PROTOCOLO HÉRNIA OCULTA DA MULHER

HÉRNIA OCULTA DA MULHER (HOM): entidade clínica caracterizada por dor crônica unilateral na região inguinal, sempre recorrente aos esforços ou exercícios, que alivia ao repouso, sem alterações estruturais que justifiquem os sintomas.

INTRODUÇÃO

Considerando a raridade de ocorrência de hérnias em mulheres (1), a associação entre **Dor Pélvica Crônica** e H**érnias Ocultas** geralmente não é considerada quando são feitas as avaliações de rotina (2). Entretanto, baseado em revisões da literatura e experiência pessoal, hérnias da região **ínguino-femoral não palpáveis** são uma fonte comum de dor pélvica crônica em mulheres.

A maioria dos ginecologistas e cirurgiões gerais não tem a compreensão necessária para entender a HOM e não acreditam que elas existam; reforça esta posição o fato de ser um assunto até o momento controverso. Entretanto, Nyhus (3) descreveu um espectro de hérnias diferenciadas pelo tamanho, presença ou ausência de saco peritoneal, e pelo grau de deformidade da anatomia. O Tipo III é mais comum em homens, enquanto os tipos I e II (que podem ser hérnias ocultas - Fig. 1) parecem ser mais comuns em mulheres. A associação de dor crônica com os Tipos I e II tem sido cada vez mais relatada tanto em homens quanto em mulheres, e mais frequentemente em atletas. (4) A Hérnia do Esporte (Sports Hernia) é a hérnia oculta do atleta e constitui o principal diagnóstico diferencial de pubalgia e pubeíte (*)

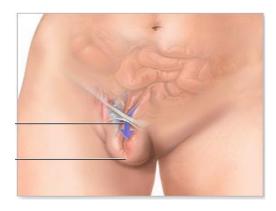


Figura 1: Hérnia femoral

SINTOMA: DOR

A dor é mais comum nos estágios incipientes do surgimento da hérnia quando os tecidos estão sendo distendidos (6) e é de longe o sintoma inicial isolado mais comum causado por hérnia. A dor é frequentemente aguda, localizada e pode até ser de padrão neurálgico (7). Os sintomas podem surgir muito tempo antes de um sinal palpável se desenvolver. Então, em mulheres

com dor pélvica crônica deverá ser entendido e precocemente lembrado que estes estágios não-palpáveis de hérnia é que predominarão.

Devido à variedade de órgãos e sistemas que estão envolvidos no espectro de apresentações das hérnias inguinais ocultas o diagnóstico pode ser confuso. O sintoma primário é dor inguinal que a paciente poderá descrever com "dor no ovário". Outros sintomas como dor durante a evacuação, dor com a bexiga cheia, dor durante tosse ou espirro, e dor durante a relação sexual devem sugerir que o aumento da pressão intra-abdominal contribui para desencadear o sintoma. Dor pélvica posterior, uni ou bilateral, parece ocorrer devido a espasmo do músculo piriforme já que este músculo é freqüentemente sensível no exame vaginal. A dor ciática poderá somar-se nestes casos devido à distensão do nervo que passa pelo músculo piriforme tenso.

A exacerbação da dor no **período menstrual**, que a paciente descreve como sendo diferente das cólicas, não é prontamente explicada, mas comumente observada. Neuralgia do ílio-inguinal, ílio-hipogástrico, genitofemoral, obturador e pudendo podem predominar, e o paciente pode reclamar de dores agudas acima da vagina, nos flancos, quadrantes inferiores, no quadril, na coxa e ter irradiação para os grandes lábios. Estes problemas secundários tornam mais difícil de fazer o diagnóstico de hérnia especialmente se a paciente for avaliada por uma variedade de especialistas que podem não conectar todos os sintomas. Então, a paciente poderá ser diagnosticada com hérnias de disco lombar, mialgia do assoalho pélvico, instabilidade sacroilíaca, cistite intersticial, endometriose, trigger points de parede abdominal, neuropatias, neuralgia do pudendo, problemas ortopédicos do quadril, ou até problemas psicossomáticos. Gravidez em idade fértil deve ser considerada.

SINAIS:

Os achados ao exame físico podem ser discretos, sem a presença de hérnia clinicamente detectável. A hérnia inguinal completamente formada apresentaria saco peritoneal e conteúdo abdominal causando abaulamento, como na figura 1. A paciente com Hérnia Oculta da Mulher (HOM), no entanto, pode perceber apenas sensibilidade e desconforto doloroso, na região do Trígono de Hesselbach (área 1 Fig.2). Adicionalmente, poderá estar presente uma sensibilidade que piora com o ato de sentar sob resistência à partir do decúbito dorsal.





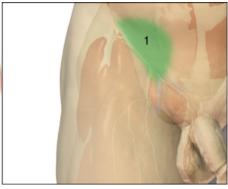


Figura 1. **ABAULAMENTO**

Figura 2. DOR

Um ótimo nível de predição para existência de HOM, obtemos com o **toque vaginal**. Frequentemente os músculos do assoalho pélvico estão tensos e sensíveis. Além deles, a espinha isquiática pode estar sensível.

IMAGEM:

A dificuldade em fazer o diagnóstico corretamente pode ser complexa uma vez que as pacientes podem ter múltiplas patologias, e os exames de imagem podem mostrar achados com **patologias sobrepostas**. Daí passa a ser importante saber a frequência de **achados puramente ocasionais e assintomáticos** (por exemplo: dor inguinal crônica com hérnia pequena detectada na ultrassonografia aliada a alterações inflamatórias da sínfise púbica na Ressonância Nuclear Magnética).

Exames de imagem, como radiografias pélvicas, podem auxiliar descartando outras patologias. Ultrassonografia abdominal e dos planos musculares da região inguinal são fundamentais na avaliação, bem como RNM do púbis e pelve. A ultrassonografia tem sua acurácia debatida por ser excessivamente dependente do examinador, e considerando este fato ela deverá ser feita por ultrassonografista habitual nesta área anatômica.

O **tratamento conservador** é ocasionalmente efetivo para estas lesões inguinais, mas podem resultar em demorada alternância de medidas gerais que retardam excessivamente um resultado cirúrgico possivelmente rápido. A cirurgia pode ser considerada se os resultados do tratamento conservador falharem por um período mínimo de **8 semanas**, a história e o exame físico forem típicos, e particularmente se a paciente desenvolve trabalho com esforço físico (trabalho braçal ou pesado).

<u>POPULAÇÃO ALVO</u>: mulheres com dor crônica unilateral na região inguinal, sempre recorrente aos esforços, que alivia ao repouso, sem abaulamento herniário visível ou palpável.

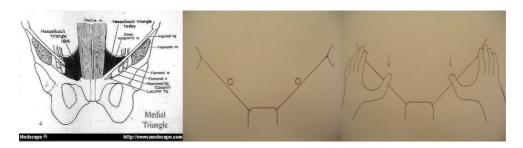
MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

- Início insidioso
- Unilateral
- Relacionada a esforços ou exercícios
- Dor profunda
- Reduz com repouso

ACHADOS AO EXAME FÍSICO

- Sem hérnia detectável
- Sensibilidade na compressão inguinal
- Toque vaginal com tensão e sensibilidade muscular no lado da dor
- Sinal do anel inguinal interno *

(*) O sinal do anel inguinal interno é a reprodução da dor da paciente pelo toque (compressão com o dedo) da região onde se localiza esta estrutura, a meio caminho entre a crista ilíaca ântero-superior e o tubérculo púbico, uma polpa digital acima do ligamento inguinal. Examina-se com a paciente em pé e o examinador sentado, palpando-se a crista ilíaca ântero-superior e com o primeiro quirodáctilo comprimindo a parede abdominal muscular no ponto indicado, como mostram as figuras 2,3 e 4. Este sinal sendo positivo, bem como a dor localizada ao tossir ou espirrar têm 100% de bons resultados com a correção cirúrgica de hérnia inguinal (8 ********).



Figuras 2, 3 e 4.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS*

mialgia do assoalho pélvico, cistite intersticial, endometriose, neuropatias,

osteíte do púbis

neuralgia do pudendo/mialgias do assoalho pélvico/ *trigger points* de parede

- # cistite intersticial
- # bursite / osteoartrite/ síndrome de stress
- # síndrome de estresse
- # anormalidades da coluna lombar
- # neuropatias de compressão
- (*) não incluídas as síndromes de início agudo

EXAMES

Ecografia pélvica e transvaginal	Doenças anexiais
Ecografia da região inguinal – planos	Hérnias completas, incompleta,
musculares	lipomas, e assimetrias entre os lados
Radiografia simples da pelve	Fraturas, calcificações, artroses
Ressonância Nuclear Magnética da	Pubeíte, rupturas de m. adutores,
pelve	bursites

Videolaparoscopia: é utilizada na avaliação de Dor Pélvica Crônica; o tratamento da Dor Pélvica Crônica tem sido limitado pela nossa habilidade em diagnosticar especificamente e tratar a causa da dor. Devido à HOM não ser geralmente aparente na avaliação laparoscópica, ela <u>sempre deve ser considerada</u> nas pacientes com <u>Dor Pélvica Crônica com laparoscopia negativa</u> ou quando a patologia observada é insuficiente para explicar o grau e tipo de dor apresentada.

FLUXO PRÉ-OPERATÓRIO

É fundamental que para indicar o tratamento cirúrgico para hérnia oculta da mulher haja a integração de decisões dos três especialistas: o ginecologista, o traumatologista e o cirurgião de hérnias. Durante o fluxo pré-operatório transcorrido pelo paciente, o ginecologista tem papel fundamental, pois a exclusão ou inclusão de diagnósticos concomitantes orientará o tratamento. Teremos pacientes com diagnósticos sobrepostos ou únicos, e a expectativa de resultado positivo poderá depender da complexa relação de achados concomitantes.

- QUANDO TEM SINAIS INDICATIVOS DE **HOM** AO EXAME FÍSICO ASSOCIADOS COM SINTOMAS TÍPICOS HÁ MAIS DE 8 SEMANAS.
- APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RECIDIVA SINTOMÁTICA UNILATERAL QUE INTERFERE NA QUALIDADE DE VIDA.
- QUANDO APRESENTA HÉRNIA (completa detectável) OU ASSIMETRIAS NA ECOGRAFIA DE PAREDE MUSCULAR (abaulamentos assimétricos ou lipomas pré-herniários)

REPARO DA REGIÃO INGUINAL - TÉCNICA HMI

O nosso serviço padronizou a técnica HMI para tratamento cirúrgico da HOM. Consta da utilização de tela tridimensional (Fig.5), inserida através de inguinotomia de 4 cm feita com anestesia local + sedação.

Após dissecção das estruturas do canal inguinal e identificação das alterações anatômicas do caso, procedemos a abertura da parede posterior, medialmente aos vasos epigástricos inferiores. A tela tridimensional é então inserida e aberta na região pré-peritoneal, cobrindo internamente o **anel miopectíneo de Fruchaud** (Fig.6). A parte anterior da tela cobre o assoalho inguinal, fixada no ligamento inguinal e sobreposta à face anterior do músculo oblíquo interno e tendão conjunto, **gerando mais estabilidade a estas estruturas músculo-tendinosas**. O fechamento da aponeurose do oblíquo externo encerra o procedimento (Fig. 7, 8,9,10).

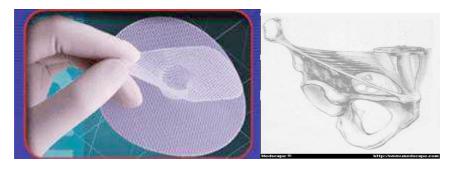


Figura 5 Figura 6

Posicionamento final da tela (Fig.11,12)

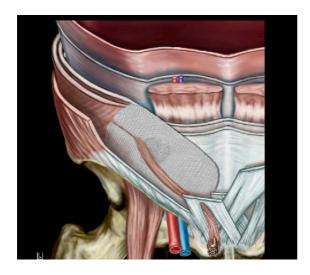


Figura 11. Posicionamento final anterior.

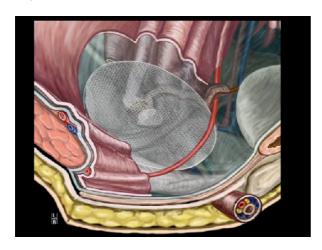


Figura 12. Posicionamento final posterior.

Quanto ao resultado pós-operatório, poderemos obter alívio completo ou muito significativo da dor crônica de 80% a 85% das mulheres operadas (10).

REFERÊNCIAS

- **1**. Lacroix VJ, Kinnear DG, Mulder DS, Brown RA. Clin J Sport Med. 1998 Jan;8(1):5-9.Lower abdominal pain syndrome in national hockey league players: a report of 11 cases.
- **2**. Brannigan AE, Kerin MJ, McEntee GP. J Orthop Sports Phys Ther. 2000 Jun;30(6):329-32.Gilmore's groin repair in athletes.

- . Zoga AC, Kavanagh EC, Omar IM, Morrison WB, Koulouris G, Lopez H, Chaabra A, Domesek J, Meyers WC. Radiology. 2008 Jun;247(3):797-807. Athletic pubalgia and the "sports hernia": MR imaging findings..
- . Hackney RG. Br J Sports Med. 1993 Mar;27(1):58-62. The sports hernia: a cause of chronic groin pain.
- . Malycha P, Lovell G.Aust N Z J Surg. 1992 Feb;62(2):123-5.Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: the 'sportsman's' hernia.
- . Joesting DR. Curr Sports Med Rep. 2002 Apr;1(2):121-4. Diagnosis and treatment of sportsman's hernia.
- . Joesting DR. Curr Sports Med Rep. 2002 Apr;1(2):121-4. Diagnosis and treatment of sportsman's hernia..
- 8. Fon LJ, Spence RABr J Surg. 2000 May;87(5):545-52. Sportsman's hernia...
- **9**. Farber AJ, Wilckens JHJ Am Acad Orthop Surg 2007 Aug;15(8):507-14. Sports hernia: diagnosis and therapeutic approach..
- . Kemp S, Batt ME. Phys Sportsmed 1998 . 26:36-44. The sports hernia: a common cause of groin pain.
- **11.** Metzger DA, Daoud I. Occult hernias in women with chronic pelvic pain. Plenary abstract presented at: International Congress of Gynecologic Endoscopy, American Association of Gynecologic Laparoscopists Annual Meeting; November 14-16, 2000; Orlando, FL.