

## ASPECTOS ATUAIS DA HERNIORRAFIA NO IDOSO CURRENT ASPECTS OF HERNIORRHAPHY IN THE ELDERLY

Fernando Antônio Bohrer Pitrez, ACBC-RS<sup>1</sup>  
Sérgio Ricardo Pioner, ACBC-RS<sup>2</sup>  
Hélio Lemchen, ACBC-RS<sup>3</sup>  
João Henrique Irigaray<sup>3</sup>  
Daniel Nunes e Silva<sup>3</sup>

**RESUMO:** A hérnia no paciente maior de 65 anos, ainda hoje, admite questionamentos quanto à sua etiologia, evolução e manejo. As condições clínicas do paciente e a debilidade dos tecidos da parede abdominal multiplicam as dificuldades inerentes à herniorrafia. O manejo cirúrgico apropriado é o reparo eletivo precoce, que apresenta índices limitados de complicações, sendo de maneira geral uma operação segura. Em casos de emergência, tentativas de desencarceramento estão contra-indicadas, já que em idosos a sintomatologia de sepse intra-abdominal inicial é frustra. O tratamento cirúrgico deve ser preconizado, pois nas operações de emergência a morbi/mortalidade da herniorrafia está significativamente elevada. A presente revisão pretende analisar os fatores envolvidos no sucesso da herniorrafia no idoso, destacando os aspectos atuais do pré, trans e pós-operatório.

**Unitermos:** Hérnia; Herniorrafia; Idoso; Complicações.

### HERNIORRAFIA

*"Nenhuma doença do corpo humano de competência do cirurgião requer em seu tratamento uma maior combinação de acurado conhecimento anatômico com perícia cirúrgica do que a HÉRNIA em todas as suas modalidades."*

Sir Astley Cooper

### INTRODUÇÃO

A herniorrafia é um procedimento cirúrgico amplamente realizado após os 65 anos, atingindo cerca de 20% das operações e comprometendo aproximadamente 15% de todas as internações de idosos.<sup>1,2,3</sup> O envelhecimento orgânico e as

doenças degenerativas, via de regra partícipes desta faixa etária, ampliam o risco cirúrgico-anestésico e a morbi/mortalidade da cirurgia.<sup>3,4,5</sup> A presença de doenças associadas ao natural envelhecimento tecidual elevam a herniorrafia no idoso a um nível de procedimento complexo, exigindo uma abordagem multidisciplinar.<sup>4,6</sup> O sucesso da cirurgia envolve uma associação vasta de fatores, os quais, se bem manejados, proporcionam bons resultados.<sup>4,5</sup> Neste estudo será apresentada uma análise sobre os aspectos atuais envolvidos na herniorrafia no paciente idoso, destacando o real valor da indicação de cirurgia eletiva precoce.

### A HÉRNIA NO IDOSO

As hérnias abdominais são muito frequentes no idoso.<sup>7</sup> Há uma importante predominância das hérnias adquiridas, sendo que a etiologia é multifatorial.<sup>4,5</sup> Entre os aspectos

1. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da FFFCMPA e Cirurgião do Centro Integrado de Hérnias da ISCMPA.

2. Cirurgião do Centro Integrado de Hérnias da ISCMPA.

3. Acadêmico de Medicina da FFFCMPA.

Recebido em 28/8/99

Aceito para publicação em 6/12/99

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

relacionados com seu desenvolvimento, destacam-se fatores como distúrbios no metabolismo do colágeno e o aumento da pressão intra-abdominal, incluindo dificuldade urinária, tosse e constipação crônica.<sup>8-14</sup>

A distribuição das hérnias na parede abdominal no idoso é semelhante à dos mais jovens, predominando as hérnias inguinais indiretas, variando de 50% a 60% dos casos; já as hérnias inguinais diretas são diagnosticadas em cerca de 15% a 35% dos pacientes.<sup>4,11,12</sup> As hérnias femorais atingem cerca de 15% dos pacientes.<sup>12,13</sup> As hérnias de deslizamento, que são raras em pacientes jovens, cerca de 0,5%, alcançam índices superiores a 10% nos idosos.<sup>6</sup> As hérnias ventrais, umbilicais e incisionais são diagnosticadas em menos de 10% dos casos<sup>14,15</sup> (Tabela 1)

**Tabela 1**

Distribuição das hérnias da parede abdominal no idoso.<sup>4,11,14</sup>

Tipo de hérnia	Incidência (%)
Inguinal indireta	50 - 60
Inguinal direta	15 - 35
Incisional	10
Femoral	6
Umbilical	4
Outras	5

O quadro clínico das hérnias geralmente é clássico e se traduz pelo aparecimento de uma protuberância local, com crescimento gradativo, exacerbando-se aos esforços.<sup>14,16</sup> Eventualmente está associada à sintomatologia dolorosa, porém a dor é raramente um sintoma único ou preponderante.<sup>15,16</sup> A grande maioria dos pacientes idosos não apresenta sintomas antes da admissão na emergência.<sup>14</sup>

O diagnóstico é feito por meios clínicos através da inspeção e palpação do local, auxiliados por manobras específicas de oclusão do anel herniário, nas inguinais, ou através da manobra de Valsalva, nas demais.<sup>14,15,16</sup> Deve-se sempre examinar o paciente na posição ortostática e em decúbito.<sup>16</sup> Raramente há necessidade de recorrer a exames radiológicos, ecográficos ou outros, como é o caso da hérnia obturadora interna, que não apresenta sinais externos, sendo rara na fase adulta, mas com aumento significativo da frequência nos idosos, necessitando de exame tomográfico para seu diagnóstico.<sup>17</sup> O diagnóstico de hérnias femoral e obturadora muitas vezes só é realizado no momento da cirurgia.<sup>13,17</sup>

**PRÉ-OPERATÓRIO**

É imprescindível e inclui um levantamento funcional global através de anamnese e exame físico completos, seguidos de testes complementares específicos.<sup>3</sup> Como já foi descrito, o paciente idoso é, consensualmente, de alto risco e, por conseguinte, torna-se mandatória a extrema atenção ao preparar a cirurgia.<sup>18</sup>

Não obstante a maioria das herniorrafias constituir-se em operações de médio porte, em alguns tipos específicos, como as grandes eventrações, os riscos elevam-se a níveis semelhantes aos de procedimentos de grande porte.<sup>18</sup> Na avaliação do paciente, a anamnese deve investigar principalmente os sistemas de alto risco, como o cardiovascular, o respiratório e o renal, já que a maioria dos pacientes acima de 65 anos apresenta disfunções subjacentes, muitas delas sem tradução sintomatológica aparente ou de manifestação atípica.<sup>19</sup> O exame físico deve ser completo e abrangente.<sup>16</sup> Deve haver uma atenção específica em relação ao exame da próstata, pois o esforço miccional é um fator agravante no aparecimento de hérnias; desta maneira, o toque prostático constitui-se em parte imprescindível no exame físico.<sup>20</sup>

Como ponto de especial importância no pré-operatório destaca-se a avaliação do risco cirúrgico.<sup>18</sup> A avaliação do risco anestésico é realizada através da aplicação da classificação de ASA (American Society of Anesthesiology)<sup>15</sup> (Tabela 2) e, para a determinação do risco cardiovascular, utilizam-se os critérios de Goldman<sup>21</sup> (Tabela 3).

**ANESTESIA**

É o fator isolado mais importante nas operações em pacientes geriátricos, estando intimamente relacionado com sua

**Tabela 2**

Classificação do risco anestésico, da Sociedade Americana de Anestesiologia, preconizada para o pré-operatório<sup>15</sup>

Classe	Estado clínico
I	Paciente sem alterações orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psiquiátricas
II	Paciente portador de alteração leve ou moderada que pode ou não estar associada à patologia que levará ao procedimento cirúrgico
III	Paciente portador de alteração grave que pode ou não estar associada à patologia que levará ao procedimento cirúrgico
IV	Paciente portador de alteração sistêmica grave, com risco de vida independente da cirurgia
V	Paciente moribundo, com pequena chance de sobrevida, no qual a cirurgia será realizada como esforço derradeiro
E	Paciente que necessita de cirurgia de emergência

**Tabela 3**

Avaliação do risco cardiovascular, pelos critérios de Goldman, preconizada para o pré-operatório<sup>21</sup>

Fator avaliado	Pontuação
Terceira bulha ou distensão venosa jugular	11
Infarto do miocárdio nos últimos 6 meses	10
Ritmo não-sinusal	7
Mais que 5 despolarizações ventriculares precoces por minuto	7
Idade maior que 70 anos	5
Procedimento de emergência	4
Estenose aórtica hemodinamicamente significativa	3
Procedimento aórtico, intra-abdominal ou intratorácico	3
Saúde geral deficiente	3

morbidade.<sup>1</sup> O procedimento cirúrgico planejado e o estado clínico dos pacientes são os principais determinantes para a escolha do tipo de anestesia.<sup>22</sup> A anestesia geral e os bloqueios espinhais estão associados com índices importantes de complicações trans e pós-operatórias em idosos,<sup>22</sup> incluindo retenção urinária, arritmias, hipoventilação, hipóxia, hipotensão e morte.<sup>3,13,24</sup> O bloqueio, em relação à anestesia geral, tem as vantagens do alívio da dor no pós-operatório imediato, redução no balanço nitrogenado negativo, amenização da síndrome metabólica pós-operatória, melhor controle do sangramento e menor incidência de acidentes tromboembólicos.<sup>18,24,25</sup>

A anestesia local, sempre que possível, é o método de eleição para a correção dos defeitos herniários do idoso, já que não altera significativamente as funções cardiopulmonares, não causa hipotensão, retenção urinária ou fleo parafítico, possibilita a mobilização precoce e diminui os riscos de acidentes tromboembólicos.<sup>5,22,24,25</sup>

A filosofia básica no tocante às herniorrafias procura reconstituir o defeito provocado pelo orifício herniário, de tal modo a restabelecer a integridade anatômica e funcional da parede abdominal.<sup>14</sup>

O reparo eletivo rápido pode ser empreendido com baixo risco e segurança nas hérnias no idoso; contudo, o reparo emergencial, no encarceramento, está associado a elevados índices de morbi/mortalidade.<sup>26</sup>

## HERNIORRAFIA ELETIVA

Assim como nos jovens, a herniorrafia eletiva é a conduta de escolha para pacientes idosos portadores de hérnias da parede abdominal.<sup>1,4,5</sup> Entretanto, antes da realização do procedimento, deve ser promovida uma completa avaliação clínica do paciente, identificando e corrigindo as comorbidades e os fatores capazes de acarretar um aumento da pressão intra-abdominal.<sup>1</sup>

A escolha da técnica operatória para o reparo da hérnia no idoso, entre elas as técnicas de Bassini, McVay, Shouldice, Nyhus, Halsted e Lichteinstein, depende da experiência do cirurgião e do comprometimento das estruturas da parede abdominal, estando os resultados intimamente relacionados com estes fatores.<sup>1,12-14,27</sup>

Na herniorrafia no idoso, pela costumeira fraqueza tecidual, na maioria dos casos, recorre-se ao auxílio de próteses exógenas.<sup>28,29</sup> Recentemente, as técnicas videolaparoscópicas obtiveram grande popularidade na correção dos defeitos herniários inguinais; no entanto, seus resultados tardios persistem incertos.<sup>20,30,31,32</sup> (Tabela 4)

A morbidade após herniorrafia eletiva no idoso pode atingir índices próximos a 20%, sendo que ela está relacionada ao estado clínico do paciente e ao preparo para o procedimento cirúrgico.<sup>33,34</sup> As complicações cardiovasculares são as mais frequentes, podendo atingir índices de 30%, além de acidente vascular encefálico, pneumonias, atelectasias, insuficiência respiratória, alterações do trato gastrointestinal, como gastrite,

**Tabela 4**  
Comparação entre a herniorrafia convencional e a videolaparoscópica<sup>4,20,30-32</sup>

Herniorrafia convencional	Herniorrafia videolaparoscópica
1. Abordagem cirúrgica clássica	1. Forma recente de abordagem cirúrgica
2. Indicação em todos os tipos de hérnias abdominais recidivadas	2. Indicação precisa em inguinais e bilaterais
3. Maioria sob anestesia local ou loco-regional	3. Menor desconforto pós-operatório e retorno precoce às atividades
4. Grande parte prescinde de material protético	4. Anestesia geral e uso de material protético
5. Morbi-mortalidade conhecida	5. Morbi-mortalidade em estudo
6. Recidiva conhecida	6. Recidiva ainda não avaliada
7. Menor custo direto	7. Maior custo direto
8. Consagrada pelo uso	8. O futuro trará respostas definitivas
9. Ao alcance de qualquer cirurgião	9. Exige treinamento específico

úlcera de stress, diarreia e complicações locais, como hematoma escrotal, seroma e infecção de ferida operatória.<sup>4,11,35,36</sup>

A mortalidade é extremamente baixa, mesmo em pacientes acima de 80 anos, podendo ser de 0% a 2%, dependendo da sistematização e dos cuidados pós-operatórios, que se baseiam em movimentação precoce, inibição de vômitos, cuidados com a administração de medicação e volume hídrico.<sup>1,6,19,20</sup>

## HERNIORRAFIA DE URGÊNCIA

Aproximadamente de 15% a 25% das herniorrafias em pacientes idosos são realizadas em caráter de urgência,<sup>31,35</sup> enquanto nos jovens este índice não ultrapassa 5%.<sup>11</sup> Pelas dificuldades diagnósticas, nas hérnias femorais e obturadoras a incidência de cirurgia de urgência pode chegar a 80%.<sup>35,37</sup> A hérnia inguinal indireta no homem e a femoral na mulher são as que mais encarceram.<sup>1,14,34</sup>

Não há controvérsia acerca do momento mais apropriado para o tratamento das hérnias encarceradas da parede abdominal do idoso, estando o procedimento indicado tão logo que possível.<sup>3</sup> Essa abordagem evita que tentativas de desencarceramento, que são extremamente perigosas, sejam realizadas no idoso, já que os mesmos não apresentam, com frequência, sinais de irritação peritoneal, apesar da sepse intra-abdominal instalada.<sup>1</sup>

Ao contrário dos ótimos resultados da herniorrafia eletiva no idoso, a cirurgia de urgência está associada a taxas de mortalidade variando de 12%-15%, acompanhada de morbidade superior a 50%.<sup>1,2,4,23</sup> A maior causa de morte é o déficit cardiopulmonar, seguido pela sepse.<sup>4</sup>

## RECIDIVA

Apesar dos relevantes avanços nas técnicas de herniorrafia, com utilização de material sintético e auxílio da videolaparoscopia, os índices de recidiva no idoso mantêm-se

elevados, variando intensamente na literatura, de 2% a 30%.<sup>4</sup> Os resultados conflitantes explicam-se pelo tempo variado de seguimento e pela população selecionada de alguns estudos.<sup>3,4,12</sup> Portanto, a afecção herniária no idoso, ainda hoje, admite muitos questionamentos em função de suas múltiplas facetas, tanto etiopatogênicas como cirúrgicas. O reparo eletivo de hérnias da parede abdominal nos idosos normalmente

é simples e seguro, apresentando baixos níveis de morbi/mortalidade, observando-se as peculiaridades próprias da senilidade. Sempre que o paciente idoso apresentar condições clínicas, deve-se aventar a possibilidade de tratamento cirúrgico, pois em caso de operação emergencial os índices de morbidade elevam-se drasticamente, tumultuando o pós-operatório e elevando a mortalidade.

---

**ABSTRACT**

*The abdominal wall hernias in an elderly population, until today admit questions about etiology, evolution and management. The technical difficulties of herniorrhaphy are increased because of the clinical status and the weakness of the tissues. The elective herniorrhaphy is the choice, because it is safety and has few complications. In emergency, attempts to reduce the incarcerated hernia should be avoided, because of the risks of intra-abdominal sepsis. The elective surgery should be indicated, the emergency herniorrhaphy is associated with higher mortality and morbidity. The present article aims to review the current features related in successful herniorrhaphy in old patient, emphasizing all the stages of the surgery.*

**Key Words:** *Hernia; Herniorrhaphy; Elderly; Complications.*

---

**REFERÊNCIAS**

1. Rosenthal RA – Small-bowel disorders and abdominal wall hernia in the elderly patient. *Surg Clin North Am* 1994;74(2):261-291.
2. Rutkow IM – Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990's. *Surg Clin North Am* 1998;78(6):941-951.
3. Deysine M, Grimson R, Soroff HS – Herniorrhaphy in the elderly - Benefits of a clinic for the treatment of external abdominal wall hernias. *Am J Surg* 1987;153:387-391.
4. Pitrez FAB, Oliveira, JR, Furtado JP, et al – Hérnia inguinal no paciente idoso. *Rev Col Bras Cir* 1993;20(4):174-178.
5. Cians EGF, Cuneo S, Vitale FB, et al – Hernia repair in elderly patients. *Br J Surg* 1997;84:983-985.
6. Roraek-Madsen M – Herniorrhaphy in patients aged 80 years or more. *Eur J Surg* 1992;158:591.
7. Nehme AE – Groin hernias in elderly patients - Management and prognosis. *Am J Surg* 1983;146:257-260.
8. Wagh PV, Leverick AP, Sun CN, et al – Direct inguinal herniation in men: a disease of collagen. *J Surg Res* 1974;17:425-428.
9. Abrahamsen J – Hernias. In Schwartz SI, Ellis H, Husser WC (eds) - *Maignot's Abdominal Operations*. 9<sup>th</sup> ed. Norwalk, Connecticut. Appleton and Lange editora, 1990, pp 215-296.
10. Pitrez FAB, Pioner S – Hérnia Periestomal. In Silva LA - *Hérnias da Parede Abdominal*. 1<sup>ª</sup> Edição. Rio de Janeiro. Atheneu Editora, 1997, pp 223-234.
11. Lewis BS, Wenger JS, Wayne JD – Small bowel enteroscopy and intraoperative enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1991;86:171-177.
12. Pioner SR, Pitrez FAB, Pioner GT – Herniorrafia pré-peritoneal para hérnias da região inguinal. *Col Bras Cir* 1995; 22(2):142-146.
13. Tinwald GR, Cooperman M – Inguinal and femoral hernia repair in geriatric patients. *Surg Gynecol Obstet* 1982;154:704-706.
14. Kotz WJ, Sabiston DC – Hernias. In Sabiston DC – *Textbook of surgery, the biological basis of modern surgical practice*. 5<sup>ª</sup> ed. Saunders Editora. Philadelphia, 1998, pp 639-654.
15. Miller RD – Anesthesia. In Way LW - *Current: surgical diagnosis and treatment*. 10<sup>th</sup> edição. Lange Editora. Connecticut 1994, pp 174-176.
16. Pitrez FAB, Lemchem HF, Serra A, et al – Semiologia das hérnias inguino-crurais. *Rev Med Sta Casa* 1995; 6(12):1.259-1.263.
17. Emory RE, LaPorta AJ – *Obturator hernia*. *Surgery Rounds*. 1993, 43-46.
18. Pitrez FB – *Fundamentos de Pré e Pós-operatório*. Porto Alegre: Fundo Editorial Byk Editora, 1987.
19. Lubin MF, Kelly KG – Cuidado peri-operatório do paciente idoso. In Merli GJ, Weitz HH – *Assistência Clínica ao Paciente Cirúrgico*. Rio de Janeiro. Revinter Editora, 1997, pp 217-226.
20. Silva AL, Barbosa CA – Pré e pós-operatório em hérnia inguinal. In Pitrez FAB, Pioner SR – *Pré e pós-operatório em cirurgia geral e especializada*. Porto Alegre. Artmed Editora, 1999, pp 299-310.
21. Goldman L, et al – Multifactorial index os cardiac risk in noncardiac surgical procedures. *N Engl J Med* 1977;297:845-50.
22. Young DV – Comparison of local, spinal, and general anesthesia for inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1987;153:560-563.
23. Guillen J, Aldrite A – Anesthetic factors influencing morbidity and mortality of elderly patients undergoing inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1970;120:760.
24. Job CA, Fernandez MA, Dorph DJ, et al – Inguinal hernia repair: comparison of local, epidural and general anesthesia. *NY State J Med* 1979;79:1.730-40.

25. Teasdale C, McCrum A, Williams NB, et al – Aspects of treatment: a randomized controlled trial to compare local with general anesthesia for short stay inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64:238-241.
26. Keith A – On the origin and nature of hernia. *Br J Surg* 1924;11:455.
27. Stoppa RE, WarLaumont CR, Verhalghe PJ, et al – Prosthetic repair in the treatment of groin hernias. *Int Surg* 1986;71:154.
28. Capozzi JA, Berkenfield JA, Cherry JK – Repair of inguinal hernia in the adult with prolene mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167:124-128.
29. Robbins AW, Rutkow IM – The mesh-plug hernioplasty. *Surg Clin North Am* 1993; 73:501-512.
30. Velasco JM, Vallina VI, Esposito DJ, et al – Laparoscopic herniorrhaphy in the geriatric population. *Am Surg* 1998; 64(7): 633-637.
31. Newman L, Eubanks S, Manson E, et al – Is laparoscopic herniorrhaphy an effective alternative to open hernia repair? *J Lap Endo Surg* 1993;3:121.
32. Dhoste K – Haemodynamic and ventilatory changes during laparoscopic cholecystectomy in elderly ASA III patient. *Can J Anaesth* 1996;43: 8,783-788 .
33. Branco PD, Birolini D, Oliveira, MR – Cirurgia na senilidade. In Azul LGC, Filho ETC, Decort LV – *Clínica do indivíduo idoso*. São Paulo. Guanabara Koogan Editora, 1981; pp 282-290.
34. Brittenden J Heys SD, Eremin O – Femoral hernia: mortality and morbidity following elective and emergency surgery. *J R Coll Surg Edinb* 1991;36:86-88.
35. Fenyo OG – Diagnostic problems of acute abdominal diseases in the aged. *Acta Chir Scand* 1974;140:396.
36. Resnick NM – Geriatric medicine. In Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA – *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 36th edição. Lange Editora., Connecticut 1997, pp 48-68.
37. Rose JDR, Roberts GM, Williams G, et al – Cardiff Crohn's disease jubilee: the incidence over 50 years. *Gut* 1988;29:346.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Dr. Fernando Antonio B. Pitrez  
 Rua Padre Chagas, 367/801  
 90570-080 – Porto Alegre – RS