

PATOLOGÍA URGENTE DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

Autores:

Lobato Bancalero, Luis y Felices Montes, Manuel.

Residentes de Cirugía General y Digestivo.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INDICE:

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. CLASIFICACIÓN**
- III. DIAGNÓSTICO.**
- IV. TRATAMIENTO.**

I. INTRODUCCIÓN

Se puede definir una hernia como una protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos, ya sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared abdominal. El contenido protuido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario son el intestino delgado, el epiplón y el colon.

II. CLASIFICACIÓN

Las hernias se clasifican en primer lugar por su localización anatómica y en segundo lugar por su forma de presentación clínica.

*Por su localización:

-H. Inguinales: Las más frecuentes. El saco herniario se encuentra en el conducto inguinal. A su vez las hernias inguinales se dividen en directas u oblicuas internas cuando el contenido herniario protuye de forma medial a los vasos epigástricos; e indirectas u oblicuas externas, cuando protuyen de forma lateral a los vasos epigástricos. Las indirectas son las más frecuentes dentro de este grupo y su recorrido es por dentro del cordón inguinal pudiendo llegar hasta el escroto(hernia inguino-escrotal).

-H. Umbilicales: Son frecuentes sobre todo en pacientes obesos, con ascitis o embarazadas, porque distienden el anillo umbilical.

-H. Crurales: Son más frecuentes en mujeres. En la exploración clínica, a veces, no son fáciles de distinguir de las hernias inguinales. A diferencia de éstas protuyen por debajo del ligamento inguinal a nivel del triángulo de Scarpa. Estas hernias son las que más frecuentemente se complican, debido a que el anillo herniario es más rígido.

-H. Epigástricas: Se producen a nivel de la línea media, entre el apéndice xifoides y el ombligo, por defectos aponeuróticos de la línea alba.

-H. De Spieghel o anterolaterales: Se denomina línea de Spieghel a la situada entre el borde externo del recto anterior del abdomen y la inserción de los músculos oblicuo externo, oblicuo interno y transversos a través de una prolongación músculo aponeurótica.

Dentro de la patología herniaria debemos incluir aquellas producidas por la mano del hombre, que son las **hernias incisionales** o **eventraciones**, que llegan a constituir hasta el 10% de la patología herniaria y que se consideran una complicación de un proceso quirúrgico abdominal.

*Por la presentación clínica:

-**Hernias reductibles**: Son aquellas que se reintroducen con facilidad en la cavidad abdominal. Suelen protuir con esfuerzos, con la tos o con maniobras de Valsalva. Pueden producir molestias locales llegando a producir dolor por la distensión.

-**Hernia irreductible**: Es aquella en la que el contenido herniario no puede ser reintroducido en la cavidad abdominal. Esto se debe a una “pérdida del derecho a domicilio” por su gran volumen, el establecimiento de adherencias por procesos inflamatorios mecánicos (uso de braguero, traumatismos, etc...). Algunos autores denominan del mismo modo a las hernias irreductible y a las encarceradas, y aunque es cierto que las hernias irreductibles se acompañan normalmente de la encarceración, esto no siempre es así.

-**Hernia encarcerada**: Es éstas la irreductibilidad se acompaña de un trastorno del tránsito intestinal, con un cierto grado de obstrucción intestinal, pero sin existir compromiso vascular ni isquemia intestinal. La encarceración se suele seguir de la estrangulación.

-**Hernia incoercible**: Son aquellas en las que a pesar de poder reducirse con facilidad, vuelven a salir por el orificio inguinal rápidamente.

-**Hernia estrangulada**: Son aquellas que presentan un riesgo de necrosis por compromiso vascular e isquemia de la víscera herniada. Normalmente el trastorno del riego acompaña a una encarceración pero no siempre es así, como ocurre en la **hernia de Richter** (sólo se estrangula un sector limitado de la porción antimesentérica) y en la **hernia de Littre** (la luz intestinal está permeable porque existe una estrangulación del divertículo de Meckel). Es la complicación más grave de una hernia pudiendo llegar a acaba con la vida del paciente.

III. DIAGNÓSTICO.

Para el diagnóstico es necesario una detallada historia clínica, donde se detallen si existen antecedentes herniarios, la antigüedad de esa hernia, el tiempo de evolución desde que comenzó con el dolor, las molestias o la tumoración hasta que acude a la consulta, la sintomatología acompañante, etc... Es importante interrogar a paciente sobre la presencia de vómitos, cuantía y aspecto de los mismo, hábito intestinal, presencia de fiebre, etc...

Después de la historia clínica pasaremos a una inspección detallada del abdomen, observando la existencia de tumoraciones, la movilidad del abdomen con las incursiones respiratorias, coloración de la piel a nivel de la hernia, ya que en ocasiones aparece edematosa.

En la exploración observaremos el grado de dolor, así como mediante una suave presión comprobaremos si se puede reducir o no. Es muy importante saber que siempre que se explore el abdomen es necesario explorar los orificio herniarios, sea cual sea el motivo de consulta del paciente.

Es muy importante explorar al paciente de pie y en decúbito supino.

Lo más importante es descartar un compromiso vascular de la hernia. En los casos de estrangulamiento la piel aparece dura y dolorosa, con sensación de empastamiento, pudiendo aparecer equimosis, flemón o incluso fistulación en fases avanzadas. La hernia estrangulada se suele acompañar de una importante manifestación sistémica, con vómitos, en parte por el componente vagal y en parte por la oclusión, dolor abdominal que se suele acompañar de distensión, importante afectación de estado general pudiendo llegar al shock. Es muy importante el diagnóstico precoz ya que a partir de las doce horas, el pronóstico de la hernia estrangulada empeora de forma muy importante.

IV. TRATAMIENTO.

En primer lugar intentaremos estabilizar al paciente.

Rehidrataremos al mismo, colocaremos una **sonda nasogástrica** en caso de vómitos, le administraremos **analgesia** y lo tumbaremos en posición de decúbito supino en el lugar más tranquilo posible.

En este primer momento podemos intentar la reducción manual de la hernia y de esta manera disminuir el compromiso vascular. Para ello tomamos la hernia en nuestras manos, con una de ellas presionamos de forma constante y suave el cuello herniario, mientras

que con la otra mano hacemos una presión lenta y moderada en dirección a la cavidad abdominal, acompañada de pequeños movimientos de rotación. **En las hernias crurales no se debe intentar reducirlas manualmente y se deben intervenir quirúrgicamente de entrada.**

En el caso de que esta maniobra tenga éxito se mantendrá al paciente *en observación un tiempo prudencial hasta la mejora de los síntomas*, para ser dado de alta y remitirlo a la consulta de cirugía para programar su intervención si procede.

Si en un primer momento no conseguimos reducir la hernia mantendremos al paciente en decúbito supino y le administraremos por vía intravenosa analgésicos y un relajante muscular tipo Valium, durante unos 20 minutos. En este momento se deben solicitar pruebas analíticas y una Rx de abdomen (simple y en bipedestación o decúbito lateral). Del mismo modo es interesante solicitar un preoperatorio (ECG, Rx tórax y coagulación), por si fuese necesario la intervención de urgencia.

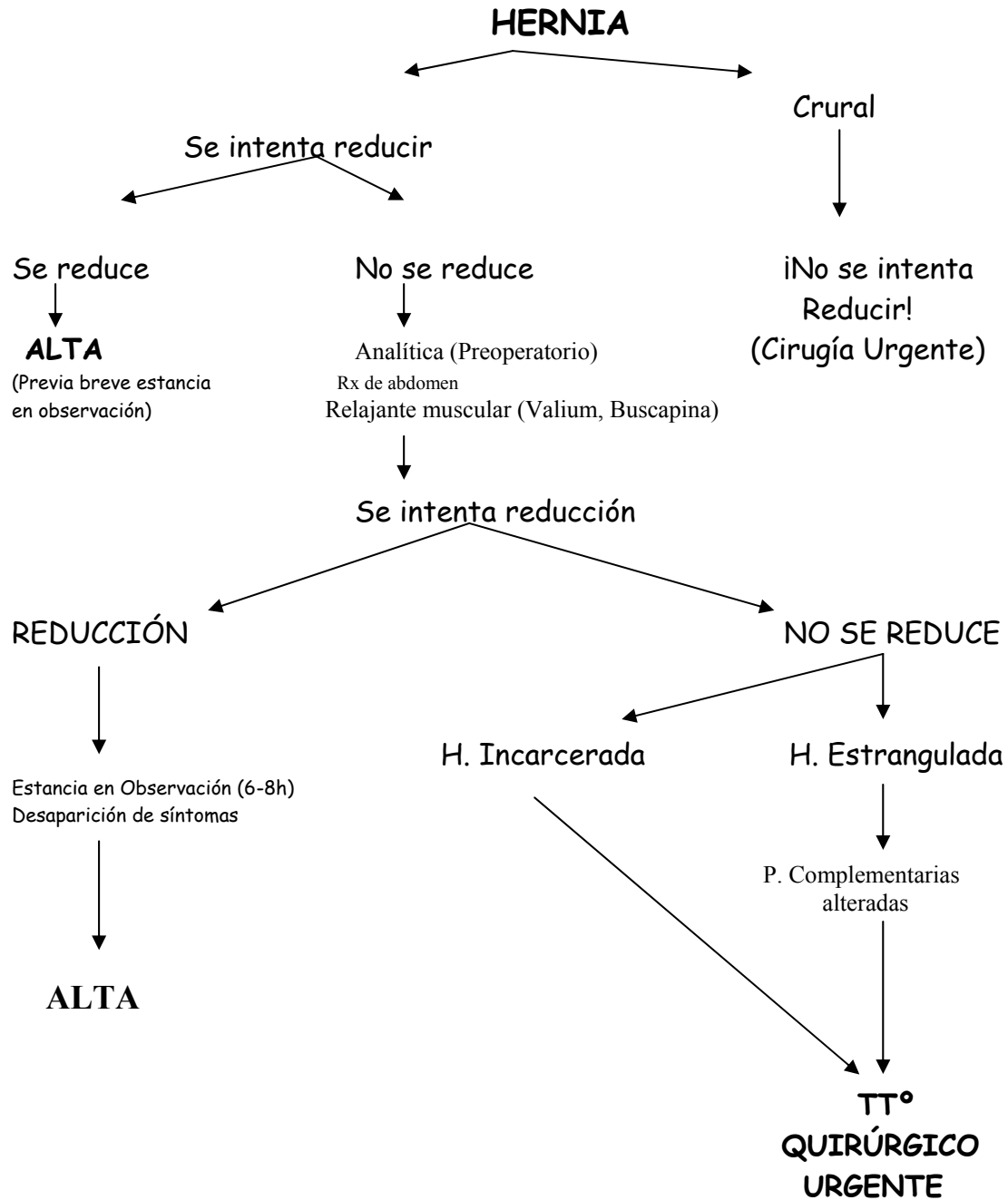
Pasados los 20-30 minutos se vuelve a intentar la reducción manual. Si la *hernia se reduce y las pruebas analíticas son normales*, tomamos la misma actitud que con la reductible en primera instancia..

Si la *hernia no se reduce o tan sólo lo hace de forma parcial*, nos encontramos ante una hernia encarcerada, que se debe intervenir quirúrgicamente con carácter urgente, a no ser que la evaluación del paciente nos haga pensar que los riesgos de la intervención son mayores que los beneficios (pero como regla general se deben intervenir de urgencia).

Si la *hernia no se reduce y además existen alteraciones analíticas* (leucocitosis y desviación izquierda, hiperamilasemia) y/o en la radiografía *signos de compromiso o de obstrucción intestinal (niveles hidroaéreos)*, se debe intervenir de forma urgente.

Una vez decidida la necesidad de intervención quirúrgica y si no se ha hecho con anterioridad es necesario la colocación de una sonda nasogástrica, tratamiento analgésico, reposición hidroelectrolítica y profilaxis antibiótica, sobre todo en aquellos casos de estrangulación o en los que se prevea que se va a realizar una hernioplastia con malla.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS



BIBLIOGRAFÍA

- Duran Sacristán, H. Cirugía. Tratado de patología y clínica quirúrgicas. McGraw-Hill. Madrid 1993.
- Péliissier E and Marre P. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. París 2000. Vol 1:107-170.
- Benavides et al. Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas. Litofinter, S.A. Madrid 1998.
- Skandalakis. Hernias: Anatomía y técnicas quirúrgicas. Interamericana, México DC 1992.
- Rutkow IM. Cirugía de Hernias. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol 3. Interamericana, México DC 1993

CUESTIONARIO:

1. El anciano se opera con más frecuencia que el joven de:
 - a) Hemorragia por varices esofágicas
 - b) Ulcus duodenal
 - c) Invaginación
 - d) Hernia estrangulada
 - e) Apendicitis
2. En relación con las hernias inguinales oblicuas externas, todas las afirmaciones siguientes son ciertas, excepto:
 - a) Están situadas por dentro de la arteria epigástrica
 - b) El saco herniario puede llegar hasta la bolsa escrotal
 - c) Pueden ser de etiología congénita
 - d) Su tratamiento más aconsejable es el quirúrgico
 - e) En los niños, puede asociarse a criptorquidea
3. La posición del cordón espermático en el hombre se encuentra ocupada en la mujer por:
 - a) El ligamento redondo
 - b) El ligamento ancho
 - c) El uréter
 - d) Los vasos uterinos
 - e) El útero
4. El signo predominante de una hernia inguinal encarcerada es:
 - a) Masa dolorosa en la ingle
 - b) Obstrucción intestinal
 - c) Vómitos
 - d) Dolor en testículo a la palpación
 - e) Crepitación en orificio herniario
5. ¿Cuál de las siguientes estructuras anatómicas relacionadas con el conducto inguinal es la más profunda?
 - a) Músculo oblicuo interno
 - b) Músculo transverso del abdomen
 - c) Fascia de Scarpa
 - d) Cordón espermático
 - e) Fascia transversalis

6. Las hernias inguinales directas aparecen:
- a) En la pared posterior del conducto inguinal
 - b) Por debajo del arco crural
 - c) Siguiendo el trayecto del cordón espermático
 - d) Por debajo del ligamento de Cooper
 - e) Lateral a las arterias epigástricas
7. Respecto a las hernias inguinales y crurales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- a) El cuello de la hernia crural está siempre por encima del arco crural
 - b) El saco de una hernia crural no tiene relación con la vaginal del testículo
 - c) Una hernia inguinal directa se produce a través de la fascia transversalis
 - d) El saco de una hernia crural puede estar en íntima relación con los vasos femorales
 - e) Si una hernia está estrangulada, el contenido del saco tendrá compromiso vascular
8. Por el anillo crural (laguna vascular), pasa alguno de estos elementos, señálelo:
- a) Nervio crural
 - b) Arteria femoral común
 - c) Músculo Psoas
 - d) Nervio obturador
 - e) Vena safena interna
9. Paciente de 58 años con EPOC y tumoración a nivel de región inguinal izquierda que está enrojecida, dolorosa espontáneamente y a la palpación. De consistencia dura y que no se puede reducir. No presenta alteraciones digestivas (vómitos, diarrea...) No fiebre. Pruebas de laboratorio normales. ¿Qué diagnóstico le sugiere el cuadro?
- a) Hernia inguinal simple
 - b) Hernia inguinal estrangulada
 - c) Hernia inguinal incoercible
 - d) Hernia inguinal encarcerada
 - e) Hernia inguinal necrosada