



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**Mapa mental “Hernioplastias”**

**Nombre del alumno: Ricardo de Jesús Aguilar Felipe**

**Nombre de la asignatura: Técnicas Quirúrgicas Básicas**

**Semestre y grupo: 6to semestre grupo “A”**

**Nombre del profesor: Dra. Kikey Lara Martínez**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 05 de Junio de 2020**

# **MAPA MENTAL “HERNIOPLASTIAS”**

## INTRODUCCION

En el presente trabajo se demostrará a través de un mapa mental el tema de hernioplastias, además de que se mencionaran de manera breve la manera en la que las hernias se clasifican, ya que tenemos que estas se clasifican de acuerdo a diferentes características que pueden llegar a tener en común, y así poder diferenciarlas entre ellas mismas.

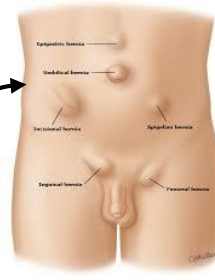
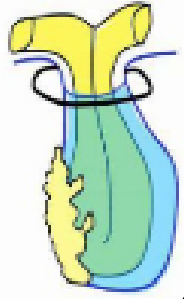
Las hernias son denominadas como la protrusión del contenido abdominal a través de una zona anatómicamente débil de la pared abdominal. Las hernias tienen un saco y un contenido los cuales pasan a través de un defecto parietal. La etiología es multifactorial. Se describen factores congénitos predisponentes, 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.

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).

# DESARROLLO

## COMPONENTES

- 1- ANILLO
- 2- SACO
- 3- CONTENIDO



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

# HERNIAS ABDOMINALES

## SEGÚN SU LOCALIZACION

**CRURALES 5%**

**UMBILICALES 4%**

**EPIGASTRICAS 2%**

**RARAS 4%**

Se reintroducen fácilmente a la cavidad abdominal

## SEGÚN SU CONDICION

### REDUCTIBLES

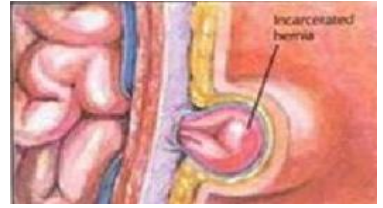
### IRREDUCTIBLES

#### INCARCERADO

Reducción sin compromiso vascular ni isquemia

#### ESTRANGULADO

Riesgo de necrosis por compromiso vascular



## TRATAMIENTO

### Hernioplastias.

Técnica de Lichtenstein

Técnica de Gilbert

Técnica de Rives

Técnica de Trabucco

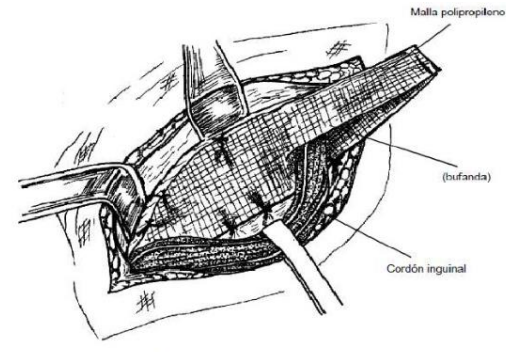
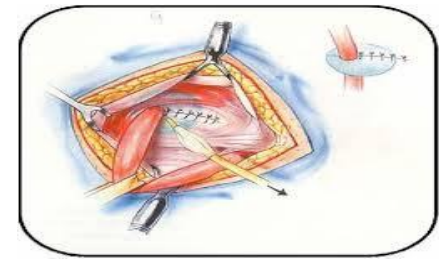
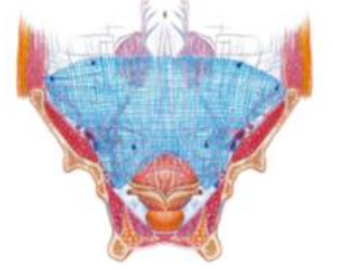


FIGURA 3. Malla fijada según técnica de Lichtenstein.

### Descripción de la Técnica de Gilbert



Figura 5. Colocación de la malla con la técnica de Rives-Stoppa.



## **CONCLUSIÓN**

Las hernioplastias son el tratamiento de elección para las hernias. Dentro de ellas podemos encontrar diferentes tipos.

Existen numerosos materiales biológicos disponibles con diferentes propiedades, pero en general tienen menor fuerza tensil y tasas más elevadas de rotura al compararlos con las prótesis sintéticas. También tienen grados variables de fuerza tensil y biocompatibilidad de tejidos entre ellos. En las reparaciones de hernias ventrales, los materiales de xenoinjerto se asociaron con tasas más bajas de recurrencia en comparación con el material de aloinjerto. Una revisión de materiales biológicos concluyó que los materiales con disposición cruzada eran más duraderos y menos propensos al fracaso que los injertos sin reforzamiento. Sin embargo, su baja capacidad para la remodelación afecta de manera adversa las tasas de infección e incorporación. La malla puede fijarse con un adhesivo derivado de la fibrina y se han desarrollado mallas con mecanismo de autofijación para disminuir traumatismo a los tejidos circundantes y reducir el riesgo de neuropatía por atrapamiento. Para hernias reparadas a través de un acceso preperitoneal estricto, la fijación de las prótesis podría no ser necesaria en lo absoluto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Schwartz (2015). *Principios de cirugía*. 10ma edición. Mexico, DF. Mc Graw Hill Interamericana editores.
- P. Sciuto Varela (2018). *Hernias de la pared abdominal*. Uruguay. Clinicas quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la Republica.