



Adriana Itzel Gallegos Gómez.

Romeo Antonio Molina Román.

Patologías quirúrgicas.

Clínica quirúrgica.

PASIÓN POR EDUCAR

5to semestre.

“B”.

HERNIAS INGUINALES.

¿Qué son las hernias inguinales?

Abultamiento del contenido del abdomen a través de un punto débil en la parte inferior de la pared abdominal.

- Pueden aparecer en cualquiera de los conductos de la parte inferior de la pared abdominal, uno a cada lado de la ingle.

ANATOMÍA.

Conducto inguinal.

Región en forma de cono de casi 4-6cm de longitud, ubicada en la porción anterior de la cavidad pélvica, el conducto inicia en la cara posterior de la pared abdominal, donde el conducto espermático pasa a través del anillo inguinal profundo.

El conducto termina en dirección medial al nivel del anillo inguinal superficial, en el punto donde el cordón espermático atraviesa un defecto en la aponeurosis del músculo oblicuo externo.

LÍMITES DEL CONDUCTO INGUINAL.

Comprendidos por:

- Aponeurosis del músculo oblicuo externo en sentido anterior.
- Músculo oblicuo interno en dirección externa por la fascia transversalis y el músculo transverso del abdomen
- Músculo oblicuo interno en dirección superior y por el ligamento inguinal en dirección inferior

ESTRUCTURAS ADICIONALES IMPORTANTES QUE RODEAN EL CONDUCTO INGUINAL.

- Haz iliopúbico.
- Ligamento lagunar.

- Ligamento de Cooper y tendón conjunto.

CLASIFICACIÓN.

- **Indirectas:** Protruyen por fuera de los vasos epigástricos inferiores a través del anillo inguinal profundo.
- **Directas:** Protruyen hacia la línea media con respecto a vasos epigástricos inferiores en el triángulo de Hesselbach.
- **Femorales:** Protruyen a través de un anillo femoral pequeño y rígido.

CLASIFICACIÓN DE NYHUS:

Toma en consideración los efectos añadidos con base en su:

- Ubicación
- Tamaño
- Tipo

Sistema de clasificación de Nyhus

Tipo I	Hernia indirecta; anillo abdominal interno normal; común en lactantes, niños y adultos pequeños
Tipo II	Hernia indirecta; agrandamiento del anillo interno sin lesión del piso del conducto inguinal; no se extiende hacia el escroto
Tipo IIIA	Hernia directa; el tamaño no se toma en consideración
Tipo IIIB	Hernia indirecta que ha crecido lo suficiente para alcanzar hasta la pared inguinal posterior; las hernias indirectas por deslizamiento o escrotales suelen clasificarse en esta categoría porque a menudo se asocian con extensión hacia el espacio de las hernias directas; también incluye las hernias en pantalón
Tipo IIIC	Hernia femoral
Tipo IV	Hernia recurrente; en ocasiones se añaden modificadores A a D, lo que corresponde respectivamente a hernias indirecta, directa, femoral y mixta

NERVIOS DE INTERÉS.

ILIOINGUINAL E

ILIOHIPOGÁSTRICO:

Se originan juntos del 1er nervio lumbar.

Nervio ilioinguinal surge en el borde externo del músculo psoas mayor y pasa en dirección oblicua por el músculo cuadrado lumbar, da inervación sensitiva somática a la piel de la porción superior y medial del muslo.

Proporciona inervación a la base del pene y porción superior del escroto, en las mujeres da inervación al monte de venus y a los labios mayores.

NERVIO GENITOFEMORAL:

Se origina de L1-L2 y transcurre a lo largo del retroperitoneo y sale en la cara anterior del músculo psoas. En los hombres da inervación al escroto ipsolaterales y

músculo cremáster, en las mujeres da inervación al monte de venus y labios mayores ipsolaterales.

HERNIAS CONGÉNITAS.

Constituyen la mayor parte de las hernias en la población pediátrica. Durante el desarrollo normal, los testículos descienden del espacio intraabdominal hacia el escroto en el tercer trimestre de gestación.

Entre la 36 y 40 SDG, el proceso vaginal se cierra y se elimina la abertura peritoneal a nivel del anillo inguinal interno. La falla de cierre del peritoneo ocasiona un proceso vaginal permeable. La probabilidad depende de la presencia de otros factores como:

- Debilidad inherente de tejidos
- Antecedentes familiares
- Actividad extenuante

FACTORES DE RIESGO.

- Antecedentes familiares.
- Mal estado nutricional.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Aumentos crónicos o repetitivos de presión intrabdominal.

DIÁGNOSTICO.

DX clínico:

- Protrusión o abultamiento local o regional en zona inguinal.
- El dolor es síntoma raro en hernias no complicadas:
 - ✚ **Agudo:** indica lesión de un nervio.
 - ✚ **Neurógeno:** puede irradiarse al escroto, testículos o cara interna del muslo.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Se explora al px en posición de pie para incrementar la presión intraabdominal, con exposición plena de la región inguinal y escroto.

Se realiza inspección si no se detecta una protrusión evidente, se realiza palpación para confirmar la presencia.

La palpación se realiza avanzando el dedo índice a través del escroto hacia el anillo inguinal externo, se le pide al px realizar la maniobra de Valsalva para favorecer la protrusión.

PRUEBA DE OCLUSIÓN:

- ✚ **Inguinal:** el examinador obstruye el anillo inguinal interno con un dedo mientras se pide al px que tosa.
- ✚ **Hernias femorales:** deben palparse por debajo del ligamento inguinal, por fuera del tubérculo púbico.

ESTUDIOS DE IMAGEN.

- **ECO:** técnica con menor penetración corporal y no aplica radiación al px.
- **TC**
- **RM:** proporcionan imágenes estáticas, capaces de delimitar la anatomía inguinal, detectar hernias, y descartar dx confusos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

1.- Masa o protuberancia en región inguinal:

- Tumores de cordón espermático y testículo.
- Quiste de epidídimo e hidrocele.

2.- Masa o protuberancia en región femoral:

- Adenomegalias.

3.- Dolor en región inguinal:

- Neuritis.
- Compresión radicular
- Pubitis postraumática
- Inguinodinia postquirúrgica crónica

TRATAMIENTO.

1.- Cirugía: Fines reconstructivos, para lo que se recurrirá al uso de materiales protésicos o técnicas plásticas indicadas en cada caso.

2.- Hernioplastia: Vía abierta con material protésico es el TX de elección.

3.- Fajas o bragueros: No están indicados en ningún paciente.

4.- Tratamiento no quirúrgico:

- Control del dolor.
- Control de la presión.
- Posición en decúbito.

Tratamiento de la hernia inguinal:

- Anestesia local, loco-regional o regional.
- Modalidad de la cirugía: convencional o ambulatoria.
- **Técnicas de tensión:**
 - ✚ Lichtenstein (malla plana)
 - ✚ Cono y malla plana
 - ✚ Sistemas perfomados
 - ✚ Abordaje laparoscópico
 - ✚ Técnicas con tensión en ausencia de material ideal protésico

Bibliografía:

Brunicardi, F., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Matthews, J., & Pollock, R. (2015). Principios de cirugía. En F. C. Brunicardi, D. K. Andersen, T. R. Billiar, D. L. Dunn, J. G. Hunter, J. B. Matthews, & R. E. Pollock, Schwartz Principios de Cirugía (págs. 1495 - 1519). MCGRAWHILL.

GPC. (2008). Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: <http://www.facmed.unam.mx/sg/css/GPC/SIDSS-GPC/gpc/docs/SSA-015-08-ER.pdf>