

REPARO PELA TÉCNICA DE SHOULDICE MODIFICADA NAS HÉRNIAS INGUINAIS PRIMÁRIAS

MODIFIED SHOULDICE TECHNIQUE IN PRIMARY GROIN HERNIA REPAIR

Renato Miranda de Melo, ACBC-MG¹

Artur de Oliveira Cozadi²

Isamara de Souza Matias³

Clímaco Cesar Moreira⁴

RESUMO: Os autores apresentam a taxa de recidiva com o reparo de hérnias inguinais primárias, empregando a técnica de Shouldice em três planos, modificada pela inclusão isolada do trato iliopúbico no 2º plano de sutura. A média de idade dos pacientes foi de 43 anos (16-88), com predominância da doença no sexo masculino (88,4%), do lado direito (57,4%) e da modalidade indireta (59,1%). O seguimento pós-operatório foi de um a oito anos completos, tendo sido revistos pessoalmente pelos autores 112 pacientes, totalizando 115 hérnias, objeto deste trabalho. Houve a ocorrência de um hematoma (0,9%) e de uma infecção da ferida operatória (0,9%). As duas únicas recidivas (1,7%) ocorreram nos primeiros dois anos de pós-operatório, em pacientes do sexo masculino operados no início da série, sendo originalmente uma indireta e a outra direta. Dos resultados aferidos, os autores concluíram que a técnica adotada no reparo das hérnias inguinais primárias, com as modificações propostas neste trabalho, apresentou um índice baixo de recidiva, embora ainda maior se comparado ao procedimento de Shouldice clássico. Mesmo assim, é preciso que o cirurgião saiba executar outras técnicas, sobretudo as que utilizam próteses (telas), no tratamento das hérnias inguinais complexas ou multi-recidivadas.

Unitermos: Canal inguinal; Hérnia inguinal; Técnicas de sutura.

INTRODUÇÃO

O homem, desde que assumiu a postura bípede, paga tributos de toda ordem, entre eles, as lombalgias, as varizes e as hérnias. A julgar somente por dados do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, de 1993 a 1996, foram realizadas mais de 500 mil correções cirúrgicas de hérnias inguinais primárias, uni ou bilaterais. Estes procedimentos ocuparam o 2º lugar (5,3%) entre todos os realizados no período, consumindo dos cofres públicos mais de cem milhões de Reais (DATASUS/GTDD). A despeito das diversas técnicas empregadas, a taxa de recidiva é elevada, em torno de 10%. Entre as causas são apontados erros técnicos ao lado de deficiências no metabolismo do colágeno.^{1-6,10}

Desde que foi proposta, em 1945, a correção pela técnica de Shouldice tem apresentado índices de recidiva abaixo de 1%. Consiste na abertura da fáscia transversal (do anel inguinal profundo ao tubérculo púbico), com a superposição dos seus folhetos, aproximando-se a borda livre do folheto lateral

à face posterior do medial (1º plano), e da borda livre deste ao ligamento inguinal (2º plano), com o estreitamento daquele anel. Em seguida, suturam-se os músculos transverso (3º plano) e oblíquo interno (4º plano) à aponeurose do oblíquo externo, adjacentes ao ligamento inguinal.¹¹ Em 1983, foi proposta a eliminação dos rebaixamentos musculares (3º e 4º planos), com resultados semelhantes aos obtidos com a técnica original.²

Reconhecendo-se o ligamento inguinal como dependência da aponeurose do músculo oblíquo externo, e que a debilidade da fáscia transversal é o denominador comum das hérnias inguinais, recomenda-se utilizar sobretudo os elementos próprios deste estrato na sua correção.^{1,2,9,11-18}

Este trabalho tem por objetivo avaliar a taxa de recidiva das hérnias inguinais primárias, corrigidas pela técnica de Shouldice, em três planos, modificada ainda pelo envolvimento isolado do trato iliopúbico no 2º plano. O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética da Santa Casa (Alfenas/MG).

1. Cirurgião Geral. Mestre em Cirurgia pela EPM-UNIFESP.

2. Cirurgião Geral.

3. Enfermeira

4. Anestesiista.

Recebido em 14/4/97

Aceito para publicação em 19/1/98

Trabalho realizado na Clínica de Hérnia (Santa Casa), Alfenas – MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Todos os pacientes, no período de 1º de agosto de 1988 a 31 de março de 1996, de ambos os sexos, que apresentavam hérnia inguinal primária, entraram no protocolo para inguinoplastia segundo a técnica de Shouldice, com as modificações propostas, sob anestesia raquidiana ou peridural.

Após os tempos iniciais de dissecação e identificação dos elementos constitutivos do canal inguinal (Figura 1), ressecção da túnica espermática externa e do músculo cremâster, tratamento do saco indireto, quando houvesse (por ligadura e ressecção ou redução simples), e abertura completa da fáscia transversal, do anel profundo ao pube (Figura 2), procedeu-se à reconstrução do assoalho inguinal utilizando-se fio de polipropileno, calibre 3-0, montado em agulha cilíndrica de ½ círculo, com 2cm de comprimento, em sutura contínua, do seguinte modo:

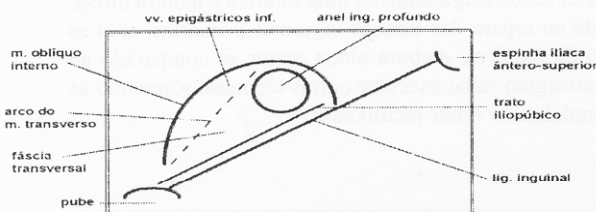


Figura 1 - Anatomia cirúrgica do canal inguinal (esquemática)

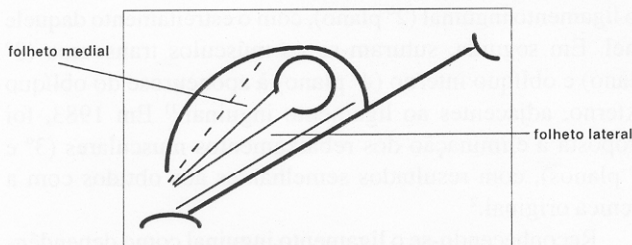


Figura 2 - Abertura da fáscia transversal (do anel profundo ao pube)

1º plano de sutura

Iniciado junto ao tubérculo púbico, aproximando a borda livre do folheto lateral à face posterior do folheto medial, alcançando o arco do m. transverso, e interrompido com a neoformação do anel profundo, que teve seu diâmetro diminuído graças ao emagrecimento prévio do cordão espermático ou à secção completa do ligamento redondo (Figura 3).

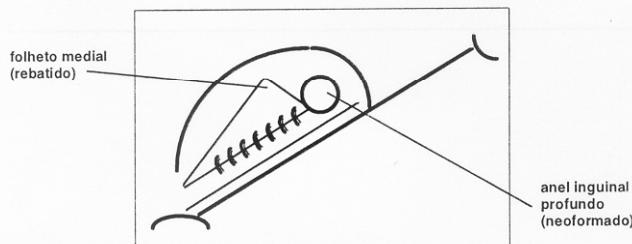


Figura 3 - Primeiro plano de sutura

2º plano de sutura

Com o mesmo fio, aproximou-se a borda livre do folheto medial ao trato iliopúbico, isoladamente, retornando ao tubérculo púbico, onde o fio era atado à sua extremidade livre mantida na primeira sutura (Figura 4).

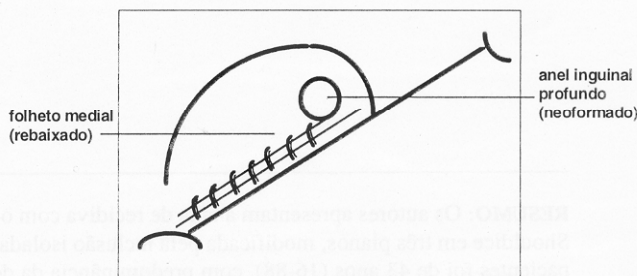


Figura 4 - Segundo plano de sutura (modificação)

3º plano de sutura

Utilizando-se ainda o mesmo fio, prosseguia-se novamente em direção ao anel profundo, suturando-se a borda inferior do músculo oblíquo interno ao ligamento inguinal (Figura 5).

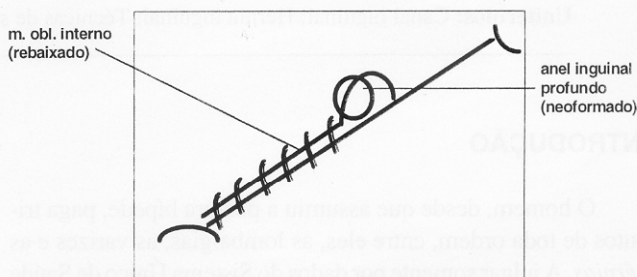


Figura 5 - Terceiro plano de sutura (facultativo).

Confirmada a hemostasia, o cordão espermático (ou ligamento redondo do útero não seccionado) e os nervos ílio-inguinal e ílio-hipogástrico eram recolocados em sua posição original. A aponeurose do músculo oblíquo externo foi suturada lábio a lábio sobre eles, com o mesmo fio (sutura contínua). Finalmente, após uma segunda revisão da hemostasia, a pele foi fechada com o restante do fio, mediante sutura

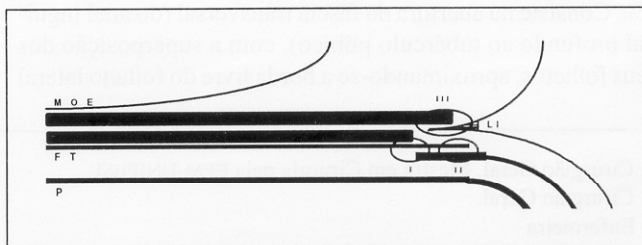


Figura 6 - Resultado estrutural da inguinoplastia (corte transversal, esquemático). MOE/MOI = mm. oblíquos externo e interno; MT = m. transverso; FT = fáscia transversal; P = peritônio; LI = lig. inguinal; I, II e III = planos de sutura

contínua intradérmica, e coberta com uma fita adesiva permeável. A duração da cirurgia foi registrada em minutos. O resultado estrutural da operação está esquematizado na figura 6.

Os pacientes foram estimulados a deambular, se possível, no mesmo dia, fazendo uso de analgésicos (dipirona ou diclofenaco). No dia seguinte, todos eles receberam alta orientados a praticar trabalhos leves ou moderados. Retornavam uma semana depois, para retirada do fio da pele e pesquisa de hematoma ou infecção da ferida. Após três semanas de pós-operatório, foram liberados para realizar qualquer tipo de trabalho, mesmo braçal. Os controles subsequentes foram anuais.

O critério utilizado para definir a recidiva foi o abaullamento, sintomático ou não, da região inguinal operada, com o paciente examinado em posição ortostática e após manobra de Valsalva, excluídas as hérnias femorais detectadas durante o seguimento.

No presente estudo foram avaliados somente os pacientes que completaram, pelo menos, um ano de pós-operatório, para detecção e análise de recidiva, segundo este protocolo. Os resultados foram apresentados na tabela 1.

Do total de pacientes operados, apenas 148 (153 hérnias) enquadraram-se nas determinações do protocolo original. Destes, 36 foram excluídos (38 hérnias), uma vez que não foram encontrados (óbito ou mudança de domicílio). Ao final, 112 pacientes foram avaliados pessoalmente pelos autores, totalizando 115 hérnias, as quais constituem objeto do presente trabalho.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 16 a 88 anos (média de 43), sendo 99 do sexo masculino (88,4%) e 13 do feminino (11,6%). Ao exame físico, 66 hérnias incidiam à direita (57,4%) e 49 à esquerda (42,6%), três pacientes apresentavam hérnias bilaterais. Durante a cirurgia, constatou-se que 68 eram indiretas (59,1%), 36 diretas (31,3%) e 11 mistas (9,6%). Apenas cinco pacientes, todos do sexo masculino, apresentaram en-

carceramento inicial da hérnia (4,3%). O tempo médio de duração das cirurgias foi de 68 minutos, para ambos os sexos.

Não houve óbitos relacionados à hérnia ou à cirurgia na presente série. Quanto às complicações da ferida, houve a ocorrência de um hematoma (0,9%), drenado por punção aspirativa, e de uma infecção (0,9%), que se verificou pela eliminação progressiva de fios de algodão, utilizados para hemostasia em um dos casos.

Cinco pacientes apresentaram hérnia femoral no seguimento (4,3%), que realmente se desenvolveram no pós-operatório ou não foram percebidas durante a cirurgia original. A recidiva inguinal ocorreu em dois pacientes do sexo masculino (1,7%), com 60 e 36 anos de idade respectivamente, ambos com hérnia à direita, operados no início da série. Uma era originalmente indireta e a outra direta. O aparecimento delas ocorreu nos dois primeiros anos de pós-operatório (12 e 23 meses) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A correção das hérnias representa um dos maiores desafios para o cirurgião, visto que o sucesso ou insucesso terapêuticos irão recair sobre a qualidade da cicatriz produzida. Nenhum outro elemento orgânico, seja estrutural ou funcional, irá substituí-la, salvo as próteses. A recidiva significa, portanto, uma doença não curada e de prognóstico pior.

O tratamento do saco herniário deve restringir-se à simples devolução do mesmo à cavidade abdominal. Esse procedimento diminui significativamente a dor pós-operatória e não aumenta a recidiva.²¹ Nas hérnias diretas, sua abordagem confunde-se com o tratamento do assoalho inguinal: a fásia transversal.¹²⁻¹⁸

De todos os elementos que constituem essa região, ela representa o seu ponto mais fraco, e o que deverá ser reconstituído especificamente no espaço compreendido entre o arco do m. transverso e o trato ilio-púbico, adiante dos vasos epigástricos inferiores (trígono de Hesselbach), incluindo a restau-

Tabela 1
Reparo pela técnica de Shouldice modificada em 115 hérnias inguinais primárias, em ambos os sexos, distribuídas pelo seguimento pós-operatório

P.O. (anos)	Pacientes	Hérnias	Idade (anos)	Lado (D-E)	Tipo (D-I-M)	Duração (min)	Recidiva (inguinal)
1-2	20	22	59,0	12-10	8-10-4	67,3	
2-3	19	19	47,0	13-6	8-9-2	60,0	
3-4	32	32	44,8	18-14	8-23-1	63,8	
4-5	16	16	53,1	7-9	6-9-1	61,5	
5-6	10	11	34,6	6-5	2-8-1	75,7	
6-7	7	7	48,8	5-2	2-3-2	82,2	
7-8	1	1	16,0	1-0	0-1-0	78,2	
8-9	7	7	43,5	4-3	2-5-0	56,9	2
Total	112	115	43,4	66-49	36-68-11	68,2	2

D-E: lado direito ou esquerdo; D-I-M: modalidade direta, indireta ou mista

ração do anel inguinal profundo, aí localizado.¹⁻⁸ Isso justifica a exclusão do ligamento inguinal, que recebe fibras aponeuróticas do m. oblíquo externo, durante a realização do 2º plano de sutura, para ater-se a essa recomendação.^{1,2,9}

Nossos resultados registraram um índice de 1,7% de recidivas inguinais, que ocorreram em dois pacientes do sexo masculino com hérnias à direita, operados no início desta série. Num deles, com 60 anos na época da operação (hérnia indireta), ela foi identificada um ano após a cirurgia, tendo sido reoperado em outro serviço. No outro, então com 36 anos (hérnia direta), a recidiva foi identificada aos 23 meses de pós-operatório, e ainda não foi corrigida. Nenhum deles

apresentou complicações pós-operatórias ao nível da ferida. Esses dados estão em consonância com outros autores que utilizam a técnica de Shouldice (original ou com outras modificações), para o tratamento das hérnias inguinais diretas ou indiretas.^{2,11,13-15,17,18}

Em resumo, a técnica adotada no reparo das hérnias inguinais primárias, com as modificações propostas neste trabalho, apresentou um índice baixo de recidiva, embora ainda maior se comparado ao procedimento de Shouldice clássico. Mesmo assim, é preciso que o cirurgião saiba executar outras técnicas, sobretudo as que utilizam próteses (telas), no tratamento das hérnias inguinais complexas ou multi-recidivadas.

ABSTRACT

The authors presented 115 primary Shouldice groin hernia repairs, in three layers, introducing a new variation in the transversalis fascia overlap: the iliopubic tract was the only structure included in the second suture line, thus avoiding incorporate the inguinal ligament in this set. The patients' mean age was 43 years old (16-88), with a male:female rate of 7.6:1 and a prevalence of the right side (57.4%) and the indirect modality (59.1%) over the others. The follow up period averaged from 1 to 8 years postoperatively and was carried out by personal examination of the patients. There was only one hematoma (0.9%) and granulomatous infection (0.9%). Two male patients showed inguinal recurrence in the first two years after surgery (1.7%) operated on at the beginning of this series. Based on this data the authors achieved a low recurrence rate with this anatomically sounder modification in Shouldice operation - although slightly increased. However, it is advisable for the surgeon to be capable in performing other techniques, using prostheses and meshes, in dealing with complex and multi-recurrent abdominal wall hernias.

Key Words: Inguinal canal; Suture techniques; Hernia inguinal.

REFERÊNCIAS

- Nyhus LM, Bombeck CT – Hernias. In: Sabiston Jr DC (ed): *Textbook of Surgery*, 12th ed, Philadelphia: Saunders, 1981, pp 1328-50.
- Berliner SD – Adult inguinal hernia: pathophysiology and repair. *Surg Ann* 1983; 15:307-29.
- Lichtenstein IL – *Hernia repair without disability*. 2nd ed, St. Louis: Ishiyaku-EuroAmerica, 1986.
- Lex A, Valtorta A – *Hérnia: aspecto clínico e cirúrgico*. São Paulo: Panamed Editorial, 1984.
- Leite Sobrinho GB – Generalidades sobre as hérnias abdominais. In: Lázaro da Silva A (ed): *Hérnias*. São Paulo: Roca, 1992, pp 154-80.
- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK – The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 1993; 73:529-44.
- Condon RE – The anatomy of the inguinal region and its relation to groin hernia. In: Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia* 4th ed, Philadelphia: Lippincott, 1995, pp 16-72.
- Donahue PE – Theoretic aspects of hernia. In: Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott, 1995, pp 73-90.
- Nyhus LM – The preperitoneal approach and iliopubic tract repair of inguinal hernias. In: Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott, 1995, pp 153-77.
- Britton BJ, Morris, PJ – Local anesthetic hernia repair: an analysis of recurrence. *Surg Clin North Am* 1984; 64:245-55.
- Shearburn EW, Myers RN – Shouldice repair for inguinal hernia. *Surgery* 1969 66:450-9.
- Lima MJV – Hérnias da parede abdominal. In: Fonseca FP, Rocha PRS: *Cirurgia Ambulatorial*. 2ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, pp 507-15.
- Costa e Silva N – Correção cirúrgica da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice sob anestesia local. *Rev Hosp Clin Fac Med S.Paulo* 1992; 47:167-9.
- Berliner SD – An approach to groin hernia. *Surg Clin North Am* 1984; 64:197-213.
- Silva NC, Reis MCW, Lima APC et al – Reparo da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice. *Rev Hosp Clin Fac Med SPaulo* 1995; 50: 314-6.
- Wantz GE – *Atlas of Hernia Surgery*. New York: Raven Press, 1991.
- Welsh DRJ, Alexander MAJ: The Shouldice repair. *Surg Clin North Am* 1993; 73:451-69.
- Bendavid R – The Shouldice repair. In: Nyhus LM, Condon, RE (eds): *Hernia*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott, 1995, pp 217-36.
- Smedberg SGG, Broome AEA, Gullmo Å: Ligation of the hernial sac? *Surg Clin North Am* 1984; 64:299-306.

20. Flanagan Jr L, Bascon JU – Repair of the groin hernia: outpatient approach with local anesthesia. *Surg Clin North Am* 1984; 64:257-67.
21. Amado WJ – Anesthesia for hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1993; 73:427-38.
22. Winnie AP, Rosenquist RW – Anesthesia for herniorrhaphy. In: Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia*. 4th ed, Philadelphia: Lippincott, 1995, pp 501-14.
23. Rutkow IM, Robbins AW: Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am* 1993; 73:413-26.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Renato Miranda de Melo
Caixa Postal 276
37130-000 – Alfenas – MG

XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

4 A 8 DE JULHO DE 1999

RIOCENTRO
RIO DE JANEIRO