A. makes some considerations about the pathological anatomy, ethiopatogeny, classification and treatment of the inguinal hernia ,based in his personal experience in the treatment of more than 2.000 patients. This article is the 2nd of serie in which the A. makes the study of the inguinal hernia.

Referências

1 — TEIXEIRA, A.: Incisões laparotômicas — bases morfo-funcionais. Arq. Inst. Anat., ***6***: 69, 1963/64.

2 — TEIXEIRA, A.: Região inguinal — estruturação morfológica. Anais Fac. Med. P. Alegre (UFRGS), janeiro/junho 1966.