



Herniorrafia inguinal Amid-Lichtenstein

Indicação para a operação:

O paciente apresenta uma hérnia inguinal que causa desconforto (mínimo/moderado/significativo) (com/sem) sintomas obstrutivos. Os benefícios, riscos e alternativas da correção cirúrgica foram discutidos em detalhes, incluindo a opção de espera vigilante, reparos baseados em tecido e tela e opções abertas versus opções minimamente invasivas. Dado seu (desejo de evitar anestesia geral/ desejo de evitar dissecção pré-peritoneal/ comorbidades cardíacas comorbidades pulmonares/ prostatectomia prévia ou cirurgia abdominal inferior/preferência), concordamos em prosseguir com um reparo aberto com tela. Discutimos os riscos inerentes de recorrência e dor crônica. Discutimos o baixo risco de sangramento, infecção, lesão visceral, dor/atrofia/comprometimento testicular e problemas relacionados à tela. O paciente entendeu essas considerações e consentiu com a operação.

Descrição da operação:

O paciente é colocado em decúbito dorsal na mesa de cirurgia. Após o início dos cuidados de anestesia monitorada com sedação leve, 10 cc de uma mistura de 50:50 de lidocaína e marcaína são injetados em uma incisão de 6 cm posicionada 1 a 2 cm acima da sínfise púbica e centralizada sobre o canal inguinal. Outros 10 cc de anestésico local podem ser injetados no tecido subcutâneo subjacente.

A pele é incisada e a dissecção é realizada através do tecido subcutâneo, abrindo a fáscia de Scarpa. Os vasos epigástricos superficiais são identificados, ligados proximal e distalmente com sutura de Vicryl 3-0, e divididos. **O controle não adequado desses vasos pode levar a complicações de sangramento pós-operatório.**

A aponeurose do oblíquo externo é então exposta. Uma pequena janela é feita para expor o canal. 10 cc de anestésico local são injetados sob a aponeurose oblíqua externa, hidrodissecando o canal e anestesiando os nervos inguinais que correm dentro do canal inguinal. **É essencial EVITAR a injeção muito profunda para evitar infiltração no cordão, nos vasos ou no território do nervo femoral.**

O oblíquo externo é então liberado para o ligamento inguinal lateralmente e para o anel externo medialmente para definir o centro do canal. As fibras do OE são então incisadas no ponto médio, levando-o até o anel externo distalmente e em direção à espinha ilíaca anterosuperior proximalmente.

Um afastador Weitlander (autoestático) de 19 cm é utilizado para expor o campo. Duas pinças de reparo pequenas são colocadas em cada folheto da aponeurose OE.

O folheto medial é dissecado com um gaze montada ou turunda delicada ao longo da aponeurose do OE para expor o tendão conjunto mediamente. O folheto lateral é dissecado ao longo da aponeurose do OE para expor o ligamento inguinal lateralmente.



MANEJO DOS NERVOS

O nervo ilioinguinal é identificado correndo ao longo da parte superior das estruturas do cordão e deve ser protegido em todo o seu curso. **Às vezes, ele pode ser dividido de forma pragmática para evitar lesões ou dor crônica.** Se o nervo for dividido, as extremidades proximal e distal são ligadas com sutura de Vicryl 3-0. A amostra é ressecada e enviada para a patologia. A extremidade proximal é enterrada no ventre do músculo oblíquo interno para evitar cicatrizes perineurais.

O nervo iliohipogástrico é identificado correndo medialmente à sua saída no tendão da conjunta e é protegido em todo o seu curso. Ele também pode ter um trajeto aberrante. O NIH também pode ser dividido pragmaticamente, se necessário. O nervo genital pode ser identificado dentro do feixe cremastérico adjacente à veia espermática externa e é preservado.

As estruturas do cordão são separadas do assoalho do canal inguinal por meio de uma dissecção romba com gaze montada ou turunda diretamente sobre a sínfise pública e o tubérculo, no plano avascular. Em seguida, o cordão é elevado com um dreno de Penrose numero 1 (20mm). **Evitar a dissecção romba com os dedos previnirá lesões no feixe cremastérico e no nervo genital. Em mulheres, o ligamento redondo pode ser dividido com segurança.**

HÉRNIA DIRETA

Uma hérnia direta pode ser identificada e separada das estruturas do cordão. A fáscia transversalis é então aberta no ponto médio do canal. A presença de uma hérnia femoral deve ser excluída, especialmente em mulheres. A fáscia transversalis é então imbricada sem tensão para fechar o assoalho do canal, criando uma zona plana para a tela. **Deve-se tomar cuidado para evitar lesões no nervo iliohipogástrico e evitar a fixação no ligamento inguinal, que gera tensão. Pode ser útil delinear claramente o arco transverso superiormente para minimizar os riscos de aprisionamento do NIH.**

HÉRNIA INDIRETA

As estruturas do cordão são então abertas longitudinalmente na direção das fibras cremastéricas para preservar as estruturas do cordão e os nervos ilioinguinal e genital.

Um saco herniário é identificado no aspecto anteromedial do ducto deferente e é separado das estruturas do cordão. São injetados mais 2 cc de anestesia local em sua base. Esse saco é aberto, e o canal femoral pode ser explorado através da abertura. O saco é então ligado com sutura Vicryl 2-0 e dividido.

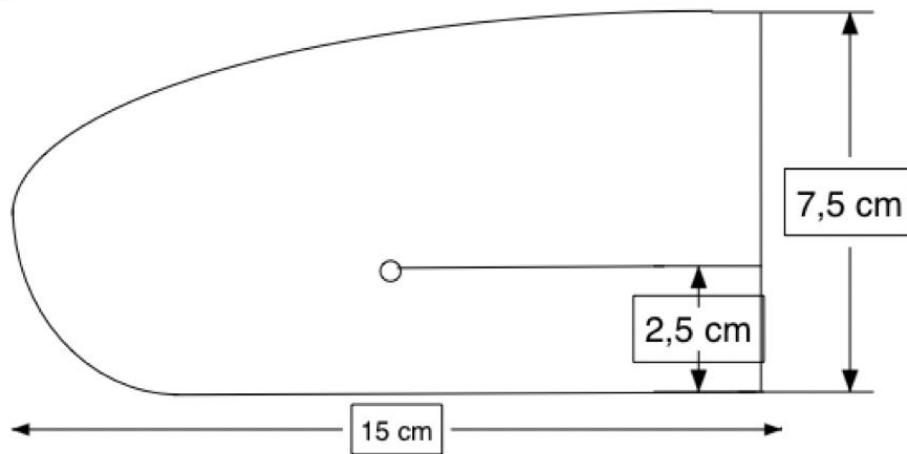
LIPOMA DE CORDÃO

Se um lipoma de cordão for identificado, ele será separado das estruturas do cordão. Em seguida, são injetados 2 cc de anestesia local em sua base, ligado com sutura de Vicryl 2-0 e dividido.

COLOCAÇÃO DA TELA

O assoalho do canal é preparado para a colocação da tela com a reconstrução do anel interno com uma sutura de Marcy (Vicryl 2-0 fechando os bordos do anel interno), imbricação do assoalho (fascia transversalis) e exposição medial de 1,5 a 2 cm do púbis.

Em seguida, o reparo é realizado utilizando uma tela de 7,5 x 15 cm moldada de acordo com a curvatura do canal inguinal.



Uma sutura de Prolene 2-0 é usada para fixar a parte lateral da tela ao ligamento inguinal. A sutura é colocada 1 cm distal ao tubérculo púbico sem capturar o periosteio. Em seguida, o mesmo ponto é passado na tela a 1cm de distância de sua borda para obter 1,5 a 2 cm de sobreposição medial. É então realizada uma sutura contínua ao longo do ligamento ligamento inguinal, fixando a parte inferior-lateral da tela à borda do ligamento, do tubérculo púbico até o nível do anel interno.

A tela é então dividida em duas caudas: superomedial (2/3 da largura) e inferolateral (1/3 da largura). A cauda superior é passada sob as estruturas do cordão. A parte superomedial da tela é fixada à porção aponeurótica do tendão conjunto com suturas interrompidas, soltas e absorvíveis de Vicryl 2-0 com cuidado, protegendo o nervo iliohipogástrico ao longo de seu curso. A cauda superior é então cruzada sobre a cauda inferior e as bordas laterais da tela são fixadas ao ligamento inguinal com sutura de Prolene 2-0 para criar o anel interno.

4 cm de extensão cefálica da tela são preservados e cortados de acordo com o formato do canal. Isso é então colocado sob a aponeurose do OE para cobrir uma hérnia espigeliana intersticial ou oculta. É usada uma sutura de Vicryl 2-0 para fechar a aponeurose do OE, recriando o anel externo. O nervo ilioinguinal é protegido durante esse fechamento. A fáscia de Scarpa é fechada com sutura contínua de Vicryl 3-0. A pele é fechada com Monocryl 4-0 com pontos subcuticulares.