

Hérnia inguino-escrotal gigante – relato de caso

Inguinoscrotal giant hernia – case report

Débora D. A. Maranhão¹, Alyne Zogbi Simão¹, Marjorie E. Arruda¹, Violeta Lescher¹, Mateus Quaresma Mendonça², Fábio Gonçalves Ferreira³

Resumo

Hérnias que ultrapassam o ponto médio da face interna da coxa são denominadas de hérnias inguino-escrotais gigantes. Esses casos são raros e estão geralmente associados a situações em que há procura tardia pelo serviço de saúde, já que seu desenvolvimento leva anos para atingir tal situação. Hoje no Hospital da Santa Casa de São Paulo ainda observamos casos como esse, que ilustram a procrastinação na abordagem de afecções de saúde na nossa população, seja por insuficiência de informação, seja por omissão do paciente, ou por um serviço de saúde deficiente. Neste caso, um paciente de 72 anos procurou o serviço por abaulamento em região inguinal há 15 anos. Foi então diagnosticado com hérnia inguino-escrotal e encaminhado para o tratamento cirúrgico, na qual encontrou-se grande quantidade de alças de delgado, omento, cólon direito e apêndice no interior do saco herniário e todo o conteúdo foi reduzido para a cavidade abdominal. Optou-se pela realização da técnica de Lichtenstein modificada com reforço da parede posterior, com sucesso. O tratamento para o paciente em questão implicava uma maior chance de complicações no pós-operatório tanto pela idade avançada como por suas comorbidades. Além disso, havia um maior risco de evolução com encarceramento e estrangulamento visceral e também uma maior dificuldade na redução de seu conteúdo para a cavidade, aumentando a chance de deiscência da incisão ou mesmo recidiva herniária. Daí a importância em não atrasar o tratamento dessa afecção, buscando-se tratá-la em seus estágios iniciais para que a correção seja efetiva e menos traumática ao paciente.

Descritores: *Hernia inguinal/cirurgia, Hérnia inguinal/complicações, Telas cirúrgicas, Procedimentos cirúrgicos operatórios/métodos, Complicações pós-operatórias*

Abstract

Hernias beyond the midpoint of the inner side of the thigh are called inguinoscrotal giant hernias. These cases are rare and are usually associated with situations where there is a delay in seeking the health service, since its development takes years to achieve such a situation. Today in the Santa Casa de São Paulo's Hospital it is also observed cases like this, that show the ills experienced by the health system and popular education, still very deficient. In this case, a 72-year-old patient came to us by bulging in the inguinal region for 15 years. It was then diagnosed with inguinal hernia and referred for surgery, where there was found lot of the small bowel, omentum and even the appendix inside the hernia sac and all content has been reduced back to cavity without difficulties. We opted for the realization of Lichtenstein's technique modified because of the great weakness of the wall successfully done. Despite some complications in the postoperative period by both the age of the patient as per his comorbidities, hernias can also develop incarceration and strangulation of viscera, apart from the difficulty of reducing its contents to the cavity that often leads to wound dehiscence or recurrence of hernia. Hence the importance of considering that this type of case appears less and less to surgeons, seeking to treat them at an early stage so that the correction is effective and less traumatic to the patient.

Keywords: *Hernia,inguinal/surgery; Hernia, inguinal/complications; Surgical mesh; Surgical procedures, operative; Postoperative complications*

Introdução

Hérnia é uma protrusão anormal com revestimento peritoneal, através de um orifício congênito ou adquirido da cobertura músculo-aponeurótica do abdome, que pode resultar na incapacidade de manter o conteúdo visceral da cavidade abdominal

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Residente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Medicina - 4º Ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Cirurgia

Endereço para correspondência: Débora D. A. Maranhão. Rua Moliere, 450 casa 45 - Vila Sofia, 04671-090 – São Paulo – SP – Brasil. E-mail: davalosde@yahoo.com.br

em seu sítio habitual. São mais prevalentes com o aumento da idade, tendo maior incidência no sexo masculino (principalmente hérnias inguinais) e na raça caucasiana⁽¹⁾. Hérnias que ultrapassam o ponto médio da face interna da coxa são denominadas de hérnias inguino-escrotais gigantes. Esses casos são raros e estão geralmente associados a situações em que há procura tardia pelo serviço de saúde, já que seu desenvolvimento leva anos para atingir tal situação⁽²⁾. Na Santa Casa ainda se observam casos como esse que evidenciam o descuido populacional com a saúde, que pode estar relacionado tanto a uma educação deficiente quanto a dificuldades no acesso ao tratamento cirúrgico ou ambos. Apesar de serem tidas como cirurgias de pequeno porte eletivas, as hernioplastias tornam-se mais complicadas na presença de hérnia gigante, não apenas por poderem evoluir com encarceramento e estrangulamento de vísceras, mas também pela dificuldade encontrada na redução de seu conteúdo para a cavidade que leva muitas vezes a deiscência da incisão ou recidiva da hérnia⁽³⁾. Por isso é fundamental que o tratamento seja realizado em estágios iniciais da doença, para que a correção seja efetiva e menos traumática ao paciente.

Descrição do caso

Paciente masculino, 72 anos, trabalhador de carregamento de cargas aposentado, casado, natural de Orlândia- SP, raça parda, com queixa de incômodo na virilha há 15 anos por abaulamento de crescimento progressivo, o qual atingiu a região do escroto há cinco anos. Relatava na ocasião: dor local de fraca intensidade relacionada aos esforços e irreduzibilidade hernial; dispnéia paroxística noturna, ortopnéia e palpitações; edema de membros inferiores; nictúria, incômodo e urgência miccional. Paciente com história de hipertensão arterial sistêmica há 15 anos, de origem renovascular; colocação de stent em artéria renal direita; infarto agudo do miocárdio em 2000 por fibrilação atrial crônica e insuficiência cardíaca crônica; gota úrica; dislipidemia e ex-tabagista 25 anos/maço (parou há 35 anos). Em uso de Atorvastatina 20 mg, Carvedilol 25 mg, Furosemida 40 mg, Hidralazina 25 mg, Isosorbida 40 mg, Omeprazol 20 mg, Varfarina 5 mg e Alopurinol 100 mg. Ao exame paciente apresentava-se com pressão elevada de 180/70 mmHg, normocárdico, eupneico, índice de massa corpórea de 31,04, com presença de hérnia inguino-escrotal à direita irreduzível a manobras com ruídos hidroaéreos audíveis dentro da bolsa escrotal. Liberado pela cardiologia, com ASA III. A conduta determinada foi a realização de cirurgia de correção da hérnia, hernioplastia inguinal à Lichtenstein modificada, na qual determinou-se as modificações durante o intraoperatório devido a

presença de grande fragilidade da parede posterior. Paciente recebeu raquianestesia e anestesia geral. Foi realizada inguinotomia clássica, isolado e aberto o saco herniário, onde observou-se a presença do apêndice, parte do íleo, ceco e cólon ascendente, todos de aspecto normal. O conteúdo herniário foi reduzido de volta à cavidade abdominal sem dificuldades. Associado, realizou-se uma sutura contínua na parede posterior do canal inguinal para melhor fixação da tela. O paciente permaneceu em unidade de terapia intensiva no primeiro dia do pós-operatório devido às comorbidades e sua principal complicação pós-operatória



Figura 1 - Hérnia inguino-escrotal gigante à direita.



Figura 2 - Conteúdo herniário: grande porção de jejunum e íleo, ceco, apêndice, parte do cólon ascendente e grande omento.

imediate foi a dor local intensa. Evolui com alteração transitória da função renal que foi resolvida durante a internação, tendo alta no 7º dia de pós-operatório.

Discussão

Muitos dos casos de hérnia podem estar relacionados a um ou mais fatores de risco, isolados ou combinados, como tabagismo, obesidade, atividades profissionais que envolvam carregar peso e até mesmo prostatismo, tal como observa-se no relato citado. Alterações anatômicas, anatomofuncionais, congênicas e que promovem a elevação da pressão intra-abdominal são fatores já consagrados na literatura como participantes na etiopatogenia das hérnias inguinais. Porém existe uma discussão sobre a pré-disposição genética que determinaria uma pior qualidade ou a degradação progressiva do tecido colágeno, culminando com um enfraquecimento da parede do canal inguinal e da fásia transversalis, o que poderia levar ao desenvolvimento da hérnia. Essa relação não foi encontrada, por exemplo, no estudo realizado por Gonçalves et al, 2014⁽⁴⁾ que ao mensurar o colágeno tipo I e III e as fibras elásticas tanto na fásia transversal quanto na bainha anterior do músculo reto abdominal de pacientes com e sem hérnia, não encontrou diferenças estatisticamente significantes^(1,4).

Diversas são as classificações utilizadas para hérnias: quanto a ausência ou presença de complicações (encarceradas - exteriorização e permanência de órgãos no saco herniário irreduzíveis, ou estranguladas - redução progressiva do retorno venoso, levando a edema das alças, diminuição do fluxo sanguíneo e necrose); ou quanto a sua dimensão, em gigantes ou não^(2,5).

As hérnias inguino-escrotais gigantes, associam-se em sua maioria a procura tardia por atendimento médico ou pela demora no processo de saúde para a resolução da doença, porém há ainda a observação de casos na literatura em que o uso da gonadotrofina coriônica em pacientes com criptorquidia levou ao complemento da migração testicular, podendo favorecer a formação de tais hérnias. Estes casos, devido ao tamanho e cronicidade, detêm grande porção do trato digestivo em seu interior, podendo receber nomes especiais conforme seu conteúdo^(2,6).

No caso em questão, a hérnia inguinal observada, com conteúdo do apêndice, é denominada pela literatura como Hérnia de Amyand, a qual tem uma incidência de 1% na população quando não complicada, sendo ainda mais rara na forma inflamada. Ocorre predominantemente do lado direito devido à posição do apêndice e pode estar associada com um ceco móvel e má-rotação intestinal. Quando o apêndice apresenta-se normal a ressecção é desnecessária, como

procedeu-se também neste caso em que manteve-se o apêndice, reduzindo-o para a cavidade^(2,7).

Para a redução do conteúdo de volta à cavidade abdominal deve-se atentar quanto ao aumento da pressão intra-abdominal e intratorácica que pode elevar o risco de repercussões respiratórias e cardíacas levando a uma maior taxa de morbimortalidade. Além disso, o fechamento da cavidade sob tensão, em 30% dos casos, gera risco de deiscência da incisão ou recidiva da hérnia⁽¹⁾.

O método de reparo herniário da parede e do canal inguinal não deve ser realizado apenas pelo método usual de Lichtenstein, devido à alta chance de recidiva, portanto, técnicas alternativas e de complementação devem ser aplicadas⁽³⁾. Neste caso optou-se por uma modificação da técnica de Lichtenstein clássica, já que a mesma se baseia no conceito de *tension free* (livre de tensão), o que pressupõe a fixação da tela sem manipulação da parede posterior ou aplicação de suturas. No presente caso, observamos um canal inguinal com anatomia desfigurada, em que a parede posterior apresentava uma fragilidade extrema com anel inguinal interno de grande calibre. A opção cirúrgica adotada foi uma reconstituição de toda parede posterior, com sutura contínua de fio inabsorvível englobando a fásia transversalis e trato ileopúbico com plastia no anel interno, de forma a possibilitar a acomodação da tela na parede reconstruída⁽¹⁾.

Hernioplastias são consideradas cirurgias eletivas de baixo risco ao paciente, que podem ser realizadas com segurança sob anestesia geral, regional e até mesmo local, tendo poucas complicações e baixa mortalidade, no entanto, é sempre importante seguir a preparação adequada do paciente, atentando para suas comorbidades. Fatores relacionados a maiores complicações pós operatórias são idade avançada, hérnias de surgimento agudo, com componente femoral e presença de outras doenças associadas⁽⁸⁾.

Técnicas de anestesia regional, tal como a raqui-anestesia recebida pelo paciente deste caso, têm um alto risco de ocasionar retenção urinária no pós-operatório. No caso relatado a piora do quadro urinário do paciente pode ter relação causal com a raqui-anestesia, agravado pela presença de HAS secundária em tratamento. Dor intensa na região da virilha e infecção do trato respiratório também são citados principalmente em pacientes que permanecem maior tempo acamados⁽⁸⁾.

Comentários finais

Apesar de raro, o caso de hérnia inguino-escrotal gigante é ainda presente na sociedade, principalmente onde observa-se um sistema de saúde desintegrado e uma população com educação básica de baixa qualidade. Torna-se fundamental seu diagnóstico e

tratamento imediato para evitar complicações como encarceramento e estrangulamento, além de maiores dificuldades técnicas no momento da cirurgia. Pacientes com idade avançada e comorbidades necessitam de um preparo adequado pré-operatório e podem ter mais complicações pós-operatórias. Ainda assim a cirurgia de correção de hérnia é considerada segura e com baixa morbimortalidade, sendo o tratamento de escolha para tal situação.

Referências Bibliográficas

1. Júdice DS, Freitas LV, Monteiro MC, Ferreira RA. Hernioplastia inguinal – técnica de Lichtenstein. Rev Med HSE. [periódico online] 2002; [citado 2 abril 2015]; 36: Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/36/hernio.asp>
2. Maeda K, Kunieda K, Kawai M, Nagao N, Tanaka C, Oida Y, et al. Giant left-sided inguinoscrotal hernia containing the cecum and appendix (giant left-sided Amyand's hernia). Clin Case Rep. 2014; 2:254-7.
3. Valliattu AJ, Kingsnorth AN. Single-stage repair of giant inguinoscrotal hernias using the abdominal wall compartment separation technique. Hernia. 2009; 12:329-30.
4. Gonçalves RO, De Moraes e Silva E, Lopes Filho GJ. Immunohistochemical evaluation of fibrillar components of the extracellular matrix of transversalis fascia and anterior abdominal rectus sheath in men with inguinal hernia. Rev Col Bras Cir. 2014; 41:23-9.
5. Silva NC, Reis MCW, Lahmann WM, Pires BR. Complicações das hérnias inguinais. Rev Med Minas Gerais. 1994. 4:15-7.
6. Favorito LA, Toledo Filho JS. Study of testicular migration after treatment with human chorionic gonadotropin in patients with cryptorchidism. Braz J Urol. 2001; 27:270-4.
7. Fonseca-Neto OCL, Lucena RCC, Lacerda CM. Amyand's Hernia: inguinal hernia with acute appendicitis. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014; 27:309-10.
8. Shyam DC, Rapsang AG. Avaliação do tratamento da hérnia inguinal em pacientes com mais de 50 anos de idade. Rev Col Bras Cir. 2013; 40:374-9.

Trabalho recebido: 14/04/2015

Trabalho aprovado: 06/10/2015