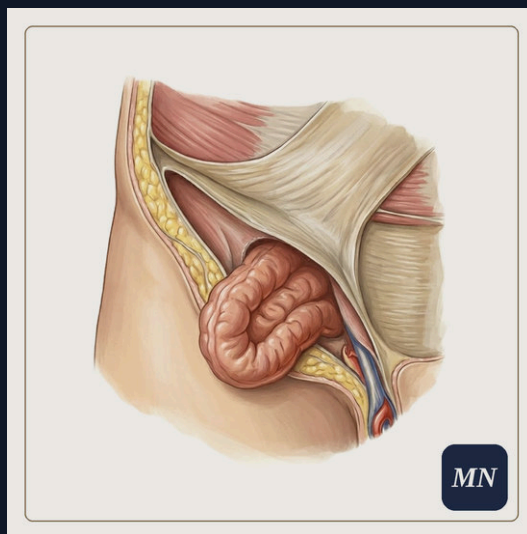

Hérnia inguinal

O caroço na virilha, quando operar e como é a cirurgia com tela



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Hérnia inguinal

O caroço na virilha, quando operar e como é a cirurgia com tela

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 75
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 na virilha, e por que ele apareceu	5
1.1 Antes de começar	5
1.2 O túnel que já vem pronto	6
1.3 Por que a parede cedeu	8
2. O que acontece se eu não operar	11
2.1 A escolha existe mesmo	11
2.2 Quando não operar	12
3. Quando o caroço prende	15
3.1 Dois estados, duas pressas	15
3.2 Com que frequência isso acontece	15
3.3 O que fazer, e o que evitar	16
4. Como o diagnóstico se confirma	20
4.1 O exame primeiro	20
4.2 O que dói na virilha e não é hérnia	21
4.3 A sigla que aparece no laudo	22
5. A tela, explicada sem medo	24
5.1 Por que o ponto sozinho não basta	24
5.2 O que a tela faz	25
6. Robótica, TAPP, TEP ou convencional com tela	30
6.1 O que é igual nos quatro caminhos	30
6.2 O que acontece dentro da sala	32
7. O preparo e o dia da operação	36
7.1 O que se faz antes da data	36
7.2 Do centro cirúrgico à porta de casa	37
8. A recuperação, semana a semana	41
8.1 O que acontece nas primeiras semanas	41
8.2 Dirigir, trabalhar, treinar	42
9. O que pode sobrar: dor persistente e recidiva	45
9.1 A dor que fica	45
9.2 A hérnia pode voltar	47
10. Situações particulares, e o que perguntar	50

10.1 Quando o caso sai do comum	50
10.2 Quem cuida de você	51
Glossário	54
Referências	56
Sobre o autor	58
Transparência e licenças	59

O caroço na virilha, e por que ele apareceu

EM UMA FRASE

A hérnia inguinal é um defeito na camada firme da virilha. O que escapa por ele costuma estar saudável; quem falhou foi a camada que segura.

1.1 Antes de começar

Você apalpou um caroço na virilha, ou ouviu de um médico a palavra hérnia. Agora quer saber duas coisas: se precisa operar e como é a operação.

Este livro trata da hérnia inguinal, que aparece acima da prega da virilha e responde pela maior parte das hérnias dessa região. Quem está no meio de uma crise — caroço duro que parou de voltar, dor forte, vômito — precisa de atendimento agora. A Tabela 1.1 diz o que está aqui e o que tem livro próprio.

TABELA 1.1 — ESTE LIVRO E OS SEUS IRMÃOS

SE A SUA SITUAÇÃO É	ONDE ELA É TRATADA
Caroço acima da prega da virilha, que entra e sai, e a dúvida entre operar e esperar	Este livro
Caroço que endureceu, parou de voltar e dói: a hérnia que prendeu	O livro da hérnia encarcerada e estrangulada, e o pronto-socorro hoje
Caroço abaixo da prega da virilha, chamado femoral	O livro da hérnia femoral
Caroço no umbigo, no adulto	O livro da hérnia umbilical
Caroço sobre a cicatriz de uma cirurgia antiga	O livro da hérnia incisional
Dúvidas sobre o curativo, o banho e a cicatriz	O livro sobre a ferida da cirurgia

Nada aqui substitui a consulta. O livro serve para você chegar nela com perguntas melhores.

1.2 O túnel que já vem pronto

Em cada lado do corpo existe um túnel curto atravessando a musculatura da virilha: o canal inguinal. Ele já vem de fábrica. No homem, por ali desceram os testículos antes do nascimento, e seguem passando o cordão e os vasos de cada testículo; na mulher, passa o ligamento redondo do útero. Um túnel é uma descontinuidade na parede.

A camada que segura o conteúdo do abdome chama-se aponeurose, e ela trabalha o dia inteiro: a pressão dentro da barriga sobe a cada tosse e a cada esforço, e é essa lâmina branca e resistente que a contém. Quando um trecho cede, a pressão encontra saída. A saída vira caroço.

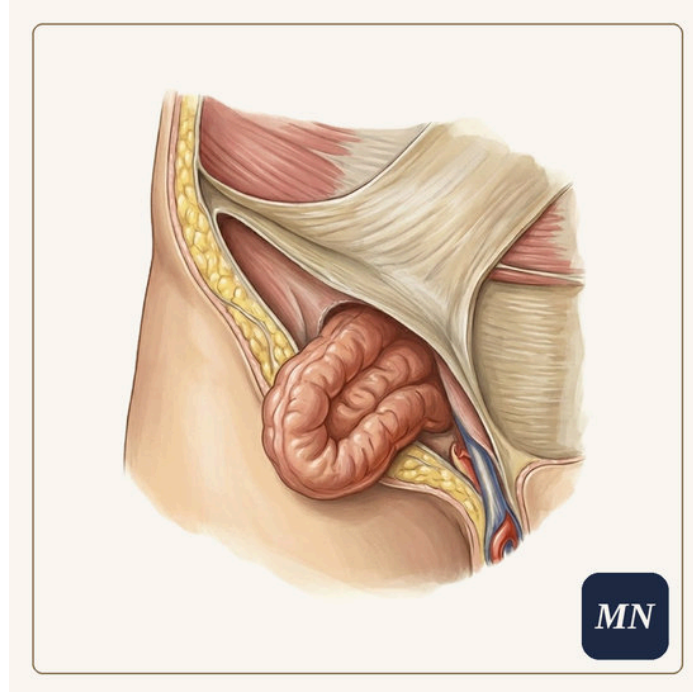
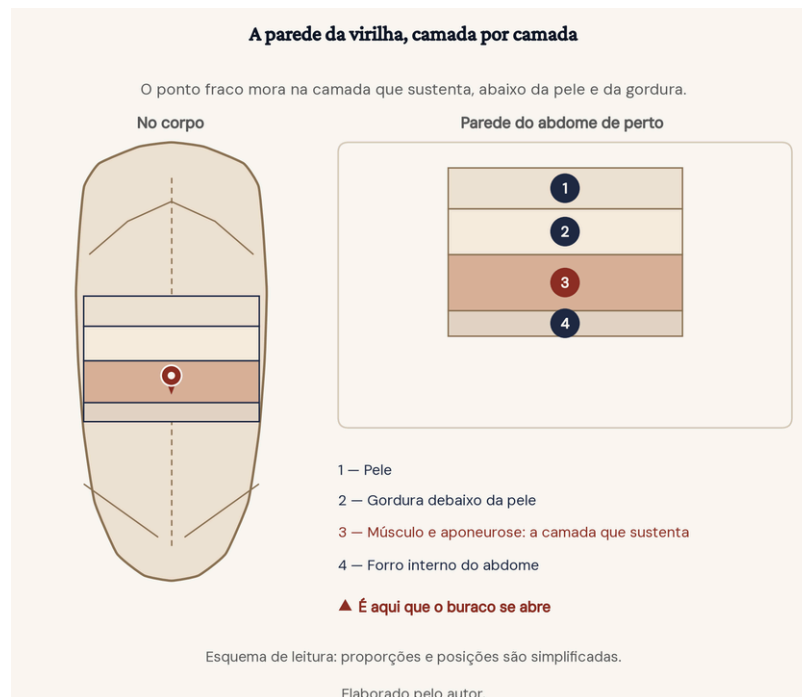


FIGURA 1.2

A parede do abdome em camadas, e os pontos por onde o conteúdo de dentro encontra passagem.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 1.2 mostra essas camadas de perfil, e explica por que nenhuma faixa de compressão fecha uma hérnia. A faixa aperta de fora. O buraco continua aberto por dentro.

**FIGURA 1.3**

A parede da virilha, camada por camada: o ponto fraco mora na camada que sustenta, abaixo da pele e da gordura.

Elaborado pelo autor.

A Figura 1.3 diz em qual camada o defeito mora. Guarde também a prega da virilha: ela é a régua que separa dois problemas com nomes e pressas diferentes.

1.3 Por que a parede cedeu

A pergunta vem sempre, e costuma vir com culpa embutida. A resposta honesta alivia: quase nunca alguém fez algo errado. Pesa a idade, porque o tecido perde elasticidade com os anos; conta a herança de família; conta a qualidade do colágeno de cada um, que é a proteína responsável pela firmeza da aponeurose.

Levantar um sofá pode revelar uma hérnia que já estava lá. Como causa isolada, o esforço único raramente responde pelo problema. O tecido cedeu antes. O sofá apenas mostrou onde.

Duas palavras do laudo assustam sem motivo. Quando o anel de entrada do túnel alarga, o conteúdo acompanha o cordão e pode descer até a bolsa escrotal: é a hérnia **indireta**. Quando a parede de trás do canal enfraquece, o conteúdo empurra de frente para trás, e o nome é hérnia **direta**. A distinção interessa a quem opera. Para você ela muda pouco, porque sintoma e tratamento caminham juntos nas duas.



Os dois painéis da Figura 1.4 põem esses caminhos lado a lado.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz internacional de hérnias da virilha, endossada pelas cinco sociedades continentais de hérnia, organiza o que se sabe sobre quem forma esse tipo de hérnia (HERNIASURGE GROUP, 2018). Um item dela muda a conversa de quem já tem hérnia de um lado: ter tido hérnia da virilha do outro lado. Perto dele fica o previsível — ser homem, a idade e o parente com hérnia. Surpreende o grupo seguinte: o índice de massa corporal baixo está na lista, e o excesso de peso fica de fora. Fecham a lista dois itens que só o médico associa ao caso, uma alteração no metabolismo do colágeno e a cirurgia de próstata. Sobre frequência, um estudo de Taiwan cita a estimativa britânica de que 27 em cada 100 homens e 3 em cada 100 mulheres serão operados de hérnia inguinal ao longo da vida (KELLER et al., 2015).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; KELLER et al., 2015

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha hérnia é direta ou indireta, e isso muda alguma coisa para mim?

Entender o túnel muda pouco na correria do dia a dia. O que muda a decisão é saber o que acontece com quem escolhe não operar, e é essa a pergunta do próximo capítulo.

O que acontece se eu não operar

EM UMA FRASE

Acompanhar uma hérnia que não dói é conduta médica, com critério e reavaliação. A operação costuma chegar de qualquer maneira; o que você escolhe é quando.

2.1 A escolha existe mesmo

O túnel da virilha que cedeu não se fecha sozinho. Isso deixa de pé uma escolha que muita gente nem sabe ter. Operar agora, ou esperar?

Num cenário a espera é defensável, e esse cenário tem nome: o homem com hérnia inguinal que sente pouco ou nada. O que sustenta a conduta é um ensaio grande e longo, cujo resultado puxa para dois lados. Tranquiliza. O acidente que todo mundo teme, a hérnia prender de repente, foi raro nesse grupo. E incomoda, porque a maioria dos sorteados para esperar acabou operando, na maior parte das vezes porque a dor aumentou.

Em cada 100 pessoas que escolheram acompanhar, quantas tinham operado ao fim de uma década

Cada figura é uma pessoa. As escuras são as que trocaram a espera pela cirurgia.

Ensaio americano

Ensaio holandês



68 em cada 100

64 em cada 100

tinham operado em até 11 anos e meio

tinham operado em 12 anos (mediana)

(FITZGIBBONS et al., 2013): 254 homens com sintoma mínimo.

(VAN DEN DOP et al., 2023): homens de 50 anos ou mais.



pessoas que acabaram operando



pessoas que seguiram acompanhando

São dois estudos distintos, com populações e prazos próprios; as barras não se somam nem se comparam entre si.

Elaborado pelo autor a partir de (FITZGIBBONS et al., 2013) e (VAN DEN DOP et al., 2023).

GRÁFICO 2.1

Em cada 100 pessoas que escolheram acompanhar, quantas tinham operado ao fim de uma década.

Elaborado pelo autor a partir de (FITZGIBBONS et al., 2013) e (VAN DEN DOP et al., 2023).

O Gráfico 2.1 traduz esses dois acompanhamentos em pessoas, com a população e o prazo escritos ao lado de cada barra.

Isso muda o que se combina na consulta. A conversa honesta marca reavaliação e descreve os sinais que antecipam o retorno. A data da cirurgia é escolha sua, tomada quando o incômodo passar do ponto que você aceita conviver.

TABELA 2.2 — O QUE PESA A FAVOR DE ACOMPANHAR E A FAVOR DE OPERAR

O QUE SE OLHA	PESA A FAVOR DE ACOMPANHAR	PESA A FAVOR DE OPERAR
Sintomas	Caroço que não dói e não atrapalha nada no dia a dia	Dor, peso ou incômodo que limita o trabalho, o esporte ou o sono
História	Nunca prendeu e sempre voltou para dentro com facilidade	Já ficou preso alguma vez, mesmo que tenha voltado sozinho
Risco da operação	Risco cirúrgico elevado e nenhum sintoma que justifique corrê-lo agora	Risco cirúrgico aceitável diante do que a hérnia já causa
Expectativa	Quem aceita reavaliar e conviver com o caroço por enquanto	Quem prefere resolver com data marcada e exames em dia
O tempo	Quadro estável, com os sinais de alerta combinados na consulta	Crescimento rápido, ou caroço que deixou de voltar para dentro

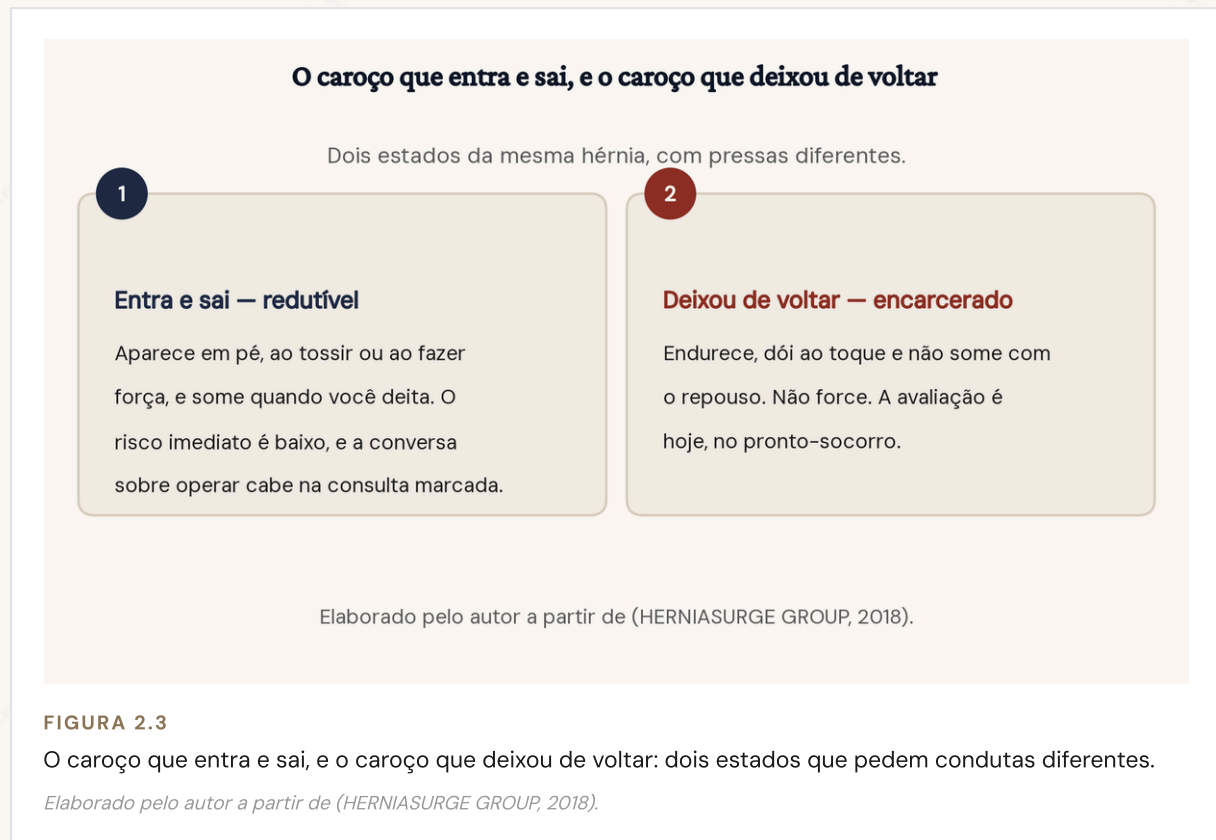
A Tabela 2.2 organiza esse raciocínio. Nenhuma linha dela descreve o seu caso.

2.2 Quando não operar

Existe o outro lado da decisão, e ele aparece pouco nos folhetos. Há situações em que a operação programada sai da mesa, ao menos por enquanto.

A primeira é a hérnia sem sintoma em alguém com risco cirúrgico alto por outras doenças: operar expõe a pessoa a um risco concreto para resolver um problema que ainda não incomoda. A segunda é a gestação, em que o inchaço da virilha muitas vezes vem de veias dilatadas do ligamento redondo e se resolve depois do parto. A terceira é a condição clínica descompensada e tratável, porque controlá-la primeiro melhora a segurança da operação.

Uma exceção atravessa tudo isso. O caroço que aparece **abaixo** da prega da virilha tem outro nome, femoral, e outra pressa: ele entra na fila mesmo sem doer, e tem livro próprio.



A Figura 2.3 separa esses dois estados.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio que tornou a espera defensável sorteou 720 homens com hérnia inguinal de sintoma mínimo ou ausente entre operar de imediato e acompanhar, e os seguiu de dois a quatro anos e meio (FITZGIBBONS et al., 2006). A pergunta principal era a dor que limita as atividades habituais aos dois anos: 5,1% entre os que acompanharam contra 2,2% entre os que operaram, distância que os autores leram como semelhança entre os grupos. Sete anos depois, os mesmos pesquisadores reencontraram os 254 homens que seguiam acompanhando: com até 11 anos e meio, a troca pela cirurgia chegou a 68%, e a 79% acima dos 65 anos (FITZGIBBONS et al., 2013). A dor respondeu por 54,1% dessas trocas. A troca acumulada ficou em 64,2% num ensaio holandês de 488 homens de 50 anos ou mais, seguidos por uma mediana de 12 anos (VAN DEN DOP et al., 2023). Quem não sentia nada demorou mais: metade desse grupo levou seis anos para operar, contra dois anos entre os de sintoma leve. A qualidade de vida não separou os dois braços, mas o arrependimento apareceu mais em quem esperou: 37,7% contra 18,0%. A diretriz aponta na mesma direção (HERNIASURGE GROUP, 2018).

Fonte: FITZGIBBONS et al., 2006; FITZGIBBONS et al., 2013; VAN DEN DOP et al., 2023; HERNIASURGE GROUP, 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, acompanhar é uma opção razoável, e de quanto em quanto tempo eu reavalio?
- Que mudança deve me fazer antecipar a consulta?

Esperar só é seguro para quem reconhece o dia em que a espera termina. Esse dia chega quando o caroço prende, e é o assunto do capítulo seguinte.

Quando o caroço prende

EM UMA FRASE

Hérnia que volta para dentro dá tempo de conversar. Hérnia que prendeu e dói não dá: a avaliação é hoje.

3.1 Dois estados, duas pressas

Escolher não operar por enquanto vem com uma tarefa. Você precisa reconhecer a mudança, e reconhecê-la depressa.

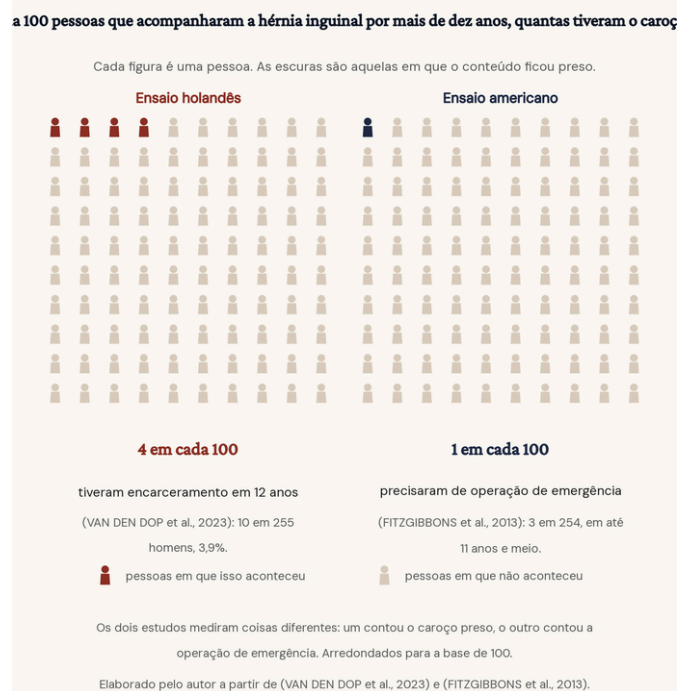
Na situação habitual, o conteúdo entra e sai. O caroço aparece em pé, ao tossir ou ao fazer força, e some quando você deita. A hérnia é redutível, e o risco imediato é baixo.

Na outra, o conteúdo entrou e ficou. O caroço endurece e passa a doer ao toque. Ele também deixa de sumir com o repouso. É o encarceramento. Quando a borda estreita do buraco aperta o que ficou preso a ponto de comprometer a circulação daquele tecido, o quadro passa a se chamar estrangulamento, e o relógio conta.

A borda importa tanto quanto o que passa por ela. Um anel largo deixa o conteúdo entrar e sair. Um anel estreito funciona como argola: o que atravessa incha do outro lado, e o inchaço impede a volta. O tamanho do caroço engana quem tenta medir o risco por ele. Quem aperta é a borda.

3.2 Com que frequência isso acontece

O medo de prender pesa mais na cabeça do que na estatística.

**GRÁFICO 3.1**

Em cada 100 pessoas que acompanharam a hérnia inguinal por mais de dez anos, quantas tiveram o caroço preso.

Elaborado pelo autor a partir de (VAN DEN DOP et al., 2023) e (FITZGIBBONS et al., 2013).

O Gráfico 3.1 mostra esse número em pessoas, com o prazo escrito ao lado. Ele é baixo, e é por isso que a espera tem defesa. Baixo não significa zero. O resto deste capítulo trata do que fazer quando a conta cai do outro lado.

3.3 O que fazer, e o que evitar

Diante de um caroço que ficou preso, a vontade natural é empurrar com força até ele voltar. É essa vontade que faz o estrago, e por isso o limite vem antes de tudo: **nunca force**.

Deitar de costas, com as pernas dobradas, e esperar alguns minutos é o que cabe a você em casa. Se o caroço voltar sozinho e a dor passar, o episódio precisa ser contado na consulta marcada. Se ele não voltar, o caminho é o pronto-socorro, com a mão longe dali.

A razão é mecânica. A força pode empurrar para dentro do abdome um pedaço de intestino já comprometido, e o caroço some da vista sem que o problema tenha saído de dentro. Sumir da vista, aqui, engana.

**FIGURA 3.2**

Diante do caroço que prendeu: a sequência do que fazer, e o ponto em que a mão sai.

Elaborado pelo autor.

A Figura 3.2 põe essa sequência em ordem. O que acontece do outro lado da porta do pronto-socorro está no livro da hérnia encarcerada.

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

- O caroço ficou duro, parou de voltar para dentro e dói ao toque.
- A pele sobre o caroço ficou vermelha, arroxeadada ou quente.
- Dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes.
- Febre com calafrio junto de qualquer um dos sinais acima.

Atendimento no mesmo dia:

- O caroço voltou para dentro sozinho, e a dor no local continuou depois.
- Dor nova e persistente sobre a hérnia, sem vômito e com gases saindo.
- Dor e inchaço que descem até a bolsa escrotal.

Relate na próxima consulta:

- O caroço cresceu, ou passou a sair em situações em que antes ficava quieto.
- Passou a incomodar no trabalho, no exercício ou para dormir.
- Já ficou preso uma vez e voltou sozinho.

Hérnia inguinal: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas. Os mesmos sinais da caixa do capítulo.

Emergência agora — pronto-socorro ou 192

— O caroço ficou duro, parou de voltar para dentro e dói ao toque.

— A pele sobre o caroço ficou vermelha, arroxeadada ou quente.

— Dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes.

— Febre com calafrio junto de qualquer um dos sinais acima.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

— O caroço voltou para dentro sozinho, e a dor no local continuou depois.

— Dor nova e persistente sobre a hérnia, sem vômito e com gases saindo.

— Dor e inchaço que descem até a bolsa escrotal.

Telefone do consultório e do plantão, à mão, desde a alta.

Na próxima consulta — anote e leve

— O caroço cresceu, ou passou a sair em situações em que antes ficava quieto.

— Passou a incomodar no trabalho, no exercício ou para dormir.

— Já ficou preso uma vez e voltou sozinho.

Anote quando começou e o que melhor ou piora.

Esta lista orienta, não substitui a avaliação da sua equipe.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 3.3

Os mesmos sinais da caixa acima, organizados em três níveis de pressa.

Elaborado pelo autor.

A Figura 3.3 repete essa lista em forma de painel, para ficar na geladeira.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio holandês de seguimento longo registrou o encarceramento como desfecho próprio: ele ocorreu em 10 dos 255 homens do grupo que acompanhou, ao longo de uma mediana de 12 anos, o que dá 3,9 em cada 100 (VAN DEN DOP et al., 2023). Os autores leem essa frequência como razão para manter a espera no cardápio de quem não tem sintoma e foi informado. Do lado americano, três pessoas entre as 254 acompanhadas precisaram de operação de emergência em até 11 anos e meio, sem nenhuma morte (FITZGIBBONS et al., 2013). O que a urgência custa aparece num registro nacional sueco (DAHLSTRAND et al., 2009). Entre 138.309 reparos de hérnia inguinal, 4,9% foram feitos em caráter de emergência, e 5,4% desses exigiram retirar um pedaço de intestino. O risco de morte dez vezes maior na urgência, que esse mesmo registro mede, é da hérnia femoral; para a inguinal o que ele traz são as duas frequências acima. Um registro desse porte descreve o que aconteceu, e a causa fica fora do alcance dele. A diretriz internacional nomeia o sexo feminino e a hérnia femoral entre o que aumenta o risco de a hérnia prender. Uma internação anterior por causa de hérnia da virilha entra na mesma lista (HERNIASURGE GROUP, 2018).

Fonte: VAN DEN DOP et al., 2023; FITZGIBBONS et al., 2013; DAHLSTRAND et al., 2009; HERNIASURGE GROUP, 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Como eu reconheço, no meu caso, que a hérnia prendeu?
- Se o caroço voltar sozinho, eu ainda preciso ser avaliado?

Reconhecida a urgência, volta a pergunta de quem tem tempo. O capítulo seguinte mostra como o diagnóstico se confirma.

Como o diagnóstico se confirma

EM UMA FRASE

Na maioria dos casos, a mão de quem examina resolve. A imagem entra quando queixa e achado não combinam.

4.1 O exame primeiro

O caroço que prende tem sinais que qualquer pessoa reconhece. O diagnóstico tranquilo, feito no consultório, depende de outra coisa: de um exame bem feito.

A equipe examina você em pé e deitado, e pede que tussa enquanto apalpa a região. Na maior parte dos casos isso basta. É um dos poucos diagnósticos da cirurgia moderna em que o corpo do paciente ainda vale mais que a máquina, e também um dos poucos em que a conversa sobre o que você sente pesa tanto quanto o achado da mão.

A imagem entra em quatro cenários: quando a dor não combina com o que se apalpa, quando há muito tecido gorduroso na região, quando o caroço some no exame deitado e quando é preciso separar a hérnia de outras causas de dor na virilha. O ultrassom resolve a maior parte. A tomografia e a ressonância ficam para situações específicas.

**FIGURA 4.1**

Do exame à imagem: o que resolve a maior parte dos casos, e quando cada exame entra.

Elaborado pelo autor a partir de (HERNIASURGE GROUP, 2018).

A Figura 4.1 põe essa ordem no papel.

4.2 O que dói na virilha e não é hérnia

O diagnóstico diferencial é longo. Problemas do quadril, da coluna, dos tendões do adutor e dos testículos doem na mesma região, às vezes no mesmo ponto, e nenhum melhora com cirurgia de hérnia. Uma dor mal separada leva alguém a uma operação que não resolve a queixa.

TABELA 4.2 — OUTRAS CAUSAS DE DOR NA MESMA REGIÃO

O QUE PODE SER	O QUE COSTUMA CHAMAR A ATENÇÃO
Tendão do adutor, na virilha do atleta	Dor que piora ao aproximar as pernas ou ao chutar, sem caroço que apareça e suma
Quadril	Dor que vem com o movimento da perna e pode chegar à nádega ou ao joelho
Coluna lombar	Dor que desce pela perna, com formigamento, e muda com a posição da coluna
Gânglio aumentado	Caroço fixo, que não some ao deitar, às vezes com ferida ou infecção perto dali
Testículo e epidídimo	Dor no próprio testículo, com ou sem inchaço, sem relação com esforço
Hérnia femoral	Caroço abaixo da prega da virilha, pequeno, que volta com dificuldade

A Tabela 4.2 explica por que o cirurgião pergunta sobre o esporte e sobre a coluna. Ele se para a dor que vem da parede da dor que vem de baixo dela.

4.3 A sigla que aparece no laudo

Na conversa com a equipe aparece uma sigla: EHS, com uma letra e um número ao lado. É a classificação da Sociedade Europeia de Hérnia. A letra diz por onde a hérnia saiu; o número diz o tamanho do anel, medido em dedos de quem opera. Ela ajusta o tratamento ao caso e deixa serviços diferentes compararem resultados com a mesma régua.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Sobre o diagnóstico, a diretriz internacional é econômica (HERNIASURGE GROUP, 2018). Com queixa e achado de exame que combinem entre si, a mão do médico basta para quase todo mundo. A imagem fica para os poucos casos que sobram. O ultrassom entra raramente, e a ressonância ou a tomografia, mais raramente ainda. O mesmo documento sugere que a classificação da Sociedade Europeia de Hérnia seja usada para estratificar o paciente e ajustar o tratamento a cada caso. A Sociedade a publicou em 2007 e a montou sobre a classificação alemã de Aachen (MISEREZ et al., 2007). Queria duas coisas com ela: que a hérnia fosse descrita do mesmo jeito enquanto a operação acontece, e que dois serviços pudessem conversar sobre os próprios números.

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; MISEREZ et al., 2007

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O exame já fechou o diagnóstico, ou vamos precisar de imagem?
- A dor que eu sinto combina mesmo com a hérnia que vocês encontraram?

Fechado o diagnóstico, a conversa vira para dentro da sala de cirurgia. E ali a primeira pergunta é sempre a mesma, sobre a tela, que o próximo capítulo explica sem medo.

A tela, explicada sem medo

EM UMA FRASE

Costurar as bordas do buraco resolve o desenho e deixa a costura sob tensão. A tela transfere essa carga para uma área bem maior.

5.1 Por que o ponto sozinho não basta

O diagnóstico já disse onde a hérnia está e que tamanho tem o anel. Falta dizer o que entra ali.

Um buraco numa lâmina que trabalha sob pressão o dia inteiro não se fecha por vontade própria. A tentativa mais intuitiva é aproximar as bordas com pontos, e ela devolve toda a força para a linha de sutura.

O problema tem nome antigo: tensão. Aproximar duas bordas já afastadas exige puxá-las, e o tecido puxado recebe pouco sangue para o tanto que precisaria cicatrizar. Some a isso a pressão que vem de dentro a cada tosse, e você tem uma linha de sutura trabalhando contra si mesma nas semanas em que a cicatriz ainda está mole. É dali que a hérnia volta.

O desenho fecha. A força é que continua no lugar errado.



Os dois painéis da Figura 5.1 mostram essa diferença.

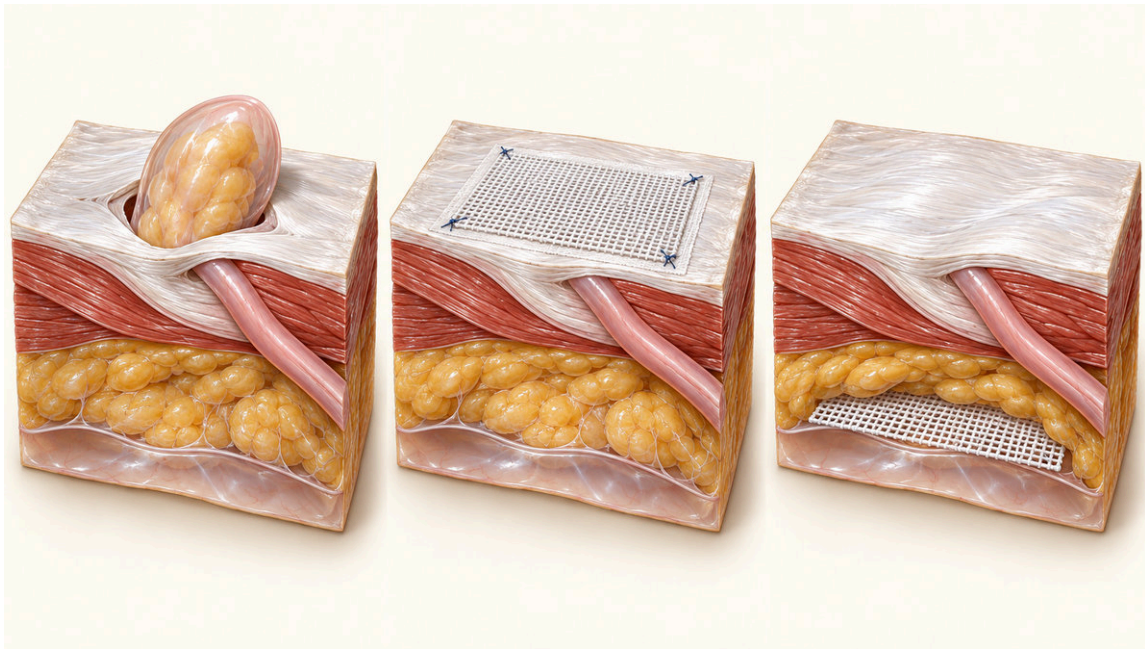
5.2 O que a tela faz

A tela é uma malha sintética leve, com furos grandes o suficiente para que o tecido do próprio corpo cresça por dentro. Na virilha ela tem mais ou menos o tamanho de uma carta de baralho. Ela é apoiada sobre a camada firme e avança vários centímetros além das bordas do defeito, de modo que a carga antes concentrada numa linha passa a se distribuir por toda a área de contato.

Com as semanas, células do organismo invadem a malha e a incorporam. Ela vira parede.



A Figura 5.2 mostra em que camada ela se apoia, e antecipa uma diferença que o próximo capítulo desenvolve.

**FIGURA 5.3**

A parede da virilha em corte, sem a pele. À esquerda, a hérnia: um saco com gordura escapa por um ponto fraco da camada firme, ao lado do cordão. No meio, a tela apoiada pela frente da camada firme, como na via convencional. À direita, a mesma tela por trás da camada firme, no espaço entre a parede e a membrana que forra o abdome por dentro, como nas vias por furos.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 5.3 mostra as mesmas duas posições num desenho mais próximo do real, ao lado da hérnia antes do reparo.

A pergunta que vem em seguida é sempre a mesma: e se o corpo rejeitar? O material usado hoje é inerte, quer dizer, o organismo o trata como estrutura e cresce por dentro dele, sem a reação que a palavra rejeição descreve nos transplantes. O que existe é a reação inflamatória local das primeiras semanas, que produz desconforto, endurecimento e às vezes líquido ao redor da malha. Isso regride sozinho na maior parte dos casos.

A tela tem custo próprio. A infecção da malha é rara; quando acontece, exige tratamento longo e às vezes a retirada da tela.

Existe ainda a pergunta que ninguém faz em voz alta. A tela fica para sempre. Ela não dispara alarme de aeroporto, e nenhum exame de imagem deixa de ser feito por causa dela.



A Figura 5.4 marca os limites da palavra reforço.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na hérnia da virilha, a diretriz internacional põe o reparo com tela em primeiro lugar e deixa livre o caminho até ele: serve a via por furos, serve a via convencional (HERNIASURGE GROUP, 2018). Sobre o peso da malha, o mesmo documento desarma a conversa da sala de espera. As telas leves podem render um ganho pequeno de dor e de tempo de volta à rotina nas primeiras semanas. No prazo longo, o peso da malha deixa de se associar a qualquer diferença de recidiva ou de dor crônica, e daí a conclusão de que ele, sozinho, deixou de servir para escolher. O ganho que a tela trouxe aparece numa revisão sistemática de 41 relatos de ensaios, com 7.161 participantes (MCCORMACK et al., 2003). Comparado com o reparo pela via convencional feito só com tecido, o reparo por furos com tela reduziu o risco de a hérnia voltar em algo entre 30% e 50%. Contra o reparo pela via convencional que **também** usa tela, essa vantagem desaparece. É essa a comparação que interessa hoje.

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; MCCORMACK et al., 2003

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual tipo de tela vocês usam no meu caso, e em que camada ela vai ficar?
- O que acontece se eu tiver uma infecção na ferida?

Definido o reforço, resta o caminho até ele. É o que o próximo capítulo compara: a robótica, as duas vias por furos e a via convencional.

Robótica, TAPP, TEP ou convencional com tela

EM UMA FRASE

A operação é uma só: devolver o conteúdo e reforçar a parede. O que se compara são caminhos, cada um com o seu contra.

6.1 O que é igual nos quatro caminhos

A tela que o capítulo anterior explicou é o destino comum das quatro vias. Em qualquer delas, a equipe devolve o conteúdo para dentro do abdome e apoia a malha sobre tecido firme. O que muda é por onde se chega até ali, e em que camada a tela fica.

A via convencional usa um corte de poucos centímetros sobre a hérnia. A técnica da via convencional que mais aparece nos estudos chama-se Lichtenstein, e nela a tela fica pela frente da parede. Onde a tela está contraindicada existe a alternativa sem malha, o reparo de Shouldice, feito com sutura da própria parede.

As vias por furos entram por trás da parede, com câmera e instrumentos finos. A TAPP atravessa a cavidade do abdome para chegar a esse espaço; a TEP trabalha entre as camadas, sem entrar na cavidade. A robótica é uma variante das vias por furos, com console e instrumentos articulados.

TABELA 6.1 — OS QUATRO CAMINHOS ATÉ A TELA, COM PRÓS E CONTRAS

VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Robótica	Mesma lógica das vias por furos, com visão em três dimensões e instrumentos que articulam dentro do abdome	Tempo de operação maior e custo mais alto, sem vantagem demonstrada em dor, recidiva ou dias de internação	Casos selecionados, conforme a disponibilidade do serviço e a experiência da equipe
TAPP	Furos pequenos; tela por trás da parede; permite inspecionar o outro lado e tratar os dois lados pelos mesmos furos	Entra na cavidade do abdome, o que traz riscos próprios; curva de aprendizado longa	Hérnia dos dois lados, hérnia que voltou depois de cirurgia convencional, ou dúvida sobre o lado oposto
TEP	Mesma tela por trás da parede, sem entrar na cavidade do abdome	O espaço de trabalho é pequeno e pouco perdoa; não permite inspecionar o outro lado	Mesma indicação da TAPP, quando a equipe domina a via e a anatomia permite
Convencional com tela	Corte único de poucos centímetros; pode ser feita com anestesia local; não depende de equipamento; recuperação previsível	Dor local nos primeiros dias tende a ser maior; a via anterior está entre os fatores associados a dor persistente na virilha	Hérnia de um lado só, risco anestésico alto, urgência, ou serviço sem laparoscopia disponível

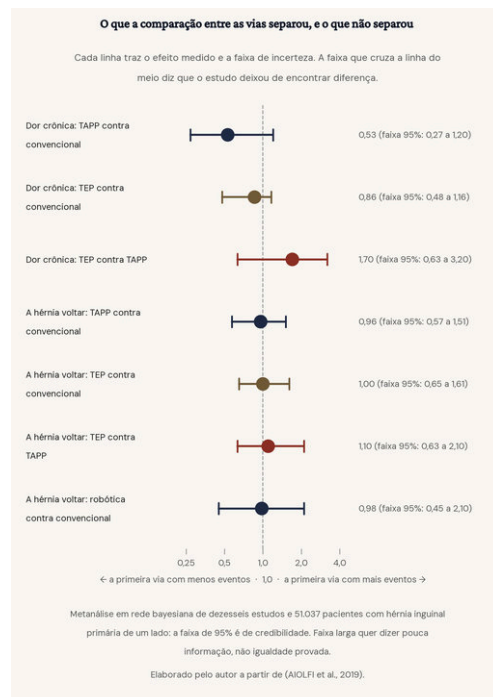
A Tabela 6.1 coloca as quatro vias lado a lado, e as colunas “Contra” têm o mesmo peso das colunas “A favor”. Nenhuma linha dela descreve o seu caso.

6.2 O que acontece dentro da sala



A Figura 6.2 percorre a operação em quadros. Duas orientações da virilha merecem registro fora do desenho.

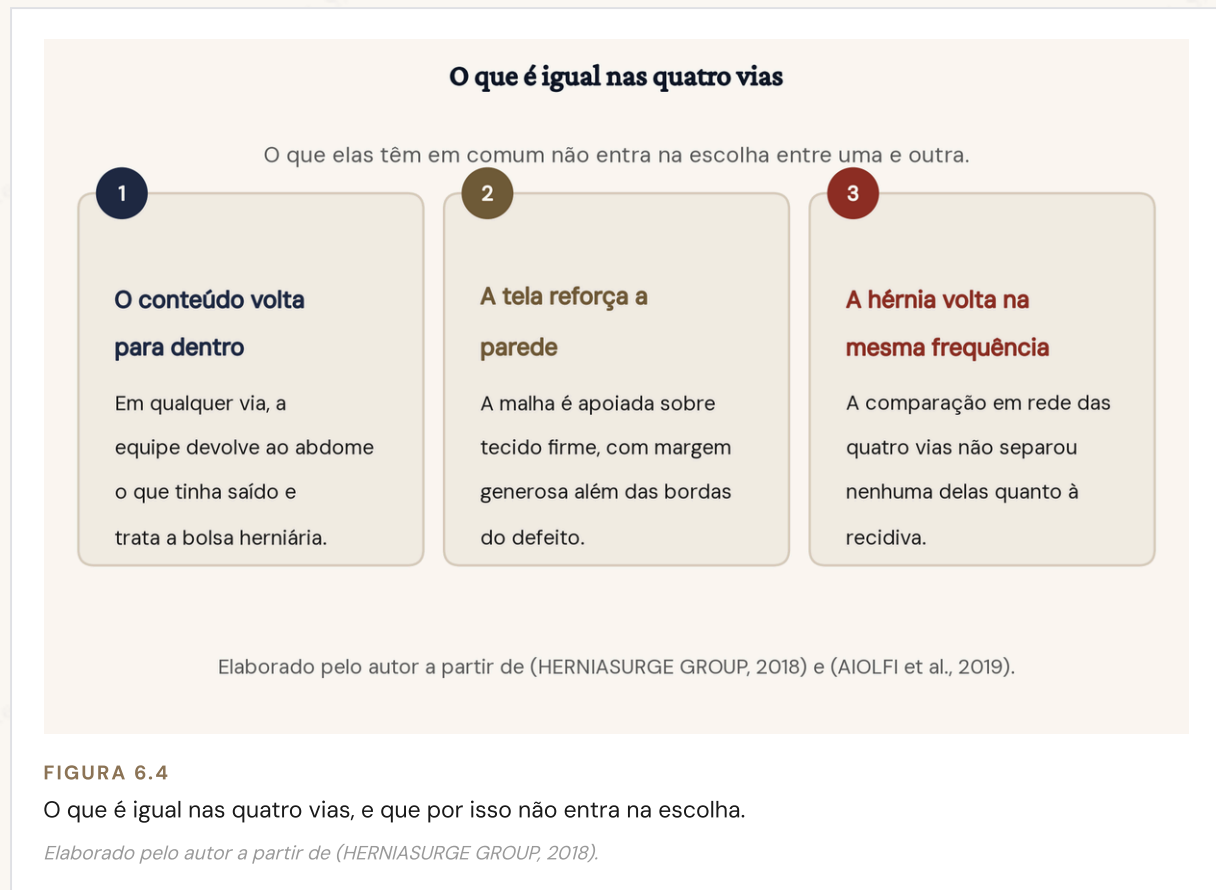
A primeira é para a mulher. Como a hérnia femoral é mais frequente nela e pode passar despercebida no exame, a diretriz internacional sugere a via por furos, que alcança as duas passagens de uma vez. A segunda é para a hérnia que voltou: quando o primeiro reparo foi feito por fora, o segundo costuma ser feito por dentro, para trabalhar em território ainda não cicatrizado.

**GRÁFICO 6.3**

O que a comparação entre as vias separou, e o que não separou: cada linha traz o efeito medido e a faixa de incerteza que o acompanha.

Elaborado pelo autor a partir de (AIOLFI et al., 2019).

O Gráfico 6.3 pede uma instrução de leitura. Quando a faixa de incerteza atravessa a linha do meio, o estudo deixou de achar diferença entre as duas vias — o que difere de provar que elas são iguais. Faixa larga quer dizer pouca informação.



As quatro vias têm muito em comum. A Figura 6.4 reúne esses pontos, que por isso ficam de fora da conta de quem precisa escolher entre uma delas e outra na consulta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma metanálise em rede reuniu dezesseis estudos e 51.037 pacientes operados de hérnia inguinal primária de um lado (AIOLFI et al., 2019). As quatro vias entraram na comparação, e a chance de a hérnia voltar não separou nenhuma delas das outras. A dor crônica foi comparada em três — a convencional, a TAPP e a TEP —, e ali também ficou sem diferença. Seroma, retenção urinária e dias de internação completam a lista dos desfechos que não separaram um caminho do outro. Quinze ensaios randomizados com 1.359 pacientes aprofundaram a comparação entre as duas vias por furos, e recidiva e dor crônica ficaram semelhantes entre TEP e TAPP (AIOLFI et al., 2021). A diferença que a via produz aparece no prazo curto: comparada com a convencional, a via por furos devolveu as pessoas às atividades habituais cerca de sete dias antes, com menos dor e menos dormência persistentes, ao preço de quase 15 minutos a mais de sala e de um risco maior de lesão de víscera ou de vaso (MCCORMACK et al., 2003). Sobre a robótica, um ensaio randomizado comparou as duas plataformas de frente: entraram 113 pacientes, e 102 chegaram à análise (PRABHU et al., 2020). Dor, qualidade de vida e problemas de ferida até o trigésimo dia não separaram os grupos. O tempo de operação, sim: a mediana foi de 75,5 minutos na robótica contra 40,5 na laparoscopia, com custo maior. Um e dois anos depois, o quadro se mantinha (MILLER et al., 2023). Uma metanálise de dez estudos, dos quais apenas dois randomizados, mede o preço em tempo: cerca de 14 minutos a mais (LI et al., 2024).

Fonte: AIOLFI et al., 2019; AIOLFI et al., 2021; MCCORMACK et al., 2003; PRABHU et al., 2020; MILLER et al., 2023; LI et al., 2024

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual via vocês fariam no meu caso, e o que pesou nessa escolha?
- Quantas dessas operações a equipe faz por ano?

Escolhido o caminho, o calendário toma o lugar da técnica. O próximo capítulo descreve o preparo das semanas anteriores e o dia da operação.

O preparo e o dia da operação

EM UMA FRASE

Entre a decisão e a data existem semanas de trabalho, e boa parte dele é sua. O que se ajusta aí muda o risco da ferida.

7.1 O que se faz antes da data

A escolha entre as vias por furos e a via convencional já está feita. A data entra na agenda, e o que acontece até lá decide mais do que parece.

A avaliação pré-anestésica organiza o resto: dela saem os exames que a sua idade e as suas doenças justificam, e dela sai a decisão sobre a anestesia.

Leve por escrito a lista dos seus remédios, com dose e horário. Os que afinam o sangue merecem parágrafo próprio: são os únicos que ninguém suspende por conta própria, porque a decisão pesa o risco de sangrar contra o risco de trombose e os prazos variam de um remédio para outro. Quem suspende é a equipe que prescreveu.

O jejum é combinado na véspera. A orientação escrita que você recebe vale mais que qualquer regra de bolso. O cigarro tem prazo próprio: quanto mais semanas sem fumar antes da data, melhor cicatriza a ferida. Comece hoje.

TABELA 7.1 — O QUE ACERTAR ANTES DA DATA

O QUE	QUANDO	COM QUEM
Exames e avaliação pré-anestésica	Nas semanas que antecedem a data	Cirurgião e anestesista
Lista de remédios, com dose e horário	Levar por escrito à avaliação	Quem prescreveu cada um
Remédios que afinam o sangue	Prazo individual, definido antes	Cardiologista ou clínico, com o cirurgião
Jejum	Combinado na véspera, conforme o horário	Orientação escrita da equipe
Cigarro	Quanto antes, melhor	Você, com apoio se precisar
Acompañante para o dia e a primeira noite	Confirmado antes da data	Família ou amigo

A Tabela 7.1 é a lista para pregar na geladeira. A última linha é a esquecida, e é a que impede a alta.

7.2 Do centro cirúrgico à porta de casa

O dia costuma ser mais curto do que a expectativa que o antecedeu. Em regime de hospital-dia você chega de manhã e vai para casa no fim da tarde, depois de algumas horas em observação, com a analgesia por escrito e um telefone de contato.

**FIGURA 7.2**

O dia da operação, hora a hora, no regime de alta no mesmo dia.

Elaborado pelo autor a partir de (HERNIASURGE GROUP, 2018).

A Figura 7.2 percorre esse dia. A dor dos primeiros dias é local e previsível, e responde bem a analgésico simples tomado em horário, sem esperar que volte. No reparo pela via convencional a equipe costuma infiltrar anestésico nas camadas da parede ao fim da operação, e é por isso que as primeiras horas enganam: o incômodo aparece quando aquele bloqueio passa. Isso é esperado.

A retenção urinária é o motivo mais comum de uma alta atrasar. Ela vem da anestesia e do desconforto da região, e se resolve com uma sonda de alívio quase sempre retirada no mesmo dia. Ninguém vai para casa antes de urinar. Um caroço mole no lugar da hérnia costuma ser seroma, o líquido que ocupa o espaço deixado pela bolsa. Ele reabsorve sozinho.



A Figura 7.3 cabe numa mochila pequena.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Três decisões deste capítulo estão na diretriz internacional, e duas delas contrariam o hábito (HERNIASURGE GROUP, 2018). O antibiótico preventivo fica fora sempre na cirurgia por furos, e no reparo pela via convencional deixa de ser recomendado para quem tem risco médio, em ambiente de baixo risco. A anestesia local no reparo pela via convencional é recomendada quando a equipe tem prática; a partir dos 65 anos, entre a geral e o bloqueio da coluna, a sugestão pende para a geral, pela possibilidade de menos trombose e menos pneumonia nessa idade. A alta no mesmo dia é recomendada para a maior parte dos reparos da virilha, com uma condição que costuma passar despercebida: o cuidado depois da alta precisa estar organizado antes de ela sair. Sobre a retenção urinária, a metanálise em rede das quatro vias não encontrou diferença entre elas (AIOLFI et al., 2019).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; AIOLFI et al., 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quais dos meus remédios eu suspendo, quantos dias antes, e quem decide isso?
- E se eu não conseguir urinar depois da alta?

Você chega em casa no mesmo dia, e começa a parte que dura semanas. A recuperação é o assunto do próximo capítulo.

A recuperação, semana a semana

EM UMA FRASE

Na hérnia da virilha, a orientação internacional entrega o relógio ao seu próprio conforto. O plano é combinado com quem operou.

8.1 O que acontece nas primeiras semanas

A alta no mesmo dia deixa a impressão enganosa de que acabou; a operação acabou, mas a cicatrização está apenas começando, e é ela que ocupa as semanas seguintes.

Inchaço na região operada, mancha arroxeadada que desce pela pele e uma sensação de repuxo ao levantar da cama são comuns nas primeiras duas semanas. No homem o inchaço pode descer até a bolsa escrotal, e assusta quem deixou de ser avisado. Um endurecimento no lugar da hérnia pode persistir por meses.

As primeiras semanas depois do reparo da virilha	
Faixas habituais de consulta; o seu cirurgião ajusta cada uma ao que foi feito na sua parede.	
dia 0	A operação Alta no mesmo dia na maior parte dos casos, com acompanhante para a primeira noite.
dias 1 a 7	Primeira semana Inchaço, mancha arroxeadada e repuxo ao levantar da cama. Caminhar em casa desde o primeiro dia. Dirigir entre o terceiro e o sétimo dia, se a dor deixar frear.
semanas 1 a 2	Volta ao trabalho sentado Dor controlada sem remédio que atrapalhe a atenção. O endurecimento da cicatriz continua firme ao toque.
semanas 2 a 4	Esforço e esporte Retomada em degraus, conforme o conforto de cada semana. A dor é o limite.
depois	Retorno Consulta para ver a ferida e conversar sobre o que sobrou. Abaulamento novo no lugar operado é motivo de exame.
Só a ausência de limite fixo para pegar peso vem da diretriz; as demais faixas são orientação de consulta.	
Elaborado pelo autor a partir de (HERNIASURGE GROUP, 2018).	

FIGURA 8.1

As primeiras semanas depois do reparo da virilha.

Elaborado pelo autor a partir de (HERNIASURGE GROUP, 2018).

A Figura 8.1 percorre esse calendário.

8.2 Dirigir, trabalhar, treinar

Falar de cicatrização acende quase sempre a mesma pergunta. Quanto tempo eu fico parado? Por trás dela está o medo de romper alguma coisa e desfazer o reparo.

Para a hérnia da virilha, a orientação internacional é menos restritiva que a tradição do consultório: ela entrega o relógio ao paciente, que retoma a rotina quando se sentir à vontade. O raciocínio é mecânico. A tela é apoiada e fixada no momento da operação e começa a ser integrada nos primeiros dias, de modo que o repouso prolongado acrescenta pouca proteção. E ele cobra: quem fica parado perde condicionamento e sente mais dor pela própria imobilidade.

TABELA 8.2 — O RETORNO ÀS ATIVIDADES, FAIXA POR FAIXA

ATIVIDADE	FAIXA HABITUAL	O QUE DEFINE A LIBERAÇÃO
Levantar e caminhar em casa	No mesmo dia	Conforto e ausência de tontura depois da anestesia
Banho	1 a 2 dias	O tipo de curativo, combinado com a equipe que operou
Dirigir	3 a 7 dias	Conseguir frear com força sem que a dor limite o movimento
Trabalho sentado	1 a 2 semanas	Dor controlada sem remédio que atrapalhe a atenção
Trabalho pesado e esporte	2 a 4 semanas, de forma progressiva	Retomada em degraus, conforme o conforto de cada semana
Pegar peso	Sem limite imposto por regra fixa	Retomar conforme o conforto, no plano combinado com a equipe

A Tabela 8.2 reúne faixas gerais de consulta, e o seu cirurgião ajusta cada uma delas ao que foi feito na sua parede. Só a última linha vem da diretriz, e é por isso que é a única sem prazo escrito: onde existe evidência, o critério passa a ser o conforto.

Uma regra simples ajuda nas primeiras semanas. A dor é o seu limite. Se doeu ao fazer alguma coisa, faça um pouco menos dela amanhã e tente de novo depois.



A Figura 8.3 separa uma coisa da outra. Um sinal merece leitura calma: o abaulamento que reaparece semanas depois. Ele pode ser a hérnia voltando, e pode ser líquido no espaço que a bolsa ocupava. A distinção se faz no exame. Relate sempre.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: falta de ar ou dor no peito durante ou logo depois de um esforço; dor forte na barriga com vômito e parada de gases; sangramento que encharca o curativo.

Atendimento no mesmo dia: febre com calafrio; vermelhidão e calor crescentes ao redor do corte; secreção pela ferida; dor e inchaço em uma das panturrilhas; dor que cresce a cada dia que passa.

Relate na próxima consulta: dormência ou endurecimento que persistem; abaulamento que reaparece no lugar operado; dor que impede uma atividade específica.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Quem escreveu a diretriz internacional resolveu o prazo de repouso devolvendo a decisão ao paciente: a recomendação é que a rotina volte ao normal quando ele estiver à vontade para isso, sem que nenhuma restrição seja imposta de antemão (HERNIASURGE GROUP, 2018). O que a via escolhida muda nesse calendário foi medido na revisão sistemática de 41 relatos de ensaios (MCCORMACK et al., 2003). A volta às atividades habituais aconteceu mais cedo depois do reparo por furos, numa diferença que os autores traduzem como equivalente a cerca de sete dias. Entre TEP e TAPP, quinze ensaios randomizados não encontraram diferença no retorno ao trabalho e às atividades do dia (AIOLFI et al., 2021).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; MCCORMACK et al., 2003; AIOLFI et al., 2021

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, quando posso voltar ao esporte que pratico?
- Quando é o retorno, e por qual canal eu falo com vocês?

Passadas as primeiras semanas, sobram duas perguntas que a consulta de retorno traz sempre: a dor persistente e a recidiva. O próximo capítulo responde às duas com número.

O que pode sobrar: dor persistente e recidiva

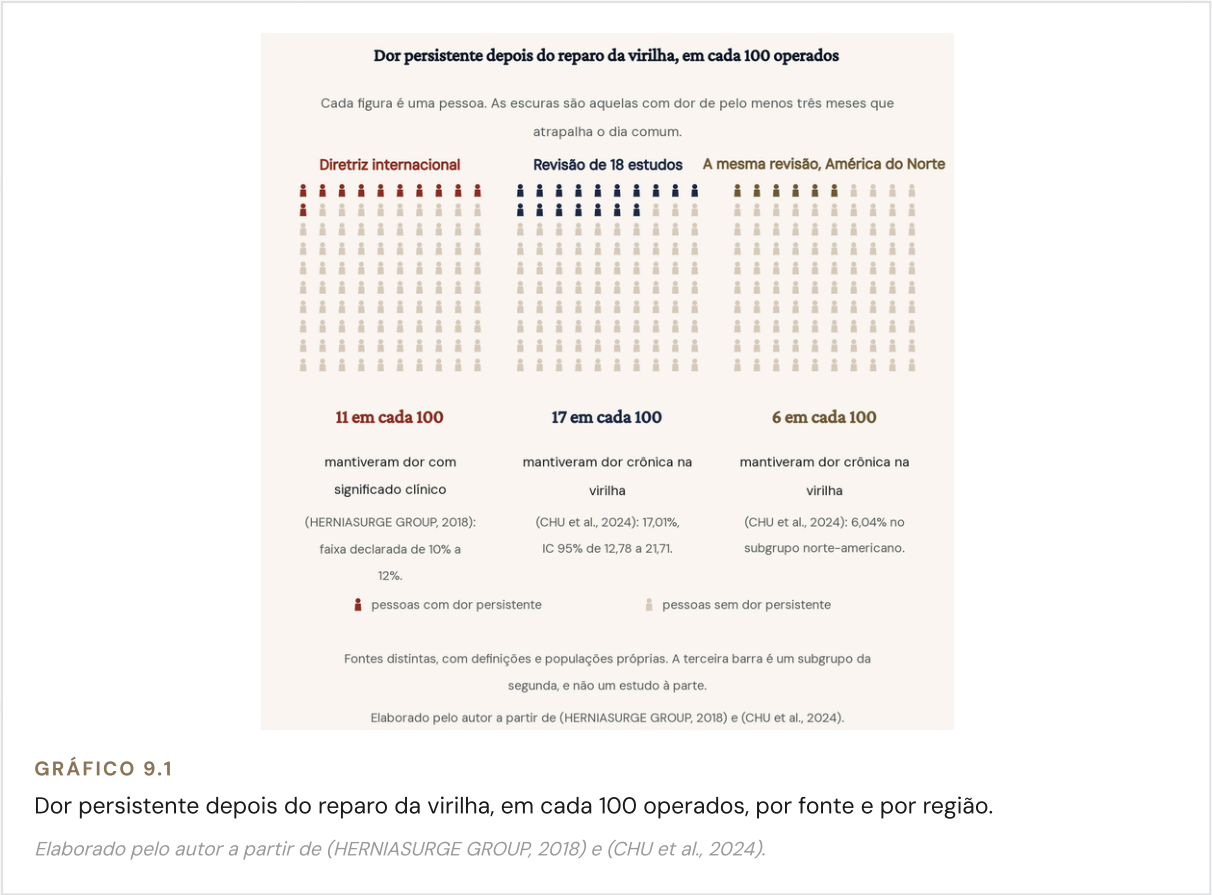
EM UMA FRASE

Dois coisas podem sobrar depois de um reparo bem feito: a dor ficar e a hérnia voltar. Nenhuma é rara o bastante para ser omitida.

9.1 A dor que fica

O calendário da recuperação vale para a maioria. Uma parte das pessoas operadas de hérnia da virilha, porém, mantém dor na região por mais de três meses, com intensidade que atrapalha atividades habituais — um desfecho que tem nome, tem definição formal e tem número, e que a cirurgia produz porque trabalha ao lado de nervos finos que atravessam a virilha. A inflamação da cicatriz entra na mesma conta.

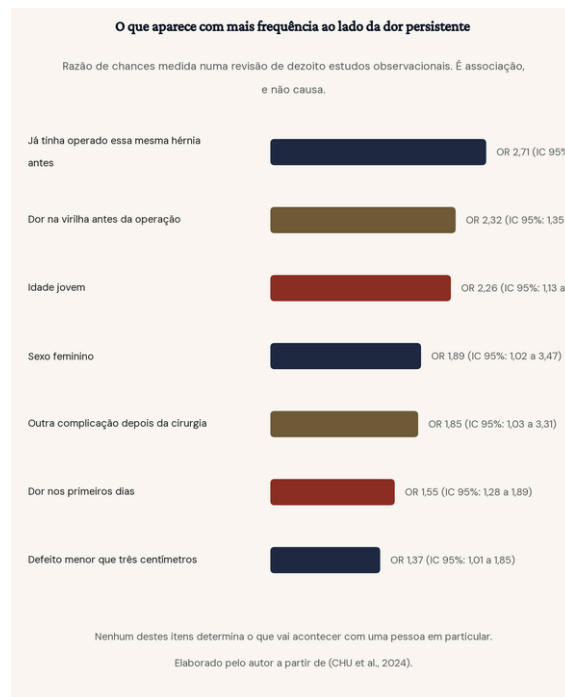
O número honesto depende de quem contou e de onde. A diretriz internacional registra uma faixa de 10% a 12%. Uma revisão mais recente chegou a uma frequência maior, e mostrou que ela varia entre continentes.



O Gráfico 9.1 põe as duas leituras lado a lado, com a fonte ao lado de cada barra. A distância entre elas diz mais sobre como cada estudo perguntou, e onde perguntou, do que sobre a qualidade das cirurgias.

A maior parte desses casos melhora com o tempo, e para os que persistem existe tratamento: analgesia adequada, medicamentos que agem sobre o nervo, bloqueios e, em casos selecionados, nova operação. O caminho é longo. Ele existe.

O que ninguém pode oferecer é a promessa de que isso deixará de acontecer com você. Quem promete ausência de dor persistente está prometendo o que a literatura deixa de sustentar.

**FIGURA 9.2**

O que aparece com mais frequência ao lado da dor persistente, medido como associação e não como causa.

Elaborado pelo autor a partir de (CHU et al., 2024).

A Figura 9.2 lista esses fatores. Uma advertência de leitura: associação não é causa, e nenhum desses itens determina o que vai acontecer com uma pessoa em particular. Repare que boa parte deles já existia antes da operação, o que faz da consulta que antecede a data o lugar certo para essa conversa.

9.2 A hérnia pode voltar

A segunda coisa que pode sobrar é mais concreta. A recidiva acontece quando a área reparada cede de novo, na borda da tela ou ao lado dela.

As taxas variam muito, porque pesam o tamanho do defeito, a técnica e o tempo de acompanhamento. Um número único seria desonesto. O reforço com tela reduz essa chance. E o prazo de observação muda a leitura de qualquer estatística: cinco anos de seguimento mostram mais recidivas que dois.

**GRÁFICO 9.3**

Em cada 100 pessoas operadas e acompanhadas numa coorte nacional, quantas tiveram a hérnia de volta.

Elaborado pelo autor a partir de (KELLER et al., 2015).

O Gráfico 9.3 traz um único número, de uma única população. Ele serve de ordem de grandeza para a conversa; prever o seu caso está fora do alcance dele.

A honestidade aqui tem propósito prático: relatar a dor cedo, na consulta de retorno, dá tempo de tratar enquanto ela ainda responde bem.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A definição vem do capítulo de complicações da diretriz internacional (HERNIA-SURGE GROUP, 2018). A dor precisa ser de intensidade pelo menos moderada, precisa atrapalhar o que a pessoa faz num dia comum e precisa persistir por três meses ou mais, contados da operação. Abaixo disso, o que existe é a dor da cicatriz, que passa. Com essa régua, a dor que chega a atrapalhar o trabalho aparece entre 0,5% e 6%; a de significado clínico, entre 10% e 12%, em queda com o tempo. Uma revisão posterior somou dezoito estudos e 29.466 pacientes, e chegou a 17,01 em cada 100, com intervalo de confiança de 12,78 a 21,71 (CHU et al., 2024). A conta muda de continente para continente: 6,04 na América do Norte, 14,70 na Ásia, 18,65 na Europa. Os sete fatores associados a ela estão na Figura 9.2, cada um com a sua razão de chances. Sobre a recidiva, 565 pessoas tiveram a hérnia de volta numa coorte nacional de Taiwan com 5.806 operados entre 2000 e 2010, o que dá 9,73 em cada 100 (KELLER et al., 2015). O risco subiu com a idade. A escolha entre as duas vias por furos não mexeu nesse desfecho (AIOLFI et al., 2021).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; CHU et al., 2024; KELLER et al., 2015; AIOLFI et al., 2021

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, qual é a chance de a hérnia voltar?
- Se eu tiver dor depois de três meses, a quem eu procuro?

Os números deste capítulo valem para o caso comum. O último capítulo trata das situações particulares que fogem dele, e do que perguntar na consulta.

Situações particulares, e o que perguntar

EM UMA FRASE

Dos dois lados, na mulher, no idoso: a conduta muda, e a mudança tem razão anatômica declarada.

10.1 Quando o caso sai do comum

Dor persistente e recidiva foram descritas para a situação mais frequente, que é a do homem adulto com uma hérnia inguinal de um lado. Quatro situações saem desse desenho.

A primeira é a hérnia dos dois lados. Entrando por trás da parede, a mesma operação alcança as duas virilhas pelos mesmos furos.

A segunda é a mulher. A hérnia femoral é mais frequente nela e pode estar escondida ao lado da inguinal, sem aparecer no exame. A diretriz internacional sugere a via por furos por dois motivos ao mesmo tempo: ela enxerga as duas passagens e se associa a menos dor crônica. A femoral tem livro próprio, e ela não espera.

A terceira é a hérnia que voltou, em que o segundo reparo costuma trocar de plano em relação ao primeiro, para trabalhar em território ainda não cicatrizado. A quarta é a idade: a partir dos 65 anos a escolha da anestesia muda, e as outras doenças pesam mais na conta do que a hérnia em si.

TABELA 10.1 — SITUAÇÕES QUE MUDAM A CONVERSA

SITUAÇÃO	O QUE MUDA	ONDE ISSO É DECIDIDO
Hérnia dos dois lados	A via por furos alcança as duas virilhas pelos mesmos furos	Consulta, com a experiência da equipe na conta
Mulher	A via por furos é sugerida, porque enxerga também a passagem femoral	Consulta, com exame cuidadoso da virilha inteira
Hérnia que já foi operada	O segundo reparo costuma trocar de plano em relação ao primeiro	Consulta, com o relatório da cirurgia anterior em mãos
Idade acima de 65 anos	A escolha da anestesia muda; as outras doenças pesam mais	Avaliação pré-anestésica
Caroço abaixo da prega da virilha	Chama-se femoral, e entra na fila mesmo sem doer	Livro próprio, e consulta sem adiar

A Tabela 10.1 resume essas situações. A coluna da direita é a que importa: nenhuma delas se decide lendo um livro.

10.2 Quem cuida de você



A Figura 10.2 põe nome nas funções. Saber a quem perguntar o quê poupa semanas de ansiedade.

TABELA 10.3 — PERGUNTAS PARA LEVAR À CONSULTA

SOBRE	PERGUNTA
A minha hérnia	Que tipo é, de que lado, e existe suspeita do outro lado?
A decisão	Acompanhar é opção razoável para mim, e por quanto tempo?
A operação	Qual via vocês fariam, e o que pesou nessa escolha?
A anestesia	Qual está prevista, e por quê, considerando a minha idade e as minhas doenças?
O dia	Vou para casa no mesmo dia, e quem precisa ficar comigo?
A volta	Quando posso dirigir, trabalhar e treinar, no meu caso?
O risco	Qual a chance de a hérnia voltar e de a dor persistir, na experiência de vocês?
O contato	Se algo me preocupar antes do retorno, por qual canal eu falo com vocês?

A Tabela 10.3 cabe numa folha. Leve-a com as suas próprias dúvidas escritas nas linhas em branco.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Três das quatro situações deste capítulo estão na diretriz internacional (HERNIA-SURGE GROUP, 2018). Uma técnica única que sirva a todas as hérnias da virilha não existe, e por isso o documento pede que o serviço domine tanto o caminho pela frente da parede quanto o de trás dela. Para a mulher, a sugestão é a via por furos, e ela persegue dois ganhos ao mesmo tempo: a hérnia femoral escondida deixa de escapar do diagnóstico, e a chance de dor crônica cai. Quando a opção é reparar apenas com tecido, o documento indica o reparo de Shouldice. A hérnia femoral, mais frequente na mulher e com risco próprio de acabar em operação de emergência, tem livro próprio (DAHLSTRAND et al., 2009). O sexo feminino também aparece entre os fatores associados à dor persistente (CHU et al., 2024).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; DAHLSTRAND et al., 2009; CHU et al., 2024

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha hérnia é de um lado só, ou existe suspeita do outro lado?
- Quem eu procuro se surgir dúvida antes da consulta de retorno?

EM UMA FRASE

Decidir sobre uma hérnia inguinal é comparar dois riscos reais: o de conviver com um defeito que pode prender, e o de uma operação que traz recidiva e dor persistente nas frequências descritas aqui. A escolha é sua.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Hérnia inguinal

Falha na camada firme da virilha, acima da prega, por onde o conteúdo de dentro do abdome empurra e escapa. O problema está na parede; o que sai por ela costuma estar saudável.

Aponeurose

A lâmina branca e resistente que envolve os músculos da parede e sustenta o abdome. É a camada que cede quando a hérnia se forma.

Canal inguinal

Túnel curto que atravessa a musculatura da virilha e por onde passam estruturas que descem para o testículo, no homem, ou o ligamento redondo, na mulher.

Canal femoral

Fresta estreita logo abaixo da prega da virilha, ao lado da veia principal da perna. A hérnia que sai por ali tem nome e livro próprios.

Hérnia indireta

Aquela que entra pelo anel do canal inguinal e acompanha o trajeto do cordão, podendo descer até a bolsa escrotal.

Hérnia direta

Aquela que empurra a parede de trás do canal inguinal de frente para trás, sem passar pelo anel de entrada.

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.

Tela

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

Lichtenstein

Técnica da via convencional em que a tela é apoiada pela frente da parede, sobre a camada firme. É a que mais aparece nos estudos de reparo da virilha.

Shouldice

Reparo da virilha feito sem tela, com camadas de sutura do tecido da própria parede. É a primeira indicação quando a opção é reparar só com tecido.

Pré-peritoneal

O espaço entre a camada firme da parede e a membrana que forra o abdome por dentro. É onde a tela fica nas vias por furos.

TAPP

Reparo por furos em que a equipe entra na cavidade do abdome e apoia a tela por trás da parede.

TEP

Reparo por furos em que a equipe trabalha no espaço entre as camadas, sem entrar na cavidade do abdome.

Classificação EHS

Sistema da Sociedade Europeia de Hérnia que registra o tipo da hérnia da virilha e o tamanho do anel, usado para ajustar o tratamento e comparar resultados entre serviços.

Seroma

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

Recidiva

O reaparecimento da hérnia no mesmo lugar, depois de um reparo.

Dor crônica pós-operatória

Dor de intensidade pelo menos moderada que atrapalha as atividades habituais e persiste por três meses ou mais depois da operação.

Referências

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

- AIOLFI, A. et al. Primary inguinal hernia: systematic review and Bayesian network meta-analysis comparing open, laparoscopic transabdominal preperitoneal, totally extraperitoneal, and robotic preperitoneal repair. *Hernia*, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 473–484, 2019. DOI: 10.1007/s10029-019-01964-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01964-2>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31089835.
- AIOLFI, A. et al. Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Hernia*, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1147–1157, 2021. DOI: 10.1007/s10029-021-02407-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02407-7>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 33851270.
- CHU, Z.; ZHENG, B.; YAN, L. Incidence and predictors of chronic pain after inguinal hernia surgery: a systematic review and meta-analysis. *Hernia*, [S. l.], v. 28, n. 4, p. 967–987, 2024. DOI: 10.1007/s10029-024-02980-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-024-02980-7>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 38538812.
- 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.
- FITZGIBBONS, R. J. et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Annals of surgery*, [S. l.], v. 258, n. 3, p. 508–15, 2013. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a19725. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a19725>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 24022443.
- FITZGIBBONS, R. J. et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA*, [S. l.], v. 295, n. 3, p. 285–92, 2006. DOI: 10.1001/jama.295.3.285. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.295.3.285>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 16418463.
- 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.
- KELLER, J. J. et al. A nation-wide population-based study of inguinal hernia repair incidence and age-stratified recurrence in an Asian population. *Hernia*, [S. l.], v. 19, n. 5, p. 735–40, 2015. DOI: 10.1007/s10029-015-1359-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-015-1359-4>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 25739714.
- LI, X. et al. Meta-analysis of the effectiveness and safety of robotic-assisted versus laparoscopic transabdominal preperitoneal repair for inguinal hernia. *PloS one*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. e0298989, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0298989. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298989>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 38408054.
- MCCORMACK, K. et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *The Cochrane database of systematic reviews*, [S. l.], v. 2003, n. 1, p. CD001785, 2003. DOI: 10.1002/14651858.CD001785. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001785>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 12535413.
- MILLER, B. T. et al. Laparoscopic versus robotic inguinal hernia repair: 1- and 2-year outcomes from the RIVAL trial. *Surgical endoscopy*, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 723–728, 2023. DOI: 10.1007/s00464-022-09320-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09320-9>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35578051.

- MISEREZ, M. et al. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. **Hernia**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 113–6, 2007. DOI: 10.1007/s10029-007-0198-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0198-3>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 17353992.
- PRABHU, A. S. et al. Robotic Inguinal vs Transabdominal Laparoscopic Inguinal Hernia Repair: The RIVAL Randomized Clinical Trial. **JAMA surgery**, [S. l.], v. 155, n. 5, p. 380–387, 2020. DOI: 10.1001/jamasurg.2020.0034. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0034>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 32186683.
- VAN DEN DOP, L. M. et al. Twelve-year outcomes of watchful waiting versus surgery of mildly symptomatic or asymptomatic inguinal hernia in men aged 50 years and older: a randomised controlled trial. **EClinical-Medicine**, [S. l.], v. 64, p. 102207, 2023. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102207. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102207>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 37936657.

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.

Escrevo esta série por um motivo prático: na consulta o tempo é curto, e quem descobriu um caroço na virilha sai de lá com metade das perguntas na cabeça.

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 1.2	A parede do abdome em camadas, e os pontos por onde o conteúdo de dentro encontra passagem.	hernia_parede_abdominal_marfim.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 1.3	A parede da virilha, camada por camada: o ponto fraco mora na camada que sustenta, abaixo da pele e da gordura.	Figura_1.3_a-virilha-no-mapa.png	Elaborado pelo autor.
Figura 1.4	Indireta e direta: dois caminhos pelo mesmo lugar, com a mesma operação no fim.	Figura_1.4_indireta-e-direta.png	Elaborado pelo autor.
Gráfico 2.1	Em cada 100 pessoas que escolheram acompanhar, quantas tinham operado ao fim de uma década.	Grafico_2.1_quantos-acabam-operando.png	Elaborado pelo autor a partir de (FITZGIBBONS et al., 2013) e (VAN DEN DOP et al., 2023).
Figura 2.3	O caroço que entra e sai, e o caroço que deixou de voltar: dois estados que pedem condutas diferentes.	Figura_2.3_entra-e-sai.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Gráfico 3.1	Em cada 100 pessoas que acompanharam a hérnia inguinal por mais de dez anos, quantas tiveram o caroço preso.	Grafico_3.1_encarceramento-em-100.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN DEN DOP et al., 2023) e (FITZGIBBONS et al., 2013).
Figura 3.2	Diante do caroço que prendeu: a sequência do que fazer, e o ponto em que a mão sai.	Figura_3.2_o-que-fazer.png	Elaborado pelo autor.
Figura 3.3	Os mesmos sinais da caixa acima, organizados em três níveis de pressa.	Figura_3.3_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor.
Figura 4.1	Do exame à imagem: o que resolve a maior parte dos casos, e quando cada exame entra.	Figura_4.1_do-exame-a-imagem.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Figura 5.1	Para onde vai a força: o fechamento só com pontos concentra a carga na linha de sutura; a tela apoiada além das bordas a distribui.	Figura_5.1_ponto-e-tela.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIAS-

			URGE GROUP, 2018).
Figura 5.2	Onde a tela fica em cada caminho: pela frente da camada firme na via convencional, e por trás dela nas vias por furos.	Figura_5.2_onde-a-tela-fica.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Figura 5.3	A parede da virilha em corte, sem a pele. À esquerda, a hérnia: um saco com gordura escapa por um ponto fraco da camada firme, ao lado do cordão. No meio, a tela apoiada pela frente da camada firme, como na via convencional. À direita, a mesma tela por trás da camada firme, no espaço entre a parede e a membrana que forra o abdome por dentro, como nas vias por furos.	Figura_5.3_hernia-e-duas-posicoes-da-tela.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 5.4	Duas coisas que a tela não faz, ditas antes que alguém prometa o contrário.	Figura_5.3_o-que-a-tela-nao-faz.png	Elaborado pelo autor.
Figura 6.2	A cirurgia por dentro: o que a equipe faz, na ordem em que faz.	Figura_6.2_passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Gráfico 6.3	O que a comparação entre as vias separou, e o que não separou: cada linha traz o efeito medido e a faixa de incerteza que o acompanha.	Grafico_6.3_o-que-se-para-as-vias.png	Elaborado pelo autor a partir de (AL-OLFI et al., 2019).
Figura 6.4	O que é igual nas quatro vias, e que por isso não entra na escolha.	Figura_6.4_o-que-e-igual.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Figura 7.2	O dia da operação, hora a hora, no regime de alta no mesmo dia.	Figura_7.2_o-dia-da-operacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Figura 7.3	O que separar na véspera, e quem precisa estar junto.	Figura_7.3_o-que-levar.png	Elaborado pelo autor.
Figura 8.1	As primeiras semanas depois do reparo da virilha.	Figura_8.1_primeiras-semanas.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018).
Figura 8.3	O que é esperado nas primeiras semanas, e o que precisa ser relatado.	Figura_8.3_esperado-e-relatar.png	Elaborado pelo autor.

Gráfico 9.1	Dor persistente depois do reparo da virilha, em cada 100 operados, por fonte e por região.	Grafico_9.1_dor-persistente.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIASURGE GROUP, 2018) e (CHU et al., 2024).
Figura 9.2	O que aparece com mais frequência ao lado da dor persistente, medido como associação e não como causa.	Figura_9.2_fatores-da-dor.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHU et al., 2024).
Gráfico 9.3	Em cada 100 pessoas operadas e acompanhadas numa coorte nacional, quantas tiveram a hérnia de volta.	Grafico_9.3_recidiva.png	Elaborado pelo autor a partir de (KELLER et al., 2015).
Figura 10.2	Quem cuida de você, do diagnóstico ao retorno.	Figura_10.2_quem-cuida.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, amostra, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de telas, instrumentais ou medicamentos citados aqui. Nenhum hospital, operadora ou fabricante patrocinou esta obra. A ilustração de capa e a Figura 1.2 foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial e integram o acervo do autor. As demais artes foram elaboradas por script versionado, a partir das referências de cada legenda.

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.