

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

DOCENTE: DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.

TEMA: HERNIOPLASTIA.

ALUMNO: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEXTO SEMESTRE.

CUARTA UNIDAD.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

# HERNIOPLASTIA

La Hernioplastia es un procedimiento para corregir una hernia cuando la pared muscular es débil, ya que, tras retirarla, el saco busca la reparación de la pared abdominal. Existen diferentes tipos de hernias:

Hernia femoral: es una protuberancia en la parte superior del muslo, justo debajo de la ingle. Este tipo es más común en las mujeres que en los hombres.



Hernia hiatal: se presenta en la parte superior del estómago. Una porción de la parte superior del estómago se adentra en el tórax.



Hernia quirúrgica o eventración: puede darse a través de una cicatriz si el paciente ha tenido una cirugía abdominal en el pasado.

Hernia umbilical: es una protuberancia alrededor del ombligo. Sucede cuando el músculo alrededor del ombligo no se cierra completamente después del nacimiento.

Hernia inguinal: es una protuberancia en la ingle que puede bajar hasta el escroto. Este tipo es más común en los hombres.

En la hernioplastia se utiliza anestesia general o epidural de acuerdo al tipo de hernia. Su duración es de una a dos horas dependiendo el tipo de hernia y su recuperación es de una a tres semanas. La cirugía puede ser de dos tipos:

- Convencional, en la que se realiza una herida en la piel para la reparación.
- Laparoscópica, a través de un laparoscopio, el cual es un tubo delgado e iluminado que le permite al médico ver el interior del abdomen de su paciente y reparar la hernia a través de pequeñas incisiones.

Principales causas de la aparición de hernias: Levantar objetos pesados sin protección (faja); Cualquier actividad que eleve la presión dentro del abdomen.

Síntomas para identificar que se es candidato al procedimiento: Dolor; Protuberancia después de un esfuerzo.

Cuidados postoperatorios: Evitar levantar cosas pesadas; Dieta normal; Curación de la herida; Administración de medicamentos para dolor e infección.

## HERNIOPLASTIA SEGÚN LA TÉCNICA DE LICHTENSTEIN

La técnica de hernioplastia sin tensión se basa en la colocación de una malla como reparación suficiente del defecto herniario, evitando cualquier otro gesto no encaminado a éste fin (no se utiliza la malla como refuerzo de otra sutura previa).

Se pueden diferenciar 2 tipos de técnicas según el tipo de prótesis utilizada:

### Técnica A

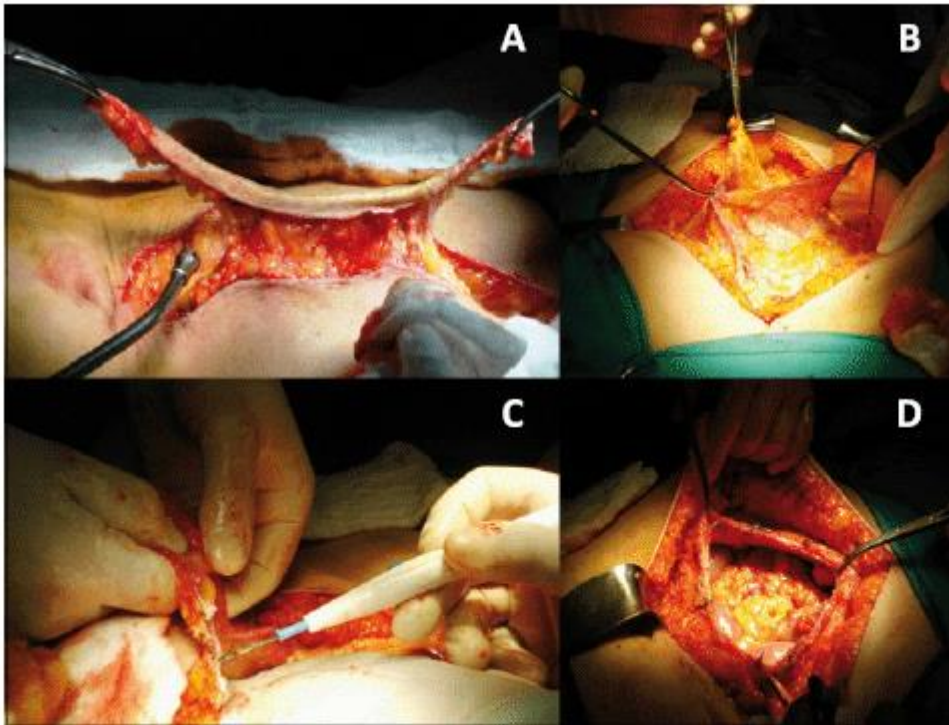
1. Indicaciones
  - a. Hernias inguinales primarias directas o indirectas en hombres adultos.
  - b. Hernias inguinales recurrentes directas o indirectas con un defecto mayor de 3.5 cm de diámetro.
2. Técnica
  - a. Malla
    - i. El tamaño adecuado para la malla debe ser de 8 x 16 cm.
    - ii. La malla debe de ser suficiente para solaparse unos 2-3 cm por encima del triángulo de Hesselbach y unos 1.5-2 cm sobre el hueso del pubis
  - b. Fijación
    - i. El borde inferior de la malla se fija mediante una sutura continua al ligamento inguinal o de Poupart hasta el plano del orificio inguinal profundo.
    - ii. El borde medial se fija con 2-3 puntos sueltos al pubis cubriéndolo parcialmente. Se deben evitar los puntos en el peristio.
    - iii. La malla se incide en su borde externo para crear dos bandas, la superior de 2/3 y la inferior de 1/3. Los dos bordes inferiores de ambas bandas se unen mediante un único punto irreabsorbible al ligamento inguinal.
    - iv. El borde superior de la malla se une mediante 4 puntos sueltos al músculo oblicuo menor mediante sutura reabsorbible.
    - v. El resto de malla lateral a la zona de cruzamiento se adapta unos 2-3 ms. por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor.

### Técnica B

1. Indicaciones
  - a. Hernias inguinales recurrentes directas o indirectas con un defecto inferior a 3.5 cm de diámetro.
  - b. Hernias crurales primarias y recidivadas.
2. Técnica
  - a. Malla: Una tira de malla de 2 x 10 cm es enrollada con una pinza formando un tapón firme y sólido.
  - b. Fijación: Una vez encontrado el saco se disecan solamente los tejidos adyacentes en unos 3-5 mm para permitir fijar el tapón con puntos sueltos a la periferia del defecto.

## Técnica quirúrgica

Los siguientes pasos iniciales



**Figura 2.** Disección inicial de la hernia incisional.

1. Resección de la cicatriz antigua.
2. Disección del saco herniario hasta delimitar el anillo herniario.
3. Tallado de colgajos de piel liberando el tejido adiposo subcutáneo hasta la aponeurosis a una distancia de 6 cm desde el borde del anillo herniario.
4. Apertura y resección del saco herniario, liberando el anillo herniario de todas las adherencias peritoneales.
5. Exploración de la cavidad abdominal y liberación de las asas intestinales de sus adherencias al anillo herniario). Es necesario liberar de toda adherencia, por 10 menos 5 cm de pared abdominal interna para poder fijar la malla apropiadamente. En muchas ocasiones es necesario liberar el ligamento redondo del hígado y el ligamento falciforme.

Se han publicado estudios sobre la instalación de la malla intraperitoneal por vía abierta, sin embargo, no existe una descripción detallada de esta técnica. La siguiente es la técnica que utilizamos:

1. Se pasan puntos separados de polipropileno 2/0 a través de la aponeurosis hacia dentro de la cavidad abdominal y se dejan tomados en "U" con una pinza Kelly. Los puntos laterales deben pasar por el lado lateral de la vaina de los músculos rectos anteriores del abdomen.
2. Se repite la maniobra alrededor de todo el anillo herniario hasta formar una "corona" de puntos.

3. A continuación se pasan los puntos cerca del borde de la malla en "U"; entrando por la parte superior no absorbible hacia la parte inferior cubierta de celulosa absorbible que estará en contacto con los intestinos y nuevamente a través de la aponeurosis desde dentro de la cavidad abdominal hacia fuera cerca del punto de entrada de cada punto hasta completar la corona. La malla desciende en la medida que se van pasando los puntos.

4. Se anudan los puntos y la malla queda en posición intraperitoneal absolutamente sin tensión. El anillo herniario se fija a la malla con una sutura continua de polipropileno 2/0. En algunos casos es posible cerrar parcialmente la aponeurosis sobre la malla.

5. Se dejan drenajes aspirativos.

Habitualmente, las hernias incisionales se presentan en pacientes de género femenino, en la quinta o sexta década de la vida, con sobrepeso u obesidad, características presentes en esta serie. La obesidad y la edad avanzada son factores de riesgo para el desarrollo de hernias incisionales, constituyendo además en sí mismas factores de riesgo asociados a morbilidad y mortalidad para la resolución quirúrgica de estas hernias. Las grandes hernias incisionales se originan en un anillo herniario que se va dilatando en el tiempo y con el aumento de la presión intra-abdominal, la cual además está asociada a obesidad y relajación de la musculatura abdominal, concomitantemente el saco herniario va creciendo. La reparación de estas grandes hernias incisionales ha sido motivo de innumerables estudios buscando las técnicas más adecuadas, con menor morbilidad y principalmente con menor o ninguna recurrencia. Este ideal no ha sido aún alcanzado y la literatura actual nos demuestra que la morbilidad de la reparación abierta de la hernia incisional varía entre 30% y 49%, debido principalmente a seroma e infección, con una tasa de recurrencia que fluctúa entre 2% y 36%; y mortalidad postoperatoria entre 2% y 13%. Nuestra serie tiene una tasa de complicaciones mucho menor a la publicada, con una tendencia similar al tipo de complicaciones habituales; seroma e infección, sin mortalidad asociada.

Diferentes técnicas de reparación abierta han sido desarrolladas, desde la simple sutura de la hernia hasta las complejas cirugías retromusculares que aprovechan la presión intra-abdominal para fijar la malla propuestas por Stoppa y Rives<sup>7</sup>. La hernioplastia laparoscópica es una solución bastante apropiada, con una tasa de recurrencia a largo plazo que varía entre 3% y 9%, con una curva de aprendizaje asociada a morbilidad severa (10,5%), principalmente por lesiones intestinales (1% a 6%) y a mortalidad (0,5%); y habitualmente limitada por razones técnicas a hernias incisionales pequeñas. La técnica (HIPRA) es bastante simple de reproducir y los resultados en términos de recurrencia son excelentes a corto plazo (0% a 12 meses).

Bibliografía: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262012000400005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000400005)