

**JUAN PABLO MARTINS CRISTALDO**

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HERNIOPLASTIA  
INGUINAL CONVENCIONAL *VERSUS* A LAPAROSCÓPICA**

**Dourados**

**2022**

JUAN PABLO MARTINS CRISTALDO

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HERNIOPLASTIA INGUINAL  
CONVENCIONAL *VERSUS* A LAPAROSCÓPICA

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado ao Programa de Pré-requisito na  
Área Cirúrgica Básica do Hospital Universitário  
da Grande Dourados filial Ebserh, como pré-  
requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Me. Paulo Alves Bezerra  
Morais

Dourados

2022

Trabalho de conclusão de residência defendido e aprovado em 25 de Outubro de 2022, pela banca examinadora:

---

Professor Me. Paulo Alves Bezerra Moraes

Orientador

---

Professor Esp. Fábio de Oliveira Riuto

---

Professor Esp. Flávio de Paula Moraes

Dedico este trabalho a minha esposa, que sempre esteve ao meu lado, incentivando-me a ir atrás do meu sonho e, que, apesar de todas as dificuldades, manteve-se como um alicerce em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por colocar tudo em seu devido lugar, mantendo-me forte em todas as situações e ser a base de todas as minhas conquistas.

Aos meus pais, por acreditarem nas minhas escolhas e me apoiarem.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Alves Bezerra de Moraes, pelo grande esforço em acrescentar na formação da residência médica e pela paciência nos ensinamentos que fizeram toda diferença em meu aprendizado.

À Universidade Federal da Grande Dourados e ao programa de residência médica por agregarem substancialmente a minha carreira.

Aos cirurgiões do Hospital da Vida, Hospital Universitário e Hospital Regional de Dourados, principalmente ao coordenador do curso Dr. Fábio Riuto, por agregarem, em minha vida acadêmica, ensinamentos teóricos e práticos, que foram de suma importância para minha formação.

Ao examinar a doença, ganhamos sabedoria sobre anatomia,  
fisiologia e biologia. Ao examinar a pessoa com doença,  
ganhamos sabedoria sobre a vida.

*Oliver Sacks*

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).**

C933e	<p>Cristaldo, Juan Pablo Martins.</p> <p>Estudo comparativo entre hernioplastia inguinal convencional <i>versus</i> a laparoscópica . / Juan Pablo Martins Cristaldo. – Dourados, MS : UFGD, 2022.</p> <p>Orientador: Prof. Paulo Alvez Bezerra Morais.</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Cirurgia básica) – Universidade Federal da Grande Dourados.</p> <p>1. Hernioplastia. 2. Técnica de Lichtenstein. 3. Laparoscopia. 4. Interpernas. I. Título.</p>
-------	---

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.**

**©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.**

**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO – RESIDÊNCIA MÉDICA EM PRÉ-REQUISITO EM ÁREA CIRÚRGICA BÁSICA NO HU-UFGD/EBSERH.**


As 17 horas do dia 25 do mês de outubro do ano de 2022, no HU/UFGD/EBSERH, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Pós-Graduação – Residência Médica em Pré-requisito em Área Cirúrgica Básica do residente **Juan Pablo Martins Cristaldo**: tendo como Título do Trabalho de Conclusão de Curso: “ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL VERSUS A LAPAROSCÓPICA”.


Constituíram a Banca Examinadora os professores: Prof. Msc. **Paulo Alves Bezerra Moraes** (orientador), Prof. **Fábio de Oliveira Riuto** (examinador), e Prof. **Flávio de Paula Moraes** (examinador). Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado com conceito 8,9 (0 a 10 pontos). Eu, **Paulo Alves Bezerra Moraes** (orientador), lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

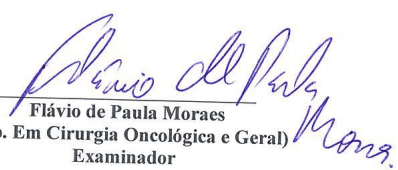
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinaturas:

Membros da Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
**Paulo Alves Bezerra Moraes**  
(Msc. Em Segurança Pública)  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
**Fábio de Oliveira Riuto**  
(Esp. Em Cirurgia Torácica e Geral)  
Examinador

  
\_\_\_\_\_  
**Flávio de Paula Moraes**  
(Esp. Em Cirurgia Oncológica e Geral)  
Examinador



CRISTALDO, Juan Pablo Martins. **Estudo comparativo entre hernioplastia inguinal convencional versus a laparoscópica.** 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Pré-requisito na Área Cirúrgica Básica) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022.

## RESUMO

A técnica de Lichtenstein é o padrão-ouro livre de tensão técnica para reparo de hérnia, mas regrediu de ser um favorito quando abordagens minimamente invasivas na cirurgia entrou na moda. Técnicas de hernioplastia laparoscópica, são aceitas por muitos cirurgiões e passaram a ser aplicado em muitos centros. Como resultado dos recentes desenvolvimentos na correção de hérnias, o grande debate atual sobre a hernioplastia inguinal é qual técnica possibilita mais benefícios ao paciente e um retorno mais rápido às suas atividades diárias, uma técnica convencional aberta sem tensão ou uma técnica laparoscópica, embora ambas sejam aceitos como métodos padrão de reparo de hérnia inguinal. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão sistemática entre a hernioplastia inguinal com técnica de Lichtenstein e a laparoscopia, analisando os benefícios e os inconvenientes de cada uma delas, para que se possa definir com maior precisão qual escolha cirúrgica promoverá uma melhor recuperação pós-operatória ao paciente. O levantamento dos artigos na literatura foi realizado por uma busca nas bases de dados Lilacs, Medline, PubMed e Scielo, publicados entre 2019 e 2022. Concluiu-se, então, que abordagem laparoscópica para hérnia inguinal é um procedimento viável e seguro, que tem como vantagens a redução da dor, recuperação mais rápida, retorno antecipado ao trabalho e à atividade normal.

**Palavras-chave:** Hernioplastia. Técnica de Lichtenstein. Laparoscopia.

CRISTALDO, Juan Pablo Martins. **Comparative study between conventional versus laparoscopic inguinal hernioplasty.** 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Pré-requisito na Área Cirúrgica Básica) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2022.

### ABSTRACT

The Lichtenstein technique is the gold standard tension-free technique for hernia repair, but it regressed from being a favorite when minimally invasive approaches in surgery came into vogue. Laparoscopic hernioplasty techniques are accepted by many surgeons and have come to be applied in many centers. As a result of recent developments in hernia repair, the great debate today about inguinal hernioplasty is which technique provides the most benefits to the patient. and a quicker return to your daily activities, a conventional open tension-free technique or a laparoscopic technique, although both are accepted as standard methods of inguinal hernia repair. The objective of the present study was to carry out a systematic review between inguinal hernioplasty with the Lichtenstein technique and laparoscopy, analyzing the benefits and drawbacks of each one of them, so that it can be defined with greater precision which surgical choice will promote a better post-operative recovery. surgery to the patient. The survey of articles in the literature was carried out by searching the Lilacs, Medline, PubMed and Scielo databases, published between 2019 and 2022. It was concluded, then, that the laparoscopic approach for inguinal hernia is a viable and safe procedure, which has the advantages of pain reduction, faster recovery, earlier return to work and normal activity.

**Key words:** Hernioplasty. Lichtenstein technique. Laparoscopy.

## Sumário

---

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal é uma das patologias mais frequentes e a sua correção uma das intervenções mais praticadas no mundo. “Entre 2016 e 2021 foram realizadas 687 mil cirurgias de hérnias inguinais no Brasil, via SUS, sendo que apenas 5.371 foram vídeolaparoscópicas – ou seja, 0,78%” (MEDICINA S/A, 2022).

Uma hérnia inguinal é uma abertura na planície miofascial dos músculos oblíquo e transversal, que pode permitir a herniação de órgãos intra-abdominais ou extraperitoneais. Dividem-se em indiretas, diretas e femorais com base na localização. A maioria dos pacientes apresenta uma protuberância ou dor na virilha (TSCHUOR et al., 2015).

Na hérnia inguinal direta (20%), o intestino entra no canal inguinal “diretamente” através de uma fraqueza na parede posterior do canal, denominada triângulo de Hesselbach. Ocorrem comumente em pacientes mais velhos, muitas vezes secundários à frouxidão da parede abdominal ou a um aumento significativo da pressão intra-abdominal (BERGER, 2016). Já na indireta (80%), o intestino entra no canal inguinal através do anel inguinal profundo. Surge do fechamento incompleto do processo, uma bolsa de peritônio que permite a descida testicular embrionária, portanto, geralmente são considerados de origem congênita (BERGER, 2016).

Podem ocorrer em um ou ambos os lados do corpo e são muito mais comuns em homens do que em mulheres podendo aparecer em qualquer idade. Cerca de cinco em cada 100 crianças nascem com a doença e em alguns casos, ela se manifesta após adultos. Uma hérnia inguinal também pode se desenvolver com o tempo, devido à pressão nas paredes dos músculos abdominais por meio de atividades como se esforçar para ir ao banheiro, tossir por um longo período, estar acima do peso ou levantar pesos (CLELLAND, VARSOU, 2019). Histórico familiar de hérnia inguinal, pode ser um preditivo ao seu desenvolvimento. Há evidências de que um defeito no metabolismo do colágeno está envolvido na patogênese da hérnia inguinal em adultos, levando a um enfraquecimento da fáscia transversal (TSCHUOR et al., 2015).

Sua incidência parece aumentar com a idade, especialmente em homens entre 50 e 70 anos. O excesso de peso corporal também é considerado fator de risco, pois acredita-se que, entre outros fatores, afeta a pressão intra-abdominal (SUN, SHEN, CHEN, 2020). A maioria destas hérnias são diagnosticadas com uma história e exame físico completos. Quando a história sugere fortemente uma hérnia, mas nenhuma pode ser eliciada em um exame ou em situações em que o hábito corporal torna o exame físico limitado, uma investigação radiológica pode ser justificada. As modalidades radiológicas incluem ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada (GOULARD, MARTINS, 2015).

O reparo cirúrgico é o tratamento definitivo para essa patologia. Como regra geral, todas as hérnias inguinais sintomáticas devem ser reparadas quando possível. Em algumas hérnias assintomáticas ou minimamente incômodas, a espera vigilante pode ser uma opção. Há uma infinidade de técnicas diferentes para correção de hérnias com diferentes perfis de complicações e recorrências (TEIXEIRA et al., 2017).

Dentre as várias técnicas de hernioplastia, a mais utilizada é a técnica de Lichtenstein. Consiste na inserção de uma tela de polipropileno suturada sobre a fáscia transversal, substituindo a estrutura original por um forte reforço de tela. O remendo de malha se estende por baixo do cordão até que o cordão espermático e as bordas da malha se encontrem lateralmente. Uma incisão é feita na tela e o cordão é inserido, criando assim um anel interno, mais apertado e mais medial. As bordas são suturadas em conjunto com um ponto não absorvível imediatamente proximal à fixação do cordão. A tela é então suturada de forma contínua ou interrompida ao tubérculo púbico inferiormente, ao tendão conjunto medialmente e ao ligamento inguinal lateralmente (GOULARD; MARTINS, 2015).

As técnicas laparoscópicas também têm resultados significativos no tratamento de hérnias inguinais. A cirurgia ocorre através de três cânulas finas, uma das quais, posicionada no umbigo, serve para a passagem de uma câmera conectada a uma fonte de luz: desta forma é possível ver o canal inguinal de dentro do abdômen e reconhecer o ponto de fraqueza através da qual a hérnia emerge. Com os instrumentos cirúrgicos inseridos através de outras duas cânulas laterais, a hérnia é retirada para o abdome e uma tela é aplicada para cobrir e reforçar a parede muscular. A rede pode ser fixada com alguns grampos de metal ou com uma cola biológica especial (FURTADO, 2015).

Os reparos laparoscópicos comparados aos reparos abertos têm taxas de recorrência equivalentes, porém a abordagem laparoscópica demonstrou melhorar a dor pós-operatória e os pacientes podem retomar as atividades normais mais cedo em comparação com o reparo aberto. No entanto, o reparo laparoscópico está associado a custos cirúrgicos mais altos e a proficiência técnica pode ser difícil de alcançar (EL-DHUWAIB et al., 2022).

A hérnia inguinal é um problema comum em todo o mundo. O risco ao longo da vida é de aproximadamente 3% nas mulheres e 27% nos homens. Este risco aumenta com a idade e foi relatado um pico de incidência em homens com 60 anos. 86% de todas as hérnias inguinais ocorrem no sexo masculino (TSCHUOR et al., 2015; BERGER, 2016). É provável que tanto a incidência quanto a prevalência de hérnia inguinal aumentem em todo o mundo como resultado

do envelhecimento da população, mas possivelmente, também, devido ao aumento da prevalência da obesidade. Portanto, a hérnia inguinal constitui um problema de saúde pública muito importante (CLELLAND, VARSOU, 2019).

O reparo cirúrgico é o tratamento definitivo. Como regra geral, todas as hérnias inguinais sintomáticas devem ser reparadas quando possível. Existem diferentes técnicas de reparo, cada uma caracterizada por vantagens, desvantagens e contraindicações específicas. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas para hernioplastia inguinal é a Lichtenstein e a laparoscopia (BERGER, 2016). Porém, a escolha da técnica a ser utilizada depende, essencialmente, da experiência do cirurgião e da sua condição clínica, com base em fatores como o tipo de hérnia, a complexidade da situação e o estado geral do paciente (SUN, SHEN, CHEN, 2020).

A hernioplastia aberta com tela livre de tensão de Lichtenstein é adequada para todos os pacientes adultos, independentemente da idade, peso, saúde geral e presença de problemas médicos concomitantes. Para pacientes com grandes hérnias inguinais escrotais (irredutíveis), aqueles que foram submetidos a grandes cirurgias abdominais inferiores e aqueles nos quais não é possível anestesia geral, o reparo de Lichtenstein é a técnica cirúrgica preferida (SUN, SHEN, CHEN, 2020).

Nesta técnica a hérnia direta é isolada das estruturas do cordão e então invaginada de volta para a cavidade abdominal. A tela é fixada ao ligamento inguinal e à aponeurose oblíqua interna por suturas contínuas e interrompidas. O uso de uma malha reforça a parede posterior e reduz a dor pós-operatória e a recorrência (PISANU et al., 2015). A técnica de Lichtenstein proporciona um retorno rápido do paciente às suas atividades habituais; também apresenta efetividade em relação à prevenção de recidivas e menor necessidade de analgesia no pós-operatório. Outro importante benefício é a abordagem bilateral no mesmo ato cirúrgico.

As indicações gerais para correção de hérnia inguinal laparoscópica em oposição à espera vigilante são as mesmas que para correção de hérnia inguinal aberta (ETTINGER, FAHEL, AMARAL, 2003). Alguns relatos listam indicações específicas para laparoscopia ao invés de reparo aberto, incluindo hérnias recorrentes, hérnias bilaterais e a necessidade de retorno precoce às atividades plenas. Vários estudos demonstraram resultados salutareos para o reparo laparoscópico de hérnias recorrentes. As taxas de recorrência podem diminuir para 5% ou menos com o reparo laparoscópico, em comparação com taxas tão altas quanto 20% para o reparo anterior (FROYLICH et al., 2017).

Segundo Perez et al. (2020), a redução da dor após o reparo laparoscópico de hérnia inguinal em comparação com o reparo convencional torna a laparoscopia a abordagem de escolha para hérnias bilaterais. Uma vantagem particular do reparo em um paciente com hérnias inguinais bilaterais é que ambos os lados podem ser reparados através dos mesmos locais de porta laparoscópica.

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão sistemática entre a hernioplastia inguinal com técnica de Lichtenstein e a laparoscopia, analisando os benefícios e os inconvenientes de cada uma delas, para que se possa definir com maior precisão qual escolha cirúrgica promoverá uma melhor recuperação pós-operatória ao paciente.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão sistemática, realizada através da questão norteadora: “Entre a hernioplastia inguinal com técnica de Lichtenstein e a laparoscopia qual escolha cirúrgica promoverá uma melhor recuperação pós-operatória ao paciente?”, por meio da análise de publicações sobre o tema, em que se traçará um quadro teórico e posteriormente a estruturação conceitual que dará sustentação ao objetivo da pesquisa.

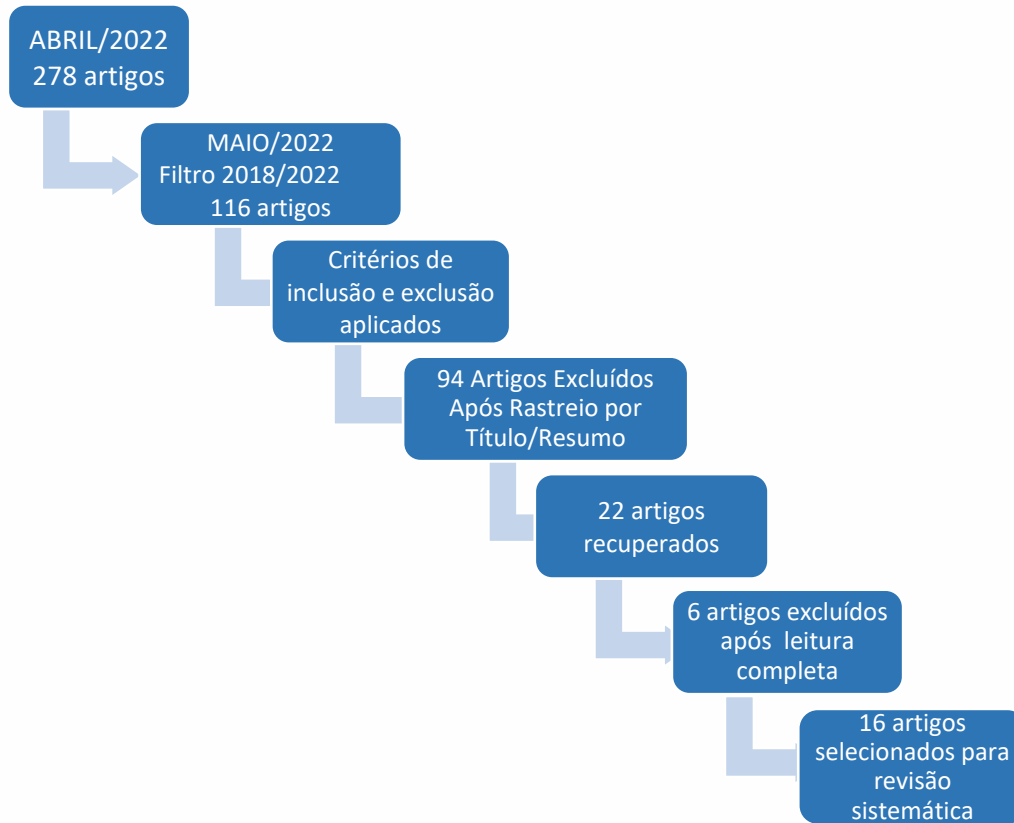
O levantamento dos artigos na literatura foi realizado por uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline/PubMed)* e *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*. Utilizou-se, para busca dos artigos, os seguintes descritores com base no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde): “hernioplastia”; “técnica de Lichtenstein”; “laparoscopia”, publicados entre os anos de 2017 a 2022.

Os critérios de inclusão foram definidos pela seleção de artigos que envolvam a temática sobre o uso em hernioplastias da técnica de Lichtenstein e a laparoscopia, suas vantagens e desvantagens, que tenham sido publicados nos últimos 4 anos (2019-2022), sem restrição de idioma. Foram excluídos artigos que estivessem fora do período indicado e não conectados aos termos de busca.

Para atender os preceitos éticos, o presente trabalho foi submetido à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE).

Em abril de 2022 procedeu-se a busca, que totalizou 278 textos. Em nova busca no mês de maio, chegou-se a 116 artigos que, após analisados novamente os títulos e data de publicação restaram 94. Com a leitura dos títulos e resumos, obteve-se 22 artigos que após leitura completa foram excluídos 6. Dessa forma acabaram selecionados 16 artigos que caracterizam o que há de mais recente na literatura. O fluxograma da estratégia de busca bem como suas respectivas bases de dados e síntese dos resultados se encontra sistematizada na Figura 1.





**Figura 1** - Diagrama de fluxo ilustrando as diferentes fases da revisão sistemática  
Fonte: Cristaldo (2022)

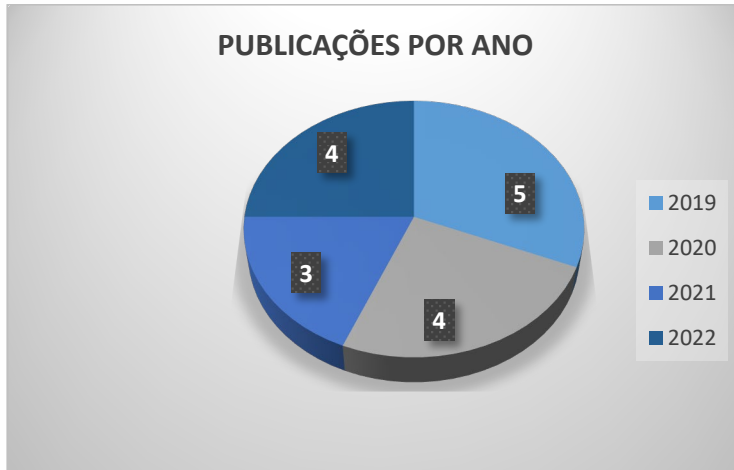
A relevância de um estudo comparativo entre a hernioplastia inguinal com técnica de Lichtenstein e a laparoscopia, justifica-se pelo fato de que analisar os benefícios e os inconvenientes de cada uma delas, possibilitará ampliar e aprimorar os conhecimentos relacionados a essas técnicas, e se possa definir com maior precisão qual escolha cirúrgica promoverá uma melhor recuperação pós-operatória ao paciente.

Os 16 artigos selecionados foram lidos na íntegra e organizados através dos seguintes elementos analíticos: ordem, datação, área científica, autoria, título, destinação/público-alvo, objetivo do estudo, metodologia, população do estudo e principais observações do pesquisador quanto aos resultados e discussões.

Duas categorias de análises foram utilizadas para a organização dos textos. A primeira categoria ocupa-se dos atributos/propriedades gerais dos textos selecionados, no que se refere a ano de publicação, local de origem das produções (considerando o país onde foram realizadas as pesquisas) e métodos de estudos. A segunda categoria apresenta os principais temas identificados no conjunto das produções selecionadas e as intervenções por eles abordadas.

### 3 RESULTADOS

Em relação ao ano de publicação, 2019 concentrou o maior número de publicações (5); após foram os anos de 2020 e 2022 com 4 publicações respectivamente; e o ano de 2021 teve 3 publicações (Gráfico 1).



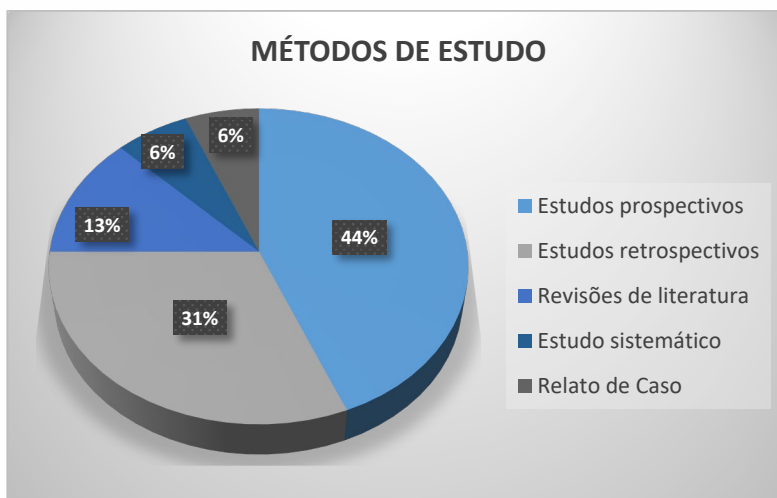
**Gráfico 1-** Publicações por ano  
Fonte: Cristaldo (2020)

Quanto ao país de origem (Gráfico 2), tem-se os EUA com 3 publicações, seguido por Bangladesh, Turquia e Índia com 2 cada; e com 1 publicação tem-se Suíça, Brasil, Espanha, Grécia, Japão China e Egito respectivamente



**Gráfico 2-** Publicações por países  
Fonte: Cristaldo (2022)

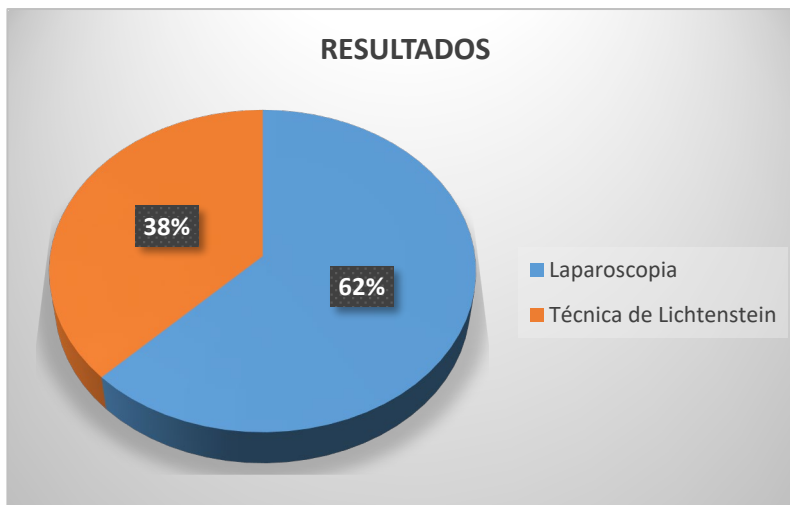
Sobre os métodos de estudo (Gráfico 3), 7 são estudos prospectivos, 5 estudos retrospectivos, 2 revisões de literatura, 1 revisão sistemática e 1 relato de caso. Em estudos de coorte prospectivos, os investigadores concebem e projetam o estudo, recrutam sujeitos e coletam dados de exposição de base em todos os sujeitos, antes que qualquer um dos sujeitos tenha desenvolvido qualquer um dos resultados de interesse. Os assuntos são então seguidos no futuro para registrar o desenvolvimento de qualquer um dos resultados de interesse. As análises prospectivas dos artigos selecionados basearam-se em estudos que juntos totalizaram 2.753 pacientes.



**Gráfico 3-** Métodos de Estudo

Fonte: Cristaldo (2022)

No que tange aos resultados (Gráfico 4) tem-se:



**Gráfico 4 –** Resultados

Fonte: Cristaldo (2022)

Dentre os 16 estudos selecionados, 13 deles concluíram que o reparo laparoscópico para hérnias inguinais demonstra benefícios potenciais em termos de dor pós-operatória, permanência hospitalar e complicações pós-operatórias; nenhum artigo sugeriu ou demonstrou que a hernioplastia convencional traz mais benefícios ao paciente se comparada à laparoscópica, no entanto 3 estudos concluíram que não há diferença marcante entre elas e, que se pesado as vantagens e desvantagens de cada uma, o resultado final será o mesmo para o paciente.

#### 4 DISCUSSÃO

O campo da cirurgia de hérnia inguinal (HI) passou por mudanças notáveis nas últimas décadas. Evoluiu de técnicas que apresentavam uma alta taxa de recorrência, para o reparo sem tensão com tela, como descrito por Lichtenstein, para abordagens laparoscópicas como o reparo laparoscópico transabdominal pré-peritoneal e reparo extraperitoneal (SUN, SHEN, CHEN, 2020).

Graças ao uso de tela, foram alcançadas reduções significativas nas taxas de recorrência (CLELLAND, VARSOU, 2019), levando a uma nova revolução na comunidade cirúrgica (EKER et al., 2012). A técnica de Lichtenstein é um dos procedimentos abertos mais preferidos na cirurgia de HI. Os métodos laparoscópicos, por serem menos dolorosos e levarem a uma recuperação mais rápida, retorno precoce às atividades diárias e melhores resultados estéticos, também consolidaram seu lugar na cirurgia de hérnia como modalidades populares (BERGER, 2016).

Hidalgo et al. (2022) em seu estudo prospectivo, associaram a abordagem laparoscópica a menos dor pós-operatória, menor necessidade de analgésicos e retorno mais precoce ao trabalho em comparação com os resultados correspondentes da técnica aberta. Observaram um escore (EVA) Escala Visual Analógica significativamente menor em 24h no grupo laparoscópico do que no grupo de abordagem aberta e, de igual forma, encontraram uma frequência menor no grupo laparoscópico ao avaliar a dor crônica na virilha. Como as técnicas de tela sem tensão diminuíram a taxa de recorrência, ultimamente, a atenção tem se concentrado na redução da dor crônica na virilha, que é um problema que afeta até 30% dos pacientes submetidos à correção aberta de hérnia inguinal.

A esse respeito, as evidências descrevem menos dor crônica após o reparo laparoscópico em comparação com o reparo de hérnia aberto (SCHEUERMANN et al., 2017). Os resultados de ensaios controlados randomizados de longo prazo comparando o reparo laparoscópico e aberto de hérnia inguinal unilateral mostram taxas de recorrência semelhantes (aberto; 3-5% vs. laparoscópico; 2-4%). No entanto, sua incidência em hérnias bilaterais não é bem compreendida, pois poucos estudos com populações heterogêneas foram publicados (HIDALGO et al., 2022).

Em estudo retrospectivo feito por Yıldız (2022) e realizado com 262 pacientes, concluiu-se que a hernioplastia laparoscópica é geralmente recomendada como um procedimento viável para hérnias primárias unilaterais, bilaterais, ocultas ou contralaterais; no

entanto, a incapacidade de controlar o conteúdo do saco em casos de hérnia crônica encarcerada é considerada uma desvantagem. Quando avaliaram a técnica de Lichtenstein e a laparoscopia em relação às complicações totais, as complicações intraoperatórias foram mais relatadas no procedimento laparoscópico em alguns estudos ( $p=0,0359$ ), enquanto as complicações pós-operatórias foram mais relatadas no procedimento de Lichtenstein ( $p=0,001$ ). No entanto, não encontraram diferença entre os grupos em relação às complicações totais, como se pode ver abaixo na Tabela 1.

**Tabela 1 – Resultados de estudo retrospectivo realizado com 262 pacientes**

Variáveis	Grupo LSt, n (%) (n=125)	Grupo TEPT, n (%) (n=137)	Valor P
Complicações totais	13 (10,4%)	12 (8,7%)	0,979
Complicações Intraoperatórias			
Lesão vascular	2 (1,6%)	4 (2,9%)	0,686
Lesão visceral	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1,000
Complicações pós-operatórias			
Hematoma	3 (2,4%)	3 (2,2%)	1,000
Seroma que requer aspiração	3 (2,4%)	2 (1,5%)	0,672
Seroma assintomático	12 (9,6%)	9 (6,6%)	0,367
Reoperação precoce	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0,373
Dor crônica persistente	4 (3,2%)	2 (1,5%)	0,429
Conversão	0 (0,0%)	4 (2,9%)	0,124
Edema do cordão	13 (10,4%)	9 (6,6%)	0,264
Recorrências (reoperado)	2 (1,6%)	2 (1,5%)	1,000
Mortalidade	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-

Fonte: Yıldız (2022)

Este estudo não revelou diferença significativa entre o reparo de Lichtenstein e a laparoscopia em termos de sangramento/hematoma, seroma sintomático, dor crônica e taxa de recorrência. Entretanto, ao invés de pressupor sobre a superioridade das duas técnicas, os autores acreditam ser mais adequado recomendar que a técnica cirúrgica seja escolhida com base na análise dos fatores de risco dependendo do paciente e do tipo de hérnia; sugerindo, também, que mais estudos randomizados controlados em larga escala, de alta qualidade e de longo prazo devem ser realizados para apoiar essa consideração (YILDIZ, 2022).

Para Momem et al. (2019), as conclusões significativas que podem ser tiradas da técnica laparoscópica são de que ela é um procedimento que atende a todos os requisitos atuais da

cirurgia minimamente invasiva, sendo um procedimento seguro e viável que reduz as complicações perioperatórias. Embora não exista uma técnica operatória ideal para a abordagem da hérnia inguinal, técnicas laparoscópicas têm benefícios significativos para o paciente.

Urkan e Peker (2019) apontam que a laparoscopia tem uma vantagem sobre a técnica de Lichtenstein porque interfere menos nas etiologias da dor crônica. Como a TEP (técnica laparoscópica totalmente extraperitoneal) é uma hernioplastia posterior, é improvável que o cirurgião disseque os nervos sensoriais regionais. Como nenhum reparo primário do defeito herniário é aplicado através de músculos e tendões, a incidência de dor somática também diminui. Todos esses fatores também diminuem a taxa de dor pós-operatória precoce. Como conclusão expõem não ter encontrado diferença estatisticamente significativa entre a dor crônica pós-operatória com hernioplastia inguinal aberta e laparoscópica.

O maior estudo selecionado para esse trabalho foi o de Tshijanu et al. (2019). Nele foram inscritos 2.321 pacientes com hérnia inguinal, sendo a maioria deles do sexo masculino. Foram 974 (42%) submetidos à correção de hérnia por laparoscopia e 1.350 (58%) por hernioplastia aberta. Em relação ao resultado pós-operatório, pacientes do grupo laparoscópico notaram diminuição da dor pós-operatória (0%, 15% vs. 4%, 21%), retenção urinária (0%, 07% vs. 2%), dor crônica na virilha foi notada de forma semelhante em ambos os grupos (0%, 07% vs. 0%, 10%), dormência crônica na virilha não foi notada em ambos os grupos, e não houve diferença significativa em relação à taxa de recorrência nos dois grupos de pacientes. Além disso o custo do procedimento laparoscópico aumentou em 10% e, em relação ao tempo, o procedimento foi realizado 12 min mais rápido do que o procedimento aberto.

Ugraiah, Shyam e Shivamalavaiah (2020) relatam que, em sua pesquisa, dos 70 pacientes, 35 foram submetidos à hernioplastia laparoscópica e 35 à hernioplastia aberta. O tempo operatório médio para hernioplastia laparoscópica (63,44 min unilateral, 123,80 min bilateral) foi maior do que hernioplastia aberta (47,35 min unilateral, 90,42 min bilateral). Complicações pós-operatórias, como infecção de sítio cirúrgico, formação de seroma e retenção urinária foram mais observadas no grupo de hernioplastia aberta. O escore médio de dor para correção de hérnia laparoscópica foi menor do que correção de hérnia aberta nos dias 3 e 7 pós-operatórios. A duração média de internação foi de 3,5 dias no grupo de laparoscopia e 6 dias no grupo aberto e o período médio para a retomada das atividades diárias foi de 4,8 dias após a hernioplastia laparoscópica e 8,1 dias após a hernioplastia aberta. Esse estudo

sinaliza que a hernioplastia laparoscópica é mais benéfica do que a correção de hérnia aberta de Lichtenstein por ser mais segura, com recuperação mais rápida, menos complicações pós-operatórias e morbidade reduzida.

No único relato de caso selecionado Yane et al. (2021), em paciente com cirrose hepática, consideraram que tanto o método aberto quanto o laparoscópico podem apresentar riscos significativos devido à varicose grave da veia epigástrica inferior, indicando que uma abordagem aberta anterior deve ser preferível. Os autores optaram, então, pela abordagem laparoscópica para observação da cavidade abdominal e o método aberto para a hernioplastia; ou seja, combinaram a laparoscopia de exame e a técnica de Lichtenstein.

Os resultados da meta-análise realizada por Lyu et al. (2020) mostraram que não houve diferenças significativas entre os dois procedimentos em termos de recorrência de hérnia, dor crônica, hematoma, seroma, hospitalização. Lichtenstein teve um tempo de operação mais curto do que laparoscopia, mas foi associado a mais infecções de sítio cirúrgico do que a laparoscopia. O estudo também sugere que a hernioplastia laparoscópica requer menos dias de retorno ao trabalho; completaram apresentando que não houve diferenças entre os procedimentos em termos de segurança ou eficácia no tratamento de hérnias inguinais.

Com relação às habilidades cirúrgicas Salama et al. (2019) aduzem que o cirurgião sabe bem que o reparo laparoscópico é mais difícil do que o reparo aberto, e há uma evidência de uma 'curva de aprendizado' íngreme em seu desempenho. Gomes et al. (2021) apontam que é possível atingir altos padrões, mesmo durante a fase de aprendizagem do cirurgião, se estritos à adesão de protocolos. Para os autores, o reparo de hérnia por via laparoscópica pode ser a primeira escolha na correção de hérnia primária em pacientes sem comorbidades, sem cirurgia pélvica prévia, bilateralidade, hérnia umbilical associada, obesidade e recorrência a um reparo anterior.

Para Salama et al. (2019), seu estudo demonstrou que os pacientes após reparo de hérnia inguinal laparoscópica retornaram às atividades diárias mais cedo do que pacientes submetidos à cirurgia aberta. A média do número de dias no grupo de cirurgia aberta foi de 21 (máx. 65 dias) e no grupo laparoscópico 13 (máx. 25 dias). Quanto às complicações pós-operatórias: 5 (10,8%) casos sofreram de retenção urinária em hernioplastia aberta em comparação com 2 (4,3%) em hernioplastia laparoscópica. A infecção de sítio operatório foi encontrada em 6 (13%) casos no grupo aberto em comparação com 1 (2,1%) em operados por laparoscopia. Casos de seroma foram 5 casos (10,8%) no grupo de hernioplastia aberta, enquanto nenhum



ocorreu no grupo de reparo laparoscópico. Assim, as complicações pós-operatórias gerais foram menores no grupo de correção de hérnia laparoscópica quando comparado ao grupo de correção de hérnia aberta.

Em estudo retrospectivo com 120 pacientes Sanjeev et al. (2020) verificaram que a necessidade de analgésicos no pós-operatório foi significativamente menor nos pacientes operados pela técnica laparoscópica em comparação com pacientes tratados pela técnica de Lichtenstein. No grupo de laparoscopia, dois pacientes desenvolvem neuralgia, um paciente desenvolveu febre e um paciente desenvolveu hematoma; já no grupo aberto houve três casos de neuralgia e três casos de febre. Os pesquisadores concluíram que a hernioplastia laparoscópica é uma técnica com sua parcela de vantagens e desvantagens, existindo benefícios potenciais do reparo laparoscópico para hérnias inguinais em termos de dor pós-operatória, permanência hospitalar e complicações pós-operatórias. Recomendam que o cirurgião deve usar a técnica laparoscópica para correção de hérnia depois de conhecer todos os prós e contras da técnica, sua expertise pela técnica e pela infraestrutura disponível.

Burton e Perez (2021), sinalizam que existem muitas intervenções possíveis no tratamento de hérnias inguinais e que cada cirurgião deve considerar os fatores do paciente juntamente com seu próprio conjunto de habilidades e nível de conforto ao decidir qual técnica usar. É benéfico que estejam bem familiarizados com procedimentos abertos e técnicas laparoscópicas para fornecer uma abordagem personalizada. O fato de existirem várias maneiras de realizar um procedimento é indicativo de que pode não haver uma maneira verdadeiramente melhor. Igualmente importante é que o cirurgião tenha facilidade com a técnica cirúrgica, conheça a anatomia e reconheça a situação clínica.

Na concepção de Doudakmanis et al. (2022), a literatura existente sugere que o reparo laparoscópico é superior em termos de resultados clínicos a curto prazo, mas, até agora, não forneceu evidências adequadas de superioridade nos anos após a cirurgia. A incidência de dor crônica na região inguinal é maior, mas a dor é mais leve em pacientes submetidos ao reparo laparoscópico em comparação ao reparo aberto. O indicador mais representativo do sucesso a longo prazo do procedimento são os anos de vida analisados pela qualidade, que se presume serem maiores no reparo laparoscópico, o que demonstra a superioridade do método. No entanto, a qualidade de vida geral, determinada por meio de questionários, foi semelhante nos grupos de reparo laparoscópico e aberto. Esse resultado também foi apoiado por dados derivados de estudos com foco na eficácia das técnicas. Os dados desses estudos sublinham a

qualidade de vida comparável dos pacientes de ambos os grupos de reparo, não havendo diferenças estatisticamente significativas.

Elmessiry e Gebalyeste (2020) em estudo prospectivo com 180 pacientes, constataram que, entre o reparo aberto e o laparoscópico, esse último teve tempo operatório significativamente maior e resultados pós-operatórios precoces superiores, incluindo dor pós-operatória significativamente menor, permanência hospitalar, tempo até o retorno à atividade normal e ao trabalho. A dor crônica na virilha e a sensação de tela foram menores no grupo com taxa de satisfação significativamente maior em comparação com o grupo aberto. Nenhuma diferença significativa entre os grupos de estudo na taxa de recorrência de 3 anos.

A abordagem laparoscópica para hérnia inguinal é um procedimento viável e seguro. Apesar de difícil curva de aprendizado do procedimento têm como vantagens evitar aderências intra-abdominais, lesões viscerais, hérnias, redução da dor, recuperação mais rápida, retorno antecipado ao trabalho e à atividade normal (VINEETH et al., 2022).

## CONCLUSÃO

A hérnia inguinal é um problema cirúrgico comum e seu reparo, geralmente, não é um procedimento complexo. Os procedimentos cirúrgicos, em sua maioria, se enquadram em duas categorias: reparo aberto com e reparo laparoscópico. Dentro de cada uma dessas categorias, vários procedimentos específicos são empregados.

Não se pode afirmar que exista uma técnica melhor aceita e mais adequada para todas as hérnias inguinais. Escolher a mais adequada depende de vários atributos, entre eles baixo risco de complicações (dor e recorrência), recuperação rápida, resultados reprodutíveis e custo-benefício. A decisão também depende de muitos fatores como as características da hérnia, tipo de anestesia, preferência do cirurgião, treinamento, capacidade e logística. Os desejos do paciente devem ser considerados.

Embora dados precisos e recentes não estejam disponíveis, na maioria dos países o reparo de Lichtenstein é provavelmente a primeira escolha na maioria dos casos. Então comparar os melhores resultados da Lichtenstein e da laparoscópica pode ser desafiador, pois muitas vezes as técnicas comparadas não são realizadas de forma padronizada por cirurgiões igualmente qualificados e experientes. Da mesma forma aplicar os resultados das pesquisas à abordagem de um paciente individual também é problemático.

Desde a introdução das técnicas de reparo laparoscópico, tem havido um debate sobre sua superioridade em relação à hernioplastia aberta. Na revisão sistemática aqui realizada a técnica laparoscópica apresentou vantagens em termos de dor pós-operatória precoce e tardia, de recorrência, dor crônica, hematoma, seroma, hospitalização e retorno mais rápido às atividades diárias.

Percebe-se, então, que o objetivo desta revisão foi atingido, pois os artigos, mesmo com as limitações acerca da quantidade de indivíduos estudados, apresentaram uma série de casos significativos. Porém, é imprescindível que o tratamento cirúrgico seja adaptado à experiência do cirurgião, às características relacionadas ao paciente e à hérnia e aos recursos disponíveis. Além disso, fatores relacionados à saúde do paciente, estilo de vida e sociais devem influenciar o processo de tomada de decisão compartilhada que leva ao manejo da hérnia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARTA, B.; DUMITRAS, M.; BUCUR, S.; GIUROIU, C. et al. Extraperitoneal Laparoscopic Approach in Inguinal Hernia—The Ideal Solution? **J. Clin. Med.**, v. 11, p. 1-11, 2022.
- BERGER, D. Evidence-based hernia treatment in adults. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 113, n. 12, p. 150-158, 2016.
- BURTON, V.; PEREZ, A. J. Comparison of open and laparoscopic inguinal hernia repair. **Mini-invasive Surg.**, v. 26, n. 5, p. 1-8, 2021.
- CLELLAND, A.D.; VARSOU, O. A qualitative review of the literature exploring the role of the inguinal ligament in the context of inguinal tear management. **Surg Radiol Anat.**, v. 41, n. 3, p. 265-274, 2019.
- DOUDAKMANIS, C.; KOLLA, C.; BOULIARIS, K.; EFTHIMIOU, M.; KOUKOULIS, G. D. Laparoscopic bilateral inguinal hernia repair: should it be the preferred technique? **World J Methodol.**, v. 12, n. 4, p. 193-199, 2022.
- EKER, H.H.; LANGEVELD, H.R.; KLITSIE, P.J. et al. Randomized clinical trial of total extraperitoneal inguinal hernioplasty vs Lichtenstein repair: a long-term follow-up study. **Arch Surg.**, v. 124, p. 256-260, 2012.
- EL-DHUWAIB, Y.; CORLESS, D.; EMMETT, C.; DEAKIN, M. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair: a longitudinal cohort study. **Surgical Endoscopy**, v. 27, n. 3, 2022.
- ELMESSIRY, M. M.; GEBALY, A. A. Laparoscopic versus open mesh repair of bilateral primary inguinal hernia: a three-arm randomized controlled trial. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 59, p. 145-150, 2020.
- ETTINGER, J.E.; FAHEL, E.; AMARAL, P.C. Estudo retrospectivo e comparativo entre as técnicas Videolaparoscópica (TAPP) e Lichtenstein para correção de hérnia inguinal. **Revista Científica do Hospital São Rafael**, n. 1, p. 17-21, 2003.
- FROYLICH, D.; HASKINS, I.N.; AMINIAN, A. et al. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in patients with obesity: analysis of clinical outcomes from the American College of Surgeons NSQIP. **Surg Endosc**, n. 31, p. 1305-1310, 2017.
- FURTADO, M.L. **Análise retrospectiva de casuística de hernioplastia inguinal videolaparoscópica TAPP**. Tese. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, 2019.
- GOMES, C. A.; GOMES, F. C.; PODDA, M.; BRAGA, A. P. F. et al. Liechtenstein versus correção de hérnia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (TAPP): um estudo comparativo prospectivo com foco nos resultados pós-operatórios em uma unidade de cirurgia geral. **Arq Bras Cir Dig**, v. 34 n. 2, p. 1-5, 2021.
- GOULARD, A.; MARTINS, S. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Rev Port Cir.**, v. 33, n. 2, p. 25-42, 2015.

HIDALGO, N. J.; BACHERO, I., HOYUELA, C. et al. The transition from open to laparoscopic surgery for bilateral inguinal hernia repair: how we did it. **Langenbecks Arch Surg.**, v. 3, p. 1-10, 2022.

LYU, Y.; YUNXIAO, C.; WANG, B.; WEIBING, D. Comparison of endoscopic surgery and Lichtenstein repair for treatment of inguinal hernias. **Medicine**, v. 99, n. 6, p. 1-11, 2020.

MEDICINA S/A. **Só 1% das cirurgias de hérnia inguinal no SUS são por videolaparoscopia.** 2022. Disponível em: <<https://medicinasa.com.br/cirurgias-de-hernia/#:~:text=Entre%202016%20e%202021%20foram,seja%2C%200%2C78%25>>. Acesso em 12 Ago. 2022.

MEROLA, G.; CAVALLARO, G.; IORIO, O. et al. Learning curve in open inguinal hernia repair: a multicenter quality improvement study on the Lichtenstein technique. **Hernia**, n. 24, p. 651-659, 2020.

MOMEN, A. K. S.; PAUL, D. P.; AKHTER, S.; HABIBULLAH, T. Comparison of Laparoscopic VS Open Inguinal Hernioplasty in a Tertiary Care Hospital. **Journal of Enam Medical College**, v. 10, n. 1, p. 17-22, 2020.

PEREZ, A.J.; STRASSLE, P.D.; SADAVA, E.E.; GABER, C.; SCHLOTTMANN, F. National analysis of laparoscopic versus open inguinal hernia repair. **J Laparoendosc Adv Surg Tech**, v. 30, n. 4, p. 292-298, 2020.

PISANU, A.; PODDA, M.; SABA, A.; PORCEDDU, G.; UCCHEDDU A. A Meta-analysis and review of prospective randomized trials comparing laparoscopic and Lichtenstein techniques in the repair of recurrent inguinal hernia. **Hernia**, v. 3, p. 355-366, 2015.

SALAMA, M. M. A Comparative Study between Laparoscopic Inguinal Hernia Repair and Open Lichtenstein Mesh Repair. **Med. J. Cairo Univ.**, v. 87, n. 7, p. 4441-4447, 2019.

SANJEEV, K.; VISHAL, S.; UMESH, S. S. P. C.; GAURAV, G. Open versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia. **Int. J. of Cont. Surgery**, v. 8, n. 1, p. 11-14, 2020.

SCHEUERMANN, U.; NIEBISCH, S.; LYROS, O. et al. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **BMC Surg**, v. 17, p. 48-55, 2017.

SIMONS, M.P.; AUFENACKER, T.; BAY-NIELSEN, M.; CAMPANELLI, G. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. **Hernia**, v. 13, n. 4, p. 343-403, 2009.

SUN, L.; SHEN, Y.M.; CHEN, J. Laparoscopic versus Lichtenstein hernioplasty for inguinal hernias: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Ther Allied Minim Invasive Technology**, v. 29, n. 1, p. 20-27, 2020.

TEIXEIRA, F.M.C.; PIRES, F.P.A.A.; LIMA, J.S.F.; PEREIRA, F.L.C. et al. Estudo de revisão da cirurgia de hernioplastia inguinal: técnica de Lichtenstein versus laparoscópica. **Rev Med Minas Gerais**, n. 27, p. 44-51, 2017.

TSCHUOR, C.; METZGER, J.; CLAVIEN, P.A.; VONLANTHEN, R.; LEHMANN, K. Inguinal hernia repair in Switzerland. **Hernia**, v. 19, p. 741-745, 2015.

TSHIJANU, F.; BINIARIS, G.; PARASKEVOPOULOU, E.; CHATZIGIANNI, E. et al. Inguinal Hernia Repair, Lichtenstein vs. Laparoscopic Approach: Prospective Study (2014-2018). **Journal of Gastroenterology**, v. 4, n. 4, p. 1-4, 2019.

UGRAIAH, A.B.; SHYAM, S.; SHIVAMALAVIAH, M. A comparative study of laparoscopic technique versus open repair for inguinal hernia. **Int Surg J.**, v. 7, n. 10, p. 3246-3250, 2020.

URKAN, M.; PEKER, Y. S. TEP versus Lichtenstein, which one to choose? A retrospective cohort study. **Rev Assoc Med Bras.**, p. 1201-1207, 2019.

VINEETH, S.; SUDARSHAN, P. B.; SELVAM, A.; GOWTHAM, D. et al. Laparoscopic Management of Inguinal Hernia by TEPTechnique - A Single Institution Experience. **Surgery Clinics Journal**, v. 3, p. 1-5, 2022.

YANE, Y.; KAWAMURA, J.; USHIJIMA, Y.; HIROAKI, Y. et al. Hybrid method by laparoscopy and Lichtenstein technique for incarcerated inguinal hernia in a patient with liver cirrhosis and severe varicose veins: case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 85, p. 1-4, 2021.

YILDIZ, A. Lichtenstein and total extraperitoneal techniques in inguinal hernia surgery: a comparison of intraoperative and early postoperative complications between the two approaches. **Cureus**, v. 14, n. 8, p. 1-8, 2022.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS  
Rua Ivo Alves da Rocha, nº 558 - Bairro Altos do Indaiá  
Dourados-MS, CEP 79823-501  
- <http://hugd.ebserh.gov.br>

Ofício - SEI nº 29/2022/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFGD-EBSERH

Dourados, 29 de setembro de 2022.

Assunto: **Aprovação do Projeto de Pesquisa.**

Referência: Processo nº 23529.009688/2022-53.

Prezados,

1. O projeto de pesquisa intitulado "Estudo Comparativo entre Hernioplastia Inguinal Convencional Versus a Laparoscópica" do pesquisador Juan Pablo Martins Cristaldo, foi aprovado pela Comissão de Avaliação em Pesquisa, no mês de setembro/22.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Rita de Cássia Dorácio Mendes, Chefe de Unidade**, em 29/09/2022, às 11:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **24599774** e o código CRC **AB95B0F8**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº  
23529.009688/2022-53

SEI nº  
24599774