



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“HERNIOPLASTIA”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,
NOVIEMBRE 2020**

HERNIOPLASTIA

Hernias

El término hernia podría definirse como una protrusión a través de una debilidad u orificio anormal en una capa envolvente (en este caso, la pared abdominal)

Las hernias de la pared abdominal acompañan al ser humano desde que adoptó la posición erecta. La enfermedad herniaria de la pared abdominal es una entidad con gran impacto social, ya que 15% de la población general padecerá alguna hernia primaria en el transcurso de su vida y cerca de 15% de las cirugías abdominales con apertura de la aponeurosis desarrollarán una hernia incisional.

Las más frecuentes son las hernias inguinales (inguinocrurales), seguidas de las hernias incisionales (también llamadas eventraciones, donde la debilidad parietal es causada por una cirugía previa).

Factores etiopatogénicos de las hernias primarias de pared abdominal

Hoy en día los elementos etiopatogénicos responsables de formar hernias primarias de la pared abdominal y región inguinal, ya sean congénitas o adquiridas son multifactoriales. Está demostrada la participación de diversas causas genéticas, bioquímicas, metabólicas, anatómicas, ambientales y mecánicas. Sin embargo, las evidencias actuales señalan la patología herniaria como afección sistémica por enfermedad de la matriz extracelular² y alteraciones estructurales del colágeno como sustrato común.

Factores genéticos

Se han identificado trastornos raciales y hereditarios del metabolismo del colágeno y tejido conectivo ligados de manera íntima a la formación de hernias, en especial los síndromes de Ehlers-Danlos⁸ Marfan, Hürler o gargolismo (mucopolisacaridosis tipo I), Hunter (mucopolisacaridosis tipo II) y la enfermedad aneurismática de los grandes vasos, osteogénesis imperfecta y cutis laxa

Factores ambientales y estilo de vida

La estabilidad de la pared abdominal depende de la integridad de sus músculos y aponeurosis. Las propiedades biomecánicas de la aponeurosis dependen del colágeno y su tejido conectivo que a su vez deriva del equilibrio entre los contenidos de colágeno maduro (tipo I) y el contenido de colágeno inmaduro (tipo III) denominados colágenos fibrilares mayores

Factores anatómicos

En la génesis de hernias de la pared abdominal también intervienen aspectos anatómicos y estructurales que confrontados con las fuerzas mecánicas implicadas en la resistencia de la pared abdominal harán más o menos proclive a un individuo para desarrollar hernias.

Factores mecánicos

Los esfuerzos físicos con aumentos repetidos de la presión intraabdominal sobre la pared abdominal, por tos crónica, estreñimiento intestinal, obesidad, prostatismo o múltiples partos, pueden constituir factores desencadenantes de la enfermedad herniaria en personas con predisposición, con una fascia transversalis débil, o ambas, o en individuos con un piso inguinal desprotegido por deficientes contenidos de colágeno

Hernioplastia

La hernioplastia es una de las cirugías más frecuentes. Desde la primera hernioplastia hecha por Bassini, se han introducido diversas técnicas quirúrgicas y más recientemente procedimientos laparoscópicos.

Actualmente existen dos tipos principales de reparación: la reparación sin malla y la reparación sin tensión hecha con malla. Estas técnicas pueden ser hechas por técnica abierta o laparoscópica, con abordaje anterior o posterior.

La utilización de materiales protésicos o mallas en cirugía de la pared abdominal, se realiza para reemplazar o reforzar tejido musculoaponeurótico debilitado.

El uso de materiales protésicos es imprescindible en la realización de hernioplastias abiertas o laparoscópicas, con técnicas libres de tensión

Clasificación

Las mallas o materiales protésicos se clasifican de acuerdo con diferentes parámetros o características:

1. Por su estructura: reticular y laminar.
2. Por su composición: simples y mixtos o compuestos.
3. Por sus filamentos: monofilamento y multifilamento.
4. Por el tamaño del poro: macroporo, microporo, macroporo-microporo y de submicrones
5. Por su tejido: amplio y estrecho.

6. Por su peso: densos, pesados, ligeros y ultraligeros.

7. Por su origen: sintéticos permanentes, sintéticos absorbibles (biosintéticos) y biológicos.

Estructura de la malla

Existen mallas reticulares y laminares. Las reticulares, tal como el polipropileno y poliéster, son mallas tejidas y que cuentan con intersticios de diferente tamaño (tejido de la malla). Permiten la integración adecuada al tejido del paciente por fibroplasia y no son convenientes en contacto directo con las vísceras por producir aumento en el número y firmeza de adherencias. Por el contrario como su nombre lo indica, las laminares están formadas en forma de lámina sin intersticios. Son impermeables como el PTFE, no permiten la integración de tejido en su interior por lo cual no se fijan de manera adecuada a la pared abdominal, sino que se encapsulan y “flotan” dentro de esta cápsula

Hernias inguinales

La reparación de las hernias inguinales está basada en la restauración de la continuidad musculoaponeurótica de la capa profunda de la ingle (músculo transverso-fascia transversalis). Para ello, se han ideado diversas técnicas, las más utilizadas de las cuales son:

Herniorrafia (reparación anatómica). Corrección de la hernia mediante sutura, utilizando los propios tejidos del paciente para la reparación. Son variantes de la técnica original de Bassini. La técnica con tensión en ausencia de material protésico ideal es la Shouldice.

Hernioplastia (reparación protésica). Reparación de la hernia con material sintético. Actualmente, se realizan con mayor frecuencia, dados los excelentes resultados obtenidos (técnicas de Lichtenstein, Rutkow, entre otros).

Las técnicas abiertas más utilizadas son Lichtenstein (malla plana), cono y malla plana o mediante sistemas preformados. La hernia crural se trata mediante cono o sistemas preformados.

El tratamiento quirúrgico es por vía abierta. Las revisiones sistemáticas no apoyan el uso de laparoscopia. El abordaje por laparoscopia es totalmente abdominal o por vía extra peritoneal en hernias bilaterales o recidivantes.

Cuando se opera a un paciente por una hernia complicada, siempre debe abrirse el saco herniario. En caso de estrangulación, hay que establecer la viabilidad intestinal y, ante la duda, realizar una resección intestinal.

Hernia ventral

El tratamiento de toda hernia ventral sintomática es quirúrgico. Implica la colocación de una malla (hernioplastia) ya que disminuye la recidiva.

La malla puede suele ser de polipropileno, recomendándose su colocación retroaponeurótica (técnica de Rives). Si la malla está en contacto con el peritoneo se recomienda que sea:

- Ligera de polipropileno monofilamento de poro hexagonal
- Monofilamento macroporosa de baja densidad (polipropileno-poliglecaprona)

Si la hernia está complicada y existe contaminación, se debe valorar la colocación o no de malla en función del defecto y del estado del paciente.

En cuanto al abordaje, puede ser abierto o laparoscópico. El abordaje laparoscópico ofrece ciertas ventajas:

- Permite identificar defectos múltiples de la pared.
- Permite la evaluación de los órganos abdominales.
- Indicada en pacientes obesos.

Hernia umbilical

Si la hernia no es muy grande, los niños pueden permanecer en observación hasta los cinco años de edad, ya que muchos casos se curan solos.

Si la hernia sigue estando después de los cinco años, es necesario realizar una cirugía para regresar todos los órganos a su lugar y cerrar el orificio de la hernia.

Se recomienda la cirugía ambulatoria electiva, ya que disminuye la estancia y las complicaciones. Si presenta complicaciones, se intervendrá de urgencias.

En las herniorrafias umbilicales se recomienda la cirugía abierta.

Es necesaria una cirugía para regresar todos los órganos a su lugar y, frecuentemente, colocar una malla para tapar el orificio de la hernia y así evitar que se vuelvan a salir. Está indicada la cirugía en:

- Defectos umbilicales > 1,5 cm en todas las edades.
- Defectos persistentes a los 2-5 años de edad.

En los niños con defectos pequeños, se recomienda el cierre simple mediante técnica de Mayo

En adultos, se recomienda el cierre mediante técnica de Mayo utilizando malla, que puede ser:

- Reabsorbibles de ácido poliglicólico o poliglactina 91 O.

- No reabsorbibles: polipropileno, recomendable siempre que el defecto sea grande (> 3 cm)