

Hérnia inguinal na criança

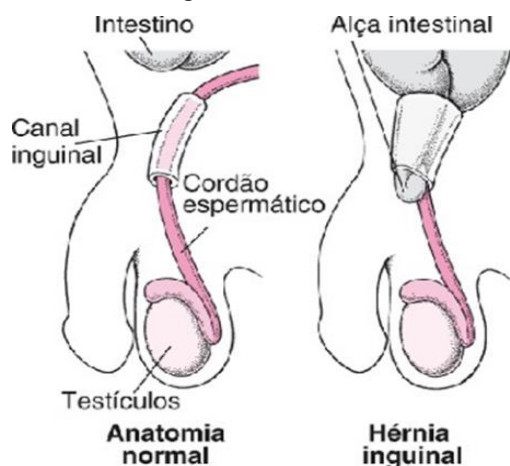
Bruna Porteiro Oliveira Sales Ramos, Bruno Pinheiro Falcão, Gilvan de Sousa Sampaio, Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros, Carlos Alberto Medeiros Júnior

INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal deriva da reabsorção incompleta do conduto peritônio-va-ginal, evaginação peritoneal que chega ao escroto e que tende a obliterar-se após a descida testicular (a partir do 7º mês de vida intrauterina), como pode ser observado na **Figura 10.1**.

Aparece entre 2,5 e 4,5% dos recém-nascidos vivos, é mais comum em meninos (cerca de 6:1) e é mais frequente à direita (60%), embora até 20% das crianças tenham hérnia inguinal bilateral. O diagnóstico é realizado mais frequentemente no lactente, pela observação de tumoração inguinal aos esforços, redutível com o repouso da criança e a diminuição da pressão intra-abdominal.

Figura 10.1 Anatomia normal e alteração anômica na hérnia inguinal



Fonte: Manual MSD (2020).

ANATOMIA

Não se pode discutir a anatomia do canal inguinal e da fisiopatologia da hérnia inguinal sem um conhecimento concreto do espaço miopectíneo de Fruchaud. Esse espaço corresponde a uma parte da parede abdominal anterior não muscular, constituída apenas pela fáscia transversal e por peritônio, o que torna a região vulnerável ao aparecimento de hérnias abdominais. O espaço descrito por Fruchaud em 1956 é delimitado superiormente pelos músculos oblíquo interno e transverso, inferiormente pelo ligamento pectíneo, lateralmente pelo músculo iliopsoas e medialmente pelo músculo reto abdominal.

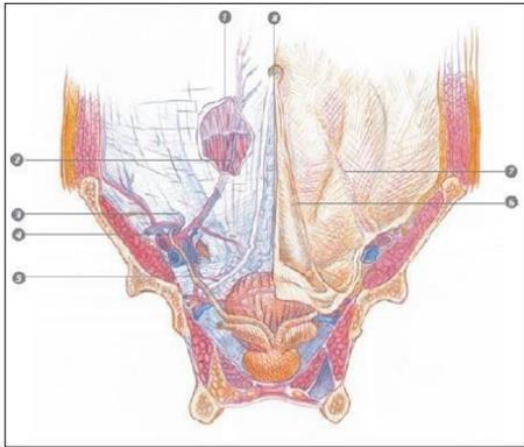
O espaço miopectíneo é dividido pelo ligamento inguinal em compartimento inferior (local de aparecimento de hérnias femorais) e compartimento superior, que é subdividido pelos vasos epigástricos inferiores, em compartimento medial ou triângulo de Hesselbach (local de aparecimento de hérnias inguinais diretas) e em compartimento lateral (local de aparecimento de hérnias inguinais indiretas - maioria extrema na população pediátrica), demonstrados nas **Figuras 10.2 e 10.3**.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

O diagnóstico de uma hérnia inguinal pode ser, na maioria das situações, baseado na história clínica e no exame físico, com uma sensibilidade de 74-92% e especificidade de 93%. O principal sinal

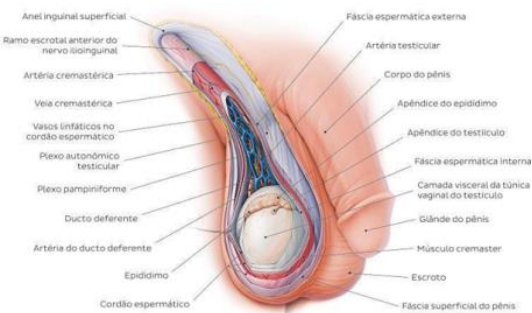
referido pelo paciente ou familiar é uma tumefação na região inguinal, que pode estar associada a dor ou desconforto. Na suspeita de uma hérnia inguinal, o exame físico deve ser realizado com o doente sentado e deitado e sempre pesquisada a redutibilidade do conteúdo herniado.

Figura 10.2 Anatomia do espaço miopectíneo - visão interna



Fonte: Manual MSD (2020).

Figura 10.3 Anatomia do canal inguinal



Fonte: Goulart *et al.* (2015).

A região inguinal deve ser inspecionada e palpada para pesquisar assimetrias, como perceptível na **Figura 10.4**, comparando o funículo espermático dos dois lados, presença de massas ou tumefações (pedir à criança para tossir ou realizar manobra de Valsalva pode facilitar a identificação da hérnia).

É importante tentar identificar diferenças de densidade entre os lados, uma vez que a presença do saco herniário indireto promove sensação de espessamento no lado afetado. Essa manobra, conhecida como sinal da seda de Gross, é patognomônica da hérnia inguinal na criança. A compressão do funículo espermático contra a sínfise púbica, com o dedo indicador, realizando movimentos laterais, provoca uma sensação de atrito, semelhante à percepção de quando se friccionam duas camadas de seda uma sobre a outra.

Em crianças maiores, o examinador pode colocar o dedo indicador dentro do anel inguinal externo e repetir o exame. Essa técnica aumenta a acuidade diagnóstica e pode ajudar a diferenciar entre uma hérnia inguinal indireta (tumefação que desce ao longo do dedo de lateral para medial) ou direta (tumefação que se sente na parede posterior do canal inguinal). Contudo, uma tumefação sentida abaixo do dedo introduzido no canal inguinal pode sugerir a presença de uma hérnia femoral.

Figura 10.4 Exame físico demonstrando assimetria na região inguinal



Fonte: Acervo pessoal.

A hérnia encarcerada pode ser identificada durante o exame físico, apresentando-se como uma massa irreductível, de consistência firme e hipersensível, localizada no canal inguinal e estendendo-se ou não à bolsa escrotal. A irreductibilidade é a complicação mais temida na hérnia inguinal, mais frequente nos primeiros meses de vida, e pode apresentar-se de forma encarcerada ou estrangulada, quando há comprometimento do seu suprimento vascular. Na ausência de sinais de estrangulamento, deve-se tentar a redução manual, com a criança deitada e na posição de Trendelenburg, segurando-se o colo do saco herniário com uma mão e com a outra o fundo, guiando o conteúdo do saco de volta para a cavidade abdominal. Em caso de sucesso na redução, a cirurgia deve ser realizada eletivamente em 24 a 48 horas, quando haverá redução significativa do edema. Em caso de falha na redução manual, o paciente deve ser operado imediatamente.

DIAGNÓSTICO E EXAMES COMPLEMENTARES

O diagnóstico é clínico, em geral pela associação entre a história de abaulamento inguinal ou inguino-escrotal, principalmente aos esforços ou ao choro, e o exame físico sugestivo. Pode manifestar-se desde o nascimento ou aparecer em qualquer idade, principalmente nos primeiros meses ou anos de vida. Nem sempre o diagnóstico é simples, uma vez que a tumoração na região inguinal não está habitualmente presente durante o exame clínico.

A ultrassonografia (USG) pode ser útil em casos duvidosos, apesar de ser um exame operador-dependente. Sua preci-

ção diagnóstica pode chegar a 93% para condições agudas da virilha. Pode ser útil para avaliação de hidroceles do cordão espermático e testículos não descidos ou ectópicos. A USG pode diferenciar prontamente hérnias, hidroceles, adenomegalias, testículos e órgãos reprodutores femininos. O uso do doppler oferece utilidade adicional na avaliação do escroto agudo e ovário encarcerado.

TRATAMENTO

A conduta é sempre cirúrgica, ao diagnóstico, em virtude do risco de encarceramento herniário (alça intestinal ou ovário), sobretudo nos lactentes, grupo em que essa complicação é mais frequente (70%).

A cirurgia nos lactentes deve ser realizada prontamente, se possível não ultrapassando 30 dias após o diagnóstico, pelo alto risco potencial de encarceramento. Alguns grupos de crianças, entretanto, serão exceção a essa regra: prematuros, que devem ser operados quando em condições de alta da maternidade, pacientes com cardiopatia congênita cianótica, que devem ser submetidos à cirurgia após a correção do defeito cardíaco, e doentes com infecções respiratórias, que devem se recuperar do quadro agudo antes do procedimento cirúrgico.

A correção cirúrgica é realizada através de uma incisão de aproximadamente 3 cm na prega cutânea da região inguinal ipsilateral ao defeito. Segue-se com abertura do canal inguinal, divulsão do cremaster e pinçamento do saco herniário, que é cuidadosamente separado dos elementos do cordão. O saco herniário é ligado proximalmente, seccionado e sua

porção distal é fendida até expor o testículo.

O tratamento laparoscópico tem sido sugerido como uma alternativa à exploração cirúrgica aberta e leva à visualização bem-sucedida do anel inguinal bilateralmente. Uma de suas vantagens é a possibilidade de diagnóstico e tratamento do defeito contralateral, caso presente, no mesmo tempo cirúrgico, afastando os inconvenientes de uma segunda cirurgia, como gastos hospitalares e riscos ao paciente. Várias técnicas laparoscópicas são descritas para o fechamento do defeito, dentre elas, destaca-se a técnica percutânea, que utiliza apenas uma agulha de peridural “montada” com fio cirúrgico, sob visualização direta pela ótica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hérnia inguinal (primária ou recidivada);
- Hérnia femoral;
- Hérnia incisional;
- Aumento de gânglio linfático;
- Aneurisma;
- Varize (veia safena magna);
- Cisto sebáceo;
- Abscesso do músculo psoas;

- Tumor de tecidos moles (lipoma, linfoma, neoplasia metastática);
- Hidrocele;
- Varicocele;
- Testículo ectópico;
- Endometriose.

COMPLICAÇÕES

- Hidrocele;
- Hematoma escrotal;
- Lesão do ducto deferente;
- Lesão de vasos espermáticos;
- Criptorquidia iatrogênica;
- Lesão visceral;
- Recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FARIA, A.E.V. *et al.* Tratamento videolaparoscópico da hérnia inguinal em meninos. *Scientia Medica*, v. 18, p. 20, 2008.
- GABRIEL, E. Hérnia inguinal na infância inguinal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, v. 28, p. 444, 2001.
- GOULART, A. *et al.* Hérnia inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, v. 33, p. 25, 2015.
- MARTINS, F.M.F. Hérnia inguinal. *Enciclopédia Pediátrica*, 2017.
- MATHISON, D.J. Assessment of inguinal swelling in children. *UpToDate*, 23 jan. 2022.
- RAMSOOK, C. Inguinal hernia in children. *UpToDate*, 23 jan. 2022.