

Inguinodinia em pacientes submetidos à hernioplastia inguinal convencional

Inguinodynia in patients submitted to conventional inguinal hernioplasty

BRUNO GARCIA DIAS¹; MARCELO PROTÁSIO DOS SANTOS¹; ANA BARBARA DE JESUS CHAVES¹; MARIANA WILLIS¹; MARCIO COUTO GOMES¹; FERNANDES TAVARES ANDRADE¹; VALDINALDO ARAGÃO DE MELO¹; PAULO VICENTE DOS SANTOS FILHO¹.

R E S U M O

Objetivo: avaliar a incidência de dor crônica e o seu impacto na qualidade de vida de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein. **Métodos:** trata-se de estudo transversal descritivo, de pacientes operados de hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein sob anestesia raquidiana, no período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2015, e que já haviam completado seis meses de pós-operatório. Os pacientes foram questionados sobre a presença de dor inguinal crônica e, caso confirmada, convidados a uma consulta na qual foi feita análise da qualidade da dor e seu impacto na qualidade de vida. **Resultados:** do total de 158 pacientes submetidos ao procedimento, 7,6% foram identificados como portadores de inguinodinia. Destes, houve impacto na qualidade de vida em 25%. **Conclusão:** observou-se incidência de inguinodinia pós-hernioplastia com repercussão na qualidade de vida semelhante à literatura mundial.

Descritores: Hérnia Inguinal. Dor Crônica. Herniorrafia. Cirurgia Geral.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das técnicas de reparo livre de tensão possibilitou a diminuição das taxas de recidivas em hernioplastias inguinais, anteriormente consideradas a principal complicação pós-operatória tardia destes procedimentos¹. Em contrapartida, vem se notando um aumento da incidência e de dor inguinal crônica – também chamada inguinodinia – e, por esse motivo, tem sido considerada, atualmente, a complicação de maior importância no pós-operatório das hernioplastias inguinais².

A cronicidade da dor é geralmente definida como dor por período superior a três meses. No entanto, a inguinodinia pós-hernioplastia, devido aos processos inflamatórios pós-operatórios, só pode ser caracterizada como tal, após um período mínimo de seis meses³. Sua etiologia é multifatorial, podendo ser causada por dano a um ou mais nervos da região inguinal, repercutindo em uma dor do tipo neuropática e/ou devido ao processo inflamatório decorrente do uso de tela ou relacionada a outros fatores, resultando em dor somática⁴. Sua taxa de prevalência é bastante variável e, constitui hoje, um dos maiores desafios do cirurgião moderno, devido ao impacto negativo provocado na qualidade de vida destes pacientes⁵. Nesse sentido, o presente estudo objetiva avaliar

a incidência de dor inguinal crônica em pacientes submetidos à hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado entre junho e agosto de 2015, no Serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia localizado na cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil. Inicialmente foram selecionados os pacientes registrados nos arquivos hospitalares como submetidos à hernioplastia inguinal pela técnica original de Lichtenstein sob raquianestesia, no período de fevereiro de 2013 a fevereiro de 2015, e que já haviam completado ao menos seis meses de pós-operatório. Os pacientes foram submetidos a um questionário telefônico sobre a presença de dor inguinal crônica. Os que a confirmaram foram convidados para consulta médica, na qual foram analisadas as características da dor e seu impacto na qualidade de vida, pelo método WHOQOL-bref.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, sob número de registro 12235809-01. Todos os pacientes foram informados previamente sobre a pesquisa e os selecionados para consulta médica foram orientados e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

1 - Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Serviço de Residência Médica em Cirurgia Geral, Aracaju, SE, Brasil.

Tabela 1. Características dos pacientes com inguinodinia.

Paciente	Tipo	Característica	Duração (meses)	Frequência (mensal)	END	IQV
1	Neuropática	Parestesia	12	8	5	NÃO
2	Neuropática	Parestesia	07	8	3	NÃO
3	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	09	4	4	NÃO
4	Neuropática e Somática	Parestesia + Hipoestesia + Neuralgia	11	28	9	SIM
5	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	08	28	5	SIM
6	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	14	12 a 16	9	SIM
7	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	10	4	3	NÃO
8	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	24	1 a 2	2	NÃO
9	Somática	Neuralgia	12	4 a 8	4	NÃO
10	Neuropática e Somática	Parestesia + Neuralgia	11	4	3	NÃO
11	Neuropática e Somática	Hipoestesia + Neuralgia	24	8	3	NÃO
12	Neuropática	Parestesia + Hipoestesia	20	4	2	NÃO

END: Escala Numérica da Dor; IQV: Impacto na Qualidade de Vida.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software *R Core Team* 2015. E o nível de significância adotado foi 5%.

RESULTADOS

Um total de 158 pacientes operados foram submetidos ao questionário telefônico e destes, 12 foram identificados como portadores de inguinodinia (7,6%). Em relação ao sexo dos pacientes operados, 18 (11,4%) eram mulheres e 140 (88,6%) homens. Quanto à lateralidade, 88 (55,7%) hérnias inguinais situavam-se no lado direito, 61 (38,6%) do lado esquerdo e nove (5,7%) eram bilaterais. As idades variaram entre 23 e 87 anos, com média de 51,3 anos.

Entre os pacientes identificados como portadores de inguinodinia, todos eram do sexo masculino. Com relação ao lado da hérnia inguinal, seis (50,0%) apresentavam-na no lado direito, quatro (33,3%) no lado esquerdo e dois (16,7%) bilateralmente. A idade variou entre 25 e 87 anos, com média de 52 anos. A intensidade da dor na Escala Numérica de Dor variou entre 2 e 9, com média de intensidade em torno de 4,3. Nenhum dos pacientes portadores de inguinodinia estava em tratamento médico

para tal situação. As características das dores dos pacientes com inguinodinia estão expressas na tabela 1.

Em relação aos valores dos domínios nos pacientes com dor inguinal crônica que apresentaram repercussão na qualidade de vida, calculados pelo método WHO-QOL-bref, os dados estão expressos na tabela 2.

DISCUSSÃO

Os dados presentes na literatura em relação à incidência de dor crônica são bastante divergentes. Isso é consequência das diferentes definições, diferentes momentos de avaliação, diferentes métodos de medição e também pelo fato da dor ser sintoma subjetivo e encarado de diferentes maneiras por diferentes povos e culturas. Por esse motivo, os dados mais recentes relativos ao tema estão baseados no *guideline* internacional de diagnóstico e manejo de dor crônica após cirurgia de hérnia inguinal publicado em 2011, que objetiva padronizar alguns conceitos básicos sobre o tema³. Ainda assim, alguns pontos ainda não possuem consenso e as comparações entre os estudos presentes na literatura se tornam difíceis.

A incidência de inguinodinia pós-hernioplastia pode variar de 0,7 a 51%⁶. Em nosso estudo, 7,6% dos

Tabela 2. Domínios afetados em pacientes em que inguinodinia apresentou impacto na qualidade de vida.

Paciente	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio de ambiente	Impacto na qualidade de vida
1	60,7%	75%	66,7%	65,6%	67%
2	67,9%	75%	91,7%	65,6%	75%
3	78,6%	66,7%	66,7%	65,6%	69,4%

pacientes foram diagnosticados com inguinodinia, compatível com o encontrado na literatura mundial. Destes, apenas três (1,8%) referiram dor que repercutia na qualidade de vida e que podia ser classificada como dor significativa. Nos demais (98,2%), apesar do relato de dor, esta não tinha repercussão nas atividades usuais. Muitos dos dados da literatura sobre inguinodinia não especificam o grau de dor, nem sua periodicidade.

Outro fator que dificulta a análise do tema é que o paciente pode vir a desenvolver dor crônica em períodos variáveis, desde o pós-operatório imediato até anos depois, o que implica em um seguimento em longo prazo para constatar o surgimento ou não desta complicação. Desta forma, é importante que os trabalhos forneçam a informação da presença de dor relacionada ao tempo de pós-operatório daquela amostra estudada. Trabalhos com seguimento mais longo (dois a três anos) revelam dor residual em 31% dos pacientes e dor incapacitante em 3%⁷.

Outra limitação diz respeito à forma de mensuração da dor. Alguns autores utilizam apenas a informação de presença ou não de dor e não subclassificam sua intensidade. Já outros, classificam a dor de acordo com a avaliação de escala analógica visual (VAS), porém variando de 0 a 5, 0 a 10 ou 0 a 100. Tal falta de consenso na literatura prejudica uma subdivisão da intensidade da dor, fazendo com que um paciente que sente dor classificada como nota 1 (escala de 0 a 10), uma vez por mês, durante seis meses após a cirurgia, seja classificado como portador de inguinodinia tanto quanto um paciente que tem dor nota 8, cinco vezes por semana. Desta forma, uma subclassificação seria importante para facilitar os dados estatísticos e, conseqüentemente, a padronização de tratamento mais individualizado. Encontramos relativa limitação em nossa avaliação uma vez que o contato inicial para avaliação da presença ou não de dor foi por contato telefônico, o que pode subestimar a presença da dor e da recidiva herniária.

Em nosso trabalho utilizamos a VAS variando de 0 a 10. Utilizamos o critério da Escala de Qualidade de Vida como fator para definir dor residual sem repercussão ou com repercussão na qualidade de vida e não apenas à nota atribuída à dor. Em nossa casuística tivemos pacientes com nota elevada, porém sem repercussão na qualidade de vida e pacientes com nota baixa em relação à intensidade, porém afetando suas atividades habituais. A associação da intensidade com o comprometimento na qualidade de vida é importante para entendermos o quanto essa dor significa para o paciente.

Vale ressaltar que nenhum dos pacientes de nossa casuística tinha direito a benefícios sociais que pudessem justificar as queixas informadas para obtenção de ganhos secundários, situação, infelizmente, presente em nossa sociedade.

A literatura nacional é escassa em relação a esses dados e nos baseamos em dados americanos e europeus, cuja população pode apresentar uma maior ou menor tolerância a dor ou até mesmo uma menor aceitação ou conformismo em relação à sua presença. O que chama atenção nos dados do presente estudo é que mesmo com 1,8% (3/158) de pacientes com dor que afetam a qualidade de vida, nenhum desses procurou espontaneamente o serviço onde foi submetido à cirurgia ou até mesmo outra instituição, mesmo com todo o suporte oferecido. Todos os pacientes diagnosticados como portadores de inguinodinia não estavam com acompanhamento específico para tal complicação.

Quando grave, a inguinodinia pode ser a origem de distúrbios afetivos como ansiedade, depressão, comorbidades somáticas e prejuízo cognitivo, prejudicando drasticamente a qualidade de vida do paciente. Fica claro, então, que as conseqüências não se resumem à clínica, estando associado, enorme prejuízo socioeconômico⁴. Em nossa casuística, não tivemos pacientes nesse extremo de repercussão, porém após a aplicação do questionário

nário do impacto causado pela dor na qualidade de vida, três (25%) dos pacientes que apresentaram inguinodinia, relataram interferência em suas atividades habituais e nove (75%) possuíam dor ocasional e esporádica sem interferência na rotina diária.

Em relação à prevalência do sexo e ao lado acometido pela hérnia inguinal, os resultados do presente estudo corroboram os dados observados na literatura que evidenciam que a hérnia inguinal é muito mais frequente no sexo masculino, obedecendo a uma proporção de sete a nove homens para cada mulher⁸. Do total dos pacientes avaliados 11% eram mulheres e 89% homens. Além disso, em relação ao lado acometido, nosso estudo reve-

lou ser mais comum a hérnia à direita (55% do total de casos), o que pode ser explicado por uma descida mais tardia do testículo direito, e consequente persistência do *processus vaginalis* na hérnia inguinal indireta⁹.

Em suma, a prevalência de dor inguinal crônica pós-hernioplastia neste estudo foi de 7,6% com interferência negativa na qualidade de vida em 25% dos pacientes com inguinodinia e em 1,8% do total de pacientes operados. Diante desses achados, evidencia-se como necessário o acompanhamento pós-operatório rigoroso dos pacientes submetidos à hernioplastia inguinal, com o objetivo de diagnosticar e tratar a dor crônica pós-operatória.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the incidence of chronic pain and its impact on the quality of life of patients submitted to inguinal hernioplasty using the Lichtenstein technique. **Methods:** this was a descriptive, cross-sectional study of patients operated under spinal anesthesia from February 2013 to February 2015 and who had already completed six postoperative months. We questioned patients about the presence of chronic inguinal pain and, if confirmed, invited them to a consultation in which we assessed the pain and its impact on quality of life. **Results:** out of 158 patients submitted to the procedure, we identified 7.6% as having inguinodinia. Of these, there was an impact on the quality of life in 25%. **Conclusion:** the incidence of inguinodinia after hernioplasty with repercussion in quality of life was similar to the one of found in the world literature.

Keywords: Hernia, Inguinal. Chronic Pain. Herniorrhaphy. General Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbeck's Arch Surg.* 2012;397(2):271-82.
2. Pulido-Cejudo A, Carrillo-Ruiz JD, Jalife-Montaña A, Zaldívar-Ramírez FR, Hurtado-López LM. Inguinodinia en postoperados de plastía inguinal con técnica de Lichtenstein con resección versus preservación del nervio ilioinguinal ipsilateral. *Cir gen.* 2012;34(1):18-24.
3. Alfieri S, Amid PK, Campanelli G, Izard G, Kehlet H, Wijsmuller AR, et al. International guidelines for prevention and management of post-operative chronic pain following inguinal hernia surgery. *Hernia.* 2011;15(3):239-49.
4. Bjurström MF, Nicol AL, Amid PK, Chen DC. Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. *J Pain Res.* 2014;7:277-90.
5. Minossi JG, Minossi VV, Silva AL. Manejo da dor inguinal crônica pós-hernioplastia (inguinodinia). *Rev Col Bras Cir.* 2011;38(1):59-65.
6. Nikkolo C, Lepner U. Chronic pain after open inguinal hernia repair. *Postgrad Med.* 2016;128(1):69-75.
7. Fränneby U, Sandblom G, Nordin P, Nyrén O, Gunnarsson U. Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Ann Surg.* 2006;244(4):212-9.
8. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep.* 2011;2(1):5.
9. Burcharth J. The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. *Dan Med J.* 2014;61(5):B4846.

Recebido em: 01/10/2016

Aceito para publicação em: 26/12/2016

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Paulo Vicente dos Santos Filho

E-mail: paulovicentefilho@gmail.com

bgdias@globo.com