



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

**ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS
RECIDIVADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

período de 2005/2006.

BRUNNO LEONARDO ARAÚJO OLIVEIRA

EUSTÁQUIO DIEGO FABIANO CAMPOS

Orientador: Prof. Dr. Roberto Cepêda Fonseca

BELÉM-PARÁ

2008

BRUNNO LEONARDO ARAÚJO OLIVEIRA

EUSTÁQUIO DIEGO FABIANO CAMPOS

**ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS
RECIDIVADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

período de 2005/2006.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção
do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Cepêda Fonseca.

Belém-Pará

2008

BRUNNO LEONARDO ARAÚJO OLIVEIRA

EUSTÁQUIO DIEGO FABIANO CAMPOS

**ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS
RECIDIVADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

período de 2005/2006.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção
do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador

Nome / Instituição

Nome / Instituição

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Conceito: _____

Dedico este trabalho primeiramente a DEUS, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

À minha querida MÃE, que sempre me incentivou a querer sempre mais e correr atrás dos meus objetivos, com honestidade e respeito ao próximo. Meu amor por você é imenso... Essa vitória é sua!

Ao meu amigo e companheiro nesse trabalho. Tenho certeza que nossa amizade se conservará para sempre. Um abraço KIKO!

À minha FAMÍLIA, pelo incentivo, cooperação e apoio durante essa árdua caminhada...

À FABRÍCIA, minha princesa, que com certeza foi a melhor coisa que poderia ter me acontecido. Te amo “momoca”! Você é muito especial...

Brunno Leonardo Araújo Oliveira

A DEUS, dedico meu agradecimento maior, acima de tudo pelo sacrifício na cruz, e em seguida, pela majestosa bênção de poder desfrutar da companhia destas, que sem dúvida alguma, correspondem às pessoas que fazem de mim quem realmente sou. A Ele a Glória!

A você, “Cheiro”, amada ESPOSA (Vanessa Campos), pelo amor, compreensão, doação, que nos faz uma só pessoa. Por sua causa sinto-me um afortunado, como bem registrou o Rei Salomão: “O que acha uma esposa acha um bem, e alcançou a benevolência do Senhor” Pv. 18:22. Amo-te, eternamente!

A você, MÃE, que me deu a vida e ensinou-me a vivê-la com dignidade, não bastaria um obrigado. A você, que iluminou meus caminhos com afeto e dedicação para que os trilhasse sem medo e cheio de esperança, não bastaria um muito obrigado. A você, que se doou por inteiro e renunciou aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudesse realizar o meu. A você, mãe por natureza, opção e amor, não bastaria dizer, que não tenho palavras para agradecer tudo isso. Mas é o que me ocorre agora, quando procuro arduamente uma forma verbal de exprimir uma emoção ímpar. Uma emoção que jamais seria traduzida por palavras. Essa vitória é sua!

A você, PAI, que embora distante, sempre fez e fará parte da minha vida. Alguém de quem tenho orgulho de chamar, pai. Pelo amor que inegavelmente domina nossos corações, o meu muito obrigado!

A você LAURO, meu “pai-drasto”, por quem tenho mais que respeito e admiração. Alguém que me têm sido a cada dia exemplo, e por quem sinto grande amor, expresso agora a minha mais sincera gratidão.

Aos meus IRMÃOS (Nauana, Lucas e Laura), admiráveis presentes de Deus, dos quais sinto saudades a cada dia e que são e serão sempre meus grandes amigos. Amo vocês!

A você, meu SOGRO (Alcir Mendonça), com quem compartilho esta vitória. Alguém por quem sempre mantive grande admiração e respeito, e que a cada dia me provou o real valor da família. Obrigado por cada segundo de sua companhia. Esta conquista não é minha, é nossa. Obrigado por tudo!

A você, minha SOGRA (Norma Mendonça), mãe dedicada, esposa fiel e amável, exemplo de pessoa e mulher, mas acima de tudo, uma humilde serva de Deus. Ao nosso Pai sou grato por sua vida, pois seus exemplos norteiam meus passos. Amo-te, e sei que sabes disso!

Às minhas AVÓS (Sebastiana e Ana Rosa), pelos ensinamentos e exemplos de vida. Que Deus as abençoe sempre!

Aos meus FAMILIARES (Avôs: Osmar e Antônio; Tios: Jair, Neném, Olandir, Lúcio, Teófilo), que embora não mais estejam entre nós, permanecem em meu coração. Pessoas que, de alguma forma, ajudaram-me a ser quem sou.

Aos meus FAMILIARES (Tios, tias, primos e primas), que me fazem a cada dia refletir acerca do amor que nos rege. Obrigado por tudo, pois com cada um de vocês vivi e, certamente, viverei momentos realmente inesquecíveis.

Eustáquio Diego Fabiano Campos

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho contou com apoio, estímulo e carinho de muitas pessoas: amigos, colegas, familiares... Cada um, ao seu modo, contribuiu para que pudéssemos encontrar força e incentivo, necessários à transposição dos obstáculos inerentes a este projeto. Por isso, aqui declaramos nossa sincera gratidão a todos que nos ajudaram. A algumas pessoas, porém, cabem-nos agradecimentos especiais...

Ao nosso admirável mestre Prof. Dr. Roberto Cepêda Fonseca por ter repassado sua brilhante experiência, e a partir daí nos incentivado à busca incessantemente do conhecimento, fato que sempre norteará nosso cotidiano.

À querida Fabrícia Silvana Sarmiento dos Santos, monitora de Metodologia Científica da Universidade Estadual do Pará, que nos auxiliou de maneira brilhante na realização deste trabalho.

Ao nosso grande amigo André Vilarino Madeira, por seu apoio e conselhos sempre pertinentes.

Aos funcionários do Setor de Prontuários do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

“Porque dele [Jesus Cristo], e por ele, e para ele são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém”

Bíblia Sagrada, Romanos 11:36.

RESUMO

Introdução: A hérnia inguinal é resultante da falência dos mecanismos de contenção das vísceras, com a conseqüente extrusão das mesmas ou de gordura pré-peritoneal. É a patologia mais comum que exige cirurgia de porte; no entanto, o resultado obtido após o procedimento cirúrgico reparador nem sempre é satisfatório. **Objetivo:** Reconhecer os aspectos clínico-epidemiológicos das hérnias inguinais recidivadas - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). **Material e Métodos:** Estudo transversal e retrospectivo, baseado na observação de 521 prontuários de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no HUJBB, durante os anos de 2005 e 2006; destes, 77 correspondiam à pacientes portadores de hérnia inguinal recidivada – alvo da pesquisa. **Discussão:** As recidivas mostraram-se mais freqüentes em homens, 90,9% dos casos. A população portadora de hérnia inguinal recidivada e com idade superior a 40 anos perfez 80,5%, sendo os trabalhadores que desempenham atividades com elevado grau de esforço físico os mais acometidos (59,7%). As hérnias diretas foram evidenciadas em 64,9% dos pacientes. Em 80,5% dos casos as recidivas deram-se nos primeiros 10 anos após o procedimento cirúrgico anterior. As co-morbidades mostraram-se freqüentes em ambos os sexos. No sexo masculino, as mais prevalentes foram, respectivamente: doenças cardiovasculares (32,6%), pneumopatias (26,1%) e uropatias (21,7%). As mesmas também se fizeram presentes no sexo feminino, porém, em proporções distintas: pneumopatias, 50,0%; doenças cardiovasculares, 33,3% e uropatias, 16,7%. **Conclusão:** Embora vislumbrar as principais causas de hérnia inguinal recidivada seja uma tarefa árdua, sua investigação faz-se necessária. Uma maior compreensão acerca deste problema de grande conotação social pode culminar em resultados pós-cirúrgicos mais significativos, promovendo, desta forma, uma redução na grande morbidade associada a tal doença.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia inguinal recidivada, HUJBB, Clínico-epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: The inguinal hernia is the result of the failure in the mechanism of the contention of the viscera, with the consequent expulsion of them or of the pre-peritoneal fatness. It's the most common pathology that demands an important surgery; however, the result of the surgery is not always satisfied. **Objective:** to recognize the recurrent inguinal hernia clinical and epidemiological aspects of the University Hospital João de Barros Barreto (HUJBB). **Materials and methods:** transversal studies and retrospective, based on 521 files that belonged to patients of inguinal hernia under observation during the years 2005 and 2006 at the HUJBB; from this amount, 77 correspond to patients with recurrent inguinal hernia (target of the research). **Discussion:** the disease is more frequent to men in 90.9% of the cases. The population with recurrent inguinal hernia over the age 40 represented 80.5% of the cases, being the men who work in high level of strain are the most attacked (59.7%). The directs hernia were detected in 64.9% of the patients. In 80.5% of the cases, the recurrences were done in the first ten years before de last surgery procedure. The co morbidity show frequent in both gender. In male, the most prevalent were cardiovascular disease (32.6%); pneumopathy (26.1%) and uropathy (21.7%). The same was to the female but in distinct rate: pneumopathy 50.0%; cardiovascular disease 26.1% and uropathy 16.7%. **Conclusion:** Even so being hard to work on inguinal hernia cases, it makes necessary. A great comprehension about this problem of social interest can give considered result after a surgery procedure showing a reduced number of deaths of this disease.

KEY-WORDS: recurrent inguinal hernia; HUJBB; clinical and epidemiological.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1.	OBJETIVOS.....	14
2.	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	20
4.	RESULTADOS.....	23
5.	DISCUSSÃO.....	35
6.	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
	APÊNDICE A.....	43
	ANEXO A.....	45

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Proporção de hernioplastias inguinais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.....	23
FIGURA 2 – Distribuição por sexo das hernioplastias inguinais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.....	24
FIGURA 3 – Distribuição segundo faixa etária das hernioplastias inguinais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.....	25
FIGURA 4 – Distribuição segundo o grau de esforço físico executado pelos pacientes com hérnia inguinal recidivada durante suas atividades ocupacionais/profissionais. Belém, PA. 2005 – 2006.	26
FIGURA 5 – Correlação entre o achado anatômico intra-operatório das hérnias inguinais recidivadas e o grau de esforço físico desempenhado pelos pacientes em suas atividades ocupacionais/profissionais. Belém, PA. 2005 – 2006.	27
FIGURA 6 – Antecedente familiar de hérnia inguinal na população em estudo. Belém, PA. 2005 – 2006.....	28
FIGURA 7 – Distribuição da população estudada de acordo com o antecedente pessoal de tabagismo. Belém, PA. 2005– 2006.....	29
FIGURA 8 – Distribuição dos pacientes com hérnia inguinal recidivada de acordo com a técnica cirúrgica empregada previamente. Belém, PA. 2005 – 2006.....	30
FIGURA 9 – Distribuição das hérnias inguinais recidivadas de acordo com o achado anatômico intra-operatório. Belém, PA. 2005 – 2006.....	31
FIGURA 10 – Distribuição dos pacientes segundo a localização da hérnia inguinal recidivada. Belém, PA. 2005 – 2006.....	32
FIGURA 11 – Distribuição dos pacientes segundo o tempo entre a hernioplastia prévia e a recidiva . Belém, PA. 2005 – 2006.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

EUA – Estados Unidos da América.

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto.

PTFE – Politetrafluoretileno.

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa.

1. INTRODUÇÃO:

As estruturas anatômicas na região inguinal se dispõem de tal forma, que deixam uma área pouco protegida contra a pressão intra-abdominal. A hérnia inguinal é conseqüência justamente da falência dos mecanismos de contenção das vísceras, com a conseqüente extrusão das mesmas ou de gordura pré-peritoneal por esta região (MITTELSTAEDT, 1999, p.105). Estudos recentes apontam, além do mais, também para uma provável influência genética nestas alterações (READ, 1998, p.6).

As hérnias da parede abdominal são a patologia mais comum que exige cirurgia de porte. Apesar da freqüência da reparação cirúrgica, na hérnia inguinal, os resultados perfeitos continuam a fugir dos cirurgiões, sendo que a taxa de recidiva é humilhante (SCHWARTZ, 2001, p.1380). Nenhuma doença do corpo humano, pertencente aos domínios do cirurgião, exige, em seu tratamento, uma combinação maior de conhecimento anatômico abalizado e habilidade cirúrgica que a hérnia, em todas as suas variedades (COOPER, 1807, p.1804).

A Edoardo Bassini credita-se o desenvolvimento e a realização da primeira hernioplastia moderna. Bassini escreveu seis artigos sobre sua técnica cirúrgica e experiências entre 1887 e 1894, mas foi seu artigo de 1890, na Alemanha, que deflagrou o entusiasmo mundial dos cirurgiões. Atualmente, as malhas sintéticas desempenham um importante papel no controle das hérnias inguiniais (SCHWARTZ, 2001, p.1387).

Ambos os sexos, em todas as idades, são afligidos; porém os homens apresentam 25 vezes mais probabilidade de desenvolver uma hérnia inguinal do que as mulheres. A incidência estimada em homens é de 3%, e por isso as hérnias são um importante problema econômico (SCHWARTZ, 2001, p.1380). Nos Estados Unidos da América (EUA), operam-se em média 500.000 hérnias anualmente, das quais 100.000 são recidivas (LICHTENSTEIN, 1990, p.553).

1.1 OBJETIVO:

Realizar um estudo clínico-epidemiológico das hérnias inguinais recidivadas - Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

2. REVISÃO DA LITERATURA:

Uma hérnia (latim, ruptura; grego, brotamento) é definida como protrusão de uma víscera através de abertura na parede da cavidade em que ela está contida. Ao nível anatômico, os aspectos importantes de uma hérnia são o orifício herniário e o saco herniário. O orifício é o defeito na camada aponeurótica mais interna do abdômen, e o saco herniário é a formação de uma bolsa a partir do peritônio (SCHWARTZ, 2001, p.1380).

As hérnias da parede abdominal somente ocorrem em áreas onde a aponeurose e a fáscia estão desprovidas do suporte protetor da musculatura estriada. Muitos destes sítios são normais, mas alguns podem ser adquiridos através de atrofia muscular ou cirurgia. Sem uma força de contraposição, as áreas aponeuróticas desnudas estão sujeitas aos assédios da pressão intra-abdominal, proporcionando os sítios, caso elas se deteriorem ou contenham anormalidades anatômicas (SCHWARTZ, 2001, p.1380).

A região inguinal cobre-se de importância cirúrgica por representar o local das hérnias inguinais, observadas em ambos os sexos, porém, mais freqüentes em indivíduos do sexo masculino. Caracteriza-se por ser um local de fraqueza na parede abdominal anterior, em homens principalmente, devido à penetração pré-natal dos testículos e funículos espermáticos (MOORE, 2001, p.179).

Segundo Spencer (1993, p.1381), as hérnias inguinais podem ser diretas ou indiretas. O saco de uma hérnia inguinal indireta passa obliquamente ou indiretamente no sentido do escroto e, por fim, para dentro dele, uma situação também conhecida como hérnia escrotal. O saco de uma hérnia inguinal direta faz protrusão orientada para fora e para diante. Um saco de hérnia indireta é completo se ele desce até os testículos e preenche o lado da bolsa escrotal, sendo incompleto se não o faz. O saco da hérnia inguinal direta origina-se através do assoalho do canal inguinal, ou seja, do triângulo de Hesselbach; projeta-se diretamente e está contido pela aponeurose do músculo oblíquo externo.

Shires (2001, p.1381) afirma que:

a única camada estruturalmente importante da região inguinal, de interesse dos cirurgiões de hérnias, é a camada fascioaponeurótica mais interna do abdome, que consiste no músculo transversal do abdome, aponeurose transversal e fáscia transversal.

Vários são os fatores que implicam o aparecimento de uma hérnia, sendo importante a compreensão da anatomia da região inguinal, toda a sua configuração e as suas relações tridimensionais, além do aspecto embriológico e intracelular, lembrando-se sempre da idade avançada e de doenças crônicas (NETTO, 1994, p.236).

A maioria das hérnias inguinais é de responsabilidade dos fatores congênitos, sendo as hérnias inguinais indiretas desencadeadas, primordialmente, pela falta de obliteração do processo vaginal. Contribuem, ainda, deformidades pélvicas ou extrofia da bexiga, as quais alteram o canal inguinal (SPENCER, 1993, p.1400).

Sabiston (2003, p.804) relata que,

fatores de risco importantes seriam, também, a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Trauma e enfraquecimento do assoalho da região inguinal são propiciados por esforços físicos exacerbados, por tosse crônica, pelo esforço para defecar (obstipação intestinal) e urinar (prostatismo), fazendo-se atributos causais às hérnias inguinais diretas.

A posição ereta dos seres humanos promove a herniação por estirar e expor a região inguinal; e quando existe uma hérnia, permite que os intestinos desçam, sob a ação da gravidade, dentro do saco herniário. A deficiência muscular contribui para a herniação. As insuficiências congênitas ou adquiridas dos músculos oblíquos internos do abdome na região inguinal expõem o anel profundo e o assoalho do canal inguinal à devastação das pressões intra-abdominais (SCHWARTZ, 2001, p.1384).

Segundo Spencer (1993, p.1384), a destruição do tecido conjuntivo, decorrente do estresse físico da pressão intra-abdominal, o tabagismo, o envelhecimento, as doenças do tecido conjuntivo e as patologias sistêmicas reduzem a força da aponeurose e da fáscia transversalis. A distensão abdominal e o aumento crônico na pressão intra-abdominal pela ascite e diálise peritoneal podem lesar o orifício miopectíneo, fazendo com que um processo vaginal patente se dilate.

Existe evidência que demonstra uma maior frequência de hérnias inguinais em fumantes ao compará-los com a população sem o hábito de fumar. Cannon e Read (1981, p. 270) observaram uma significativa elevação de elastases e proteases no sangue periférico de

pacientes fumantes portadores de hérnia, quando comparados aos não fumantes também portadores de tal patologia. Esta atividade de elastases séricas afeta fibras elásticas e colágenas por igual, já que em sua estrutura molecular há muitos aminoácidos.

Jorgensen (1998, p.450), realizou um estudo de coorte, transversal e duplo-cego em que comparou o depósito de proteínas e formas maduras de colágeno sobre uma matriz de malha de politetrafluoretileno (PTFE) implantada no tecido celular subcutâneo de fumantes e não fumantes. Avaliou ao longo de 10 dias o depósito de hidroxiprolina, uma forma madura de colágeno, nas malhas e concluiu que em pacientes fumantes a produção de formas maduras de colágeno em tecido celular subcutâneo é significativamente menor.

Estudos mais recentes têm conseguido definir melhor os efeitos do tabaco nos distintos tecidos do organismo. Há estudos *in vitro* que demonstram o efeito tóxico dos cigarros nos fibroblastos em cultivos celulares. Recentemente se publicou um estudo que demonstrou uma deficiente síntese de colágeno tipo I e III na pele de pacientes fumantes (KNUUTINEN, 2002, p. 588).

Schwartz (2001, p.1385) afirma que:

as hérnias inguinais de todos os tipos ocorrem com igual frequência em homens sedentários e fisicamente ativos. A atividade física vigorosa não é por si mesmo, uma causa de hérnia inguinal, embora esforços extremos possam agravar os fatores predisponentes e precipitar a herniação.

De acordo com Rose (1999, p.329),

é do conhecimento de todos que as hérnias inguinais se fazem mais frequentes nos homens, assumindo uma relação proporcional de três para um, em relação ao sexo feminino. Fatores diversos estão imbricados nessa disparidade, como o fato de os homens executarem trabalhos mais pesados e faz-se mais freqüente a persistência do conduto peritônio vaginal no sexo masculino.

Quanto à idade, a grande maioria das hérnias é indireta no primeiro ano de vida, numa proporção de 2:1 em meninos. Tanto as hérnias inguinais diretas, quanto as indiretas fazem-se mais freqüentes na segunda e terceira décadas da vida (SABISTON, 2003, p.805).

A dor decorrente de uma hérnia é geralmente mais intensa no final do dia, devido à posição ortostática e ação da gravidade com conseqüente elevação da pressão intra-abdominal, aliviando à noite, quando o paciente assume posição de decúbito, diminuindo os fatores que causaram sua profusão (NETTO, 1994, p.241).

Segundo Goffi (1996, p.178), em sua grande maioria, as hérnias desenvolvem-se de maneira paulatina e insidiosa, com exceção àquelas originadas de forma abrupta, precipitada por um evento muscular vigoroso, gerado por esforço físico excessivo. Ao exame físico, as hérnias inguinais tornam-se facilmente diagnosticáveis. O saco herniário aumenta de volume e transmite um estímulo perceptível à palpação, quando o paciente tosse, faz força, levando a um aumento da pressão intra-abdominal.

Para as hérnias inguinais indetectáveis ao exame físico, alguns autores defendem o uso de exames imagenológicos como: ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e até herniografia (NETTO, 1994, p.251).

O tratamento das hérnias inguinais é eminentemente cirúrgico. Mais de uma centena de técnicas operatórias têm sido propostas para sua correção, desde que Marcy, em 1871, e Bassini, em 1884, lançaram as bases, até recentemente consideradas racionais, deste tratamento. Apesar desta enorme variedade de opções, os insucessos de tratamento com recidiva das hérnias continuam freqüentes demais (MITTELSTAEDT, 1999, p.105).

Mittelstaedt (1999, p.106) nos informa que,

a introdução de próteses de polipropileno no tratamento das hérnias inguinais, iniciada em 1959 por Usher nos EUA, e em 1969 por Falci em nosso meio, ganhou maior popularidade nos últimos dez anos após as publicações de Lichtenstein e sua escola.

Criou-se um conceito novo, denominado de técnicas sem tensão (tension free), pelo qual a reconstrução do trígono inguinal se faz pela sobreposição de material protético em toda sua área, sem

suturas de aproximação. As técnicas video-laparoscópicas mais recentes se apóiam neste mesmo princípio. As técnicas clássicas, entretanto, não perderam seu lugar, principalmente naqueles casos em que a utilização de próteses não é desejada, como nos pacientes jovens e mulheres, por exemplo.

O princípio das técnicas atensionais - “tension-free”, pelo qual se evitam suturas aproximativas de tecidos, colocando-se uma tela como anteparo e reforço, seja por via anterior ou por via posterior, veio revolucionar o tratamento das hérnias inguinais nos últimos anos (AMID, 1997, p.50).

Schwartz (2001, p.1397) afirma que,

os cirurgiões mais experientes, que utilizam reparações clássicas, obtiveram taxas de recidiva na faixa de 1% a 3% em acompanhamentos por 10 anos. Estes resultados são excepcionais, e a maioria dos profissionais não consegue repeti-los. As reincidências são geradas por tensão excessiva sobre o reparo, tecidos deficientes, hernioplastia inadequada e hérnias despercebidas. As recidivas são, previsivelmente, mais comuns nos pacientes com hérnias diretas, em especial com hérnias inguinais diretas bilaterais. As hérnias recorrentes exigem a colocação de uma prótese para a reparação bem sucedida.

Estudo populacional conduzido pela Rand Corporation, em 1983, informa que o índice geral de recidiva das hérnias inguinais operadas nos EUA é de no mínimo 10% (LICHTENSTEIN, 1990, p.529). No Reino Unido, em centros não especializados, varia entre 5% e 20% (MORGAN, 1991, p.423). Na Alemanha no ano de 1992 era de 15% a 20%. Os índices reais de recidiva, entretanto, são provavelmente maiores do que os relatados (MÜCKTER, 1995, p.121).

A análise dos resultados tardios das operações de hérnia esbarra sempre numa dificuldade universal que é o tempo de seguimento. Só 25% das recidivas se manifestam durante o primeiro ano de pós-operatório e 50% só aparecem após mais de cinco anos (LICHTENSTEIN, 1990, p. 530).

3. MATERIAL E MÉTODO:

3.1. Tipo de Estudo:

Estudo transversal.

3.2. Local do Estudo:

O estudo foi realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) - Universidade Federal do Pará.

3.3. População de Referência:

Pacientes com diagnóstico confirmado de hérnia(s) inguinal(is), submetidos a tratamento cirúrgico no HUIBB.

3.4. População de Estudo:

Pacientes portadores de hérnia(s) inguinal(is) recidivada(s), submetidos a tratamento cirúrgico no HUIBB.

3.5. Período de Estudo:

O estudo corresponde à casuística de janeiro de 2005 a dezembro de 2006.

3.6. Critérios de Inclusão:

Paciente com história pregressa de hernioplastia (independentemente do hospital onde a mesma fora realizada), necessitando de nova intervenção cirúrgica para correção da recidiva herniária.

3.7. Critérios de Exclusão:

Pacientes sem história pregressa de hernioplastia inguinal.

Pacientes de cujos prontuários a pesquisa não pôde ter acesso.

3.8. Análise Epidemiológica:

As variáveis investigadas no estudo foram: sexo, idade, ocupação/grau de esforço físico, antecedentes familiares de hérnia inguinal, antecedente pessoal de tabagismo, técnica cirúrgica realizada previamente, anatomia e localização da hérnia, período entre o diagnóstico da hérnia inguinal recidivada e a hernioplastia anterior, co-morbidades associadas.

3.8.a. Sexo: masculino; feminino.

3.8.b. Idade: os pacientes foram agrupados em 4 faixas etárias, a saber: 0 a 20, 21 a 40, 41 a 60, acima de 60 anos.

3.8.c. Ocupação/Grau de Esforço Físico: aposentado (baixo grau de esforço físico); comerciante, autônomo, funcionário público, motorista, professor, representante, vigilante, pasteleiro, estudante, pintor, garçom, telégrafo, gráfico, porteiro, frentista, cobrador, técnico eletrônico, desempregado, auxiliar de serviços gerais (moderado grau de esforço físico); eletricista, marceneiro, faxineiro, metalúrgico, lubrificador, lustrador (elevado grau de esforço físico).

3.8.d. Antecedentes Familiares de Hérnia Inguinal: sim; não; desconhecido.

3.8.e. Antecedente Pessoal de Tabagismo: sim; não; desconhecido.

3.8.f. Técnica Cirúrgica Prévia: Bassini; Lichtenstein; desconhecida.

3.8.g. Anatomia: direta(s); indireta(s); mista(s); desconhecida.

3.8.h. Localização da Hérnia Inguinal Recidivada: direita; esquerda; bilateral.

3.8.i. Tempo Decorrido desde a Cirurgia Anterior até a Recidiva: até 1 ano; 1 – 5 anos; 5 – 10 anos; maior que 10 anos.

3.8.j. Co-morbidades Associadas: urológicas; pulmonares; cardiovasculares; diabetes mellitus; neurológicas; obesidade; doença hemorroidária; constipação intestinal; nenhuma patologia descrita no prontuário.

3.9. Procedimento de Coleta de Dados:

Para obtenção dos dados foi realizada revisão dos prontuários de pacientes submetidos à hernioplastia(s) inguinal(is) no HUIBB no período de janeiro de 2005 à dezembro de 2006, e então, emprego dos critérios de inclusão e aplicação do protocolo de pesquisa (Apêndice A).

3.10. Análise Estatística dos Dados:

Os dados colhidos na pesquisa foram catalogados e inseridos no programa EPI INFO - versão 6.04.

A estatística descritiva foi demonstrada por meio de tabelas e gráficos construídos no Microsoft Excel 2000.

Para análise da significância estatística utilizou-se o teste Qui-Quadrado, com nível $p = 0,05$ (5%), através do software BioEstat 4.0, assinalando-se com asterisco (*) os valores significantes.

3.11. Aspectos Éticos:

Respeitando-se às Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos presentes na Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) – HUIBB (Anexo A), tendo sido aprovado em Novembro de 2006, quando, então, a coleta de dados foi iniciada.

3.12. Termo de consentimento livre e esclarecido:

Por tratar-se de um projeto baseado em revisão de prontuários, o termo de consentimento livre e esclarecido não se fez necessário.

4. RESULTADOS:

Dos 521 prontuários de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal no HUIBB nos anos de 2005 e 2006, 77 (14,8%) eram de pacientes portadores de hérnia inguinal recidivada (Figura 1).

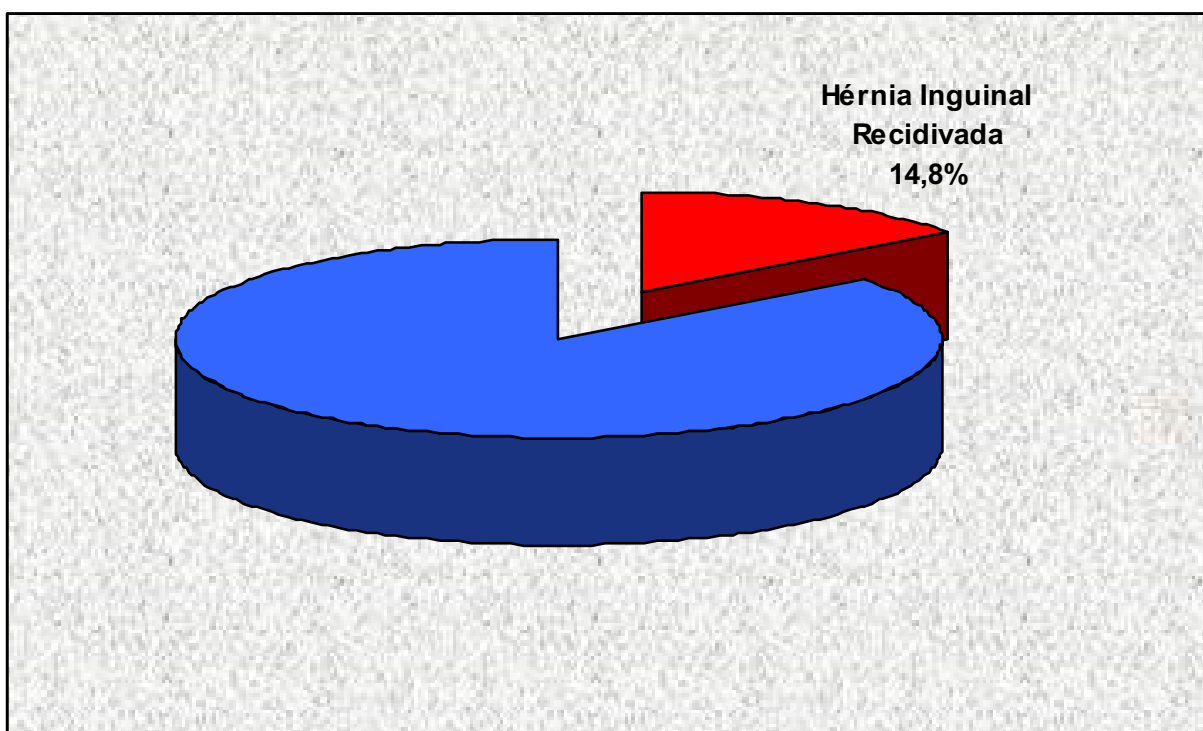


FIGURA 1 – Proporção de hernioplastias inguiniais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.

Houve predomínio do sexo masculino, correspondendo a 90,9% dos casos (Figura 2).

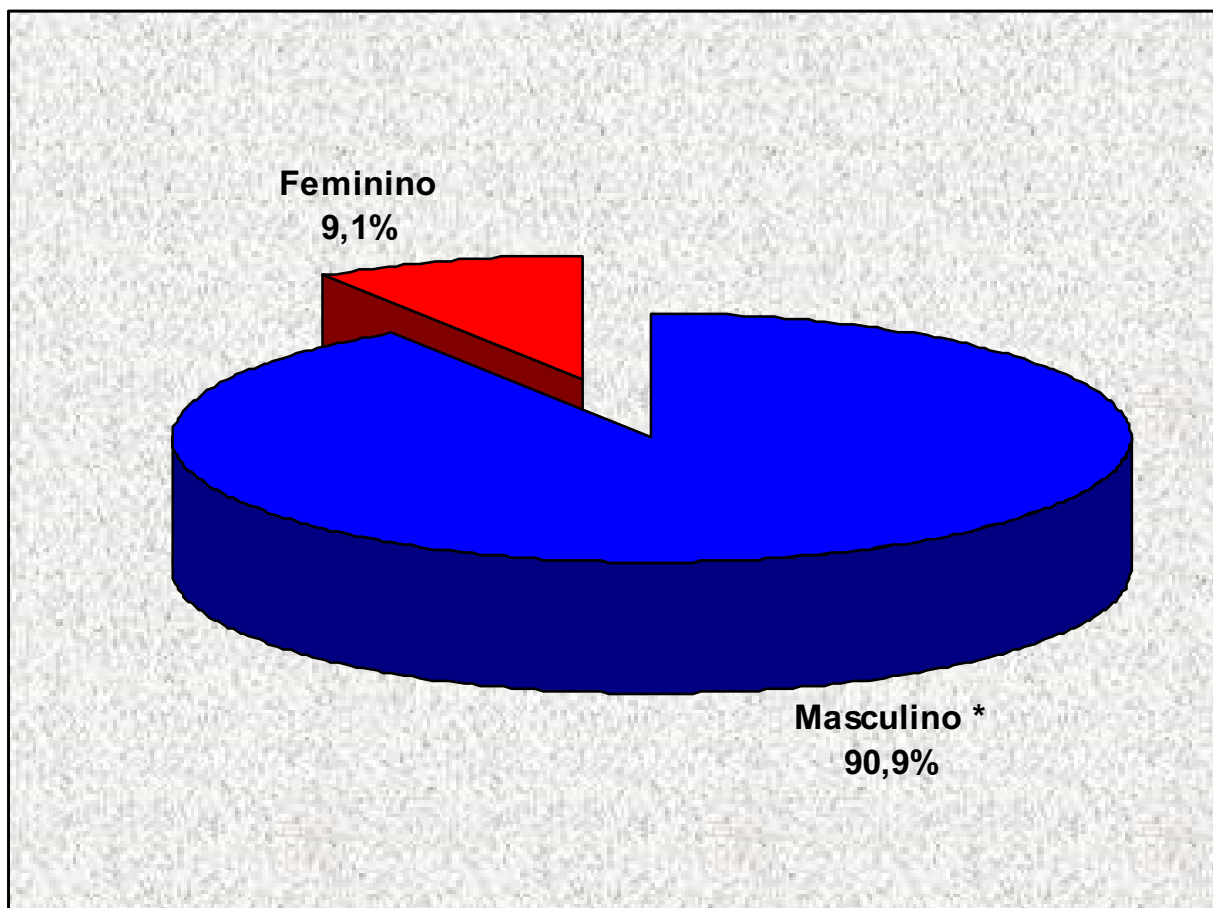


FIGURA 2 – Distribuição por sexo das hernioplastias inguinais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.

* $p < 0.00001$ (Qui-Quadrado)

Em pacientes com idade relativamente avançada, maiores de 40 anos, a prevalência de recidivas mostrou-se significativa, perfazendo um total de 80,5% dos casos (Figura 3).

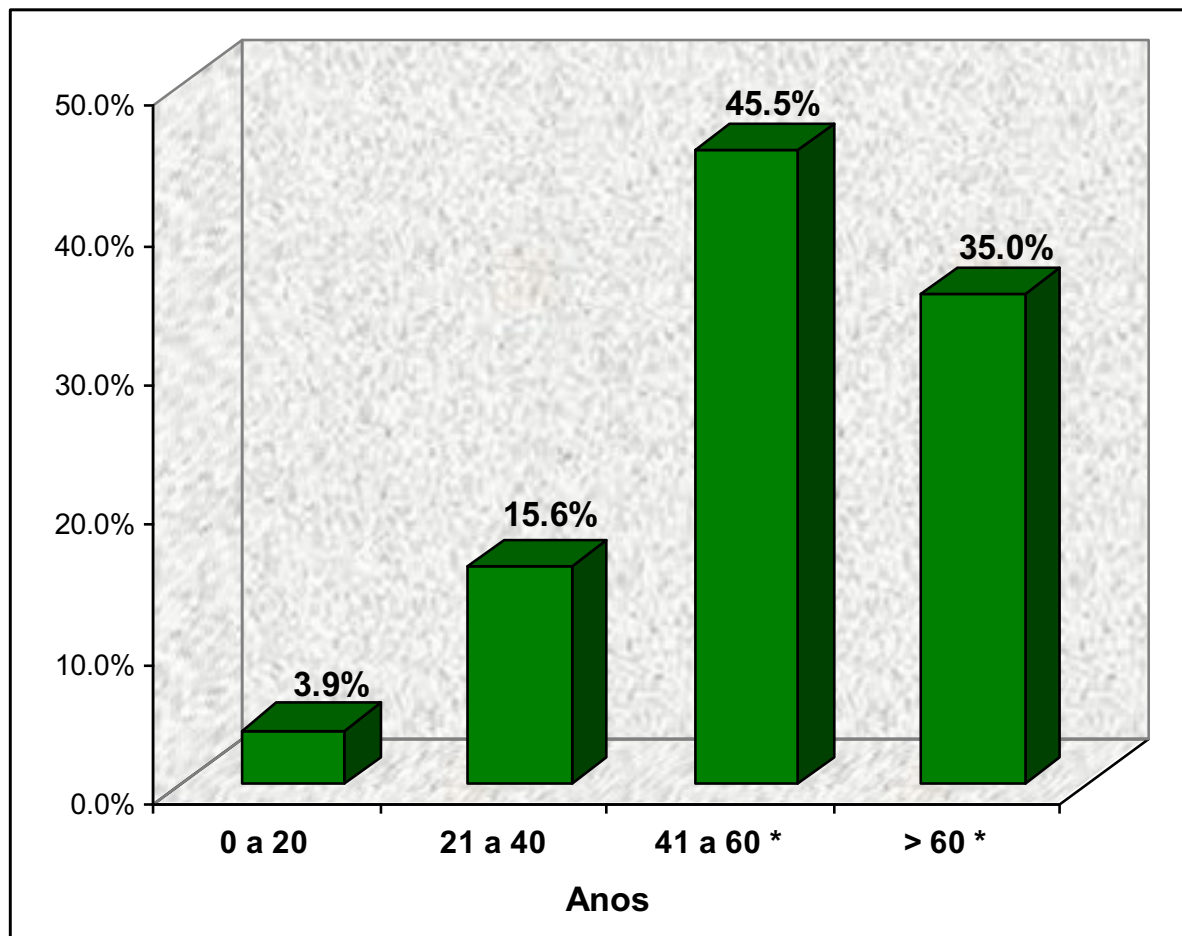


FIGURA 3 – Distribuição segundo faixa etária das hernioplastias inguinais recidivadas realizadas no HUIBB. Belém, PA. 2005 – 2006.

*p = 0.0193 (Qui-Quadrado)

A predominância de hérnia inguinal recidivada em trabalhadores que desempenhavam atividades com elevado grau de esforço físico foi extremamente relevante, 59,7% (Figura 4).

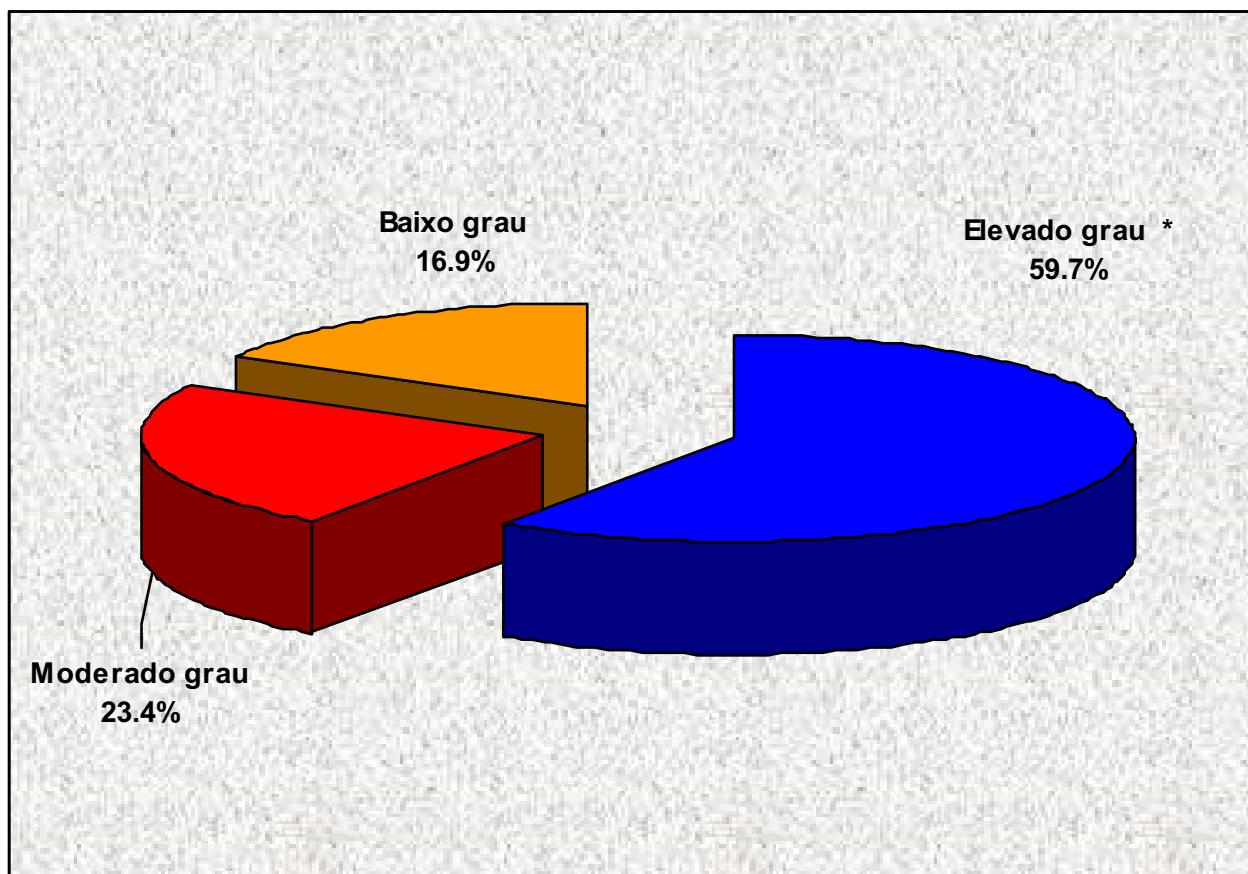


FIGURA 4 – Distribuição segundo o grau de esforço físico executado pelos pacientes com hérnia inguinal recidivada durante suas atividades ocupacionais/profissionais. Belém, PA. 2005 – 2006.

* $p < 0.00001$ (Qui-Quadrado)

Em pacientes cujas atividades ocupacionais exigiam elevado grau de esforço físico, o achado de hérnia inguinal recidivada direta mostrou-se estatisticamente significativa, 76,7%. Tal constatação pôde também ser observada em 100% dos pacientes que desempenhavam atividade ocupacional de baixo grau de esforço (aposentados). Para realização de tal correlação foram desconsiderados os achados anatômicos não registrados nos prontuários (Figura 5).

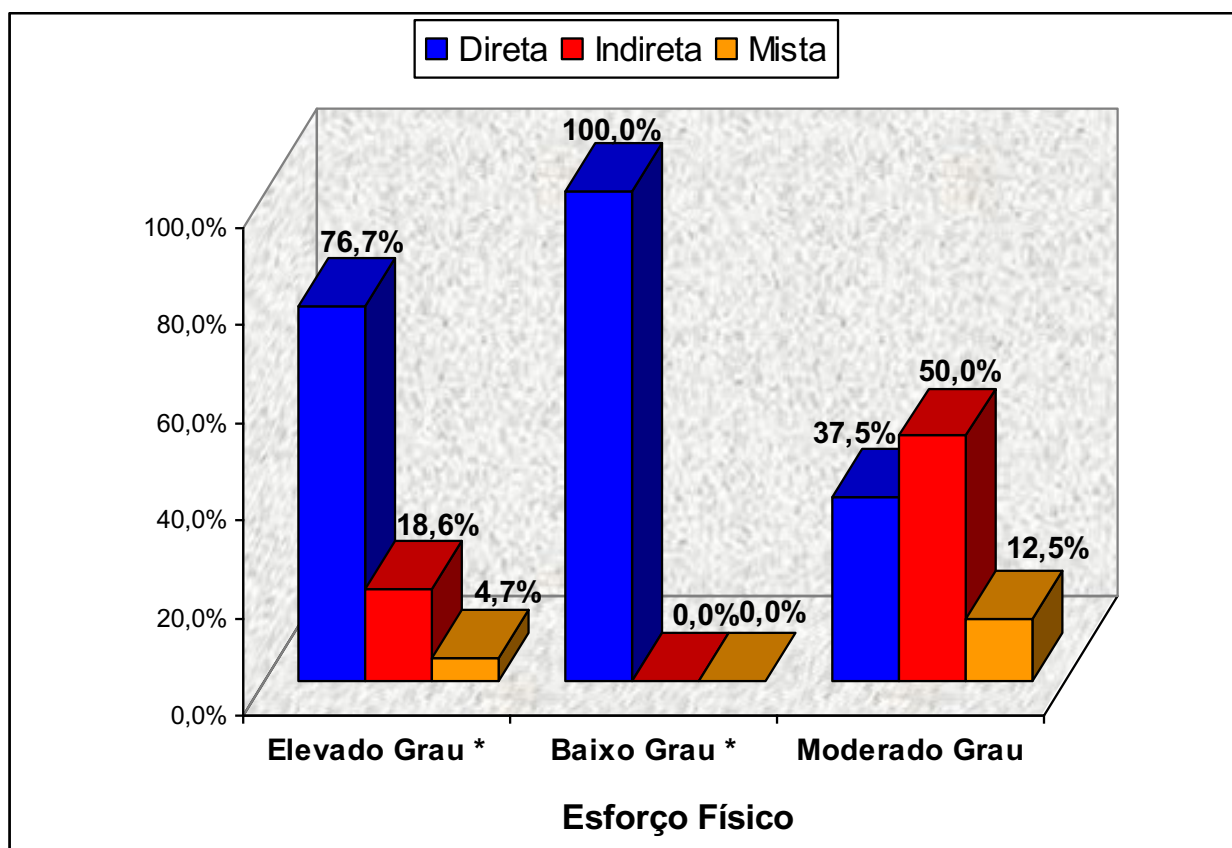


FIGURA 5 – Correlação entre o achado anatômico intra-operatório das hérnias inguinais recidivadas e o grau de esforço físico desempenhado pelos pacientes em suas atividades ocupacionais/profissionais. Belém, PA. 2005 – 2006.

*p = 0.0072 (Qui-Quadrado)

Evidenciou-se um número extremamente baixo de registros sobre antecedentes familiares de hérnia inguinal, 5,2% (Figura 6).

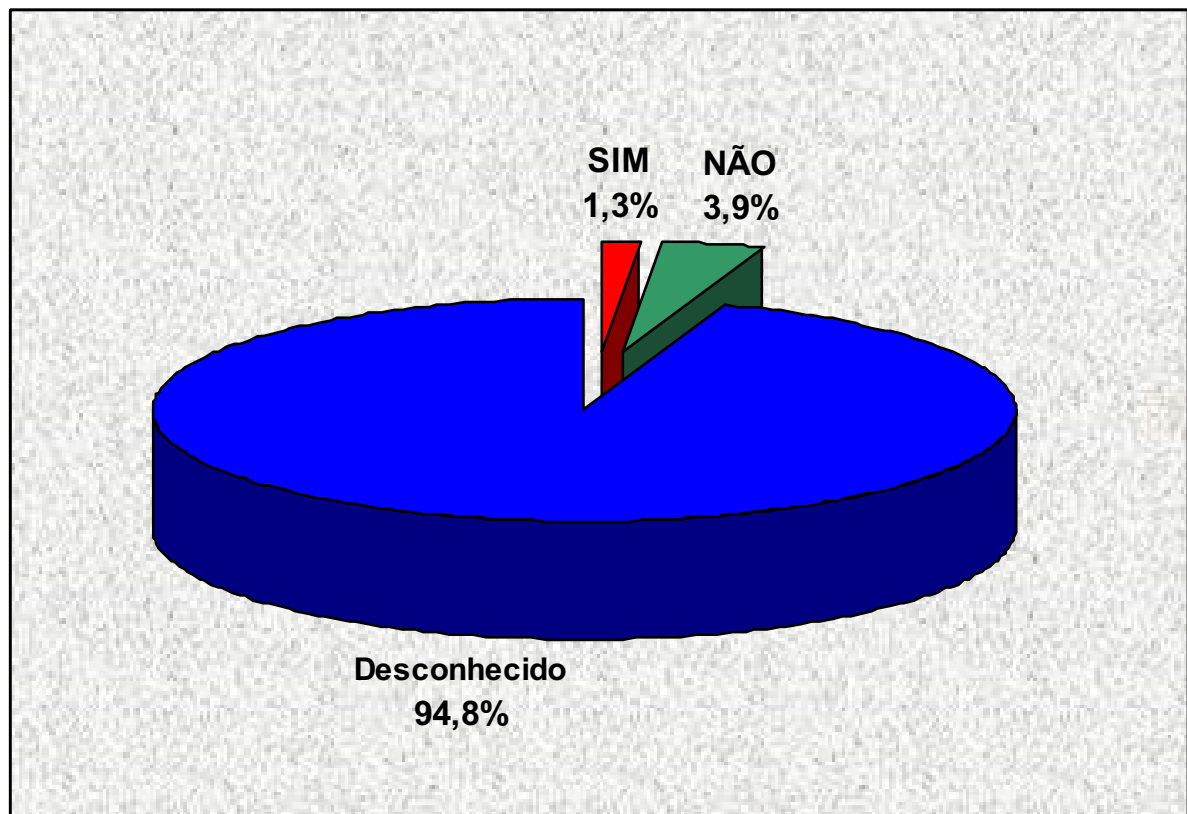


FIGURA 6 – Antecedente familiar de hérnia inguinal na população em estudo. Belém, PA. 2005 – 2006.

Em relação ao tabagismo, tal antecedente mostrou-se positivo em 27,3% dos casos e negativo em 33,8%. A ausência de informações acerca deste dado foi evidenciada em 38,9% dos prontuários (Figura 7).

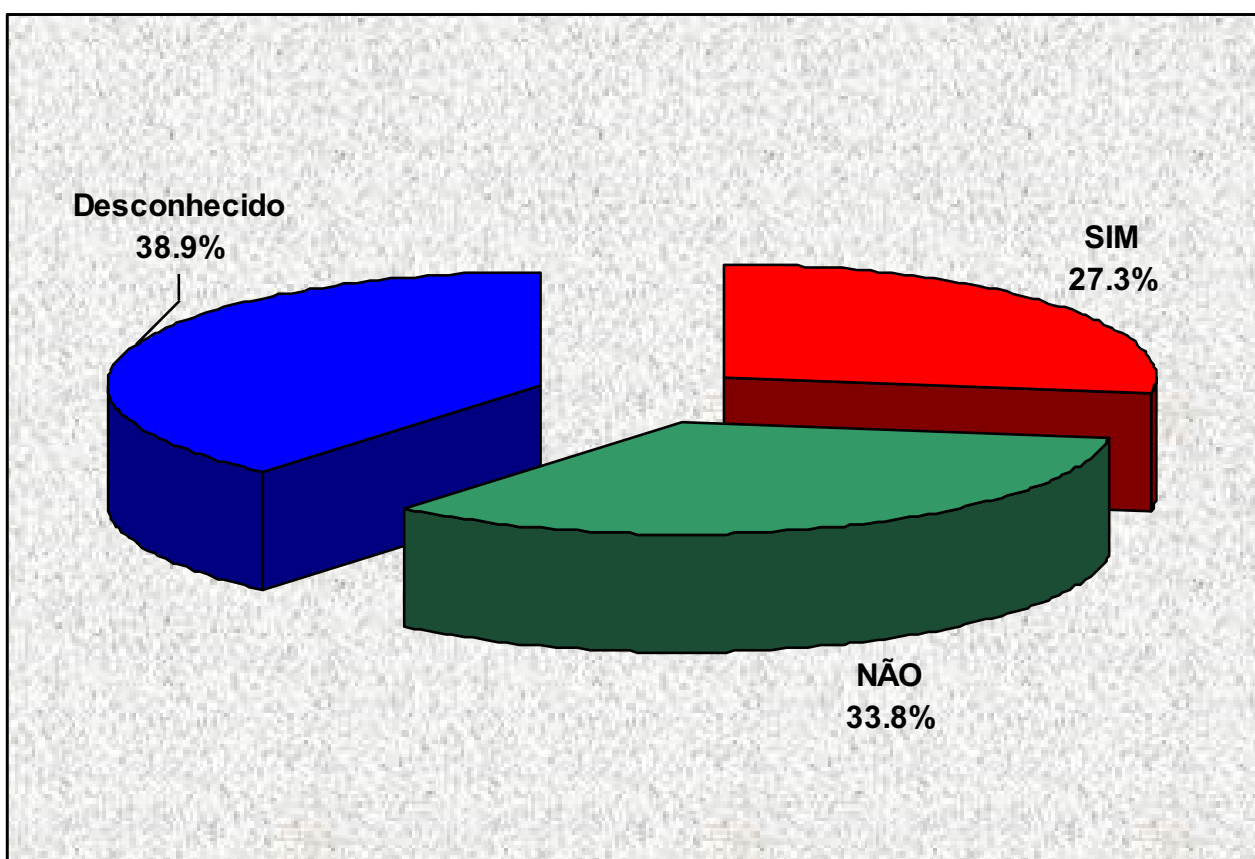


FIGURA 7 – Distribuição da população estudada de acordo com o antecedente pessoal de tabagismo. Belém, PA. 2005 – 2006.

Na maioria dos prontuários não se evidenciou dados acerca da técnica realizada no procedimento cirúrgico anterior, perfazendo um total de 80,5% (63/77) dos casos (Figura 8).

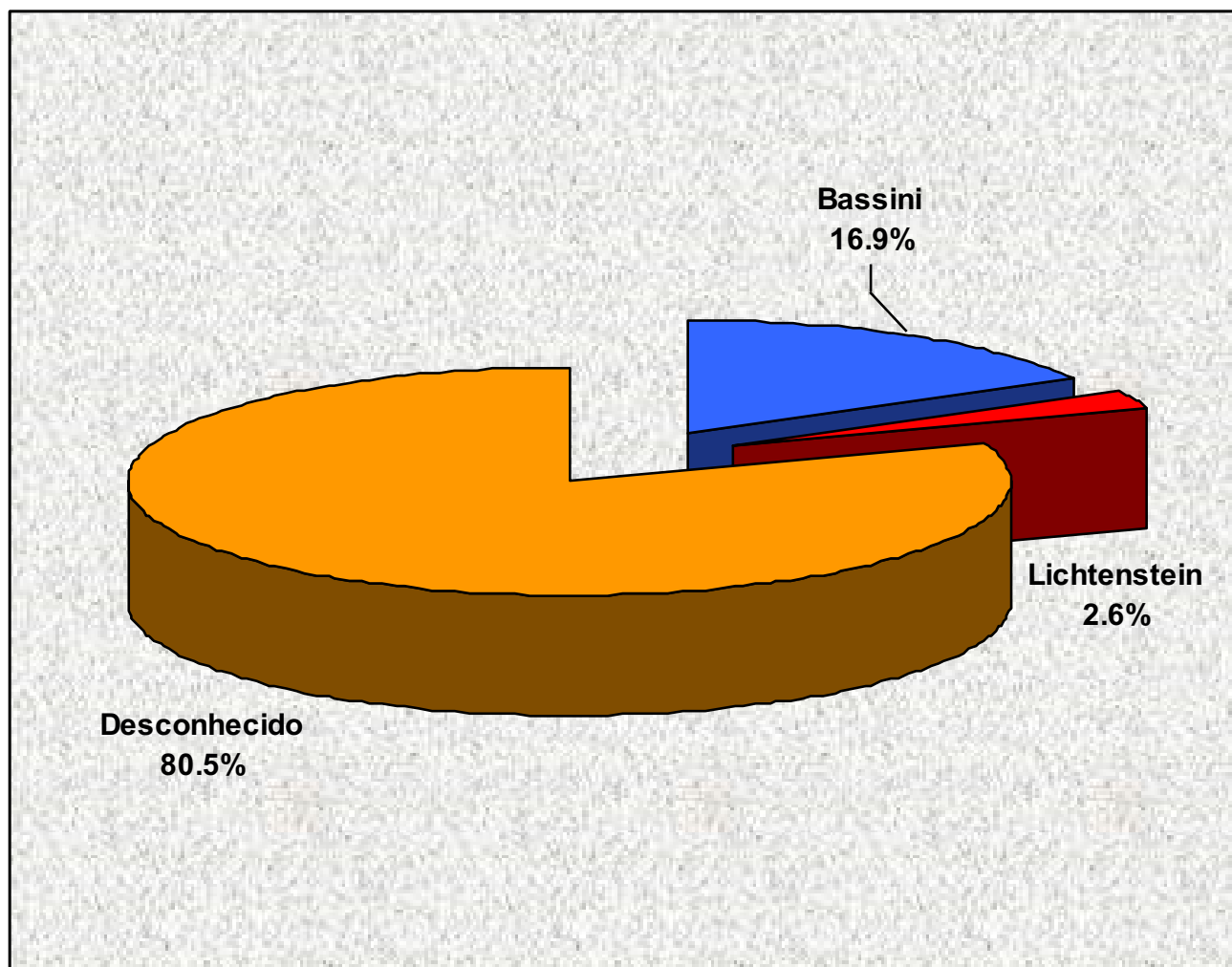


FIGURA 8 – Distribuição dos pacientes com hérnia inguinal recidivada de acordo com a técnica cirúrgica empregada previamente. Belém, PA. 2005 – 2006.

Durante o procedimento cirúrgico para correção da hérnia inguinal recidivada, o achado anatômico mais encontrado foi de hérnia inguinal direta, correspondendo a 64,9% dos casos (Figura 9).

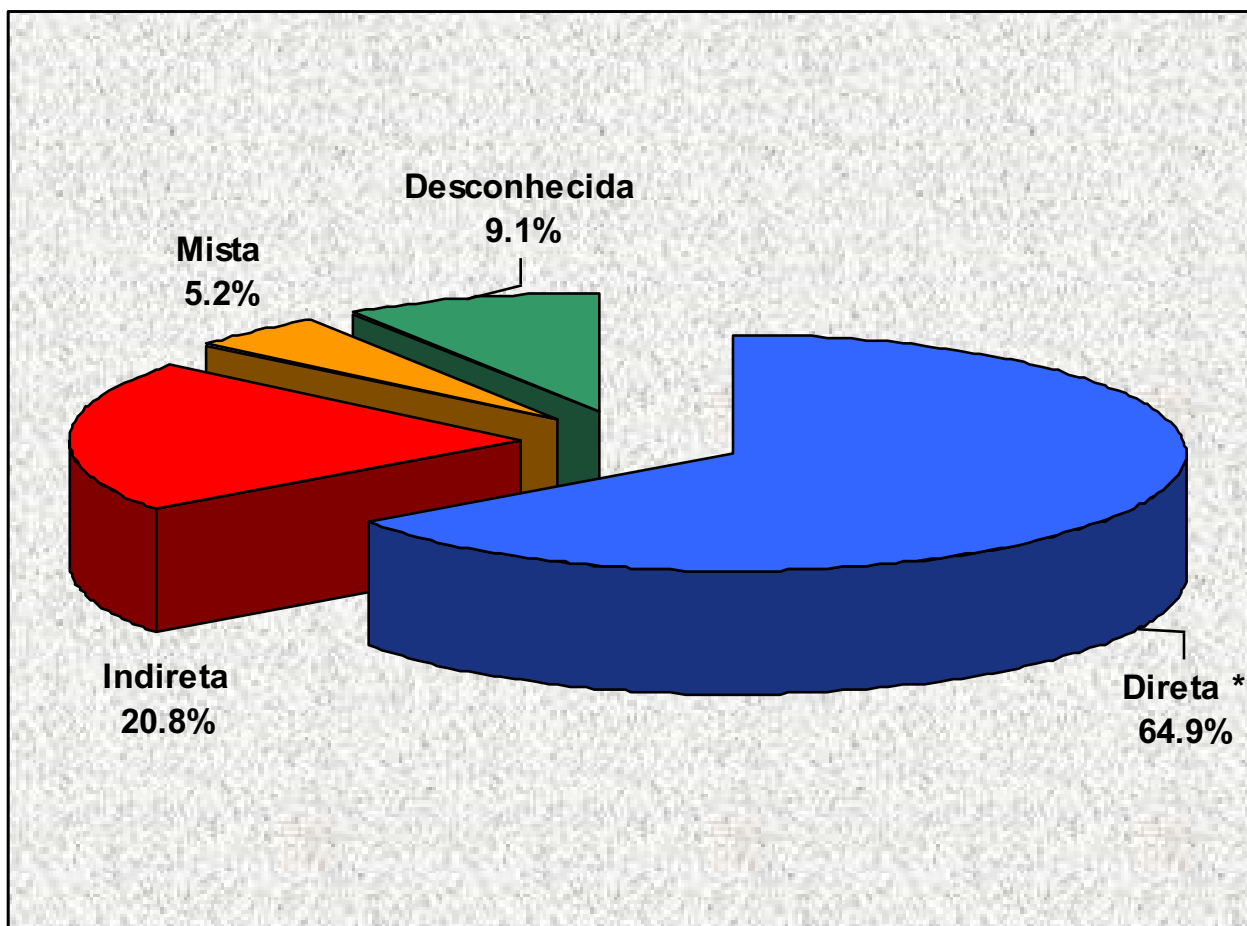


FIGURA 9 – Distribuição das hérnias inguinais recidivadas de acordo com o achado anatômico intra-operatório. Belém, PA. 2005 – 2006.

* $p < 0.00001$ (Qui-Quadrado)

Segundo a localização da hérnia inguinal recidivada, o lado direito foi predominante com 51,9% dos casos, seguido pela recidiva do lado esquerdo que correspondeu a 42,9% (Figura 10).

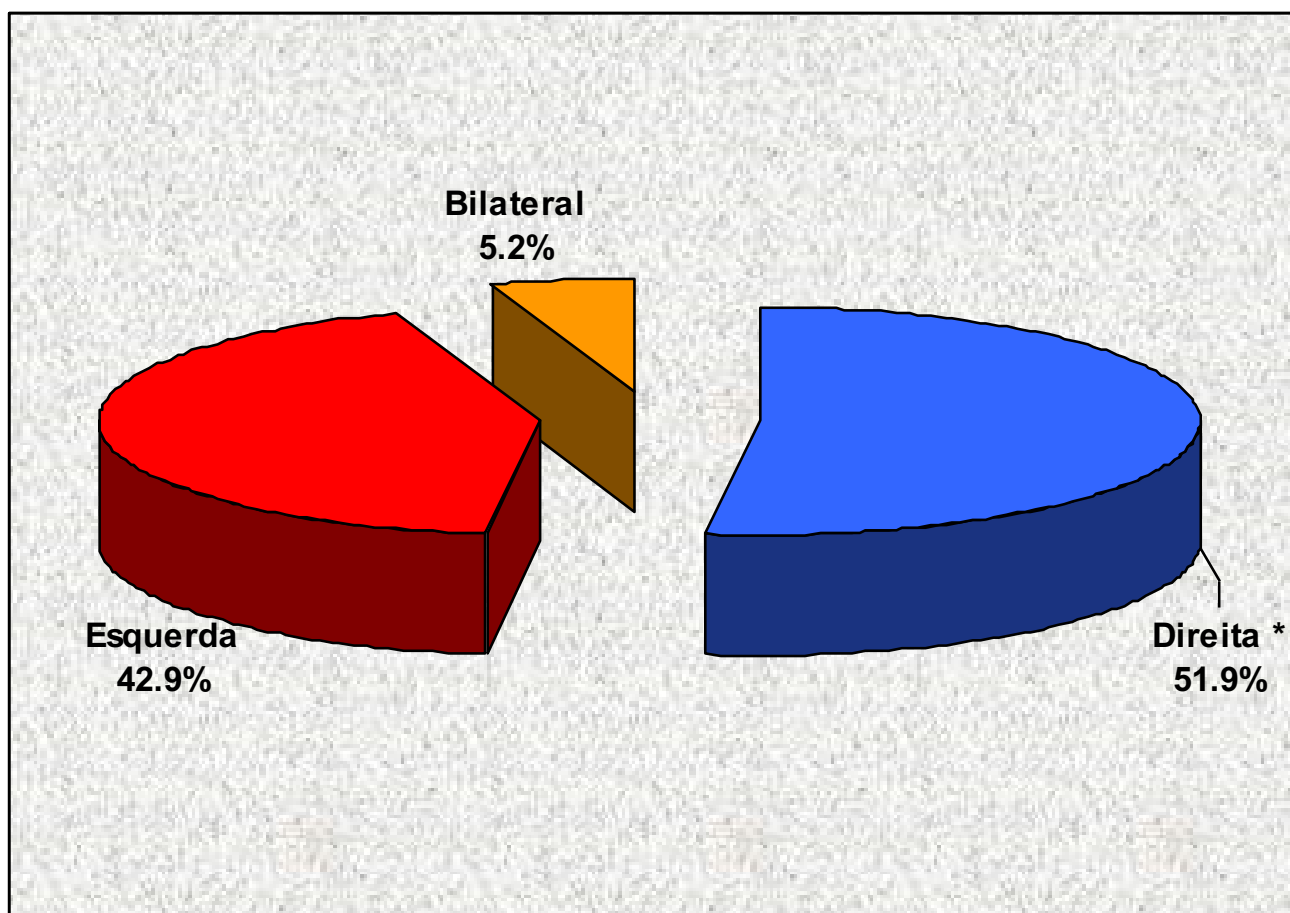


FIGURA 10 – Distribuição dos pacientes segundo a localização da hérnia inguinal recidivada. Belém, PA. 2005 – 2006.

* $p < 0.00001$ (Qui-Quadrado)

Em relação ao tempo entre a cirurgia prévia e a recorrência herniária, na maioria dos pacientes a recidiva deu-se em até cinco anos do procedimento cirúrgico anterior (63,6%), sendo 26% no 1º ano e 37,6% entre 1 e 5 anos (Figura 11).

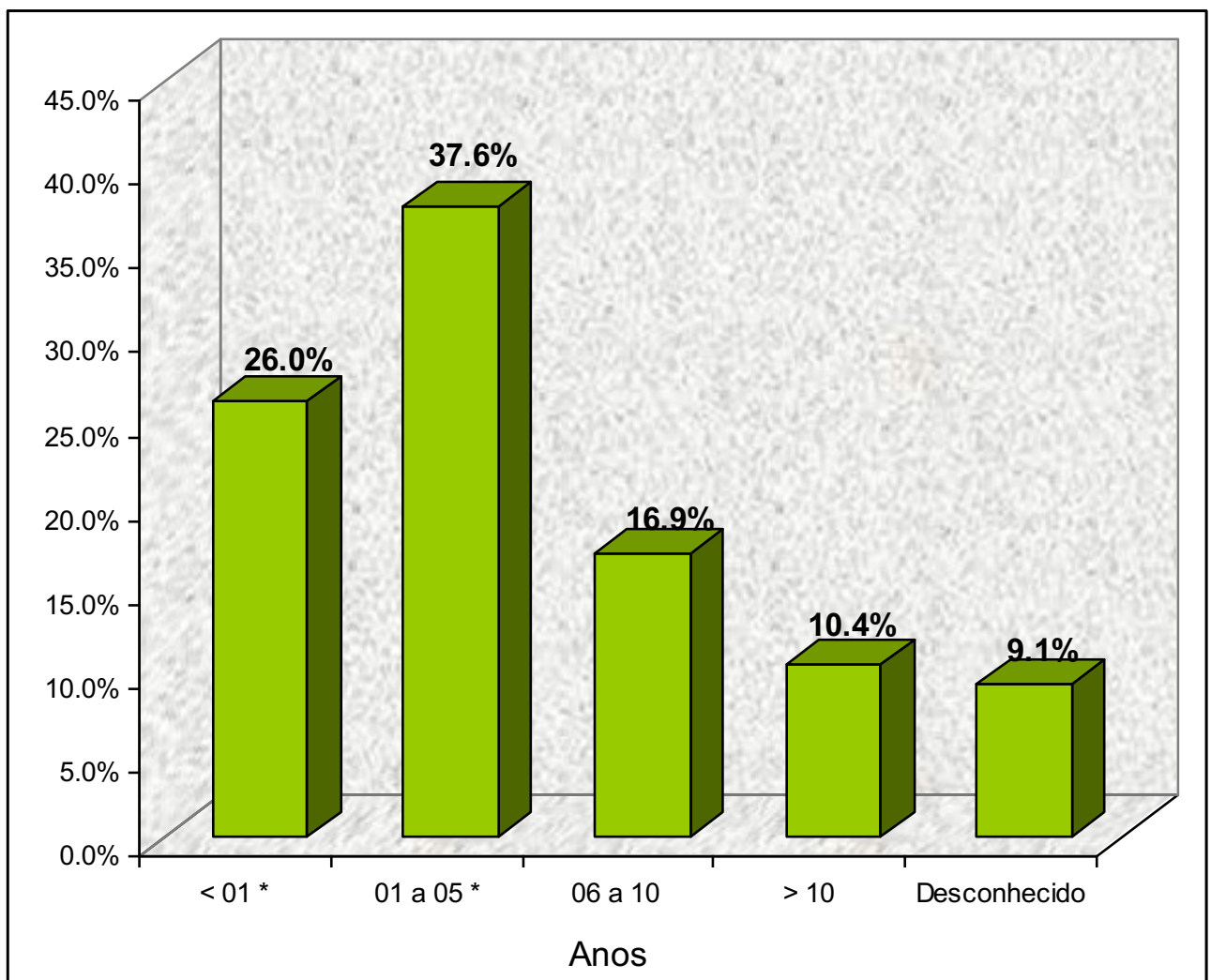


FIGURA 11 – Distribuição dos pacientes segundo o tempo entre a hernioplastia prévia e a recidiva. Belém, PA. 2005 – 2006.

*p = 0.0026 (Qui-Quadrado)

Número expressivo dos pacientes com hérnia inguinal recidivada apresentava comorbidades. No sexo masculino, as mais prevalentes foram, respectivamente: doenças cardiovasculares (32,6%), pneumopatias (26,1%) e uropatias (21,7%). Tais achados também se fizeram presentes no sexo feminino, porém, em proporções distintas: pneumopatias, 50,0%; doenças cardiovasculares, 33,3% e uropatias, 16,7% (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição das co-morbidades por sexo, em pacientes portadores de hérnia inguinal recidivada. Belém, PA. 2005 – 2006.

COMORBIDADES	N	MASCULINO		FEMININO	
		Freq	%	Freq	%
Doença Cardiovasculares	17	15	32,6%	2	33,3%
Pneumopatias	15	12	26,1%	3	50,0%
Uropatias	11	10	21,7%	1	16,7%
Diabetes Mellitus	3	3	6,5%	0	0,0%
Neuropatia	3	3	6,5%	0	0,0%
Obesidade	1	1	2,2%	0	0,0%
Constipação Intestinal	1	1	2,2%	0	0,0%
Doença Hemorroidária	1	1	2,2%	0	0,0%

FONTE: DAME- HUIBB, 2005 - 2006.

6. DISCUSSÃO:

No estudo das hérnias inguinais recidivadas, vários aspectos permanecem em aberto, gerando constantes controvérsias. Entre estes, por sua importância, destacam-se a incidência das recidivas, suas causas e a adequação das diversas técnicas aos diferentes tipos de hérnia inguinal recidivada.

Em todos os tempos, o problema das recidivas tem sido motivo de preocupação por parte dos cirurgiões. Os vários processos de herniorrafias têm se sucedido, visando proporcionar melhor reforço da região inguinal, mas não se pode dizer, em sua consciência, que se tenha chegado a excluir as recidivas (MORAES, 2005, p. 1528).

Prova cabal da relevância do conhecimento acerca das hérnias inguinais recidivadas é sua relativa frequência, corroborada no presente estudo pela observação de 77 casos (14,8%), do total de 521 pacientes submetidos à herniorrafia inguinal no HUIBB, no período de 2005 e 2006.

Os homens corresponderam a 70 (90,9%), dos 77 casos de hérnia inguinal recidivada evidenciados, incidência relativamente semelhante à global das hérnias inguinais. Tal disparidade entre os sexos é determinada, entre outros fatores, por: trabalho mais pesado executado pelos homens e persistência mais frequente neles do conduto peritônio-vaginal (MORAES, 2005, p. 1520).

Segundo Fallis (NETTO, 1994, p.57), 90% das recidivas dão-se acima dos 30 anos de idade. Em pacientes acima dos 50 anos, quando o seguimento vai até 10 anos, a recidiva não é menor que 21%. No presente estudo, ao se analisar a faixa etária de ocorrência da recidiva herniária, observa-se que os pacientes com idade inferior a 20 anos correspondem a 3,9%; entre 21 - 40 anos, 15,6%; de 41 - 60 anos, 45,5%; e, por fim, 35% dizem respeito a pacientes com idade superior a 60 anos.

Possível causa do resultado supracitado, maior predominância em idades mais avançadas e em população economicamente ativa, é a integração de fatores etiopatogênicos importantes na recorrência herniária. Defeitos nos tecidos do assoalho da região inguinal e alterações anátomo-funcionais de fibras colágenas e elásticas, somados a esforços físicos e alterações estruturais, podem explicar a razão do enfraquecimento progressivo de uma

estrutura, que, quando o indivíduo era jovem mostrava-se resistente (SPERANZINI, 1989, p. 101-102).

Houve registro da profissão em todos os prontuários dos pacientes com hérnia inguinal recidivada. Destes, 16,9% exerciam atividades ocupacionais/profissionais com baixo grau de esforço físico, 23,4% e 59,7% com moderado e elevado grau de esforço físico, respectivamente.

A maioria dos pacientes com diagnóstico de recidiva herniária, 59,7%, desempenha atividades que exigem grande esforço físico, dado este de expressiva significância estatística. Número elevado de aposentados (baixo grau de esforço físico) também se mostrou presente, reforçando o conceito de que existe uma pré-disposição genética determinando uma pior qualidade ou a degradação progressiva do tecido colágeno, culminando com um enfraquecimento da parede do canal inguinal, principalmente da fáscia transversalis, e desenvolvimento de hérnia inguinal direta (FERREIRA, 2002, p. 102).

De acordo com Moraes (2005, p. 1476), pequena é a porcentagem de causalidade que poderá ser atribuída ao trabalho nos doentes portadores de hérnias inguinais indiretas, recidivadas ou não, pois, para seu aparecimento, é imprescindível condição anatômica predisponente. Em contrapartida, nas hérnias inguinais diretas, o trabalho, desde que exija esforço físico causando contração da musculatura abdominal, poderá ser o fator desencadeante de sua recidiva.

A literatura afirma significativa correlação entre a predisposição genética e a ocorrência de hérnia inguinal, direta ou indireta, que por vezes, se processam em pacientes com história familiar positiva (SCHWARTZ, 2001, p.1383). Tal condição, no entanto, não apresentou significância estatística no presente estudo, devido à escassez de informações contidas nos prontuários.

No que diz respeito ao antecedente pessoal de tabagismo, expressiva proporção dos casos de recorrência herniária, 27,3%, revelou-se com história positiva. Tal dado se mostra ainda mais exuberante ao considerarmos que na maioria dos prontuários, 39%, não houve registro acerca deste aspecto, tornando a análise deste dado estatisticamente não significativo.

A literatura corrobora a imbricada relação entre o hábito de fumar e a ocorrência de hérnia inguinal. Segundo Bórquez (2005, p. 433), o tecido conjuntivo de pacientes fumantes

contém colágeno com alterações estruturais e funcionais, além de sofrer digestão enzimática na matriz extracelular. Desta maneira, alteram-se os tecidos de sustentação do organismo, incluindo os da região inguinal, permitindo o surgimento de hérnia.

Embora a recidiva herniária em pacientes submetidos anteriormente à técnica de Lichtenstein (tension-free) tenha sido baixa (2,6%), quando comparada à técnica de Bassini (16,9%), correlações significativas não podem ser traçadas devido à ausência de dados em 80,5% dos prontuários acerca da técnica empregada na cirurgia anterior.

Com a variedade de métodos operatórios para correção de hérnias inguinais à disposição dos cirurgiões nos dias de hoje, fica difícil indicar diretrizes normativas.

A técnica de Lichtenstein é simples, rápida, segura, efetiva no reparo da hérnia inguinal, e proporciona menos dor associada. Permite retorno precoce às atividades habituais no pós-operatório e oferece percentual menor de recidiva. Quando ocorre, esta geralmente relaciona-se a um defeito da técnica (ponto de fixação no púbis) e/ou infecção (LICHTENSTEIN, 1989, p. 188). As técnicas abertas, ditas "convencionais", não estão proscritas, mas ao escolher uma delas, as observações sugerem que a de Bassini deva ser evitada pelo elevado índice de insucesso a longo prazo (MITTELSTAEDT, 1999, p. 112).

Em relação ao achado anatômico intra-operatório, as hérnias inguinais recidivadas diretas corresponderam à maioria, 64,9% dos casos, seguidas pelas hérnias indiretas, 20,8%, desconhecidas, 9,1% e mistas, 5,2%.

As reincidências são geradas por tensão excessiva sobre o reparo, tecidos deficientes, hernioplastia inadequada e hérnias despercebidas. As recidivas mais comuns são, previsivelmente, as determinadas por hérnias diretas, particularmente localizando-se na região do tubérculo púbico, onde a tensão na linha de sutura é máxima. As recidivas indiretas resultam da excisão insuficiente da extremidade proximal do saco, da reparação insuficiente do anel profundo e atrofia contínua do mecanismo obturador (SCHWARTZ, 2001, p.1397).

Speranzini (1989, p. 102) afirma que a recidiva da hérnia inguinal indireta costuma ser explicada por não se estender a dissecção do saco herniário indireto até o seu colo ou por não se angustiar, adequadamente, o anel inguinal profundo. Este último seria, na realidade, o procedimento mais importante, na prevenção deste tipo de recidiva, pois costumam ser encontrados sacos peritoneais no cordão espermático de indivíduos que não apresentam

hérnia. Além disso, o defeito fascial e, portanto, o alargamento do orifício inguinal interno, precede a protrusão peritoneal.

A recidiva de hérnia inguinal direta pode ser conseqüente a alterações na estrutura do assoalho do canal inguinal ou secundária à realização de reforço sob tensão excessiva. Nessa última circunstância, o defeito do assoalho é pequeno e se localiza, habitualmente, junto e lateralmente ao tubérculo púbico. Nas alterações estruturais, as hérnias diretas se manifestam por abaulamento de todo o assoalho inguinal (SPERANZINI, 1989, p102).

Durante a vida intra-uterina, os testículos migram da cavidade abdominal para o escroto, trazendo consigo, através de um canal, um fundo de saco de peritônio – membrana que reverte o interior da cavidade abdominal. Habitualmente, esse canal peritoneal se fecha, mas quando isso não ocorre, estabelece-se uma disposição tal que facilita a entrada de qualquer órgão do abdome nesse local, estabelecendo-se a hérnia inguinal indireta. Tal processo de descida testicular é, em geral, mais lento à direita, fato que justifica a predominância de hérnia indireta em tal localização (MORAES, 2005, p. 1476).

Como as hérnias inguinais recidivadas são em sua maioria diretas, e estas, em geral, não apresentam predileção por localização, as recidivas seguem a tendência observada na hérnia inguinal indireta – maior freqüência à direita. Tal dado pôde ser evidenciado no presente trabalho – recidiva herniária à direita em 51,9% dos casos.

Os dados desta pesquisa demonstram que as recidivas ocorridas após os primeiros 5 anos da hernioplastia prévia corresponderam à 63,6%, sendo que, 26% destas se deram no primeiro ano e 37,6% entre 1 e 5 anos. Tal constatação encontra-se em conformidade com o descrito por Postlethwait (1985, p. 777), que em estudo com 584 pacientes portadores de hérnia inguinal recidivada, evidenciou que 55,5% das mesmas se deram nos primeiros 5 anos após a cirurgia anterior. Gianetta (2005, p. 86) corrobora o exposto, ao afirmar que a taxa de recorrência nos primeiros 5 anos após a cirurgia é de 50%.

Houve no presente trabalho íntima relação entre a vigência de hérnia inguinal recidivada e a ocorrência de diversas co-morbidades, dentre estas merecem destaque: pneumopatias, uropatias e doenças cardiovasculares. Tais dados guardam relação com o descrito na literatura.

Moraes (2005, p. 1476), afirma que, os fatores desencadeantes agem todos pelo aumento da pressão intra-abdominal e, entre eles, podem-se enumerar: a obesidade, pelo aumento dos depósitos de gorduras intra-abdominais e o aumento da pressão desencadeada pela tensão decorrente da contração muscular acarretada pela tosse, no caso dos pacientes com tosse crônica. Esse mecanismo ainda pode ocorrer nos indivíduos que fazem grandes esforços, repetidas vezes, para micção.

De acordo com Speranzini (1989, p. 101), costuma-se atribuir a responsabilidade pelas recidivas aos esforços exagerados; e se a estes, ocasionais e passageiros, somarem-se outros, mais freqüentes e duradouros e não menos intensos, como os resultantes dos esforços para a realização de atos fisiológicos, tais como dificuldade para urinar no prostatismo e a tosse freqüente nos pneumopatas crônicos.

7. CONCLUSÃO:

Os dados do presente trabalho acerca das hérnias inguinais recidivadas guardam íntima relação com os descritos na literatura. Tal constatação pôde ser evidenciada através da observação dos seguintes dados estatisticamente significantes: maior prevalência de hérnia inguinal recidivada no sexo masculino, em idade superior a 40 anos e em pacientes que desempenham atividades com elevado grau de esforço físico.

Em relação às características das hérnias, as recidivas deram-se em sua maioria nos primeiros 5 anos pós-operatórios e à direita. A hérnia inguinal recidivada direta representou o principal achado anatômico das recorrências.

Embora vislumbrar as principais causas de hérnia inguinal recidivada seja uma tarefa árdua, sua investigação faz-se necessária. Uma maior compreensão acerca deste problema de grande conotação social pode culminar em resultados pós-cirúrgicos mais significativos, promovendo, desta forma, uma redução na grande morbidade associada a tal doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMID, P.K. Hernioplastia anterior sem tensão de Lichtenstein e sua comparação com as técnicas laparoscópicas de correção das hérnias inguinais. **Bol. Inf. C.B.C.**, v.99, p.50-57, 1998.
- BÓRQUEZ, P., e col. Fisiopatología de la hernia inguinal primaria, algo más que um fenómeno mecânico. **Rev. Chilena de Cirurgia**, v.57, n.5, p.432-435, 2005.
- CANNON, D., READ, R. Metastatic enfisema. A mechanism for acquiring inguinal herniation. **Ann. Surg.**, v.194, p.270-278, 1981.
- COOPER, A.P. **The Anatomy and Surgical Treatment of Abdominal Hernia**. v.2, London: Longmans, 1807.
- FERREIRA, R.A., e col. Hernioplastia inguinal – Técnica de Lichteinstein. **Rev. Med. do H.S.E.**, v.1, n.36, p.89-110, 2002.
- GIANETA, E., STABILINI, C. Recurrent inguinal hernia: what is the best approach? **ACTA BIOMED**, v.76, n.1, p.86, 2005.
- GOFFI, F.S. **Técnica Cirúrgica: Bases Anatômicas, Fisiopatológicas e Técnicas da Cirurgia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 1996.
- KNUUTINEN, A. Smoking effects collagen synthesis and extracellular matrix turnover in human skin. **Br. J. Dermatol.**, v.146, p.588-594, 2002.
- LICHTENSTEIN, I.L. The ileopubic tract. The key to inguinal herniorrhaphy. **Int. Surg.**, v.75, p.529-544, 1990.
- LICHTENSTEIN, I.L., e col. The Tension-Free Hernioplasty. **The American Journal Of Surgery**, v.157, p.188-193, 1989.
- MITTELSTAEDT, W.E.M., e col. Tratamento da hérnias inguinais: Bassini ainda atual? Estudo randomizado, prospectivo e comparativo entre três técnicas operatórias: BASSINI, SHOULDICE, MCVAY. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.45, n.2, p.105-114, abr./jun. 1999.
- MORGAN, M. e col. Are current techniques of inguinal hernia repair optimal? A survey in the United Kingdom. **Ann R Coll Surg Engl**, v.73, p.341-345, 1991.
- MÜCKTER, H., REUTERS, G., VOGEL, W. Leisenhernienreparation nach Bassini und nach Shouldice. **Chirurg**, v.65, p.121-126, 1995.
- JORGENSEN, L. Less collagen production in smokers. **Surgery**, v.123, p. 450-455, 1998.
- MOORE, K.L. **Anatomia Orientada Para Clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

MORAES, I.N. **Tratado de Clínica Cirúrgica**. 1.ed. São Paulo: Roca, 2005.

_____. Predisposição para hérnia. In: MORAES I.N.; MELLHO, J.B.; NAHAS, P. **Residente de Cirurgia**. São Paulo: Roca, 1992.

NETTO, A.C. **Clínica Cirúrgica**. 4.ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

NAVARRETE, S.A., e col. Hérnia Inguinal: cirurgia ambulatória. **Rev. Fac. Med. Caracas**, v.18, n.2, p.204-208, 1995.

POSTLETHWAIT, R.W., Recurrent Inguinal Hérnia, **Ann. Surg.**, v.202, n.6, p.777–779, 1985.

READ, R.C. The metabolic role in the attenuation of transversalis fascia found in patients with groin herniation. In Abstract: **American Hernia Society. Anual Meeting**. Miami-Florida, p.6-8, feb., 1998.

ROSE, K., e col. Tension-free mesh repair: recovery and recurrence after one year – **Ann. R.Coll. Surg. Engl.**, v.81, n.5, p.329–332, sept., 1999.

SABISTON JR., D.C.S., ERLY, H.K. **Tratado de Cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna**. 16.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SCHWARTZ, S.I. **Princípios de Cirurgia**. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana MacGraw-Hill, v.2, 2001.

SHIRES, G.T., SPENCER, F.C. **Principles of Surgery**. 6.ed. Rio de Janeiro, Interamericana MacGraw-Hill, v.2, 2001.

SPERANZINI, M.B., e col. Hérnias inguinais recidivadas: estudo de 87 casos. **Rev. Paul. Med.**, v.2, n.107, p.97-104, 1989.

APÊNDICE A

ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS RECIDIVADAS NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

PROTOCOLO DE PESQUISA

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

- 1) IDADE: _____
- 2) SEXO:
 - a. MASCULINO
 - b. FEMININO
- 3) GRAU DE ESFORÇO FÍSICO/PROFISSÃO:
 - a. BAIXO GRAU DE ESFORÇO FÍSICO
 - b. MODERADO GRAU DE ESFORÇO FÍSICO
 - c. ELEVADO GRAUDE ESFORÇO FÍSICO
- 4) ANTECEDENTES FAMILIARES DE HÉRNIA:
 - a. SIM
 - b. NÃO
- 5) ANTECEDENTE PESSOAL DE TABAGISMO:
 - a. SIM
 - b. NÃO
 - c. DESCONHECIDA
- 6) TÉCNICA CIRÚRGICA PREVIAMENTE REALIZADA:
 - a. BASSINI
 - b. LICHTENSTEIN
 - c. OUTRAS
 - d. DESCONHECIDA
- 7) LOCALIZAÇÃO DA HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA:
 - a. DIREITA
 - b. ESQUERDA
 - c. BILATERAL

- 8) ACHADO ANATÔMICO INTRA-OPERATÓRIO:
- a. HÉRNIA INGUINAL DIRETA
 - b. HÉRNIA INGUINAL INDIRETA
 - c. HÉRNIA INGUINAL MISTA
 - d. DESCONHECIDA
- 9) TEMPO ENTRE A CIRURGIA ANTERIOR E A RECIDIVA HERNIÁRIA:
- a. ATÉ 1 ANO
 - b. 1 – 5 ANOS
 - c. 5 – 10 ANOS
 - d. MAIOR QUE 10 ANOS
- 10) PATOLOGIAS ASSOCIADAS:
- a. UROLÓGICA
 - b. PULMONAR
 - c. CARDIOVASCULAR
 - d. DIABETES MELLITUS
 - e. OBESIDADE
 - f. DOENÇA HEMORROIDÁRIA
 - g. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
 - h. NEUROLÓGICA
 - i. NENHUMA

ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Um estudo clínico-epidemiológico das Hérnias Inguinais Recidivantes no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2005 a 2006”**, protocolo nº **2759/06**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Bruno Leonardo Araújo Oliveira e Eustáquio Diego Fabiano Campos e Orientação do *Prof. Dr. Roberto Cepêda Fonseca*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 25/09/2006, por estar de acordo com a Resolução nº 196/96 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil.

Belém, 17 de novembro de 2006


Dr. Eduardo Leitão Maia

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA

Hospital Universitário João de Barros Barreto – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua dos Mundurucus, 4487 – Guamá CEP. 66.073-000 Belém-Pará Fone: (91)3201 6653 /Fax: (91) 3201 6652
E-mail: cephujbb@ufpa.br / cephujb@yahoo.com.br