

GUIA COMPLETO

# Hérnias e Parede Abdominal

Sintomas, riscos, cirurgia com tela e recuperação —  
explicados com clareza para você decidir com segurança

---

**Dr. Ricardo da Silva Lourenço**

CRM-SP 109.362 · 25 anos de experiência

Hospital Israelita Albert Einstein · Hospital Sírio-Libanês · Hospital Alemão Oswaldo Cruz

"Em busca do melhor tratamento com a menor dor."

## SUMÁRIO

# Neste guia

---

|            |                                                     |    |
|------------|-----------------------------------------------------|----|
| Introdução | Hérnia não é "só um caroço"                         | 4  |
| 01         | O que é uma hérnia e por que ela aparece            | 5  |
| 02         | Hérnia inguinal: sintomas e riscos                  | 7  |
| 03         | Hérnia umbilical e epigástrica                      | 9  |
| 04         | Hérnia incisional: quando a cicatriz "abre" de novo | 11 |
| 05         | Cirurgia com tela: o padrão atual                   | 12 |
| 06         | Preparo cirúrgico: o que esperar                    | 14 |
| 07         | Recuperação: prazos reais por atividade             | 16 |
| —          | Mitos e verdades sobre cirurgia de hérnia           | 18 |
| —          | Quando procurar um cirurgião com urgência           | 19 |
| —          | Aviso médico e referências                          | 20 |
| —          | Fale com o Dr. Ricardo Lourenço                     | 22 |

## INTRODUÇÃO

# Hérnia não é “só um caroço”

Se você está lendo este guia, provavelmente notou um abaulamento na barriga, na virilha ou perto do umbigo — ou recebeu de um médico o diagnóstico de hérnia. É natural que a primeira reação seja de dúvida: será grave? Precisa operar? Dá para esperar? Este material foi criado justamente para responder essas perguntas com clareza, sem jargão desnecessário e com base em evidências atuais de cirurgia geral.

Muita gente convive por anos com uma hérnia pequena, tratando-a como um simples “caroço” incômodo, algo estético ou uma fraqueza sem importância. Essa percepção é um dos maiores riscos silenciosos da cirurgia geral. Uma hérnia é, na prática, uma falha estrutural na parede que segura os órgãos abdominais no lugar — e, como qualquer falha estrutural, ela não se resolve sozinha. Pelo contrário: tende a aumentar lentamente com o tempo, e o risco real não é o tamanho do abaulamento, mas a possibilidade de uma alça intestinal ficar presa (encarcerada) ou ter sua circulação de sangue interrompida (estrangulada) — uma emergência cirúrgica.

A boa notícia é que a cirurgia de hérnia está entre os procedimentos mais estudados e aperfeiçoados da cirurgia geral moderna. Com o uso de telas cirúrgicas e técnicas minimamente invasivas, os resultados de hoje envolvem menos dor, recuperação mais rápida e taxas de recidiva (a hérnia “voltar”) muito menores do que há duas décadas. O objetivo deste guia é justamente desmistificar o processo: entender por que a hérnia aparece, quais sinais pedem atenção imediata, como funciona a cirurgia com tela e o que esperar, de forma realista, na recuperação.

## Por que ler este guia até o fim

Você vai entender a diferença entre os principais tipos de hérnia e por que cada um exige uma avaliação específica.

Vai saber identificar sinais de alerta que exigem avaliação médica em caráter de urgência.

Vai compreender por que a cirurgia com tela é hoje o padrão de tratamento e como ela reduz a chance de recidiva.

Vai ter uma expectativa realista de prazos de recuperação, por tipo de atividade.

Este material tem caráter educativo. Ele não substitui uma consulta médica presencial: cada hérnia, cada paciente e cada plano cirúrgico são únicos, e a decisão sobre o melhor tratamento deve sempre ser individualizada com avaliação de um cirurgião.

# 01 O que é uma hérnia e por que ela aparece

---

A parede abdominal é formada por camadas de músculo, fáscia (um tecido conjuntivo resistente, parecido com uma malha) e pele, que juntas funcionam como uma espécie de “colete natural”, segurando os órgãos internos no lugar mesmo sob pressão — ao tossir, levantar peso, evacuar com esforço ou simplesmente ficar em pé. Uma hérnia surge quando essa parede desenvolve um ponto fraco ou uma abertura, permitindo que uma parte do conteúdo abdominal — geralmente gordura ou uma alça intestinal — empurre esse ponto para fora, formando o abaulamento característico que se vê ou sente sob a pele.

É importante entender que essa fraqueza pode ser congênita (o paciente já nasce com um ponto potencialmente mais frágil, como ocorre no canal inguinal ou no anel umbilical) ou adquirida ao longo da vida. Entre os fatores de risco mais associados ao aparecimento de hérnias estão o aumento crônico da pressão intra-abdominal, o enfraquecimento natural do colágeno com a idade e cirurgias abdominais prévias, que deixam uma cicatriz — um ponto estruturalmente mais vulnerável do que o tecido original.

## Principais fatores de risco

- Esforço físico repetitivo, como levantamento de peso sem técnica adequada;
- Tosse crônica, comum em fumantes ou portadores de doenças respiratórias;
- Obesidade e ganho de peso rápido, que aumentam a pressão sobre a parede abdominal;
- Constipação intestinal crônica, com esforço evacuatório repetido;
- Gravidez, pelo estiramento e enfraquecimento da musculatura abdominal;
- Histórico familiar de hérnias, sugerindo predisposição no tecido conjuntivo;
- Cirurgias abdominais anteriores, que fragilizam a região da cicatriz;
- Envelhecimento, associado à perda natural de elasticidade e força muscular.

Nenhum desses fatores, isoladamente, garante que uma pessoa desenvolverá hérnia — mas a combinação de vários deles aumenta consideravelmente o risco. É por isso que hérnias são extremamente comuns: estima-se que uma parcela significativa da população desenvolverá algum tipo de hérnia da parede abdominal ao longo da vida, sendo a inguinal a mais frequente, especialmente em homens.

## Por que a hérnia não desaparece sozinha

Diferente de uma contusão muscular ou de uma inflamação, a hérnia é um defeito mecânico e estrutural: um “buraco” ou ponto de menor resistência na parede. Não existe remédio, exercício ou cinta que “feche” esse defeito — apenas a correção cirúrgica reposiciona o conteúdo herniado e reforça definitivamente a parede enfraquecida. Cintas

e faixas abdominais podem, no máximo, oferecer conforto temporário e reduzir o abaulamento visualmente, mas não tratam a causa e não evitam a progressão. Por isso, a orientação médica atual é que toda hérnia sintomática — e mesmo algumas assintomáticas, dependendo do tipo e do risco individual — seja avaliada por um cirurgião para definir o momento ideal de operar, antes que uma complicação aguda torne a cirurgia mais arriscada.

## 02 Hérnia inguinal: sintomas e riscos

A hérnia inguinal é o tipo mais comum de hérnia da parede abdominal, respondendo pela maioria dos casos operados em adultos, principalmente homens. Ela ocorre na região da virilha, onde existe uma passagem natural — o canal inguinal — por onde, no homem, passam estruturas do cordão espermático. Essa é uma área naturalmente mais frágil da parede abdominal, o que explica por que a hérnia inguinal é tão frequente.

### Como reconhecer os sintomas

O sinal mais característico é um abaulamento na virilha, que pode se estender até a bolsa escrotal nos homens. Esse abaulamento costuma aumentar com esforço, tosse ou ao ficar em pé por longos períodos, e diminuir ou até desaparecer quando o paciente se deita e relaxa a musculatura. Outros sintomas comuns incluem sensação de peso ou queimação na região, desconforto que piora ao longo do dia e, em alguns casos, dor que se irradia para a coxa ou para o testículo. Vale destacar que uma parcela dos pacientes não sente dor significativa — apenas percebe o abaulamento —, o que não torna o quadro menos importante de ser avaliado.

### Encarceramento e estrangulamento: por que isso importa

O principal motivo pelo qual médicos recomendam tratar a hérnia inguinal cedo, em vez de “esperar para ver”, é o risco de complicações agudas. Quando o conteúdo herniado (geralmente uma alça intestinal ou gordura) fica preso na abertura e não consegue retornar à cavidade abdominal, chamamos isso de encarceramento. Se, além de preso, esse conteúdo tem sua circulação sanguínea comprometida, evolui para estrangulamento — uma emergência cirúrgica real, pois o tecido sem irrigação sanguínea pode sofrer necrose (morte celular) em poucas horas.

#### Sinal de alerta: hérnia que não volta ao normal

Se o abaulamento fica duro, dolorido, avermelhado e não retorna ao se deitar ou fazer leve pressão, associado a náusea, vômito ou parada da eliminação de gases e fezes, procure atendimento de urgência imediatamente. Esses sinais sugerem encarceramento ou estrangulamento e não devem esperar uma consulta de rotina.

### Hérnia inguinal em mulheres

Embora menos frequente do que em homens, a hérnia inguinal também ocorre em mulheres, muitas vezes com apresentação mais discreta — um pequeno abaulamento ou apenas dor localizada, sem o volume mais evidente visto nos homens. Isso pode atrasar o

diagnóstico. Por isso, dor persistente na virilha, mesmo sem abaulamento visível claro, merece avaliação com um cirurgião geral para investigar a possibilidade de hérnia.

O tratamento definitivo da hérnia inguinal em adultos é cirúrgico, com uso de tela conforme discutido no Capítulo 5. Diagnósticos feitos precocemente, antes de uma complicação aguda, permitem planejar a cirurgia com calma, normalmente em caráter eletivo (agendado), com técnica minimamente invasiva sempre que indicada.

## 03 Hérnia umbilical e epigástrica

Nem toda hérnia aparece na virilha. Duas outras localizações muito comuns na parede abdominal anterior são o umbigo (hérnia umbilical) e a linha média do abdome, entre o umbigo e o final do osso esterno (hérnia epigástrica). Ambas compartilham um mecanismo parecido: um ponto naturalmente mais frágil da linha alba — a faixa de tecido conjuntivo que une os músculos retos abdominais no centro da barriga.

### Hérnia umbilical

O anel umbilical é o local por onde passava o cordão umbilical durante a vida fetal. Em bebês, é comum esse anel não fechar completamente ao nascimento, originando uma hérnia umbilical congênita — que, na maioria dos casos, fecha espontaneamente até os 3-4 anos de idade sem necessidade de cirurgia. Já em adultos, a hérnia umbilical costuma ser adquirida, associada a obesidade, gravidez (especialmente gestações múltiplas ou gemelares), ascite (acúmulo de líquido no abdome) ou aumento crônico da pressão abdominal. Diferente da criança, a hérnia umbilical do adulto não se resolve sozinha e geralmente requer correção cirúrgica, sobretudo quando causa dor ou cresce progressivamente.

### Hérnia epigástrica

Localizada entre o umbigo e o apêndice xifoide (a ponta inferior do osso esterno), a hérnia epigástrica costuma ser menor do que a umbilical, mas nem por isso menos sintomática. Pequenos defeitos na linha alba permitem a saída de uma porção de gordura pré-peritoneal, gerando um nódulo firme e, muitas vezes, doloroso à palpação — sintoma que pode ser confundido com problemas digestivos, já que a dor se localiza na “boca do estômago”. Por isso, pacientes com dor epigástrica persistente devem ser examinados também quanto à presença de hérnia, e não apenas investigados por exames gástricos.

### Quando essas hérnias merecem atenção redobrada

Tanto a hérnia umbilical quanto a epigástrica, apesar de geralmente menores que a inguinal, também podem encarcerar ou estrangular — e, por terem um anel de abertura muitas vezes estreito, o risco de aprisionamento de gordura ou alça intestinal pode ser proporcionalmente até maior nesse orifício pequeno. Um abaulamento no umbigo ou na linha média que se torna subitamente duro, dolorido e não reduz com repouso é motivo para buscar avaliação de urgência, seguindo os mesmos princípios discutidos para a hérnia inguinal.

Em ambos os casos, a correção cirúrgica moderna também utiliza tela de reforço quando o defeito tem tamanho relevante, seguindo o mesmo racional de reduzir a chance de recidiva que veremos em detalhe no Capítulo 5.

## 04 **Hérnia incisional: quando a cicatriz “abre” de novo**

A hérnia incisional é aquela que se desenvolve exatamente sobre a cicatriz de uma cirurgia abdominal anterior — seja ela uma cesárea, uma retirada de vesícula, uma cirurgia intestinal ou qualquer outro procedimento que tenha exigido abertura da parede abdominal. É uma das complicações tardias mais frequentes da cirurgia abdominal em geral, podendo surgir meses ou até muitos anos após a operação original.

### **Por que a cicatriz cirúrgica é um ponto de risco**

Quando a parede abdominal é suturada após uma cirurgia, o tecido cicatricial que se forma nunca recupera 100% da resistência mecânica do tecido original saudável. Fatores que aumentam ainda mais esse risco incluem infecção da ferida operatória no pós-operatório, obesidade, diabetes não controlado, tabagismo, uso de corticoides, desnutrição, múltiplas cirurgias na mesma região e esforço físico excessivo muito precoce após a operação — antes que a cicatriz tenha ganhado resistência suficiente.

Clinicamente, o paciente percebe um abaulamento ao longo da linha da cicatriz antiga, que pode variar de pequeno e discreto a muito volumoso, ocupando boa parte da parede abdominal em casos mais avançados. Hérnias incisionais grandes tendem a crescer com o tempo e, quanto maior o defeito, mais complexa tecnicamente se torna a correção — reforçando a importância de buscar avaliação cirúrgica assim que o abaulamento é notado, e não esperar que aumente.

### **Particularidades da correção**

A cirurgia de hérnia incisional costuma ser tecnicamente mais desafiadora do que a de uma hérnia primária (inguinal, umbilical ou epigástrica não operada antes), pois envolve operar em uma área com aderências e tecido cicatricial da cirurgia anterior. O uso de tela é ainda mais determinante nesses casos: séries cirúrgicas mostram que reparos sem tela têm taxas de recidiva muito mais altas do que reparos reforçados com tela, motivo pelo qual a hernioplastia com tela é considerada o padrão atual para a esmagadora maioria das hérnias incisionais<sup>1</sup>. A escolha entre via aberta, laparoscópica ou robótica depende do tamanho do defeito, da localização, do número de cirurgias prévias e da presença de aderências — decisão que deve ser individualizada por um cirurgião experiente em parede abdominal.

### Dica prática

Se você já passou por uma cirurgia abdominal e nota qualquer abaulamento novo sobre a cicatriz — mesmo pequeno e indolor — vale a pena agendar uma avaliação. Identificar cedo uma hérnia incisional geralmente permite uma correção mais simples do que esperar o defeito crescer.

## 05 Cirurgia com tela: o padrão atual

Se há um avanço que transformou a cirurgia de hérnia nas últimas décadas, foi a adoção das telas cirúrgicas (mesh). A Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) recomenda o uso de tela nos reparos de hérnias inguinocrurais em adultos justamente porque isso reduz de forma significativa a taxa de recorrência da hérnia em comparação com técnicas antigas de sutura pura, que aproximavam apenas os próprios tecidos do paciente, já naturalmente enfraquecidos<sup>1</sup>.

### O que é a tela e como ela funciona

A tela funciona como um reforço permanente da parede abdominal: um material geralmente de polímero monofilamentar, poroso, que é posicionado sobre ou atrás do defeito herniário. Com o tempo, o próprio tecido do paciente cresce através dos poros da tela, incorporando-a e criando uma parede muito mais resistente do que a sutura isolada conseguiria produzir. As diretrizes técnicas recomendam telas planas de gramatura entre 30 e 140 g/m<sup>2</sup>, com poros maiores que 1 mm, parâmetros que equilibram resistência mecânica com boa integração ao tecido e conforto para o paciente<sup>1</sup>.

### Aberta, laparoscópica ou robótica: qual a diferença

A hernioplastia (correção de hérnia com tela) pode ser realizada por diferentes vias de acesso, e essa é hoje a técnica padrão para a maioria dos casos, incluindo hérnias incisionais<sup>2</sup>:

- Cirurgia aberta: incisão tradicional diretamente sobre a região da hérnia. Costuma ser reservada para hérnias muito grandes, complexas, ou quando há contraindicação à via minimamente invasiva.
- Cirurgia laparoscópica: realizada por pequenas incisões (geralmente entre 0,5 e 1 cm) por onde se introduzem uma câmera e instrumentos finos. Está associada, na maioria dos casos, a menos dor pós-operatória e recuperação mais rápida em comparação com a via aberta<sup>2</sup>.
- Cirurgia robótica: variação da laparoscopia em que o cirurgião opera por meio de um console com visão tridimensional ampliada e instrumentos articulados, permitindo maior precisão em reparos tecnicamente mais exigentes, como grandes hérnias incisionais.

Também existem protocolos minimamente invasivos específicos com anestesia local para hérnias inguinais selecionadas: mini-incisões de aproximadamente 4 cm, uso de tela tridimensional, sedação leve, tempo cirúrgico em torno de 40 minutos e permanência hospitalar de apenas cerca de 2 horas, permitindo que o paciente já caminhe no mesmo dia da cirurgia<sup>3</sup>. A escolha da técnica ideal — aberta, laparoscópica, robótica ou com anestesia local — depende do tipo de hérnia, tamanho do defeito, histórico cirúrgico e condições clínicas do paciente, e deve ser decidida em consulta individual.

**“A tela não é um corpo estranho hostil: é um andaime que sustenta a parede enquanto o próprio corpo do paciente reconstrói, ao longo dos meses, um tecido mais forte no lugar da fraqueza original.”**

## 06 Preparo cirúrgico: o que esperar

Uma cirurgia de hérnia bem-sucedida começa muito antes do dia do procedimento. O preparo cirúrgico adequado reduz riscos de complicações, melhora a cicatrização e contribui diretamente para uma recuperação mais tranquila. Veja o que normalmente compõe esse preparo.

### Avaliação pré-operatória

Antes da cirurgia, o cirurgião realiza uma avaliação clínica completa, que costuma incluir exame físico detalhado da região herniada, exames de sangue de rotina, avaliação cardiológica (especialmente em pacientes com fatores de risco ou idade mais avançada) e, em alguns casos, exames de imagem como ultrassonografia ou tomografia, principalmente quando há dúvida diagnóstica ou suspeita de hérnias mais complexas, como as incisionais de grande porte. Essa etapa também é o momento de revisar com transparência todos os medicamentos em uso, alergias e comorbidades como diabetes, hipertensão ou doenças respiratórias.

### Ajustes de hábitos antes da cirurgia

- Interromper o tabagismo, idealmente semanas antes da cirurgia — o fumo prejudica diretamente a cicatrização e aumenta o risco de complicações;
- Buscar controle rigoroso de glicemia em pacientes diabéticos;
- Ajustar ou suspender temporariamente medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes, sempre sob orientação médica, para reduzir risco de sangramento;
- Priorizar boa nutrição e, quando indicado, perda de peso planejada em casos de obesidade, o que reduz risco cirúrgico e de recidiva;
- Realizar jejum pré-operatório conforme orientação da equipe de anestesia.

### O dia da cirurgia

No dia do procedimento, o paciente geralmente chega ao hospital ou clínica com algumas horas de antecedência para preparo, verificação de sinais vitais e conversa final com a equipe de anestesia. A cirurgia de hérnia pode ser realizada sob anestesia local com sedação, raquianestesia (bloqueio da região inferior do corpo) ou anestesia geral, dependendo da técnica escolhida, do tamanho da hérnia e das condições clínicas do paciente. Em protocolos minimamente invasivos modernos, o tempo total de cirurgia pode ser de cerca de 40 minutos, com alta já no mesmo dia após um período curto de observação em recuperação<sup>3</sup>.

### O que levar e organizar antes de internar

Documentos pessoais, exames pré-operatórios e lista atualizada de medicamentos em uso.

Roupas confortáveis e de fácil vestir para o retorno para casa.

Planejar transporte e companhia, já que não se deve dirigir logo após a anestesia.

Organizar a casa com antecedência: alimentos práticos e ambiente de repouso preparado, já que a orientação nos primeiros dias é de repouso relativo.

# 07 Recuperação: prazos reais por atividade

Uma das maiores fontes de ansiedade antes da cirurgia de hérnia é a dúvida sobre quanto tempo será necessário para voltar à rotina normal. A boa notícia é que, com as técnicas atuais, a recuperação da hernioplastia costuma ser bem mais rápida do que muitos pacientes imaginam — mas é importante seguir prazos realistas e individualizados para cada tipo de atividade.

## Primeiros dias após a cirurgia

Nos primeiros 3 dias, a orientação geral é de repouso relativo, evitando esforços físicos e grandes deslocamentos, mas sem necessidade de ficar imobilizado na cama — inclusive, caminhadas leves e curtas são estimuladas desde cedo, pois ajudam a circulação e reduzem risco de complicações como trombose<sup>1,4</sup>. Nesse período inicial, recomenda-se aplicar compressas de gelo na região operada nas primeiras 24 a 48 horas para reduzir inchaço e dor, substituindo depois por compressas mornas<sup>4</sup>. Evitar dirigir veículos por cerca de 3 a 5 dias também é uma orientação padrão, já que os reflexos e a capacidade de reagir rapidamente (por exemplo, para frear bruscamente) podem estar reduzidos pela dor ou pelo efeito residual da anestesia<sup>4</sup>.

Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hérnia para cuidados pós-operatórios de hérnia inguinal, não há necessidade de restrição alimentar ou de movimentos amplos além do bom senso, e o retorno ao consultório para reavaliação costuma ocorrer cerca de uma semana após a cirurgia<sup>4</sup>.

## Prazos por tipo de atividade

| Atividade                             | Prazo estimado                           |
|---------------------------------------|------------------------------------------|
| Retomar atividades leves do dia a dia | 3 a 7 dias                               |
| Trabalho de escritório / home office  | 1 a 2 semanas                            |
| Dirigir veículos                      | 3 a 5 dias (com liberação médica)        |
| Exercícios físicos leves e caminhadas | estimulados desde os primeiros dias      |
| Exercícios físicos intensos e esforço | 4 a 6 semanas                            |
| Levantamento de peso significativo    | somente após avaliação médica individual |

Esses prazos são referências gerais baseadas em protocolos de recuperação pós-hernioplastia<sup>1,2,4</sup> e podem variar conforme o tipo de hérnia, a técnica cirúrgica

utilizada (aberta, laparoscópica ou robótica), o tamanho do defeito corrigido e as condições clínicas individuais de cada paciente. O acompanhamento pós-operatório com o cirurgião é o que define, com segurança, o momento certo de avançar em cada etapa da retomada de atividades — especialmente o levantamento de cargas mais pesadas, que deve sempre ser liberado individualmente.

## PARA ESCLARECER

# Mitos e verdades sobre cirurgia de hérnia

**MITO: "Se não dói, não precisa operar."**

**VERDADE:** a ausência de dor não elimina o risco de encarceramento ou estrangulamento. Muitas hérnias assintomáticas ou pouco sintomáticas ainda assim são indicadas para cirurgia eletiva, justamente para evitar uma complicação futura em caráter de urgência.

**MITO: "Cinta ou faixa abdominal resolve a hérnia."**

**VERDADE:** cintas podem dar conforto temporário e reduzir o abaulamento visível, mas não corrigem o defeito na parede abdominal. Apenas a cirurgia trata a causa estrutural da hérnia.

**MITO: "Cirurgia de hérnia sempre exige internação longa e dói muito."**

**VERDADE:** com técnicas minimamente invasivas atuais, muitos pacientes recebem alta no mesmo dia, com dor controlada e retomada de atividades leves em poucos dias.

**MITO: "A tela cirúrgica é perigosa ou vai ser 'sentida' para sempre."**

**VERDADE:** a tela é incorporada pelo próprio tecido do paciente ao longo do tempo e é hoje o padrão recomendado por reduzir significativamente a recidiva da hérnia em comparação com reparos sem tela.

**MITO: "Depois de operado, a hérnia nunca mais volta."**

**VERDADE:** a cirurgia com tela reduz muito o risco de recidiva, mas não o elimina totalmente. Seguir as orientações de recuperação e retomar esforços físicos de forma gradual, conforme liberação médica, é essencial para manter o resultado.

**MITO: "Hérnia é só um problema de quem levanta peso na academia."**

**VERDADE:** hérnias afetam pessoas de todas as idades e estilos de vida, incluindo bebês, gestantes e pessoas sem histórico de exercício intenso. Fatores como tosse crônica, constipação e cirurgias prévias também têm papel importante.

## ATENÇÃO

## Quando procurar um cirurgião com urgência

A maioria das hérnias pode ser tratada em caráter eletivo, com tempo para planejar a melhor técnica cirúrgica junto ao seu médico. No entanto, existe um grupo de sinais e sintomas que indica possível encarceramento ou estrangulamento — situações que representam uma emergência médica real e exigem avaliação hospitalar imediata, sem esperar por uma consulta agendada.

**Procure atendimento de urgência imediatamente se notar:**

- Dor súbita e intensa na região da hérnia, muito diferente do desconforto habitual;
- Abaulamento que fica duro, sensível e não retorna ao lugar mesmo com repouso ou leve pressão manual;
- Vermelhidão ou mudança de cor da pele sobre a hérnia;
- Náusea e vômito associados ao quadro;
- Parada da eliminação de gases e fezes, sugerindo obstrução intestinal;
- Febre associada a dor na região da hérnia;
- Crescimento rápido e recente de uma hérnia que antes era estável.

Esses sinais, especialmente quando combinados, sugerem que uma parte do intestino ou tecido pode estar presa e com risco de perda de suprimento sanguíneo — uma condição que pode evoluir rapidamente para complicações graves se não for tratada em poucas horas. Nesses casos, a cirurgia deixa de ser eletiva e passa a ser de urgência, geralmente realizada por via aberta e com necessidade de internação.

Por outro lado, se você apenas notou um abaulamento estável, sem os sinais acima, isso não significa que deva ser ignorado — significa que há tempo para agendar uma consulta com um cirurgião geral, entender as opções de tratamento e planejar a cirurgia no melhor momento, com técnica minimamente invasiva sempre que indicada. O importante é não deixar a avaliação para depois indefinidamente: quanto mais cedo a hérnia for tratada, geralmente mais simples é a cirurgia e mais rápida a recuperação.

## AVISO IMPORTANTE

# Aviso médico

---

Este ebook tem finalidade exclusivamente educativa e informativa. Seu conteúdo foi elaborado para ajudar você a compreender melhor o que são hérnias da parede abdominal, seus sintomas, riscos e formas de tratamento disponíveis na cirurgia geral moderna — mas não constitui, em nenhuma hipótese, consulta médica, diagnóstico ou prescrição de tratamento.

Cada paciente é único, e fatores como tipo e tamanho da hérnia, histórico de saúde, cirurgias anteriores e condições clínicas específicas influenciam diretamente qual é a melhor conduta e a técnica cirúrgica mais adequada em cada caso. Somente uma avaliação médica presencial, com exame físico e, quando necessário, exames complementares, pode confirmar um diagnóstico e indicar o tratamento individualizado correto.

Se você identificou qualquer um dos sinais de urgência descritos neste guia, procure imediatamente um pronto-socorro ou serviço de emergência médica. Para avaliação de rotina, planejamento cirúrgico eletivo ou esclarecimento de dúvidas sobre o seu caso específico, agende uma consulta com um cirurgião qualificado.

---

## Referências

1. Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) — recomendações sobre uso de tela em hernioplastias inguinocrurais. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (SciELO).  
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/jcS7Xv4n5GwDfKbjntW47cJ/?format=html&lang=pt>
2. Dr. Carlos Obregón — Cirurgia de hérnia incisional: hernioplastia aberta vs. laparoscópica/robótica e recuperação.  
<https://drcarlosobregon.com.br/cirurgia-de-hernia-incisional-saiba-sobre/>
3. HerniaCenter — Protocolo de técnica minimamente invasiva com anestesia local.  
[https://herniacenter.com.br/arquivos/protocolo\\_cardiaco.pdf](https://herniacenter.com.br/arquivos/protocolo_cardiaco.pdf)
4. Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) — Cuidados necessários após a cirurgia de hérnia inguinal.  
<https://sbhernia.org.br/cuidados-necessarios-apos-a-cirurgia-de-hernia-inguinal/>
5. HerniaClinic — Pós-operatório de cirurgia de hérnia: recuperação.  
<https://herniaclinic.com.br/hernia/pos-operatorio-cirurgia-de-hernia-recuperacao/>

---

# Vamos cuidar da sua saúde juntos?

Se você identificou sinais de hérnia ou já tem um diagnóstico e quer entender as melhores opções de tratamento, agende uma avaliação com o Dr. Ricardo Lourenço.

WhatsApp: (11) 97342-0483

[thedoc@thedocsite.com](mailto:thedoc@thedocsite.com)

Instagram: [@dr.ricardo.lourenco](https://www.instagram.com/dr.ricardo.lourenco)

[thedocsite.com](http://thedocsite.com)

**"Em busca do melhor tratamento com a menor dor."**

Dr. Ricardo da Silva Lourenço — CRM-SP 109.362