

ERRATA

*Página 08, primeiro parágrafo, última linha, onde está escrito "(GRIFFTH, 1982)" leia-se "(GRIFFITH, 1984)".

*Página 54, terceiro parágrafo, última linha, onde está escrito "GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1984", leia-se "GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988".

*Página 59, quarto parágrafo, sétima linha, onde está escrito "...SHAKED, CALDERON, DURST, 1971" leia-se "SHAKED, CALDERON, DURST, 1991".

*Página 59, último parágrafo, primeira linha, onde está escrito "KINGSNORTH et al.(1971)" leia-se "KINGSNORTH et al. (1981)".

*Página 61, quinto parágrafo, segunda linha, onde está escrito "PEREIRA & RAHAL (1985)" leia-se "PEREIRA & RAHAL (1973)".

*Página 66, segundo parágrafo, segunda linha, onde está escrito "(FARRIS, 1959)" leia-se "(FARRIS, SMITH, BEATTIE, 1959)".

*Página 71, penúltimo parágrafo, segunda linha, onde está escrito "KINGSNORTH et al., 1971" leia-se "KINGSNORTH et al. 1981".

*Página 80, terceiro parágrafo, última linha, onde está escrito "FALCI,1985" leia-se "FALCI,1989".

*Página 82, sexto parágrafo, primeira linha, onde está escrito "KINGSNORTH et al., 1971" leia-se "KINGSNORTH et al., 1981".

*Página 84, último parágrafo, terceira linha, onde está escrito "KINGSNORTH et al., 1971" leia-se "KINGSNORTH et al., 1981)".

*Página 95, quarto parágrafo, última linha, onde está escrito "LABBATE et al.,1992" leia-se "LABBATE et al., 1991".

*Página 99, primeiro parágrafo, onde está escrito "1- O protocolo sugere que houve uma diminuição da permanência..." leia-se "1- A implantação de um protocolo, sugere que houve uma diminuição da permanência..."

*Página 106 - primeira citação, onde está escrito "1958" leia-se "1952".

HEITOR SEBASTIÃO DE BARCELOS NETO

**TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS PRIMÁRIAS
DIRETAS OU MISTAS. ESTUDO PROSPECTIVO
COMPARATIVO, ENTRE AS TÉCNICAS DE
SHOULDICE E McVAY**

ANÁLISE DE RESULTADOS

**Tese apresentada para obtenção do
Título de Mestre em Cirurgia, pelo
Curso de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas
- UNICAMP**

1993



HEITOR SEBASTIÃO DE BARCELOS NETO ⁰²⁵

**TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS PRIMÁRIAS
DIRETAS OU MISTAS. ESTUDO PROSPECTIVO
COMPARATIVO, ENTRE AS TÉCNICAS DE
SHOULDICE E McVAY**

ANÁLISE DE RESULTADOS

Orientador
Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi

Professor Titular do Departamento de
Cirurgia da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP

1993

**"Não conhece o homem a verdadeira
grandeza se não sente, em qualquer grau,
que a sua vida pertence à sua raça e o que
Deus lhe dá, dá-lho para distribuir pela
humanidade".**

Philip Brook

À minha esposa Irene,
amiga, mãe, médica e incentivadora

À minha filha Camila,
razão final de todos os sacrifícios

Aos meus pais Sebastião, Maria Luzia (in memoriam) e
Maria José, pelos ensinamentos de justiça, amor,
honestidade e trabalho.

Aos meus sogros Kanji e Elza, pelo carinho e incentivo.

"A verdadeira felicidade está na própria casa. entre
as alegrias puras da família"

Tolstoi

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Sérgio Leonardi, criador de uma Escola Cirúrgica, e incentivador do programa de tratamento das hérnias abdominais, nunca medindo esforços no aprimoramento desta cirurgia.

Ao Dr. Marco Antonio de Oliveira Peres, cirurgião da equipe e acima de tudo um amigo e colaborador maior, em todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas da Equipe de Cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, Dr. Dario Victor Labbate, Dr. José Claudio Teixeira Seabra, Dr. Celso de Oliveira, Dr. Nilton Aranha e Dr. Guilherme Ribeiro de Moraes, co-participantes desta pesquisa e incansáveis lutadores para o desenvolvimento da cirurgia, e em especial no tratamento das hérnias abdominais.

À Equipe de Anestesiologistas do Hospital Municipal de Paulínia, em especial à Dra. Célia Simões, participante direta na viabilização deste trabalho.

Ao Corpo de Enfermagem do Hospital Municipal e do Ambulatório de Cirurgia do Centro de Saúde Escola de Paulínia, pela dedicação diária com os pacientes do nosso serviço.

Aos funcionários do Hospital Municipal, nas pessoas das Srtas. Andréa de Carvalho, Josilaine Pigatto e Tânia Mara Romano, pelo carinho e ajuda diária e constante em todas as etapas do desenvolvimento deste trabalho.

Ao Dr. Eginaldo Shizuo Kamata e a Srta. Sandra Bacan, pela ajuda em vários momentos, na parte da informática, que amenizaram a realização desta pesquisa.

Aos demais colegas do Departamento de Cirurgia, pelo incentivo para a realização deste .

Ao Dr. José Paulo Martins Bonilha Junior, amigo e incentivador do desenvolvimento da saúde na cidade de Paulínia.

Aos pacientes, que nunca deixaram de depositar na equipe de cirurgia, uma confiança impar e que, mesmo com sacrifícios, não furtaram aos compromissos assumidos com esta.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO.....	01
I.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	02
I.3 - CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS.....	03
I.2.1 - Referentes a anatomia normal e patológica da região inguinal.....	03
I.2.2 - Referentes a etiopatogênia das hérnias inguinais.....	06
I.2.3 - Referentes ao desenvolvimento da cirurgia da hérnia inguinal.....	07
II - OBJETIVOS.....	11
III - CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....	13
III.1 - CASUÍSTICA.....	14
III.1.1 - Dados referentes aos pacientes portadores de hérnia inguinal direta ou mista.....	14
III.1.1.1 - Sexo.....	14
III.1.1.2 - Grupo Etário.....	14
III.1.1.3 - Grupo Étnico.....	15
III.1.1.4 - Doenças Concomitantes.....	15
III.1.1.5 - Procedência.....	15
III.1.2 - Dados referentes à apresentação da hérnia no exame físico pré-operatório.....	16
III.1.2.1 - Acometimento uni ou bilateral.....	16
III.1.2.2 - Acometimento da região escrotal.....	16
III.1.2.3 - Tempo de história decorrido entre o aparecimento da hérnia e o tratamento cirúrgico.....	16
III.1.3 - Dados referentes à apresentação da hérnia no intra operatório...	17
III.1.3.1 - Lado corrigido: direito ou esquerdo.....	17
III.1.3.2 - Tipo de apresentação: direta ou mista.....	17
III.1.3.3 - Acometimento da parede posterior: total ou parcial.....	17

III.2 - METODOLOGIA.....	18
III.2.1 - Preparo do Protocolo.....	18
III.2.2 - Seleção de Pacientes.....	19
III.2.2.1 - Sexo e Idade.....	19
III.2.2.2 - Doenças de Base Concomitante.....	19
III.2.2.3 - Condições Sócio Econômicas.....	20
III.2.3 - Preparo pré-operatório.....	21
III.2.3.1 - Avaliação Clínica.....	21
III.2.3.2 - Exames Subsidiários.....	21
III.2.4 - Reavaliação pré-internação.....	22
III.2.5 - Cuidados Hospitalares pré-operatórios.....	23
III.2.5.1 - Dados Vitais.....	23
III.2.5.2 - Tricotomia.....	23
III.2.5.3 - Banho de Aspersão.....	23
III.2.5.4 - Uso de Antibióticos.....	23
III.2.6 - Avaliação pré-anestésica.....	24
III.2.6.1 - Visita pré-anestésica.....	24
III.2.6.2 - Medicação pré-anestésica.....	24
III.2.7 - Cuidados per-operatório.....	25
III.2.7.1 - Monitorização e Venóclise.....	25
III.2.7.2 - Anestesiologista.....	25
III.2.7.3 - Anti-sepsia do campo operatório.....	25
III.2.7.4 - Anestesia.....	25
III.2.7.5 - Ato Cirúrgico.....	26
III.2.7.6 - Tratamento cirúrgico de outras doenças concomitante à correção da hérnia inguinal.....	26
III.2.8 - Pós-operatório imediato.....	27
III.2.9 - Cuidados na enfermaria no pós-operatório.....	28
III.2.9.1 - Prescrição de analgésicos.....	28
III.2.9.2 - Deambulação no pós-operatório imediato.....	28
III.2.9.3 - Curativo.....	29
III.2.10 - Alta Hospitalar.....	29
III.2.11 - Seguimento Ambulatorial.....	30
III.2.12 - Arquivo de Dados.....	31
III.2.13 - Análise Estatística.....	31

IV - RESULTADOS.....	32
IV.1 - DO PROCEDIMENTO PER-OPERATÓRIO.....	33
IV.1.1 - Referentes ao procedimento anestésico.....	33
IV.1.2 - Referentes a técnica cirúrgica empregada.....	33
IV.2 - DO TRATAMENTO CIRÚRGICO.....	34
IV.2.1 - Referentes ao pós-operatório precoce.....	34
IV.2.1.1 - Complicações Gerais.....	34
IV.2.1.2 - Complicações Locais.....	34
IV.2.1.2.1 - Hematoma.....	34
IV.2.1.2.2 - Dor.....	34
IV.2.2 - Referentes ao pós-operatório tardio.....	35
IV.2.2.1 - Complicações Gerais.....	35
IV.2.2.2 - Complicações Locais.....	35
IV.2.2.2.1 - Seroma.....	35
IV.2.2.2.2 - Edema e Atrofia de Testículo.....	35
IV.2.2.2.3 - Dor na incisão após 48 horas.....	35
IV.2.2.2.4 - Infecção na ferida cirúrgica.....	36
IV.2.3 - Referentes a recidiva.....	36
IV.2.3.1 - Ocorrência de recidiva comparada com a faixa etária.....	36
IV.2.3.2 - Ocorrência de recidiva comparada com a anestesia empregada.....	37
IV.2.3.3 - Ocorrência de recidiva comparada com o tipo de hérnia corrigida.....	37
IV.2.3.4 - Ocorrência de recidiva comparada com a presença de infecção.....	37
IV.2.3.5 - Ocorrência de recidiva comparada com o tempo decorrido entre o ato cirúrgico e o aparecimento da recidiva.....	37
IV.3 - DO TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR PÓS-OPERATÓRIO..	38
IV.3.1 - Referentes ao tempo de permanência hospitalar e o tipo de anestesia empregada.....	38
IV.3.2 - Referentes ao tempo de permanência hospitalar, o tipo de anestesia e a técnica cirúrgica empregada.....	39
IV.3.2.1 - Técnica de Shouldice.....	39
IV.3.2.2 - Técnica de McVay.....	39
IV.4 - DO RETORNO ÀS ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS.....	40

IV.5 - DO TEMPO DE SEGUIMENTO DOS PACIENTES.....	41
V - COMENTÁRIOS.....	42
V.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	43
V.2 - DA METODOLOGIA EMPREGADA.....	45
V.2.1 - Relativos ao preparo do protocolo.....	45
V.2.2 - Relativos aos cuidados no pré-operatório.....	47
V.2.2.1 - Avaliação Clínica.....	47
V.2.2.2 - Exames Complementares.....	48
V.2.3 - Relativos a instrução pré-operatória.....	50
V.2.4 - Relativos ao preparo pré-operatório imediato no Hospital.....	52
V.2.4.1 - Cuidados Gerais.....	52
V.2.4.2 - Uso do antibiótico nas cirurgias.....	52
V.2.5 - Relativos a técnica anestésica.....	53
V.2.5.1 - Medicação pré-anestésica.....	53
V.2.5.2 - Anestesia.....	54
V.2.6 - Relativos ao equipamento necessário na sala de cirurgia.....	58
V.2.7 - Relativos a anti-sepsia do campo cirúrgico.....	58
V.2.8 - Relativos a técnica cirúrgica empregada.....	58
V.2.8.1 - Treinamento da Equipe Cirúrgica.....	58
V.2.8.2 - Via de Acesso Cirúrgico.....	60
V.2.8.3 - Ligadura e Excisão dos músculos Cremasters.....	60
V.2.8.4 - Tratamento do Saco Herniário.....	61
V.2.8.5 - Abertura da Fáscia Transversalis.....	61
V.2.8.6 - Material de Síntese.....	62
V.2.8.7 - Técnica de Shouldice e McVay.....	63
V.2.8.8 - Reconstrução sobre o pubis.....	67
V.2.8.9 - Fechamento da parede e a utilização de drenos.....	67
V.2.9 - Relativos ao pós-operatório intra-hospitalar.....	68
V.2.9.1 - Período de observação no Centro Cirúrgico.....	68
V.2.9.2 - Uso de Analgésicos.....	68
V.2.9.3 - Deambulação.....	68
V.2.9.4 - Alta Hospitalar.....	70
V.2.10 - Relativos ao pós-operatório ambulatorial.....	71
V.2.10.1 - Retorno as atividades habituais.....	71
V.2.10.2 - Importância do Ambulatório de Egressos.....	72
V.3 - DO TIPO DE HÉRNIA TRATADA.....	73

V.4 - DOS PACIENTES INCLUÍDOS NESTE ESTUDO.....	74
V.4.1 - Relativos ao Sexo.....	74
V.4.2 - Relativos ao Grupo Etário.....	74
V.4.3 - Relativos as Doenças de Base Concomitante.....	75
V.4.4 - Relativos a apresentação da hérnia na avaliação pré-operatória.....	76
V.4.4.1 - Apresentação uni ou bilateral.....	76
V.4.4.2 - Tempo decorrido entre o aparecimento da sintomatologia e o tratamento cirúrgico da hérnia inguinal.....	76
V.5 - DOS ACHADOS INTRA-OPERATÓRIOS.....	78
V.5.1 - Relativos ao lado operado.....	78
V.5.2 - Relativos ao comprometimento da parede posterior.....	78
V.6 - DOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	79
V.6.1 - Relativos ao período per-operatório.....	79
V.6.1.1 - Anestesia utilizada.....	79
V.6.1.2 - Técnica cirúrgica empregada.....	79
V.6.2 - Relativos as complicações encontradas no pós-operatório.....	80
V.6.2.1 - Complicações Gerais.....	80
V.6.2.2 - Complicações Locais Precoces.....	81
V.6.2.2.1 - Dor.....	81
V.6.2.2.2 - Hematoma.....	82
V.6.2.3 - Complicações Locais Tardias.....	83
V.6.2.3.1 - Dor.....	83
V.6.2.3.2 - Seroma.....	84
V.6.2.3.3 - Infecção.....	84
V.6.2.3.4 - Edema e Atrofia de Testículo.....	86
V.6.2.4 - Recidiva e Tempo de Seguimento.....	87
V.7 - DO TEMPO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES.....	95
VI - CONCLUSÕES.....	98
VII - RESUMO.....	100
VIII - ABSTRACT.....	102
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104

X - TABELAS.....	120
X.1 - REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....	121
X.2 - REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS.....	127
XI - ANEXOS.....	135
XI.1 - ANEXO I - ARQUIVO DE CIRURGIA DE PAULÍNIA.....	136
XI.2 - ANEXO II - ARQUIVO DE TRATAMENTO DAS HÉRNIAS ÍNGUINO-CRURAS - HMP - FCM UNICAMP.....	137
XI.3 - ANEXO III - FICHA DE PRÉ-OPERATÓRIO.....	142
XI.4 - ANEXO IV - FICHA DE PÓS-OPERATÓRIO.....	143
XI.5 - ANEXO V - PROTOCOLO DE TRATAMENTO DAS HÉRNIAS IN- GUINAIS COM COMPONENTE DIRETO.....	144
XI.6 - ANEXO VI - FIGURAS.....	160

I - INTRODUÇÃO

I.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estudo das hérnias da parede ântero-lateral do abdômen, em especial das hérnias inguinais, tem despertado desde tempos imemoriáveis, a curiosidade de várias áreas da medicina, na busca por um tratamento efetivo. Citações foram feitas pelos gregos e egípcios 1500 anos antes de Cristo (PONKA, 1980a).

Apesar destes estudos e do grande desenvolvimento técnico-cirúrgico dos últimos anos, a cirurgia da hérnia da região inguino-crural, ainda apresenta altas taxas de insucesso. Esta busca pelo tratamento ideal, tem como justificativa o fato das hérnias inguinais incidirem em todas as raças e em todas as faixas etárias, além de ser uma das cirurgias mais frequentes da alçada do cirurgião geral (NYHUS, 1989).

Para que resultados satisfatórios possam ser obtidos, faz-se necessário aliar uma técnica cirúrgica adequada, com disciplina e conhecimento de fatores etiopatogênicos, anatômicos e peri-operatórios por parte do cirurgião.

Astley Cooper, já salientava, em 1807, que "nenhuma patologia da alçada do cirurgião necessita de um conhecimento profundo da anatomia, como aquele exigido no tratamento das hérnias" (PONKA, 1980a, NYHUS, 1989).

Por definição, hérnia (do grego "hernios" - botão) da região inguinal, é uma protusão através da região inguinal de uma estrutura ou víscera, recoberta por um saco peritoneal (DORLAND, 1957; MADDEN, HAKIM, AGOROGIANNIS, 1971).

I.2 - CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS

I.2.1 - REFERENTES A ANATOMIA NORMAL E PATOLÓGICA DA REGIÃO ÍNGUINO-CRURAL

Para que o tratamento das hérnias inguinais pudesse ser viabilizado adequadamente, várias etapas de descobrimento e aprimoramento de fundamentos básicos do seu conhecimento e da medicina de um modo geral, necessitaram ser esclarecidos (PONKA, 1980a; READ, 1984, 1989). Estes conhecimentos e estudos, foram sempre dirigidos, não apenas para aliviar a saliência anormal da região ínguino-crural, mas sobretudo, para livrar os pacientes dos perigos potencialmente fatais do encarceramento, obstrução e necrose intestinal, que as hérnias desta região podem acarretar (NEUTRA et al., 1981).

Vários autores se preocuparam desde o início da era cristã, com descrições isoladas de alguns chados sobre a anatomia ou patologia da hérnia inguinal (PONKA, 1980a, READ, 1984, 1989).

Durante muitos séculos a hérnia foi errônea e diretamente relacionada com o testículo, e para seu tratamento, este era rotineiramente sacrificado. Isto é compreensível, a partir da proibição existente até os primeiros anos do século XIV, de disseções em cadáveres, imposta pela igreja e por sentimentos humanitários vigentes na época, o que levou os estudiosos da época, a tomarem conhecimento desta região apenas em portadores de hérnia (PONKA, 1980a; READ, 1984, 1989).

Paul de Aengina (625 - 690) descreveu as hérnias e seu conteúdo em detalhes, diferenciando a hérnia escrotal da bubonocele (restrita apenas à região inguinal). Foi dele também, a primeira citação, que nas hérnias há um estiramento gradual do peritônio, teoria até então refutada, pela crença vigente que a ruptura do peritônio era abrupta. No final do século XVII, Ruysch, provou que ela não está presente na etiopatogênese da hérnia ínguino-crural (PONKA, 1980a; READ, 1984, 1989).

Caspar Stromayr (PONKA, 1980a), em 1559, foi quem diferenciou a hérnia direta, onde o componente herniário exterioriza-se através da parede posterior desta região (CHANDLER, 1946), da indireta, onde o componente herniário se faz presente através do anel interno, juntamente com o cordão espermático, abaixo das fâscias cremastéricas (DONAHUE, 1989).

Durante anos este fato não foi apreciado, e só depois de séculos, foi dada a devida importância a esta diferenciação, visando principalmente a técnica de correção (HALVERSON & McVAY, 1970; NYHUS, 1989).

Poupart (PONKA, 1980a), em 1705, descreveu o ligamento inguinal, bem como os três músculos importantes da região inguino-crural, o oblíquo externo, o oblíquo interno e o transverso. Estudos recentes, tem demonstrado que o ligamento inguinal não é uma estrutura isolada, e sim, uma porção forte e continua com a aponevrose do músculo oblíquo externo (CONDON, 1989). É entretanto, uma estrutura sólida, tendo suas fibras fixas na espinha íliaca ântero-superior, podendo porém, ser facilmente isolado da fâscia transversalis, utilizando-se apenas dissecação romba (ANSON, MORGAN, McVAY, 1960).

Neste mesmo período, muitos estudos anatômicos foram desenvolvidos, porém foi somente com os trabalhos de Astley Cooper, quando pôde-se juntar as "peças do quebra-cabeças" que era a anatomia desta região.

Anotando nos dois volumes dos seu livro: "The Anatomy and Surgical Treatment of Abdominal Hernia" de 1805 e 1807, Cooper concluiu que o anel externo (uma abertura triangular formada por divergência das fibras da parte inferior da aponevrose do oblíquo externo), não estava justaposto ao anel interno (uma abertura ovalada, localizada na porção superior do canal inguinal, a nível da fâscia transversalis, formado por fibras aponevróticas do músculo transverso, e por onde passam os elementos do cordão espermático (PONKA, 1980a, 1980b; READ, 1984; CONDON, 1989)

Foi dele também, a descrição da fâscia transversalis ou fâscia transversal (RODRIGUES Jr., 1987) formada a partir de fibras do complexo músculo-aponevrótico do transverso, e que recobre toda a região abdominal abaixo do arco de Douglas, sob a camada muscular da região, recebendo nomes diferentes, dependendo da região muscular que ela recobre. Entretanto, a sua continuação mais importante do ponto de vista cirúrgico, é a medial, com a fâscia do músculo reto-abdominal, até a fâscia transversalis contra lateral. Possui ainda, aderências com o músculo-transverso, principalmente com o seu arco (uma linha curva, na borda livre inferior), ao ligamento de Cooper e a bainha dos vasos femorais (ANSON & McVAY, 1938; CHACON & ACUÑA, 1958; ANSON et al., 1960; PONKA,

1980a, 1980b; READ, 1984; SPANO et al., 1985; CONDON, 1989, SKANDALAKIS et al., 1989).

O ligamento pectíneo ou ligamento de Cooper, também descrito nesta época por Cooper, é uma extensão do perióstio do ramo superior do músculo transverso (McVAY, 1958) ou o perióstio superior do púbis, fortemente reforçado pela fâscia transversalis (CONDON, 1989). Independente da definição adotada, o ligamento pectíneo é uma estrutura forte e constante em todas as dissecções.

Finalmente, Cooper demonstrou que a formação das hérnias indiretas se faz através do anel inguinal interno e não do externo, como acreditava-se até então (PONKA, 1980a).

Alguns outros autores descreveram, já no século XIX, estruturas anatômicas importantes para o tratamento da hérnia ínguino-crural. Thompson descreveu o trato íleo-púbico, uma pequena banda aponevrótica, que se estende do arco íleo-pectíneo, até o ramo superior do púbis, firmemente aderido à fâscia transversalis, e constante em 98% dos pacientes (CONDON, 1971, 1984, 1989).

Hesselbach descreveu o triângulo posterior da região, que é formado por fâscia transversalis, tendo como limites, o ligamento inguinal, a bainha do músculo reto abdominal e os vasos epigástricos (CHANDLER, 1946).

Em 1841, Morton descreveu o tendão conjunto, estrutura até hoje controversa na literatura desta região. Segundo a definição do autor, o tendão conjunto é formado pelo imbricamento de fibras músculo-aponevróticas do transverso e do oblíquo interno. É difícil imaginar esta estrutura como sendo tendão, pelo fato de ser aponevrótica, porém foi aceita durante anos, e até hoje é citada nas descrições cirúrgicas. Com os estudos de ANSON & McVAY (1938), ANSON et al. (1960), CONDON (1989) e SKANDALAKIS et al. (1989), ficou comprovado que tal estrutura só existe em 5% da população.

SKANDALAKIS et al. (1989), sugeriram que devido ao grande número de estruturas justapostas nesta região, pudesse ser usado o termo "área conjunta" que englobaria estruturas como a aponevrose do músculo transverso, a parte ínfero-medial da porção músculo aponevrótica do oblíquo interno e a borda lateral da bainha anterior do músculo reto abdominal.

1.2.2 - REFERENTES A ETIOPATOGENIA DAS HERNIAS INGUINAIS

Desde os primeiros estudos sobre hérnias, os anatomistas e cirurgiões têm se perguntado: qual a estrutura que foi responsável pelo aparecimento da hérnia na região inguinal?

A maioria dos autores concluíram que a alteração, relaxamento ou descontinuidade das estruturas músculo-aponevróticas, responsáveis pelo aparecimento da hérnia inguinal se fazem no plano profundo, ou seja, no complexo músculo-aponevrótico do transverso, a nível da fâscia transversalis (CONDON, 1989; STOPPA et al. 1989).

Estudos realizados por ANSON & McVAY (1938) e ANSON et al. (1960) já haviam definido que onde a camada profunda é aponevrótica, a fâscia transversalis funde suas fibras, formando uma única lâmina aponevrótica facial, a parede posterior do canal inguinal. Logo, a resistência desta parede depende da quantidade e composição desta fâscia. As variações importantes parecem estar a nível da composição do colágeno e do elástico, que podem ser alterados por substâncias químicas, idade ou estado nutricional (READ, 1970; WAGH & READ, 1972; PEACOCK & MADDEN, 1973; RODRIGUES Jr., 1987).

Também importante, é o mecanismo obturador, que funciona como um diafragma de uma câmara fotográfica, formado pelos músculos desta região (PEREIRA & RAHAL, 1973). Porém, este mecanismo funciona como coadjuvante na prevenção do aparecimento da hérnia inguinal, sendo entretanto, a constituição da camada profunda, o fator importante no aparecimento da hérnia (WAGH & READ, 1972; RODRIGUES Jr., 1987).

A persistência do conduto peritônio-vaginal, bem como a presença de saco herniário por si só, não são determinantes no aparecimento das hérnias, que só se farão presente após as alterações da fâscia transversalis (BARRETO, 1952, WAGH & READ, 1972; PEREIRA & RAHAL, 1973). Não se pode afirmar também, após as observações realizadas por estes autores, que apenas a implantação diferente do músculo oblíquo interno, como defendido por HILARIO (1986), seja suficiente para a formação da hérnia inguinal.

READ (1970) realizando biópsias seriadas desta região, mostrou um dimorfismo mais acentuado nos pacientes portadores de hérnia inguinal direta, que possuíam uma espessura menor dos elementos da linha profunda, quando comparados com os portadores de hérnia inguinal indireta. Este dimorfismo era mais acentuado ainda, quando verificado em portadores de hérnia bilateral.

Concluindo, pode-se afirmar que, independente do tipo de hérnia da região inguinal, a fraqueza ou desestruturação da parede posterior é fundamental para o aparecimento da

hérnia. Algumas variáveis, entretanto, podem ser consideradas como colaboradoras para determinar esta mudança, como a má nutrição, toxinas e exercícios físicos repetitivos (CONNER & PEACOCK, 1973; VATER & GONÇALVES, 1986, DONAHUE, 1989; GULMMO, 1989). A presença de cirurgia anterior do abdômen baixo não parece ter relação direta com o aparecimento da hérnia inguinal (GILSDORF, 1988).

1.2.3 - REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA DA HÉRNIA INGUINAL

Um passo importante para o tratamento adequado da hérnia inguinal, foi dado com o descobrimento por Crawford Willianson Long, em 1842, do éter, como anestésico. Com isto, e a partir dos estudos de vários cientistas da época, pode-se aprimorar os métodos para o alívio da dor, no intra-operatório (COLLINS, 1978).

A anestesia local, foi feita com cocaina, por Koeller em 1884, e usada na região inguinal por Halsted em 1885. Após isto, Bier em 1899 fez um bloqueio espinal com esta droga e Einhorn em 1905 produziu a procaina, abrindo caminho para novas pesquisas e produção de fármacos sintéticos menos tóxicos e mais eficientes (COLLINS, 1978).

A primeira anestesia epidural foi feita ao acaso, quando Corning, injetou cocaina entre as apófises espinhosas de um paciente. Mais tarde, em 1921 Pagés e em 1931 Dogliotti, popularizaram a abordagem lombar para a anestesia epidural (MURPHY, 1986).

Anteriormente ao descobrimento da anestesia, e durante séculos, vários procedimentos foram tentados na busca do tratamento da hérnia. Ligaduras do saco a nível do anel externo foram descritas por Galeno, Paul de Aengina e Lanfranc. Pierre Franco, no século XVI, propunha uma secção do anel fibroso nas hérnias estranguladas. Todas estas tentativas além de ineficientes, esbarraram em outro grave problema, a infecção da ferida cirúrgica, que agravava ainda mais o quadro e fazendo com que alguns cirurgiões, só indicassem a cirurgia da hérnia para os casos de urgência (PONKA, 1980a, READ, 1984).

Este obstáculo ao desenvolvimento da cirurgia da hérnia só pode ser solucionado a partir dos estudos de Pasteur em 1860, que refutou a teoria da geração espontânea das bactérias, e com os trabalhos de Lister em 1867, onde foi demonstrado que o material utilizado para a sutura era fonte de bactérias e que a introdução da anti-sepsia com ácido carbólico a cinco por cento, fez regredir de 46% para 15 % (PONKA, 1980a; READ, 1984, 1989).

Somente após os seus trabalhos, cirurgiões gerais, seguidores de seus princípios, publicaram resultados animadores no tratamento das hérnias ínguino-crurais.

A primeira citação pós Lister, de uma correção adequada da região inguinal, foi feita por Marcy em 1871, ao advogar a abertura rotineira da aponevrose do oblíquo externo e o fechamento do anel interno usando fâscia transversalis, após a ligadura do saco herniário (GRIFFITH, 1982).

Alguns outros trabalhos apareceram nesta mesma época, final do século XIX, porém foi somente com os estudos de Edoardo Bassini, em 1886, as etapas para a reconstrução propriamente dita da região inguinal, foram descritas (WANTZ, 1989a).

A técnica proposta por Bassini, baseava-se em pontos importantes: a ligadura alta do saco herniário a nível do anel interno, a demonstração precisa do defeito a ser corrigido, a abertura sistemática da fâscia transversalis, a utilização do tendão conjunto, mais as duas metades da fâscia transversalis e do ligamento inguinal para a reconstrução (fechando adequadamente o assoalho inguinal), permanecendo o cordão no seu local original, sendo o oblíquo externo fechado sobre este. Outro passo essencial foi a utilização de fio inabsorvível (seda), sendo os pontos separados. (PONKA, 1980a; WANTZ, 1989a).

Seus trabalhos mostrados em 1886 e repetidos nos anos seguintes, causaram grande impacto, pois apresentaram taxas de recidiva de 2,5%. Billroth e Bull, nesta mesma época, mostraram taxas de mortalidade de 2% a 7%, e taxas de recidiva no primeiro ano de 40%, chegando a 100% em quatro anos (PONKA, 1980a).

Bassini utilizou como pontos principais nas suas reconstruções: a estratificação e a utilização do tendão conjunto, fâscia transversalis e ligamento inguinal. A maioria dos cirurgiões deste período adotaram então, rotineiramente, esta técnica. Outros entretanto, passaram a buscar outras alternativas, principalmente para a correção das hérnias femorais (PONKA, 1980a; READ, 1984, 1989).

Foi assim, que Ruggi suturou o ligamento inguinal no ligamento de Cooper para tratar hérnias femorais e Lotheissen em 1887, preconizou a utilização do ligamento de Cooper naqueles pacientes onde o ligamento inguinal não mais existisse (PONKA, 1980a).

Mais tarde, em 1907, Moschcowitz começou a utilizar rotineiramente o ligamento de Cooper nas suas reconstruções, mas foi somente com os trabalhos de McVAY & ANSON (1942), que houve uma popularização do uso desta estrutura. Devido a estes fatos, foi que a técnica utilizando o ligamento pectíneo (Cooper), como base para o reforço da parede posterior, ficou conhecida como técnica de McVay, principalmente no Brasil (FAGUNDES, 1979).

Alguns outros procedimentos nas cirurgias das hérnias foram importantes. A incisão liberadora realizada na bainha anterior do reto, preconizada primeiramente por Wofler em 1892 e mais tarde defendida por vários cirurgiões como Bloodgood (1899), Berger (1902), Halsted (1903), Turner (1942) e McVay (1962), mostrou ser essencial para aliviar a tensão na linha de sutura, na tentativa de reduzir as taxas de recidiva (READ & McLEOD, 1981).

A excisão do músculo cremaster, defendida primeiramente por Halsted e mais tarde adotada por vários cirurgiões, teve na escola canadense a sua maior defensora, ao colocar tal procedimento como essencial para a realização da cirurgia da hérnia inguinal (GLASSOW, 1973; WELSH, 1974; OBNEY, 1979; WANTZ, 1989b).

Outras técnicas foram desenvolvidas e propostas, baseadas na reconstrução original relatada por Bassini. Andrews defendeu que apenas a fâscia transversalis deveria ser fechada na reconstrução. Shouldice publicou uma readaptação da técnica de Bassini, onde através do fechamento em quatro linhas de sutura contínua da fâscia transversalis, do tendão conjunto e ligamento inguinal, conseguiram diminuir as taxas de recidiva do Hospital Shouldice de 17,8% (com a técnica de Bassini) para um por cento com a nova técnica (WELSH, 1974; NYHUS, 1989).

A aplicação de outras técnicas foi defendida por outros autores, onde um lado da aponevrose do oblíquo externo deve ser ancorado ao ligamento inguinal ou a bainha anterior do reto abdominal, na tentativa de fortalecer ainda mais a parede posterior (ZIMMERMAN, 1938).

Foram tantas técnicas propostas e com nomes diferentes que BARRETO (1952) publicou: "... sobre as bases e concepções dos autores que fundamentam os tantos métodos que hoje conhecemos, a preocupação exclusivamente plástica na reparação das hérnias inguinais onde ao lado das idéias coerentes e bem realizadas está o absurdo dos enxertos heterologos da mioplastia e tudo mais...".

Mais recentemente, com o aparecimento de materiais sintéticos cada vez melhores, que integram-se nos tecidos e provocam reações teciduais menores, vários autores têm defendido o uso destes produtos rotineiramente, seja por via anterior ou pré-peritoneal (POSTLETHWAIT, 1985; LICHTENSTEIN, 1986; STOPPA et al., 1986; FALCI, 1989; NYHUS, 1989; LICHTENSTEIN, SHULMAN, AMID, 1991).

No Brasil, a preocupação com o tratamento das hérnias inguinais esteve sempre presente em várias épocas, não havendo entretanto uma homogeneidade sobre qual técnica cirúrgica deve ser empregada para o tratamento de um determinado tipo de apresentação desta hérnia (BARRETO, 1952; ATHIÉ, GOBBI, NICULITICHEFF, 1955, CHACON &

FARIA, 1962; RAHAL, 1966; PEREIRA & RAHAL, 1973; ROSENBERG, 1976; FAGUNDES, 1979; LIMA, 1985; VATER & GONÇALVES, 1986; SILVA, 1987; GAYER et al., 1988; FALCI, 1989; SPERANZINI et al., 1989).

Independente dos critérios para a opção entre esta ou aquela técnica, o cirurgião deve estar consciente que o desconhecimento e a compreensão errôneas de aspectos fundamentais da anatomia, etiopatogênia e dinâmica dos elementos da região inguinal, são os responsáveis por grande parte das recidivas herniárias (PEREIRA & RAHAL, 1973).

II - OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

1 - Avaliar a contribuição do protocolo empregado no tratamento das hérnias inguinais primárias com componente direto, na diminuição do tempo de permanência hospitalar do paciente.

2 - Analisar a contribuição do emprego da anestesia local, na facilitação da deambulação e alta hospitalar, quando comparada com os outros tipos de anestesia empregada no tratamento da hérnia inguinal primária direta ou mista.

3 - Analisar, comparativamente, a diferença numérica ou estatística entre os pacientes operados pelas duas técnicas cirúrgicas utilizadas (Shouldice e McVay) no tratamento da hérnia inguinal primária com componente direto, no que se refere a:

3.A - Dor (imediate e tardia);

3.B - Complicações gerais e locais no pós-operatório;

3.C - Recidiva por um tempo mínimo de seguimento de dois anos, avaliada através do exame físico.

**III - CASUÍSTICA
E
METODOLOGIA**

III.1 - CASUÍSTICA

Foram incluídos no presente estudo, 109 pacientes portadores de hérnia inguinal com o componente direto presente (direta ou mista), operados de forma eletiva, no Serviço de Cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, no período de junho de 1988 a maio de 1990.

Destes 109 pacientes, 57 (52,29%) foram submetidos a correção cirúrgica pela técnica de Shouldice e 52 (47,71%) pela técnica de McVay.(TABELA 01)

III.1.1 - DADOS REFERENTES AOS PACIENTES PORTADORES DE HÉRNIA INGUINAL DIRETA OU MISTA

III.1.1.1 - SEXO

Todos os pacientes pertenciam ao sexo masculino.

III.1.1.2 - GRUPO ETÁRIO

A idade dos pacientes, observada na data da cirurgia, variou de 23 a 85 anos (média de 53,9 anos). No grupo etário compreendido entre os 41 e 70 anos encontravam-se 79 (72,47%) pacientes.

Os pacientes, onde a técnica cirúrgica empregada para a correção foi a de Shouldice, a idade média foi de 53,9 anos (23 a 81 anos) e 38 (66,66%) pacientes tinham idade compreendida entre 41 e 70 anos.

Aqueles pacientes operados pela técnica de McVay, a idade variou de 25 a 85 anos (média de 53,8 anos) e 41 (78,84%) estavam entre 41 e 70 anos.

As outras faixas etárias estão demonstradas na TABELA 02.

III.1.1.3- GRUPO ÉTNICO

Quanto ao grupo étnico, 80 (73,41%) eram brancos, 13 (11,92%) negros, 15 (13,76%) pardos e 01 (0,91%) amarelo.

Separando pelo procedimento cirúrgico adotado, no grupo operado pela técnica de Shouldice, 43 (75,45%) eram brancos, 06 (10,52%) negros, 07 (12,28%) pardos e 01 (01,75%) amarelo. Os pacientes operados pela técnica de McVay, 37 (71,16%) eram brancos, 07 (13,46%) negros e 08 (15,38%) pardos. (TABELA 03)

III.1.1.4 - DOENÇAS CONCOMITANTES

Nos 109 procedimentos realizados, 56 (51,37%) pacientes não apresentavam nenhuma outra doença de base e 53 (48,63%) possuíam alguma alteração clínica, assim distribuídas: 30 (27,53%) eram hipertensos arteriais sistêmicos (controlados clinicamente), oito (07,34%) pneumopatas crônicos, seis (05,51%) cardiopatas (em uso de cardiotônicos ou anti-arrítmicos), dois (01,83%) diabéticos (usando apenas hipoglicemiantes orais), dois (01,83%) eram obesos e 05 (04,59%) tinham outras doenças (etilismo crônico, doença reumática ou alterações vasculares periféricas).

Dos pacientes submetidos à correção pela técnica de Shouldice, 32 (56,14%) não possuíam nenhuma outra doença e 25 (43,86%) apresentavam doenças de base concomitante. Já os pacientes operados pela técnica de McVay, 24(46,15%) não possuíam nenhuma outra doença concomitante e 28 (53,85%) eram portadores de alterações clínicas.

As várias doenças de base concomitantes são demonstradas na TABELA 04.

III.1.1.5 - PROCEDÊNCIA

Todos os pacientes operados neste estudo, moravam na região de Paulínia, sendo que 37 (33,94%) eram moradores da própria cidade, e os outros 72 (66,06%) residiam em cidades até 100 quilômetros desta.

III.1.2 - DADOS REFERENTES A APRESENTAÇÃO DA HÉRNIA NO EXAME FÍSICO PRÉ-OPERATÓRIO

III.1.2.1 - ACOMETIMENTO UNI OU BILATERAL

No dia do exame físico pré-operatório, 27 (24,77%) pacientes apresentavam hérnia bilateral e 82 (75,23%) unilateral, sendo 45 (41,29%) à direita e 37 (33,94%) à esquerda. (TABELA 05)

Os pacientes submetidos à correção pela técnica de Shouldice, 15 (26,32%) tinham hérnia bilateral e 42 (73,68%) unilateral, sendo 23 (40,35%) à direita e 19 (33,33%) à esquerda. (TABELA 05)

Já os pacientes operados pela técnica de McVay, 12 (23,09%) eram portadores de hérnia bilateral e 40 (76,91%) portadores de hérnia unilateral [22 (42,30%) à direita e 18 (34,61%) à esquerda]. (TABELA 05)

III.1.2.2 - ACOMETIMENTO DA REGIÃO ESCROTAL

Na avaliação clínica pré-operatória, foi notado que 98 (89,90%) pacientes possuíam hérnia inguinal restrita à região inguinal e em 11 (10,10%) o componente herniário ocupava também a região escrotal. (TABELA 06)

Na técnica de Shouldice, 52 (91,22%) pacientes tinham sua hérnia restrita à região e cinco (08,78%) o componente herniário ocupava também a região escrotal. Os pacientes operados pela técnica de McVay, apresentavam hérnia na região inguinal em 46 (88,46%) casos. Em seis (11,54%) atingia a região escrotal também. (TABELA 06)

III.1.2.3 - TEMPO DE HISTÓRIA DECORRIDO ENTRE O APARECIMENTO DA HÉRNIA E O TRATAMENTO CIRÚRGICO

Avaliado o tempo entre a época em que o paciente percebeu o aparecimento da hérnia até a data da correção cirúrgica, tivemos 23 (21,10%) pacientes com história de até seis meses, 22 (20,18%) entre seis meses e um ano, 19 (17,43%) entre um e dois anos, 13 (11,93%) entre dois e três anos, 13 (11,93%) entre três e dez anos, 10 (09,18%) acima de dez anos e nove (08,25%) não sabiam precisar há quanto tempo eram portadores de hérnia inguinal.

III.1.3 - DADOS REFERENTES À APRESENTAÇÃO DA HÉRNIA NO INTRA-OPERATÓRIO

III.1.3.1 - LADO CORRIGIDO: DIREITO OU ESQUERDO

O lado direito foi o operado em 62 (56,89%) pacientes e o lado esquerdo em 47 (43,11%).

Avaliando o lado operado com a cirurgia empregada, na técnica de Shouldice corrigimos o lado direito em 31 (54,38%) e o esquerdo em 26 (45,62%) pacientes. Nos operados pela técnica de McVay, o lado direito foi o corrigido em 31 (59,61%) e o esquerdo em 21 (40,39%). (TABELA 07)

III.1.3.2 - TIPO DE APRESENTAÇÃO: DIRETA OU MISTA

Dos 109 procedimentos realizados, 86 (78,89%) foram para correção de hérnia direta e 23 (21,11%) para correção de hérnia mista. A técnica de Shouldice, foi utilizada para correção de hérnia direta em 45 (78,94%) pacientes e para tratamento de hérnia mista em 12 (21,06%). A técnica de McVay corrigiu 41 (78,84%) hérnias diretas e 11 (21,16%) hérnias mistas. (TABELA 08)

III.1.3.3 - ACOMETIMENTO DA PAREDE POSTERIOR: TOTAL OU PARCIAL

A hérnia inguinal ocupava toda a parede posterior (triângulo de Hesselbach) em 42 (38,53%) pacientes. Em 67 (61,47%) pacientes, o comprometimento era parcial.

Quando a técnica empregada foi a de Shouldice, a parede posterior estava totalmente ocupada pela hérnia em 19 (33,34%) pacientes e parcialmente destruída em 38 (66,66%). Já a parede posterior estava toda comprometida pela hérnia em 23 (44,23%) pacientes submetidos à correção pela técnica de McVay e a hérnia ocupava parcialmente o triângulo de Hesselbach em 29 (55,77%) pacientes operados por esta técnica. (TABELA 09)

III.2 - METODOLOGIA

O presente estudo partiu da necessidade de se avaliar um dos programas para tratamento das hérnias da parede ântero-lateral do abdômen, implantados pelo Serviço de Cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, sob a coordenação da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): o tratamento das hérnias inguinais primárias, com componente direto presente.

Para a realização deste projeto, foi elaborado um protocolo de tratamento cirúrgico, tornando possível a avaliação prospectiva de duas técnicas cirúrgicas largamente utilizadas no tratamento deste tipo de hérnias, a técnica proposta por Shouldice e a proposta por McVay. A equipe cirúrgica foi previamente treinada e a seguir, todas as etapas a serem cumpridas foram discutidas, para que a homogeneidade estivesse presente em todos os procedimentos.

Vale salientar que o protocolo em questão, no que tange aos cuidados peri-operatórios, é o mesmo para todos os pacientes portadores de hérnias inguino-crurais de tratamento eletivo.

Partindo então, deste protocolo para o tratamento das hérnias inguinais primárias do adulto, diretas ou mistas, foram estabelecidos critérios para a inclusão dos pacientes no presente estudo: seleção de pacientes, cuidados pré-cirúrgicos imediatos, técnicas anestésicas a serem utilizadas, técnicas cirúrgicas detalhadas, tempo de seguimento e parâmetros a serem avaliados no pós-operatório (imediato e tardio).

III.2.1 - PREPARO DO PROTOCOLO

O protocolo foi elaborado visando a realização de um estudo prospectivo para a avaliação das técnicas de correção das hérnias inguinais primárias com componente direto presente, bem como, possibilitar a avaliação dos cuidados pré e pós-operatórios.

Para a sua confecção, levantamentos bibliográficos foram realizados e a seguir adaptados às reais necessidades do serviço, visando sempre utilizar sugestões onde houvesse uma confluência entre a comprovada experiência das várias correntes para o tratamento das hérnias inguinais e a sua aplicabilidade no desenvolvimento de cada uma das etapas.

Mesmo após estas pesquisas, com a implantação e a colocação em prática do protocolo, alguns itens, pela própria evolução do tratamento, necessitaram ser reavaliados, no intuito de se conseguir um tratamento final ainda melhor para os pacientes, buscando diminuir ao máximo as possíveis complicações.

O protocolo final (ANEXO V) já inclui estas mudanças e é o que foi utilizado para o tratamento da maioria dos pacientes, pois as mudanças ocorreram no começo do trabalho, ou as alterações foram mais em pequenos detalhes técnicos que teremos oportunidade de citar nos itens a seguir.

III.2.2 - SELEÇÃO DE PACIENTES

III.2.2.1 - SEXO E IDADE

O protocolo não discrimina o sexo, porém só foram incluídos neste estudo os homens, porque num período de dois anos, apenas duas mulheres puderam ser operadas de hérnia inguinal mista. A não inclusão destas pacientes, operadas cada uma por uma técnica cirúrgica diferente (Shouldice ou McVay), e que se encontravam bem ao final do segundo ano de seguimento, visou exclusivamente a obtenção de uma maior homogeneidade do estudo.

Todos os adultos acima de 18 anos e portadores de hérnia inguinal com componente direto presente e sem correção prévia foram incluídos neste estudo. Não houve uma determinação para o limite máximo de faixa etária.

III.2.2.2 - DOENÇAS DE BASE CONCOMITANTE

Para a inclusão no presente estudo, os pacientes não possuíam nenhuma outra doença de base ou no caso de tê-las, estavam clinicamente controlados no dia da cirurgia.

Especial atenção foi dada aos pacientes onde esta doença de base pudesse aumentar a pressão intra-abdominal no pós-operatório. Estes pacientes tiveram um preparo multidisciplinar, onde estavam presentes cirurgiões, clínicos gerais, urologistas e fisioterapeutas.

Os pacientes pneumopatas com grande limitação da sua ventilação ou portadores de infecções de repetição, após avaliação e tratamento pela equipe de Clínica Médica foram encaminhados para um tratamento fisioterápico prévio à cirurgia. Pacientes obstipados intestinais, tiveram o seu hábito intestinal readequado e os pacientes com alterações prostáticas, principalmente a hipertrofia nodular da próstata, foram encaminhados para tratamento cirúrgico com a Urologia da UNICAMP, previamente à correção de sua hérnia.

Outras doenças como diabétes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias e doenças reumáticas, também tiveram um controle clínico prévio a cirurgia.

Os pacientes obesos, com mais do 20% de peso do que o esperado para a altura e idade, foram orientados a fazer dieta, fornecida as orientações dietéticas no próprio ambulatório de cirurgia. Apesar desta normatização prévia, foi necessário tratar cirúrgicamente dois pacientes sem o seu peso ideal alcançado, devido ao aumento da sintomatologia da hérnia e já haver na avaliação física, dificuldade para a redutibilidade da sua hérnia.

Os pacientes que apresentavam ao exame físico outras doenças de tratamento cirúrgico foram divididos em dois grupos. O primeiro era composto de pacientes que apresentavam doenças que poderiam ser tratadas no mesmo ato operatório, ou seja, doenças que utilizassem para seu tratamento a mesma via de acesso (hidrocele, cisto de cordão), ou onde não houvesse necessidade da opção por outra anestesia que não a programada para aquele paciente e fossem de tratamento pouco complexo (hérnias epigástricas e umbilicais pequenas, fimose, doenças de pele e celular subcutânea), passíveis de realização sob anestesia infiltrativa local.

O segundo grupo era composto de pacientes portadores de outras doenças de tratamento cirúrgico, mas que por sua própria complexidade foram tratadas em tempos cirúrgicos diferentes e na maioria das vezes previamente ao tratamento da hérnia inguinal, como foi o caso dos pacientes prostáticos, portadores de hérnias epigástricas, incisionais ou umbilicais grandes, varizes de membros inferiores, doenças orificiais, entre outras.

III.2.2.3 - CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Só foram incluídos no presente estudo, pacientes residentes em cidades até 100 quilômetros do Hospital Municipal de Paulínia, que moravam em casa de alvenaria com água encanada e tinham a sua disposição, para o caso de uma eventual necessidade de reavaliação imediata, um meio de transporte, fosse ele próprio, de terceiros ou público.

III.2.3 - PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

III.2.3.1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Constou do preparo de todos os pacientes portadores de hérnia inguinal, a anamnese detalhada, seguida do exame físico minucioso de todos os órgãos.

Nem todos os pacientes souberam informar com precisão todos os dados da anamnese, principalmente sobre doenças de base concomitantes (descobertas através do exame físico) e sobre o tempo que eram portadores da hérnia inguinal e como ela surgiu (após esforço físico ou de tosse, por exemplo). Mesmo com a ajuda de familiares presentes à consulta médica estas dificuldades ainda persistiram.

Como já salientado, todos os portadores de doenças de base concomitante foram devidamente controlados antes da cirurgia.

Especial atenção foi dada a possíveis causas de infecção, como dermatites da região, pneumopatias crônicas, infecção urinárias, entre outras.

Todos os pacientes tiveram o tamanho do seu testículo anotado para posteriores comparações. Aqueles, com idade acima de 45 anos foram submetidos rotineiramente ao toque retal.

Quando foi notado no exame físico que o paciente apresentava hérnia bilateral, foi orientado que seria operado apenas um lado de cada vez. Foi optado pela realização da primeira cirurgia do lado mais sintomático. Nos casos em que a sintomatologia era semelhante, a opção foi tratar o lado maior primeiro.

Todos os dados solicitados pelo protocolo (ANEXO V - item II.1) foram anotados tanto na ficha de arquivo de cirurgia comum a todos os pacientes do serviço (ANEXO I), como na de arquivo das hérnias inguinais (ANEXO II).

III.2.3.2 - EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Como regia o protocolo (ANEXO V - item II.2) só foram solicitados os exames que se fizeram necessários após o exame físico, ou que estavam pré-determinados.

Assim, no presente estudo, houve necessidade de se complementar a avaliação clínica com os seguintes exames: 100 (91,74%) contagens de células vermelhas do sangue (hematócrito e hemoglobina), 52 (47,70%) dosagens de sódio e/ou potássio plasmáticos, 40

(36,69%) dosagens de uréia plasmática, 10 (09,17%) dosagens de creatinina, 50 (45,87%) exames protoparasitológicos, 10 (09,17%) dosagens de glicose plasmática, 40 (36,69%) exames de sedimento urinário, duas (01,83%) uroculturas com antibiograma e dois (01,83%) coagulogramas completos.

Na área de imagenologia, foram realizados 80 (73,39%) radiografias de torax, duas (01,83%) urografias excretoras e um (0,91%) enema opaco

Foram ainda realizados 80 (73,39%) eletrocardiogramas e duas (01,83%) retosigmoidoscopias.

III.2.4 - REAVALIAÇÃO PRÉ-INTERNAÇÃO

Todos os pacientes foram orientados sobre como seria o procedimento, em todas as suas etapas, por um cirurgião da equipe, visando principalmente, esclarecer as suas dúvidas.

Quando a anestesia de escolha pôde ser a local infiltrativa, foi feita uma orientação complementar sobre a sua realização, buscando ganhar a confiança do paciente. Foi procurado sempre agendar a cirurgia para o dia do cirurgião que orientou o paciente nesta etapa. Os critérios de exclusão para o tratamento sob anestesia local infiltrativa estão dispostos no protocolo de tratamento (ANEXO V - item II.3).

Os pacientes receberam então, a ficha de pré-operatório (ANEXO III) onde todos os seus dados clínicos foram anotados e as orientações complementares foram escritas na parte posterior deste. Foram finalmente orientados a comparecer ao Hospital Municipal de Paulínia no dia da cirurgia, em média duas horas antes do procedimento cirúrgico, e só puderam ser internados após novo exame físico realizado imediatamente antes da internação.

Esta avaliação, detectou alterações clínicas em seis (5,50%) pacientes, que no agendamento de suas cirurgias a nível ambulatorial, não apresentavam qualquer manifestação.

Uma vez internados, todos foram encaminhados para a enfermaria de cirurgia, onde foi realizado preparo restante.

III.2.5 - CUIDADOS HOSPITALARES PRÉ-OPERATÓRIOS

III.2.5.1 - DADOS VITAIS

Apesar do cirurgião já haver verificado os dados vitais no exame pré-internação, estes dados foram novamente medidos pela enfermagem, acrescidos do peso e da altura.

III.2.5.2 - TRICOTOMIA

Todos os pacientes foram tricotomizados com aparelho de lâminas descartável, na enfermaria de cirurgia, e no máximo quatro horas antes do procedimento.

III.2.5.3 - BANHO DE ASPERSÃO

Mesmo aqueles pacientes que haviam tomado banho antes de vir para o hospital, foram novamente levados a um banho de aspersão com sabonete. Não foi utilizado nenhum anti-séptico especial para este banho, apenas solicitado que a área a ser operada fosse lavada no mínimo três vezes.

III.2.5.4 - USO DE ANTIBIÓTICOS

Nenhum paciente fez uso de antibióticos de forma curativa. Todos que necessitaram de antibiótico, este foi ministrado de forma profilática (ANEXO V - item III.5). Somente receberam esta medicação aqueles que apresentavam outras doenças de base que justificassem o seu uso. Nestes pacientes, sete (06,42%) ao todo, foi instalada venoclise com soro glicosado a cinco por cento, quando foi ministrado a primeira dose do antibiótico, uma hora antes do início do procedimento cirúrgico.

Dos sete pacientes que necessitaram de antibióticos, três (3/7 = 05,26%) foram operados pela técnica de Shouldice e quatro (4/7 = 07,70%) pela técnica de McVay.

Apresentavam as seguintes doenças de base concomitante: dois (2/7 = 28,57%) eram diabéticos, dois (2/7 = 28,57%) eram obesos, dois (2/7 = 28,57%) eram pneumopatas crônicos e um (1/7 = 14,29%) era cardiopata valvar.

Em todos os casos, o antibiótico escolhido, como previa o protocolo (ANEXO V - item III.5), foi a cefalotina na dose de um grama endovenoso de seis em seis horas, por 24 horas. Após a retirada do soro, para facilitar a deambulação, estes pacientes foram mantidos em venoclise com escalpe heparinizado.

III.2.6 - AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

III.2.6.1 - VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

Todos os pacientes que foram submetidos a tratamento cirúrgico sob anestesia peridural ou subaracnoidea (raquideana), e alguns casos especiais que foram operados sob anestesia local infiltrativa, mas que eram portadores de doenças de base que inspirava cuidados (cardiopatas, diabéticos, hipertensos em uso de mais de um medicamento para o controle de sua pressão arterial) foram avaliados por um anestesiológico no mesmo dia da cirurgia.

Nenhum paciente necessitou, por problemas clínicos ter a sua cirurgia suspensa neste tempo, nem houve mudança do plano anestésico inicialmente proposto (local ou bloqueio). Houve apenas a necessidade, nesta avaliação, realizada pelo anestesiológico, da determinação do melhor bloqueio anestésico para aquele paciente. A preferência do serviço foi sempre para o bloqueio peridural, sendo reservada a raquianestesia apenas para alguns casos especiais.

III.2.6.2 - MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Como orientava o protocolo (ANEXO V - item III.4), todos os pacientes que foram submetidos a tratamento de sua hérnia inguinal sob anestesia local fizeram uso de midazolam na dose de 15mg por via oral, 30 minutos antes da cirurgia, como medicação pré-anestésica (82 pacientes)

Ainda foi utilizado como medicação pré-anestésica o midazolam em mais dez pacientes, sob a orientação do serviço de anestesia, todos operados sob bloqueio peridural.

A sete pacientes foi ministrado diazepam na dose de 05 a 10mg por via oral, também operados sob bloqueio peridural. Três pacientes operados sob anestesia peridural e todos os pacientes operados sob raquianestesia não fizeram uso de medicação sedativa pré ou intra-operatório

III.2.7 - CUIDADOS PER-OPERATÓRIO

III.2.7.1 - MONITORIZAÇÃO E VENÓCLISE

Todos os pacientes já no Centro Cirúrgico, e após nova verificação da pressão arterial e do pulso, foram monitorizados com cardioscópio, bem como mantidos em venóclise durante toda a cirurgia e a recuperação pós-operatória imediata. A venóclise foi retirada tão logo o paciente pode se alimentar satisfatoriamente ou quando cessou o uso do antibiótico.

III.2.7.2 - ANESTESIOLOGISTA

Nenhum paciente, independente do tipo de anestesia que recebeu, foi operado sem a presença de um anesthesiologista no Centro Cirúrgico. Nas anestésias peridurais e raquideanas, este permaneceu o tempo todo dentro da sala cirúrgica.

Quando foi necessário a complementação da sedação, ela sempre foi realizada pelo anesthesiologista e para isto, optou-se na maioria das vezes, por doses fracionadas de 20mg meperidina e benzodiazepínicos de curta duração.

III.2.7.3 - ANTI-SEPSIA DO CAMPO OPERATÓRIO

Como rotina, todos os pacientes foram submetidos a degermação da área a ser operada com polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I) degermante a 1%, realizado pela circulante do Centro Cirúrgico, e após cinco minutos de degermação, o excesso foi retirado com soro fisiológico. Como anti-séptico final, também foi usado o PVP-I.

III.2.7.4 - ANESTESIA

Em todos os pacientes submetidos a tratamento sob anestesia local infiltrativa, foi realizada a técnica proposta no protocolo inicial de tratamento (ANEXO V - item IV.4). Foi possível a realização deste tipo de anestesia em 82 (75,22%) pacientes.

Quando a anestesia foi a peridural [20 (18,34%) pacientes] ela foi realizada pela equipe de anestesia do Hospital Municipal de Paulínia. O anestésico utilizado foi a bupivacaina à 0,5% (com vasoconstritor) na dose máxima de 120mg por paciente.

A anestesia subaracnoidea (raquianestesia) foi utilizada em sete (06,44%) pacientes e realizada com agulha 80 por 6 ou 80 por 7. O anestésico foi a bupivacaina pesada a 0,5% (sem vasoconstritor). Todos os pacientes, tinham no mínimo 60 anos e a sedação necessária

na anestesia local ou o aumento do volume determinado pela anestesia peridural, poderia causar alterações clínicas significativas nestes.

A TABELA 10 mostra a anestesia utilizada na técnica de Shouldice e na técnica de McVay.

III.2.7.5 - ATO CIRÚRGICO

Todos os pacientes foram operados seguindo todas as etapas preconizadas pelo protocolo cirúrgico, de acordo com cada uma das técnicas empregadas. (ANEXO V - item V)

Os pacientes que uma vez aberta a fáscia transversalis notou-se a presença de hérnia crural, até então desconhecida, foram excluídos, mesmo que a técnica cirúrgicas sorteada para aquele caso fosse a de McVay, técnica de escolha do serviço para o tratamento deste tipo de pacientes.

A mudança ocorrida no tratamento do saco herniário nos pacientes portadores de hérnia inguinal mista, quando o componente indireto estava muito aderido no cordão espermático, foi implantada após o vigésimo paciente da amostragem total, quando optou-se por não mais liberar este componente em toda a sua extensão, mas simplesmente tratar a sua parte proximal. Esta alteração deveu-se a complicações testiculares verificadas em dois pacientes.

A outra alteração ocorreu no quadragésimo-quinto paciente, quando o fio de polipropileno azul 2-0 foi substituído pelo de nylon monofilamentar 2-0. Optou-se por esta alteração, pois os dois fios apresentam características semelhantes (monofilamentar e inabsorvível) e o fio de nylon apresentar uma agulha de sutura mais adequada para as nossas necessidades, tendo um custo operacional mais baixo. Logo, 44 (40,37%) pacientes foram operados com fio de polipropileno azul 2-0 e 65 (59,63%) com nylon monofilamentar 2-0.

Os outros itens do tratamento cirúrgico, foram comuns para todos os pacientes, dependendo da técnica adotada.

III.2.7.6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTE À CORREÇÃO DA HÉRNIA INGUINAL

Durante a correção da hérnia inguinal, foi possível serem também tratados no mesmo ato cirúrgico 14 (12,81%) outras doenças. Nos casos onde havia a necessidade de outra via de acesso cirúrgico, o tratamento da hérnia inguinal foi sempre o primeiro a ser realizado.

Os pacientes portadores de cisto de cordão e de hidrocele, em todos os casos ipsilateral, pela própria natureza da doença, foram tratados primariamente à hérnia inguinal.

Destes 14 procedimentos, cinco foram para exérese de tumores baso-celulares, quatro para a correção de hérnia umbilical, dois para tratamento de hidrocele, dois para exérese de cisto de cordão e um paciente foi submetido a vasectomia. (TABELA 11)

Não houve necessidade de mudança da opção anestésica ideal para o tratamento da hérnia inguinal em nenhum destes pacientes, nem aumento do tempo de internação.

Nos pacientes operados de hérnia umbilical, exérese de tumores baso-celulares e vasectomia a anestesia utilizada foi a local infiltrativa feita com lidocaina a um por cento, sem vasoconstrictor. Nos outros pacientes por ser tratar da mesma via de acesso cirúrgico, a anestesia foi aquela pré-determinada inicialmente para o tratamento da hérnia inguinal.

Os pacientes portadores de cisto de cordão foram operados um sob anestesia local infiltrativa e o outro sob anestesia peridural, e os dois pacientes portadores de hidrocele foram operados sob bloqueio regional, sendo um sob raquianestesia e o outro sob anestesia peridural.

III.2.8 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Todos os pacientes permaneceram na sala de recuperação pelo menos uma hora, onde os dados vitais, o nível de consciência, e a mobilidade do paciente foram verificados rotineiramente.

Os pacientes independente da anestesia utilizada, só foram liberados para a enfermaria de cirurgia, após a avaliação do cirurgião e do anestesiológico.

A todos os pacientes foi ministrado, também independente do procedimento anestésico, 75mg de diclofenaco sódico por via intra-muscular.

III.2.9 - CUIDADOS NA ENFERMARIA NO PÓS-OPERATÓRIO

III.2.9.1 - PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS

Como medicação analgésica de rotina, após a ministrada no Centro Cirúrgico, foi prescrito diclofenaco sódico na dose de 50mg por via oral, só fornecida ao paciente pela equipe de enfermagem, quando solicitada.

Fez parte da metodologia para a avaliação da dor no pós-operatório imediato, a necessidade de utilização de analgésicos além dos prescritos acima. Assim, quando um paciente queixou a equipe de enfermagem que a medicação acima não fez efeito, ou seja, ele ainda permanecia com dor, antes que a medicação complementar fosse ministrada, foi realizado um pequeno interrogatório complementar por parte da equipe médica ou de enfermagem, averiguando se a dor manifestada pelo paciente provocava alteração clínica (aumento da frequência cardíaca, sudorese, etc.) ou se havia a impossibilidade real da deambulação, devido à dor.

Estes dados foram anotados no prontuário do paciente ou na folha da enfermagem e imediatamente após foi ministrado uma ampola de metamizol-adifenina-prometazina por via intra-muscular. Após esta medicação, num espaço de mais ou menos meia hora, todos os dados acima foram novamente verificados. Considerou-se como realmente dor importante, aquela onde a presença de alterações clínicas ou impossibilidade de deambulação eficiente, estiveram presentes antes da medicação, e cessaram após a administração da medicação complementar.

Nenhum paciente recebeu alta hospitalar, se a medicação por via oral não fosse suficiente para o controle da dor.

III.2.9.2 - DEAMBULAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

A deambulação foi sempre incentivada. Como rotina, todos os pacientes submetidos à correção sob anestesia local, puderam deambular e assim o fizeram, no máximo três horas após o término do procedimento.

Nos pacientes operados sob bloqueio peridural, este limite para a deambulação, esteve intimamente correlacionado com a próprio bloqueio motor, porém, nenhum paciente deambulou com mais do que seis horas, inclusive cinco destes pacientes receberam alta no mesmo dia da cirurgia e saíram do hospital deambulando, sem haver a necessidade de utilização de cadeira de rodas.

Apesar da anestesia raquideana haver sido empregada apenas em pacientes acima de 60 anos, como aconselhado pela equipe anestésica, estes pacientes só deambularam após um mínimo de 24 horas do bloqueio. Porém nenhum destes, ficou em repouso sem travesseiro.

Logo a deambulação ocorreu no menor tempo possível e esteve sempre correlacionada com o tipo de anestesia empregada e não ao tamanho da hérnia ou a técnica de correção utilizada.

III.2.9.3 - CURATIVO

Todos os pacientes tiveram a sua incisão cirúrgica coberta com gaze e micropore. Este curativo permaneceu de 18 a 24 horas, quando então foi retirado, mantendo-se ferida operatória aberta.

Nenhum anti-séptico em especial foi utilizado no cuidado da ferida após a retirada do curativo, tanto a nível hospitalar como domiciliar, e apenas o paciente foi orientado a lavar a ferida com água corrente e sabonete duas a três vezes ao dia.

III.2.10 - ALTA HOSPITALAR

Não foi prescrito alta hospitalar a nenhum paciente, independente da anestesia utilizada, com menos do que oito horas.

Todos tiveram a orientação dos cuidados domésticos, que constou da não restrição aos exercícios leves, utilização das medicações de rotina e analgésicos, e cuidados com a ferida operatória. Tudo foi anotado no verso da ficha de pós-operatório (ANEXO IV). Foram também orientados a retornar no ambulatório de cirurgia no sétimo pós-operatório e a procurar, a qualquer momento, o Hospital Municipal de Paulínia, caso houvesse qualquer alteração, tanto da ferida operatória, como de sintomatologia geral.

Nenhum paciente recebeu autorização para deixar as dependências do Hospital, sem ter condução adequada (automóvel ou ambulância), e sempre que possível acompanhado de um parente (obrigatório nos tratamentos ambulatoriais), que recebia também todas as orientações já fornecida ao paciente.

III.2.11 - SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Todos os pacientes retornaram obrigatoriamente no sétimo pós-operatório para retirada dos pontos e anotação dos dados na ficha de arquivo de cirurgia (ANEXO I) e na ficha especial para o tratamento das hérnias inguinais (ANEXO II).

Neste e em todos os retornos posteriores, além da rotina de exame físico, foi dada especial atenção às atividades que o paciente já estava desenvolvendo, o grau de limitação provocado pela dor (quanto de analgésico estava sendo utilizado pelo paciente para o controle desta dor), a incisão cirúrgica, o tamanho dos testículos, bem como era solicitado ao paciente que realizasse as provas de esforço, em pé.

Todos os pacientes retornaram no décimo-quinto pós-operatório e a partir daí, nos retornos programados pelo protocolo (ANEXO V) foram examinados pessoalmente pelo autor até completarem dois anos de seguimento mínimo, no ambulatório de hérnias.

Os pacientes que não compareceram ao ambulatório no dia programado foram contactados por meio de telefones deixados como referência ou através do sistema de saúde da cidade a qual pertenciam, buscando o seu comparecimento ao ambulatório.

Nenhum paciente desta amostragem, deixou de ser avaliado pessoalmente em todos os retornos programados. Apesar de todo este cuidado e orientação ao paciente, de um total inicial de 118 pacientes que puderam ser incluídos, sete (5,93%) foram excluídos em alguma fase do trabalho. Destes sete pacientes, dois foram excluídos por haverem falecido durante o primeiro ano de seguimento por outras causas e cinco não conseguiu-se localizar para o seguimento completo (dois tiveram seguimento até um ano de pós-operatório, um até o sexto mês, um até o terceiro mês e um paciente só compareceu ao primeiro retorno), porém até a última avaliação possível, todos estavam bem. Os outros dois foram as duas pacientes do sexo feminino.

A restrição às atividades físicas foi limitada apenas para os pacientes que executavam trabalhos braçais pesados até o vigésimo-primeiro pós-operatório. As atividades físicas leves e moderadas não foram limitadas. Apenas o ato de dirigir foi desaconselhado até o sétimo pós-operatório.

Os pacientes que apresentaram recidiva, foram re-operados no mesmo serviço e a partir daí, tiveram o seu seguimento dentro do grupo das hérnias inguinais recidivadas.

III.2.12 - ARQUIVO DE DADOS

Todos os dados obtidos de cada paciente e previamente anotados em formulário próprio (ANEXO II) e a seguir arquivados em programa especialmente desenvolvido para este fim em microcomputador.

III.2.13 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados coletados foram submetidos a análise estatística pelo teste de Fischer, e para serem considerados como estatisticamente significantes, a probabilidade obtida necessitou ser igual ou menor que cinco por cento ($p < 0,05$).

IV - RESULTADOS

IV.1 - DO PROCEDIMENTO PER-OPERATÓRIO

IV.1.1 - REFERENTES AO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Em nenhum caso foi necessário a troca do método anestésico durante o ato cirúrgico já em curso.

Foi necessário complementação mediante sedação com meperidina e benzodiazepínico em 10 (9,17%) pacientes, todos devido a ansiedade ou inquietação inerentes ao decúbito na mesa cirúrgica.

IV.1.2 - REFERENTES A TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

Nenhum paciente necessitou a mudança da técnica sorteada para o tratamento da sua hérnia inguinal primária com componente direto, após o início do procedimento propriamente dito

IV.2 - DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

IV.2.1 - REFERENTES AO PÓS-OPERATÓRIO PRECOCE

Durante a evolução pós-operatória imediata, 99 (90,82%) dos 109 pacientes submetidos a correção cirúrgica não apresentaram nenhuma sintoma ou sinal clínico. Destes 99 pacientes, 54 (94,75%) haviam sido operados pela técnica de Shouldice e 45 (86,53%) pela técnica de McVay. (TABELA 12 A)

IV.2.1.1 - COMPLICAÇÕES GERAIS

Nenhum paciente desenvolveu complicação imediata de ordem geral. Não houve mortalidade na presente casuística

IV.2.1.2 - COMPLICAÇÕES LOCAIS

IV.2.1.2.1 - HEMATOMA

Dos 109 pacientes operados, dois (01,83%) evoluíram com hematoma na região inguino-escrotal, cada um havia sido operado por uma técnica diferente. O paciente operado pela técnica de Shouldice necessitou apenas de tratamento clínico e punções seriadas, porém o paciente operado pela técnica de McVay necessitou de exploração cirúrgica, sob anestesia local, oito horas após o término da cirurgia. (TABELA 12A)

IV.2.1.2.2 - DOR

Necessitaram de medicação adjuvante, devido a dor intensa no pós-operatório imediato, oito (07,33%) pacientes. Destes, dois (2/57 = 03,50%) haviam sido operados pela técnica de Shouldice e seis (6/52 = 11,53%) pela técnica de McVay. (TABELA 12 A)

Nenhum paciente operado sob anestesia local apresentou dor intensa no pós-operatório imediato ou tardio. Dos oito pacientes que apresentaram dor, cinco (5/20 =

25,00%) haviam recebido anestesia peridural e três ($3/7 = 42,85\%$) anestesia raquideana. (TABELA 12 B)

IV.2.2 - REFERENTES AO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO

IV.2.2.1 - COMPLICAÇÕES GERAIS

Nenhum paciente operado neste estudo apresentou qualquer complicação de ordem geral.

IV.2.2.2 - COMPLICAÇÕES LOCAIS

IV.2.2.2.1 - SEROMA

Apresentaram seroma na incisão cirúrgica três ($02,75\%$) pacientes, sendo que dois ($2/57 = 03,50\%$) haviam sido operados pela técnica de Shouldice e um ($1/52 = 01,92\%$) pela técnica de McVay. (TABELA 13)

IV.2.2.2.2 - EDEMA E ATROFIA DE TESTÍCULO

O edema de testículo no pós-operatório apareceu em dois ($01,83\%$) pacientes. Destes cada um havia sido operado por uma técnica diferente, porém o paciente operado pela técnica de Shouldice evoluiu com atrofia de testículo ($1/57 = 01,75\%$). O paciente operado pela técnica de McVay teve evolução para a regressão do edema totalmente, apenas com cuidados clínicos. (TABELA 13)

IV.2.2.2.3 - DOR NA INCISÃO APÓS 48 HORAS

Apresentaram dor na incisão cirúrgica, já após a alta hospitalar, quatro ($03,66\%$) pacientes. Destes, um ($1/57 = 01,75\%$) havia sido operado pela técnica de Shouldice e é o mesmo paciente que desenvolveu a atrofia do testículo e três ($3/52 = 05,76\%$) foram operados pela técnica de McVay (um deles o que apresentou infecção na ferida cirúrgica). Os outros dois pacientes operados pela técnica de McVay queixaram de dor até o sexagésimo dia de pós-operatório, sem entretanto haver nenhum sinal clínico, nem mesmo parestesia da área. (TABELA 13)

IV.2.2.2.4 - INFECÇÃO NA FERIDA CIRÚRGICA

Apresentaram infecção da ferida operatória, dois (01,83%) pacientes, sendo que um (1/57 = 01,75%) havia sido operado pela técnica de Shouldice e um (1/52 = 01,92%) pela técnica de McVay. (TABELA 13)

IV.2.2.2.4.1 - OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO COMPARADA COM O TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Dos dois pacientes que desenvolveram infecção da ferida cirúrgica, o paciente operado pela técnica de Shouldice recebeu alta com até 12 horas (01,44% de todos os pacientes que receberam alta com até 12 horas) e o paciente operado pela técnica de McVay recebeu alta com até 18 horas (04,54% dos pacientes que receberam alta entre 12 e 18 horas) (TABELA 14A)

IV.2.2.2.4.2 - OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO COMPARADA COM A ANESTESIA UTILIZADA

A anestesia local infiltrativa (1/82 = 01,21%) foi utilizada para a correção cirúrgica do paciente operado pela técnica de Shouldice e a peridural (1/20 = 05,00%) para o tratamento realizado pela técnica de McVay. (TABELA 14B)

IV.2.3 - REFERENTES A RECIDIVA

Dos 109 pacientes operados, dois (2/109 = 01,83%) apresentaram recidiva. Ambos haviam sido submetidos à correção pela técnica de McVay (2/52 = 03,84%). (TABELA 15A)

IV.2.3.1 - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA COMPARADA COM A FAIXA ETÁRIA

Os pacientes tinham, no dia da correção de suas hérnias, 48 e 64 anos.(TABELA 15B)

IV.2.3.2 - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA COMPARADA COM A ANESTESIA EMPREGADA

O paciente de 48 anos foi operado sob anestesia peridural ($1/20 = 05,00\%$) e o paciente de 64 anos, sob anestesia raquideana ($1/7 = 14,28\%$). (TABELA 15B)

IV.2.3.3 - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA COMPARADA COM O TIPO DE HÉRNIA CORRIGIDA

Os dois pacientes que apresentaram recidiva eram portadores de hérnia direta ($2/86 = 02,32\%$), com acometimento parcial da parede posterior. (TABELA 15B)

IV.2.3.4 - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA COMPARADA COM A PRESENÇA DE INFECÇÃO

O paciente de 64 anos não apresentou nenhuma complicação no pós-operatório ($1/97 = 01,03\%$) (incluídos aqui apenas o número de pacientes, e não o número de complicações), e o paciente de 48 anos havia apresentado infecção da ferida operatória ($1/2 = 50,00\%$). (TABELA 15B)

IV.2.3.5 - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA COMPARADA COM O TEMPO DECORRIDO ENTRE O ATO CIRÚRGICO E O APARECIMENTO DA RECIDIVA

O paciente de 64 anos apresentou sua recidiva do tipo indireto, no sexto mês pós correção. Já o paciente de 48 anos a recidiva ocorreu no décimo-terceiro mês pós cirurgia e foi do tipo direto. (TABELA 15B)

IV.3 - DO TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR PÓS-OPERATÓRIA

Dos 109 pacientes operados, 69 (63,30%) receberam alta com até 12 horas, 22 (20,19%) entre 12 e 18 horas, 11 (10,09%) entre 18 e 24 horas e sete (06,42%) entre 24 e 48 horas. (TABELA 16)

Quando operados pela técnica de Shouldice, 42 (73,71%) pacientes receberam alta com até 12 horas, 10 (17,54%) entre 12 e 18 horas, dois (03,50%) entre 18 e 24 horas e três (05,25%) entre 24 e 36 horas.

Dos 52 operados pela técnica de McVay, 27 (51,94%) receberam alta com até 12 horas, 12 (23,07%) entre 12 e 18 horas, 09 (17,30%) entre 18 e 24 horas e 04 (07,69%) com até 48 horas.

IV.3.1 - REFERENTES AO TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR E O TIPO DE ANESTESIA EMPREGADA

No grupo dos 82 pacientes operados sob anestesia local, 64 (78,05%) receberam alta com até 12 horas e 18 (21,95%) entre 12 e 18 horas. Cem por cento dos pacientes operados sob anestesia local receberam alta até 18 horas (TABELA 16A)

Quando a anestesia empregada foi a peridural (20 pacientes), cinco (25,00%) receberam alta com até 12 horas, 04 (20,00%) entre 12 e 18 horas e 11 (55,00%) entre 18 e 24 horas. Puderam receber alta com até 18 horas nove (45,00%) pacientes. (TABELA 16B)

O período mínimo de permanência pós-operatória dos pacientes submetidos a correção sob raquianestesia foi de 30 horas e todos receberam alta com até 48 horas.

IV.3.2 - REFERENTES AO TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR, O TIPO DE ANESTESIA E A TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

IV.3.2.1 - TÉCNICA DE SHOULDICE

Dos 42 (73,71%) pacientes que puderam receber alta com até 12 horas, 39 (92,85%) haviam sido operados sob anestesia local e os outros três (07,15%) sob anestesia peridural. (TABELA 16 A e B)

Entre 12 e 18 horas receberam alta 10 (17,54%) pacientes, sendo que oito (80,00%) foram operados sob anestesia local e dois (20,00%) sob peridural. Os outros dois pacientes operados sob peridural, receberam alta entre 18 e 24 horas. (TABELA 16 A e B)

Receberam alta com até 18 horas 52 (91,25%) pacientes operados pela técnica de Shouldice, e 54 (94,75%) com até 24 horas. (TABELA 16 A e B)

Com até 36 horas receberam alta o restante dos pacientes que foram operados sob raquianestesia.

IV.3.2.2 - TÉCNICA DE McVAY

Dos 27 (51,94%) pacientes que puderam receber alta com até 12 horas, 25 (92,60%) haviam feito uso de anestesia local e dois (07,40%) de anestesia peridural. (TABELA 16 A e B)

Quando a alta ocorreu entre 12 e 18 horas, dos 12 (23,07%) pacientes, 10 (83,33%) haviam sido operados sob anestesia local e dois (16,67%) sob anestesia peridural. (TABELA 16 A e B)

Receberam alta com até 18 horas, 39 (75,01%) pacientes operados por esta técnica.

Nove pacientes que foram operados sob anestesia peridural, receberam alta entre 18 e 24 horas. Logo, 48 (92,31%) pacientes, receberam alta com até 24 horas.

Os outros 04 pacientes (todos submetidos a correção sob anestesia raquideana), dois receberam alta com até 36 horas e dois receberam alta com até 48 horas.

IV.4 - DO RETORNO ÀS ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS

Retornaram as suas atividades físicas habituais até o trigésimo pós-operatório, 85 (77,95%) pacientes, sendo que 51 (89,43%) haviam sido operados pela técnica de Shouldice e 34 (65,38%) pela técnica de McVay.

Até o sexagésimo dia de pós-operatório, todos os pacientes operados pela técnica de Shouldice haviam retornado às suas atividades habituais, e 51 (98,07%) pacientes operados pela técnica de McVay.

O único paciente restante, não apresentou nenhuma complicação no pós-operatório, porém só retornou às suas atividades, após o terceiro mês de pós-operatório.

IV.5 - DO TEMPO DE SEGUIMENTO DOS PACIENTES

Todos os pacientes foram examinados pessoalmente pelo autor, nenhum por carta ou telefone, e no mínimo por dois anos.

Dos 109 pacientes operados, 82 (75,22%) já foram examinados no seu trigésimo mês de pós-operatório, sendo que 43 (75,43%) haviam tido sua cirurgia realizada pela técnica de Shouldice e 39 (75,00%) operados pela técnica de McVay. (TABELA 17)

Completaram o seu terceiro ano de pós-operatório, 64 (58,71%) pacientes, e todos apresentavam-se bem neste retorno, exercendo normalmente as suas atividades. Destes, 30 (52,63%) haviam sido tratados pela técnica de Shouldice e 34 (65,38%) pela técnica de McVay. (TABELA 17)

V - COMENTÁRIOS

V.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

A prevalência da hérnia inguinal na população é alta. Entre as doenças de tratamento cirúrgico é a segunda mais frequente, ficando atrás apenas das doenças de pele e celular subcutâneo. (NYHUS, 1989). A sua incidência é universal, atingindo todas as raças e faixas etárias, com predomínio maior entre os 20 e 50 anos (CHACON & FARIA, 1962).

Este fato tem despertado ao longo dos séculos, o interesse de anatomistas, fisiologistas e cirurgiões, na busca por um tratamento ideal e definitivo. (PONKA, 1980a)

Várias formas de correção foram propostas durante estes anos, algumas embasadas em técnicas adequadas e que apresentaram uma evolução satisfatória, porém outras mostraram ser desastrosas experiências. (OUGHTERSON, 1929; BARRETO, 1952)

Há uma justificativa numérica para todo este esforço por parte dos cirurgiões. No ano de 1982 somente nos Estados Unidos da América, foram realizadas 537.000 cirurgias para o tratamento das hérnias ínguino-crurais (NYHUS, 1989), fato este repetido novamente em 1983, onde, segundo RUTKOW (1986), 11% de todas as cirurgias realizadas naquele país, foram para o tratamento destas.

BRITTON (1986), relatou que em 1985 foram realizadas 120.000 correções de hérnias inguinais na Grã-Bretanha. Outros autores, em vários países, tem também encontrado incidência desta doença numa faixa de 5% a 10% da população. (BOWEN et al., 1978; COX, LICH, ELLIS, 1981; CREMADES et al., 1985)

No Brasil, levantamento realizado por ABDALLA (1981), no período de 1968 a 1978, mostrou que 23,08% das cirurgias realizadas num Hospital Geral foram para o tratamento de hérnias ínguino-crurais.

No Hospital Municipal de Paulínia, no período de 1985 a 1990, para um total de 4.500 cirurgias realizadas, 673 (14,59%) foram para o tratamento deste tipo de hérnia. (PERES, 1992)

Esta alta incidência, aliados à necessidade da instituição de um programa moderno e eficaz de tratamento das hérnias ínguino-crurais, levou a equipe de cirurgia a elaborar vários protocolos, visando não só o tratamento mais adequado dos pacientes, mas também, um ensino desta cirurgia para residentes e internos, embasado nas técnicas que mostravam resultados precoces e tardios de melhor qualidade.

V.2 - DA METODOLOGIA EMPREGADA.

V.2.1 - RELATIVOS AO PREPARO DO PROTOCOLO

A metodologia empregada, nasceu da necessidade da realização de um estudo prospectivo, onde a avaliação tanto dos cuidados peri-operatórios como das técnicas cirúrgicas para o tratamento da hérnias inguinais, pudesse ser viabilizado.

No grupo da hérnias inguinais diretas, o estudo foi considerado prioritário, pela necessidade de se avaliar uma nova técnica que estava sendo implantada no serviço, a técnica de Shouldice (que já havia apresentado bons resultados em outros serviços), quando comparada com a técnica tradicionalmente utilizada pela maioria dos cirurgiões brasileiros para a correção deste tipo de hérnia, a técnica de McVay (FAGUNDES, 1979).

Para a realização desta avaliação, a homogeneidade de conduta no tratamento era essencial, e isto só foi possível a partir da instituição de um protocolo prévio.

VELEZ-GIL, WILSON, PELAEZ (1975), na Colombia, observaram uma queda da taxa de complicação no tratamento das hérnias inguinais, com a instituição de um programa para este fim. O mesmo fato foi relatado por VATER & GONCALVES (1986) no Rio de Janeiro.

DEYSINE, GRIMSON, SOROFF (1987), também relataram que após a implantação de um unidade de tratamento da doença herniária em pacientes idosos (acima de 65 anos) e da criação de um protocolo rígido de tratamento, houve uma diminuição das taxas de complicações de 7% para 2%.

GLASSOW (1973, 1976, 1984) no Canada e LICHTENSTEIN (1986, 1987) nos Estados Unidos da América, relataram resultados ainda melhores com a implantação de técnicas padronizadas em hospitais exclusivos para o tratamento de hérnias.

Apesar dos resultados americanos e canadenses, não havia possibilidade de transformar o Hospital Municipal de Paulínia em centro exclusivo de tratamento de hérnias, pela necessidade de tratamento de outras doenças da população. Porém, a implantação de um programa para este tipo de cirurgia era viável e necessário, como havia sido demonstrado por VELEZ-GIL et al. (1975), ABDU (1983), VATER & GONÇALVES (1986) e SISLEY et al. (1987).

Este programa, foi desenvolvido a partir da orientação básica desenvolvida no Hospital Municipal de Paulínia, pela Disciplina de Cirurgia de Moléstias de Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, a implantação de um Serviço de Cirurgia Ambulatorial e Simplificada. (PERES, 1992).

A dificuldade maior foi a escolha das técnicas que deveriam ser utilizadas para a correção em si da hérnia inguinal, já que nos cuidados peri-operatórios havia uma grande convergência de idéias entre os autores (VELEZ-GIL et al. , 1975; BOWEN et al., 1978; KINGSNORTH, BRITTON, MORRIS, 1981; ABDU, 1983).

Apesar, de centros especializados exclusivamente no tratamento de hérnias inguinais, como o Hospital Shouldice (Canada) e a Clínica Lichtenstein (Estados Unidos da América) preconizarem uma única técnica para o tratamento de todas as hérnias da região inguinal, vários autores (CHACON & FARIA, 1962; HALVERSON & McVAY, 1970; PEREIRA & RAHAL, 1973; POSTLETHWAIT, 1985; PIETRI & GABRIELLI, 1986; YADEGAR, 1986; NYHUS, 1989) tem optado por um tratamento diferenciado para cada tipo de hérnia e em alguns casos para cada paciente individualmente (HILARIO, 1986).

A opção adotada, baseou-se nas observações feitas por HALVERSON & McVAY (1970) e NYHUS (1989), que visando melhor adequar o tipo de tratamento ideal com a hérnia a ser corrigida, sugeriram que se utilizasse um determinada técnica cirúrgica para a correção específica de um tipo de hérnia da região inguino-crural. Há bastante semelhança entre as duas propostas.

Partindo destas citações, os pacientes foram divididos em crianças e adultos. Dentre os últimos, classificados em portadores de hérnia primária ou recidivada, e subdivididas em hérnias indiretas (pequenas ou grandes) e com componente direto (diretas ou mistas). A seguir, foram então encaminhados cada um para o seu determinado grupo.

A elaboração do protocolo que foi utilizado para este estudo prospectivo, o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais primárias com componente direto presente (diretas ou mistas), pela técnica de Shouldice ou McVay, buscou adequar todas as variáveis disponíveis na literatura com a realidade e necessidade da população.

Finalizando, vale esclarecer que, os cuidados pré e pós-operatórios discutidos neste estudo, são comuns ao tratamento de todos os tipos de hérnias inguino-crurais do adulto no Hospital Municipal de Paulínia.

V.2.2 - RELATIVOS AOS CUIDADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

V.2.2.1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

O paciente portador de hérnia inguinal independente da sua idade e do tamanho de sua hérnia, foi sempre avaliado de forma global e completa, visando diagnosticar outras alterações de conhecimento ou não deste, para que o controle clínico pré-cirúrgico pudesse ser realizado a contento.

Esta preocupação fez-se necessária na tentativa de minimizar possíveis complicações intra e pós-operatórias, evitando com isto, internações demoradas e desnecessárias.

As observações acima foram reforçadas pelas colocações de PRITCHARD, BLOOM, ZOLLINGER (1991): "É de responsabilidae do cirurgião, a história e o exame físico bem feitos e a normatização dos exames complementares que se fizerem necessários ... os cirurgiões devem procurar doenças que aumentam a pressão intra-abdominal como DPOC, prostatismo e obstipação intestinal e as dermatites desta região".

Na cirurgia desenvolvida em caráter ambulatorial, estes cuidados devem ser ainda maiores, pois o paciente internará e receberá alta no mesmo dia. (BOWEN et al., 1978; ABDU, 1983; LICHTENSTEIN, 1986; DEYSINE et al., 1987; CODA, 1989)

Nenhum paciente portador de doenças que pudessem aumentar a pressão intra-abdominal foram incluídos neste estudo, sem terem um tratamento prévio para eliminar este problema, fosse ele clínico ou cirúrgico.

Esta conduta fez-se necessária, pois quando PEREIRA & RAHAL (1973); POSTLETHWAIT (1985); PIETRI & GABRIELLI (1986); MARDSEN (1988) e SPERANZINI et al. (1989), estudaram pacientes portadores de hérnia inguinal recidivada, relataram uma correlação entre o aparecimento da recidiva e estas doenças, principalmente no caso de pacientes prostáticos ou obstipados crônicos.

Outros autores tem selecionado seus pacientes, para a cirurgia de hérnia inguinal, adicionando aos cuidados anteriores, outras limitações. GLASSOW (1984), salientou que

no Hospital Shouldice são excluídos do tratamento cirúrgico os obesos, os pacientes psiquiátricos e as crianças abaixo de 12 anos.

CRUSE & FOORD (1973), relataram um aumento da taxa de infecção quando são tratados pacientes obesos, diabéticos ou mal nutridos e PEREIRA & RAHAL (1973), citaram que a anemia, a hipoproteïnemia, a avitaminose, a obesidade e as doenças que aumentam a pressão intra-abdominal são causas do aumento da recidiva herniária.

Estes achados clínicos, principalmente as doenças cardio-pulmonares e as relacionadas com a próstata, são frequentes, e coincidentes com a faixa etária dos pacientes portadores de hérnia inguinal direta, fez com que fosse adotado sempre o tratamento destas doenças previamente ao tratamento da hérnia inguinal, embora, SCHLEGEL & WALSH (1989), tenham preconizado no caso dos pacientes prostáticos e portadores de hérnia da região inguinal, o tratamento cirúrgico a um só tempo.

O paciente pneumopata e tossidor crônico, além das orientações normais, como parar de fumar, caminhadas e fluidificantes, alguns receberam tratamento com fisioterapia respiratória. KINGSNORTH et al. (1981), já haviam alertado para a necessidade de diminuir, durante o preparo ambulatorial, a tosse, o cigarro e os problemas urinários.

O paciente obeso foi sempre orientado a controlar o seu peso antes da cirurgia. Esta conduta não é unânime na literatura, pois enquanto POSTLETHWAIT (1985) e PIETRI & GABRIELLI (1986), relataram uma relação direta entre a obesidade e o aumento das complicações pós-operatórias, WANTZ (1989c) e THOMAS & BARRES (1990), não observaram nos seus pacientes obesos, índices maiores de complicações na realização de cirurgia para hérnia.

Apesar desta controvérsia, optou-se neste estudo, como rotina, a realização da cirurgia com o paciente tendo o seu peso o mais próximo do ideal. Os dois únicos pacientes operados nesta série com o peso cima do esperado, ambos portadores de hérnia mista, deveu-se ao fato de apresentarem muita dor e dificuldade de redutibilidade de suas hérnias, que vinha piorando gradativamente.

V.2.2.2 - EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares só foram solicitados quando se fizeram necessários após a avaliação clínica, ou quando estavam pré-determinados, como no caso dos pacientes acima de 50 anos. Rotina semelhante foi preconizada por BOWEN et al. (1978).

Esta conduta, a determinação prévia de qual tipo de exames devem ser feitos para todos os pacientes, vinculando apenas ao tipo de cirurgia ou idade deste, independente da avaliação clínica, tem sido reavaliada no serviço de cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, pois conforme foi demonstrado por MELO (1984), é um exagero. ROBBINS & MUSCHLIN (1979), relataram que para diagnosticar uma determinada doença apenas com o uso de exames complementares, nos pacientes assintomáticos, além de irracional, é financeiramente inviável.

Todavia, alguns autores defenderam rotinas de exames complementares nos pacientes portadores de hérnias inguinais. GUILLEN & ALDRETE (1970) preconizaram para todos os pacientes acima de 70 anos hemograma, Rx de torác e ECG. BOWEN et al. (1978), solicitaram o hemograma completo e o sedimento urinário para todos os pacientes e RX de torác e ECG para os acima de 50 anos, e ALEXANDER (1986), complementou a avaliação física dos seus pacientes com o hematócrito e hemoglobina, além do sedimento urinário.

Porém, deve sempre ser a avaliação clínica, realizada minuciosamente nos pacientes, a fornecedora de subsídios para a solicitação de um determinado exame complementar.

Entretanto, alguns relatos recentes, tem demonstrado uma íntima relação entre doenças colo-retais nos pacientes portadores de hérnias ínguino-crurais (RUBIN et al., 1987; LOVETT, KIRGAN, Mc KREGOR, 1989). Estes autores preconizaram a realização sistemática de retossigmoidoscopia flexível em todos os pacientes portadores de hérnia inguinal, acima dos 50 anos, baseados no encontro de até 62% de doenças colônicas associadas nestes pacientes (LOVET et al., 1989). Mostraram também, que a pesquisa de sangue oculto nas fezes não é um bom parâmetro, pois apenas 8% dos pacientes nos trabalhos de LOVET et al. (1989) e 11% nos trabalhos de RUBIN et al. (1987), apresentaram este exame positivo, dentre aqueles que na retossigmoidoscopia eram portadores de doenças colo-retais.

Os pacientes desta casuística que necessitaram complementar a sua avaliação física, por apresentarem quadros sugestivos de alterações colo-retais, esta foi feita com retossigmoidoscopia rígida e enema opaco. Estes pacientes, não apresentaram alterações nestes exames. DAY & FERRARA (1986), realizando apenas o enema opaco, também em pacientes assintomáticos e portadores de hérnia inguinal, encontraram 2,1% de positividade.

V.2.3 - RELATIVOS A INSTRUÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

A adoção do tratamento ambulatorial e a opção pela internação do paciente no mesmo dia da cirurgia, requerem por parte da equipe cirúrgica uma relação médico-paciente esclarecedora e eficaz, para que os resultados almejados sejam alcançados.

As etapas a serem cumpridas pelo paciente para a realização da sua cirurgia, devem ser minuciosamente discutidas e elucidadas pelo cirurgião, na fase de instrução pré-operatória.

A decisão de se internar o paciente no mesmo dia da cirurgia, requer um preparo ambulatorial completo, seguida de uma orientação adequada. Esta rotina, a internação no mesmo dia da cirurgia, já é amplamente empregada em outros serviços. (SHEARBURN & MYERS, 1969, DAVIS, 1973; VELEZ-GIL et al., 1975; BOWEN et al., 1978; COE, 1978; ABDU, 1983; VATER & GONÇALVES, 1986; DEYSINE et al., 1987; GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988; WANTZ, 1989c)

A desvantagem existente na internação no mesmo dia, é o não cumprimento por parte do paciente das recomendações gerais, como banho de aspersão em casa, jejum e horário de apresentação no hospital, todas elas porém solucionáveis a partir de uma boa instrução a nível ambulatorial. Nenhum paciente desta série deixou de executar as recomendações a ele feitas.

Nesta etapa, a fase de instrução, foi mostrado a todos os pacientes as vantagens da deambulação precoce, procurando dirimir as crenças de que esta pudesse ser a responsável pelo aumento da dor ou mesmo pelo aparecimento de recidiva (ROSS, 1975; BOWEN et al., 1978; GREENBURG, SAIK, PESKIN, 1979)

A adoção da deambulação precoce como rotina, já foi relatada por ATHIÉ et al., em 1955, quando os autores, citando RYAN (que encontrou 86% das suas recidivas em pacientes que executavam serviços leves), relataram um relação inversa entre a atividade física e a recidiva da hérnia inguinal. Defesa semelhante foi feita por PEREIRA & RAHAL (1973).

Contrários aos autores acima, VALTORTA, LEX, OLIVEIRA (1980), apresentaram como conduta básica no seu serviço, a restrição no leito do paciente submetido a correção de hérnia inguinal, por seis dias. Os estudos de ROSS (1975), BOWEN et al. (1978) e GREENBURG et al. (1979) entretanto, mostraram que esta dúvida não deve mais existir, e que o paciente não só pode, como deve deambular precocemente, retornando o mais rápido possível às suas atividades rotineiras.

Outro esclarecimento, ainda a nível ambulatorial, foi sobre a anestesia local infiltrativa, devidamente esclarecida em todas as suas etapas com o paciente. PONKA (1963), já demonstrou que a interação médico-paciente é o passo fundamental para uma anestesia local eficiente. Mesmo os pacientes onde não foi possível a utilização da anestesia local, orientações gerais de como seria realizado o bloqueio anestésico foram prestadas.

Aos portadores de hérnia inguinal bilateral, mostrou-se o porque da realização da correção cirúrgica unilateral. A equipe cirúrgica optou por esta conduta baseada nos relatos feitos por vários autores, de um aumento da morbidade e da recidiva quando a correção cirúrgica bilateral foi realizada simultaneamente. (OTTSEN, PEDERSEN, VEJLESBI, 1966; PEREIRA & RAHAL, 1973; ESPINDULA et al., 1983; INGIMARSON & SPAKI, 1983; POSTLETHWAIT, 1985)

Esta opção não é consensual. STOTT, SUTTON, ROYLE (1988) não observaram diferença nas taxas de morbidade nos seus pacientes submetidos a cirurgia bilateral, quando comparados àqueles operados unilateralmente. BARBIER, CARRETIER, RICHER (1989) e WANTZ (1989c), defenderam a realização da cirurgia bilateral apenas quando o primeiro lado operado era pequeno e GLASSOW (1984), sugeriu a cirurgia do outro lado após um período de 2 a 3 dias.

ESPINDULA et al. (1983) entretanto, relataram que 60% das recidivas de seus pacientes, foram encontradas naqueles operados de hérnia inguinal bilateral simultânea. Dados semelhantes foram observados por OTTSEN et al. (1966).

No Hospital Municipal de Paulínia, foi adotado como protocolo, a cirurgia do outro lado, nos pacientes adultos portadores de hérnia bilateral (independente do tipo e tamanho), após 30 dias da primeira correção.

Todas as observações feitas, exames complementares e as orientações básicas ao paciente, foram anotadas na ficha de pré-operatório (ANEXO III). Esta conduta mostrou ser eficiente, pois evitava papéis em excesso e deixava com o paciente os cuidados que ele deveria seguir e poderia consultar a ficha em caso de dúvida (MAIA, 1983). BRITTON (1986) acrescentou ainda que, além do paciente, um familiar deve sempre estar presente nesta hora.

V.2.4 - RELATIVOS AO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO NO HOSPITAL

V.2.4.1 - CUIDADOS GERAIS

Todos os pacientes, antes da internação, foram novamente reexaminados por um cirurgião ou por um residente do segundo ano. Esta atitude mostrou ser importante pois alguns pacientes apesar de estarem aptos para a cirurgia na avaliação física ambulatorial, no dia da internação apresentavam alterações clínicas que impediam a realização desta. Evitou-se com esta conduta, que estes pacientes fossem internados desnecessariamente.

Uma vez internados, os pacientes tiveram novamente os seus dados vitais medidos pela equipe de enfermagem, foram tricotomizados e encaminhados a um banho de aspersão. CRUSE & FOORD (1973), demonstraram que o preparo da pele com banho de aspersão diminuiu as taxas de infecção.

A tricotomia foi sempre realizada. Apesar de ser um assunto polêmico, vários autores tem como rotina a tricotomia, feita no dia da cirurgia (BOWEN et al., 1978; LICHTENSTEIN, 1987). CRUSE & FOORD (1973) entretanto, demonstraram que a tricotomia aumenta a taxa de infecção, e orientaram que se a área a ser operada tiver muito pelo, a tricotomia pode ser realizada, desde que, imediatamente antes da cirurgia. Orientação semelhante foi feita por ALTMEIER et al. (1978).

SEROPIAN & REYNOLDS (1971), defenderam que a depilação é melhor que a tricotomia, pois além da incidência menor de infecção quando realizadas no dia anterior da cirurgia, há uma taxa significativa de tricotomias inaceitáveis do ponto de vista técnico. KOOS & McCOMAS (1983), também mostraram que a depilação química tem algumas vantagens sobre a tricotomia, porém, concluíram que quando a tricotomia é realizada próxima da cirurgia, não há diferença entre os dois métodos.

A experiência deste estudo, sugere que a partir de um treinamento da equipe de enfermagem e a padronização do horário da tricotomia, pode-se evitar prejuízos aos pacientes.

V.2.4.2 - USO DO ANTIBIÓTICO NAS CIRURGIAS

A cirurgia da hérnia inguinal é uma cirurgia limpa, e portanto a necessidade do uso de antibióticos deve se restringir apenas aqueles pacientes onde o risco de infecção seja maior que o esperado, como é o caso dos imuno-deprimidos e os diabéticos ou nos casos onde o risco de infecção em si, para o paciente, venha a ser temeroso (CRUSE & FOORD, 1980; RONALD, 1983; LEONARDI, 1985).

Em todos estes pacientes quando submetidos à cirurgia limpa, não há justificativa para o uso de antibióticos de forma curativa e este deve sempre ser usado profilaticamente (LEONARDI, 1985).

Uma vez optado pela antibioticoprofilaxia, deve-se lembrar que ela precisa ser iniciada antes da cirurgia, num tempo hábil para o início da ação da droga escolhida (LEONARDI, 1985; JONES et al, 1987)

As hérnias inguinais, como toda a cirurgia limpa, tem o uso da antibioticoprofilaxia restrita a casos especiais (FROSALI et al. 1991). PRITCHARD et al., (1991), preconizaram o uso de antibiótico nas hérnias recidivadas, quando o paciente apresentou história anterior de infecção, nos pacientes valvares ou com próteses. Já CONDON (1984) e LICHTENSTEIN et al. (1991), defenderam a utilização de antibiótico tópico em todos os pacientes.

Nesta casuística, houve necessidade da utilização de antibiótico profilático em sete pacientes. Dois destes pacientes, eram pneumopatas crônicos, com processos infecciosos nos últimos meses, e onde a necessidade da cirurgia se fez, pois por serem tossidores crônicos, apresentaram piora do quadro clínico da hérnia nas últimas semanas. Além da antibioticoprofilaxia, estes pacientes foram preparados também com fisioterapia pulmonar exaustiva prévia e imediatamente após a cirurgia. Os outros quatro pacientes foram dois obesos, dois diabéticos e um paciente com cardiopatia valvar.

A nenhum outro paciente houve necessidade de ser prescrito antibióticos.

A opção pela cefalosporina foi devido a cobertura proporcionada por este antibiótico neste tipo de cirurgia (JONES et al, 1987, FRY & PITCHER, 1990).

V.2.5 - RELATIVOS A TÉCNICA ANESTÉSICA

V.2.5.1 - MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

A medicação pré-anestésica é um coadjuvante importante da anestesia local infiltrativa, em cirurgia de hérnia ínguino-crural (PONKA, 1963).

Neste estudo, todos os pacientes onde a anestesia utilizada foi a local infiltrativa, receberam como medicação pré-anestésica, assim como o preconizado por PRITCHARD et al. (1991), midazolam por via oral, por se tratar de uma droga de ação rápida, acúmulo pequeno e recuperação pós-operatória breve. Além disto, o midazolam não produz

metabólitos ativos e apresenta uma amnésia mais efetiva quando comparado com o diazepam (WHITE, 1989). Mesmo os pacientes operados sob outro tipo de anestesia, optou-se pelo midazolam, na maioria das vezes.

Não há entretanto, na literatura, uma definição homogênea sobre qual a medicação pré-anestésica deva ser usada. BOWEN et al. (1978); FLANAGAN & BASCOM (1981); RODRIGUES Jr. et al. (1990), utilizaram nos seus pacientes diazepam associado à meperidina. EARLE (1960) optou pelo nembutal e a meperidina, mesma combinação utilizada por SHEARBURN & MYERS (1989).

Outras associações de drogas também são citadas como o uso de pentobarbital e meperidina no Hospital Shouldice (OBNEY, 1979; GLASSOW, 1984) e o uso de apenas diazepam por GRABOWSKI & GRABOWSKI (1984).

O importante, como salientado por SILVA Jr. (1983) é: "a medicação pré-anestésica deve ter por objetivo tornar o processo anestésico o mais suave e agradável possível".

Foi reservado o uso de meperidina ou mesmo diazepam para quando houvesse a necessidade de complementação da sedação, assim como preconizado por LICHTENSTEIN (1986).

Aqueles pacientes onde o uso de um sedativo associado a anestesia, apresentava um grande risco para estes, a equipe de anestesia optou por não utilizar nenhuma sedação. Porém, nestes dez (9,18%) casos, houve uma dificuldade maior na manipulação na hora da realização do bloqueio, mesmo após uma visita pré-anestésica esclarecedora, realizada pelo anesthesiologista.

V.2.5.2 - ANESTESIA

A opção inicial para todos os pacientes adultos que procuraram o ambulatório de cirurgia com hérnia inguino-crural era realizar o seu tratamento sob anestesia local infiltrativa. Apenas foram excluídos deste grupo, os pacientes psiquiátricos, aqueles portadores de hérnias inguino-escrotais muito grandes ou onde o risco de uma sedação era considerável.

Vários autores tem relatado bons resultados com este tipo de anestesia salientando a ausência de riscos intra-operatórios e a diminuição da permanência e custos hospitalares (EARLE, 1960; SHEARBURN & MYERS, 1969; DAVIS, 1973; VELES-GIL et al., 1975, DEYSINE et al., 1977; FLANAGAN & BASCOM, 1981; ABDU, 1983; GLASSOW, 1984; ARMSTRONG & KINGSNORTH, 1986; BRITTON, 1986; GILBERT, 1987;

MORRIS & JARRET, 1987; YOUNG, 1987; GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988; CODA, 1989; WANTZ, 1989c; RODRIGUES Jr. et al., 1990; SILVA et al. 1990).

PERES (1992), encontrou um acréscimo de até 264% no custo da cirurgia de hérnia em pacientes operados de forma tradicional (três dias de internação e anestesia peridural), quando comparados aqueles em regime ambulatorial e anestesia local.

Somado a estes fatores, PIETRI & GABRIELLI (1986) e WANTZ (1989c), defenderam uma diminuição das taxas de recidiva com o uso da anestesia local, provavelmente pela possibilidade de uma avaliação real, durante o procedimento cirúrgico, do comprometimento da parede posterior da região.

ABDU (1983), utilizando este tipo de anestesia, relatou uma diminuição das complicações pós-operatórias e das recidivas, bem como, a possibilidade de um retorno mais rápido do paciente operado às suas atividades normais. Complementou suas observações, assim como já havia sido feito por FLANAGAN & BASCOM (1981), que os seus pacientes estavam satisfeitos com a anestesia local, e prefeririam-na novamente caso necessitassem de nova cirurgia.

Quando os pacientes eram médicos esta preferência também esteve presente. COE (1978), relatou que 10% dos seus pacientes eram médicos (sendo 3% de cirurgiões), e todos se sentiram bem com a anestesia local e a utilizariam-na novamente caso fosse necessário.

DEYSINE et al. (1987), apresentaram dados mostrando uma queda significativa na taxa de complicações (de 7% para 2%) após a adoção da anestesia local infiltrativa, na correção de hérnias inguiniais em pacientes acima de 65 anos, principalmente as sistêmicas.

GUILLEN & ALDRETE (1970), realizaram estudo comparativo com vários tipos de anestesia para o tratamento da hérnia inguinal, e observaram 68% de complicações intra-operatórias e 22% de complicações pós-operatórias quando a anestesia utilizada foi a raquideana. No uso da anestesia geral, o índice de complicações intra-operatórias foi de 52% e pós-operatórias de 16%. Já os pacientes onde a cirurgia foi realizada sob anestesia local infiltrativa, não houve complicações intra-operatórias e apenas 5% apresentaram complicações pós-operatórias.

GRABOWSKI & GRABOWSKI (1988), demonstraram que com a implantação da anestesia local, houve uma diminuição importante da dor no pós-operatório facilitando a deambulação precoce (diminuindo-se os riscos de complicações pulmonares e urinárias).

Acrescidas as observações acima, FINLEY Jr., MILLER, JONES (1991), relataram que de 880 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de hérnia inguinal sob anestesia local apenas dois (0,2%) desenvolveram retenção urinária contra 26 em 200 (13%) submetidos ao mesmo tipo de tratamento, porém sob anestesia raquideana ou geral. Mostraram também, que o aumento da retenção urinária não foi devido a um aumento do aporte de líquidos no intra-operatório.

Outra vantagem inerente e imprescindível da utilização da anestesia local, é a possibilidade real de testar o reforço realizado para a correção da hérnia inguinal no intra-operatório, impossível quando o paciente esta sob anestesia geral ou raquideana (LICHTENSTEIN et al., 1991). McVAY (1962), avaliando a necessidade de incisão de relaxamento, já havia demonstrado que quando o paciente esta sob anestesia geral, a tensão é diferente daquela presente no paciente acordado. A avaliação da tensão real na hora da reconstrução, é mais uma vantagem propiciada pela anestesia local infiltrativa.

BOWEN et al. (1987), demonstraram um decréscimo no tempo de internação, após a implantação da anestesia local. Numa estatística de 1972, os autores relataram que apenas 15% dos seus pacientes receberam alta com até 72 horas e que, em 1976, após a implantação da anestesia local como rotina, 85% dos pacientes receberam alta com até 24 horas.

MORRIS & JARRET (1987), mostraram outra vantagem da anestesia local quando somada com o procedimento em regime ambulatorial: a diminuição da lista de espera para a cirurgia de hérnia no seu serviço, que passou de 2 anos para 6 semanas.

Apesar da proposta inicial de serem realizadas todas as cirurgias deste estudo sob anestesia local, em 27 (24,78%) pacientes este objetivo não pode ser viabilizado, devido as condições clínicas do paciente ou ao tamanho da hérnia a ser corrigida. Nestes pacientes, o serviço de anestesia, conjuntamente com a equipe cirúrgica, optou pela realização de bloqueio peridural em 20 (18,34%) e da anestesia raquideana em sete (6,44%) pacientes.

A opção preferencial pela anestesia peridural deveu-se a possibilidade de uma avaliação intra-operatória do defeito a ser corrigido, bem como da prova de esforço após a reconstrução, não tão eficiente como nos pacientes corrigidos sob anestesia local, porém satisfatório para uma avaliação por parte da equipe cirúrgica (LICHTENSTEIN et al., 1991). Outra vantagem neste tipo de anestesia é a possibilidade da deambulação mais precoce do que nos procedimentos realizados sob anestesia raquideana.

Em outros serviços, também a taxa de possível realização dos procedimentos sob anestesia local, tem variado. GLASSOW (1984), no Hospital Shouldice, relatou que 95%

das suas cirurgias foram realizados com anestesia local, enquanto BOWEN et al. (1978) só conseguiram realiza-la em 60,80% dos pacientes. DEYSINE et al. (1987) e FROSALI et al. (1991), obtiveram taxas de possível realização de anestesia local semelhantes às encontradas neste estudo (75,22%).

No Brasil, VATER & GONÇALVES (1986), obtiveram bons resultados em 31 pacientes operados sob anestesia local infiltrativa e RODRIGUES Jr. et al. (1990), mostrando uma casuística de 84 pacientes operados sob anestesia local, relataram que este é um procedimento seguro e eficaz, porém os autores citaram que em cinco (5,95%), houve necessidade de aprofundamento da sedação.

Não houve necessidade de ser utilizada a anestesia geral em nenhum paciente desta casuística, seja como primeira escolha ou como complementação de outra anestesia. Em todos os 82 (75,22%) pacientes que utilizaram anestesia local infiltrativa, não houve dificuldades técnicas por parte da equipe cirúrgica, para a realização da correção proposta, fosse ela Shouldice ou McVay.

Quanto a droga anestésica utilizada para a anestesia local, não há na literatura uma droga de escolha unânime. Vários autores optaram por lidocaina (ABDU, 1983; DEYSINE et al., 1987; RODRIGUES Jr. et al., 1990) e outros, pela bupivacaina (BOWEN et al., 1978; KINGSNORTH et al., 1981; LICHTENSTEIN, 1986; SILVA et al., 1990).

Foi optado, para a realização da anestesia local neste estudo, pela bupivacaina, devido a analgesia mais demorada no pós-operatório propiciada por esta droga. ARMSTRONG & KINGSNORTH (1986), na tentativa de aumentar ainda mais o tempo de ação da bupivacaina misturam-na ao dexam. Porém, os resultados foram semelhantes aqueles quando a droga fora misturada à solução salina.

Outros autores tem preconizado a mistura de anestésicos, bupivacaina e lidocaina, buscando diminuir a latência para o início da cirurgia e aumentar o tempo de anestesia (GRABOWSKI & GRABOWKI, 1988). Esta também tem sido a opção do serviço ultimamente.

VATER & GONÇALVES (1986), complementaram suas observações salientando: "não se faz mais anestesia local para o tratamento de hérnia inguinal no Brasil, por um simples comodismo da maioria dos cirurgiões".

V.2.6 - RELATIVOS AO EQUIPAMENTO NECESSÁRIO NA SALA DE CIRURGIA

Apesar da cirurgia da hérnia inguinal poder, na maioria das vezes, ser realizada com anestesia local e em regime ambulatorial, não exclui a necessidade de termos um instrumental cirúrgico em ótimas condições e um centro cirúrgico equipado para qualquer eventualidade.

LICHTENSTEIN (1986) salientou que, além dos equipamentos completos, o paciente deve ser monitorizado e mantido em venóclise. OLIVEIRA, SPERANZINI & JUNQUEIRA (1985), comentando sobre as necessidades do Centro Cirúrgico para a realização de procedimentos ambulatoriais, concluíram que este deve ser apropriado para qualquer tipo de intercorrência, bem como possuir instrumental adequado e suficiente, além de pessoal treinado para este fim.

REIS Jr. (1983) defendeu que, o ambiente cirúrgico deve possuir todos os requisitos para a execução do método anestésico escolhido e para o tratamento das complicações a ele inerentes.

V.2.7 - RELATIVOS A ANTI-SEPSIA DO CAMPO CIRÚRGICO

A degermação do campo operatório com PVP-I é um procedimento simples e responsável por uma diminuição significativa do número de bactérias presentes na pele. Portanto, deve sempre ser realizado (CRUSE & FOORD, 1973; CUNHA et al., 1986).

Não se preconiza o uso do álcool-iodado nesta cirurgia, pois pode acarretar queimaduras no escroto e região peniana.

V.2.8 - RELATIVOS A TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

V.2.8.1 - TREINAMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA

A homogeneidade das técnicas cirúrgicas adotadas, só foi possível após discussão e treinamento de toda a equipe cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, onde todos os pontos de dúvida foram esclarecidos, para que o presente estudo pudesse ser iniciado.

Os cirurgiões, pela sua própria formação já tinham uma experiência maior com a realização da técnica de McVay e a normatização constou apenas de uma revisão e padronização dos procedimentos. Já na técnica de Shouldice, optou-se por um treinamento

prévio no próprio Hospital Shouldice e só após este treinamento ser transmitido à toda equipe cirúrgica, foi colocada em prática.

Todo este cuidado inicial foi tomado, pois vários autores tem defendido que a experiência do cirurgião é fator primordial para a diminuição das taxas de recidivas nas hérnias inguinais. HALVERSON & McVAY (1970) acrescentaram ainda que, o cirurgião que for realizar a cirurgia de hérnia deve realmente estar interessado por esta, e ser bastante metuculoso na reconstrução.

ASMUSEN & JENSEN (1983) defenderam que, a taxa de recidiva difere de acordo com a técnica e a experiência do cirurgião, enquanto CODA (1989) concluiu, que as taxas de complicações e recidivas são inversamente proporcionais à experiência do cirurgião.

ESPINDULA et al. (1983), justificou a sua alta taxa de recidiva (14%), pelo abandono do campo cirúrgico do cirurgião mais experiente neste tipo de cirurgia, enquanto PEREIRA & RAHAL (1973), mostraram que o cirurgião deve ter claro, preciso e exato, os conhecimentos fundamentais da patologia herniária e que, a qualidade da cirurgia realizada por cirurgiões em diferentes níveis de qualificação muda os índices de recidiva.

Apesar destas colocações, havia a necessidade do ensino aos residentes do segundo ano que estagiam pelo serviço de Paulínia. Este questionamento tem sido preocupação de outros cirurgiões. Vários deles, tem demonstrado que a presença de um cirurgião experiente como auxiliar direto do residente no campo cirúrgico, evita que as taxas de complicações aumentem, fazendo com que as taxas de recidiva encontradas, sejam semelhantes aquelas quando o próprio cirurgião experiente executa a reconstrução (LUND, HVIDT, ANDERSEN, 1966; SHAKED, CALDERON, DURST, 1971; INGIMARSON & SPAK, 1983; MORRIS & JARRET, 1987).

HALVERSON & McVAY (1970) acrescentaram ainda que, não deve ser atribuído à pouca experiência do cirurgião, um nível mais alto de complicações, desde que ele seja auxiliado por um cirurgião experiente, mas sim a uma técnica escolhida erradamente ou realizada inadequadamente.

KINGSNORTH et al. (1971), observaram em seu serviço, que quando um cirurgião havia realizado mais de seis cirurgias para correção de hérnia inguinal, de uma mesma técnica, as taxas de complicações caíram de 9,4% para 2%. VALTORTA et al. (1980), relataram que a taxa de recidiva aumentou de 10,23% para 28,57% quando não havia um professor assistente em campo ajudando o residente, mas sim outro residente.

Para evitar este problema, as cirurgias que foram realizadas pelos residentes do segundo ano, tiveram sempre como primeiro auxiliar um dos membros da equipe cirúrgica do Hospital Municipal de Paulínia, que haviam recebido treinamento anteriormente.

V.2.8.2 - VIA DE ACESSO CIRÚRGICO

A incisão cirúrgica escolhida foi a oblíqua, paralela ao ligamento inguinal. Mostrou ser segura e permitir uma ampla visualização da parede posterior (CHACON & FARIA, 1962; RAHAL, 1966; GLASSOW, 1973, BARBIER et al., 1989).

A não opção pela via pré-peritoneal (NYHUS, 1988) adveio pela controvérsia ainda existente sobre a eficiência da correção primária (sem próteses) de hérnias diretas por esta via de acesso (GREENBURG et al., 1979).

HALVERSON & McVAY (1970) defenderam que a via de acesso anterior é melhor. Usaram como parâmetro as taxas de recidiva de 22% publicada por CASPAR E GASBERG (apud HALVERSON & McVAY, 1970), concluindo que, não acreditavam em incisão pré-peritoneal para reparo primário de hérnia direta.

V.2.8.3 - LIGADURA E EXCISÃO DOS MÚSCULOS CREMASTERS

O isolamento, com posterior ligadura dos músculos cremasters, após a abertura da aponevrôse do músculo oblíquo externo, deve sempre ser realizada, para permitir uma melhor avaliação e reconstrução da parede posterior (OBNEY, 1979).

Vários autores tem defendido esta conduta como uma das etapas essenciais no tratamento das hérnias inguinais (GLASSOW, 1973; GRIFFITH, 1984; ABDU, 1983; GLASSOW, 1984; POSTLETHWAJT, 1985; GILBERT, 1987; SISLEY et al., 1987; BARBIER et al., 1989; SPERANZINI et al., 1989; SILVA et al., 1990; SHULMAN, AMID, LICHTENSTEIN, 1990). CHAHLA (1986) relatou uma diminuição das recidivas das hérnias corrigidas no seu serviço (de 4,5% para 2,2%), quando passou a realizar sistematicamente a ligadura dos cremasters.

TONS et al. (1991), avaliando a necessidade da ressecção dos músculos cremasters na técnica de Shouldice, concluíram que, além de não haver um aumento da morbidade devido a este procedimento, houve uma diferença na taxa de recidiva que passou de 0,42% nos pacientes onde a ligadura foi realizada para 2,6% naqueles onde este procedimento não foi feito.

Outrossim, vale lembrar que o procedimento é fácil de ser executado, rápido e isento de complicações para o paciente. Nesta casuística, foi apenas notado, num número não mensurado de pacientes, que o testículo ficou um pouco mais baixo, porém, sem repercussões clínicas.

V.2.8.4 - TRATAMENTO DO SACO HERNIÁRIO

Uma vez expostos os elementos do cordão e a visualização da parede posterior estiver completa, a preocupação do cirurgião deve ser com o isolamento e tratamento do saco herniário.

Em todas as cirurgias deste estudo, não houve preocupação por parte da equipe cirúrgica com a ligadura alta do saco herniário, mas sim com a adequada liberação deste, a nível do anel interno ou da parede posterior. GLASSOW (1965), demonstrou que o essencial no tratamento do saco herniário é a liberação proximal a nível do seu colo, permitindo uma completa inversão deste. Defendeu ainda que, além de desnecessária, a ligadura alta do saco herniário é perigosa, principalmente nas hérnias de deslizamento.

Entretanto, a ligadura do saco herniário alta, como passo essencial na prevenção das recidivas é defendida por PIEDAD, STOEISSER, WELS (1973); PEREIRA & RAHAL (1985); SISLEY et al. (1987) e SHUMAN et al. (1990).

Durante a realização do presente estudo, quando do tratamento do componente indireto nas hérnias mistas, ocorreu uma mudança estratégica, a partir do momento em que foi verificado dois casos onde havia sido liberado totalmente o componente indireto do cordão, e estes pacientes evoluíram com edema de testículo, sendo que um deles evoluiu com atrofia. A partir do momento em que não mais foi insistido com a liberação de todo o saco herniário, mas apenas, com o seu tratamento a nível do anel interno, não foi observado mais nenhum edema ou atrofia testicular.

Esta conduta foi defendida por WANTZ (1986), ao relatar que, o descolamento obsessivo de todo o saco herniário, intimamente aderido ao cordão espermático, é o causador do edema e da atrofia testicular, devido a trombose dos vasos do cordão. Preconizou então, que fosse liberado apenas a parte proximal deste. Mesma observação feita por CURTSINGER, PAGE, AUST (1987).

V.2.8.5 - ABERTURA DA FÁSCIA TRANSVERSALIS

Todos os pacientes portadores de hérnia inguinal com componente direto, operados pela via anterior, devem ter a sua fáscia transversalis aberta para uma melhor exposição e

posterior reconstrução adequada (McVAY & ANSON, 1942; HALVERSON & McVAY, 1970; GLASSOW, 1973; SPANO et al., 1985; LICHTENSTEIN, 1986).

ZIMMERMAN (1971), considerou esta etapa fundamental para a melhor avaliação da parede posterior, bem como, uma adequada visualização anel femoral, evitando que hérnias crurais presentes, deixassem de ser tratadas.

V.2.8.6 - MATERIAL DE SÍNTESE

Desde que Bassini (WANTZ, 1989a) publicou seus trabalhos, houve a definição da necessidade da utilização do fio inabsorvível, como material de síntese na correção da hérnia inguinal.

Porém, existem a disposição dos cirurgiões vários materiais que se enquadram nesta conduta. Os cirurgiões do Hospital Shouldice utilizam o fio de aço para este fim (GLASSOW, 1984). Outros, tem dado preferência aos fios inabsorvíveis multifilamentares (CHACON & FARIA, 1962; RAHAL, 1966; DATTA, ZAIDI, DEVLIN, 1980; HILÁRIO, 1986; GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988; MARDSEN, 1988; RUTLEDGE, 1988; RODRIGUES Jr. et al., 1990).

As complicações com a utilização do fio multifilamentar entretanto, tem sido relatadas com frequência. DATTA et al. (1980) relataram que, 80% das recidivas encontradas em seus pacientes, foram de correções onde o fio utilizado foi o multifilamentar. GRABOWSKI & GRABOWSKI (1988) publicaram que, após a troca do fio multifilamentar pelo monofilamentar inabsorvível, as infecções no seu serviço praticamente desapareceram.

HILÁRIO (1986), utilizando fio multifilamentar, observou vários casos de granuloma de corpo estranho e MARDSEN (1988), relatou que oito das nove infecções apresentadas por seus pacientes, apareceram onde o material de síntese utilizado era o multifilamentar. RUTLEDGE (1988), necessitou retirar o fio multifilamentar em cinco pacientes que apresentavam infecção da ferida operatória, para haver uma boa evolução dos casos. LINCH et al. (1992) avaliando pacientes portadores de granuloma pré-vesicais, mostraram a presença de fio multifilamentar no interior destes, que havia sido utilizado para reparação de hérnia inguinal.

JONES (1986), num estudo prospectivo avaliando vários fios inabsorvíveis no tratamento de hérnias inguinais, concluiu que estes devem sempre ser monofilamentares. Dos 212 pacientes operados no seu estudo, onde foram utilizados materiais de síntese o nylon monofilamentar, o polipropileno, a seda, o linho e o poliéster trançado, o autor

observou 13 infecções, sendo 12 com fio multifilamentar (seda, linho ou poliéster) e destas, oito evoluíram com a formação de sinus. O único paciente operado com fio monofilamentar que apresentou infecção, a evolução para a cura foi mais rápida.

A partir destas considerações, foi optado no serviço pela utilização do fio monofilamentar, nas reconstruções de pacientes portadores de hérnias da parede ântero-lateral do abdômen. Este estudo foi iniciado utilizando-se o fio de polipropileno 2-0, que a seguir foi substituído por nylon monofilamentar 2-0. Esta troca foi realizada porque este último, preenche adequadamente os requisitos necessários (fio inabsorvível e monofilamentar) e possui, uma agulha melhor para a realização das técnicas cirúrgicas propostas, além de ter um custo operacional menor.

V.2.8.7 - TÉCNICA DE SHOULDICE E McVAY

Várias técnicas foram propostas para o tratamento da hérnia inguinal com o componente direto presente e vários também foram os resultados publicados quando da utilização destas técnicas.

A definição das técnicas que seriam utilizadas neste estudo, recaiu naquelas que já haviam sido utilizadas por vários cirurgiões isoladamente, e que apresentavam resultados satisfatórios, mas onde, um estudo mais longo e prospectivo comparando as duas técnicas, realizado pela mesma equipe cirúrgica, treinada para este fim, era de desconhecimento do serviço.

GLASSOW (1976), havia feito um estudo comparativo entre a técnica de Shouldice e McVay, utilizando para isto, relatos da literatura, e PANOS et al. (1992), publicaram um trabalho prospectivo utilizando as duas técnicas (Shouldice e McVay), porém com um tempo de seguimento mínimo de apenas oito meses.

Outras técnicas para o tratamento da hérnia inguinal direta apresentaram bons resultados. Assim é, que a utilização de próteses tem mostrado taxas de recidiva pequenas.

ROSENBERG & VIANA em 1957, já demonstravam a utilidade das próteses no tratamento das hérnias. LICHTENSTEIN (1986, 1987) e FALCI (1989) preconizaram que, todo paciente portador de hérnia inguinal direta merece a colocação de próteses para o seu tratamento, e publicaram taxas de recidiva próximas a 1%.

Por outro lado, vários autores tem relatado taxas de recidiva semelhantes a estas, usando sempre a via de acesso anterior e a sutura primária. Estes autores utilizaram como técnicas de reconstrução aquelas propostas por Shouldice ou McVay (McVAY &

ANSON, 1942; RAINS, 1951; McVAY, 1958; CHACON & FARIA, 1962; SHEARBURN & MYERS, 1969; HALVERSON & McVAY, 1970; GLASSOW, 1973; BERLINER et al., 1978; DATTA et al., 1980; ASMUSSEN & JENSEN, 1983; INGIMARSON & SPAK, 1983; ALEXANDER, 1986; BENARD et al., 1986; GAYER et al., 1988; RUTLEDGE, 1988; BARBIER et al., 1989; WANTZ, 1989b; SILVA et al., 1990).

Outra avaliação importante para a decisão de qual técnica seria escolhida, foi o número de cirurgias realizadas sob esta técnica. Ao lado da técnica proposta por Bassini, a proposta por Shouldice e a por McVay, são aquelas que foram utilizadas em maior número de pacientes, para o tratamento de hérnia inguinal (HALVERSON & McVAY, 1970; FAGUNDES, 1979; GLASSOW, 1984).

A técnica proposta por McVay, fundamenta-se nos estudos anatômicos realizados pelo autor, conjuntamente com Anson, onde defenderam: "é no ligamento pectíneo (Cooper), uma estrutura forte e constante, que a fâscia transversalis insere-se e não no ligamento inguinal (Pupart)" (ANSON & McVAY, 1938; McVAY & ANSON, 1942; McVAY, 1958; ANSON et al., 1960; CHACON & FARIA, 1962; McVAY, 1962).

A proposta da utilização de uma sutura levando-se a fâscia transversalis ao ligamento de Cooper, foi feita primeiramente por Dicson (McVAY & ANSON, 1942). Antes dele, Moschowitz (PONKA, 1980a) já havia preconizado a utilização do ligamento de Cooper, porém sem usar os elementos do complexo músculo-aponevrótico do transversos.

Foi entretanto, com as publicações feitas por McVay (ANSON & McVAY, 1938; McVAY & ANSON, 1942; McVAY, 1958), quando houve uma popularização desta técnica. No Brasil em 1962, CHACON & FARIA, demonstraram a utilidade da técnica para o tratamento das hérnias diretas e recidivadas. Num levantamento publicado por FAGUNDES em 1979, foi constatado que, esta era a técnica de escolha para tratamento deste tipo de hérnia em vários estados e faculdades do país.

A técnica de McVay deve entretanto, ser reservada apenas para o tratamento das hérnias inguinais, onde o componente direto esteja presente ou nas hérnias crurais (HALVERSON & McVAY, 1970).

Ao mesmo tempo em que era defendida por vários autores e aplicada largamente para o tratamento da hérnia inguinal, a técnica de McVay recebeu também várias críticas. ZIMMERMANN (1948), criticou a técnica proposta, opinando que havia muita tensão na linha de sutura e que, os riscos de lesão vascular eram grandes. A mesma colocação foi feita por READ & McLEOD (1981) e LICHTENSTEIN et al. (1991).

HALVERSON & McVAY (1970), já haviam reforçado que, há a necessidade da realização sistemática da incisão liberadora na reconstrução utilizando o ligamento de Cooper, como demonstrado por McVAY em 1962.

READ & McLEOD (1981), realizando medições seriadas na linha de sutura de pacientes submetidos a tratamento pela técnica de McVay, demonstraram que após a incisão liberadora havia uma queda da tensão na linha de sutura. Os mesmos autores observaram a maior tensão no ponto central da sutura e que, mesmo após a incisão liberadora, esta tensão era maior do que aquela presente na técnica proposta por Bassini.

Logo, a técnica de McVay deve sempre ser realizada após a incisão liberadora para evitar a tensão e diminuir a chance da recidiva, bem como, deve haver um cuidado especial por parte da equipe na realização da sutura no ligamento pectíneo, com os vasos femorais. Atenção especial deve ser dispendida na realização da sutura de transição a camada profunda (no ligamento pectíneo) com a superficial (bainha dos vasos femorais e trato ileo-pubiano) para o fechamento adequado do anel interno (BURTON, 1954).

Para este estudo comparativo, a outra técnica escolhida foi a proposta por Shouldice, desenvolvida por Shouldice e Obney em 1945, baseada numa readaptação da reconstrução clássica proposta por Bassini (WANTZ, 1989a), onde a fâscia transversalis após sua abertura é reconstruída em camadas, utilizando-se ainda o arco transversal (ou o tendão conjunto) e o ligamento inguinal.

O princípio básico da técnica é a utilização de uma quadrupla linha de sutura, dos vários planos da região inguinal profunda, onde a fâscia transversalis é o elemento principal desta reconstrução, formando em duas linhas de sutura contínua, o plano mais profundo da região, garantindo assim um reforço seguro.

Partindo desta readaptação, e deixando de lado a técnica clássica de Bassini, os cirurgiões do Hospital Shouldice, relataram que as taxas de recidiva do seu serviço caíram de 17,8% em 1945, para 3% em 1948 e para 0,3% em 1970 (WELSH, 1974), demonstrando com isto, que a técnica é realmente eficaz no tratamento das hérnias inguinais.

Num levantamento feito em 1973, e analisando 70.000 cirurgias realizadas em pacientes operados no Hospital Shouldice, GLASSOW encontrou 1,5% de recidiva global (incluindo hérnias indiretas, diretas e recidivadas). Após as primeiras publicações, vários outros autores passaram a desenvolver a técnica e tem sistematicamente publicado resultados semelhantes a estes (BERLINER et al., 1978; DATTA et al., 1980; GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988; SHEARBURN & MYERS, 1989; WANTZ,

1989b). No Brasil, GAYER et al. (1988) e SILVA et al. (1990), também publicaram resultados semelhantes ao encontrados no Hospital Shouldice.

Mesmo assim, como no caso da técnica de McVay, vários autores discordam pontualmente da técnica proposta pela escola Canadense. HALVERSON & McVAY (1970), tecem considerações a respeito da taxa de recidiva da hérnia femoral na técnica de Shouldice, que segundo estes autores, correspondem a 70% das recidivas encontradas nos pacientes do Hospital Shouldice. GLASSOW (1976) entretanto, relatou que as recidivas femorais podem acontecer, mas que elas correspondem a 0,21% de todas as cirurgias realizadas no Hospital Shouldice.

Outros autores questionaram que a disposição multi-laminar proposta pela técnica é prejudicial a uma boa cicatrização (FARRIS, 1959). Estudos de BERLINER (1984) demonstraram que o essencial para um rearranjo dos fibroblastos em qualquer técnica cirúrgica de reconstrução nesta região, é o reavivamento dos bordos a serem suturados, e isto, é sempre feito na técnica de Shouldice, a partir do momento em que é aberta a fáscia transversalis.

A quantidade de fio utilizada na reconstrução é maior do que em outras técnicas? WANTZ (1989b), mediu o fio necessário para a realização da cirurgia pela técnica de Shouldice e concluiu que a quantidade era a mesma das outras técnicas e com a vantagem propiciada pela sutura contínua de uma distribuição melhor das linhas de tensão.

Um cuidado especial deve ser tomado por quem se propõe a realizar a reconstrução proposta por Shouldice, principalmente após os trabalhos de GALLAUDET em 1931 (apud em HALVERSON & McVAY, 1970) e de SKANDALAKIS et al. (1989), que demonstraram, que o ligamento inguinal é facilmente desprendido da fáscia transversalis. A opção adotada no serviço foi a inclusão também do trato íleo-púbiano na primeira linha de sutura (WANTZ, 1989b). Tal atitude justifica-se principalmente após a constatação de CONDON (1989), de que, o trato íleo-púbiano é uma estrutura contígua com a fáscia transversalis, e sempre presente. Corroborando para esta justificativa, temos a citação de ESPINDULA et al. (1983): "quando não se usa o trato íleo-púbiano nas reconstruções, mas apenas o ligamento inguinal, estaremos suturando uma estrutura profundo com um superficial". O mesmo cuidado deve-se ter na reconstrução utilizando-se o ligamento pectíneo, quando do fechamento do anel interno.

Logo, assim como na técnica proposta por McVay, os detalhes técnicos devem sempre ser observados, para que os resultados finais não sejam comprometidos.

Os relatos da literatura já haviam demonstrado, em trabalhos realizados por autores diferentes a excelência das duas técnicas para a reconstrução da parede posterior da região inguinal, com um ponto comum entre elas, e tido como fator primordial: a utilização da fâscia transversalis e dos elementos músculo-aponevróticos do transverso na reconstrução e foi então, após o treinamento da equipe cirúrgica, que houve a possibilidade da realização de uma avaliação comparativa entre as duas.

V.2.8.8 - RECONSTRUÇÃO SOBRE O PUBIS

Houve sempre uma preocupação da equipe cirúrgica com o primeiro ponto (sobre o pubis), independente do tipo de reconstrução, observando sempre que ele fosse adequadamente fechado. Isto deveu-se ao relato de vários autores sobre o encontro de recidivas nesta região.

COX et al. (1981) relataram que, nove das 62 recidivas encontradas foram nesta região e GREENBURG (1987), encontrou 41,9% das suas recidivas na região púbica.

WANTZ (1989b) observou que, a partir do momento em que houve a preocupação em fechar adequadamente o pubis, indo até sobre este, as taxas de recidiva caíram de 2,7% para 0,7%.

Logo este cuidado deve sempre ser tomado, independente do tipo de hérnia ou reconstrução da região ínguino-crural.

V.2.8.9 - FECHAMENTO DA PAREDE E A UTILIZAÇÃO DE DRENOS

Todos os pacientes operados, tiveram o seu cordão espermático recolocado no seu local de origem, e a aponevrose do músculo oblíquo externo aproximada sobre este, não ficando em nenhum caso o cordão no subcutâneo. Esta atitude deve ser buscada, independente também do tipo de reconstrução, pois quando RUTLEDGE (1988) pesquisou suas recidivas, encontrou 17 das 18 presentes, em pacientes onde o cordão havia ficado no subcutâneo, e não no seu leito.

Nenhum paciente desta série foi drenado. DEVIS (1986), preconizou como rotina no seu serviço a drenagem de curta duração (24 horas), pois observou melhores resultados nestes, quando comparados aos não drenados. Entretanto, em 1973, CRUSE & FOORD, já haviam relatado que a taxa de infecção em cirurgia passou de 1,53% sem drenagem para 4% com a utilização do dreno de Penhose. Comentaram ainda o trabalho de NORA, onde 34% dos drenos estavam contaminados.

SIMCHEN, ROZIN, WAX (1990) analisando possíveis 14 fatores causadores de um aumento na taxa de infecção, concluíram que apenas quatro foram significativamente importantes, e dentre estes, a drenagem do subcutâneo. Constataram um aumento linear da taxa de infecção, tanto maior fosse a permanência do dreno. Nas hérnias inguinais, a infecção passou de 2,5% nos pacientes não drenados, para 13,7% naqueles onde o dreno foi utilizado.

Logo, nenhum paciente deve ser drenado. Porém a hemostasia deve ser rigorosa.

V.2.9 - RELATIVOS AO PÓS-OPERATÓRIO INTRA-HOSPITALAR

V.2.9.1 - PERÍODO DE OBSERVAÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

A opção por manter o paciente em observação durante uma hora na sala de recuperação, buscou verificar alterações hemodinâmicas ou qualquer complicação local. YADEGAR (1986), já havia orientado sobre os possíveis desequilíbrios hidro-eletrolíticos que podem aparecer nesta fase. Nenhum paciente desta casuística, durante este período de observação, apresentou qualquer alteração clínica significativa.

V.2.9.2 - USO DE ANALGÉSICOS

Após o período de uma hora, no mínimo, de observação dentro do Centro Cirúrgico, e mantendo seus dados vitais estáveis, o paciente foi encaminhado à enfermaria de cirurgia, recebendo antes, e independente do tipo de anestesia empregado, 75mg de diclofenaco sódico, por via intra-muscular.

A medicação analgésica deve sempre proporcionar alívio da dor sem causar sedação ao paciente, possibilitando ao mesmo, que execute a deambulação precoce (ABDU, 1983; LICHTENSTEIN, 1986).

Após a medicação inicial, conforme orientava o protocolo (ANEXO V - item VI.1.2), novos analgésicos só foram fornecidos ao paciente, caso este solicitasse, e não de rotina, para possibilitar avaliações da dor no pós-operatório imediato.

V.2.9.3 - DEAMBULAÇÃO

A deambulação foi sempre incentivada no pós-operatório imediato. Contribuiu muito para que fosse executada, a orientação pré-operatória recebida pelo paciente.

A experiência relatada por SHOULDICE (1970), onde a deambulação imediatamente após a cirurgia foi isenta de complicações, incentivou-nos a adotar tal conduta como rotina.

EARLE (1960) entretanto, relatou que quando os seus pacientes deambularam sob o efeito da anestesia local, a dor foi mais intensa, do que aqueles onde se esperou passar o efeito da anestesia.

Foi observado neste estudo, entretanto, que os pacientes que deambularam mais precocemente no pós-operatório, não apresentaram dor importante (onde houvesse necessidade de medicação adjuvante). Nenhum destes pacientes também, apresentou qualquer complicação de ordem local ou geral, e muitos deles retornaram às suas atividades normais no final da primeira semana de pós-operatório.

Outro fator que deve ser avaliado para que o paciente possa deambular no pós-operatório imediato é o nível de consciência (devido ao tipo de medicação pré-anestésica utilizada).

Na literatura, entre os autores que preconizaram a deambulação precoce, não houve uma homogeneidade de quantas horas após a cirurgia o paciente deve deambular. CODA (1989) defendeu, como prazo máximo para deambulação de seus pacientes 4 horas. DEYSINE et al. (1987), optaram entre 2 e 3 horas pós cirurgia e GREENBURG et al. (1979) preconizaram, como SHOULDICE (1970) e LICHTENSTEIN et al. (1991), a deambulação imediata. Todos estes autores operaram seus pacientes sob anestesia local infiltrativa.

A maioria dos pacientes deste estudo, onde a anestesia local foi utilizada, deambularam em média duas horas após o ato cirúrgico, e não apresentaram alteração clínica importante.

Os pacientes operados sob anestesia peridural, a deambulação foi realizada tão logo houvesse terminado os efeitos do bloqueio.

Quando o paciente foi operado sob anestesia raquideana, a conduta foi a deambulação após 24 horas, como defendida por GAYER et al. (1988). Com a adoção de agulhas mais finas (80X04) para a realização da punção na raquianestesia, KATAYAMA et al. (1991), preconizaram a deambulação tão logo cessem os efeitos do bloqueio, não relatando complicações com a implantação desta conduta.

Todos os pacientes antes de deambular, e independente do tipo de anestesia empregada, já haviam ingerido pelo menos líquidos claros.

V.2.9.4 - ALTA HOSPITALAR

Foi procurado sempre dar alta ao paciente o mais precocemente possível. LICHTENSTEIN (1986, 1991) não viu necessidade de internações maiores de que 24 horas.

ALEXANDER (1986) entretanto, relatou as dificuldades encontradas no Hospital Shouldice, quando da realização da cirurgia externa. Assim como o Hospital Shouldice localiza-se em Thornhill, distante alguns quilômetros de Toronto, o Hospital Municipal de Paulínia fica localizado distante 20 quilômetros de Campinas, que é a maior cidade da região, e como o aquele hospital, recebe pacientes de toda esta área, que necessitam de tratamento de hérnia inguinal, dificultando assim a locomoção pós-operatória destes.

Somado a estes fatores, havia a necessidade no Hospital Municipal de Paulínia da utilização do Centro Cirúrgico no período vespertino (PERES, 1992), e como fora pré-estabelecido um período mínimo de oito horas de observação, quando a cirurgia terminou após as 16 horas, inviabilizou o retorno do paciente no mesmo dia, pois o período de observação terminou, no mínimo, as 24 horas.

YADEGAR (1986), enfatizou os cuidados que deveriam ser tomados com os pacientes tratados em regime ambulatorial, e concluiu que, no caso de alguma dúvida da equipe médica ou do paciente a alta hospitalar deve ser retardada. VELEZ-GIL et al. (1975) citaram que não foi possível operar todos os seus pacientes em regime ambulatorial por dificuldades sociais semelhantes a encontradas no Hospital Municipal de Paulínia.

Apesar destas dificuldades, o objetivo do serviço de cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, sob a orientação da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sempre foi a implantação deste tipo de cirurgia em regime ambulatorial, pois todos os autores que conseguiram isto, relataram resultados excelentes (DAVIS, 1973; VELEZ-GIL et al., 1975; ABDU, 1983; VATER & GONÇALVES, 1986; YADEGAR, 1986; DEYSINE et al., 1987; GILBERT, 1987, WANTZ, 1989c).

Outro detalhe que não pode ser esquecido, é a boa orientação ao paciente no pré-operatório (que deve ser refeita no ato da alta), salientando a disponibilidade do serviço 24 horas por dia, para resolver qualquer dúvida deste. Esta conduta segundo OLIVA FILHO (1983), deve ser escrita, evitando assim desorientações posteriores.

V.2.10 - RELATIVOS AO PÓS-OPERATÓRIO AMBULATORIAL

V.2.10.1 - RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

O paciente foi sempre orientado que não havia restrição as suas atividades rotineiras, apenas solicitado aos que executavam esforços físicos maiores, para retornarem à eles após um período de 21 dias.

ABDU (1983) e ALEXANDER (1986), optaram pela restrição das atividades físicas leves a duas semanas e das atividades físicas pesadas em quatro semanas, para seus pacientes operados de hérnia. LICHTENSTEIN (1986), entretanto, preferiu não impor qualquer tipo de restrição no pós-operatório.

ROSS (1975), já havia relatado, após avaliar os seus pacientes em vários tipos de trabalho, que não houve correlação entre a recidiva encontrada e o retorno precoce dos mesmos às atividades físicas, e que aqueles pacientes que ficaram mais tempo inativos tiveram uma taxa de recidiva maior quando comparados aos que retornaram as suas atividades rotineiras em menos de duas semanas. LUND et al. (1986), também encontraram a maioria das suas recidivas em pacientes que executavam atividades burocráticas.

LICHTENSTEIN et al. (1970), estudando a tensão na linha de sutura, criticaram a colocação feita por Adanson e Elowist (na cicatrização das feridas abdominais em coelho, geralmente o material de sutura contribui para segurar a tensão até o segunda semana de pós-operatório), e defenderam que em 70% das vezes, a sutura esta intacta por um período de dois meses e que, o aumento progressivo da cicatrização não contribui para a segurança da parede antes da oitava semana de pós-operatório, justificando assim que o paciente deve retornar rápido ao trabalho.

Vários outros autores tem defendido a mesma colocação anterior, ou seja, o retorno rápido as atividades rotineiras pré-operatórias (ATHIÉ et al., 1955; KINGSNORTH et al., 1971; GLASSOW, 1973; BOWEN et al., 1978; BARWELL, 1981; ABDU, 1983; LICHTENSTEIN, 1986; GREENBURG et al., 1987; LICHTENSTEIN et al., 1991). Entretanto, SPERANZINI et al. (1989) acham que o esforço físico pode ser a causa da recidiva.

Outro questionamento comumente feito pelos pacientes, sobre quando poderiam dirigir automóveis, assim como BOWEN et al. (1978) e BRITTON (1986), estes só foram liberados após o sétimo dia de pós-operatório.

V.2.10.2 - IMPORTÂNCIA DO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS

Já no pré-operatório, como parte da orientação recebida por todos os pacientes, foi salientado a importância do mesmo comparecer ao ambulatório de egressos durante um período mínimo de cinco anos.

Procurou-se nestes retornos, não apenas averiguar as possíveis complicações que pudessem aparecer, mas também discutir e orientar o paciente a cada novo contato, sempre na tentativa de dirimir as suas dúvidas do dia a dia.

Num estudo de técnicas cirúrgicas para a correção de hérnia inguinal, o seguimento é essencial para a verificação do sucesso destas, medido principalmente pela taxa de recidiva (HALVERSON & McVAY, 1970).

BERLINER et al. (1978), relataram a necessidade de um controle pessoal dos pacientes através do exame físico, pois cartas e telefonemas podem ser enganosos. Os autores encontraram relatos de 31% de recidiva em 62 pacientes seus (segundo informações de terceiros), e que não puderam ser localizados e examinados pela equipe.

A observação pessoal dos pacientes no Brasil é ainda mais difícil. ESPINDULA et al. (1983) e SILVA (1987), salientaram que esta dificuldade deve-se principalmente ao paciente brasileiro ser migrante ou mesmo por julgarem desnecessário comparecer aos retornos programados.

Quando o paciente não compareceu ao ambulatório no dia programado, foi entrado em contato com estes, através do Serviço Social de Hospital Municipal de Paulínia para a sua localização. Esta conduta foi facilitada pelo fato de contarmos na ficha do paciente com endereços e telefones de parentes ou conhecidos. Mesmo assim, alguns pacientes não foram localizados ou se recusaram a comparecer ao ambulatório para o exame e foram excluídos deste estudo.

V.3 - DO TIPO DE HÉRNIA TRATADA

A hérnia inguinal com componente direto tem representado em torno de 30% das hérnias operadas em vários serviços. LUND et al. (1966) apresentaram estatística onde, 22,53% dos pacientes eram portadores de hérnias diretas e 3,87% de hérnias mistas. BERLINER et al. (1978), relataram 27,10% de hérnias diretas. INGIMARSON & SPAK (1983), encontraram 27% de hérnias diretas e 4,40% de hérnias mistas entre os seus pacientes portadores de hérnia inguinal.

No Brasil, ABDALLA (1981), avaliando 6.985 cirurgias realizadas em um Hospital Geral do Rio de Janeiro, citou que 1.608 (23,02%) foram para tratamento de hérnias inguinais e deste total, 1.413 (87,87%) eram primárias e destas, 398 (28,16%) hérnias diretas e 48 (4,41%) mistas. ESPINDULA et al. (1983), encontraram 16,98% de hérnias diretas e 15,70% de mistas e PIRES et al. (1986), observaram que 23,40% das hérnias operadas no seu serviço tinham o componente direto presente. SILVA et al. (1990), relataram que 20,30% dos seus pacientes tinham hérnias diretas e 4,5% mistas.

No Hospital Municipal de Paulínia, no período de junho de 1988 a abril de 1990 de um total de 393 cirurgias realizadas para o tratamento da hérnia inguinal primária, 118 (30,02%) apresentavam comprometimento da parede posterior. Destas, 93 (23,66%) eram hérnias diretas e 25 (6,36%) mistas.

V.4 - DOS PACIENTES INCLUÍDOS NESTE ESTUDO

V.4.1 - RELATIVOS AO SEXO

GLASSOW (1972), estudando as hérnias inguinais em mulheres, relatou que a baixa incidência de hérnia direta nestas, é devido a presença de um complexo músculo-aponevrótico mais forte e uma conformação diferente da sua bacia em relação aos homens, e concluiu que, a hérnia inguinal onde o componente direto estivesse presente é uma entidade rara nas mulheres. PEREIRA & RAHAL (1973), consideram um erro de diagnóstico pré-operatório a hérnia inguinal direta na mulher, e defenderam que na verdade, na maioria das vezes, trata-se de uma hérnia crural que está abaulando a parede posterior da região inguinal.

No período em que foi realizado este estudo, para um total de 118 pacientes portadores de hérnia com componente direto, apenas duas (1,69%) eram mulheres, ambas portadoras de hérnias mistas e com tempo de história superior a cinco anos. ASMUSSEN & JENSEN (1983), relataram que todos os seus pacientes portadores de hérnia direta eram homens e PANOS et al. (1992), também trabalhando apenas com hérnias diretas, apresentaram uma casuística de 272 pacientes, sendo que apenas uma era mulher.

Buscando, a partir destas colocações, e baseados na nossa própria casuística, deixar o estudo o mais homogêneo possível, foi optado pelo autor por avaliar apenas os pacientes do sexo masculino.

V.4.2 - RELATIVOS AO GRUPO ETÁRIO

CHACON & FARIA (1962), referiram que as hérnias inguinais tem uma predominância entre os 20 e 50 anos de idade. OTTSEN et al. (1966), citaram que 77% dos seus pacientes tinham entre 31 e 60 anos e ESPINDULA et al. (1983), relataram que a maioria dos seus pacientes encontravam-se entre a quinta e sexta décadas de vida. PIRES et

al. (1986), analisando apenas os pacientes portadores de hérnias diretas, observaram que 69,90% encontravam-se entre a quinta e sétima décadas de vida.

Nesta casuística, 79 (72,47%) pacientes também possuíam, no dia da cirurgia, idade entre 41 e 70 anos, com uma média de 53,9 anos (23 - 85 anos).

V.4.3 - RELATIVOS AS DOENÇAS DE BASE CONCOMITANTES

A hérnia inguinal com componente direto tem uma predominância maior nos indivíduos acima de 40 anos, aumentando com isto, a presença de doenças de base concomitantes.

GUILLEN & ALDRETE (1970), relataram que 89% dos seus pacientes apresentavam doenças de base associadas a hérnia inguinal e correlacionaram as complicações encontradas nestes com os critérios da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) a qual o paciente se enquadrava, e concluíram que, quando este pertencia a uma classificação maior da ASA, o número de complicações aumentava. Citaram ainda que, 8% dos seus pacientes pertenciam a ASA I (portadores apenas da doença que vai ser tratada cirurgicamente) e não apresentaram complicações, contra 35% de complicações verificadas nos pacientes ASA IV (portadores de doenças de base associadas graves).

DEYSINE et al. (1987), trabalhando apenas com pacientes acima de 60 anos, encontraram 52,20% destes com doença aterosclerótica, 16,5% com hipertensão arterial sistêmica e 13,20% com pneumopatias.

No Brasil, SILVA et al. (1990), encontraram pacientes portadores de hipertrofia prostática, ascite, constipação intestinal e doenças pulmonares entre os portadores de hérnias inguinais. RODRIGUES Jr. et al. (1990), num estudo com 84 pacientes portadores de hérnia inguinal indireta pequena e redutível, encontraram 26 (30,95%) com doenças associadas.

Nesta casuística as doenças de base estavam presentes em 53 (48,63%) pacientes, quando da realização da cirurgia, sendo a hipertensão arterial sistêmica, a mais frequente. Vale salientar que foram excluídos desta análise, as avaliações realizadas a nível ambulatorial, pois pacientes que necessitavam de tratamento cirúrgico, como os prostáticos, foram operados previamente à cirurgia de hérnia. Todos os pacientes, só foram operados após um rigoroso controle clínico das suas doenças de base.

Provavelmente, pelo fato do serviço ter sido exigente no preparo dos doentes portadores de outras doenças de base (a nível ambulatorial), não houve diferença estatisticamente significativa, quando as complicações, entre este grupo e o dos pacientes portadores apenas de hérnia inguinal, sem outra doença de base.

V.4.4 - RELATIVOS A APRESENTAÇÃO DA HÉRNIA NA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

V.4.4.1 - APRESENTAÇÃO UNI OU BILATERAL

A hérnia bilateral não é uma entidade rara. ESPINDULA et al. (1983), relataram a presença de 10% de pacientes com este tipo de comprometimento, enquanto MAGNUSSON & ISAKSSON (1983), publicaram que 14% dos seus pacientes tinham hérnia bilateral. Já RODRIGUES Jr. et al. (1990), encontraram 5,95% deste tipo de comprometimento.

RUTLEDGE (1988), analisando os pacientes operados com faixa etária semelhante a deste estudo, encontrou 31% de portadores de hérnias bilaterais e FALCI (1989), avaliando apenas portadores de hérnia direta anotou 36% de pacientes portadores de hérnia bilateral.

Quanto ao lado, quando a hérnia era unilateral, o lado direito tem sido encontrado mais frequentemente pelos vários autores (ABDALLA, 1981; ESPINDULA et al., 1983; INGMARSON & SPAK, 1983; PIRES et al., 1986; DEYSINE et al., 1987; RODRIGUES Jr. et al., 1990; SILVA et al., 1990).

Entre os pacientes que foram incluídos neste estudo, 24,77% eram portadores de hérnia bilateral no exame pré-operatório e 82 (74,23%) de hérnia unilateral, sendo que 45 (41,29%) a direita e 37 (33,94%) a esquerda.

V.4.4.2 - TEMPO DECORRIDO ENTRE O APARECIMENTO DA SINTOMATOLOGIA E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINAL

A importância da correção da hérnia inguinal tão logo seja diagnosticada, tem sido salientada por vários autores (HALVERSON & McVAY, 1970; NEUTRA et al., 1981). Dois fatos determinam esta conduta: o risco do encarceramento e a deterioração (pela hérnia) da parede posterior da região inguinal.

GUILLEN & ALDRETE (1970), defenderam que como a taxa de morbimortalidade, mesmo para os pacientes acima de 60 anos, na cirurgia de hérnia eletiva é pequena, em comparação com as encontradas quando os pacientes são operados na urgência (onde as taxas de complicações sobem para 52%), não há justificativa para se protelar o procedimento na forma eletiva.

BEKOE (1973), mostrou que 24,6% dos pacientes com hérnias encarceradas há mais de seis horas não apresentavam mais alça intestinal viável e NEUTRA et al.(1981), relataram um aumento de mais ou menos 0,37% do risco de encarceramento por ano de história, mesma observação feita por GALLEGOS et al. (1991), que defenderam que existe um aumento da taxa de encarceramento e estrangulamento com o passar dos anos, sem entretanto citar taxas.

MARDSEN (1988) salientou que, quanto maior o período de latência entre o aparecimento da hérnia e o seu tratamento, maior será a deterioração do tecido da região.

JONES (1986), publicou que 53% dos seus pacientes puderam ser operados com até 6 meses de história e que apenas 20% tinham história superior a um ano.

VELEZ-GIL et al. (1975), defendeu que não há justificativa para se retardar a cirurgia, pois a falta de leitos pode ser resolvida com a implantação da unidade de cirurgia ambulatorial.

Na análise dos pacientes operados neste estudo, apenas 45 (41,28%), foram operados com até um ano de história. Em contrapartida, 23 (22,10%), procuraram o serviço com mais de 03 anos de história, apesar de em nenhum caso, uma vez aptos, os pacientes terem esperados mais do que duas semanas para a realização da sua cirurgia. Na investigação clínica destes, a grande maioria alegou medo do procedimento anestésico e/ou cirúrgico, ou mesmo receio da recidiva.

V.5 - DOS ACHADOS INTRA-OPERATÓRIOS

V.5.1 - RELATIVOS AO LADO OPERADO

Nos pacientes portadores de hérnia unilateral, o lado direito foi o mais corrigido (62 pacientes contra 47 operados do lado esquerdo), indo de encontro com as publicações da literatura (ABDALLA, 1981; ESPINDULA et al., 1983; INGMARSON & SPAK, 1983; PIRES et al., 1986; RODRIGUES Jr. et a., 1990; SILVA et al., 1990)

Esta avaliação fica entretanto prejudicada, pois quando o paciente era portador de hérnia bilateral, a decisão de qual lado seria operado foi baseada em critérios subjetivos (qual lado apresentava maior sintomatologia).

V.5.2 - RELATIVOS AO COMPROMETIMENTO DA PAREDE POSTERIOR

CHANDLER (1946), estudando o triângulo de Hesselbach, relatou dois tipos de hérnias diretas: a diverticular (com destruição parcial da parede psoterior) e a protusão total (onde toda a parede estaria comprometida).

Baseados nesta citação, foi definido que os pacientes seriam divididos em dois grandes grupos: aqueles com a destruição total da parede posterior e aqueles onde a destruição fosse parcial (quando o comprometimento não ocupasse toda a parede do assoalho), para posterior verificação de possíveis diferenças entre os dois grupos, no que tange a recidiva.

Foi observado que 67 (61,47%) pacientes apresentaram uma destruição parcial da parede posterior e em 42 (38,53%) o comprometimento do triângulo de Hesselbach era total.

V.6 - DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

V.6.1 - RELATIVOS AO PERÍODO PER-OPERATÓRIO

V.6.1.1 - ANESTESIA UTILIZADA

A substituição de um procedimento anestésico inicialmente proposto ou a complementação de uma sedação, pode vir a ser uma necessidade. Logo, a sala de cirurgia deve estar aparelhada para esta intercorrência (REIS Jr., 1983).

RODRIGUES Jr. et al. (1990) citaram que foi preciso aumentar a sedação em cinco pacientes, onde a anestesia local não foi totalmente eficaz, acarretando aumento da internação destes.

Nesta casuística, não houve a necessidade da substituição de nenhum procedimento anestésico, inicialmente proposto para o paciente. Entretanto, 10 (9,17%) pacientes necessitaram de uma complementação da sedação, realizada pelo anestesiológico. Esta complementação foi realizada com drogas de curta duração, não havendo necessidade de prolongar o tempo de internação.

Em todos os casos, fosse anestesia local (em seis pacientes) ou peridural (em quatro pacientes), não foi considerado como falha da técnica anestésica, pois a sedação só foi realizada porque os pacientes reclamavam muito da posição na mesa cirúrgica e não de dor.

V.6.1.2 - TÉCNICA CIRÚRGICA EMPREGADA

ZIMMERMANN (1948), salientou a possibilidade da ocorrência de lesões vasculares quando se utiliza a técnica de McVay. Outras complicações intra-operatórias tem sido relatadas por autores que operaram hérnias inguinais com as mais diferentes técnicas.

PIRES et al. (1986), citaram como complicações intra-operatórias, duas lesões de bexiga e duas de epididimo. RUTLEDGE (1988), relatou uma lesão de colon quando da utilização da técnica de McVay. Utilizando a mesma técnica cirúrgica, BARBIER et al. (1989), apresentaram 0,4% de lesões vasculares e 0,2% de orquiectomias.

SILVA et al. (1990), publicaram 0,3% de complicações intra-operatórias quando da utilização da técnica proposta por Shouldice.

Durante a realização das cirurgias deste estudo, não houve nenhuma complicação intra-operatória decorrente do procedimento cirúrgico em si, nem a necessidade de substituição da técnica inicialmente proposta por outra. Pode-se correlacionar estes bons resultados, ao treinamento adequado da equipe cirúrgica, como tem sido defendido por vários autores (PEREIRA & RAHAL, 1973; ASMUSSEN E JENSEN, 1983; ESPINDULA et al., 1983; FALCI, 1985; SPERANZINI et al., 1989).

V.6.2 - RELATIVOS AS COMPLICAÇÕES ENCONTRADAS NO PÓS-OPERATÓRIO

V.6.2.1 - COMPLICAÇÕES GERAIS

As taxas de complicações gerais e de mortalidade estão relacionadas com o tipo de paciente operado, a situação da realização da cirurgia (eletiva ou urgência) e os procedimentos adotados no intra e no pós-operatório. BEKOE (1973), numa análise de várias publicações, concluiu que as complicações e a mortalidade aumentam quando se opera hérnias estranguladas. DEYSINI et al. (1987), citaram que as taxas de complicações podem chegar a 55% quando são tratados pacientes acima de 65 anos e em caráter de urgência.

Vários autores tem defendido que os bons resultados apresentados por eles, devem-se a preferência pela anestesia local e principalmente à deambulação precoce (GUILLEN & ALDRETTE, 1970; GLASSOW, 1976; ABDU, 1983).

BERLINER et al. (1978), relataram que 0,44% dos pacientes operados, apresentaram retenção urinária. SILVA et al. (1990), observaram 2,10% de retenção urinária e 0,34% que evoluíram com pneumonia, como complicação no pós-operatório. Ambos os autores utilizaram a técnica proposta por Shouldice.

Mesmo tratando pacientes de forma eletiva, alguns autores tem publicado taxas de mortalidade. HALVERSON & McVAY (1970), relataram 0,30%, enquanto BOWEN et al.

(1978), citaram 0,56% de mortalidade. Já CREMADES et al. (1985) na Argentina, publicaram 0,21% desta complicação.

Os resultados encontrados nesta série (nenhuma complicação geral ou mortalidade), devem ser atribuídos ao uso preferencial da anestesia local e ao incentivo à deambulação precoce (propiciada principalmente por esta), bem como a orientação detalhada feita ao paciente no pré-operatório.

V.6.2.2 - COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOCES

V.6.2.2.1 - DOR

A definição do que deve ser considerada como dor forte no pós-operatório de hérnia inguinal é controverso. RODRIGUES Jr. et al. (1990), consideraram como dor a necessidade de uso repetido de analgésicos por via oral. Neste estudo, definimos como dor forte, que pudesse ser considerada como uma complicação para o paciente, aquela que necessitou de estarem presentes além da queixa do paciente outros sinais clínicos ou mesmo a impossibilidade da deambulação (ANEXO V - item VI.1.2).

LICHTENSTEIN et al. (1991) defenderam que a dor forte no pós-operatório foi devida a compressão dos nervos (e para evitar esta complicação a preservação dos nervos da região sempre deve ser buscada) ou devida a necrose causada pela ligadura alta do saco herniário.

Vários autores tem citado a dor como presente nos seus pacientes e diferenciando-a em estágios, sem citar entretanto qual foi o critério usado para esta diferenciação. ABDU (1983) relatou 0,5% de pacientes com dor forte no pós-operatório, onde a técnica utilizada foi a colocação de prótese sobre uma sutura primária e MAGNUSSON e ISAKSSON (1983), utilizando a técnica de Bassini, relataram que 4,9% dos seus pacientes apresentaram dor no pós-operatório, sendo que 3,2% apresentaram dor de moderada para forte intensidade e 1,6% com dor forte. Já RUTLEDGE (1988), utilizando a técnica de McVay nas reconstruções da hérnias dos seus pacientes, relatou que 1,06% destes, apresentaram dor forte no pós-operatório.

No Brasil, RODRIGUES Jr. et al. (1990), relataram dor no pós-operatório, principalmente nas primeiras 24 horas, em 30,95% dos seus pacientes operados pela técnica de Bassini modificado (aproximação do arco transversal ao ligamento íleo-púbico e ligamento inguinal). Correlacionaram o alto índice de dor nesta sua amostragem, a não utilização de um anestésico de ação mais duradoura, como a bupivacaína.

Neste estudo, oito (7,33%) pacientes apresentaram dor forte no pós-operatório imediato, sendo dois ($2/57 = 3,50\%$) operados pela técnica de Shouldice e seis ($6/52 = 11,53\%$) pela técnica de McVay. Destes oito pacientes, apenas dois apresentaram sinais locais importantes para justificar a presença da dor (hematomas), e cada um havia sido operado por uma técnica diferente.

A partir da análise deste estudo, não deve ser atribuído ao uso da anestesia local, um aumento da dor no pós-operatório, pois nenhum dos pacientes operados sob este tipo de anestesia apresentaram dor forte no pós-operatório, contra 25,00% (5/20) dos pacientes operados sob peridural e 42,85% (3/7) operados sob raquianestesia.

Apesar da dor forte presente nestes pacientes, após o uso da medicação analgésica complementar, todos puderam deambular no menor tempo possível, limitado apenas pelo tipo de anestesia utilizada.

Aplicados os testes de Fisher, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos ($p = 0,13$).

V.6.2.2.2 - HEMATOMA

PEREIRA & RAHAL (1973), defenderam que a presença de hematoma pode ser uma causa contribuinte para o aumento da recidiva.

KINGSNORTH et al. (1971), observaram-no em apenas 0,25% das suas cirurgias, enquanto ABDU (1983), relatou que 8,75% dos seus pacientes desenvolveu hematoma no pós-operatório. A maioria dos autores, entretanto, tem notificado a presença do hematoma como complicação, entre 1% e 2% (FLANAGAM Jr. & BASCOM, 1981; INGMARSON & SPAK, 1988; PIRES et al., 1989; FROSALI et al., 1991).

DEVIS (1986), preconizou a drenagem de curta duração para evitar este tipo de complicação, porém, o próprio autor encontrou hematoma como complicação nos seus pacientes drenados.

O uso da anestesia local, também não deve ser correlacionado com o aparecimento de hematomas no pós-operatório, pois autores que só trabalharam com este tipo de anestesia, tem publicado taxas próximas a 1% desta complicação (GLASSOW, 1984; CODA, 1989).

Vale salientar que os cuidados para evitar o aparecimento do hematoma devem sempre estar presentes na hora da cirurgia, desde o momento da anestesia local (não

utilização de vasoconstritores), até os cuidados com a dissecação (delicada), e a hemostasia (perfeita), por quem se propõe a tratar hérnias inguinais (RODRIGUES Jr. et al., 1990)

Os dois (1,83%) pacientes, deste estudo, que desenvolveram hematoma no pós-operatório, haviam sido operados sob anestesia peridural, por se tratar de hérnias mistas inguino-escrotais grandes. No paciente operado pela técnica de McVay, houve a necessidade de reexploração oito horas após o término da cirurgia, exploração esta, feita sob anestesia local infiltrativa, com abertura da aponevrose do oblíquo externo, para hemostasia e o alívio da dor. Este paciente, um médico, tinha uma história superior a três anos, e após a drenagem e hemostasia, evoluiu bem.

O outro paciente, operado pela técnica de Shouldice, apenas a punção, com a retirada da secreção sanguinolenta, foi suficiente para o seu tratamento, pois o hematoma encontrava-se superiormente à aponevrose do oblíquo-externo.

Nenhum dos dois pacientes evoluiu com supuração da ferida ou mesmo com recidiva de suas hérnias. Não houve também, em nenhum dos dois casos a necessidade da utilização de antibióticos.

V.6.2.3 - COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

V.6.2.3.1 - DOR

A dor tardia , embora mais rara, persistiu em quatro pacientes desta série, sendo três operados pela técnica de McVay. Destes, apenas um, apresentou outros sinais que justificavam a presença de dor, a supuração da ferida operatória, já presente no décimo dia de pós-operatório, e após a drenagem, houve melhora da dor.

Os outros dois pacientes, por não apresentarem nenhum outro sinal clínico, e por terem seu quadro doloroso presente até por volta do sexagésimo pós-operatório, foi discutida a hipótese da compressão do nervo ileo-inguinal ou do genito-femoral, defendida por STARLING & HARRIS (1989). Não houve entretanto, conforme preconizado pelos autores, a necessidade de reexploração da região inguinal, para liberação dos nervos, pois após este período houve o desaparecimento da dor.

FLANAGAM Jr. & BASCOM (1981), relataram que 0,58% dos seus pacientes, apresentaram dor importante no pós-operatório, só apresentando melhora após a liberação do nervo genito-femoral e RUTLEDGE (1988), relatou 1,06% de pacientes com dor que necessitaram de reexploração.

O paciente operado pela técnica de Shouldice, apresentou também nesta fase, um edema de cordão e de testículo, e evoluiu para a atrofia testicular, só melhorando a dor, após a retirada deste, que se encontrava totalmente atrofico.

Aplicados a estes valores, os testes de Fisher, não houve diferença estatística entre os dois grupos ($p = 0,28$).

V.6.2.3.2 - SEROMA

O seroma tem sido mais relatado por cirurgiões que utilizam próteses rotineiramente nas suas reconstruções. GILBERT (1987), publicou que 2,12% de seus pacientes desenvolveram seroma no pós-operatório, enquanto FALCI (1989), apresentou um índice 0,84%.

Alguns outros autores, que utilizaram técnicas de reconstrução primária, sem colocação de prótese, também tem publicado presença de seroma variando de 1% (VELEZ-GIL et al, 1975) a 2,17% (PIRES et al., 1986).

Neste estudo, o seroma apareceu em três pacientes (2,75%), um operado pela técnica de McVay e dois pela técnica de Shouldice. Todos foram tratados por punção, com evolução satisfatória da complicação.

V.6.2.3.3 - INFECÇÃO

A infecção da ferida deve sempre ser uma das maiores preocupações dos cirurgiões, que se propõem a corrigir as hérnias da parede ântero-lateral do abdômen. Isto é justificado, pela íntima relação existente entre a supuração da ferida e o aparecimento de recidivas (HALVERSON & McVAY, 1970; ZIMMERMAN, 1971; PEREIRA & RAHAL, 1973; POSTLETHWAIT, 1985; JONES, 1986; PIETRI & GABRIELLI, 1986; SPERANZINI et al., 1989; SIMCHEN et al., 1990).

Analisando 62.939 cirurgias limpas (onde se enquadram as hérnias inguinais), CRUSE & FOORD (1980) consideraram que, o ideal para este tipo de cirurgia são taxas de infecção menores do que 1% e aceitáveis entre 1% e 2%. LEITE SOBRINHO (1987), também advoga a mesma idéia e parâmetros.

A taxa de infecção encontrada nas cirurgias de hérnia inguinal, tem variado de 0,5% (ABDU, 1983) até 6,13% (JONES, 1986). A maioria dos autores entretanto, tem registrado taxas entre 1,50% e 3,00% (KINGSNORTH et al, 1971; BERLINER et al., 1978; BOWEN et al., 1978; INGMARSON & SPAK, 1983; MAGNUSSON & ISAKSSON, 1983; PIRES

et al, 1986; SISLEY et al., 1987; MARDSEN, 1988; NYHUS, 1988; RUTLEDGE, 1988; BARBIER et al., 1989; RODRIGUES Jr. et al, 1990).

SHEARBURN & MYERS (1969); GLASSOW (1976); GAYER et al. (1988) e SILVA et al. (1990), trabalhando com a técnica de Shouldice, apresentaram índices de infecção da ferida operatória menores do que 1%.

Vários fatores tem sido correlacionados como coadjuvantes no aparecimento maior ou menor da infecção. CRUSE & FOORD (1973), concluíram que, contribuiu para o aumento da infecção: a extensão da contaminação, o uso de drenos, a idade avançada e estadia prolongada. A manipulação inadequada e intempestiva dos tecidos, também pode ser correlacionada diretamente com o aumento da infecção (CRUSE, 1975).

Outro detalhe importante na prevenção da infecção, é o preparo da pele com a degermação prévia ao ato cirúrgico (CRUSE & FOORD, 1973; CUNHA et al., 1986).

FERRAZ (1987), demonstrou uma correlação direta entre a prevenção da infecção e a presença de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante.

O uso de fio multifilamentar na reconstrução da parede inguinal, tem sido correlacionado diretamente com o aparecimento e a gravidade da infecção (JONES, 1986).

O período de acompanhamento, bem como o que considerar infecção da ferida operatória, devem estar previamente determinados. Assim como CRUSE & FOORD (1973), a nossa observação foi até o 28º dia de pós operatória e foi considerada como ferida infectada, a presença de pus na incisão (CRUSE, 1975; JONES et al., 1987).

Nesta amostragem, dois (1,83%) pacientes apresentaram infecção da ferida, sendo que esta apareceu no quinto pós-operatório (no paciente operado pela técnica de Shouldice) e no décimo dia (no paciente operado pela técnica de McVay).

Na análise destes dois pacientes, ambos foram internados no dia da cirurgia, receberam preparo igual aos outros pacientes e receberam alta no máximo com 18 horas após o término desta.

Quanto ao uso da anestesia local, apenas um paciente operado sob este tipo de anestesia desenvolveu supuração da ferida ($1/82 = 1,21\%$). Esta taxa vem de encontro com as publicadas por autores que trabalharam com esta anestesia, como GLASSOW (1976), com taxas de infecção menores do que 1%. Já ABDU (1983), relatou que apenas 0,5% dos

seus pacientes operados desenvolveu infecção, assim como RODRIGUES Jr. et al. (1990), com taxa de supuração da ferida na ordem de 1,1%.

Os dois pacientes evoluíram para a cura, após a instituição dos cuidados locais, porém, o paciente submetido a correção pela técnica de McVay evoluiu para recidiva da sua hérnia. Logo, 50% dos pacientes que apresentaram supuração da ferida operatória, apresentaram recidiva, mostrando que os cuidados para a prevenção desta complicação devem sempre estar presentes.

V.6.2.3.4 - EDEMA E ATROFIA DO TESTÍCULO

WANTZ (1986) concluiu que, as causas que levam ao edema e/ou atrofia testiculares estão intimamente relacionadas com a manipulação excessiva do cordão, na maioria das vezes na tentativa do cirurgião em descolar totalmente o saco herniário deste. Acrescentou ainda que, não é o fechamento mais restrito do anel interno o responsável por esta complicação. Mesma opinião defendida por CURTSINGER et al. (1987).

A relação com a técnica empregada no tratamento da hérnia inguinal também, não parece estar diretamente correlacionada com o edema ou a atrofia do testículo.

GILBERT (1987), utilizando a técnica de Bassini ou a colocação de próteses, relatou a presença de edema em 3,53% dos seus pacientes sendo que 0,31% apresentaram atrofia testicular. MOSCHINSKI & LINKE (1986), utilizando várias técnicas cirúrgicas para a reconstrução, publicaram que 3.1% dos pacientes estudados evoluíram para atrofia testicular.

Utilizando apenas a técnica de McVay, RUTLEDGE (1988) anotou 5% de atrofia testicular e BERLINER et al. (1978), utilizando a técnica de Bassini e McVay, relataram que 1,35% dos seus pacientes evoluíram com edema testicular e 0,41% apresentaram atrofia.

BERLINER et al. (1978), quando da análise dos pacientes operados pela técnica de Shouldice, publicou que 1,18% dos seus pacientes desenvolveram edema e 0,17% atrofia testicular. SILVA et al. (1990), utilizando a mesma técnica, citaram que houve a presença de edema de testículo em 5,1% dos seus pacientes e atrofia em 0,3%.

Dos pacientes deste estudo operados pela técnica de McVay, um (1/52 = 1,92%) evoluiu com edema testicular, sendo tratado apenas com cuidados locais (suspensório escrotal) e analgésicos, tendo ótima recuperação, não permanecendo nenhuma sequela.

Já o paciente operado pela técnica de Shouldice (1/57 = 1,75%), apesar da instituição do mesmo tratamento clínico anterior, evoluiu com dor e atrofia testicular, havendo a necessidade da realização da orquiectomia para o alívio da sintomatologia.

Nos dois casos, os pacientes eram portadores de hérnia mista volumosas (ínguido-escrotais), que haviam sido operados no início do trabalho, onde ainda era preconizado a liberação total do saco herniário indireto do cordão espermático. Após a mudança da conduta nestes casos, onde a preocupação da equipe, passou a ser apenas a liberação do saco na sua parte proximal (a nível do anel interno), sem a preocupação em descolar todo o saco herniário, não houve mais nenhum caso de edema ou mesmo atrofia do testículo.

V.6.2.4 - RECIDIVA E TEMPO DE SEGUIMENTO

O seguimento ambulatorial de rotina e a verificação através do exame físico, é o critério primordial para a avaliação da eficácia de uma técnica cirúrgica, e da eficiência de um serviço que se dispõe a tratar hérnias da região ínguido-crural.

Vários autores tem apontado a recidiva como o melhor e talvez o único parâmetro realmente eficaz na avaliação de uma determinada técnica de reconstrução da hérnia inguinal (HALVERSON & McVAY, 1970; ZIMMERMAN, 1971; PEREIRA & RAHAL, 1973; GLASSOW, 1976; BERLINER et al., 1978; PIETRI & GABRIELLI, 1978; MARDSEN, 1988).

Há entretanto, uma série de fatores que podem influir na taxa de recidiva, desde fatores peri-operatórios (PEREIRA & RAHAL, 1973; PIETRI & GABRIELLI, 1986), até o tempo em que o paciente é seguido no pós-operatório (HALVERSON & McVAY, 1970; ZIMMERMAN, 1971; BERLINER et al, 1978).

As taxas de recidiva publicadas, tem variado de 0% (principalmente nos serviços especializados apenas em cirurgias pediátricas), até taxas maiores do que 31% (naqueles serviços onde são operados pacientes idosos com hérnia direta e recidivada) (PEREIRA & RAHAL, 1973).

Partindo destas considerações iniciais, e para que possa haver uma adequada comparação das taxas de recidivas encontradas quando duas técnicas cirúrgicas são utilizadas, alguns parâmetros devem ser estabelecidos, principalmente sobre qual tipo de hérnia a ser tratado (direta ou indireta, primária ou recidivada, eletiva ou de urgência), o tipo de avaliação a ser realizado no pós-operatório (exame físico ou contatos por telefone/carta) e a presença das denominadas causas acidentais (infecção por exemplo).

Outros fatores parecem também influenciar as taxas de recidiva, como o tipo de anestesia empregada no tratamento e o treinamento da equipe cirúrgica.

ZIMMERMAN (1971), salientou que torna-se difícil a comparação entre as diversas séries publicadas na literatura, devido a heterogenicidade de todos estes fatores.

O tipo de hérnia a ser corrigido influi no aparecimento das recidivas. A hérnia com componente direto, é a que apresenta uma taxa maior de recidiva.

HALVERSON & McVAY (1970), numa análise de 442 pacientes encontraram 1,7% de recidiva em hérnias indiretas e 4,85 e 5,0% em hérnia mistas ou diretas, respectivamente.

GLASSOW (1984) encontrou, para um total de 10.353 cirurgias, e com seguimento mínimo de 10 anos, recidiva de 0,7% nas hérnias indiretas e 1,1% nas hérnias diretas, empregando a técnica de Shouldice. GRABOWSKI & GRABOWSKI (1988), analisando 442 pacientes operados pela mesma técnica, registraram 2,26% de recidivas, sendo 40% em correções de hérnias indiretas e 60% em diretas.

ESPINDULA et al. (1983), relataram 23% de recidivas em hérnias diretas e 15% em hérnias mistas.

Outro fator importante é a análise do número de cirurgias prévias. Há um aumento da taxa de recidiva a medida que novas tentativas de correção da hérnia recidivada vão ocorrendo.

GLASSOW (1984), registrou taxas de 1,1% de recidiva no tratamento de hérnias primárias diretas, contra 3,1% nas hérnias diretas recidivadas e SILVA et al. (1990), publicaram taxa de 0,9% de insucesso quando a hérnia corrigida era primária, contra 11,10% quando era recidivada.

MARDSSEN (1988), verificou que a taxa de recidiva sobe de 8,5% na reconstrução pós-primeira recidiva, para 16% quando já houve duas tentativas anteriores.

HALVERSON & McVAY (1970), concordando com as afirmações acima, mostraram que o fato de terem obtido taxas de recidiva menores no tratamento das hérnias recidivadas, deveu-se a presença de uma equipe mais experiente em campo, como responsável pela execução das cirurgias recidivadas no seu serviço.

Na tentativa de homogeneizar os parâmetros para melhor analisar as duas técnicas cirúrgicas neste estudo, foi então optado por incluir apenas os pacientes portadores de hérnias primárias e onde o componente direto estivesse presente.

Outra definição que se fez necessária, por ser ponto de discordância entre os vários autores, foi se a cirurgia seria para tratamento de apenas um lado, ou se os dois lados seriam tratados simultaneamente (nos pacientes portadores de hérnia inguinal bilateral).

STOTT et al. (1988), preconizaram a correção bilateral simultânea, ao passo de STOPPA (1986); BARBIER et al. (1989) e WANTZ (1989c) defenderam que, este tipo de conduta deve ser feita apenas em casos selecionados. A maioria dos cirurgiões, entretanto, tem optado pelo tratamento unilateral, correlacionando a decisão pela correção bilateral como um dos fatores colaboradores do aumento da recidiva (OTTSEN et al., 1966; ESPINDULA et al., 1973; PEREIRA & RAHAL, 1973; PANOS et al. 1992).

Nova definição de conduta foi tomada neste tópico, onde foi optado pela realização, no caso de pacientes portadores de hérnia bilateral, da cirurgia unilateral, deixando o outro lado para ser realizado após 30 dias.

Alguns autores também incluem nas avaliações da recidiva o tipo de anestesia utilizado na reconstrução, como um dos fatores que podem interferir nos resultados. Existe atualmente uma preferência pela utilização da anestesia local, pela melhor avaliação do intra-operatório, proporcionando assim uma correção mais adequada do defeito e através da prova de esforço intra-operatório, avaliar se o tratamento foi realmente satisfatório (FLANAGAN Jr & BASCOM, 1981, ABDU, 1983; GLASSOW, 1984; BRITTON, 1986; PEITRI & GABRIELLI, 1986).

Procurou-se também, executar as cirurgias dos pacientes deste estudo, sempre que possível, sob anestesia local infiltrativa. Nos casos onde a anestesia local não pode ser utilizada, a escolha foi primeiramente pelo bloqueio peridural, para que houvesse a possibilidade da avaliação intra-operatória com a prova de esforço (LICHTENSTEIN et al., 1991).

Opinião unânime entre os autores: o material de síntese deve ser inabsorvível (CHACON & FARIA, 1962; GLASSOW, 1966, 1984; MARDSEN, 1988). JONES (1986), demonstrou que além de inabsorvível, o fio de sutura deve ser monofilamentar, pois diminuem-se os riscos de infecção e conseqüentemente de recidiva.

HALVERSON & McVAY (1970) e NYHUS (1989), salientaram ainda que a reconstrução deve ser realizada sem tensão, e PEREIRA & RAHAL (1973), adicionaram ainda, o cuidado de não se utilizar tecidos diferentes entre si, nesta reconstrução.

ZIMMERMAN (1971), advertiu aos cirurgiões que se propuserem a tratar hérnias inguinais diretas, que além da execução de uma técnica meticulosa, há a necessidade da abertura sistemática da parede posterior (fáscia transversalis) e a exposição adequada de todas as estruturas de região ínguino-crural, para que não ocorra reconstruções inadequadas ou mesmo o não tratamento de hérnias crurais.

PIETRI & GABRIELLI (1986), defenderam a necessidade de se deixar o saco herniário livre na sua base (assim como GLASSOW em 1965), a realização da ressecção sistemática dos cremasters, a retirada dos lipomas desta região e a realização de uma hemostasia perfeita, buscando assim evitar o aparecimento da recidiva.

Todos os pacientes deste estudo, independente da técnica cirúrgica adotada, seguiram o protocolo (ANEXO V), que normatizou todos estes princípios básicos, para a reconstrução da parede inguinal posterior.

Os pacientes devem sempre ser reavaliados, na busca das recidivas, através do exame físico e nunca por carta ou telefonema (BERLINER et al., 1978). HALVERSON & McVAY (1970), criticaram os cirurgiões que não fazem o seguimento periódico dos seus pacientes, sugerindo que pode-se perder recidivas caso este seguimento não seja uma rotina: "o fato do paciente não comparecer aos retornos programados não significa necessariamente que ele não tenha apresentado recidiva, mas pode simplesmente ter optado por outro serviço".

NYHUS (1989) concluiu: "Qual de nós pode ter a certeza de que o paciente vai estar livre de uma recidiva? Logo, devemos oferecer-lhe total segurança, mas nunca, esquecer de segui-lo".

ZIMMERMAN (1971), relatou que levantamentos e publicações baseados unicamente em cartas ou respostas por telefone não tem valor e na maioria das vezes são irreais. Apesar disto, vários autores tem publicado seus resultados baseados em cartas e apenas examinando aqueles que tiveram dúvidas (FLANAGAM Jr. & BASCOM, 1981; INGIMARSON & SPAK, 1983; SISLEY et al., 1987; BARBIER et al., 1989).

Esta postura também é passível de críticas pois, PIETRI & GABRIELLI (1986), salientaram que se considerarmos que existem recidivas assintomáticas, é óbvio que o simples contato oral ou escrito com os pacientes é insuficiente. RUTLEDGE (1988),

mostrou que 27,4% das suas recidivas eram de desconhecimento dos pacientes. PANOS et al. (1992), encontraram 57,14% de recidivas assintomáticas.

Outros autores, optaram pela avaliação pessoal dos pacientes. (BERLINER et al., 1978; GLASSOW, 1984; LICHTENSTEIN et al. 1991). Mesma conduta adotada pelo serviço de cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia.

O tempo de seguimento mínimo ideal para a análise dos pacientes operados de hérnia inguinal, na busca das recidivas ainda é controverso. Porém, todos os autores são unânimes em admitir que quanto maior for o tempo de seguimento, mais fidedigna será a avaliação dos resultados.

HALVERSON & McVAY (1970); PIETRI & GABRIELLI (1986) e MARDSEN (1988), preconizaram como seguimento mínimo ideal cinco anos, porém a análise dos dados publicados por estes autores, mostraram pacientes com tempo de seguimento bem menor do que o proposto.

ZIMMERMAN (1971), defendeu que o período mínimo deve ser de dois anos e PEREIRA & RAHAL (1973), embora defendendo que o tempo mínimo de seguimento deve ser de três anos, mostraram, para efeito de comparação no seu trabalho, várias estatísticas com tempo menor de seguimento.

Outro parâmetro necessário a ser verificado, é o percentual de recidiva encontrada a cada ano. BERLINER et al. (1978), relataram que 47% das suas recidivas apareceram com até um ano e 59% com até dois anos. Já LUND et al. (1981), anotaram 75% das suas recidivas com até um ano, para um seguimento mínimo dos seus pacientes de cinco anos.

POSTLETHWAIT (1985) corrigindo hérnias recidivadas, citou que estas apareceram em 50% das vezes com até um ano e em 75% com até cinco anos de pós-operatório.

COX et al. (1981), também observaram que 75% das suas recidivas ocorreram com até um ano de pós-operatório e ASMUSSEN & JENSEN (1983), citaram que na sua avaliação, as recidivas apareceram de 3 meses a 15 anos e concluíram que, quanto maior for a taxa de recidiva verificada por um serviço, mais precocemente elas aparecem, ou seja, altas taxas de recidivas aparecem até o primeiro ano de seguimento e baixas taxas após o quinto ano.

HALVERSON & McVAY (1970), defenderam que o seguimento de três anos é insuficiente. Baseados num acompanhamento de seus pacientes por 25 anos, propuseram

uma tabela de correlação entre o tempo de seguimento que foi realizado o estudo e uma projeção para 25 anos, concluindo que, se o seguimento mínimo foi de um ano a taxa de recidiva encontrada deve ser multiplicada por 5,0 para se ter a taxa real em 25 anos, se o seguimento mínimo foi de 2 anos deve-se multiplicar por 2,5, e assim sucessivamente.

A partir do exposto acima, procurou-se tornar rotina no serviço o acompanhamento longo dos pacientes. Nenhum dos pacientes deste grupo, deixou de ser examinado pessoalmente pelo autor, por um período mínimo de dois anos, sendo que 58,71% já completaram o seu terceiro ano de seguimento.

SISLEY et al. (1987) trabalhando num hospital escola, viu a necessidade, da realização mais precoce de uma avaliação, para que pudesse julgar a validade de programa implantado.

Somando as considerações de SISLEY et al. (1987) às de ASMUSSEN & JENSEN (1983), que se houvessem altas taxas de recidiva elas apareceriam já no primeiro ano de seguimento, foi optado pela análise dos 109 pacientes deste estudo, com um seguimento mínimo de dois anos.

Finalmente, vale salientar, que alguns cirurgiões defenderam como importante a diferenciação entre recidivas verdadeira (aquelas onde a hérnia recidivada é igual a corrigida) e as falsas recidivas (hérnias que recidivaram sob outra apresentação) (PEREIRA & RAHAL, 1973; PIETRI & GABRIELLI, 1986).

ZIMMERMAN (1971) entretanto, apesar de concordar a diferenciação anterior, salientou que para o paciente, para o sistema de saúde e para o cirurgião, tanto faz ser ou não uma nova hérnia, hérnia esquecida ou hérnia recidivada, todas mostram que houve falência do ato cirúrgico em si.

Concordando com o proposto acima, a análise dos resultados deste estudo, foi baseada no exame físico, que decidiu se houve recidiva ou não. O tipo de recidiva (verificado após nova cirurgia realizada no mesmo serviço), serviu para nortear e melhor adequar as técnicas cirúrgicas empregadas na correção das hérnias inguinais.

Autores que trataram hérnia direta pela técnica de McVay, relataram taxas de recidiva variando de 3,5% (RUTLEDGE, 1988) até 20,9% (INGMARSON & SPAK, 1983). HALVERSON & McVAY (1970), relataram taxas de 5,0% de recidiva, enquanto BERLINER et al. (1978), publicaram 11,5% de recidiva. BARBIER et al. (1989), encontraram taxas de 5,63%, enquanto PANOS et al. (1992), citaram que 8,8% dos seus pacientes operados por esta técnica, apresentaram recidiva.

A análise das taxas de recidiva para tratamento de hérnia direta pela técnica de Shouldice, tem revelado variações entre 0,2% (SHEARBURN & MYERS, 1969) até 2,0% (BERLINER et al., 1978). A maioria dos autores entretanto, apresentaram taxas oscilando entre 0,8% e 1,2% (BARWELL, 1981; GLASSOW, 1984; GAYER et al., 1988; GRABOWSKI & GRABOWSKI, 1988; WANTZ, 1989b; SILVA et al., 1990). Apenas, PANOS et al. (1992), publicaram taxas de recidiva altas da técnica de Shouldice, ou seja 6,6%.

Neste estudo, tratando 109 pacientes portadores de hérnia inguinal primária com componente direto presente, dois (1,83%) apresentaram recidiva, ambos operados pela técnica de McVay ($2/52 = 3,84\%$), o que coloca estes resultados entre aqueles esperados para este tipo de pacientes e corrigidos pela técnica de McVay. Mesmo aplicando-se a tabela proposta por HALVERSON & McVAY (1970), para que estes resultados fossem projetados para um seguimento de 25 anos, as taxas de possíveis recidiva estariam abaixo dos nove por cento.

Os dois pacientes tinham idade superior a 40 anos, o que também vem de encontro com os dados publicados por outros autores (OTTSEN et al., 1966; SPERANZINI et al., 1989).

Analisando o tipo de hérnia corrigida, ambos os pacientes eram portadores de hérnia inguinal direta. Na avaliação deste resultado, a recidiva neste tipo de paciente (2/41) foi de 4,8% de todos os pacientes com hérnia direta e corrigidos pela técnica de McVay. Mesmo assim, podemos considerar os resultados como esperados.

Quanto ao tipo de acometimento da parede posterior, e apesar de ser esperado uma frequência maior nos pacientes onde a destruição da parede posterior é total (CHANDLER, 1946; RAHAL, 1966), nos dois casos a destruição da parede era parcial.

Nenhum paciente operado sob anestesia local infiltrativa, ou pela técnica proposta por Shouldice, apresentaram recidiva de suas hérnias, até o momento.

Na reoperação destes pacientes, notou-se que um paciente "recidivou" no sexto mês como hérnia indireta e o outro apareceu no décimo-quarto mês, na forma direta.

Assim como PEREIRA & RAHAL (1973), PIETRI E GABRIELLI (1986) ou LICHTENSTEIN (1987), pode-se concluir que na recidiva indireta ocorrida no sexto mês, houve falha técnica da equipe cirúrgica. Serviu em especial, para que esta fosse ainda mais cautelosa no fechamento do anel interno.

A recidiva ocorrida de forma direta e no décimo-quarto mês de pós-operatório, ocorreu no meio da linha de sutura, local mostrado por READ & McLEOD (1981) como sendo local de maior tensão neste tipo de reconstrução (McVay), apesar de, como em todos os outros pacientes operados pela técnica de McVay, a incisão liberadora ampla, haver sido realizada. Vale salientar que este paciente em especial desenvolveu supuração da ferida operatória, no décimo dia de pós-operatório.

SPERANZINI et al. (1989), observaram que 9,7% dos pacientes com recidiva tratados no seu serviço, contaram história de infecção da ferida cirúrgica após correção da hérnia primária e INGMARSON & SPAK (1983), relataram que esta correlação esteve presente em 75% de suas recidivas.

Aplicados entretanto, os testes de Fisher, para avaliar os resultados encontrados nos dois grupos, não houve diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,23$).

V.7. - DO TEMPO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES

A internação de curta permanência tem sido objetivo de vários serviços que trabalham com hérnia inguinal. (VELEZ-GIL et al., 1975; LICHTENSTEIN, 1986; PERES, 1992).

Entretanto, vários fatores influenciam para ser viável a internação de curta duração. O primeiro deles, é o preparo ambulatorial pré-operatório ideal, onde o paciente já interna com todos os exames prontos no dia da cirurgia (DAVIS, 1973; VELEZ-GIL et al., 1975; LICHTENSTEIN, 1986; VATER & GONÇALVES, 1989; RODRIGUES Jr. et al., 1990; PERES, 1992).

Outra conduta prática que viabilizou a alta precoce foi a adoção da anestesia local nestes procedimentos. Após a implantação desta anestesia como rotina, vários autores tem publicado que houve uma facilidade maior para a alta no mesmo dia (VELEZ-GIL et al. 1975; ABDU, 1983).

Porém, não deve ser atribuído apenas ao tipo de anestesia, como um fator limitante para a alta no mesmo dia. Vários trabalhos com outro tipo de anestesia, mostraram a viabilidade da alta precoce, para os seus pacientes (DAVIS, 1973; KATAYAMA et al., 1991; LABBATE et al., 1992).

Neste estudo, a busca pela utilização da anestesia local, uma facilitadora da alta no mesmo dia foi sempre uma constante. Isto fica evidente, pois dos 69 (62,03%) pacientes onde foi possível a cirurgia em regime ambulatorial, 64 ($64/69 = 92,75\%$) haviam sido operados sob anestesia local. Cinco (25,00%) pacientes operados com bloqueio peridural no período da manhã, e que não apresentaram nenhuma complicação local ou dificuldade social para a sua locomoção, também puderam receber alta a tarde. Em contrapartida, neste estudo, não foi possível dar alta com menos de 30 horas a nenhum paciente submetido a correção sob raquianestesia, apesar da proposta atual de alta no mesmo dia defendida por KATAYAMA et al. (1991).

Dois fatores limitaram para que não fosse possível a alta dos pacientes operados sob raquianestesia. Primeiro, a equipe de Anestesia do Hospital Municipal de Paulínia não dispunha na época da realização do presente estudo, de agulhas finas para a realização do procedimento anestésico, e ele foi sempre realizado em pacientes acima de 60 anos, portadores de problemas cardio-pulmonares significativos e onde o risco de uma sedação ou da realização de um bloqueio peridural, era muito maior do que a realização da raquianestesia. Esta preocupação deve sempre estar presente, pois pode haver necessidade de intubação quando se aumenta o nível de sedação (EARLE, 1960).

Outro fator limitante importante para o completo desenvolvimento da cirurgia da hérnia a nível ambulatorial, são os problemas sociais, que dificultam este tipo de procedimento (ALEXANDER, 1986).

PERES (1992), explicou a necessidade da utilização do Centro Cirúrgico no período da tarde, para não torna-lo ocioso. Esta conduta aplicada ao tratamento da hérnia inguinal, foi também uma necessidade vivida pelo serviço em Paulínia, e os pacientes operados no período vespertino, só receberam alta na manhã seguinte.

Vários autores tem publicado que o tempo de permanência de até 24 horas é o ideal para o paciente operado de hérnia inguinal (ABDU, 1983; LICHTENSTEIN, 1986; VATER & GONÇALVES, 1986; YADEGAR, 1986; LICHTENSTEIN, 1987; RODRIGUES Jr. et al., 1990).

As taxas de internação tem variado constantemente. BERLINER et al. (1978), anotaram uma média de permanência no seu serviço, nos Estados Unidos da América, de 4,21 dias. Na Inglaterra, segundo BRITTON (1986), a média de internação é de sete dias. No Hospital Shouldice, no Canada, ela tem variado entre dois e três dias (ALEXANDER, 1986). GRABOWSKI & GRABOWSKI (1988), relataram que quando os seus pacientes foram operados com anestesia geral, a taxa de permanência foi de 4,10 dias, contra 2,3 dias quando a anestesia utilizada foi a local.

Utilizando-se apenas a anestesia local infiltrativa, a média de permanência hospitalar cai bastante. COE (1978), publicou que a média de internação de seus pacientes foi de 4,5 dias (variação de 30 min a 6 dias). ABDU (1983), conseguiu dar alta para 82% dos seus pacientes no mesmo dia e para 94% com até 24 horas. GILBERT (1987) publicando uma casuística de 2335 pacientes, conseguiu dar alta para 91%, no mesmo dia.

No Brasil, VATER & GONÇALVES (1986) trabalhando com pacientes selecionados, publicaram que foi possível liberar a todos no pós-operatório e RODRIGUES Jr. et al. (1990), operando pacientes portadores de hérnias inguinais indiretas pequenas e

reduzíveis, sob anestesia local, anotou que 69,04% receberam alta no mesmo dia e 30,96% com 48 horas (quando foi necessário aumentar a sedação).

Neste estudo, ficou evidente, que a anestesia local corrobora para a alta precoce, pois todos os 82 (100%) pacientes operados sob esta anestesia, independente da técnica cirúrgica empregada, receberam alta com até 18 horas. Vale salientar também que a segunda opção anestésica deve ser a peridural, pois todos os pacientes operados sob esta anestesia receberam alta com até 24 horas de pós-operatório.

Quando aplicados os testes de Fisher, para avaliar apenas as altas até 12 horas (ambulatorial), comparando a anestesia local com os bloqueios, estes mostraram ser estatisticamente significativos ($p < 0,01$).

Numa análise de todos os pacientes, a média de internação foi de 13,81 horas, sendo que 85,48% receberam alta com até 18 horas, e 93,57% com até 24 horas de pós-operatório, restando apenas 6,45% com alta superior a este tempo (todos operados sob raquianestesia), o que coloca estes resultados dentro de uma condição animadora.

VI - CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo podemos concluir que:

1 - O protocolo sugere que houve uma diminuição da permanência dos pacientes operados de hérnia com componente direto, a partir do preparo ambulatorial, do treinamento adequado da equipe cirúrgica, da sistematização das técnicas intra-operatórias, bem como do incentivo à deambulação precoce.

2 - A anestesia local facilitou a deambulação e propiciou a alta hospitalar mais precoce, quando comparada com os bloqueios, principalmente a raquianestesia.

3.A- Houve diferença numérica, porém não estatisticamente significativa, quando analisada a dor apresentada pelos pacientes submetidos a tratamento pela técnica de McVay quando comparados com os operados pela técnica de Shouldice, sendo maior na primeira.

3.B - Não houve diferença estatisticamente significativa quanto as outras complicações (gerais ou locais) no pós operatório, entre as duas técnicas. Numericamente, apenas um paciente operado sob a técnica de Shouldice, desenvolveu atrofia testicular.

3.C - As recidivas encontradas neste estudo estiveram presentes apenas nos pacientes operados pela técnica de McVay, porém não estatisticamente significativas.

VII - RESUMO

A hérnia inguinal tem alta prevalência na humanidade, atingindo todas as faixas etárias e é uma doença de tratamento eminentemente cirúrgico.

A partir de um protocolo pré-estabelecido, foi realizado um estudo prospectivo para o tratamento de hérnias inguinais primárias com componente direto presente através de duas técnicas cirúrgicas: Shouldice e McVay, e com avaliações através do exame físico, e com seguimento mínimo de dois anos.

Durante um período de dois anos, 109 pacientes do sexo masculino (86 com hérnias diretas e 23 com hérnias mistas), foram operados pela equipe de cirurgia do Hospital Municipal de Paulínia, previamente preparada para este fim.

Os pacientes receberam preparo ambulatorial, não sendo encaminhados a cirurgia antes de terem suas doenças de base controladas clínica ou cirurgicamente.

Foram avaliados quanto a eficácia da utilização da anestesia local para este tipo de cirurgia, que mostrou ser superior aos outros tipos de anestesia, tanto no tempo de internação como na deambulação e nas taxas de complicações pós-operatórias.

Na comparação pós-operatória das duas técnicas cirúrgicas, Shouldice e McVay, não houve diferença estatística significativa entre elas, porém as recidivas só apareceram neste período de observação nos pacientes operados pela técnica de McVay, assim como, numericamente houve mais casos de pacientes com dor no pós-operatório (precoce e tardio) nos operados sob esta técnica, enquanto o único paciente que desenvolveu atrofia testicular, havia sido operado pela técnica de Shouldice.

VIII - ABSTRACT

The inguinal hernia presents high prevalence on humanity, involving all age groups and it is a disease which treatment is prominently surgical.

From a pre-established protocol on, a prospective study was carried out for the treatment of primary inguinal hernias with direct component through two surgical techniques: Shouldice and McVay, and with evaluations through physical examination, and with follow-up at a least two years.

In a period of two years, 109 patients, males (86 with direct hernias and 23 with mixed hernias) were operated by the surgery staff of Paulinia City Hospital, that was well-trained previously.

All patients were submitted to an ambulatorial preparation and they were not indicated for surgery procedure before having their primary diseases clinically or surgically controlled.

The efficacy of the use of a local anesthesia for this type of surgery that showed to be superior to other types, even in admission time as in digestion and rates of postoperative complications.

In the postoperative comparison between both surgical techniques, Shouldice and McVay, there was no significative statistical difference between them, otherwise the recurrence appeared in the period of observation only in patients submitted to McVay surgical technique, such as numerically there were more cases of patients with postoperative pain (early and late) in patients submitted to this same technique, while the only patient that presented testicular atrophy had been operated by Shouldice technique.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALLA, P. - Hérnias Abdominais - Análise da incidência em 2000 casos. Rev. Col. Bras. Cir., 8(2): 67-69, 1981.
- ABDU, R.A. - Ambulatory herniorrhaphy under local anesthesia in a community hospital. Am. J. Surg., 145(3): 353-56, 1983.
- ALEXANDER, M.A.J. - How to select suitable procedures for outpatient surgery: The Shouldice Hospital experience. Bull. A.C.S., 71(5): 07-11, 1986.
- ALTMEIER, W.A.; BURKE, J.F.; PRUITT, B.A.; SANDUSKI, W.R. - Manual de Controle da Infecção em pacientes cirúrgicos. Editora Manole Ltda. São Paulo, 1978.
- ANSON, B.J. & McVAY, C.B. - Inguinal Hernia - The Anatomy of the region. S.G.O., 66: 186-92, 1938.
- ANSON, B.J.; MORGAN, E.H.; McVAY, C.B. - Surgical Anatomy of the inguinal region based a study of 500 body-halves. S.G.O., 111: 707-25, 1960.
- ARMSTRONG, D.N. & KINGSNORTH, A. - Local Anaesthesia in inguinal herniorrhaphy: influence of dextran and saline solutions on duration of action of bupivacaine. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 68: 207-8, 1986.
- ASMUSSEN, T. & JENSEN, F.V. - A follow-up study on recurrence after inguinal hernia repair. S.G.O., 156: 198-200, 1983.
- ATHIÉ, E.; GOBBI, E.; NICULITCHEFF, G.X. - Hérnia inguinal recidivada com destruição da arcada crural. Anais Paul. Med. Cir. 70(6): 455-62, 1955.
- BARBIER, J.; CARRETIER, M.; RICHER, J.P. - Cooper Ligament Repair: An Update. World J. Surg., 13: 499-505, 1989.

- BARRETO, H. - Real apreço da fâscia transversalis nas Hernioplastias inguinais (Interpretação Original). Rev. Bras. Cir., Fev 52: 79-98, 1958.
- BARWELL, N.J. - Recurrence and early activity after groin hernia repair. Lancet, Oct 31: 985, 1981.
- BEKOE, S. - Prospective Analysis of the Management of Incarcerate and Strangulated inguinal hernias. Am. J. Surg., 126(11): 665-68, 1973.
- BERLINER, S.D. - Abordagem para hérnia inguino-crural. Cl. Cir. Am. Norte, 64(2): 211-228, 1984.
- BERLINER, S.; BURSON, L.; KATZ, P.; WISE, L. - An Anterior Transversalis Fascia Repair for Adult Inguinal Hernias. Am. J. Surg., 135(5): 633-36, 1978.
- BENARD, F.; CHIOTASSO, P.; LEGRAND, G.; LAZORTHE, F. - Hernie inguinale réparation pariétale de Shouldice. La Pres. Medicale, 15(27) 1276-80, 1986.
- BOWEN, J.R.; THOMPSON, W.R.; DORMAN, B.A.; SODERBERG, C.H.; SHAHINIAN, T.K. - Change in the Management of Adult Groin Hernia. Am. J. Surg., 135(4): 564-69, 1978.
- BRITTON, B.J. - Inguinal Hernia repair in England. Int. Surg., 71: 144-45, 1986.
- BURTON, C.C. - The Combined Cooper's Ligament and Inguinal Ligament hernia repair. S.G.O., 98: 153-60, 1954.
- CHACON, J.P. & ACUÑA, E.R. - Anatomia aplicada da Região Ínguino-abdominal. Cirurgia, 1: 61-67, 1958.
- CHACON, J.P. & FARIA, P.A.J. - A operação de McVay nas hérnias diretas e recidivadas. Rev. Med. Cir. e Farm., 297: 1-8, 1962.
- CHAHLA, L. - Une Herniorraphie Inguinale autoplastique et ambulatoire. Etude de 3000 cas avec hospitalisation et récidence réduites. La Pres. Medicale, 15(39): 1378, 1986.
- CHANDLER, S.B. - Studies on the Inguinal Region. II- The Anatomy of the Inguinal (Hesselbach) triangle. Ann. Surg., 124: 156-160, 1946.

- CODA, A. - Ernia Inguinale dell'adulto. Utilità e vantaggi dell'anestesia locale. Min. Chir., 44(7): 1127-30, 1989.
- COE, R.C. - Inguinal Herniorrhaphy under Local Anesthesia. Arch. Surg., 113(7): 905 - 1978.
- COLLINS, V.J. - In: _____ - Principios de Anestesiologia 2ª ed., Guanabara - Koogan, 1978, pg. 01-20.
- CONDON, R.E. - Surgical Anatomy of the Transversalis Abdominis and Transversalis Fascia. Ann. Surg., 173(1): 1-5, 1971.
- CONDON, R.E. - Reparacion del Tracto Iliopubiano em la Hernia Inguinal: Abordaje Anterior (Conducto Inguinal). In: NYHUS, L.M. & BAKER, J. Mastery of Surgery. Ed. Panamericana S/A. 3ª ed. 1984.
- CONDON, R.E. - The Anatomy of the Inguinal Region and it's relation to Groin Hernia. In NYHUS, L.M. & CONDON, R.E. - Hernia - 3ª ed. Lippincott. 1989. 2 cap.- p. 18-64.
- CONNER, W.T. & PEACOCK, E.E. - Some Studies on the Etiology of Inguinal Hernia. Am. J. Surg., 126(6): 732-5, 1973.
- COX, P.J.; LEACH, R.D.; ELLIS, H. - Recurrent Groin Hernia. Postgraduate Med. J., 57(11): 702-704, 1981.
- CREMADES, N.A.; JORDAN, J.M., ROLFO, N.R.; DIAZ, A.A.; SEZIN, M.; VACA, A.A. - Hernias Inguinales. Prensa Med. Arg., 72: 427-8, 1985.
- CRUSE, P.J.E. - Incidence of Wound Infection on the surgical services. Surg. Cl. N. Am., 55(6): 1269-75, 1975.
- CRUSE, P.J.E. & FOORD, R.N. - A five-year pprospective study of 23.649 surgical wounds. Arch. Surg., 107: 206-10, 1973.
- CRUSE, P.J.E. & FOORD, R.N. - The epidemiology of Wound infection. A 10-year prospective study of 62.939 wounds. Surg. Cl. N. Am., 60: 27-40, 1980.
- CUNHA, A.M.P.; FURLAN, M.L.S.; CUNHA, S.P.; DUARTE, G.; SOLÉVERNIN, C.; XAVIER, C.A.M. - Controle bacteriológico da técnica

- de preparo de pele de pacientes no pré-operatório usando PVP-I. Rev. Bras. Cir., 76(1): 35-41, 1986.
- CURTSINGER, L.J.; PAGE, C.P.; AUST, B. - Orchiectomy during herniorrhaphy: What should we tell the patient. Am. J. Surg., 154(6): 636-39, 1987.
- DATTA, D.; ZAIDI, A.; DEVLIN, H. - A short stay surgery for inguinal hernia. Lancet, jul 12: 99-100, 1980.
- DAVIS, J.E. - Ambulatory surgical care: Basic concept and review of 1000 patients. Surgery, 73(4): 483-5, 1973.
- DAY, T. & FERRARA, J.J. - Preoperative Barium Contrast enema in Patients with inguinal hernia. Shout. Med. J., 79(11): 1339 - 41, 1986.
- DEVIS, A. - Drainage de courte dureé dans le cures de hernies inguinales. Acta Chir. Belg., 86: 259-61, 1986.
- DEYSINE, M.; GRIMSON, R.; SOROFF, H.S. - Herniorrhaphy in the Elderly. Benefits of a Clinic for the Treatment of External Abdominal Wall Hernias. Am. J. Surg., 153(4): 387-91, 1987.
- DONAHUE, P.E. - Theoretic aspects of hernia. In: NYHUS, L.M. & CONDON, R.E. - HERNIA - 3ª ed. Lippincott, 1989. p 65-70
- DORLAND, W.A.N. ed. - In: DORLAND'S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY - 23ªed - Saunders, 1957.
- EARLE, A.S. - Local Anesthesia for Inguinal Herniorrhaphy. Am. J. Surg., 100: 782-86, 1960.
- ESPINDULA, O.L.B.; GOULART, V.C.G.; PASCHOAL, A.; NETO, C.A. Frequência e Causas de Insucesso no tratamento das hérnias inguiniais. Rev. Col. Bras. Cir., 10(5): 166-8, 1983.
- FAGUNDES, D.J. - Uma visão histórica do tratamento da hérnia inguinal. Rev. Col. Bras. Cir., 6(3): 139-44, 1979.

- FALCI, F. - Reconstrução do Assoalho Profundo na Reparação da Hérnia Inguinal Direta. Rev. Col. Bras. Cir., 16(6): 264-9, 1989.
- FARRIS, J.M.; SMITH, G.K.; BEATTIE, A.S. - Umbilical hernia-An inquiry in to the principle of imbricattion and a role on the preservation of the umbilical dimple. Am. J. Surg. 98: 236-46, 1959.
- FERRAZ, E.M. - Controle de infecção hospitalar: resultado de um estudo prospectivo de dez anos em um Hospital Universitário. Tese de Professor Titular da Universidade Federal de Pernambuco, 1987.
- FINLEY Jr., R.K.; MILLER, S.F.; JONES, L.M. - Elimination of urinary retention following inguinal herniorrhaphy. Am. Surg., 57(8): 486-89, 1991.
- FLANAGAN Jr., L. & BASCOM, J.U. - Herniorrhaphies performed upon outpatients under local anesthesia. S.G.O., 153(10):557-60, 1981.
- FROSALI, D.; COLPANI, L.; BALDONE, T; FORLONI, B. - La terapia chirurgica dell'ernia inguinale com la plastica secondo Shouldice in anestesia locale: Il nostro cammino verso la chirurgia in day-hospital. Min. Chir. 46(19): 1055-59, 1991.
- FRY, D.E. & PITCHER, D.E. - Antibiotic Pharmacokinetics in Surgery. Arch. Surg., 125(11): 1490-92, 1990.
- GALLEGOS, N.C.; DAWSON, J.; JARVIS, M.; HOBBSLEY, M. - Risk of strangulation in groin hernias. Br. J. Surg., 78(10): 1171-73, 1991.
- GAYER, C.; MAZZIRI, D.; DINIZ, M.; SIMÃO, R.J.; PETRI, P. - Tratamento Cirúrgico da Hérnia Inguinal pela técnica de Shouldice modificada. J.B.M., 54(6): 84-92, 1988.
- GILBERT, A.J. - Overnight Hérnia Repair: Updated Considerations. Shout. Med. J., 80(2): 191-5, 1987.
- GILSDORF, J.R. - Eletromyographic evaluation of the Inguinal region in patient with Hernia of the Groin. S.G.O., 167(12): 466-8, 1988.
- GLASSOW, F. - High Ligation of the Sac in Indirect Inguinal Hernia. Am. J. Surg., 109(4): 460-3, 1965.

- GLASSOW, F. - Femoral Hérnia. Review of 1143 consecutive repair. Ann. Surg., 163: 227-31, 1966.
- GLASSOW, F. - Inguinal and Femoral Hernia in Women. Int. Surg., 57(11): 34-6, 1972.
- GLASSOW, F. - The Surgical repair of Inguinal and Femoral Hernia in Shouldice Hospital. C. M. A. J., 108(3): 308- 313, 1973.
- GLASSOW, F. - Inguinal Hernia Repair. A Comparasion of the Shouldice and Cooper Ligament repair of the Posterior Inguinal Wall. Am. J. Surg., 131(3): 306-11, 1976.
- GLASSOW, F. - Inguinal Hernia repair using Local Anesthesia. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 66: 382-7, 1984.
- GRABOWSKI, E.W. & GRABOWSKI, I.B. - Modified Shouldice Hernia repair. A study of 421 Inguinal Herniorrhaphies by a single community Surgeon over ten years. Am. Surg., 54(11): 645-7, 1988.
- GREENBRUG, A.G.; SAIK, R.P.; PESKIN, G.W. - Expanded Indications for Preperitoneal Hernia repair: The High Risk Patient. Am. J. Surg., 138(1): 149-53, 1979.
- GREENBURG, A.G. - Revisiting the Recurrent Groin Hernia. Am. J. Surg., 154(1): 35-40, 1987.
- GRIFFITH, C.A. - A correção de Marcy revista. Clin. Cir. Am. Norte, 2: 229-42, 1984.
- GUILLEN, J. & ALDRETE, J.A. - Anesthetic Factors Influencing Morbidity and Mortality o f Elderly Patient undergoing Inguinal Herniorrhaphy. Am. J. Surg., 120(6): 760-3, 1970.
- GULMMO, A. - Herniography. World J. Surg., 13(5): 560-8, 1989.
- HALVERSON, K. & McVAY, C.B. - Inguinal and Femoral Hernioplasty. A 22-year study of the Authors' methods. Arch. Surg., 101(8): 127-35, 1970.

- HILARIO, J. - The Rationale of Surgical Treatment of Inguinal Hernia. Int. Surg., 71: 260-2, 1986.
- INGIMARSON, O. & SPAK, I. - Inguinal and Femoral hernias . Long term results in a Community Hospital. Acta. Chir. Scand., 149: 291-97, 1983.
- JONES, D.J. - Inguinal hernia repair: Which suture? Ann. R. Coll. Surg. Engl., 68: 323-5, 1986.
- JONES, R.N.; WOGIACKI, W.; PORTER, C.; SEARLES, M. - Antibiotic prophylaxis of 1036 patients undergoing elective surgical procedures. Am. J. Surg., 153(4): 341-6, 1987.
- KATAYAMA, M.; LAURITO, G.M.; SEVERINO, M.A.F.; VIEIRA, J.L.- Comparação entre anestesia geral e bloqueio subaracnóideo para artroscopia de joelho em regime ambulatorial. Rev. Bras. Anest., 41(2): 91-97, 1991.
- KINGSNORTH, A.N.; BRITTON, B.J.; MORRIS, P.J. - Recurrent Inguinal hernia after Local Anaesthetic repair. Br. J. Surg., 68: 273-5, 1981.
- KOOS, P.T. & McCOMMAS, B. - Shaving versus skin depilatory cream for preoperative skin preparation. Am. J. Surg., 145(3): 377-78, 1983.
- LABBATE, D.V.; OLIVEIRA, C.; BARCELOS NETO, H.S.; SEABRA, J.C.T.; PERES, M.A.; ARANHA, N.; LEONARDI, L.S. - Cirurgia ambulatorial na infância - avaliação de casuística. Rev. Bras. Cir., 81(5): 235 - 38, 1991.
- LEITE SOBRINHO, G.B. - Pós-operatório. In: FONSECA, F.P. & ROCHA, P.R.S. - Cirurgia Ambulatorial. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p. 37-48.
- LEONARDI, L.S. - Antibioticoterapia profilática na cirurgia do aparelho digestivo. Rev. Bras. Cir., 75(4): 279-82, 1985.
- LICHTENSTEIN, I.L. - Ambulatory Outpatient Hernia Surgery. Including a new concept introducing Tension-free repair. Int. Surg., 71: 1-4, 1986.
- LICHTENSTEIN, I.L. - Herniorrhaphy. A personal Experience with 6321 cases. Am. J. Surg., 153(6): 553-9, 1987.

- LICHTENSTEIN, I.L.; HERZIKOFF, S.; SHORE, I.M.; STUART, M.W.J.S.; MIZUNO, R. - The dynamics of wound healing. S.G.O., 124(4): 685-90, 1970.
- LICHTENSTEIN, I.L.; SHULMAN, A.L.; AMID, P.K. - Twenty questions about herniorrhaphy. Am. Surg. 57(11): 730-33, 1991.
- LIMA, L.P. - Comentário sobre o tratamento das hérnias da região inguinal. Rev. Pesq. Méd. Porto Alegre, 19(1): 31-3, 1985.
- LINCH, T.H.; WAYMONT, B.; BEACOCK, C.J.; WALLACE, D.M.A. - Paravesical suture granuloma - a problem following herniorrhaphy. J. Urol., 147(2): 460-62, 1992.
- LOVETT, J.; KIRGAN, D.; MCGREGOR, B. - Inguinal Herniation justifies Sigmoidoscopy. Am. Surg., 158(6): 615-7, 1989.
- LUND, J.; HVIDT, V.; ANDERSEN, J.K. - Inguinal and Femoral Hernioplasty. Five-year follow-up of 284 cases of McVay repair. Acta Chir. Scand., 131: 72-80, 1966.
- McVAY, C.B. - Inguinal and Femoral hernioplasty. Surgery, 57: 615-26, 1958.
- McVAY, C.B. - The Anatomy of the relaxing incision in inguinal hernioplasty. The Quartelly Bulletins, 36: 245-52, 1962.
- McVAY, C.B. & ANSON, B.J. - A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy. S.G.O., 74: 746-50, 1942.
- MADDEN, J.U.; HAKIM, S.; AGOROGIANNIS, A.B. - The Anatomy and Repair of inguinal hernia. Surg. Clin. N. Am., 51(6): 1269-1292, 1971.
- MAGNUSSON, J. & ISAKSSON, B. - Recurrence after inguinal hernioplasty. A Retrospective analysis of 122 cases. Acta. Chir. Scand., 149: 157-9, 1983.
- MAIA, C.P. - Anestesia ambulatorial - fase pré-operatória -seleção de pacientes. Rev. Bras. Anest. 33(2): 108-109, 1983.
- MARDSSEN, A.J. - Recurrent Inguinal Hernia: A Personal study. Br. J. Surg., 75(3): 263-6, 1988.

- MELO, C.M.A - Da suposta validade dos exames pré-operatórios. Tese de Mestrado em Cirurgia na Universidade Federal de Pernambuco - 1984.
- MOSCHINSKI, D. & LINKE, R. - Inguinal Hernia Operations in Germany. Int. Surg., 71: 146-7, 1986.
- MORRIS, G.E. & JARRET, P.M. - Recurrence rates following Local Anaesthetic day case inguinal hernia repair by Junior Surgeon in a District General Hospital. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 69: 97-9, 1987.
- MURPHY, T.M. - Bloqueios. In: MULLER, R.D. - Anestesia. vol.02 - Ediciones Doyama - 1986.
- NEUTRA, R.; VELEZ-GIL, A.; FERRADA, R.; GALAN, R. - Risk of incarceration of Inguinal Hernia in Cali, Colombia. Jor. Curt. Dist., 34: 561-4, 1981.
- NYHUS, L.M. - The Preperitoneal Approach and Prosthetic buttress repair for Recurrent hernia. Ann. Surg., 208(6): 733-7, 1988.
- NYHUS, L.M. - The Recurrent Groin Hernia: Therapeutic Solutions. World J. Surg., 13: 541-4, 1989.
- OBNEY, N. - Shouldice Technique for Repair of Inguinal Hernia. Bull. N.Y. Acad. Med., 55(9): 863-6, 1979.
- OLIVA FILHO, A.L. - Anestesia pra pacientes de curta permanência hospitalar - Anestesia Ambulatorial. Rev. Bras. Anest., 33(1): 51-60, 1983.
- OLIVEIRA, M.R.; SPERANZINI, M.B.; JUNQUEIRA Jr., A. - A validade da cirurgia ambulatorial. Rev. Bras. Educ. Med., 9(1): 52-54, 1985.
- OTTSEN, M.; PEDERSEN, A.H.; VEJLESBI, J. - Inguinal Herniorrhaphy by Anatomical Transversalis Fascia Repair. Acta Chir. Scand., 131: 441-7, 1966.
- OUGHTERSON, A.W. - The Hypertrophy of fascia and its use in in the repair of large scrotal herniae. S.G.O., 49: 387 - 91, 1929.

- PANOS, R.G.; BECK, D.E.; MARESH, J.E.; HARFORD, F.J. - Preliminary results of a prospective randomized study of Cooper's ligament versus Shouldice herniorrhaphy technique. S.G.O., 175(4): 315-19, 1992.
- PEACOCK, E.E. & MADDEN, J.W. - Studies on the biology and Treatment of recurrent inguinal hernia: II-Morphological Changes. Ann. Surg., 179: 67-71, 1974.
- PEREIRA, V. & RAHAL, F. - Hérnia inguinal recidivada. Arq. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo, 19: 11-25, 1973.
- PERES, M.A.O. - Implantação da Cirurgia Ambulatorial e Simplificada em Hospital Comunitário - Campinas/SP - 1992 - Dissertação de Mestrado em Cirurgia - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.
- PIEDAD, O.H.; STOESSER, P.N.; WELS, P.B. - Sliding Inguinal Hernia. Am. J. Surg., 126(7): 106-7, 1973.
- PIETRI, P. & GABRIELLI, F. - Recurrent Inguinal Hernia. Int. Surg., 71: 164-8, 1986.
- PIRES, P.W.A.; MITTELSTAEDT, W.M.; FUJIMURA, I.; CUNHA, J.; BRANCO, P.D.; SPERANZINI, M.B.; OLIVEIRA, M.R. - Hérnias Inguino-crurais. Análise crítica de 416 casos. Rev. Paul. Med., 104(4): 203-8, 1986.
- PONKA, J.L. - Seven Steps to Local Anesthesia for Inguino femoral hernia repair. S.G.O., 83: 115-20, 1963.
- PONKA, J.L. - Significant contributions toward understanding and sound treatment of hernias. In: _____, Abdominal Hernias, terceira edição, 1980a.
- PONKA, J.L. - Anatomy. In _____, Abdominal Hernias, terceira edição, 1980b.
- POSTLETHWAIT, R.W. - Recurrent Inguinal Hernia. Ann. Surg., 202(6): 777-9, 1985.
- PRITCHARD, T.J.; BLOOM, A.D.; ZOLLINGER, R.M. - Pitfalls in ambulatory treatment of inguinal hernias in adults. Surg. Clin. N. Am., 71(6): 1353 -63, 1991.

- RAHAL, F. - In: _____, Tratamento Cirúrgico das Hérnias da Região Ínguino-crural. 1966.
- RAINS, A.J.H. - A Contribution to the Principles of the surgery of Inguinal Hernia. Br. J. Surg., 34(154): 211-26, set. 1951.
- READ, R.C. - Attenuation of the Rectus Sheath in Inguinal Herniation. Am. J. Surg., 120(6): 610-14, 1970.
- READ, R.C. - Desenvolvimento da Herniorrafia Inguinal. Clin. Cir. Am. Norte, 64 (2): 197-206, 1984.
- READ, R.C. - Historical Survey of the Treatment of Hernia. In NYHUS, L.M & CONDON, R.E. - Hernia - Chapter 1: 03-17 - Terceira edição - Editora Lippincott - Pennsylvania - 1989.
- READ, R.C. & McLEOD, P.C. - Influence of Relaxing Incision on Suture Tension in Bassini's and McVay's repairs. Arc. Surg., 116(4): 440-5, 1981.
- REIS Jr., A. - O ato anestésico ambulatorial - métodos loco-regionais. Rev. Bras. Anest., 33(2): 112-13, 1983.
- ROBBINS, J.A. & MUSCHLIN, A.I. - Preoperative evaluation of the healthy patient. Med. Clin. N. Am., 63(6): 1145-56, 1979.
- RODRIGUES Jr., A.J. - Estudo morfofuncional do sistema de Fibras Elásticas da Fáscia Transversal na região Inguinal no homem em várias idades. Tese de Docência Livre - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Departamento de Cirurgia - 1987.
- RODRIGUES Jr., A.J.; SPERANZINI, M.; RASERA Jr., I.; YAMAMURA, E.M.; OLIVEIRA, M.R. - Tratamento cirúrgico das hérnias inguinais com anestesia local. Rev. Paul. Med., 108(1): 4-8, 1990.
- RONALD, A.R. - Antimicrobial prophylaxis in surgery. Surg., 93(1): 172-73, 1983.
- ROSENBERG, D. - Correção cirúrgica das Hérnias Inguino-crurais. Rev. Paul. Med., 104(4): 179, 1976.

- ROSENBERG, D. & VIANA, F.C. - O uso de Material Plástico na cura das Hérnias Recidivadas e Incisionais. Rev. Paul. Med., 51(2): 37-47, 1957.
- ROSS, A.P.J. - Incidence of inguinal hernia recurrence effect of time off work repair. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 57: 326-28, 1975.
- RUBIN, B.G.; BALLANTYNE, G.H.; ZOLON, M.J.; ZUCKER, K.A.; MODLIN, I.M. - The role of Flexible Sigmoidoscopy in the Preoperative Screening of Patients with Inguinal Hernia. Arch. Surg., 122(3): 296-9, 1987.
- RUTLEDGE, R.H. - Cooper's Ligament Repair: A 25-year experience with a single technique for all Groin Hernias in adults. Surgery, 103(1): 1-10, 1988.
- RUTKOW, I.M. - General Surgical Operations in the U.S.A. Arch. Surg., 121(10): 145-8, 1986.
- SCHLEGEL, P.N. & WALSH, P.C. - The use of the Preperitoneal Approach for the Simultaneous repair of Inguinal Hernia during Surgery on the Bladder and Prostate. World. J. Surg. 13(5): 555-9, 1989.
- SEROPIAN, R. & REYNOLDS, B.M. - Wound infection after preoperative depilatory versus razor preparation. Am. J. Surg., 121(3): 251-54, 1971.
- SHAKED, A.; CALDERON, I.; DURST, A. - Safety of Surgical Procedures Performed by Residents. Arch. Surg., 126(5): 559-60, 1991.
- SHEARBURN, E.W. & MYERS, R.N. - Shouldice repair for Inguinal Hernia. Surgery, 66(2): 450-9, 1969.
- SHOULDICE, E.B. - The Shouldice Repair for Inguinal Hernia. Surgery in the 70's, 3(2): 1-30, 1970.
- SHULMAN, A.G.; AMID, P.K.; LICHTENSTEIN, I.L. - The "Plug" Repair of 1402 recurrent Inguinal Hernias. Arch. Surg., 125(2): 265-7, 1990.
- SILVA, N.C - Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice - Contribuição pessoal. Tese de Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais - 1987.

- SILVA, N.C.; LANNA, J.M.D.; SANTOS, R.J.C.; SOARES, J.L.; VIEIRA, M.S.; CLAUNE, G.S. - Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice. Rev. Col. Bras. Cir., 17(5): 94-98, 1990.
- SILVA Jr., C.A. - Anestesia ambulatorial - pré-medicação. Rev. Bras. Anest., 33(2): 110, 1983.
- SIMCHEN, E.; ROTIN, R.; WAX, Y. - The Israeli Study of Surgical Infection of Drains and the risk of Wound Infection in Operation for Hernia. S.G.O., 170(4): 331-7, 1990.
- SISLEY, J.F.; SCARBOROUGH, E.S.; MORRIS, R.C.; JENNINGS, W.D. - Shouldice Hernia Repair: Results at a Teaching Institution. Am. Surg., 53(9): 495-6, 1987.
- SKANDALAKIS, J.; GRAY, S.W.; SKANDALAKIS, L.J.; COLBORN, G.L.; PEMBERTON, B. - Surgical Anatomy of the Inguinal Area. World J. Surg., 13(5): 490-8, 1989.
- SPANO, V.; HEQUERA, J.; GALLARDO, H.; GUTIERREZ, V.P. - Importancia Quirúrgica em la Fascia Transversalis. Prensa Med. Arg., 72(5): 147-50, 1985.
- SPERANZINI, M.B.; MITTELSTAEDT, W.E.M.; FUJIMURA, I.; PIRES, P.W.A.; REBOLATO, F.J.; RODRIGUES JR., A.J.; DEUTSCH, C.R.; SOUZA, J.F.T. - Hérnias Inguinais Recidivadas: Estudo de 87 casos. Rev. Paul. Med., 107(2): 97-104, 1989.
- STARLING, J.R. & HARRIS, B.A. - Diagnosis and Treatment of Genitofemoral and Ilioinguinal Neuralgia. World J. Surg., 13(5): 586-91, 1989.
- STOPPA, R.E.; WARLAMOUNT, C.H.; VERHAEGHE, P.J.; ROMERO, E.R.; M'BALLA-N'DI, C.J. - Prosthetic Repair in the Treatment of Groin Hernias. Int. Surg., 71: 154-8, 1986.
- STOPPA, R.E.; WARLAUMONT, C.H.; MARRASSE, E.; VERHAEGHE, P. - Pathogenie des Hernies de L'Aine. Minerva Chir., 44(4): 737-44, 1989.
- STOTT, M.A.; SUTTON, R.; ROYLE, G.T. - Bilateral Inguinal Hernias: Simultaneous or Sequential repair? Post-grad Med. J., 64: 375-8, 1988.

- THOMAS, S.M. & BARRES, J.P. - Recurrent Inguinal Hernia in relation to Ideal Body Weight. S.G.O., 170(6): 510-2, 1990.
- TONS, C.; KLINGER, U.; KUPCZYK-JOERIS, D.; ROTZCHER, V.M.; CHUMPELICK, V. - Kontrolliert Studie zur kremasterresektion bei Shouldice-Reparation primärer Leistenhernien - Zent.bl. Chir., 116(12): 737 - 43, 1991.
- VALTORTA, A. ; LEX, A.; OLIVEIRA, M.R. - Hernia Inguinal Recidivada. Rev. Col. Bras. Cir., 7(2): 75-82, 1980.
- VATER, J. & GONÇALVES, M.C.V. - Ampliação do Binomio Anestesia Local - Paciente Externo. Enfoque especial para Hérnias inguino-Crurais. Resid. Med. RJ, 15(5): 10-22, 1986
- VELEZ-GIL, A.; WILSON, D.; PELAEZ, R.N. - A simplified system for Surgical Operations: The Economics of Treating Hernia. Surgery, 77(3): 391-4, 1975.
- WAGH, P.J. & READ, R.C. - Defective Collagen Synthesis in Inguinal Herniation. Am. J. Surg., 124(6): 819-22, 1972.
- WANTZ, G.E. - Testicular Atrophy as a Sequela of Inguinal Hernioplasty. Int. Surg., 71: 159-63, 1986.
- WANTZ, G.E. - The Operation of Bassini as described by Attilio Catterina. S.G.O., 168(1): 67-80, 1989a.
- WANTZ, G.E. - The Canadian Repair: Personal Observations. World. J. Surg., 13(5): 516-21, 1989b.
- WANTZ, G.E. - Ambulatory Hernia Surgery. Br. J. Surg. 76(12): 1228-9, 1989c.
- WELSH, D.R.J. - Inguinal hernia repair: A Contemporary Approach to a Common Procedure. Modern Med., April 1: 49-54, 1974.
- WHITE, P.F. - Anestesia em Pacientes Externos. in: MILLER, R. Tratado de Anestesia. Ed. Manole. 2ª ed., cap. 53, 1989.

- YADEGAR, J. - Outpatient Herniorrhaphy: Pitfall and Precautions. Hosp. Pract., 15: 80CC-80FF, 1986.
- YOUNG, D.V. - Comparasion of Local, Spinal and General Anesthesia for Inguinal Herniorrhaphy. Am. J. Surg., 153(6): 560-63, 1987.
- ZIMMERMAN, L.M. - Clinical Surgery. Inguinal Hernia. II - The Surgical Treatment of Direct Inguinal Hernia. S.G.O., 66: 193-8, 1938.
- ZIMMERMAN, L.M., - A critique of the McVay operation for Inguinal Hernia. S.G.O., 87: 621-3, 1948.
- ZIMMERMAN, L.M. - Recurrent Inguinal Hernia. Surg. Clin. N. Am., 51(6): 1317-24, 1971.

X - TABELAS

**X.1 - REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E
METODOLOGIA**

TABELA 01 - NÚMERO DE PACIENTES E TIPO DE CIRURGIA

	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
PACIENTES	57 (52,29%)	52 (47,71%)	109 (100%)

TABELA 02 - GRUPO ETÁRIO

GRUPO ETÁRIO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
21 - 30 anos	06 (10,52%)	01 (01,92%)	07 (06,42%)
31 - 40 anos	05 (08,77%)	06 (11,53%)	11 (10,09%)
41 - 50 anos	06 (10,52%)	10 (19,23%)	16 (14,68%)
51 - 60 anos	21 (36,84%)	16 (30,76%)	37 (33,94%)
61 - 70 anos	11 (19,29%)	15 (28,88%)	26 (23,85%)
71 - 80 anos	04 (07,03%)	02 (03,84%)	06 (05,51%)
> que 80 anos	04 (07,03%)	02 (03,84%)	06 (05,51%)
TOTAL	57 (100%)	52 (100%)	109 (100%)

TABELA 03 - GRUPO ÉTNICO

GRUPO ÉTNICO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
BRANCOS	43 (75,45%)	37 (71,16%)	80 (73,41%)
NEGROS	06 (10,52%)	07 (13,46%)	13 (11,92%)
PARDOS	07 (12,28%)	08 (15,38%)	15 (13,76%)
AMARELO	01 (01,75%)	*****	01 (00,91%)
TOTAL	57 (100%)	52 (100%)	109 (100%)

TABELA 04 - DOENÇAS DE BASE CONCOMITANTE

DOENÇAS	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
NENHUMA	32 (56,14%)	24 (46,15%)	56 (51,37%)
OUTRA DOENÇA DE BASE			
HIPERTENSÃO	14 (24,57%)	16 (30,78%)	30 (27,53%)
PNEUMOPATIA	05 (08,78%)	03 (05,77%)	08 (07,34%)
CARDIOPATIA	03 (05,26%)	03 (05,77%)	06 (05,51%)
DIABETES	****	02 (03,84%)	02 (01,83%)
OBESIDADE	01 (01,75%)	01 (01,92%)	02 (01,83%)
OUTRAS DOENÇAS	02 (03,50%)	03 (05,77%)	05 (04,59%)
TOTAL COM DOENÇAS	25 (43,86%)	28 (53,85%)	53 (48,63%)

TABELA 05 - ACOMETIMENTO UNI OU BILATERAL

UNI/BILATERAL	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
UNILATERAL	42 (73,68%)	40 (76,91%)	82 (75,23%)
DIREITA	23 (40,35%)	22 (42,30%)	45 (41,29%)
ESQUERDA	19 (33,33%)	18 (34,61%)	37 (33,94%)
BILATERAL	15 (26,32%)	12 (23,09%)	27 (24,77%)

TABELA 06 - ACOMETIMENTO DA REGIÃO ESCROTAL

ACOMETIMENTO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
SEM ACOMETIMENTO	52 (91,22%)	46 (88,46%)	98 (89,90%)
COM ACOMETIMENTO	05 (08,78%)	06 (11,54%)	11 (10,10%)

TABELA 07 - LADO CORRIGIDO: DIREITO OU ESQUERDO

LADO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
DIREITO	31 (54,38%)	31 (59,61%)	62 (56,89%)
ESQUERDO	26 (45,62%)	21 (40,39%)	47 (43,11%)

TABELA 08 - TIPO DE APRESENTAÇÃO: DIRETA OU MISTA

APRESENTAÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
DIRETA	45 (78,94%)	41 (78,84%)	86 (78,89%)
MISTA	12 (21,06%)	11 (21,16%)	23 (21,11%)

**TABELA 09 - ACOMETIMENTO DA PAREDE POSTERIOR:
TOTAL OU PARCIAL**

ACOMETIMENTO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
TOTAL	19 (33,34%)	23 (44,23%)	42 (38,53%)
PARCIAL	38 (66,66%)	29 (55,77%)	67 (61,47%)

TABELA 10 - ANESTESIA UTILIZADA

ANESTESIA	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
LOCAL	47 (82,45%)	35 (67,30%)	82 (75,22%)
PERIDURAL	07 (12,29%)	13 (25,01%)	20 (18,34%)
RAQUIDEANA	03 (05,26%)	04 (07,69%)	07 (06,44%)

**TABELA 11 - CIRURGIAS REALIZADAS CONCOMITANTEMENTE
A RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO INGUINAL**

CIRURGIA	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
EXERESE DE TUMORES BASOCELULARES	03 (05,25%)	02 (03,84%)	05 (04,58%)
CORREÇÃO DE HÉRNIA UMBILICAL	01 (01,75%)	03 (05,76%)	04 (03,66%)
HIDROCELECTOMIA	02 (03,50%)	****	02 (01,83%)
EXERESE DE CISTO DE CORDÃO	02 (03,50%)	****	02 (01,83%)
VASECTOMIA	****	01 (01,92%)	01 (00,91%)
TOTAL	08 (14,00%)	06 (11,52%)	14 (12,81%)

X.2 - REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS

TABELA 12A - EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

EVOLUÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
SEM ALTERAÇÃO	54 (94,75%)	45 (86,55%)	99 (90,82%)
DOR	02 (03,50%)	06 (11,53%)	08 (07,33%)
HEMATOMA	01 (01,75%)	01 (01,92%)	02 (01,83%)
COM COMPLICAÇÃO	03 (05,25%)	07 (13,45%)	10 (09,18%)

TABELA 12B - DOR IMEDIATA COMPARADA COM ANESTESIA UTILIZADA

ANESTESIA	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
PERIDURAL	02 (25,71%)	03 (23,09%)	05 (25,00%)
RAQUIDEANA	*****	03 (75,00%)	03 (42,85%)

OBS.: Porcentagem calculada sobre o total de anestesia de cada grupo.

TABELA 13 - EVOLUÇÃO ATÉ O VIGÉSIMO-OITAVO DIA DE PÓS-OPERATÓRIO

EVOLUÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
TOTAL DE PACIENTES SEM COMPLICAÇÕES	53 (92,98%)	47 (90,38%)	100 (91,74%)
SEROMA	02 (03,50%)	01 (01,92%)	03 (02,75%)
EDEMA DE TESTÍCULO	01 (01,75%)	01 (01,92%)	02 (01,83%)
ATROFIA DE TESTÍCULO	01 (01,75%)	****	01 (00,91%)
DOR	01 (01,75%)	03 (05,76%)	04 (03,66%)
INFECCÃO	01 (01,75%)	01 (01,92%)	02 (01,83%)
TOTAL DE PACIENTES COM COMPLICAÇÕES	04 (07,02%)	05 (09,62%)	09 (08,26%)

**TABELA 14 A - OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO COMPARADA COM O TEMPO
O TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR**

PERMANÊNCIA	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
ATÉ 12 horas	01 (02,38%)	*****	01(01,44%)
ENTRE 12 e 18 horas	*****	01 (08,33%)	01(04,54%)

OBS. - Porcentagem calculada sobre o total de pacientes internados em cada um dos periodos

**TABELA 14 B - OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO COMPARADA COM A
ANESTESIA UTILIZADA**

ANESTESIA	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
LOCAL	01 (02,12%)	*****	01 (01,21%)
PERIADURAL	*****	01 (07,69%)	01 (05,00%)

OBS. - Porcentagem calculada sobre o total de cada anestesia e cada técnica

TABELA 15 A - RECIDIVA

EVOLUÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
SEM RECIDIVA	57 (100%)	50 (96,16%)	107 (98,17%)
COM RECIDIVA	*****	02 (03,84%)	02 (01,83%)

TABELA 15 B - OCORRÊNCIA DE RECIDIVA

VARIÁVEIS	PACIENTE de 48 anos	PACIENTE de 64 anos
ANESTESIA	PERIDURAL 01/20 = 05,00%	RAQUIDEANA 01/07 = 14,28%
TIPO DE HÈRNIA	DIRETA 01/86 = 01,16%	DIRETA 01/86 = 01,16%
EVOLUÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO	COM INFECÇÃO 01/02 \ 50,00%	SEM ALTERAÇÕES 01/97 = 01,03%
TEMPO DECORRIDO	TREZE MESES	SEIS MESES
TIPO DE RECIDIVA	DIRETA	INDIRETA

TABELA 16 - TEMPO DE INTERNAÇÃO COMPARADO COM O TIPO DE CIRURGIA REALIZADO

TEMPO DE INTERNAÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
ATÉ 12 horas	42 (73,71%)	27 (51,94%)	69 (63,30%)
ENTRE 12 e 18 horas	10 (17,54%)	12 (23,07%)	22 (20,19%)
ATÉ 18 horas	52 (91,25%)	39 (75,01%)	91 (83,49%)
ENTRE 18 e 24 horas	02 (03,50%)	09 (17,30%)	11 (10,09%)
ATÉ 24 horas	54 (94,75%)	48 (92,31%)	102 (93,58%)
MAIS DE 24 horas	03 (05,25%)	04 (07,69%)	07 (06,42%)

TABELA 16 A - TEMPO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES OPERADOS SOB ANESTESIA LOCAL

TEMPO DE INTERNAÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
ATÉ 12 horas	39 (82,98%)	25 (71,43%)	64 (78,05%)
ENTRE 12 e 18 horas	08 (17,02%)	10 (28,57%)	18 (21,95%)
ATÉ 18 horas	47 (100%)	35 (100%)	82 (100%)

OBS. - Porcentagem calculada sobre as anestésias locais realizadas em cada grupo

TABELA 16 B - TEMPO DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES OPERADOS SOB ANESTESIA PERIDURAL

TEMPO DE INTERNAÇÃO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
ATÉ 12 horas	03 (42,86%)	02 (15,38%)	05 (25,00%)
ENTRE 12 e 18 horas	02 (28,57%)	02 (15,38%)	04 (20,00%)
ATÉ 18 horas	05 (71,43%)	04 (30,76%)	09 (45,00%)
ENTRE 18 e 24 horas	02 (28,57%)	09 (69,24%)	11 (55,00%)
ATÉ 24 horas	07 (100%)	13 (100%)	20 (110%)

OBS. - Porcentagem calculada sob as anestésias peridurais realizadas para cada grupo

TABELA 17 - TEMPO MÍNIMO DE SEGUIMENTO PÓS-OPERATÓRIO

TEMPO MÍNIMO DE SEGUIMENTO	SHOULDICE	McVAY	TOTAL
36 meses	30 (52,63%)	34 (65,38%)	64 (58,71%)
30 meses	43 (75,43%)	39 (75,00%)	82 (75,22%)
24 meses	57 (100%)	52 (100%)	109 (100%)

XI - ANEXOS

XI.1 - ANEXO I - ARQUIVO DE CIRURGIA DE PAULÍNIA



HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA
ARQUIVO DE CIRURGIA

NUMCIR:

M. H. :

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Idade:

Sexo: () M () F Cor: Est. Civil:

Endereço: Cidade:

II - ANAMNESE

QP+HPMA:

.....

INTERROGATÓRIO COMPLEMENTAR

Cabeça e Pescoço

Cardio-vascular

Respiratório

T. G. I.

T. G. U.

Locomotor

Neurológico

ANTECEDENTES PESSOAIS

Tabagismo () Etilismo () Alergia () Diabete ()

H. A. S. () Prostatismo () Inf. Pulmonares () Tbc ()

Medicamentos em uso/usados

Outros

ANTECEDENTES FAMILIARES

.....

III - EXAME FÍSICO

P.A= X P= Peso Est.

Geral

Especial : Cab. Pesc.

Coração

Pulmões

Abdomen

Procto

T. G. U.

Membros

**XI.2 - ANEXO II - ARQUIVO DE TRATAMENTO DAS
HÉRNIAS ÍNGUINO- CRURAS -
HMP - FCM UNICAMP**

ARQUIVO DE TRATAMENTO DAS HÉRNIAS
ÍNGUITO-CRURAIS - HMP - FCM UNICAMP

I - ANAMNESE AMBULATORIAL

I.1 - NOME:.....

I.2 - ENDEREÇO:.....

CIDADE:.....TELEFONE:.....

CONTATO:.....

I.3 - SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO

I.4 - COR: (1)BRANCO (2)PRETO (3)AMARELO (4)MESTIÇO (5)MULATO

I.5 - IDADE: (1) 00m-11m (2) 01a-05a (3) 06a-10a (4) 11a-20a

(5) 21a-30a (6) 31a-40a (7) 41a-50a (8) 51a-60a

(9) 61a-70a (10)71a-80a (11) + 80a (12) ign

I.6 - GRAU INSTRUÇÃO: (1) PRIM (2) GIN (3) COL (4) SUP (5) ANALF

I.7 - TIPO SERVIÇO: (1) ESCRITÓRIO (2) LEVE (3) PESADO

I.8 - TEMPO HISTÓRIA: (1) 01m (2) 01m-06m (3) 06m-01a

(4) 01a-02a (5) 02a-03a (6) 03a-05a

(7) 05a-10a (8) + 10a (9) ign

I.9 - DOENÇA DE BASE: (1) ASA I (2) H.A.S (3) CARDIOPATIA

(4) D.P.O.C. (5) OBESIDADE (6)ETILISMO

(7) IMUNODEPRIMIDO (8) DIABETES

(9) PROSTATISMO (10) OBST.INTESTINAL

(11) OUTROS:.....

II - AVALIAÇÃO AMBULATORIAL

II.1 - QUALIFICAÇÃO DA HÉRNIA

II.1.1 - (1) PRIMÁRIA (2) RECIDIVADA:.....vezes

II.1.2 - (1) DIREIRA (2) ESQUERDA (3) BILATERAL

II.1.3 - (1) INGUINAL (2) INGESCROTAL (3) CRURAL

II.1.4 - (1) INDIRETA (2) DIRETA (3) MISTA (4) CRURAL
(5) IND + CRU (6) DIR + CRU (7) INDEFINIDO

II.2 - TESTÍCULOS: (1) NORMAIS (2) ALTERADOS:.....

III - PRÉ-CIRÚRGICO

III.1 - TRICOTOMIA: (1) SIM (2) NÃO HORA:.....

III.2 - ANTIBIÓTICO: (1) SIM (2) NÃO HORA:.....

III.3 - PRE-ANESTÉSICO: (1) NENHUM (2) MIDAZOLAN (3) DIAZEPAN
(4) OUTROS HORA:.....

III.4 - ANESTESIA: (1) LOCAL (2) PERI (3) RAQUI (4) GERAL
(5) OUTROS:..... HORA:.....

III.5 - COMPLEMENTAÇÃO: (1) SIM (2) NÃO
QUAL MEDICAÇÃO:.....
MOTIVO:.....
ANESTESISTA:.....

IV - ACHADOS INTRA-OPERATÓRIO

IV.1 - TIPO HÉRNIA: (1) PERSIST. (2) INDIRETA PEQUENA(anel 2cm)
 (3) IND GDE (4) DIRETA (5) MISTA
 (6) CRURAL (7) OUTRAS:.....

IV.2 - PAREDE POSTERIOR: (1) INTEGRÁ (2) PARCIALMENTE COMPROM.
 (3) TOTALMENTE COMPROMETIDA

V - RECONSTRUÇÃO

V.1 - TÉCNICA: (1) LIG SIM SACO (2) MARCY (3) MARCY+REFORÇO
 (4) SHOULDICE (5) McVAY (6) PRÓTESE
 (7) OUTROS :.....

V.2 - INCISÃO LIBERADORA: (1) SIM (2) NÃO

V.3 - FIO DE SUTURA: (1) NYLON MONOFILAMENTAR (2) POLIPROPILENO
 (3) OUTROS:.....
 MOTIVO:.....

V.4 - CIRURGIA CONCOMIT.: (1) HUMB (2) HEPIG (3) ORQUIECTOMIA
 (4) ORQUIDOPEX (5) HIDROC (6) CISTOCORDÃO
 (7) POSTECT (8) VASECT (9) VARICOCELECT.
 (10) PELE (11) NENHUMA
 (12) OUTRA:.....

V.5 - INTERCORRÊNCIAS: (1) NENHUMA (2) SIM

V.6 - DATA:...../...../..... CIRURGIÃO:.....()

VI - PÓS-OPERATÓRIO

VI.1 - IMEDIATO: (1) NDN (2) DOR (3) SEROMA (4) HEMATOMA
 (5) RETENÇÃO URINÁRIA (6) EDEMA TESTÍCULO
 (7) INFECÇÃO FERIDA (8) PNEUMONIA
 (9) OUTRAS:.....

VI.2 - DEAMBULAÇÃO: (1) ATÉ 2h (2) 02h-04h (3) 04h-08h
(4) 08-12h (5) 12h-24h (6) + 24h

VI.3 - TEMPO INTERNAÇÃO: (1) ATÉ 12h (2) 12h-18h (3) 18h-24h
(4) 24h-30h (5) 30h-36h (6) 36h-48h
(7) + 48h MOTIVO:.....

VI.4 - ATÉ SÉTIMO P.O.: (1) NDN (2) DOR (3) SEROMA (4) HEMATOMA
(5) PNEUMONIA (6) ITU (7) INFECÇÃO
(8) DEISCÊNCIA (9) EDEMA TESTÍCULO
(10) OUTRAS:.....

VI.5 - ATÉ 28 P.O. : (1) NDN (2) DOR (3) SEROMA (4) HEMATOMA
(5) PNEUMONIA (6) ITU (7) INFECÇÃO
(8) DEISCÊNCIA (9) ATROFIA TESTÍCULO
(10) OUTRAS:.....

VI.6 - TARDIO: 3 MESES - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN
6 MESES - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN
1 ANO - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN
2 ANOS - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN
3 ANOS - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN
5 ANOS - (1) NDN (2) DOR (3) RECIDIVA (4) IGN

VI.7 - SE RECIDIVA: (1)INDIRETA (2)DIRETA (3)MISTA (4)CRURAL (5)IGN
(6) OUTRAS

XI.3 - ANEXO III - FICHA DE PRÉ-OPERATÓRIO

XI.4 - ANEXO IV - FICHA DE PÓS-OPERATÓRIO



HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNIA

VEREADOR ANTONIO ORLANDO NAVARRO

CLÍNICA CIRÚRGICA — PÓS OPERATÓRIO

NOME:

MH: NUMCIR:

Cirurgia Realizada:

Equipe: Anestesia:

Graucant: () L () LC () C () S Local: () CC () C. Amb

ANTIBIOTICOTERAPIA: Não Profilático Curativo

Qual:

Internação Cirurgia Alta

EVOLUÇÃO P. O. IMEDIATO:

.....

RETORNAR NO CENTRO DE SAÚDE DE PAULÍNIA, PARA REVISÃO CIRÚRGICA:

Data	Hora	Evolução
.....
.....
.....
.....
.....

OS RETORNOS PROGRAMADOS SÃO OBRIGATÓRIOS E IMPORTANTES PARA SUA SAÚDE. COLABORE E TRAGA ESTA FICHA NO RETORNO.

Examinador:

Orientador:

**XI. 5 - ANEXO V - PROTOCOLO DE TRATAMENTO DAS
HÉRNIAS INGUINAIS COM
COMPONENTE DIRETO**

PROTOCOLO DE TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS PRIMÁRIAS, DIRETAS OU MISTAS DO ADULTO

O protocolo para sua melhor orientação foi dividido em oito itens e são os seguintes:

I - SELEÇÃO DE PACIENTES

I.1 - IDADE E SEXO

Deverão ser incluídos no presente protocolo, todos os adultos maiores de 18 anos, portadores de hérnia inguinal primária, direta ou mista

I.2 - DOENÇAS DE BASE CONCOMITANTE

Os pacientes portadores de doenças de base concomitante, deverão ter seus problemas clínicos resolvidos ou controlados clinicamente, para só então serem incluídos no presente estudo.

Em particular, os pacientes portadores de problemas prostáticos, obstipação intestinal e obesidade, deverão ter tratamentos clínico ou cirúrgico previamente à cirurgia da hérnia

Aqueles portadores de doenças crônicas, como pneumopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e outras, deverão estar clinicamente controlados para a correção da sua hérnia inguinal.

Os portadores de outras doenças de tratamento cirúrgico, deverão ser divididos em dois grupos: o primeiro deverá incluir aqueles pacientes onde poderá ser tratado conjuntamente as duas doenças. Neste grupo poderão estar os pacientes portadores de hidrocele, cisto de cordão (ambas quando forem do mesmo lado da hérnia) e planejamento familiar, por utilizarem a mesma via de acesso cirúrgico, ou aqueles pacientes onde não haja a necessidade de mudar a anestesia proposta para o tratamento da hérnia inguinal, como é o caso das hérnias epigástricas e umbilicais pequenas, tumores de pele e fimose, entre outras.

O segundo grupo é composto por pacientes portadores de doenças de tratamento cirúrgico mais complexas, como as colecistopatias, hérnias incisionais, varizes, doenças prostáticas, doenças do tubo digestivo, entre outras, que deverão ter estas doenças tratadas prioritariamente à correção da hérnia inguinal.

I.3 - CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Para que possam ser incluídos no presente estudo, os pacientes deverão residir em localidades situadas até uma distância de no máximo 100 quilômetros de Paulínia, morarem em casa de alvenaria, terem água encanada em casa e disponibilidade de transporte próprio ou de terceiros (particular ou pública).

II - PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

II.1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Todos os pacientes deverão ser submetidos a um minucioso exame físico, com atenção especial para possíveis alterações cardio-pulmonares, urinárias, intestinal e testiculares. Nos casos onde houver alterações no exame físico, e o paciente ainda não se encontrar adequadamente controlado, deverá ser encaminhado ao ambulatório de Clínica Médica do Centro de Saúde Escola de Paulínia, para que o controle clínico seja realizado.

Os pacientes portadores de sintomatologia prostática, deverão ser encaminhados para o ambulatório de Urologia da UNICAMP para avaliação e caso seja necessário, deverão ser submetidos à correção cirúrgica prévia, para só então serem agendados para a cirurgia. Os portadores de obstipação intestinal, deverão passar por uma minuciosa investigação clínica e de exames complementares, e só poderão ser agendados, após terem o seu hábito intestinal corrigido. Não se esqueça que após os 50 anos, há uma incidência maior de doenças sistêmicas colo-retais, nos pacientes portadores de hérnias inguinais, e portanto, merecem uma investigação bem mais rigorosa.

Os pacientes pneumopatas crônicos, de qualquer idade, além da avaliação clínica minuciosa e cuidados especiais na anotação da medicação em uso por estes, deverão ser orientados a um preparo respiratório (caminhadas, fluidificantes orais, natação, etc.) e os casos mais severos deverão passar por um preparo pela equipe de Fisioterapia do Hospital Municipal de Paulínia, antes da internação. **Lembre-se: TODOS OS PACIENTES FUMANTES, DEVERÃO PARAR DE FUMAR PELO MENOS UM MÊS ANTES DA CIRURGIA.**

Os pacientes obesos, deverão ser orientados a fazerem dieta alimentar e exercícios físicos no intuito de chegarem próximos ao seu peso ideal. Nenhum paciente, com 20% acima de seu peso esperado para a idade e altura, conforme tabelas próprias, disponíveis no Centro de Saúde Escola de Paulínia, poderão ter sua cirurgia agendada. Em todas as salas

tem a dieta de 1000 calorias impressa para serem fornecidas aos pacientes obesos, porém só fornecer a dieta não adianta, deve ser acompanhada de uma instrução por parte do médico. Os casos mais complexos, que mesmo após a dieta não há boa resolutividade, encaminhar ao ambulatório especializado.

Não esquecer que além da verificação rotineira (PA, P, FR, PESO e ALTURA) e do exame físico geral, o toque retal nos pacientes acima de 45 anos é obrigatório e a avaliação do tamanho, localização e redutibilidade da hérnia inguinal deverá ser verificada, bem como, a impressão pessoal do cirurgião se a hérnia examinada é indireta, direta ou mista. A avaliação minuciosa do escroto e dos testículos também deve ser realizada de rotina.

Todos os dados verificados pelo residente e cirurgião, deverão ser anotados na ficha de arquivo de cirurgia (ANEXO I), para posterior preenchimento da ficha especial de protocolo de tratamento das hérnias inguinais (ANEXO II)

II.2 - EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Os exames complementares só deverão ser solicitados quando houver qualquer alteração no exame físico que justifiquem esta solicitação, ou quando o paciente tiver mais de 50 anos, conforme estabelecido em conjunto com a equipe de Cirurgia, Clínica Médica e Anestesia, do Hospital Municipal de Paulínia.

Os exames a serem solicitados de acordo com os achados clínicos são os seguintes:

A - Pacientes acima de 50 anos: E.C.G. e RX de Tórax;

B - Pacientes cardiopatas e/ou hipertensos: E.C.G., RX de Tórax, sódio e potássio plasmáticos e uréia (se alterada solicitar creatinina);

C - Pacientes diabéticos comprovados ou com história sugestiva: Glicemia de jejum;

D - Pacientes pneumopatas: Rx de Tórax (se houver aumento da área cardíaca, solicitar E.C.G.);

E - Pacientes com alterações do hábito intestinal recente ou história de sangramento nas fezes: Retosigmoidoscopia de rotina, e nos casos necessários, completar o estudo com enema opaco;

F - Pacientes que se encontram sem acompanhamento em outros ambulatórios ou que não fizeram avaliações de rotina nos últimos três anos: Hematócrito, Hemoglobina e Protoparasitológico;

G - Pacientes com história de alterações urinárias: Sedimento urinário;

H - Pacientes com história de alterações de coagulação ou em uso de anti-agregantes plaquetários: Coagulograma.

Os outros exames que se fizerem necessários deverão ser solicitados, porém a sua justificativa deve ser anotada pelo cirurgião responsável na ficha de arquivo de cirurgia (ANEXO I)

II.3 - PREPARO PRÉ-INTERNAÇÃO

Uma vez o paciente apto para a cirurgia, deverá ser orientado e agendado o mais rapidamente possível.

Deverá ser informado detalhadamente sobre todas as etapas do nosso programa, reforçando as orientações prévias fornecidas no preparo (dieta, parar de fumar, exercícios respiratórios, uso de medicamentos, etc.), e neste momento também que todas as dúvidas dos pacientes deverão ser esclarecidas, como o horário de internação, da cirurgia, documentos necessários para a internação, tempo de estadia hospitalar e que deverá providenciar transporte para vir buscá-lo quando da alta hospitalar, de preferência com acompanhante.

É nesta etapa também que deverá ser orientado quanto a anestesia local, cuidados pós-operatórios, deambulação, etc..

Todos os pacientes são de tratamento cirúrgico sob anestesia local infiltrativa. Só podem ser excluídos desta rotina casos excepcionais, como as hérnias volumosas, pacientes psiquiátricos, os muito ansiosos e aqueles que o cirurgião julgue que vá haver dificuldade técnica para a realização da anestesia local (e esta dúvida deve ser compartilhada por pelo menos mais um cirurgião da equipe).

Lembre-se: "A ANESTESIA LOCAL EFICIENTE, COMEÇA COM UMA BOA EXPLICAÇÃO AO PACIENTE SOBRE O PROCEDIMENTO A SER REALIZADO E DESPERTANDO NELE A CONFIANÇA NECESSÁRIA NA EQUIPE"

Outra crença que deve ser afastada do paciente nesta etapa: "A deambulação prejudica a cirurgia". Esclareça ao paciente que além da deambulação precoce não prejudicar a cirurgia, ela é necessária para que a morbidade pós-operatória diminua.

Os pacientes costumam perguntar quanto tempo ficarão afastados de suas atividades habituais. Todos os pacientes que exercem atividades leves ou moderadas (por exemplo: vendedores, comerciantes, profissionais liberais entre outros), poderão retornar as suas atividades tão logo se sintam bem, não havendo por parte da equipe qualquer tipo de restrição a este tipo de atividade. Aqueles que exercem atividades profissionais pesadas (trabalhadores braçais) só poderão voltar a estas atividades 21 dias após a cirurgia.

Esclareça ao paciente portador de hérnia bilateral que só será realizado um lado de cada vez, ficando a próxima cirurgia para ser realizada em 30 dias, pois este procedimento diminui a morbidade no pós-operatório.

II.4 - ORIENTAÇÕES PARA A INTERNAÇÃO

Todos os pacientes devem ser internados no mesmo dia da cirurgia, em jejum de pelo menos 06 horas, não realizar tricotomia em casa e ser encaminhado para a internação com a ficha de pré-operatório (ANEXO III) devidamente preenchida.

Lembre-se que estes cuidados acima não estão impressos, eles devem ser anotados e esclarecidos adequadamente ao paciente.

III - PREPARO PRÉ-CIRÚRGICO IMEDIATO

III.1 - CUIDADOS PRÉ-ADMISSÃO

Todos os pacientes, previamente ao preenchimento do laudo de internação, deverão ser reexaminados por um cirurgião ou residente, e só então, se estiverem aptos, ser providenciada a sua internação.

III.2 - CUIDADOS GERAIS NA ENFERMARIA

Todos os pacientes deverão ter seus dados vitais medidos e anotados pela enfermagem. Os seguintes dados deverão constar desta anotação: pressão arterial, pulso,

temperatura, frequência respiratória, peso e altura. A enfermagem deverá também orientar o paciente quanto aos passos a serem seguidos pelo mesmo.

A tricotomia deverá ser realizada de rotina com aparelho descartável, no máximo quatro horas antes do procedimento.

A seguir, o paciente deverá ser encaminhado ao banho de aspersão com água corrente e sabonete. Não há necessidade de ser utilizado nenhum anti-séptico em especial, porém o paciente deve ser orientado para que lave com especial atenção a área a ser operada.

III.3 - VISITA PRÉ-ANESTÉSICA

Os pacientes que necessitem fazer uso de anestesia peridural ou raquideana, bem como aqueles que irão fazer uso de anestesia local, mas que utilizam mais de dois medicamentos para controle de suas doenças de base, deverão ser avaliados pela equipe de anestesia. Para tanto, o anestesiolegista deverá ser comunicado, tão logo o paciente seja internado.

III.4 - MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Os pacientes que serão submetidos à correção cirúrgica sob anestesia local, deverão ser medicados com Midazolam na dose de 15mg (1 comprimido), por via oral, 30 minutos antes da cirurgia. Aqueles que forem ser operados com outro tipo de anestesia, esta medicação ficará a critério da equipe de anestesia.

III.5 - ANTIBIÓTICOS

Só serão usados antibióticos de forma profilática.

O antibiótico de escolha é a cefalotina sódica na dose de um grama a cada seis horas, iniciando junto com a medicação pré-anestésica.

Só deverão utilizar antibioticoprofilaxia os pacientes diabéticos, os cardiopatas valvares e os pacientes imunodeprimidos. Os casos especiais, onde desperte dúvidas da necessidade ou não desta utilização, deverá ser discutido com o restante da equipe.

IV - TRATAMENTO PER-OPERATÓRIO

IV.1 - MONITORIZAÇÃO E VENÓCLISE

Todos os pacientes, no centro cirúrgico, deverão ter seus dados vitais mais uma vez medidos, serem monitorizados com cardioscópio, realizada a punção de veia periférica e seus dados serem verificados rotineiramente no máximo a cada 10 minutos.

Estes cuidados mínimos, são a rotina para todos os pacientes, independente da idade, condição clínica e da anestesia empregada.

IV.2 - ANESTESIOLOGISTA

A presença do anestesioologista no centro cirúrgico e de preferência próximo a sala deve ser rotina nos casos de anestesia local.

Nos pacientes em que a anestesia for peridural ou raquideana, a sua presença na sala, durante todo o procedimento é obrigatória.

Nos casos onde houver necessidade de complementação da sedação do paciente, esta será realizada preferencialmente pelo anestesioologista.

IV.3 - ANTI-SEPSIA DO CAMPO CIRÚRGICO

Lavar a pele de todos os pacientes durante cinco minutos com Iodo-Povidona degermante, seguida da retirada do excesso com soro fisiológico.

A seguir, já paramentado, o cirurgião deverá complementar a anti-sepsia com Iodo-Povidona degermante também.

NÃO UTILIZAR EM NENHUM PACIENTE ÁLCOOL-IODADO COMO ANTI-SÉPTICO.

IV.4 - TÉCNICA ANESTÉSICA

O anestésico de escolha é a bupivacaina a 0,125%, na dose máxima de 02 ml por quilo (o equivalente a 2.5mg/kg). Como não temos esta diluição pronta, utilizar bupivacaina sem vasoconstritor a 0,25% e diluir com soro-fisiológico ao meio.

A Lidocaina a 1% será utilizada para infiltração da derme ou para infiltração em proporções iguais com a bupivacaina a 0,125%, para infiltração do cordão, saco herniário, anel interno, ligamento de Cooper, ou para as complementações que se fizerem necessárias.

A técnica a seguir deve ser seguida para todos os pacientes:

1 - Infiltração da derme com 02 - 03 ml de lidocaina a 1%, 02cm medialmente a espinha ilíaca ântero-superior (EIAS), procedimento este repetido, na região púbica, sobre o cordão espermático.

2 - Infiltração com bupivacaina a 0,125% no mesmo local das punções anteriores, porém agora com agulha 30 por 8, e sob a aponevrose do oblíquo externo, para o bloqueio dos feixes nervosos desta região, bem como o bloqueio, quando da repetição punção na região púbica, do cordão espermático.

3 - Infiltração do subcutâneo da região, feita em leque, cobrindo toda a área inguinal com bupivacaina a 0,125% (40 - 50 ml). Fazer a seguir, uma infiltração com lidocaina a 1%, dermica, apenas na região em que for ser realizada a incisão cirúrgica.

4 - Após a incisão e abertura do subcutâneo, infiltrar a aponevrose do músculo oblíquo externo, em toda a sua extensão com bupivacaina a 0,125%.

5 - Infiltração do anel interno, nos quatro pontos, com a mistura preparada de bupivacaina a 0,125% e lidocaina a 1%.

6 - Infiltração do saco herniário com a mesma mistura anterior.

7 - Nos pacientes que forem utilizar o ligamento de Cooper na sua reconstrução, infiltra-lo com a mesma mistura.

Lembre-se, caso seja necessário, fazer infiltrações adicionais com a mistura de bupivacaina e lidocaina, respeitando-se as doses tóxicas.

V - ATO CIRÚRGICO

V.1 - INCISÃO CIRÚRGICA

A incisão a ser utilizada, é a inguinotomia paralela ao ligamento inguinal.

V.2 - EXPOSIÇÃO CIRÚRGICA

A aponevrose do músculo oblíquo externo, deverá ser dissecada amplamente possibilitando a visão de toda a região inguinal e principalmente da coxa, para uma primeira avaliação.

A seguir, a aponevrose deverá ser aberta no sentido do anel externo, o cordão espermático dissecado, separado dos músculos cremasters e de suas fâscias (fig. 01). Os músculos e suas fâscias devem ser divididos em duas porções e ligados na sua base com catgut 2-0 simples e a seguir seccionados.

V.3 - AVALIAÇÃO DA PAREDE POSTERIOR

Avaliar amplamente a parede posterior, desde o anel interno até o pubis, em repouso e com prova de esforço (tosse, valssalva) sistematicamente. A avaliação do comprometimento da parede posterior deverá ser dimensionado quanto a sua extensão, se total (QUANDO HOVER COMPROMETIMENTO TOTAL DA PAREDE POSTERIOR), ou parcial (QUANDO TODO O TRIÂNGULO DE HESSELBACH NÃO ESTIVER TOMADO PELA HÉRNIA), e anotado na descrição cirúrgica.

V.4 - ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA

A técnica cirúrgica a ser utilizada deverá ser sorteada neste tempo. Nos casos em que não for possível a sua realização, o motivo deverá constar detalhadamente da descrição cirúrgica.

V.5 - TRATAMENTO DO SACO HERNIÁRIO

Independente do tipo de comprometimento encontrado, se direto puro ou misto, o saco herniário quando presente, deve ser tratado com uma liberação ampla do mesmo, só na base, seguido de invaginação. O saco herniário, nas hérnias mistas que estiver muito aderido ao cordão, deverá ser seccionado e deixado junto com o cordão, preocupando-se apenas em trata-lo na porção proximal, a nível do anel interno.

Em nenhum caso, deve haver por parte da equipe cirúrgica, a preocupação com a ligadura alta do saco, apenas em liberá-lo na sua base. Os sacos muito volumosos, ou aqueles que forem abertos acidentalmente, deverão ser ligados com fio de nylon monofilamentar 2-0, com ponto transfixante.

V.6 - ABERTURA DA FÁSCIA TRANSVERSALIS

A fâscia transversalis deverá, obrigatoriamente, ser aberta em todos os casos, no sentido craneo-caudal a tesoura, e a seguir cada um dos seus folhetos dissecado, expondo amplamente a parede posterior do reto abdominal, o ligamento de Cooper, o anel crural, os vasos femorais e a sua bainha.

Além da avaliação visual, realizar a palpação digital em todos os sentidos, principalmente do anel crural, e nos casos onde houver também hérnia desta região (crural), o paciente deverá ser excluído do protocolo.

V.7 - TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE RECONSTRUÇÃO

Deverá ser utilizado, independente da técnica cirúrgica, o fio monofilamentar inabsorvível 2-0, com agulha cilíndrica.

V.7.1 - TÉCNICA DE SHOULDICE

Realizada com sutura contínua. Iniciar a sutura na região púbica, levando o folheto lateral da fâscia transversalis (fig. 02) previamente dissecado, sob o reto abdominal ancorando-o na lâmina posterior da fâscia transversalis e deste músculo (fig 02), chegando até o anel interno. Retornar, com o mesmo fio e sem interrupções, levando agora o folheto medial da fâscia transversalis (fig 03) até o ligamento de Thompson (trato ileo-púbico) e o

ligamento de Poupart (ligamento inguinal) (fig 03), chegando novamente ao início da sutura anterior, quando então a primeira linha estará completada. O anel interno deve permanecer com um polpa digital.

A segunda linha de sutura, também continua, deve iniciar-se junto ao anel interno, indo até o púbis e retornando novamente ao anel interno, aproximando a Área Conjunta (Tendão Conjunto e/ou Arco do Transverso) (fig 04), até o ligamento inguinal e aponevrose do músculo oblíquo externo (fig 04). Não deverá também ser realizado qualquer tipo de interrupção na sutura.

NÃO HÁ NECESSIDADE DE SE REALIZAR INCISÃO LIBERADORA

Realizar prova de esforço após o término das primeira e segunda linhas de sutura, e nos casos em que houver dúvida, refazer todo o procedimento novamente.

No fechamento da aponevrose do músculo oblíquo externo, utilizar fio inabsorvível monofilamentar 2-0, e sutura contínua com sobreposição do folheto lateral sob o medial.

V.7.2 - TÉCNICA DE McVAY

INICIAR O PROCEDIMENTO PELA REALIZAÇÃO DA INCISÃO LIBERADORA

A sutura deve ser realizada com pontos separados, distantes 03mm entre si.

Iniciar a técnica, levando-se o arco transverso juntamente com a fâscia transversalis medial (fig 05), até o ligamento de Cooper na parte mais profundo (inicial) (fig 05). A seguir utilizar para o fechamento da parte mais superficial a bainha dos vasos femorais e o ligamento de Thompson (fig 05), para o adequado fechamento do anel interno. Na região de transição entre as duas linhas de sutura, dar um ponto englobando as cinco estruturas (arco transverso, fâscia transversalis, ligamento de Cooper, bainha dos vasos femorais e ligamento de Thomson (fig 06)). O anel interno também nesta técnica, deverá permanecer com uma polpa digital.

CUIDADO ESPECIAL COM A SUTURA NO LIGAMENTO DE COOPER COM OS VASOS FEMORAIS.

Realizar após o término da reconstrução completada a prova de esforço, seguindo o mesmo procedimento da técnica de Shouldice em casos duvidosos.

Fechamento da aponevrose do músculo oblíquo externo, deve também ser realizada com fio monofilamentar inabsorvível 2-0, borda a borda e pontos separados.

V.8 - FECHAMENTO DO SUBCUTÂNEO E PELE

Aproximar o subcutâneo com catgut 2-0 simples (pontos separados).

Não usar nenhum tipo de drenagem (aberta ou fechada), lembre-se apenas que o mais importante é uma adequada hemostasia da região.

Aproximar a pele com fio monofilamentar de nylon 4-0 (pontos Donati).

Curativo oclusivo, com gase e micropore.

V.9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS DOENÇAS CONCOMITANTES

Os pacientes que tiverem sido selecionados para a realização de outro procedimento cirúrgico além da hérnia, e que não forão ainda corrigidas por necessitarem de outra via de acesso cirúrgico, deverão ter sua cirurgia realizada só após o término da correção da hérnia e realização do curativo, e seguindo os protocolos determinados para o seu tratamento.

VI - PÓS-OPERATÓRIO

VI.1 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

VI.1.1 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO CENTRO CIRÚRGICO

Os pacientes submetidos a cirurgia sob anestesia local infiltrativa, permanecerão na recuperação do centro cirúrgico por um período médio de 02 horas. Deverão ser verificados os seus dados vitais, consciência, mobilidade. Quando todos estes parâmetros estiverem satisfatórios, poderão ser encaminhados à enfermaria de Cirurgia.

Aqueles que foram operados sob outras anestésias, a sua liberação ficará a cargo do Serviço de Anestesia.

VI.1.2 - ANALGÉSICOS

Prescrever, independente da anestesia utilizada, 75mg de diclofenaco sódico por via intra-muscular (uma ampola), a ser feito uma hora após o término da cirurgia, ainda no centro cirúrgico.

Após esta medicação inicial, a prescrição deverá ser mantida com diclofenaco sódico na dose de 50mg por via oral, quando solicitada pelo paciente, e em intervalos não menores do que oito horas.

Nos casos em que houver necessidade de medicação complementar devido a dor, o paciente deverá ser avaliado previamente pela enfermagem e/ou cirurgião. Deverá ser verificado os dados vitais e se há ou não dificuldade para iniciar a deambulação devido a dor.

Só após esta verificação, a medicação analgésica complementar deverá ser prescrita. Para este tipo de analgesia, prescrever metamizol-adifenina-prometazina (Lisador r) na dose de uma ampola por via intramuscular.

Após 30 minutos verificar novamente todos os dados vitais novamente e se o paciente já consegue deambular satisfatoriamente e anotar. Deverá ser considerado como dor forte, quando houver sinais e sintomas como os acima, e que desapareceram após a medicação adjuvante.

VI.1.3 - DEAMBULAÇÃO

A deambulação deve ser sempre incentivada, e o mais precocemente possível, não havendo limitação nos pacientes operados sob anestesia local. Nos bloqueios, a deambulação ficará dependente do bloqueio realizado, não devendo entretanto ser superior a 06 horas nos pacientes submetidos à peridural e a 24 horas nos pacientes submetidos à raquianestesia.

VI.1.4 - CUIDADOS COM O CURATIVO

O curativo deverá ser retirado, pelo paciente ou acompanhante, com 24 horas de pós-operatório. Após a retirada deste curativo (o mesmo que foi colocado durante a cirurgia), a ferida deverá permanecer aberta e o paciente ser orientado apenas a lavar a mesma com água corrente e sabonete, duas a três vezes ao dia.

Oriente-o adequadamente para não utilizar nenhum outro anti-séptico. Isto pode mascarar possíveis alterações da ferida operatória.

VII - ALTA HOSPITALAR

A alta hospitalar, poderá ser viabilizada no mínimo oito horas após o término do ato cirúrgico, nos pacientes operados sob anestesia local ou bloqueio epidural, e após o paciente ter deambulado satisfatoriamente e se alimentado.

Nos pacientes submetidos à anestesia raquideana a alta só poderá ser dada após 24 horas da anestesia.

Nenhum paciente deverá permanecer, por qualquer motivo (clínico ou social), mais do que 48 horas internado.

No ato da alta hospitalar, reorientar novamente o paciente quanto aos cuidados domésticos necessários, e da importância do comparecimento ao ambulatório no Centro de Saúde Escola de Paulínia. Não esquecer de preencher adequadamente a ficha de pós-operatório (anexo IV) e de prescrever analgésico (diclofenaco sódico na dose de 50mg por via oral a cada oito horas, quando necessário).

Orientações complementares, de quando procurar o serviço, deverão ser fornecidas ao paciente, e que são as seguintes: hiperemia ou abaulamento da incisão cirúrgica, febre, dificuldades urinárias ou intestinais, ou mesmo dor que não ceda com o diclofenaco sódico.

VIII - SEGUIMENTO AMBULATORIAL PÓS-OPERATÓRIO

VIII.1 - RETIRADA DOS PONTOS

Os pontos deverão ser retirados no 7º dia pós-operatório.

VIII.2 - PERIODICIDADE DOS RETORNOS

Todos os pacientes retornarão para seguimento no 7º, 15º, 30º e 90º dias pós-operatório, e a seguir até um ano, eles deverão comparecer a cada três meses. Após 15º dia pós-operatório o paciente deverá ser encaminhado ao ambulatório de hérnias.

Após um ano de seguimento, o seguimento se fará com comparecimentos semestrais até os dois anos. A seguir os retornos devem ser anuais até os cinco anos.

Anotar sistematicamente nestes retornos todas as intercorrências, como dor, hematoma, infecção, atrofia do testículo, dificuldade para retornar ao trabalho e recidivas. O paciente deverá ter seu exame realizado em decubito horizontal e em pé.

O não comparecimento a estes retornos, na data marcada, deverá ser comunicado à Assistente Social do Hospital Municipal de Paulínia que entrará em contato com o paciente, ou com os serviços médicos e/ou sociais da cidade a que ele pertença.

VIII.3 - RETORNO ÀS ATIVIDADES HABITUAIS

O retorno as atividades deverá ser o seguinte: os pacientes que executem atividades leves podem retornar às suas atividades normais, tão logo se sintam aptos, não havendo nenhuma restrição a este tipo de atividade. Aqueles pacientes que tenham uma atividade física mais pesada, somente após 21 dias de pós-operatório.

Anotar detalhadamente as causas, ou justificativas do paciente para o não retorno as suas atividades normais até o trigésimo dia pós-operatório.

XI.6 - ANEXO VI - FIGURAS

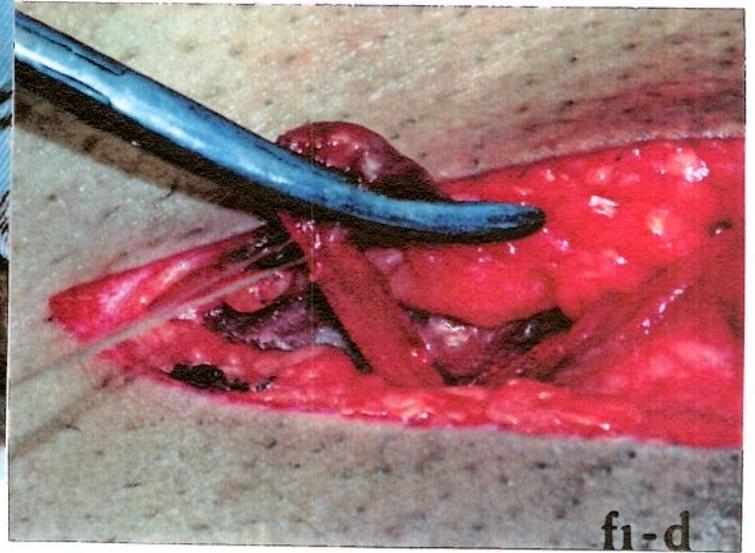
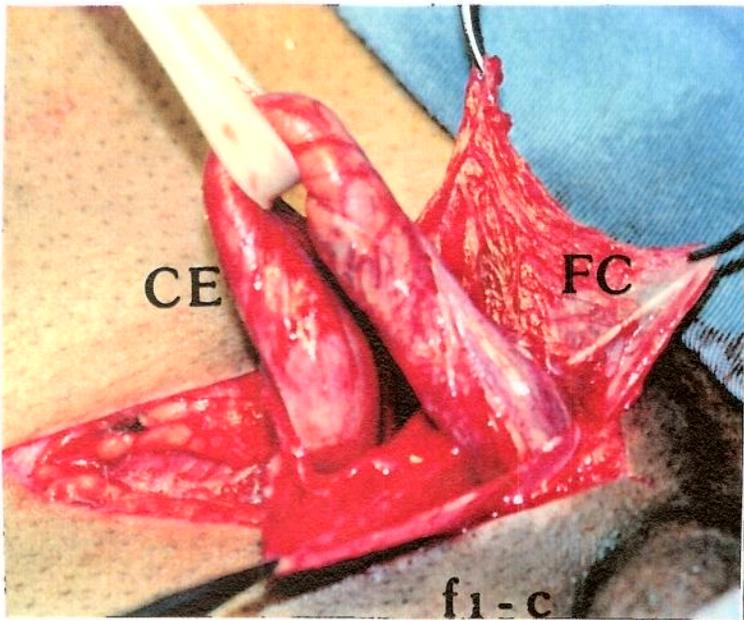
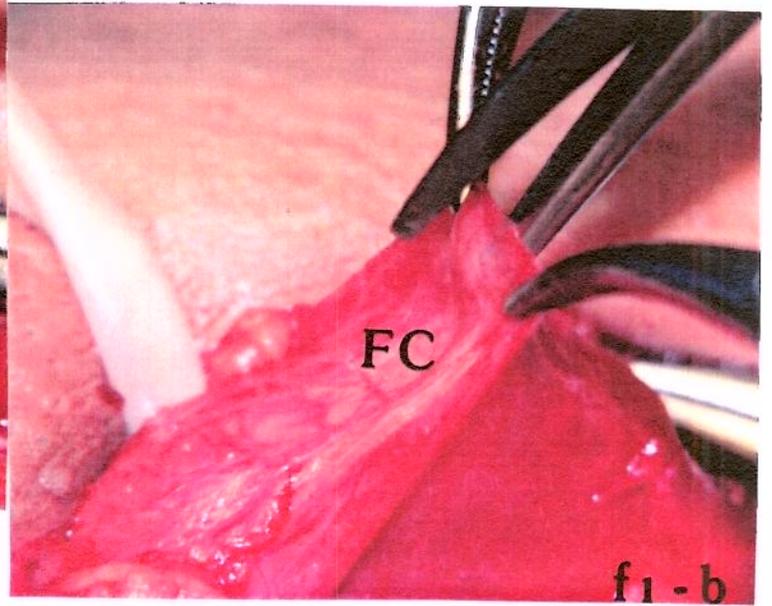
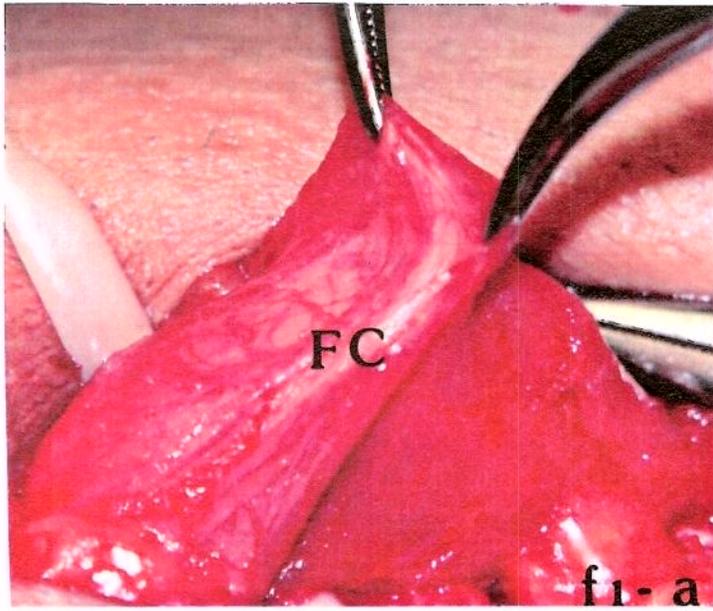
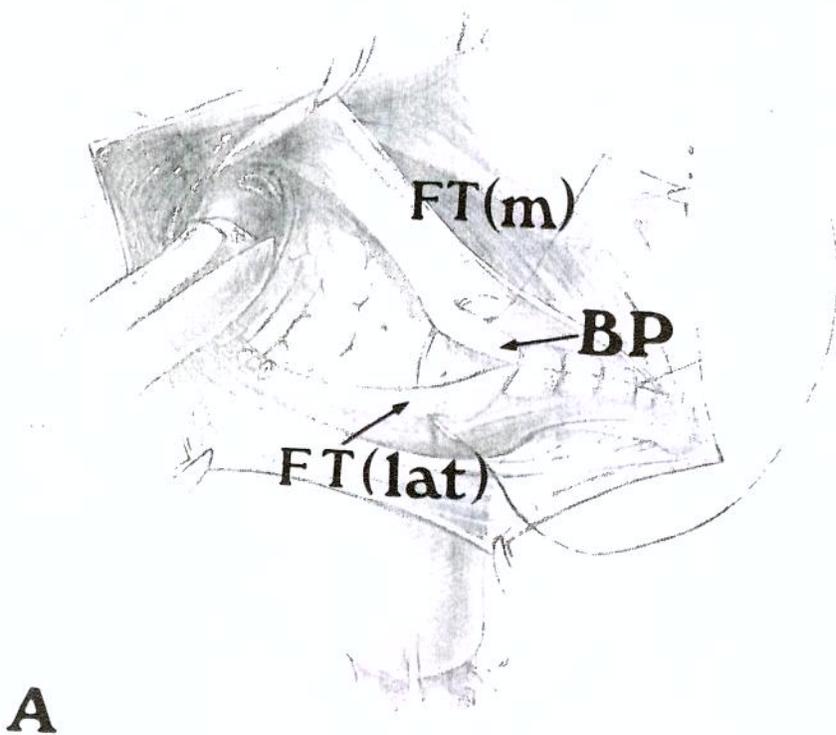
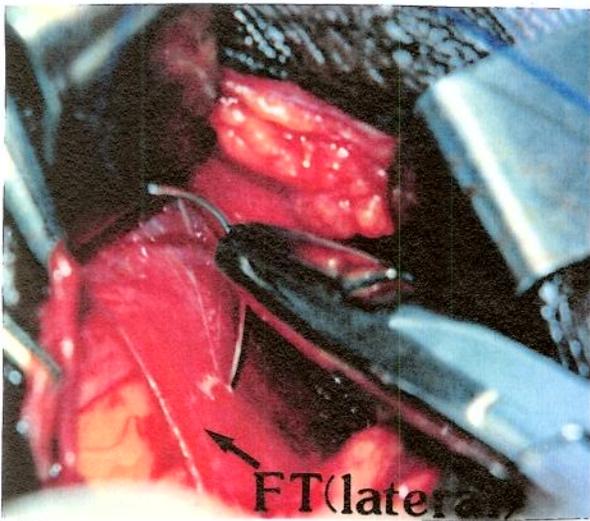


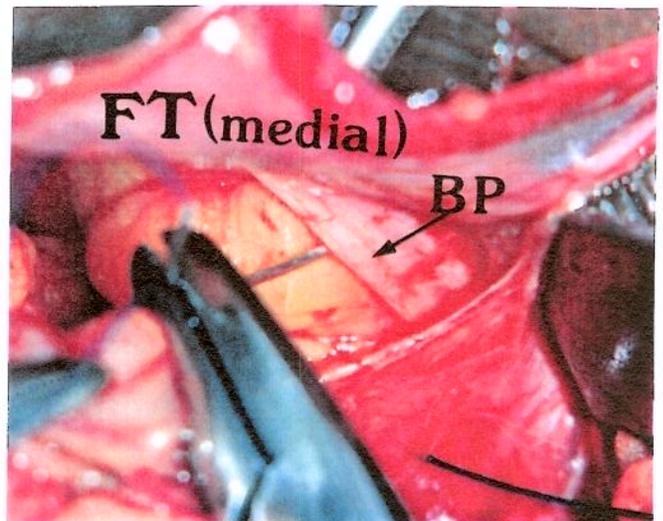
FIG 01 - PINÇAMENTO, ABERTURA E LIGADURA DA FÁSCIA E MÚSCULOS CREMASTÉ-
RICOS



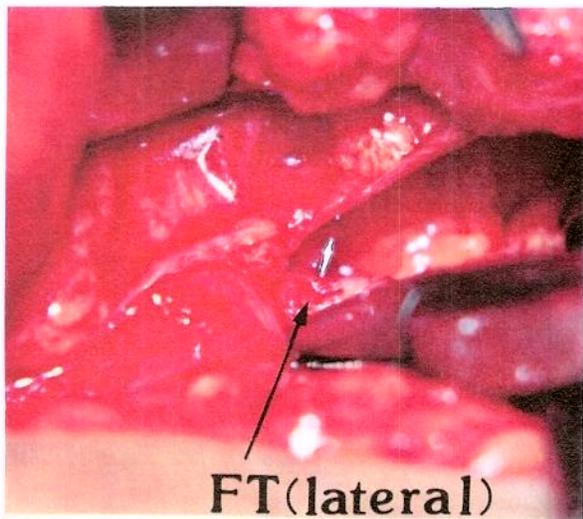
A



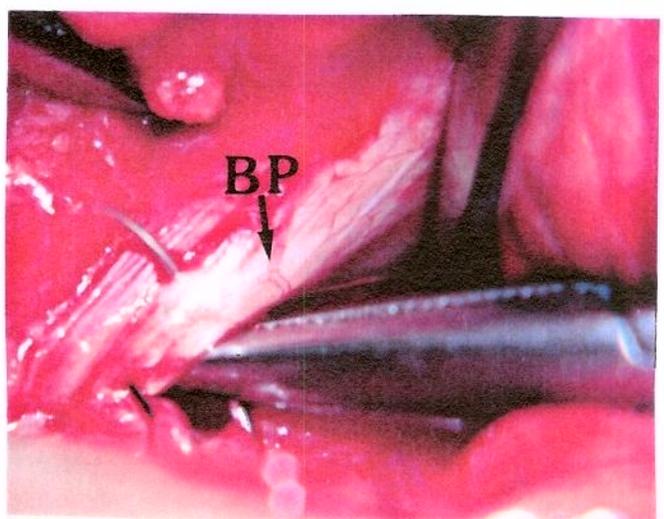
B



C



D



E

FIG 02 - TÉCNICA DE SHOULDICE - A - ESQUEMA DO PRIMEIRO PLANO DA PRIMEIRA LINHA DE SUTURA [FÁSCIA TRANSVERSALIS LATERAL ATÉ A PARTE POSTERIOR DE FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL E RETO ABDOMINAL (BP)]. B e D - INÍCIO DA SUTURA NA FÁSCIA TRANSVERSALIS LATERAL (FT). C e E - SUTURA NA PARTE POSTERIOR DA FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL E POSTERIOR DO RETO ABDOMINAL (BP).

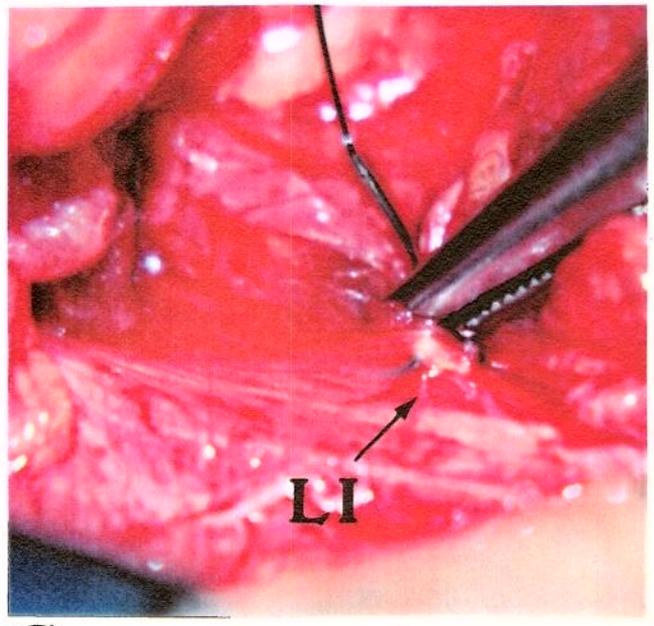
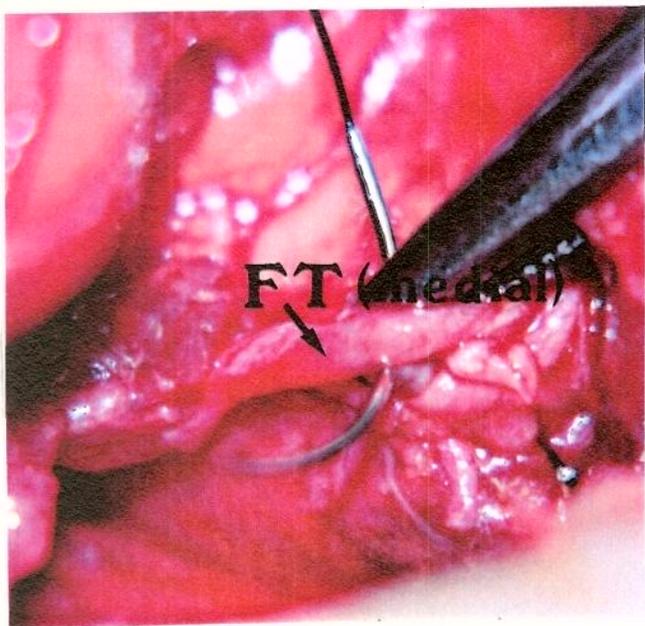
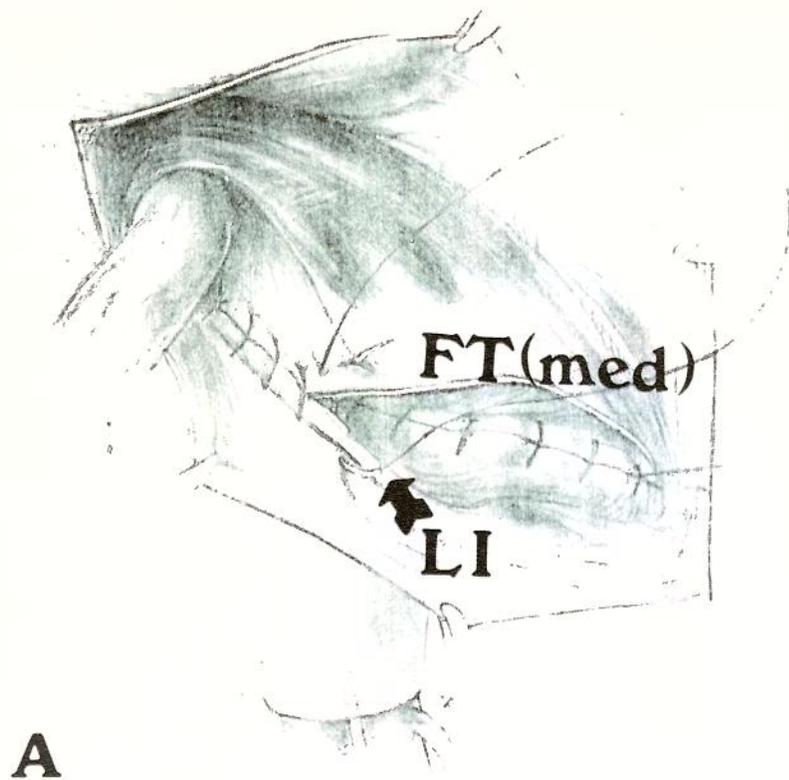


FIG 03 - TÉCNICA DE SHOULDICE - **A** - ESQUEMA DO SEGUNDO PLANO DA PRIMEIRA LINHA DE SUTURA [FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL (FT) ATÉ O TRATO ÍLEO PUBIANO E LIGAMENTO INGUINAL (LI)]. **B** - SUTURA NA FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL (FT). **C** - SUTURA NO TRATO ÍLEO PUBIANO MAIS LIGAMENTO INGUINAL (LI).

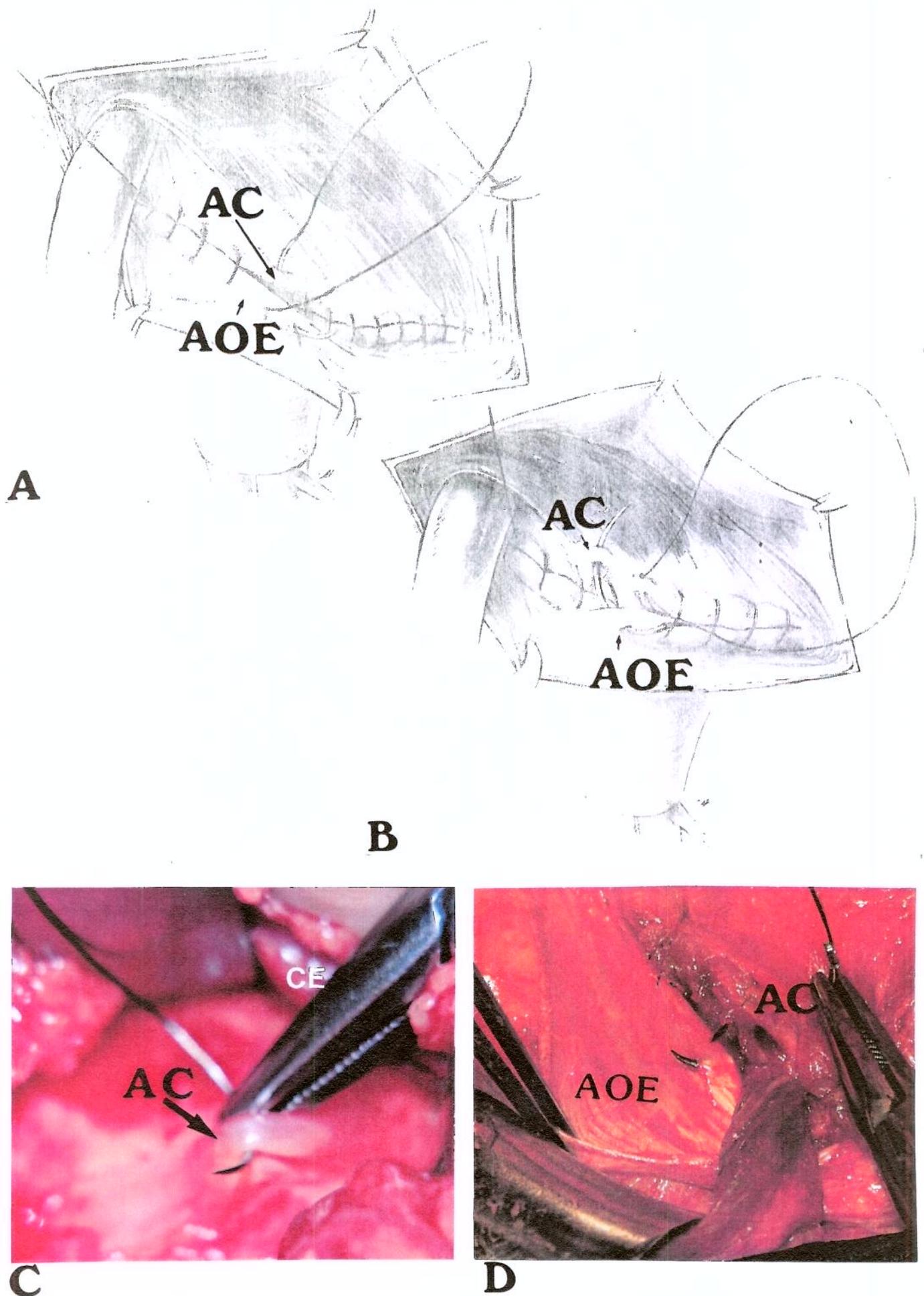


FIG 04 - TÉCNICA DE SHOULDICE - **A** - ESQUEMA DO PRIMEIRO PLANO (SUTURA DO ANEL INTERNO AO PUBIS) DA SEGUNDA LINHA DE SUTURA UTILIZANDO A ÁREA CONJUNTA (AC) ATÉ O LIGAMENTO INGUINAL E APONEVROSE DO OBLÍQUO EXTERNO (AOE). **B** - ESQUEMAS DO SEGUNDO PLANO (SUTURA DO PUBIS AO ANEL INGUINAL INTERNO) DA SEGUNDA LINHA DE SUTURA, UTILIZANDO AS MESMAS ESTRUTURAS DO PRIMEIRO PLANO. **C** - SUTURA DA ÁREA CONJUNTA (AC). **D** - SUTURA NA APONEVROSE DO OBLÍQUO EXTERNO (AOE).

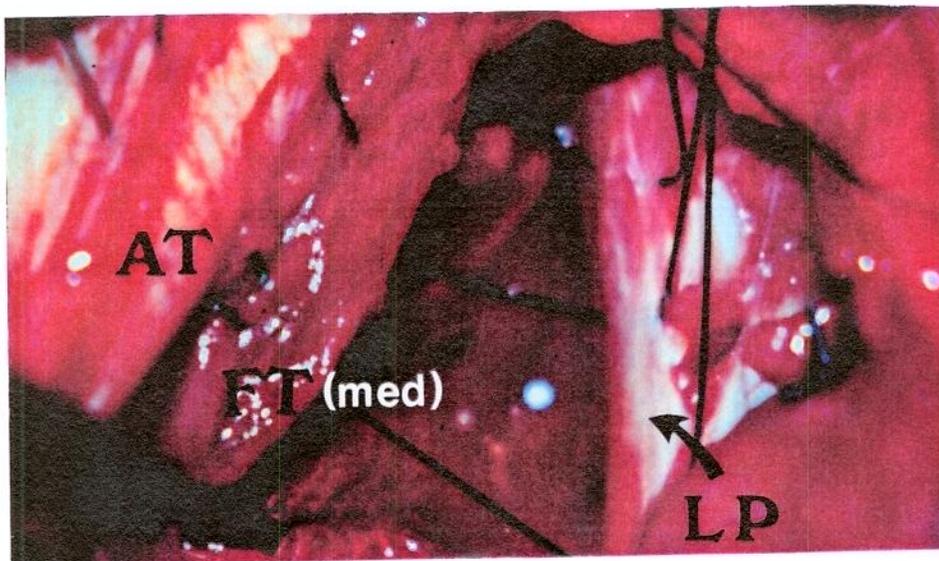
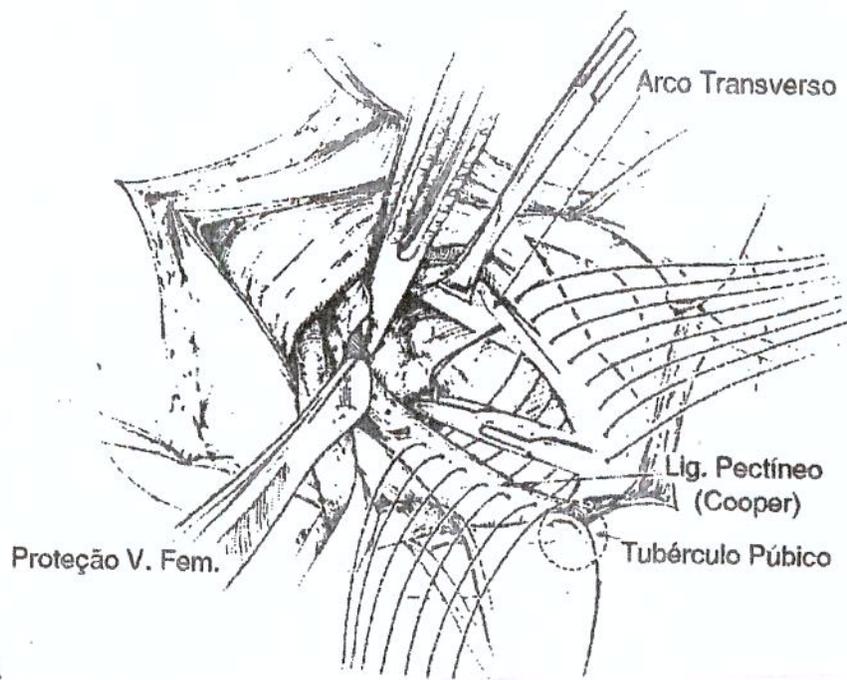
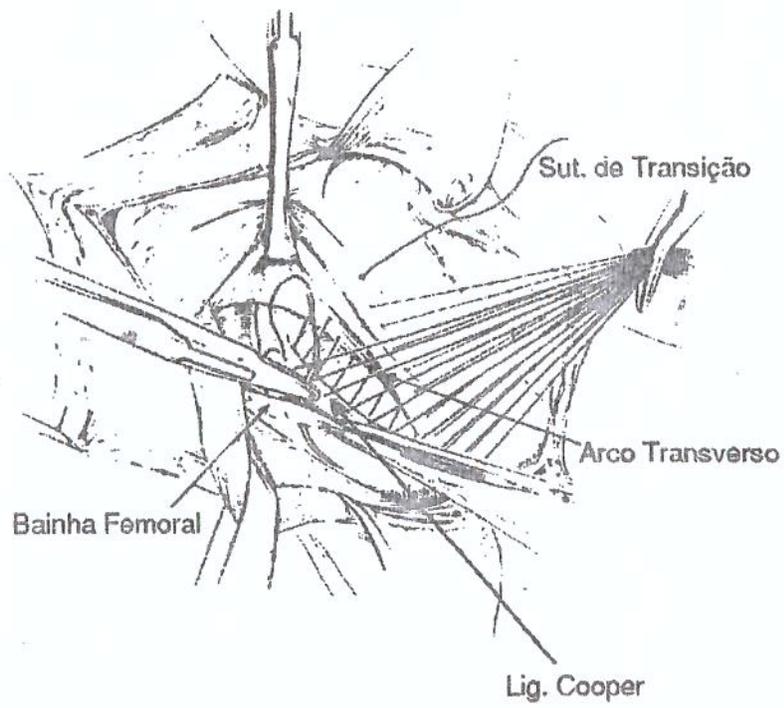
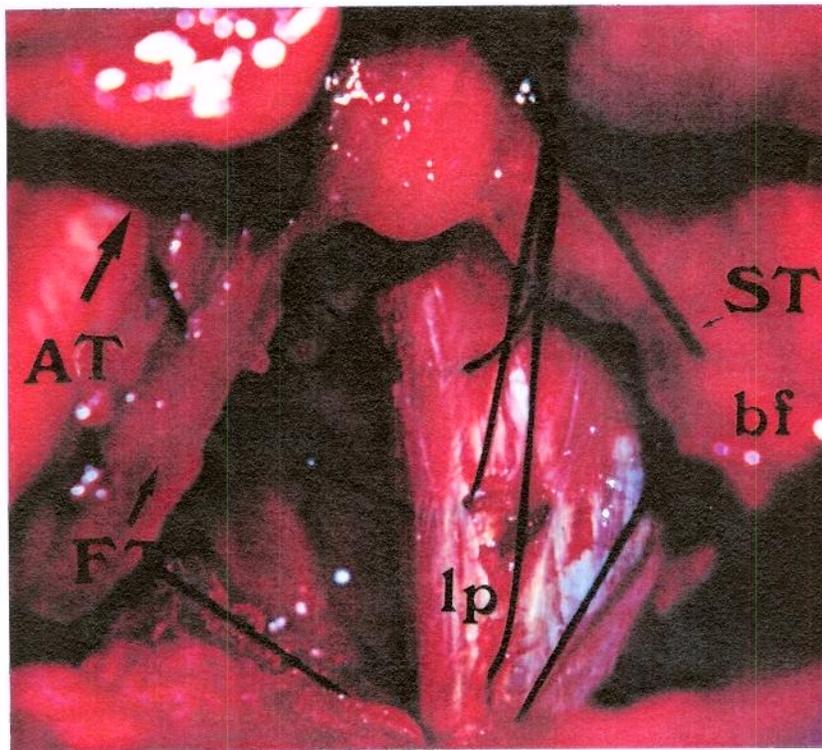


FIG 05 - TÉCNICA DE McVAY - **A** - ESQUEMA DA SUTURA DO ARCO TRANSVERSO ATÉ O LIGAMENTO PECTÍNEO (COOPER). **B** - SUTURA DO ARCO TRANSVERSO (AT) E FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL (FT) ATÉ O LIGAMENTO PECTÍNEO (L.P.). **C** - SUTURA DO ARCO TRANSVERSO (AT) E FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL (FT) ATÉ A BAINHA DOS VASOS FEMORAIS (BF) E O TRATO ÍLEO-PUBIANO.



A



B

FIG 06 - TÉCNICA DE McVAY - A - ESQUEMA DA SUTURA DE TRANSIÇÃO ENTRE O LIGAMENTO PECTÍNEO E A BAINHA DOS VASOS FEMORAIS. B - SUTURA DE TRANSIÇÃO (ST), ENTRE O ARCO TRANSVERSO (AT) E A FÁSCIA TRANSVERSALIS MEDIAL (FT), ATÉ O LIGAMENTO PECTÍNEO (lp), A BAINHA DOS VASOS FEMORAIS (bf) E O TRATO ÍLEO-PUBIANO.

Esquemas realizados pelo Dr. Eginaldo S. Kamata, a partir
de originais in NYHUS & CONDON - HERNIA - terceira
edição - Editora Lippincott - Pensylvania - 1989