**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HÉRNIA INGUINAL**

Sophia Maciel Santiago1; Kassio Melo de Sousa1; Carlos Alberto Gurgel De Faria1; Armando Costa Neto1; Mariana de Melo Costa1; Andrerson Deyvison Andrade Barbalho1; Elielson Felix Gonçalves2; Herthalla Mordaanna de Medeiros2;

Graduandos do Curso de Medicina, Universidade Potiguar (UNP), Natal, Rio Grande do Norte1. Graduandos do Curso de Medicina,Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, Paraíba2.

**(sosomaciel@gmail.com)**

**RESUMO**

A hérnia inguinal é mais prevalente em homens, com uma incidência global de cerca de 1,5%, resultando em um grande volume de cirurgias anuais, totalizando aproximadamente 20 milhões de herniorrafias. Além do impacto econômico considerável, o tratamento pode acarretar complicações, como dor crônica e recorrência, tendo um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo trata-se uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de consulta nas bases de dados LILACS e MEDLINE, com uso dos descritores "Hérnia Inguinal", "Diagnóstico" e "Tratamento", além de critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. O diagnóstico da hérnia inguinal é fundamental e baseia-se em uma avaliação clínica minuciosa, que inclui inspeção, palpação e manobras específicas, como tosse e Valsalva, sendo complementado por exames auxiliares em casos mais complexos. Para categorizar as hérnias, utiliza-se a Classificação de Nyhus, que avalia a integridade da parede abdominal e o diâmetro do anel herniário. Quanto ao tratamento, pode-se adotar uma abordagem conservadora, com observação e mudanças no estilo de vida, ou cirúrgica, com técnicas como Shouldice e Lichtenstein. Além disso, as cirurgias minimamente invasivas, como TEP e TAPP, têm sido cada vez mais utilizadas, proporcionando vantagens como recuperação mais rápida e menor dor pós-operatória.

**INTRODUÇÃO:**

A hérnia inguinal, caracterizada pelo extravasamento de tecidos ou órgãos através de uma abertura na aponeurose ou fáscia na região da virilha (Gonçalves Junior, 2022), impacta predominantemente o sexo masculino, sendo cerca de 8 vezes mais comum em homens do que em mulheres (Gonçalves Junior *et al.*, 2022). Este fenômeno exerce pressão sobre os sistemas de saúde, com uma prevalência global estimada em 1,5%, resultando em um número significativo de procedimentos cirúrgicos anuais (Cristaldo, 2022; Gonçalves Junior, 2022). Além dos desafios econômicos associados, que incluem aproximadamente 20 milhões de herniorrafias anuais, a hérnia inguinal também acarreta repercussões na qualidade de vida dos pacientes. Seu tratamento está vinculado a taxas elevadas de complicações graves, como dor crônica e recidivas do processo herniário (Coelho; Maia, 2023; Laizo, 2014).

A hérnia inguinal pode clinicamente manifestar-se em três principais tipos: redutível, em que o conteúdo retorna espontaneamente ou pode ser realocado manualmente à posição original; encarcerada, quando o conteúdo não regressa à cavidade abdominal, permanecendo de forma permanente no saco herniário; e estrangulada, caracterizada pelo comprometimento vascular (Teixeira e Teixeira, 1978). No primeiro cenário, observa-se desconforto devido à protrusão herniária, limitação da atividade muscular e distorção estética (Laizo, 2014). No segundo tipo, além destes sintomas locais, podem ocorrer consequências mais graves, como obstrução intestinal (Laizo, 2014; Teixeira e Teixeira, 1978). No último caso, representa-se o cenário mais crítico, uma vez que o comprometimento da circulação local pode levar à necrose intestinal, peritonite e, consequentemente, o óbito (Laizo, 2014).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é fornecer uma síntese das abordagens diagnósticas e terapêuticas para o tratamento da hérnia inguinal, visando contribuir na prática dos profissionais de saúde, especialmente clínicos e cirurgiões gerais, a fim de melhorar o atendimento, intervenção e prognóstico dos pacientes, e potencialmente reduzir as complicações associadas a essa condição.

**METODOLOGIA:**

O presente estudo é uma Revisão Narrativa da Literatura sobre o diagnóstico e tratamento da hérnia inguinal. O repertório bibliográfico foi realizado utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), por meio de uma busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, que continham os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): "Hérnia Inguinal"; "Diagnóstico"; "Tratamento", combinados utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Como critérios de inclusão foram utilizados: disponibilidade dos textos completos, estudos publicados de 2014 a 2024, artigos escritos no idioma português e inglês, estudos com objetivo principal ou secundário de relatar a abordagem diagnóstica ou terapêutica da hérnia inguinal. Como critérios de exclusão, foram aplicados filtros para evitar a duplicidade na plataforma e estudos que não estivessem alinhados com o objetivo principal da pesquisa.

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O diagnóstico das hérnias inguinais envolve uma avaliação clínica cuidadosa, na qual são considerados diferentes sinais e sintomas para determinar a natureza e a gravidade da condição (Goulart e Martins, 2015). O exame físico inclui a inspeção e palpação da região inguinal, observando possíveis assimetrias, massas ou tumefações, especialmente durante manobras de aumento de pressão intra-abdominal, como a tosse ou a manobra de Valsalva, além de envolver a identificação da redutibilidade da protrusão herniária, bem como a diferenciação entre hérnias inguinais primárias e recidivadas (Shakil *et al.*, 2020). Embora o diagnóstico seja realizado com base na história clínica e no exame físico, em situações mais complexas ou duvidosas, exames auxiliares, como ultrassonografia, tomografia computorizada, ressonância magnética ou herniografia, podem ser realizados para fornecer informações mais detalhadas e precisas (Goulart e Martins, 2015; Shakil *et al.*, 2020).

O termo hérnia inguinal abrange três tipos distintos de hérnias, que variam de acordo com sua localização em relação ao triângulo de Hesselbach – região anatômica situada na parte inferior do abdômen e delimitada pelo ligamento inguinal (inferiormente), margem lateral da bainha do reto abdominal (medialmente) e vasos epigástricos inferiores (superolateralmente), sendo elas: direta, indireta e femoral (Goulart e Martins, 2015; Shakil *et al.*, 2020). A hérnia inguinal direta ocorre quando o tecido protrui pela parede posterior do canal inguinal, encontrando-se medialmente aos vasos epigástricos inferiores, enquanto a hérnia inguinal indireta projeta-se através do anel inguinal interno, localizando-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores e, por sua vez, a hérnia femoral se manifesta como uma protusão de tecido abaixo do ligamento inguinal, ocorrendo medialmente aos vasos femorais (Shakil *et al.*, 2020).

Em 1991, a Classificação de Nyhus foi estabelecida como padrão devido à sua notável aplicabilidade e simplicidade, com o intuito de aprimorar a classificação das hérnias (Goulart e Martins, 2015; SANTOS, 2019). A base desta classificação reside na avaliação da integridade da parede abdominal posterior e no diâmetro do anel herniário interno, sendo quatro tipos de hérnias identificados: o Tipo 1 corresponde à hérnia indireta com anel interno de tamanho normal (até 2 cm); o Tipo 2 envolve a hérnia inguinal indireta com alargamento do anel interno (maior que 2 cm); o Tipo 3a é designado para a hérnia inguinal direta; o Tipo 3b descreve a hérnia inguinal indireta causada por um defeito na parede posterior; o Tipo 3c caracteriza a hérnia femoral; e, por fim, o Tipo 4 abarca todas as hérnias recorrentes, subdivididas em Tipo 4a (hérnia direta), Tipo 4b (hérnia indireta), Tipo 4c (hérnia femoral) e Tipo 4d (hérnia combinada) (Santos, 2019).

O tratamento de hérnia inguinal pode ser dividido em duas abordagens principais: tratamento conservador e tratamento cirúrgico (Shakil *et al.*, 2020). Com relação a abordagem conservadora, pode ser indicado para hérnias inguinais assintomáticas ou com sintomas leves, envolvendo a observação regular e mudanças no estilo de vida, além da possibilidade de recomendar o uso temporário de dispositivos de suporte, como cintas ou cinturões, para aliviar os sintomas e evitar o aumento temporário da hérnia (Shakil *et al.*, 2020). É importante observar, no entanto, que o uso prolongado desses dispositivos não é aconselhado, pois pode contribuir para o enfraquecimento dos músculos abdominais (Shakil *et al.*, 2020).

No decorrer da história, diversas abordagens cirúrgicas foram empregadas para corrigir a hérnia inguinal por meio de procedimentos abertos (Santos, 2019). Atualmente, duas técnicas predominam: a técnica de Shouldice, de natureza mais antiga, caracterizada por sutura em quatro planos sem utilização de tela, e a técnica de Lichtenstein, mais contemporânea e frequentemente adotada nos serviços de saúde, que se destaca por ser livre de tensão e envolver a aplicação de uma tela de reforço (Gonçalves Junior, 2022). Embora ambas as técnicas demonstrem baixas taxas de recorrência e complicações, a abordagem de Shouldice exige um tempo cirúrgico mais longo e um período de recuperação prolongado, enquanto a técnica livre de tensão oferece menor desconforto pós-operatório imediato e permite uma retomada mais ágil das atividades laborais (Santos, 2019). A abordagem cirúrgica aberta é recomendada para pacientes com hérnias complicadas, hérnias escrotais de grande dimensão (>3 cm), presença de ascite e indivíduos que não toleram anestesia geral (Santos, 2019).

Com o advento das cirurgias minimamente invasivas, a abordagem laparoscópica se destaca como uma opção de tratamento para hérnias inguinais, oferecendo vantagens como menor dor pós-operatória, melhor estética e recuperação mais rápida (Teixeira *et al.*, 2017). Existem duas técnicas utilizadas para esse tipo de procedimento, o reparo pré-peritoneal totalmente extraperitoneal (TEP) e o reparo pré-peritoneal transabdominal (TAPP) (Furtado, 2015). Na TAPP, o cirurgião acessa a cavidade peritoneal e posiciona uma tela sobre os locais da hérnia, permitindo melhor visualização anatômica e identificação de patologias associadas, enquanto na TEP a tela é posicionada externamente ao peritônio, evitando violações a cavidade abdominal e reduzindo riscos de aderências e obstruções intestinais (Furtado, 2015).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Portanto, o diagnóstico das hérnias inguinais é essencialmente clínico, embasado em uma minuciosa avaliação que considera história médica e exame físico detalhado, podendo ser complementado por exames de imagem em situações complexas. As hérnias são classificadas conforme sua localização em relação ao triângulo de Hesselbach, sendo diretas, indiretas ou femorais, e a Classificação de Nyhus oferece uma estrutura simples para sua categorização. Quanto ao tratamento, pode-se optar entre abordagens conservadoras, como observação e mudanças no estilo de vida, e cirúrgicas, incluindo técnicas abertas, como as de Shouldice e Lichtenstein, ou laparoscópicas, como TEP e TAPP. As técnicas minimamente invasivas destacam-se por menor dor pós-operatória e recuperação mais rápida, sendo a escolha entre os métodos cirúrgicos influenciada por diversos fatores, com a decisão final sendo tomada em conjunto com o paciente, considerando os benefícios e riscos de cada opção.

**PRINCIPAIS REFERÊNCIAS**

FURTADO, M. L. **Análise retrospectiva de casuística de hernioplastia inguinal videolaparoscópica TAPP. 2015**. Dissertação (Doutorado em Bases Gerais da Cirurgia), Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/11449/139336/1/000864051.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SANTOS, A. R. O. **Perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal em um serviço privado de Aracaju-SE**. 2019. TCC (Curso de Bacharelado em Medicina) – UFS, Aracaju, 2019. Disponível em: < https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/15289 >. Acesso em: 11 fev. 2024.

SHAKIL, A. *et al.* Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. **American Family Physician**, v. 102, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1015/p487.html>. Acesso em: 10 fev. 2024.