

HÉRNIAS EM GERAL

REVISÃO DIDÁTICA

ARY LEX *

Hérnia é a saída de um órgão, através de uma abertura, congênita ou adquirida, da parede em torno da cavidade que o contém. Dentro desse conceito amplo, temos a considerar não só as hérnias que se exteriorizam através de aberturas da parede abdominal, como também as hérnias de disco vertebral, as meningoceles, as hérnias do pulmão através da parede torácica e outras.

Mais restritamente, definiríamos hérnia como um estado patológico, em virtude do qual alguns órgãos da cavidade abdominal podem sair da mesma, através de um ponto fraco da parede, natural ou adquirido, sendo conservada a integridade do peritônio e da pele. Vemos, assim, que se excluem do conceito de hérnia as saídas de vísceras através de rotura da pele e do peritônio, como acontece nas eviscerações traumáticas ou pós-operatórias. Por outro lado, a definição engloba as eventrações abdominais pós-operatórias ou hérnias incisionais, em que há integridade da pele e formação de saco peritonal. Antigamente, para designar os vários tipos de hérnias, recorria-se ao sufixo "cele" posposto ao nome da víscera encerrada na hérnia. Exemplos: enterocele (hérnia intestinal), onfalocele (hérnia umbilical), meningocele (hérnia das meninges), cistocele (hérnia da bexiga). Só alguns desses termos são ainda usados.

CLASSIFICAÇÃO

a) Segundo o *local* em que se encontram: inguinais, crurais, umbilicais, diafragmáticas, paramedianas, epigástricas, lombares ou de Petit, obturadoras, perineais, etc.^{11, 13}

b) Segundo a *etiologia*: congênitas, adquiridas e pós-operatórias.

c) Conforme a *reduzibilidade*: redutíveis, encarceradas e estranguladas.

d) Conforme a *evolução*: simples e complicadas.

e) Conforme o *conteúdo*: hérnias do intestino delgado, hérnias do intestino grosso, hérnias da bexiga, hérnias gástricas, etc.

Assistente da 1ª Clínica Cirúrgica (Prof. Alípio Correia Netto) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BASE ANATÔMICA

É a região inguino-abdominal um triângulo, limitado medialmente pelo bordo externo do músculo reto do abdome, em baixo pela prega inguinal e, em cima, por uma linha que une as duas espinhas ilíacas anteriores e superiores. Encontramos nessa região as seguintes camadas, indo da superfície para a profundidade: pele, subcutâneo, músculos, fascia transversalis e seus reforços, e peritônio.

1. *Pele* — É móvel em toda a região, exceto na prega inguinal, onde é fixa. As linhas de força são oblíquas para baixo e para dentro.

2. *Subcutâneo* — Constitui-se de dois folhetos nitidos: fascia de Camper, superficial, de aspecto areolar, e fascia de Scarpa, mais profunda e de aspecto lamelar.

3. *Músculos* — Oblíquo externo ou grande oblíquo, oblíquo interno ou pequeno oblíquo, cremaster e transverso do abdome. O primeiro apresenta na região apenas sua aponeurose, com três feixes: a) superiores, que são horizontais e formam a bainha anterior do músculo reto, terminando na linha alba; b) médios, que descem ao púbis, formando os dois pilares do anel inguinal externo (pilar superior ou interno e pilar inferior ou externo); além desses dois, em pequena percentagem dos casos (1 a 3%, segundo os autores), há o pilar posterior, ou ligamento inguinal reflexo, que atravessa a linha mediana e se insere na borda superior do púbis; c) inferiores, que vão formar a arcada inguinal ou ligamento de Poupart; no extremo medial deste, algumas fibras se refletem para trás, em forma de foice, e se inserem no púbis: é o ligamento de Gimbernat.

O músculo pequeno oblíquo ocupa apenas parte da região. Suas fibras mais caudais a atravessam obliquamente para baixo e para dentro, indo inserir-se na linha alba; às vezes, se inserem também no púbis, deixando espaço muito estreito entre o bordo inferior do músculo e a arcada inguinal. Todavia, com certa frequência, as fibras não descem tanto e deixam um espaço fraco, o triângulo de Hessert. Esse triângulo praticamente se superpõe ao espaço de Hesselbach, descrito pelos anatomistas, cujos limites são os seguintes: bordo inferior do pequeno oblíquo, bordo externo do reto, arcada e, no vértice, artéria epigástrica. Nos casos de inserção alta do pequeno oblíquo, o triângulo de Hessert é grande e nele não há reforço muscular. São esses os casos em que há predisposição à hérnia direta.

O cremaster começa junto ao bordo inferior do pequeno oblíquo e se dirige ao escroto. Segundo alguns autores, é ele formado por fibras do pequeno oblíquo; para outros, é independente, recebendo do pequeno oblíquo apenas fibras de reforço.

O músculo transverso do abdome fica abaixo do pequeno oblíquo e se insere, por sua aponeurose, na bainha do reto. Só em 3% dos casos, segundo Anson e McVay¹, desce até o púbis. Os anatomistas clássicos descreveram como tendão conjunto uma fusão da aponeurose do transversos com as fibras mais caudais do pequeno oblíquo. Estudos recentes⁴ demonstraram que a designação é inexata, pois não se trata de tendão. Além do mais, não há fusão e sim simples superposição das estruturas.

4. *Fascia transversalis* — Na região inguinal, há duas fasciae transversales: uma celulosa, que é a mesma existente em todo o abdome, entre o peritônio e os músculos; outra, peculiar à região inguinal, muito mais forte, que constitui a verdadeira parede posterior do canal inguinal, a fascia transversalis fibrosa. Esta fascia apresenta alguns reforços, formando, medialmente, o ligamento de Henle ou foice inguinal e, junto ao anel inguinal interno, o ligamento de Hesselbach.

5. *Peritônio* — Observemos o peritônio da região, pelo lado da grande cavidade abdominal. Notamos aí três pregas peritoneais, que são determinadas: lateralmente, pela artéria epigástrica; no meio, pelo trajeto oblíquo da artéria umbilical obliterada (ligamento umbilical lateral); na linha mediana, pelo úraco obliterado, o qual vai da bexiga à cicatriz umbilical. Para fora da artéria epigástrica, temos a fosseta inguinal externa; entre ela e o ligamento umbilical lateral, a fosseta média; e entre o ligamento lateral e o úraco, a fosseta interna. Voltaremos a focalizar estas fossetas quando estudarmos os tipos de hérnias inguinais.

Canal inguinal — Vai do anel inguinal interno, ou abdominal, até o anel inguinal externo, ou subcutâneo. O primeiro está pouco acima do terço médio do ligamento de Poupart; o externo, adiante da porção lateral do púbis. A parede anterior do canal inguinal é formada pela pele, fascias de Camper e Scarpa e aponeurose do grande oblíquo. No terço externo do canal, há ainda, na parede anterior, as fibras do pequeno oblíquo. A parede posterior do canal é formada, em toda a extensão, pela fascia transversalis fibrosa. Essa parede posterior é mais fraca na sua porção externa do que na interna. (Estas noções serão de grande valia quando estudarmos a etiologia das hérnias inguinais). A parede superior do canal é formada pelas fibras arqueadas do pequeno oblíquo e bordo inferior do transverso, isto é, pelo assim chamado tendão conjunto. A parede inferior é constituída pela arcada inguinal e, mais medialmente, pelo ligamento de Gimbernat.

O anel inguinal interno está situado em um ponto equidistante entre a espinha iliaca ântero-superior e a sínfise púbica, cêrca de 6 a 12 mm acima da arcada. Dá passagem, no homem, ao cordão espermático e, na mulher, ao ligamento redondo. A fascia transversalis envia, em tórno do cordão, um prolongamento, a túnica fibrosa comum, sôbre o qual caminham os ramos genitais dos nervos iliopogástrico, iliinguinal e genitocrural.

O anel inguinal externo não é bem um anel e sim uma fenda triangular, limitada, aos lados, pelos pilares interno e externo e, em baixo, pela crista do púbis. No vértice do triângulo, onde os dois pilares se encontram, correm as fibras arciformes.

Anel crural — A arcada inguinal ou ligamento de Poupart, indo, em forma de ponte, do ílio ao púbis, limita com êsses ossos uma fenda vertical. Êsse espaço em forma de fenda está dividido, pela bandeleta iliopectínea, em duas partes: o espaço muscular e o vascular. O primeiro é preenchido pelo músculo psoas-iliaco, que desce da pélvis à coxa, nêle passando também o nervo femoral. Pelo espaço vascular passam a artéria femoral por

fora, e a veia femoral, por dentro. O resto do espaço vascular é ocupado pelo gânglio de Cloquet e por tecido conjuntivo frouxo, denominado tabique crural.

A parte medial do espaço vascular, denominada anel crural interno, é por onde o peritônio proemina, formando, nos casos de fraqueza, a hérnia crural. Abaixo do anel crural, caímos em um espaço onde estão os vasos femorais, revestido por aponeuroses: atrás, a fascia ileopectínea, que reveste o músculo pectíneo; na frente, a fascia lata, que começa ao longo de toda a arcada inguinal. Na fossa oval, o folheto anterior é adelgado e com inúmeros orifícios: é a fascia cribrosa, atravessada pelos ramos da artéria e veia femorais.

HÉRNIAS INGUINAIS

INCIDÊNCIA

a) *Sexo* — As hérnias inguinais são mais freqüentes nos homens do que nas mulheres, na proporção de 3:1, segundo a maioria dos autores. Essa disparidade é determinada por dois fatores: o trabalho mais pesado executado pelos homens e a persistência mais freqüente do conduto peritôniovaginal, como veremos ao tratar da etiopatogenia das hérnias.

No período de janeiro 1951 a setembro 1960, foram atendidos, no Hospital das Clínicas (HC), 2.605 casos de hérnias inguinais, segundo dados fornecidos pelo Serviço de Documentação Médica desse Hospital. Dêstes 2.605 casos, 2.323 eram do sexo masculino (89,18%) e apenas 282 eram do sexo feminino (10,82%). Em nossa casuística, portanto, a relação foi de 9:1, sendo a freqüência da hérnia inguinal no homem cerca de três vezes maior do que aquela referida pela maioria dos autores. Nossa impressão é de que a incidência total na população em geral não obedece a tão grande desproporção. Vários fatores fizeram com que os homens portadores de hérnias buscassem, com maior insistência, o Hospital das Clínicas para operação: maior interferência com seus tipos de trabalho; exames médicos nas várias indústrias e casas comerciais, obrigando os portadores de hérnias, mesmo assintomáticas, a se operar; crescimento mais rápido do tumor herniário; preocupação dos jovens com possível interferência na função sexual, etc.

b) *Idade* — No primeiro ano de vida, quase tôdas as hérnias são oblíquas externas, sendo duas vezes mais freqüentes no menino do que na menina. Tanto a direta como a oblíqua externa são mais freqüentes nas 2ª e 3ª décadas da vida.

Na 3ª Cirurgia de Homens da Santa Casa (SC), onde funcionava a 1ª Clínica Cirúrgica da Faculdade, num período de 4 anos, foram operados 403 portadores de hérnias inguinais. Todos eram do sexo masculino e maiores de 12 anos. A distribuição etária foi a seguinte: de 11 a 20 anos, 91 casos (22,6%); de 21 a 30 anos, 112 casos (27,8%); de 31 a 40 anos, 72 casos (17,9%); de 41 a 50 anos, 62 casos (15,4%); de 51 a 60 anos, 49 casos (12,1%); mais de 60 anos, 17 casos (4,2%).

No Hospital das Clínicas, num período de 10 anos (1951 a 1960), tivemos a seguinte distribuição: 0 a 10 anos, 450 casos (17,2%); 11 a 20 anos, 317 casos (12,1%); 21 a 30 anos, 447 casos (17,1%); 31 a 40 anos, 324 casos (12,4%); 41 a 50 anos, 340 casos (13,0%); 51 a 60 anos, 355 casos (13,6%); 61 a 70 anos, 263 casos (10,1%); 71 a 80 anos, 89 casos (3,4%); 81 a 90 anos, 19 casos (0,7%); 91 a 100 anos, 1 caso (0,04%).

Comparando-se essas duas estatísticas, temos: a — incidência semelhante nas pessoas com menos de 30 anos (46,4% na estatística do HC e 50,4% na da SC); b — leve predomínio no período dos 30 a 60 anos no grupo da SC (45,4%) sobre o HC (39,0%); c — evidente predomínio dos maiores de 61 anos no grupo do HC (14,2%) sobre o da SC (4,2%); os progressos enormes no campo da anestesia e do pré e pós-operatório permitiram, no Hospital das Clínicas, que se indicasse operação a um número de pessoas idosas muito maior do que acontecia antes.

c) *Tipos de hérnias* — As hérnias oblíquas externas são mais frequentes que as diretas, tanto nos homens como nas mulheres. Nestas, a diferença em favor das oblíquas externas é muito maior, pois as hérnias diretas são raras no sexo feminino.

Des 403 casos de hérnias inguinais em homens que referimos, 275 (68,2%) correspondiam a hérnias oblíquas externas e 128 (31,8%) a diretas. Já na estatística do HC, que engloba casos dos dois sexos, a predominância das oblíquas externas é bem maior: dos 1.149 casos em que se refere o tipo da hérnia, 945 eram de oblíquas externas (81,8%) e apenas 204 de hérnias diretas (18,2%).

Quanto ao lado em que surge a hérnia, na estatística da Santa Casa temos os seguintes dados: a) oblíquas externas: 56,7% à direita, 31,3% à esquerda e 12,0% bilaterais; b) diretas: 40,6% à direita, 32,2% à esquerda e 27,2% bilaterais. Quanto à maior freqüência à direita, nossos dados concordam com os de vários autores estrangeiros. Quanto à incidência das hérnias bilaterais, não. Várias estatísticas que compulsamos referem serem mais frequentes as hérnias oblíquas externas bilaterais do que as diretas bilaterais. Pinus²⁰ e Sparkman²⁴ encontraram freqüência de hérnias bilaterais na infância muito maior do que se podia prever. Recomendam, por isso, a exploração cirúrgica bilateral nas crianças, quando se diagnostica hérnia inguinal só num lado.

CLASSIFICAÇÃO

Há três tipos de hérnias inguinais: oblíqua externa, direta e oblíqua interna (fig. 1). Na primeira, o saco herniário penetra no canal inguinal através do orifício interno, portanto para fora da artéria epigástrica. Nas hérnias pequenas, o saco não atinge o anel inguinal externo, ficando dentro do canal inguinal. Mais freqüentemente, costuma ultrapassá-lo, abaulando a parede a esse nível, ou pode mesmo descer até o escroto (hérnias inguinoscrotais). Nesta eventualidade, a hérnia pode atingir volumes enormes, como o de uma cabeça de criança.

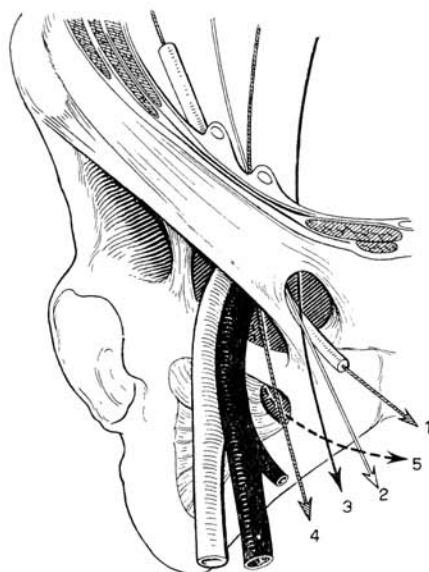


Fig. 1 — Trajetos dos vários tipos de hérnias: 1, hérnia inguinal oblíqua externa (intrafunicular); 2, hérnia inguinal direta; 3, hérnia inguinal oblíqua interna; 4, hérnia crural; 5, hérnia obturadora.

A hérnia inguinal direta evidencia-se por um abaulamento da fascia transversalis, no triângulo de Hessert, portanto para dentro da artéria epigástrica. Quando atinge maior volume, a fascia vai-se rompendo e o saco peritoneal pode ultrapassar o anel inguinal externo, mas raramente desce ao escroto. Esta hérnia se caracteriza por apresentar sempre colo largo, sendo ainda muito mais freqüente nos adultos. Observando-se pelo lado da cavidade abdominal (fig. 2), verifica-se que as hérnias externas se exteriorizam pela fosseta inguinal externa, que, como vimos, fica por fora da artéria epigástrica. As hérnias diretas exteriorizam-se pela fosseta inguinal média, limitada pela artéria epigástrica e pelo relêvo da artéria umbilical obliterada. Como vimos, mais medialmente, entre esta e o úraco, fica situada a pequena fosseta inguinal interna; é por aí que se exteriorizam as hérnias inguiniais oblíquas internas. São raríssimas e por isso não têm para nós o menor interesse. No período de 23 anos (1937 a 1960) jamais foi encontrada uma hérnia desse tipo na 1ª Clínica Cirúrgica do HC.

Assinalamos ainda a existência de hérnia mista, oblíqua externa e direta, ao mesmo tempo. Encontramos dois sacos herniários, separados pelos vasos epigástricos, ou então um abaulamento único, no meio do qual correm esses vasos. É óbvio que o tratamento cirúrgico desse tipo de hérnia é muito mais difícil, sendo geralmente necessário ligar os vasos epigástricos para podermos tratar o saco e reforçar a parede.

Além desses tipos, é mister citar um tipo especial, o das hérnias por escorregamento ou deslizamento, em que as vísceras, geralmente ceco ascendente ou sigmóideo, são revestidas por peritônio em um só lado, sendo

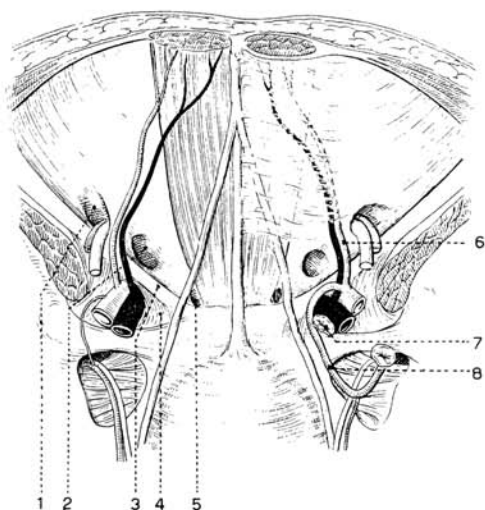


Fig. 2 — Parede abdominal anterior, vista pela sua face peritoneal: 1, fosseta inguinal externa; 2, fosseta inguinal média; 3, arcada crural; 4, ligamento de Gimbernat; 5, fosseta inguinal interna; 6, artéria e veia epigástricas; 7, saco de uma hérnia crural (seccionado); 8, vaso anômalo, nascendo da artéria ilíaca externa, e formando a artéria obturadora. (Note-se que ele passa sôbre o ligamento de Gimbernat).

implantadas por larga base. Chegam elas à região inguinoscrotal pelo relaxamento de seus meios de fixação, deslizando ao longo da parede posterior da região inguinal. Como consequência, na parede anterior da hérnia encontramos pele, subcutâneo e peritônio, recobrendo as alças delgadas contidas na cavidade herniária, enquanto a parede posterior é constituída pelo intestino que deslizou (fig. 3).

Há hérnias inguinais de crescimento bizarro, como no caso das intraparietais, em que o saco e seu conteúdo não acompanham o cordão espermático, mas caminham pelo subcutâneo da região inguinal ou pré-vesical¹³.

ETIOLOGIA

Devemos considerar, na etiologia das hérnias inguinais, as causas predisponentes e as desencadeantes¹⁰. As causas predisponentes são representadas por fraquezas, geralmente congênitas, da região inguinal. As desencadeantes consistem nos esforços violentos que, agindo sôbre o local enfraquecido, levam ao aparecimento do saco herniário.

O problema varia, conforme se trate de hérnia oblíqua externa ou direta, e por isso as estudaremos em separado.

Como sabemos da embriologia, os testículos formam-se nas regiões lombares, junto aos rins. Note-se que são irrigados pelas artérias espermáticas, ramos da aorta, as quais nascem próximo das artérias renais. Entre o 6.º e o 7.º mês de vida intra-uterina, os testículos descem ao longo da

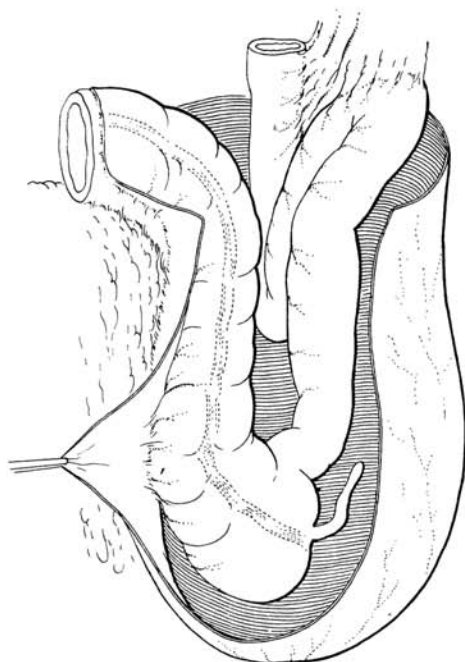


Fig. 3 — Hérnia por escorregamento.

parede posterior do abdome e atravessam o anel inguinal interno, trazendo consigo um fundo de saco peritoneal, denominado conduto peritoniovaginal⁴. A fascia transversalis forma a túnica fibrosa comum do cordão. No 9.^o mês os testículos estão alojados no escroto.

Geralmente o conduto peritoniovaginal se oblitera no 1.^o mês de vida, desde o anel inguinal externo até próximo do testículo. A parte do peritônio que envolve o testículo permanece, formando a túnica vaginal. A obliteração faz-se, de início, por quatro estreitamentos e depois torna-se completa. Quando não se dá o fechamento do conduto, há a possibilidade de, pela pressão intra-abdominal, penetrarem alças no seu interior, formando-se, assim, a hérnia inguinal oblíqua externa (fig. 4). Assinale-se, contudo, que a simples permanência do conduto não implica, forçosamente, no aparecimento de hérnia. É preciso que surja o elemento desencadeante, isto é, contrações violentas da parede abdominal, durante a tosse, espirro, choro ou esforços físicos intensos.

Havendo persistência do conduto entre dois estreitamentos, pode formar-se no local uma coleção líquida: é a hidrocele septada, ou cisto do cordão.

Na mulher, durante o período embrionário, forma-se o conduto de Nuck, cuja persistência pode dar lugar à hérnia inguinal oblíqua externa.

Na etiologia das hérnias inguiniais oblíquas externas, podemos dizer que o fator congênito representa 90% e o fator desencadeante apenas 10%. Já

nas hérnias diretas, o contrário acontece, sendo, por isso, chamadas hérnias de esforço. Nelas, a predisposição consiste na existência de grande triângulo de Hessert, por haver inserção alta dos músculos pequeno oblíquo e transverso e ser a fascia transversalis muito delgada. Os esforços continuados da parede vão progressivamente abaulando a fascia transversalis, formando-se, assim, um saco de colo largo que se evidencia por dentro dos vasos epigástricos. Cresce fora da fibrosa comum, pois é extrafunicular. Depois que êle atinge certo volume, a fascia vai-se rompendo e o saco passa a ser constituído só de peritônio.

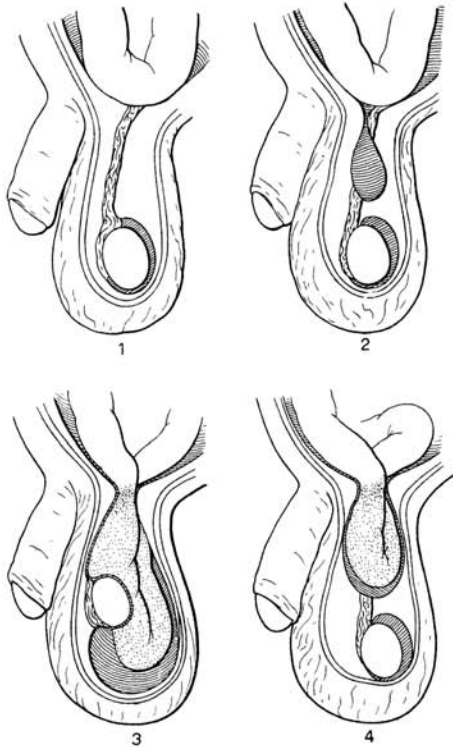


Fig. 4 — Várias modalidades de persistência do conduto peritonio vaginal: 1, conduto fechado, sem hérnia; 2, saco herniário pequeno, não contendo alças; 3, hérnia inguinoscrotal, estando o conduto em continuação com a cavidade vaginal (hérnia congênita); 4, hérnia inguinal oblíqua externa do adulto.

DIAGNÓSTICO

A hérnia inguinal é diagnosticada pela anamnese e principalmente pelo exame físico local.

Anamnese — Algumas vèzes o paciente relata que, ao fazer esforço brusco, sentiu um “estalo” na região inguinal e, logo a seguir, percebeu o aparecimento da tumoração. Outros pacientes não referem terem sen-

tido dor ou sensação de rotura, mas terem encontrado casualmente a saliência junto ao púbis.

Com o tempo, a tumoração vai aumentando de volume, podendo ou não atingir o escroto. No início, desaparece em repouso e só surge aos esforços; posteriormente, ela persiste mesmo em repouso, sendo necessário reduzi-la com manobras manuais. Podem surgir dores ou sensação molesta de pêso no local, irradiadas às vêzes para o abdome.

Quando penetram alças no interior do saco herniário, há tração sôbre o meso e podem aparecer náuseas e vômitos.

Exame físico — a) Inspeção: as pequenas hérnias situam-se na região inguinal, junto ao púbis, abaulando a pele da região e assumindo aspecto globoso. Quando se manda o paciente fazer um esforço, percebe-se que a tumoração aumenta nitidamente de tamanho.

Nas pessoas gordas, as hérnias inguinais pequenas podem não ser visíveis, percebendo-se apenas à palpação. As grandes hérnias invadem também o escroto e tomam praticamente tôda a região inguinal.

b) Palpação: É de grande valor, permitindo verificar: 1 — Consistência da tumoração (flácida, elástica, etc.); 2 — Conteúdo: as alças são reveladas pelo ruído hidraéreo (gargarêjo); 3 — Redutibilidade pelas manobras manuais; 4 — Exploração do canal inguinal: deprimimos, com o indicador, a pele do escroto a uns 2 cm abaixo da espinha do púbis e buscamos o anel inguinal externo; pesquisamos os pilares e vemos se são flácidos ou tensos; verificamos se o anel é permeável apenas à ponta do dedo ou se o dedo nêle penetra com folga; mantendo o dedo introduzido no canal inguinal, mandamos que o paciente contraia os músculos do abdome (geralmente ordenamos que sobre fortemente sôbre o dorso da mão direita); quando há hérnia oblíqua externa, o saco herniário empurra a ponta do dedo e o envolve; nas hérnias diretas, sentimos o impulso sôbre o lado do dedo; 5 — Nunca esquecer de palpar, cuidadosamente, os elementos do cordão, pesquisando possível varicocele e quistos do cordão. Verificar ainda o aspecto e a sensibilidade do testículo e do epidídimo.

c) Percussão: Som timpânico, quando houver alças na hérnia; maciço, em caso contrário.

d) Ausculta: Ouvem-se ruídos hidraéreos nas hérnias que apresentam alças intestinais.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As pequenas hérnias podem ser confundidas com gânglios inguinais enfiados, cistos do cordão, aneurismas da femoral ou com tumores benignos (lipomas, fibromas, neurinomas). O exame cuidadoso da região, principalmente do anel inguinal, permite a fácil diferenciação.

As grandes hérnias inguinoscrotais devem ser distinguidas das hidroceles e do linfedema do escroto, da infiltração urinosa das bôlsas e dos tumores do testículo e epidídimo. Distinguem-se da hidrocele vaginal volumosa

por não ser esta redutível por manobras manuais, apresentar sinal do piparote e apresentar-se translúcida nas provas da transluminação. Nas outras afecções citadas, é possível facilmente distinguí-las das hérnias através do exame. Em todas elas não há redutibilidade, não há alargamento do anel e encontramos outros dados que não existem nas hérnias (espessamento e infiltração da pele no linfedema, e tumor sem conexão com a região inguinal, nos casos de tumores do testículo ou epidídimo).

Importante, porém nem sempre fácil, é fazer o diagnóstico diferencial entre hérnia inguinal direta e oblíqua externa. Os principais elementos que permitem a diferenciação são os seguintes:

Hérnia direta — 1) Redução espontânea mais rápida; 2) quase nunca desce ao escroto; 3) mais freqüente além dos 30 anos de idade; 4) localiza-se próximo ao tubérculo púbico, mais medialmente que a oblíqua externa; 5) pode ser bilateral, mais freqüentemente que a oblíqua externa; 6) a tumoração é sentida na borda do dedo explorador; 7) raramente estrangulam.

Hérnia oblíqua externa — 1) Redução espontânea lenta, às vezes só com o auxílio manual; 2) pode descer ao escroto; 3) mais freqüente em crianças e jovens; 4) localiza-se sobre o canal inguinal, mais lateralmente que a direta; 5) freqüentemente bilateral nas crianças e unilateral nos adultos; 6) choque na ponta do dedo, ao explorar o anel inguinal; 7) estrangulamento freqüente.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

As hérnias, uma vez surgidas, crescem progressivamente. O aumento de volume é mais ou menos lento, segundo a fraqueza da região, os esforços normalmente executados pelo paciente, a idade, o sexo e os cuidados tomados. Logicamente, nos trabalhadores braçais o crescimento da hérnia é mais rápido, tornando-se ela, em breve, impedimento ao trabalho. Na mulher, raramente atinge grandes volumes. Nos velhos, graças à fragilidade dos músculos, aponeuroses e ligamentos, a hérnia pode alcançar proporções enormes, sendo de difícil correção.

Hérnias estranguladas — Devemos fazer distinção entre hérnias encarceradas e estranguladas. Nas primeiras, não conseguimos sua redução, geralmente por estarem as alças ou o epíplon fortemente presos às paredes do saco, mas não há perturbações circulatórias nas alças nem interrupção do trânsito intestinal. O colo geralmente é largo e não comprime as alças. Não exigem tais hérnias tratamento cirúrgico de urgência. Algumas hérnias podem sofrer encarceramento temporário, sendo reduzidas com o repouso e manobras manuais.

Nas hérnias estranguladas, as alças se distendem e não se reduzem porque a alça eferente não pode esvaziar-se, em virtude da compressão e edema ao nível do colo do saco herniário^{8, 13}. Como consequência, surgem perturbações circulatórias nas alças aprisionadas, levando-as à gangrena. Há proliferação de germes, perfuração da alça e abscesso dentro do saco; êste pode romper-se na pele ou propagar-se à cavidade peritoneal, dando

peritonite generalizada e fístula estercoral. A trombose do meso comprimido pode propagar-se e haver necrose de segmentos de alça intra-abdominais.

A sintomatologia das hérnias estranguladas é habitualmente rica e multiforme. O paciente acusa dores violentas, irradiadas para o abdome, em virtude da distensão do meso. Surgem náuseas, vômitos, febre, sudorese, fraqueza, hipotensão arterial, lipotimia, distensão abdominal e parada da eliminação de gases. Quando o conteúdo da hérnia inclui parte da bexiga, há disúria, polaciúria e, às vêzes, hematúria.

Ao exame local, encontramos a tumoração distendida, dura, com a pele quente, rubra e tensa. Qualquer manobra tentando reduzir o conteúdo provoca fortes dores. Não conseguimos introduzir o dedo no anel inguinal, pois o paciente acusa dores e o conteúdo enche todo o saco herniário. A ausculta do abdome revela desaparecimento dos ruídos intestinais.

Quando a alça entra em necrose, superajuntam-se os sinais de toxemia. Havendo perfuração e peritonite, encontra-se defesa muscular, ausência de peristaltismo, distensão abdominal, timpanismo, dor à descompressão brusca e, às vêzes, pneumoperitônio.

TRATAMENTO

Devemos acentuar, antes de mais nada, que o tratamento das hérnias inguinais é exclusivamente cirúrgico. São desaconselhados, por inúteis e prejudiciais, os tratamentos por meio de injeções esclerosantes, processos fisioterápicos ou naturísticos.

Caberia dúvida apenas quanto à indicação cirúrgica nas hérnias inguinais em crianças com menos de 2 anos. A conduta, em nosso Serviço, tem sido operar sempre, mesmo durante o primeiro ano de vida, pois o fechamento espontâneo do conduto peritoniovaginal não se dá, como supunham os autores antigos. Aquelas crianças em que aparentemente o conduto se havia fechado, vêm a apresentar hérnia desde que iniciem os esforços.

A técnica cirúrgica das hérnias apresenta bases importantes, que a nenhum cirurgião geral é lícito ignorar. Há, por outro lado, pormenores de tática, que variam conforme as escolas, o caso a ser operado e a habilidade do cirurgião.

Na operação de uma hérnia inguinal, temos os seguintes tempos: incisão da pele e do subcutâneo, abertura do canal inguinal, libertação do saco, tratamento de seu conteúdo, tratamento do saco, reforço da parede e oclusão da ferida.

1) *Incisão da pele e do subcutâneo* — A incisão de herniorrafia se faz na bissetriz do ângulo formado pela arcada inguinal e bordo lateral do músculo reto do abdome, ou um pouco mais oblíqua, paralelamente à arcada; conforme o tamanho da hérnia e as condições individuais, variará a extensão de 12 a 18 cm, terminando sempre a incisão na altura da espinha do púbis. Nas hérnias bilaterais, recomendam certos autores que se faça uma só incisão, levemente côncava para cima; na 1ª Clínica Cirúrgica,

êsse processo não é adotado. A incisão abrange pele e subcutâneo e secciona os vasos da região, os quais são pinçados e ligados com categute 0-0.

2) *Abertura do canal inguinal* — Exposta a aponeurose do grande oblíquo, é ela aberta com bisturi, na direção de suas fibras, a cerca de 2 cm para dentro da arcada. Abre-se o anel inguinal externo na altura das fibras arciformes, isto é, no vértice da fenda. Descolam-se os bordos medial e lateral da aponeurose, expondo-se a arcada, o cordão espermático e os músculos pequeno oblíquo e transverso. Se se tratar de hérnia direta, encontraremos abaulamento da fascia transversalis. As grandes hérnias oblíquas externas distendem o cordão e praticamente tomam todo o campo cirúrgico. As pequenas, para serem vistas, precisam ser pesquisadas no meio do cordão, após têmos aberto a túnica fibrosa comum. O saco herniário é reconhecido pelo seu aspecto esbranquiçado e brilhante.

3) *Libertação do saco herniário* — O saco deve ser libertado dissecando-se entre êle e os tecidos circunvizinhos, que não devem ser lesados; cuidados especiais devem ser tomados com o deferente e os vasos do cordão espermático. Nas hérnias diretas, o descolamento do saco é bem mais fácil, porque, como vimos, elas são extrafuniculares; nas hérnias inguinais das crianças ou dos jovens, as paredes do saco, muito delgadas, são perfuradas com facilidade. Ao isolar o saco das veias do cordão, quando estas são perfuradas, devemos fazer hemostasia cuidadosa, a fim de serem evitados os hematomas pós-operatórios; infectam-se com freqüência, determinam supurações, responsáveis por numerosas recidivas. O saco deve ser isolado até acima de seu colo.

4) *Tratamento do conteúdo do saco herniário* — O conteúdo mais freqüente é constituído de alças delgadas e epíploon; nas grandes hérnias, é comum o epíploon achar-se aderido à parede interna do saco; deverá ser ressecado, seccionando-se sempre entre duas pinças; não havendo aderências, repô-lo simplesmente na cavidade abdominal. Nas hérnias estranguladas e mesmo nas outras, jamais reduzir o conteúdo do saco antes de abri-lo e examinar a viabilidade das alças nêle contidas.

As alças que apresentarem aderências entre si e a parede do saco devem ser cuidadosamente libertadas, evitando-se lesão de sua parede. Pode surgir uma dificuldade, nas hérnias enormes, cujas vísceras perderam o "direito de residência" na cavidade abdominal; sendo sua reintrodução absolutamente impossível, o cirurgião será obrigado a ressecar segmentos de alça. Os autores antigos relatam terem sido obrigados a isso numerosas vêzes; hoje, com os progressos da técnica e principalmente com boa anestesia, que permite relaxamento muscular completo, praticamente não existe mais o problema, pois sempre se consegue reintroduzir as alças na cavidade abdominal.

5) *Tratamento do saco herniário* — Nas hérnias cujo colo não é muito largo, procede-se ao fechamento por transfixação simples (fig. 5). Deve-se tomar cuidado para não ser apanhada alguma alça durante a transfixação; verificar também se o saco herniário não apresenta a bexiga em sua parede, pois são muitos os casos referidos na literatura de lesão da bexiga,

durante o fechamento do saco. Nos casos em que o colo é muito largo, o fechamento será feito com sutura contínua. Em nosso Serviço, não se usa a manobra de Barker (apud Christman e col.⁶), no tratamento do saco das hérnias obliquas externas; essa manobra consiste em levar o local do colo amarrado para um ponto situado acima, passando-se o fio da amarração através dos músculos pequeno oblíquo e transverso. Nas hérnias diretas, mesmo nas volumosas, não é necessário abri-lo; faz-se sutura circular e afundamento do peritônio; podem ser necessárias duas ou três suturas de afundamento.

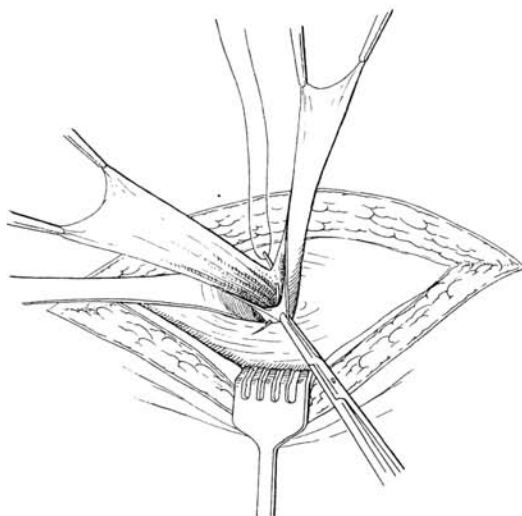


Fig. 5 — Fechamento do colo do saco herniário, por transfixação.

6) *Refôrço da parede* — As suturas devem ser feitas sem tensão excessiva, utilizando sempre tecidos com boa nutrição, a fim de que se obtenha cicatrização normal; evitar grandes descolamentos de músculos ou aponeuroses, que lesam vasos e nervos. Sempre que possível, realizamos as suturas em dois ou três planos diferentes, o que confere maior resistência; às vèzes, recorremos à sutura com imbricamento dos bordos aponeuróticos, como no processo de Andrews.

Nos casos em que os músculos pequeno oblíquo e transverso estão situados longe da arcada, não é recomendável que os suturemos a ela. Haverá, na certa, esgarçamento das fibras e recidiva da hérnia. Outro problema importante é o das suturas músculo-aponeuróticas. Trabalhos numerosos, inclusive em nosso meio¹⁶, provaram que as suturas músculo-aponeuróticas não pegam bem, exceto se ambos os tecidos forem escarificados com gaze. As melhores suturas são aquelas em que se usam tecidos iguais.

Quanto ao material de sutura, está provado que os fios inabsorvíveis dão resultados muito melhores. Bassini (apud Ravitch e Hitzrot²¹) já usava, no século passado, fios de algodão ou sêda e seus resultados foram

muito bons. Em nosso Serviço, usamos sempre o fio de algodão, que dá os mesmos resultados que a sêda e é muito mais barato.

Quando, nas grandes hérnias, os tecidos circunvizinhos não permitem fechamento adequado do orifício herniário, podemos recorrer a retalhos aponeuróticos deslizados ou então a transplantes livres, de fascia lata, pele total, telas de prata ou de aço inoxidável, material plástico (nylon, dacron, etc.). Todos êsses tipos de transplantes têm suas vantagens e desvantagens, permitem recidivas, são freqüentemente mal suportados e seu uso continua, por isso, sendo muito discutido. Nossa experiência quanto a êsses recursos é pequena, pois, de modo geral, conseguimos fazer o refôrço utilizando os próprios tecidos da região.

No refôrço da parede, podem ser usadas as suturas mais variadas. Procuraremos resumir, a seguir, algumas técnicas de herniorrafias.

Classificação das herniorrafias — É enorme a variedade de técnicas para o tratamento das hérnias inguinais, tornando quase impossível uma classificação. A classificação mais conhecida entre nós divide as técnicas em três grupos: *pré-funiculares*, em que as suturas de refôrço são tôdas feitas na frente do cordão (Girard, Ferguson); *médio-funiculares*, em que o cordão fica no meio de duas suturas (Bassini, Andrews, Zimmermann, McVay); *retro-funiculares*, em todos os planos de sutura ficam por trás do cordão (Halsted, Postempski, Finocchietto, Kirschner). Essa classificação é imperfeita, mas tem sido conservada, por ser simples e didática.

Todos os tempos iniciais das herniorrafias, desde a incisão da pele até o tratamento do saco herniário, são mais ou menos iguais em todos os processos. O que varia é o refôrço da parede. Por isso, ao fazermos agora breve citação dos processos mais usados em nosso meio, restringir-nos-emos a descrever as suturas de refôrço.

Processo de Girard^{23,15} — 1º plano) sutura dos músculos pequeno oblíquo e transverso à arcada, por cima do cordão, que repousa sôbre a fascia transversalis; 2º plano) sutura do lábio medial da aponeurose do grande oblíquo à arcada; 3º plano) lábio distal suturado por cima do primeiro, imbricando. Como vemos, êste processo é pré-funicular, porque tôdas as suturas são feitas na frente do cordão.

Processo de Ferguson^{21,23} — Descreveu êle, em 1899, seu processo, sem transplante do cordão. Não resseca veias do cordão, mas remove o cremaster exuberante. O primeiro plano de sutura é igual ao de Girard. Recomenda dar pontos no anel inguinal interno, utilizando a fascia, lateralmente ao cordão. O segundo plano consiste na sutura, lábio a lábio, da aponeurose do grande oblíquo.

Processo de Bassini^{6,7,15,23} — É talvez o mais usado universalmente. Em nosso meio é ainda o preferido para correção das hérnias oblíquas externas das crianças.*

Bassini sutura o tendão conjunto à arcada, numa extensão de 5 a 7 cm, indo do púbis para cima. Diz êle que, se o paciente fôr estimulado a vomitar, "a região sustenta a maior pressão e a sutura fica no lugar". Essa sutura é feita por trás do cordão espermático. Para dar os pontos, eleva-se o cordão com uma gaze. Os nós são dados após passar todos os pontos. Num segundo plano, é feita a sutura da aponeurose do grande oblíquo, lábio a lábio, na frente do cordão.

Existem controvérsias sôbre detalhes da primeira sutura: muitos acham que Bassini apanhava não só os músculos pequeno oblíquo e transverso, como também

* O primeiro trabalho de Edoardo Bassini foi publicado em Gênova, em 1887 ("Sulla cura radicale dell'ernia inguinale"); em 1889, publicou um livro, em Pádua, com descrição dos casos e belas ilustrações em cores.

a fascia transversalis. Outros julgam que, no processo original, só são apanhados os músculos. De qualquer forma, quando hoje se realiza a técnica de Bassini, apanha-se sempre a fascia, sob pena de permitirmos recidivas mais frequentes.

Processo de Andrews ^{4,5,6,22,23} — É o melhor método para tôdas as hérnias diretas, sendo também recomendado para as grandes hérnias oblíquas externas dos adultos. É ele o processo mais empregado na 1ª Clínica Cirúrgica.

E. Willy Andrews (apud Ravitch e Hitzrot ²⁴) contribuiu, em 1895, com a idéia do imbricamento dos retalhos, no tratamento da hérnia. Acentua a importância da boa hemostasia: "para as suturas terem sucesso, deve haver contato de células vivas, não envoltas em coágulos" O hematoma exige drenagem e favorece a supuração.

Nas hérnias oblíquas externas, a primeira sutura é feita levando-se o tendão conjunto e a fascia transversalis à arcada (fig. 6). O anel inguinal interno deve ficar apenas permeável ao cordão; quando o saco herniário fôr volumoso, tendo dilatado muito esse anel, é indispensável dar pontos, abaixo e acima do cordão espermático, de forma a estreitar o anel inguinal interno, evitando-se a recidiva por aí. A segunda sutura é feita entre o lábio medial da aponeurose do grande oblíquo e a arcada, por trás do cordão, de modo a reforçar a parede posterior do canal inguinal. A terceira sutura é feita com imbricamento do lábio lateral da aponeurose do grande oblíquo, por cima do cordão. Dessa forma, o cordão caminha, em certa extensão, em um trajeto inteiramente nôvo, forrado por aponeurose adiante e atrás.

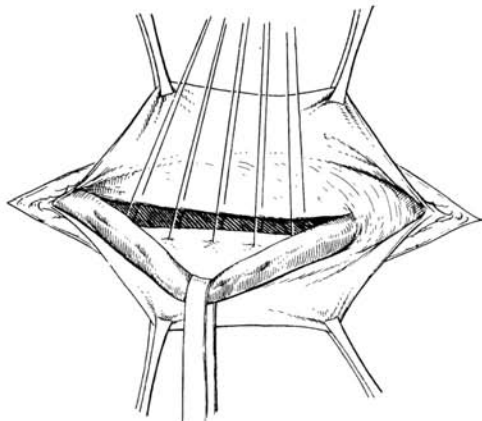


Fig. 6 — Primeiro plano de sutura, segundo o método de Andrews, unindo a fascia transversalis à arcada, por trás do cordão.

Em 1924, outro autor, Edmond Andrews, após estudar o problema das suturas músculo-aponeuróticas, propôs que, na primeira sutura, não se apanhem os músculos pequeno oblíquo e transversos, mas só a fascia transversalis*. Essa modificação foi baseada em numerosos estudos, os quais provaram que as suturas entre músculos e aponeuroses dão resultados nitidamente inferiores àqueles entre dois tecidos fibrosos.

Nas hérnias inguinais diretas, há abaulamento, maior ou menor, do triângulo de Hessert e é necessário, antes de realizar a primeira sutura descrita, proceder ao afundamento do saco herniário. Ele se realiza, pelo processo de Andrews, mediante uma ou duas suturas em bolsa, com fio inabsorvível.

* A modificação proposta por Edmond Andrews deu margem a que, em tórno do processo de Andrews, surgisse confusão, com as denominações Andrews I e Andrews 2. Isso teria razão de ser se se tratasse de dois processos descritos pelo mesmo autor, como acontece com o Billroth I e Billroth II. Mas, no caso em apreço, essa numeração é descabida, pois se trata de dois autores, que publicaram seus trabalhos em épocas distintas.

Em certas circunstâncias, principalmente quando se trata de cordão espermático muito espesso, não conseguimos fazer o imbricamento como é recomendado no processo de Andrews, conservando o cordão entre os dois lábios da aponeurose. Pode-se, então, fazer um imbricamento da aponeurose, por trás do cordão, que ficará, assim, em situação subcutânea. É esse o processo de Finocchietto⁶, classificado entre os retrofuniculares.

Processo de Zimmermann^{17,25,26} — Utiliza também imbricamento aponeurótico, porém de maneira diferente: faz-se uma incisão no lábio externo da aponeurose do grande oblíquo, ao nível do anel inguinal interno e sutura-se esse lábio, assim mobilizado, à fascia transversalis, logo abaixo do bordo do pequeno oblíquo. A seguir, sutura-se o lábio interno da aponeurose à porção mais externa da mesma (quase na altura da arcada inguinal), por cima do cordão. Também neste processo o cordão passa a caminhar entre dois folhetos aponeuróticos.

Processo de McVay^{2,9,34} — A característica primordial deste processo consiste em utilizar o ligamento de Cooper para o reforço da parede. Como sabemos, este ligamento é constituído por fibras fortes, que recobrem o púbis, próximo ao anel crural, na vertente abdominal do osso.

Quando se trata de hérnia inguinal direta, a fascia transversalis é aberta, paralelamente à arcada, o peritônio afastado para cima e o ligamento de Cooper exposto. Após ressecar o excesso da fascia, geralmente exuberante nas hérnias diretas, é feita a sutura, com pontos separados de fio inabsorvível, do lábio superior da fascia transversalis ao ligamento de Cooper. Mas lateralmente, junto ao anel inguinal interno, a fascia é suturada à bainha dos vasos femorais. McVay visa, com esta sutura, não só a reforçar o triângulo de Hessert, como também a evitar o aparecimento posterior de uma hérnia crural, ocorrência não rara em pessoas submetidas à herniorrafia inguinal por um dos processos que utilizam a arcada inguinal para a sutura. Segundo McVay e Anson^{2,14}, a tração exercida sobre a arcada crural, durante a contração dos músculos abdominais, faz com que o anel crural se alargue e assim se formando mais facilmente a hérnia crural.

Apesar da base teórica que apresenta, a operação de McVay-Anson apresenta certa desvantagem: a sutura é feita em local de mais difícil acesso e próxima a grandes vasos. Por isso, esse processo não é aconselhável senão aos cirurgiões bem experientes.

Processo de Halsted^{21,23} — De todos os processos ditos retrofuniculares, citaremos apenas o de Halsted, por ter sido o primeiro descrito (publicado em Baltimore, em 1889). A característica dessa técnica é fazer uma sutura, com fio de seda, por trás do cordão, "apanhando tudo entre a pele e o peritônio, desde a espinha do púbis até o ângulo superior". Trata-se de sutura, com 6 a 8 pontos, apanhando, de um lado, a aponeurose do grande oblíquo, pequeno oblíquo e transverso e fascia transversalis e, do outro, a arcada inguinal. Em trabalho posterior, Halsted recomenda a excisão das veias do cordão. Como vemos, nesse processo o cordão espermático fica situado no subcutâneo.

Herniorrafia nas hérnias por escorregamento — Como se trata de um tipo de hérnia em que há, geralmente, grande extensão de colo extraperitoneal, formando a parede posterior do saco herniário, dificilmente este saco poderá ser tratado por via exclusivamente inguinal. Recomendam os autores^{6,23} proceder-se a uma herniolaparctomia, com os seguintes tempos:

1º) Incisão maior que a habitual, porém na mesma direção, isto é, na bisetriz do ângulo formado pela arcada inguinal e pelo bordo lateral do músculo reto do abdome. Abertura da aponeurose do grande oblíquo e secção, junto ao anel inguinal interno, de fibras do pequeno oblíquo e transverso, em extensão variável, conforme o tamanho da hérnia. Abertura do peritônio parietal, a esse nível.

2º) Libertação da alça que escorregou. Para isso é necessário incisar verticalmente o peritônio parietal posterior, ao lado do intestino herniado, caindo-se, assim, num plano de clivagem retrocólico (como se faz no descolamento do ceco ascendente nas hemicolecotomias direitas). Na hérnia por escorregamento, o cuidado deve ser maior, para não lesarmos os vasos nutridores da alça.

3º) Fixação da alça em posição mais alta, isto é, na fossa iliaca direita. Reseca-se um segmento do peritônio parietal posterior e fixa-se a alça na superfície cruenta, com pontos seromusculares. O intestino fica, dessa maneira, imóvel, correndo-se a causa da migração.

4º) Reforço da parede abdominal, segundo uma das técnicas citadas. Damos sempre preferência ao processo de Andrews.

7) *Oclusão da ferida* — Após o reforço da parede, por uma das técnicas estudadas, passamos ao último tempo da herniorrafia, que é o fechamento da pele e subcutâneo.

Recomendação importante na cirurgia das hérnias é a hemostasia cuidadosa, a fim de que se evitem os hematomas pós-operatórios, os quais comumente se infectam. A supuração da parede é responsável, em grande escala, pelas recidivas das hérnias.

Tomados os devidos cuidados na hemostasia, só excepcionalmente recorreremos à drenagem do subcutâneo. Usamos dreno de Penrose nas grandes hérnias inguinoscrotais, em que a ressecção do saco, fibrosado e espesso, deixa local com sangramento em lençol, impossível de ser coibido. Esse dreno deve ser retirado no 2.º ou 3.º dia do pós-operatório.

É sempre recomendável darmos alguns pontos de categute no subcutâneo, para diminuirmos o espaço morto. A pele é suturada com pontos separados de algodão. Em nosso Serviço foi abandonado o uso de agrafes nas incisões abdominais.

CONDUTA NAS HÉRNIAS INGUINAIS ESTRANGULADAS

Nesta complicação das hérnias, a indicação cirúrgica é urgente. É sempre melhor operarmos uma hérnia estrangulada do que tentarmos reduzi-la, por dois motivos: 1) às vezes pode ser reduzida uma alça comprometida, a qual irá depois perfurar dentro do abdome, ocasionando peritonite; 2) operando-se, resolve-se o problema definitivamente, pois é tratada não só a complicação como a hérnia.

A abertura dos planos superficiais se faz de acôrdo com a técnica habitual. Isola-se o saco herniário e abre-se. Geralmente há saída de líquido, que pode ser claro, turvo, purulento ou fecalóide. Estas duas últimas eventualidades indicam perfuração da alça aprisionada. Examinamo-la detidamente. De hábito, apresenta ela um sulco de constrição, correspondente ao anel herniário. Deve sempre ser observada até além deste sulco.

Para suprimir o estrangulamento, em geral deve-se seccionar o anel herniário, com o máximo cuidado, para que não se firam vasos. Ao se seccionar o anel, evitar a fuga da alça para dentro da cavidade abdominal. Devemos avaliar cuidadosamente a vitalidade do intestino encarcerado. Sabendo-se que a ressecção de alça não é livre de perigos, pela possibilidade de deiscências, evitamo-la sempre que possível. Contudo, o risco é ainda maior se deixarmos uma alça comprometida na sua vitalidade dentro do abdome.

Se, após a libertação do anel, a cor azul da alça persistir, recobrimo-la com compressas embebidas em soluto morno. Voltando, após alguns minutos, a cor rósea normal, reintroduzimos a alça. Nunca esquecer de examinar também o mesentério e seus vasos. Pode haver trombos, ausência de pulsações ou desgarros do meso.

Quando for necessário ressecar a alça comprometida, fazer a anastomose em local seguro, no mínimo a uns 10 cm do sulco de estrangulamento. Kirschner¹³ recomenda anastomoses látero-laterais, mas a experiência do Hospital das Clínicas com anastomoses término-terminais é muito boa.

RESULTADOS DAS HERNIORRAFIAS

Em todos os tempos, o problema das recidivas das hérnias tem preocupado os cirurgiões. Os vários processos de herniorrafias têm-se sucedido, visando a proporcionar melhor refôrço da região inguinal, mas não se pode dizer, em sã consciência, que se tenha chegado a excluir as recidivas.

E. Willys Andrews, em 1885, criticava as operações anteriores, dizendo que a cirurgia da hérnia sofreu "timidez, conservantismo cego e ingenuidade pervertida" Ferguson (apud Ravitch e Hitzrot²¹) responsabilizava a sutura deficiente do tendão conjunto como causa provável das recidivas. Halsted (apud Ravitch e Hitzrot²¹) preocupou-se com o fechamento adequado do anel inguinal interno, recomendando mesmo a excisão das veias do cordão espermático, para permitir melhor fechamento.

Após os trabalhos relativos ao problema das suturas músculo-aponeuróticas, ficou provado que a primeira sutura não deve apanhar a massa muscular do pequeno oblíquo e transverso, e sim a fascia transversalis. Essa sutura deve ser muito bem executada, sempre com fio inabsorvível (algodão, sêda ou nylon). O último ponto deve ser dado bem próximo aos vasos epigástricos. Se o anel inguinal interno for largo, é indispensável angustia-lo, dando 2 ou 3 pontos, lateralmente ao cordão.

Responsáveis freqüentes pelas recidivas são o aparecimento de hematoma e a supuração do local, que leva à eliminação de fios. É evidente, pois, que os cuidados de hemostasia e de antisepsia devem ser minuciosos nas herniorrafias, a fim de que se reduzam as recidivas ao mínimo tolerável.

Nos hospitais, como o Hospital das Clínicas, em que as herniorrafias, na sua maioria, são executadas pelos cirurgiões menos experientes, não é de se estranhar que a percentagem das recidivas esteja em torno de 8 a 10%. No período de 1958 a 1960, na 1ª Clínica Cirúrgica, foram operadas 132 hérnias inguinais, das quais 9 já eram recidivadas (6,8%). Dentre o total de casos de hérnias inguinais internados no HC no período de 10 anos já referido (2.605 casos), apenas 140 eram recidivados (5,3%). Frisamos que êsses dados se referem, na grande maioria, a hérnias anteriormente operadas em outros hospitais. Quanto às recidivas ocorridas em pacientes operados no HC, não podemos dar dados precisos, porque o seguimento dos operados tem sido deficiente, principalmente pela falta de retorno dos mesmos.

HÉRNIAS CRURAI

INCIDÊNCIA

a) *Sexo* — As hérnias crurais representam 32% do total das hérnias na mulher e 2% apenas, no homem. Em conjunto, representam 5 a 7% do total das hérnias. São muito mais comuns na mulher do que no homem, na proporção de 4:1. No período de 1951 a 1960 foram operados, no Hospital das Clínicas, 385 portadores de hérnias crurais (incluindo estranguladas e encarceradas), das quais 86 ocorreram em homens (22,3%) e 299 em mulheres (77,7%).

b) *Idade* — São muito raras na criança e no jovem. Começam a aparecer geralmente depois da fase dos maiores esforços, isto é, depois dos 30 anos. Ao contrário dos portadores de hérnias inguinais, que na maioria buscam tratamento cirúrgico antes dos 40 anos, é comum portadores de hérnias crurais buscarem-no em idades bem mais avançadas. A perda de resistência dos tecidos, que se faz notar nas idades madura e senil, permite grande crescimento desse tipo de hérnia, até então limitada e que não trazia grandes transtornos ao paciente.

Os 385 casos de hérnias crurais operados entre 1951 a 1960, no Hospital das Clínicas, estavam assim distribuídos: 0 a 10 anos, 3 casos (0,7%); 11 a 20 anos, 6 casos (1,5%); 21 a 30 anos, 40 casos (10,3%); 31 a 40 anos, 77 casos (20,0%); 41 a 50 anos, 87 casos (22,6%); 51 a 60 anos, 90 casos (23,3%); 61 a 70 anos, 52 casos (13,5%); 71 a 80 anos, 18 casos (4,6%); 81 a 90 anos, 12 casos (3,1%).

Analisando-se rapidamente êsses dados, veremos confirmar-se o que foi dito pouco atrás: 1 — A incidência da hérnia crural abaixo dos 30 anos foi bem menor que a das hérnias inguinais (12,6% das crurais contra 46,6% das inguinais). 2 — Predomínio evidente das hérnias crurais no grupo etário dos 30 aos 60 anos (65,3% contra 39% das inguinais). 3 — Predomínio ainda mais evidente das crurais nos pacientes com mais de 61 anos (21,2% contra 14,2%).

c) *Lado* — As hérnias crurais geralmente são unilaterais. São duas vezes mais freqüentes à direita do que à esquerda.

d) *Recidivas* — Os doentes operados de hérnia crural apresentam percentagem de recidivas muito maior do que os operados de hérnias inguinais. Isto se explica por vários fatores: a) idade mais avançada em que as operações são realizadas, com piores possibilidades de reconstituição e de cicatrização; b) dificuldades anatômicas impedindo um reforço tão bom como o que se obtém na região inguinal; c) acesso difícil, proximidade dos vasos femorais, que atemorizam os neófitos, impedindo-os de realizarem um fechamento satisfatório do anel crural.

Em nosso Serviço, no período de 1958 a 1960 (3 anos), foram operados apenas 21 portadores de hérnias crurais, das quais 6 eram já recidivadas (28,5%). Embora a casuística seja pequena e não se preste a conclusões definitivas, dá-nos uma impressão da grande freqüência das recidivas.

ETIOLOGIA

A hérnia crural é sempre adquirida e por isso raríssima na primeira infância. Surge em conseqüência de fraqueza do anel crural, por ser pouco desenvolvido aquêlê tabique de tecido conjuntivo que fica por dentro dos vasos femorais. Com a pressão das alças sôbre êsse local fraco, o tecido conjuntivo vai cedendo e o peritônio proeminando, através do anel crural. Forma-se assim o saco herniário. Ultrapassando o anel, o saco caminha naquele espaço revestido por duas aponeuroses: atrás, a fascia ileopectínea e, na frente, a fascia lata. Essas duas aponeuroses envolvem o saco herniário e os vasos femorais. Como vimos no estudo da sùmula anatômica, na fossa oval o folheto anterior é adelgaçado e apresenta vários orifícios, tomando o nome de fascia cribrosa. As hérnias crurais maiores atingem o subcutâneo a êsse nível, após romperem a fascia.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

Raramente a hérnia crural atinge grandes dimensões, como acontece, amiúde, com as hérnias inguinais. Nas de tamanho médio, os sintomas decorrem da penetração no saco herniário de alças ou epíploon, através de um colo estreito. O paciente acusa dores irradiadas para o abdome, ou apenas sensação de pêso e mal-estar no local.

Dadas a existência de panículo adiposo geralmente espêso na raiz da coxa, e a profundidade do anel, podem as hérnias crurais estar dissimuladas e os sintomas que provocam ser atribuídos a outras causas. Daí, a necessidade de exame cuidadoso das regiões inguinal e crural, em tôdas as pessoas que se queixam de dores vagas, inguinocrurais, que pioram aos esforços e que se acompanham, por vêzes, de náuseas e mal-estar.

Exame local — Procura-se individualizar a arcada crural e introduzir a ponta dos dedos indicador e médio por baixo de seu têrço medial. Sente-se aí o abaulamento da hérnia, que aumenta quando o paciente contrai os músculos da parede abdominal. Quando se consegue reduzir totalmente a hérnia, o dedo que pesquisa penetra num orifício de bordos rígidos, o anel crural. Todavia, isso nem sempre se consegue, ou porque a pessoa é portadora de espêso panículo adiposo na raiz da coxa, ou porque o conteúdo do saco herniário, constituído em geral de epíploon, não é redutível. Nessas circunstâncias, sentimos uma tumoração, de limites não muito nítidos e de consistência adiposa, que se torna maior e mais tensa aos esforços praticados pelo paciente, diminuindo de volume quando cessa o esforço.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nos casos de hérnias crurais fàcilmente redutíveis, em que o dedo examinador consegue penetrar no anel crural, o diagnóstico é fàcil. Contudo, tais casos não são os mais freqüentes. Como dissemos atrás, mais comuns são as eventualidades de hérnias com epíploon irredutível, dissimuladas em meio aos tecidos da região crural. Tais hérnias são suscetíveis de serem

confundidas com lipomas da região, adenites, tumores benignos os mais variados e, até mesmo, com aneurismas da femoral. Tivemos um caso de enorme lago venoso da desembocadura da safena interna, que aumentava de volume quando o paciente contraía o abdome e que fôra diagnosticado alhures como hérnia crural.

A redutibilidade da hérnia, principalmente se acompanhada de ruídos hidraéreos, permite afastar tôdas as outras possibilidades. Nas irreduzíveis, sempre se palpa uma continuidade de seu conteúdo com o da grande cavidade abdominal; em outras palavras, nunca se consegue palpar a tumoração em todo seu contôrno, como acontece com os gânglios enfartados ou com os tumores benignos da região. Nos aneurismas, a pesquisa revela pulsatilidade e expansibilidade.

Muito importante é o diagnóstico diferencial com as hérnias inguinais. Estas sempre estão situadas acima da arcada, enquanto, nas crurais, palpamos a arcada por cima do saco herniário.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

As hérnias crurais não costumam alcançar volumes tão grandes quanto as inguinais. São limitadas, na frente e atrás, por túnicas aponeuróticas resistentes, exceto na fascia cribrosa; lateralmente, encontramos as massas musculares da coxa, que dificilmente são rechaçadas; essas estruturas limitam a progressão do tumor herniário. Mais precocemente do que nas hérnias inguinais, intensificam-se os sintomas (dor e mal-estar local), obrigando o paciente a buscar recursos cirúrgicos.

Como complicação freqüente, temos o estrangulamento, que incide em percentagem muito maior que nas inguinais. Compreende-se fãcilmente a razão: nas crurais, o conteúdo herniário atravessa um anel mais rígido e inextensível que o anel inguinal externo, propiciando condições melhores para o aprisionamento das alças. Quanto aos sintomas das hérnias crurais estranguladas êles são semelhantes aos das inguinais e por isso não nos deteremos no seu estudo.

TRATAMENTO

Há três vias de acesso para o tratamento das hérnias crurais: a crural, a inguinal e a mista.

1) *Via crural* — O processo mais conhecido de tratamento da hérnia crural por esta via é o de Bassini^{3, 23}, com várias modificações.

A incisão cutânea é transversal, a uns 2 cm abaixo da arcada. Aberta a pele e o subcutâneo, encontra-se a fascia cribrosa; seccionada, cai-se sôbre a hérnia, revestida pela túnica fibrosa; abaixo desta, estão a gordura pré-herniária e o saco herniário. Ao isolar-se o saco em todo seu contôrno, deve-se tomar cautela a fim de não ferir os vasos femorais, que costumam estar muito próximos. Aberto o saco, reduz-se seu conteúdo, ressecando-se o excesso de epíloon, se necessário. O colo é ligado por transfixação.

O refôrço da região é feito mediante pontos separados, suturando o ligamento de Cooper à arcada. A sutura começa próxima ao púbis e dirige-se aos vasos femorais. Os nós devem ser dados depois de todos os fios terem sido passados. Deve-se tomar muito cuidado para que o último ponto, quando amarrado, não venha a comprimir a veia femoral.

A vantagem da via crural consiste na maior facilidade de isolamento do saco. Os inconvenientes são: a) impossibilidade de ligadura alta do saco; b) possibilidade de serem usadas na sutura, erroneamente, as fibras da aponeurose pectínea, que são fracas, ao invés do ligamento de Cooper.

2) *Via inguinal* — Como padrão, citaremos o processo clássico, de Ruggi-Parlovecchio^{3, 6}.

A incisão é feita na região inguinal, como se se tratasse de hérnia inguinal. Abre-se a aponeurose do grande oblíquo e expõe-se a fascia transversalis, no triângulo de Hessert. A seguir, esta fascia é aberta, paralelamente à arcada; busca-se, então, o anel crural, onde está o colo do saco herniário. Se este for vazio, não haverá problemas: basta que o tracionemos, exteriorizando-o na região inguinal. Se ele possuir conteúdo, deveremos abrir o peritônio do saco e tratar o conteúdo. Frequentemente o epíloon é irreduzível, formando um conjunto globoso que não atravessa o anel crural. Nessa eventualidade, precisamos ressecar parceladamente o epíloon, seccionando sempre após ligadura da parte proximal.

O conteúdo formado por alças delgadas geralmente é de fácil redução, exceto nos raros casos de grandes hérnias crurais, multiloculadas, em que pode haver fortes bridas prendendo as alças ao interior do saco herniário.

Quando o anel crural é muito estreito, impedindo a redução da hérnia, somos obrigados a recorrer à secção do ligamento de Gimbernat. Devemos, contudo, fazê-lo com cuidado, pois há um ramo pubiano da artéria obturadora, que passa junto ao Gimbernat e se anastomosa com o ramo pubiano da epigástrica inferior profunda; às vezes (10% dos casos), este ramo constitui a origem da artéria obturadora, que, ao invés de sair da hipogástrica, sai da epigástrica. A secção do Gimbernat pode lesá-la, surgindo hemorragia muito difícil de coibir, dada a profundidade do local e a proximidade do púbis.

O tempo mais importante consiste no fechamento do anel crural, que é realizado com muito maior facilidade e segurança pela via inguinal do que pela crural. No processo de Ruggi e Parlovecchio (apud Barros filho³), o fechamento é realizado por meio de uma sutura, com pontos separados, pegando o tendão conjunto, ligamento de Cooper e a arcada inguinal. Ao dar os pontos mais laterais, devemos separar, para fora, os vasos femorais. Ao dar os nós, verificar se não ficou comprimida a veia femoral, pois essa sutura traz a arcada de encontro ao púbis. Hoje, quando se utiliza este processo, apanha-se a fascia transversalis e não o tendão conjunto, pelos motivos apontados quando estudamos as hérnias inguinais.

O cordão espermático é mantido no lugar, sendo feita a sutura da aponeurose do grande oblíquo, lábio a lábio, na frente do cordão. Horta¹² propôs utilizar o ligamento redondo no refôrço do local.

*Processo de Dickson*³ — Difere do processo anterior no seguinte: a sutura profunda une o pequeno oblíquo, transverso e a fascia transversalis ao ligamento de Cooper, não abrangendo a arcada inguinal (fig. 7). Dickson julga desnecessário trazer a arcada de encontro ao púbis, o que em nada viria beneficiar o refôrço do local; pelo contrário, a contração muscular, puxando a arcada para cima, facilitaria o esgarçamento dos pontos.

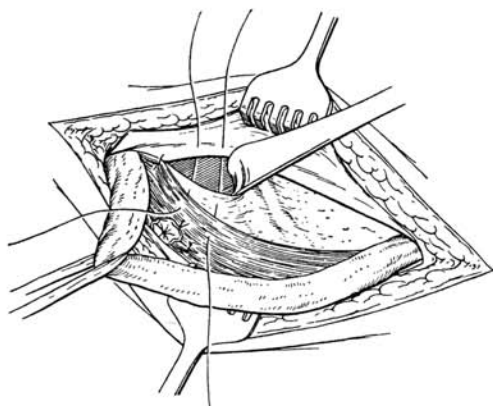


Fig. 7 — Processo de Dickson, de tratamento das hérnias crurais, por via inguinal: sutura do bordo muscular do pequeno oblíquo e transverso e da fascia transversalis ao ligamento de Cooper.

HÉRNIA E ACIDENTE DO TRABALHO

Vem sendo debatida, há longos anos, por médicos e juristas, a relação entre a atividade profissional e o aparecimento de hérnias. Uns consideram a maioria das hérnias como acidente de trabalho; outros, não como acidente, mas como moléstia profissional; enfim, há os que não as aceitam, seja como acidente de trabalho, seja como moléstia profissional^{18, 19}.

Vejamos, antes de mais nada, o conceito de acidente de trabalho. De acôrdo com a lei, acidente de trabalho é "tôda lesão corporal, perturbação funcional ou doença produzida pelo exercício do trabalho ou em consequência dêle, que determine morte, suspensão ou limitação, permanente ou temporária, total ou parcial, da capacidade para o trabalho" É necessário, de acôrdo com a lei, que exista nexo, relação de causa e efeito, entre o trabalho e a lesão. Estabelecer com segurança êsse nexos nem sempre é possível, ficando muitas vêzes o médico restringido a admitir apenas a possibilidade de uma perturbação ser causada pela atividade profissional.

Em vários países, a jurisprudência exige três fatores para que uma hérnia seja tida como acidente de trabalho: 1) esforço violento e súbito, embora se dê no trabalho habitual; 2) aparecimento brusco da hérnia, acompanhada de dores; 3) necessidade de o operário abandonar o trabalho. Além disso, para o perito chegar à sua conclusão, precisará ater-se: aos antecedentes do paciente e exames anteriores a que tenha sido submetido, às circunstâncias do acidente, relatadas por testemunhas, aos sintomas apresentados e, finalmente, aos dados do exame local. Só assim poderá êle diferenciar a chamada hérnia-doença da hérnia-acidente.

Lembremos que, para surgir uma hérnia, é necessário entrarem em ação as causas predisponentes e as determinantes. Como causa predisponente das hérnias oblíquas externas, temos indubitavelmente a persistência do conduto peritoniovaginal. No tocante às hérnias diretas e às crurais,

podem predispor ao seu aparecimento: emagrecimento, obesidade, gestação e afecções que determinem atrofia ou flacidez de músculos e ligamentos.

Como causa determinante, temos os esforços violentos e súbitos que, agindo sobre terreno predisposto, levam à formação do saco herniário. Assim sendo, no indivíduo normal, nenhum esforço, por mais violento que seja, pode levar à formação de uma hérnia. Como restrição, temos a possibilidade raríssima de uma contração brusca ou um traumatismo da região determinar laceração de músculos, com surgimento posterior de hérnia traumática. Por outro lado, pessoas com triângulo de Hessert grande ou com outras causas de fraqueza da região inguinal podem atravessar a vida sem apresentarem hérnia, desde que não executem esforços violentos.

CONCLUSÕES

Considerando-se a necessidade de haver predisposição local para a formação das hérnias, em 99% dos casos, concluímos que não se deve considerar a hérnia como acidente do trabalho. Se um determinado tipo de trabalho determina o aparecimento de hérnia em um operário e não o determina em 20 ou 50, é lógico que não podemos, dentro do conceito jurídico, considerar esse trabalho como causador exclusivo da lesão. O esforço só determinou o aparecimento da hérnia em pessoas predispostas. Nessas pessoas, não só o trabalho, mas quaisquer esforços fortuitos poderiam levar ao mesmo resultado.

Não aceitando o conceito de hérnia-acidente de trabalho, podemos, todavia, aceitar o de *hérnia-doença profissional*, desde que fique bem clara a obrigatoriedade de atuação dos dois fatores já assinalados: predisponentes e determinantes. Enfim, assim situáramos o problema: a hérnia é uma doença profissional porque surge como consequência direta de esforços repetidos e prolongados, durante meses ou anos, os quais levam ao aparecimento de saco herniário nas pessoas que apresentam predisposição local.

BIBLIOGRAFIA

1. ANSON, B. J.; McVAY, C. B. — Inguinal hernia. The anatomy of the region. Surg. Gynec. Obstet. 66:180-191, 1938.
2. ANSON, B. J.; McVAY, C. B. — Inguinal and femoral hernioplasty. Surg. Gynec. Obstet. 88:474-485, 1949.
3. BARROS filho, N. M. — Conceito atual sobre o tratamento das hérnias cruais: técnica de Dickson modificada. Arq. Cir. clín. exp. 4:72-80, 1940.
4. BASTOS, E. S. — Simpósio sobre tratamento das hérnias abdominais. Rev. paul. Med. 60:367-396, 1962.
5. BERNARD, R.; ROBERT, H. G.; SAKKA, M.; BOUDREAUX, J.; PELLERIN, D.; DÉTRIE, P.; DUHAMEL, B.; FLABEAU, F.; BOUCHERON, M.; PESSERAU, G.; FEVRE, M.; DESOILLE, H.; LYONNET, P. — Hernies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, fascículos 2017-2031.
6. CHRISTMAN, F. E.; OTTOLENGHI, C. E.; RAFFO, J. M.; von GROLMAN, G. — Técnica Quirúrgica. Ateneo, Buenos Aires, 1946, p. 75-150.
7. CHRISTOPHER, F. — A Textbook of Surgery. Saunders, Philadelphia, 1945, p. 1184-1215.
8. DOMENECH-ALSINA, F. — Diagnóstico y Terapéutica Quirúrgicos de urgencia. Salvat, Barcelona, 1947, p. 733-771.
9. FRANCO, S. C.; VISCONTI neto, M. — Considerações sobre o tratamento das hérnias inguinais e cruais pela técnica de Anson-McVay (herniorrafia com o ligamento de Cooper). Rev. paul. Med., 50: 444-450, 1957.
10. GOFFI, F. S.; LEITE, G. M.; PINTO, E. L. — Alguns aspectos da etiopatogenia das hérnias inguinais. Rev. paul. Med. 43:1-17, 1953.
11. GUERREIRO, W. — Hérnias do sulco lateral do abdome. Med. Cir. Farm., nº 113, p. 508-

- 524, 1945. 12. HORTA, A. C. L. — Da utilização do ligamento redondo do útero no tratamento da hérnia crural. *Rev. Med. Cirurg. S. Paulo* 15:95-114, 1955. 13. KIRSCHNER, M. — Tratado de Técnica Operatoria General y Especial. Labor, Barcelona, 4:1-190, 1943. 14. McVAY, C. B.; ANSON, B. J. — A fundamental error in current methods of inguinal herniorraphy. *Surg. Gynec. Obstet.* 74:746-750, 1942. 15. MONTEIRO, A. — Técnica Cirurgica. Edit. Cientifica, Rio de Janeiro, 3:156-276, 1943. 16. MONTENEGRO, E. B.; GOFFI, F. S.; RODRIGUES, W. — Bases da cirurgia das hérnias inguinais. *Rev. Cirurg. S. Paulo* 20:103-128, 1955. 17. OLIVEIRA, A. B. — Cirurgia das hérnias inguinais e crurais. Atualização Cirúrgica, edição particular, São Paulo, 1960. p. 63-90. 18. ORIENTE, L. — Hérnias inguinais e acidentes de trabalho. *Rev. paul. Med.* 44:334-340, 1954. 19. ORIENTE, L. — Hérnias inguinais. *Rev. Med. Cirurg. S. Paulo* 15:303-318, 1955. 20. PINUS, J. — Bilateralidade da hérnia inguinal na infância e na criança. *Rev. paul. Med.* 58:291-296, 1961. 21. RAVITCH, M. M.; HITZROT, J. M. — The operations for inguinal hernia. *Surgery* 48:439-466, 1960. 22. SABADINI, L.; POINOT, J. — Eventrations. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale*, Paris, fascículos 2013-2016. 23. SHACKELFORD, R. T. — Surgery of the Alimentary Tract. Saunders, Philadelphia, 3:2155-2441, 1955. 24. SPARKMAN, R. S. — Bilateral exploration in inguinal hernia in juvenile patients. *Surgery* 51:390-406, 1962. 25. ZIMMERMANN, L. M. — Recent advances in surgery of inguinal hernia. *Surg. Clin. N. Amer.* 32:135-153, 1953. 26. ZIMMERMANN, L. M.; ANSON, B. J. — Anatomy and Surgery of Hernia. Williams & Wilkins, Baltimore, 1953.