

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

**MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS**

**TEMA: HERNIOPLASTIA**

**UNIDAD: CUARTA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 6° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 09-ENERO-2021**



## INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas de pared abdominal más frecuentes en las unidades de cirugía ambulatoria, representando aproximadamente el 40% , lo que implica que su tratamiento quirúrgico debe ser rápido, eficaz y a bajo costo, siendo este el reto del presente trabajo.

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, a continuación las explicamos:

- **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.

## FACTORES PREDISPONENTES

- Persistencia del conducto peritoneo vaginal de Hertwig en el hombre y de Nuck en la mujer.
- Insuficiencia o dilatación del anillo inguinal interno.

- Tendencia Familiar.
- Prematuros de menos de 32 semanas.
- Bajo peso al nacer menos de 1.500 gr.
- Incisiones quirúrgicas transversas exageradas en el abdomen.

### **FACTORES DESENCADENANTES**

- Esfuerzos crónicos (para defecar, para orinar, para toser, levantar objetos pesados)
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Pérdida de peso
- Edad.
- Embarazos múltiples.
- El tabaquismo.

### **COMPLICACIONES**

#### Pre-Operatorio

- Error en el Diagnóstico.
- Maniobra de Taxis mal realizada.

#### Intra-Operatorio:

- Lesiones nerviosas (abdominogenitales mayor - menor.)

- Lesiones vasculares (isquemia testicular, edema)
- Lesión o sección del conducto deferente.
- Lesiones de vísceras.
- Sangrados.

Post-Operatorio:

Hematomas, hemoperitoneo, seromas , abscesos, fístulas, peritonitis, rechazo de la prótesis, recurrencia herniaria, osteítis, atrofia testicular, hidrocele, anestesia cutánea, dolor en la cicatriz. Etc.

## **CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS PROTÉSICAS POR VÍA ANTERIOR**

### **A.- Técnicas con Prótesis en Posición Intermuscular.**

- Irving L Licchtenstein.
- Arthur I Gilber.
- Ira M. Rutkow.
- Ermanno E. Trabucco.
- Hernioplastia combinada.

### **B.- Técnicas con Prótesis en Posición Preperitoneal.**

- Robert M. Moran.
- Jean Rives.
- Robert Bendavid.
- Raimond C. Read.

- J. Alberto Torrico Camacho.

### **C- Tecnicas Mixtas.**

- En cola de flecha.

- Con duplicación del canal inguinal.

### **TÉCNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA**

La técnica quirúrgica que nosotros proponemos para el tratamiento de las hernias inguinales, crurales y recidivantes, es la siguiente:

- Preparación Psicológica del paciente, descartar o tratar patologías concomitantes, cardiopulmonares, renoureterales próstata etc.

- Exámenes laboratoriales de rutina.

- Ayuno entre 8 a 12 hrs,

- Tricotomía 1 a 2 hrs. Antes de la cirugía.

- Anestesia Local (lidocaina al 2% 15 ml, Bupivacaina al 0,5 %, 15 ml. mas 2 ml de Bicarbonato de sodio, más 15 ml de solución fisiológica). Y algún sedante si el caso lo amerita.

- Técnica.-Infiltración radiada por encima y por debajo de la espina iliaca antero superior, por encima del anillo inguinal interno, la espina del pubis y el pubis, con el objeto de bloquear los nervios abomino genitales y el genito crural.

- Anestesia raquídea con aguja fina, peridural o general.

### **PRIMER TIEMPO:**

- Paciente en decúbito dorsal o supino, en paciente; obesos colocar una almohadilla bajo el sacro, expone mejor.

- Insición paralela al ligamento inguinal de 6 a 12 cm.de longitud, que parte de la espina del pubis hasta cerca de la espina iliaca antero superior, ligeramente cóncava. En caso de hernias bilaterales, se realiza doble insición.

- Incisión del tejido celular, ligar los dos grupos de las venas epigástricas inferiores superficiales, sección de las dos fascias Camper y Scarpa.

### **SEGUNDO TIEMPO:**

- Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, sobre el cordón espermático.

- Identificación, Disección, aislamiento y tratamiento del contenido del saco. Invaginación del saco con jareta o con puntos separados con seda (0) o Resección del saco más sutura con seda (0) en la parte más alta.

- En la hernia crural inguinalizar el saco.

### **TERCER TIEMPO:**

- Identificación del tendón conjunto y del ligamento de Cooper.

- Preparación de la malla de polipropileno de 8 por 10 cm o a demanda, cortando los extremos.

- El borde de 8 cm se fija al ligamento de Cooper con 3 a 5 puntos separados con proplene (0) o I (0).

- Para el paso del cordón espermático o el ligamento redondo, se secciona la malla en forma de raqueta a la altura del anillo inguinal interno y a través del cual pasa el cordón espermático y de esta manera el cordón queda por encima de la malla. Posteriormente se calibra el anillo inguinal interno con 3 o 4 puntos separados con prolene 2 (0). Técnica de Marci.

- El borde de 10 cm. se fija, en la parte medial al recto anterior con 2 a 3 puntos y la parte superior se tija al tendón conjunto con 4 a 6 puntos separados en doble hilera.
- La malla debe quedar flopping sin tensión, además se mantiene en su lugar mediante la ley de Pascal (mantiene la malla contra la pared abdominal, por medio de la presión intra - abdominal).
- Se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor con daxon o Vicryl 2(0) o (0) con sutura continua engarzada, además se calibra el anillo inguinal externo.
- Con esta técnica la malla cubre el triángulo de Hesselbach. el anillo crural y refuerza la pared abdominal posterior.
- Sutura del tejido celular con sus 2 fascias con catgut cromado 2 (0) o (0) con puntos separados, anclando a la aponeurosis del oblicuo mayor (para evitar espacios muertos).
- Piel con nylon 3(0) o 4 (0).
- En caso de que la cirugía haya sido muy laboriosa se puede dejar drenajes de Pon Ross.

**BIBLIOGRAFIA:** [TECNICA DE LICHTENSTEIN MODIFICADA PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS INGUINALES, CRURALES Y RECIDIVANTES \(scielo.org.bo\)](http://scielo.org.bo)