

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ÁTALA RAÍSSA OLIVEIRA SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA
INGUINAL EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ARACAJU - SE**

ARACAJU-SE

2019

ÁTALA RAÍSSA OLIVEIRA SANTOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA
INGUINAL EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ARACAJU - SE

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito à
conclusão da graduação de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof^o Halley Ferraro Oliveira

ARACAJU-SE

2019

ÁTALA RAÍSSA OLIVEIRA SANTOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA
INGUINAL EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ARACAJU – SE.

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito à
conclusão da graduação de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Átala Raíssa Oliveira Santos

Orientador: Profº Halley Ferraro Oliveira

ÁTALA RAÍSSA OLIVEIRA SANTOS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA
INGUINAL EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ARACAJU – SE.

Monografia apresentada à Universidade
Federal de Sergipe como requisito à
conclusão da graduação de Medicina do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof^o Halley Ferraro Oliveira

Aprovada em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os envolvidos nesse trabalho que me ajudaram das mais diversas formas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo descritivo da idade e sexo..... 30

Tabela 2: Resumo descritivo da idade dos pacientes internados..... 30

Tabela 3: Resumo descritivo do CID 30

Tabela 4: Resumo descritivo do tipo..... 31

Tabela 5: Resumo descritivo do procedimento cirúrgico..... 31

Tabela 6: Teste estatístico para variável tipo de hérnia..... 32

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Figura 1 Aponeurose do músculo oblíquo externo e estruturas profundas. (Retirada do UpToDate 2018).	12
---	----

Sumário

1. REVISÃO DE LITERATURA:	9
1.1 - Definição:.....	9
1.2 - Epidemiologia:.....	9
1.3 - Anatomia:.....	10
1.4 – Fisiopatologia:	12
1.5 - Classificação:	13
1.6 - Diagnóstico:	14
1.7 – Tratamento:	16
1.8 - Referências Bibliográficas	20
2. NORMAS DE PUBLICAÇÕES - INSTRUÇÕES AOS AUTORES	22
2.1 - Escopo e política	22
2.2 - Informações gerais	22
2.3 - Submissão de artigos.....	24
2.4 - Forma e estilo.....	24
2.5 - Tabelas e figuras (Máximo permitido 6 no total)	25
2.6 - Condições Obrigatórias (Leia Com Atenção)	25
3. ARTIGO ORIGINAL	27
1. Resumo:.....	Erro! Indicador não definido.
2. Introdução:	28
3. Métodos:.....	29
4. Resultados	29
4.1 Análises Descritivas:	29
4.2 Testes Estatísticos:	32
5. Discussão:	32
6. Abstract:	35
7. Referências:	36

1. REVISÃO DE LITERATURA:

1.1 - Definição:

Hérnia é uma palavra de origem latina que significa ruptura de uma estrutura. Esse termo define um estado patológico em que ocorre o deslizamento de tecido ou órgão ou parte de um órgão, do compartimento original para outra região, através de um orifício anatômico ou patológico, com preservação da pele e do peritônio. A hérnia inguinal é a presença de uma protuberância nessa região, geralmente causada pelo deslocamento do conteúdo abdominal através do canal inguinal ou orifício na parede abdominal. As hérnias são compostas pelo saco herniário, conteúdo herniário e anel herniário, que são partes importantes para a classificação dessa hérnia. (ARY LEX – 1963; CYRO CEZAR – 2008; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010; DAVID C BROOKS, MARY HAWN - 2018).

1.2 - Epidemiologia:

Estima-se que cerca de 5% da população desenvolverá hérnia de parede abdominal, sendo que 75% desses indivíduos apresentará hérnia do tipo inguinal. Os homens estão mais susceptíveis a desenvolver esse tipo de hérnia do que as mulheres, e as hérnias inguinais ditas indiretas são mais comuns que a hérnia inguinal direta, na razão de 2:1, geralmente o lado direito é mais afetado. A prevalência dessa afecção aumenta com a idade, associado ao aumento do risco de complicações. A complicação mais comum e grave é o estrangulamento, e ocorre em cerca de 1-3% dos pacientes com hérnia inguinal; é mais habitual ocorrer nos extremos de idade. (MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010).

Segundo estudo epidemiológico que avaliou os diagnósticos de hérnia inguinal na população brasileira de janeiro de 2015 até setembro de 2016, a região sudeste apresentou 39,17% das internações por hérnia inguinal. A pesquisa também evidenciou uma maior procura médica de caráter eletivo e em serviços privados, e que o sexo masculino foi predominante, em torno de 84,65%. A faixa etária de 50-59 anos e de 60 – 69 anos foram mais frequentes nas internações. (LIVIA AKEMI et al - 2017).

De acordo com estudo realizado em Cuba, no Hospital General Docente com total de 62 casos, foi observado que o sexo masculino foi predominante com 82,3% e a faixa etária com maior frequência foi de 61 – 70 anos. (CORREA MARTÍNEZ L et al - 2018).

O surgimento de hérnia inguinal em mulheres é menor que 5% enquanto que nos homens esse valor sobe para 25%. Esse estudo também concluiu que essa afecção está mais presente em homens do que em mulheres, na razão de 9:1. Conforme o Centro Americano de Estatísticas de Saúde (NCHS), localizado nos Estados Unidos, no começo da década de 1980 foram realizadas 610mil herniorrafias inguinais. Holden, em 1988, evidenciou que 22,7 milhões de cirurgias foram realizadas nos Estados Unidos, sendo que 9,2 milhões foram ambulatoriais e desse valor 750mil eram para correção de hérnias de parede abdominal. (CYRO CEZAR – 2008).

Nos Estados Unidos, a prevalência de hérnia em região da virilha corresponde a 5 – 10% de toda população, e as hérnias inguinais corresponde a cerca de 96% das hérnias de virilha. São mais comuns em homens, cerca de 8 vezes e também mais comum na raça branca. O sexo masculino apresenta mais necessidade de reparo da hérnia inguinal em comparação com as mulheres, em torno de 20 vezes. O idoso tem maior risco de desenvolver hérnia inguinal, nos homens a faixa etária mais comum é de 50 – 69 anos e nas mulheres de 60 – 79 anos. O tipo de hérnia inguinal indireta é mais frequente e esta presente em aproximadamente 49% dos reparos em mulheres e 54% dos reparos em homens. (DAVID C BROOKS, MARY HAWN – 2018).

Nos neonatos, a hérnia inguinal está presente em 1-2% dos bebês nascido a termo, sendo mais frequentes em prematuros. Também acomete mais o sexo masculino nessa faixa etária, com razão de 4:1 a 10:1, exceto em recém-nascidos com muito baixo peso em que o sexo feminino é mais frequente. O lado direito é o mais acometido, em cerca de 60%, seguido do lado esquerdo com 25% e 15% das hérnias inguinais são bilaterais. O encarceramento está presente em 28,3% dos bebês que se apresentam com hérnia inguinal e possuem menos de 3 meses. (ENNIO GABRIEL – 2001).

1.3 - Anatomia:

A parede abdominal é composta por sobreposições de músculos e tecidos de conexão, são responsáveis por proteger e conter as vísceras abdominais, além de ajudar no movimento de respiração. Na parte superior é delimitada pelo processo xifoide e rebordo costal e na parte inferior pela sínfise púbica e osso íliaco. A região inguinal é uma área em forma triangular, na região inferior e lateral da parede abdominal, determinada inferiormente pela prega inguinal, superiormente por uma linha que une as espinhas ilíacas anteriores e superiores e medialmente pelo bordo externo do músculo reto do abdômen. (ARY LEX – 1963; CYRO

CEZAR – 2008; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010; DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

É uma região rica em estruturas anatômicas, a começar pelo tecido subcutâneo que é constituído pela fáscia superficial e logo abaixo estão os vasos epigástricos superficiais, veia pudenda externa e a veia ilíaca circunflexa superficial. O músculo oblíquo externo nessa região é composto somente pela sua aponeurose que tem inserção superior na espinha ilíaca antero-superior, e, inferior e medial no tubérculo púbico, sendo assim dividida para essas duas inserções inferiores, formando o ânulo inguinal superficial. A aponeurose apresenta um espessamento que se estende da espinha ilíaca antero-superior até o tubérculo púbico, que é denominado de ligamento inguinal. E a aponeurose do músculo oblíquo externo delimita a região superficial do canal inguinal e contém o anel inguinal externo ou superficial (Figura 1). (CYRO CEZAR – 2008; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010).

No plano posterior à aponeurose do músculo oblíquo externo está o funículo espermático envolvido pelo músculo cremaster, no sexo masculino, e o ligamento redondo, no sexo feminino. Nesse nível também estão às estruturas nervosas sensitivas e motoras, os nervos ilio-hipogástrico, ilio inguinal e genitofemoral (Figura 1). (CYRO CEZAR – 2008)

Em nível da musculatura posterior e a fáscia transversal apresenta-se o triângulo de Hesselbach (Figura 1), que forma o assoalho da região inguinal sendo o principal ponto de fraqueza. Esse triângulo é delimitado superolateralmente pelos vasos epigástricos inferiores, medialmente pela bainha do músculo reto abdominal e inferiormente pelo ligamento inguinal. Essa estrutura é a essência da classificação da hérnia direta e indireta, sendo esta está lateralmente ao triângulo e aquela dentro do triângulo em questão. (MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010).

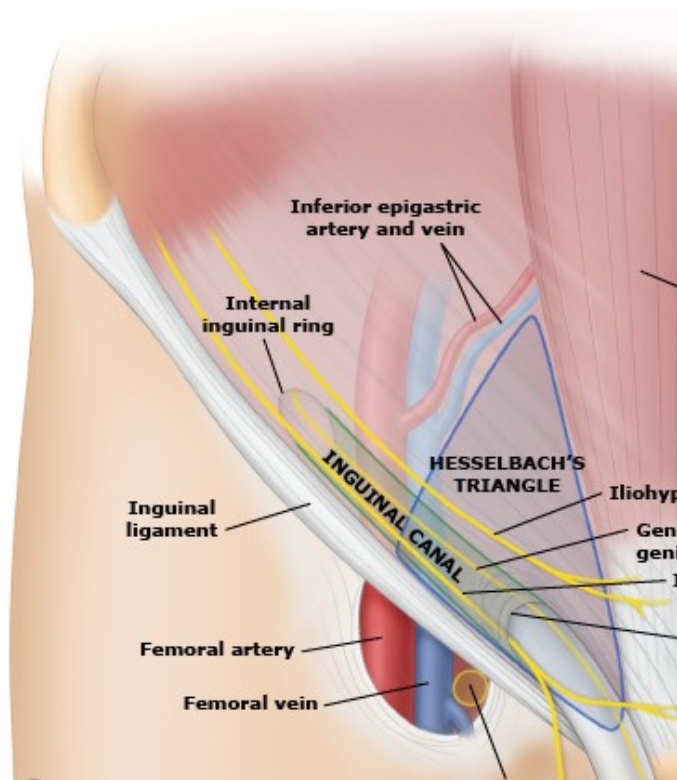


Figura 1 Aponeurose do músculo oblíquo externo e estruturas profundas. (Retirada do UpToDate 2018).

1.4 – Fisiopatologia:

As hérnias inguinais ocorrem por uma deficiência na parede que contem os órgãos abdominais. Nas crianças o aparecimento está associado à persistência do conduto peritônio vaginal. E nos adultos a fraqueza muscular em determinado ponto predispõem a formação da protuberância. (ENNIO GABRIEL – 2001; DAVID C BROOKS, MARY HAWN – 2018).

Defeito genético, deficiência da matriz extracelular ou até cirurgias pregressas em região abdominal são alguns dos fatores que facilitam o aparecimento da saliência em região inguinal. Esses erros associados ao aumento da pressão intra-abdominal resultam em desequilíbrio das forças contrapostas e como resultado ocorre a herniação no local afetado. Homens e mulheres apresentam diferenças na anatomia da virilha o que influencia no tipo de hérnia que desenvolverão. (DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

Inicialmente se acreditava que a hérnia era decorrente de fatores congênitos, relacionado aos defeitos dos músculos e tendões. Posteriormente perceberam que fatores anatômicos, como o tamanho do anel inguinal profundo, o tamanho do triângulo de

Hesselbach e a resistência da fascia transversalis são exemplos de pontos que podem resultar em fraqueza. Além disso, os fatores ambientais também estão associados ao surgimento dessa afecção, indivíduos que ao longo da vida manifestam aumento da pressão intra-abdominal estão associados ao aparecimento dessa doença. Como exemplo pessoas com obesidade, ascite, mulheres grávidas, doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras enfermidades que cursam com o aumento da pressão intra-abdominal cronicamente. (ANDRÉ GOULART et al – 2015).

Ademais existem estudos que demonstram que a desordem no metabolismo do colágeno está associada a maior propensão ao aparecimento de hérnia inguinal. Também o desequilíbrio no balanço protease e anti-protease resultam em maior ativação da atividade elastolítica, também corroborando com o aparecimento da hérnia. Outrossim, é a causa iatrogênica, em que o pós cirúrgico de apendicectomia laparoscópica causa a desnervação da região inguinal propiciando o surgimento de hérnia. (ANDRÉ GOULART et al – 2015).

1.5 - Classificação:

As hérnias podem ser classificadas de acordo com local, etiologia, redutibilidade, evolução e conteúdo. Conforme o local recebe a denominação de hérnia umbilical, diafragmática, epigástricas, paramedianas, femorais, inguinal, dentre outros locais que podem ser acometidos. Em conformidade com a etiologia podem ser definidas como congênita ou adquirida. Segundo a redutibilidade são ditas como redutível (conteúdo herniário é reposicionado na cavidade de origem, espontaneamente ou com auxílio de manobras manuais), encarcerada ou irreduzível (conteúdo não retorna à cavidade de origem) ou estrangulada (conteúdo apresenta sofrimento vascular). Em consoante com a evolução são denominadas simples ou complicadas. E conforme o conteúdo pode ser denominado de hérnia do intestino delgado, do intestino grosso, da bexiga, dependendo do local afetado. Ainda segundo a anatomia, a hérnia inguinal pode ser classificada em direta (medial aos vasos epigástricos inferiores) ou indireta (lateral a artéria epigástrica inferior). (ARY LEX – 1963; CYRO CEZAR – 2008; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010; ANDRÉ GOULART et al – 2015; DAVID C BROOKS, MARY HAWN – 2018).

Em 1991, a Classificação de Nyhus foi escolhida como padrão por ser de fácil aplicação, simples, utilizada por vários autores e conhecida mundialmente, essa decisão teve o intuito de melhorar a padronização da classificação das hérnias. É baseada na integridade da

parede abdominal posterior e no tamanho do anel herniário interno. De acordo com a mesma existem quatro tipos de hérnias, o tipo 1 é a hérnia indireta com anel interno de tamanho normal (até 2 cm); o tipo 2 é a hérnia inguinal indireta com anel interno alargado (maior que 2 cm); o tipo 3a é a hérnia inguinal direta; o tipo 3b é a hérnia inguinal indireta devido a defeito na parede posterior; o tipo 3c é a hérnia femoral; e o tipo 4 engloba todas hérnias recorrentes, sendo o tipo 4a a hérnia direta, 4b a hérnia indireta, 4c a hérnia femoral e 4c a hérnia combinada. (CYRO CEZAR – 2008; ANDRÉ GOULART et al – 2015)

Existe também a classificação somente para hérnia recidivadas, desenvolvida por Campanelli, que ajuda na definição da nova abordagem cirúrgica. Compreende no tipo R1 a hérnia com primeira recidiva, com defeito menor de 2 cm próximo ao anel inguinal profundo, e redutível; no tipo R2 a hérnia com defeito menor que 2 cm próxima ao tubérculo púbico, também redutível e com primeira recidiva; e no tipo R3 a hérnia com defeito maior que 2 cm ou irreductível ou múltiplas recidivas. (ANDRÉ GOULART et al – 2015).

E no ano de 2007 foi publicada pela Sociedade Europeia de Hernia uma classificação de fácil aplicação no pré-operatório independente da abordagem cirúrgica. Compreende no uso de letras para determinar o local, lateral (L), medial (M) ou femoral (F); e se a hérnia é primária (P) ou recorrente (R). E no uso de números que define o tamanho do defeito, que é definido conforme a quantidade de dedos, o número 0 significa ausência de hérnia, o número 1 que o defeito compreende menos de um dedo, o número 2 de um a dois dedos e o número 3 de três dedos ou mais e a letra “x” a hérnia não está evidente. (ANDRÉ GOULART et al – 2015).

1.6 - Diagnóstico:

O diagnóstico é feito através da anamnese e do exame físico compatível com o quadro clínico da doença. Dificilmente é necessário o uso de exames complementares, como radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou herniografia. O exame físico realizado por um cirurgião apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 96% para conclusão do diagnóstico. (ARY LEX – 1963; ANDRÉ GOULART et al – 2015; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010; THE HERNIA SURGEGROUP, 2018; DAVID C BROOKS, MARY HAWN – 2018).

Na entrevista os pacientes relatam tumefação espontânea ou ao realizar esforço abdominal da região inguinal podendo estar associado a quadro álgico, na maioria dos casos a

presença de dor esta relacionada ao encarceramento ou estrangulamento da hérnia. Inicialmente o paciente descreve como tumoração que aparece aos esforços e desaparece ao repouso, com passar do tempo à proeminência persiste ao repouso e necessita de redução manual, nesse momento o paciente pode relatar sensação de peso na área afetada. (ARY LEX – 1963; ANDRÉ GOULART et al – 2015; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010; THE HERNIA SURGEGROUP, 2018).

O paciente é examinado em posição supina e em ortostase, à inspeção é observada uma saliência próxima ao púbis que ao solicitar que o paciente execute um esforço abdominal, a mesma aumenta de volume. Em caso de indivíduos com maior percentual de gordura, tal descrição pode não ser visualizada. E em homens, o conteúdo herniário pode atingir a bolsa escrotal causando o abaulamento de toda região. Através da palpação é identificado qual o tipo do conteúdo herniário, a consistência do mesmo, a redutibilidade, a caracterização do canal inguinal e a classificação da hérnia inguinal (direta ou indireta). A percussão e a ausculta trazem poucas informações adicionais ao exame físico da hérnia. (ARY LEX - 1963; MARK A MALANGONI, MICHAEL J ROSEN – 2010).

Os exames complementares podem ajudar no diagnóstico quando o quadro não tem a apresentação clássica da doença ou em casos de dúvidas, como exemplo a hérnia oculta. Geralmente esses casos são de pacientes com quadro de dor ou desconforto em região inguinal, mas ausência do abaulamento, a presença de saliência em local pouco específico associado a quadro algico, dentre outros. (ANDRÉ GOULART et al – 2015; THE HERNIA SURGEGROUP – 2018; DAVID C BROOKS, MARY HAWN – 2018).

A radiografia da região inguinal acometida evidencia a presença de alças intestinais em confluência ao anel herniário, é pouco utilizada devida baixa sensibilidade. A ultrassonografia de pelve é um bom exame diagnóstico, apresentando uma sensibilidade de 33-100% e especificidade de 81-100%, porém depende do profissional que realiza o exame. A tomografia computadorizada apresenta uma sensibilidade de 83% e especificidade 67-83%, é indicada em casos de hérnia atípica. A ressonância magnética é um exame que pode diagnosticar outras patologias associadas, porém é um gasto dispensável. Apresenta sensibilidade de 94,5% e especificidade de 96,3%. A Herniografia evidencia uma sensibilidade de 100% e especificidade de 98-100%, contudo é um exame invasivo e possui o risco de desencadear complicações com a sua execução. (ANDRÉ GOULART et al – 2015).

Em crianças, a hérnia inguinal também se apresenta como uma tumefação em região inguinal que aumenta o volume com choro ou esforço. A atenção nessa faixa etária são com os diagnósticos diferenciais como hidrocele, criptoquirdia, testículo retrátil ou adenopatias

inguinais; uma vez que o manejo de cada diagnóstico é divergente. (ENNIO GABRIEL – 2001).

1.7 – Tratamento:

O tratamento definitivo da hérnia inguinal é o procedimento cirúrgico, que tem como objetivo corrigir a fraqueza apresentada pela parede abdominal, e pode ser realizado em caráter eletivo ou de urgência. Um dos principais pontos de decisão para o tratamento do doente é realização do reparo eletivo ou acompanhar a evolução clínica da doença. Geralmente as hérnias são inicialmente assintomáticas e evoluem com o aparecimento de sintomas. Nesse primeiro momento a realização do reparo pode evoluir com complicações do tipo infecção da ferida operatória, retenção urinária, hematoma, porém se não realizado o paciente pode evoluir com encarceramento da hérnia, necessitando de uma intervenção de emergência com maior taxa de morbidade e mortalidade. (HAGAR MIZRAHI et al – 2012; ALBERTO MAYER et al – 2013; FORREST DEAN GRIFFEN – 2017).

O reparo da hérnia inguinal eletivo é um dos procedimentos mais comuns realizado pelos cirurgiões gerais, tanto em adultos quanto na faixa pediátrica. A técnica preconizada é a livre de tensão, sendo que pode ser com o uso ou sem o uso de tela. A literatura mostra que existem diversos procedimentos que podem ser realizados para correção da hérnia inguinal, o que demonstra a dificuldade intrínseca dessa região. (ENNIO GABRIEL – 2001; DEVAIJIT CHOWLEK SHYAM, AMYGRACE RAPSANG – 2013; REYES DÍAZ et al – 2014; ALBERTO MAYER et al – 2013; FORREST DEAN GRIFFEN et al – 2017).

O tipo do procedimento cirúrgico adotado, seja via laparoscópica ou via aberta, depende da experiência do cirurgião e do procedimento com menor taxa de reincidivas. A indicação para a realização do procedimento cirúrgico em paciente com hérnia sintomática é fácil, porém em pacientes assintomáticos a dúvida está presente, entre realizar o procedimento eletivo ou acompanhar a evolução do paciente. A espera para realização do procedimento não compromete o resultado cirúrgico. Em estudo realizado, em torno de 1,8 a cada 1000 pacientes com hérnia assintomática apresentaram complicações, sendo que 38% necessitaram do reparo no intervalo de três anos e 70% no intervalo de sete a dez anos. (FORREST DEAN GRIFFEN et al – 2017; DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

Ao contrário do que ocorre em adultos, o reparo da hérnia inguinal pediátrica tem indicação no momento do diagnóstico devido à alta taxa de encarceramento. A dualidade da

cirurgia pediátrica esta em explorar o lado contralateral a hérnia apresentada ou não. Com intuito de ajudar nessa decisão existem parâmetros que indicam se essa abordagem é vantajosa. No caso da hérnia aparente esteja no lado esquerdo, à abordagem do lado contralateral é indicada, como também na presença de hérnia inguinal nas meninas, devido a maior chance da afecção ser bilateral nesse sexo. Ademais quanto menor a criança, maior a probabilidade de latência do conduto peritoneovaginal e por isso é recomendado a abordagem contralateral. (ENNIO GABRIEL – 2001).

Pacientes adultos que optam pelo acompanhamento clínico devem ser aconselhados a diminuir os fatores de risco, portanto deve ser estimulado a perder peso, melhorar condição clínica, cessar o fumo, além de serem informados que a prática de atividade física não causa o encarceramento e também não piora a hérnia, logo portadores de hérnia inguinal devem ser estimulados a praticar atividades físicas. (DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

Ao longo da história, várias técnicas cirúrgicas foram aplicadas para correção da hérnia inguinal por via aberta, atualmente existem dois procedimentos que são mais utilizados, são eles: a técnica de Shouldice, e a técnica de Linchestein. A primeira mais antiga, consiste em sutura em 4 planos, sem a utilização de tela, já a segunda é mais atual e mais frequente nos serviços de saúde, é uma técnica livre de tensão que consiste na aplicação de tela. Ambas as técnicas possuem baixo índice de recidivas e complicações. Entretanto, a técnica Shouldice apresenta maior tempo cirúrgico, e maior tempo de retorno às atividades. Já a técnica livre de tensão apresenta menores queixas no pós-operatório imediato, menor tempo para retorno das atividades laborais. A via aberta esta indicada em pacientes com hérnia complicada, hérnias escrotais grandes (>3cm), presença de ascite e em pacientes que não toleram anestesia geral. (JOSÉ LUIZ CAMPELO et al – 2004; FORREST DEAN GRIFFEN – 2017; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017; DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

A cirurgia laparoscópica é uma das opções de tratamento e tem a vantagem de menor dor pós-operatória, melhor estética e menor tempo para retorno das atividades, porém depende da experiência do cirurgião. Existem dois tipos desse procedimento laparoscópico, o totalmente extraperitoneal e o transabdominal pré-peritoneal. Este inclui a colocação de tela no espaço pré-peritoneal que é recoberta pelo peritônio a fim de proteger o intestino. Esse procedimento pode resultar em injúria de órgãos adjacentes, aderências com possível obstrução intestinal e herniação do intestino. Já o reparo totalmente extraperitoneal envolve o manejo do espaço entre o peritônio e a parede abdominal anterior, sem acesso intraperitoneal,

diminuindo os riscos de aderência pós-cirúrgica. (REYES DÍAZ et al – 2014; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

A técnica laparoscópica resulta em maior custo e maior demanda técnica do profissional operante. Normalmente esta indicada em hérnias bilaterais, hérnia recorrente, hérnia femoral e também na dúvida diagnóstica. Está contraindicada em pacientes sem condições clínicas para ser submetido à anestesia geral, tenha realizado previamente cirurgia pélvica no espaço pré-peritoneal, apresente hérnia inguinal encarcerada ou hérnia escrotal ampla, tenha ascite ou infecção ativa. (REYES DÍAZ et al – 2014; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

Pacientes submetidos à técnica totalmente extraperitoneal apresentam menor tempo de internação pós-cirúrgico, menor chance de injúria de órgãos adjacentes, menor taxa de infecção profunda e superficial, no geral, menor taxa de complicação. Em contrapartida os pacientes submetidos à técnica transabdominal apresentam menor dor pós-operatória, menor risco de injúria vascular e menores taxas de conversão da cirurgia para técnica aberta. (ALBERTO MAYER et al – 2013; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

Pacientes que se favorecem com a técnica totalmente extraperitoneal são os indivíduos que apresentam adesão intra-abdominal, ou que não possuem condições clínicas para anestesia geral, possuem hérnia bilateral ou hérnia recorrente. E os pacientes que se favorecem com a técnica transabdominal anterior são os que possuem passado de cirurgia pélvica, ou apresentam hérnia oculta. (GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

Estudos mostram que a via laparoscópica tem maior chance de complicações perioperatória que a via aberta. A técnica totalmente extraperitoneal tem maior chance de recidiva do que a técnica aberta. Por outro lado, a via aberta apresenta maiores taxas de dor e dormência pós-reparo de que via laparoscópica. (GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

As complicações da via laparoscópica são semelhantes à via aberta, são elas: infecção de ferida ou tela, hematoma, retenção urinária, seroma, dor crônica e recorrência de hérnia. A taxa de recorrência da hérnia inguinal é menor em cirurgias na segunda década de atuação na área. Junto com a recidiva da hérnia, a dor crônica é uma complicação comum no pós-operatório, logo o cirurgião deve optar pelo procedimento com menos manipulação dos nervos da região, a fim de impedir o surgimento dessa complicação pós-operatória. Estudos mostram que o reparo utilizando malha pré-peritoneal tem como vantagem a menor dor no pós-reparo do que o método padrão de Linchestein. A tela mais utilizada é a composta de propileno que apresenta maior estabilidade mecânica para o defeito. Esse corpo estranho é

inserido a parede abdominal e necessita de cuidados. O material utilizado causa resposta inflamatória local que também é responsável pela estabilidade final, porém caso a resposta seja intensa pode ocasionar lesões aos nervos e evoluir com inguinodia. (MUHAMMAD SAJID et al – 2011; WILLAERT W. et al – 2012; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017).

A escolha pela via do reparo depende da prática cirúrgica do cirurgião operador, do tipo de hérnia e as características do paciente. O reparo da hérnia inguinal seja pela via laparoscópica ou via aberta, com uso de malha, é a cirurgia de ouro para o tratamento dessa afecção. É um dos procedimentos mais realizados pelos cirurgiões gerais durante o ano. Em dados mundiais, quando somado a correção por via aberta e laparoscópica temos cerca de 20 milhões de hérnias que são reparadas por ano. Na Suécia ultrapassa 17.000, na Inglaterra mais de 80.000 e nos Estados Unidos mais de 800.000 procedimentos desse tipo são realizados. (MUHAMMAD SAJID et al – 2011; ALBERTO MAYER et al – 2013; GEORGE A SAROSI, KFIR BEM-DAVID – 2017; DAVID C BROOKS, MICHAEL ROSEN – 2018).

1.8 - Referências Bibliográficas

- JUNIOR, C. Hérnias da Região Inguinofemoral. In: **Clínica Cirúrgica**. Edição 2008. São Paulo: Manole, 2008.
- ARY LEX. Hérnia em Geral, Revisão Didática. **Revista de Medicina**. São Paulo. v.47.n.1. 13-38. Março, 1963.
- SIMONS MP, AUFENACKER T, BAY-NIELSEN M, ET AL. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. **Hernia** 2009;13:343-403.
- ANDRE GOULART, SANDRA MARTINS. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. Série II.nº33.Junho, 2015.
- ENNIO GABRIEL. Hérnia inguinal na infância. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. vol.28 nº.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2001.
- MALANGONI, M. A.; GAGLIARDI, R. J. Hérnias. In: SABISTON, D. C.; TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. **Tratado de cirurgia**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- THE SURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **The World Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery**. Volume 22. Issue 1. Fevereiro, 2018.
- AKEMI, L. ARNONI, L. CARDIAL, D. Epidemiologia da hérnia inguinal na população brasileira. **Journal of Coloproctology**. Volume 37, Num. S1:73–176, Rio de Janeiro, Outubro. 2017.
- CORREA MARTÍNEZ L, DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ DL. Epidemiología de pacientes afectos de hernia inguinal bilateral. **Revista de Ciencias Médicas**. 2018; 22
- BROOKS, D. C. HAWN, M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. **UpToDate**, 2018.
- MIZRAHI, H. PARKER, M. C. Management of asymptomatic inguinal hernia: a systematic review of the evidence. **Arch Surg**, 2012.; 147(3):277-281

WILLAERT, W. DE BACQUER, D. REGIERS, X. TROISI, R. BERREVOET, F. Open preperitoneal techniques versus Linctenstein repair for eletive inguinal hernias. **Cochrane Database of systematic reviews**. 2012, Issue 7. Art. No.: CD008034.

SAJID M, LEAVER C, SAINS P, BAIG MK. Lightweight versus Heavyweight mesh for laparoscopic repair of inguinal hernia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2011, Issue 12. Art. No.: CD009475.

BROOKS, D. C. ROSEN, M. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in aduts. **UpToDate**, 2018.

SAROSI G. A. DAVID B. K. ROSEN, M. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair in aduts. **UpToDate**, 2017.

MEYER A, BLANC P, BALIQUE JG, KITAMURA M, JUAN RT, DELACOSTE F, ATGER J. Herniorrafia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal. Vinte e sete complicações graves após 4565 casos consecutivos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2013;40(1).

SHYAM D. C., RAPSANG A.G. Inguinal hérnias in patients of 50 years and above. Pattern and outcome. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2013;40(5).

REYES. L. M. D., NARANJO R. J. F., DOMÍNGUEZ A. A., VALERA S. Z., CURADO A. S., NAVARRETE E. C., OLIVA M. F. Reparación herniaria mediante abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal en una Unidad de Cirugia Mayor Ambulatoria. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. Série II. nº30, Setembro, 2014.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÕES - INSTRUÇÕES AOS AUTORES

2.1 - Escopo e política

A Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, publicação oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, é publicada bimestralmente em um único volume anual, e se propõe à divulgação de artigos de todas as especialidades cirúrgicas, que contribuam para o seu ensino, desenvolvimento e integração nacional. Desde janeiro de 2017 a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões é publicada apenas online.

Os artigos publicados na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões seguem os requisitos uniformes recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), e são submetidos à avaliação por pares (double blind peer review). A Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editor (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto.

O Conselho de Revisores (encarregado do peer-review) recebe os textos de forma anônima e decide por sua publicação. No caso de ocorrência de conflito de pareceres, o Editor avalia a necessidade de um novo parecer. Artigos recusados são devolvidos aos autores. Somente serão submetidos à avaliação os trabalhos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista. Os artigos aprovados poderão sofrer alterações de ordem editorial, desde que não alterem o mérito do trabalho.

2.2 - Informações gerais

A Revista do CBC avalia artigos para publicação em português (autores brasileiros) e inglês (autores estrangeiros) que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org) traduzidas como Conselho Internacional de Editores de Revistas Médicas [CIERM Rev Col Bras Cir. 2008;35(6):425-41] ou de artigo no site da Revista do CBC (www.revistadocbc.org.br) com as seguintes características:

- **Editorial:** É o artigo inicial de um periódico, geralmente a respeito de assunto atual, solicitado pelo Editor, a autor de reconhecida capacidade técnica e científica.

- **Artigo Original:** É o relato completo de investigação clínica ou experimental com resultados positivos ou negativos. Deve ser constituído de Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Abstract e Referências, limitadas ao máximo de 50, procurando incluir sempre que possível artigos de autores nacionais e periódicos nacionais. O texto deve conter no máximo 3500 palavras, sem contar com o Resumo, Abstract e Referências. O título deve ser redigido em português e inglês. Deve conter o máximo de informações, o mínimo de palavras e não deve conter abreviatura. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido do(s) nome(s) da(s) instituição(ões) onde o trabalho foi realizado. Se for multicêntrico, informar em números arábicos a procedência de cada um dos autores em relação às instituições referidas. Os autores deverão enviar junto ao seu nome somente um título e aquele que melhor represente sua atividade acadêmica. O Resumo deve ter no máximo 250 palavras e estruturado da seguinte maneira: objetivo, métodos, resultados, conclusões e descritores na forma referida pelo DeCS (<http://decs.bvs.br>). Podem ser citados até cinco descritores. O abstract também deve conter até 250 palavras e ser estruturado da seguinte maneira: objective, methods, results, conclusion e keywords (<http://decs.bvs.br>).
- **Artigo de Revisão:** O Conselho Editorial incentiva a publicação de matéria de grande interesse para as especialidades cirúrgicas contendo análise sintética e crítica relevante e não meramente uma descrição cronológica da literatura. Deve ter uma introdução com descrição dos motivos que levaram à redação do artigo, os critérios de busca, seguido de texto ordenado em títulos e subtítulos de acordo com complexidade do assunto, resumo e abstract não estruturados, estes com no máximo 250 palavras. Quando couber, ao final poderão existir conclusões, opiniões dos autores sumarizando o referido no texto da revisão. Deve conter no máximo 7000 palavras sem contar com o Resumo, Abstract e Referências (máximo de 75).
- **Cartas ao Editor:** Comentários científicos ou controvérsias com relação aos artigos publicados na Revista do CBC. Em geral tais cartas são enviadas ao autor principal do artigo em pauta para resposta e ambas as cartas são publicadas no mesmo número da Revista, não sendo permitida réplica. O texto deve ter no máximo 1000 palavras e as referências são limitadas a 10, incluindo o artigo em questão publicado na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias.
- **Comunicação Científica:** Conteúdo que aborde de forma inicial tema cirúrgico relevante, com a investigação científica em andamento e a proposição de soluções. Por suas características, esta seção poderá ser multiprofissional e multidisciplinar, recebendo contribuições de médicos, cirurgiões e não-cirurgiões e de outros profissionais das mais variadas áreas. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e

Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.

- **Nota Técnica:** Artigo sobre nova técnica cirúrgica ou modificação de técnica consagrada, de importância na prática cirúrgica. A técnica deve ser descrita em detalhes e deve haver ampla discussão sobre seus benefícios. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.
- **Ensino:** Conteúdo que aborde o ensino da cirurgia na graduação ou na pós-graduação. Deve seguir o formato descrito para Artigo Original.
- **Bioética na Cirurgia:** Discussão dos aspectos bioéticos na cirurgia. O conteúdo deverá abordar os dilemas bioéticos existentes no desempenho da atividade cirúrgica. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.
- **Relatos de Casos:** Poderão ser submetidos para avaliação e os relatos aprovados serão publicados, prioritariamente, na Revista Eletrônica de Relatos de Casos, que pode ser acessada através da página do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (www.cbc.org.br) ou diretamente em <http://relatosdocbc.org.br>.

2.3 - Submissão de artigos

O envio de artigos para a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões só poderá ser feito através da plataforma online para submissão de artigos científicos que pode ser acessada através da página do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (www.cbc.org.br) ou diretamente através de www.gnpapers.com.br/rcbc.

A partir de janeiro de 2018 a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (Rev Col Bras Cir; ISSN online: 1809-4546) iniciará um modelo de publicação contínua de seus artigos na biblioteca eletrônica do SciELO com vistas a garantir que seus artigos revisados por pares ganhem visibilidade mais rapidamente e possam ser citados imediatamente.

2.4 - Forma e estilo

- **Texto:** Os manuscritos apresentados para publicação devem ser inéditos e enviados na forma digital. As imagens deverão ser encaminhadas separadas no formato JPG, GIF, TIF e referido

no texto o local de inserção. As abreviaturas devem ser em menor número possível e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização.

- **Referências:** Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, não se esquecendo de incluir autores e revistas nacionais, restringindo-se aos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas - ICMJE www.icmje.org - CIERM RevColBras Cir. 2008;35(6):425-41 - www.revistadocbc.org.br). Não serão aceitas como referências anais de congressos, comunicações pessoais teses. Citações de livros devem ser desestimuladas. Os autores do artigo são responsáveis pela veracidade das referências.
- **Agradecimentos:** Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a sua realização.

2.5 - Tabelas e figuras (Máximo permitido 6 no total)

Devem ser numeradas com algarismos arábicos, encabeçadas por suas legendas com uma ou duas sentenças, explicações dos símbolos no rodapé. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as normas supracitadas de Vancouver.

São consideradas figuras todas as fotografias, gráficos, quadros e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e devem ser acompanhadas de legendas descritivas.

Os autores que desejarem publicar figuras coloridas em seus artigos poderão fazê-lo a um custo de R\$ 650,00 para uma figura por página. Figuras adicionais na mesma página sairão por R\$ 150,00 cada. O pagamento será efetuado através de boleto bancário, enviado ao autor principal quando da aprovação do artigo para publicação.

2.6 - Condições Obrigatórias (Leia Com Atenção)

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas:

1) que no artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM nº.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos;

2) citar a fonte financiadora, se houver;

3) que o trabalho foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) que o aprovou colocando no texto o número com que foi aprovado;

4) que todos os autores concedem os direitos autorais e autorizam que o artigo sofra alterações no texto enviado para que seja padronizado no formato linguístico da Revista do CBC, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou figuras que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. Caso haja discordâncias dos autores quanto a estas premissas, deverão eles escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam cabendo ao Editor analisar se o artigo pode ser encaminhado para publicação ou devolvido aos autores.

5) que os autores podem manter os direitos autorais de seus trabalhos publicados sem restrições.

6) Caso haja conflito de interesse ele deve ser citado com o texto: “O(s) autor(es) (nominá-los) recebeu(ram) suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Quando houver fonte financiadora de fomento à pesquisa ela também deverá ser citada.

7) A responsabilidade por conceitos ou asserções emitidos em trabalhos e anúncios publicados na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões cabe inteiramente ao(s) autor(es) e aos anunciantes.

8) Não serão aceitos trabalhos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos.

9) cada artigo aprovado terá um custo de R\$ 1000,00 (mil reais) para os autores. Artigos cujo o primeiro autor for membro adimplente do CBC receberão 50% de desconto. Relatos de Casos aprovados para publicação na Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos do CBC estão isentos de taxas.

3. ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA INGUINAL EM UM SERVIÇO PRIVADO DE ARACAJU – SE.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF INGUINAL HERNIA IN A PRIVATE SERVICE OF ARACAJU - SE.

Átala Raíssa Oliveira Santos – Universidade Federal de Sergipe – Acadêmica de Medicina

Halley Ferraro Oliveira – Universidade Federal de Sergipe – Professor Mestre

1. Resumo:

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo avaliar e analisar a epidemiologia dos pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal no hospital em questão e avaliar a terapêutica ao qual o paciente foi submetido. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico, observacional, retrospectivo, descritivo, no qual foram analisados os registros eletrônicos estatísticos sobre os pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal em um serviço privado de Aracaju – Sergipe, no período de janeiro de 2017 a julho de 2018, totalizando 222 pacientes. **Resultados:** O sexo masculino apresentou 78,8% da amostra. A faixa etária de 0 – 9 anos foi a mais acometida. A hérnia unilateral foi mais prevalente com 64%. E a herniorrafia convencional apresentou 69,3% dos procedimentos cirúrgicos. A relação entre o tipo de hérnia e a faixa etária apresenta valor-p <0,05. **Conclusão:** Seriam necessários mais dados para uma melhor análise estatística, porém corroboramos que o sexo masculino apresenta hérnia inguinal com maior frequência do que o sexo feminino, a hérnia unilateral prevalece no meio populacional, sendo influenciada pela idade do paciente. A via do procedimento cirúrgico continua em discussão, sendo mais bem indicada de acordo com as características do paciente e a experiência do cirurgião.

Palavra chave: hernia inguinal; herniorrafia; epidemiologia

2. Introdução:

Hérnia é um estado patológico em que ocorre o deslizamento de tecido ou órgão ou parte de um órgão, do compartimento original para outra região, através de um orifício anatômico ou patológico, com preservação da pele e do peritônio. A hérnia inguinal é a presença de uma protuberância nessa região, geralmente causada pelo deslocamento do conteúdo abdominal através do canal inguinal ou orifício na parede posterior.^{1,2,3,4}

Estima-se que cerca de 5% da população desenvolverá hérnia de parede abdominal, sendo que 75% desses indivíduos apresente hérnia inguinal. Os homens estão mais susceptíveis a desenvolver esse tipo de hérnia do que as mulheres.² A prevalência dessa afecção aumenta com a idade, associado ao aumento do risco de complicações. A complicação mais comum e grave é o estrangulamento, cerca de 1-3% dos pacientes com hérnia inguinal e é mais habitual ocorrer nos extremos de idade.² Uma pesquisa evidenciou a maior procura médica de caráter eletivo em serviços privados, e que o sexo masculino foi predominante, cerca de 84,65%.⁵

Defeito genético, deficiência da matriz extracelular ou até cirurgias pregressas em região abdominal são alguns dos fatores que facilitam o aparecimento da saliência em região inguinal.³ As hérnias possuem várias classificações, segundo a redutibilidade é dita como redutível, encarcerada ou irreduzível, e estrangulada. Ainda segundo a anatomia, a hérnia inguinal pode ser classificada em direta ou indireta.^{1,4,6} Ademais a classificação de Nyhus é amplamente utilizada com intuito de melhorar a padronização da classificação das hérnias.^{4,6}

O diagnóstico dessa afecção é realizado através da anamnese e do exame físico compatível com o quadro clínico da doença.^{1,3,6,8} Em crianças a clínica é semelhante ao adulto porém existem vários diagnósticos diferenciais como hidrocele, criptoquirdia, entre outros.⁷

O tratamento definitivo da hérnia inguinal é o procedimento cirúrgico, tanto nos adultos quanto na faixa etária pediátrica, e tem como objetivo corrigir a fraqueza apresentada pela parede abdominal.^{7,10, 12, 13} O reparo da hérnia inguinal eletivo é um dos mais comuns procedimentos realizado pelos cirurgiões gerais. A técnica preconizada é a livre de tensão, sendo que pode ser com o uso ou sem o uso de tela.^{9, 12, 13, 14} A escolha da via da herniorrafia, via laparoscópica ou via convencional, depende da prática cirúrgica do cirurgião, do tipo de hérnia e as características do paciente.^{3, 13}

As complicações da via laparoscópica são semelhantes à via convencional, são elas: infecção de ferida ou tela, hematoma, retenção urinária, seroma, dor crônica pós-cirúrgica e

recorrência de hérnia. O reparo da hérnia inguinal seja pela via laparoscópica ou via aberta, com uso de malha, é a cirurgia de ouro para o tratamento dessa afecção.^{3, 11, 12, 15}

O presente estudo tem como objetivo avaliar e analisar a epidemiologia dos pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal no hospital em questão, avaliar estatisticamente a terapêutica ao qual o paciente foi submetido e o tempo entre a admissão e alta do mesmo.

3. Métodos:

Trata-se de um estudo analítico, observacional, retrospectivo, descritivo, no qual foram analisados os registros eletrônicos estatísticos do hospital em questão, a cerca dos pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal, no período de janeiro de 2017 a julho de 2018, totalizando 222 pacientes. Foram excluídos do processo os pacientes com diagnóstico de outros tipos de hérnias e pacientes que foram a óbito durante a internação. Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel versão 2016 e analisados por meio do software R (Project for Statistical Computing) versão 3.5.0. E receberam uma análise inferencial para que se possa explicar a variável qualitativa dependente (tipo de hérnia), ao nível de significância de 5%. Com o propósito de verificar a associação dos grupos, foi realizado para as variáveis independentes qualitativas o teste Qui-Quadrado.

Um termo de autorização foi assinado para que o pesquisador possuísse acesso aos registros do hospital. E esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe com o parecer número 06958718.5.0000.5546.

4. Resultados

4.1 Análises Descritivas:

De acordo com os dados apresentados na planilha Relatório de Paciente de Internação (2017 e 2018), percebe-se na tabela 1 que a faixa etária de 0 – 9 anos foi a mais acometida e que é notório que dos 222 pacientes internados 78,8% dos pacientes são do sexo masculino. Além disso, observa-se na tabela 2 que a idade média dos pacientes é de 38,56 anos, como o desvio padrão está consideravelmente elevado usaremos a mediana como parâmetro de medida central que é 43 anos, a idade máxima é de 85 anos e a mínima de 0.

Tabela 1: Resumo descritivo da idade e sexo.

Idades	Sexo		Frequência	Percentual (%)
	Fem	Masc		
0-9 anos	23	51	74	33,4
10-19 anos	3	4	7	3,1
20-29 anos	1	7	8	3,6
30-39 anos	2	12	14	6,3
40-49 anos	3	17	20	9,0
50-59 anos	3	17	20	9,0
60-69 anos	6	37	43	19,3
70-79 anos	5	26	31	14,0
80-89 anos	1	4	5	2,3
TOTAL	47(21,2%)	175(78,8%)	222	100,0

Tabela 2: Resumo descritivo da idade dos pacientes internados

	Média	Desvio padrão	Mediana	Máximo	Mínimo
Idade	38,56	28,65	43	85	0

Nas tabelas abaixo obtivemos as informações para as variáveis qualitativas, a descrição do CID, o tipo de hérnia e a taxa de complicações presentes nesses pacientes. Com a tabela 3 identificamos que 60,8% dos pacientes apresentaram hérnia com CID K409, seguindo do CID K402 com 32,8%. E na tabela 4, que a hérnia unilateral foi mais frequente na amostra, com 64%.

Tabela 3: Resumo descritivo do CID

Descrição do CID	Frequência	Percentual (%)
K400 - Hérnia inguinal bilateral, com obstrução, sem gangrena	7	3,2
K402 - Hérnia inguinal bilateral, sem obstrução ou gangrena	73	32,8
K404 - Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, com gangrena	3	1,4
K403 - Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, com obstrução sem gangrena	4	1,8
K409 - Hérnia inguinal unilateral ou não especificada,	135	60,8

sem obstrução ou gangrena

Total	222	100
-------	-----	-----

Tabela 4: Resumo descritivo do tipo

Tipo	Frequência	Complicações
Unilateral	142(64%)	7 (4,92%)
Bilateral	80(36%)	7 (8,75%)
Total	222	

Em função dos procedimentos cirúrgicos, o tipo mais frequente nos pacientes são os de herniorrafia inguinal unilateral convencional e herniorrafia inguinal unilateral por vídeo com 56,7% e 19,4%, respectivamente. Podemos ver também que 50,2% dos pacientes ficaram apenas um dia internados, seguindo de 48,9% dos pacientes que tiveram tempo de internação menor que 24 horas (um dia). Para o tipo de atendimento, 220 pacientes o que condiz com mais de 98% do total dos pacientes internados, recebem atendimento de forma eletiva, onde 99,0% recebem alta após melhora, como mostra na Tabela 5.

Tabela 5: Resumo descritivo do procedimento cirúrgico

Tipo do procedimento	Frequência	Percentual (%)
Herniorrafia inguinal unilateral convencional	126	56,7
Herniorrafia inguinal bilateral convencional	28	12,6
Herniorrafia inguinal unilateral por vídeo	43	19,4
Herniorrafia inguinal bilateral por vídeo	25	11,3
Tempo de Internamento		
Menos de 24 horas	109	48,9
Um dia	111	50,2
Dois dias	2	0,9
Origem do atendimento		
Internação / Eletiva	219	98,6

Internação / Urgência	3	1,4
Motivo da alta		
Alta Curada	2	1,0
Alta Melhorada	220	99,0

4.2 Testes Estatísticos:

Adotando o nível de significância de 5% o teste de Qui-Quadrado apresentou para duas variáveis p-valor $> 0,05$, implicando dizer que o tipo de hérnia não tem associação significativa com a via de reparo e com o sexo, com p-valores iguais a 2,03, 0,48, respectivamente. Porém com a variável da faixa etária, apresenta associação pois o p-valor foi de 0,02, o que observamos na tabela 6.

Tabela 6: Teste estatístico para variável tipo de hérnia

Variável	Grupo	Tipo de Hérnia		P-valor
		Unilateral	Bilateral	
Tipo de Reparo	Convencional	117	37	2,03
	Video	25	43	
Sexo	Masculino	114	61	0,48
	Feminino	28	19	
Faixa Etária	Pediátrica	58	21	0,02
	Adulto	84	59	

*. P-valor significativo ao nível de 5%.

5. Discussão:

O sexo masculino é mais acometido e tem maior necessidade de reparo da hérnia inguinal em comparação com as mulheres, cerca de 20 vezes, é o que relata David Brooks junto com Mary Hawn³, e ainda que o risco do homem desenvolver esse tipo de hérnia é de 25% e as mulheres de 5%. Nosso estudo corrobora com essa literatura, pois foi notório que os

homens necessitaram de maior intervenção cirúrgica totalizando 175 indivíduos dos 222 pacientes que compõem nossa amostra, refletindo 78,8% dos pacientes. Ainda sobre a prevalência masculina, a análise realizada por Livia Akemi e colaboradores⁵ afirma que o sexo masculino teve maior frequência de internação por hérnia inguinal com 84,65% dos brasileiros internados entre os meses de janeiro de 2015 a setembro de 2016. Outrossim, esse mesmo estudo demonstrou a maior procura a assistência médica de forma eletiva, corroborando com nossa pesquisa em que afirma que a internação eletiva foi de 98,6% em detrimento da procura por urgência que apresentou 1,3%.

A prevalência dessa afecção aumenta com a idade, assim o idoso tem maior risco de desenvolver hérnia inguinal. Nos homens a faixa etária mais comum é de 50 – 69 anos e nas mulheres de 60 – 79 anos.³ Porém em nossa população a faixa etária pediátrica de 0 – 9 anos foi mais frequente com 33,4% da amostra, apresentando também a maior frequência para homens e mulheres, 68,9% e 31,1%, respectivamente.

A frequência de hérnia inguinal unilateral compreendeu 149 indivíduos enquanto que a hérnia bilateral compreendeu 87 pacientes. A literatura mostra que 8 – 30% das hérnias inguinais são bilaterais⁶, nossos resultados estão próximos à essa taxa com 36% dos pacientes apresentando hérnia inguinal bilateral. Das hérnias unilaterais, 4,92% apresentaram complicações de tipo sofrimento vascular, enquanto que nas hérnias bilaterais a taxa de complicação foi de 8,75%. Em relação à amostra total, cerca de 6% apresentaram algum sofrimento vascular, taxa que é superior a apresentada em literatura que diz que o estrangulamento está presente em 1-3% dos pacientes com hérnia inguinal.²

A escolha pela via do reparo depende da prática cirúrgica do cirurgião, do tipo de hérnia e das características do paciente. O reparo da hérnia inguinal seja pela via laparoscópica ou via aberta, com uso de malha, é a cirurgia de ouro para o tratamento dessa afecção. É um dos procedimentos mais realizados pelos cirurgiões gerais durante o ano.^{3,16,17} Em nossa análise foram realizados 68 procedimentos pela via laparoscópica e 124 por via convencional, 30,7% e 69,3%, respectivamente.

O menor tempo de internação apresenta vantagens na recuperação do paciente. Nosso resultado demonstra que o tempo de internação com duração de um dia ou menos de 24h apresentou uma taxa de 99,1% dos pacientes submetidos ao reparo cirúrgico.

No nosso estudo o tipo de hérnia não apresentou associação com o sexo e nem com o tipo de reparo, com valor $p > 0,05$. Em contraponto, existe relação entre o tipo de hérnia e a idade do paciente com valor $p < 0,05$. Como já foi citado que a literatura mostra que 8 – 30%

das hérnias inguinais são bilaterais, e ainda que 10% das hérnias inguinais pediátricas também são bilaterais⁶.

Infelizmente na coleta de dados não obtivemos acesso à classificação de Nyhus e nem o lado que foi acometido pelas hérnias estudadas, no qual com esses dados poderíamos aventar qual o tipo mais prevalente, e o lado mais acometido nessa população. Do mesmo modo não tivemos acesso à técnica cirúrgica realizada nos procedimentos e idem para o resultado pós-cirúrgico o que possibilitaria uma avaliação de qual método foi mais utilizado e suas possíveis evoluções e complicações mais frequentes.

Com esse trabalho concluímos que seriam necessários mais dados para um melhor dado estatístico, porém corroboramos que o sexo masculino apresenta hérnia inguinal com maior frequência, a hérnia unilateral esta mais presente no meio populacional, sendo influenciada pela idade do paciente. A via de do procedimento cirúrgica continua em discussão, sendo mais bem indicada de acordo com paciente e cirurgião. E quanto menor o tempo de internação mais vantagens ao paciente.

6. Abstract:

Objective: The present study aims to evaluate and analyze the epidemiology of patients diagnosed with inguinal hernia in the hospital in question and to evaluate the therapy to which the patient was submitted. **Methods:** This is an analytical, observational, retrospective, descriptive study in which statistical electronic records were analyzed on patients diagnosed with inguinal hernia in a private service in Aracaju - Sergipe, from January 2017 to July 2018, totaling 222 patients. **Results:** Males presented 78.8% of the sample. The age range of 0 - 9 years was the most affected. Unilateral hernia was more prevalent with 64%. And conventional herniorrhaphy presented 69.3% of the surgical procedures. The relation between the type of hernia and the age group presents p-value <0.05 . **Conclusion:** More data would be needed for a better statistical analysis, but corroborate that the male has inguinal hernia more frequently than the female sex, unilateral hernia prevails in the population environment, being influenced by the age of the patient. The route of the surgical procedure is still under discussion, being better indicated according to the characteristics of the patient and the experience of the surgeon.

Key words: inguinal hernia; herniorrhaphy; epidemiology;

7. Referências:

1. ARY LEX. Hérnia em Geral, Revisão Didática. **Revista de Medicina**. São Paulo. v.47.n.1. 13-38. Março, 1963.
2. MALANGONI, M. A.; GAGLIARDI, R. J. Hérnias. In: SABISTON, D. C.; TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. **Tratado de cirurgia**. 18ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
3. BROOKS, D. C. HAWN, M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. **UpToDate**, 2018.
4. JUNIOR, C. Hérnias da Região Inguinofemoral. In: **Clínica Cirúrgica**. Edição 2008. São Paulo: Manole, 2008.
5. AKEMI, L. ARNONI, L. CARDIAL, D. Epidemiologia da hérnia inguinal na população brasileira. **Journal of Coloproctology**. Volume 37, Num. S1:73–176, Rio de Janeiro, Outubro. 2017.
6. ANDRE GOULART, SANDRA MARTINS. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. Série II.nº33.Junho, 2015.
7. ENNIO GABRIEL. Hérnia inguinal na infância. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. vol.28 nº.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2001.
8. THE SURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **The World Journal of Hernia and Abdominal Wall Surgery**. Volume 22. Issue 1. Fevereiro, 2018.
9. REYES. L. M. D., NARANJO R. J. F., DOMÍNGUEZ A. A., VALERA S. Z., CURADO A. S., NAVARRETE E. C., OLIVA M. F. Reparación herniaria mediante abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal en una Unidad de Cirugia Mayor Ambulatoria. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. Série II. nº30, Setembro, 2014.
10. MIZRAHI, H. PARKER, M. C. Management of asymptomatic inguinal hernia: a systematic review of the evidence. **Arch Surg**, 2012.; 147(3):277-281
11. SAROSI G. A. DAVID B. K. ROSEN, M. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair in adults. **UpToDate**, 2017.

12. MEYER A, BLANC P, BALIQUE JG, KITAMURA M, JUAN RT, DELACOSTE F, ATGER J. Herniorrafia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal. Vinte e sete complicações graves após 4565 casos consecutivos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2013;40(1).
13. GRIFFEN, F. D. ROSEN, M. Open surgical repair of inguinal and femoral hernia in adults. **UpToDate**, 2017.
14. SHYAM D. C., RAPSANG A.G. Inguinal hérnias in patients of 50 years and above. Pattern and outcome. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** 2013;40(5).
15. SAJID M, LEAVER C, SAINS P, BAIG MK. Lightweight versus Heavyweight mesh for laparoscopic repair of inguinal hernia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2011, Issue 12. Art. No.: CD009475.
16. MEYER A, BLANC P, BALIQUE JG, KITAMURA M, JUAN RT, DELACOSTE F, ATGER J. Herniorrafia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal. Vinte e sete complicações graves após 4565 casos consecutivos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. 2013;40(1).
17. SAROSI G. A. DAVID B. K. ROSEN, M. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair in adults. **UpToDate**, 2017.