Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Análise clínica e epidemiológica dos pacientes submetidos a hernioplastia inguinal videolaparoscópica

Clinical and epidemiological analysis of patients undergoing laparoscopic inguinal hernioplasty

Análisis clínico y epidemiológico de pacientes sometidos a hernioplastia inguinal laparoscópica

Amanda Conceição Lopes[1], Rodrigo Teixeira Zaiden Filho[2], Sophia Artiaga Gomes[2], Hermínio Maurício da rocha Sobrinho[2], Matheus da Silva Cândido[1].

RESUMO

Objetivo: Avaliar segurança e desfechos (especialmente dor crônica pós-operatória [DCPO]) da hernioplastia inguinal videolaparoscópica (TAPP/TEP) em hospital terciário público. **Métodos:** Coorte observacional retrospectiva de prontuários de adultos submetidos a TAPP/TEP (jan/2023–ago/2025), com revisão de prontuários por formulário padronizado. Coletaram-se dados demográficos/clínicos/cirúrgicos; complicações precoces (≤30 dias), desfechos tardios (>30 dias) e DCPO aos 3 meses. Análises descritivas e comparativa; α=0,05. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Incluídos 63 pacientes (92,1% homens; 76,2% dor pré-operatória >6 meses). Complicações precoces: hematoma 13% e seroma 7,8%. No seguimento: ausência de infecção de tela; recidiva 9,5%; LUTS 7,0%; disfunção sexual 4,8%; parestesia 4,8%. DCPO aos 3 meses em 44,2% (TAPP 41,7% vs TEP 57,1%; sem diferença). Não houve diferença robusta entre TAPP e TEP nos principais desfechos, à luz do pequeno N e de dados incompletos. **Conclusão:** A videolaparoscopia mostrou-se factível e segura, com taxas aceitáveis de complicações e recidiva, porém com DCPO relevante aos 3 meses em população com alta prevalência de dor pré-operatória. Limitações incluem desenho retrospectivo, seguimento curto e perda de informações, sustentando a necessidade de padronização e acompanhamento ≥12–24 meses.

Palavras-chave: Hérnia inguinal, Hernioplastia, Laparoscopia, Dor pós-operatória.

ABSTRACT

Objective: To assess the safety and outcomes especially chronic postoperative pain [CPOP] of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP/TEP) in a public tertiary hospital. **Methods:** Retrospective observational cohort based on medical records of adults undergoing TAPP/TEP (Jan/2023–Aug/2025), with chart review using a standardized form. Demographic/clinical/surgical data were collected; early postoperative complications (≤30 days), late outcomes (>30 days), and CPOP at 3 months. Descriptive and comparative analyses. The study was approved by a Research Ethics Committee. **Results:** 63 patients were included (92.1% men; 76.2% with preoperative pain >6 months). Early complications: hematoma 13% and seroma 7.8%. On follow-up: no infection; recurrence 9.5%; lower urinary tract symptoms 7.0%; sexual dysfunction 4.8%; paresthesia 4.8%. CPOP occurred in 44.2% (TAPP 41.7% vs TEP 57.1%; no difference). No robust differences were observed

[1] Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (SCMGO), Goiânia – GO.
[2] Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO), Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

between TAPP and TEP in the main outcomes, in view of the small sample size and incomplete data. **Conclusion:** Laparoscopy proved feasible and safe, with acceptable complication and recurrence rates, but with clinically relevant CPOP in a population with a high prevalence of preoperative pain. Limitations include retrospective design, short follow-up, and missing data, supporting the need for standardization and ≥12–24-month follow-up.

Keywords: Inguinal hernia, Hernioplasty, Laparoscopy, Postoperative pain.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar seguridad y desenlaces — en especial dolor crónico posoperatorio (DCPO) y recidiva — de la hernioplastia inguinal por laparoscopia (TAPP/TEP) en hospital terciario público. **Métodos:** Cohorte observacional retrospectiva de adultos sometidos a TAPP/TEP (ene/2023–ago/2025), con revisión de historias mediante formulario estandarizado. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y quirúrgicos; complicaciones precoces (≤30 días), desenlaces tardíos (>30 días) y DCPO a 3 meses. Análisis descriptivos y comparativos (α=0,05). Aprobación por Comité de Ética. **Resultados:** 63 pacientes (92,1% varones; 76,2% con dolor preoperatorio >6 meses). Complicaciones precoces: hematoma 13% y seroma 7,8%. Seguimiento: sin infección de malla; recidiva 9,5%; síntomas del tracto urinario inferior 7,0%; disfunción sexual 4,8%; parestesias 4,8%. DCPO a 3 meses en 44,2% (TAPP 41,7% vs TEP 57,1%; sin diferencia). No se evidenciaron diferencias robustas entre TAPP y TEP, condicionado por tamaño muestral y datos incompletos. **Conclusión:** La laparoscopia fue factible y segura, con tasas aceptables de complicaciones y recidiva; no obstante, la DCPO a 3 meses fue relevante en una población con elevada prevalencia de dolor preoperatorio. Limitaciones: diseño retrospectivo, seguimiento corto y pérdida de información. Se recomienda estandarización y seguimiento ≥12–24 meses.

Palabras clave: Hernia inguinal, Hernioplastia, Laparoscópia, Dolor posoperatorio.

INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal é uma afecção frequente da parede abdominal, caracterizada pela protrusão de conteúdo intra-abdominal através do canal inguinal, cujo tratamento é predominantemente cirúrgico. O risco ao longo da vida é estimado em cerca de 27% em homens e 3% em mulheres, o que sustenta a elevada demanda assistencial e o interesse contínuo em otimizar técnicas e resultados (HALADU N, et al., 2022). No Brasil, a hernioplastia inguinal é procedimento rotineiro no Sistema Único de Saúde (SUS), com registros no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e possibilidade de extração tabular por meio do TabNet, evidenciando seu peso assistencial na rede pública (BRASIL, 2023).

Nas últimas décadas, a difusão das abordagens minimamente invasivas por via videolaparoscópica (VLP) - especialmente as técnicas transabdominal pré-peritoneal (TAPP) e totalmente extraperitoneal (TEP) - modificou o panorama terapêutico. Diretrizes internacionais atualizadas indicam que, em mãos experientes, TAPP/TEP cursam com menor dor pós-operatória (aguda e dor crônica pós-operatória [DCPO]) e retorno mais rápido às atividades quando comparadas à técnica aberta convencional de Lichtenstein, mantendo tempos operatórios e taxas de complicações perioperatórias semelhantes; os custos diretos tendem a ser maiores para TAPP/TEP, mas a diferença se reduz quando se consideram DCPO e qualidade de vida (STABILINI C, et al., 2023).

Quanto aos desfechos de longo prazo, a literatura contemporânea reforça que TAPP/TEP não aumentam a recorrência quando comparadas à técnica aberta em contextos de boa proficiência técnica. As mesmas diretrizes reconhecem uma curva de aprendizado mais longa para as técnicas VLP - particularmente TEP - e recomendam treinamento estruturado e supervisão (STABILINI C, et al., 2023).

Evidências provenientes de ensaios clínicos e metanálises recentes apontam, de forma consistente, menor risco de DCPO após TAPP/TEP em comparação às técnicas abertas, sem diferença detectável nas taxas de recidiva; contudo, persistem heterogeneidade metodológica e acompanhamentos frequentemente inferiores a cinco anos (LILLO-ALBERT G, et al., 2024).

Sínteses de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECRs) corroboram esse padrão: a laparoscopia reduz a chance de DCPO em aproximadamente 26–46% em relação às técnicas abertas, ao passo que a recorrência permanece globalmente semelhante, embora efeitos clinicamente relevantes não possam ser totalmente excluídos diante de intervalos de confiança amplos (HALADU N, et al., 2022).

Paralelamente, a incorporação da plataforma robótica ampliou o espectro das opções minimamente invasivas. Metanálise atualizada mostra que, em comparação à laparoscopia, a via robótica apresenta segurança e desfechos pós-operatórios semelhantes, porém com maior tempo operatório em reparos unilaterais e custos superiores; no cenário público brasileiro, persiste baixa viabilidade para ampla implementação. As taxas de DCPO e de complicações são comparáveis entre as abordagens (SOLAINI L, et al., 2022).

Apesar dos avanços, permanecem lacunas relevantes para a prática, incluindo padronização de definições (especialmente de DCPO), seguimentos prolongados e avaliação em cenários do mundo real e de Saúde Pública. As diretrizes enfatizam a necessidade de ECRs de grande porte, com boa validade externa, e de estudos em bases administrativas de larga escala para esclarecer desfechos ainda inconclusos e orientar políticas (STABILINI C, et al., 2023).

Sendo assim, esse estudo tem o objetivo de avaliar os resultados clínicos do reparo videolaparoscópico da hérnia inguinal (TAPP/TEP) em um hospital com serviço em Cirurgia do Aparelho Digestivo, com ênfase em DCPO, e comparar os achados locais com a literatura recente.

MÉTODOS

Estudo de coorte observacional, analítico e retrospectivo, conduzido para avaliar desfechos clínicos de pacientes submetidos à hernioplastia inguinal por via VLP, DCPO. O estudo foi realizado em um hospital terciário de referência em Cirurgia do Aparelho Digestivo, em Goiânia, Goiás.

A amostragem foi não probabilística, por conveniência, incluindo todos os prontuários elegíveis no período do estudo (janeiro de 2023 – agosto 2025). Critérios de inclusão: idade ≥18 anos; cirurgia eletiva para correção de hérnia inguinal por VLP realizada no período; prontuário com informações sobre desfechos pós-operatórios; seguimento mínimo de 3 meses; registro de avaliação clínica de DCPO e de recidiva. Critérios de exclusão: procedimentos de urgência/emergência; prontuários incompletos ou com seguimento inadequado (< 3 meses); hérnia incisional ou femoral. Ao final da triagem, 63 pacientes compuseram a coorte.

Os dados foram obtidos por revisão de prontuários físicos e/ou eletrônicos, com registro em formulário padronizado. Variáveis coletadas:

- Dados epidemiológicos/demográficos: idade, profissão, etnia, sexo, escolaridade.
- Informações clínicas: tipo de hérnia (direta/indireta), lateralidade, comorbidades, etilismo, tabagismo, índice de massa corporal (IMC), dor pré-operatória, cirurgias abdominais e de hérnia inguinal prévias.
- Dados cirúrgicos: técnica VLP empregada, complicações pós-operatória.
- Desfechos de seguimento: hematoma, seroma, sintomas do trato urinário baixo (lower urinary tract symptoms – LUTS), parestesia, infecção de tela, disfunção sexual, DCPO (avaliada aos 3 meses), recidiva clínica e/ou cirúrgica.

Definições operacionais:

- Demanda física ocupacional: baixa (levantar eventualmente 4,5–9 kg; atividades predominantemente sentadas), moderada (9–23 kg ocasional; grande parte do turno em pé) e alta (≥23–45+ kg com carregamento repetido/ esforço contínuo), conforme categorização operacional do estudo.
- Tabagismo: leve (carga tabágica <10 maços-ano), moderado (10–20), intenso (>20).

- Etilismo: leve (<4 doses/dia), moderado (4–6 doses/dia), intenso (>6 doses/dia).
- Hematoma/seroma: confirmados por exame de imagem.
- LUTS: sintomas de armazenamento e/ou esvaziamento no pós-operatório, na ausência de causa alternativa identificável.
- DCPO: dor persistente ou recorrente no sítio operatório por ≥3 meses após a cirurgia, não atribuível a outra causa identificável, conforme diretrizes contemporâneas para hérnia inguinal.
- Recidiva de hérnia: evidência por imagem de defeito herniário no mesmo local e/ou reoperação.

Variáveis categóricas foram descritas em frequências e percentuais; variáveis contínuas em média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartílico, conforme distribuição. Para comparações entre grupos empregou-se qui-quadrado ou exato de Fisher (categóricas) e teste t de Student ou U de Mann–Whitney (contínuas), conforme pressupostos. Para identificar fatores associados aos desfechos binários (DCPO ≥3 meses; recidiva), utilizou-se regressão logística univariada e multivariada, reportando odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Testes bicaudais, α = 0,05. Análise por casos completos, com relato da extensão de dados faltantes. As análises foram realizadas no Microsoft Excel, GraphPad Prism 7.0 e Epi Info 3.3.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC-UFG), Goiânia-GO, Brasil, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 90434925.0.0000.5078 e Parecer nº 7.885.708 (ano 2025).

RESULTADOS

Perfil demográfico e epidemiológico

O estudo coorte retrospectivo incluiu 63 pacientes, com predominância masculina (58/63; 92,1%) e 5 mulheres (7,9%). Os poucos casos femininos distribuíram-se ao longo de todo o período (**Tabela 1**). Quanto à etnia, prevaleceu a autodeclaração parda (48/63; 76,2%), seguida de branca (15,9%), negra (6,3%) e amarela (1,6%). Em escolaridade, houve (22,2%) de não informados; entre os registros disponíveis, destacou-se Ensino Fundamental incompleto (42,9%), seguido de Ensino Médio incompleto (20,4%) e Ensino Médio completo (12,2%) (**Tabela 1**). Quanto à demanda física ocupacional, (25,4%) não tinham registro; entre os informados, observou-se distribuição relativamente equilibrada: baixa (40,4%), moderada (27,7%) e alta (31,9%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características epidemiológicas dos pacientes, n=63.

Características epidemiológicas	N	(%) N total	(%) Informados	IC 95%
Sexo				
Masculino	58	92,1	–	(82,73 – 96,56)
Feminino	5	7,9	–	(3,44 – 17,27)
Profissão				
Baixa demanda física	19	30,2	40,4	(27,64 – 54,66)
Moderada demanda física	13	20,6	27,7	(16,94 – 41,76)
Alta demanda física	15	23,8	31,9	(20,4 – 46,17)
Não informado	16	25,4		
Etnia				
Negro	4	6,3	–	(2,5 – 15,22)
Branco	10	15,9	–	(8,86 – 26,81)
Pardo	48	76,2	–	(64,36 – 85,01)
Amarelo	1	1,6	–	(0,28 – 8,46)
Escolaridade				
Ensino Fundamental incompleto	21	33,3	42,9	(30,02 – 56,73)
Ensino Fundamental completo	5	7,9	10,2	(4,44 – 21,76)
Ensino Médio incompleto	10	15,9	20,4	(11,48 – 33,64)
Ensino Médio completo	6	9,5	12,2	(5,73 – 24,24)
Ensino Superior incompleto	2	3,2	4,1	(1,13 – 13,71)
Ensino Superior completo	5	7,9	10,2	(4,44 – 21,76)
Não informado	14	22,2		
Total	**63**			

Fonte: Lopes AC, et al., 2026.

Comorbidades e exposições

A amostra apresentou baixa carga de comorbidades maiores: diabetes em 9,5% (6/63), hipertensão arterial sistêmica em 27,4% (17/63), DPOC em 6,5% (4/63), cardiopatia em 8,1% (5/63) e hiperplasia prostática benigna (HPB) em 8,1% (5/63). A importância de ressaltar que quase 10% dos pacientes apresentavam sintomas urinários antes de serem submetidos a cirurgia, o que corrobora para os sintomas de retenções urinárias observadas no pós-operatório (**Tabela 2**).

Quanto ao IMC, havia registro em 48/63 (59,7%) dos prontuários. Entre os informados, predominaram sobrepeso (44,7%) e eutrofia (39,5%), seguidos de obesidade grau I (10,5%), obesidade grau II (2,6%) e magreza (2,6%); não houve casos de obesidade grau III (**Tabela 2**).

No que tange ao etilismo, (62,3%) negam etilismo; (27,9%) fazem uso leve, (4,9%) moderado e (4,9%) intenso. Nota-se que em relação ao tabagismo, (49,2%) eram não fumantes, enquanto (24,6%) relataram uso leve, (18%) moderado e (8,2%) intenso; a proporção de não informados foi (3,2%) para ambos (**Tabela 2**).

Em conjunto, o perfil é compatível com casuística eletiva, com baixa prevalência de condições que, em geral, aumentam risco de complicações, embora a incompletude do IMC (40,3%) reduza a precisão para avaliar impacto de adiposidade nos desfechos (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Comorbidades clínicas e exposições (etilismo e tabagismo) dos pacientes, n=63.

Comorbidades	N	(%) N total	(%) Informados	IC 95%
Diabetes Melitus				
Sim	6	9,5	–	(4,44 – 19,26)
Não	57	91,9	–	(80,74 – 95,56)
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Sim	17	27,4	–	(2,5 – 15,22)
Não	46	74,2	–	(84,78 – 97,5)
DPOC				
Sim	4	6,5	–	(2,5 – 15,22)
Não	59	95,2	–	(84,78 – 97,5)
Cardiopatia				
Sim	5	8,1	–	(3,44 – 17,27)
Não	58	93,5	–	(82,73 – 96,56)
HPB				
Sim	5	8,1	–	(3,44 – 17,27)
Não	58	93,5	–	(82,73 – 96,56)
IMC				
Magreza	1	1,6	2,6	(0,47 – 13,49)
Eutrofia	15	24,2	39,5	(25,6 – 55,28)
Sobrepeso	17	27,4	44,7	(30,15 – 60,29)
Obesidade Grau 1	4	6,5	10,5	(4,17 – 24,13)
Obesidade Grau 2	1	1,6	2,6	(0,47 – 13,49)
Obesidade Grau 3	0	–	–	
Não informado	25	40,3		
Etilismo				
Leve	17	27,4	27,9	(18,19 – 40,17)
Moderado	3	4,8	4,9	(1,69 – 13,49)
Intenso	3	4,8	4,9	(1,69 – 13,49)
Não	38	61,3	62,3	(49,75 – 73,39)
Não informado	2	3,2		
Tabagismo				
Leve	15	24,2	24,6	(15,51 – 36,68)
Moderado	11	17,7	18,0	(10,38 – 29,47)
Intenso	5	8,1	8,2	(3,55 – 17,79)
Não	30	48,4	49,2	(37,06 – 61,4)
Não informado	2	3,2		
Total	**63**			

Fonte : Lopes AC, et al., 2026.

Características da hérnia e antecedentes cirúrgicos

A classificação do tipo de hérnia esteve ausente ou não descrita no laudo ultrassonográfico em 39,6% dos casos (20,6% não constava na ultrassonografia – USG; 19,0% informação ausente no prontuário). Considerando apenas os informados (n = 38), predominaram as hérnias diretas (44,7%), seguidas de indiretas (39,5%) e mistas (15,8%) (**Tabela 3**).

Quanto à lateralidade, observou-se leve predominância do lado direito (35/63; 55,6%) versus esquerdo (28/63; 44,4%) (**Tabela 3**). A duração dos sintomas, dor pré-operatória foi >6 meses em 76,2% (47/63); 9,5% referiram 3–6 meses, 6,3% <3 meses, 9,5% negavam dor.

Quanto ao histórico cirúrgico, 44,4% (28/63) tinham cirurgia abdominal prévia e 27,0% (17/63) cirurgia de hérnia prévia. Esses antecedentes devem ser considerados como potenciais confundidores nas análises, visto que cirurgia abdominal prévia pode impactar nas complicações, enquanto cirurgia de hérnia prévia pode associar-se à recorrência (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Características e clínica da Hérnia e Histórico Cirurgico, n=63.

Especificações da Hérnia e Histórico Cirúrgico	N	(%) N total	(%) Informados	IC 95%
Tipo de Hérnia				
Direta	17	27,0	44,7	(30,15 – 60,29)
Indireta	15	23,8	39,5	(25,6 – 55,28)
Mista	6	9,5	15,8	(7,44 – 30,42)
Não consta na USG	13	20,6		
Informação ausente	12	19,0		
Lateralidade				
Direita	35	55,6	–	(43,32 – 67,15)
Esquerda	28	44,4	–	(32,85 – 56,68)
Dor no pré-operatório				
< 3 meses	4	6,3	–	(2,46 – 15)
3–6 meses	6	9,5	–	(4,37 – 18,98)
> 6 meses	48	76,2	–	(63,18 – 83,99)
Nega	6	9,5	–	(4,37 – 18,98)
Cirurgia abdominal prévia				
Sim	28	44,4	44,4	(32,85 – 56,68)
Não	35	55,6	55,6	(43,32 – 67,15)
Cirurgia de hérnia prévia				
Sim	17	27,0	27,0	(17,58 – 39,03)
Não	46	73,0	73,0	(60,97 – 82,42)
Total	**63**	**100,0**		

Fonte: Lopes AC, et al., 2026.

Complicações pós-operatórias

Para transparência, distinguimos complicações precoces (≤30 dias) das tardias (>30 dias) e apresentamos proporções no total e entre prontuários informados.

Complicações precoces (≤30 dias) (**Tabela 4**):

- Seroma: 4/63 (7,8% entre informados)
- Hematoma: 7/63 (13% entre informados)

Desfechos tardios (>30 dias) (**Tabela 4**):

- Disfunção sexual: 2/63 (4,8% entre informados)
- Recidiva clínica/cirúrgica: 4/63 (9,5% entre informados)
- Infecção de tela: 0/63 (0%)
- LUTS: 3/63 (7,0% entre informados)

Tabela 4 - Complicações durante o período de pós-operatório, n=63.

Complicações Pós-Operatórias	N	(%) N total	(%) Informados	IC 95%
Seroma				
Sim	4	6,3	7,4	(2,92 – 17,55)
Não	50	79,4	92,6	(82,45 – 97,08)
Informação ausente	9	14,3		
Hematoma				
Sim	7	11,1	13,0	(6,42 – 24,42)
Não	47	74,6	87,0	(75,58 – 93,58)
Informação ausente	9	14,3		
LUTS				
Sim	3	4,8	6,5	(2,24 – 17,5)
Não	43	68,3	93,5	(82,5 – 97,76)
Informação ausente	17	27,0		
Disfunção Sexual				
Sim	2	3,2	4,4	(1,23 – 14,83)
Não	43	68,3	95,6	(85,17 – 98,77)
Informação ausente	18	28,6		
Recidiva				
Sim	4	6,3	8,9	(3,43 – 20,32)
Não	41	65,1	91,1	(76,96 – 95,27)
Informação ausente	18	28,6		
Infecção de Tela				
Sim	0	0,0	–	–
Não	46	73,0	–	–
Informação ausente	17	27,0		
Total	**63**	**100,0**		

Fonte: Lopes AC, et al., 2026.

Dor crônica pós-operatória e parestesia

As estimativas abaixo devem ser interpretadas com extrema cautela devido ao tamanho amostral reduzido e ao elevado percentual de prontuários sem informação (31,7% aos 3 meses), o que limita inferências estatísticas e pode introduzir viés (**Tabela 5**). Importante contextualizar que, a fixação da tela de polipropileno e fechamento do flap peritoneal foram realizadas com sutura utilizando fio inabsorvível. O Hospital SCMGO não dispõe de dispositivos para fixação com grampos absorvíveis. Nas cirurgias VLP pela técnica TAPP, a tela foi fixada com suturas penetrantes não absorvíveis; na técnica TEP, não houve fixação, com posicionamento no espaço pré-peritoneal e estabilização por reação inflamatória local, sem prejuízo esperado para o desfecho final. Este fato impede a comparação e análise do potencial fator de influência sobre dor crônica e parestesia.

Aos 3 meses, a dor foi registrada em 19/43 prontuários informados (44,2%). Observa-se pela técnica, TAPP: 15/36 (41,7%) e TEP: 4/7 (57,1%), sem diferença estatisticamente detectável. A parestesia foi incomum entre os prontuários com registro: 3/44 (4,8%), também sem diferença entre técnicas (TAPP 5,4% vs. TEP 14,3%) (**Tabela 5**).

Entre os 19 pacientes com dor aos 3 meses, 94,7% apresentavam dor pré-operatória; etilismo foi referido por 31,6% e tabagismo por 52,6%. Na comparação por técnica nesse subgrupo, não houve diferença na proporção de dor pré-operatória (TAPP 93,3% vs. TEP 100%. Observou-se maior frequência de etilismo entre os pacientes com dor operados por TEP (100% vs. 13,3% no TAPP; p=0,0049), enquanto o tabagismo não diferiu (TAPP 46,7% vs. TEP 75,0%). Esses achados são estritamente exploratórios, restritos a indivíduos que já apresentavam dor, com N muito pequeno, sem ajuste para confundidores e, portanto, não estimam risco de desenvolver dor crônica no pós-operatório (**Tabela 6**).

Entre os pacientes TEP que relataram dor no seguimento, todos tinham dor pré-operatória> 6 meses no local, sugerindo possível associação entre dor prolongada no pré-operatório e persistência de dor no pós-operatório nesse subgrupo. Todavia, não foi possível calcular medidas de efeito confiáveis devido ao N

muito pequeno e ao risco de viés de seleção. Trata-se de resultado gerador de hipótese, que demanda amostras maiores, registros mais completos (incluindo localização e temporalidade da dor) e padronização do método de fechamento na ausência de dispositivo para fixação de grampo absorvível (**Tabela 6**).

Tabela 5 - Sintomas pós-operatórios (dor aos 3 meses e parestesia), estratificados por técnica cirúrgica (TAPP vs. TEP), n=63.

					Técnica Cirúrgica						
					TAPP			TEP			
Sintomas Pós-operatórios	N	(%) N total	(%) Informados	(IC 95%)	N	(%) N total	(%) Informados	N	(%) N total	(%) Informados	P-value
Dor em 3 meses											
Sim	19	30,2	44,2	(30,43 - 58,89)	15	26,8	41,7	4	57,1	57,1	0,6805
Não	24	38,1	55,8	(41,11 - 69,57)	21	37,5	58,3	3	42,9	42,9	
Info Ausente	20	31,7			20	35,7		0	0,0		
Parestesia											
Sim	3	4,8	6,8	(2,35 - 18,23)	2	3,6	5,4	1	14,3	-	0,4133
Não	41	65,1	93,2	(81,77 - 97,65)	35	62,5	94,6	6	85,7	-	
Info Ausente	19	30,2			19	33,9					
Total	**63**				**56**	**88,9**		**7**	**11,1**		

Fonte: Lopes AC, et al., 2026.

Tabela 6 - Perfil clínico e hábitos entre os pacientes com dor aos 3 meses, estratificados por técnica cirúrgica (TAPP vs. TEP), n=19.

Sintomas Pós Operatórios	N	(%) N total	(IC 95%)	**Técnica Cirúrgica**				
				Dor 3m + TAPP		Dor 3m + TEP		
				n	(%) N total	n	(%) N total	P-value
Dor Pré Op								
Sim	18	94,7	(82,41 - 100)	14	93,3	4	100,0	1,0000
Nega	1	5,3	(0,99 - 25,76)	1	6,7	0	0,0	
Etilismo								
Sim	6	31,6	(16,28 - 56,25)	2	13,3	4	100,0	0,0039
Não	13	68,4	(49,13 - 87,5)	13	86,7	0	0,0	
Tabagismo								
Sim	10	52,6	(33,72 - 75,44)	7	46,7	3	75,0	0,5820
Não	9	47,4	(29,03 - 70,97)	8	53,3	1	25,0	
Total	**19**			**15**	**78,9**	**4**	**21,1**	

Fonte: Lopes AC, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Esta discussão sintetiza os achados da nossa coorte e os confronta com sete revisões sistemáticas contemporâneas, destacando implicações clínicas para DCPO e segurança. Observamos baixa frequência de complicações precoces, ausência de infecção de tela e recorrência em torno de 9,5%, em um contexto de elevado risco basal para DCPO pela alta prevalência de dor pré-operatória prolongada. Em consonância com Aiolfi A, et al. (2021) e Andresen K e Rosenberg J (2024), não se identifica superioridade consistente entre TEP e TAPP para DCPO ou recorrência. Não obstante, escolhas técnicas - sobretudo a estratégia de fixação - podem modular a dor sem penalizar a segurança: a não fixação em TEP associa-se a menor dor em até 6 meses, sem aumento de recorrência, e tela autoadesivas reduzem DCPO frente às convencionais (JIANG T, et al., 2024; ZHANG C, et al., 2024; WANG D, et al., 2022). À luz desse panorama, organizamos a discussão em cinco eixos: complicações precoces, DCPO e seus preditores (com ênfase na dor pré-operatória), impacto de fixação/material, desfechos tardios e limitações metodológicas.

Complicações precoces

No pós-operatório precoce (≤30 dias), observamos 13% de hematoma e 7,8% de seroma entre prontuários informados. As comparações de alto nível sugerem pouca ou nenhuma diferença entre TEP e TAPP quanto a hematoma/seroma no período inicial, com evidência de muito baixa certeza. As variações locais podem refletir padronização técnica e fatores do paciente.

Em nossa casuística, três pacientes (4,8%) apresentaram complicações imediatas (dor/edema testicular intensos; reoperação ainda na internação por componente indireto residual; retenção urinária aguda com cateterização). À luz das revisões TEP×TAPP, não há diferenças consistentes entre vias para eventos adversos graves, nem sinal claro de diferença para lesão visceral/vascular; há maior probabilidade de conversão quando TEP é a técnica inicial (baixa certeza), o que pode refletir variações de conduta intraoperatória sem piora do perfil de segurança (ANDRESEN K e ROSENBERG J, 2024).

Complicações imediatas também devem ser interpretadas considerando sintomas urológicos prévios: 7% dos informados apresentavam LUTS antes da cirurgia, o que contribui para retenção urinária. Em síntese de ECRs, a estratégia de fixação da tela não altera significativamente a taxa global de complicações precoces (RR 0,88; IC95% 0,62–1,23), reforçando que a curva de aprendizado e a padronização técnica têm papel central (JIANG T, et al., 2024).

DCPO e seus preditores

Em nossa coorte, a maioria relatou dor pré-operatória prolongada: 76,2% por >6 meses, 9,5% entre 3-6 meses e 9,5% negaram dor, configurando alto risco basal de DCPO. Entre os casos TEP que referiram dor no seguimento, todos tinham dor pré-operatória >6 meses, sugerindo associação sem poder inferencial causal. A literatura identifica dor pré-operatória, idade mais jovem, sexo feminino, recidiva e complicações como preditores consistentes de DCPO; além disso, abordagens laparoscópicas tendem a reduzir dor versus abertas. No cotejo TEP×TAPP, a evidência aponta pouca ou nenhuma diferença para DCPO e recorrência, destacando o peso do perfil de risco individual (AIOLFI A, et al., 2021; ANDRESEN K e ROSENBERG J, 2024).

Entre as sete revisões sistemáticas avaliadas, nenhuma examinou diretamente álcool/etilismo como fator de risco para DCPO após TEP/TAPP. Nas sínteses, o etilismo não aparece entre os preditores, ao passo que dor pré-operatória, idade, sexo, recidiva e complicações pós-operatórias se associam reiteradamente a maior risco (JIANG T, et al., 2024; ZHANG C, et al., 2024; WANG et al., 2022; AIOLFI A, et al., 2021). Na série local, 62,3% negavam etilismo e 27,9% relataram uso leve; em 3 meses, a maior frequência de etilismo no subgrupo TEP com dor é achado exploratório, sem ajuste para confundidores. Conclusão: até o momento, não há revisão sistemática que avalie álcool como preditor de DCPO após TEP/TAPP, apesar de em nossa casuística esse dado ter sido significativo ao comparar a dor nas respectivas técnicas.

A parestesia tardia foi rara (3/44; 4,8% entre informados), sem diferença entre TAPP e TEP (números pequenos). Revisões sistemáticas indicam que a dor inguinal crônica — espectro no qual a parestesia frequentemente se insere — tende a declinar com o tempo, aspecto também observado nessa coorte, embora a heterogeneidade de definições dificulte a extração de taxas isoladas e comparações diretas (SOLANI L, et al., 2022). Não há tendência robusta que diferencie TAPP de TEP para DCPO clinicamente relevante (AIOLFI A, et al., 2021).

Impacto de fixação/material

A metanálise do BMC Surgery mostra que a não fixação em TEP é factível e segura, associando-se a menor taxa de seroma, sem diferença em recorrência. Clinicamente, eliminar elementos penetrantes pode reduzir nocicepção e risco de neuropatia sem comprometer a estabilidade da tela quando o espaço pré-peritoneal é adequadamente preparado (JIANG T, et al., 2024).

A tela utilizada no estudo é convencional (polipropileno), não autoadesiva. Em metanálise, telas autoadesivas (p. ex., ProGrip) reduziram a incidência de DCPO em TAPP/TEP (OR 0,43; IC95% 0,20–0,93),

sem aumento de recorrência, hematoma ou seroma, possivelmente por evitar fixação mecânica penetrante (WANG D, et al., 2022). Como não utilizamos tela autoadesiva, esse fator pode ter contribuído para maiores taxas de dor em 3 meses (44,2%).

Desfechos tardios

A metanálise com TSA de Aiolfi A, et al. (2021) avaliou 11 estudos (1.040 pacientes) e não encontrou diferença na taxa de recidiva entre TEP e TAPP (RR 0,83; IC95% 0,35–1,96). Em nossa amostra, observou-se prevalência de recidiva de 9,5%, independentemente da via. O tempo prolongado de dor pré-operatória (76,2% >6 meses) e os antecedentes cirúrgicos (44,4%; sendo 27% hernioplastias prévias) podem ter contribuído para esse achado, apesar do N reduzido.

Outro ponto relevante é que a estratégia de fixação não interferiu na prevalência de recidiva nas metanálises: em nove estudos (1.879 pacientes), a não fixação apresentou 0,50% (4/797) versus 0,74% (8/1.082) com fixação, sem diferença estatística (RR 0,75; IC95% 0,28–1,99; p=0,56), sustentando que a não fixação não eleva o risco de recidiva (JIANG T, et al., 2024).

Quanto à infecção de ferida operatória e de tela, metanálise recente não mostrou diferença entre TEP e TAPP (RR 1,18; IC95% 0,39–3,62; p=0,77). No presente estudo, não houve infecção de tela, independentemente da técnica utilizada (ZHANG C, et al., 2024).

No seguimento >30 dias, observamos disfunção sexual em 4,8%; LUTS ocorreu em 7,0%. As revisões TEP×TAPP convergem para esse achado e não evidenciam piora de qualidade de vida tardia atribuível à via (AIOLFI A, et al., 2021; ANDRESEN K e ROSENBERG J, 2024).

Limitações metodológicas

O estudo apresenta limitações que restringem a força inferencial e a generalização externa: desenho retrospectivo de centro único, com potencial viés de seleção e de informação; registros incompletos (p. ex., IMC ausente em ~40%, tipo de hérnia não informado em parcela semelhante, perdas para dor/parestesia aos 3 meses).

Além disso, o seguimento máximo de 3 meses pode superestimar a carga de DCPO, que tende a declinar em horizontes de 12–24 meses, e a literatura de síntese destaca incerteza e heterogeneidade que dificultam comparações diretas entre vias e estratégias de fixação. Para mitigar esses limites em futuras investigações, recomenda-se padronizar definições (DCPO, parestesia, retenção urinária), ampliar o seguimento para ≥12–24 meses, registrar de forma granular a técnica (tipo de hérnia/tempo operatório/posição da tela; fixação vs. não fixação) e utilizar instrumentos quali-quantitativos de dor (ex: escala visual de dor), com análise ajustada para dor pré-operatória e demais confundidores (AIOLFI A, et al., 2021; ZHANG C, et al., 2024; SOLANI L, et al., 2022).

CONCLUSÃO

Nesta coorte retrospectiva de 63 pacientes submetidos à TAPP/TEP na SCMGO, o desempenho foi seguro, com complicações precoces (≤30 dias) de hematoma em 13%, seroma em 7,8% e 4,8% de intercorrências clínicas imediatas. No seguimento >30 dias não houve infecção de tela; observaram-se recidiva em 9,5%, LUTS em 7,0%, disfunção sexual em 4,8% e dor crônica relevante aos 3 meses (44,2%), sem diferença entre TAPP e TEP, e com parestesia rara (4,8%), embora com dados incompletos. A alta prevalência de dor pré-operatória prolongada (76,2%), o histórico cirúrgico (cirurgia abdominal 44,4%; hernioplastia 27,0%) e particularidades técnicas locais (ausência de grampos absorvíveis, sutura não absorvível na TAPP e não fixação na TEP) podem ter influenciado a DCPO sem aumento de recidiva. Conclui-se que a via videolaparoscópica é factível e segura, recomendando-se padronização de registros e desfechos com escalas validadas, seguimento de 12–24 meses e estudos prospectivos multicêntricos que testem estratégias de menor penetração na fixação para mitigar limitações de centro único, desenho retrospectivo, heterogeneidade técnica e perdas de informação.

REFERÊNCIAS

1. AIOLFI A, et al. Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. Hernia, 2021; 25 (5): 1147–1157.
2. AIOLFI A, et al. Treatment of Inguinal Hernia. Annals of Surgery, 2021; 274 (6): 954-961.
3. ALAVERDYAN H, et al. Perioperative risk factors for chronic postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis. The Journal of Pain, 2024; 25 (9): e104532.
4. ANDRESEN K, ROSENBERG J. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) for groin hernia repair in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024; 7 (7): e4703.
5. ANDRESEN K, ROSENBERG J.Decreasing use of open procedures in elective inguinal hernia surgery. Laparoscopic Surgery, 2021; 5.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). TABNET – Sistema de InformaçõesHospitalares (SIH/SUS). Brasília, DF, 2023. Disponívelem: http://tabnet.datasus.gov.brAcessadoem: 14 de julho de 2025.
7. CHITRAMBALAM TG, et al. A Single Surgeon's Experience of Total Extra Peritoneal Repair Vs Transabdominal Preperitoneal Repair- A Prospective Cohort Study. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH, 2021; 15 (1): 5.
8. HALADU N, et al. Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. Surgical Endoscopy, 2022; 36 (7).
9. JIANG T, et al. Meta-analysis of RCTs on the safety of non-fixation of mesh in TAPP inguinal hernia repair: an updated meta-analysis. BMC Surgery, 2024; 24: 317.
10. LILLO-ALBERT G, et al. Chronic inguinal pain post-hernioplasty. Laparo-endoscopic surgery vs Lichtenstein repair: systematic review and meta-analysis. Hernia, 2024; 28: 1427–1439.
11. NOVIK B, et al. Association of Mesh and Fixation Options with Reoperation Risk after Laparoscopic Groin Hernia Surgery: A Swedish Hernia Registry Study of 25,190 Totally Extraperitoneal and Transabdominal Preperitoneal Repairs. Journal of the American College of Surgeons, 2022; 234 (3): 311–325.
12. O'BRIEN J, et al. Inguinal hernia repair: a global perspective. ANZ journal of surgery, 2021; 91 (11): 2288-2295.
13. PRABHU AS, et al. Robotic Inguinal vs Transabdominal Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. JAMA Surgery, 2020; 155 (5): 380.
14. REISTRUP H, et al. Watchful waiting vs repair for asymptomatic or minimally symptomatic inguinal hernia in men: a systematic review. Hernia, 2020; 25: 1121-1128.
15. SEKHON HK, et al. Chronic groin pain following inguinal hernia repair in the laparoscopic era: systematic review and meta-analysis. The American Journal of Surgery, 2022; 224 (4): 1135–1149.
16. SHAH MY, et al. Surgical outcomes of laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair compared with Lichtenstein tension-free open mesh inguinal hernia repair: A prospective randomized study. Medicine, 2022; 101 (26): e29746.
17. SHAKIL A, et al. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. American Family Physician, 2020; 102 (8): 487-492.
18. SOLAINI L, et al. Robotic versus laparoscopic inguinal hernia repair: an updated systematic review and meta-analysis. Journal of Robotic Surgery, 2022; 16: 775–781.
19. STABILINI C, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. BJS Open, 2023; 7 (5).
20. WANG D, et al. The comparison of self-gripping mesh and conventional mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: the results of meta-analysis. Updates in Surgery, 2022; 74 (3): 857–863.
21. ZHANG C, et al. Non-fixation versus fixation of mesh in laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of inguinal hernia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE, 2024; 19 (12): e0314334.