

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL

ALAOR TEIXEIRA *
TERESINHA M. C. TEIXEIRA **

O quadro clínico representado pela presença da Hérnia Inguinal (HI) é, seguramente, a patologia cirúrgica mais freqüentemente identificada ao nível da parede do abdôme. Se, de um lado, a determinação diagnóstica da HI é relativamente simples em mãos experientes, a sistematização técnica de sua correção cirúrgica não constitui assunto pacífico entre os AA. A revisão da literatura especializada demonstra — através de um grande número de publicações — por outro lado, a existência de critérios terapêuticos transoperatórios os mais diversos e muitos mesmos completamente antagônicos em suas bases.

Dita revisão nos permite, no entanto, dividir os conhecimentos sobre a terapêutica cirúrgica da HI em dois períodos perfeitamente definidos: *o primeiro*, antes de 1887, no qual imperava o empirismo e o desconhecimento completo do mecanismo morfo-funcional responsável pela gênese da HI; *o segundo*, após a data em questão, no qual Bassini (Sulla cura radicale dell'ernia inguinale. Arch. Soc. Ital. Chir., 4: 380, 1887) — apresentando uma primeira contribuição efetivamente científica ao problema — determinou a existência dos dois planos músculos-aponeuróticos da parede abdominal ao nível da região inguinal e, fundamentado na base morfológica em questão, idealizou o seu procedimento cirúrgico para a cura da HI. Como, no entanto, partiu Bassini da premissa equívoca de que o fundamental era a correção da *morfologia* da parede (e não podia o mesmo raciocinar de outra forma, frente aos conhecimentos da época), o seu procedimento técnico não é aceito de forma pacífica por todos, fato este de que resultou o aparecimento de várias centenas de técnicas cirúrgicas — a maioria de um primarís-

mo científico evidente — visando a erradicação da HI.

Nesta publicação — que pretendemos seja sumária — vamos nos ater, apenas, à divulgação do procedimento cirúrgico que efetuamos nos nossos pacientes, procedimento este fundamentado em mais de 1.000 dissecações anatômicas e no tratamento de 3.200 pacientes (2.500 pediátricos e 700 adultos) portadores da patologia cirúrgica em estudo.

Visando a sistematizar a nossa exposição, dividimos a mesma em dois capítulos: *no primeiro*, faremos a revisão MORFO-FUNCIONAL da parede abdominal, ao nível da região inguinal; *no segundo*, divulgaremos o PROCEDIMENTO TÉCNICO que adotamos, com a sua justificativa.

1 — Estruturação Morfo-Funcional da Parede do Abdôme:

1. — MORFOLOGIA

As FIGURAS n^{os} 1, 2, 3, 4 e 5 documentam, de forma esquemática, as principais estruturas anatômicas, identificáveis ao nível do triângulo inguinal, as quais merecem citação por sua importância cirúrgica. A FIGURA N^o 1 documenta o primeiro plano morfológico da região, salientando a presença do m. oblíquo externo (maior) e do anel inguinal subcutâneo, atravessado pelos elementos constituintes do funículo espermático. A FIGURA N^o 3 procura documentar as estruturas que constituem o segundo plano da região. Salientaremos, *o tendão conjunto* (aponeurose e/ou massa muscular dos mm. oblíquo interno e transverso), a *arcada femoral*, os *vasos epigástricos* (fundamentais para a de-

* Catedrático de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — U.F.R.G.S.

** Assistente de Ensino da cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — U.F.R.G.S.

terminação transoperatória do tipo de Hérnia em estudo) e, finalmente, o **funículo espermático** (com as fibras musculares do m. cremaster — oriundo do m. oblíquo interno). Na FIGURA Nº 5 procuramos delimitar as três fossetas inguinais, usando como ponto de referência o **úraco**, a **artéria umbelical** (cordão fibroso obliterado) e os **vasos epigástricos**. Temos assim, a fosseta inguinal **medial** (entre o úraco e a artéria umbelical); a fosseta **intermédia** (entre a artéria umbelical obliterada e os vasos epigástricos) e, finalmente, a fosseta **lateral** (situada por fora dos vasos epigástricos). A fosseta inguinal **medial**, devido a sua situação dorsal ao m. reto anterior, não tem significação patológica. Por este motivo ela não é, habitualmente, considerada, sendo a fosseta **intermédia** denominada de **medial**. Sob o ponto de vista prático, portanto, consideramos apenas **duas** fossetas inguinais: a **medial** (situada entre a a. umbelical e os vasos epigástricos) e a **lateral** (localizada por fora dos vasos epigástricos).

2. — FUNÇÃO

A contração da massa muscular da parede abdominal transforma a região do trígono inguinal num dos pontos mais fortes da mesma. Conforme o ilustra esquematicamente a FIGURA Nº 6, os músculos que constituem a parede lateral se dispõem formando um verdadeiro **gradeado**. Da contração sincrônica do mesmo resulta um trabalho muscular, no esquema representado por um vetor (resultante), com orientação pubiana. O resultado, portanto, da mencionada contração muscular se reflete na estruturação de um perfeito mecanismo funcional de obliteração do trígono inguinal, sempre que qualquer esforço induza aumento da pressão visceral intra-abdominal. As alterações da dinâmica muscular acima descrita (induzida por uma hipotonia muscular adquirida, para exemplificar) condicionará alterações significativas na trajetória do vetor, com a conseqüente diminuição da resistência ao nível da região inguinal. Este é, aliás, o mecanismo etiopatogênico responsável pela gênese das hérnias inguinais adquiridas.

II — Procedimento Técnico

O esquema cirúrgico a ser indicado para um paciente, portador de uma HI está diretamente relacionado com o mecanismo etiopatogênico indutor da mesma. Sob o ponto de vista etiopatogênico, três mecanismos podem condicionar o aparecimento de uma HI, o que nos permite reconhecer, portanto, três tipos de HI:

- a) — **HI primariamente congênita:** é a aquela cujo defeito congênito da estruturação da parede é suficiente — por si só — para induzir o aparecimento da mesma. A persistência anormal do **conduto peritônio-vaginal** (principal responsável pelo aparecimento da HI no paciente pediátrico) representa a evidência característica de uma HI **primariamente congênita**.
- b) — **HI secundariamente congênita:** é aquela verificável numa parede abdominal que apresenta um defeito congênito de estruturação o qual, no entanto, não é capaz — por si só — de estruturar a HI. Necesário se torna que ao mesmo se associe um defeito funcional complementar. O exemplo é a hérnia inguinal adquirida de um paciente possuidor de um **trígono de Hessert** (defeito congênito caracterizado pela inserção alta do tendão conjunto).
- c) — **HI adquirida:** é aquela que se assenta em um determinado paciente que possuía uma parede morfológicamente normal, na qual se instalou uma disfunção muscular. É o tipo de HI identificável no adulto.

Nos casos de **HI primariamente congênita**, nas quais o fator desencadeante da hérnia é exclusivamente MORFOLÓGICO, a correção cirúrgica se atém exclusivamente na exérese do conduto peritônio-vaginal anormalmente permeável. Nestes casos, o saco herniário situa-se **lateralmente aos vasos epigástricos** — ao nível da **fosseta inguinal lateral** e estas hérnias são também identificadas como **HI oblíqua externa**.

Nos casos de HI *secundariamente congênita ou adquirida*, o fator desencadeante é primariamente FUNCIONAL e secundariamente morfológico. Nestes casos, o esquema cirúrgico a ser proposto deve ter como meta a repolarização da massa muscular da parede antero-lateral do abdôme. Isto é obtido pela fixação do tendão conjunto à arcada femural. O abaixamento da inserção dos mm. oblíquo interno e transversos, assim obtido, normalisa a orientação do vetor e per-

mite a obliteração funcional correta da região no momento do esforço. Visando o fortalecimento da massa muscular da parede indicamos mobilização precoce (dentro das primeiras 6 horas) do paciente, bem assim como exercícios com a parede abdominal. O uso de fundas e faixas está completamente contra-indicado, pois a sua presença (impedindo a contração muscular) apenas contribui para agravar a hipotonia muscular já existente nestes pacientes.

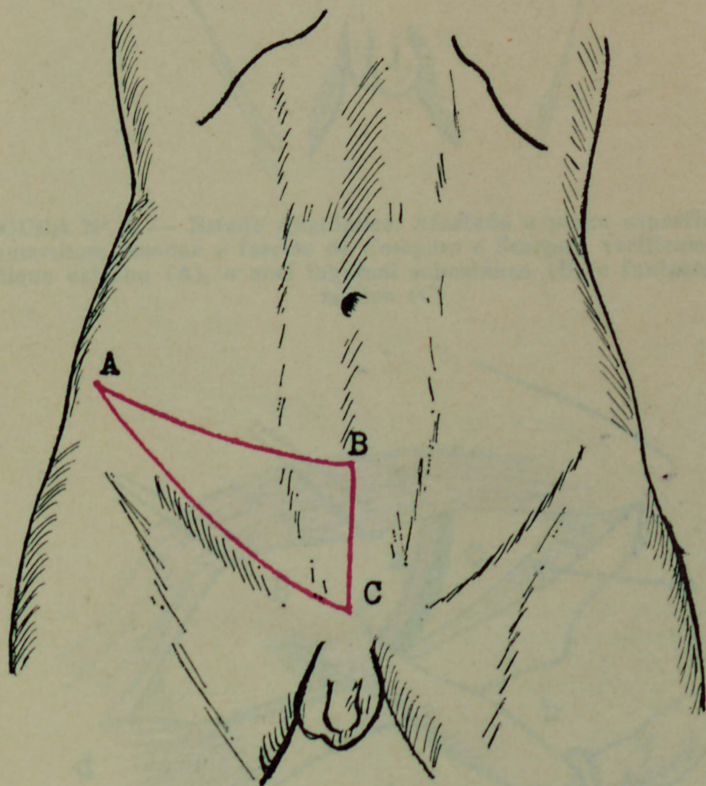


FIGURA Nº 1: — Estudo Anatômico. Delimitação do triângulo inguinal: AB = perpendicular à linha alba; AC = união da espinha ilíaca superior com o pube; BC = linha alba.

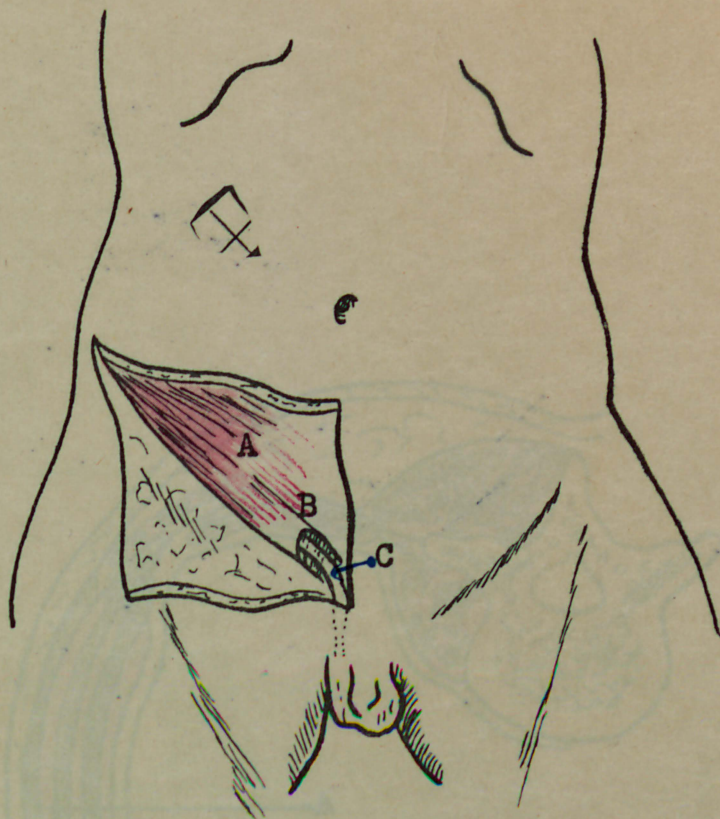


FIGURA Nº 2: — Estudo Anatômico. Afastado o plano superficial (integumentum comune e fascias de Compers e Scarpa), verificamos o m. oblíquo externo (A), o anel inguinal subcutâneo (B) e funículo espermático (C)

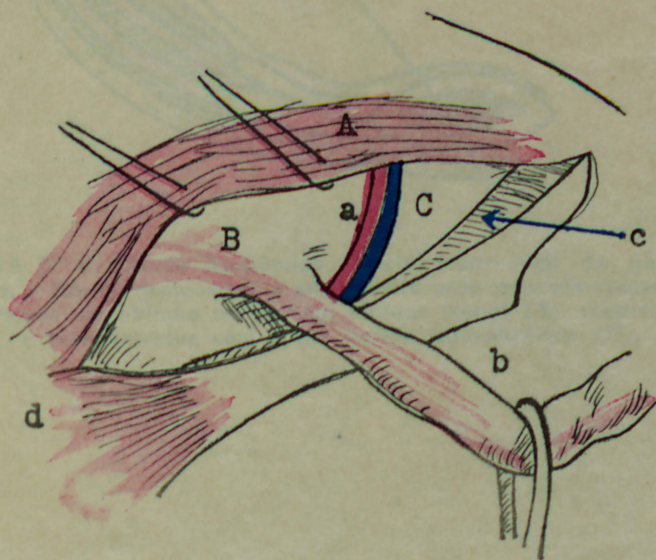


FIGURA Nº 3: — Estudo Anatômico. Elevado o m. oblíquo externo (d), verificamos o plano profundo da região, aonde se pode observar: tendão conjunto (A), fosseta inguinal lateral (B), fosseta inguinal medial (C) vasos epigástricos (a) funículo espermático com m. cremaster (b) e arcada femural (c).

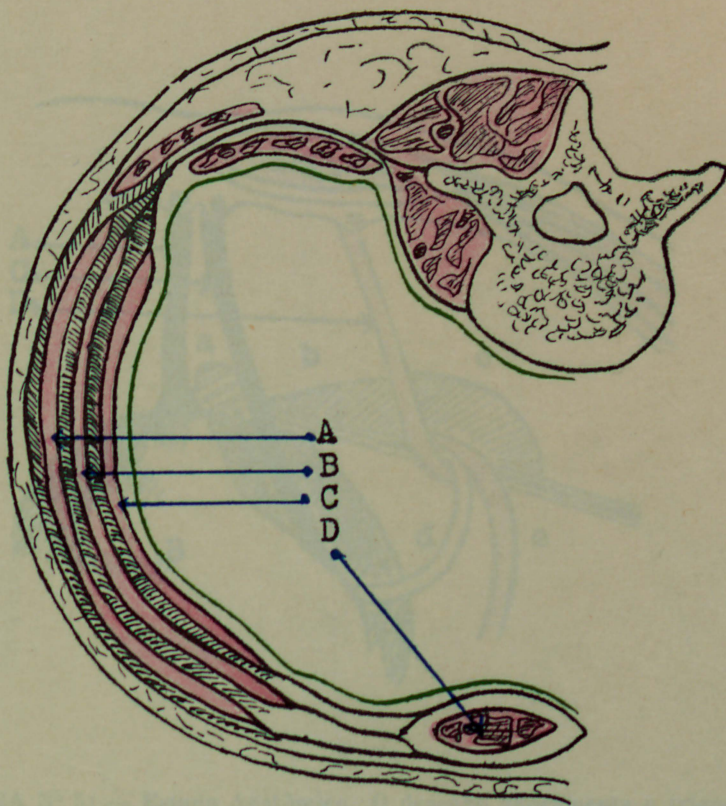


FIGURA Nº 4: Estudo Anatômico. Corte transversal da parede do abdôme, a fim de demonstrar a sua estruturação músculo-aponeurótica. Verificamos: m. oblíquo maior (A), oblíquo menor (B), transverso (C) e reto anterior com a sua bainha aponeurótica (D).

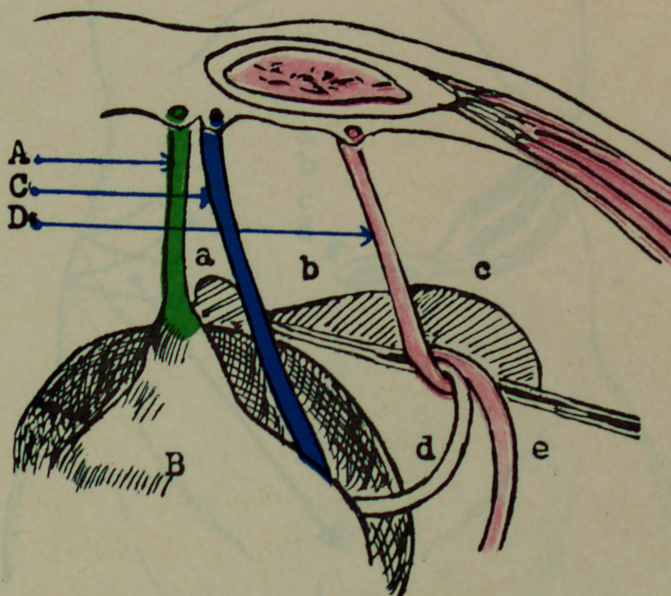


FIGURA Nº 5: — Estudo Anatômico. O desenho ddocumenta o trígono inguinal (lado D), visto de dentro da cavidade abdominal. Verificamos: A = úraco; B = artéria umbelical (obliterada); D e e = artéria epigástrica; a = fosseta inguinal medial (sem significado patológico, devido a sua situação dorsal à inserção pubiana do m. reto anterior); b = fosseta inguinal intermédia (conhecida por medial); c = fosseta inguinal lateral; d = conduto deferente.

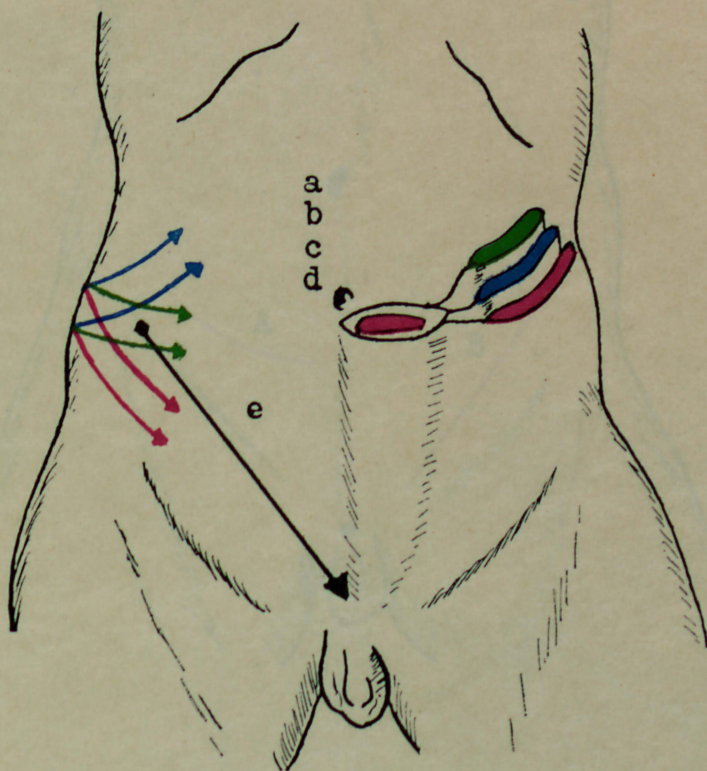


FIGURA Nº 6: — Estudo Funcional. As letras a, b, c e d identificam os 4 elementos musculares da parede do abdôme. O vetor e representa a resultante do trabalho muscular do gradeado da parede.

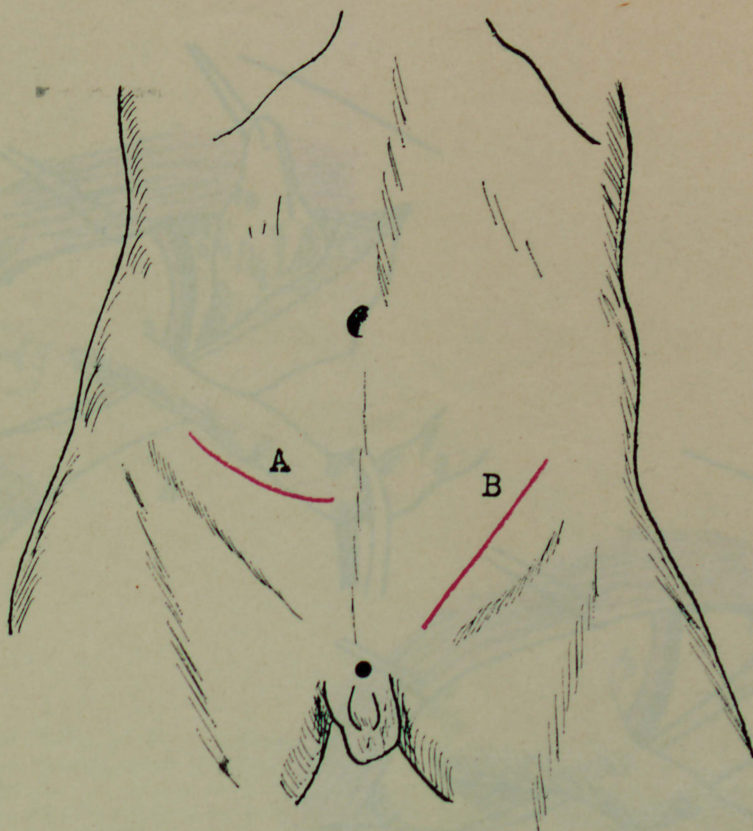


FIGURA Nº 7: — Técnica Operatória. Verificamos a linha de incisão cutânea. Em A, a forma correta de efetuar a abordagem cirúrgica da região: interessa a mesma o anel inguinal préperitonal; em B, incisão incorreta.

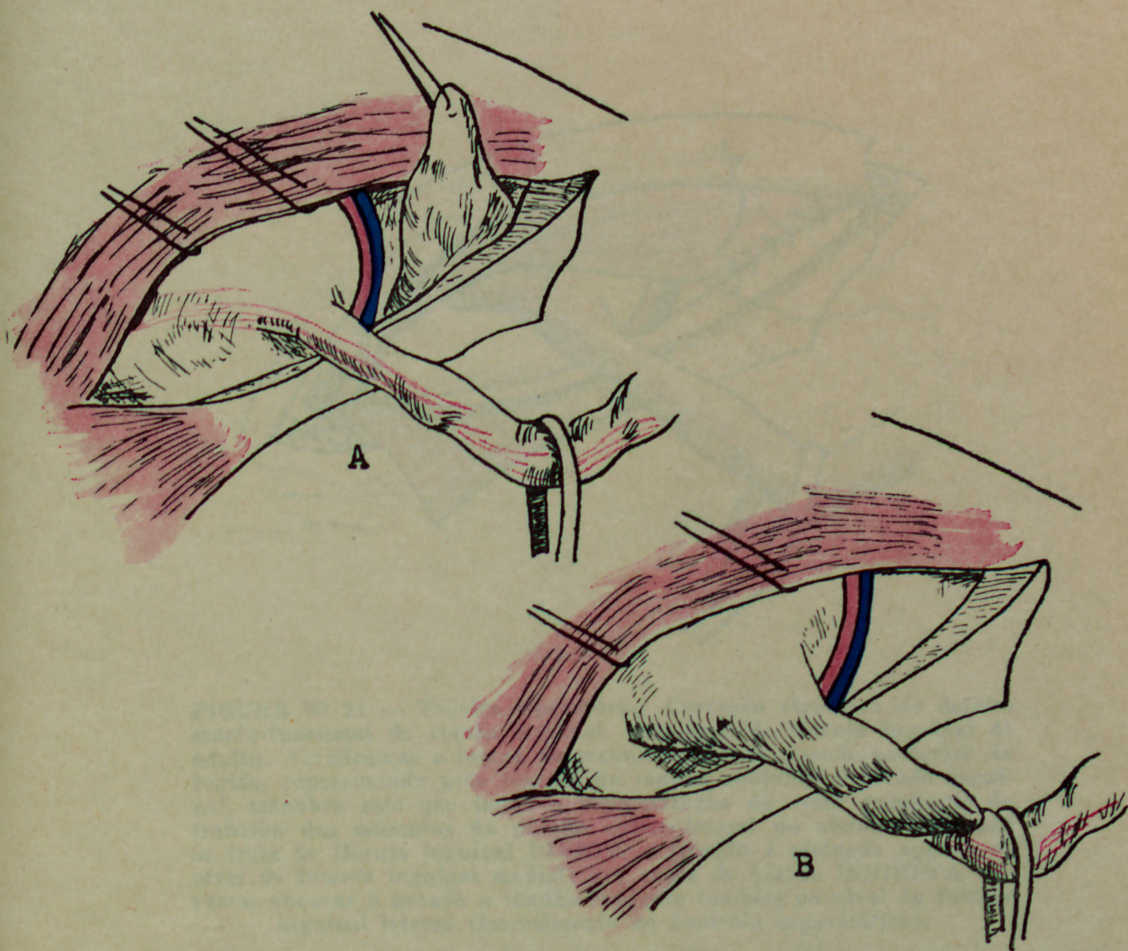


FIGURA Nº 8: — Estudo Anatomopatológico. Verificamos em A a localização do saco herniário ao nível da fosseta inguinal medial — medialmente aos vasos epigástricos (Hérnia inguinal DIRETA); em B, a presença do mesmo lateralmente aos vasos epigástricos, ao nível da fosseta inguinal lateral, acolado ao funículo espermático (Hernia inguinal INDIRETA ou OBLÍQUA EXTERNA).

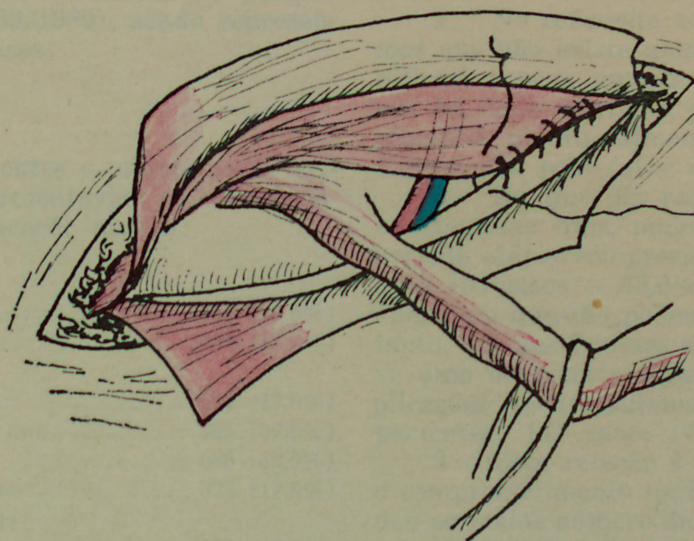


FIGURA Nº 9: — Técnica Operatória. Correção cirúrgica do defeito morfo-funcional da região inguinal, num caso de Hérnia Inguinal de adulto. Verificamos o tempo de reconstituição da parede posterior da região, representado pela fixação do tendão conjunto à arcada inguinal, manobra esta que induz a repolarização do vetor resultante do trabalho dos músculos da parede antero-lateral do abdôme. Quando se trata de Hérnia inguinal DIRETA, a fixação é efetuada apenas ao nível da fosseta inguinal medial; nos casos de hérnia INDIRETA, devemos ancorar à arcada o tendão conjunto também ao nível da fosseta inguinal lateral (lateralmente ao funículo espermático).