

CONTENIDO

HERNIAS INGUINALES. 2

Capas de la pared abdominal: 2

Terminología: 3

Manifestaciones clínicas: 4

HERNIAS INGUINALES.

Hernia es la protrusión de cualquier tejido u órgano intraabdominal o ambos a través de las capas de la pared abdominal.

Existen diversas causas por las que se puede producir una hernia, dependiendo también de diversos factores y de la región anatómica de que se trate.

Existen cuatro tipos de hernias inguinales:

- 1.- Hernia inguinal indirecta.
- 2.- Hernia inguinal directa.
- 3.- Hernia crural.
- 4.- Hernia supravesical.

La Hernia Inguinal Indirecta es la que protruye por fuera de los vasos epigástricos o sea por el anillo inguinal interno.

La Hernia Inguinal Directa; protruye a nivel del piso inguinal o sea en el triángulo de Haselbach, que está limitado por los vasos epigástricos por fuera, por el borde del músculo recto anterior del abdomen y por el ligamento inguinal.

La Hernia Crural protruye a través del foramen femoral o sea, entre el arco de la crura y el ligamento de Cooper.

La Hernia Supravesical sale por dentro del borde externo del músculo recto anterior del abdomen.

Si nos acordamos de la anatomía vista por dentro, encontramos las fositas inguinales, donde la H. I. Indirecta protruye por la fosita inguinal externa; la H. I. Directa protruye por la fosita inguinal media, y estas dos están limitadas por los vasos epigástricos. La parte medial y la interna están limitadas por el ligamento redondo.

La división entre las fositas mencionadas está dada por el uraco.

Capas de la pared abdominal:

- Piel
- Fascia de Camper
- Tejido celular subcutáneo
- Fascia de Scarpa
- Grasa
- Fascia innominada
- Aponeurosis y músculo oblicuo mayor
- Aponeurosis y músculo oblicuo menor
- Aponeurosis y músculos transversos
- Fascia transversalis
- Grasa de tejido celular preperitoneal
- Peritoneo

Entre las causas que pueden producir una hernia, están las siguientes:

En hernia inguinal indirecta, se dice que es por causa de un retardo o deficiente obliteración del proceso vaginal peritoneal después de que los testículos bajan.

El retardo en el cierre de orificios naturales como en el caso de la cicatriz umbilical en donde se puede producir una hernia umbilical.

El debilitamiento de la fascia transversal (Hernia Inguinal Directa).

Otra causa serían las infecciones de las heridas quirúrgicas que provocan dehiscencia de la misma y con el resultado posterior de una hernia post-incisional.

Una mala técnica quirúrgica puede condicionar una hernia recidivante o post-incisional, como sería una disección inadecuada de los tejidos, no identificación de la hernia, utilizar suturas no indicadas, etc.,.

Entre los factores predisponentes para que se produzca una hernia están los siguientes:

- 1.- Una sobrecarga aguda o crónica de la presión intraabdominal.
- 2.- Pacientes con bronquitis crónica que condiciona la persistencia de la tos.
- 3.- Estreñimiento crónico.
- 4.- Obstrucción de vías urinarias, sobre todo por enfermedad prostática.
- 5.- Crecimiento de órganos pélvicos.
- 6.- Obesidad y embarazo.
- 7.- Pacientes con ascitis.

Las partes que forman una hernia son: el saco herniario con sus envolturas y el contenido del saco herniario.

Existen otros tipos de hernias en la pared abdominal como:

Hernia umbilical, que puede ser congénita o adquirida.

Hernia epigástrica, que se localiza entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical, esta por lo general es pequeña y se presenta en los sitios donde exista un vaso perforante y puede ser muy dolorosa y contener solo grasa.

Hernia de Spiegel que se localiza en el borde externo de los músculos rectos anteriores del abdomen.

La *Hernia de Richter* que puede ser cualquier hernia y que consiste en atrapamiento en el saco herniario de una parte de la pared de una asa intestinal.

Hernia de Littré, cualquier hernia donde su contenido tenga al divertículo de Meckel.

Hay hernias llamadas hernias internas, que consisten en que una asa de intestino se introduce a través de algún agujero en el mesenterio del mesocolon o de alguna brida en la cavidad abdominal.

Hay otras hernias más raras como la *obturatriz*, *lumbar* o *de Petit*.

Otra hernia que es muy frecuente es la *Hernia hiatal* y en general las diafragmáticas, que merecen capítulo aparte.

Terminología:

- 1.- *Hernia reducible*: Se le llama a la hernia cuando el contenido de la misma se reduce libremente o por medio de maniobras es regresada a la cavidad abdominal.
- 2.- *Hernia incarcerada* o *irreducible*: Es aquella en que el contenido del saco herniario no regresa a la cavidad abdominal ni en forma espontanea ni con maniobras y además no existe compromiso vascular de su contenido.
- 3.- *Hernia estrangulada*: Es donde el contenido del saco herniario tiene bloqueada o comprometida la circulación sanguínea, y que consecuentemente puede necrosar dicho contenido.

Cuando está atrapada una asa intestinal, se produce una oclusión intestinal, y si agregamos que tiene compromiso vascular, el asa se necrosará y perforará.

Si una hernia incarcerada contiene una asa intestinal, nos puede dar un cuadro de bloqueo o de oclusión intestinal, también puede tener en su interior epiplón y no presentar en este caso el cuadro de oclusión intestinal.

A las hernias se les estudia por su sitio, su forma, su tamaño y si es o no reducible, así como el trayecto que sigue, su anillo, el contenido y las cubiertas, por supuesto, también se les estudia por sus complicaciones.

Manifestaciones clínicas:

En muchas ocasiones pueden ser asintomáticas y pasar desapercibidas y, cuando empiezan a crecer, el paciente puede tener una sensación de pesantés o de estiramiento, o puede referirnos que siente una tumoración a nivel del sitio de la hernia, por lo que si es una hernia inguinal, será sobre dicha área, sentirá dolor sobre todo asociado al aumento de la presión intraabdominal, como por ejemplo, al levantar cosas pesadas o al hacer ejercicios físicos, inclusive el dolor se puede irradiar hacia el testículo, al hacer la exploración física, debemos realizarla primero con el paciente de pie y luego en decúbito dorsal, primero examinaremos el lado sano y después el afectado para poder distinguir la diferencia que existe entre los dos lados.

En el hombre, en quien las hernias inguinales indirectas son más frecuentes, podemos examinarlos mejor, ya que podemos introducir el dedo índice a través del conducto escrotal hacia el anillo inguinal externo, con lo cual vamos a palpar el cordón espermático, el mismo anillo inguinal superficial, en este momento le pedimos al paciente que puje (o que tosa), y si existe una hernia inguinal indirecta, el saco herniario nos va a rechazar el dedo hacia la región escrotal.

Podemos hacer una prueba para tratar de distinguir entre una hernia inguinal directa y una indirecta, _En el momento en que tenemos el dedo índice a nivel del anillo inguinal superficial, colocamos la otra mano y presionamos sobre el anillo inguinal interno, con esto provocaremos la oclusión del anillo inguinal interno y por lo tanto no se introducirá el contenido (epiplón o asas intestinales) al saco herniario, por lo que no se producirá rechazo del dedo hacia el escroto. _

Por lo general la hernia inguinal directa no sigue el trayecto del cordón espermático y solo produce abultamiento a nivel del piso inguinal, pero en algunas ocasiones llega a ser tan grande que puede confundirse.

La hernia crural es mas frecuente en la mujer y siempre protruye* por debajo del ligamento inguinal o sea por abajo del pliegue de la ingle.

Cuando se presenta una hernia inguinal incarcerada, cuyo contenido es una asa intestinal, el paciente va a referir dolor a nivel de la hernia y nos señalará que el saco herniario es irreductible, además va a presentar los datos de una oclusión intestinal* (nauseas, vómito gástrico que más tarde se hará intestinal, habrá distensión abdominal así como constipación, es decir imposibilidad para defecar y canalizar gases).

En caso de que persista el atrapamiento del asa intestinal, puede presentar compromiso vascular de dicho segmento, es decir, presentará congestión venosa y disminución de la irrigación, por lo que si esto persiste, entonces nos encontraremos con una hernia estrangulada.

En la hernia estrangulada vamos a encontrar una asa intestinal con compromiso vascular, por lo que esta asa ya va a estar necrosada e incluso puede estar ya perforada.

Manifestaciones de este cuadro:

Dolor constante en el sitio de la hernia, así como aumento de la temperatura, cambio de la coloración hacia rojo o rojo violáceo y aumento en la consistencia del contenido de la hernia, con el paso del tiempo, el dolor puede generalizarse a todo el abdomen, inclusive podemos ver un cuadro de abdomen agudo. Si es una asa intestinal la que está atrapada, además del cuadro de oclusión intestinal que ya se mencionó, encontraremos fiebre y taquicardia y en los estudios de laboratorio vamos a encontrar principalmente leucocitosis.

Estos pacientes; tanto en los casos de hernia incarcerada, como en los de hernias estranguladas, deben intervenir quirúrgicamente, ya que en muchos casos de hernia incarcerada, al liberar el asa intestinal, se puede recuperar la viabilidad de las mismas, mientras no tenga ya una área de necrosis, pues si es así, se debe realizar resección intestinal.

Diagnóstico diferencial de las hernias inguinales.

- Lipoma del cordón espermático
- Varicosele
- Absceso de la ingle
- Ganglios linfáticos crecidos o tumoraciones de los mismos
- Varices en la región del muslo
- Etc.

Tratamiento.

Por lo general, va a ser quirúrgico, ya que cualquier hernia se puede complicar en algún momento (pueden pasar días o años), y en algunos casos se debe valorar la conveniencia de operarlas, tales casos son: pacientes con ascitis secundaria a cirrosis hepática, ya que debemos de considerar que estos pacientes tienen una mortalidad operatoria de hasta 20%; también hay que valorar cuidadosamente a los pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Antes de operar a un paciente con hernia, debemos de tratar los factores predisponentes como es el tratar la bronquitis crónica; someter al paciente a prostatectomía en caso de que ya exista hipertrofia prostática, esperar a resolver el embarazo (si existe), ya que de no hacerlo así, lo más probable es que recidive.

Factores que intervienen en la recurrencia de las hernias.

- Un mal diagnóstico (que confundamos una hernia con otro tipo de hernia o patología)
- Tos crónica
- Que exista mala turgencia de los tejidos
- Errores en la técnica quirúrgica
- Infección post-operatoria de la herida
- No haber tratado los factores predisponentes
- Mala cicatrización.

Técnica quirúrgica.

Existen varias técnicas para tratar las hernias inguinales, y la elección dependerá tanto del paciente como de la preferencia y conocimientos del cirujano. Ejemplo; en la hernia inguinal indirecta de los niños, solamente se diseca el saco herniario y se hace ligadura alta del saco sin realizar ninguna reparación o refuerzo de la región inguinal.

En los adultos se podrán usar varias técnicas, entre ellas las siguientes:

- Técnica de Marcy: consiste en cerrar solamente el anillo interno, después de haber extirpado el saco herniario.
 - Técnica de MacVey: después de extirpar el saco herniario, se une el arco transversal al ligamento de Cooper así como el cierre del anillo interno.
 - Para la hernia crural o femoral, por lo general se utiliza en su reparación, la técnica de MacVey, en caso de que se tenga una hernia muy grande o que se trate de una hernia recidivante, se preferirá para su reparación, el uso de una malla de material inabsorbible que se fija tanto a las aponeurosis circunvecinas, como al ligamento de Cooper.
-