

DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.128-135

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1682>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 128-135







Hernia de pared abdominal, diagnostico y tratamiento

Abdominal wall hernia, diagnosis and treatment

Hérnia da parede abdominal, diagnóstico e tratamento

**Pablo Adrian Chica Alvarracin¹; Valeria Madelein Carrera Chinizaca²;
Jessenia Carolina Sagñay Cujilema³; Jessica Yesenia Sinchiguano Chiluisa⁴**

RECIBIDO: 01/05/2022 **ACEPTADO:** 20/05/2022 **PUBLICADO:** 09/06/2022

1. Cirujano General; Docente de la Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador; pchicaaczs5@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4056-3313>
2. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; vmcarrera1512@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6130-4679>
3. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; jessenia.c266@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6448-1577>
4. Médico; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; jsinchiguanoc@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5041-395X>

CORRESPONDENCIA

Pablo Adrian Chica Alvarracin
pchicaaczs5@gmail.com

Cuenca, Ecuador

RESUMEN

Una hernia de pared abdominal es la protrusión de peritoneo parietal (que puede acompañarse de vísceras intraabdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente débil de la pared abdominal. Está compuesta por un saco (peritoneo parietal) que comprende cuello, cuerpo y fondo, y que protruye a través de un orificio o anillo (defecto) aponeurótico. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Hernia de pared abdominal, diagnóstico y tratamiento. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Existe una amplia gama de hernias de la pared abdominal y varias sub clasificaciones dependiendo del área donde se desarrollen, la mayoría por no decir todas, terminan con tratamiento quirúrgico, como toda patología medica su pronto diagnóstico es el que va a establecer el tratamiento más óptimo posible. En cuanto al diagnóstico, la exploración física, sumada a los estudios de imágenes son los estándares para establecer un diagnóstico certero.

Palabras clave: Hernia, Pared, Quirúrgico, Inguinal, Protrusión.

ABSTRACT

An abdominal wall hernia is the protrusion of the parietal peritoneum (which may be accompanied by intra-abdominal viscera) through an anatomically weak hole or ring in the abdominal wall. It is composed of a sac (parietal peritoneum) that includes the neck, body, and fundus, and that protrudes through an aponeurotic hole or ring (defect). The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as abdominal wall hernia, diagnosis and treatment. Management and complications. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. There is a wide range of hernias of the abdominal wall and several sub-classifications depending on the area where they develop, most if not all, end with surgical treatment, like any medical pathology its prompt diagnosis is what will establish the most optimal treatment possible. Regarding diagnosis, physical examination, added to imaging studies are the standards to establish an accurate diagnosis.

Keywords: Hernia, Wall, Surgical, Inguinal, Protrusion.

RESUMO

Uma hérnia da parede abdominal é a protrusão do peritôneu parietal (que pode ser acompanhado por vísceras intra-abdominais) através de um orifício anatomicamente fraco ou anel na parede abdominal. É composta por um saco (peritôneu parietal) que inclui o pescoço, corpo e fundo, e que se projeta através de um buraco ou anel aponeurotico (defeito). A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a nível teórico, tais como hérnia da parede abdominal, diagnóstico e tratamento. Gestão e complicações. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. Existe uma vasta gama de hérnias da parede abdominal e várias subclassificações dependendo da área onde se desenvolvem, a maioria se não todas, terminam com tratamento cirúrgico, como qualquer patologia médica o seu diagnóstico imediato é o que estabelecerá o tratamento mais óptimo possível. Quanto ao diagnóstico, o exame físico, acrescentado aos estudos de imagem, são as normas para estabelecer um diagnóstico preciso.

Palavras-chave: Hérnia, Muro, Cirúrgico, Inguinal, Protrusão.

Introducción

Una hernia de pared abdominal es la protrusión de peritoneo parietal (que puede acompañarse de vísceras intraabdominales) a través de un orificio o anillo anatómicamente débil de la pared abdominal. Está compuesta por un saco (peritoneo parietal) que comprende cuello, cuerpo y fondo, y que protruye a través de un orificio o anillo (defecto) aponeurótico. No se requiere que el contenido esté fuera para que se diagnostique una hernia. Cuando el contenido de la hernia es susceptible de ser regresado a su sitio de origen se habla de una hernia reductible, cuando esto no es posible se habla de hernia irreductible o atascada (CONTRARREFERENCIA & DE LA RED, 2010).

La hernia traumática de pared abdominal (HTPA) se define como la rotura musculofascial causada por un traumatismo directo, sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el sitio de la lesión. Se considera una afección rara de la que se han publicado unos 100 casos. Aunque su incidencia real se desconoce, se acepta que puede ocurrir en el 1% de los traumatismos violentos (Moreno-Egea et al., 2007).

Las hernias de la pared abdominal (HPA) constituyen el procedimiento quirúrgico más frecuente en un servicio de cirugía. A diferencia de otras enfermedades hoy en día susceptibles de tratamiento quirúrgico, aunque quizá no en un futuro, las HPA, desde que en el año 25 d.C. Celso documentó el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, constituyen, 20 siglos después, una entidad eminentemente quirúrgica que, posiblemente, continuará siéndolo siempre (Jiménez et al., 2007). La reparación de las afecciones herniarias de la pared abdominal (HPA) es la intervención que con más frecuencia se realiza en los servicios de cirugía general, tanto de forma programada como urgente. Pero hay una serie de localizaciones anatómicas en las que se forman hernias en un porcentaje de casos

muy escaso, que dan lugar a cuadros que requieren un alto índice de sospecha clínica, como las hernias de Spiegel (HS), del agujero obturador (HO), del área lumbar (HL) o las de localización intraparietal (HIP). Nuestro objetivo es revisar la casuística tratada en nuestro servicio, definir las formas más frecuentes de presentación y evaluar las opciones terapéuticas empleadas y sus resultados (Satorras-Fioretti et al., 2006).

Lo que caracteriza a estos últimos años en el tratamiento de las hernias es la introducción de mejores materiales de sutura, nueva tecnología, nuevos materiales protésicos, lo que permite un acceso mínimo, una reparación sin tensión y con materiales compatibles (Fernández et al., 2019).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Hernia de pared abdominal, diagnóstico y tratamiento. Manejo y complicaciones. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Tabla 1. Clasificación de las hernias de la pared abdominal.

Hernia inguinal indirecta
Hernia umbilical
Hernia crural o femoral
Hernia ventral lateral o de Spiegel
Hernia epigástrica

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Jiménez et al., 2007).

(CONTRARREFERENCIA & DE LA RED, 2010), las clasifica como:

Según localización:

- Indirectas
- Directas
- Mixtas (en pantalón)

Según tamaño:

- Pequeñas
- Medianas
- Grandes

Según antecedente de operación previa:

- Primarias
- Recidivadas

Según síntomas:

- Asintomáticas o Sintomáticas

1. Hernia inguinal

El término de hernia inguinal comprende tres tipos de hernias, dependiendo de la localización en relación con el triángulo inguinal (de Hesselbach) el cual es un punto de referencia anatómico limitado en el lado medial por el músculo recto abdominal, en el lado inferior por el ligamento inguinal y en el lado externo por los vasos epigástricos inferiores: inguinal directa, inguinal indirecta y femoral. Una hernia inguinal directa es una protrusión de tejido a través de la pared posterior del canal inguinal, en situación medial a los vasos epigástricos inferiores, en este tipo de hernia el saco herniario pasa en forma directa a través del triángulo inguinal y trastorna el piso del canal inguinal, mientras que la hernia inguinal indirecta se proyecta a través del anillo inguinal interno, en situación lateral a los vasos epigástricos inferiores, en ella, el saco herniario pasa por fuera de los límites del triángulo inguinal y sigue el trayecto del cordón espermático. Una hernia femoral es la protrusión de tejido por debajo del ligamento inguinal, en

localización medial a los vasos femorales (Fernández et al., 2019).

1.1. Diagnóstico

1.1.1. Exploración física

En los varones, la exploración debe iniciarse con el paciente de pie y el médico sentado frente a él. Debe observarse la ingle en busca de un abultamiento obvio. El médico debe buscar cualquier abultamiento que se expande cuando el paciente puja (maniobra de Valsalva). Una hernia indirecta tiene a menudo una forma piriforme, ancha en el escroto y angosta sobre la mitad medial del ligamento inguinal. Una hernia directa tiene forma globular sobre la mitad medial del ligamento inguinal y por lo general no entra al escroto. Si no se visualiza la hernia, deben realizarse maniobras adicionales. El médico palpa la base del escroto con su dedo índice e invagina con suavidad la piel redundante del escroto hacia dentro del canal inguinal en dirección al tubérculo púbico. El dedo sigue el cordón espermático adyacente y la punta del dedo estará justo dentro del anillo externo. Se le pide al paciente que puje o que tosa mientras el médico palpa en busca de un impulso suave, el cual indica herniación. Las hernias inguinales en las mujeres a menudo no presentan un abultamiento visible. Sin embargo, es posible detectar el abultamiento con la palpación directa durante la maniobra de Valsalva (Fernández et al., 2019).

1.1.2. Estudios de imagen

El diagnóstico en los varones por lo general no requiere estudios de imagen. Sin embargo, en las mujeres a menudo se requieren estudios y son útiles cuando se sospecha una hernia recurrente, complicación quirúrgica después de la reparación u otra causa de dolor inguinal (p. ej., masa inguinal, hidrocele). La ultrasonografía, que es la modalidad de primera línea, tiene una sensibilidad de 33 a 86% y especificidad de 71 a 90% para las hernias ocultas y cuando se tiene la sospecha, es posible

utilizarla para diagnosticar hernias inguinales que no son evidentes a la exploración clínica. Es posible considerar el estudio de resonancia magnética (MRI, magnetic resonance imaging) con maniobra de Valsalva si la sospecha clínica de hernia inguinal es alta a pesar de los hallazgos negativos en la ultrasonografía. La MRI tiene una sensibilidad de 91%, especificidad de 92%, valor predictivo positivo de 95% y valor predictivo negativo de 85% para las hernias ocultas (Fernández et al., 2019).

1.1.3. Tratamiento

Manejo conservador

La observación expectante es una opción razonable y segura en varones si las actividades usuales del paciente no se ven limitadas por el dolor y la molestia y no existe dificultad para reducir la hernia. Debe llevarse a cabo la intervención quirúrgica si desarrolla dolor. La observación expectante no se recomienda en mujeres no embarazadas debido a la mayor probabilidad de hernias femorales, las cuales se relacionan con un mayor riesgo de estrangulación. La observación expectante tampoco se recomienda para las hernias sintomáticas debido a su mayor riesgo de estrangulamiento (Fernández et al., 2019).

Tratamiento quirúrgico

La elección de la técnica quirúrgica para la reparación de una hernia inguinal depende de factores como accesibilidad a anestesia, la preferencia y entrenamiento del cirujano. La preferencia del paciente, costo, disponibilidad de malla y otras logísticas. Familiarizarse con los tipos frecuentes de intervenciones quirúrgicas ayuda al médico familiar a facilitar la atención posoperatoria y evaluar en busca de complicaciones, que incluyen las recurrencias. Las intervenciones quirúrgicas se catalogan en reparación anterior abierta, reparación posterior abierta, reparación con malla sin tensión y reparación laparoscópica (Fernández et al., 2019).

2. Hernia obturatriz

La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad rara, con una frecuencia de presentación entre un 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal, y es causa de una obstrucción de intestino delgado entre un 0,2-1,6% de los casos. En general, aparece en mujeres delgadas, ancianas y multíparas. Debido a que los signos y síntomas son inespecíficos, el diagnóstico y el tratamiento a menudo se retrasa, siendo el diagnóstico preoperatorio únicamente posible en un 10-30% de los casos. Este retraso asocia un incremento de las tasas de estrangulación herniaria (que oscilan entre un 25-100%) y mortalidad (12-70%). En consecuencia, un diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para reducir la tasa de estrangulación y mortalidad (PRIEGO et al., 2010).

3. Hernia de Spiegel

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto de la pared abdominal. Su diagnóstico y tratamiento todavía no están estandarizados, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación, por lo que requiere un alto índice de sospecha y la frecuente utilización de estudios de imagen. La hernia de Spiegel produce el 2% de las urgencias en las hernias de la pared abdominal y el 20% de las hernias de Spiegel requiere intervención urgente, por lo que tras diagnosticarla se indica su reparación (Muniz et al., 2011).

3.1. Diagnóstico

El diagnóstico suele ser clínico; en caso de duda, el uso de estudios de imagen varía del 30 al 100% según las series. La ecografía es menos sensible que la TC, que puede presentar falsos negativos (Muniz et al., 2011).

3.2. Tratamiento

Existen diversas técnicas. El cierre simple de pequeños defectos, por vía abierta, sigue empleándose hasta en el 90% de al-

gunas series; en defectos mayores se indica un refuerzo con malla preperitoneal. Es aconsejable el uso de prótesis de material sintético cuando la aponeurosis es atrófica, los defectos son grandes y en las recidivas. La malla se sitúa entre el peritoneo y los músculos anchos, entre dos planos musculares o en forma de tapón (plug). La recurrencia herniaria es excepcional. Para nuestro caso se decidió ante la duda diagnóstica la realización de una tomografía computada y para su tratamiento dado el tamaño del anillo se decidió la colocación de una malla de polipropileno entre los músculos oblicuo menor y transverso para reforzar la reparación parietal (Muniz et al., 2011).

4. Hernia umbilical

La hernia umbilical se considera, de acuerdo a la clasificación de los defectos de la pared abdominal de la Asociación Europea de la Hernia, como una hernia primaria de la línea media dentro de los márgenes laterales de las vainas de los músculos rectos, en un rango de 3 cm por encima y por debajo del ombligo (Lora-Aguirre et al., 2019).

4.1. Diagnóstico

Los estudios imagenológicos son útiles en los pacientes obesos (defectos asociados de la pared), hernias gigantes (contenido y anatomía de la hernia), antecedentes quirúrgicos de la pared abdominal, ante cambios en las características de las hernias inveteradas o ante un dolor umbilical sin una evidente manifestación clínica de hernia.

4.1.1. Evaluación preoperatoria

Incluye una valoración del dolor y su relación con la hernia, síntomas gastrointestinales asociados, la limitación funcional y las expectativas del paciente, los tratamientos a realizar, así como las enfermedades y antecedentes asociados. Cabe anotar que los pacientes con pequeñas hernias asintomáticas en quienes haya cambiado la condición a sintomáticos, o quienes refieran un aumento del tamaño de su hernia, pueden

tener un aumento de la presión intrabdominal que debe ser estudiado, constituyéndose en estos casos la hernia umbilical en un signo clínico de una condición intrabdominal de mayor complejidad (Lora-Aguirre et al., 2019).

4.1.2. Tratamiento

La variabilidad de las presentaciones clínicas y las técnicas quirúrgicas empleadas dificultan unificar los criterios en el tratamiento, considerándose un enfoque quirúrgico específico para cada paciente con hernia, con “la mejor opción” según sea el caso (Lora-Aguirre et al., 2019).

Reparaciones con malla o sin malla

La utilización rutinaria de las prótesis tiene un impacto favorable en las recidivas, aún a pesar de mayores eventos adversos del sitio operatorio (seroma, infección o hematoma, entre otros) y el dolor crónico resultantes (Lora-Aguirre et al., 2019).

Reparo abierto sin malla

Es la técnica utilizada con mayor frecuencia, a pesar de una alta recidiva, con diferentes materiales de sutura y formas de efectuar la reparación herniaria (Lora-Aguirre et al., 2019).

Reparo abierto con malla

Implica crear un espacio anatómico o modificar uno existente con un esfuerzo técnico para ello. También parecen lograrse con los materiales protésicos de monofilamento de densidad intermedia (40 - 80 gr/m²) y macro porosos (poros de 1-3 mm) (13, 14) una mejoría en la integración, resistencia a la infección, formación de granulomas y menor sensación de cuerpo extraño o dolor crónico, pudiendo efectuarse en los siguientes sitios:

Implica crear un espacio anatómico o modificar uno existente con un esfuerzo técnico para ello. También parecen lograrse con los materiales protésicos de monofilamento de densidad intermedia (40 - 80 gr/m²) y ma-

cro porosos (poros de 1-3 mm) (13, 14) una mejoría en la integración, resistencia a la infección, formación de granulomas y menor sensación de cuerpo extraño o dolor crónico, pudiendo efectuarse en los siguientes sitios:

- Detrás de los músculos rectos del abdomen (preperitoneal o sublay): es difícil en obesos y en reproducciones herniarias.
- Intermuscular sin cerrar el defecto (inlay): tiene alta recidiva, no recomendable.
- Sobre la aponeurosis (onlay): de fácil instalación, con mayor riesgo de granulomas y seromas (Lora-Aguirre et al., 2019).

Reparación mínimamente invasiva

Se considera en las hernias encarceladas, agudas o crónicas, diástasis de los rectos asociados, sospecha de otras hernias concomitantes u ocultas, defectos mayores de 4 cm, obesidad o recidivas e, incluye el uso de una prótesis con o sin el cierre del defecto herniario (20, 21). La técnica más empleada es el IPOM (malla intraperitoneal) con prótesis recubiertas y dispositivos de fijación a la pared abdominal (Lora-Aguirre et al., 2019).

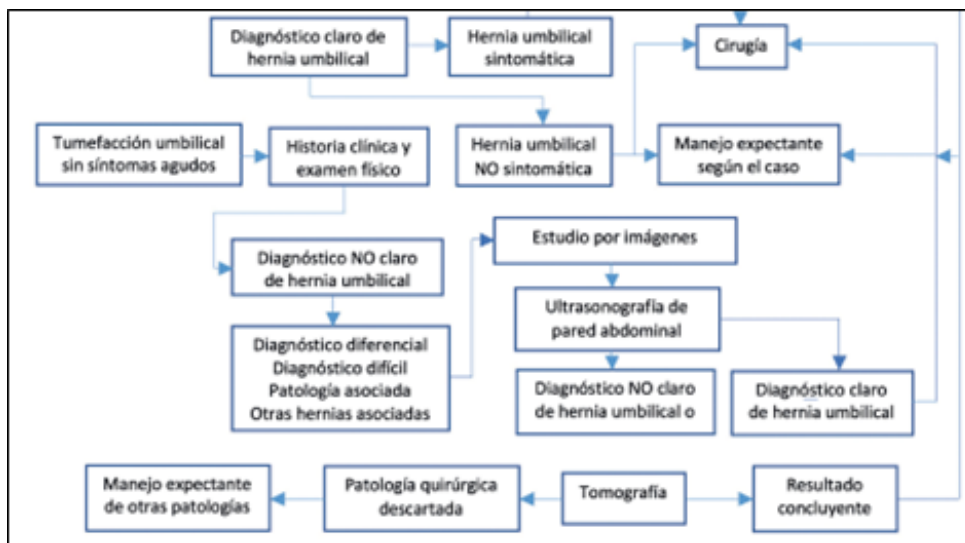


Figura 1. Flujograma diagnóstico. Pacientes con sospecha de hernia umbilical. Fuente: modificada de la referencia.

Fuente: (Lora-Aguirre et al., 2019).

Conclusión

Existe una amplia gama de hernias de la pared abdominal y varias sub clasificaciones dependiendo del área donde se desarrollen, la mayoría por no decir todas, terminan con tratamiento quirúrgico, como toda patología medica su pronto diagnostico es

el que va a establecer el tratamiento mas optimo posible. En cuanto al diagnóstico, la exploración física, sumada a los estudios de imágenes son los estándares para establecer un diagnóstico certero.

Bibliografía

- CONTRARREFERENCIA, Y., & DE LA RED, A. D. A. (2010). Hernia de pared abdominal. <http://200.54.170.195/PDS/GuiasReferencia/Guia-HERNIA-PARED-ABDOMINAL.pdf>
- Fernández, Z. R., Diallo, M. S., Álvarez, G. J., Yodú, R. L. G., & Callejas, E. C. (2019). Fundamentos históricos del diagnóstico y tratamiento de las hernias inguinales. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(2), 1–22.
- Jiménez, M. M., Petri, A. M., & de Agustín Asensio, J. C. (2007). Hernias más frecuentes de la pared abdominal. *Acta Pediatr Esp*, 65(5), 231–235.
- Lora-Aguirre, A., Vega-Peña, N. V, Barrios-Parra, A. J., & Ruiz-Pineda, J. P. (2019). Hernia umbilical: un problema no resuelto. *Iatreia*, 32(4), 288–297.
- Moreno-Egea, A., Girela, E., Parlorio, E., & Aguayo-Albasini, J. L. (2007). Controversias en el manejo actual de las hernias traumáticas de pared abdominal. *Cirugía Española*, 82(5), 260–267. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71723-2](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71723-2)
- Muniz, N., Sanguinetti, M., Belderrain, L., Pereyra, J., & Viola, M. (2011). Hernia de Spiegel. Diagnóstico y tratamiento. 82o Congreso Argentino de Cirugía.
- PRIEGO, P., MENA, A., & DE JUAN, A. (2010). Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: Análisis de nuestra experiencia. *Revista Chilena de Cirugía*, 62(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-40262010000200007>
- Satorras-Fioretti, A. M., Vázquez-Cancelo, J., Pigni-Benzo, L., Salem, A. M., & Ramos-Ardá, A. (2006). Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente. *Cirugía Española*, 79(3), 180–183. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(06\)70846-6](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(06)70846-6)

CITAR ESTE ARTICULO:

Chica Alvarracin, P. A., Carrera Chinizaca, V. M., Sagñay Cujilema, J. C., & Sinchiguano Chiluisa, J. Y. (2022). Hernia de pared abdominal, diagnostico y tratamiento. *RECIMUNDO*, 6(3), 128-135. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.128-135](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.128-135)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.