



Efraín de Jesús Gordillo García

Resumen: Hernias inguinales

Clínica Quirúrgica

5°A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 1 de diciembre del 2024

HERNIA INGUINAL

DEFINICION: La HI puede definirse como un defecto de la pared abdominal de cualquier índole que permite el paso o el deslizamiento de vísceras o de tejido graso a través del anillo inguinal o femoral, la pared posterior inguinal y los orificios contenidos dentro del orificio miopectíneo de Fruchaud.

EPIDEMIOLOGIA:

1. Entre un 10 y un 15 % de la población mundial presenta o presentará una hernia de pared abdominal; de estas, las más frecuentes (aproximadamente el 60 %) serán en la región inguinal.
2. En cuanto a sexo, la HI predomina en el hombre, con una relación de 3-4:1 respecto a la mujer.
3. La aparición de la HI es más frecuente durante la etapa productiva de los pacientes. El rango de edad entre los 30 y los 59 años es el que presenta entre el 40 y el 55 % de todas las hernias.
4. La encarcelación es la principal complicación de las hernias inguinales, con una frecuencia entre el 7 y el 30 % (promedio del 9.7 %), de las que se estrangulan aproximadamente el 10 %, lo que equivale a una frecuencia del 1 %, con límites entre el 0.034 y el 3 %, dependiendo del grupo etario estudiado
5. La recurrencia de la HI oscila globalmente entre el 11 y el 23 % empleando técnicas anatómicas con tejidos propios del paciente y aplicando tensión a las líneas de sutura, mientras que, con las técnicas sin tensión o libres de tensión, la recurrencia oscila entre el 0.2 y el 5 % mediante abordaje abierto o endoscópico.

ETIOLOGIA:

1. La etiología y la génesis de la HI primaria, congénita o adquirida, es multifactorial. Se reconoce que la hernia es una manifestación local de una enfermedad sistémica que implica alteraciones estructurales del colágeno por anomalías en la matriz extracelular, lo que altera la relación de colágeno de tipo I/III.
2. Factores predisponentes o de riesgo: raza, historia familiar positiva, edad, sexo masculino, hernia contralateral, metabolismo anormal de la colágena, tabaquismo, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aneurisma de aorta, trabajo físico pesado por tiempo prolongado, índice de masa corporal bajo, antecedente de apendicectomía, prostatectomía y diálisis peritoneal. Enfermedades raras del tejido conectivo (nivel de evidencia muy bajo)

3. Factores biológicos (metabólicos y bioquímicos):
 - Disminución de la síntesis de colágeno en cantidad o de mala calidad secundaria a trastornos en la matriz extracelular de origen genético: Ehlers-Danlos, Marfán, Hunter, osteogénesis imperfecta, Hürler, aneurisma de aorta, enfermedad poliquística renal, etc. Como factores adquiridos, los más frecuentes son: desnutrición, obesidad, escorbuto, latirismo y edad avanzada.
 - Aumento en la degradación del colágeno como consecuencia de un aumento en los niveles sistémicos de las metaloproteinasas. El mejor ejemplo de ello es el tabaquismo, pues crea un desequilibrio en el sistema proteasa/antiproteasa que incrementa la destrucción y el debilitamiento del colágeno, así como un estado de hipoxia tisular crónica.
4. Factores anatómicos:
 - La persistencia del conducto peritoneo-vaginal en el hombre y del conducto de Nuck en la mujer predisponen a la aparición de hernia inguinal.
 - Dimensiones aumentadas de los triángulos de Hessert y Hesselbach.
 - Las observaciones de Askar atribuyen la formación de hernias inguinales a la falta de fibras aponeuróticas del músculo transversal en su porción lateral y de la pared posterior del conducto inguinal.
 - La inserción alta del oblicuo menor y del transversal en el borde lateral del recto y en el ligamento inguinal aumenta
5. Factores fisiológicos o mecánicos:
 - Deficiente función del diafragma muscular. La oclusión deficiente del orificio inguinal profundo y de la pared posterior del conducto inguinal en el descenso del oblicuo menor y transversal sobre el ligamento inguinal (acción de diafragma o persiana) desprotege el piso inguinal
 - La asincronía entre el aumento de la presión intraabdominal y la contracción simultánea de la pared abdominal, así como el desequilibrio mecánico entre la presión intraabdominal y la resistencia muscular, también se han relacionado como factores generadores de hernia

CLASIFICACION:

Clasificación de Nyhus

Tipo I: HI indirecta con anillo inguinal profundo de diámetro normal, pared posterior normal y saco herniario que alcanza la porción medial del conducto inguinal.

Tipo II HI indirecta con anillo inguinal profundo dilatado, pared posterior normal y vasos epigástricos no desplazados.

Tipo III Defectos de la pared posterior. III a. HI directa, pequeña o grande.

III b. HI indirecta con dilatación importante del anillo inguinal profundo, pared posterior involucrada, hernia inguinoescrotal y hernia mixta en pantalón. III c. Hernia femoral.

Tipo IV Hernias recurrentes: IV a. Hernia inguinal directa. IV b. Hernia inguinal indirecta. IV c. Hernia femoral. IV d. Combinación de cualquiera de las anteriores.

DIAGNOSTICO:

En el 95 % de los casos la exploración física es suficiente para diagnosticar la HI

- Ultrasonidos
- Tomografía axial computarizada
- La herniorrafía actualmente

TRATAMIENTO:

1. Toda HI diagnosticada debe operarse para evitar complicaciones como el crecimiento exagerado, la encarcelación o la estrangulación
2. . Recientemente se ha investigado sobre la espera vigilada en pacientes asintomáticos o poco sintomáticos por su baja incidencia de complicaciones, pero el 70 % de estos pacientes terminan siendo operados al tornarse sintomáticos.