doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v104i2e-225670 Rev Med (São Paulo). 2025 mar.-abr.;104(2):e-225670.

Artigo

Impacto da dor inguinal na qualidade de vida após herniorrafia inguinal unilateral

Impact of inguinal pain on quality of life after unilateral inguinal hernioplasty

Pedro Canal Pimentel[1], Raquel Borges Mangaraviti[2], João Guilherme Vianna Dall'Orto Marques[3], Julia Dal Bem Assad[4], Gabriel Cesquim Lopes[5], Fernando Henrique Rabelo Abreu Dos Santos[6]

Pimentel PC, Mangaraviti RB, Marques JGVD, Assad JDB, Lopes GC, Santos FHRA. Impacto da dor inguinal na qualidade de vida após herniorrafia inguinal unilateral / *Impact of inguinal pain on quality of life after unilateral inguinal hernioplasty.* Rev Med (São Paulo). 2025 mar.-abr.;104(2):e-225670.

RESUMO: A hérnia da parede abdominal é ocasionada pela protrusão do conteúdo da cavidade abdominal até o espaço subcutâneo através de um orifício chamado de anel herniário. A hérnia inguinal representa o tipo mais comum de hérnia, correspondendo a 75% do total e acomete mais comumente os homens. O tratamento indicado é a herniorrafia e a técnica mais recomendada é a de Lichtenstein. Com o desenvolvimento das técnicas de livre tensão, os índices de recidivas diminuíram e, atualmente, a inguinodinia é a complicação mais frequente da hernioplastia inguinal. Dessa forma, o presente estudo objetivou avaliar a ocorrência de inguinodinia, em pacientes submetidos à herniorrafia inguinal no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, e seus impactos na qualidade de vida. Trata-se de um estudo coorte concorrente prospectivo em que foram selecionados pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Santa Casa De Misericórdia De Vitória, submetidos à cirurgia de herniorrafia inguinal unilateral pela técnica de Lichtenstein, entre os dias 14 de junho de 2022 e 30 de abril de 2023. Os pacientes selecionados foram submetidos a aplicação de 4 questionários em momentos distintos, com posterior análise estatística e tabelamento de dados. A incidência de inguinodinia observada no serviço durante o período desse estudo foi de 17,6%. Naqueles pacientes definidos com inguinodinia, observou-se impacto negativo na qualidade de vida em mais da metade desses. Diante desses dados, a elaboração de trabalhos comparativos entre tratamentos multimodais e a duração do alívio álgico é imperativa para melhor manejo em tratamentos futuros de inguinodinia.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia Inguinal; Dor Crônica; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: Abdominal wall hernia is caused by the protrusion of abdominal cavity contents into the subcutaneous space through an opening known as the hernial ring. Inguinal hernia is the most common type of hernia, accounting for 75% of all cases and affecting men more frequently. The recommended treatment is herniorrhaphy, with the Lichtenstein technique being the most commonly recommended approach. With the development of tension-free techniques, recurrence rates have decreased; however, inguinodynia has become the most frequent complication of inguinal hernioplasty. This study aimed to evaluate the occurrence of inguinodynia in patients undergoing inguinal herniorrhaphy at the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória and assess its impact on their quality of life. This is a prospective cohort study involving patients treated at the general surgery outpatient clinic of the Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, who underwent unilateral inguinal herniorrhaphy using the Lichtenstein technique between June 14, 2022, and April 30, 2023. The patients were given four questionnaires at different times, with subsequent statistical analysis and data tabulation. The incidence of inguinodynia observed during the study period was 17.6%. Among those with inguinodynia, more than half experienced a negative impact on their quality of life. In light of exposed, the development of comparative studies between multimodal treatments and the duration of pain relief is imperative for better management in future treatments of inguinodynia.

KEY WORDS: Inguinal Hernia; Chronic Pain; Quality of Life.

1. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). https://orcid.org/0009-0004-1604-3643. E-mail: pedro_canal_pimentel@hotmail.com
2. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). https://orcid.org/0009-0003-6351-0964. E-mail: raquellmangaraviti@gmail.com
3. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). https://orcid.org/0009-0001-9035-2450. E-mail: jgdallorto@gmail.com
4. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, residente de cirurgia geral. https://orcid.org/0000-0002-9104-3430. E-mail: juliaassad4@gmail.com
5. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, residente de cirurgia geral. https://orcid.org/0009-0006-3464-2249. E-mail: cesquimgabriel@gmail.com
6. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Cirurgião do aparelho digestivo, mestre e professor. https://orcid.org/0000-0001-7077-3576. E-mail: fhcirurgia@gmail.com

Endereço para correspondência: Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos. Rua Amélia da Cunha Ornelas, 495, apto 1302. Bento Ferreira. Vitória - ES. CEP 29050-620. fhcirurgia@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hérnia da parede abdominal é ocasionada pela protrusão do conteúdo da cavidade abdominal até o espaço subcutâneo através de um anel herniário[1]. O deslocamento desse conteúdo é devido a pontos ou regiões de fraqueza na musculatura da parede abdominal. A hérnia inguinal representa o tipo mais comum de hérnia, correspondendo a 75% do total, e acomete mais comumente os homens, devido à fraqueza da parede abdominal em virtude da migração testicular para a bolsa escrotal. O tratamento indicado é a herniorrafia e a técnica mais amplamente utilizada é a de Lichtenstein, que consiste em um método convencional, realizado através de inguinotomia, com implante de tela de polipropileno no assoalho do canal inguinal, considerado portanto um método livre de tensão. Com o desenvolvimento das técnicas de livre tensão, os índices de recidivas diminuíram e, atualmente, a inguinodinia é a complicação tardia mais frequente da hernioplastia inguinal, definida como dor inguinal crônica, que persiste após três meses do ato cirúrgico[1,2,3].

A etiologia é variada, mas há basicamente dois mecanismos que podem resultar em uma percepção de dor no pós-operatório. A dor aguda, devido à estimulação nociceptiva e inflamatória, pode ser decorrente do uso de tela. Já a dor neuropática crônica, devido à atividade neural anormal, pode persistir sem inflamação contínua e ser causada por dano a um ou mais nervos da região inguinal, provocado por exemplo por estiramento, esmagamento, aprisionamento ou lesões por eletrocautério. Na prática clínica, há dificuldade em diferenciar se a dor é de componente somático ou neuropático[3,4].

A incidência geral de dor crônica moderada a grave após cirurgia de hérnia encontrada na literatura possui variação elevada, com estudos relatando números entre 13% a 37% dos pacientes, e tem um grande impacto na satisfação do paciente, nas atividades cotidianas e na utilização dos cuidados de saúde e custo[4,5].

Dessa forma, o presente estudo objetivou avaliar a ocorrência de inguinodinia, em pacientes submetidos à herniorrafia inguinal no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, e seus impactos na qualidade de vida.

MÉTODO

O presente artigo trata-se de um estudo do tipo coorte concorrente prospectivo. Foram selecionados os pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Santa Casa De Misericórdia De Vitória, submetidos à cirurgia de herniorrafia inguinal unilateral pela técnica de Lichtenstein, entre os dias 14 de junho de 2022 e 30 de abril de 2023. Os pacientes selecionados foram submetidos a aplicação de 4 questionários em momentos distintos, com posterior análise estatística e tabelamento de dados. A análise da dor do paciente foi mensurada através da aplicação da escala visual analógica (EVA) em todos os diferentes momentos, com uma pontuação de 0-10 pontos, as variáveis socioeconômicas foram aplicadas no questionário inicial e a qualidade de vida foi mensurada por meio da aplicação do questionário WHOQOL-BREF que possui uma pontuação Likert de 1-5 pontos, e posterior análise com base em domínios, aplicada imediatamente antes da cirurgia e após 3 meses de pós-operatório.

No primeiro momento, imediatamente antes da cirurgia, foi aplicado um questionário contendo a EVA, WHOQOL-BREF, e as variáveis do estudo. No segundo momento, um dia após o procedimento, o questionário continha novamente a EVA. No terceiro momento, em consulta de retorno ambulatorial ou por meio de contato telefônico com 14 dias, contendo no questionário a EVA. No quarto e último momento, após 3 meses através de contato telefônico/meios digitais, foi aplicado um questionário contendo a EVA e o WHOQOL-BREF.

As variáveis analisadas nesse estudo foram idade, sexo, raça, escolaridade, estado conjugal, profissão, etilismo, tabagismo, dor e qualidade de vida, como forma de entender o perfil dos pacientes que são atendidos no serviço e estabelecer possíveis associações entre essas variáveis e a ocorrência de hérnia inguinal e inguinodinia.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), de acordo com o CAAE número 57706922.5.0000.5065

RESULTADOS

Um total de 59 pacientes submetidos à herniorrafia inguinal foram incluídos no estudo e realizado análise estatística das variáveis e uma comparação em diferentes momentos de aplicação da EVA e do questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF. No decorrer das diferentes etapas do estudo, os pacientes foram contactados e somente 34 responderam ao questionário final após 3 meses do procedimento.

Na Tabela 1, evidencia-se o perfil epidemiológico dos pacientes selecionados, no período estudado.

A Tabela 2 mostra a aplicação da EVA em diferentes momentos, com diminuição da dor estatisticamente significativa na comparação pelo método Pairwise entre a primeira aplicação do questionário e a última aplicação. Ao comparar os outros momentos entre si, não foi observada significância estatística.

Por meio da aplicação do questionário WHOQOL-BREF antes do procedimento cirúrgico, e 3 meses ou mais após a intervenção, realizamos uma análise que nos permite dizer que os pacientes do HSCMV submetidos a herniorrafia inguinal obtiveram melhora estatisticamente significativa em sua qualidade de vida nos domínios geral e físico, ao se comparar esses dois momentos. Os domínios psicológico, social e meio ambiente não apresentaram diferença estatística comparativa (Tabela 3).

Ao estudar a ocorrência de inguinodinia nos pacientes, que foi o objetivo principal desta pesquisa, arbitramos um valor >3 pontos na EVA para classificar o paciente como portador de inguinodinia, pois foi considerado que um valor de dor **≤ 3** pontos não gera incapacitação do paciente, nem requer uso de analgésicos, sendo mais propriamente descrita como um quadro leve de desconforto local. Diante disso, obtivemos um total de 6 pacientes que apresentaram o desfecho de inguinodinia, apresentando dor após mais de 3 meses de evolução (Tabela 4).

TABELA 1 - Variáveis epidemiológicas

Variável	Categorias	Frequência (nº de pacientes)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	3	5,1
	Masculino	56	94,9
Raça	Branca	23	39
	Parda	22	37,3
	Preta	14	23,7
Escolaridade – Anos de estudo	> 10 anos	11	18,6
	8-10 anos	12	20,3
	4-7 anos	24	40,7
	Até 3 anos	12	20,3
Status conjugal	Com parceiro(a)	33	55,9
	Sem parceiro(a)	26	44,1
Profissão	Profissões que exigem esforço físico	27	45,7
	Profissões que não exigem esforço físico	32	54,24
Tabagismo	Não	40	67,8
	Sim	19	32,2
Etilismo	Não	40	67,8
	Sim	19	32,2
Total		59	100

Fonte: Elaboração própria

TABELA 2 - Análise da Escala Visual Analógica de dor (EVA) nos diferentes momentos de avaliação: 1 (pré-operatório), 2 (1º pós-operatório), 3 (1ª consulta de revisão cirúrgica) e 4 (3 meses após a cirurgia)

Avaliação	Nº de pacientes	EVA		
		Média	Desvio padrão	Mediana
1	59	3,6	2,8	3
2	41	3,1	2,9	2
3	23	2,5	2,7	2
4	34	1,5	2,4	0

Comparação por método Wilcoxon	**Significância**
1ª avaliação x 4ª avaliação	0,02

Fonte: Elaboração própria

TABELA 3 – Comparação do resultado entre os 4 domínios do questionário WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) no pré-operatório e com 3 meses de pós-operatório

Questionário WHOQOL-BREF	Média	Desvio padrão	Mediana	p-valor
Domínio Físico: pré-operatório	3,69	0,72	3,71	0,023
Domínio Físico: 3 meses pós-operatório	4,02	0,73	4,29	
Domínio Psicológico: pré-operatório	4,14	0,55	4,17	0,15
Domínio Psicológico: 3 meses pós-operatório	4,26	0,46	4,33	
Relações Sociais: pré-operatório	4,11	0,69	4,33	0,644
Relações Sociais: 3 meses pós-operatório	4,09	0,76	4,33	
Meio Ambiente: pré-operatório	3,63	0,59	3,63	0,149
Meio Ambiente: 3 meses pós-operatório	3,82	0,51	3,81	

Fonte: Elaboração própria

TABELA 4 - Escala Visual Analógica de dor (EVA) com 3 meses de pós-operatório

Nível de dor com 3 meses de pós-operatório (EVA)	Nº de pacientes	Porcentagem válida
≤ 3	28	82,35
> 3	6	17,65
Total	34	100

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

Mediante análise das variáveis epidemiológicas com a amostra estudada, contrariando nossas expectativas iniciais, não foi possível estabelecer fatores de risco ou de proteção para o desfecho inguinodinia, fato este que se deve provavelmente ao tamanho amostral reduzido.

Nota-se que o sexo masculino foi o mais prevalente, respondendo por 94,9% dos pacientes submetidos à herniorrafia inguinal, um dado corroborado por van den Dop et al., um estudo francês que, além de obter uma porcentagem de 90.3% de homens entre os pacientes, evidenciou associação estatística entre o sexo masculino e ocorrência de dor crônica relevante pós-operatória. Nesse mesmo estudo, ao avaliar a proporção de fumantes entre os pacientes, encontra-se uma porcentagem semelhante à encontrada no presente estudo, com 67,8% dos entrevistados sendo não fumantes. Por se tratar de fator de risco devidamente conhecido para a patologia aqui estudada, pode-se inferir influência similar desta variável em ambos os estudos[6].

Ao correlacionar o desfecho de dor crônica com a escolaridade dos participantes, obtivemos que aqueles com 7 anos ou menos de estudo durante a vida representaram 61% da amostra. Kanematsu et al. descreve uma associação estatística significativa no que tange a esta variável, em que a percepção de dor é inversamente proporcional ao grau de escolaridade dos indivíduos[8].

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, notamos que 32,2% dos pacientes eram etilistas. Tal característica epidemiológica foi analisada em diferentes trabalhos de dor crônica, sendo estes conflitantes em seus desfechos. Enquanto Sá et al. reporta o consumo de álcool uma vez por semana como fator de proteção para inguinodinia, Leveille et al. conclui em sua casuística que o consumo semanal de álcool em quantidade superior à 113 gramas pode ser um fator que predispõe o desenvolvimento de dor crônica musculoesquelética, em especial nos indivíduos do sexo masculino. A utilização de diferentes metodologias nos estudos pode ser responsável por essa discordância. Deste modo, mostra-se necessário mais ferramentas unificadas visando avaliar o impacto do etilismo e a percepção da inguinodinia em pacientes submetidos a hernioplastia inguinal[7,9,10].

Em relação à análise da dor pré e pós-operatória, ao comparar os 4 diferentes momentos de aplicação da EVA entre si, obtivemos uma diferença estatística significante em comparação a dor apresentada pelo paciente antes de passar pelo procedimento cirúrgico, com aquela apresentada após mais de 3 meses do procedimento, como visto na Tabela 2. Esses dados revelam que a intervenção trouxe benefício à maioria dos pacientes, obtendo redução na percepção da dor anteriormente relatada.

A principal hipótese levantada para explicar essa redução da dor a longo prazo se deve diretamente à correção da hérnia, pois restaura a anatomia do paciente e descomprime os tecidos pressionados pelo conteúdo herniário. Contudo, a dor crônica pode decorrer de outros fatores associados ao evento cirúrgico, como dano por trauma à inervação local, reação de corpo estranho exacerbada em decorrência da colocação de tela de polipropileno, periostite associada à fixação da tela ao púbis, dentro outros fatores[4].

Na literatura, os dados levantados confirmam e ilustram a importância do procedimento cirúrgico. Maliska et al. demonstrou que 95,52% dos pacientes apresentavam algum tipo de dor pré-operatória, com uma redução para 53,73% dos pacientes apresentando qualquer nível de dor após mais de 3 meses da intervenção. Não obstante, para van den Dop et al., de um total de 1140 pacientes que apresentavam dor moderada ou severa pré-operatória, apenas 167 relataram esses níveis de dor após 3 meses[7,10].

Devido a dificuldades de obter contato e manter o seguimento com os pacientes, principalmente no pós-operatório imediato e no retorno ambulatorial aos 14 dias, o volume amostral para os questionários aplicados nesses momentos foi comprometido e dificultou uma análise adequada dos dados obtidos, não nos permitindo evidenciar com clareza uma mudança na percepção de dor pelos pacientes nesses momentos.

Com relação à ocorrência de inguinodinia, a incidência foi de 17,65%, como ilustrado na tabela 4, sendo todos estes do sexo masculino. De acordo com o estudo paranaense de Castro et al., os resultados encontrados foram semelhantes, onde foi obtido um total de 15% dos pacientes com relato de dor superior a 3 pontos na EVA aplicada após 3 meses. Não há, contudo, consenso na literatura sobre os valores encontrados na incidência de inguinodinia, uma vez que a metanálise Singh et al. descreve a prevalência de dor moderada a grave após cirurgia de hérnia em aproximadamente 10% a 12%[4]. Enquanto isso, a revisão da literatura feita por Poobalan et al. encontrou uma prevalência variando entre 0% a 63% após 1 ano do procedimento. Essa pluralidade pode ser devido aos diferentes métodos de avaliação da dor crônica, como diferentes valores arbitrados à EVA para definir inguinodinia, utilização de diferentes questionários e a forma como foram aplicados, ou por abranger diferentes técnicas cirúrgicas de hernioplastia[11,12].

Os agentes que levam ao surgimento dessa complicação são multifatoriais e ainda não estão totalmente esclarecidos.

Segundo Minossi, Minossi e Silva, existem diferentes tipos de classificação da dor crônica pós-operatória. A dor neuropática é a mais importante delas, por ser mais prevalente e com maior potencial incapacitante, mais comumente associada a lesões nervosas decorrente do trauma operatório, sendo os nervos mais acometidos: ilioinguinal, iliohipogástrico e o genitofemoral, dado à anatomia local e ao uso da técnica de Lichtenstein aqui selecionada. Ademais, a dor somática pode ser ocasionada pela presença de fios de sutura, de clipes ou mesmo da tela utilizada, levando à tração do ligamento inguinal durante o esforço físico[13,14].

Considerando o exposto, alguns fatores podem ser relevantes para remediar o surgimento dessa patologia, como uma boa visão crítica de segurança das estruturas anatômicas durante a operação e seguimento das recomendações de repouso e cuidados pós-operatórios por parte dos pacientes. Há também descrição de menores incidências de inguinodinia em técnicas laparoscópicas, embora esse tipo de acesso cirúrgico não esteja amplamente disponível para correções de hérnia inguinal, devido aos custos operacionais, quando acessível, é uma opção que deve ser preconizada[15].

No que tange à qualidade de vida, ao examinar os resultados do questionário WHOQOL-BREF no momento pré-operatório e pós-operatório tardio, verificou-se aumento na pontuação do domínio físico após a cirurgia de correção de hérnia, que indica melhora nesse componente do paciente e, portanto, confirma resultados encontrados em outros trabalhos. Maliska et al aponta para a efetividade desse tratamento em melhorar a qualidade de vida através da redução da dor, aumento da capacidade física para realizar atividades cotidianas ou retorno às atividades laborais[10].

No entanto, em pacientes portadores de dor crônica após 3 meses, 66,7% obtiveram piora no domínio geral e no domínio físico - incidência acima da encontrada em outros estudos, que obtiveram resultados variando entre 18% e 25%. Dessa forma, fica evidente o impacto significativo da inguinodinia na qualidade de vida e capacidade funcional, demonstrando a importância da orientação aos pacientes sobre a possibilidade desse desfecho adverso, a necessidade de cuidados pós-operatórios adequados e reforça a demanda por trabalhos mais robustos e ferramentas de análise unificadas para validar os dados obtidos em diferentes estudos[2,10].

A análise dos domínios psicológico, social e meio ambiente não demonstrou diferença significativa comparando os momentos pré e pós-cirúrgicos. No entanto, pode significar que a melhora do componente físico da dor nessa patologia não necessariamente afeta de forma global todos os aspectos na vida do indivíduo, e que esse componente somático, até o período em que os pacientes foram acompanhados, não gerou repercussões positivas para além da melhora física. Esse achado é compreensível ao considerarmos a definição de saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades", uma vez que uma cirurgia reparadora, tal qual a hernioplastia inguinal, pode não ser determinante para ofertar saúde ao paciente em sua totalidade, à medida que não altera os determinantes sociais do processo saúde-doença, como fatores econômicos, ambientais, familiares e psicológicos nos quais aquele indivíduo está inserido[16,17].

CONCLUSÃO

A incidência de inguinodinia observada no serviço durante o período desse estudo foi de 17,6%. No que tange a análise do impacto da intervenção cirúrgica na qualidade de vida avaliada na amostra geral, pode-se observar uma melhora significativa no domínio físico avaliado, que inclui atividades da vida cotidiana, dependência de medicamentos e capacidade de trabalho. Naqueles pacientes definidos com inguinodinia, observou-se impacto negativo na qualidade de vida em mais da metade destes. Com relação à associação entre as variáveis e o desfecho inguinodinia, não foi possível estabelecer um vínculo estatístico.

É importante considerar a limitação do estudo referente ao tamanho da amostra, que ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Ademais, mostra-se evidente a importância de novos estudos e pesquisas acerca do tema exposto, dado sua relevância e prevalência.

Participação dos autores: Pedro Canal Pimentel: pesquisa, análise dos dados e redação. Raquel Borges Mangaraviti: pesquisa, análise dos dados e redação. João Guilherme Vianna Dall'Orto Marques: pesquisa, análise dos dados e redação. Julia Dal Bem Assad: pesquisa, redação, revisão e diagramação. Gabriel Cesquim Lopes: pesquisa, redação, revisão e diagramação. Fernando Henrique Rabelo Abreu dos Santos: análise dos dados, revisão e orientação.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa CA, Oliveira DC, DE-Melo-Delgado NM, Mafra JGD, Santos RSD, Moreira WC. Inguinodynia: review of predisposing factors and management. Rev Col Bras Cir. 2021;47:e20202607. Doi: 10.1590/0100-6991e-20202607
2. Miller HJ. Inguinal Hernia: Mastering the Anatomy. Surg Clin North Am. 2018;98(3):607-21. Doi: 10.1016/j.suc.2018.02.005
3. Dias BG, Santos MPD, Chaves ABDJ, Willis M, Gomes MC, Andrade FT, et al. Inguinodynia in patients submitted to conventional inguinal hernioplasty. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2017;44(2):112-5. Doi: https://doi.org/10.1590/0100-69912017002001
4. Sekhon Inderjit Singh HK, Massey LH, Arulampalam T, Motson RW, Pawa N. Chronic groin pain following inguinal hernia repair in the laparoscopic era: Systematic review and meta-analysis. Am J Surg. 2022;224(4):1135-49. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2022.05.005
5. van den Dop LM, den Hartog FPJ, Sneiders D, Kleinrensink G, Lange JF, Gillion JF, et al. Significant factors influencing chronic postoperative inguinal pain: A conditional time-dependent

observational cohort study. Int J Surg. 2022;105:106837. Doi: 10.1016/j.ijsu.2022.106837.

6. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009;43(4):622-30. Doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000032.

7. Kanematsu JS, Atanazio B, Cunha BF, Caetano LP, Arada DMT. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. Rev Med (São Paulo). 2022;101(3):e-192586. Doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i2e-192586

8. Leveille SG, Zhang Y, McMullen W, Kelly-Hayes M, Felson DT. Sex differences in musculoskeletal pain in older adults. Pain. 2005;116(3):332-38. Doi: 10.1016/j.pain.2005.05.002

9. Maliska G, Mello ALP, Amaral RP, Bischoff C. Avaliação do impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes antes e após hernioplastia inguinal. Rev Med (São Paulo). 2019;98(1):40-5. Doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i1p40-45

10. Castro GRA, Zilles A, Gazzola LD, Barros RB, Sadowski JA, Guetter CR. Laparoscopic inguinal hernia repair: the long-term assessment of chronic pain and quality of life. ABCD [Internet]. 2022;35:e1695. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-672020220002e1695.

11. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZH, Chambers WA. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. Clin J Pain. 2003;19(1):48-54. Doi:10.1097/00002508-200301000-00006

12. Minossi JG, Minossi VV, Silva AL. Manejo da dor inguinal crônica pós-hernioplastia (inguinodinia). Rev Col Bras Cir [Internet]. 2011;38(1):59-65. Doi: https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000100011

13. Bande D, Moltó L, Pereira JA, Montes A. Chronic pain after groin hernia repair: pain characteristics and impact on quality of life. BMC Surg. 2020;20(1):147. Doi: 10.1186/s12893-020-00805-9

14. Claus CMP, Oliveira FMM, Furtado ML, Azevedo MA, Roll S, Soares G, et al. Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. Rev Col Bras Cirur. 2019;46(4):e20192226. Doi: https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226

15. Aasvang EK, Gmaehle E, Hansen JB, Gmaehle B, Forman JL, Schwarz J, et al. Predictive risk factors for persistent postherniotomy pain. Anesthesiology. 2010;112(4):957-969. Doi: 10.1097/ALN.0b013e3181d31ff8.

16. Organização Mundial da Saúde; 1946; Nova Iorque, assinado em 1948. https://www.scielo.br/j/abcd/a/NSCqttsZFKW9cr4k33sZmMw/#

Recebido: 27.05.2024
Aceito: 29.03.2025