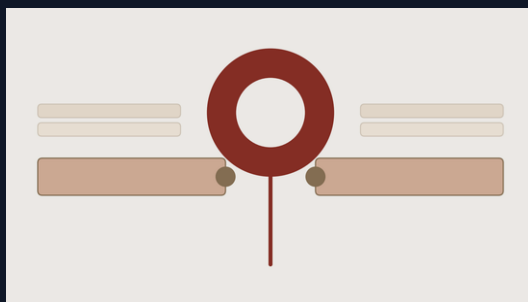

Hérnia encarcerada e estrangulada

O caroço que não volta — a urgência, o pronto-socorro e a cirurgia



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Hérnia encarcerada e estrangulada

O caroço que não volta — a urgência, o pronto-socorro e a cirurgia

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 82
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. O caroço que prendeu	4
1.1 Antes de começar	4
1.2 A alça presa, e o sangue que deixa de chegar	5
2. Os sinais, e a régua de tempo	9
2.1 O que o corpo mostra	9
2.2 A régua de tempo	10
3. O que não fazer no caminho	13
3.1 A mão fica longe	13
3.2 O tipo que dispensa hesitação	15
4. O que acontece no pronto-socorro	17
4.1 Da recepção à decisão	17
5. A cirurgia de urgência	21
5.1 O que se faz com a alça	21
5.2 Tela ou ponto, e por onde entrar	22
6. A recuperação, e o que muda em relação à cirurgia programada	26
6.1 Por que a conta é outra	26
7. O que pode dar errado, e o que acontece se nada for feito	29
7.1 A lista, com a população de cada número	29
7.2 O que acontece se nada for feito	30
8. Quem cuida de você, e o que perguntar	33
8.1 As pessoas da noite	33
8.2 O papel dobrado no bolso	35
Glossário	36
Referências	38
Sobre o autor	39
Transparência e licenças	40

O caroço que prendeu

EM UMA FRASE

Hérnia que volta para dentro dá tempo de conversar. A que endureceu e parou de voltar não dá.

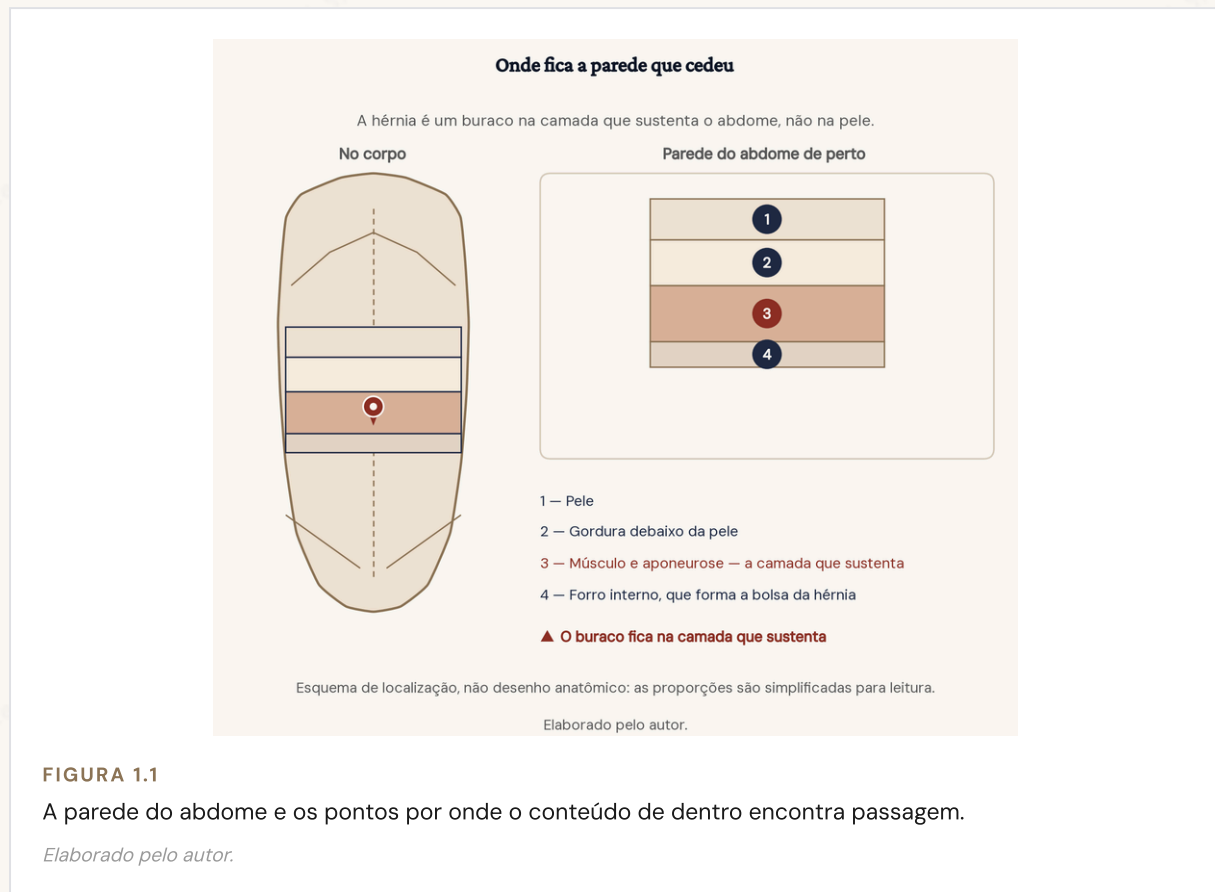
1.1 Antes de começar

Este livro é curto de propósito. Ele é para quem está com um caroço na barriga ou na virilha que ficou duro e não voltou para dentro, e para quem está ao lado dessa pessoa agora.

A resposta principal vem antes da explicação. Caroço de hérnia que endureceu e deixou de voltar para dentro é motivo de emergência: pronto-socorro ou 192.

Enquanto alguém organiza a saída, quatro linhas bastam. Deite de costas, com as pernas dobradas. Fique parado. Não empurre o caroço. E não coma nada, porque pode haver anestesia pela frente.

Cada tipo de hérnia tem o seu guia nesta série: inguinal, femoral, umbilical, incisional. Aqui o assunto é a hérnia que prendeu, e a Figura 1.1 situa a parede onde ela acontece.



1.2 A alça presa, e o sangue que deixa de chegar

A parede falha uma vez só. O que passa pelo buraco, porém, pode estar em situações bem diferentes, e reconhecer a sua muda a pressa.

Na primeira, o conteúdo entra e sai. O caroço aparece em pé e volta para dentro quando você deita. A hérnia é redutível.

Na segunda, o conteúdo entrou e ficou. O caroço endurece e dói ao toque. É o encarceramento, e ele pede avaliação hoje.

Na terceira, a borda estreita do anel aperta o que está preso a ponto de comprometer a circulação daquele tecido. É o estrangulamento. Aqui o relógio conta.

O que separa o segundo estado do terceiro é o sangue. O aperto fecha primeiro as veias, que têm parede mole. A alça incha, e o inchaço aperta mais o anel. Quando a pressão alcança as artérias, o oxigênio deixa de chegar. A conta se faz em horas.

Anel estreito funciona como argola: o que atravessa incha do outro lado, e o inchaço impede a volta. Hérnias pequenas prendem mais que as grandes. Os três estados aparecem juntos na Figura 1.2, cada um com a conduta que pede.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz internacional da virilha aponta o tipo femoral e o sexo feminino entre as circunstâncias que elevam o risco de o conteúdo ficar preso (HERNIASURGE GROUP, 2018). Um registro nacional sueco de quinze anos reuniu 3.980 reparos de hérnia femoral e 138.309 de inguinal (DAHLSTRAND et al., 2009). Entre as femorais, 35,9% foram operadas de emergência; entre as inguinais, 4,9%. A femoral de emergência esteve associada a um risco de morte dez vezes maior; a programada, no mesmo registro, não passou do risco da população geral.

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; DAHLSTRAND et al., 2009

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

- Caroço duro, que parou de voltar para dentro e dói ao toque.
- Dor forte na barriga com vômito.
- Barriga estufada, com os gases parando de sair.
- Pele vermelha, arroxeadada ou quente sobre o caroço.
- Febre com calafrio junto de qualquer um deles.

Atendimento no mesmo dia:

- O caroço voltou sozinho, e a dor no local continuou.

Relate na próxima consulta:

- O caroço cresceu ou já ficou preso alguma vez e voltou sozinho.

**FIGURA 1.3**

Os mesmos sinais em três níveis de pressa, em formato de cartão.

Elaborado pelo autor.

Os mesmos sinais cabem num cartão: é o que a Figura 1.3 traz, para mostrar a quem está com você.



As quatro linhas do começo deste capítulo voltam em cartão na Figura 1.4.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha hérnia está encarcerada ou estrangulada?
- O que exatamente está preso ali dentro?

Reconhecer o estado é metade do caminho. A outra metade são os sinais e a régua de tempo que o hospital usa para decidir.

Os sinais, e a régua de tempo

EM UMA FRASE

O caroço conta metade da história. A outra metade está no relógio.

2.1 O que o corpo mostra

Você já sabe distinguir o caroço que volta daquele que prendeu. Falta a pergunta seguinte: desde quando.

Os sinais que interessam são poucos. O caroço ficou duro e parou de voltar para dentro quando você deita. Dói ao toque, e a dor não cede com o repouso. Depois de algumas horas podem aparecer enjoo e vômito. A barriga estufa e os gases param de sair, sinal de que a alça presa obstruiu a passagem. A pele sobre o caroço pode mudar de cor. E febre com calafrio ao lado deles é emergência.

Um detalhe engana muita gente. O caroço que volta sozinho depois de horas doendo não encerra o assunto: a dor que sobra pede avaliação hoje, porque a alça pode ter voltado já machucada. Esses sinais estão reunidos na Figura 2.1, na ordem em que a equipe pergunta.



2.2 A régua de tempo

Nenhum estudo autoriza dizer que existe prazo seguro de espera em casa. A literatura oferece marcas medidas depois do fato, em gente que já estava no hospital.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Duas séries hospitalares foram atrás do que separa quem sai da sala com o intestino inteiro de quem sai com um pedaço a menos. A primeira examinou 95 pessoas operadas de urgência por hérnia da virilha presa; na análise que ajusta um fator pelo outro, o encarceramento acima de vinte e seis horas seguiu associado à retirada de intestino (XIE et al., 2017). A segunda reuniu 121 operações de urgência em quatro anos e olhou para a infecção da ferida; sobraram como fatores independentes o tempo de sintomas, a retirada de intestino e a bactéria encontrada dentro da bolsa (YANG et al., 2015). São dois hospitais, olhando para trás. As horas contam.

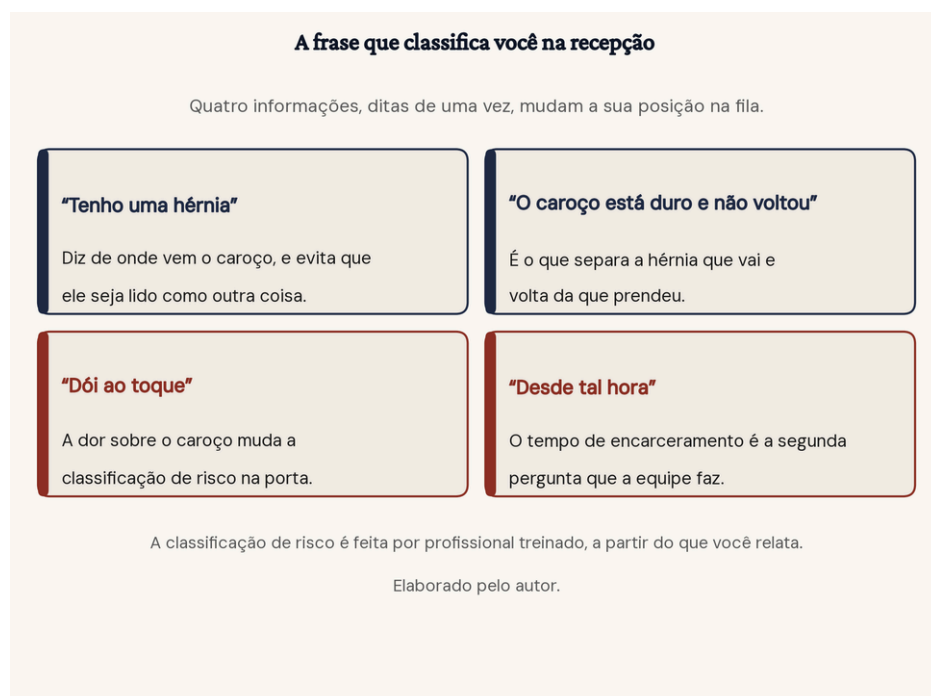
Fonte: XIE et al., 2017; YANG et al., 2015

Esses trabalhos não são régua de bolso. Eles mostram a forma da curva: quanto mais tempo apertada, menor a chance de a alça se recuperar. A Figura 2.2 desenha essa régua.

**FIGURA 2.2**

Do momento em que o carço prende até a decisão dentro do hospital.

Elaborado pelo autor.

**FIGURA 2.3**

A frase que classifica você na recepção, em quatro informações.

Elaborado pelo autor.

Quatro informações bastam na recepção, e a Figura 2.3 as arruma na ordem em que pesam na triagem.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Há quantas horas, pelo meu relato, ela está presa?
- Existe sinal de obstrução no meu intestino?

Sabendo que as horas pesam, a reação seguinte costuma ser resolver o caroço com as próprias mãos. O que não fazer no caminho é a lista que vem agora.

O que não fazer no caminho

EM UMA FRASE

Entre o carço que prendeu e a sala de cirurgia existe um trecho curto em que quase todo o dano evitável acontece: o de casa.

3.1 A mão fica longe

A régua de tempo deixou uma coisa clara: as horas pesam. A reação natural de quem está com o carço preso é empurrá-lo para dentro até ele ceder. É essa reação que faz o estrago. O limite vem antes de tudo: não empurre.

A razão é mecânica. A força pode devolver ao abdome uma alça já comprometida, e o carço some da vista sem que o problema tenha saído de dentro. Sumir da vista engana: a equipe perde o sinal externo que usaria para decidir.

Recolocar o conteúdo no lugar é ato médico. Quem faz isso examinou você e sabe o que fazer se a alça estiver sofrendo. Este livro não descreve manobra.

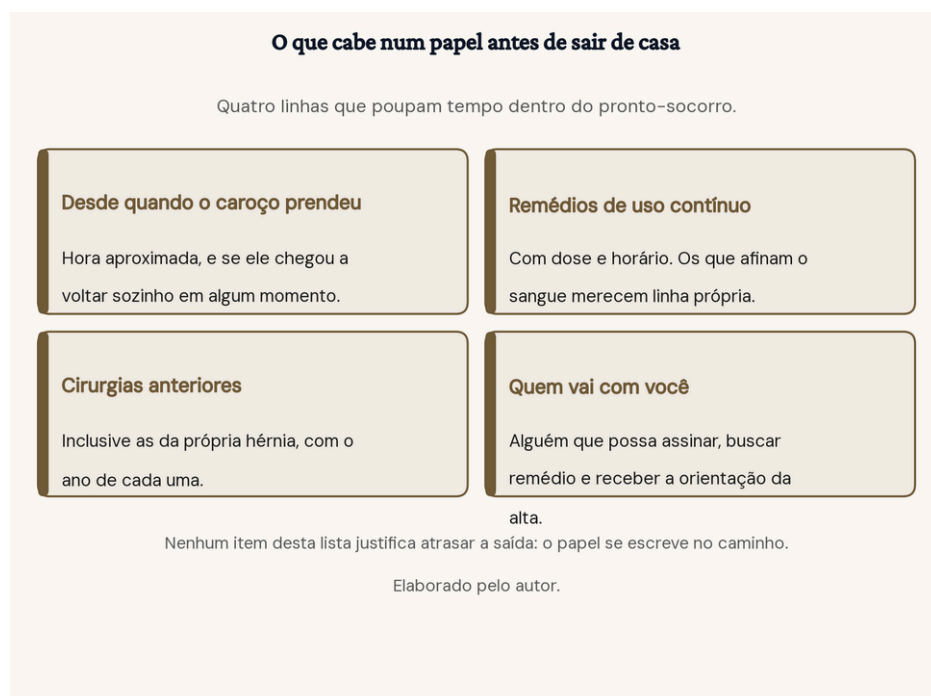
Duas outras tentações aparecem na mesma hora. A primeira é adiar até de manhã, na esperança de que o carço volte sozinho; um carço já preso e dolorido não é caso de adiamento, porque o tempo trabalha contra a alça. A segunda é comer antes de sair: estômago cheio adia a anestesia, e anestesia adiada é operação adiada.

Faixa, cinta e bolsa de água quente ficam de fora pelo mesmo motivo: nenhuma delas alcança o anel, que está por dentro. A faixa comprime a pele, e o buraco continua onde estava. O analgésico por conta própria mascara a dor que a equipe usaria para medir a gravidade. A Figura 3.1 reúne em quatro cartões o que fica de fora.

**FIGURA 3.1**

Quatro coisas que ficam de fora enquanto alguém organiza a ida ao pronto-socorro.

Elaborado pelo autor.

**FIGURA 3.2**

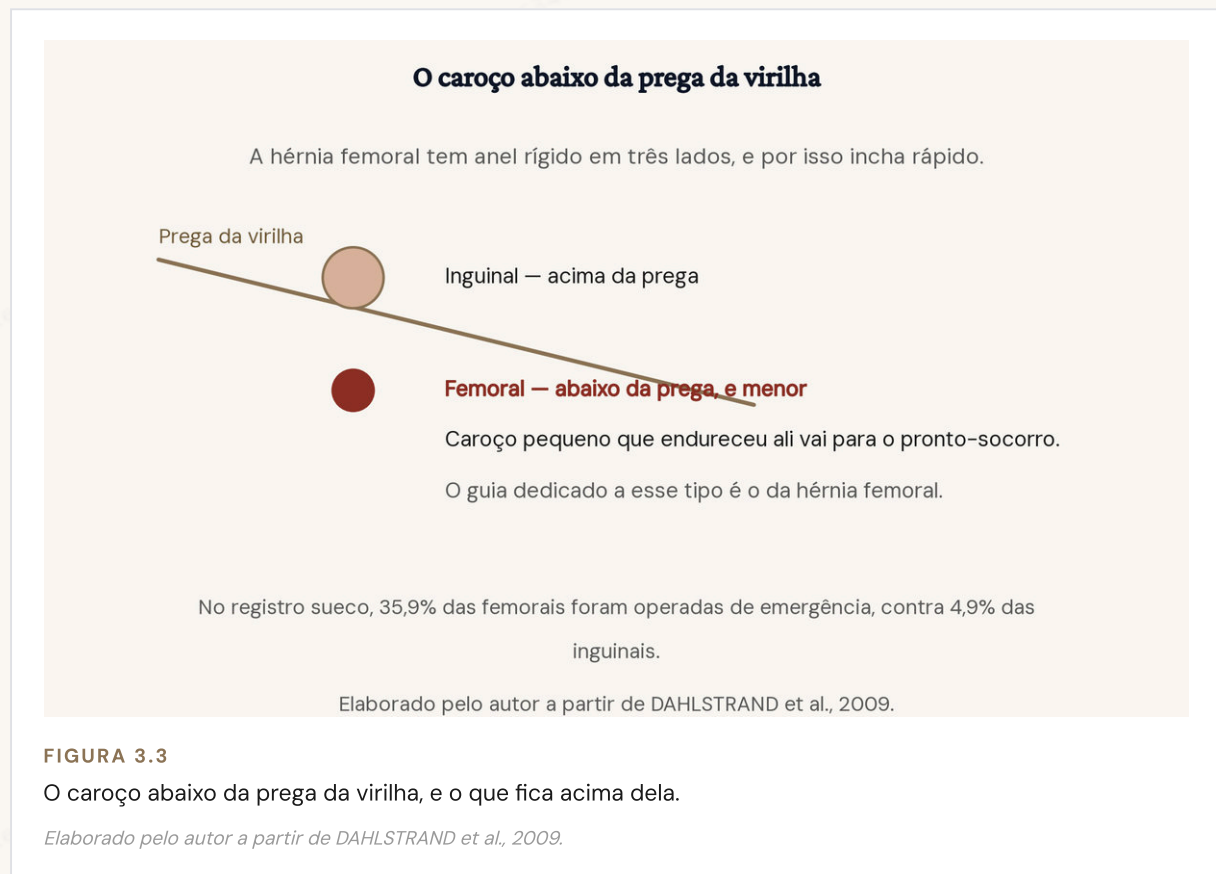
O que cabe num papel antes de sair de casa.

Elaborado pelo autor.

O que vale anotar cabe na Figura 3.2, e nada disso atrasa a saída.

3.2 O tipo que dispensa hesitação

Um tipo pede menção à parte. A hérnia femoral aparece na virilha logo abaixo da prega, e o anel dela tem ligamento firme em três lados: o que entra ali incha em poucas horas. É também o tipo que mais chega pela porta da emergência. Caroço abaixo da prega que endureceu vai para o pronto-socorro, com a mão longe dele; o guia dele é o da hérnia femoral, e a Figura 3.3 mostra a diferença de altura entre as duas passagens.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

As duas diretrizes deste livro tratam a urgência como território de decisão individual. Para a emergência, a internacional da virilha deixa a conduta em aberto: ela varia com o que o hospital tem à mão naquela hora, com o que o exame encontrou e com o estado de quem chegou (HERNIASURGE GROUP, 2018). A da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência nasceu de um consenso reunido em Bérgamo, na Itália, em 2013, e revisto em 2016; ela mostra onde o acordo ainda não chegou: a tela, quando um pedaço de intestino precisa sair (BIRINDELLI et al., 2017).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; BIRINDELLI et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Empurraram o caroço antes de eu chegar. Isso muda a avaliação?
- A partir de agora, posso beber água?

Com a mão longe do caroço, a cena muda: o que acontece no pronto-socorro, da recepção à decisão de operar.

O que acontece no pronto-socorro

EM UMA FRASE

A avaliação começa pelas mãos de quem examina. A imagem entra quando a resposta não apareceu.

4.1 Da recepção à decisão

A lista do que não fazer no caminho terminou com a mão longe do caroço. Da porta do hospital em diante, quem decide é a equipe.

Diga na recepção a frase que classifica você: tenho uma hérnia, o caroço está duro, não voltou e dói. Isso muda a sua posição na fila. Diga desde quando.

O exame começa pelas mãos. O cirurgião olha o caroço e apalpa a borda do anel. Depois ausculta a barriga. Sangue é colhido para medir sinais de inflamação. Em muitos casos o diagnóstico se fecha aí.

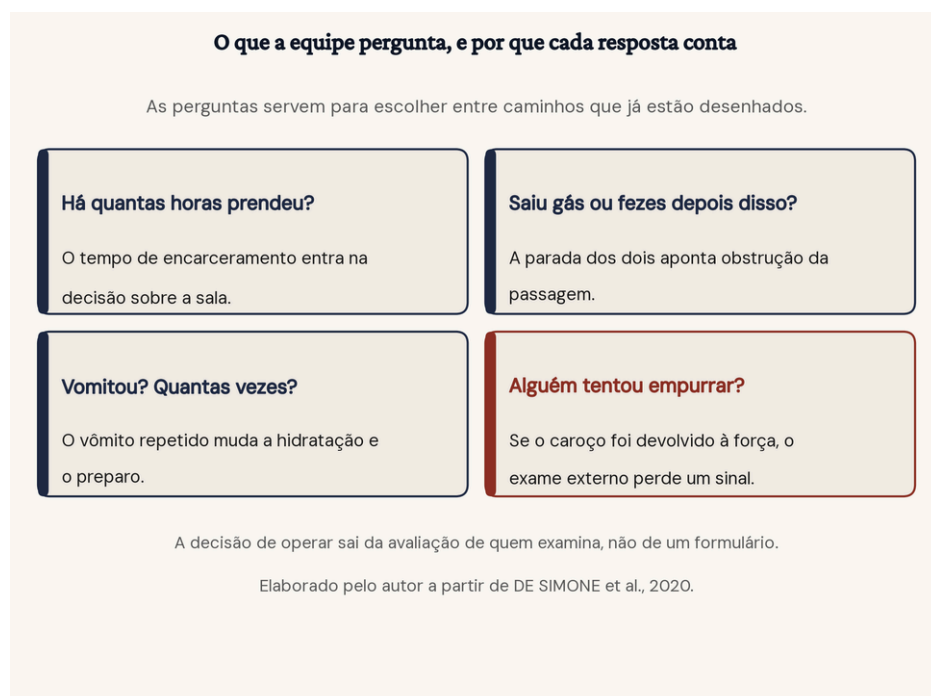
A imagem entra quando a dúvida permanece. Num caroço pequeno escondido na dobra da virilha, o ultrassom ou a tomografia mostram o que está dentro da bolsa. A decisão de operar sai da avaliação do cirurgião; a máquina apenas informa.

Enquanto isso, o preparo corre em paralelo: soro na veia, remédio para dor, sonda pelo nariz se a barriga estiver distendida. Essas horas não são desperdício. A Figura 4.1 acompanha o percurso da recepção à sala.

**FIGURA 4.1**

Da recepção à sala: onde cada decisão do atendimento de urgência é tomada.

Elaborado pelo autor a partir de DE SIMONE et al., 2020.

**FIGURA 4.2**

O que a equipe pergunta, e por que cada resposta conta.

Elaborado pelo autor a partir de DE SIMONE et al., 2020.

Cada pergunta da equipe decide alguma coisa, e a Figura 4.2 diz o quê.



Para que serve cada item do preparo está na Figura 4.3.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O resumo executivo das diretrizes da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência, publicado em 2020, organiza o atendimento em torno de cinco decisões tomadas dentro do hospital: a anestesia, a hora de levar para a sala, o antibiótico preventivo, a escolha entre furos e corte, e o tipo de reparo conforme o grau de sujidade da ferida — graduado pela classificação de feridas operatórias dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (DE SIMONE et al., 2020). A versão completa, de 2017, deixa aberta a discussão sobre qual tipo de tela usar (BIRINDELLI et al., 2017).

Fonte: DE SIMONE et al., 2020; BIRINDELLI et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Vocês vão pedir imagem, e o que ela muda?
- Meus remédios de uso contínuo entram ou saem hoje?

Fechada a decisão, a porta da sala se abre. A cirurgia de urgência começa aí, com duas tarefas pela frente.

A cirurgia de urgência

EM UMA FRASE

A operação tem duas tarefas: cuidar do que ficou preso e fechar o buraco que o prendeu.

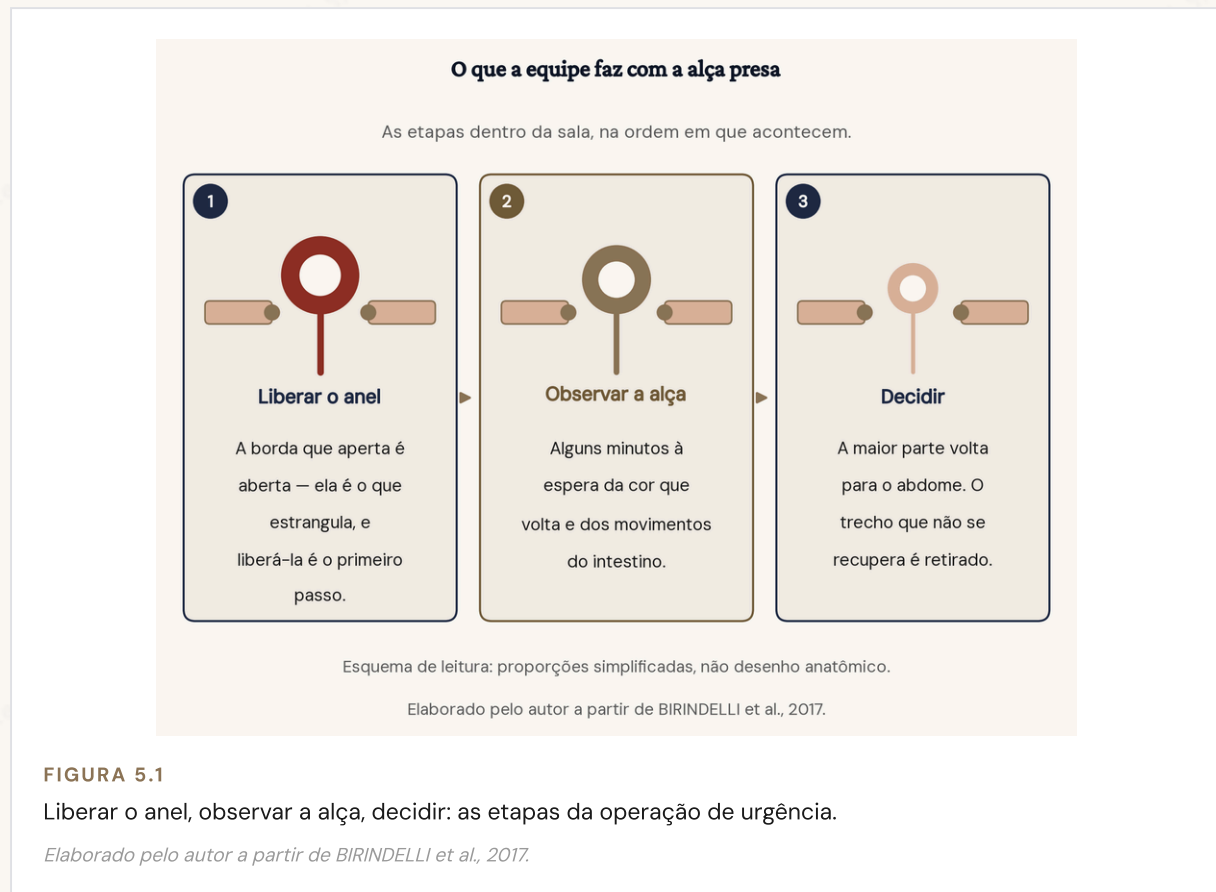
5.1 O que se faz com a alça

O pronto-socorro termina na porta da sala. Daí em diante a sequência varia pouco.

A equipe abre caminho até a bolsa herniária e libera a borda do anel, que é o que aperta. Desfeito o aperto, a alça fica sob observação por alguns minutos, à espera da cor que volta e dos movimentos do intestino. A maior parte se recupera e é devolvida ao abdome.

Quando um trecho não se recupera, ele é retirado. As duas pontas saudáveis são costuradas uma na outra, e essa costura se chama anastomose. É um procedimento maior: muda a internação, e muda a conversa sobre a tela.

Existe uma terceira saída, menos frequente. É honesto nomeá-la. Se o conteúdo do intestino tiver sujado muito a cavidade, a equipe pode preferir trazer a ponta do intestino até a pele, no que se chama estoma; se a possibilidade existir no seu caso, ela explica isso antes do consentimento. As etapas dentro da sala estão na Figura 5.1.



5.2 Tela ou ponto, e por onde entrar

Resolvido o assunto da alça, sobra o buraco. Na cirurgia programada a tela é o reforço padrão, e o guia de cada tipo de hérnia explica a razão; na urgência a pergunta muda de forma, porque a ferida pode ter sido suja pelo conteúdo do intestino.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Duas revisões recentes juntaram o que existe sobre essas escolhas. A primeira reuniu 24 estudos, com 12.402 pessoas operadas de urgência por hérnia da virilha presa (MARCOLIN et al., 2023). A recorrência foi menor no grupo que recebeu tela — razão de chances de 0,36, com intervalo de confiança de 95% entre 0,19 e 0,67 —, e nas demais contas medidas, a infecção da ferida entre elas, o lado da tela não registrou aumento. Num subgrupo a conta mudou: entre quem precisou ter um pedaço de intestino retirado, a infecção da ferida foi mais frequente do lado da tela, com razão de chances de 1,74 e intervalo entre 1,04 e 2,91. A segunda comparou furos e corte na mesma situação, com 13 estudos de coorte e 38.659 pessoas (LAI et al., 2025). Do lado dos furos ficaram a internação mais curta, por diferença média de 2,96 dias, e a menor infecção da ferida, com risco relativo de 0,29. Tempo de operação e se-roma não se separaram, e a conversão para corte foi registrada em 2,78% dos casos.

Fonte: MARCOLIN et al., 2023; LAI et al., 2025

Traduzido para a conversa da maca: a tela continua sendo uma opção quando o campo está limpo, e a decisão fica mais difícil quando um pedaço de intestino precisa sair. Quem pesa é o cirurgião, na hora, com o tecido à vista. A Figura 5.2 separa as duas situações, com o que a revisão mediu.

Quando a decisão sobre a tela fica mais difícil

O que muda é o quanto o campo da operação foi sujo pelo conteúdo do intestino.

Campo limpo, sem retirada de intestino

A recidiva foi menor no grupo que recebeu tela, nas 12.402 pessoas da revisão; a infecção da ferida não

subiu.

Razão de chances de recidiva 0,36 (IC 95% 0,19–0,67); no subgrupo com retirada de intestino, infecção da ferida 1,74 (IC 95% 1,04–2,91).

Elaborado pelo autor a partir de MARCOLIN et al., 2023.

Com retirada de intestino

Neste subgrupo a conta mudou: a infecção da ferida foi mais frequente do lado da tela.

FIGURA 5.2

As duas situações que mudam a decisão sobre a tela.

Elaborado pelo autor a partir de MARCOLIN et al., 2023.

O estoma, quando ele entra na conversa

A terceira saída da sala, menos frequente e explicada antes do consentimento.

Quando entra na conversa

Se o conteúdo do intestino sujou muito a cavidade, ou se a condição clínica não

permite a emenda ali mesmo.

O que é

Uma abertura na barriga por onde as fezes saem para uma bolsa colada na pele.

Por quanto tempo

Costuma ser planejado como temporário, com uma segunda operação recolocando o intestino no trânsito.

Quem define se essa saída é necessária é a equipe, com a barriga aberta.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 5.3

O estoma, quando ele entra na conversa.

Elaborado pelo autor.

A Figura 5.3 responde às três perguntas que a palavra estoma levanta.

TABELA 5.1 — OS DOIS CAMINHOS DA OPERAÇÃO DE URGÊNCIA, COM O CONTRA DE CADA UM

CAMINHO	O QUE ELE OFERECE	O CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADO QUANDO
Por furos (laparoscopia)	Internação mais curta na revisão de 13 estudos, menos infecção da ferida e visão de toda a cavidade	Depende de equipe treinada e de equipamento disponíveis na hora; em 2,78% dos casos foi preciso converter para corte	Há experiência no plantão e a condição clínica permite o gás dentro do abdome
Corte sobre a hérnia (via convencional)	Acesso direto ao anel e à alça, com o tecido ao alcance da mão; dispensa equipamento adicional	Ferida maior sobre a região; a revisão que comparou as vias na urgência mediu mais infecção da ferida desse lado	O serviço não dispõe de laparoscopia na madrugada, ou a barriga já foi operada muitas vezes

Os dois caminhos estão comparados na Tabela 5.1, que serve à conversa com a equipe.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Vocês pretendem colocar tela, e o que pode mudar isso?
- Existe chance de eu precisar de retirada de intestino?
- Existe chance de eu acordar com um estoma, e ele seria temporário?

Saindo da sala, a pergunta muda de novo. A recuperação de quem foi operado de madrugada difere da de quem chegou com data marcada, e o próximo capítulo mostra de onde ela vem.

A recuperação, e o que muda em relação à cirurgia programada

EM UMA FRASE

A parede é a mesma e a tela é a mesma. O que muda é o ponto de partida.

6.1 Por que a conta é outra

Depois da cirurgia de urgência, a alta chega por outro caminho, e essa diferença merece ser dita com números.

Quem entra pela porta da emergência não passou pela avaliação pré-anestésica com calma. Chega com dor e, muitas vezes, com vômito. A desidratação é frequente. O corpo começa em desvantagem. É isso que aparece nos registros nacionais.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O banco de dados nacional dinamarquês das hérnias ventrais — o grupo da hérnia do umbigo e da que nasce numa cicatriz — acompanhou o país inteiro. Ali, a complicação depois da operação foi até quinze vezes mais frequente entre os reparos de urgência do que entre os programados. O defeito pequeno ou médio, a idade mais avançada e o sexo feminino são as marcas que esse grupo trouxe (HELGSTRAND, 2016). O autor registra o limite. Muita gente com hérnia não tratada fica fora do registro. Na internação, a revisão das vias mediu diferença média de 2,96 dias a favor da entrada por furos (LAI et al., 2025).

Fonte: HELGSTRAND, 2016; LAI et al., 2025

Na prática, a alta espera por sinais simples: a dor controlada com remédio por boca, e o intestino dando sinal de que voltou a trabalhar. Sem retirada de intestino, essa sequência costuma se cumprir rápido. Com ela, a dieta volta por etapas. A internação passa a ser contada em dias.

Andar cedo é tratamento. A primeira caminhada pelo corredor entra no plano do primeiro dia assim que a equipe libera, e isso vale tanto para quem saiu da sala com o intestino inteiro quanto para quem saiu com um pedaço a menos. A Figura 6.1 organiza esses primeiros dias, do fim da anestesia à volta para casa.

**FIGURA 6.1**

Os primeiros dias depois da operação de urgência, marco a marco.

Elaborado pelo autor.

A operação marcada e a operação de madrugada		
O que muda é o ponto de partida — a parede e a tela são as mesmas.		
	Cirurgia programada	Cirurgia de urgência
Como se chega	Com data marcada, exames em dia e jejum combinado.	Pela porta da emergência, com dor e muitas vezes com vômito.
O corpo na largada	Pressão e açúcar do sangue ajustados com antecedência.	Com frequência desidratado, e com dor desde antes.
O que a equipe encontra	Só a hérnia: a alça está livre.	A alça presa, e às vezes um trecho que precisa sair.
A internação	Combinada de antemão, conforme o tipo de reparo.	Contada em dias quando foi preciso retirar intestino.
O risco medido	É a referência de comparação dos registros.	Até quinze vezes mais complicação no registro dinamarquês das ventrais.

O número do registro dinamarquês é de hérnias ventrais, não do seu caso.
Elaborado pelo autor a partir de HELGSTRAND, 2016.

FIGURA 6.2

O que muda entre a operação marcada e a operação feita de madrugada.

Elaborado pelo autor a partir de HELGSTRAND, 2016.

A operação marcada e a operação de madrugada aparecem comparadas na Figura 6.2.



Os sinais que a equipe confere antes da alta estão reunidos na Figura 6.3.

O antibiótico depende do que foi encontrado dentro da barriga. Quem prescreve é o médico que operou você, e a orientação da alta vale mais que qualquer regra de bolso.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Foi preciso retirar intestino, e ficou tela?
- Quanto tempo sem pegar peso, e quando volto ao trabalho?

Falta a parte que o folheto costuma pular: o que pode dar errado depois, e o que acontece com quem chega tarde. O capítulo seguinte cuida dos dois.

O que pode dar errado, e o que acontece se nada for feito

EM UMA FRASE

Nenhuma operação tem risco zero. O que se pode oferecer é a lista inteira, com o número, a população e o prazo de cada linha.

7.1 A lista, com a população de cada número

Quem sai da sala de madrugada começa a recuperação em desvantagem, e a conta dos riscos segue a mesma lógica.

A conta tem duas pontas. A primeira é a retirada de intestino, e a Figura 7.1 a traduz em pessoas, cada número com a sua população. A segunda é a ferida operatória, onde as séries reunidas aqui mais se demoram.

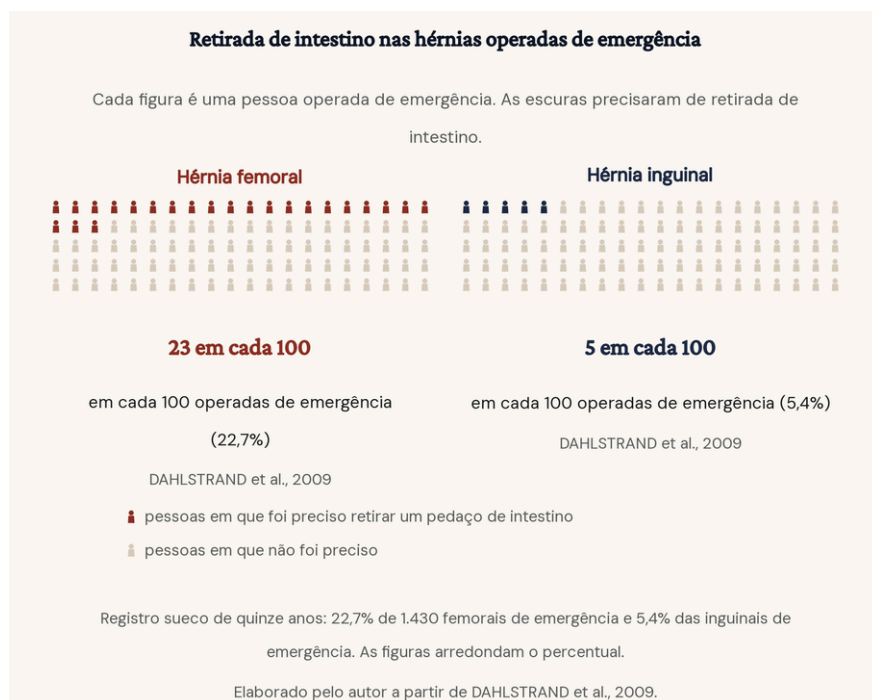


FIGURA 7.1

Retirada de intestino nas hérnias operadas de emergência, em pessoas.

Elaborado pelo autor a partir de DAHLSTRAND et al., 2009.

**FIGURA 7.2**

Infecção da ferida numa série de 121 operações de urgência por hérnia presa.

Elaborado pelo autor a partir de YANG et al., 2015.

Essa segunda ponta, a da ferida que infecta, está na Figura 7.2.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O registro nacional sueco mede o preço de chegar tarde. Das 3.980 hérnias femorais registradas em quinze anos, 1.430 foram operadas de emergência, e 325 delas — 22,7% — exigiram retirar um pedaço de intestino; entre as inguinais operadas de emergência, foram 363 casos, ou 5,4% (DAHLSTRAND et al., 2009). A diretriz da Sociedade Mundial de Cirurgia de Emergência aponta a infecção da ferida como a complicação que mais se repete depois do reparo de urgência, e registra que ela pesa mais quando há tela no campo (BIRINDELLI et al., 2017). Na série de 121 operações de urgência, nove pessoas tiveram infecção da ferida, e a bactéria mais isolada foi a *Escherichia coli* (YANG et al., 2015).

Fonte: DAHLSTRAND et al., 2009; BIRINDELLI et al., 2017; YANG et al., 2015

7.2 O que acontece se nada for feito

Esta é a pergunta que quase ninguém faz em voz alta. A resposta honesta dispensa dramatização.

A alça presa e sem circulação sofre em etapas. Primeiro a parede do intestino incha. Depois o tecido morre, e essa morte por falta de sangue se chama necrose. A parede morta deixa passar o conteúdo do intestino para dentro do abdome, no que se chama perfuração, e a partir daí a infecção alcança o corpo inteiro, o que se chama sepse. A Figura 7.3 desenha essa sequência.



Duas coisas acompanham essa sequência. Ela não tem hora marcada, e muita gente atravessa um encarceramento sem que a alça chegue a sofrer: no registro sueco, 77,3% das femorais de emergência saíram sem retirada de intestino. E chegar cedo interrompe a sequência no começo.

SINAIS DE ALERTA

Depois da operação, os sinais mudam. Estes valem para a volta para casa:

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: barriga dura com vômito e parada de gases, falta de ar, ou sangramento que encharca o curativo.

Atendimento no mesmo dia: febre com calafrio; vermelhidão crescente ao redor do corte; secreção pela ferida.

Relate na próxima consulta: dormência ao redor da cicatriz; dor que passa de três meses; abaulamento novo.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Pelo que viram lá dentro, qual é a minha chance de infecção da ferida?
- Que sinais me trazem de volta ao pronto-socorro?

Sobra o mapa das pessoas que atravessam essa noite com você. O último capítulo cuida disso.

Quem cuida de você, e o que perguntar

EM UMA FRASE

Numa urgência a equipe é maior que o cirurgião, e saber quem faz o quê ajuda.

8.1 As pessoas da noite

Fechada a lista do que pode dar errado, falta o mapa das pessoas.

Na porta, o enfermeiro da classificação de risco define a ordem do atendimento pelo que você descrever. Repita a frase inteira, com o tempo desde que o caroço prendeu.

O médico emergencista faz a primeira avaliação e aciona a cirurgia. O cirurgião do aparelho digestivo examina e decide se opera. É ele quem explica o que será feito. O anestesiolologista avalia o risco e conduz a anestesia.

Depois da sala, o time muda. São muitas mãos. A enfermagem da internação cuida da dor, das sondas, do curativo e dos primeiros passos fora da cama.

Havendo estoma, entra o enfermeiro estomaterapeuta, que ensina a cuidar da bolsa antes da alta. Cada função está nomeada na Figura 8.1, para você saber a quem perguntar.

**FIGURA 8.1**

Quem faz o quê, da recepção à alta.

Elaborado pelo autor.

**FIGURA 8.2**

Onde continuar lendo, depois da urgência.

Elaborado pelo autor.

O guia de cada tipo de hérnia está apontado na Figura 8.2.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz internacional da virilha pede que a escolha do tratamento seja decidida junto com o doente, e que essa conversa leve em conta como ele vive, com quem conta em casa e em que estado de saúde chega (HERNIASURGE GROUP, 2018). O resumo executivo da sociedade de cirurgia de emergência foi escrito para um público amplo (DE SIMONE et al., 2020). Uma diretriz organiza a conversa; a decisão se toma na sala, com quem examina você.

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; DE SIMONE et al., 2020

8.2 O papel dobrado no bolso

As perguntas a seguir servem para a noite do pronto-socorro e para o retorno.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual foi o diagnóstico: encarceramento ou estrangulamento?
- O que foi feito, e o que ficou dentro de mim?
- Existe hérnia em outro ponto da parede para tratar depois?

Este livro termina onde começou. Um caroço que endureceu e parou de voltar para dentro é motivo de pronto-socorro hoje. A distância entre chegar cedo e chegar tarde está nos números destas páginas: quase um quarto de retiradas de intestino entre as femorais operadas de emergência, e um risco de morte dez vezes maior naquele mesmo grupo. O que vem depois está no guia do seu tipo de hérnia.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Hérnia

Uma falha na camada firme da parede do abdome por onde o conteúdo de dentro empurra e escapa. O problema está na parede; o que sai por ela costuma estar saudável.

Anel herniário

A borda do buraco por onde o conteúdo passa. O tamanho e a rigidez dessa borda mudam o risco de o conteúdo ficar preso.

Saco herniário

A bolsa formada pela membrana que forra o abdome por dentro quando ela é empurrada para fora pelo ponto fraco.

Redutível

Diz-se da hérnia cujo conteúdo volta para dentro do abdome quando a pessoa deita.

Encarceramento

Situação em que o conteúdo da hérnia fica preso e deixa de voltar para dentro.

Estrangulamento

Encarceramento em que a circulação do conteúdo preso fica comprometida. É a urgência que este livro pede que você saiba reconhecer.

Necrose

A morte de um tecido por falta de sangue. Na hérnia estrangulada, é o que acontece com a alça que passa horas sem circulação.

Perfuração

A passagem do conteúdo do intestino para dentro do abdome, através de uma parede que deixou de ser íntegra.

Sepse

A resposta do corpo inteiro a uma infecção que deixou de estar contida em um só lugar.

Obstrução intestinal

A interrupção da passagem do conteúdo pelo intestino. Aparece como barriga estufada, vômito e parada de gases e de fezes.

Anastomose

A costura que une duas pontas de intestino depois que um trecho doente é retirado.

Estoma

Abertura feita na parede da barriga para trazer uma ponta do intestino até a pele, com o conteúdo saindo para uma bolsa colada. Pode ser temporário.

Tela

Malha sintética leve, colocada para reforçar a parede. Com as semanas, tecido do próprio corpo cresce por dentro dela.

Canal femoral

Fresta estreita logo abaixo da prega da virilha, ao lado da veia principal da perna e dentro da mesma bainha que a envolve.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com uma câmera e instrumentos finos.

Conversão

A passagem da cirurgia por furos para a cirurgia por corte durante o próprio ato, quando a equipe julga necessário.

Razão de chances

Medida que compara a chance de um evento entre dois grupos. Abaixo de 1 indica menos eventos no primeiro grupo; acima de 1, mais.

Intervalo de confiança

A faixa dentro da qual o valor verdadeiro provavelmente está. Quanto mais estreita, mais firme o resultado.

Seroma

Acúmulo de líquido no espaço que a bolsa herniária ocupava. Forma um caroço mole depois da operação e costuma reabsorver sozinho.

Classificação de feridas operatórias

Sistema que gradua o quanto o campo da operação está sujo, usado para decidir o tipo de reparo e o antibiótico.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor–data e remetem a esta lista.

- BIRINDELLI, A. et al. 2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. **World journal of emergency surgery**, [S. l.], v. 12, p. 37, 2017. DOI: 10.1186/s13017-017-0149-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13017-017-0149-y>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 28804507.
- DAHLSTRAND, U. et al. Emergency femoral hernia repair: a study based on a national register. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 249, n. 4, p. 672–6, 2009. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31819ed943. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31819ed943>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 19300219.
- DE SIMONE, B. et al. Emergency repair of complicated abdominal wall hernias: WSES guidelines. **Hernia**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 359–368, 2020. DOI: 10.1007/s10029-019-02021-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-019-02021-8>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31407109.
- HELGSTRAND, F. National results after ventral hernia repair. **Danish medical journal**, [S. l.], v. 63, n. 7, p. B5258, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399983/>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 27399983.
- HERNIASURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **Hernia**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1–165, 2018. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29330835.
- LAI, S. D. et al. Laparoscopic Versus Open Approach for Emergency Repair of Groin Hernias: A Systematic Review and Meta-Analysis. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 49, n. 10, p. 2733–2741, 2025. DOI: 10.1002/wjs.70076. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wjs.70076>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 40884778.
- MARCOLIN, P. et al. Mesh repair versus non-mesh repair for incarcerated and strangulated groin hernia: an updated systematic review and meta-analysis. **Hernia**, [S. l.], v. 27, n. 6, p. 1397–1413, 2023. DOI: 10.1007/s10029-023-02874-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02874-0>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 37679548.
- XIE, X. et al. Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio Predicts the Severity of Incarcerated Groin Hernia. **Medical science monitor**, [S. l.], v. 23, p. 5558–5563, 2017. DOI: 10.12659/msm.905728. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/msm.905728>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29166362.
- YANG, L. et al. Bacteria in hernia sac: an important risk fact for surgical site infection after incarcerated hernia repair. **Hernia**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 279–83, 2015. DOI: 10.1007/s10029-014-1275-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-014-1275-z>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 24924471.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade.

Quem chega ao pronto-socorro de madrugada com um caroço preso raramente absorve explicação naquele momento. Um texto lido na sala de espera vale mais que um folheto.

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	A parede do abdome e os pontos por onde o conteúdo de dentro encontra passagem.	Figura_1.1_onde-fica-a-parede.png	Elaborado pelo autor.
Figura 1.2	Do carço que vai e volta ao carço cuja circulação ficou comprometida.	Figura_1.2_estados-da-alca.png	Elaborado pelo autor a partir de HERNIASURGE GROUP, 2018.
Figura 1.3	Os mesmos sinais em três níveis de pressa, em formato de cartão.	Figura_1.3_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor.
Figura 1.4	Os primeiros minutos, enquanto alguém organiza a saída.	Figura_1.4_primeiros-minutos.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.1	Os sinais que mudam a pressa, reunidos em um cartão só.	Figura_2.1_sinais-que-mudam-a-pressa.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.2	Do momento em que o carço prende até a decisão dentro do hospital.	Figura_2.2_regua-de-tempo.png	Elaborado pelo autor.
Figura 2.3	A frase que classifica você na recepção, em quatro informações.	Figura_2.3_frase-na-recepcao.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.1	Quatro coisas que ficam de fora enquanto alguém organiza a ida ao pronto-socorro.	Figura_3.1_o-que-nao-fazer.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.2	O que cabe num papel antes de sair de casa.	Figura_3.2_o-que-levar-anotado.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.3	O carço abaixo da prega da virilha, e o que fica acima dela.	Figura_3.3_hernia-femoral-na-virilha.png	Elaborado pelo autor a partir de DAHLSTRAND et al., 2009.
Figura 4.1	Da recepção à sala: onde cada decisão do atendimento de urgência é tomada.	Figura_4.1_fluxo-do-ps.png	Elaborado pelo autor a partir de DE SIMONE et al., 2020.
Figura 4.2	O que a equipe pergunta, e por que cada resposta conta.	Figura_4.2_o-que-a-equipe-pergunta.png	Elaborado pelo autor a partir de DE SIMONE et al., 2020.
Figura 4.3	O preparo, enquanto a sala é organizada.	Figura_4.3_preparo-ate-a-sala.png	Elaborado pelo autor.
Figura 5.1	Liberar o anel, observar a alça, decidir: as etapas da operação de urgência.	Figura_5.1_o-que-se-faz-com-a-alca.png	Elaborado pelo autor a partir de BIRINDELLI et al., 2017.
Figura 5.2	As duas situações que mudam a decisão sobre a tela.	Figura_5.2_quando-a-tela-fica-dificil.png	Elaborado pelo autor a partir de MARCOLIN et al., 2023.
Figura 5.3	O estoma, quando ele entra na conversa.	Figura_5.3_o-estoma.png	Elaborado pelo autor.

Figura 6.1	Os primeiros dias depois da operação de urgência, marco a marco.	Figura_6.1_primeiros-dias.png	Elaborado pelo autor.
Figura 6.2	O que muda entre a operação marcada e a operação feita de madrugada.	Figura_6.2_urgencia-x-programada.png	Elaborado pelo autor a partir de HELGSTRAND, 2016.
Figura 6.3	Os três sinais que a alta espera.	Figura_6.3_sinais-que-a-alta-espera.png	Elaborado pelo autor.
Figura 7.1	Retirada de intestino nas hérnias operadas de emergência, em pessoas.	Figura_7.1_retirada-de-intestino.png	Elaborado pelo autor a partir de DAHLSTRAND et al., 2009.
Figura 7.2	Infecção da ferida numa série de 121 operações de urgência por hérnia presa.	Figura_7.2_infeccao-da-ferida.png	Elaborado pelo autor a partir de YANG et al., 2015.
Figura 7.3	O que acontece se nada for feito, etapa por etapa.	Figura_7.3_se-nada-for-feito.png	Elaborado pelo autor a partir de BIRINDELLI et al., 2017.
Figura 8.1	Quem faz o quê, da recepção à alta.	Figura_8.1_quem-cuida.png	Elaborado pelo autor.
Figura 8.2	Onde continuar lendo, depois da urgência.	Figura_8.2_onde-continuar-lendo.png	Elaborado pelo autor.

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, honorário de palestra ou contrapartida de fabricantes de telas, instrumentais ou medicamentos citados nesta obra. As ilustrações foram elaboradas pelo autor.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.