



**Câmara Técnica de Medicina Baseada em  
Evidências**

**Avaliação de Tecnologias em Saúde**

**Sumário das Evidências e Recomendações sobre o  
uso de telas de baixo peso na cirurgia de hérnia  
inguinal**

**Canoas, maio de 2009**

## **Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências**

### **Revisão da Literatura e Proposição da Recomendação**

Dra. Michelle Lavinsky ([mlavinsky@terra.com.br](mailto:mlavinsky@terra.com.br))

Dra. Mariana Vargas Furtado,

Dr. Fernando H. Wolff, e Dr. Jonathas Stiff

### **Consultores Metodológicos**

Dr. Luis Eduardo Rohde

Dra. Carísi Anne Polanczyk

### **Médico Consultor – Cirurgião Geral**

Dr. Oly Corleta

### **Coordenador**

Dr. Alexandre Pagnoncelli ([pagnon@terra.com.br](mailto:pagnon@terra.com.br))

## **Cronograma de Elaboração da Avaliação**

### **Março-09**

Reunião do Colégio de Auditores: escolha do tópico para avaliação e perguntas a serem respondidas.

### **Abril-09**

Início dos trabalhos de busca e avaliação da literatura.

Análise dos trabalhos encontrados e elaboração do plano inicial de trabalho.

Reunião da Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências para análise da literatura e criação da versão inicial da avaliação.

Elaboração do protocolo inicial da Avaliação.

### **Maió-09**

Reunião da Câmara Técnica com Médico Especialista e Auditor para apresentação dos resultados e discussão.

### **Maió-09**

Revisão do formato final da avaliação: Câmara Técnica, Médico Especialista e Auditor.

Encaminhamento da versão inicial das Recomendações para os Médicos Auditores e Cooperados.

Apresentação do protocolo na reunião do Colégio de Auditores.

Encaminhamento e disponibilização da versão final para os Médicos Auditores e Médicos Cooperados.

## MÉTODO DE REVISÃO DA LITERATURA

### Estratégia de busca da literatura e resultados

1. Busca de avaliações e recomendações referentes ao emprego de telas de baixo peso na cirurgia de hérnia inguinal, elaboradas por entidades internacionais reconhecidas em avaliação de tecnologias em saúde:
  - National Institute for Clinical Excellence (NICE)
  - Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
  - National Guideline Clearinghouse (NGC)
2. Busca de revisões sistemáticas e metanálises (PUBMED, Cochrane e Sumsearch).
3. Busca de ensaios clínicos randomizados que não estejam contemplados nas avaliações ou metanálises identificadas anteriormente (PUBMED e Cochrane). Havendo metanálises e ensaios clínicos, apenas estes serão contemplados.
4. Na ausência de ensaios clínicos randomizados, busca e avaliação da melhor evidência disponível: estudos não-randomizados ou não-controlados (PUBMED).
5. Identificação e avaliação de protocolos já realizados por comissões nacionais e dentro das UNIMEDs de cada cidade ou região.

Foram considerados os estudos metodologicamente mais adequados a cada situação. Estudos pequenos já contemplados em revisões sistemáticas ou metanálises não foram posteriormente citados separadamente, a menos que justificado.

Descreve-se sumariamente a situação clínica e a questão a ser respondida, discutem-se os principais achados dos estudos mais relevantes e com base nestes achados seguem-se as recomendações específicas.

Para cada recomendação, será descrito o nível de evidência que suporta a recomendação.

#### **Níveis de Evidência:**

A Resultados derivados de múltiplos ensaios clínicos randomizados ou de metanálises ou revisões sistemáticas.

B Resultados derivados de um único ensaio clínico randomizado, pequenos ensaios clínicos de qualidade científica limitada, ou de estudos controlados não-randomizados.

C Recomendações baseadas em séries de casos ou diretrizes baseadas na opinião de especialistas.

## 1. CONDIÇÃO CLÍNICA: **Hérnia Inguinal**

Hérnias são áreas de fraqueza dos tecidos fibromusculares da parede do corpo através da quais passam estruturas intracavitárias. Aproximadamente 700.000 hérnias inguinais são realizadas nos Estados Unidos por ano, sendo a cirurgia mais comumente realizada entre cirurgias gerais. Hérnias inguinais são mais comuns entre homens, numa proporção de 9:1. O risco de desenvolver inguinal ao longo da vida é de 25% entre homens e menos de 5% entre as mulheres<sup>1</sup>.

As hérnias inguinais podem se apresentar clinicamente com um *continuum* de sintomas que varia desde quadros completamente assintomáticos até sinais de peritonismo, em casos de estrangulamento de alça intestinal. Os sintomas mais comuns são sensação de peso ou desconforto pior em situações de esforço e quando há aumento da pressão intra-abdominal. Essa dor pode ser causada pela pressão do conteúdo da hérnia sobre o estreito anel do saco herniário. Normalmente o desconforto é pior no final do dia ou após períodos prolongados em pé. O diagnóstico da hérnia pode ser feito clinicamente na maioria dos casos<sup>1</sup>.

O reparo das hérnias inguinais pode ser realizado através de cirurgia aberta ou laparoscópica, sendo a maior diferença entre as duas técnicas o fato de a cirurgia aberta ser realizada anterior ao defeito da parede, enquanto a laparoscópica é realizada posteriormente a esse defeito. Independente da técnica empregada o sucesso cirúrgico é mais frequentemente associado com reparo livre de tensão, diminuindo a taxa de recorrência. Os reparos livres de tensão também apresentam a vantagem de diminuir a dor e desconforto no pós-operatório precoce, possibilitando um retorno às atividades cotidianas mais rápido<sup>2</sup>.

As técnicas laparoscópicas tendem a ser associadas com menor dor e retorno mais rápido às atividades normais, incluindo o trabalho. Entretanto, costumam ser cirurgias mais longas podendo haver aumento do risco de complicações raras, porém graves.

Os reparos abertos envolvem comumente a técnica de Shouldice que permite que o defeito seja fechado em múltiplas camadas, obliterando o defeito no canal sem acrescentar tensão. O uso de tela de polipropileno também pode ser usado para cobrir o defeito. A técnica de Lichtenstein é uma das mais comuns no reparo aberto com tela das hérnias inguinais<sup>2</sup>. (Em nosso meio as mais populares são as técnicas de Lichtenstein e a PHS – prolene hernia system)

Os procedimentos laparoscópicos podem ser realizados através de três maneiras: O reparo com tela recoberta por peritônio é o procedimento laparoscópico mais comumente utilizado. A inserção da tela pode ser realizada por via pré-peritoneal ou intra-peritoneal. A tela é colocada no espaço pré-peritoneal, o que diminui o risco de formação de aderências intra-abdominais. A principal vantagem dessa técnica é o fato da tela não ficar em posição intraperitoneal. No reparo properitoneal, com tela *onlay*, a tela é posicionada e fixada sobre o defeito, em uma posição intra-peritoneal. Os riscos de complicações relacionados a formação de aderências é a principal consideração negativa a essa técnica que é raramente utilizada atualmente<sup>2</sup>. O uso de telas de dupla face, com uma das superfícies apropriadas para contato com peritônio, poderia ensejar o uso desta técnica. Porém, o elevado custos destas telas ainda é um obstáculo a esta opção.

### **DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA: Telas de Baixo Peso**

O uso de telas sintéticas na cirurgia de reparo da hérnia inguinal está associado à redução de taxas de recorrência e permitem o uso de técnicas sem tensão, que proporcionam menor dor pós-operatória e mais rápida recuperação. Entretanto, o uso desse material protético está associado a várias complicações. As telas podem causar rigidez, retração, dor crônica, formação de aderências assim como processos inflamatórios que podem envolver o epidídimo e deferente<sup>3</sup>.

O material comumente usado nas telas é o polipropileno. Acredita-se que ele esteja associado a uma forte reação de corpo estranho, podendo haver inflamação crônica e redução da complacência da parede abdominal<sup>4</sup>. Essas potenciais complicações têm levado ao desenvolvimento de diferentes telas caracterizadas por uma redução no volume de polímero, aumento do tamanho dos poros ou diferentes estruturas de rede. Além disso, as telas com componentes absorvíveis e não-absorvíveis têm sido produzidos (filamentos de polipropileno e poligalactina) para minimizar a quantidade de material estranho não-absorvível<sup>3</sup>.

### 3 RECOMENDAÇÃO SOBRE O USO DE TELAS DE BAIXO PESO NA CIRURGIA DE HÉRINA INGUINAL

#### 3.1 OBJETIVOS

Revisar as evidências científicas na literatura sobre o benefício associado ao uso de telas de baixo peso na cirurgia de hérnia inguinal.

#### 4.1 RESULTADOS

##### 4.1.1 Avaliações em tecnologias em saúde e recomendações nacionais e internacionais

- CADTH (Canadá – Governo Federal): não foram localizadas avaliações específicas;
- NICE (NHS - Inglaterra): não foram localizadas avaliações específicas;
- NGC (Estados Unidos): não foram localizadas avaliações específicas;
- Diretrizes nacionais e internacionais: não localizadas.

##### 4.2.2 Resultados da busca da literatura

- **Revisões Sistemáticas e Meta-análises:** não localizadas;

##### 4.2.3 Resultados da busca da literatura: Síntese dos Estudos

<i>Ensaio Clínico Randomizado (ECR) : Tela de baixo peso molecular versus outros tipos de tela</i>			
ESTUDO	MATERIAL E MÉTODOS	DESFECHOS	RESULTADOS
Koch A, 2008 <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ECR</li><li>• N=317</li><li>• População: homens submetidos à cirurgia de Lichtenstein primária eletiva sob anestesia geral, único cirurgião.</li><li>• Intervenção:<ul style="list-style-type: none"><li>- Tela revestida de titânio de baixo peso (TiMeshTC®; GFE Medizintechnik) versus Tela de polipropileno convencional (Prolene®, Ethicon)</li></ul></li><li>• Examinadores independentes e cegados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1<sup>ário</sup>: Dor</li><li>• 2<sup>ário</sup>: Recorrência, dor, desconforto e qualidade de vida</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dor pós-operatória: escore 0 (EAV 0-10) nos dois grupos após 4 semanas, sem diferença entre os grupos em qualquer ponto da avaliação.</li><li>• Retorno ao trabalho:<ul style="list-style-type: none"><li>- tela de baixo peso: 4 dias</li><li>- tela convencional: 6,5 dias (P=0,04)</li></ul></li><li>• Recorrência após 1 ano:<ul style="list-style-type: none"><li>- tela de baixo peso: 1,3% (2/156)</li><li>- tela convencional: 1,9% (3/161) P= 0,674</li></ul></li><li>• Dor após 1 ano: sem diferença entre os grupos<ul style="list-style-type: none"><li>- tela de baixo peso: 3,8% (6/156)</li><li>- tela convencional: 6,8% (11/161); P = 0,38</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cálculo tamanho de amostra: 150 em cada grupo</li> </ul>		
Smietanski M, 2008 <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ECR multicêntrico</li> <li>•15 centros</li> <li>• N=600</li> <li>•Exclusões por violação do protocolo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- N = 85 grupo baixo peso</li> <li>- N = 123 grupo alto peso</li> </ul> </li> <li>•População: pacientes 20-75 anos, hérnia inguinal primária.</li> <li>•Intervenção: cirurgia de Lichtenstein usando tela baixo peso (composto poliglicaprone-polipropileno Ultrapro®, Ethicon) ou tela de alto peso (polipropileno).</li> <li>•Co-intervenção: no grupo de baixo peso foi usada uma sutura modificada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações</li> <li>• Recorrência</li> <li>• Qualidade de vida (SF-36)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de complicações maiores</li> <li>• Complicações menores: sem diferença entre os grupos</li> <li>•Recorrência aos 12 meses: Baixo peso: 1,9% (4/215) Alto peso: 0,6% (1/177) P = 0,493</li> <li>• Questionário de qualidade de vida SF-36 com melhores escores nos dois grupos.</li> <li>• Sem diferença significativas entre os grupos na intensidade da dor em 7 dias, 3, 6 e 12 meses.</li> <li>•Presença de dor aos 7 dias: 36% (baixo peso) versus 55% (alto peso); P&lt;0,001.</li> <li>•Presença de dor aos 3 meses: 23% (baixo peso) versus 17% (alto peso); P=0,033.</li> <li>• Presença de dor aos 6 e 12 meses: sem diferença entre os grupos.</li> </ul>
Agarwal BB, 2009 <sup>6</sup> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• N=25</li> <li>• População: pacientes com hérnia inguinal bilateral não-complicada submetida a reparo extraperitoneal total entre 2005 e 2007.</li> <li>• Intervenção: tela de baixo peso (com redução de polipropileno e poros largos) em um lado e tela de polipropileno de alto peso contralateral.</li> <li>• Randomização do lado da tela de baixo peso com envelopes selados na sala cirúrgica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor pós-operatória</li> <li>• Desconforto durante atividade física</li> <li>• Recorrência</li> <li>• Dor ou desconforto afetando atividade sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Média de escala de dor no 3º dia: 5,0 alto peso x 3,8 baixo peso; P = 0,032</li> <li>• Média de escala de dor no 5º dia: 5,08 alto peso x 3,24 baixo peso; P=0,0005</li> <li>• Média de escala de dor na 3ª semana : 3,48 alto peso x 2,04 baixo peso; P=0,0003.</li> <li>• Média de escala de dor no 3ª mês : 1,44 alto peso x 0,52 baixo peso; P=0,0038</li> <li>• Média de escala de dor no 1ª ano : 0,16 alto peso x 0,04 baixo peso; P=0,3677.</li> <li>• Ausência de recorrência no seguimento de 16 meses.</li> <li>• Ausência de casos de infecção.</li> <li>• Relatos de desconforto na relação sexual em 7 pacientes nos dois lados. Sem desconforto aos 3 meses.</li> </ul>
Bringman S, 2006 <sup>7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• N= 600</li> <li>• 6 centros</li> <li>• População: homens &gt;25 anos com hérnia inguinal unilateral primária</li> <li>• Intervenção: Reparo de Lichtenstein usando tela de polipropileno tradicional ou tela de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor após 3 anos de seguimento.</li> <li>•Recorrência longo prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recorrência: 3,7% (9/243) tela tradicional versus 3,6% (9/251); P=0,93.</li> <li>• Sem diferença no questionário de avaliação de dor, exceto dor ao levantar da posição ortostática para sentada 7,6% versus 13,6% com tela tradicional; P=0,029).</li> <li>•Dor a palpação ao exame clínico: 0,8% (tela de baixo peso) versus 3,3%(tela</li> </ul>

	baixo peso (VYPRO II, Ethicon) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise por intenção de tratar.</li> <li>• Perdas de seguimento não descritas.</li> </ul>		tradicional); P=0,049.
Post S, 2004 <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• N = 122</li> <li>• População: pacientes agendados para reparo eletivo de hérnia inguinal uni ou bilateral, primária ou recorrente por técnica de Lichtenstein.</li> <li>• Intervenção: uso de tela de polipropileno tradicional ou tela de baixo peso de polipropileno não absorvível e poligactina absorvível (Vypro<sup>®</sup>, Ethicon).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensação de corpo estranho na região inguinal após 6 meses.</li> <li>• Dor: escala análogo visual 2 dias e 6 meses pós-operatório.</li> <li>• Complicações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relato de sensação de corpo estranho: 17,2% versus 43,8% com a tela tradicional; P = 0,003).</li> <li>• Escore de dor ao repouso 2 dias pós-operatório: 3,00 versus 3,76 com tela tradicional; P=0,05)</li> <li>• Escore de dor ao exercício 6 meses: 0,16 versus 0,79 com tela tradicional; P=0,042)</li> <li>• Complicações precoces e tardias: sem diferença.</li> <li>• Qualidade de vida: melhora nos dois grupos após cirurgia, sem diferença entre os grupos.</li> <li>• Recorrências: sem diferença (3,4% versus 4,2% com a tela tradicional; P=0,84).</li> </ul>
O'Dwyer, 2005 <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• N= 321</li> <li>• 5 centros</li> <li>• População: adultos com hérnia inguinal não-complicada, sem história de cirurgia prévia com uso de tela .</li> <li>• Intervenção: reparo de hérnia inguinal com técnica de Lichtenstein usando tela de baixo peso parcialmente absorvível (Vypro II, Ethicon; n= 162) ou tela não absorvível de alto peso (n=159).</li> <li>• Análise por intenção de tratar</li> <li>• Cálculo do tamanho de amostra.</li> <li>• Perda de seguimento aos 12 meses: 21% no grupo de tela alto peso e 18% no grupo de tela de baixo peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor aos 1, 3 e 12 meses (EAV*, questionário SF-36)</li> <li>• Recorrência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem diferença na escala de dor ao 1 e 3 meses no repouso e movimento.</li> <li>• Presença de dor aos 12 meses: 39,5% versus 51,6% no grupo da tela de alto peso (P=0,33).</li> <li>• Recorrência: maior no grupo da tela de alto peso (5,6% versus 0,4%; P=0,037).</li> <li>• Tempo para retorno as atividades normais: sem diferença entre os grupos.</li> </ul>
* EAV – Escala Análogo Visual			
Langenbach MR, 2006 <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• n = 90</li> <li>• População: homens com hérnia inguinal primária</li> <li>• Intervenção: reparo endoscópico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações</li> <li>• Dor até 12 semanas seguimento (n=60)</li> <li>• Inabilidade ao trabalho</li> <li>• Condições físicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração internação: sem diferença entre os grupos.</li> <li>• Inabilidade de retornar ao trabalho: maior no Grupo A (38 dias) do que nos grupo B (32,6 dias) e C (33,5 dias); P&lt;0,05.</li> </ul>



	<p>transabdominal pré-peritoneal com:</p> <p>Grupo A: tela de alto peso mono-filamentar rígida;</p> <p>Grupo B: tela de alto peso variante de polipropileno multi-filamentar;</p> <p>Grupo C: tela de baixo peso composta de poliglactina/polipropileno multi-filamentar.</p>	(questionário SF-36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações: semelhantes entre os grupos.</li> <li>• Escala de dor pós-operatória: maior no Grupo A em todos os pontos de seguimento (sem descrição da significância estatística)*.</li> <li>• Restrição a atividade sexual devido a dor: maior no Grupo A em todos os pontos de seguimento*.</li> <li>• Escores de atividade física: melhores nos grupos B e C (P&lt;0,05) em todos os pontos de seguimento.</li> <li>• Restrição as atividades cotidianas#: maior nos pacientes do grupo A*</li> </ul>
<p>*Sem descrição da significância estatística.</p> <p># Atividades cotidianas: tomar banho, sentar-se na cama, vestir-se, correr rápido, entre outras.</p>			
Langenbach, MR 2008 <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• n= 180</li> <li>• População: homens com hérnia inguinal primária</li> <li>• Intervenção: reparo endoscópico transabdominal pré-peritoneal com:</li> <li>Grupo A: tela de alto peso com duplo filamento de polipropileno;</li> <li>Grupo B: tela de alto peso variante de polipropileno multi-filamentar;</li> <li>Grupo C: tela de baixo peso composta de poliglactina/polipropileno multi-filamentar (VyproII).</li> <li>•Seguimento: 97,2% em 60 meses</li> <li>•Cálculo tamanho da amostra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Complicações.</li> <li>•Qualidade de vida (dor e capacidade física): questionários SF-36.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações: Sem diferença entre os grupos B e C.</li> <li>- Grupo A: maior dor testicular de contato, dor a ejaculação, desconforto para urinar comparado com outros grupos (P&lt;0,03) no 2º, 4º dias e 12ª semana pós-operatórias.</li> <li>- Aos 60 meses: sem diferença de complicações entre os grupos.</li> <li>• Capacidade física (SF-36): menor no grupo A até o 4º dia do que nos outros grupos (P&lt;0,05)</li> <li>•Recorrência: sem diferença entre os grupos (2 casos no Grupo A, 1 caso no Grupo B, 1 caso no Grupo C).</li> <li>• Dor (SF-36): até a 12ª semana mais dor no grupo A do que nos outros grupos.</li> <li>• Incapacidade para o trabalho: mais longa no Grupo A (39,1 dias) do que nos outros grupos (Grupo B=32,4 dias; Grupo C 33,3 dias).</li> <li>• Escala análogo-visual de dor: média maior no Grupo A até a 12ª semana (P&lt;0,05). Sem diferença entre os grupos B e C.</li> <li>•Prejuízo na vida sexual: maior no grupo A até a 12ª semana comparado ao grupo B e C (P&lt;0,05).</li> <li>• Consumo de analgésicos maior no grupo A do que nos grupo B e C, até o 4º dia pós-operatório (P&lt;0,05).</li> </ul>
Heikkinen T, 2006 <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECR</li> <li>• n = 140</li> <li>• 2 centros</li> <li>• População: homens com hérnias unilaterais recorrentes.</li> <li>• Intervenção: Reparo endoscópico totalmente extra-peritoneal com tela de Prolene ou Vypro II (50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retorno ao trabalho.</li> <li>• Retorno as atividades diárias.</li> <li>• Complicações.</li> <li>• Dor pós-operatória.</li> <li>• Qualidade de vida.</li> <li>• Condições de saúde geral (SF-36)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferição subjetiva da qualidade do manuseio das telas pelo cirurgião: sem diferença.</li> <li>•Média de tempo retorno ao trabalho: 13 dias no grupo Prolene e 12 dias no grupo VyproII (P=0,7).</li> <li>• Tempo retorno as atividades diárias normais: 13 dias no grupo Prolene e 15 dias no Vypro II (P=0,6).</li> <li>• Ausência de complicações maiores nos dois grupos.</li> </ul>

	poliglactina e 50% polipropileno). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimento: 8 semanas.</li> <li>• Perdas: 12%.</li> <li>• Cegamento unilateral (pacientes).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem diferença na escala de dor pós-operatória entre os grupos.</li> <li>• Escores de condições gerais de saúde e dor corporal tendendo a melhora no grupo VyproII (P=0,05)</li> </ul>
--	--	--	--

## 6. BENEFÍCIOS ESPERADOS

### ➤ **Dor no pós-operatório precoce**

Presença de resultados controversos quanto à dor no pós-operatório precoce:

- 6 ECR <sup>3,4,7,8,9,10</sup> relatam ausência de diferença entre o uso de tela de baixo peso e de alto peso.
- 2 ECR <sup>5, 6</sup> encontraram redução estatisticamente significativa da intensidade ou da presença de dor nos pacientes que receberam tela de baixo peso. Entretanto, essas diferenças foram clinicamente pouco relevantes.

### ➤ **Tempo de retorno ao trabalho**

- Um ECR<sup>4</sup> demonstrou redução média de 2,5 dias no tempo de retorno ao trabalho entre pacientes que receberam tela de baixo peso comparado com tela convencional.
- Outros ECR <sup>3, 9, 10,11</sup> não demonstraram diferença em termos de retorno ao trabalho associado o uso de tela de alto ou baixo peso.

### ➤ **Recorrência da hérnia inguinal**

- Todos, exceto um ECR<sup>9</sup>, demonstraram ausência de diferença na incidência de recorrência pós-operatória da hérnia inguinal entre os tipos de tela utilizada. Um ECR sugere maior recorrência, também apontada por série de casos.

### ➤ **Complicações**

- Não houve diferença em termos de complicações entre os diferentes tipos de telas.

### ➤ **Resultados em longo prazo**

- Os estudos com diferentes seguimentos não encontraram diferenças nos desfechos avaliados em longo prazo (a partir 6 meses até 5 anos de seguimento).

- ECR com 5 anos de seguimento<sup>3</sup> demonstrou ausência de diferença entre telas de alto e baixo peso em termos de dor, complicações, recorrência, qualidade de vida em longo prazo em todos os pontos de seguimento comparando tela de baixo e alto peso.

## 7. INTERPRETAÇÃO E RECOMENDAÇÃO

1. **As telas de baixo peso usadas no reparo de hérnia inguinal não estiveram associadas à redução de recorrência ou de complicações pós-operatórias.**

### **Recomendação de Grau A**

Essa recomendação está baseada no resultado de múltiplos ensaios clínicos.

2. **O uso de telas de baixo peso no reparo de hérnias inguinais não está associado à melhores resultados em longo prazo.**

### **Recomendação de Grau A**

Essa recomendação se baseia em múltiplos ensaios clínicos que demonstram ausência de benefício em termos de recorrência, dor e complicações em longo prazo (a partir de 6 meses até 5 anos de seguimento).

3. **As evidências demonstram não haver benefício clínico significativo em termos de dor pós-operatória precoce e retorno ao trabalho associado ao uso de telas de baixo peso no reparo de hérnia inguinal em relação ao uso de telas de alto peso. Embora alguns estudos tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, estas foram de pouca magnitude.**

**Esta Câmara Técnica propõe-se a revisar seu parecer assim que novos estudos estejam disponíveis.**

**OBS: Não foram localizados ensaios clínicos randomizados com uso de telas de baixo peso em outros tipos de hérnia de parede abdominal, não havendo portanto evidências para seu uso na prática clínica.**

## Referências

1. Brooks D. Treatment of groin hernias. [www.uptodateonline.com](http://www.uptodateonline.com)
2. Brooks D. Classification and diagnosis of groin hernias. [www.uptodateonline.com](http://www.uptodateonline.com)
3. Langenbach MR, Schmidt, Ubrig B et al. Sixty-month follow-up after endoscopic inguinal hernia repair with three types of mesh: a prospective randomized trial. *Surg Endosc* (2008) 22:1790–1797.
4. Koch A, Bringman Myrelid S et al. Randomized clinical trial of groin hernia repair with titanium-coated lightweight mesh compared with standard polypropylene mesh. *British Journal of Surgery* 2008; 95: 1226–1231.
5. Simietanski M, for the Polish Hernia Study Group. Randomized clinical trial comparing a polypropylene with a poliglecaprone and polypropylene composite mesh for inguinal hernioplasty. *British Journal of Surgery* 2008; 95: 1462–1468.
6. Agarwal BB, Argarwal KA, Mahajan. Prospective double-blind randomized controlled study comparing heavy- and lightweight polypropylene mesh in totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: early results. *Surg Endosc* (2009) 23:242–247.
7. Bringman S, Wollert S, Osterberg J et al. Three-year results of a randomized clinical trial of lightweight or standard polypropylene mesh in Lichtenstein repair of primary inguinal hernia. *British Journal of Surgery* 2006; 93: 1056–1059.
8. Post S, Weiss B, Willer M et al. Randomized clinical trial of lightweight composite mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery* 2004; 91: 44–48.
9. O'Dwyer PJ, Kingsnorth, Molloy RG et al. Randomized clinical trial assessing impact of a lightweight or heavyweight mesh on chronic pain after inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery* 2005; 92: 166–170.
10. Langenbach MR, Schmidt J, Zirngibl H. Comparison of biomaterials: three meshes and TAPP for inguinal hernia. *Surg Endosc* (2006) 20: 1511–1517.
11. Heikkinen T, Wollert S, Osterberg J, Smedberg S et al. Early results of a randomised trial comparing Prolene and VyproII-mesh in endoscopic extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) of recurrent unilateral hernias. *Hernia* (2006) 10: 34–40.