

Em relação ao artigo "A videolaparoscopia na hérnia inguinal deve ser rotineira?", publicado na secção "À Beira do Leito" da Rev Assoc Med Bras 2005; 51(5):243, tecemos algumas considerações.

As vantagens da hernioplastia inguinal videolaparoscópica sobre a técnica convencional estão bem estabelecidas na literatura médica: menos dor pós-operatória, retorno mais célere às atividades habituais e maior satisfação do paciente. Rutkow estima que, em 2003, nos EUA, de aproximadamente 800.000 reparos de hérnia, 14% foram feitos por videolaparoscopia, 37% por Lichtenstein, 34% plug repairs, 8% foram outros reparos com tela e somente 7% reparos sem uso de prótese<sup>1</sup>.

As explicações para o menor número de correções videolaparoscópicas (14%), conforme Arregui e Young, estão relacionadas com o menor reembolso pago aos procedimentos videolaparoscópicos nos EUA, 15,8% a menos na hérnia primária e 12,4% na recidivada em relação aos procedimentos abertos. Além disso, deve-se considerar a relativa facilidade do reparo aberto e não existência de um treinamento adequado durante as residências e fellowships em cirurgia nos reparos videolaparoscópicos<sup>2</sup>.

Atualmente, há uma tendência mundial de utilização rotineira de tela para correção de hérnias inguinais no adulto. Em meta-análise que avaliou 58 ensaios clínicos com 11.174 pacientes, (The EU Trialist Collaboration), o uso de tela demonstrou reduzir o risco de recorrência, redução no tempo de hospitalização, redução de dor pós-operatória na técnica aberta e recuperação mais rápida<sup>3</sup>.

Historicamente, todas as novas técnicas de correção de hérnia inguinal encontraram resistência, mesmo o reparo de Lichtenstein, que atualmente é o mais utilizado.

Segundo Richards, Quinn e Fitzgibbons, quatro avanços na metade final do século XX contribuíram significativamente para a diminuição da morbidade e diminuição da recorrência: uso de próteses, aceitação ampla do conceito de tension-free, possibilidade de uso do espaço pré-peritoneal na correção das hérnias e a terapêutica videolaparoscópica<sup>4</sup>.

As complicações em geral são as mesmas, tanto nos reparos abertos como nos videolaparoscópicos, embora o potencial para lesões mais graves seja maior na abordagem videolaparoscópica. Isto reflete a curva de aprendizagem e o pobre ensinamento da técnica<sup>2</sup>.

Vários autores indicam que a correção laparoscópica pode ser efetiva, segura e com grande sucesso, nas hérnias primárias, bilaterais e recidivadas, utilizando o método rotineiramente<sup>2,5,6</sup>. Nós utilizamos como rotina a técnica videolaparoscópica para correção das hérnias inguinais desde 1993, tendo já analisado 696 correções até julho de 2003<sup>6</sup>.

O primeiro ensaio clínico randomizado comparando o reparo aberto ao videolaparoscópico mostrou: recuperação mais rápida, menor incidência de abscesso de ferida operatória, menor recorrência na videocirurgia. Todavia nas correções abertas não era utilizada prótese<sup>7</sup>.

Ensaio clínico randomizado, publicado em 2004, que gerou muita discussão sobre o assunto, evidenciou índices de recidiva similares na correção de hérnias recidivadas e resultados similares em correção de hérnias primárias, quando realizada a correção videolaparoscópica por cirurgiões com mais de 250 correções<sup>8</sup>.

Portanto, na literatura atual está bem estabelecido e existe respaldo que o método videolaparoscópico é mais uma técnica segura e efetiva para correção das hérnias inguinais, tanto recidivadas quanto primárias, podendo ser realizada rotineiramente por cirurgiões experientes com o método ou por novos cirurgiões com treinamento adequado, pois proporciona grandes benefícios ao paciente, reduz a dor pós-operatória, permanência hospitalar, promove a correção bilateral e agiliza o retorno ao trabalho.

**MANOEL ROBERTO MACIEL TRINDADE  
EDUARDO NEUBARTH TRINDADE**

#### Referências

1. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. *Surg Clin North Am* 2003;83(5):1045-51.
2. Arregui ME, Young SB. Groin hernia repair by laparoscopic techniques: current status and controversies. *World J Surg* 2005;29(8):1052-7.
3. The EU Trialists Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2002; 235(3):322-32.
4. Richards AT, Quinn TH, Fitzgibbons RJ Jr.. Abdominal wall hernias. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, Lillemoe KD, editors. *Greenfield's surgery: scientific principles and practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p.1185-224.
5. Bittner R, Schmedt CG, Schwarz J, Kraft K, Leibl BJ. Laparoscopic transperitoneal procedure for routine repair of groin hernia. *Br J Surg* 2002; 89(8):1062-6.
6. Trindade MRM, Vaz M, Trindade EN, Moreira Jr, NL. Hernioplastia inguinal por técnica videolaparoscópica transabdominal pré-peritoneal- avaliação de 696 correções. *Rev Col Bras Cir* 2005;32 (suppl 1):56-56.
7. Liem MS, Van der Graaf Y, Van Steensel CJ, Boelhouwer RU, Clevers GJ, Meijer WS, et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. *N Engl J Med* 1997;336(22):1541-7.
8. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, Dunlop D, Gibbs J, et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004;350(18):1819-27.
9. Castro OAP, Vincenzi R, El Malat HL, Ilias EJ, Kassab P. A videolaparoscopia na hérnia inguinal deve ser rotineira?. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(5):243.