

## **HERNIOPLASTIAS DE PAREDE ABDOMINAL: DISCUSSÃO SOBRE TÉCNICA CONVENCIONAL E LAPAROSCÓPICA**

ABDOMINAL WALL HERNIOPLASTIES: DISCUSSION ON CONVENTIONAL AND  
LAPAROSCOPIC TECHNIQUE

**Alessandra Moulin Moreira de Carvalho**

Médica Veterinária, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Guaçuí - Espírito Santo,  
[alessandra.moulin@hotmail.com](mailto:alessandra.moulin@hotmail.com)

**Kissila Ferreira Gomes**

Enfermeira, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Campos dos Goytacazes - Rio de  
Janeiro, FAMESC, [kissila.ipe@gmail.com](mailto:kissila.ipe@gmail.com)

**Lázaro da Silva Lima**

Enfermeiro. Acadêmico de Medicina da FAMESC, Campos dos Goytacazes - Rio de  
Janeiro, FAMESC, [lazaroslima@icloud.com](mailto:lazaroslima@icloud.com)

**Lívia Azevedo Mello Ribeiro**

Psicóloga, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Bom Jesus - Rio de Janeiro,  
[liviazevedomello@gmail.com](mailto:liviazevedomello@gmail.com)

**Mair Luce Figueredo Porto Carrero**

Médica Veterinária, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Guaçuí - Rio de Janeiro,  
[mairporto@gmail.com](mailto:mairporto@gmail.com)

**Thiago Neves de Azevedo**

Acadêmico de Medicina da FAMESC, [thiaguinho\\_\\_neves@hotmail.com](mailto:thiaguinho__neves@hotmail.com)

**Ivy de Campos**

Professora da disciplina de Semiologia Médica I e II da Famesc.  
[ivydecampos@gmail.com](mailto:ivydecampos@gmail.com)

**Vinicius Evangelista Dias**

Doutorando e Mestre em Cirurgia pela Santa Casa de Misericórdia – Belo  
Horizonte/RG, Professora da disciplina de Clínica Cirúrgica da Famesc,  
[viniciusdiasevangelista@gmail.com](mailto:viniciusdiasevangelista@gmail.com)

## RESUMO

O atual trabalho tem como objetivo explicitar as diferenças entre hernioplastias convencionais e hernioplastias laparoscópicas por meio de revisões bibliográficas, abordando também as suas principais indicações, contra indicações e possíveis efeitos pós-cirúrgicos. De acordo com os estudos, foi caracterizada a hernioplastia convencional como uma cirurgia extremamente invasiva, visto que necessita de abertura geralmente total da parede abdominal, enquanto a hernioplastia laparoscópica se demonstrou minimamente invasiva e primordialmente com tempo de pós-cirúrgico menor se em relação a convencional. Concluiu-se que de acordo com estudos não houve muitas diferenças significativas para decisão imediata entre o método convencional e por laparoscopia, sendo necessária avaliação individual e atenção específica a indivíduos com comorbidades, pois as diferentes técnicas apresentam seus benefícios e malefícios.

**Palavras-chave:** Hérnia abdominal; Laparoscopia; Laparotomia

## ABSTRACT

The current work aims to explain the differences between conventional and laparoscopic hernioplasties through literature reviews, also addressing their main indications, contraindications, and possible post-surgical effects. According to the studies, conventional hernioplasty was characterized as extremely invasive surgery, since it usually requires total opening of the abdominal wall, while laparoscopic hernioplasty was shown to be minimally invasive and primarily with a shorter postoperative period if compared to conventional. It was concluded that, according to studies, there were not many significant differences for immediate decision between the conventional method and laparoscopy, requiring individual assessment and specific attention to individuals with comorbidities, as the different techniques have their benefits and harms.

**Keywords:** Hernia, abdominal; Laparoscopy; laparotomy

## INTRODUÇÃO

As hérnias de parede abdominal são patologias cirúrgicas bastante comuns na população mundial. O risco estimado ao longo da vida de uma hérnia abdominal espontânea é de 5% e hérnias secundárias geralmente ocorrem como resultado de cirurgia ou trauma (MURPHY 2010). De acordo com Lex (1963), uma hérnia é uma protrusão de um órgão ou tecido através de uma abertura, congênita ou adquirida, na parede ao redor da cavidade que o contém. Nesse conceito amplo, deve-se considerar não apenas as hérnias que surgem pela abertura da parede abdominal, mas também as hérnias de disco, meningoceles, hérnias pulmonares pela parede torácica, etc. No que concerne a região abdominal, a protusão dos órgãos forma protuberâncias vistas ao exame físico e que causam sintomas, geralmente relacionados ao esforço físico.

Hérnia é derivada da palavra latina ruptura. A hérnia é definida como uma protrusão anormal de um órgão ou tecido por um defeito em suas paredes circundantes. Embora uma hérnia possa ocorrer em vários locais do corpo, esses defeitos mais comumente envolvem a parede abdominal, em particular a região inguinal. As hérnias da parede abdominal ocorrem apenas em locais onde a aponeurose e a fáscia não são cobertas por músculo estriado. Esses locais incluem mais comumente as áreas inguinal, femoral e umbilical, a linha alba, a porção inferior da linha semilunar e locais de incisões anteriores. O denominado colo ou orifício de uma hérnia é localizado na camada musculoaponeurótica mais interna, enquanto o saco herniário é revestido por peritônio e faz protrusão no colo. Não existe relação consistente entre a área do defeito da hérnia e o tamanho do saco herniário (TEIXEIRA, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hérnia e parede abdominal – SBH, os tipos de hérnias da parede abdominal são: epigástrica (acontece na linha médiado abdome - linha alba); inguinal (acontece na virilha - zona de junção entre a coxa ea parte inferior do abdome); incisional (acontecem no local de uma cirurgia anteriorna parede abdominal); e umbilical (surge exatamente na região da cicatriz umbilical). De acordo com Paajanen e Varjo (2010), as hernioplastias, ou herniorrafias, são os procedimentos cirúrgicos que mais são feitos no mundo, chegando a quase 1 milhão de pacientes por ano nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2016), quase 150 mil hernioplastias foram realizadas entre janeiro de 2014 e junho de 2015.

Durante muitos anos, o tratamento proposto para as hérnias de parede abdominal era através da técnica convencional, sem a utilização das telas. Porém, movimentos mais exacerbados ou contínuos no local com suturas simples frequentemente causavam uma abertura tecidual, causando a hérnia novamente, a chamada “recidiva”, que possui entre 10% e 50% de chance de recorrência (ANTHONY, 2000).

As hernioplastias de parede abdominal convencionais se fazem de forma direta, a olho nu, sem necessidade de materiais altamente tecnológicos e com reposicionamento dos órgãos e fechamento da passagem onde se localizou a hérnia (SALVALAGGIO, 2020). Cirurgias de técnicas convencionais são mais indicadas a pacientes que possuem alguma comorbidade, como obesidade ou distúrbios pulmonares e cardíacos, pois há a possibilidade de lesões pneumoperitoniais no paciente, que consiste na redução funcional pulmonar (FALCÃO *et al.* 2018; FRAGA *et al.* 2004).

Concomitantemente, a laparoscopia, ou videolaparoscopia, que se diferem entre si apenas na utilização ou não de câmeras, é uma cirurgia minimamente invasiva com o auxílio do laparoscópio, que consiste em um instrumento com uma câmera e foco de luz acoplados que orientam o cirurgião na cirurgia. Tal técnica foi desenvolvida por meio da década de 80

e se mostrou alternativa à laparotomia, apresentando menor tempo de internação, menores riscos e cicatrizes (FERNANDES, *et al.* 2021).

Diferentemente da técnica convencional, a laparoscopia não expõe totalmente o abdômen. Durante o procedimento pequenas incisões são realizadas para inserção das pinças cirúrgicas. Também há o insuflamento do abdômen com gás carbônico e introdução de trocateres que possuem uma ótica para visualização de estruturas intra-abdominais. Oferece melhores resultados durante o pós-operatório como menor tempo e lesões pós-cirúrgicas (FERNANDES, *et al.* 2021).

Por ser uma técnica com necessidade de habilidades minuciosas, há a possibilidade de lesões feitas a partir das agulhas do trocarte e a insuflação, que pode levar a perfuração das vísceras intra-abdominais. (TRANCOSO, *et al.* 2021; INOUE, 2017).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esta pesquisa relata uma revisão de literatura, com uma abordagem qualitativa, tendo como procedimento técnico adotado a pesquisa bibliográfica e documental. Considerando o objeto de estudo, esta pesquisa configura-se como uma revisão de literatura de cunho qualitativo, visto que tem como objetivo proporcionar o aumento da familiaridade aos procedimentos cirúrgicos apresentados, tais quais técnicas laparoscópicas e laparotômicas, analisando seus tempos de duração da cirurgia e seus prós e contras.

A revisão das literaturas foi elaborada através de pesquisas nas bibliotecas online como Pubmed, Scielo e Google Acadêmico e outros periódicos virtuais, sendo trabalhados os descritores: Hernioplastias Convencionais, Hernioplastias Laparoscópicas, inseridos em artigos científicos indexados e publicados em tais periódicos conjuntamente com a pesquisa dos descritores para a indexação de artigos científicos por meio do DeCS e BVS.

Foram selecionados artigos com literaturas atuais e não destoantes com a realidade hodierna, publicados entre 2010 a 2022, apresentando algumas exceções em casos que julgavam como necessários para melhor compreensão do tema, assim com algumas literaturas de alguns livros que foram escolhidas, que apresentam data de publicação mais antiga, o que não qualifica a escolha como melhor ou pior, mas sim como a adequada para determinada situação para. A seleção dos artigos foi efetuada através de análise dos títulos, resumos e pela leitura plena dos trabalhos científicos que corroboram com o objetivo do trabalho.

## DESENVOLVIMENTO

A hérnia, de acordo com Pereira (2006) pode ser definida como uma protrusão de forma não comum de um tecido ou órgão pela parede que o circunda. Mesmo que ocorram em diversos locais do corpo, são mais comuns envolvidas com a parede abdominal, principalmente na porção inguinal. Pode ser adquirida por uma situação adversa ou ser congênita e podem acontecer em diversos tecidos, como as hérnias de disco, pulmonares ou meningoceles.

Como descrito por Furtado (2019) a modificação do formato do abdome causada pela pressão exercida por um órgão ou tecido é denominada Hérnia. Alguns tipos são descritos na literatura, como: Epigástrica, que acontece na linha média do abdome, Inguinal, acometendo a virilha, próxima ao ligamento inguinal, localizado entre a coxa e a porção inferior do abdome, Incisional, decorrido a partir de uma cirurgia prévia na parede abdominal e Umbilical, que surge exatamente na porção da cicatriz umbilical.

Como descrito por Cunha-e-Silva (2017), os procedimentos cirúrgicos usados para tratamento de protusões de órgãos ou tecidos, chamadas hérnias, são as hernioplastias, ou também conhecidas como herniorrafias, sendo feitas por mais de 800 mil estadunidenses por ano.

Podem ser classificadas por dois tipos de operações, as convencionais, também chamadas de cirurgias por laparotomia ou a laparoscopia. A técnica cirúrgica convencional (laparotomia) consiste na maioria dos casos na exposição total do abdômen. Tal técnica é descrita em literatura desde a antiguidade, porém se popularizou ainda mais a partir dos anos 80, decorrente dos avanços na medicina. Era comumente feito um corte acima do local requerido à cirurgia e logo após suturado, porém dependendo do cotidiano do paciente, havia uma reabertura do local costurado e causando agravamento da hérnia operada (ANCHIETA, 2022).

A cirurgia é realizada diretamente a olho nu, sem a necessidade de materiais de alta tecnologia, reposicionando o órgão e fechando o canal onde está localizada a hérnia (SALVALAGGIO, 2020). Pode ser classificada de acordo com a finalidade, sendo eletiva, incluindo cirurgia com objetivo claro, ou exploratória, onde o objetivo é estabelecer um diagnóstico. Também há outras classificações dependendo da porção abdominal em que o procedimento será feito, como com relação à cicatriz umbilical, relação à linha média do abdômen, relação aos músculos retos ou classificados pela técnica utilizada para essa mesma cirurgia, sendo as principais relações entre a direção e complexidade apresentadas (BERNARDES e MAIA, 2022).

Paralelamente, a laparoscopia, que foi desenvolvida na década de 1980 e provou ser uma alternativa à laparotomia, pois demonstrou, *a priori*, menor tempo de internação, menos riscos de infecções secundárias e cicatrizes, por ser um procedimento minimamente invasivo (CLAUS *et al.* 2011).

Ao contrário das técnicas tradicionais, a laparoscopia não expõe totalmente o abdome. Durante a cirurgia, são feitas pequenas incisões para que as pinças utilizadas possam ser inseridas. Há também insuflação de dióxido de carbono no abdome para distensão de tal e introdução de trocartes com óticas para visualização das estruturas intra-abdominais. Proporciona melhores resultados no pós-operatório, como menor tempo e lesões pós-operatórias (FERNANDES, *et al.* 2021).

Em um estudo de campo realizado em pacientes que foram submetidos tanto por laparoscopias quanto por laparotomias demonstrou que o índice de cura se deu em maior porcentagem nos pacientes submetidos à cirurgias laparoscópicas apresentando então menor tempo de internação e recuperação (ANDRADE; MAGNAGNO; PIATI, 2015).

Por se tratar de uma técnica que requer habilidades detalhadas, lesões do trocarte e insuflação podem resultar em perfuração de órgãos intra-abdominais. Ao mesmo tempo, há uma grande chance de danos ao ducto biliar e vazamento de bile, e uma laparotomia é fortemente recomendada em alguns casos (TRANCOSO, *et al.* 2021; INOUE, 2017).

Pacientes que apresentam alguma comorbidade, tal qual obesidade, patologias oncológicas, doenças pulmonares ou cardíacas são comumente direcionados a cirurgia de técnica convencional, pois o risco de lesões peritoniais pulmonares (que reduz a função respiratória e cardíaca) está aumentado em hernioplastias de técnica laparoscópica, devido a suas cânulas e materiais necessários para tal (FALCÃO *et al.* 2018; BIONDO-SIMÕES 2014).

Mesmo que a laparoscopia venha substituindo a laparotomia com o passar das décadas e avanços tecnológicos, cada médico deve indicá-la de acordo com as necessidades de cada paciente. Há uma preferência à laparoscopia, por ser menos invasiva, então diminui a chance de infecção secundária, também causa menos trauma e sangramento durante a cirurgia, juntamente com cicatrizes quase imperceptíveis em alguns casos. O tempo de internação pós-cirúrgica normalmente é maior em procedimentos de hernioplastias convencionais se comparados a hernioplastias laparoscópicas (ABCMED, 2014)

De acordo com Luz (2020), o tratamento cirúrgico de hérnias está longe de um consenso, por existirem diversas técnicas possíveis para tal, como a de Bassini, Shouldice, Mac Vay e Lichtenstein. Por conta disso, uma falta de avaliação rigorosa para determinar o melhor procedimento a ser feito aumenta substancialmente o número de recidivas.

No século XX, a técnica mais utilizada para o tratamento de hérnias foi a introduzida por Bassini, que consiste na correção da hérnia através da reaproximação e sutura de aponeuroses e músculos enfraquecidos da parede que circunda o órgão ou tecido protrusado, reconstituindo anatômica e funcionalmente a região (MITTELSTAEDT, 1999).

Com o avanço médico e de procedimentos cirúrgicos, em 1945 foi criada a técnica de Shouldice, que se dá pelo reforço da porção posterior da parede do canal inguinal, utilizando quatro camadas de sutura contínua, sendo feita após a dissecação do anel inguinal interno (VIANNA, 2004).

Conjuntamente no final do século XX, Lichtenstein conceituou uma nova técnica, utilizando uma “prótese em rede”, que tem como princípio teórico promover uma técnica sem a utilização de tensão, sendo realizada com a inserção de uma tela de polipropileno por sutura sobre a fáscia transversal, na qual é substituída por um reforço de tela (TEIXEIRA, 2017).

Tem-se também como técnica amplamente utilizada em procedimentos de hernioplastias a técnica de McVay, ou também comumente chamada de ligamento de Cooper, que consiste em aproximar a margem da aponeurose do transversos do abdome e o ligamento de Cooper juntamente com o trato ilio-púbico (BRANDI; ARBUES, 2022).

De acordo com Claus (2011) a fixação da prótese de correção apresentada na laparoscopia, mesmo que ainda haja um número significativo de pacientes que apresentaram recidivas, diminuiu para 2% em alguns estudos as hérnias que reapareceram após cirurgias laparoscópicas.

Com base em estudos de campo, ainda não é possível determinar a melhor técnica que deve ser utilizada no reparo de hérnias, pois ambas as técnicas são úteis usadas corretamente. A dor pós-operatória e o tempo cirúrgico também não foram significativamente diferentes, sugerindo um menor tempo médio para laparoscopia, porém também dependia do local e de cada cirurgião com suas habilidades individuais (CUNHA-E-SILVA, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em pesquisas na literatura, não foi achada uma resposta direta e conclusiva sobre a melhor escolha entre hernioplastias convencionais ou hernioplastias laparoscópicas. Então, de acordo com a experiência de cada profissional deve-se chegar a uma conclusão própria em qual técnica utilizar em determinada situação, sempre levando em consideração seus riscos e benefícios e a necessidade individual de cada paciente. Hernioplastias convencionais acompanham o risco de hérnia recidivante, contudo, hernioplastias

laparoscópicas advém com o risco de lesões vasculares. A habilidade das técnicas médicas influenciam no processo de decisão de qual procedimento será utilizado, tendo ambos os seus pontos positivos e negativos.

## REFERÊNCIAS

ABCMED, 2014. Laparotomia: o que é? Como é feita? Quais são as indicações? E as complicações possíveis?. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/553457/laparotomia-o-que-e-como-e-feita-quais-sao-as-indicacoes-e-as-complicacoes-possiveis.htm>>. Acesso em: 31 mai. 2022.

ABCMED, 2014. Laparotomia versus laparoscopia: o que são? Como são feitas? Quais as vantagens e desvantagens? . Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/563097/laparotomia-versus-laparoscopia-o-que-sao-como-sao-feitas-quais-as-vantagens-e-desvantagens.htm>>. Acesso em: 31 mai. 2022.

ANTHONY, Thomas *et al.* Factors affecting recurrence following incisional herniorrhaphy. **World journal of surgery**, v. 24, n. 1, p. 95-101, 2000.

BRANDI, Claudio; ARBUES, Guillermo & IM, VICTOR. (2022). HERNIASINGUINOCRURALES.

BERNARDES, M. M; MAIA, L. M. O. Laparotomia Vs Laparoscopia Na Colectomia: Uma Análise Epidemiológica Do Tempo Médio De Internação Do Ano 2008 Ao Ano De 2019 No Estado De Rio De Janeiro. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 1161-1168, 2022.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; MOURA, P. A. P.; COLLA, K.; TOCCHIO, A. F. Z.; MORAIS, C. G.; MIRANDA, R. A.; ROBES, R. R.; IOSHII, O. Inflammatory reaction and tensile strength of the abdominal wall after an implant of polypropylene/poliglicaprone mesh for abdominal wall defect treatment in rats. *Acta Cirúrgica Brasileira*. v. 29, supl. 1, p. 46, 2014.

CLAUS, Christiano Marlo Paggi *et al.* Hernioplastia incisional laparoscópica: experiência de 45 casos. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 24, p. 121-125, 2011.

CUNHA-E-SILVA, José Antonio *et al.* Herniorrafia inguinal convencional com tela autofixante versus videolaparoscópica totalmente extraperitoneal com tela de polipropileno: resultados no pós-operatório precoce. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, p. 238-244, 2017.

FALCÃO, L. F. R. (2018). Alteração da função pulmonar em cirurgia laparoscópica compneumoperitônio e elevação da parte abdominal. *Rev Bras Anestesiol.*, 68 (2), 1-5.

FERNANDES, Sarah Rabelo *et al.* Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e157101220356-e157101220356, 2021

FRAGA, G. P., Mantovani, M. & Magna, L. A. (2004). Índices de trauma em pacientes submetidos à laparotomia. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 31 (5), 299-306.

FURTADO, Marcelo *et al.* Sistematização do reparo da hérnia inguinal laparoscópica (TAPP) baseada em um novo conceito anatômico: y invertido e cinco triângulos. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 32, 2019.

HOSPITAL ANCHIETA. Como é Cirurgia para a Correção da Hérnia da Parede Abdominal?. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.hospitalanchieta.com.br/como-e-cirurgia-de-hernia-abdominal/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

INOUE, K., *et al.* (2017). Fatores de risco para dificuldade de colecistectomia laparoscópica em colecistite aguda grau III de acordo com as diretrizes de Tóquio. *Cirurgia BMC*, 17 (114), 1-8.

LEX, Ary. Hérnias em geral: revisão didática. *Revista de Medicina*, v. 47, n. 1, p. 13-38, 1963.

Sabiston Tratado De Cirurgia - 20ª Ed. 2019. Autor: Townsend, Courtney M., Mattox, Kenneth

LUZ, M.S. *et al.* Revista Educação em Saúde: Prevalência de recidiva após a correção de hérnia - v.7 - Suplemento 3, ANAIS I CAMEG, p. 129, 2020.

MARIA DE FÁTIMA, G. S. *et al.* Laparotomia. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 1, p. 33-38, 2011.

MITTELSTAEDT, W. E. M. *et al.* Tratamento das hérnias inguiniais: Bassani ainda atual? Estudo randomizado, prospectivo e comparativo entre três técnicas operatórias: Bassini, Shouldice, McVay. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 2, p. 105-114, 1999.

MURPHY KP, O'CONNOR OJ, MAHER MM. Adult abdominal hernias. *AJR Am J Roentgenol.* 2014 Jun;202(6):W506-11. doi: 10.2214/AJR.13.12071. PMID: 24848843. PAAJANEN, Hannu; VARJO, Riitta. Ten-year audit of Lichtenstein hernioplasty under local anaesthesia performed by surgical residents. **BMC surgery**, v. 10, n. 1, p. 1-5, 2010.

PAAJANEN, Hannu; VARJO, Riitta. Ten-year audit of Lichtenstein hernioplasty under local anaesthesia performed by surgical residents. **BMC surgery**, v. 10, n. 1, p. 1-5, 2010.

PEREIRA, José Carlos de Rezende *et al.* Avaliação do tratamento da hérnia inguinal sob anestesia local e sedação em 1560 pacientes. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 33, p. 375-379, 2006.

PIATI, Polyana Klomfass; ANDRADE, Danielle Oliveira; MAGNAGNO, Odirlei Antônio. Laparoscopia, um comparativo à laparotomia. **Anais do 13º Encontro Científico Cultural Interinstitucional**, 2015.

SALVAGGIO, P. R. O. CIRURGIA de hérnia umbilical: entenda o procedimento. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://hepatogastro.com.br/cirurgia-de-hernia-umbilical-entenda-o-procedimento/>. Acesso em: 31 maio 2022.

TEIXEIRA, Filipe Mateus Costa *et al.* Estudo de revisão da cirurgia de hernioplastia inguinal: técnica de Lichtenstein versus laparoscópica. **Rev Méd Minas Gerais**, v. 27, n. 1-8, p. 44-51, 2017.

TRANCOSO, N. T. & Nunes, C. P. (2019). Complicações e fatores de risco da colecistectomia videolaparoscópica. *Revista de Medicina de Família e Saúde Mental*, 1 (2), 105-115

VIANNA, José Luiz Campello de Mello *et al.* Comparação entre as técnicas de shouldice e falci-lichtenstein, no tratamento das hérnias inguinais em homens. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 31, p. 117-123, 2004.

## **SOBRE OS AUTORES**

**AUTOR 1:** Graduanda em Medicina no 7º semestre pela Faculdade Metropolitana São Carlos - BJI. Atuou como monitora nas disciplinas: Neuroanatomia (2021), Semiologia Médica I (2021), Parasitologia (2021) e Microbiologia (2021). Possui graduação em Medicina Veterinária pela Universidade Iguazu Campus V (2014). Capacitação em Tecnologia, Higiene e Inspeção de Produtos de Origem Animal pelo Instituto Didatus (2018). Atuou como Médica Veterinária responsável em frigorífico SIE em Guaçuí/ES (2018). Atuou como Médica Veterinária responsável por atendimentos clínicos e cirúrgicos em pequenos animais (2015 a 2021). Atuação em clínica e reprodução de pequenos ruminantes. Ensino médio completo pelo Colégio Único (Itaperuna/RJ).  
alessandra.moulin@hotmail.com

**AUTOR 2:** Enfermeira, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro, FAMESC, kissila.ipe@gmail.com

**AUTOR 3:** Enfermeiro. Acadêmico de Medicina da FAMESC, Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro, FAMESC, lazaroslima@icloud.com

**AUTOR 4:** Psicóloga, Acadêmica de Medicina da FAMESC, Bom Jesus - Rio de Janeiro, liviazevedomello@gmail.com

**AUTOR 5:** Possui graduação em Medicina Veterinária pela Universidade do Grande Rio e Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização em Clínica Médica de Pequenos Animais.  
mairporto@gmail.com

**AUTOR 6:** Acadêmico de Medicina da FAMESC, thiaguinho\_\_neves@hotmail.com

**AUTOR 7:** Possui graduação em Medicina pela Universidade Iguazu (2013). Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital São José do Avaí - Itaperuna/RJ (2014 - 2015). Título de Especialista em Cirurgia Geral pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Pós graduada em Docência do Ensino Superior pela UniRedentor. Atualmente trabalhando como cirurgiã geral, fazendo parte do corpo clínico do Hospital São Vicente de Paulo - Bom Jesus do Itabapoana/RJ desde 2016, e no Hospital Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes/RJ, desde 2021. Professora auxiliar no curso de Medicina da UniRedentor- Itaperuna/RJ, nas disciplinas de Técnica Cirúrgica, Clínica Cirúrgica I, Clínica Cirúrgica II e internato de Cirurgia Geral, desde 2018. Professora assistente no curso de Medicina da FAMESC - Bom Jesus do Itabapoana/RJ na disciplina de Clínica Cirúrgica I e professora titular das disciplinas de Semiologia Médica I e II do mesmo

curso, desde 2019. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal, do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva e da Associação Brasileira de Educação Médica. Mestranda em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional pela Universidade Cândido Mendes - Campos dos Goytacazes. [ivydecampos@gmail.com](mailto:ivydecampos@gmail.com)

**AUTOR 8:** Doutorando em Medicina em Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - MG na área de Coloproctologia (Câncer colorretal e fístulas anastomóticas). Mestrado em medicina em Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Câncer colorretal e colostomia). Residência em cirurgia geral (Hospital São José da avai Itaperuna RJ). Graduação em Medicina (Universidade Iguazu/Campus V- Itaperuna). Experiência Profissional em Terapia Intensiva, Hospital São José do Avai. Médico do trabalho em Secretaria de Saúde de Natividade - RJ. Professor do curso de medicina em Clínica Cirúrgica I, Fisiologia Médica e Professor responsável pelo laboratório de cirurgia da Faculdade Metropolitana São Carlos (Bom Jesus Do Itabapoana - RJ). Professor de semiologia médica e do internato em clínica cirúrgica do curso de Medicina na Universidade Iguazu, Campus V, (Itaperuna, RJ). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Bioética e Dignidade Humana ([dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/8553179940266036](http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/8553179940266036)). [viniciusdiasevangelista@gmail.com](mailto:viniciusdiasevangelista@gmail.com)