

Clinica Cirúrgica

A VIDEOLAPAROSCOPIA NA HÉRNIA INGUINAL DEVE SER ROTINEIRA?

As supostas vantagens da hernioplastia videolaparoscópica sobre a técnica convencional, até o momento, não foram consistentemente demonstradas, tanto que, nos Estados Unidos da América, somente 13% das correções de hérnias inguinais são feitas por este método⁶.

Alguns aspectos podem ser citados para tentar explicar a aceitação limitada desta técnica: a relativa facilidade de realizar reparos abertos sem tensão, até mesmo com anestesia local e curta permanência hospitalar; índices de recidiva e de complicações bastante reduzidos na cirurgia convencional; maior custo e necessidade de equipamentos mais complexos para a realização da técnica laparoscópica; maior potencial de complicações relacionadas ao procedimento laparoscópico, ao pneumoperitônio e à anestesia geral; maior familiaridade do cirurgião com a anatomia da região inguinal pela via anterior; e o uso rotineiro e obrigatório de prótese em todos os casos pela via laparoscópica⁶.

Apesar disso, duas vantagens relacionadas ao método laparoscópico são citadas e amplamente aceitas na literatura: quase ausência de dor pós-operatória; maior facilidade na dissecação anatômica de hérnias recidivadas, tratadas previamente pelo acesso anterior; e um tempo de retorno mais precoce às atividades habituais e ao trabalho⁵.

Outro aspecto que deve ser discutido é com relação à curva de aprendizado excessivamente longa na técnica videolaparoscópica, sendo que muitos autores relacionam os índices de complicações à inexperiência dos cirurgiões^{2,3}. Entretanto, muitos dos trabalhos que mostram taxas de complicações pela técnica laparoscópica inferiores à aberta não discriminam com precisão os grupos de pacientes estudados e o tipo de hérnia que eles apresentavam⁴.

O que se nota com clareza, na literatura, é que as complicações intra-operatórias da correção laparoscópica, quando ocorrem, são significativamente mais graves do que as complicações encontradas nos reparos abertos. Podemos destacar as lesões provocadas pelos trocarteres, e pela clipagem de nervos e vasos¹.

Dessa forma, até o presente momento, não há dados na literatura que possam recomendar o emprego rotineiro da hernioplastia inguinal videolaparoscópica.

**OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO
RODRIGO VINCENZI
HASSAN FAHD EL MALAT
ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB**

Referências

1. Bendavid R. Complications of groin hernia surgery Surg Clin North Am 1998;78:1089-103.

2. DeTurris SV, Cacchione RN, Mungara A, Pecoraro A, Ferzli GS. Laparoscopic herniorrhaphy: beyond the learning curve. J Am Coll Surg 2002;194:65-73.

3. Felix E, Scott S, Crafton B, Geis P, Duncan T, Sewell R, et al. Causes of recurrence after laparoscopic hernioplasty: multicenter study. Surg Endosc 1998;12:226-31.

4. 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;336:1541-7.

5. Oberlin P. Faut-il opérer toutes les hernies de laïné? Ann Chir 2002;127:161-3.

6. Safadi BY, Duh QY. Minimally invasive approaches to inguinal hernia repair. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2001;11:361-6.

Emergência e Medicina Intensiva

NO QUE CONSISTE A MONITORIZAÇÃO NEUROLÓGICA À BEIRA DO LEITO?

A monitorização do paciente neurológico grave na UTI consiste em identificar, por meio do exame físico e dos equipamentos monitores invasivos sinais, que indiquem hipertensão intracraniana e diminuição de perfusão cerebral, que se não forem revertidas levam à morte cerebral.

A pressão intracraniana normal é 4 mmHg. Em situações de injúria cerebral como trauma ou isquemia, a maioria dos autores aceita como limite superior de pressão o valor de 20 mmHg. Valores acima disto podem levar a edemas com herniação, que é a protrusão de tecido cerebral através das tendas cerebrais (dobras de membrana de dura-mater que servem de sustentação ao parênquima cerebral). A herniação comprime tecidos e vasos adjacentes, podendo interromper a circulação local, levando à necrose. O tronco é área particularmente nobre, por regular a pressão, temperatura e frequências respiratória e cardíaca e por conter o sistema reticular ativador ascendente, que regula o despertar e a capacidade de interação com o meio ambiente. É fundamental no paciente em coma determinar o grau de sofrimento do tronco.

A monitorização se inicia por um exame neurológico sucinto no qual se avaliam sinais que indicam compressão do tronco ou dos nervos cranianos adjacentes ao mesmo. Avaliamos o tamanho e a simetria das pupilas, bem como a sua reação à luz, que permitem inferir sobre compressões do terceiro e quarto nervos. Pupilas dilatadas e arreativas indicam lesão bilateral do tronco. Assimetria (anisocoria) indica lesão unilateral de tronco por herniação de porção do lobo temporal (uncus). A presença de posturas motoras anômalas decorticação (flexão de membros superiores e extensão de membros inferiores) e descerebração (extensão de membros superiores e inferiores) indica progressiva lesão de tronco. Estes sinais aparecem tardiamente, sendo insuficientes para permitir bons resultados.

A pressão intracraniana (PIC) pode ser medida diretamente por meio da introdução intracerebral de cateteres