

Protocolo Clínico e de Regulação para Hérnia da Região Inguinal no Adulto **72**

*Wilson Salgado Jr.
José Sebastião dos Santos*

INTRODUÇÃO

Hérnia inguinal é a protrusão de uma alça intestinal, do epíplco ou, mais raramente, de outra víscera intra-abdominal através de um orifício na parede abdominal na região da virilha. A predisposição genética, associada a situações de aumento na pressão na cavidade abdominal, é responsável pelo surgimento e pelo aumento destas hérnias.

A herniorrafia inguinal é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo por tratar-se de doença que incapacita as pessoas para o trabalho, gerando ônus econômico e social para o próprio indivíduo e para a sociedade.

As hérnias inguinais são mais frequentes em homens e o risco de desenvolver hérnia inguinal durante a vida gira em torno de 25% em homens e menos de 5% em mulheres.

A apresentação clínica varia desde um quadro assintomático até quadros graves de peritonite e sepse abdominal. O sintoma mais frequente é a dor localizada de leve a moderada intensidade, secundária à dilatação do anel herniário pelo conteúdo que está herniando.

O diagnóstico da hérnia inguinal é, na maioria das vezes, clínico, com os dados da história e do exame físico (sensibilidade de 75% e especificidade de 96%). A solicitação de exames de imagem (ultrassonografia, tomografia, ressonância) para confirmar o diagnóstico é excepcional. A presença de hérnia não redutível pode, em alguns casos, demandar algum desses exames para se realizar o diagnóstico diferencial.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento definitivo é a cirurgia. Com os recursos cirúrgicos e anestésicos atuais, os resultados têm sido excelentes, com baixas taxas de morbidade e mortalidade, o que acaba encorajando a indicação cirúrgica até mesmo para pacientes idosos. Com isto, poucos casos são deixados sem operar e submetidos a conduta observacional, lembrando que o risco de encarceramento é maior logo após as manifestações clínicas.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 72-1)

Cenário I

APRESENTAÇÃO CLÍNICA CLÁSSICA

- Abaulamento da região inguinal uni ou bilateral, redutível ou irreductível, que surge espontaneamente ou somente aos esforços.
- Possível abaulamento associado da região escrotal.
- Presença ou ausência de dor no local da hérnia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Adenomegalia – abaulamento fixo, bem delimitado, não redutível.
- Hidrocele – para o diagnóstico realiza-se a transiluminação.
- Criptorquidia – é fundamental que os dois testículos sejam avaliados durante o exame físico para descartar ectopia deles. Recomenda-se ultrassonografia da região inguinal para confirmação do diagnóstico.
- Aneurisma da artéria ilíaca – abaulamento pulsátil e expansível.

MEDIDAS REGULATÓRIAS

O diagnóstico de hérnia inguinal demanda o encaminhamento para tratamento cirúrgico de forma eletiva. De acordo com as características clínicas do paciente (ver adiante), ele poderá ser encaminhado para serviço de cirurgia ambulatorial ou então para hospital terciário.

PROTOCOLO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ADULTOS COM HÉRNIA INGUINAL PARA SERVIÇO DE CIRURGIA AMBULATORIAL

São elegíveis para tratamento cirúrgico em caráter ambulatorial os pacientes que apresentarem as características clinicossociais a seguir.

Comorbidades

- Ausência de doenças sistêmicas (comorbidades), alterações bioquímicas ou psicológicas, exceto a doença pela qual o paciente será operado (classificação de risco da Sociedade Americana de Anestesia [ASA] 1).

- Presença de doença sistêmica (comorbidade) leve, compensada. Exemplo: hipertensão arterial sistêmica leve ou diabetes *mellitus* controlados por medicação e/ou dieta; obesidade; asma leve (classificação de risco ASA 2) (Tabela 72-1).

Aspectos Sociais

- Possuir acompanhante adulto que fique, no dia da cirurgia, no hospital esperando a alta do paciente, responsabilize-se por levá-lo para casa e por cuidar dele nos dias subsequentes.
- Tempo de viagem máxima para chegar ao serviço de referência de 90 minutos.
- Transporte garantido para o domicílio no mesmo dia da cirurgia em carro (próprio, ambulância ou táxi).

Aspectos Gerais

- Idade > 16 anos e < 75 anos.
- Hérnia unilateral ou bilateral.
- Hérnia redutível ou encarcerada (não redutível).
- Hérnia primária ou recidivada.
- Desejo de tratamento cirúrgico.

Os pacientes que serão encaminhados para cirurgia ambulatorial deverão trazer, no dia da consulta, os exames de acordo com protocolos específicos de cada serviço. Segue, como exemplo, o Protocolo de Exames Necessários do Hospital Estadual de Ribeirão Preto-SP.

TABELA 72-1 Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA)

| ASA | DESCRIÇÃO |
|-----|---|
| 1 | Paciente saudável |
| 2 | Doença sistêmica moderada, sem limitação das funções vitais |
| 3 | Doença sistêmica grave, com funções vitais comprometidas |
| 4 | Doença sistêmica grave com ameaça à vida |
| 5 | Paciente moribundo, morte esperada nas próximas 24 h com ou sem intervenção cirúrgica |
| 6 | Paciente em morte encefálica, possível doador de órgãos |
| E | Em cirurgias de emergência acrescentar o E ao número |

Fonte: ASA Physical Status Classification System <http://www.asahq.org>

Exames complementares pré-operatórios (adultos) Hospital Estadual de Ribeirão Preto – SP

- A) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA-1), idade < 50 anos
- *Nenhum exame complementar*
- B) Paciente sadio, sem comorbidades (ASA-1), idade > 50 anos
- *Eletrocardiograma*
 - *Hemograma completo*
- C) Paciente hipertenso
- *Eletrocardiograma*
 - *Creatinina*
- D) Paciente diabético
- *Eletrocardiograma*
 - *Glicemia de jejum*
 - *Creatinina*
- E) Paciente com suspeita de distúrbio de coagulação ou uso de medicação anticoagulante, incluindo a aspirina
- *Testes de coagulação (razão normalizada internacional/tempo de protrombina [INR/TP], tempo parcial de tromboplastina ativada [TTPA])*
 - *Hemograma completo*
- F) Paciente com suspeita de doença cardiovascular ou diagnóstico de cardiopatia prévia
- *Eletrocardiograma*
 - *Teste de esforço*
 - *Risco cardiológico pré-operatório*
- G) Paciente em uso de diuréticos
- *Creatinina*
 - *Sódio e potássio*
- H) Paciente mulher com suspeita de gravidez (atraso menstrual)
- *Beta HCG sanguíneo*
- I) Paciente a ser submetido a procedimento cirúrgico no trato genitourinário
- *Urina rotina*
- J) Paciente com nefropatia (para confecção de fistula arteriovenosa)
- *Creatinina*
 - *Sódio e potássio*
 - *Testes de coagulação (INR/TP, TTPA)*
- K) Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia recente, sintomas respiratórios recentes
- *Radiografia de tórax (incidências posteroanterior [PA] e perfil)*

Nos casos em que o paciente não se enquadrar para tratamento cirúrgico ambulatorial, ele deve ser referenciado para um hospital terciário.

Cenário II**APRESENTAÇÃO CLÍNICA DOS CASOS COM COMPLICAÇÃO**

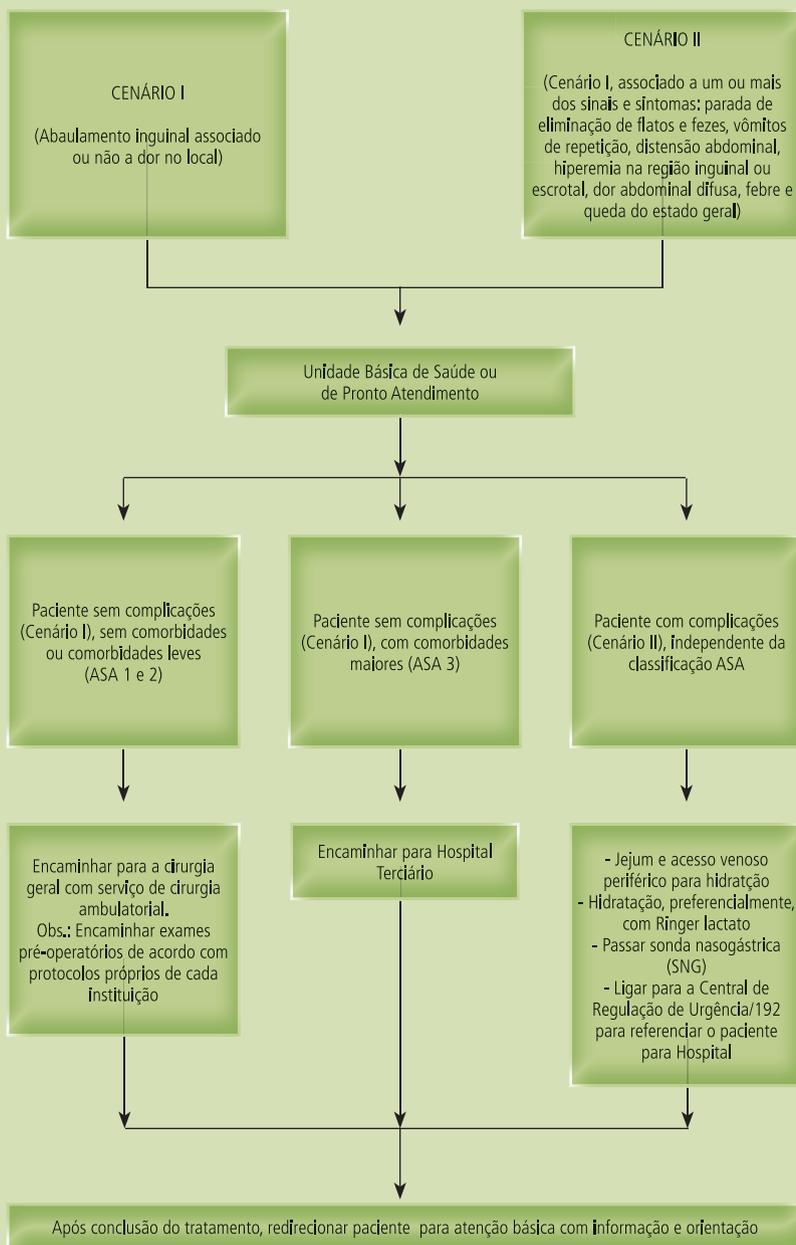
- Parada de eliminação de flatos e fezes.
- Vômitos de repetição.
- Distensão abdominal.
- Hiperemia na região inguinal ou escrotal.
- Dor abdominal difusa.
- Febre e queda do estado geral.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Hidratação preferencialmente com lactato de Ringer.
- Passar sonda nasogástrica (SNG).
- Ligar para a Central de Regulação de Urgência/192 para referenciar o paciente para hospital.

BIBLIOGRAFIA

- Gallegos NC, Dawson, J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg.* 1991;78:1172-3.
- Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet.* 2003;362:1561-72.
- McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H. Evidence-based management of groin hernia in primary care - a systematic review. *Fam Pract.* 2000;17:442-7.
- Rutkow IM, Robbins AW. Aspectos demográficos classificatórios e sócio-econômicos do reparo herniário nos Estados Unidos da América. *Clin Cir Am Norte.* 1993;3:433-48.
- van den Berg JC, de Valois JC, Go PM, Rosenbusch G. Detection of groin hernia with physical examination, ultrasound, and MRI compared with laparoscopic findings. *Invest Radiol.* 1999;34:739-43.



Fluxograma 72-1 Abordagem do paciente adulto com hérnia inguinal a partir da atenção básica.