

10 de Outubro de 2007.

Professor Abrantes.

### Cirurgia das hérnias

Hérnia corresponde à saída de um órgão ou de uma estrutura de uma cavidade para outra.

A hérnia pode ser congênita ou adquirida.

A hérnia é responsável por dor. Assim, crianças com hérnia congênita choram bastante.

A indicação cirúrgica deve ser feita sempre que a hérnia for diagnosticada, exceto se for um recém-nascido. Ou seja, somente se houver outros fatores (recém-nascido de baixo peso, etc) posterga-se a cirurgia.

Nas cirurgias de hérnias, fecham-se os pertuitos pelos quais os órgãos passam.

Existem diferenças no tratamento de hérnias numa criança e num adulto. A hérnia no adulto normalmente ocorre por mecanismo de peso.

### **Cirurgia das hérnias**

#### ➤ **Definição**

#### ➤ **Tipos mais comuns de hérnias**

O tipo mais comum de hérnia a inguinal (hérnia da parede abdominal). Outro tipo comum é a hérnia umbilical (comum na gestante). Além disso, existem as hérnias epigástricas.

#### ➤ **Tipos especiais de hérnias**

Hérnia diafragmática, hérnia hiatal, cistocele (queda da bexiga para cavidade vaginal), meningomielocele, onfalocele, hérnia de disco (atualmente, hérnia de disco não é sinônimo de cirurgia porque o resultado não é muito bom; há um recidiva muito grande da hérnia). O sufixo cele pode ser utilizado para hérnias especiais.

#### ➤ **Classificação das hérnias**

Podem ser congênitas ou adquiridas.

#### ➤ **Mecanismos de formação**

As hérnias inguinais são mais comuns nos homens do que nas mulheres.

Os testículos se formam na região retrolombar e migram para a região inguinal.

#### ➤ **Tratamentos diversos**

#### ➤ **Resultados**

#### ➤ **Complicações**

**Parede abdominal:** inguinal, umbilical, incisional.

**Parede pélvica:** cistocele e retocele.

**Tipos especiais:** hérnia de disco; meningomielocele, hérnia do hiato esofágico, hérnia diafragmática, hérnia interna.

### **Classificação**

#### **Congênita**

**Adquirida:** esforço físico, pós-operatória.

Hérnias em indivíduos jovens (20 anos) frequentemente não estão relacionadas ao esforço. São hérnias pequenas congênitas que cresceram com o tempo.

### **Hérnia inguinal indireta**

Mecanismo de formação: persistência do conduto peritônio-vaginal.

Na cavidade abdominal há o líquido peritônio que permite que as alças deslizem umas sobre as outras. Se o espaço estiver aberto e o líquido descer para a cavidade testicular, forma-se uma hidrocele.

DD entre hidrocele e hérnia: uso da lanterna.

### **Anatomia da parede abdominal anterior**

Pele → tecido subcutâneo → aponeurose → músculo → peritônio → cavidade.

Fáscia transversalis → parede posterior do triângulo de Hasselbach.

A aponeurose (sua junção) é um tecido resistente utilizado nas cirurgias de hérnias.

Observar vasos epigástricos inferiores.

O funículo espermático é revestido por uma camada muscular fina (cremaster – músculo levantador do testículo).

O testículo desce acompanhando o funículo espermático. Assim, em relação aos vasos epigástricos inferiores, os testículos passam lateralmente. Hérnia inguinal indireta é aquela que passa lateralmente aos vasos epigástricos inferiores.

A hérnia direta passa medialmente aos vasos epigástricos inferiores. Assim, hérnia inguinal direta não vai até a bolsa escrotal. É uma hérnia mais superior.

Ligamento inguinal ou de Poupart é um prolongamento da fáscia do oblíquo externo. Este ligamento é extremamente importante no tratamento da parede posterior.

A hérnia mais freqüente na mulher é a femoral (ou crural). Os vasos femorais participam do mecanismo de formação. A hérnia femoral passa mais atrás do funículo espermático. A mulher possui a bacia maior.

## Tratamento

### Tempos da hernioplastia

Pele → Subcutâneo → Aponeurose do oblíquo externo → Oblíquo interno → Saco herniário acompanha o funículo espermático (hérnia inguinal indireta) e orifício inguinal externo.

Disseca-se o saco herniário até o orifício de saída dele. Faz-se uma ligadura alta do saco herniário (na criança a cirurgia termina aqui).

Alguns cirurgiões não abrem o saco herniário (entraria-se na cavidade abdominal).

Outros abrem.

A seguir, o cirurgião fecha a aponeurose do oblíquo externo, tecido subcutâneo e pele.

No adulto faz-se o reforço da parede posterior. A técnica mais freqüente é a de Bassini (trazer a aponeurose até o ligamento inguinal). A seguir juntam-se as fáscias. Quando a cirurgia termina o funículo está abaixo da aponeurose.

Além da técnica de Bassini, existem outras técnicas:

Na técnica de Andrews (técnica do jaquetão), o funículo fica acima da aponeurose do oblíquo externo. Os tempos são iguais, só altera-se o fechamento da parede posterior. A fáscia do oblíquo externo não se junta ao ligamento inguinal.

A técnica de McVay é para tratar a hérnia femoral (principalmente em mulheres).

O tratamento da hérnia direta:

Pode ser feito ressecando ou, o que é mais freqüente, empurra a hérnia com seu conteúdo para dentro e fecha.

### Diferenças de tratamento

Crianças: Ligadura alta do saco herniário.

Adultos: Ligadura + reforço da parede posterior.

### Complicações

**Hérnia encarcerada:** a hérnia sai, mas não volta. Ela pode evoluir para a hérnia estrangulada. A diferença é que a hérnia encarcerada não apresenta comprometimento vascular. Na hérnia encarcerada pode haver dificuldade de retorno venoso. Assim, pode-se gerar um edema. Este edema aumenta a alça de tamanho que permite a isquemia (compressão arterial), momento em que a hérnia passa a ser estrangulada.

**Hérnia estrangulada:** envolve comprometimento vascular.

A hérnia incisional corresponde à eventração.

### Hérnia paraesofágiana

Os DX tem aumentado com o uso mais pronunciado da EDA.

A obesidade contribui para “empurrar” o estômago para cima. Se a abertura for razoável faz-se uma hérnia hiatal e a consequência é uma esofagite.

Hiatoplastia (fechar o hiato) é a mais simples de se fazer, mas não traz resultado satisfatório a longo prazo.

Outra alternativa é funduplicatura a Nissen na qual empurra-se o estômago e o sutura “envolva do esôfago”. Essa técnica pode levar a uma estenose esofágica resultando em dificuldade de deglutição.

Atualmente faz uma funduplicatura parcial (a Lind) que diminui a possibilidade de ter estreitamento.

### **Hérnias diafragmáticas**

Mais freqüentes à esquerda porque não possuem proteção do fígado.

Também pode ser congênita (aparece no PO imediato. A criança nasce bem, bom UPGAR. Em seguida, passa a manifestar a SAR. O RX de tórax mostra a hérnia, e o paciente deve ser operado imediatamente. Fecha-se o pertuito) ou adquirida (muito freqüente em acidente automobilístico. A compressão pode romper o diafragma).