

CESAR FELIPE MORALES SOLIS

**DRA. ROMEO ANTONIO MOLINA
ROMÁN**

CLINICA QUIRURGICA

PLATAFORMA

5

PASIÓN POR EDUCAR

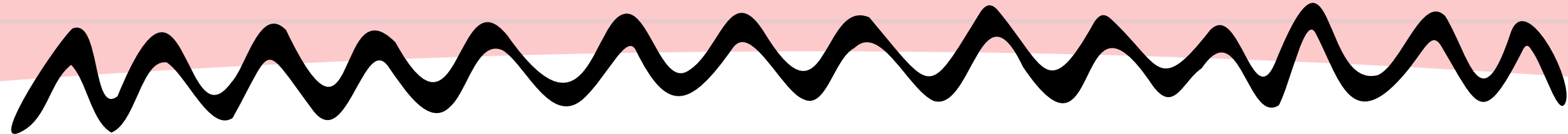
A

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de DICIEMBRE de 2024

CESTAR FELIPE



HERNIAS VENTRALES

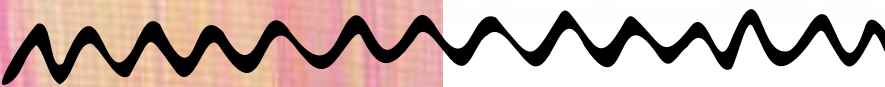


AD





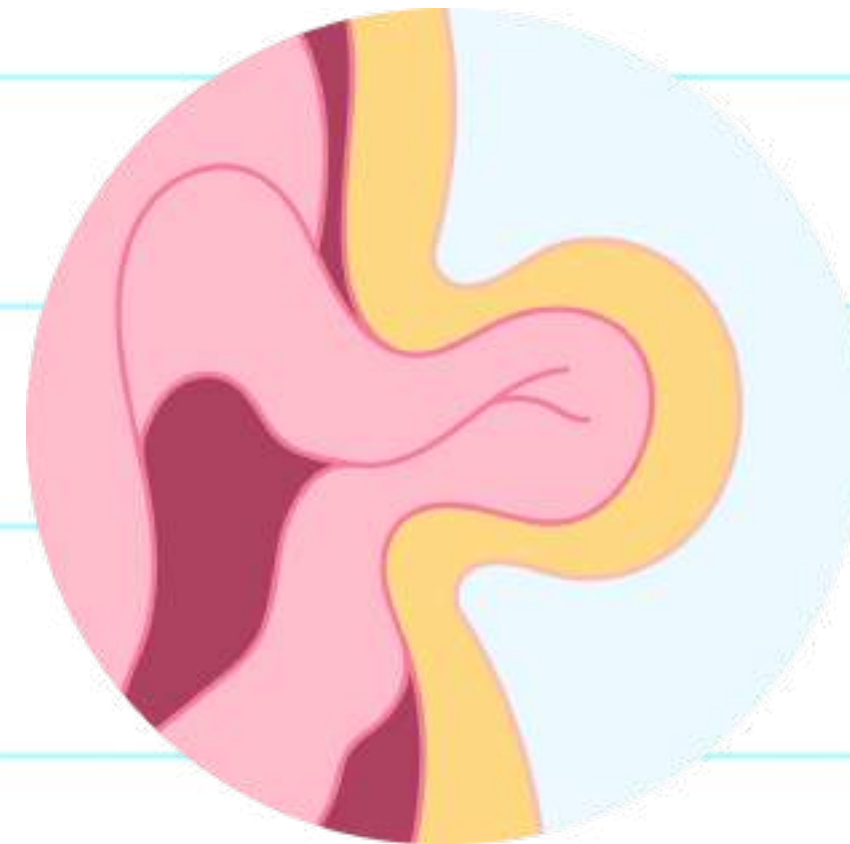
ÍNDICE

- DEFINICION
 - Introducción
 - Investigación
 - Fases de la Investigación
 - Resultados
 - Análisis de resultados
 - Conclusiones
- 

DEFINICION

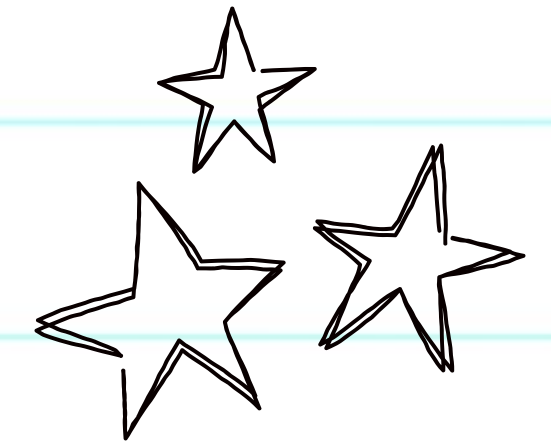


Protrusión a través de la pared abdominal anterior.



CLASIFICACION

Protrusión a través de la pared abdominal anterior.



Por origen

- Espontáneas
- Adquiridas (generalmente tras cirugía; hernias incisionales).

Por localización

- Epigástricas: Entre apófisis xifoides y ombligo.

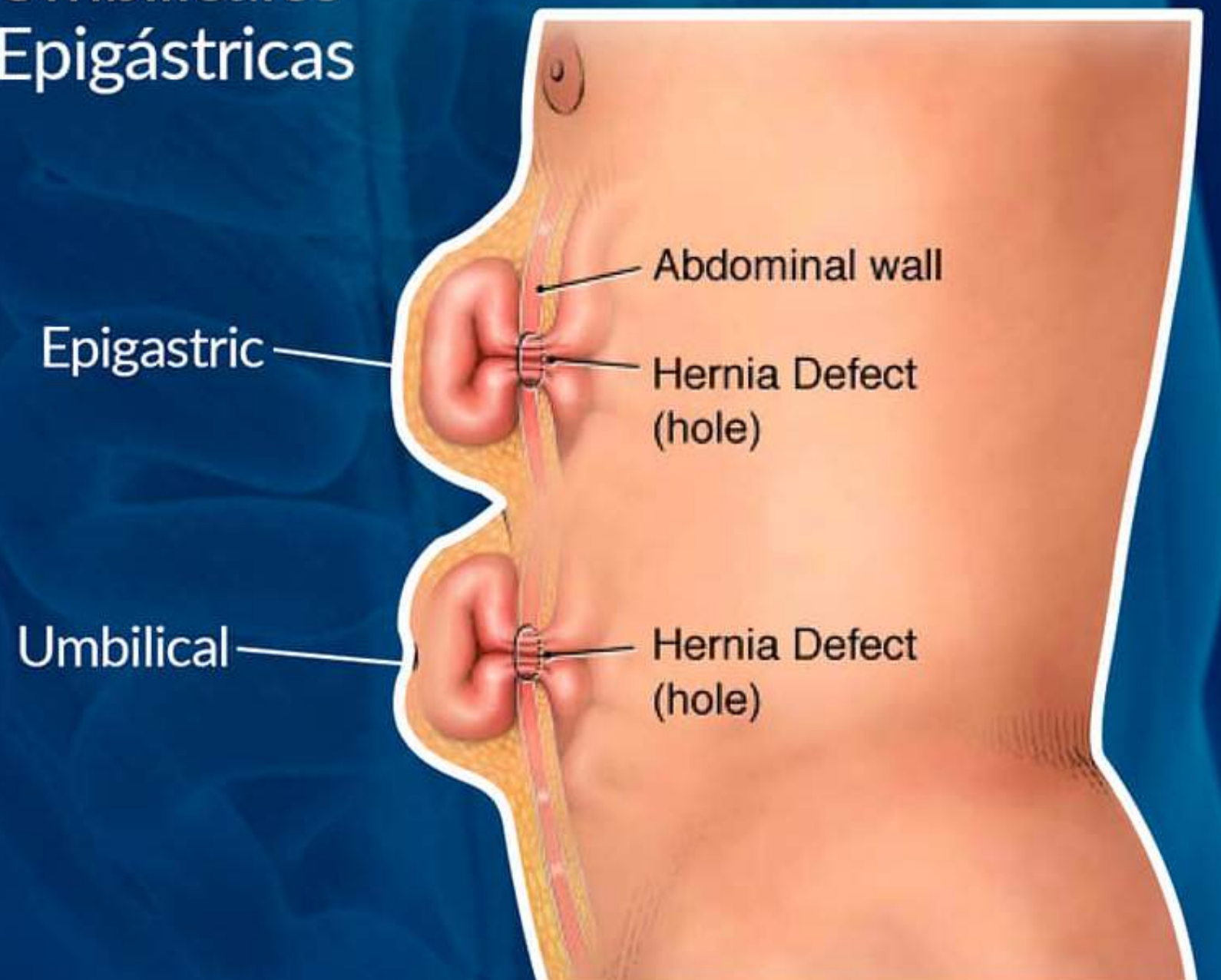
- Umbilicales: En el ombligo.
- Hipogástricas: En línea media, bajo el ombligo (poco frecuentes).

DEFINICION

Hernias de la pared anterior

(Línea media)

- Umbilicales
- Epigástricas



DEFINICION

DEFINICION

Diástasis de Músculos Rectos Abdominales



ES UNA HERNIA VERDADERA

CARACTERISTICAS

- **Protrusión en línea media por distensión de la línea alba.**
- **No hay anillo aponeurótico ni saco herniario.**
- **Tratamiento:
Corrección quirúrgica contraindicada, salvo síntomas graves.**
- **Puede ocurrir fuera de la línea media.**

DEFINICION

**¿CHE Y QUE ES UNA
DIASTASIS DE LOS MRA?**

DEFINICION

¿CHE Y QUE ES UNA DIASTASIS DE LOS MRA?

es una alteración de la pared abdominal que se produce cuando los músculos rectos del abdomen se separan a nivel de la línea alba



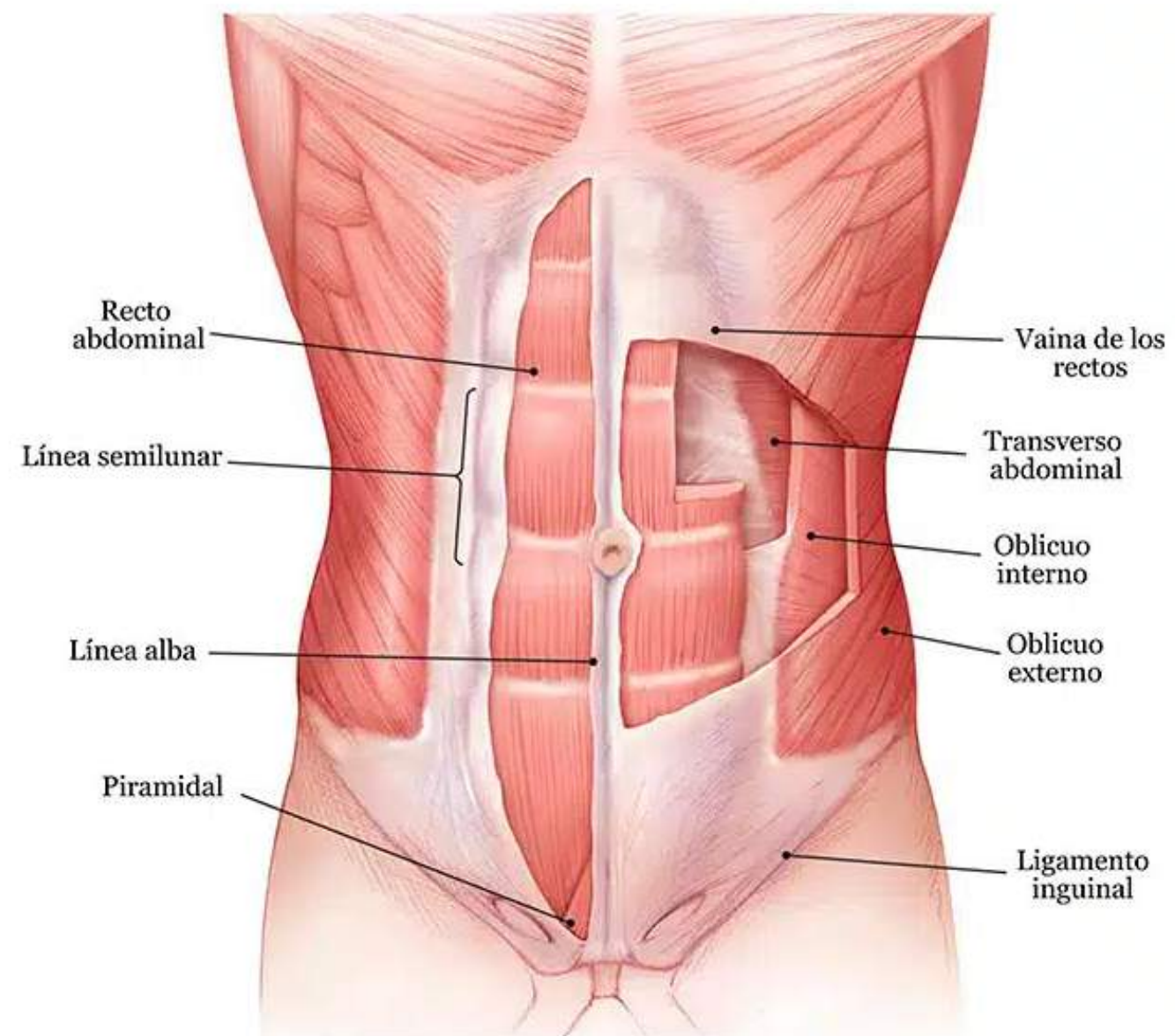
DEFINICION

¿CHE Y QUE ES UNA DIASTASIS DE LOS MRA?

es una alteración de la pared abdominal que se produce cuando los músculos rectos del abdomen se separan a nivel de la línea alba



Por si no se acuerdan:



Fuente. Ilustración de Christy Krames

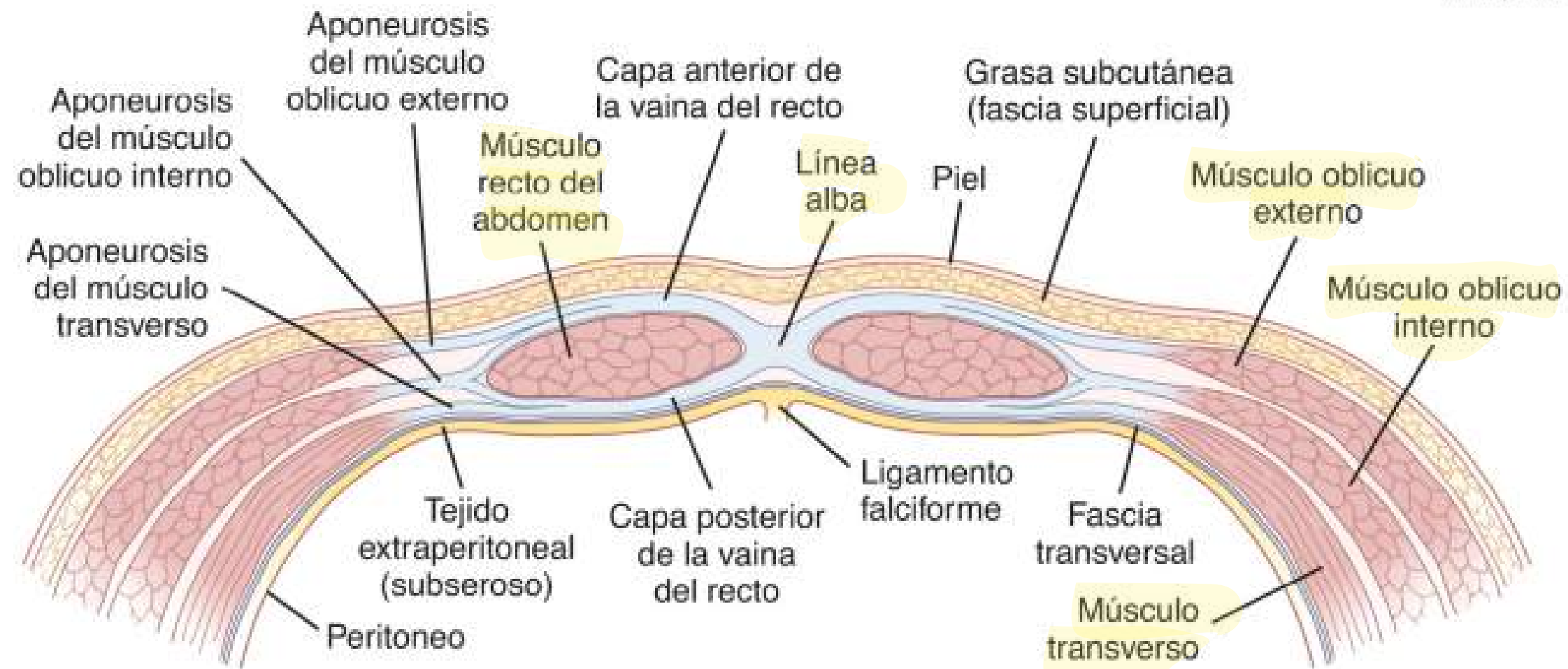
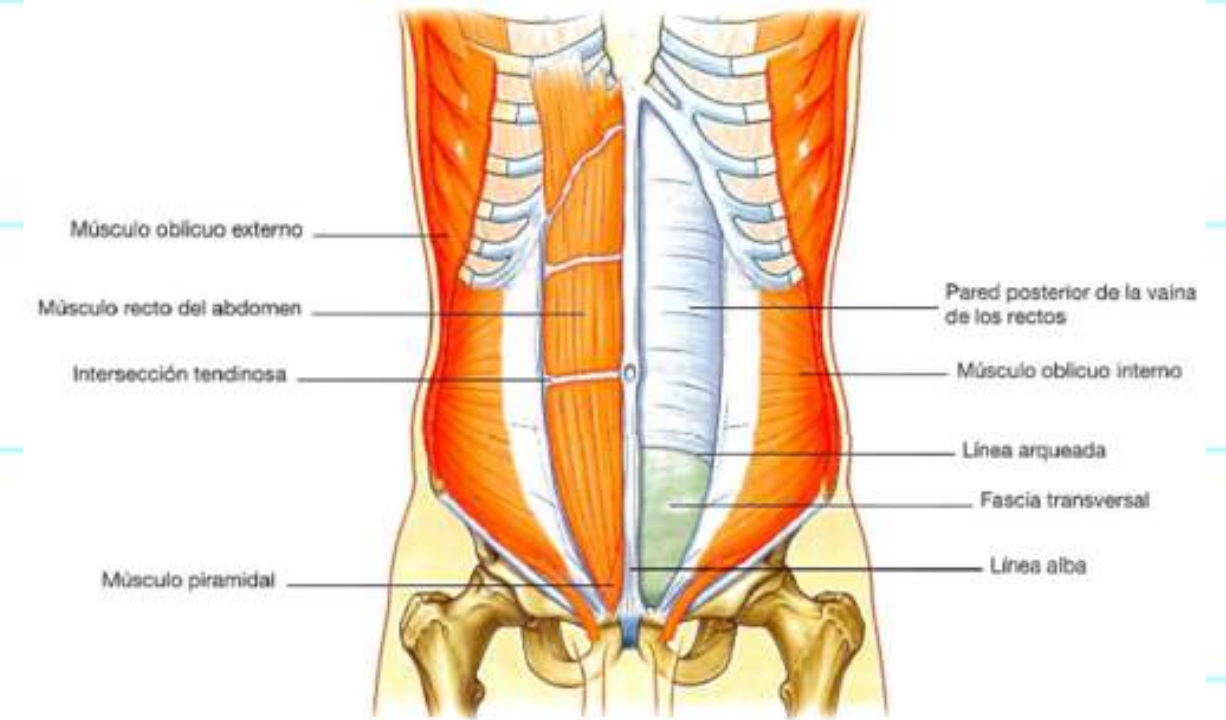
DEFINICION

¿CHE Y QUE ES UNA DIASTASIS DE LOS MRA?

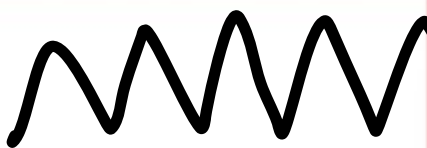
es una alteración de la pared abdominal que se produce cuando los músculos rectos del abdomen se separan a nivel de la línea alba



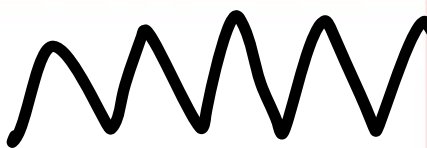
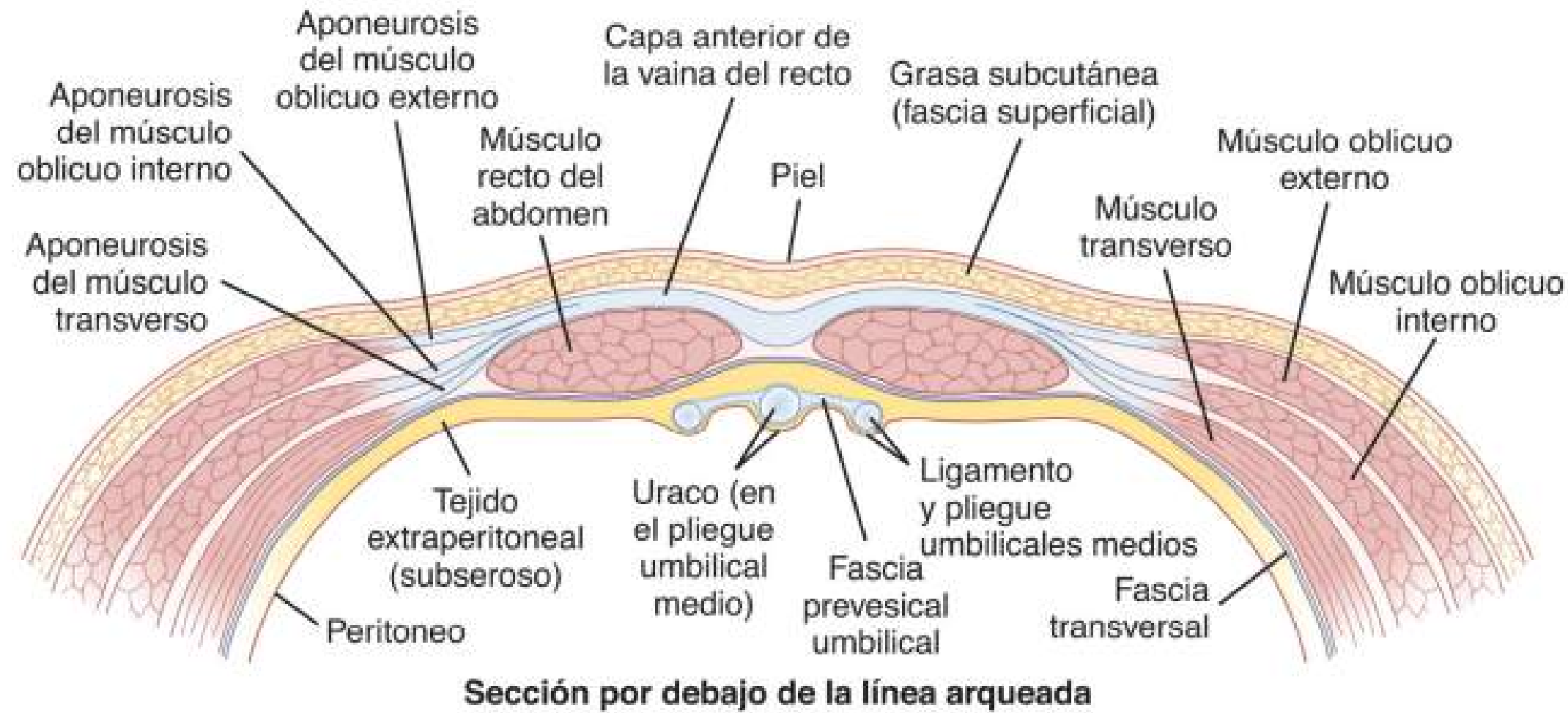
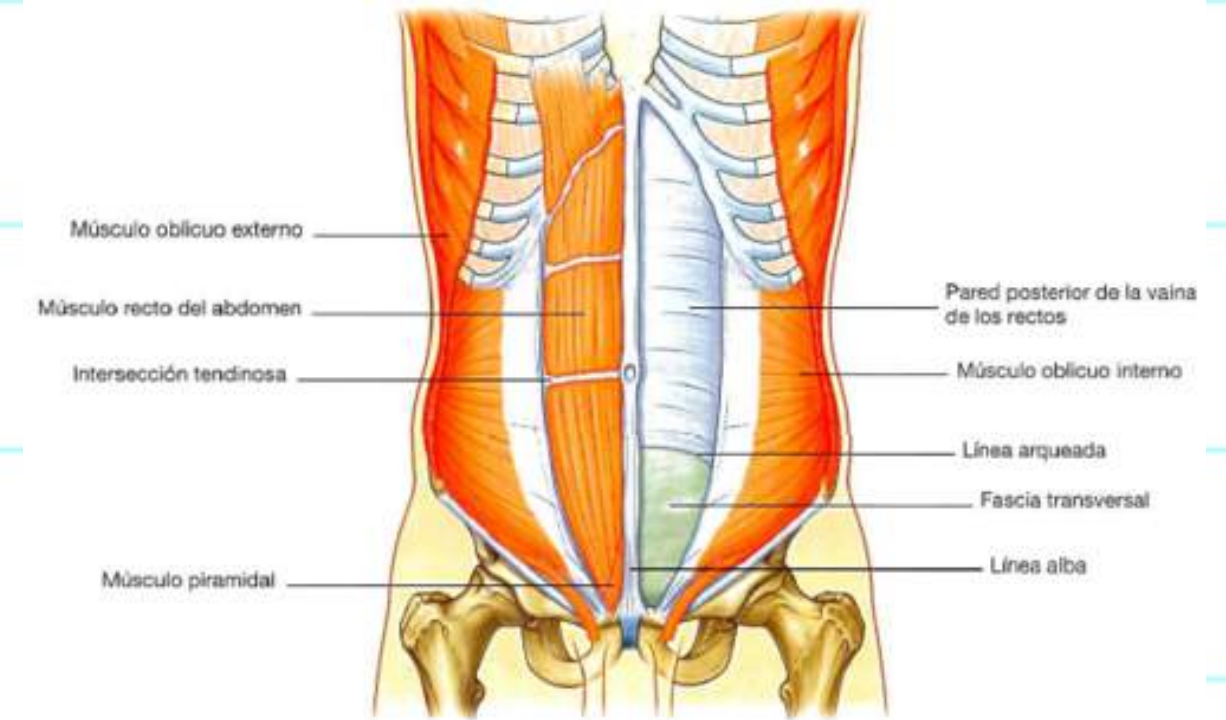
ANATOMIA



Sección por encima de la línea arqueada



ANATOMIA



ETIOLOGIA

Clasificación de Hernias Abdominales

H
E
R
N
I
A
S

U
M
B
I
L
I
C
A
L
E
S

Congénitas (lactantes):

- Cierre espontáneo antes de los 2 años (frecuente).
- Reparación quirúrgica si persisten > 5 años.
- Alta incidencia en afrodescendientes.

Adquiridas (adultos):

- Más comunes en mujeres, obesos, embarazadas o con ascitis crónica.
- Reparación indicada en:
 - Síntomas.
 - Sacos voluminosos o incarcerados.
 - Piel adelgazada o ascitis incontrolable.
- Técnicas de reparación:
 - Defectos < 3 cm: cierre simple.
 - Defectos > 3 cm: uso de malla protésica (técnica variable).

ETIOLOGIA

Clasificación de Hernias Abdominales

H
E
R
N
I
A
S

E
P
I
G
Á
S
T
R
I
C
A
S

Características:

Características:

- Afectan al 3-5% de la población, más en hombres (2-3 veces).
- Localizadas entre apófisis xifoides y ombligo.
- Dolor desproporcionado por incarceration de grasa preperitoneal.
- Hasta el 20% de los pacientes tienen múltiples hernias.

Reparación:

- Escisión de tejido encarcerado y cierre simple.
- Uso de malla en defectos grandes o con vísceras involucradas.

ETIOLOGIA

Clasificación de Hernias Abdominales

H
E
R
N
I
A
S

I
N
C
I
S
I
O
N
A
L
E
S

Causas y Factores de Riesgo:

- Fallo en cicatrización postquirúrgica.
- Predisposición: obesidad, ascitis, embarazo, edad avanzada, infecciones quirúrgicas.

Complicaciones:

- Pérdida de dominio abdominal:
 - Edema intestinal, disfunción respiratoria y congestión venosa.
 - Riesgo de síndrome compartimental abdominal.

Clasificación por Estadios:

- Estadio I: < 10 cm, heridas limpias, bajo riesgo.
- Estadio II: 10-20 cm o contaminadas < 10 cm, riesgo intermedio.
- Estadio III: > 20 cm o contaminadas \geq 10 cm, alto riesgo de recidiva.

ETIOLOGIA

Clasificación de Hernias Abdominales

H
E
R
N
I
A
S

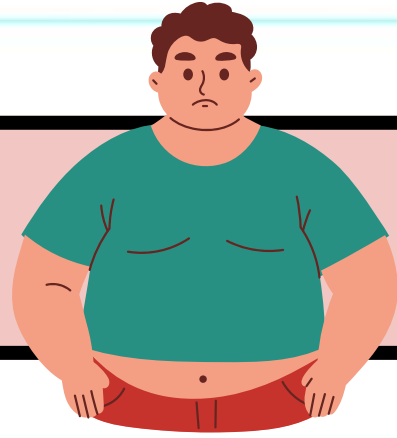
I
N
C
I
S
I
O
N
A
L
E
S

TABLA 45.2 Sistema de estadificación de las hernias incisionales

Estadio I Riesgo: bajo de recurrencia, bajo de ASQ	< 10 cm, limpia
Estadio II Riesgo: moderado de recurrencia, moderado de ASQ	< 10 cm, contaminada 10-20 cm, limpia
Estadio III Riesgo: alto de recurrencia, alto de ASQ	≥ 10 cm, contaminada Cualquiera ≥ 20 cm

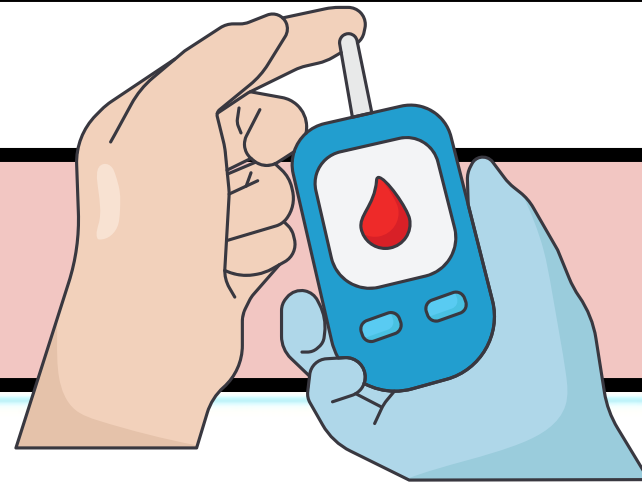
FACTORES DE RIESGO

Cirugía previa en el abdomen



Obesidad

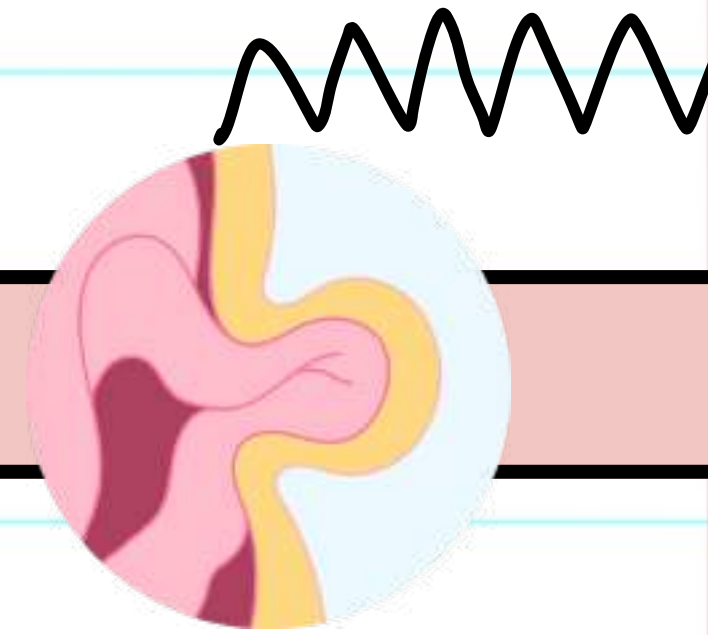
Tabaquismo



Enf. crónicas

Incremento de la presión intra abdominal

CUADRO CLINICO



Bulto o protrusión abdominal visible o palpable

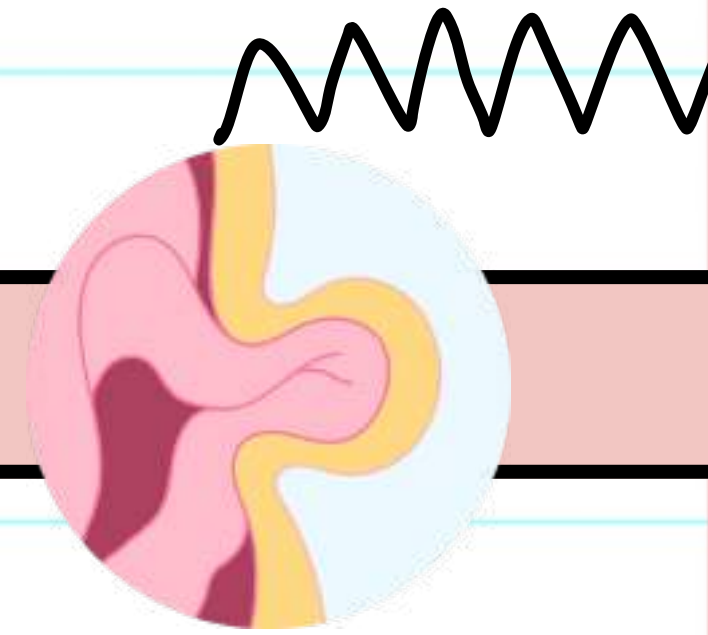
- Generalmente es más evidente en posición de pie
- toser o levantar objetos pesados
- En hernias grandes, puede ser visible sin necesidad

Dolor o malestar abdominal

Síntomas relacionados con complicaciones

CUADRO CLINICO

Bulto o protrusión abdominal visible o palpable



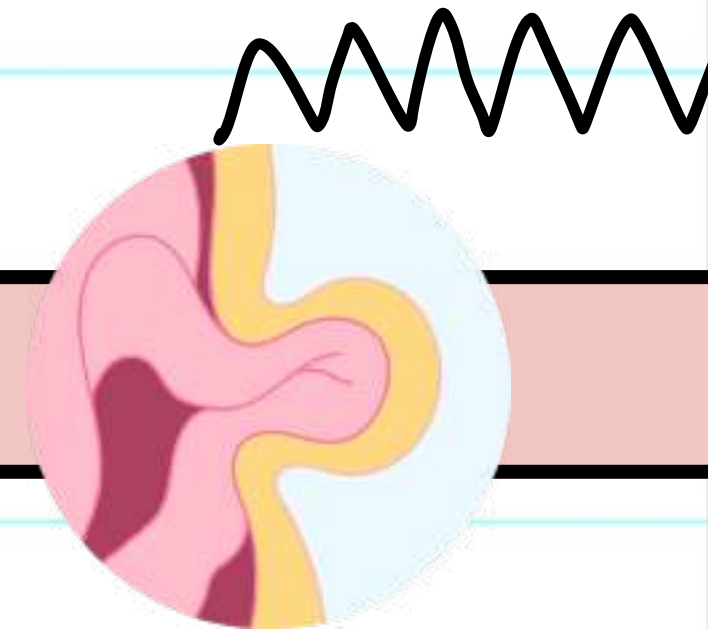
Dolor o malestar abdominal

- Puede ser leve y relacionado con la actividad física
- El dolor puede intensificarse con el aumento de la presión intraabdominal

Síntomas relacionados con complicaciones

CUADRO CLINICO

Bulto o protrusión abdominal visible o palpable



Dolor o malestar abdominal

Síntomas relacionados con complicaciones

Dolor severo

Náuseas

Vómitos

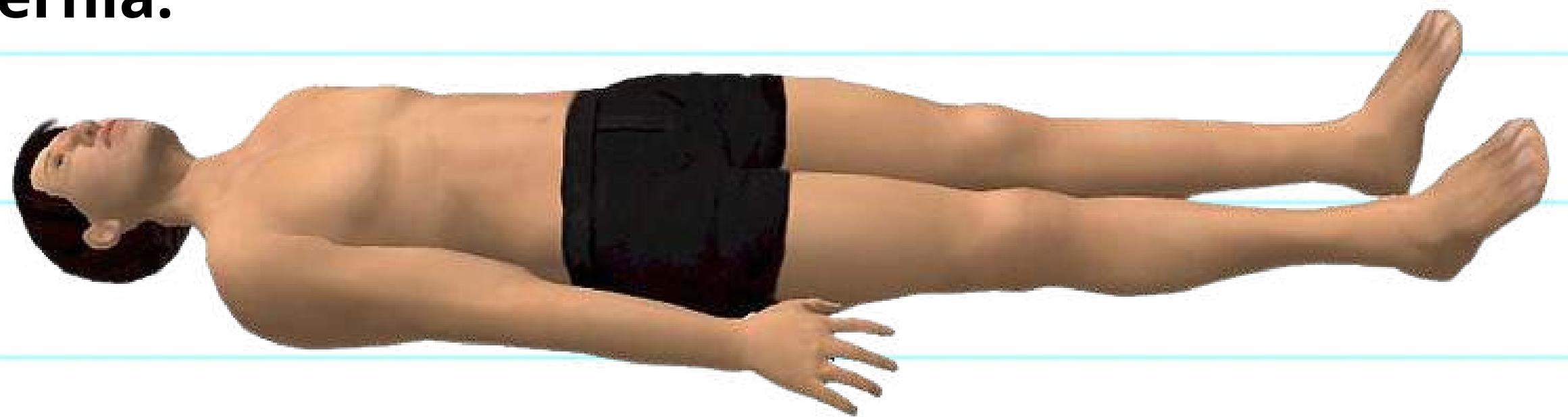
Signos de obstrucción intestinal (distensión abdominal, ausencia de eliminación de gases o heces).



DIAGNOSTICO

Exploración física detallada

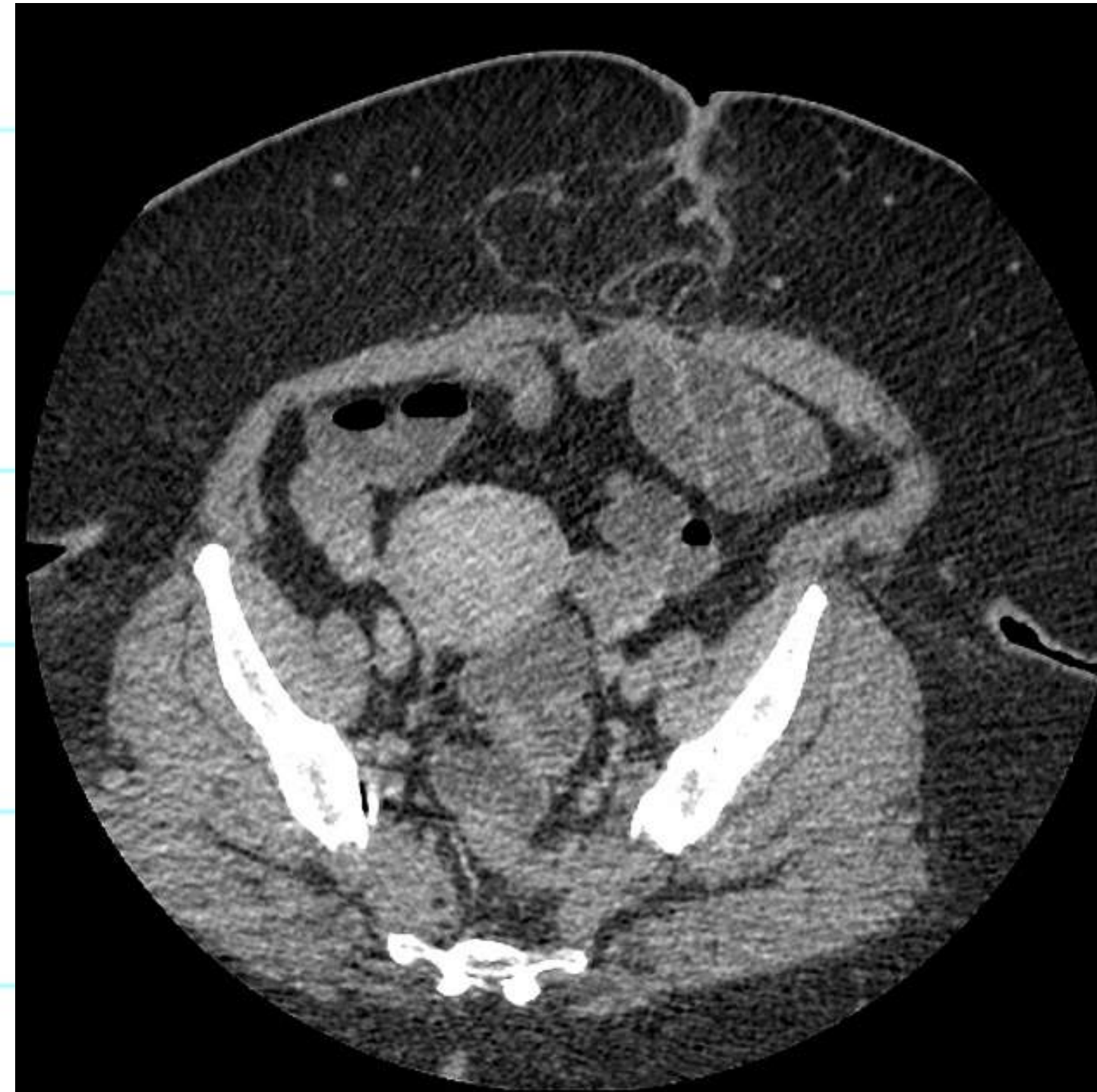
- Realizar con el paciente en bipedestación y decúbito supino.
- Utilizar la maniobra de Valsalva para identificar el tamaño y la localización de la hernia.

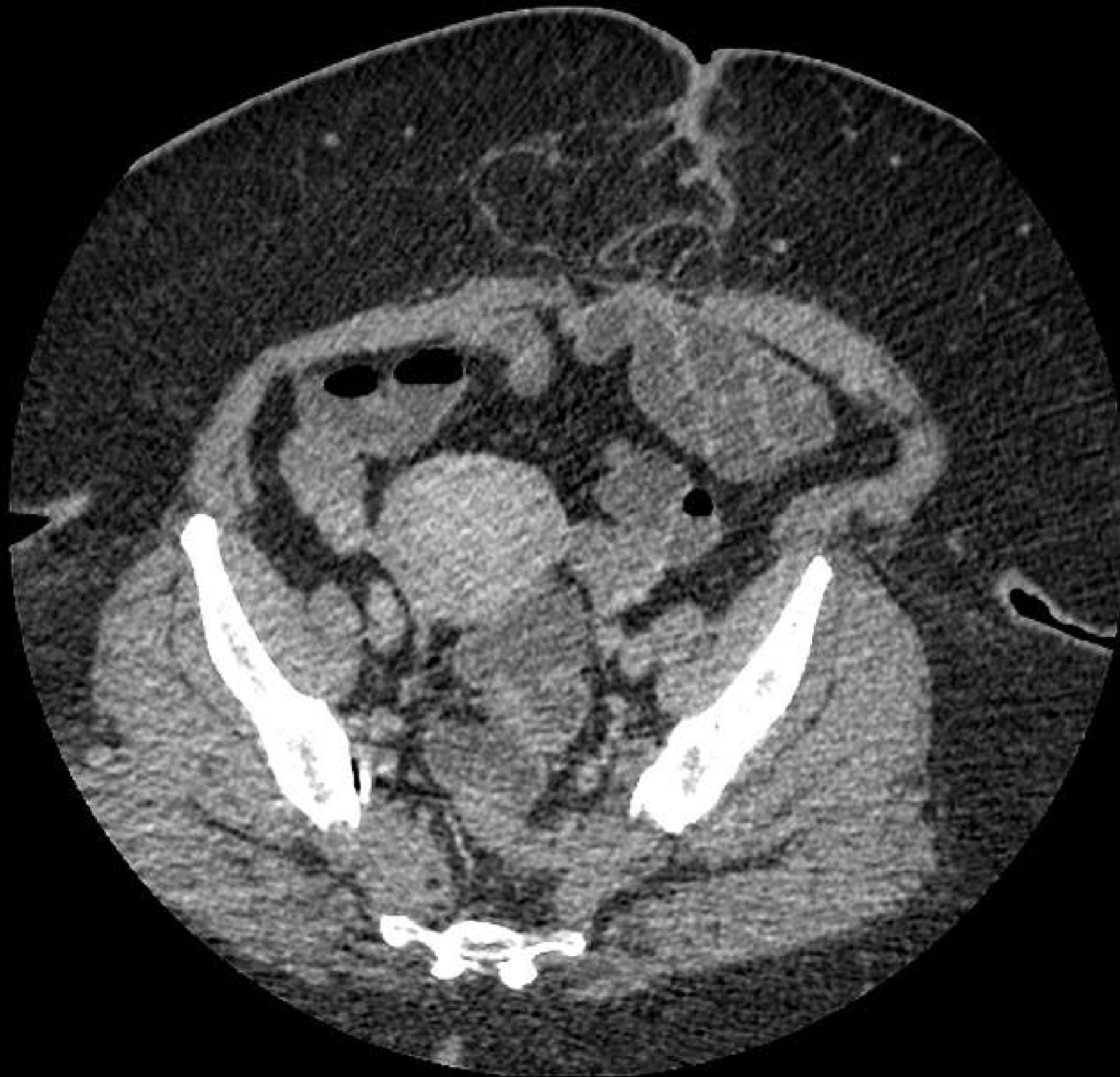


DIAGNOSTICO

Técnicas de imagen

**Tomografía computarizada (TC):
útil para hernias complejas o en
localizaciones atípicas**





Defecto umbilical de la pared abdominal anterior en la línea media con hernia del epiplón (omento) como contenido en la grasa subcutánea. Sin contenido intestinal ni encarcelamiento.



TRATAMIENTO

Reparación laparoscópica con malla

- **Uso de suturas transabdominales y dispositivos de fijación.**
- **Malla superpuesta mínimo 4 cm más allá del defecto aponeurótico.**
- **Ventajas**
menor afectación subcutánea y menos complicaciones con la herida.

TRATAMIENTO

Liberaciones miofasciales

- **Objetivo:** restaurar la línea alba para una pared abdominal funcional.

Técnicas:

- **Incisión de la vaina posterior del musculo recto:** malla colocada en el espacio retromuscular
- **Separación del componente posterior (TAR):** acceso al plano preperitoneal para defectos grandes.
- **Separación del componente anterior:** avance muscular mediante disección de la fascia oblicua externa.

TRATAMIENTO

Reparación con malla: colocación y fijación

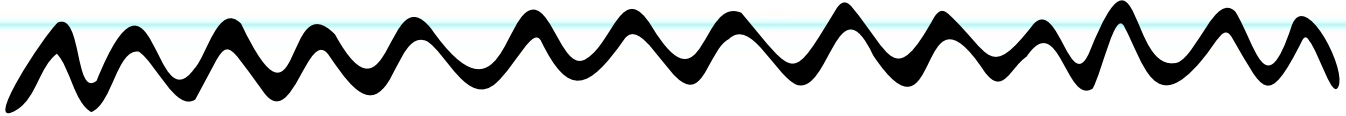
Ubicación de la malla:

- Retromuscular o intraperitoneal según técnica.
- Superposición mínima de 5-6 cm sobre márgenes del defecto.

Fijación:

- Suturas transfasciales (opcional).
- En defectos pequeños, presión intraabdominal estabiliza la malla.

BIBLIOGRAFIA!



1. **Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2022).** Sabiston. Tratado de cirugía. La base biológica de la práctica quirúrgica (21^a ed.). Elsevier.
2. **Bittner, R., Schwarz, J., Rudolf, H., & Miserez, M. (2019).** European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia*, 23(6), 1077–1093. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01982-7>
3. **Petro, C. C., & Rosen, M. J. (2017).** Abdominal Wall Reconstruction. *Surgical Clinics of North America*, 97(5), 1005–1034. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.05.003>
4. **Ventral Hernia Working Group. (2010).** Ventral hernia repair: A systematic review and clinical recommendations. *Hernia*, 14(5), 445–462. <https://doi.org/10.1007/s10029-010-0699-4>
5. **De Goede, B., Eker, H. H., Goor, H. V., & Bleichrodt, R. P. (2015).** Meta-analysis on the use of mesh in open ventral hernia repair. *American Journal of Surgery*, 209(2), 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.08.029>

DEFINICION:

Una hernia ventral se define como una protrusión a través de la aponeurosis de la pared abdominal anterior. Estos defectos pueden clasificarse como espontáneos o adquiridos, o también por su localización en la pared abdominal. Las hernias epigástricas van desde la apófisis xifoides hasta el ombligo, las hernias umbilicales se forman en el ombligo y las hernias hipogástricas son hernias espontáneas y poco frecuentes que aparecen en la línea media por debajo del ombligo. Las hernias adquiridas aparecen generalmente tras una incisión quirúrgica y, debido a ello, reciben el nombre de hernias incisionales.

La diástasis de la pared abdominal puede aparecer también en otras zonas además de la línea media. No se observa anillo aponeurótico ni saco herniario y, a menos que produzca muchos síntomas, está contraindicada la corrección quirúrgica.

ETIOLOGIA:

Hernia umbilical. El ombligo está formado por el anillo umbilical de la línea alba y es un lugar frecuente de herniación. Dentro del abdomen, el ligamento redondo y las venas paraumbilicales se unen en el ombligo por la parte superior y el ligamento umbilical medio (uraco obliterado) lo alcanza desde la cara inferior. Las hernias umbilicales de los lactantes son congénitas y muy corrientes. Se cierran espontáneamente en la inmensa mayoría de los casos antes de los 2 años de vida. Las hernias umbilicales de los adultos son, fundamentalmente, adquiridas y se dan más en el sexo femenino y entre los pacientes cuyo estado motiva un aumento de la presión intraabdominal, como las mujeres embarazadas y los sujetos con obesidad, ascitis o distensión abdominal crónica. La reparación clásica se basaba en la superposición del chaleco sobre el pantalón propuesta por Mayo. Esta técnica recurre a la imbricación de los bordes fasciales superior e inferior, aunque hoy se aplica muy poco debido a la mayor tensión que impone y a unas tasas de recidiva de casi el 30% en el seguimiento a largo plazo. En su lugar, los defectos pequeños se cierran por primera intención después de separar el saco herniario del ombligo que los recubre y la aponeurosis que los rodea.

Hernias epigástricas. Aproximadamente el 3-5% de la población tiene hernias epigástricas. Las hernias epigástricas son dos a tres veces más frecuentes entre los hombres; se localizan entre la apófisis xifoides y el ombligo, y suelen situarse en los 5-6 cm superiores al ombligo. Como las hernias umbilicales, las epigástricas se dan más entre las personas con una decusación aponeurótica simple. La reparación consiste habitualmente en la escisión del tejido preperitoneal encarcerado y el cierre simple del defecto aponeurótico, como en las hernias umbilicales. Los defectos pequeños pueden repararse con anestesia local. En ocasiones, estos defectos pueden ser de un tamaño considerable y contener epiplón u otras vísceras intraabdominales, y para su reparación puede necesitarse una malla.

Hernias incisionales. Las hernias incisionales pueden resultar las más frustrantes y difíciles de combatir. Las hernias incisionales obedecen a una tensión excesiva y cicatrización inadecuada de una incisión previa, a menudo asociada con infecciones del sitio quirúrgico. Estas hernias aumentan de tamaño con el tiempo y producen dolor, obstrucción intestinal, incarceration y estrangulación. La obesidad, el envejecimiento, la malnutrición, la ascitis, el embarazo y los estados que aumentan la presión intraabdominal constituyen factores predisponentes de la eventración. Las grandes eventraciones pueden producir pérdida del dominio abdominal, es decir, el contenido abdominal deja de alojarse en la cavidad abdominal. Estos grandes defectos de la pared abdominal se observan también cuando no se logra cerrar el abdomen, sobre todo por un edema intestinal, compresas abdominales, peritonitis y laparotomías repetidas. Con la pérdida del dominio, se altera la rigidez natural de la pared abdominal y se produce una retracción frecuente de la musculatura del abdomen. Dos de las herramientas más populares para la clasificación de las hernias ventrales se han generado a partir de la opinión de expertos: la escala de gradación Ventral Hernia Working Group y el sistema de la European Hernia Society. La primera emplea las comorbilidades del paciente y la clase de herida para predecir el riesgo de ASQ. La segunda valora la anchura de la hernia y su localización, e inicialmente fue diseñada para valorar datos sobre el riesgo de recidiva. El sistema de estadificación es sencillo, pero exhaustivo, para la estratificación de los pacientes en función del riesgo de morbilidad y recidiva de la herida, que son las dos principales variables de resultados tras la reparación. Es importante observar que este sistema no recoge detalles intraoperatorios, como el tipo de abordaje (abierto frente a laparoscópico), la elección de la malla (biológica frente a sintética) o la posición de la misma (por encima o subyacente)

FACTORES DE RIESGO:

Encontramos el más común que es una cirugía previa en el abdomen seguido de los siguientes, como obesidad, tabaquismo, enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas, e incremento de la presión intra abdominal).

CUADRO CLINICO:

Bulto o protrusión abdominal visible o palpable, Dolor o malestar abdominal (Puede ser leve y relacionado con la actividad física, El dolor puede intensificarse con el aumento de la presión intraabdominal) y Síntomas relacionados con complicaciones (dolor severo, náuseas, vómitos, Signos de obstrucción intestinal (distensión abdominal, ausencia de eliminación de gases o heces).

DIAGNOSTICO:

Realizar con el paciente en bipedestación y decúbito supino. Utilizar la maniobra de Valsalva para identificar el tamaño y la localización de la hernia

Tomografía computarizada (TC): útil para hernias complejas o en localizaciones atípicas

TRATAMIENTO:

Reparación laparoscópica con malla: Uso de suturas transabdominales y dispositivos de fijación. Malla superpuesta mínimo 4 cm más allá del defecto aponeurótico. Ventajas Menor afectación subcutánea y menos complicaciones con la herida.

Liberaciones miofasciales: restaurar la línea alba para una pared abdominal funcional. Técnicas: Incisión de la vaina posterior del musculo recto: Malla colocada en el espacio retromuscular Separación del componente posterior (TAR): Acceso al plano preperitoneal para defectos grandes. Separación del componente anterior: Avance muscular mediante disección de la fascia oblicua externa.

BIBLIOGRAFIA:

Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2022). Sabiston. Tratado de cirugía. La base biológica de la práctica quirúrgica (21ª ed.). Elsevier.

Bittner, R., Schwarz, J., Rudolf, H., & Miserez, M. (2019). European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia*, 23(6), 1077–1093. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01982-7>

Petro, C. C., & Rosen, M. J. (2017). Abdominal Wall Reconstruction. *Surgical Clinics of North America*, 97(5), 1005–1034. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.05.003>

Ventral Hernia Working Group. (2010). Ventral hernia repair: A systematic review and clinical recommendations. *Hernia*, 14(5), 445–462. <https://doi.org/10.1007/s10029-010-0699-4>

De Goede, B., Eker, H. H., Goor, H. V., & Bleichrodt, R. P. (2015). Meta-analysis on the use of mesh in open ventral hernia repair. *American Journal of Surgery*, 209(2), 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.08.029>