Hernia Inguinal

QUADRO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E PATOLOGIA ASSOCIADA

ALAOR TEIXEIRA *
TERESINHA M. C. TEIXEIRA **

I — QUADRO CLÍNICO

Sob o ponto de vista clínico, podemos identificar, na prática médica diária, dois tipos fundamentais de Hérnias Inguinais; o REDUTIVEL e o IRREDUTÍVEL. O primeiro tipo se caracteriza pela existência de um distúrbio morfo/funcional de natureza LOCAL — ao nível do Trígono Inguinal — podendo extender-se até as bolsas escrotais, no qual o ***desconforto*** (pela presença do tumor herniário), ***a limitação da atividade muscular*** (pela influência que o aumento de seus índices determina nas dimensões da hérnia) e a ***distorção estética*** se constituem nos elementos fundamentais a serem identificados no quadro clínico dos pacientes portadores da patologia cirúrgica em estudo. O segundo tipo além dos distúrbios LOCAIS (dôr, contratura muscular, irredutibilidade dos elementos viscerais constituintes da hérnia) apresenta repercussão para o ESTADO GERAL dos pacientes, condicionados (quando se trata de hérnia do tubo digestivo — eventualidade mais frequentemente identificada) pela instalação de um quadro clínico de ***oclusão mecânica,*** cuja gravidade está diretamente relacionada com o tempo de evolução do quadro clínico e com o gráu de comprometimento do conteúdo intrassacular — o qual se extende desde o simples enfartamento hemorrágico ***(encarcerada)*** até a lesão irreversível do mesmo ***(estrangulada).***

Visando a sistematizar a nossa exposição aboradaremos, neste tópico e de forma sumária, o estudo do quadro clínico gerado pela HÉRNIA INGUINAL REDUTÍVEL e os distúrbios determinados — em termos LOCAIS e de comprometimento GERAL da homeostase orgânica — pelo ***encarceramento e pelo estrangulamento.***

A — HERNIA INGUINAL REDUTÍVEL:

1. — Sintomatologia: Como já fizemos referência anteriormente, a hérnia inguinal REDUTÍVEL não apresenta repercussões significativas para o estado geral de seus portadores, sendo a sua presença, às mais das vezes, identificadas como determinante de sensação continuada de ***desconforto,*** pela ***limitação da atividade muscular*** que a migração visceral determina e, finalmente, pela ***distorção estética*** que a sua presença acarreta.

2. — Exame Objetivo:

a) — Inspeção: A hérnia se apresenta geralmente como um tumor uni ou bilateral — assestado ao nível do Trígono Inguinal, com ou sem projeção para as bolsas escrotais. O elemento fundamental a caracterizar o seu comportamento clínico é a influência que o esfôrço provocado pela contração da parede abdominal tem sôbre as suas dimensões. Embóra a literatura consigne casos nos quais a existência de hérnia inguinal — HERRINGTON (445) = 14 casos e FODOR e Col. (308) = 12 pacientes — não era acompanhado de alterações morfológicas ao nível da parede abdominal, na maioria das vezes a sua presença é acusada pela simples inspeção, valorizada de forma significativa pelas variações de volume e de localização que o esfôrço muscular (tosse) provocado determina no de-

* Professor Titular, FM/UFRGS
** Auxiliar de Ensino, FM/UFRGS

correr da avaliação clínica. Outro fato que deve ser valorizado de forma adequada refere-se ao fato já mencionado em capítulo anterior de que a Hérnia Inguinal DIRETA, na maioria dos casos, não atravessa o anel inguinal subcutâneo, ao contrário do tipo INDIRETO, ocorrência esta que possibilita com mais facilidade a visualização deste último tipo na inspeção. As FIGURAS nºs. 7/1, 7/2 e 7/3 divulgam de forma clara o aspecto morfológico mais frequetemente identificado na inspeção clínica de pacientes portadores de hérnia inguinal.

b) — Palpação: A palpação oferece subsídios de fundamental importância para a identificação e gráu de alteração morfo/funcional da parede abdominal induzida pela presença de uma hérnia, fato este que possibitará ao cirurgião esquematizar a sua intervenção corretora dentro de uma adequada sintonia com o mecanismo etiopatogênico que a determinou. A palpação profunda deverá ser sistetematizada dentro de duas fases operacionais perfeitamente bem definidas: na primeira (FIGURA Nº 7/4) se procurará analisar o comportamento morfológico e funcional dos elementos musculares do gradeado da parede anterolateral (seu tonismo e a sua capacidade de reagir ás variações da pressão intra-abdominal determindas pelo esforço provocado); na segunda (FIGURA Nº7/5) - a ser efetuada após a redução da hérnia — se procurará identificar a sintopia dos elementos anatômicos que estruturam o Trígono Inguinal e o gráu e intensidade do dismorfismo induzido no mesmo pela patologia. Ao concluir este tópico, devemos lembrar que o paciente deve ser examinado, sempre, de pé e em decúbito dorsal.

B — HÉRNIA INGUINAL IRREDUTÍVEL:

A oclusão intestinal induzida pela Hérnia Inguinal encarcerada (com/sem estrangulamento) condiciona a estruturação de um quadro clínico de abdome agudo em tudo semelhante às demais causas susceptíveis de produzir distúrbio mecânico do trânsito intestinal, com a diferença fundamental, entretanto, de que uma anamnese correta, complementada pelo exame do paciente — efetuado de forma criteriosa e cuidadosa — possibilita a identificação do agente indutor da obstrução (FIGURA Nº 7/6).

No decorrer da avaliação clínica de um paciente portador de uma hernia inguinal IRREDUTÍVEL, podemos identificar ao nível do mesmo dois tipos de distúrbios:

1. — De natureza LOCAL: caracterizados bàsicamente pela impossibilidade de ser obter a redução dos elementos viscerais intrassaculares para a cavidade abdominal, dôr intensa, edema dos planos superficiais da parede e aumento da consistência do tumor herniário (induzida pelo enfartamento hemorrágico).
2. — De natureza GERAL: determinados pelas alterações que se instalam ao nível da homeostase orgânica, consequentes primàriamente à interferência ao nível da suplência sanguínea do tubo digestivo determinada pela obstrução. A extensa literatura a respeito divulga trabalhos experimentais e investigações de naturza clínica protagonizadas por diversos AA., salientando-se entre muitos AIRD (8), ALLEN e Col. (11), BARNETT e COl. (50), CALMANS e Cols. (137), COHN Jr. (173 e 174), COHN e Cols. (175), DAVIS e Col. (211), DRAGSTED e Cols. (229 e 230), EVANS (279), HADEN e Col. (392), HARPER e Col. (421), HIBBARD (450), HIBBARD e Col. (451), KREMEN e Col. (546), LAUFMAN (562), LAUFMAN e Cols. (563, 564, 565), LOCKWOOD e Cols. (505), McIVERS e Cols. (652), PEARSE (744), SARNOFF e Col. (809), SCHILLING e Cols. (815), SCOTT e Cols. (822, 823, 824), SMITH (857), TANTURI e Cols. (893, 894), WANGENSTEEN (960), WELCH (973, 974) e YA e Cols. (1003), para os quais remetemos os interessados no assunto.

II — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Uma quantidade significativa de patologias que podem, eventualmente, se localizar ao nível do Trígono Inguinal, base do Trígono Femoral e genitália exterterna (bolsas escrotais principalmente) devem — por suas características morfológicas — ser consideradas, quando do estabelecimento do raciocínio para a feitura do diagnóstico definitivo da presença de uma hérnia inguinal em determinado paciente.

Abstraindo ocorrências raras e curiosas como as identificadas por PERKOFF e Cols. (747) e por WILENSKY e Col. (984) em seus pacientes, os tipos de patologia localizadas nas regiões anatômicas acima referidas e que devem ser lembradas — pela sua incidência — na estruturação do diagnóstico diferencial, são: ***hérnia femoral, cisto de funículo espermático*** (importante nos casos de hérnia encarcerada),***criptorquismo e ectopia testiculares, hidrocele essencial e adquirida*** (principalmente o tipo comunicante — "redutível"), ***adenite inguinal, orquite*** (secundária, frequentemente a epididimites ou a infecções sistêmicas), ***varicocele essencial ou adquirida, linfedema idiopático escrotal*** (geralmente de origem traumática e de posicionamento unilateral, podendo, no paciente pediátrico, ser consequente a um processo infeccioso - 215), ***enfisema escrotal, abcesso (Tbc) do ileobsoas, varizes assestadas ao nível do confluente safenofemoral, aneurisma femoral, tumores funiculares*** (fibromas, lipomas, cistos dermoides e sarcomas), ***tumores testiculares*** (teratomas de origem tridermal ou orquidoblastomas — adenocarcinoma embrionário), ***flegmão urinoso escrotal, localização inguinal de hematoma retroperitoneal, etc.***

As FIGURAS Nºs. 7/7, 7/8, 7/9, 7/10, 7/11, 7/12, 7/13 e 7/14 divulgam a nossa experiência no particular. Importante é salientar, na oportunidade, que o dado funcional representado pela influência do aumento da pressão intra-abdominal sôbre a morfologia da hérnia inguinal (e da femoral também) se constitui no mais valioso elemento semiótico para o estabelecimento da diferença clínica entre hérnia inguinal e os quadros patológicos acima referidos.

III — PATOLOGIA ASSOCIADA

Diversos tipos de patologia podem ser detectados em associação com a hérnia inguinal em determinado paciente.

De uma forma esquemática, as seguintes eventualidades podem ser observadas:

1. — Patologia associada que condiciona um aumento da pressão intra-abdominal, salientando-se as pneumonopatias no paciente pediátrico; a hipertrofia prostática no paciente geriátrico; tumores abdominais volumoso (esplenomegalias); a s c i t e (LAWTON — 567); etc.;
2. — Patologia associada que compromete o estado geral do paciente, secundária a processo infeccioso intraperitoneal ou a oclusão mecânica intestinal, tais como os casos de apendicopatia aguda relatados na literatura em associação com hérnia inguinal (CRONIN e Col. — 198; DOOLIN — 221), e os casos nos quais o comprometimento do trânsito intestinal é induzido pelo encarceramento de um segmento do mesmo ao nível do saco herniário (abdome agudo mecanico por hernia inguinal encarcerada);
3. — Patologia associada identificável ao nível do Trígono Inguinal e bolsas escrotais, tais como tumores intrassaculares (BERCEANU - 77; CARROL e Col. — 147; FIEBER e Col. — 297; L E J A R S — 573; MAXWELL e Cols. - 634; OLLENHEIMER - 723; T E R E Z I S e Cols. - 912); outros tipos de hérnias (femoral); hidrocele; cisto de cordão e criptorquismo;
4. — Patologia associada representada por outros tipos de hérnias não localizadas ao nível do Trígono Inguinal, tais como hérnias umbelicais, diafragmáticas. etc.;

As FIGURAS Nºs. 7/15, 7/16, 7/17 7/18 e 7/19 ilustram alguns casos de patologia associadas pertencentes à nossa casuística.

ADENDUM

Herniografia: — A utilização da documentação radiográfica para o estabe-

lecimento do diagnóstico de hérnia inguinal, tem sido objeto da atenção de diversos AA., salientando-se a contribuição divulgada a respeito nos trabalhos de DRYE (236), DUCHARME e Cols. (237), JEWETT e Cols. (500) e WHITE e Cols. (980, 981).

Empregado pelos mencionados AA. principalmente ao nível do paciente pediátrico, o uso dos Raios X na avaliação clínico/diagnóstica da hérnia inguinal não apresenta, na nossa opinião — e considerando-se o estado atual de nosso conhecimentos sôbre os assunto — vantagens superiores àquelas fornecidas pelo exame objetivo dos pacientes. Ao contrário, tal exame acarreta uma manipulação com riscos que não devem ser desprezados, acrescidos ainda da necessidade de se efetivar o exame em análise a nível hospitalar (utilização de equipamentos de Raios X).

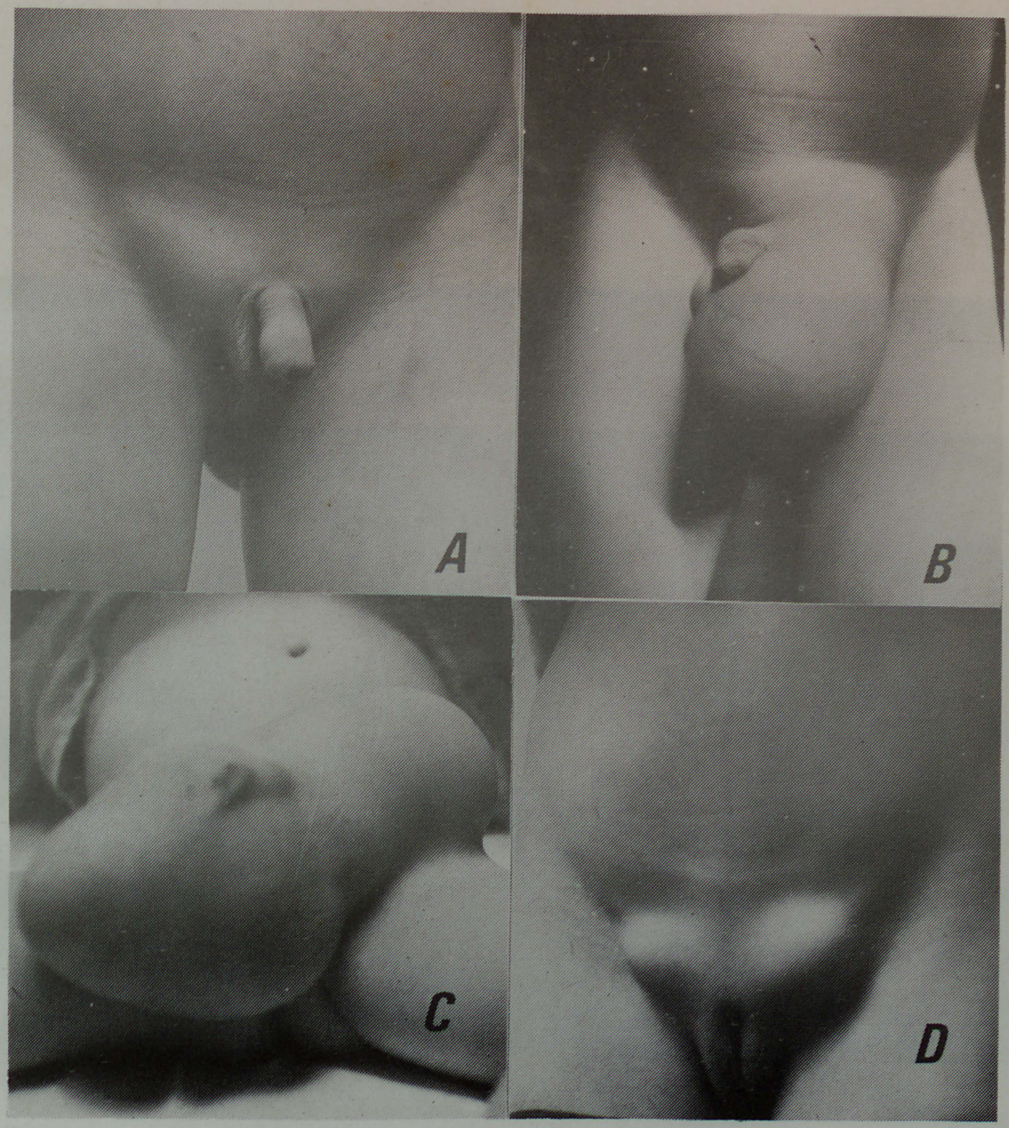


FIGURA 7/1: — Aspecto clínico determinado pela presença de hérnia, identificável no exame objetivo (inspecção) do trígono inguinal, no paciente pediátrico. Verificamos na documentação aqueles dados relativos à localização da patologia em estudo, relação da mesma com as bolsas escrotais e dimensões a que ela pode alcançar. Observamos: em A uma hérnia à D (paciente com 7 anos de idade); em B, volumosa hérnia à E com projeção escrotal (paciente com 6 anos de idade); em C, hérnia bilateral (paciente com 6 meses de idade) de grandes dimensões, interessando as bolsas escrotais e apresentando significativo comprometimento da parde anterolateral à E; finalmente, em D, hérnia bilateral, identificada numa menina com 8 anos de idade. Interessante é salientar, na oportunidade, que todos os casos acima documentados se referem a hérnia inguinal indireta — oblíqua externa — induzida pela persistência anormal do conduto peritoneovaginal (A, B e C) e pelo seu quivalente no sexo feminino — o conduto de NUCK (D).

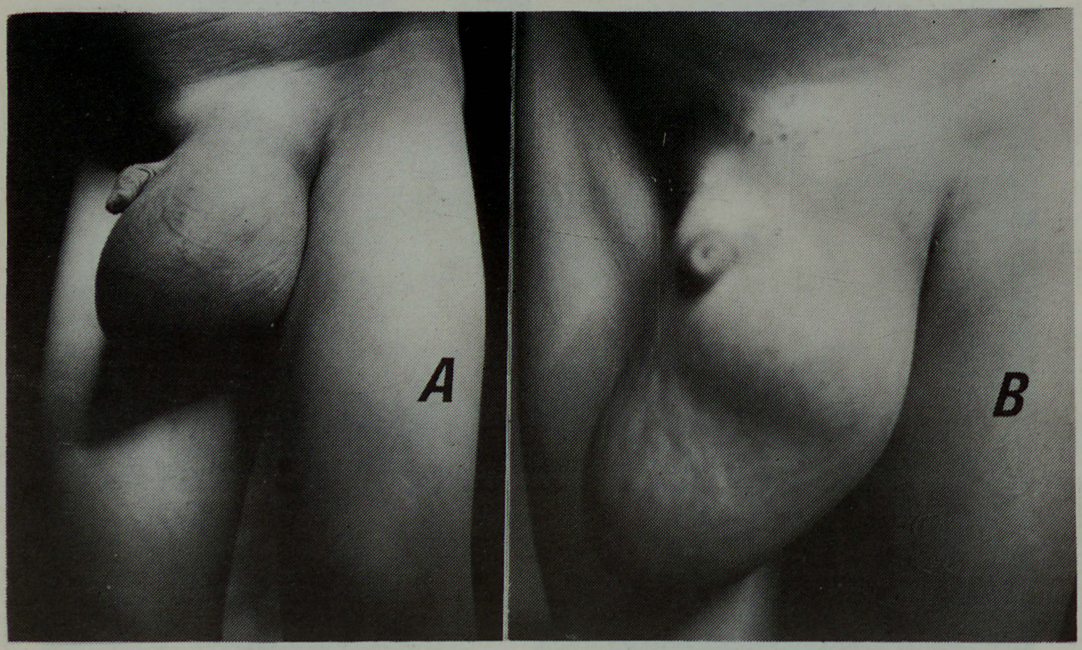


FIGURA 7/2: — Estudo clínico (inspecção) do trígono inguinal em dois pacientes — um pediátrico (A) com 8 anos de idade, portador de uma hérnia oblíqua externa (congênita) à E, e outro, adulto (B), 56 anos, apresentando uma hérnia direta (adquirida) também à E. Nesta documentação, procuramos enfatizar as dimensões que a patologia em estudo pode alcançar, sem que seus portadores ou responsáveis (abstraindo-se os fatôres representados pelos riscos potenciais a que estão sugeitos os mesmos e valorizando-se apenas aqueles relativos à distorção estética e ao desconforto pessoal que a dimensão dos casos em estudo induz) busquem o tratamento indicado para tais casos. É claro, por outro lado, que estando o gráu de comprometimento morfo/funcional da região diretamente relacionado com as dimensões apresentadas pela patologia, quando mais precoce for a determinação diagnóstica e quanto mais cedo acionada a terapêutica cirúrgica, melhores serão os resultados obtidos.



FIGURA 7/3: — Aspecto clínico (exame objetivo — inspecção) identificado em 4 pacientes adultos, portadores de hérnia adquirida ao nível da região inguinal. Verificamos: em A — hérnia bilateral direta, paciente com 38 anos de idade; em B e C — hérnia indireta à D (oblíqua externa), pacientes com 62 anos (B) e com 26 (C); finalmente, em D — hérnia de deslisamento encarcerada à D detectada num paciente com 64 anos de idade.

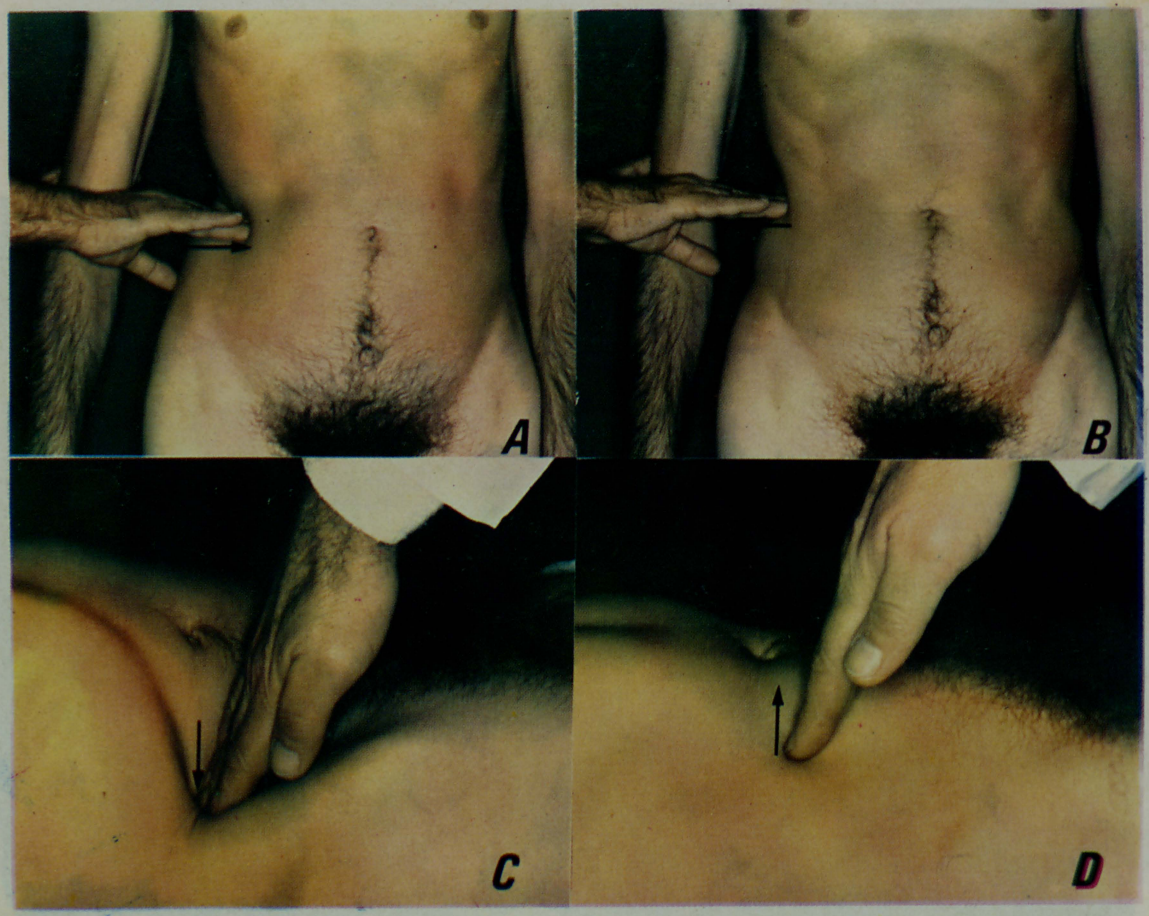


FIGURA 7/4: — Avaliação clínica do tonismo da massa muscular do gradeado da parede anterolateral pesquisada no paciente adulto, visando a determinar — de forma simples, através da palpação profunda — a reação da mesma ao aumento da pressão intra-abdominal. Verificamos em A (paciente de pé) e C (em decúbito dorsal) a compressão (setas) a ser efetuada pela mão que examina, ao nível do flanco, nos sentidos lateromedial (A) e ventrodorsal (C) com a parede descontraida; em B e D, a intensidade do afastamento da mão (setas), após a contração muscular. A adequada capacidade dos elementos musculares em afastar a mão confere ao examinador a medida da reação da parede. Embóra simples, este exame fornece ao cirurgião subsídios de valia para que o mesmo possa efetuar uma previsão sôbre a qualidade do resultado do esquema terapêutico a ser indicado para o paciente. Isto porque, como sabemos, a proteção funcional do trígono inguinal depende, diretamente, da capacidade da parede anterolateral em responder, de forma adequada, às variações da pressão intra-abdominal.

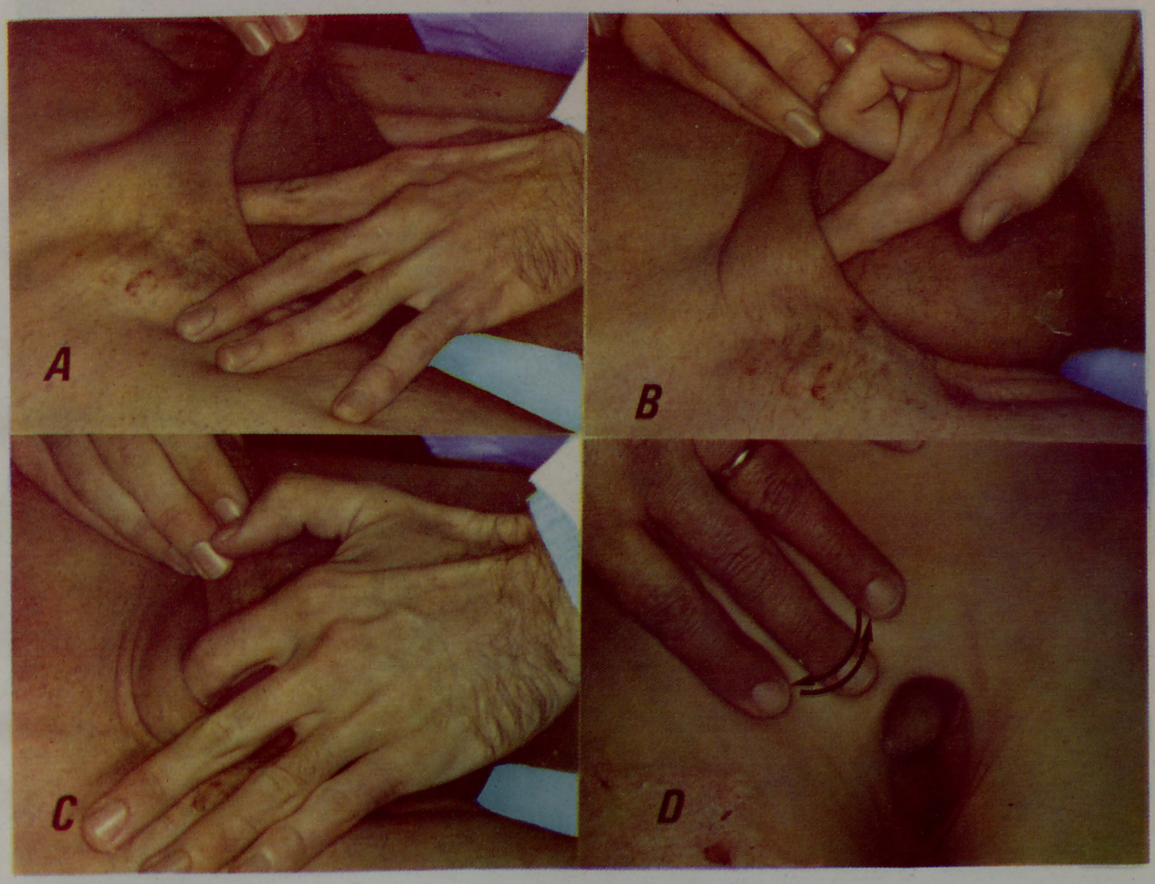


FIGURA 7/5: — Sistematização técnica do procedimento manual utilizado para o exame objetivo (palpação superficial e profunda) da região inguinal. Verificamos em A a posição das mãos para o exame; em B o estudo dos característicos morfológicos relativos à constituição e gráu de permeabilidade do anel inguinal subcutâneo, posição e característicos do funículo espermático e comportamento da aponeurose do m. oblíquo externo; em C, palpação dos elementos anatômicos que estruturam o plano profundo da região, a saber: arcada femoral, tendão conjunto (inserção distal dos mm. oblíquo interno e transverso), ligamento de COOPER e fosseta inguinal medial (quando existe hérnia, o trígono de HESSELBACH pode ser delimitado de forma clara, bem assim como valorizada a posição e consistência do fáscia transversalis); finalmente, em D, a pesquisa — no paciente pediátrico — do funículo espermático o qual, quando espessado, sugere a presença eventual de um conduto peritoneovaginal. Nestes casos, além do aumento da espessura do funículo, o deslisamento do 3º dedo sôbre o trajeto funicular (segundo a orientação indicada pelas setas) fornece ao examinador a sensação tátil semelhante àquele que se obtém friccionando entre os dedos dois fragmentos de seda entre sí.



FIGURA 7/6: — Estudo necroscópico efetuado numa paciente com 69 anos de idade,portadora de um quadro clínico compatível com o diagnóstico de abdome agudo por oclusão intestinal mecânica, no decorrer do qual foi detectada a existência de uma hérnia inguinal encarcerada à D. A ausência de uma avaliação clínica adequada impossibilitou a identificação e correta valorização do tumor inguinal de que a mesma éra portadora, o qual podia ser nitidamente visualizado no decorrer do estudo anatomopatológico. Na documentação, verificamos EM CIMA o segmento de alça ocluído — delimitado pelas setas (proximal e (distal) — ao nível do qual se pode constatar a intensidade do enfartamento hemorrágico da parede; EMBAIXO — após a abertura da luz ileal — o aspecto do conteúdo intraluminar no interior do segmento de alça (delimitado pelas setas) identificado dentro do saco herniário. Uma exploração clínica correta e uma judiciosa valorização da sintomatologia abdominal apresentada pela paciente quando de sua internação, certamente não levaria ao diagnóstico de obstrução por tumor efetuado pela equipe responsável pela internação, se a deformidad patológica assestada ao nível do trígono inguinal tivesse sido corretamente pesquisada.

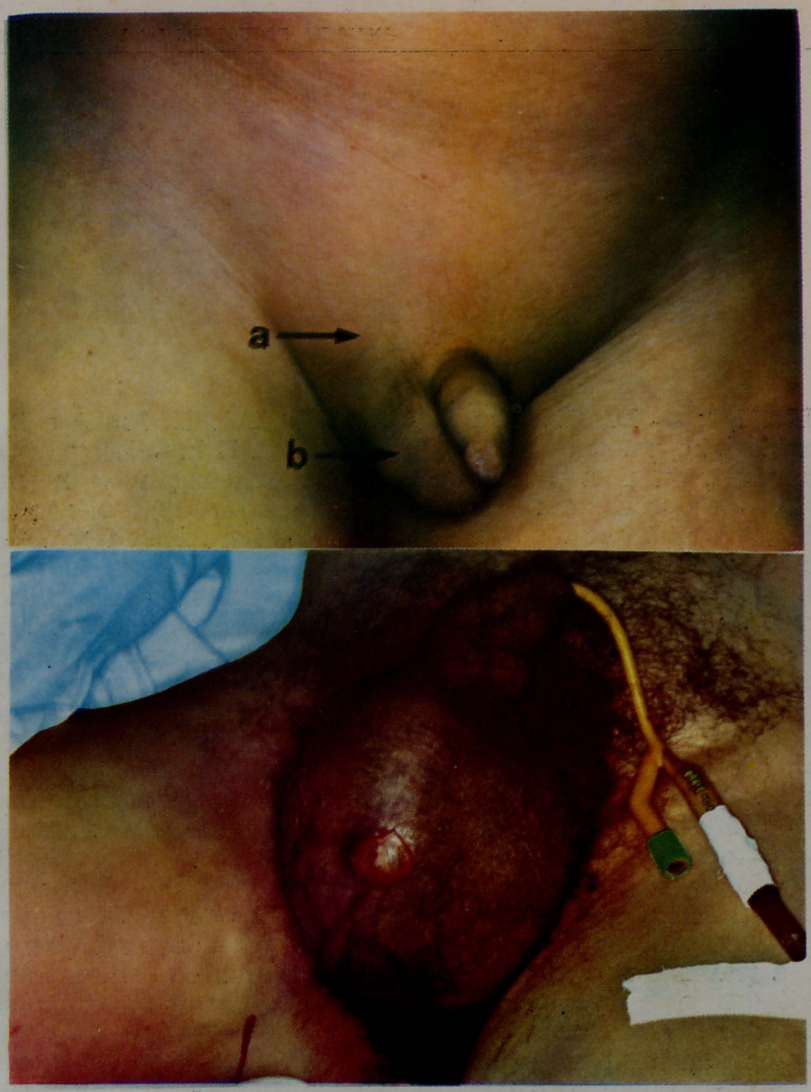


FIGURA 7/7: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. I: EM CIMA — Criptorquismo à D, patologia de localização inguino-escrotal, caracterizada pela ausencia (uni ou bilateral) do testículo na bolsa escrotal. A inspecção mostra hipoplasia da mesma (seta **b**) e a palpação profunda acusa a falta da glândula no seu interior podendo, entretanto, ser ela identificada em qualquer ponto do trajeto que normalmente efetua, desde o polo inferior do rim até a referida bolsa (na maioria dos casos — segundo a nossa experiência — a posição do testículo criptorquídico é mais frequentemente observada, na prática, ao nível do trígono inguinal, à partir do anel preperitoneal). No caso em estudo, o testículo encontra-se ao nível do anel inguinal subcutâneo (seta **a**). Devemos, na oportunidade, diferenciar Criptorquismo de Ectopia Testicular: nesta última, o testículo também encontra-se fora da bolsa escrotal, podendo ser encontrado, entretanto, em posicionamento anatomico diverso (períneo, trígono femoral, etc.) daquele que representa o seu trajeto ontogenético normal de descenso acima referido. EMBAIXO — Enfisema subcutâneo bilateral da bolsa escrotal, evidenciado em um paciente com 42 anos de idade, secundário à fraturas costais múltiplas bilaterais (politraumatizado). Nestes casos, o exame objetivo possibilita, através da palpação profunda, detectar a crepitação característica determinada pela presença do ár ao nível do conjuntivo subcutâneo.

FIGURA 7/8: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. II: Em A e B, Cisto de cordão à D, paciente com 2 anos de idade. Esta patologia pode ser determinada, ou pela persistência segmentar congênita anormal do conduto peritoneovaginal (como no caso em estudo) ou, ainda, pela coleção de líquido peritonial na luz de sacos herniários remanescentes (verificaveis naqueles pacientes nos quais o procedimento cirúrgico utilizado para a cura da hérnia de que eram portadores não efetuou, no decorrer do transoperatório, a exérese completa dos mesmos). Verificamos em A o aspecto fusiforme do cisto (seta **a**) extendendo-se desde o anel inguinal subcutâneo até o testículo (seta **b**) exclusive, do qual é êle fácilmente individualizável pela palpação profunda. A consistência e dimensões do cisto de cordão variam, subordinadas a intensidade e continuidade de produção de líquido peritoneal ao nível da sua luz, e dos movimentos contráteis do m. cremáster que o recobre. Seu aspecto anatômico não é influenciado pelo aumento da pressão intra-abdominal; em B — vista transoperatória do caso em estudo, aonde se pode verificar o aspecto do cisto e seu revestimento muscular. Em C — Hidrocele Bilateral, identificada em um paciente com 74 anos de idade. Caracterizada pela produção anormal de líquido peritoneal, pode outrossim, ser secundária a traumatismos, tumores, etc. As estatísticas demonstram que 25/30% dos casos de hidroceles agudas podem estar relacionados com Tu testicular. O aumento dimensional da bolsa escrotal tem posicionamento distal, geralmente não mantém relações com a parede abdominal ao nível do trígono inguinal (a não ser naqueles casos de hidroceles comunicantes — detectadas geralmente em pacientes portadores de ascite associada com a comunicação da serosa vaginal à cavidade abdominal, através de um conduto peritoneovaginal anormalmente presente). As dimensões da hidrocele não são afetadas pelo esfôrço muscular e, apenas nos casos de hidrocele comunicante, é que se observam variações relacionadas com o decúbito adotado pelo paciente, fato este que dificulta o diagnóstico diferencial com a hérnia. Finalmente, em D — Adenite Inguinal à D, representada pelo aumento dos gânglios inguinais do quadrante súperomedial (drenagem linfática da genitália externa), acusada em um paciente com 56 anos de idade, portador de Ca de pênis. No caso em estudo, a massa ganglionar sedia-se a nível do anel inguinal subcutâneo, está firmemente aderida aos planos profundos, e não é influenciada pelo aumento da pressão intra-abdominal. A pesquisa clínica cuidadosa da genitália externa (processos infecciosos, lesões cutâneas, tumores, etc.) fornece os subsídios fundamentais para o estabelecimento definitivo do diagnóstico diferencial entre a adenite inguinal e a hérnia.

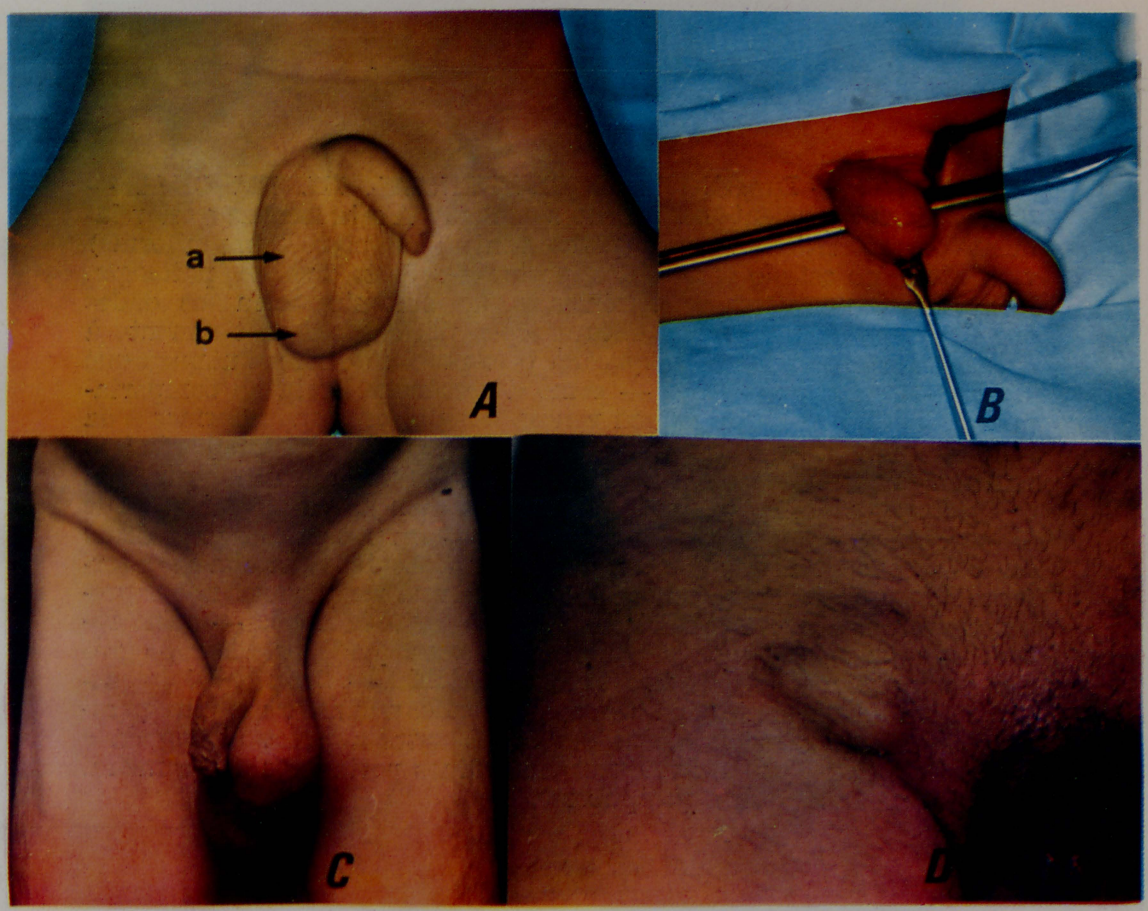

a
b
A
B
C
D

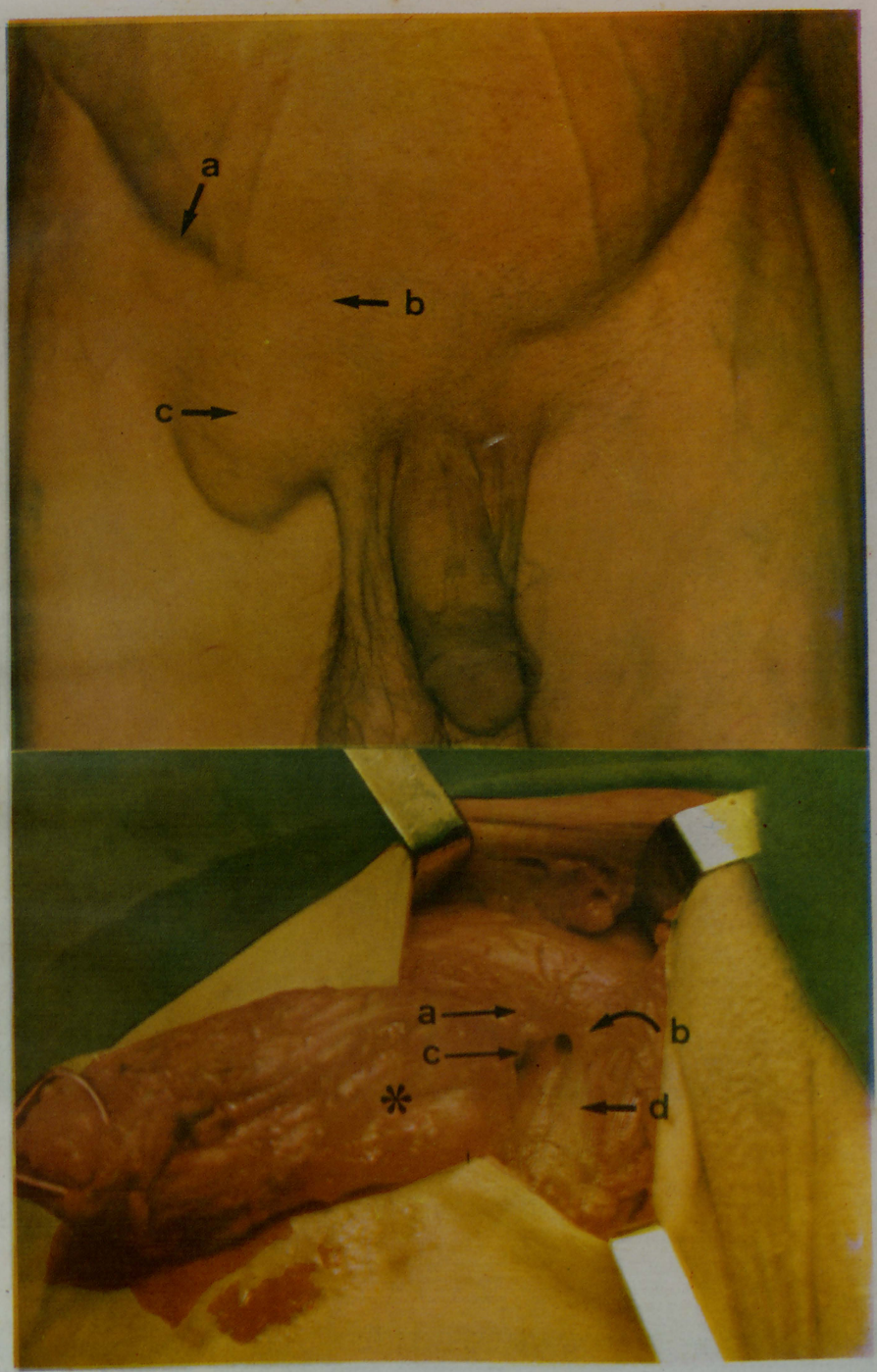
FIGURA 7/9: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. III. EM CIMA — **Varicocele**, à E, paciente com 13 anos de idade. A seta localiza o enovelamento característicc venoso (plano ventral do plexo pampiniforme) verificável no estudo clínico dos portadores deste tipo de patologia. Identificada na nossa experiência (que sintoniza com os dados que à respeito divulga a literatura especializada) sistemáticamente à É (localização preferencial explicada pelo problema hemodinâmico que se cria — em alguns casos — como decorrência direta do comportamento anatômico da drenagem venosa dos plexos pampiniformes e da veia espermática na veia renal E), aparece no decorrer da puberdade e tem tendência a desaparecer, fato que geralmente ocorre ao nível da 3ª decada da vida. Interessante é chamar a atenção para o fato de que o aparecimento agudo de uma varicocele — em pacientes acima de 40 anos — pode significar a existência de um obstáculo mecânico interferindo com a drenagem venosa ao nível da veia renal, sugerindo a presença eventual de um tumor renal. Nestes casos se impõe — como rotina — uma cuidadosa avaliação clínica e adequado estudo radiográfico para a elucidação do problema. EMBAIXO — **Orquite à D**, constatada em um paciente com 22 anos de idade, secundária a uma parotidite aguda. O relacionamento patológico entre a parotidite aguda e a orquite é fato identificável entre indivíduos portadores da primeira, situados na faixa etária postpuberal.



FIGURA 7/10: — DIAGNÓSTICO.DIFERENCIAL. IV: **Hérnia Femoral** — patologia da parede abdominal, representada pela migração de estruturas anatômicas para a raíz do membro inferior através do anel femoral, este tipo de hérnia é menos frequente do que a inguinal e identificável mais comumente no sexo feminino. O diagnóstico diferencial é efetuado — no exame clínico — pela posição do tumor herniário (base do trígono femoral) e pelos dados fornecidos por cuidadosa palpação profunda, a qual permite, com segurança, na maioria dos casos, determinar a posição do referido tumor abaixo da arcada. A documentação em análise divulga o caso de uma paciente com 34 anos de idade, portadora de um quadro clínico compatível com o diagnóstico de abdome agudo por oclusão ileal mecânica, na qual foi identificada (EM CIMA — seta) a presença da uma hérnia femoral irredutível à D. A documentação efetuada no decorrer do transoperatório (EMBAIXO) permite a identificação do anel inguinal subcutâneo (referido pela pinça de dissecação introduzida na sua luz), da arcada femoral (seta **a**) e do tumor herniário (seta **b**). **Observação:** o estudo transoperatório do conteúdo visceral intrassacular (alças ileais) demonstrou a presença de lesões irreversíveis do mesmo (hérnia estrangulada), sendo a ressecção do saco herniário e a reconstituição dos planos da parede ao nível da base do trígono femoral precedida pela exerese do segmento de alça situado no interior do saco herniário.


a
b

FIGURA 7/11: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. V: **Hérnia Femoral,** identificada em um paciente com 65 anos de idade, a qual determinou a instalação, no mesmo, de um quadro abdominal agudo sugestivo de oclusão intestinal mecânica (hérnia encarcerada). Observamos EM CIMA a posição do tumor herniário (seta **c**) ao nível da base do trígono femoral, abaixo da arcada (seta **a**) e sem manter conexões com o anel inguinal subcutâneo (seta **b**). EMBAIXO a documentação transoperatória, na qual podemos identificar a arcada femoral (seta **a**), o ligamento de GIMBERNAT (seta **b**), o limite medial do anel femoral — constituido pela margem lateral do referido ligamento (seta **c**), o m. pectíneo (seta **d**) e o saco herniário (*), no seu posicionamento característico: exteriorizando-se pelo anel femoral e localizando-se ventromedialmente aos vasos femorais. **Observação:** Para a correção cirúrgica deste tipo de hérnia, adotamos sistematicamente a via de acesso femoral, dentro da sistematização técnica seguinte: incisão cutânea transversa (paralela à arcada) ao nível da base do trígono femoral; 2. — identificação do saco herniário e seu isolamento; 3. — secção do ligamento de GIMBERNAT desde o anel femoral até o ligamento de COOPER; 4. — abertura do saco herniário, redução de seu conteúdo e exérese do mesmo; 5. — reconstituição do anel femoral, através da fixação do ligamento de GIMBERNAT e da aponeurose do m. pectíneo (categute simples enfiado 2-0) ao ligamento de COOPER, tomando medidas adequadas para conferir ao anel femoral um diâmetro que não interfira no fluxo sangüineo a nível da luz dos vasos femorais; 6. — síntese dos planos superficiais e da pele.


a
b
c
a
c
b
*
d

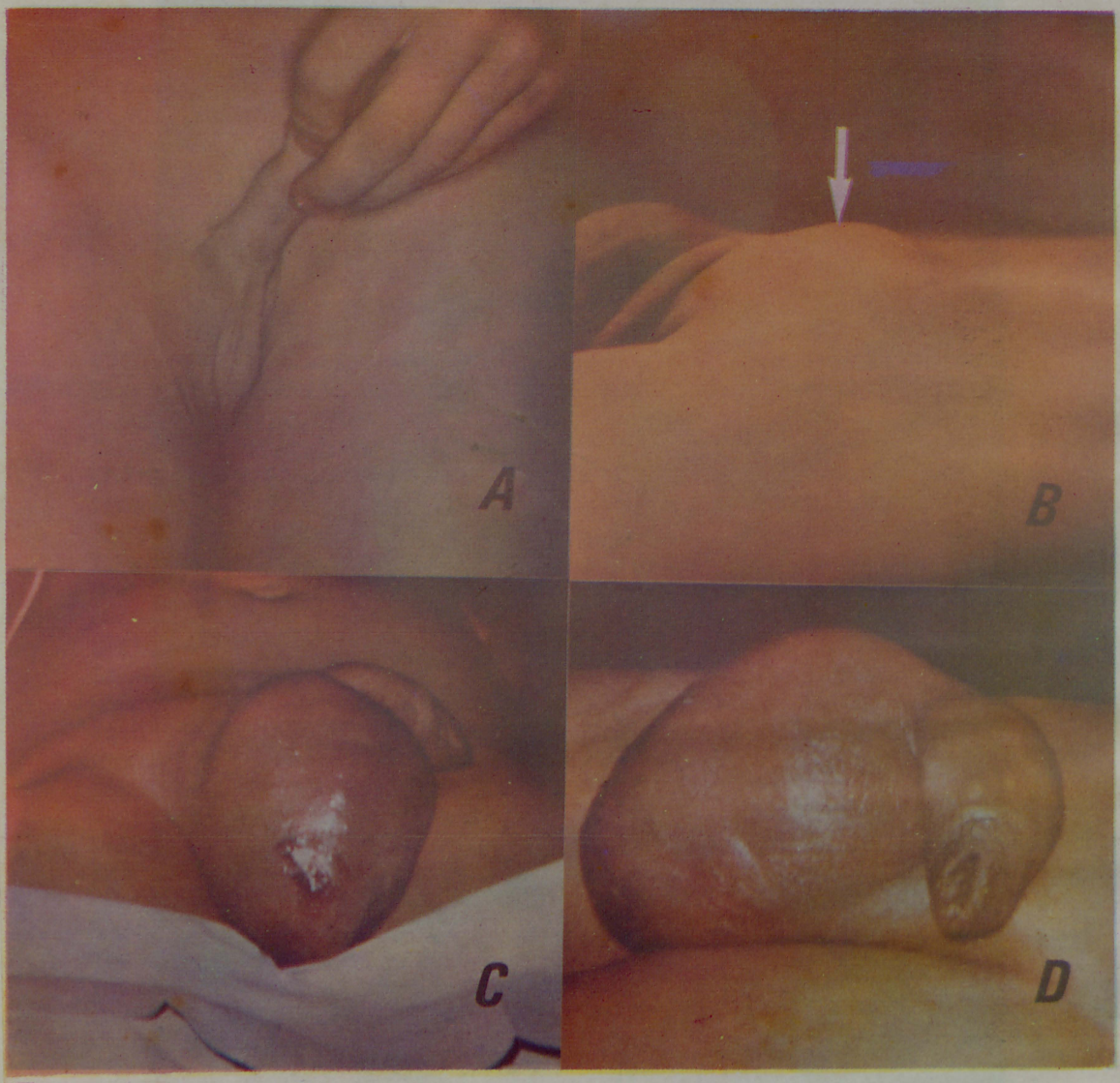


FIGURA 7/12: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. VI: Verificamos, em A, Criptorquismo bilateral — paciente com 12 anos de idade; em B, Ectopia testicular (testículo D com localização suprapública — seta) — paciente com 25 anos de idade; C e D, infiltração aguda de urina ao nível da bolsa escrotal (mais significativa à D), secundária à rotura da uretra bulbar, quando da retirada de uma sonda vesical — paciente com 64 anos de idade, portador de bexiga neurogênica (Documentação B e C/D, gentileza do **Dr. João Alfredo Zoppas**).



FIGURA 7/13: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. VII: Observamos, em A, Hidrocele bilateral associada a um tumor benigno (lipoma) à D — paciente com 50 anos de idade; em B, extensa necrose + aumento de volume da bolsa escrotal à E, secundária a um extravasamento de urina determinado pela rotura da uretra bulbar, ao nível de uma estenose post-gonocócica — paciente com 40 anos; em C, tumor benigno (lipoma) na bolsa escrotal à E — paciente com 60 anos de idade; finalmente, em D, Varicocele à E — paciente com 22 anos de idade (casuística do **Dr. João Alfredo Zoppas**).

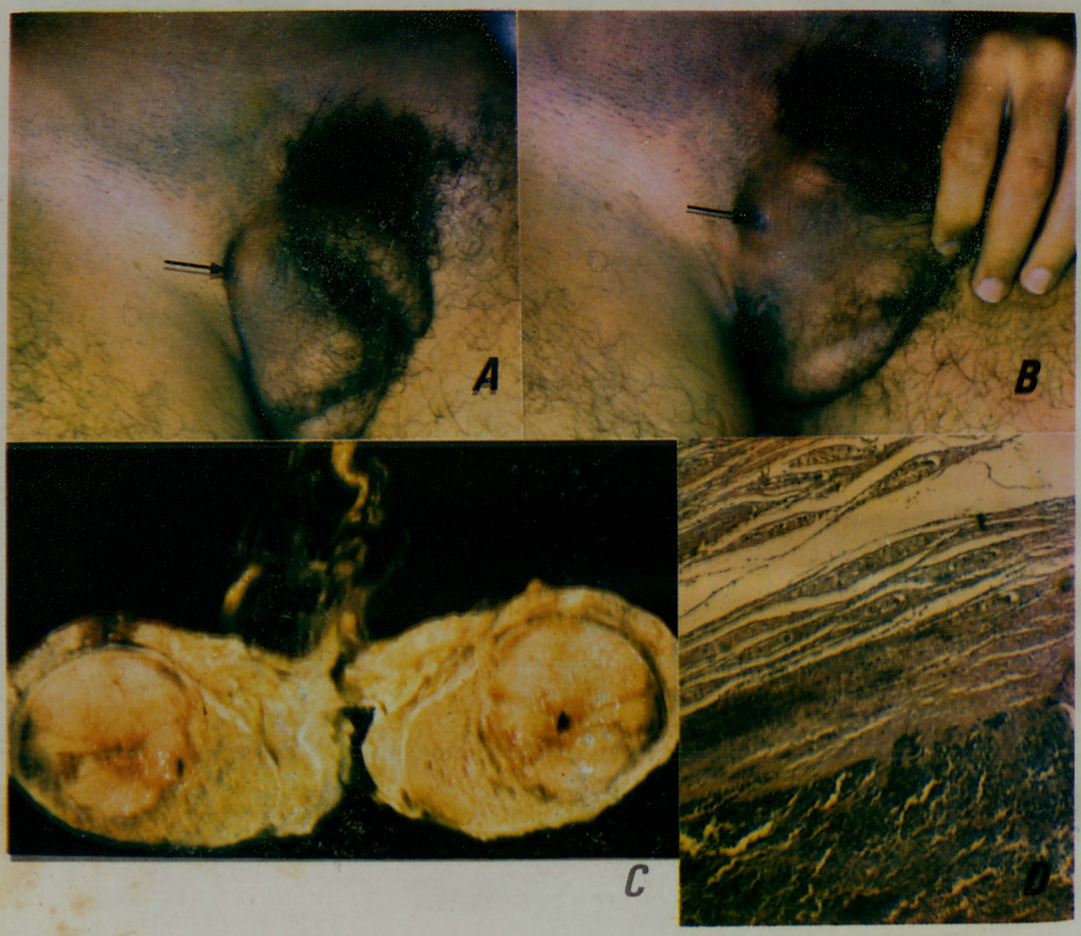


FIGURA 7/14: — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. VIII: Em A e B (setas) — abcesso de bolsa escrotal, identificado em um paciente com 21 anos de idade; em C e D — estudo anatomopatológico correspondente a um caso de metástase de carcinoma pulmonar indiferenciado em testículo, paciente com 48 anos de idade. À **Macroscopia** (C), o corte evidencia o tumor metastático bem circunscrito. Ao exame **Microscópico** (D), observa-se, na base da fotomicrografia, o tecido neoplásico comprimindo parcialmente os túbulos seminíferos (Estudo anatomopatológico: **Prof. Hugo B. Haase**).



FIGURA 7/15: — PATOLOGIA ASSOCIADA. I. Um dos fatores anatômicos responsabilizável pela gênese do criptorquismo (ao lado dos vasos espermáticos curtos e do m. cremáster hipertônico) é a persistência do conduto peritonevaginal (hérnia inguinal), identificável em todos aqueles casos nos quais o testículo criptorquídico encontra-se localizado ao nível do trajeto inguinal (desde o anel inguinal pré-peritonial, até o subcutâneo) — posicionamento testicular este mais freqüentemente identificado na prática médica diária. Na documentação, observamos em A (estudo clínico) e B (transoperatório) o caso de um paciente pediátrico com 12 anos de idade, portador de criptorquismo bilateral (A) no qual a correção cirúrgica do mencionado defeito congênito à E (B) permite a identificação do saco herniário (*) associado ao testículo criptorquídico (★); em C identificamos em um paciente com 3 meses de idade — portador de hérnia inguinal bilateral (operado em outro serviço) a presença associada de volumosa hérnia epigástrica e de uma agenesia parcial das fibras musculares da hemicúpula diafragmática à E (detectada ao exame radiológico).



FIGURA 7/16: — PATOLOGIA ASSOCIADA. II. Observamos em A um caso de exstrofia vesical (paciente com 20 dias de vida), disembrioplasia considerada por muitos AA. como sendo um estágio bastante avançado de epispádia, e que se caracteriza por malformações associadas ao nível da parede abdominal inferior (criptorquismo, hérnia inguinal, etc.) determinada, provavelmente, pelo afastamento anormal dos tubérculos genitais, os quais se estruturariam caudalmente muito afastados do proctódio; em B, paciente com 15 dias de vida, portador de hérnia inguinal bilateral, associada a malformações do SNC, dos membros inferiores e do tubo digestivo — esta última representada por uma atresia duodenal, identificada pelo estudo radiográfico contrastado (C e D).

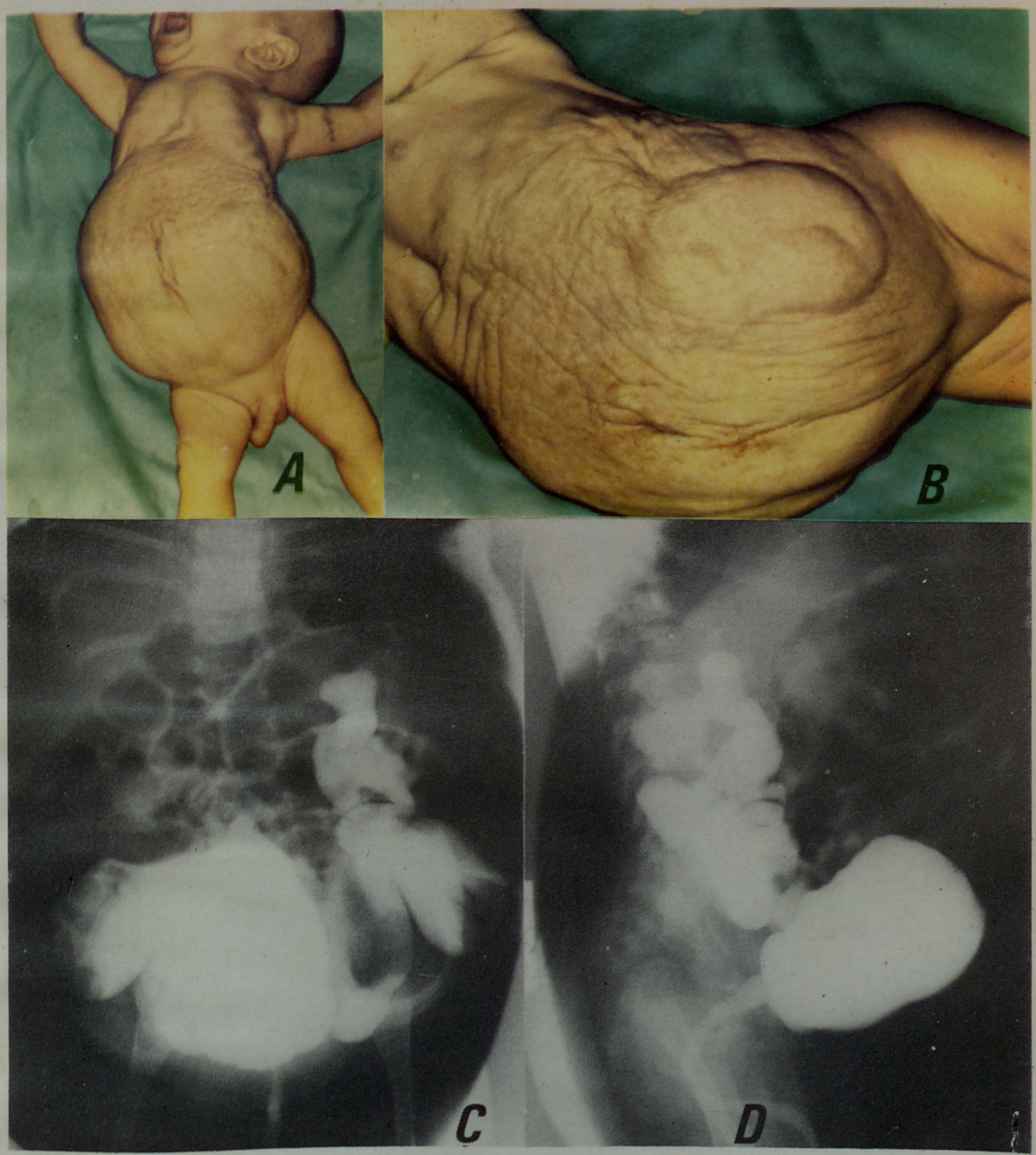
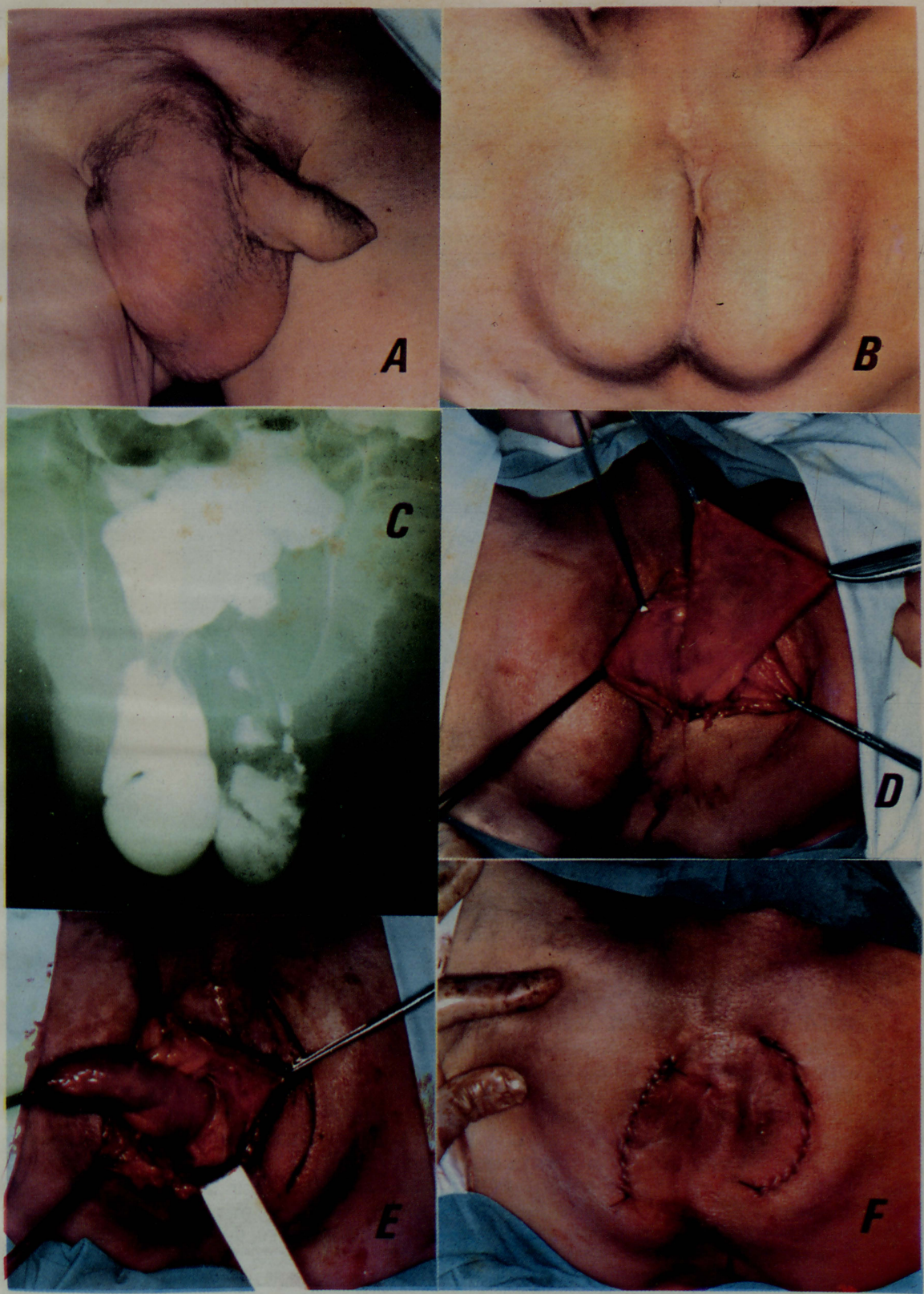


FIGURA 7/17: — PATOLOGIA ASSOCIADA. III. Paciente com 2 meses de idade, apresentando diversas malformações localizadas ao nível das paredes abdominais ventral e anterolateral (agenesia muscular). do sistema urinário (megaloureteres secundários a refluxo vesico-ureteral) e criptorquismo bilateral, associadas a hérnia inguinal (naqueles casos nos quais o testículo criptorquidico se localiza na intimidade do trajeto inguinal).

FIGURA 7/18: — PATOLOGIA ASSOCIADA IV. Ocorrência rara identificável ao nível da parede abdominal, representada pela presença de hérnia perineal bilateral em associação com hérnia inguinal, detectada em um paciente com 75 anos de idade. Verificamos na sequencia: A — a hérnia inguinal à D de que era portador o paciente; B — saliencias perineais correspondentes as duas hérnias; C — documentação radiográfica contrastada demonstrando a migração de alças ileal (à E) e colônica (à D), através do assoalho perineal; D — liberação completa do saco herniário relativo à hérnia perineal à E; E — segmento colônico responsável pela estruturação da hérnia à D (tipo de deslisamento); finalmente, F — aspecto final após a reconstituição do plano cutâneo. Evolução s/p. (Paciente do Dr. Antonio Jader Brodbeck).


A
B
C
D
E
F

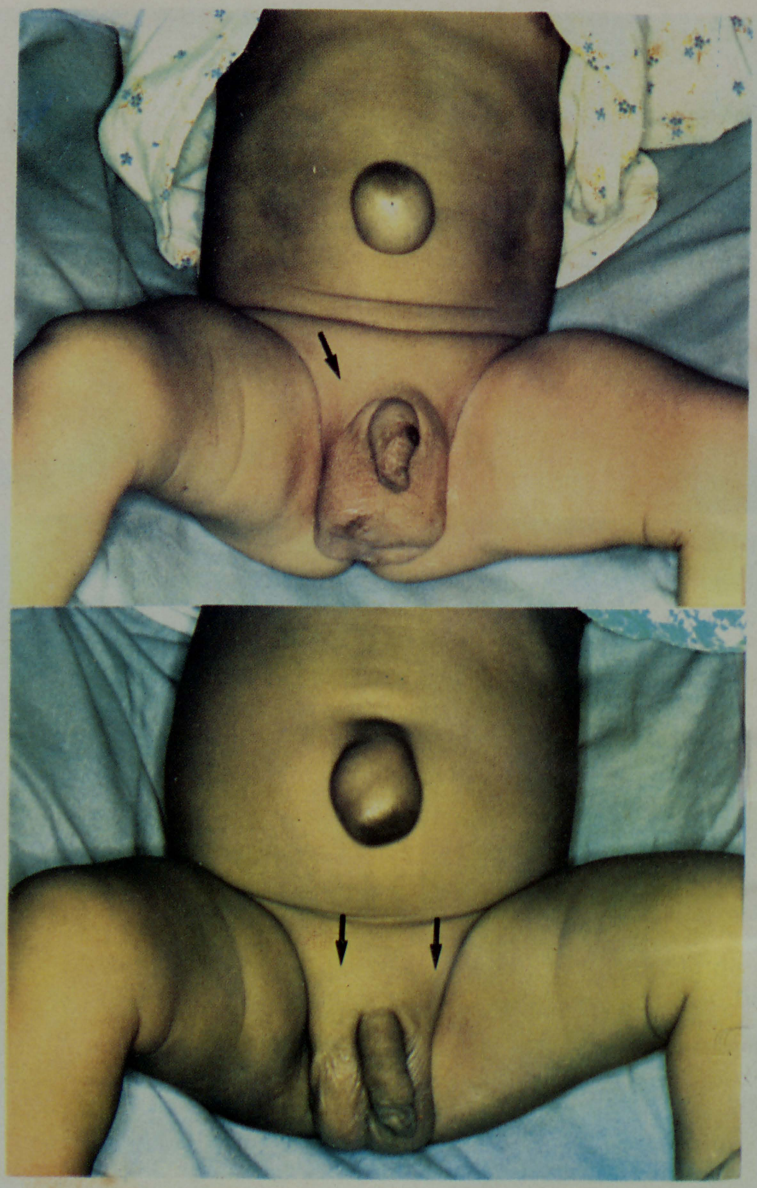


FIGURA 7/19: — PATOLOGIA ASSOCIADA. V. Documentação utilizada para divulgar uma patologia que — com bastante frequencia, principalmente ao nível do paciente pediátrico — é identificável em associação com a hérnia inguinal: **a hérnia umbelical.** Observamos EM CIMA — paciente com 2 meses de idade — portador de uma hérnia umbelical + hérnia inguinal à D (seta); EMBAIXO — lactente com 3 meses de vida — apresentando hérnia umbelical + hérnia inguinal bilateral (setas). Interessante é salientar na oportunidade, que a ausência — à observação — de uma evidência clínica significativa das hérnias inguinais associadas nos dois paciente em estudo, decorre do fato de que a presença da hérnia umbelical diminui a influência da pressão intra-abdominal sôbre o Trígono Inguinal. O exame objetivo permitiu identificar-se, entretanto, de forma nítida, a presensa do conduto peritoneo-vaginal anormalmente permeável em ambos os casos, fato confirmado no decorrer do transoperatório.