

v.3, n.2, 2026 - Fevereiro

REVISTA O UNIVERSO OBSERVÁVEL

ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS HÉRNIAS INGUINAIS: Técnica Aberta Versus Laparoscópica

Luciano Scher Fernandes¹

Revista O Universo Observável

DOI: 10.5281/zenodo.18716898

ISSN: 2966-0599



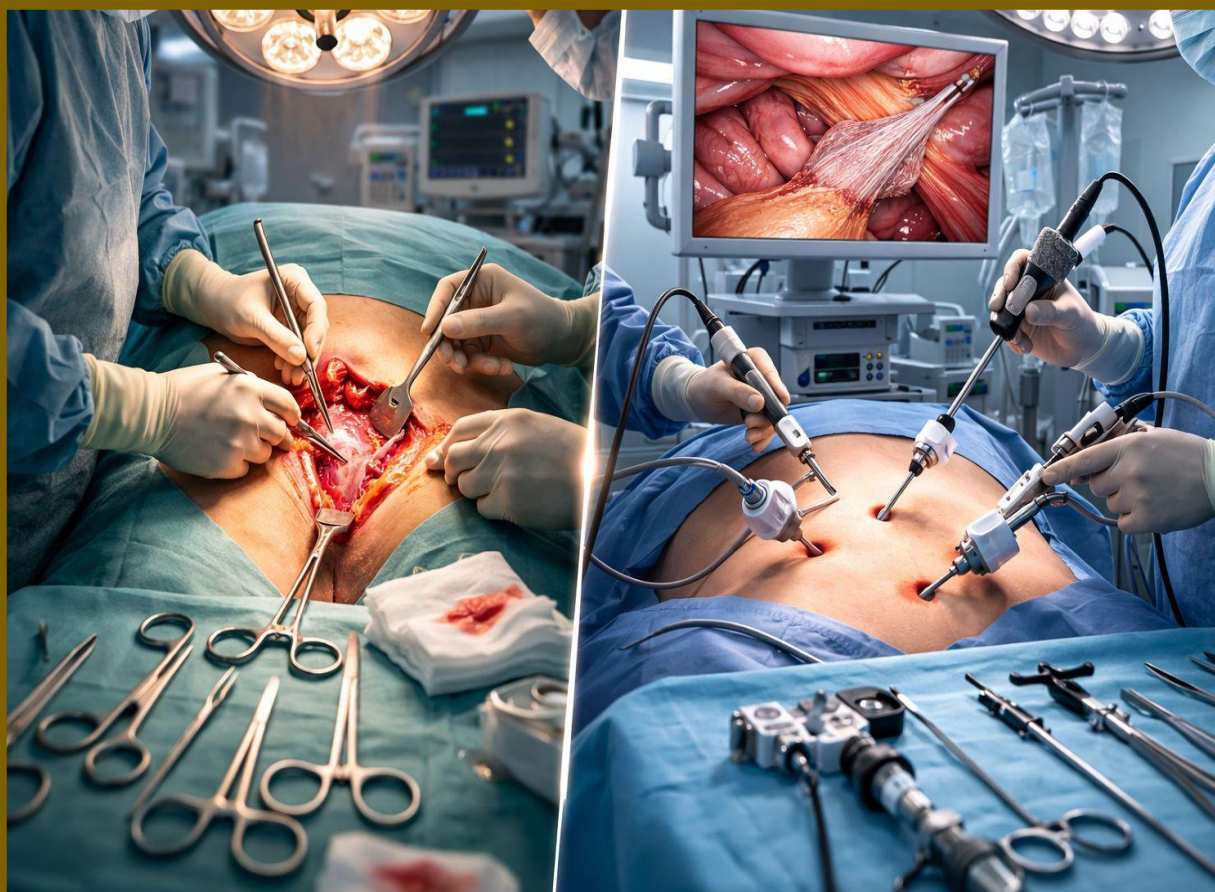
¹Médico pelo Centro Universitário de Caratinga. Cirurgião Geral pelo Hospital Municipal Dr. Cármio Caricchio. Urologista pelo Hospital Ipiranga.

E-mail: scherluciano@yahoo.com.br

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5571290080607376>

ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS HÉRNIAS INGUINAIS: Técnica Aberta Versus Laparoscópica

Luciano Scher Fernandes



PERIÓDICO CIENTÍFICO INDEXADO INTERNACIONALMENTE

ISSN
International Standard Serial Number
2966-0599

www.ouniversoobservavel.com.br

Editora e Revista
O Universo Observável
CNPJ: 57.199.688/0001-06
Naviraí – Mato Grosso do Sul
Rua: Botocudos, 365 – Centro
CEP: 79950-000

RESUMO

A hérnia inguinal configura-se como uma das patologias cirúrgicas mais prevalentes na prática clínica, representando elevada demanda nos serviços de cirurgia geral e impactando diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Diante da evolução das técnicas operatórias, destaca-se a necessidade de comparar a técnica aberta, tradicionalmente consolidada pela hernioplastia de Lichtenstein, com a abordagem videolaparoscópica, especialmente por meio das técnicas TAPP e TEP. Este estudo teve como objetivo analisar comparativamente as técnicas aberta e laparoscópica no tratamento das hérnias inguinais, identificando suas indicações, vantagens, limitações e principais desfechos clínicos. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, realizada a partir de buscas nas bases de dados Scielo, PubMed, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando descritores relacionados à hérnia inguinal, hernioplastia aberta e laparoscopia, com seleção de artigos publicados entre 2022 e 2025. Os resultados demonstraram que ambas as técnicas apresentam taxas semelhantes de recidiva quando corretamente indicadas e executadas, porém a abordagem laparoscópica está associada a menor dor pós-operatória e retorno mais precoce às atividades, enquanto a técnica aberta apresenta menor custo, maior acessibilidade e possibilidade de realização sob anestesia local. Conclui-se que não há superioridade absoluta entre os métodos, sendo a escolha cirúrgica dependente das características clínicas do paciente, do tipo de hérnia, da infraestrutura disponível e da experiência da equipe cirúrgica, reforçando a importância da individualização da conduta terapêutica.

Palavras-chave: hérnia inguinal; hernioplastia; laparoscopia.

ABSTRACT

Inguinal hernia is one of the most prevalent surgical pathologies in clinical practice, representing a high demand in general surgery services and directly impacting patients' quality of life. With the evolution of surgical techniques, it becomes essential to compare the open technique, traditionally consolidated by the Lichtenstein hernioplasty, with the laparoscopic approach, particularly through the TAPP and TEP techniques. This study aimed to comparatively analyze open and laparoscopic techniques in the treatment of inguinal hernias, identifying their indications, advantages, limitations, and main clinical outcomes. This is a qualitative and descriptive literature review conducted through searches in Scielo, PubMed, Google Scholar, and Virtual Health Library databases, using descriptors related to inguinal hernia, open hernioplasty, and laparoscopy, selecting articles published between 2022 and 2025. The results demonstrated that both techniques present similar recurrence rates when properly indicated and performed; however, the laparoscopic approach is associated with less postoperative pain and earlier return to activities, while the open technique offers lower cost, greater accessibility, and the possibility of local anesthesia. It is concluded that there is no absolute superiority between the methods, and the surgical choice depends on patient clinical characteristics, type of hernia, available infrastructure, and the surgical team's experience, reinforcing the importance of individualized therapeutic decision-making.

Keywords: inguinal hernia; hernioplasty; laparoscopy.

1. INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal configura-se como uma das patologias cirúrgicas mais prevalentes na prática clínica, representando importante demanda nos serviços de cirurgia geral. Caracteriza-se pela protrusão de conteúdo abdominal através de áreas de fragilidade da parede inguinal, podendo ocasionar dor, desconforto funcional e risco de complicações como encarceramento e estrangulamento. Nesse contexto, o tratamento cirúrgico constitui a principal forma de correção definitiva da afecção. Conforme os autores Teixeira *et al.* (2024), a escolha da técnica cirúrgica aberta ou videolaparoscópica deve considerar fatores clínicos, anatômicos e estruturais, uma vez que ambas apresentam eficácia comprovada quando adequadamente indicadas.

A abordagem aberta, tradicionalmente consolidada pela técnica de Lichtenstein, mantém ampla aplicabilidade devido à sua simplicidade, baixo custo e bons resultados clínicos. Entretanto, a

laparoscopia tem ganhado destaque por oferecer menor trauma cirúrgico, recuperação mais rápida e menor dor pós-operatória em determinados perfis de pacientes. Ribeiro *et al.* (2024) ressaltam que as técnicas TAPP e TEP apresentam taxas de recorrência semelhantes às da cirurgia aberta, especialmente quando realizadas por equipes experientes.

A problemática central deste estudo reside na seguinte questão: diante das abordagens disponíveis, qual técnica cirúrgica aberta ou laparoscópica, que apresenta melhores resultados clínicos, funcionais e econômicos no tratamento das hérnias inguinais? Embora ambas sejam amplamente utilizadas, persistem divergências quanto às suas indicações ideais, vantagens específicas e limitações práticas, sobretudo em contextos distintos de infraestrutura hospitalar. A definição da técnica mais adequada não depende apenas de evidências

científicas, mas também da experiência profissional e das condições individuais de cada paciente. Parte-se da hipótese de que não há superioridade absoluta entre a técnica aberta e a laparoscópica, mas sim indicações específicas que tornam cada abordagem mais apropriada conforme o perfil clínico do paciente, o tipo de hérnia e os recursos disponíveis. Presume-se que a laparoscopia apresente melhores desfechos em termos de dor pós-operatória e retorno às atividades, enquanto a técnica aberta mantenha vantagens relacionadas ao custo, acessibilidade e viabilidade em pacientes com contraindicação à anestesia geral.

A relevância deste tema justifica-se pela elevada incidência das hérnias inguinais e pelo impacto significativo que o tratamento cirúrgico exerce sobre a qualidade de vida dos pacientes. Considerando que se trata de um dos procedimentos mais realizados na cirurgia geral, a análise comparativa das técnicas contribui diretamente para a melhoria da prática clínica e para a otimização dos recursos em saúde. Além disso, a discussão fundamentada auxilia na padronização de condutas e na redução de complicações pós-operatórias.

A justificativa do estudo fundamenta-se na necessidade de integrar evidências científicas recentes com a realidade prática dos serviços de saúde, especialmente diante das diferenças estruturais existentes entre instituições públicas e privadas. A compreensão aprofundada das vantagens e limitações de cada técnica permite decisões mais seguras, individualizadas e alinhadas às melhores práticas médicas, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior satisfação do paciente.

O objetivo geral deste estudo é analisar comparativamente as técnicas aberta e laparoscópica no tratamento das hérnias inguinais, destacando suas indicações, vantagens, limitações e desfechos clínicos. Como objetivos específicos, busca-se descrever os princípios técnicos de cada abordagem; identificar as principais complicações associadas; comparar taxas de recidiva, dor pós-operatória e tempo de recuperação; e avaliar os aspectos estruturais e econômicos que influenciam a escolha da técnica cirúrgica.

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo, realizada com o objetivo de analisar comparativamente as técnicas aberta e laparoscópica no tratamento das hérnias inguinais. A coleta de dados ocorreu por meio de buscas nas bases de dados Scielo, PubMed, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados como descritores: “hérnia inguinal”, “hernioplastia aberta”, “laparoscopia”, “TAPP”, “TEP”, “técnica de Lichtenstein” e “comparação cirúrgica”.

Como critérios de inclusão, selecionaram-se artigos publicados entre 2022 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, que abordassem diretamente a comparação entre as técnicas cirúrgicas. Foram excluídos estudos duplicados, relatos de caso isolados, trabalhos incompletos, artigos fora do recorte temporal estabelecido e publicações que não apresentassem dados clínicos relevantes sobre desfechos cirúrgicos.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1 Anatomia da Região Inguinal e Classificação das Hérnias Inguinais

Os autores Barbosa *et al.* (2022) argumentam que a compreensão detalhada da anatomia da parede abdominal e do canal inguinal é fundamental para o adequado manejo das hérnias inguinais. A parede abdominal é formada por múltiplas camadas musculares e aponeuróticas que garantem sustentação estrutural, sendo o canal inguinal uma passagem anatômica oblíqua que abriga o cordão espermático, além de nervos importantes como o ílio-inguinal, o ílio-hipogástrico e o ramo genital do nervo genitofemoral. Essa região apresenta pontos naturais de fragilidade, especialmente o triângulo de *Hesselbach*, o que favorece o surgimento de defeitos herniários. Técnicas como a de *Shouldice* baseiam-se justamente na reconstrução anatômica cuidadosa da parede posterior do canal inguinal, reforçando suas camadas e restaurando a integridade estrutural local. Barbosa *et al.* (2022) destacam ainda que a correta classificação das hérnias é indispensável para o planejamento terapêutico individualizado. A classificação de Nyhus organiza as hérnias conforme a localização anatômica, a condição do anel inguinal profundo e a presença de recidiva, dividindo-as em quatro grandes tipos. As hérnias indiretas com anel normal são classificadas como tipo I, enquanto aquelas com dilatação do anel são tipo II; já as hérnias com comprometimento da parede posterior integram o tipo III, subdividido em A, B e C. O tipo IV contempla as recidivadas, com suas variações.

Os autores Cogo *et al.* (2024) analisam que a anatomia da região inguinal está diretamente relacionada à gênese das hérnias, uma vez que o canal inguinal representa uma zona de transição estrutural da parede abdominal inferior. Essa passagem oblíqua permite a travessia do cordão espermático nos homens e do ligamento redondo nas mulheres, configurando-se como área naturalmente vulnerável. Quando submetida ao aumento da pressão intra-abdominal ou a alterações estruturais do tecido conjuntivo, essa região torna-se propensa à protrusão de conteúdo abdominal. Assim, as hérnias inguinais constituem manifestações clínicas de falhas mecânicas em pontos de menor resistência

anatômica, exigindo conhecimento detalhado para diagnóstico preciso e abordagem adequada.

Cogo *et al.* (2024) ressaltam que as hérnias inguinais são classificadas em diretas, indiretas e femorais conforme sua relação com os vasos epigástricos inferiores e o trajeto anatômico do saco herniário. As diretas atravessam a parede posterior do canal inguinal, sendo mais frequentes em idosos devido à fraqueza adquirida dos tecidos. As indiretas percorrem o anel inguinal interno, geralmente associadas a falhas congênitas do processo vaginal. Já as femorais localizam-se abaixo do ligamento inguinal, com maior incidência no sexo feminino. A utilização da classificação de Nyhus permite sistematizar essas variações, orientando a escolha da técnica cirúrgica e contribuindo para melhores desfechos clínicos.

Os autores Castro *et al.* (2025) apontam que o domínio da anatomia tridimensional da região inguinal é determinante para o sucesso das intervenções cirúrgicas. A parede abdominal apresenta múltiplas camadas musculares e fasciais que se organizam ao redor do orifício miopectíneo, considerado uma área crítica para o desenvolvimento de hérnias. A fragilidade estrutural dessa região, aliada a fatores biomecânicos como o aumento da pressão intra-abdominal, favorece o surgimento de defeitos herniários. Além disso, o conhecimento da vascularização e da inervação local é essencial para evitar lesões iatrogênicas durante o procedimento, reduzindo complicações como dor crônica pós-operatória.

Na perspectiva de Castro *et al.* (2025), a classificação anatômica das hérnias, especialmente pelo sistema de Nyhus e pela *European Hernia Society*, representa um avanço na padronização diagnóstica e terapêutica. Essas classificações correlacionam aspectos topográficos e etiopatogênicos, permitindo avaliar a integridade da parede posterior e a complexidade do defeito. Tal sistematização auxilia na definição da estratégia operatória, seja por via aberta ou videolaparoscópica, especialmente em casos bilaterais ou recidivados. A compreensão integrada entre anatomia e classificação possibilita planejamento cirúrgico mais preciso, menor taxa de recidiva e melhores resultados funcionais no pós-operatório.

2.2 Técnica Aberta no Tratamento das Hérnias Inguinais

Os autores Teixeira *et al.* (2024) abordam que a técnica aberta representa uma das bases históricas do tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, consolidando-se ao longo das décadas pela sua eficácia e acessibilidade. A hernioplastia aberta caracteriza-se pela realização de incisão na

região inguinal, permitindo visualização direta do defeito herniário e reparação da parede abdominal. A possibilidade de execução sob anestesia local tornou essa abordagem especialmente relevante em pacientes com maior risco anestésico. Além disso, a introdução de telas sintéticas, como o polipropileno, reduziu significativamente as taxas de recidiva, fortalecendo sua posição no cenário clínico. Assim, a técnica aberta permanece amplamente utilizada, sobretudo em contextos com limitações estruturais. Na perspectiva de Teixeira *et al.* (2024), a técnica de Lichtenstein consolidou-se como principal referência dentro das abordagens abertas, devido à sua simplicidade e eficácia comprovada. O método consiste na colocação de uma tela sem tensão sobre o defeito herniário, o que diminui a recorrência e reduz o estresse sobre os tecidos adjacentes. Entre suas vantagens destacam-se o baixo custo, o tempo operatório reduzido e a curta curva de aprendizado. Contudo, podem ocorrer complicações como seroma, hematoma e dor crônica, especialmente quando há manipulação inadequada dos nervos inguinais. Dessa forma, a indicação deve considerar o perfil clínico do paciente e a experiência da equipe cirúrgica.

A hernioplastia aberta constitui um marco na cirurgia geral, tendo sido durante décadas o padrão-ouro no tratamento das hérnias inguinais. Sua ampla difusão deve-se à padronização técnica, à aplicabilidade em diferentes realidades hospitalares e à vasta experiência acumulada pelos cirurgiões. O procedimento baseia-se na redução do conteúdo herniário e no reforço da parede abdominal, frequentemente com uso de tela sintética. Tal abordagem mostrou-se eficaz na prevenção de complicações graves, como encarceramento e estrangulamento. Mesmo diante do avanço das técnicas minimamente invasivas, a cirurgia aberta mantém relevância clínica significativa (Júnior *et al.*, 2024).

Os autores Júnior *et al.* (2024) destacam que a técnica de Lichtenstein revolucionou o reparo aberto ao eliminar as suturas tensionais, fator anteriormente associado a maiores índices de recidiva e dor pós-operatória. A fixação da tela de polipropileno sobre o defeito herniário promove reforço seguro e duradouro da parede inguinal. Entre as vantagens estão o custo reduzido e a possibilidade de realização sob anestesia local, sendo indicada em hérnias primárias unilaterais e em pacientes com contraindicação à anestesia geral. Entretanto, pode haver maior incidência de dor crônica e recuperação mais lenta quando comparada à laparoscopia. Assim, a seleção criteriosa do paciente é essencial para melhores desfechos.

Os autores Macedo *et al.* (2025) argumentam que a hernioplastia aberta permanece como estratégia

tradicional e eficaz no manejo das hérnias inguinais, especialmente em cenários com recursos limitados. A técnica com tela sem tensão representa importante avanço, pois reduziu significativamente as taxas de recidiva observadas nas técnicas clássicas com sutura. Sua execução exige menor infraestrutura tecnológica e apresenta tempo cirúrgico relativamente curto. Essas características tornam a abordagem aberta particularmente indicada para pacientes com comorbidades ou contraindicações à anestesia geral. Assim, sua aplicabilidade clínica continua ampla e relevante.

Macedo *et al.* (2025) ressaltam que, apesar dos benefícios, a técnica aberta não está isenta de limitações. Entre as complicações mais frequentes destacam-se infecção do sítio cirúrgico, seroma, hematoma e dor crônica inguinal, muitas vezes associada à compressão nervosa ou reação inflamatória à tela. O posicionamento adequado do material protético e a identificação cuidadosa dos nervos são medidas essenciais para reduzir tais riscos. Ainda que a laparoscopia ofereça menor dor pós-operatória em alguns casos, a cirurgia aberta permanece segura e eficaz quando bem indicada. Portanto, o sucesso terapêutico depende da adequada avaliação clínica e da experiência do cirurgião.

A técnica aberta no tratamento das hérnias inguinais consolidou-se como procedimento amplamente empregado na prática cirúrgica, devido à sua eficácia comprovada e relativa simplicidade técnica. O método consiste na redução do conteúdo herniário e no reforço da parede abdominal, geralmente com uso de tela sintética. Sua ampla aceitação decorre do baixo custo, da possibilidade de aplicação em diferentes contextos clínicos e dos elevados índices de sucesso terapêutico. Além disso, proporciona alívio sintomático imediato e previne complicações potencialmente graves. Dessa forma, permanece como alternativa viável mesmo diante das inovações tecnológicas (Ribeiro *et al.*, 2023).

Os autores Ribeiro *et al.* (2023) enfatizam que a técnica de *Lichtenstein* é considerada padrão-ouro no reparo aberto, especialmente em hérnias primárias unilaterais. A colocação de tela sem tensão reduz significativamente a recorrência e melhora a estabilidade da parede abdominal. Entretanto, complicações como dor crônica, infecção, seroma e hematoma podem ocorrer, exigindo acompanhamento pós-operatório criterioso. A prevenção dessas intercorrências depende de técnica cirúrgica precisa e de adequada preservação das estruturas nervosas. Assim, a escolha da abordagem deve ser individualizada, considerando as condições clínicas do paciente e a expertise da equipe médica.

2.3 Abordagem Laparoscópica das Hérnias Inguinais

Os autores Roller *et al.* (2024) evidenciam que a abordagem laparoscópica das hérnias inguinais se consolidou como alternativa minimamente invasiva às técnicas abertas tradicionais, oferecendo vantagens clínicas relevantes. As principais modalidades são a TAPP (Transabdominal Pre-Peritoneal) e a TEP (*Totally Extraperitoneal*), ambas baseadas na colocação de tela protética sobre o defeito herniário por meio de pequenas incisões. Enquanto a TAPP envolve acesso à cavidade abdominal com posterior dissecação do espaço pré-peritoneal, a TEP atua exclusivamente no espaço extraperitoneal, evitando a penetração do peritônio. Essas técnicas são particularmente indicadas para hérnias bilaterais e recidivadas, em razão do menor trauma cirúrgico e da possibilidade de exploração ampliada da região inguinal.

Para os autores Roller *et al.* (2024), os princípios da videolaparoscopia exigem dissecação anatômica precisa, adequada fixação da tela e preservação das estruturas nobres adjacentes, como vasos epigástricos, ducto deferente e bexiga. O domínio técnico é essencial, pois o campo operatório é restrito e envolve estruturas de grande relevância funcional. Entre os benefícios destacam-se menor dor pós-operatória, recuperação funcional mais rápida e menor incidência de infecção de ferida operatória. Entretanto, a técnica apresenta maior complexidade, necessidade de anestesia geral e curva de aprendizado prolongada. Ainda assim, quando realizada por equipe experiente, demonstra segurança e eficácia comparáveis às técnicas abertas. Coelho e Oliveira Maia (2023) abordam que a laparoscopia representa avanço significativo no tratamento das hérnias inguinais, sobretudo pelas técnicas TAPP e TEP, que possibilitam reparo com menor invasividade. A TAPP permite visualização direta da cavidade abdominal, facilitando a identificação de defeitos bilaterais, enquanto a TEP restringe-se ao espaço pré-peritoneal, reduzindo o risco de aderências intraperitoneais. Ambas utilizam tela sintética para reforço da parede posterior do canal inguinal, promovendo menor tensão tecidual. A escolha entre as técnicas depende de fatores anatômicos, clínicos e da experiência do cirurgião. A padronização desses métodos tem contribuído para maior previsibilidade dos resultados cirúrgicos.

A abordagem laparoscópica está associada a menor dor pós-operatória, tempo reduzido de internação e retorno precoce às atividades habituais. A visualização ampliada da anatomia proporciona dissecação mais precisa e menor agressão tecidual, refletindo em menor incidência de complicações locais. Contudo, os autores ressaltam limitações importantes, como custos mais elevados e necessidade de infraestrutura tecnológica adequada.

A curva de aprendizado extensa também constitui desafio, especialmente em serviços com menor volume cirúrgico. Apesar disso, os benefícios clínicos reforçam sua crescente adoção na prática contemporânea (Coelho e Oliveira Maia, 2023).

Os autores Ribeiro *et al.* (2024) apontam que a laparoscopia no tratamento das hérnias inguinais oferece alternativas eficazes e seguras em comparação à cirurgia aberta convencional. As técnicas TAPP e TEP utilizam malhas sintéticas para reforçar o defeito herniário, apresentando taxas de recorrência semelhantes às observadas nas abordagens abertas. A TEP destaca-se por não acessar a cavidade abdominal, reduzindo riscos de lesões viscerais e aderências, enquanto a TAPP possibilita inspeção intra-abdominal detalhada. Ambas são especialmente indicadas em casos de hérnias bilaterais ou recidivadas. O emprego dessas técnicas exige planejamento cuidadoso e avaliação criteriosa do paciente.

É ressaltado que as principais vantagens do reparo laparoscópico incluem menor dor crônica, melhor resultado estético e reintegração precoce às atividades laborais. Contudo, a necessidade de anestesia geral, o maior custo e a dependência de treinamento especializado configuram limitações relevantes. Complicações como lesões vasculares, seroma, hematoma e recorrência podem ocorrer, sobretudo quando há falhas técnicas. Assim, o sucesso do procedimento depende diretamente da experiência do cirurgião e da adequada seleção dos casos. Dessa forma, a abordagem laparoscópica consolida-se como estratégia moderna, eficaz e progressivamente incorporada à prática cirúrgica especializada (Ribeiro *et al.*, 2024).

2.4 Comparação entre Técnica Aberta e Laparoscópica

Os autores Teixeira *et al.* (2024) analisam que a comparação entre a técnica aberta e a videolaparoscópica no tratamento das hérnias inguinais envolve análise criteriosa de aspectos clínicos, econômicos e funcionais. A técnica aberta, especialmente a de Lichtenstein, destaca-se pela simplicidade, baixo custo e possibilidade de realização sob anestesia local. Em contrapartida, a laparoscopia apresenta caráter minimamente invasivo, com menor trauma tecidual e melhor visualização anatômica. Os autores ressaltam que ambas as abordagens apresentam taxas semelhantes de recorrência quando executadas adequadamente. Dessa forma, a escolha terapêutica deve considerar o perfil clínico do paciente e os recursos disponíveis. Teixeira *et al.* (2024) apontam ainda que a dor pós-operatória e o tempo de recuperação representam diferenças relevantes entre os métodos. A abordagem laparoscópica tende a proporcionar

menor dor imediata e retorno mais rápido às atividades laborais, sobretudo em pacientes ativos. Entretanto, exige anestesia geral, equipamentos específicos e maior experiência técnica do cirurgião. Já a técnica aberta, embora associada a maior desconforto inicial, mantém-se como alternativa segura e amplamente acessível. Assim, a decisão deve ser individualizada, equilibrando benefícios clínicos e viabilidade institucional.

A técnica aberta permanece como referência histórica no tratamento das hérnias inguinais, apresentando resultados satisfatórios e ampla aplicabilidade. No entanto, a laparoscopia vem ganhando espaço por oferecer melhor resultado estético e menor incidência de dor crônica em determinados grupos. É destacado que a cirurgia aberta pode apresentar maior taxa de complicações locais, como seroma e hematoma, especialmente em pacientes com fatores de risco associados. Por outro lado, a laparoscopia, embora menos invasiva, envolve riscos intraoperatórios específicos, como lesões vasculares ou viscerais. Assim, ambas as técnicas possuem vantagens e limitações que devem ser ponderadas (Júnior *et al.*, 2024).

Júnior *et al.* (2024) enfatizam que, em casos de hérnias bilaterais ou recidivadas, a videolaparoscopia pode oferecer benefícios superiores devido à possibilidade de correção simultânea com menor agressão tecidual. Em contrapartida, para hérnias primárias unilaterais em pacientes com alto risco anestésico, a técnica aberta pode ser mais indicada. A experiência do cirurgião desempenha papel decisivo nos resultados pós-operatórios, independentemente da via escolhida. Dessa forma, a comparação entre as técnicas não deve ser absolutista, mas baseada em critérios clínicos individualizados.

Os autores Ribeiro *et al.* (2024) ressaltam que as taxas de recorrência entre as técnicas aberta e laparoscópica são semelhantes quando o procedimento é realizado de maneira adequada. Contudo, a abordagem laparoscópica demonstra menor incidência de dor crônica e melhor recuperação funcional no curto prazo. A técnica aberta, por sua vez, apresenta menor custo operacional e menor dependência de infraestrutura tecnológica. Esses fatores tornam a cirurgia aberta mais viável em sistemas de saúde com recursos limitados. Assim, a análise comparativa deve incluir não apenas desfechos clínicos, mas também aspectos econômicos e estruturais.

O sucesso terapêutico depende fundamentalmente da correta indicação cirúrgica e da qualificação da equipe médica. A laparoscopia exige curva de aprendizado mais longa e maior domínio anatômico, enquanto a técnica aberta apresenta execução mais padronizada. Ambas

podem alcançar excelentes resultados quando aplicadas em contexto apropriado. Portanto, a comparação entre técnica aberta e laparoscópica não estabelece superioridade absoluta, mas evidencia que a escolha ideal deve ser personalizada, considerando características do paciente, tipo de hérnia e experiência profissional (Ribeiro *et al.*, 2024).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise comparativa entre a técnica aberta e a laparoscópica demonstra que ambas apresentam eficácia semelhante quanto à taxa de recidiva, desde que executadas por profissionais experientes. Conforme Teixeira *et al.* (2024), a hernioplastia aberta, especialmente pela técnica de Lichtenstein, mantém baixos índices de recorrência e ampla aplicabilidade clínica. Na prática hospitalar, observa-se que essa técnica é frequentemente escolhida em serviços com recursos limitados. Por outro lado, a videolaparoscopia vem sendo progressivamente incorporada em centros com maior infraestrutura tecnológica. Assim, os resultados reforçam que a disponibilidade estrutural influencia diretamente a escolha terapêutica.

No que se refere à dor pós-operatória, os achados apontam vantagem para a abordagem laparoscópica. Roller *et al.* (2024) e Ribeiro *et al.* (2024) destacam que a menor manipulação tecidual e a visualização ampliada contribuem para redução da dor imediata e crônica. Na prática clínica, pacientes submetidos à TAPP ou TEP relatam retorno mais precoce às atividades laborais. Entretanto, Júnior *et al.* (2024) ressaltam que a técnica aberta permanece eficaz quando há adequada identificação e preservação nervosa. Dessa forma, o manejo técnico adequado impacta diretamente na qualidade de vida pós-operatória.

Em relação ao tempo de recuperação, os dados indicam que a laparoscopia proporciona menor período de internação e reintegração funcional mais rápida. Coelho e Oliveira Maia (2023) evidenciam que o caráter minimamente invasivo favorece alta hospitalar precoce. Contudo, na prática do sistema público de saúde, a técnica aberta ainda predomina devido ao menor custo operacional. Os autores Macedo *et al.* (2025) ressaltam que o custo-benefício da cirurgia aberta continua relevante em contextos de limitação orçamentária. Assim, a escolha terapêutica envolve não apenas critérios clínicos, mas também aspectos econômicos institucionais.

Quanto às complicações, ambas as técnicas apresentam riscos específicos que devem ser considerados. Ribeiro *et al.* (2023) apontam que, na técnica aberta, são mais frequentes seroma, hematoma e infecção de ferida operatória. Já Roller

et al. (2024) destacam que a laparoscopia pode envolver risco de lesões vasculares ou viscerais, especialmente durante a curva de aprendizado. Na prática, observa-se que a experiência do cirurgião é fator determinante na redução dessas intercorrências. Portanto, o treinamento técnico adequado influencia diretamente nos desfechos cirúrgicos.

Nos casos de hérnias bilaterais e recidivadas, a videolaparoscopia demonstra vantagens evidentes. Castro *et al.* (2025) ressaltam que a visualização ampliada permite correção simultânea com menor agressão tecidual. Na prática, isso reduz o tempo global de recuperação quando comparado a duas incisões abertas distintas. Júnior *et al.* (2024) também destacam que a abordagem minimamente invasiva apresenta melhor desempenho nesses cenários específicos. Dessa forma, a literatura converge ao indicar a laparoscopia como preferencial em situações mais complexas. Entretanto, para hérnias primárias unilaterais em pacientes idosos ou com comorbidades significativas, a técnica aberta mostra-se segura e eficaz. Teixeira *et al.* (2024) enfatizam que a possibilidade de anestesia local representa vantagem importante nesse grupo. Na realidade clínica, pacientes com maior risco anestésico frequentemente são encaminhados para hernioplastia aberta. Macedo *et al.* (2025) reforçam que a simplicidade técnica e menor dependência tecnológica tornam essa abordagem amplamente viável. Assim, a prática confirma a relevância contínua da cirurgia aberta.

A análise dos resultados também evidencia que a curva de aprendizado constitui fator diferenciador entre as técnicas. Os autores Roller *et al.* (2024) apontam que a laparoscopia exige maior domínio anatômico e treinamento específico. Na prática, centros com maior volume cirúrgico tendem a apresentar melhores resultados laparoscópicos. Já a técnica aberta, segundo Ribeiro *et al.* (2023), possui execução mais padronizada e menor complexidade técnica. Dessa forma, a experiência profissional deve ser considerada critério central na escolha da abordagem.

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto estético e à satisfação do paciente. Coelho e Oliveira Maia (2023) demonstram que incisões menores e menor trauma tecidual favorecem melhor percepção estética. Na prática ambulatorial, pacientes jovens e economicamente ativos tendem a preferir a abordagem laparoscópica. Contudo, os resultados funcionais da técnica aberta permanecem satisfatórios quando não há complicações associadas. Assim, a decisão deve considerar expectativas individuais e contexto clínico.

Em síntese, os resultados indicam que não há superioridade absoluta entre técnica aberta e

laparoscópica, mas sim indicações específicas para cada contexto. Conforme Teixeira *et al.* (2024), Ribeiro *et al.* (2024) e Macedo *et al.* (2025), a escolha ideal depende da análise integrada entre fatores clínicos, anatômicos, estruturais e experiência da equipe cirúrgica. A prática confirma que ambas as técnicas apresentam eficácia e segurança quando corretamente indicadas. Portanto, a individualização da conduta representa o principal determinante para melhores desfechos no tratamento das hérnias inguinais.

4. CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica das hérnias inguinais evoluiu significativamente ao longo das últimas décadas, incorporando técnicas cada vez mais seguras e eficazes. Tanto a técnica aberta quanto a laparoscópica demonstram elevada taxa de sucesso no tratamento do defeito herniário, especialmente quando corretamente indicadas e executadas por profissionais capacitados. A escolha entre os métodos não deve ser pautada apenas por preferência técnica, mas por uma análise criteriosa das características clínicas do paciente, do tipo de hérnia e das condições estruturais disponíveis. Dessa forma, a individualização da conduta cirúrgica mostra-se essencial para alcançar melhores desfechos.

A técnica aberta, especialmente por meio da hernioplastia com tela sem tensão, mantém-se como alternativa consolidada, segura e economicamente viável. Sua ampla aplicabilidade, possibilidade de realização sob anestesia local e menor dependência tecnológica garantem relevância contínua, sobretudo em contextos com recursos limitados. Apesar de apresentar maior incidência de dor pós-operatória imediata em alguns casos, seus resultados a longo prazo permanecem satisfatórios, com baixas taxas de recidiva quando adequadamente executada.

Por outro lado, a abordagem laparoscópica representa um avanço importante na cirurgia herniária contemporânea, destacando-se pelo caráter minimamente invasivo, menor dor pós-operatória e retorno mais rápido às atividades habituais. Mostra-se particularmente vantajosa em hérnias bilaterais e recidivadas, além de oferecer melhor resultado estético. Entretanto, sua realização exige infraestrutura adequada, anestesia geral e maior experiência técnica, fatores que podem limitar sua ampla implementação em determinados serviços de saúde.

Diante do exposto, conclui-se que não há superioridade absoluta entre as técnicas aberta e laparoscópica, mas sim indicações específicas que devem ser cuidadosamente avaliadas. O sucesso do tratamento depende da correta seleção do paciente, do domínio anatômico e técnico do cirurgião e da estrutura disponível para o procedimento. Assim, a

integração entre conhecimento científico, experiência profissional e análise individualizada constitui o caminho mais seguro para garantir eficácia terapêutica e melhor qualidade de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Cirênio De Almeida *et al.* Técnica de Shouldice: identificação dos nervos na região inguinal durante a inguinotomia. *Open Science Research*, 2022.

CASTRO, Laura De *et al.* Abordagem videolaparoscópica das hérnias inguinais bilaterais: indicações e desafios técnicos. *Revista Colombiana de Ciências e Humanidades (REHCOL)*, 2025.

COELHO, João Victor Calvelli; MAIA, Lucineide Martins De Oliveira. Panorama epidemiológico da correção cirúrgica videolaparoscópica de hérnia inguinal. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 2, 2023.

COGO, Aline Moura *et al.* Hérnias inguinais: uma revisão sobre os aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 8, 2024.

JÚNIOR, Eulálio Sotero Galvão *et al.* Hérnia inguinal: abordagens cirúrgicas e complicações pós-operatórias. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 10, 2024.

MACEDO, Ryan Rafael Barros de *et al.* Tratamento cirúrgico da hérnia inguinal: abordagens atuais e resultados clínicos. *Lumen et Virtus*, v. 16, n. 51, 2025.

RIBEIRO, Catharina Cangussu Fernandes *et al.* Cirurgia de Hérnia: Técnicas e Complicações: Um exame das diferentes abordagens cirúrgicas para o tratamento de hérnias, incluindo hérnias inguinais e incisionais. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 5, 2023.

RIBEIRO, Ingrid Botelho *et al.* Hérnia Inguinal: abordagem médica no reparo cirúrgico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 4, 2024.

ROLLER, Luísa De Faria *et al.* Abordagens abertas e laparoscópica para reparo de hérnia inguinal: uma revisão abrangente. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 3, 2024.

TEIXEIRA, Pedro Henrique Moura *et al.* Análise do tratamento de hernias inguinais: tecnica aberta

versus videolaparoscopica. *Brazilian Journal of
Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p.
857-865, 2024.