

TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS PELA TÉCNICA DE SHOULDICE: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E RESULTADOS INICIAIS

INGUINAL HERNIAS TREATMENT BY SHOULDICE TECHNIQUE: TECHNICAL DESCRIPTION AND PRELIMINARY RESULTS

Wilson Massahiko Uyeno¹
Luis Fernando Rubira Gatto¹
Gaspar de Jesus Lopes Filho, TCBC-SP²
Milton Scalabrini, ACBC-SP³
Nelson Yukitoshi Sato³
Artur Berti Ricca³

RESUMO: A técnica de Shouldice para o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, apesar dos excelentes resultados descritos na literatura, tem sido pouco difundida em nosso meio. No período de junho de 1992 a abril de 1995, 87 hérnias inguinais foram reparadas seguindo os princípios técnicos da Clínica Shouldice, sendo a grande maioria constituída de hérnias primárias (94,7%). A idade dos pacientes variou de 20 a 85 anos, com média de 54 anos e todos foram operados em caráter eletivo. Neste trabalho apresentamos a descrição técnica detalhada do procedimento e os resultados iniciais (taxa de recidiva global de 3,9%) obtidos em um período médio de 13,2 meses de acompanhamento, que sugerem tratar-se de uma boa técnica para o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais.

Unitermos: Hérnia inguinal; Técnica de Shouldice.

INTRODUÇÃO

O reparo de Shouldice para hérnias inguinais foi desenvolvido a partir de 1945, em Toronto (Canadá), no Hospital Shouldice, clínica fundada por E. Earle Shouldice, com finalidade exclusiva de tratamento das hérnias abdominais externas.

Apesar dos excelentes resultados, descritos numa série do próprio Hospital Shouldice, de mais de 200 mil reparos de hérnias inguino-femorais, com uma taxa de recidiva global de 1%,¹ e de resultados semelhantes obtidos por cirurgiões de outros países (Tabela 1),²⁻¹² esta técnica tem sido pouco difundida em nosso meio.

A operação é realizada através de uma incisão inguinal, havendo dois componentes básicos: a dissecação adequada do anel inguinal interno, tal qual na hérnia inguinal indireta,

Tabela 1
Taxas de recidivas observadas com a utilização da
técnica de Shouldice

Autor	Nº de casos	Recidiva (%)	Seguimento
Shearbur e			
Myers (1969) ²	550	0,2	13 anos
Glassow (1986) ³	20.056	1,0	30 anos
Devlin et al (1986) ⁴	718	1,0	10 anos
Ayala et al (1986) ⁵	103	1,9	10 anos
Sisley et al (1987) ⁶	604	1,3	8 anos
Iribarren et al (1991) ⁷	250	1,5	6 anos
Panos et al (1992) ⁸	136	6,6	3 anos
Bardavid (1993) ⁹	136	1,5	3 anos
Tanner e Ng (1993) ¹⁰	96	0,0	5a e 6 m
Silva et al (1995) ¹¹	1.034	1,25	10 anos
Hay et al (1995) ¹²	820	6,1	5a e 6 m

1. Médico do Hospital São Paulo da EPM-UNIFESP.

2. Professor Adjunto da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da EPM-UNIFESP.

3. Professor Assistente da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da EPM-UNIFESP.

Recebido em 28/5/97

Aceito para publicação em 4/12/97

Trabalho realizado na Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).

e a divisão da parede inguinal posterior (*fascia transversalis*) para o seu subsequente reparo. A técnica consiste, basicamente, em uma modificação do reparo à Bassini, e utiliza quatro linhas de sutura, contínuas e imbricadas com fio monofilamentado inabsorvível. Cada um dos componentes da sutura complementa o outro, resultando em uma técnica igualmente aplicável para corrigir a maioria dos tipos de hérnias inguinais, tanto primárias como recidivadas, indiretas, diretas ou mistas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional prospectivo, realizado entre julho de 1992 a abril de 1995, onde 87 hérnias inguinais foram reparadas pela técnica de Shouldice em 71 pacientes, sendo 64 (90,1%) do sexo masculino e sete (9,9%) do sexo feminino. A idade variou entre 20 a 85 anos, com média de 54 anos.

Em relação à localização das hérnias, 35 pacientes (49,3%) tinham hérnia à direita, 20 (28,2%) à esquerda e 16 (22,5%) eram bilaterais. A maioria das hérnias – 82 (94,3%) – era primária, e cinco (5,7%) recidivadas.

Todos os pacientes foram operados em caráter eletivo e a maioria por residentes, supervisionados por um docente da Disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).

Em relação ao tipo de anestesia, a grande maioria dos pacientes foi submetida ao bloqueio peridural e raquidiano.

A incisão inguinal utilizada era, de preferência, transversa. Após a abertura do plano subcutâneo, a aponeurose do músculo oblíquo externo era incisada a partir do anel inguinal externo até, pelo menos, 3 cm para fora do anel inguinal interno. Os retalhos eram descolados, expondo-se o ligamento inguinal e o ligamento de Thomson (trato íleo-púbico) abaixo, e os músculos oblíquo interno e reto abdominal acima. Os nervos ílio-inguinal e ílio-hipogástrico eram identificados e preservados. O cordão espermático era isolado, identificando-se a parede posterior e a presença ou não de hérnia direta. O anel inguinal interno era perfeitamente dissecado e liberado do cordão, ressecando-se o músculo cremâster a esse nível. Pequenos lipomas de cordão eram excisados, mas a gordura do cordão não era totalmente dissecada.

A seguir, o saco herniário indireto era liberado do cordão espermático, até um nível próximo do anel inguinal interno, sendo então realizada uma ligadura alta e excisão do saco herniário sob visão direta. Em seguida, a parede posterior do canal inguinal era exposta e a *fascia transversalis* incisada (Figura 1), iniciando-se a incisão no anel interno até o tubérculo púbico, a uma distância aproximada de 1,5 cm do ligamento inguinal.

Havendo hérnia direta, a *fascia* excessiva era ressecada e os bordos dos retalhos regularizados. Se o saco fosse volumoso e redundante, este devia ser excisado. O tecido adiposo pré-peritoneal era, então, liberado da superfície dos

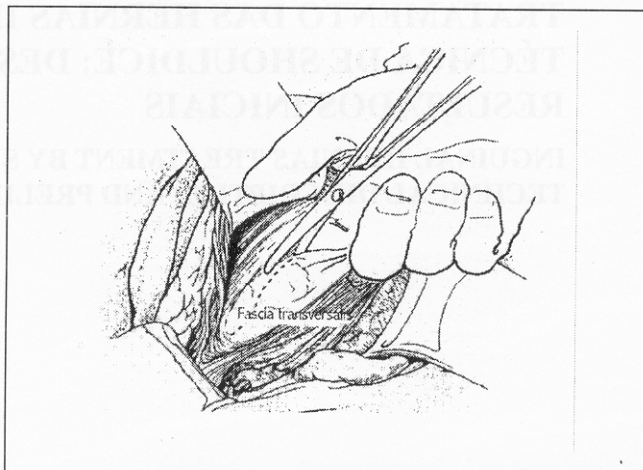


Figura 1 – Abertura da fascia transversalis (modificado de Welsh DRJ, et al – Shouldice repair. Surg Clin North Am 1993;3:463-95)

retalhos da *fascia transversalis*, expondo-se a borda lateral da bainha do músculo reto abdominal e o arco aponeurótico do músculo transverso. Após este preparo, iniciava-se o reparo da parede posterior, para o qual utilizávamos fio monofilamentar inabsorvível, tendo sido nossa preferência o polipropileno 2-0.

Primeira linha do reparo

A primeira linha de sutura iniciava-se junto ao tubérculo púbico e o ponto era passado sem atingir o perióstio e amarrado sem tensão (Figura 2). A extremidade curta do fio era preservada e reparada. A borda livre do retalho lateral das fibras aponeuróticas fasciais (ligamento de Thomson) era suturado abaixo do retalho medial, no arco aponeurótico do músculo transverso. Esta sutura prosseguia em direção lateral, criando assim um novo anel inguinal interno.

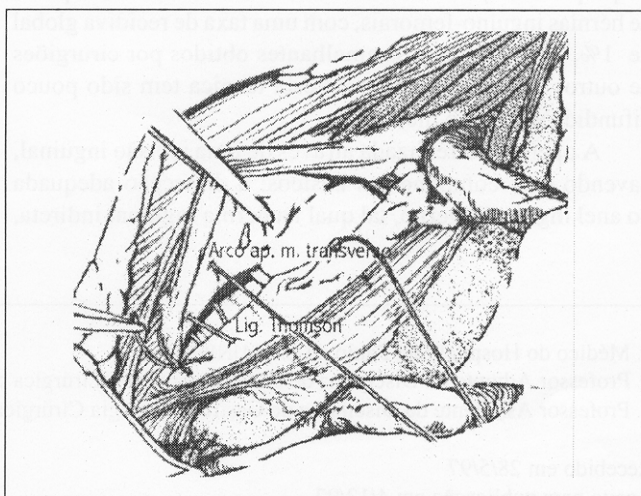


Figura 2 – Início do primeiro plano de sutura (modificado de Welsh DRJ, et al – Shouldice repair. Surg Clin North Am 1993;3:463-95)

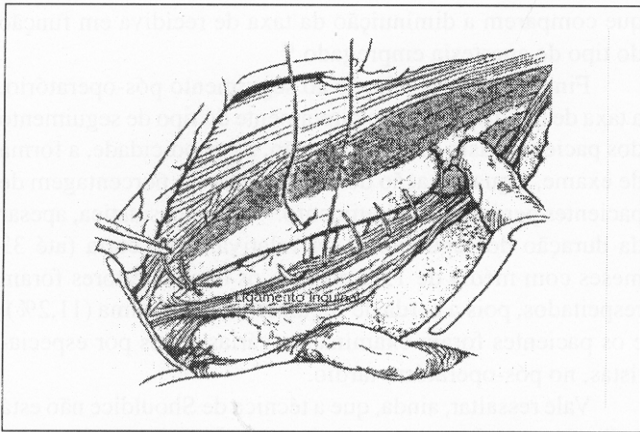


Figura 3 – Segundo plano de sutura (modificado de Welsh DRJ, et al – Shouldice repair. Surg Clin North Am 1993;3:463-95)

Segunda linha do reparo

A mesma sutura contínua era utilizada em direção contrária, criando a segunda linha de sutura, onde a borda medial do retalho da *fascia transversalis* era suturada ao ligamento inguinal (Figura 3). Essa sutura prolongava-se até além do nó inicial e era amarrada na extremidade do fio que havia sido preservado e reparado.

Terceira e quarta linhas do reparo

A terceira linha de sutura era iniciada, utilizando-se agora um novo fio, também de polipropileno, junto ao anel inguinal interno, aproximando-se o músculo oblíquo interno à superfície inferior da aponeurose do músculo oblíquo externo, adjacente ao ligamento inguinal, e prosseguia até o tubérculo púbico (Figura 4). Essa sutura era mais espaçada, uma vez que a quarta linha de sutura é um reforço da anterior, agora em sentido contrário e com o mesmo fio, terminando junto ao anel inguinal interno, onde era amarrada, completando-se o reparo da parede posterior. Finalmente, a aponeurose do

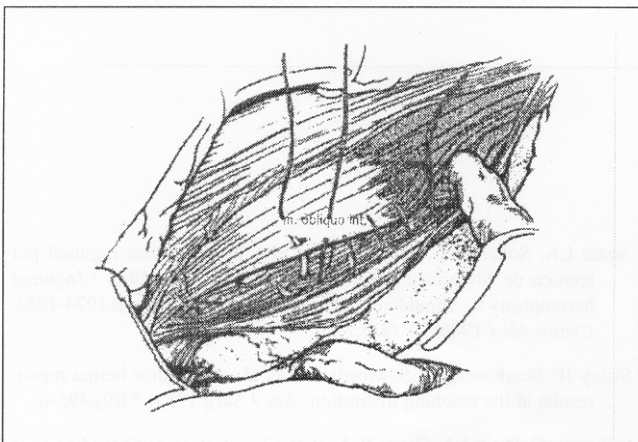


Figura 4 – Terceiro plano de sutura (modificado de Welsh DRJ, et al. - Shouldice repair. Surg Clin North Am 1993; 3:463-95)

músculo oblíquo externo era suturada de maneira contínua com fio de polipropileno 2-0.

No pós-operatório imediato, os pacientes eram mantidos com curativos oclusivos por cerca de 24 horas, tempo necessário para a epitelização da incisão, e estimulados à deambulação, assim que possível.

RESULTADOS

A anestesia empregada foi, na maioria das vezes, o bloqueio peridural (57,7%), seguido do raquidiano (23,9%), sendo a anestesia geral utilizada em 18,3% dos pacientes.

O diagnóstico operatório foi de hérnia indireta em quarenta casos (46,0%), hérnia direta em 28 (32,2%) e de hérnia mista em 19 (21,8%). Complicações hospitalares ocorreram em 14 reparos (16,1%), não necessitando de tratamento específico, sendo as mais frequentes o edema de parede e de bolsa escrotal (8 casos), e o hematoma de parede (4 casos). O tempo médio de internação foi de 2,38 dias.

Após a alta hospitalar, foram programados retornos ambulatoriais para um mês, dois meses, três meses, seis meses, um ano, dois anos e assim sucessivamente. No seguimento tardio, 63 pacientes (88,8%), foram acompanhados por um período de até 33 meses com tempo médio de 13,2 meses, sendo observadas três recidivas (3,9%), uma em hérnia recidivada e duas em hênias primárias. Não foram observadas outras complicações tardias ou óbitos.

DISCUSSÃO

O tratamento cirúrgico das hérnias inguinais pela técnica de Shouldice é um método bem estabelecido e tem mostrado bons resultados, com baixos índices de recidivas e complicações. Permite o deambular precoce, sem os receios de uma possível recidiva, pois são utilizadas quatro linhas de suturas contínuas que garantem um reforço seguro da parede posterior, com uma melhor distribuição das forças de tensão, quando comparada a outras técnicas.¹²⁻¹⁵

Recentemente, Hay et al,¹² em excelente estudo prospectivo randomizado, compararam as técnicas de Shouldice, Bassini e McVay em 1.578 doentes, portadores de hérnia inguinal de diferentes tipos, e concluíram pelos melhores resultados da técnica de Shouldice, a ponto de considerá-la, a partir de então, o procedimento “padrão-ouro” para futuros estudos comparativos entre técnicas de correção de hérnias inguinais. Apesar disso, a técnica de Shouldice é pouco difundida em nosso meio e apenas um grupo tem procurado apresentar seus resultados,^{11,16,17} empregando, porém, uma técnica com modificações em relação ao procedimento descrito originalmente por Shouldice.^{1,3}

Nesta casuística, a taxa de recidiva encontrada (3,9%) foi semelhante à referida na literatura, entre 0,0%¹⁰ e 6,6%.⁸ Procuramos empregar a técnica rigorosamente de acordo com os princípios técnicos do Hospital Shouldice,^{1,3} com exceção

do tipo de fio, dando-se preferência ao fio de polipropileno,^{2,5-8,16,18} a nosso ver de mais fácil manuseio e disponibilidade em nosso meio, comparado ao fio de aço.

As anestésias empregadas, predominantemente, foram os bloqueios raquidiano e peridural, em detrimento da anestesia local, apesar de vários autores enfatizarem as vantagens da anestesia local em manter a tensão muscular fisiológica, permitir a deambulação precoce e, inclusive, reduzir a taxa de recidiva.^{19,20,21}

Na Clínica Shouldice, os pacientes são operados por especialistas em correção de hérnias, o que poderia explicar as baixas taxas de recidiva referidas naquele serviço. No entanto, inexistem estudos controlados que comprovem essa suposição. Além disso, do ponto de vista assistencial e populacional, é impraticável que todos os casos de hérnias inguinais sejam tratados em hospitais especializados, por cirurgiões especialistas em hérnias.¹²

Assim, nesta casuística, a maioria dos reparos foi realizada por residentes em início de treinamento, o que prolongava o tempo cirúrgico e desta forma levava à preferência pelos bloqueios peridural e raquidiano, em detrimento da anestesia local. Possivelmente esses fatos expliquem a taxa de recidiva (3,9%) mais elevada em relação à Clínica Shouldice.^{7,8,22,23} Por outro lado, não existem trabalhos controlados,

que comparem a diminuição da taxa de recidiva em função do tipo de anestesia empregado.¹²

Finalmente, em relação ao seguimento pós-operatório, a taxa de recidiva depende diretamente do tipo de seguimento dos pacientes. Isto inclui a duração, a periodicidade, a forma de exame, a qualificação do examinador e a porcentagem de pacientes perdidos no seguimento.¹² Nesta casuística, apesar da duração do seguimento ser relativamente curta (até 33 meses com média de 13,2 meses), os demais fatores foram respeitados, pois a perda de seguimento foi mínima (11,2%), e os pacientes foram examinados várias vezes por especialistas, no pós-operatório tardio.

Vale ressaltar, ainda, que a técnica de Shouldice não está indicada em todas as situações, como, por exemplo, no tratamento das hérnias indiretas em pacientes jovens, com a parede posterior íntegra.^{2,16,24} Nestes casos, o defeito essencial é o alargamento do anel inguinal interno, e sua correção consiste no simples fechamento do anel inguinal interno, por reaproximação da *fascia transversalis*.

Em conclusão, a análise desta casuística, apesar do tempo de seguimento relativamente curto, nos permite considerar a técnica de Shouldice uma boa opção para o tratamento de hérnias inguinais, merecendo uma atenção maior por parte dos cirurgiões em nosso meio.

ABSTRACT

The Shouldice technique, in this report, is described in details and the preliminary results are presented. Between July 1992 and April 1995, 87 inguinal hernias were treated by Shouldice repair in 71 patients, including 64 (901%) males and seven (9.9%) females with an average of 54 years. Most of them were primary hernias (94.3%) and were performed by residents in general surgery supervised by staff surgeons. All repairs were performed under regional or general anesthesia. The operative diagnosis was indirect hernia in 40 cases (46%), direct in 28 (32,2%) and mixt in 19 (21,8%). The average period of follow-up was 13.2 months and the global recurrence rate 3.9%. The experience demonstrated that good results were attained by surgeons who had no special interest in hernia surgery and testifies to the simplicity and reliability of the method.

Key Words: Inguinal hernia; Shouldice technique.

REFERÊNCIAS

1. Welsh DRJ, Alexander MAJ – Shouldice repair. *Surg Clin North Am* 1993; 3:463-95.
2. Shearburn EW, Myers RN – Shouldice repair for inguinal hernia. *Surgery* 1969; 66(2):450-9.
3. Glassow F – The Shouldice Hospital technique. *Int Surg* 1986; 71(3): 148-53.
4. Devlin HB, Gillen PH, Waxman BP, et al – Short stay surgery for inguinal hernia: experience of the Shouldice operation, 1970-1982. *Br J Surg* 1986; 73(2) 123-4.
5. Ayala LA, Souchón E, Alfonso R, et al – Hernioplastia inguinal por tecnica de Shouldice: reporte acumulativo 1974-1984 / Inguinal hernioplasty by Shouldice's technique: cumulative report 1974-1984. *Centro Med* 1986; 25 (83):7-10.
6. Sisley JF, Scarborough CS, Morris RC, et al – Shouldice hernia repair: results at the teaching institution. *Am J Surg* 1987; 53(9):495-6.
7. Irribarren C, Ortiz J A, Cappi R A, et al – La plastica de Shouldice en el tratamiento de la hernia inguinal / A Shouldice's technique en the treatment of inguinal hernia. *Rev Argent Cir* 1991; 61 (3/4):131-5.

TRATAMENTO DAS HÉRNIAS INGUINAIS PELA TÉCNICA DE SHOULDICE:
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E RESULTADOS INICIAIS

8. Panos RG, Beck DE, Maresh JE, et al – Preliminary results of a prospective randomized study of Cooper's ligament versus Shouldice herniorrhaphy technique. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175(4): 315-9.
9. Bardavid SC – Hernias inguinales: técnica de Shouldice/Inguinal hernias: Shouldice technic. *Rev Chil Cir* 1993; 45 (3):264-71.
10. Tanner WA, Ng CY – Shouldice hernia repair: a five year audit. *Ir J Med Sci* 1993; 162(1):13-6.
11. Silva NC, Reis MCW, Lima APC, et al – Reparo da hernia inguinal pela técnica de Shouldice. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1995; 50 (6): 314-316.
12. Hay JMH, Boudet MJ, Fingerhut A, et al – Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: The gold-standart? *Ann Surg* 1995; 22(6): 719-27.
13. Glassow F – Inguinal hernia repair. A comparison of the Shouldice and Cooper ligament repair of the posterior inguinal wall. *Am J Surg* 1976;131(3) : 306-11.
14. Kux M, Fuchsjager N, Schemper M – Shouldice is superior to Bassini inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1994;168(1): 15-8.
15. Paul A, Troidl H, Williams JL, et al – Randomized trial of modified Bassini versus Shouldice inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1994; 81(10): 1531-4.
16. Silva NC, Sobrinho JMDL, Santos RIC, et al – Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal pela técnica de Shouldice. *Rev Col Bras Cir* 1990; 5(17):94-98.
17. Silva NC – Correção cirúrgica da hernia inguinal pela técnica de Shouldice sob anestesia local / Surgical repair of inguinal hernia by the Shouldice technique under local anesthesia. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1992;47(4):167-9.
18. Kux M, Fuchsjager N – Inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1989; 76:788.
19. Bowen JR, Thompson WR, Dorman B A, et al – Change in the management of adult groin hernia. *Am J Surg* 1978; 135:564-569.
20. Lichtenstein IL – Herniorrhaphy: A personal experience with 6.321 cases. *Am J Surg* 1987;153:553-559.
21. Schaap HM, Van de Pavoordt HDNM, Bast TJ – The preperitoneal approach in the repair of recurrent inguinal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1992;174:460-464.
22. Kingsnorth AN, Gray MR, Nott DM – Prospective randomized trial comparing the Shouldice technique and plication darn for inguinal hernia. *Br J Surg* 1992;79(10):1068-70.
23. Tran VK, Putz MD, Rohde H – A randomized controlled trial for inguinal hernia repair to compare the Shouldice an Bassini-Kirschner Operation. *Int Surg* 1992;77:235-237.
24. Rodríguez JL – Herniorrafia inguinal: procedimiento de Shouldice/ Inguinal herniorrhaphy: Shouldice procedure. *Cir Urug* 1988; 58 (2/3):86-90.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Rua Napoleão de Barros, 715 2º andar (Secretaria Gastrocirurgia)
04024-002 – São Paulo – SP