



Infografía Hernias

Análisis de Decisión en la Clínica
Dra. Citlali Berenice Fernández Solís
Licenciatura en Medicina Humana
Infografía
8vo Semestre
Alumno: Martin Mar Calderón

Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de mayo de 2025

HERNIAS

¿Qué es?

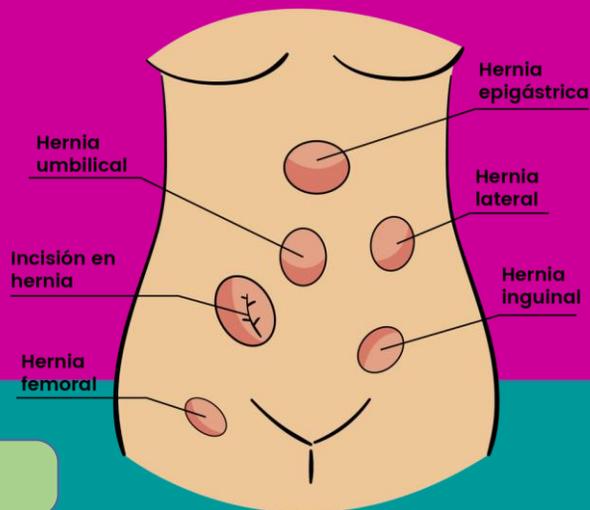
Es la protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto de una pared.

Componentes

Componente herniario: Es el componente abdominal que protruye a través del defecto anatómico

Saco herniario: Es el componente que rodea y contiene los órganos que protruyen

Anillo herniario: Es la estructura anatómica que delimita el defecto

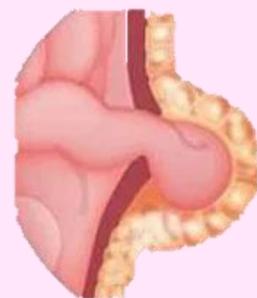


Epidemiología

- Las hernias más frecuentes son las **inguinales**, seguidas de las umbilicales.
- El 5% padecerá una hernia en la pared abdominal, de las cuales el 75% corresponden a una hernia inguinal (2/3 son hernias inguinales directas)
- 25 veces más frecuentes en hombres que en mujeres.

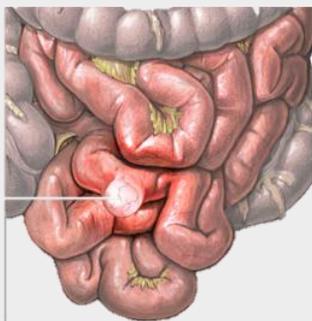
Respecto a su forma

- Reductible:** Cuando su contenido regresa a la cavidad abdominal, si el contenido se queda dentro, se llamará **hernia coercible**, pero si el contenido sale espontáneamente, se **llamará incoercible**.
- Incarcelada o irreductible:** Cuando el contenido no puede regresar a la cavidad abdominal.
- Estrangulada:** Cuando el contenido sufre compresión vascular y compromete la perfusión sanguínea.



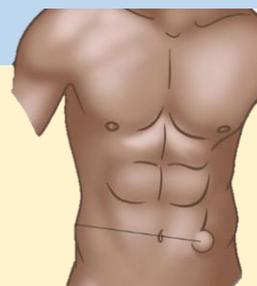
De acuerdo a su contenido

- Littre:** Divertículo de Meckel
- Richter:** Pared anti-mesentérica del intestino delgado.
- Amyand:** Apéndice en hernia inguinal
- Garengot:** Apéndice en hernia femoral



De acuerdo a su localización

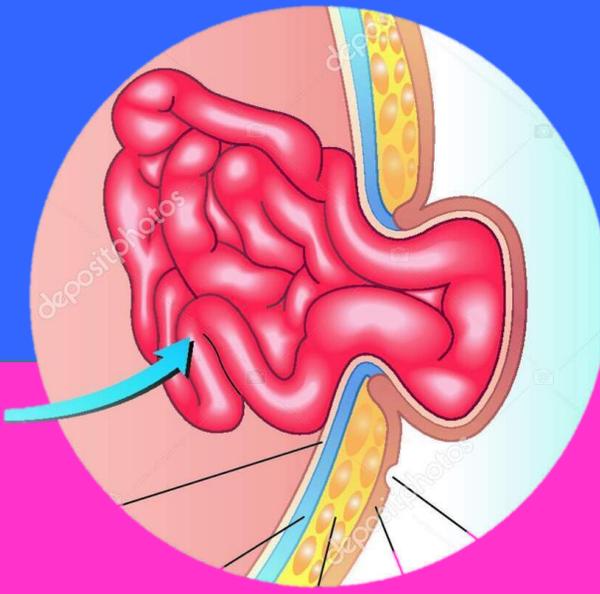
- Spiegel:** En la unión del borde lateral del recto del abdomen y la línea semilunar de Douglas.
- Lumbar o dorsal:** A través del triangulo superior o inferior
- Obturatriz:** Por el orificio obturador o suprapúbico.



HERNIA UMBILICAL

¿Qué es?

Abultamiento alrededor del ombligo, que puede contener epiplón, parte del intestino delgado o intestino grueso.



Epidemiología

Corresponde del 6-14% de la pared abdominal en adultos.

- Más frecuente en mujeres (1,7:1)
- Más común en edad avanzada

FR

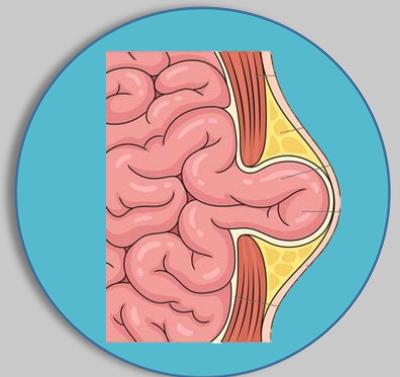
- Obesidad
- EPOC
- Tos crónica
- Constipación/estreñimiento
- Ascitis
- Multiparidad
- Esfuerzos muy intensos

Etiología/fisiopatología

Niños: Secundaria a un defecto en el cierre del anillo umbilical (1 de cada 6 niños)

Adultos: Secundaria a un debilitamiento de la fascia del tejido conectivo del área umbilical asociado a factores que aumenten la presión intraabdominal

- Aumento de volumen
- Defecto aponeurótico en el área umbilical



Diagnóstico

- El diagnóstico es **clínico**.
- Corroborando el aumento de volumen y defecto aponeurótico en el área umbilical
- No se recomienda realizar estudios de laboratorio o gabinete para su confirmación.

Tratamiento

Dolor posoperatorio:

Niños:

Ketorolaco: 0,75mg/kg C/8hrs IV 2 dosis

Paracetamol: 10-30mg/kg C/6hrs VO por 5 días

Adultos:

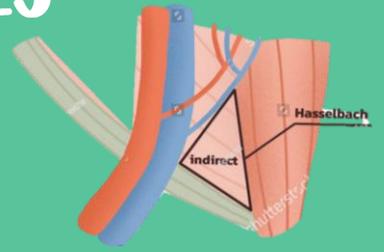
Ketorolaco 30mg IV C/8hrs

Paracetamol 500mg-1gr C/6 hrs VO por 5 días

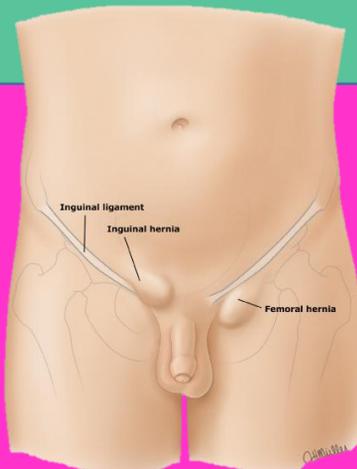
Tratamiento quirúrgico: herniografía umbilical con técnica de mayo.



HERNIAS INGUINALES Y FEMORALES



¿Qué es?



Defecto de la continuidad de la estructura fascial o músculo-aponeurótica de la región inguinal, misma que se encuentra delimitada por el arco transversario, rectos abdominales, rama iliopubiana, músculo iliopsoas y ligamento inguinal

Epidemiología

- La hernia inguinal más frecuente es la hernia indirecta
- La hernioplastia es una de las 2 principales intervenciones quirúrgicas
- 2º causa más común de consulta de cirugía general
- Las hernias femorales o crurales representan solamente el 3% más frecuente en mujeres.

FR

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

Tipos

- **Directas:** Pasan a través del triángulo de Hesselbach, **no llegan al escroto**
- **Indirectas:** Pasan de forma lateral a los vasos epigástricos, acompañan al cordón espermático y **llegan al escroto.**

Clinica

- Protrusión o abultamiento en la región inguinal, sea o no dolorosa o reducible.
- Dolor que aumenta al deambular o al esfuerzo. Disminuye/desaparece al decúbito.

Tratamiento

Indicaciones preoperatorias:

- Reposo relativo
- Restricción de actividades físicas
- Antibiótico profiláctico
- Ayuno de 8 hrs.

Diagnóstico

El dx es clínico, historia clínica, más exploración física.

Clasificación de Nyhus

- 1) Ultrasonografía
- 2) RM
- 3) Herniografía

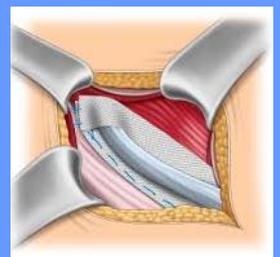


Tx quirúrgico sin tensión

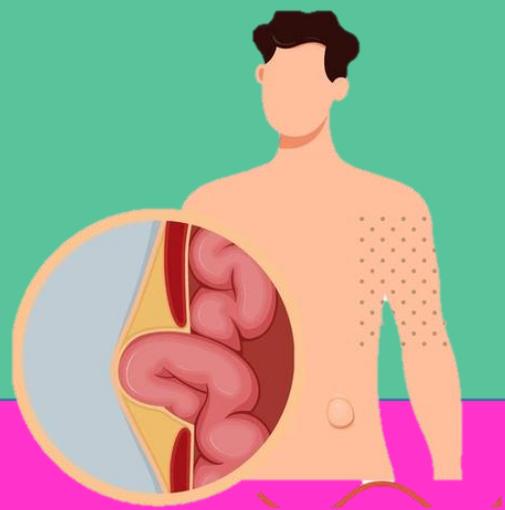
- **Lichtenstein** (malla plana)
- Cono y malla plana
- Abordaje laparoscópico

Tx quirúrgico con tensión:

- **Shouldice**
- Cono y malla plana: Hernia femoral
- Sistemas perforados
- Malla peritoneal (**Stoppa o Wantz**)

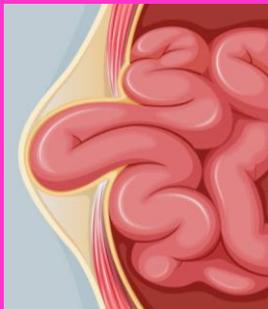


HERNIA VENTRAL



¿Qué es?

Protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared anterolateral del abdomen, excluyendo la región inguinal, que puede ser detectado en forma clínica o por estudios de imagen



- Espontáneas
- Adquiridas: traumatismo/cirugía abdominal

Mecanismo

Se puede presentar en 11-23% de las laparotomías
Recidiva posterior a su reparación:

- 54% sin el uso de material protésico
- 32% cuando se usan mallas



Cuadro clínico

- Dolor en sitio de la hernia
- Estreñimiento/distensión abdominal
- Deformidad de la pared
- Datos específicos a los órganos involucrados

- Reparaciones quirúrgicas previas
- Obesidad
- Tabaquismo
- Aneurisma aórtico
- Sexo masculino
- Estreñimiento crónico
- Malnutrición
- Prostatismo
- Aumento de la presión intraabdominal

FR

Diagnostico

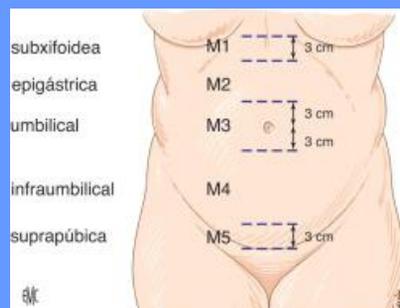
- Ultrasonografía
- Herniografía más contraste hidrosoluble: Casos de sospecha y que la hernia ventral no es detectable clínicamente
- Tomografía axial computarizada: Duda diagnóstica de hernia ventral
 - Maniobra de valsalva
 - Contraste oral
 - Cortes de 10mm



Tratamiento

- Manejo quirúrgico:
- La recidiva es menor con el uso de malla retro aponeurótica
- La recidiva y la infección de herida son mayores con el uso de técnica con tensión o en la colocación de malla supraaponeurótica.

Se debe realizar vía laparoscópica siempre que se pueda.



BIBLIOGRAFIAS

- Guía de práctica clínica GPC., Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales, evidencias y recomendaciones, actualización 2012.
- Guía de práctica clínica GPC., Diagnóstico y reparación de la Hernia Umbilical, evidencias y recomendaciones. Actualización 2012.