Trabalhos Científicos

Título: Vale A Pena Intervir No Lado Contralateral Em Casos De Hérnia Inguinal Unilateral Pediátrica?

Autores: ISABELLY ALMEIDA ESTEVAM (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)), GUILHERME ALVES FERREIRA DA CRUZ (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)), JOCÉLIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE))

Resumo: A incidência da hérnia inguinal contralateral em crianças previamente submetidas a cirurgia para reparo de hérnia inguinal unilateral varia amplamente na literatura, de 2% a 31%, gerando controvérsias quanto à necessidade de intervenção profilática. Analisar a necessidade da exploração inguinal contralateral em crianças com hérnia inguinal unilateral em comparação com reparo apenas unilateral. Revisão integrativa da literatura de artigos das bases de dados Embase e PubMed, utilizando como estratégia de busca os descritores “inguinal hernia” AND “metachronous contralateral” AND “infant”. Os critérios de inclusão dos artigos foram artigos publicados entre 2018 e 2024. Foram excluídos artigos que não abordavam a temática da revisão. O reparo laparoscópico do conduto peritônio-vaginal (CPV) contralateral em crianças é debatido devido à alta incidência de CPV persistente, sendo uma causa de hérnia inguinal contralateral após reparo unilateral. Zhu et al. não encontraram diferença estatisticamente significativa na ocorrência de hérnia inguinal contralateral entre pacientes com e sem CPV persistente, sugerindo que o reparo rotineiro do CPV contralateral pode não ser necessário ao tratar a hérnia unilateral. Chong et al. mostraram taxas baixas de ocorrência ao reparar o lado contralateral em cirurgias laparoscópicas com 0,7% em abordagens contralaterais versus 0,8% em reparos apenas unilateral. A diferença foi mais marcante em cirurgias abertas (0,7% versus 3,8%). Zenitani et al., que utilizaram abordagens laparoscópicas, observaram CPV patente contralateral em 60% dos pacientes com hérnia unilateral, mas nenhum desenvolveu hérnia inguinal contralateral após fechamento profilático. No mesmo estudo, o reparo aberto sem intervenção contralateral mostrou incidência de hérnia inguinal contralateral de 10%. No estudo de Kangwen et al., abordagens bilaterais laparoscópicas resultaram em uma taxa de 0,5% de hérnia inguinal contralateral comparado a 5,2% em abordagens abertas unilaterais. Ahmed et al. relataram que, no grupo de reparo aberto, 12,8% dos casos desenvolveram hérnia inguinal contralateral, enquanto apenas 1,4% ocorreram no grupo laparoscópico com abordagem contralateral. Diversos estudos mostram resultados efetivos do fechamento assintomático do CPV, mas ainda há carência de estudos de longo prazo sobre os resultados. Muitas pesquisas, além de mostrarem resultados divergentes, concentram-se na comparação das técnicas cirúrgicas, enquanto poucas investigam se a intervenção no lado contralateral é realmente necessária. É crucial realizar mais estudos para determinar se os potenciais riscos de complicações associadas ao fechamento assintomático do CPV são menores do que os riscos de uma cirurgia adicional para hérnias contralaterais que podem surgir posteriormente. Além disso, é essencial implementar critérios rigorosos de seleção para minimizar riscos desnecessários, a fim de garantir decisões fundamentadas na segurança e no bem-estar das crianças.