



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Mayra Mercedes Lopez Morales

Tema: HERNIOPLASTIA

Técnicas Quirúrgicas

Semestre: 6°

Grupo: "B"

Dra. Kikey Lara Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

junio del 2020.

HERNIOPLASTIA

INTRODUCCION

Una hernia es un orificio Anatómicamente constituido es un espacio anatómico que presenta cierta debilidad o patología que da como resultado una hernia. A diferencia de las evisceraciones y eventraciones que son un orificio artificialmente constituido con una cirugía o herida traumática. Las hernias más frecuentes son las de la pared abdominopelvicana, esto es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto natural de la pared abdominal. El contenido herniado siempre se acompaña del peritoneo parietal que constituye el saco herniario. Los elementos protruidos con mayor frecuencia son las asas intestinales, epiplón y colon.

Las hernias están compuestas de una envoltura, Saco Herniario, cuello, cuerpo y fondo, el contenido de estas habitualmente las vísceras más próximas y con mayor movilidad. Y existen diferentes tipos de hernias, están las hernias epigástricas, hernias umbilicales, hernias incisiones., hernia de Spiegel, hernia inguinal directa o indirecta y la hernia crural o femoral. Las hernias son comunes y pueden afectar a hombres, mujeres y niños y puede ser de diferentes etiologías ya sea congénita, adquirida, recidivada o Traumática.

En algunos pacientes con hernias no se dan cuenta de su presencia hasta que es por un hallazgo o por la sintomatología, los síntomas producen una gran variedad de molestias inespecíficas relacionadas con el contenido del saco y la presión que el mismo ejerce en el tejido vecino. Las molestias que causan siempre son más molestas al final del día y se alivian por la noche cuando el paciente se acuesta y se reducen. Cabe mencionar que las hernias inguinales no causan dolor testicular; el dolor inguinal sin una hernia demostrable por lo general no indica ni anuncia su inicio. Casi todas las hernias se desarrollan de manera insidiosa, pero algunas, en especial en pacientes con la posibilidad de una compensación se precipitan por un acontecimiento muscular forzado aislado.

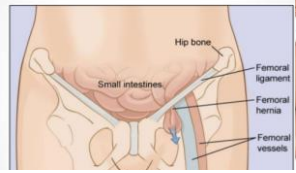
Las hernias se diagnostican con facilidad en el examen físico, de manera característica, el saco herniario con su contenido crece y transmite un impulso palpable cuando el paciente hace un esfuerzo o tose. Por lo general, durante el examen el enfermo debe estar de pie porque es imposible palpar con certeza una hernia inguinal reducida si esta acostado. Para el examen físico existen maniobras de palpación para identificar una hernia.

Maniobra de Landívar esta consiste en reducir la hernia y comprimir el orificio profundo con una mano (se lo localiza a 2 cm. por encima de la parte media del pliegue inguinal o a dos traveses de dedo por debajo y dentro de la espina ilíaca antero superior), se invita al paciente a realizar un esfuerzo y se observa o palpa con la otra mano que pasa con la tumoración herniaria, si no aparece o no se palpa es indirecta y si aparece o se palpa es directa.

Es importante realizar una buena exploración física para tener el diagnóstico adecuado y dar el tratamiento correcto, ya que existen varios diagnósticos diferenciales como por ejemplo tuberculosis, neoplasias, lipomas, varicocele, hematoma, absceso del psoas, hidrocele, entre otros. El tratamiento por lo general es quirúrgico, y se utilizan diferentes técnicas dependiendo la localización de la hernia y dependiendo del cirujano, las técnicas más usuales es la técnica de Bassini, técnica de McVay, técnica de Lichtenstein.

La técnica de Bassini luego de incidir piel, TCS y fascias, se abre la aponeurosis del oblicuo mayor desde el anillo externo, se reseca el cremáster para exponer el cordón espermático, la pared posterior del canal es abierta y los vasos epigástricos son expuestos., Bassini abre la pared posterior del canal inguinal para exponer el espacio preperitoneal y realizar una disección alta del saco herniario en la fosa ilíaca, para ligarlo, luego se reconstruye la pared posterior en 3 capas, primero aproxima los tejidos mediales (incluyendo oblicuo interno, musculo transverso y fascia transversales) hacia el ligamento inguinal con sutura continua no reabsorbible, luego pone el cordón sobre la pared posterior recién reconstruida y cierra la aponeurosis del oblicuo mayor sobre él, descendiendo del canal y reformando el anillo inguinal externo.

Hernia crural o femoral

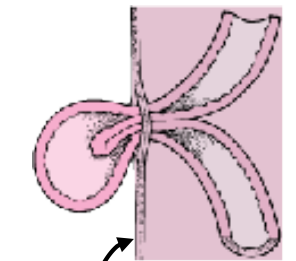


Hernia umbilical



Hernia no reducida (incautelada)

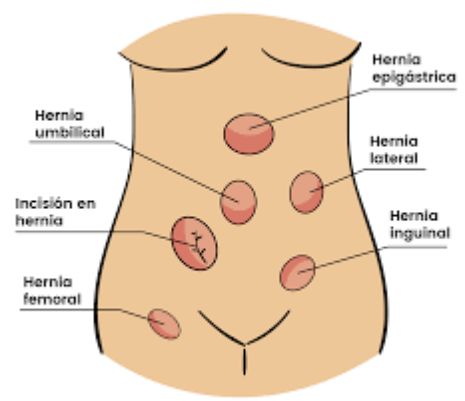
Hernias por deslizamiento



Hernia estrangulada



Tipos de hernias



hernioplastia

Condición de hernias

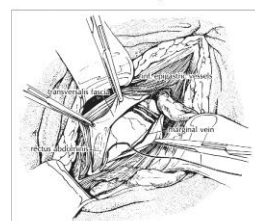
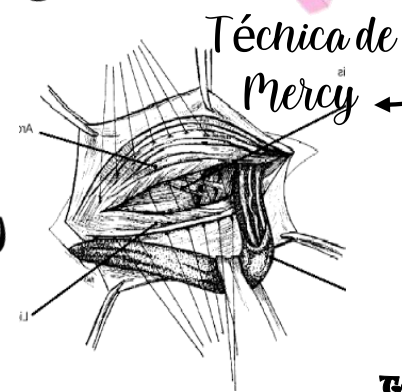
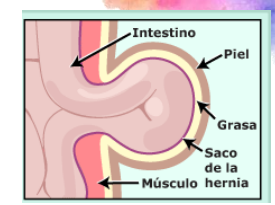
tratamiento

etiología

Congénita, adquirida, recidivantes y traumáticas



anatomía

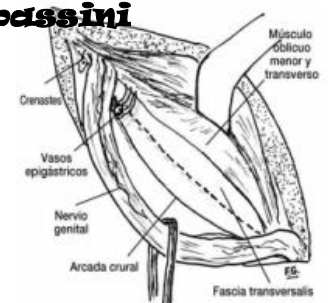


Técnica de shouldice



TECNICA DE MC VAY

Técnica de bassini



CONCLUSION

En lo personal realizar este trabajo me ayudó mucho, ya que aparte de obtener más conocimiento general me ayudo a conocer un poco más a fondo estos procedimientos y por lo tanto poder asistir al cirujano que realice este tipo de cirugía, cabe mencionar que las hernias son muy frecuentes en nuestro medio, ya que como tiene diferentes etiologías este tipo de patología puede estar presente en cualquier persona, ya sea niños, adultos, hombres y mujeres por igual.

Es importante hacer un buen diagnóstico, para poder dar un tratamiento adecuado, ya que existen muchos diagnósticos diferenciales, por ejemplo, un linfoma, tuberculosis, epididimitis, torsión testicular, varicocele, abscesos del psoas entre otros.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Chávez, N., Calderón, W. (2003) Experiencia de hernioplastia con anestesia local.

Revista Médica Hered. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n4/v14n4ao1.pdf>