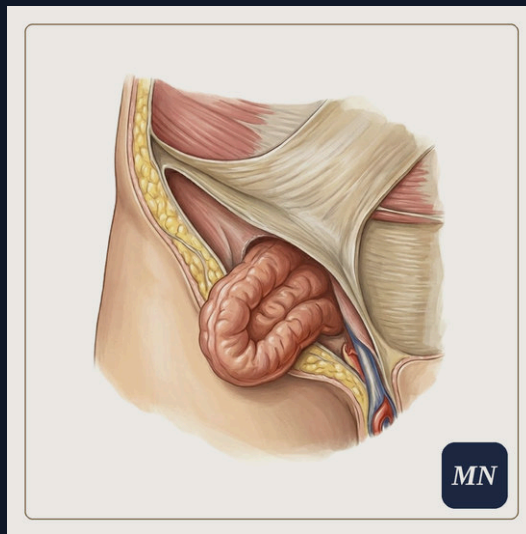

Hérnias da parede abdominal

Inguinal, femoral, umbilical, epigástrica e incisional — o que é, quando operar e como é a recuperação



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Hérnias da parede abdominal

Inguinal, femoral, umbilical, epigástrica e incisional — o que é, quando operar e como é a recuperação

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 10
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 que é uma hérnia da parede abdominal	5
1.1 Para quem é este livro, e como usá-lo	5
1.2 A parede que segura tudo	5
1.3 Por que a parede cedeu	6
2. Quando a hérnia vira emergência	8
2.1 Três estados da mesma parede	8
2.2 O que fazer, e o que evitar	9
3. A tela e o reforço da parede	12
3.1 Por que o ponto sozinho não basta	12
3.2 O que a tela faz	12
3.3 As perguntas que a tela levanta	13
4. Robótica, TAPP, TEP ou convencional	15
4.1 O que é igual nos quatro caminhos	15
4.2 Qual via para qual hérnia	16
5. Esperar, e quando não operar	19
5.1 A escolha existe mesmo	19
5.2 Quando não operar	20
6. A hérnia inguinal	22
6.1 Onde ela nasce	22
6.2 Como se descobre	23
6.3 Quando operar	24
6.4 Como se opera	24
6.5 Como é a recuperação	24
7. A hérnia femoral	27
7.1 Uma passagem estreita, logo abaixo da prega	27
7.2 Por que a pressa é diferente	28
8. A hérnia umbilical	31
8.1 O anel que se fechou ao nascer	31
8.2 Operar ou observar	32
8.3 Com o quê se opera	33
9. A hérnia epigástrica	36
9.1 Um ponto frágil acima do umbigo	36

9.2 Quando operar	36
9.3 O que muda no tratamento	37
10. A hérnia incisional	39
10.1 A parede que já foi aberta uma vez	39
10.2 Prevenir	40
10.3 Quando operar, e como	41
11. Preparo: da consulta ao dia da operação	43
11.1 O que se faz antes da data	43
12. A internação e os primeiros dias	45
12.1 Do centro cirúrgico à porta de casa	45
13. O que pode dar errado, e com que frequência	47
13.1 A lista, sem suavizar	47
14. Recidiva e dor persistente, ditas com honestidade	50
14.1 A hérnia pode voltar	50
14.2 A dor que fica	51
15. Voltar a pegar peso	53
15.1 O medo que a conversa sobre recidiva deixa	53
15.2 O que é esperado, e o que não é	54
Glossário	57
Referências	59
Sobre o autor	61
Transparência e licenças	62

O que é uma hérnia da parede abdominal

EM UMA FRASE

A hérnia é um defeito da parede do abdome. O que escapa por ele costuma estar saudável; quem falhou foi a camada encarregada de segurar.

1.1 Para quem é este livro, e como usá-lo

Um caroço que aparece na barriga ou na virilha chega ao consultório com duas perguntas atrás dele. O que é isso. E se vai ser preciso operar. Este livro responde às duas com calma, e serve a cinco hérnias diferentes da parede do abdome: a inguinal, a femoral, a umbilical, a epigástrica e a incisional.

A leitura pode ser feita de dois jeitos. Quem quiser entender o assunto inteiro lê do começo ao fim. Quem chegou até aqui por causa de um diagnóstico específico tem um caminho bem mais curto.

Os cinco primeiros capítulos valem para qualquer tipo de hérnia da parede. Depois deles, cada tipo ganha o seu capítulo, que começa em página nova e foi escrito para se sustentar sozinho: quem veio pela hérnia umbilical pode ler apenas o capítulo 8 — ele traz o que é, os sinais, quando operar, como se opera, a recuperação e os sinais de alerta — e já terá o essencial. Os cinco capítulos finais voltam a valer para todos: o preparo, a internação, os riscos com a frequência de cada um, a recidiva e a dor persistente, e a volta ao esforço.

Nada do que está escrito aqui substitui a consulta. O livro serve para você chegar nela com perguntas melhores, e para sair dela entendendo o que foi combinado com a equipe.

1.2 A parede que segura tudo

O abdome não é um saco de pele. Entre a pele e as vísceras existem camadas com funções distintas. A que interessa aqui é a camada firme: uma lâmina branca e resistente, chamada aponeurose, que envolve os músculos e mantém o conteúdo do abdome no lugar quando você tosse, levanta um peso, sobe uma escada ou ri alto. Ela trabalha o dia inteiro. A pressão dentro da barriga sobe a cada esforço, e é essa lâmina que a segura. Quando um trecho dela cede, a pressão encontra uma saída, e a saída vira um caroço.

Essa lâmina tem pontos naturalmente mais frágeis. No meio da barriga, do osso do peito até o púbis, os dois lados se encontram numa faixa estreita, a linha alba. O umbigo guarda uma cicatriz de nascença, o anel por onde passou o cordão. Cada virilha tem um

túnel curto, o canal inguinal, e logo abaixo dele uma passagem apertada ao lado dos vasos da perna, o canal femoral. Quem já foi operado ganha mais um ponto frágil: a linha da cicatriz.

Quando um desses pontos alarga, a membrana que forra o abdome por dentro é empurrada para fora e forma uma bolsa. Dentro dela entra gordura, e às vezes uma alça de intestino. É essa bolsa que a pessoa enxerga e apalpa. Ela cresce ao tossir e some ao deitar.

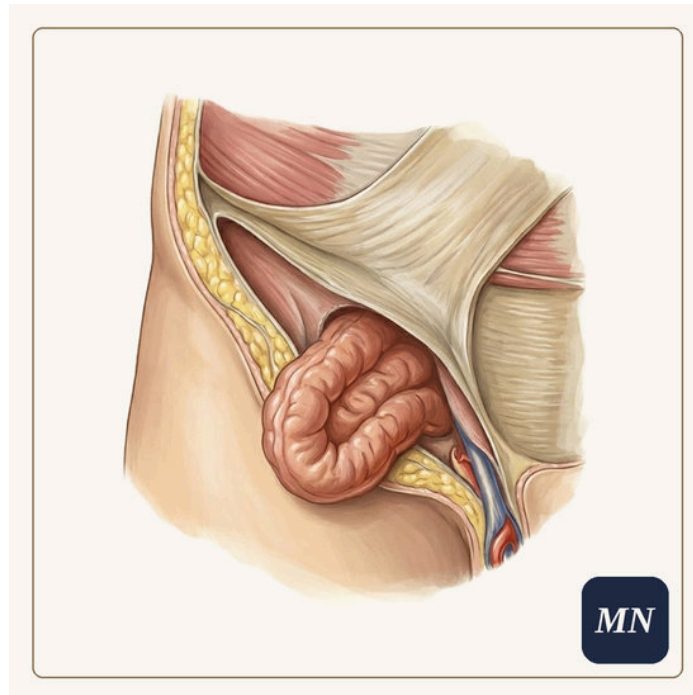


FIGURA 1.1

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 1.1 mostra essas camadas de perfil. Guarde a imagem: ela explica por que nenhuma faixa de compressão fecha uma hérnia. A faixa comprime de fora, e o buraco continua aberto por dentro.

1.3 Por que a parede cedeu

A pergunta vem sempre, e costuma vir com culpa embutida. A resposta honesta alivia: na maior parte das vezes, ninguém fez nada de errado.

Pesa a idade, porque o tecido perde elasticidade com os anos. A herança de família conta, e conta também a qualidade do colágeno de cada um, que é a proteína responsável pela firmeza da aponeurose. O sexo masculino aumenta o risco da hérnia da virilha; a gestação e o ganho de peso aumentam o risco no umbigo. Tosse crônica e prisão de ventre

somam pressão ao longo dos anos, e o esforço repetido para urinar entra na mesma conta. Nenhum desses fatores é escolha de quem adoece.

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

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz internacional de hérnias da virilha, escrita por um grupo de cirurgiões de todos os continentes e endossada pelas cinco sociedades continentais de hérnia, organiza o que se sabe sobre quem forma esse tipo de hérnia (HERNIASURGE GROUP, 2018). A lista de fatores começa pelo que qualquer pessoa reconhece: parente com hérnia e o fato de ser homem. A idade entra junto, porque o tecido muda com os anos. Vêm depois dois itens que só o médico costuma associar ao caso, uma alteração no metabolismo do colágeno e a cirurgia de próstata, somados à hérnia prévia do outro lado. E há o que surpreende: o índice de massa corporal baixo aparece entre os fatores, enquanto o excesso de peso fica de fora dessa lista. O documento reúne 136 afirmações e 88 recomendações, e é a base de boa parte deste livro. Para o umbigo e para a linha do meio da barriga, a referência é outra: a diretriz conjunta das sociedades europeia e americana de hérnia, publicada em 2020, cujo alcance e cujos limites estão descritos no capítulo da hérnia umbilical (HENRIKSEN et al., 2020).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; HENRIKSEN et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Que tipo de hérnia eu tenho, e onde exatamente ela fica?
- O que está saindo pelo ponto fraco: gordura ou intestino?
- Existe alguma hérnia do outro lado que ainda não deu sintoma?
- O que no meu caso pesou para que a parede cedesse?

Entender o defeito muda pouco na correria do dia a dia. O que muda tudo é reconhecer o momento em que uma hérnia deixa de ser incômodo e vira emergência. Esse é o assunto do próximo capítulo.

Quando a hérnia vira emergência

EM UMA FRASE

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

2.1 Três estados da mesma parede

A parede abdominal falha uma vez só. O que passa pelo buraco, porém, pode estar em três situações bem diferentes, e reconhecer qual delas é a sua muda a pressa. A pressa, por sua vez, muda o desfecho.

Na primeira situação, o conteúdo entra e sai. O caroço aparece em pé, ao tossir ou ao fazer força, e volta para dentro quando você deita ou empurra de leve. A hérnia é redutível. O risco imediato é baixo.

Na segunda, o conteúdo entrou e ficou. O caroço endurece e dói ao toque. Ele também deixa de desaparecer com o repouso. É o encarceramento. Nem todo encarceramento é grave de imediato. Ainda assim, ele pede avaliação no mesmo dia, sem espera até a consulta marcada.

Na terceira, a borda estreita do buraco aperta o que ficou preso a ponto de comprometer a circulação daquele tecido. É o estrangulamento. Aqui o relógio conta: um pedaço de intestino sem sangue sofre, e a operação deixa de ser programada para virar emergência de verdade.

A borda do buraco importa tanto quanto o que passa por ela. Um anel largo e frouxo deixa o conteúdo entrar e sair com facilidade, e o que passa por ali dificilmente fica preso. Um anel estreito e rígido funciona como uma argola: o que atravessa incha do outro lado, e o próprio inchaço impede a volta. Essa é a razão pela qual hérnias pequenas prendem com mais frequência que hérnias grandes. Soa estranho para quem julga o risco pelo tamanho do caroço que vê no espelho.



A Figura 2.1 resume os três estados lado a lado. Ela serve para você reconhecer a mudança e procurar ajuda; a classificação em si é trabalho de quem examina você.

2.2 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 qualquer outra coisa: **nunca force**.

Se o caroço acabou de sair e não dói, deitar de costas com as pernas dobradas costuma bastar para ele voltar sozinho. Uma tentativa suave da mão, sem forçar, é o máximo que cabe. Se ele não voltar nessa primeira tentativa, a mão sai e o caminho é o pronto-socorro.

Quatro situações dispensam a tentativa e mandam procurar atendimento de emergência na hora, pelo pronto-socorro ou pelo 192: dor ao toque sobre o caroço, pele avermelhada, náusea ou vômito, e o caroço que deixou de voltar sozinho quando você deita. 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.

A hérnia da virilha que aparece abaixo da prega, chamada femoral, fica fora dessa conversa. O anel dela é rígido, o que entra incha em poucas horas e o risco de estrangular é o

mais alto entre os cinco tipos. Hérnia femoral não se empurra: o caminho é o pronto-socorro, e o capítulo dedicado a ela repete a proibição. Sem exceção.

O tempo aqui se mede em horas. Quem chega cedo costuma sair do pronto-socorro com a hérnia reduzida e a cirurgia agendada para os próximos dias; quem chega tarde entra na sala naquela mesma noite. Essa diferença é observação de plantão, e não medida de estudo.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- O caroço ficou duro, parou de voltar para dentro e dói ao toque.
- Dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes.
- A pele sobre o caroço ficou vermelha, arroxeadada ou quente.
- 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.
- Enjoo que aparece sempre que o caroço sai.

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 alguma vez e voltou sozinho.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A frase “o risco de prender é baixo” tem população declarada na diretriz internacional, e ela é estreita: o homem com hérnia inguinal que sente pouco ou nada (HERNI-ASURGE GROUP, 2018). Fora desse grupo a conta muda. O mesmo documento nomeia três circunstâncias que elevam o risco de encarceramento. Já ter sido internado por causa da hérnia é uma delas. As outras duas são o tipo femoral e o sexo feminino. O tamanho do estrago quando isso acontece aparece num registro nacional sueco, que reuniu 3.980 reparos de hérnia femoral e 138.309 reparos de hérnia inguinal ao longo de quinze anos (DAHLSTRAND et al., 2009). Entre as femorais, 35,9% foram operadas em caráter de emergência, contra 4,9% entre as inguinais. Precisaram de ressecção de intestino 22,7% das femorais operadas de urgência, contra 5,4% das inguinais na mesma condição. E a operação de emergência esteve associada a um risco de morte dez vezes maior; o da operação programada não passou do risco da população geral. Um registro desse porte descreve o que aconteceu; a causa fica fora do alcance dele. A distância entre programar e correr, ainda assim, é grande, e depende de reconhecer os sinais a tempo.

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Como eu reconheço, no meu caso, que a hérnia prendeu?
- Posso tentar empurrar o caroço para dentro, e em que situação eu devo parar na hora?
- Para qual pronto-socorro eu devo ir, e o que devo dizer na recepção?
- Enquanto espero a cirurgia, o que posso continuar fazendo?

Reconhecida a urgência, sobra a pergunta de quem vai operar de forma programada: o que exatamente o cirurgião coloca ali dentro. O capítulo seguinte trata da tela e do reforço que ela dá.

A tela e o reforço da parede

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.

3.1 Por que o ponto sozinho não basta

A emergência tem uma vantagem didática: ela mostra que o problema da hérnia é mecânico. 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 que já estavam 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 a cada esforço, e você tem uma linha de sutura trabalhando contra si mesma durante as semanas em que a cicatriz ainda está mole. É dali que a hérnia costuma voltar, e foi essa observação, repetida por décadas em milhares de operações, que empurrou a cirurgia para outra solução.

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

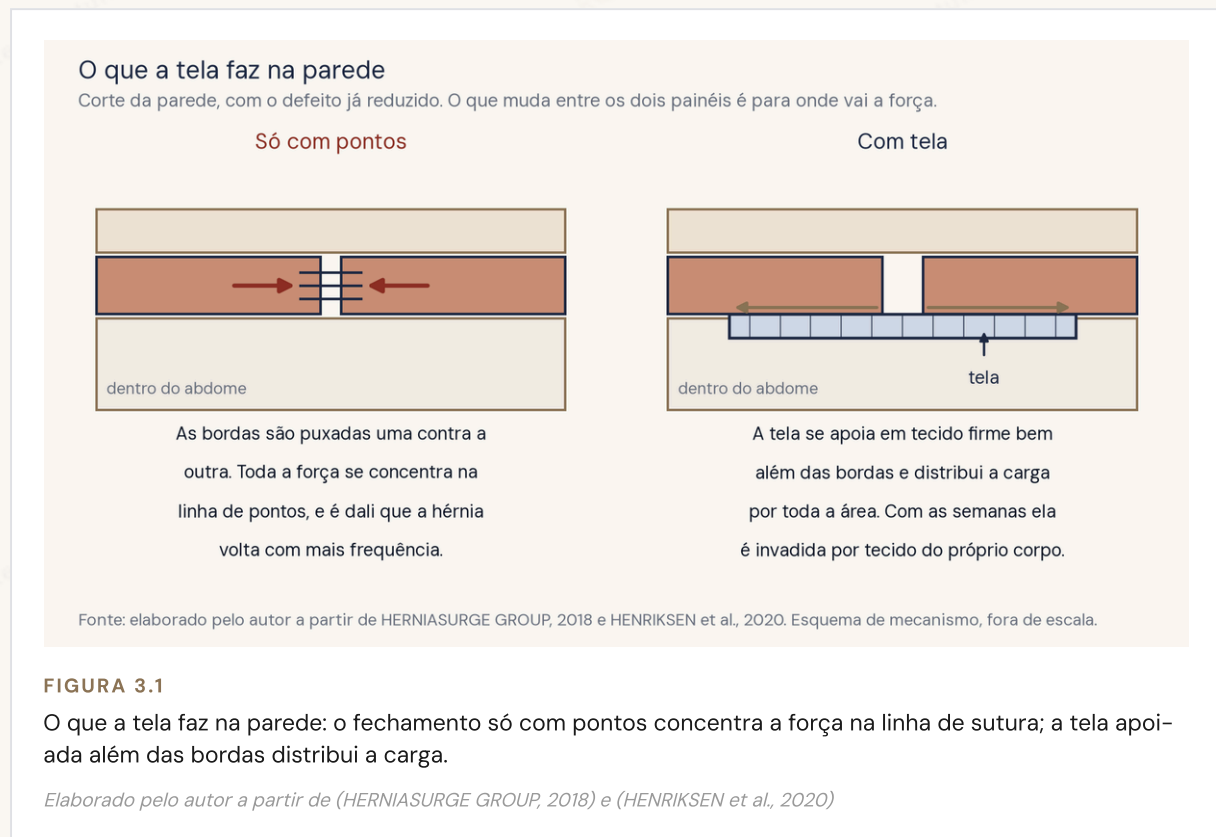
3.2 O que a tela faz

A tela é uma malha sintética leve. Os furos dela são grandes o suficiente para que o tecido do próprio corpo cresça por dentro. Ela tem o tamanho de uma carta de baralho na virilha, e bem mais do que isso numa cicatriz de laparotomia. Ela é apoiada sobre a camada firme e avança vários centímetros além das bordas do defeito, em todas as direções. A carga que antes se concentrava numa linha passa a se distribuir por toda a área de contato. É física simples.

Com as semanas, células do organismo invadem a malha e a incorporam. O resultado é uma região de parede mais espessa, formada pela mistura da tela com tecido cicatricial. Essa integração explica por que a tela permanece onde foi posta e não descola com o tempo. Ela vira parede.

A pergunta que vem em seguida, na consulta, 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, e vale nomear com clareza, é a reação inflamatória local das primeiras semanas,

que produz desconforto, endurecimento e às vezes um acúmulo de líquido ao redor da malha. Isso regride sozinho na maior parte dos casos, e o endurecimento que sobra é a própria cicatriz, firme ao toque por meses.



Os dois painéis da Figura 3.1 mostram para onde vai a força em cada situação.

A palavra reforço merece um aviso. A tela sustenta. O tecido que cedeu segue com a mesma qualidade de colágeno que sempre teve, e a parede reparada fica firme apenas na área coberta.

3.3 As perguntas que a tela levanta

A tela tem custo próprio, e ele precisa ser dito com clareza. A infecção da malha é rara. Quando acontece, exige tratamento longo, e às vezes a retirada da tela. Há cenários em que essa conta muda. Na operação de uma hérnia com intestino sofrido, a cavidade está contaminada, e o material sintético corre risco maior de infectar. A decisão de usar tela naquele momento é tomada dentro da sala, com o abdome aberto.

Sobre o material, a orientação internacional tem tom mais sóbrio que a conversa da sala de espera. Telas mais leves trazem alguma vantagem de conforto nas primeiras semanas. No longo prazo, a diferença desaparece. Escolher pelo peso da malha, sozinho, deixa de ser critério.

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

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 rendem menos dor e uma volta mais rápida à rotina nas primeiras semanas; passado esse prazo, recidiva e dor crônica ficam onde estariam de qualquer maneira. Daí a conclusão de que o peso da malha, sozinho, deixou de servir para escolher. No umbigo existe comparação direta, e de alto nível. Um ensaio randomizado e duplo-cego repartiu 300 adultos com hérnia umbilical de 1 a 4 cm em dois braços de 150, um para o fechamento só com pontos, outro para o reforço com tela (KAUFMANN et al., 2018). A estimativa de recidiva em dois anos ficou em 11,4% com pontos e em 3,6% com tela; na conta dos próprios autores, é preciso reforçar cerca de treze pessoas para poupar uma recidiva. Seroma, hematoma e infecção da ferida apareceram em pouquíssimos casos nos dois braços, com dois ou três pacientes de diferença a favor da sutura em cada um deles, e o estudo não registrou morte depois da operação nem complicação da anestesia. Para o umbigo e para a linha do meio, a diretriz europeia e americana chega ao mesmo destino por outro caminho: o reforço com tela é a sua recomendação de maior peso, e o alvo dela é a frequência com que a hérnia volta (HENRIKSEN et al., 2020).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; KAUFMANN et al., 2018; HENRIKSEN et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual tipo de tela vocês usam no meu caso, e por quê?
- Em que camada da parede a tela vai ficar?
- O que acontece se eu tiver uma infecção na ferida?
- A tela muda alguma coisa em exames de imagem que eu fizer no futuro?

Definido o reforço, resta o caminho até ele. A mesma tela pode ser colocada por furos ou por um corte na frente da parede, e o capítulo sobre as vias por furos e a via convencional compara as quatro possibilidades.

Robótica, TAPP, TEP ou convencional

EM UMA FRASE

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

4.1 O que é igual nos quatro caminhos

O reforço da parede com tela é o destino comum das quatro vias. Em qualquer uma delas, a equipe devolve o conteúdo para dentro do abdome, trata a bolsa herniária e posiciona a tela sobre tecido firme, com margem generosa além das bordas do defeito. O que muda é por onde se chega até ali. Muda também em que camada a tela fica.

A via convencional usa um corte de poucos centímetros sobre a hérnia e trabalha de fora para dentro. É a mais antiga. 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 4.1 — OS 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	Exige anestesia geral; 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	Exige anestesia geral; 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	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 4.1 coloca as quatro vias lado a lado. As colunas “Contra” têm o mesmo peso das colunas “A favor”. Nenhuma linha dela descreve o seu caso.

4.2 Qual via para qual hérnia

Cada tipo de hérnia puxa a escolha para um lado. Na virilha, as quatro vias estão em jogo, e a diretriz internacional recomenda que o serviço ofereça tanto a abordagem por fora, pela frente da parede, quanto a de trás dela, porque uma técnica única para todas as hérnias da região não existe. No umbigo e na linha do meio da barriga, o padrão é a via convencional com tela colocada por trás da camada firme, com duas exceções que o capítulo da hérnia umbilical descreve. Na hérnia da cicatriz, a escolha depende do tamanho do defeito e das cirurgias anteriores.

TABELA 4.2 — OS CINCO TIPOS E A VIA QUE COSTUMA SER USADA EM CADA UM

TIPO	ONDE FICA	TELA	VIAS MAIS USADAS	O QUE COSTUMA PESAR NA ESCOLHA
Inguinal	Virilha, acima da prega	Sim, na maioria dos adultos	Robótica, TAPP, TEP ou convencional	Um ou os dois lados; cirurgia prévia na região; experiência da equipe
Femoral	Virilha, abaixo da prega	Sim	Sugestão da diretriz: tela por via laparoscópica, quando há experiência disponível. Na urgência e onde a via por furos não cabe, o reparo pela via convencional com tela atrás da parede tem apoio de registro nacional	Risco alto de prender: entra na fila com prioridade, mesmo sem sintoma
Umbilical	No umbigo	Sim, a partir de cerca de 1 cm	Convencional com tela por trás da camada firme	Tamanho do defeito e risco de complicação da ferida
Epigástrica	Linha do meio, acima do umbigo	Sim	Convencional com tela por trás da camada firme	Mesma lógica da umbilical; costuma ser pequena e dolorida
Incisional	Na cicatriz de uma cirurgia	Sim	Robótica, laparoscópica ou convencional	Tamanho, cicatrizes prévias, peso e condições clínicas

A Tabela 4.2 mostra essa distribuição. Ela descreve o habitual. A linha do seu caso é lida com quem vai operar, porque o que está escrito ali resume a prática comum de milhares de serviços e nenhuma tabela de livro consegue enxergar a sua anatomia, o seu histórico de cirurgias e a experiência da equipe que vai operar você. Pergunte.

Uma observação sobre a robótica, porque ela ocupa muito espaço na conversa. O console dá ao cirurgião visão em três dimensões e pinças que dobram dentro do abdome, o que ajuda em costuras difíceis. Os estudos que compararam a robótica com a laparoscopia em hérnia da parede encontraram resultados parecidos, com duas diferenças medidas: mais tempo de sala e mais custo. Isso faz dela uma opção legítima em casos selecionados, e não a escolha automática que a propaganda sugere.

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, da convencional com tela até a variante robótica da TAPP. A chance de a hérnia voltar foi medida nas quatro, e nenhuma delas se separou das outras. A dor crônica entrou em três — a convencional, a TAPP e a TEP —, e ali também ficou sem diferença; a variante robótica não chegou a ser comparada nesse desfecho. Seroma, retenção urinária, dias de internação, hematoma e infecção do sítio cirúrgico completam a lista dos desfechos que não separaram um caminho do outro. Entre as duas vias por furos, a comparação foi aprofundada em quinze ensaios randomizados com 1.359 pacientes (AIOLFI et al., 2021). A análise usada ali testa se a quantidade de informação já é suficiente para encerrar a pergunta. Recidiva e dor crônica ficaram semelhantes entre TEP e TAPP, e os autores concluem que novos estudos com a mesma pergunta seriam desestimulados. Sobre a robótica, dez estudos entraram numa metanálise, e apenas dois deles eram randomizados (LI et al., 2024). A hérnia voltou com a mesma frequência nos dois grupos. Complicações, readmissão, seroma e dias de hospital também ficaram sem diferença frente à TAPP laparoscópica. Os dois preços medidos são claros: cerca de 14 minutos a mais de operação e custo maior.

Fonte: AIOLFI et al., 2019; AIOLFI et al., 2021; 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?
- O que faria vocês mudarem de plano no meio da operação?
- Que tipo de anestesia está previsto para mim?

Escolher o caminho só faz sentido depois de decidir se a operação será feita agora. A pergunta de esperar ou operar abre o próximo capítulo.

Esperar, e quando não operar

EM UMA FRASE

Acompanhar uma hérnia é conduta médica, com critério e reavaliação combinada. Quem escolhe, sabendo dos dois riscos, é você.

5.1 A escolha existe mesmo

Nem todo caroço entra na fila da cirurgia no dia em que aparece. A escolha entre a via robótica e a convencional, ou entre as duas vias por furos, responde a uma pergunta técnica. Antes dela vem outra, bem mais simples de enunciar. Operar agora, ou esperar? Num cenário específico a espera é defensável, e esse cenário tem nome: o homem com hérnia inguinal que sente pouco ou nada.

O que sustenta essa conduta é um ensaio grande, de acompanhamento longo. O resultado dele tranquiliza num ponto e incomoda em outro. Tranquiliza porque o acidente que todo mundo teme, a hérnia prender de repente, foi raro nesse grupo. Incomoda porque quase um quarto dos que tinham sido sorteados para esperar acabou na mesa dentro do próprio estudo, quase sempre porque a dor aumentou. A diretriz internacional olha além do ensaio e diz, com todas as letras, que a operação acaba chegando para a maior parte dessas pessoas mais cedo ou mais tarde. Esperar, no fim, costuma ser adiar.

Isso muda o que se combina na consulta. Em vez de uma alta com a promessa de que aquilo ficará quieto, a conversa honesta marca reavaliação, descreve os sinais que antecipam o retorno e deixa claro que a data da cirurgia é uma escolha sua, tomada quando o incômodo passar do ponto que você aceita conviver.

TABELA 5.1 — 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
Tipo	Hérnia inguinal em homem, pequena e sem sintoma nenhum	Hérnia femoral, em qualquer situação: o anel é estreito e prende com facilidade
História	Nunca prendeu e sempre voltou para dentro com facilidade	Já ficou presa alguma vez, mesmo que tenha voltado sozinha
Risco da operação	Risco cirúrgico elevado e nenhum sintoma que justifique corrê-lo agora	Risco cirúrgico aceitável diante do que a hérnia já causa
O tempo	Quadro estável, com os sinais de alerta combinados na consulta	Crescimento rápido, ou caroço que deixou de voltar para dentro

A Tabela 5.1 organiza esse raciocínio. Ela serve para acompanhar a conversa na consulta; a classificação em si fica com quem examina você.

5.2 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, que se resolvem sozinhas depois do parto. Há ainda a hérnia pequena e sem sintoma em quem tem uma condição clínica descompensada e tratável, porque controlar essa condição primeiro melhora a segurança da operação depois. Nenhuma dessas situações vira regra de bolso. Todas são discutidas caso a caso.

Uma exceção atravessa tudo o que este capítulo diz: a hérnia femoral. Ela é estreita e prende com frequência alta. Entra na fila, então, mesmo sem sintoma nenhum.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O estudo que tornou a espera defensável sorteou 720 homens com hérnia inguinal de sintoma mínimo ou ausente entre operar de imediato e acompanhar (FITZGIBBONS et al., 2006). O acompanhamento durou de dois a quatro anos e meio. A pergunta principal do ensaio era a dor que limita as atividades habituais aos dois anos, e a resposta foi 5,1% entre os que acompanharam contra 2,2% entre os que operaram — uma distância que os autores leram como semelhança entre os grupos, com P de 0,06. Um único participante do grupo da espera teve a hérnia presa sem comprometimento da circulação dentro dos dois anos. Um segundo teve obstrução do intestino aos quatro anos. Dá algo perto de dois casos por mil pessoas a cada ano de acompanhamento. O dado honesto está na travessia entre os grupos: 23% dos que iam acompanhar acabaram operando, quase sempre porque a dor aumentou. A diretriz internacional, que enxerga um horizonte maior que o do ensaio, acrescenta o que importa ao paciente (HERNIASURGE GROUP, 2018). A espera é aceitável no homem com hérnia inguinal de sintoma mínimo, e a operação acaba chegando para a maior parte dessas pessoas — motivo pelo qual a conversa sobre o risco cirúrgico precede a escolha.

Fonte: FITZGIBBONS et al., 2006; HERNIASURGE GROUP, 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, acompanhar é uma opção razoável?
- Se eu escolher esperar, de quanto em quanto tempo eu volto para reavaliar?
- Que mudança deve me fazer antecipar a consulta?
- Existe alguma condição minha que eu deveria tratar antes da cirurgia?

Terminam aqui os capítulos que valem para todos. A partir de agora cada tipo tem o seu, e o primeiro deles é o mais comum de todos: a hérnia inguinal.

A hérnia inguinal

EM UMA FRASE

É a hérnia mais comum da parede do abdome. Fica acima da prega da virilha e tem, hoje, quatro caminhos cirúrgicos possíveis.

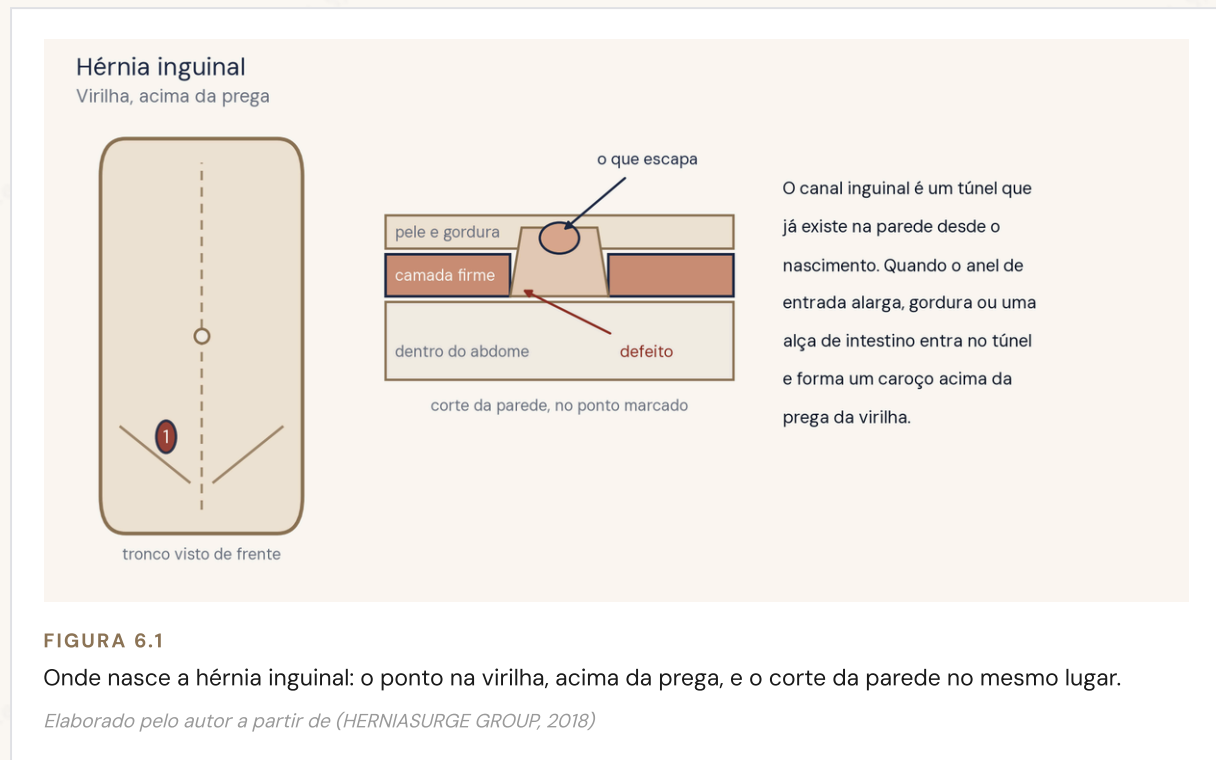
6.1 Onde ela nasce

De todas as hérnias da parede, esta é a mais comum, e é a única em que esperar foi testado em ensaio clínico e saiu de lá como conduta defensável. Antes de chegar a essa escolha, convém entender por que a virilha falha com tanta frequência.

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

Quando o anel de entrada desse túnel alarga, o conteúdo do abdome acompanha o cordão e a hérnia pode descer até a bolsa escrotal. É a hérnia inguinal **indireta**. Esse é o nome que aparece no laudo do ultrassom.

O outro mecanismo é o enfraquecimento da parede de trás do canal. Ali o conteúdo empurra de frente para trás, sem passar pelo anel, e o nome é hérnia inguinal **direta**. A distinção interessa ao cirurgião. Para quem tem a hérnia ela muda pouco, porque sintoma e tratamento caminham juntos nos dois casos. A mesma operação atende aos dois.



A Figura 6.1 marca esse ponto no tronco e mostra o corte da parede ali.

6.2 Como se descobre

O diagnóstico costuma ser feito com conversa e exame. A equipe examina você em pé e deitado, e pede que tussa enquanto apalpa a região. Na maioria dos casos isso basta, e nenhum exame de imagem é necessário.

Os exames de imagem entram 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, ou quando é preciso separar a hérnia de outras causas de dor na virilha. O ultrassom resolve a maior parte desses casos. Tomografia e ressonância ficam para situações específicas.

O diagnóstico diferencial é longo. Problemas do quadril, da coluna, dos tendões do adutor e dos testículos doem na mesma região, às vezes exatamente no mesmo ponto, e nenhum deles melhora com uma cirurgia de hérnia. É por isso que o exame vale tanto: ele separa a dor que vem da parede da dor que vem de baixo dela, e evita uma operação que não resolveria a queixa de quem procurou ajuda.

No laudo e na conversa com a equipe aparece ainda uma sigla: EHS, com uma letra e um número ao lado. É a classificação da Sociedade Europeia de Hérnia, sugerida pela diretoria internacional para registrar de que tipo é a hérnia e que tamanho tem o anel. Ela ajusta o tratamento ao caso e permite comparar resultados entre serviços.

6.3 Quando operar

Hérnia inguinal que dói, que pesa, que atrapalha o trabalho, o esporte ou o sono entra na fila. Hérnia inguinal sem sintoma nenhum, no homem, admite acompanhamento com reavaliação combinada — e com a informação, dita de antemão, de que a operação acaba chegando para a maior parte das pessoas nessa situação. Na mulher a conversa é outra, porque a hérnia femoral é mais frequente nela e pode estar escondida ao lado da inguinal. Qualquer episódio de caroço que prendeu, mesmo que tenha voltado sozinho, tira a espera da mesa.

6.4 Como se opera

A Tabela 4.1 compara as quatro vias. Três orientações específicas da virilha merecem registro.

A primeira é o nome da operação convencional mais estudada do mundo. Chama-se técnica de Lichtenstein: um corte de poucos centímetros, com a tela apoiada pela frente da parede, sobre a camada firme. Onde a tela está contraindicada, existe a alternativa sem malha. É o reparo de Shouldice, feito com camadas de sutura da própria parede. Nas vias por furos a tela fica do outro lado, no espaço pré-peritoneal, entre a camada firme e a membrana que forra o abdome por dentro.

A segunda 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 terceira é para a hérnia que voltou. Quando o primeiro reparo foi feito por fora, o segundo costuma ser feito por dentro, e vice-versa, para trabalhar em território ainda não cicatrizado.

O dia da operação costuma ser mais simples do que a expectativa. A maior parte dos reparos de hérnia inguinal cabe em regime de hospital-dia, e o capítulo sobre a internação descreve como isso funciona. A anestesia varia. Pode ser local com sedação, raquianestesia ou geral. A escolha sai da avaliação anterior, e leva em conta a via escolhida e as suas condições clínicas.

6.5 Como é a recuperação

Na virilha, a recuperação é curta. Caminhar em casa acontece no mesmo dia. O trabalho sentado costuma voltar em uma a duas semanas, e o esforço pesado em duas a quatro, de forma progressiva. Inchaço, mancha arroxeadada na pele e uma sensação de repuxo ao levantar da cama são esperados nas primeiras duas semanas. No homem o inchaço pode descer até a bolsa escrotal. O capítulo sobre voltar a pegar peso detalha cada faixa e o que define a liberação de cada uma.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: caroço da virilha que endureceu, parou de voltar para dentro e dói ao toque; dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes; pele avermelhada, arroxeadada ou quente sobre o caroço.

Atendimento no mesmo dia: dor nova e persistente sobre a hérnia, mesmo depois de o caroço ter voltado para dentro sozinho; dor e inchaço que descem até a bolsa escrotal; enjoo que aparece sempre que o caroço sai.

Relate na próxima consulta: o caroço cresceu, passou a sair em situações em que antes ficava quieto, ou começou a atrapalhar o trabalho, o exercício ou o sono; já ficou preso alguma vez e voltou sozinho.

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. Sobre a técnica, ele recomenda o reparo com tela como primeira escolha e registra que nenhuma operação isolada serve a todas as hérnias da virilha, pedindo que o serviço domine tanto o caminho pela frente da parede quanto o de trás dela. Entre as técnicas, Lichtenstein e o reparo por furos são as que têm avaliação mais completa; quando a opção é reparar apenas com tecido, o documento indica em primeiro lugar o reparo de Shouldice. 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. A metanálise em rede com 51.037 pacientes, já citada quando este livro comparou as vias, pôs a via convencional ao lado das duas vias por furos e não separou nenhuma delas, na recidiva ou na dor crônica (AIOLFI et al., 2019).

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha hérnia é de um lado só, ou existe suspeita do outro lado?
- No meu caso, a operação pode ser feita com anestesia local?
- Vou para casa no mesmo dia?
- Quanto tempo até eu voltar ao que faço no trabalho?

Poucos centímetros abaixo dessa passagem existe outra, ainda mais estreita. Ela se chama femoral, e é a que menos perdoa a espera.

A hérnia femoral

EM UMA FRASE

Menos comum e mais apressada: o anel femoral é estreito, prende com frequência alta e entra na fila mesmo sem doer.

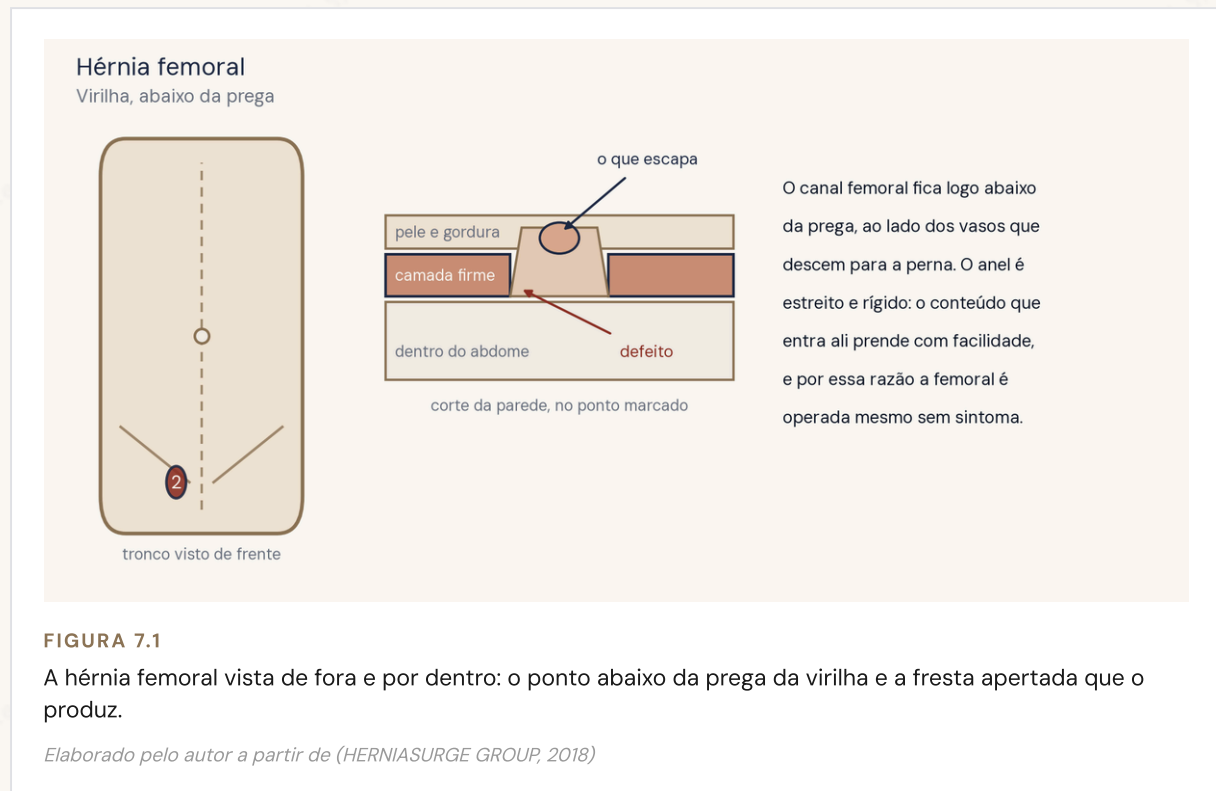
7.1 Uma passagem estreita, logo abaixo da prega

Poucos centímetros abaixo do canal inguinal existe uma segunda passagem da virilha, com personalidade oposta. A artéria e a veia principais da perna descem para a coxa dentro de uma bainha comum. Ao lado da veia, dentro dessa mesma bainha, sobra uma fresta estreita. Esse é o canal femoral. No estado normal ele guarda pouco mais que gordura, e tem ligamento rígido em três dos seus lados.

Uma hérnia que entra nessa fresta encontra pouco espaço para se acomodar. A borda quase não tem elasticidade. O caroço costuma ser pequeno e aparece abaixo da prega da virilha. Volta para dentro com dificuldade, e em muitas pessoas passa despercebido até o dia em que prende.

Este tipo é bem mais frequente na mulher. É também o que mais chega ao hospital pela porta da emergência, e as duas informações andam juntas. Elas explicam a conduta deste capítulo: a hérnia femoral é operada assim que diagnosticada, com ou sem sintoma, e a espera que o capítulo anterior descreveu para a inguinal deixa de valer aqui.

A regra é curta. Diagnosticou, opera.



A Figura 7.1 mostra a diferença de altura entre as duas passagens da virilha.

A anatomia explica a diferença de comportamento entre as duas. O canal inguinal é um túnel com paredes de músculo e aponeurose, que cedem um pouco quando alguma coisa passa por ali, e essa folga funciona como válvula de escape para o conteúdo que entrou. O anel femoral tem outra construção: de um lado corre a veia principal da perna, dos outros três lados existe ligamento firme, e nenhum deles cede. O que entra fica apertado desde o primeiro minuto. Ele incha nas horas seguintes, e a chance de voltar sozinho desaparece.

7.2 Por que a pressa é diferente

O diagnóstico é mais difícil que na inguinal. O caroço é pequeno e fica escondido na dobra da virilha. Ele pode ser confundido com um gânglio aumentado ou com uma veia dilatada, o que explica os meses que às vezes separam a primeira queixa da resposta certa. A demora custa caro. Em pessoas com mais tecido na região, o exame das mãos perde sensibilidade, e aí o ultrassom ou a tomografia entram para ajudar.

Essa dificuldade tem uma consequência prática que vale dizer em voz alta. Boa parte das hérnias femorais é descoberta no pronto-socorro, no dia em que prendem. O consultório, em condições tranquilas, recebe a minoria delas.

Quem já tem o diagnóstico está em vantagem. Existe a chance de entrar numa sala de cirurgia programada, com exames em dia, em vez de entrar de madrugada com o intestino sofrido.

O tratamento segue a mesma lógica geral deste livro: devolver o conteúdo e reforçar com tela. A diferença está no acesso, e ela tem uma razão anatômica clara.

A sugestão da diretriz internacional é precisa quanto ao caminho: reparo com tela por via laparoendoscópica, feito em tempo hábil, onde houver experiência disponível. A razão é de alcance. Entrando por trás da parede, a equipe cobre de uma vez as duas passagens da virilha, e uma hérnia inguinal do mesmo lado deixa de passar em branco. Onde a via por furos não cabe, e na urgência, o reparo pela via convencional com tela colocada atrás da parede tem apoio próprio, vindo do registro nacional sueco.

Uma última regra, e é a mais importante deste capítulo: hérnia femoral não se empurra. O anel rígido faz o conteúdo inchar em poucas horas, e a manobra que o capítulo sobre a emergência admite para outros tipos fica proibida aqui. Caroço da virilha abaixo da prega que endureceu vai para o pronto-socorro, com a mão longe dele.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: caroço na virilha que ficou duro e parou de voltar para dentro, com dor forte, vômito, barriga estufada ou pele avermelhada sobre ele. Não tente empurrar.

Atendimento no mesmo dia: dor nova e persistente sobre um caroço da virilha, mesmo que ele tenha voltado para dentro depois.

Relate na próxima consulta: qualquer caroço novo na virilha, ainda que pequeno e indolor. Na hérnia femoral, tamanho pequeno significa risco grande.

A recuperação da operação programada se parece com a da hérnia inguinal. Alta no mesmo dia, na maioria das vezes. Volta ao esforço pesado em duas a quatro semanas, de forma progressiva. A operação feita de urgência muda essa conta, porque pode incluir a retirada de um pedaço de intestino, e aí a internação passa a ser contada em dias.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O registro nacional sueco já citado quando este livro tratou da urgência traz os números que sustentam a prioridade (DAHLSTRAND et al., 2009). Das 3.980 hérnias femorais registradas em quinze anos, 2.490 eram de mulheres e 1.490 de homens. A operação de emergência foi necessária em 40,6% das mulheres e em 28,1% dos homens com esse tipo de hérnia. Entre as femorais operadas de urgência, quase um quarto exigiu retirar um pedaço de intestino, e a mortalidade dessa porta de entrada é a que aquele capítulo já mediu. O registro também mostra o que acontece quando a operação é programada: entre as femorais eletivas, tanto o reparo laparoscópico quanto o reparo pela via convencional com tela colocada atrás da parede precisaram de reoperação com frequência bem menor que a do fechamento só com pontos, e as razões de risco dos dois ficaram perto de um terço da do reparo com sutura. A diretriz internacional aponta na mesma direção e escolhe o caminho por furos: reparo com tela por via laparoendoscópica, feito em tempo hábil, onde houver experiência disponível (HERNIASURGE GROUP, 2018).

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O exame confirmou hérnia femoral, ou ainda existe dúvida entre ela e outra coisa?
- Em quanto tempo devo ser operado?
- Vocês vão verificar também o canal inguinal do mesmo lado?
- Enquanto espero a data, que sinais devem me levar ao pronto-socorro?

Da virilha o livro sobe para o meio da barriga, e a primeira parada é o ponto frágil mais conhecido de todos: o anel umbilical, que cede à vista de quem o carrega.

A hérnia umbilical

EM UMA FRASE

O umbigo é uma cicatriz de nascença, e cicatriz cede. No adulto, o reforço com tela é o que sustenta o reparo a longo prazo.

8.1 O anel que se fechou ao nascer

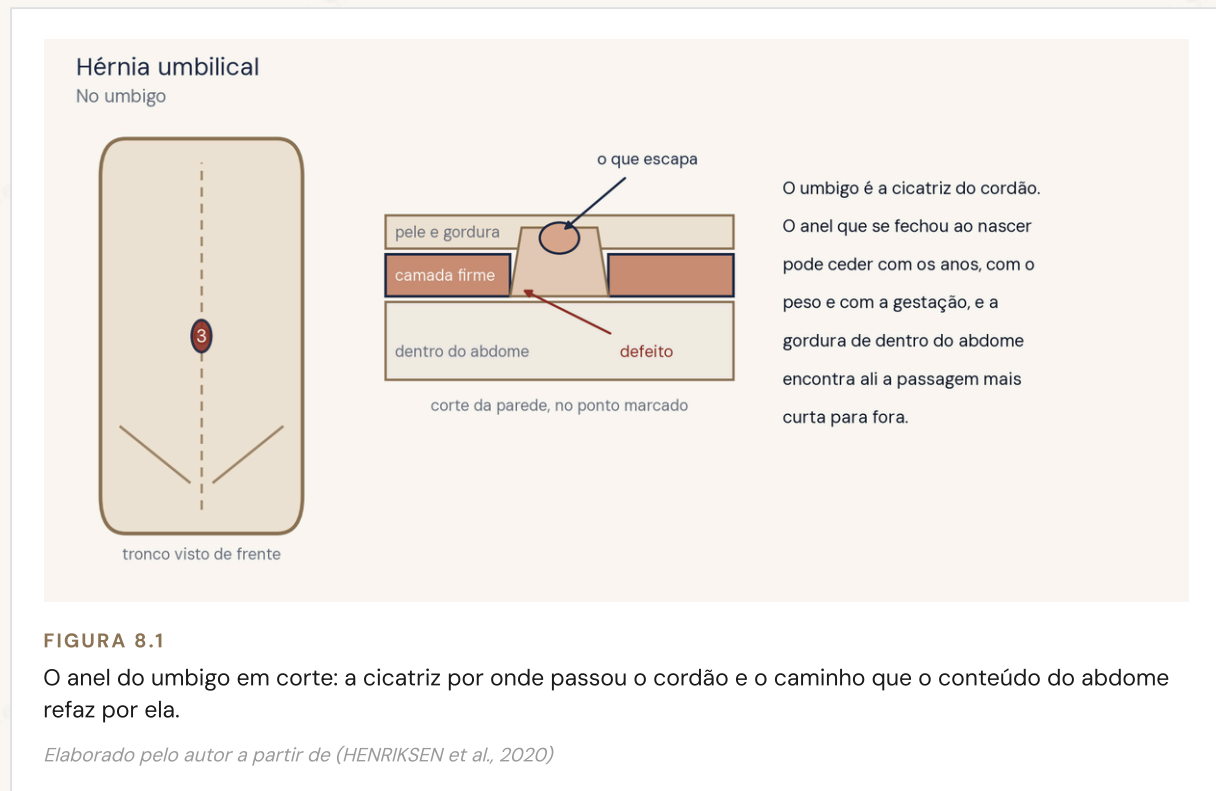
Diferente da femoral, que se esconde na dobra da virilha, esta hérnia fica à vista. O umbigo é o lugar por onde passou o cordão umbilical. O anel que se fechou depois do parto continua sendo o ponto mais fino da linha do meio da barriga.

No bebê, uma hérnia umbilical pequena costuma fechar sozinha nos primeiros anos, e a conduta habitual é observar. No adulto, a história é outra. O anel que cedeu não volta a se fechar. Ganho de peso, gestações, tosse crônica e acúmulo de líquido no abdome aumentam a pressão interna e alargam o anel com o tempo.

O que sai por ali é, na maioria das vezes, um pedaço de gordura interna. Isso explica dois achados que confundem. O caroço pode doer bastante sendo pequeno, porque a gordura fica comprimida na borda estreita. E pode parar de voltar para dentro sem que haja intestino preso.

A distinção importa. Gordura presa dói e incomoda; intestino preso é urgência.

O exame de quem apalpa resolve essa dúvida na maior parte das vezes. Diante de dor forte, de vômito ou de parada de gases, a conta muda. O lugar é o pronto-socorro.



A Figura 8.1 mostra o anel umbilical e o corte da parede ali.

Um detalhe da região merece explicação, porque ele aparece em quase toda consulta. A pele do umbigo é fina e aderida ao anel por baixo, o que deixa o caroço muito visível e assusta mais do que o tamanho do defeito justificaria. Essa mesma aderência é o que torna a operação um pouco mais delicada do que parece de fora: separar a pele do saco herniário sem rasgá-la exige cuidado, e é por isso que a equipe costuma avisar que o umbigo pode ficar com aspecto diferente depois, mais raso ou levemente deslocado.

8.2 Operar ou observar

Hérnia umbilical pequena, sem dor e sem crescimento pode ser acompanhada, com os mesmos critérios discutidos no capítulo sobre esperar. Dor, crescimento, episódio de encarceramento ou incômodo no dia a dia mudam a conversa para a cirurgia.

Uma diferença em relação à virilha merece registro. O anel umbilical é pequeno e de borda firme, o que aproxima esta hérnia da femoral no quesito risco de prender. Hérnia umbilical que dói merece atenção mais rápida que hérnia inguinal que dói.

A gravidez levanta uma dúvida frequente. O anel umbilical costuma alargar durante a gestação, e o abaulamento que aparece ali pode diminuir sozinho nos meses seguintes ao parto. Operar durante a gestação fica reservado a quem tem complicação, e o reparo programado espera o corpo voltar ao seu peso habitual, o que costuma levar alguns meses depois do nascimento do bebê e da amamentação estabelecida.

8.3 Com o quê se opera

Sobre o reparo, a orientação internacional tem uma frase só: reforce com tela, porque isso diminui a frequência com que a hérnia volta. Os números do ensaio que comparou pontos e tela nesse cenário estão no capítulo sobre o reforço da parede, e são a razão da recomendação. O acesso habitual é um corte pequeno no próprio umbigo, com a tela posicionada por trás da camada firme, no espaço pré-peritoneal. A via por furos fica reservada a dois casos: quem tem risco maior de a ferida complicar, como na obesidade importante, e o defeito que já não é pequeno.

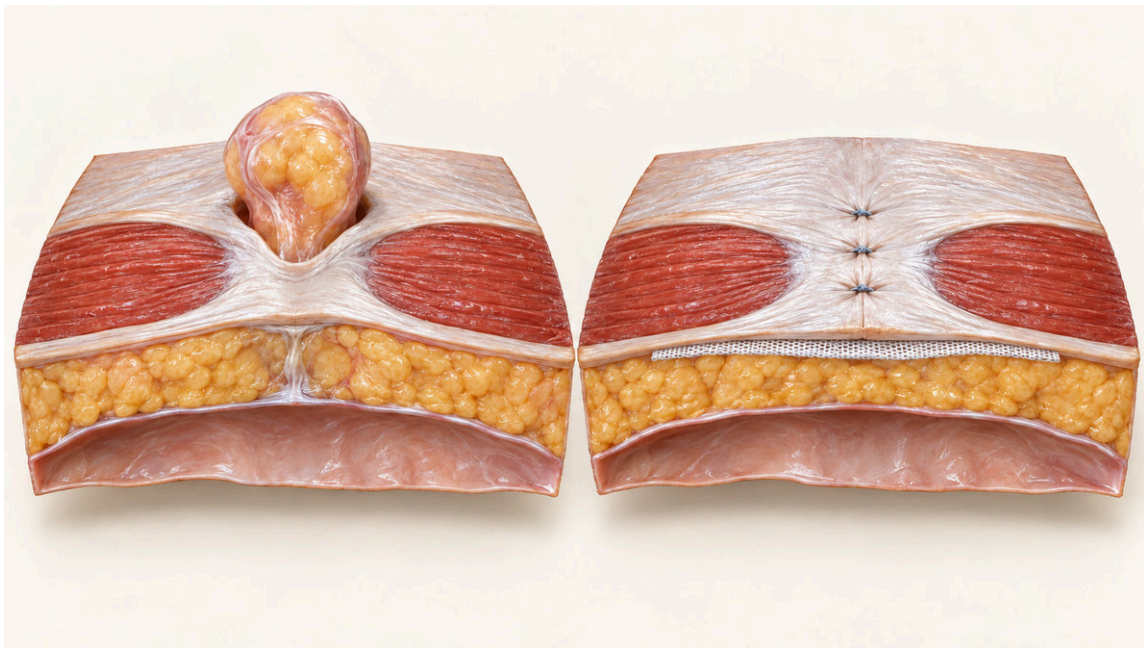


FIGURA 8.2

À esquerda, a hérnia umbilical: gordura de dentro escapa pelo anel alargado do umbigo, na linha do meio da camada firme. À direita, o reparo: o anel fechado com pontos e uma tela plana posicionada por trás da camada firme, no espaço pré-peritoneal, ultrapassando as bordas do anel. Pele e gordura sob a pele foram omitidas no desenho.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 8.2 mostra onde a tela fica.

Uma ressalva honesta fecha o assunto. A evidência sobre o umbigo é mais escassa que a da virilha, e quem escreveu a diretriz mediu essa escassez e a declarou no próprio resumo. Isso muda o tom da conversa, e a direção dela continua a mesma.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz conjunta das sociedades europeia e americana de hérnia, publicada em 2020, foi o primeiro documento internacional dedicado às hérnias umbilical e epigástrica (HENRIKSEN et al., 2020). Cirurgiões da Europa e da América do Norte a escreveram, com busca sistemática da literatura e os métodos formais de graduação da evidência. O que eles encontraram, e declararam no resumo, foi pouca coisa e de qualidade baixa: as recomendações que puderam emitir saíram, na maior parte, no grau mais fraco da escala. Mesmo assim, uma delas tem peso maior que as outras, e é a do reforço com tela, escolhida para diminuir a frequência com que a hérnia volta. Quem tem risco aumentado de a ferida complicar, e quem tem um defeito grande, podem ser levados à laparoscopia. Fora desses dois casos, o documento sugere a via convencional, com tela plana no espaço pré-peritoneal. O ensaio randomizado com 300 adultos que sustenta a parte da tela está detalhado no capítulo sobre o reforço da parede (KAUFMANN et al., 2018).

Fonte: HENRIKSEN et al., 2020; KAUFMANN et al., 2018

A recuperação costuma ser curta. Alta no mesmo dia, na maior parte dos reparos pequenos. Banho em um a dois dias. O trabalho sentado volta em uma a duas semanas. O umbigo fica endurecido por semanas, e com aspecto diferente do que tinha. Isso faz parte da cicatrização.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: caroço do umbigo que endureceu e parou de voltar, com dor forte, vômito, barriga estufada e parada de gases; pele do umbigo arroxeadada, com ferida aberta ou com saída de secreção.

Atendimento no mesmo dia: pele que ficou fina, brilhante e avermelhada sobre o caroço, desde que ele continue voltando ao deitar e não doa ao toque (se doer ou parar de voltar, é emergência) — o umbigo tem pele aderida ao anel e pouca margem antes de ulcerar; ou dor nova e persistente sobre o umbigo, mesmo com gases saindo.

Relate na próxima consulta: o caroço cresceu, passou a doer no fim do dia, ou deixou de voltar para dentro sem que doesse.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é o tamanho do meu defeito, medido no exame ou na imagem?
- No meu caso, cabe acompanhar por mais um tempo?
- A tela vai ficar em qual camada?
- Existe algo que eu deva tratar antes, como peso ou tosse crônica?

Subindo alguns centímetros na mesma linha do meio, um ponto frágil parecido produz a hérnia epigástrica, com fama de doer mais do que o tamanho justifica.

A hérnia epigástrica

EM UMA FRASE

Pequena, alta na linha do meio e desproporcionalmente dolorida. O reparo segue a lógica da umbilical, com evidência ainda mais escassa.

9.1 Um ponto frágil acima do umbigo

A hérnia umbilical tem uma vizinha alguns centímetros acima, na mesma faixa de tecido, a linha alba. As duas diferem na altura, e só nisso. A epigástrica aparece entre o umbigo e o osso do peito, e nessa região as aponeuroses dos dois lados se cruzam. Entre elas ficam pequenas frestas, por onde passam vasos finos, e uma dessas frestas pode alargar.

O defeito costuma ser pequeno. Às vezes tem poucos milímetros. O que escapa por ele quase sempre é gordura interna, e daí vem a característica que mais chama atenção: a dor é desproporcional ao tamanho. Uma borda estreita apertando um pedaço de gordura produz dor bem localizada, que piora ao fazer força e melhora ao deitar.

Muita gente convive anos com essa dor sem diagnóstico. Ela é atribuída a gastrite, a má digestão ou a um problema da coluna. O caroço é pequeno demais para chamar atenção no exame de quem procura outra coisa. O achado costuma vir no dia em que alguém apalpa a linha do meio da barriga com a pessoa deitada e depois sentada, fazendo força: o nódulo endurece sob o dedo e a dor aparece exatamente ali, no ponto que o paciente vinha apontando havia meses.

Outra peculiaridade é que as frestas podem ser várias, uma acima da outra. Quem opera precisa examinar toda a extensão da linha do meio. Tratar uma fresta e deixar as vizinhas é um erro conhecido. A queixa volta poucos meses depois da operação.

O exame de imagem ajuda a mapear isso antes da data marcada. É razoável pedi-lo.

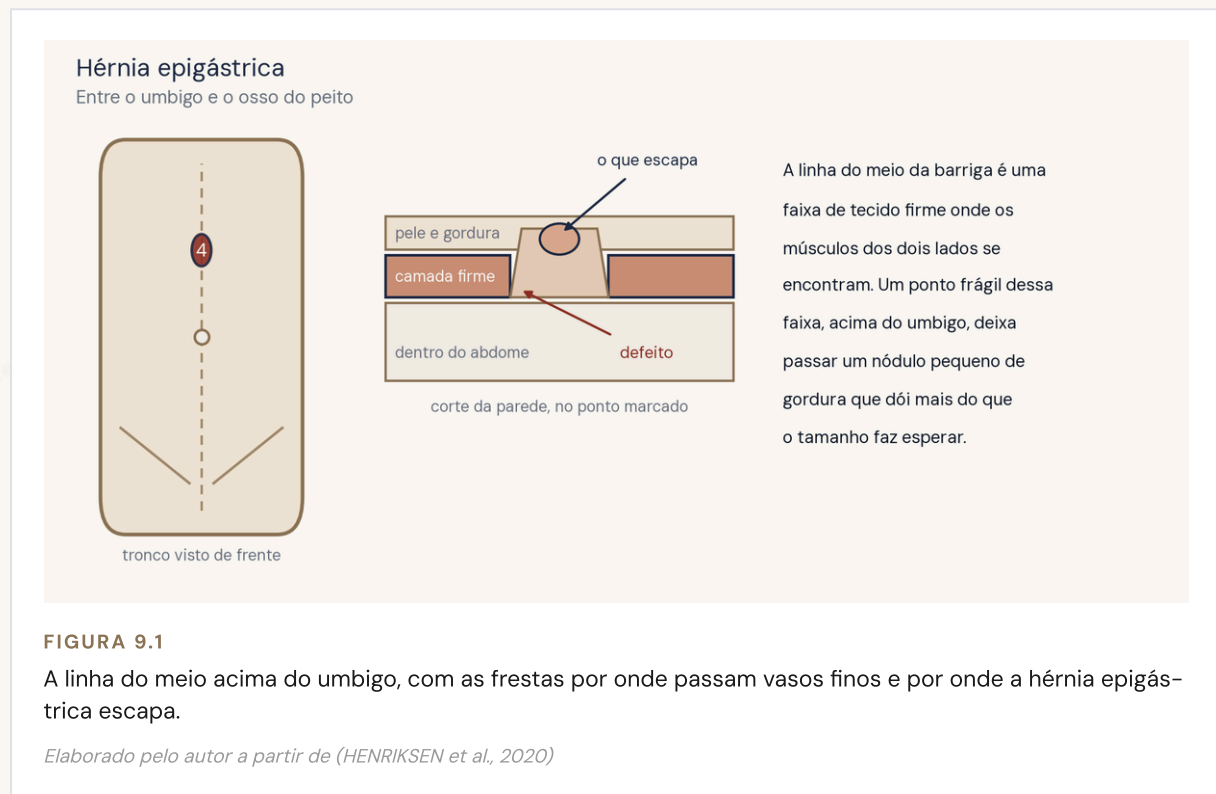
9.2 Quando operar

O critério aqui é a dor, e a maioria dessas hérnias dói. Um nódulo da linha do meio que dói ao fazer força, que cresce, que prendeu alguma vez ou que já limita o seu dia entra na fila da cirurgia. O que ficou quieto por anos pode ser acompanhado, com reavaliação combinada. Na virilha a espera tem um ensaio clínico atrás dela. Aqui, quase nada. O que orienta a conversa é o sintoma.

A operação em si é rápida. A alta costuma sair no mesmo dia. O corte tem poucos centímetros e fica sobre o defeito, com o conteúdo devolvido para dentro e a tela apoiada

por trás da camada firme.

A parte trabalhosa é a exposição: a fresta é pequena, a gordura que sai por ela costuma estar aderida, e separar tudo sem deixar resíduo leva mais tempo do que o tamanho do caroço faz imaginar. Quem sai da sala com uma incisão de três centímetros raramente supõe o tempo de cirurgia cuidadosa que ela tomou. A recuperação, essa sim, é das mais curtas do livro: trabalho sentado em poucos dias e esforço pesado em duas a quatro semanas, de forma progressiva.



A Figura 9.1 marca a região e mostra o corte da parede ali.

9.3 O que muda no tratamento

Na prática, o reparo acompanha o que já foi descrito para o umbigo. Um corte pequeno sobre o defeito, o conteúdo devolvido para dentro, a tela apoiada por trás da camada firme e a pele fechada por cima. A diretriz que orienta os dois tipos é a mesma, e nela a hérnia epigástrica aparece sempre ao lado da umbilical. Aqui entra a ressalva mais importante deste capítulo, e ela é sobre a origem dos números. O ensaio randomizado que sustenta o uso de tela incluiu hérnias umbilicais de 1 a 4 cm. A extensão do achado para a epigástrica é uma decisão das sociedades, apoiada na semelhança anatômica entre os dois defeitos, e é o mesmo limite de evidência que o capítulo do umbigo já mediu. Você merece saber disso antes de decidir.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: nódulo da linha do meio que endureceu e parou de voltar, com dor forte na barriga, vômito, barriga estufada ou parada de gases.

Atendimento no mesmo dia: dor que mudou de padrão e passou a existir também em repouso; nódulo que ficou dolorido ao toque e deixou de ceder quando você deita.

Relate na próxima consulta: dor localizada que volta a cada esforço; mais de um ponto dolorido ao longo da linha do meio; nódulo novo acima daquele que já foi examinado.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz europeia e americana trata umbilical e epigástrica no mesmo documento, e o reforço com tela vale para as duas pelo mesmo motivo: diminuir a frequência com que a hérnia volta (HENRIKSEN et al., 2020). O acesso sugerido também é comum aos dois tipos, com as mesmas duas exceções descritas no capítulo do umbigo. Sobre a epigástrica em particular, o documento recomenda que a hérnia sintomática seja reparada pela via convencional, com tela plana no espaço pré-peritoneal. A força dessa recomendação é a mesma que o capítulo anterior já declarou, e é a razão de este capítulo descrever condutas em vez de prometer resultados.

Fonte: HENRIKSEN et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Existe mais de um defeito na minha linha do meio?
- O tamanho do meu justifica tela, ou apenas pontos?
- A dor que eu sinto combina com o tamanho do que vocês encontraram?
- Como o exame de imagem, se eu fizer, ajuda a planejar a operação?

Falta o tipo que aparece justamente onde já houve uma operação, e que é o mais trabalhoso de todos: a hérnia incisional.

A hérnia incisional

EM UMA FRASE

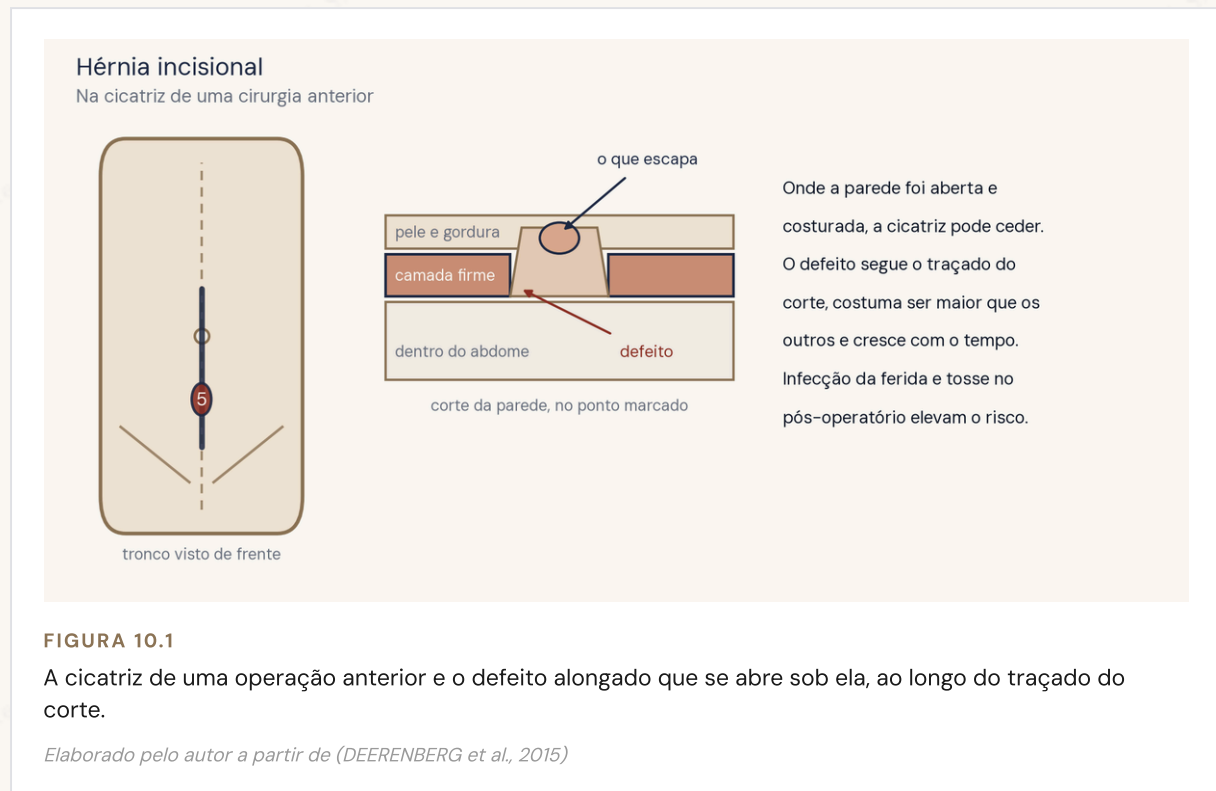
Ela nasce na cicatriz de uma cirurgia anterior. É o reparo mais trabalhoso da parede, e o único que a técnica de fechamento consegue prevenir.

10.1 A parede que já foi aberta uma vez

Os quatro pontos frágeis descritos até aqui vieram de fábrica. Este é adquirido. A epigástrica nasce numa fresta que já existia; o defeito deste capítulo nasce onde o bisturi passou, na linha em que a parede foi aberta e costurada. A cicatriz da aponeurose é firme. Ainda assim, ela fica mais fraca que o tecido original. Cicatriz é remendo.

Ela pode ceder cedo, nas primeiras semanas, quando algo atrapalha a cicatrização. Infecção da ferida e tosse intensa no pós-operatório estão entre esses fatores, e o esforço precoce entra na mesma lista. Pode ceder tarde também, anos depois, com ganho de peso e com o desgaste natural do tecido.

O defeito segue o traçado do corte. Costuma ser alongado, e cresce com o tempo. Quanto mais se espera, mais complexo fica o reparo. Uma hérnia de cicatriz de dez centímetros aos cinquenta anos raramente terá dez centímetros aos sessenta. O tempo trava contra.



A Figura 10.1 mostra a cicatriz e o defeito que se abre sob ela.

10.2 Prevenir

Este é o tipo em que a prevenção tem o endereço técnico mais bem estudado. A forma de dar os pontos no fechamento da barriga, no fim de uma operação feita por um corte no meio do abdome, muda a chance de a hérnia aparecer depois.

Pontos pequenos e próximos, pegando pouco tecido de cada vez, seguram melhor que pontos largos. Num ensaio randomizado com 560 pacientes operados por essa via, a hérnia apareceu na cicatriz de 13% de quem recebeu os pontos pequenos e de 21% de quem recebeu os largos, um ano depois. Oito pontos percentuais de diferença, obtidos apenas pelo modo de costurar.

O detalhe interessa a quem vai operar por qualquer motivo, e é uma pergunta legítima na consulta que antecede qualquer cirurgia abdominal.

Existem outros fatores, e alguns estão ao seu alcance. Parar de fumar antes de uma operação melhora a oxigenação do tecido que vai cicatrizar. Quanto mais cedo começar, melhor. Controlar o açúcar do sangue reduz o risco de a ferida infectar. Perder peso diminui a pressão que empurra a cicatriz de dentro para fora durante os meses em que ela ainda está se firmando. Nenhuma dessas medidas elimina o risco. Todas o deslocam para baixo, e isso já muda a conversa de quem vai passar por um reparo grande.

10.3 Quando operar, e como

O que pesa aqui difere do que pesa na virilha. Contam o sintoma, o tamanho do defeito e o que o tempo faz com ele: a hérnia da cicatriz cresce, e o reparo fica mais trabalhoso a cada ano que passa. Abaulamento que dói, que cresce, que já prendeu uma vez ou que atrapalha vestir-se, dormir e trabalhar entra na fila. O abaulamento pequeno, indolor e estável em quem tem risco cirúrgico alto pode ser acompanhado, e essa é uma decisão tomada caso a caso, com a data revista a cada reavaliação.

Quando a hérnia já existe, o reparo usa tela em praticamente todos os casos. A escolha do acesso depende do tamanho do defeito e das cirurgias anteriores, com o peso e as condições clínicas pesando na mesma conta. Defeitos grandes exigem manobras para re-aproximar a musculatura antes de posicionar a tela — a família de técnicas chamada separação de componentes, em que camadas da parede são liberadas lateralmente para que as bordas se encontrem no meio sem tensão. A operação cresce, e a internação também: de algumas horas, no reparo pequeno, para dias, no reparo grande. Operações assim pedem preparo, e ele tem itens conhecidos: controle do peso, abandono do cigarro, ajuste do diabetes e avaliação do coração. Esse preparo ocupa semanas da agenda antes da data marcada, e o capítulo dedicado a ele descreve o que é pedido em cada etapa.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192: dor forte na barriga com vômito, barriga estufada e parada de gases e de fezes — a alça de intestino que entra no defeito da cicatriz pode obstruir; ou parte do abaulamento que endureceu, ficou dolorida e parou de voltar para dentro; pele avermelhada ou quente sobre o abaulamento (sinal de sofrimento da alça presa).

Atendimento no mesmo dia: dor nova e persistente sobre a cicatriz.

Relate na próxima consulta: o abaulamento cresceu, mudou de forma, ou passou a atrapalhar dormir, vestir-se ou trabalhar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A população do ensaio holandês que mediu o modo de costurar precisa ficar clara, porque ela delimita o achado: 560 adultos operados de forma programada por uma incisão no meio do abdome, o que os cirurgiões chamam de laparotomia mediana (DEERENBERG et al., 2015). O sorteio foi entre pontos de 5 milímetros a cada 5 milímetros e pontos de 1 centímetro a cada 1 centímetro. O grupo dos pontos pequenos recebeu quase o dobro de pontos na mesma extensão de parede, e o fechamento levou cerca de quatro minutos a mais. Um ano depois, a diferença de oito pontos percentuais citada acima apareceu, sem que a frequência de eventos adversos separasse os dois grupos. Para outros tipos de incisão, o dado ainda não existe com essa qualidade. Sobre o reparo, o acompanhamento longo de um ensaio anterior mostra por que a tela se tornou padrão: 181 pacientes com hérnia incisional da linha do meio foram sorteados entre fechar só com pontos ou usar tela, e em dez anos a recorrência acumulada foi de 63% no grupo da sutura e 32% no da tela (BURGER et al., 2004). Entre os operados com defeito pequeno, a diferença foi ainda maior: 67% contra 17%. Quanto à via, um ensaio randomizado e cego com 124 pacientes comparou a cirurgia robótica com a laparoscópica no reparo de hérnia ventral, grupo que inclui a incisional (DHANANI et al., 2021). Em um ano, a hérnia voltou em 7% do braço robótico. No laparoscópico, em 9%. Complicação da ferida ficou em 15% nos dois. Readmissão e as respostas dos próprios pacientes sobre dor e função também ficaram semelhantes. Nenhum paciente do braço robótico precisou de nova operação, contra cinco do braço laparoscópico.

Fonte: DEERENBERG et al., 2015; BURGER et al., 2004; DHANANI et al., 2021

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é o tamanho do meu defeito, e ele cabe numa operação por furos?
- Preciso perder peso ou controlar algo antes de operar?
- Qual é a chance de precisar de uma manobra maior na parede?
- Quantos dias de internação vocês costumam prever nesse tipo de reparo?

Os cinco tipos estão descritos. O que vem a seguir vale para todos eles e começa bem antes da sala: o preparo das semanas que antecedem a data marcada.

Preparo: da consulta ao 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 nesse intervalo muda o risco da ferida.

11.1 O que se faz antes da data

Do maior reparo da parede, o de uma hérnia incisional, à correção de uma epigástrica de três centímetros, toda operação programada começa semanas antes do dia marcado. 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. Pressão e açúcar do sangue entram no mesmo acerto.

Leve por escrito a lista dos seus remédios. Cada um com a sua dose e o seu horário. Os que afinam o sangue merecem parágrafo próprio, porque são os únicos que ninguém suspende por conta própria. Anticoagulantes e antiagregantes têm prazos diferentes entre si. A decisão pesa o risco de sangrar contra o risco de trombose ou de infarto. Quem suspende, e quando, é a equipe que prescreveu, em acordo com o cirurgião e o anestesista.

O jejum é combinado na véspera e varia com o horário da cirurgia. 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.

O que levar cabe numa lista curta. Documento e carteirinha, os exames em papel, a lista dos remédios, roupa folgada e o telefone de quem vai buscar você. Separe tudo na véspera. Em regime de alta no mesmo dia é preciso que alguém leve você para casa e fique na primeira noite. Sem isso a alta não sai.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Duas decisões deste capítulo estão na diretriz internacional, e as duas contrariam o hábito (HERNIASURGE GROUP, 2018). A primeira é o antibiótico preventivo: na cirurgia por furos ele fica fora sempre, e no reparo pela via convencional deixa de ser recomendado para quem tem risco médio, em ambiente de baixo risco. A segunda é a anestesia. No reparo pela via convencional, a anestesia local tem vantagens que o documento reconhece, e o uso dela é recomendado 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, menos pneumonia e menos infarto nessa idade.

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quais dos meus remédios eu suspendo, quantos dias antes, e quem toma essa decisão?
- Qual é o meu jejum, contado a partir de que hora?
- Vou receber antibiótico antes da operação, e por quê?
- Quem precisa me acompanhar no dia, e por quanto tempo depois?

Cumprido o preparo, resta o dia em si. A internação de uma hérnia é curta na maioria das vezes, e as primeiras horas têm regras próprias.

A internação e os primeiros dias

EM UMA FRASE

A maior parte dos reparos de hérnia cabe num dia. O que decide a alta é a dor controlada, a bexiga funcionando e alguém em casa.

12.1 Do centro cirúrgico à porta de casa

Feito o preparo, o dia da operação 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.

A dor dos primeiros dias é local e previsível. Ela 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. 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. Resolve-se 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, nos primeiros dias, costuma ser seroma. É o líquido que ocupa o espaço deixado pela bolsa herniária. Ele assusta quem imagina que a hérnia voltou, e reabsorve sozinho na maior parte das vezes. Dreno e sonda de bexiga ficam fora do reparo pequeno. Eles aparecem no reparo grande da cicatriz, e saem nos primeiros dias.

Quando a operação é grande, ou foi feita de urgência com retirada de intestino, a internação passa a ser contada em dias. A dieta volta aos poucos, e a caminhada pelo corredor começa já no primeiro deles. Andar cedo é tratamento.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A alta no mesmo dia vem de recomendação formal: a diretriz internacional a indica 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 (HERNIASURGE GROUP, 2018). Do mesmo documento vem a recomendação de infiltrar anestésico na parede, por bloqueio de campo ou nas camadas do corte, em todos os reparos pela via convencional. A retenção urinária foi medida como desfecho próprio na metanálise em rede com 51.037 pacientes. Ela não separou a via convencional das vias por furos: o risco acompanha a operação de hérnia, seja qual for o caminho (AIOLFI et al., 2019).

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Eu vou para casa no mesmo dia, ou está prevista internação?
- Qual é o plano de analgesia das primeiras setenta e duas horas, por escrito?
- O que eu faço se não conseguir urinar depois da alta?
- Vou ficar com dreno, e quando ele sai?

Passados os primeiros dias, sobra a pergunta que o folheto evita. O que pode dar errado num reparo de hérnia, e com que frequência cada coisa acontece.

O que pode dar errado, e com que frequência

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.

13.1 A lista, sem suavizar

A internação termina, e a conversa sobre risco começa de verdade. Os riscos de um reparo de hérnia se distribuem em faixas. A mais larga é a dos eventos comuns e passageiros, cujo susto supera o custo: líquido acumulado, mancha arroxeadada na pele, endurecimento da cicatriz por semanas. Vêm depois os que exigem tratamento, com nome próprio na Tabela 13.1. No fim da fila ficam os raros: a infecção da tela e a lesão de estruturas vizinhas. No homem, os vasos que alimentam o testículo passam ao lado do campo cirúrgico da virilha, e o desfecho extremo desse caminho é a atrofia do testículo daquele lado.

TABELA 13.1 — O QUE PODE ACONTECER DEPOIS DO REPARO, COM A POPULAÇÃO E O PRAZO DE CADA NÚMERO

O QUE PODE ACONTECER	COM QUE FREQUÊNCIA	EM QUEM, E EM QUE PRAZO
A hérnia voltar	3,6% com tela · 11,4% só com pontos	Hérnia umbilical de 1 a 4 cm; estimativa em 2 anos
A hérnia voltar	32% com tela · 63% só com pontos	Hérnia incisional da linha do meio; acumulado em 10 anos
Dor crônica com significado clínico	10% a 12%, caindo ao longo do tempo	Reparo de hérnia da virilha
Dor que atrapalha o trabalho ou o dia a dia	0,5% a 6%	Reparo de hérnia da virilha
Seroma, hematoma e infecção da ferida	Poucos casos: seroma 5 com tela × 1 com sutura; hematoma 3 × 2; infecção da ferida 3 × 1 (150 pacientes em cada grupo)	Hérnia umbilical de 1 a 4 cm; tela × sutura
Complicação da ferida	15% nos dois braços	Hérnia ventral por furos, robótica × laparoscópica; em 1 ano
Retenção urinária	Medida nas quatro vias, sem diferença entre elas	Hérnia inguinal primária de um lado
Infecção da tela · lesão de vaso ou de nervo · atrofia testicular	Raras; sem frequência declarada no resumo da diretriz	Reparo de hérnia da virilha

A Tabela 13.1 pede um cuidado de leitura. Cada linha carrega a sua população e o seu prazo. Nenhuma delas é o seu caso. E duas linhas de populações diferentes não se comparam: um número de dez anos parece pior que um de dois anos mesmo quando a cirurgia foi a mesma.

Traduzidos em pessoas, os dois números que mais pesam ficam assim. De cada cem pessoas operadas de hérnia da virilha, entre dez e doze mantêm dor com significado clínico, e essa frequência cai com o tempo. A dor que chega a atrapalhar o trabalho aparece em algo entre cinco de cada mil e seis de cada cem.

A última linha da tabela fica sem número. A infecção da tela, a lesão de um vaso ou de um nervo e a atrofia testicular são tratadas num capítulo dedicado da diretriz internacion-

al que o resumo público deixa sem cifras. São eventos raros. A frequência deles no seu caso é pergunta para a equipe que vai operar.

SINAIS DE ALERTA

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

Atendimento no mesmo dia: febre com calafrio; vermelhidão e calor crescentes ao redor dos cortes; secreção pela ferida; dor que aumenta a cada dia.

Relate na próxima consulta: dormência que persiste; endurecimento que persiste; dor que passa de três meses; abaulamento novo no mesmo lugar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

As linhas da Tabela 13.1 vêm de estudos distintos. Nenhuma delas foi transportada de uma população para outra. As duas primeiras saem dos ensaios já descritos: o do umbigo, com 300 adultos e defeito de 1 a 4 cm (KAUFMANN et al., 2018), e o da cicatriz da linha do meio, com 181 pacientes seguidos por dez anos (BURGER et al., 2004). As duas faixas de dor vêm do capítulo de complicações da diretriz internacional, que as registra sem suavizar (HERNIASURGE GROUP, 2018). A linha da complicação da ferida vem do ensaio de hérnia ventral por furos, em que os dois braços empataram em 15% no primeiro ano (DHANANI et al., 2021). A retenção urinária entrou como desfecho próprio na metanálise em rede das quatro vias. Nenhuma delas se separou das outras (AIOLFI et al., 2019).

Fonte: HERNIASURGE GROUP, 2018; KAUFMANN et al., 2018; BURGER et al., 2004; DHANANI et al., 2021; AIOLFI et al., 2019

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu tipo de hérnia e no meu caso, qual é a chance de ela voltar?
- Quais dessas complicações são mais prováveis na via que vocês vão usar?
- Com que frequência a equipe vê cada uma delas na própria casuística?
- Se alguma acontecer comigo, qual é o caminho, e com quem eu falo?

Duas linhas da Tabela 13.1 merecem mais que uma célula, porque são as que mais aparecem na consulta de retorno: a recidiva e a dor persistente.

Recidiva e dor persistente, ditas com honestidade

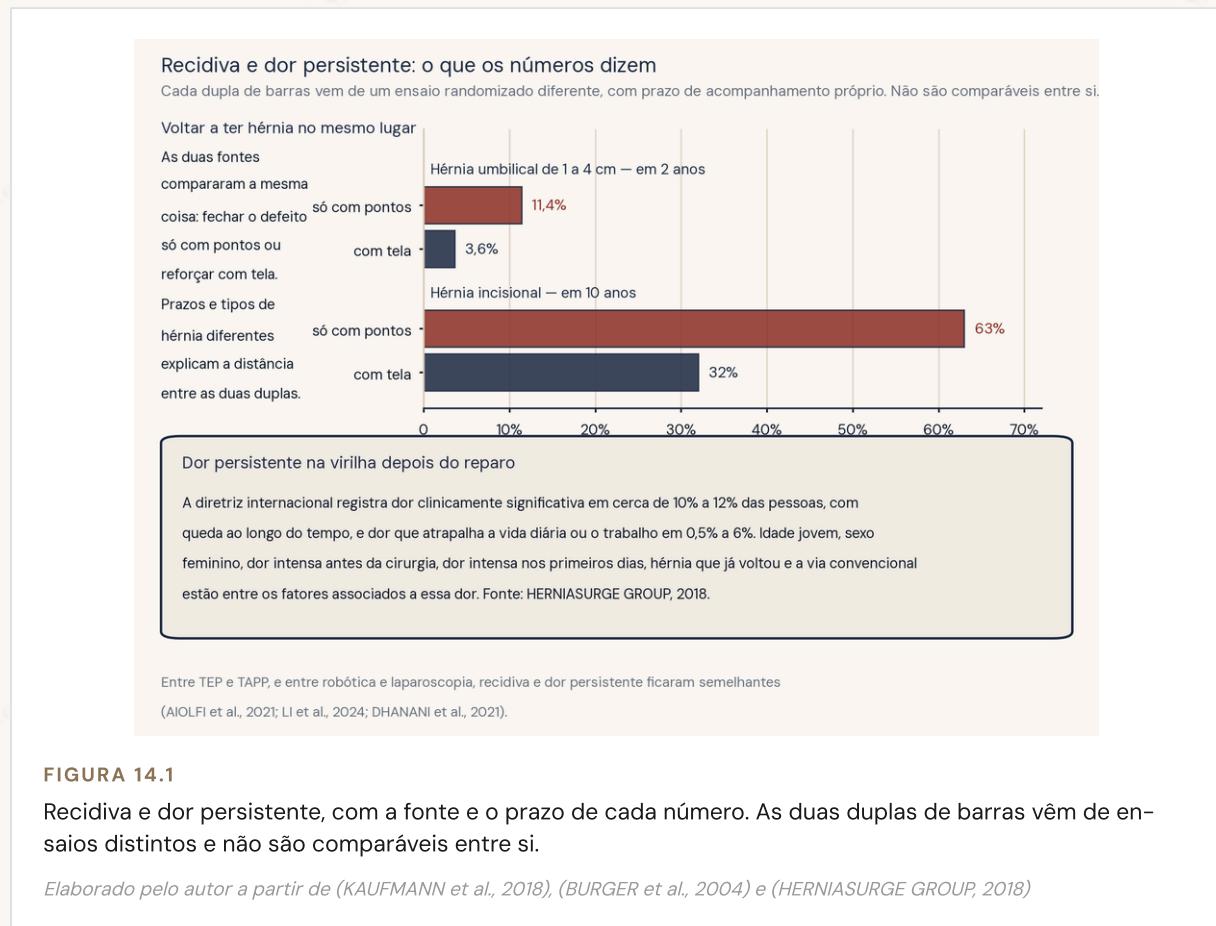
EM UMA FRASE

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

14.1 A hérnia pode voltar

De tudo o que pode dar errado, duas coisas pedem uma conversa mais longa que uma linha de tabela. Começemos pela mais concreta das duas: a hérnia pode voltar no mesmo lugar.

A recidiva acontece quando a área reparada cede de novo, na borda da tela ou ao lado dela. As taxas variam muito. Pesam o tipo de hérnia, o tamanho do defeito, a técnica usada e o tempo de acompanhamento, e é por isso que um número único seria desonesto. Duas coisas se podem dizer com segurança. 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.



A Figura 14.1 reúne os números discutidos nos capítulos anteriores, cada um com o seu prazo escrito ao lado. Repare na distância entre as duplas. Ela diz mais sobre o tipo de hérnia e sobre o tempo de seguimento do que sobre a qualidade da cirurgia. Comparar as duas duplas entre si seria um erro de leitura, e um erro caro, porque levaria alguém a concluir que o reparo de uma hérnia da cicatriz falha vinte vezes mais que o de uma hérnia do umbigo quando o que muda, na verdade, é a hérnia de partida e o tamanho da janela de observação.

14.2 A dor que fica

O segundo desfecho é mais difícil de conversar. Ele não aparece em exame nenhum. Uma parte das pessoas operadas de hérnia da virilha mantém dor na região por mais de três meses, com intensidade que atrapalha atividades habituais. A cirurgia trabalha ao lado de nervos finos que atravessam a região. A manipulação deles, a inflamação da cicatriz ou a própria integração da tela podem sustentar o incômodo.

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

A honestidade aqui tem um propósito prático. Relatar a dor cedo, na consulta de retorno, dá tempo de tratar enquanto ela ainda responde bem, em vez de aguentar calado por um ano.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

As duas faixas de frequência estão na Tabela 13.1, com a população e o prazo ao lado; o que cabe aqui é a definição que as sustenta, e ela vem do capítulo de complicações da diretriz internacional (HERNIASURGE GROUP, 2018). A definição tem três exigências, e conhecê-las evita susto. 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. O próprio documento acrescenta que a frequência cai ao longo do tempo. Os fatores associados a ela dizem respeito, em boa parte, ao que já existia antes da operação: dor intensa na região antes da cirurgia, e hérnia que já tinha voltado uma vez. Somam-se a idade jovem e o sexo feminino. Do lado da operação, pesam a dor intensa nos primeiros dias e o reparo por via convencional. Para prevenir, o documento insiste em reconhecer os nervos durante a operação pela via convencional; cortar um nervo por rotina fica de fora, e a ressecção decidida na hora cabe em casos selecionados. O manejo é multidisciplinar, combinando medidas medicamentosas e intervencionistas, com a operação sobre os nervos e a retirada da tela reservadas a casos selecionados quando o resto falha. Sobre a técnica, a revisão de quinze ensaios randomizados que comparou TEP e TAPP encontrou risco de dor crônica semelhante entre as duas vias (AIOLFI et al., 2021). O intervalo de confiança ficou largo o suficiente para incluir o valor de nenhuma diferença.

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu tipo de hérnia, qual é a chance de ela voltar?
- Quais dos fatores de dor persistente se aplicam a mim?
- Se eu tiver dor depois de três meses, a quem eu procuro?
- O que vocês fazem durante a cirurgia para reduzir esse risco?

Fica faltando a pergunta que todo mundo faz na despedida da consulta, e ela dá nome ao último capítulo: quando voltar a pegar peso.

Voltar a pegar peso

EM UMA FRASE

Na hérnia da virilha, a orientação internacional entrega o relógio ao seu próprio conforto, sem prazo fixo imposto de fora. O plano é combinado com quem operou.

15.1 O medo que a conversa sobre recidiva deixa

Falar de recidiva e de dor persistente acende, quase sempre, a mesma pergunta na despedida da consulta. Quanto tempo eu fico parado. É a pergunta certa, e por trás dela está o medo de romper alguma coisa e desfazer o reparo.

Para a hérnia da virilha, a orientação internacional é bem menos restritiva que a tradição do consultório: ela entrega o relógio ao paciente, que retoma a rotina quando se sentir à vontade para isso, sem prazo imposto de fora. 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.

Isso vale para a virilha, e vale com bom senso. No reparo de uma hérnia incisional grande, com manobras na musculatura, o plano de retorno é individual e sai da conversa com a equipe que operou. A diferença entre os dois cenários é grande o suficiente para merecer uma pergunta direta na consulta de alta: o que exatamente foi feito na minha parede, e o que isso muda no meu retorno?

TABELA 15.1 — 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
Esporte e trabalho pesado	2 a 4 semanas, de forma progressiva	Retomada em degraus, conforme o conforto de cada semana
Pegar peso	Sem limite imposto por regra fixa	Na virilha, retomar conforme o conforto; na incisional grande, plano combinado com a equipe

A Tabela 15.1 reúne essas faixas. As colunas de prazo são orientação habitual de consulta, individualizada caso a caso. Elas mudam conforme o tipo de hérnia, o tamanho do reparo, a profissão de quem foi operado e a maneira como cada corpo responde às primeiras semanas. Só a última linha vem da diretriz, e é por isso que ela é a única sem prazo escrito: onde existe evidência, o critério passa a ser o conforto. As outras cinco linhas nascem da consulta, e servem de ponto de partida para a conversa.

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.

15.2 O que é esperado, e o que não é

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. Um endurecimento no lugar da hérnia pode persistir. Na maioria das vezes trata-se de líquido acumulado e cicatriz em formação. Na virilha, o inchaço pode descer até a bolsa escrotal. Isso assusta quem deixou de ser avisado. Há um sinal que merece leitura calma: o abaulamento que reaparece semanas depois. Ele pode ser a hérnia voltando. Pode ser também um acúmulo de líquido dentro do espaço que a bolsa herniária ocupava, e essa distinção se faz no exame, com ou sem imagem. Relate sempre, mesmo que pareça pouco.

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: dor e inchaço em uma das panturrilhas; dor que cresce a cada dia em vez de diminuir.

Relate na próxima consulta: abaulamento que reaparece no lugar operado depois de você voltar ao esforço; dor que impede a retomada de uma atividade específica; inchaço que não cede entre uma semana e a seguinte.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Quem escreveu a diretriz internacional das hérnias da virilha 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 regime de alta no mesmo dia, descrito no capítulo sobre a internação, sai do mesmo documento. Sobre as vias por furos, a revisão de quinze ensaios randomizados comparou TEP e TAPP (AIOLFI et al., 2021). O retorno ao trabalho e às atividades diárias ficou igual entre as duas, e o mesmo valeu para o custo, para os dias de internação, para o tempo de operação, para a dor dos primeiros dias e para as complicações da ferida. A escolha da via, portanto, tem pouco peso sobre a sua data de volta ao trabalho.

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

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, quando posso voltar ao esporte que pratico?
- Existe algum limite de peso que eu deva respeitar, e por quanto tempo?
- Qual é o plano de analgesia dos primeiros dias?
- Quando é o retorno, e por qual canal eu falo com vocês antes disso?

EM UMA FRASE

Decidir sobre uma hérnia é comparar dois riscos reais: o de conviver com um defeito que tende a crescer e pode prender, e o de uma operação que traz recidiva e dor persistente nas frequências descritas neste livro. A escolha é sua, tomada com informação e com quem vai operar.

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.

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.

Linha alba

A faixa central da barriga, do osso do peito até o púbis, onde as aponeuroses dos dois lados se encontram.

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, sozinho ou com uma leve pressão da mão.

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.

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 e dentro da mesma bainha que a envolve.

Hérnia inguinal indireta

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

Hérnia inguinal direta

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

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.

Lichtenstein

A técnica da via convencional mais estudada do reparo da virilha, em que a tela é apoiada pela frente da parede, sobre a camada firme.

Shouldice

Reparo da virilha feito sem tela, com camadas de sutura do tecido da própria parede. É a primeira escolha 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 e no reparo do umbigo pela via convencional.

Separação de componentes

Família de manobras em que camadas da parede são liberadas lateralmente para que as bordas de um defeito grande se encontrem no meio sem tensão.

Seroma

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

Laparoscopia

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

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.

Recidiva

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

Dor crônica pós-operatória

Dor que persiste por mais de três meses depois da operação, com intensidade que atrapalha as atividades habituais.

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: the journal of hernias and abdominal wall surgery**, [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: 11 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: the journal of hernias and abdominal wall surgery**, [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: 11 set. 2026. PMID: 33851270.
- BURGER, J. W. et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 240, n. 4, p. 578–83; discussion 583–5, 2004. DOI: 10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000141193.08524.e7>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 15383785.
- 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: 11 set. 2026. PMID: 19300219.
- DEERENBERG, E. B. et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. **Lancet (London, England)**, [S. l.], v. 386, n. 10000, p. 1254–1260, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60459-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60459-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60459-7). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26188742.
- DHANANI, N. H. et al. Robotic Versus Laparoscopic Ventral Hernia Repair: One-year Results From a Prospective, Multicenter, Blinded Randomized Controlled Trial. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 273, n. 6, p. 1076–1080, 2021. DOI: 10.1097/SLA.0000000000004795. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004795>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33630447.
- 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: 11 set. 2026. PMID: 16418463.
- HENRIKSEN, N. A. et al. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 107, n. 3, p. 171–190, 2020. DOI: 10.1002/bjs.11489. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.11489>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 31916607.
- HERNIASURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. **Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery**, [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: 11 set. 2026. PMID: 29330835.
- KAUFMANN, R. et al. Mesh versus suture repair of umbilical hernia in adults: a randomised, double-blind, controlled, multicentre trial. **Lancet (London, England)**, [S. l.], v. 391, n. 10123, p. 860–869, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30298-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30298-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30298-8). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29459021.

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: 11 set. 2026. PMID: 38408054.

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. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta o tempo é curto, e quem acabou de descobrir um caroço na barriga sai de lá com metade das perguntas ainda na cabeça. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera.

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 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 2.1	Do caroço que volta ao caroço que prende: três estados da mesma hérnia e a conduta que cada um pede.	Figura_2.1_estados-da-hernia.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018)
Figura 3.1	O que a tela faz na parede: o fechamento só com pontos concentra a força na linha de sutura; a tela apoiada além das bordas distribui a carga.	Figura_3.1_tela-na-parede.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018) e (HENRIKSEN et al., 2020)
Figura 6.1	Onde nasce a hérnia inguinal: o ponto na virilha, acima da prega, e o corte da parede no mesmo lugar.	Figura_6.1_hernia-inguinal.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018)
Figura 7.1	A hérnia femoral vista de fora e por dentro: o ponto abaixo da prega da virilha e a fresta apertada que o produz.	Figura_7.1_hernia-femoral.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERNIA-SURGE GROUP, 2018)
Figura 8.1	O anel do umbigo em corte: a cicatriz por onde passou o cordão e o caminho que o conteúdo do abdome refaz por ela.	Figura_8.1_hernia-umbilical.png	Elaborado pelo autor a partir de (HENRIKSEN et al., 2020)
Figura 8.2	À esquerda, a hérnia umbilical: gordura de dentro escapa pelo anel alargado do umbigo, na linha do meio da camada firme. À direita, o reparo: o anel fechado com pontos e uma tela plana posicionada por trás da camada firme, no espaço pré-peritoneal, ultrapassando as bordas do anel. Pele e gordura sob a pele foram omitidas no desenho.	Figura_8.2_umbilical-tela.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 9.1	A linha do meio acima do umbigo, com as frestas por onde passam vasos finos e por onde a hérnia epigástrica escapa.	Figura_9.1_hernia-epigastrica.png	Elaborado pelo autor a partir de (HENRIKSEN et al., 2020)

Figura 10.1	A cicatriz de uma operação anterior e o defeito alongado que se abre sob ela, ao longo do traçado do corte.	Figura_10.1_hernia-incisional.png	Elaborado pelo autor a partir de (DEERENBERG et al., 2015)
Figura 14.1	Recidiva e dor persistente, com a fonte e o prazo de cada número. As duas duplas de barras vêm de ensaios distintos e não são comparáveis entre si.	Figura_14.1_recidiva-dor-persistente.png	Elaborado pelo autor a partir de (KAUFMANN et al., 2018), (BURGER et al., 2004) e (HERNIASURGE GROUP, 2018)

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 de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de telas, de instrumentais, de equipamentos ou de medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante de tela patrocinou esta obra. As ilustrações do acervo do autor foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial e aparecem creditadas nas legendas.

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.