



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

Dr. Pablo Sciuto Varela

Definición

Se definen como la protrusión del contenido abdominal a través de una zona anatómicamente débil de la pared abdominal.

Hernias inguinales

La cirugía de la hernia junto a la litiasis biliar son las cirugías mayores coordinadas más practicadas superando el 60% de la cirugía general. Se estima que la incidencia de hernia inguinal en el hombre varía de acuerdo a la edad de 11 por cada 10.000 habitantes entre los 16 a 24 años y 200 por cada 10.000 habitantes en mayores de 75 años. El riesgo de presentar una hernia inguinal se calcula en 27% para los hombres y 3% para las mujeres.

Se estima que 20 millones de hernias se reparan anualmente en todo el mundo. EE.UU. reportó 750.000 hernioplastias anuales. Como puede verse la reparación de las hernias inguinales consume una parte importante de los gastos nacionales de salud en todo el mundo, requiere por tanto de estandarización y control de costos y es obvio que pequeñas mejoras en la técnica pueden representar un impacto económico significativo.

Etiología

Las hernias tienen un saco y un contenido los cuales pasan a través de un defecto parietal. La etiología es multifactorial. Se describen factores congénitos predisponentes, como la persistencia del conducto peritoneo-vaginal permeable (saco de las hernias inguinales oblicuas externas (HIOE)). La menor resistencia muscular por una inserción alta del tendón conjunto o por alteración biológica también es un factor

predisponente. El músculo, sus fascias y ligamentos son un tejido dinámico. El tipo de colágeno de estos tejidos los hace más o menos resistente. Las metaloproteasas (MMP) están vinculadas al recambio del colágeno, cuando por alguna alteración biológica de las MMP o por envejecimiento, el colágeno tipo 3 predomine sobre el tipo 1, los tejidos son de menor resistencia. Alteraciones de las MMP se relacionan a una mayor incidencia de hernias y aneurisma de aorta abdominal y este hecho se ha vinculado al tabaquismo (sería la misma hipótesis que explica, en parte, el enfisema pulmonar). También puede verse en trastornos específicos del colágeno en pacientes con Marfan o el síndrome de Ehlers-Danlos.

Cualquier aumento de la presión intraabdominal es un factor predisponente ya que impulsará el contenido intraabdominal a través de la debilidad parietal. Eventos agudos como un esfuerzo físico muscular al levantar un peso, maniobras a glotis cerrada como accesos de tos o vómitos incoercibles son algunos de los más frecuentes antecedentes que preceden a la aparición de una hernia. También debemos recordar patologías crónicas, que manifestándose a través de un aumento de la presión intraabdominal, pueden favorecer la formación de hernias, o el cambio sintomático en la misma. Dentro de estas patologías, mencionamos por su elevada frecuencia el síndrome prostático, y por su prevalencia oncológica el cáncer colorrectal, pero la misma mención cabe realizar para tumores de ovario y cualquier patología oncológica o no que se manifiesta a través de ascitis. Por supuesto que ante la sospechada de alguna de estas patologías, el médico deberá solicitar estudios para diagnosticarlas, pasando la hernia a un segundo plano.

Manifestaciones Clínicas

El motivo de consulta más frecuente es una tumoración en la región inguinal. Lo primero es constatarlo observando, con el paciente de pie,

si existe tal tumoración, donde está situada y si la misma impulsa con maniobras que aumenten la presión intrabdominal. Frente a la duda, puede además palparse suavemente. Una vez confirmado que estamos ante una hernia, retomaremos la anamnesis, que básicamente estará orientada determinar la evolución, si es una hernia reductible y si presentó episodios dolorosos o de irreductibilidad. En este momento no debemos olvidar la clásica presentación de la hernia como un epifenómeno de otra enfermedad y por lo tanto realizar un completo interrogatorio del tránsito digestivo y síntomas de patologías que se manifiesten por cuadros de hipertensión abdominal como las enfermedades de la próstata.

El examen físico comienza de pie, esto aumenta la presión intraabdominal y nos permitirá objetivar la hernia en su máxima expresión, la cual aumentará de volumen al solicitarle al paciente que tosa. En obesos, el examen puede ser dificultoso. Continuará con el paciente en decúbito dorsal y si la hernia es reductible, podrá examinarse mediante maniobras suaves el conducto inguinal.

¿Cómo establecemos los diagnósticos?

Definimos que estamos ante una hernia inguinal si la misma impulsa por encima de la línea de Malgaigne, (línea que une la espina del pubis a la espina ilíaca antero superior) si protruye por debajo, diremos que es una hernia crural o femoral (estas hernias atraviesan o protruyen por el anillo crural).

¿Cuáles otros diagnósticos podremos presumir?

Se define como HIOE si presenta una maniobra de Landivar positiva (esto es, con la hernia reducida, al ocluir el examinador con su mano la topografía del orificio inguinal profundo, sitio anatómico por donde protruyen la HIOE y solicitarle al paciente que tosa, la hernia no se reproduce) si se reproduce, se denomina hernia inguinal directa. Estas hernias protruyen por el triángulo de Hesselbach.

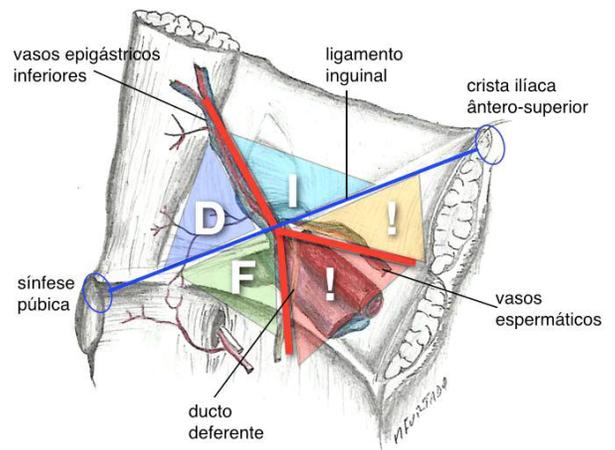
Para la HIOE, visualizar la situación del polo inferior de la hernia (o sea hasta donde se

desarrolló el saco) nos hará plantear que se trata de una punta de hernia, una hernia inguino-funicular o inguino-escrotal.

Cuando la hernia se reduce se denomina reductible y este hecho permitirá explorar el canal inguinal para inferir la calidad muscular del mismo.

Si se mantiene reducida en decúbito se denomina hernia coercible y si se reduce pero se reproduce en forma espontánea es incoercible.

Cuando la hernia no se reduce se denomina irreductible. Fuera del episodio de irreductibilidad aguda dolorosa en una hernia que fue hasta ese momento reductible, se dice que esta irreductibilidad es crónica. Esta eventualidad se explica habitualmente por deslizamiento del contenido, adherencias del contenido al saco, hipertrofia lipomatosa del epiplón o en hernias gigantes por pérdida de derecho a domicilio. El deslizamiento del colon (el meso visceral forma parte del saco herniario) suele observarse en voluminosas hernias inguino-escrotales (ciego a derecha y sigmoides a izquierda).



Visión posterior región inguinal derecha. (Marcelo Lopes Frutado. Curso cirugía laparoscópica. IRCAD.)

I- sitio donde protruyen las HIOE. **D-** sitio donde protruyen las hernias directas. **F-** sitio donde protruyen las hernias crurales o femorales. **!-** topografía de pasajes vasculares (vasos ilíacos) y nerviosos.

En azul línea de Malgaigne. En rojo (Y invertida) topografía arteria epigástrica conducto deferente y vasos espermáticos.

Complicaciones

La complicación es la estrangulación del contenido, siendo una de las etiologías de oclusión intestinal con compromiso vascular primario. Clínicamente debe plantearse ante la tríada de irreductibilidad aguda, dolor y tensión local en una hernia hasta entonces reductible; en una hernia ya irreductible, los elementos diagnósticos son el dolor agudo y el aumento de la tensión local. Además puede asociar síntomas de oclusión intestinal como vómitos y detención del tránsito digestivo y puede constatar al examen físico distensión abdominal. La ausencia de síntomas oclusivos no invalida el diagnóstico de hernia estrangulada, ya que si el contenido estrangulado es epiplón, estos síntomas estarán ausentes.

El agente estrangulante más frecuente es alguno de los anillos musculares o fasciales del canal inguinal o del orificio crural o umbilical. Las características de rigidez e inextensibilidad de los componentes anatómicos de los anillos son las que en definitiva determinan el riesgo de estrangulación, el cual es más elevado para hernias crurales que inguinales y dentro de estas, la estrangulación de una hernia directa es un hecho casi anecdótico.

El diagnóstico de atascamiento no debe plantearse ante el cuadro de irreductibilidad aguda dolorosa; se realiza en forma retrospectiva frente al relato de episodios de irreductibilidad aguda que remitieron en forma espontánea o mediante maniobras de reducción practicadas por el paciente antes de consultar.

Diagnóstico

El diagnóstico continúa siendo básicamente clínico. Se realiza frente a la constatación de una tumoración situada en la región inguinal y que impulsa con maniobras de valsalva. Frente a la duda, se sugiere remitir el paciente a consulta con cirujano. Los estudios de imagen (ecografía o tomografía computada) son útiles particularmente en pacientes obesos, pero su interpreta-



Hernia estrangulada. Necrosis de intestino delgado.

ción requiere experiencia. En casos puntuales (pubalgia o inguinodinia crónica), la ecografía de partes blandas, evaluando una “hernia del deportista” integra el algoritmo diagnóstico; también es útil para diferenciar una hernia inguino-escrotal de un hidrocele.

La solicitud de estudios de screening como el “fecatest”, que por definición deben solicitarse en pacientes asintomáticos, no están incluidos en la valoración de una hernia; éstos deben solicitarse según la recomendación del Ministerio de Salud. Como ya mencionamos, si al interrogar a un paciente con hernia, adjudicamos su aparición o cambio evolutivo, a sintomatología evocadora de un cáncer colorrectal, entonces lo que debe solicitarse es una colonoscopia y no un estudio de screening.

En relación al diagnóstico de hernia estrangulada este también es clínico y la sintomatología ya fue explicada. Si la estrangulación produjo una oclusión intestinal, la radiología de abdomen de pie y en decúbito dorsal puede solicitarse y podrán verse los clásicos elementos radiológicos que caracterizan este cuadro, pero insistimos en que el diagnóstico de hernia estrangulada es clínico. A la inversa, si se objetiva en una placa de abdomen elementos de una oclusión intestinal de etiología no establecida hasta el momento, antes de pensar en otros estudios, es importante re-examinar con detenimiento la región inguinal

buscando una pequeña hernia crural estrangulada. Otros estudios a solicitar estarán destinados a valorar el terreno del paciente en vistas a la cirugía.

En caso de hernias estranguladas, la situación es muy diferente, estamos ante una urgencia quirúrgica por lo cual se impone la consulta con el cirujano de guardia. Se solicitaran rutinas completas prestando especial atención a estudios de función renal y ionograma que en cuadros de oclusión intestinal pueden evidenciar importantes alteraciones a corregir.

VARIEDADES

Hernia inguinal directa

La variedad inguinal directa no transcurre por el conducto inguinal; se debe a una debilidad fascial en el área del triángulo de Hesselbach. Se caracterizan por tener un anillo amplio, por lo que suelen ser reductibles e incoercibles; la protrusión adopta una forma ovalada que llega a la raíz del escroto. Suelen aparecer en adultos mayores de 45 años, frecuentemente son bilaterales y pueden asociarse a HIOE (hernias en pantalón). Dado que el riesgo de complicación en las hernias directas asintomáticas no progresivas es extremadamente bajo, la conducta de no operar y control clínico debe ser discutida con el paciente.

Hernia crural

La variedad inguino crural o femoral no transcurre por el conducto inguinal; la debilidad fascial se encuentra en el septum crural. Se caracterizan por tener un anillo estrecho y de bordes ósteo-fibrosos (bandeleta pectínea, ligamento femoral, ligamento lacunar o de Gimbernat y ligamento de Cooper) lo que las hace de alto riesgo de estrangulación. Son más frecuentes en mujeres y la protrusión puede ser difícil de percibir por su topografía debajo del pliegue inguinal, medial a los vasos femorales y su tamaño por lo común pequeño. La

estrangulación debe diferenciarse de adenitis inguinales y trombosis del cayado safeno.

Hernia umbilical

Es una variedad frecuente ya que la que la cicatriz umbilical es una zona débil de la pared abdominal. La obesidad y el descenso de esta cicatriz desde la zona alta (implicada en la dinámica respiratoria) a la zona de cincha (implicada en la contención), el embarazo u otros estados que generen hipertensión abdominal, favorecen el desarrollo de las hernias umbilicales.

El diagnóstico es clínico frente a la presencia de una tumoración que impulsa en dicha zona. Cuando son reductibles el anillo fibroso y redondeado es fácilmente palpable.

Hernia epigástrica o de la línea blanca

La línea alba formada por el entrecruzamiento de las fibras aponeuróticas de las vainas de los músculos recto, es susceptible de presentar hernias particularmente en su sector supraumbilical donde es más ancha. Son más comunes en hombres jóvenes obesos. Se manifiestan como una tumefacción dolorosa en la línea media, generalmente menor de 2 cm, con anclaje profundo. Raramente impulsan con la tos porque su anillo suele ser estrecho (pocos milímetros y puede haber más de uno), a su través desliza grasa preperitoneal y menos frecuentemente tienen un saco peritoneal verdadero.

La cirugía suele indicarse por dolor pero es preciso asegurarse que la sintomatología no se vincule a otra causa. Puede adoptarse una actitud conservadora ante hernias pequeñas asintomáticas, limitándose a una vigilancia de 6 meses.

Es preciso diferenciar estas hernias de la *diastasis de los músculos rectos*. Esta condición se caracteriza por la separación de los músculos rectos anteriores del abdomen, con debilidad y ensanchamiento de la línea alba (5-6 cm) que

genera la protusión de la pared abdominal en la línea media entre el xifoides y el ombligo, pero que no expone a la estrangulación por lo que no requiere de corrección quirúrgica si no se asocia a hernia umbilical o epigástrica.

Hernias infrecuentes de la pared abdominal

Dentro de las hernias infrecuentes que representan menos del 2% del total, la más comunes la *hernia de Spiegel*. Aparece sobre la llamada línea semilunar homónima que corresponde a la transición aponeurótica de los músculos transversos y oblicuo menor, inmediatamente por fuera de la vaina de los rectos (a distancia intermedia entre el ombligo y



Tomografía evidencia hernia de Spiegel izquierda

la espina iliaca antero-superior). Como sucede en las hernias epigástricas, puede protruir grasa preperitoneal o formarse un verdadero saco con o sin contenido visceral.

Las hernias obturadoras, lumbares y perineales son excepcionales y su diagnóstico suele tomográfico o intraoperatorio ante complicaciones mecánicas.

Hernia de deportista

No corresponde a una verdadera hernia de la pared abdominal. Es un síndrome de dolor inguinal crónico observado en personas que practican deportes activamente. Se vincula a diferentes condiciones de disrupción inguinal

(micro desgarros, avulsiones o dehiscencias músculo, fascio-ligamentosas de la región inguinal). El hallazgo clínico característico es la sensibilidad o dolor en la región inguinopubiana, sin constatar una hernia inguinal palpable. Requieren de un enfoque interdisciplinario (traumatólogo, deportólogo, fisiatra, medicina perineal).

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hernias es quirúrgico y su objetivo es revertir los síntomas y prevenir complicaciones mecánicas (estrangulación). La reparación del defecto parietal puede hacerse con los tejidos propios del paciente y suturas (*herniorrafia*) o con materiales protésicos irreabsorbibles (mallas); esta última se denomina *hernioplastia* y es el procedimiento más común en la actualidad. El abordaje más utilizado es el convencional (cirugía abierta) y en muchos casos (según tamaño de la hernia y terreno del paciente) puede planearse la estrategia denominada cirugía del día. Esto significa que el paciente se opera en la mañana y a la tarde se le otorga alta a domicilio. También se puede realizar una hernioplastia a través de un abordaje laparoscópico. En los últimos años, algunos grupos de cirujanos en Uruguay han retomado esta línea de trabajo siendo la indicación pacientes con hernia inguinal bilateral o múltiple, pacientes con recidivas herniarias realizadas mediante abordaje convencional, hernia en paciente que tenga otra patología de resolución por abordaje laparoscópico y en el paciente obeso.

En la caso de hernias estranguladas el tratamiento es una urgencia, el objetivo es levantar la obstrucción mediante sección del anillo estrangulante y valorar si el contenido esta vital. La necrosis hace necesaria la resección del órgano estrangulado. En el caso de resección de vísceras huecas, hay que realizar una anastomosis, por lo cual las eventuales complicaciones nada tienen que ver con la simple reducción a la cavidad peritoneal de un

contenido que resultó vital en la exploración. Resuelto el contenido (vital o no) se procederá a la reparación de defecto parietal que en ausencia de importante contaminación en caso de necrosis, también se realizará con mallas.

Los riesgos del tratamiento quirúrgico de la reparación herniaria incluyen esencialmente dos categorías. Las complicaciones del post operatorio que son sobre todo locales: hematoma, infección y seroma de la herida. Las complicaciones alejadas que refieren al dolor crónico en relación con la cicatriz operatoria, el cual es invalidante en un muy bajo porcentaje de los casos y a la recidiva herniaria. La tasa de recidivas una vez dominada la técnica es baja y no debería superar el 1–2%.

Referencias.

Wijsmuller A. R., Simons MP, Smetanski M, et al. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018; 22 (1):1.

Öberg S, Andresen K, Rosenberg J. Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. *Frontiers in Surgery*. 2017;4:52.

Brandi C. Tratamientos de los defectos de la pared abdominal. Relato oficial. Congreso Argentino de Cirugía 2009.

Alvarez Caperochipi J. Cirugía de la Pared Abdominal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos 2002.