

## HERNIAS

**Dr. David Moro Valdezate**

Médico adjunto del Servicio de Cirugía

Es una patología por la cual algunas estructuras contenidas en la cavidad abdominal pueden salir fuera de la misma a través de algún orificio natural de la pared abdominal, conservándose la integridad del peritoneo y la piel, que para alojar a dichas vísceras se distiende en forma de saco.

### TERMINOLOGÍA

- **Hernia incarcerada:** hernia que no se puede reducir que interrumpe el tránsito intestinal sin compromiso vascular.
- **Hernia estrangulada:** hernia que no se puede reducir que interrumpe el tránsito intestinal con compromiso vascular.
- **Hernia incoercible:** hernia que se reduce, pero instantáneamente se vuelve a reproducir.
- **Hernia deslizada:** hernia en la que la pared del saco es una víscera, intestino o vejiga.
- **Hernia incisional o eventración:** Profusión de algunas estructuras viscerales a través de una herida quirúrgica ya cicatrizada.
- **Evisceración:** salida al exterior de vísceras y contenido abdominal producida por la dehiscencia de todos los planos de la pared después de una laparotomía.

### ETIOLOGÍA

- Disparidad mecánica entre la presión visceral y la resistencia de la musculatura abdominal.
- Congénita: Persistencia del conducto peritoneo-vaginal en el hombre y del conducto de Nuck en la mujer.
- Alteraciones del colágeno.
- Desnutrición, herencia genética, esfuerzo físico, adelgazamiento rápido...

### TIPOS DE HERNIAS

- **Hernia inguinal directa:** el saco propulsa a través de la fascia transversales por dentro de los vasos epigástricos.
- **Hernia inguinal indirecta:** el saco propulsa por fuera de los vasos epigástricos y suele acompañar al cordón espermático.
- **Hernia inguinoescrotal:** hernia inguinal indirecta que es tan voluminosa que llega al escroto.
- **Hernia crural:** el saco sale por el orificio crural.
- **Hernia umbilical:** el saco protuye por el orificio umbilical.
- **Hernia epigástrica:** el defecto herniario aparece en la línea alba, entre el xifoides y el ombligo.
- **Hernia de Spiegel:** la hernia se produce en la línea de unión entre el músculo transverso del abdomen y el músculo recto.
- **Hernia de Richter o por pellizcamiento:** es aquella en que sólo una porción de la pared del intestino herniado está en el saco.
- **Hernia de Littré:** hernia cuyo contenido del saco herniario es el divertículo de Meckel.
- **Hernias poco frecuentes:** obturadoras, lumbares e isquiáticas.
- **Hernia de Grynfelt:** hernia lumbar que emerge por el cuadrilátero de Grynfelt.
- **Hernia de Petit:** aquella hernia que emerge por el triángulo de Petit.

### CLÍNICA

Por lo general la hernia es pobre en sintomatología; pudiéndose presentar:

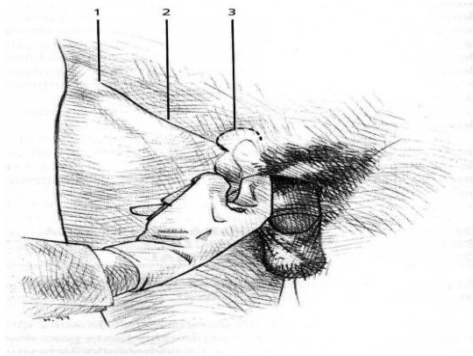
- **Tumoración:** Signo principal de la hernia.
- **Dolor:** Uno los primeros síntomas localizados a menudo en el anillo inguinal interno o profundo, otras veces referido a la región dorsal. El dolor aumenta con la posición de bipedestación, con la marcha y los esfuerzos.
- **Síntomas gastrointestinales:** Flatulencia, dolor abdominal tipo cólico, acompañados con náuseas y vómitos llamándose a todo este conjunto de síntomas "Dispepsia Herniaria".
- Habrá trastornos en la micción si la vejiga está comprometida.

### DIAGNÓSTICO

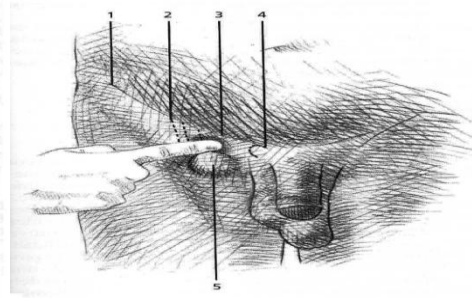
La simple **inspección** de la zona puede mostrar relieves en la piel o asimetrías.

**En el hombre** se debe introducir el dedo índice a través del escroto en el orificio inguinal superficial y decir al enfermo que aumente su presión abdominal sobre la zona. Si existe una hernia, se aprecia la propulsión del saco sobre la punta del dedo si se trata de una hernia indirecta y por debajo si es directa.

**En la mujer** se procede de modo similar colocando el dedo sobre el labio mayor y la proyección en la piel del anillo inguinal superficial. El orificio crural está situado dos traveses de dedo por dentro de la arteria femoral inmediatamente por debajo del ligamento inguinal. Habitualmente con la exploración física es suficiente para llegar a un diagnóstico.



*Técnica para invaginar el escroto con el fin de palpar el conducto inguinal.*  
 1. Espina iliaca anterosuperior. 2. Ligamento inguinal. 3. Anillo inguinal externo.



*Exploración de la Hernia Crural*  
 1. Espina iliaca anterosuperior. 2. Arteria y vena femoral. 3. Conducto crural. 4. Anillo inguinal externo. 5. Hernia crural.

En situaciones de abdomen agudo, la **radiología simple** nos aporta información sobre una posible oclusión intestinal debido a una hernia encarcerada, observándose asas de delgado distendidas e incluso fuera de la cavidad abdominal. La **ecografía** ayuda en la identificación del contenido del saco herniario, así como de los signos de isquemia intestinal.

## MANEJO

### HERNIA NO COMPLICADA

Toda hernia que ocasiona molestias locales, pero que no está encarcerada ni estrangulada se maneja de forma ambulatoria, remitiendo al paciente a Consultas Externas de Cirugía para proponer intervención quirúrgica programada.

### HERNIA INCARCERADA

- **Si la evolución es menor de 4 horas:** Intentar reducir por taxis (reducción manual).
- **Si la evolución es mayor de 4 horas:** Posible intervención quirúrgica urgente. Valorar el riesgo de isquemia/necrosis intestinal.

### HERNIA ESTRANGULADA

- **Tratamiento médico:**
  - Dieta absoluta y/o SNG.
  - Hidratación con fluidoterapia.
  - Antibioterapia de amplio espectro.
- **Intervención quirúrgica urgente:** Debe reducirse la hernia y valorar la viabilidad del intestino comprometido. Si no se recupera la viabilidad, se procede a la resección intestinal y anastomosis y posteriormente a la reparación herniaria.