



# Manejo de Hernias Abdominales

Hernán Pérez Montesinos  
Luis Pérez Montesinos



# Manejo de Hernias Abdominales

Hernán Pérez Montesinos  
Luis Pérez Montesinos

Manejo de Hernias Abdominales  
© Hernán Pérez Montesinos  
Luis Pérez Montesinos

2021,  
Publicado por acuerdo con los autores.  
© 2021, Editorial Grupo Compás  
Guayaquil-Ecuador

Grupo Compás apoya la protección del copyright, cada uno de sus textos han sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial.

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Editado en Guayaquil - Ecuador

ISBN 978-9942-33-368-1

Cita.

Pérez, H., Pérez, L., (2021). Manejo de Hernias Abdominales. Editorial Grupo Compás.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	6
CAPÍTULO I.....	7
HERNIA INGUINAL .....	7
CAUSAS Y TRASTORNOS.....	9
CUERPO VERTEBRAL.....	9
DISCO INTERVERTEBRAL.....	12
FORAMEN INTERVERTEBRAL.....	14
ARTICULACIÓN INTERAPOFISIARIA .....	15
CAPÍTULO II .....	21
Hernia hiatal: Un desafío médico.....	21
HERNIA UMBILICAL .....	28
CONCLUSIÓN .....	33
CAPÍTULO 3 .....	35
Revisión y Manejo de hernias umbilicales .....	35
TÉCNICA RECOMENDADA PARA TRATAMIENTO .....	41
CAPÍTULO 5 .....	46
Revisión y Manejo de hernias inguinales, inguino escrotales y femorales Umbilicales .....	46
CONTEXTO MÉDICO .....	47

## **CAPÍTULO I**

### **HERNIA INGUINAL**

Una hernia se produce cuando un órgano o parte de él se sale de la cavidad que lo contiene y pasa a través de un agujero o zona débil en una de las capas de la pared abdominal que rodea el músculo, denominado fascia. En el caso de las hernias inguinales, son protuberancias en la ingle. Este tipo es más común en los hombres y puede desarrollarse hasta bajar al escroto. Alrededor del 75 por ciento de todas las hernias se presentan en la región inguinal.

La hernia discal es uno de los diagnósticos más frecuentes en la práctica radiológica de la patología de la columna vertebral. Sin embargo, debemos considerar en el diagnóstico diferencial otras patologías que pueden simular hernias discales, especialmente en algunas secuencias o planos al leer una resonancia magnética.

Las hernias discales, frecuentemente están en contacto con el disco intervertebral, se localizan en el espacio intrarraquídeo extradural. En algunas oportunidades pueden extenderse al foramen intervertebral o incluso en situación extraforaminal. Pueden tener un componente ascendente o descendente,

localizándose por detrás del cuerpo vertebral y ocupando el canal raquídeo central o los recesos laterales.

En las imágenes de tomografía computada se visualiza como una masa intrarraquídea extradural, adyacente e isodensa al disco intervertebral que ocupa en canal raquídeo o receso lateral desplazando el saco dural. En las imágenes de resonancia magnética su apariencia es muy variable. Frecuentemente se visualizan como lesiones de baja señal en las imágenes ponderadas en T2 comparadas con los discos intervertebrales, pero pueden ser isointensa o hiperintensas respecto del disco intervertebral lo cual dificulta su visualización en imágenes convencionales de resonancia magnética.

Luego de la administración del medio de contraste, generalmente presentan captación periférica, en aspecto de "huevo frito". El diagnóstico diferencial de la hernia discal lo debemos hacer con otras lesiones que, aunque menos frecuentes, pueden llevarnos a un diagnóstico erróneo.

Estas lesiones pueden originarse en las estructuras vecinas como el cuerpo vertebral, disco intervertebral, foramen intervertebral, articulación interapofisiaria o del espacio epidural. Consideraremos que las lesiones que se pueden originar del cuerpo vertebral son los osteofitos y las metástasis; desde el disco intervertebral el quiste discal; de los

forámenes intervertebrales las neurinomas; de las articulaciones interapofisiarias hacia los recesos laterales el quiste sinovial; y desde el espacio epidural, el hematoma y el absceso epidural

### **CAUSAS Y TRASTORNOS**

Normalmente, los factores que llevan al desarrollo de las hernias inguinales son defectos de origen congénito o defectos adquiridos. En el caso primero, se producen por una falta de cierre del conducto por el que desciende desde la cavidad abdominal hasta el escroto (o el ligamento redondo en el sexo femenino), lo que hace que sea posible una hernia de las asas del intestino. Por otra parte, la realización de esfuerzos a la hora de defecar, al toser, levantar objetos pesados etc., pueden dar lugar a traumatismos o debilitamiento de la pared inguinal y, por tanto, a la formación de hernias.

### **CUERPO VERTEBRAL**

#### **Osteofitos**

La espondilosis se define como un proceso no inflamatorio que ocurre principalmente debido a la degeneración del disco intervertebral. La degeneración del disco y el desarrollo de la espondilosis forman parte del proceso normal de envejecimiento. La presencia de osteofitos es muy frecuente,

afectando predominantemente a los adultos, su incidencia aumenta con la edad, observándose hasta en el 80% de los pacientes de 75 años. Estos cambios degenerativos tienen el potencial de disminuir la amplitud del canal raquídeo y eventualmente comprimir los elementos neurales, produciendo mielopatía o neuropatía. Los osteofitos que se dirigen hacia posterior pueden comprimir la médula espinal o la emergencia de las raíces nerviosas ventrales. Cuando los osteofitos se dirigen hacia los forámenes intervertebrales pueden determinar compresiones radiculares.

### **Metástasis**

La columna vertebral es el sitio óseo más común de localización de implantes secundarios<sup>3</sup>, y la tercera localización después de los implantes secundarios pulmonares y hepáticos. Los implantes secundarios pueden ser el primer signo de enfermedad neoplásica y pueden comprometer cualquier localización en la columna vertebral como en los cuerpos vertebrales, espacio epidural, leptomeninges o menos frecuentemente en la médula espinal. Las neoplasias de mama, próstata, tiroides, riñón y pulmón son tumores primarios más comúnmente asociados a las metástasis óseas.

El estudio de elección es la resonancia magnética, por sus propiedades múltiplanares y diferentes secuencias. Las lesiones focales óseas aparecen frecuentemente hipointensas en secuencias ponderadas en T1 e hiperintensas en las secuencias ponderadas en T2. Ocasionalmente pueden tener un borde hipointenso T2 en la periferia de la lesión conocido como el "signos del halo". Son de gran importancia las secuencias con saturación grasa como STIR, debido a que en las imágenes T2 TSE o FSE muchas de estas lesiones son indiferenciables de la médula ósea normal.

Las lesiones escleróticas aparecen hipointensas en las secuencias T1, T2 y T2 gradiente. La señal de médula ósea puede ser difusamente anormal. Las imágenes T1 con saturación grasa y contraste paramagnético permiten delimitar la extensión de la lesión y compromiso de estructuras adyacentes como el espacio epidural, foramen intervertebral y región paraespinal. El espacio epidural puede ser una localización primaria de la enfermedad neoplásica, pero más frecuentemente corresponde a una extensión extraósea de una metástasis del cuerpo vertebral o arco posterior.

## **DISCO INTERVERTEBRAL**

### **Quiste discal**

El quiste discal es una lesión muy poco frecuente y causa dolor lumbar y/o radicular. Su historia natural y manejo son poco conocidos. En 1997 Toyama utiliza este término para describir una imagen quística epidural anterior con relación al disco intervertebral que se impregna en su periferia post gadolinio endovenoso. Kono en 1999, describió un quiste intraespinal extradural bien definido, homogéneo, de localización ventrolateral, con desplazamiento del saco dural y comunicación con el disco intervertebral. El quiste discal fue definido como una entidad por Chiba el 2001. Describe la presentación clínica, características en las imágenes y los hallazgos histopatológicos de los quistes discales.

La resonancia magnética demuestra una lesión esférica de baja señal en las imágenes ponderadas en T1 y alta señal en las imágenes ponderadas en T2, consistente con una lesión quística de contenido líquido, totalmente diferente del contenido observado en pacientes con hernia discal. El grado de degeneración discal es generalmente leve, con mínima pérdida de la señal del núcleo discal, consistente con los hallazgos de la discografía.

El 2006, Lee et al. (1) dio detalles de las características del quiste discal: 1) Quiste extradural ventrolateral anclado al disco lumbar. 2) Anillo de refuerzo con contraste en la resonancia magnética y 3) Extensión ocasional en el receso lateral. La discografía y la CT discografía demuestran un canal entre el quiste y el disco, diferenciando éste con una hernia discal u otro quiste intraespinal.

La patogénesis del quiste discal es poco clara. Se plantea la reabsorción de una hernia discal preexistente y un hematoma asociado con el prolapso discal.

Tokunaga et al. (2) Confirmó la presencia de tejido cartilaginoso en la pared del quiste y se piensa que el quiste discal pudo surgir de la reabsorción de una herniación discal. Chiba<sup>8</sup> propone que el quiste discal surge desde un daño subyacente del disco intervertebral que causa una fisura del anillo fibroso en la región posterior del disco intervertebral. Los estudios patológicos muestran tejido conectivo fibroso con depósitos de hemosiderina en las paredes del quiste.

## **FORAMEN INTERVERTEBRAL**

### **Neurinoma**

Las neurinomas son comúnmente lesiones neoplásicas benignas que representan Aproximadamente un tercio de todos los tumores espinales primitivos. La edad promedio se encuentra en la cuarta década de la vida y son más frecuente en la región lumbosacra. Las neurinomas en los forámenes lumbosacros son también relativamente infrecuentes. Según estudios occidentales, la incidencia de las neurinomas espinales varía entre 0,3 y 0,5 / 100,000 personas por año, por lo que en nuestro país podríamos tener aproximadamente 70 casos al año.

Las neurinomas más frecuentes son los intra-durales, seguidos por los extradurales y luego los intra y extradurales al mismo tiempo. Los tumores tienen forma regular, ovalados en la forma de reloj de arena. Pueden tener una cápsula fina y con contenido quístico.

Las neurinomas foraminales generalmente puede presentar ensanchamiento del foramen intervertebral. Las hernias discales pueden llegar a parecer una neurinoma, en CT y RM, incluso con festoneado del cuerpo vertebral. El síntoma más frecuente corresponde a una radiculopatía, con dolor y

parestesia. Se han descrito síntomas entre los 6 meses y 15 años, con una media de 5,5 años<sup>15</sup>. La ausencia de un síntoma específico hace imposible diferenciar esta patología de una hernia discal desde el punto de vista clínico.

En tomografía computada se observan como tumores bien definidos, más bien homogéneos con ensanchamiento del foramen vertebral. La tomografía computada no siempre puede diferenciar la neurinoma de una hernia discal.

La resonancia magnética muestra que la lesión presenta alta señal en T2 (Figura 11) y se impregna con gadolinio en forma homogénea. Las imágenes de RM en los planos sagital y coronal son muy útiles para evaluar la relación entre tumor y disco, y la extensión del tumor en el foramen intervertebral.

## **ARTICULACIÓN INTERAPOFISIARIA**

### **Quiste sinovial**

Los quistes sinoviales, quistes juxtafacetarios o quistes ganglionares son relativamente raros y corresponden a una proliferación de la sinovial en la proximidad de la articulación interapofisiaria que fue primero descrita por Baker en el año 1885 (3)

Todas las personas entienden que nuestro esqueleto está ampliamente articulado. Podemos doblar y torcer los brazos, piernas, manos, dedos, cuello, etc. Este conjunto de movimientos que nuestro esqueleto es capaz de hacer es porque tenemos las articulaciones, que son las estructuras que unen dos huesos diferentes y permiten el movimiento entre ellos.

Como ejemplo de las articulaciones podemos mencionar las rodillas, los codos, los tobillos y las muñecas. Para que este movimiento de un hueso contra otro no cause fricción y desgaste, en el interior de las articulaciones existen dos estructuras importantes, el líquido sinovial y el cartílago.

El cartílago es un tejido resbaladizo situado en los extremos de los huesos articulados. El líquido sinovial es una especie de lubricante que se encuentra dentro de las articulaciones, rodeado por una bolsa llamada sinovia. Estas dos estructuras permiten que los huesos de las articulaciones puedan deslizarse uno sobre otro durante años y años con mínima fricción, impidiendo que ocurra desgaste en los mismos.

La pérdida de estas dos estructuras causa lesión ósea, lo que lleva a una enfermedad llamada artrosis (lee: **ARTROSIS – SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO**). Además de las

articulaciones, los tendones también están rodeados por una bolsa que contiene líquido sinovial. El quiste es el nombre que damos a cualquier bolsa que tiene material líquido o semilíquido en su interior. El quiste sinovial es, por lo tanto, una bolsa que contiene líquido sinovial.

El quiste sinovial aparece en articulaciones o tendones, siendo una herniación de parte de la sinovia y de la cápsula de las articulaciones. Esta «fuga» del líquido sinovial hacia afuera de las articulaciones forma una bolsa que puede ser fácilmente vista y palpada. A pesar de tener origen en el líquido sinovial, el contenido del quiste sinovial no es puramente líquido. El material en el interior del quiste está aislado del resto de las articulaciones y por ello forma una especie de jalea.

### **Causas**

No se sabe mucho bien por qué los quistes sinoviales aparecen. La teoría más aceptada es que pequeñas lesiones de la cápsula articular, provocadas por traumas o estrés repetitivo, permiten la extravasación del líquido sinovial hacia afuera de la articulación, formando el quiste. Además del trauma y del uso excesivo de la articulación, un defecto en la formación de la articulación también parece ser importante, ya que el quiste sinovial puede ocurrir en personas sin antecedentes de trauma o uso repetitivo de la articulación.

### **Síntomas**

El quiste sinovial es una masa redondeada, que generalmente tiene un diámetro de 1 a 3 cm, compresible y consistencia blanda. El quiste suele ser visible y palpable, con la piel por encima íntegra y sin señales inflamatorias. La lesión es translúcida, quedándose roja cuando ponemos un foco de luz sobre la misma, demostrando su contenido líquido. El quiste puede surgir repentinamente o ir creciendo con el tiempo. El tamaño puede variar, estando voluminoso en ciertos momentos. También puede desaparecer espontáneamente y reaparecer más tarde.

El quiste sinovial puede ocurrir en cualquier articulación, pero su localización más frecuente es en la región de la muñeca o en uno de los dedos de la mano. Generalmente no causa dolor, pero puede causarlo si la masa pinza un nervio. En esta situación, además de dolor, también es posible tener pérdida de fuerza y de sensibilidad en la zona de la articulación o tendón.

Hay casos de quistes sinoviales pequeños y ocultos, que no son visibles a través de la piel, pero son descubiertos por el dolor causado. Los quistes ocultos pueden ser diagnosticados por ecografía o resonancia magnética.

El quiste sinovial es un tumor benigno, sin ninguna posibilidad de convertirse en cáncer. En la mayoría de los casos es asintomático y puede desaparecer espontáneamente, sin ningún tratamiento.

Por otro lado, si el quiste está causando dolor o interrumpiendo el movimiento de la articulación, se indica tratamiento médico.

Un tratamiento simple es la inmovilización de la articulación con férulas para comprimir el quiste e impedir el movimiento de la articulación. De esta manera, se intenta crear un mecanismo contrario, empujando el material del quiste de vuelta a la articulación.

La aspiración del quiste con una aguja es otra opción y puede realizarse con anestésicos locales en el propio consultorio. Después de aspirar, el médico suele dar una solución con corticoides para pegar las paredes del quiste y estorbar su relleno. La tasa de éxito de esta técnica es de un 75%.

La aspiración presenta resultado superior a la inmovilización por férula, pero, aun así, hay un riesgo de recurrencia del quiste. Cerca de un 15 a 20% de los casos, el quiste vuelve con frecuencia y si el paciente todavía presenta quejas de dolor o

incomodidad, el cirujano ortopédico puede indicar la extirpación quirúrgica del mismo.

La cirugía puede ser hecha por la vía clásica o por artroscopia. El problema es que la cirugía es un procedimiento mucho más invasivo y no garantiza el 100% de cura. Inclusive después de la extirpación quirúrgica, el quiste sinovial puede volver.

## **CAPÍTULO II**

### **Hernia hiatal: Un desafío médico**

Este tipo de hernia es una condición anatómica adquirida que se define como la protrusión o prolapso del estómago proximal o cualquier estructura no esofágica a través del hiato esofágico. Las primeras descripciones de hernias diafragmáticas se realizaron en el año de 1580 por Ambrosio Paré, cirujano-barbero del Renacimiento que ocupaba el cargo de primer cirujano del rey Carlos IX de Francia. Con el advenimiento de la radiología clínica se hizo evidente que la hernia diafragmática era una anomalía relativamente frecuente, y no siempre se relaciona con síntomas. La incidencia real de la HH en la población general es difícil de determinar debido a esta ausencia de síntomas

Según los criterios de Allison se han identificado los siguientes tipos de hernias hiatales:

- Tipo I: también llamadas hernias deslizantes, aparecen cuando el ligamento freno-esofágico (membrana freno-esofágica) no mantiene la Unión Gastro-Esofágica (UGE) en la cavidad abdominal. Así pues, el cardias se desplaza entre el mediastino posterior y la cavidad peritoneal.

- Tipo II: llamadas hernias paraesofágicas o rodantes, se producen cuando la UGE está anclada al abdomen, pero el hiato, que suele ser grande, deja espacio para que las vísceras se desplacen al mediastino. La presión relativamente negativa del tórax facilita el desplazamiento visceral. Habitualmente, el fondo del estómago se desplaza al mediastino.
- Tipo III: también llamadas mixtas, son una combinación del tipo I y II, en las que la UGE y el fondo se desplazan libremente por el mediastino.
- Tipo IV: aparecen cuando otros órganos en lugar o además del estómago se hernian a través del hiato. De forma característica estas hernias son grandes y contienen parte del colon o del bazo, además del estómago, dentro del tórax.

Muchos pacientes con este tipo de cuadro son asintomáticos o padecen síntomas muy leves, los cuales pueden estar relacionados con el reflujo gastroesofágico como regurgitación y pirosis en mayor frecuencia o disfagia, odinofagia, hematemesis y melena. Otras manifestaciones no relacionadas con reflujo son molestias bucofaríngeas, asma y dolor retroesternal. Los síntomas atípicos producidos por reflujo gastroesofágico se presentan en un tercio de los pacientes y remedan una enfermedad respiratoria (disnea, tos, expectoración, ronquera), cardíaca (precordalgia),

pancreática (dolor hemi-cinturón), gástrica (disfagia) o duodenal (dispepsia). Adicionalmente, en pacientes con el estómago intratorácico puede llegar a producirse obstrucción esofágica intermitente debido a la rotación que se ha originado a medida que el órgano migra hacia el tórax y se asocian manifestaciones respiratorias, tales como disnea por la compresión mecánica y neumonías recidivantes a causa de la aspiración de contenido gástrico. (4)

La baja frecuencia de presentación de la HH tipo III convierte en un verdadero desafío su diagnóstico, por lo que suele manifestarse como una masa mediastínica incidental en la radiografía de tórax, donde se ve proyectada por detrás del corazón, en el mediastino posterior, muchas veces con un nivel hidroaéreo. Con el uso de tomografía computada multidetector, en particular con reconstrucciones multiplanares, es posible caracterizar con detalle la anatomía de la hernia y definir de qué tipo se trata, establecer si existe rotación gástrica y de qué tipo es, evaluar la herniación de otras estructuras abdominales además del estómago y, por último, establecer la presencia de complicaciones como vólvulo o perforación gástrica.

## **Caso de estudio**

Paciente femenina, mestiza, de 66 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, quien consultó por presentar cuadro clínico de neumonías a repetición, junto con dolor precordial, periodos esporádicos de epigastralgia y reflujo gastroesofágico. Dicha sintomatología se exacerbó en los últimos meses por lo que acudió a centro médico donde solicitaron radiografía estándar de tórax, en donde se evidenció presencia de nivel hidroaéreo en mediastino posterior superior al hemidiafragma izquierda. Debido a esto la paciente fue derivada al Servicio de Cirugía Bariátrica del Omni Hospital, con el diagnóstico presuntivo de HH. Se le solicitó un estudio radiográfico contrastado de esófago, estómago y duodeno, donde se observó protrusión del estómago hacia el tórax a través del hiato esofágico con deslizamiento de la unión esofagogástrica en sentido cefálico y enrollamiento del estómago sobre la curvatura mayor, reportándose una HH mixta.

## **Técnica quirúrgica**

Asepsia, antisepsia y colocación de campos quirúrgicos

- Diéresis: T1: 10mm para-umbilical izquierda con técnica abierta, T2: 10mm sub-xifoideo, T3: 10mm sub-costal

izquierdo, T4: 5mm flanco derecho, T5: 5mm flanco izquierdo todos ellos bajo visión directa

- Liberar adherencias a nivel del ligamento falciforme y reducir la hernia diafragmática por vía laparoscópica, identificando el saco herniario.
- Identificar el pilar izquierdo del hiato y liberar adherencias del saco herniario hasta pilar derecho, realizar un túnel retro-esofágico y traccionar el mismo permitiendo identificar la curvatura mayor a nivel de borde inferior del bazo.
- Liberar los vasos cortos gástricos. • Cerrar los pilares del hiato con 4 puntos separados de prolene 2 -0 (Ver Figura 5A).
- Realizar maniobra retro-esofágica para traccionar el fondo gástrico y armar la válvula anti-reflujo con técnica de Nissen 360° con prolene 2-0

Posterior al procedimiento quirúrgico se realizó estudio radiológico con contraste de control donde Méd.UIS. 2017;30(2):83-8 86 Pérez JJ, Viscarra JF, Ríos CG se evidenció corrección del defecto herniario, con el techo gástrico por debajo del hemi-diafragma izquierdo sin fuga del medio de contraste hacia la cavidad abdominal.

## **Análisis de caso**

La HH tipo III presente en el caso es una patología poco frecuente con una incidencia inferior al 1%, El tratamiento médico es poco eficiente en este tipo de patología ya que conlleva un amplio cambio orgánico y funcional. El abordaje quirúrgico se convierte en el tratamiento definitivo y este puede ser transabdominal o transtorácico ya sea en forma abierta o laparoscópica con un alivio de los síntomas en un 80% al 100% de los pacientes en un periodo de seguimiento de diez años.

Con respecto al tratamiento quirúrgico se puede optar por la cirugía abierta que conlleva un riesgo de 87 mayo - agosto Hernia hiatal: Un desafío diagnóstico y terapéutico. A propósito de un caso morbilidad y estancia hospitalarias mucho más elevados de hasta nueve días más que el tratamiento realizado con la técnica de video laparoscopia. El advenimiento y desarrollo de los procedimientos quirúrgicos antirreflujo por vía laparoscópica han demostrado su superioridad por presentar una mortalidad reducida 0-0,5%, baja morbilidad (infección sitio quirúrgico, dolor post-quirúrgico) 2-13% y una estancia hospitalaria reducida de hasta tres días y con igual seguridad-efectividad que los procedimientos por técnica abierta, ofreciendo una mejor

opción quirúrgica para aquellos pacientes con enfermedad severa o asociada a complicaciones. (5)

En la actualidad se acepta que el procedimiento quirúrgico debe incluir la reducción de la hernia, excisión del saco herniario, corrección del defecto diafragmático, y la mayoría de los autores defienden la realización de un procedimiento antirreflujo (Nissen, Hill, Toupet), basados en que dos tercios de los pacientes con hernia diafragmática tienen evidencia objetiva de reflujo gastroesofágico, además al movilizar el hiato probablemente se alteran los mecanismos intrínsecos antirreflujo.

Según el trabajo de Granados RJJ y colaboradores la funduplicatura tipo Nissen es la técnica más efectiva. En este se evaluaron técnicas de funduplicatura del esófago distal, tomando como principal la técnica de Nissen. Se obtuvieron como resultado que la mejoría clínica con la técnica de Nissen fue del 80%, Toupet 70% y Door 50%. Estos datos indican que la técnica tipo Nissen es de utilidad para la mejora de las sintomatologías atípicas del reflujo gastroesofágico. A pesar de lo expuesto la técnica quirúrgica de Nissen tiene ciertas complicaciones como disfagia, incapacidad para eructar y vomitar, llenura postprandial, dolor y flatulencia que deben

tomarse en cuenta, ya que aparecen en un 19% de los pacientes.

En el trabajo de Aurora Carrasquer se notó una mejoría clínica en la sintomatología típica y atípica en el 86% de los pacientes sometidos a la operación, de los cuales el 76% tuvo una buena calificación en los test de calidad de vida, lo cual refleja la utilidad de la técnica de Nissen. Demostrando que la funduplicatura por la técnica de Nissen tiene más efectividad para el control del reflujo que las funduplicaturas parciales<sup>12</sup>. Por lo expuesto anteriormente, esta fue la conducta terapéutica que se adoptó con la paciente, obteniendo su egreso hospitalario temprano a las 48 horas y a pesar de las complicaciones descritas en la literatura con la funduplicatura de Nissen, durante el seguimiento del caso que hasta el momento es de seis meses no se han reportado complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica, pero si una mejoría notable en su calidad de vida. (6)

### **HERNIA UMBILICAL**

La hernia umbilical corresponde entre el 4 y el 13 % de las hernias de la pared abdominal, y es una patología muy común entre la quinta y sexta década de la vida. Puede presentarse como un problema al nacer; sin embargo, la mayoría (90 %) se presenta en la vida adulta de forma adquirida (aunque a partir

de un cierre defectuoso de la cicatriz umbilical desde los primeros días del nacimiento), siendo las mujeres afectadas con una proporción superior a la de los hombres.

### **Antecedentes**

Estas hernias son reconocidas desde Celso (siglo I d. C.) y manejadas con ligaduras elásticas. William Cheselden describe por primera vez un tratamiento de una hernia umbilical, estrangulada en 1740. Es a William J. Mayo a quien corresponde a principios del siglo pasado (1901), la descripción clásica de la técnica de reparación de las hernias umbilicales, con sus cuatro pasos importantes:

- 1) resección del saco herniario;
- 2) cierre del peritoneo;
- 3) aproximación de los bordes del músculo recto hacia la línea media; y
- 4) cierre del defecto herniario mediante imbricación de la aponeurosis en forma de «chaleco sobre pantalón» (borde superior o chaleco sobre el borde inferior o pantalón) con puntos en U o de colchonero. Sin embargo, en la actualidad dejaron de hacerse todos los pasos anteriores para realizar solo la imbricación de la aponeurosis. Esta técnica, en la

actualidad, se encuentra en desuso por su alta incidencia de recurrencias (de un 13 a un 54% en las diferentes series publicadas).

### **El sistema musculoaponeurótico**

Es difícil encontrar en la literatura médica, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, estudios en los que se hayan abordado simultáneamente las hernias de la línea media y la diástasis de rectos cuando ambas aparecen asociadas. Tampoco se ha determinado la incidencia de esa asociación, tanto en el hombre como en la mujer.

Se puede decir que los cirujanos plásticos tratan la diástasis de rectos cuando realizan una abdominoplastia, sin hacer especial referencia a las hernias, y los cirujanos generales reparan las hernias de la línea media, sin prestar excesiva atención a la coexistencia con una diástasis de rectos. Askar observó en los años setenta que el sistema musculoaponeurótico de la pared abdominal presentaba un patrón digástrico.

Las láminas anteriores y posteriores de las vainas de los músculos rectos están formados por fibras tendinosas procedentes de las aponeurosis de los demás músculos de ambos lados del abdomen. Dichas fibras quedan conectadas

entre sí mediante un tejido areolar laxo que permite su desplazamiento y, consecuentemente, los cambios en la forma y dimensión abdominales durante los movimientos del tronco y la respiración.

En la línea media se entrecruzaban en diversos estratos, originando la línea alba. Estas fibras pueden verse sometidas a lo largo de la vida a importantes tracciones que les hacen perder su elasticidad. La infiltración grasa abre los espacios interfibrilares y facilita la aparición de hernias. La diástasis de rectos es frecuente en la mujer y está relacionada con la gestación, la obesidad y la edad; en muchos casos se acompaña de laxitud cutánea. Más raramente y sin piel laxa aparece en varones mayores de 30 años que han tenido fluctuaciones importantes de su peso o realizan esfuerzos físicos repetidos con implicación de la pared abdominal.

Se ha estudiado una serie de pacientes con hernias umbilicales en el seno de una diástasis de rectos. Hasta un tercio de ellos tenían hernias epigástricas asociadas, muchas de las cuales habían pasado desapercibidas antes de la operación. Este hallazgo debe tenerse en cuenta a la hora de plantear el tratamiento quirúrgico de hernias de la línea media en pacientes que presenten diástasis.

## **Clasificación**

Hay un acuerdo general en su clasificación, a diferencia del resto de las hernias ventrales. Por su origen se clasifican en congénitas y adquiridas. Por su localización, en umbilicales (cuando protruyen por el anillo umbilical) y paraumbilicales (cuando lo hacen en la periferia cercana de este, a excepción de la línea alba supraumbilical, donde se denominan hernias epigástricas).

Congénitas son las que aparecen desde el nacimiento con frecuencias de un 30 a un 40% de los recién nacidos y aumenta en niños de bajo peso al nacer, (los prematuros las presentan hasta en un 84%) pero pueden tener la tendencia a su cierre espontáneo en los primeros 2-4 años de vida, cierre que puede ser deficiente y manifestarse posteriormente en la vida adulta como hernia «adquirida del adulto».

De acuerdo con Jakson y Mawera, solo el 10% de las hernias del adulto refieren haberla tenido desde la niñez. A los 2 años, la frecuencia de hernia umbilical es entre un 15 y un 30%; y a los 3 años, de solo el 10%. De lo anterior se desprende el concepto de no operar hernias umbilicales antes de los 2 años de edad, ya que puede haber un cierre espontáneo, o al menos una disminución en el diámetro del anillo.

## CONCLUSIÓN

La HH mixta es una patología poco frecuente cuya manifestación clínica por lo general suele ser extra abdominal y cuyo hallazgo imagenológico es incidental. El tratamiento quirúrgico de elección es por vía laparoscópica ya que reduce el riesgo de infección del sitio quirúrgico, mejor tolerancia al dolor post operatorio, menor estancia hospitalaria y una reinserción laboral más temprana. La técnica quirúrgica de elección es la funduplicatura tipo Nissen 360° que produce una respuesta de satisfacción en los pacientes de hasta el 95%, sin embargo, la técnica utilizada dependerá de la experiencia del cirujano y de los hallazgos quirúrgicos al momento de la cirugía.

En cualquier caso, los hallazgos derivados de nuestro estudio nos obligan a contemplar la adopción de medidas encaminadas a reducir tan alta tasa de HOT. En ese sentido, la prevención de la HOT con prótesis reabsorbible ha resultado eficaz (reducción de más del 50%) y segura (ausencia de efectos adversos significativos). El análisis de los factores de riesgo implicados en la génesis de las HOT nos permite sugerir la edad (mayores de 60 años) y el cierre subóptimo (por obesidad, sangrado o necesidad de ampliación del orificio) como indicaciones para el refuerzo protésico. En los próximos

años, estudios prospectivos aleatorizados en marcha aportarán información precisa sobre la incidencia real de HOT, los factores de riesgo asociados y la posible indicación del refuerzo protésico sistemático del cierre de los orificios de trocares.

## CAPÍTULO 3

### **Revisión y Manejo de hernias umbilicales<sup>1</sup>**

El estratagema umbilical, durante la gravidez, pasa a través de una chaparra decadencia en los músculos abdominales del recién saledizo, y es esta quiebra la que, comúnmente, se cierra después del eclosión, sin embargo, si los músculos no se cierran por acabado en la semirrecta average de la defensa ventral, puede asistir una hernia umbilical en el segundo del nacimiento o tiempo más tarde de la vivacidad del imperturbable.

Aunque, es destacado balizar que es en los niños donde es más frecuentes esta condición, especialmente en los bebés prematuros y en aquellos con debilidades al nacer, como bajo peso. En los Estados Unidos, los bebés afroamericanos parecen haber un peligro tenuemente mayor de hernias umbilicales. El detrimento afecta a niños y a niñas por terso, y en países de Latinoamérica es muy regular este suceso discrecional, a estimación de mal avituallamiento y demás problemas de salubridad.

---

<sup>1</sup> Información referente al documento publicado en revista especializada

Son poco frecuentes las complicaciones de una hernia umbilical en los niños, a pesar de que, las complicaciones pueden llegar cuando el pañuelo ventral que sobresale queda atrapado y no se puede empujar para que vuelva al hueco ventral. Esto disminuye la lavativa sanguínea en el segmento de intestino aprehendido y puede hacer compasión ventral y daño en el muro.

El objetivo de esta investigación es simplificar una revisión actualizada de los conceptos más importantes de este suceso voluntario, juzgar causas y averiguar los indicadores sociales que generan esta clase de dificultad médica, así como examinar los capital cuadros en personas adultas que presenten esta condición.

## **HERNIAS EN NIÑOS**

En un bebé se presenta una hernia umbilical cuando no se cierra por completo después del eclosión del elemento por el cual transita el estratagama umbilical, y esta condición es frecuente de manera un tanto más leve en los bebés afrodescendientes. La universalidad de las hernias umbilicales no está enlazada con todo tipo de afecciones, sin embargo, varias hernias están relacionadas con problemas comunes, como ejemplo mencionamos el síndrome de Down. Una hernia puede trocar de vasto de indemne de 1 centímedida

(cm) a más de 5 cm, ante ello, se presenta una cebolla blanda sobre el ombligo que protruye cuando el bebé está sentado, llora o hace un tesón, por ello cuando el bebé está inmutable y tumbado morro arriba, se puede observar el excedente de materia.

### **SÍNTOMAS**

Cuando se sospecha o hay leves síntomas de que el recién nacido tiene una hernia umbilical, se debe notificar al médico de cabecera. Buscar atención de emergencia si el bebé tiene una hernia umbilical, además de lo siguiente:

Las pautas para los adultos son parecidas, por cliché, se presenta un berrueco alambrado del ombligo, en efecto, es importante examinar salida de emergencia si el guijarro se vuelve mordaz y impresionable al tino. Un diagnóstico y una receta inmediatos pueden ayudar al imposible a prevenir las dificultades.

En las hernias con enana prominencia se considera presuntuoso el vallado del orificio, ya que para grandes consecuencias no es común un cierre dichoso, por lo que varios entendidos en materia mencionan el peritoneo, la valla de la vejiga o el fundus uterino, sin embargo, la tendencia efectivo es la corrección del falla empleando una jábega de

polipropileno, por el contrario en nuestro eventualidad, conveniente al ausente magnitud de los dos orificios, se optó por el cerrojo dichoso sin proposición (1)

Hay que mencionar que esta condición se suele producirse por una falla en el tejido conjuntivo de la membrana (doble capa) del foramen obturador, por cuyo margen superoexterno (ceja obturatriz y canal obturador) discurren los vasos y el nervio obturador. Conjuntamente, aparecen con crecidamente periodicidad en la senectud, coincidiendo con la mengua del tejido linfograso preperitoneal que por general suele ocupar el canal y la membrana obturatriz, siendo favorecidas por los aumentos de la coacción intraabdominal que, transmitida sobre el peritoneo, produce en este un efecto «diverticulizante», debilitándole por distensión y «obligándole» a penetrar por el área de menor firmeza y mayor diámetro (membrana obturatriz), según el principio de Pascal, hasta hacerle protruir como costal herniario.

El Dr. Carbonell Tatay (2) mencionaba que “la exposición del método médico de la investigación herniaria está en perseverante progreso, por ejemplo, en lo relativo a materiales protésicos, sistemas de afianzamiento o nuevos antibióticos, entre otros. A esto se agrega que los continuos cambios e innovaciones tecnológicas en la cirugía podemos determinar

que el arbitraje de la patología herniaria no es tan sencilla como pudiera enjuiciamiento, por lo que su aprendizaje y estudios asimismo deben residir atentas a estos cambios.

### **CASO CLÍNICO EN ADULTOS**

Consideramos correcto nombrar el acontecimiento de una adulta mayor de 77 años, con historial médico de un trasplante renal por insuficiencia renal crónica, hipertensa, que acude a emergencias por complicación intestinal y vómitos durante 5 días. En el análisis físico presentaba decaimiento ventral y disgusto difuso sin signos de irritación peritoneal, tampoco se palparon masas ni hernias, ni la resigado refería piedad en ninguna otra delimitación, luego se demostró en análisis 13.000 leucocitos con un 71 % de segmentados y normalidad en el excedente de los parámetros, mientras que la radiografía de abdomen manifestó las asas del intestino atildado dilatadas con canon obstructivo, sin notar otros hallazgos de expectación.

Con el prejuicio de dificultad intestinal de motivo no filiada y alce la permanencia clínica de la impasible, se la ingresó para tesis terapéutica ultramontano con sonda nasogástrica, sueroterapia, descanso estomacal y piperacilina-tazobactam pautada de manera profiláctica. Se realizó una tomografía computarizada (TC), que objetivó una importante

desenvoltura de asas del intestino acicalado producida por una hernia obturatriz doble con bloqueo entérico en ambos lados, por lo que fue intervenida quirúrgicamente de urgencia. bajo narcótico natural se llevó a cabo la parotomía promedio supra- e infraumbilical, lo que objetivó que un asa de entraña que se encontraba encarcerada en uno y otros orificios herniarios obturatrizes (de más o menos 2 cm de diámetro), y tras una ingenuo tracción se redujo sin problema y se comprobó la posibilidad de esta.

Por último, sin demora de este recurso, se realizó la suspensión de uno y otros defectos obturatrizes con costura trenzada absorbible en bolsa de tabaco y se procedió al cierre del muro abdominal en bloque con costura continua trenzada absorbible. La paciente pasó a reanimación, donde permaneció durante 24 horas tras evidenciar presiones intraabdominales normales. Mientras su estadía en hospitalización, la evolución posoperatoria fue favorable, le fue retirada la sonda nasogástrica y comenzó la tolerancia al segundo día. Por último, fue dada de alta al quinto día posoperatorio. La indagación al mes dio como resultado que se cursó a excepción de incidencias y la internada se encontraba asintomática y fue dada de alta.

## **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Posteriormente de perfeccionar la disección de la vesícula biliar y su mina, se selecciona la batiente de filo que se pretende proveer. asiduamente se protege el filo umbilical o un umbral anexo, por su cansancio anatómica. Como óptica se utilizó una unificado de 10 mm o una de 5 mm, según el sobrante de entrada de umbralado. En la vaguada externa de la malla, los 6 pétalos se doblaron y sujetaron con una pinza clase Endo Clinch™, dejando la lámina interna exento. Al entremezclar la con esa forma por el canjear, la hoja interna forma un funnel que al conseguir la extracción se despliega de nuevo al segundo, como un paraguas. para terminar, se retira el mudar hasta el límite del agujero peritoneal y se sacó en aquel tiempo lo justo de la pinza, para que la lámina interna quede adosada al peritoneo, y así los pétalos quedan alojados en la inauguración parietal. Una vez comprobada la correcta disposición por espectro directo de la constituyente llana de la lancha, se fija esta con 3-4 gotas de cianoacrila.”

## **TÉCNICA RECOMENDADA PARA TRATAMIENTO**

El esquema de técnicas profilácticas para esquivar este obstáculo del choque laparoscópico va a ser uno de los desafíos crecidamente interesantes de los próximos periodos Las técnicas de cierre directo fascial han sido las primeras en

utilizarse, pero son métodos con mala visualización y, en ocasiones, suficientemente incómodos a través de estas incisiones tan reducidas. Más allá de aquello, se han tomado en cuenta procedimientos toscos, que aumentan el período quirúrgico, causan dolor local, empeoran el resultado estético final y pueden comprometer la seguridad del cierre en los pacientes obesos. Si nos regimos por los principios para reparar una hernia incisional, aparentemente sería aceptable que la preferible profilaxis debería reflexionar el uso de prótesis, como aceptan muchos cirujanos para prevenir las hernias incisionales o paraestomales, fundamentalmente en pacientes considerados de alto riesgo.

En este tipo de propuestas se han publicado tres referencias, donde se utiliza un pequeño pedazo de Surgicel como un retaco para obstruir la grieta del trocar, insertándolo en la capa muscular por vía anterior, luego se utiliza un tejido mixto introducida por la misma lesión del abordaje anterior, alojando el aparato reabsorbible en enfoque intraabdominal y utilizando una unión parietal superficial traumática. Como se ha explicado, es una elección endoscópica que permite una restauración indestructible y doble, parietal e intraabdominal, y con notables diferencias básicas. La introducción de la malla se realiza a través del trocar, ceño simple pero primordial, ya que asegura la distribución correcta de la malla, con lo que se

evita así una falsa vía, el arrastre de gérmenes desde la piel (disminuye la contingencia de contagio), no traumatiza la pared y no precisa manejo para adaptarla a la superficie peritoneal ni a los pétalos en el recorrido transparietal. (4)

Existen diferentes formas de abordar la hernia obturatriz, bien sea por vía inguinal, bien retropúbica o transperitoneal. La laparotomía media es la corte preferida por la totalidad de los cirujanos, ya que tiene la ventaja de que proporciona una mejor exploración de la cavidad abdominal y permite el dictamen de la causa de la obstrucción, la reparación del orificio herniario y la caracterización de posibles áreas de isquemia intestinal que requieran resección. En los últimos años se ha venido considerando la laparoscopia para el método de este tipo de hernias; entre sus ventajas estaría una redención más rápida y con menos complicaciones. Sin embargo, en un contexto de obstrucción intestinal (como es nuestro caso), el acceso laparoscópico se convierte en una habilidad compleja, al coexistir un territorio intraabdominal limitado por la ampliación de las asas abdominales. Tras nuestra práctica primordial providencial con los pegamentos, decidimos utilizarlos como procedimiento de fijación protésica a nivel únicamente intraabdominal, porque evitan la necrosis e isquemia de las suturas y el posible dolor posoperatorio por ellos o por las grapas helicoidales, y el hecho

de que la malla quede con arrugas o parcialmente desplegada, lo que favorece la formación de adherencias intraabdominales. El tamaño del poro y el decoro del pegamento garantizan ~ una unión segura y sólida (5)

Luego de esta investigación hemos concluido que los aspectos teóricos sobre dificultades técnicas quirúrgicas, así como organismos, etc, yuxtapuesto con otros procedimientos es organizado con relación a la irradiación y el concurso con interacción, estos puntos aportan al facultativo el reforzamiento forzoso para el inicio o continuidad en su costumbre ambulatorio, apoyado en un elemento pragmático destinado por profesionales conocedores de la problemática, por ello y sin temor a equivocarnos creemos oportuno difundir estos alcances y la circunscripción de perseverar con la alineación de la enmienda endoscólanceta de la valla estomacal, considerando los otros niveles de educación de las técnicas endoscópicas, como el tutelaje y la colaboración a centros especializados y a congresos.

Es obligatorio, entonces, la implementación y encadenamiento de cursos similares a estos en el perímetro universal ante todo en países en vías de transformación, adonde es valeroso el certamen incesante a centros especializados, al igual que la implementación de cursos on-

line sobre esta insignia (aprovechando el poder de alcance de internet y para activo más en cuenta la docencia en esta área en los congresos de cirugía a grado universal).

luego tanto, algunos autores aconsejan la práctica de un razonamiento de inoculación, de modo rutinaria, cuando se asocian más de dos de estas circunstancias, de una manera parecida a como lo podemos transportar a fin en una laparotomía de urgencias, al elaborar una estoma, etc. (3).

## CAPÍTULO 5

### **Revisión y Manejo de hernias inguinales, inguino escrotales y femorales Umbilicales<sup>2</sup>**

Son muy frecuentes las Hernias como patologías quirúrgicas, se pasión que el 8 al 16% de los seres humanos tienen hernia. Las hernias inguinales constituyen el 90% del universal de todas las hernias. Incluso cuando la primera relación de peculio herniaria fecha de la sesión de Hammurabi en los papiros egipcios, no fue fortuna hasta el siglo XIX cuando Edoardo Bassini (el padre de la cirugía herniaria moderna), tiene un gran éxito en la mejora quirúrgica de la hernia inguinal, reportando en 1887 un porcentaje de duplicación de únicamente 3.8% en un período de 3 decrepitud. Esto distaba en extremo de los rangos ayer reportados que eran de 30% a 40% durante el primer año postoperatorio y casi un 100% luego de 4 existencia. Lichtenstein describió en 1974 el denominado “congestión cilíndrico”, construido al enrollar una relación de barquilla, para eliminar el defecto fascial de las hernias recurrentes y/o crurales.

Se introdujeron “pasos” técnicos históricos, hasta alcanzar a lo que se entiende costal, el pedazo del cremáster, el uso del

---

<sup>2</sup> Información referente al documento publicado en revista especializada

ligamento iliopectíneo en eclipse de cordón inguinal, tolerancia de la importancia de la cintilla iliopubiana y el pestillo del suelo inguinal. La Herniorrafia es una de las operaciones quirúrgicas que se realizan con más frecuencia en los servicios de cirugía hogareño. De pacto con datos del National Center for Health Statistics, la herniorrafia encabeza la cinta de las cinco operaciones quirúrgicas mayores que realizan con más frecuencia los cirujanos generales. El peso de complicaciones de las hernias aumenta con el número de intentos previos a parecer de quiebra de tejidos, friabilidad y retracción cicatrizal.

### **CONTEXTO MÉDICO**

La demarcación inguinal se encuentra formando parte de la pared abdominal, en ella se describen clásicamente 4 paredes:

1. Pared anterior o externa. Formada por aponeurosis del oblicuo mayor y fibras del músculo oblicuo menor.
2. Pared posterior o interna. Formada por la fascia transversalis, grasa preperitoneal, reforzada por el tendón conjunto y ligamento reflejos de la zona.
3. Pared superior o techo. Formada por los bordes inferiores del oblicuo menor y transverso.

4. Pared inferior o piso. Formada por una especie de canal, cuya concavidad mira hacia arriba. Este canal pertenece en su parte anterior a la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, conformando el ligamento inguinal, curvada hacia dentro y arriba. En su parte trasera está formada por la fascia transversalis y por la cintilla iliopubiana, que refuerza la fascia transversalis a este nivel. Es decir, este canal sobre el que descansa el cordón espermático, resulta de la unión de la aponeurosis del oblicuo mayor (2)

No se dispone con comodidad de cifras seguras sobre la incidencia de hernias inguinales en el Ecuador, sin embargo, el Ministerio de la Salud Pública en el 2012 registra 14.832 casos, el 25.55% se registraron en la provincia del Guayas y la relación Hombre vs. Mujer fue del 2.67:1. Se considera que el advenimiento de hernia inguinal en Ecuador como el resto del mundo oscila entre el 3 al 5 % de la población general. Constituyéndose posiblemente en un problema de salud pública. Se observa un acrecentamiento revelador del número de pacientes con evidencia de hernia inguinal, sin que exista información estadística precisa y sean además identificadas factores que motiven este incremento. Por esta razón, es necesario plantear una investigación que nos permita en forma documentada establecer qué población se encuentra más vulnerable e identificar los factores predisponentes

conectados con la misma. (4) Además, siendo la técnica TAPP una de las opciones quirúrgicas viables y con excelentes resultados.

1) ¿Cuál es la distribución de la patología herniaria según edad y género?

2) ¿Cuáles son los tipos de hernias más frecuentes según su localización?

3) ¿Cuáles son los factores de riesgos para el desarrollo de la hernia inguinal?

4) ¿Cuáles fueron las complicaciones post quirúrgicas tempranas más frecuentes?

5) ¿Cuál fue el tiempo de recuperación en los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal que

se sometieron a reparación por técnica TAPP?

En este contexto, la presente investigación fue un estudio de tipo longitudinal, retrospectivo no experimental para determinar la incidencia, factores de riesgo y los beneficios en cuanto a

complicaciones tempranas y tiempo de hospitalización entre los pacientes atendidos en el área de cirugía general del Hospital Dr. Federico Bolaños Moreira IESS de Milagro.

El universo utilizado para la presente investigación correspondió a un total 105 casos atendidos, los cuales fueron revisados a los efectos de llegar a conclusiones ilustrativas en el marco de la presente investigación.

Cuando se evalúa la colocación de las hernias inguinales según género y edad del enfermo, en los resultados obtenidos, se puede observar que el cociente de edad de la muestra de pacientes que fueron sometidos a reparación a través de la TAPP en el área de Cirugía General del Hospital Dr. Federico Bolaños Moreira de Milagro fue de cerca de 50 años, lo cual está entre rangos similares a la casuística mundial; sin embargo, presenta una diferencia de menos 3 años, en comparación con otros estudios que reportan un promedio de edad de 53 años en países similares al nuestro. La mayor asiduidad hacia el sexo masculino en la exposición de casos también está en relación con la casuística mundial, al igual que la relación hombre y mujer de 4:1.

Con relación a los tipos de hernias inguinales más frecuentes por su situación los diversos tipos de hernias presentaron diferencias relacionadas al sexo y a la ubicación. Referente a

los factores de riesgo, se consiguió igualar en los pacientes con diagnóstico de Hernia inguinal que el mayor número se encontró a pacientes con debilitamiento de sus tejidos por la edad 36.1% (n=38), el segundo en importancia fue por obesidad 23.8% (n=25) de los cuales 21 tenían dictamen de sobrepeso (IMC: 25-29.9) y los 4 restantes sobrepeso grado I (IMC 30 a 34.9); el tercer grupo en importancia fue por historial de cirugía previa 16.1% (n=17), el cuarto grupo en importancia fue el factor herniogénico relacionado a algún tipo de esfuerzo intenso de los músculos abdominales, ya sea en su actividad laboral o por algún deporte 12.3% (n=13), seguido de estreñimiento crónico 7.6% (n=8) y finalmente el menor grupo fue por Tabaquismo 3.8% (n=4).

Con relación a las complicaciones postoperatorias tempranas que se presentaron en los pacientes con dictamen de hernia inguinal sometidos a resarcimiento mediante la técnica TAPP, se encontraron 11 complicaciones (10,47%) de un total de 105 pacientes, divididas de acuerdo al número de complicaciones en 4 (37%) con dolor a nivel de puertos y en área inguinal (uno requirió re mediación quirúrgica para la extracción de clic), 2 (18%) con hematoma (uno intraoperatorio por lesión de vasos epigástricos), 2 (18%) pacientes con seroma (que no requirió ningún manejo solo observación), 2 (18%) pacientes con neuralgia que fue de tipo transitoria (dentro de los primeros

15 días post cirugía desapareció, se manejó con hielo local y analgésicos) y 1 (9%) con excavación intestinal.

Se recomienda extender con nuevas investigaciones relativo a este argumento ampliándola a otros grupos etarios de nuestro país y en nuevas contexto versus otras técnicas quirúrgicas para corroborar los resultados obtenidos en este trabajo de indagación lo que permitirá tener una perspectiva más adecuada de la problemática y orientar acciones que disminuyan el impacto de esta patología sobre la población del Guayas y del país. Avivar el control habitual de salud y de vida activa a través de los centros primarios de atención. Crear centros o multiplicar centros de actividad física con el objetivo de reducir el sedentarismo, lo que elimina varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de nuevas patologías. Incentivar en el personal médico el ánimo de modernización científica continua con el afán de mantener un alto índice de destreza en las técnicas quirúrgicas actuales para aplicarlos en pacientes con estas patologías herniarias; tomando en cuenta una curva una curva de aprendizaje para estos procedimientos quirúrgicos.

Se pudo encontrar una colocación análoga de la falla herniaria en cuanto a lateralidad y orden de índole que en otras poblaciones a medida universal, siendo la región inguinal

estribor y el coito masculino las características de orden más prevalentes. En el instante de muestra (50 permanencia) se observó una discrepancia de a excepción de 3 tiempo, en cotejo con otros estudios que reportan un promedio de momento de 53 momento. Las circunstancias de daño que se identificaron con mayor periodicidad fueron el ocaso de tejidos del burladero relacionado a mayor etapa y obesidad. factores descritos en las humanidades conexos con la creación de patología herniaria. frente a las dificultades encontradas en el posoperatorio, el disgusto a grado de puertos y área inguinal corresponde a la más habitual en nuestra prospección con el 37% concerniente al mundial de dificultades y a un 4% con relación al mundial de los pacientes operados.

Las ventajas de un período de pequeño conmisericordia y rápida recuperación convierten a la TAPP en una excelente alternativa siempre y cuando el facultativo cuente con autónomo vivencia con la técnica. Se encontró una respuesta positiva por parte de los pacientes, con resultados favorables en diferentes aspectos, partida en la petición, estancia hospitalaria y el progreso posquirúrgico. En la comparación de datos no se incluye la instrucción de la recurrencia dado que los registros de historias clínicas corresponden a los pacientes se han intervenido durante estos dos últimos vida con Incidencia de la hernia inguinal y la progreso en pacientes 577

Pol. Con. (estampado núm. 9) Vol. 2, No 7, julio, 2017, pp.567-577, ISSN: 2550 – 682X esta técnica.

Se requieren como una falta de 5 coexistencia para arrancar a calcular recurrencias de la técnica. No existen trabajos serios con una cifra autónoma de casos, tiempos mayores 5 etapa de desarrollo, y con parámetros suficientes para contar los costos de esta intervención y compararlos con los ingresos como son: el reintegro más taimado a las actividades laborales privadas, menores dificultades y menores cifras de recidivas.

## Referencias

1. García-Santos E., León-Salinas C. Hernia obturatriz: incarceration bilateral con obstrucción intestinal simultánea. *Rehah/v2i1/S225526771300056X*. 2013.
2. Carbonell Tatay F. El motivo de una revista de hernia en español para los cirujanos de los veintiún países que hablamos esta misma lengua o David contra Goliat. *Rev Hispanoa Mernia*. 2013; 1:1-2.
3. Comajuncosas J, Hermoso J, Gris P, Jimeno J, Orbeal R, Vallverdu H, et al. Risk factors for umbilical trocar site incisional hernia in laparoscopic cholecystectomy: A prospective 3-year follow-up study. *Am J Surg*. 2014;207(1):1-6.
4. Armananzas L, Ruiz-Tovar J, Arroyo A, Garcia-Peche P, ~ Armananzas E, Diez M, et al. Prophylactic mesh vs suture in ~ the closure of the umbilical trocar site after laparoscopic cholecystectomy in high-risk patients for incisional hernia. A randomized clinical trial. *J Am Coll Surg*. 2014;218(5):960-8.
5. Moreno-Egea A. The use of glue in hernia surgery. Combined fixation technique in laparoscopic hernia repair. *Cir Esp*. 2014;92(1):57-8.
6. Willimon S. Pigmented Villonodular Synovitis of the Knee: An Underappreciated Source of Pain in Children and

Adolescents. *J Pediatr Orthop*. Vol.38(8):e482-e485. Doi: 10.1097/BPO.0000000000001213. 2018.

7. Gao, M., Han, J., Tian, J., & Yang, K. (2010). Vypro II mesh for inguinal hernia repair: A meta analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg*, 251(2), 838-842.
8. Patiño, F., García-Herreros, L., & Zundel, N. (1998). Inguinal hernia repair. The Nyhus posterior preperitoneal operation. *Surg Clin North Am*, 78(1), 1063-1074.
9. Pinzón, F., Rincón, F., & Espitita, E. (2011). Herniorrafia inguinal abierta versus laparoscópica y con nuevos materiales protésicos: análisis de su efectividad clínica y económica para el paciente, el hospital y el sistema sanitario. *Rev Colomb Cir*, 26(1), 242-259.
- 10 Lee HK, Lee DH, Choi CG, Kim SJ, Suh DC, Kahng SK, et al: Discal cyst of the lumbar spine: MR imaging features. *Clinical Imaging* 2006; 30: 326-330.
- 11 Tokunaga M, Aizawa T, Hyodo H, Sasaki H, Tanaka Y, Sato T: Lumbar discal cyst followed by intervertebral disc herniation: MRI findings of two cases. *J Orthop Sci* 2006; 11: 81-84.
- 12 Baker WM. Formation of synovial cysts in connection with joints. *St. Bartholomews Hospital Reports* 1885; 21: 177-190.
- 13 Casas García J. Enfermedades quirúrgicas del abdomen: Hernia hiatal [Internet]. En: García Gutierrez A. *Cirugía*. Tomo III. Cuba: 2007 [Citado 22 May 2016]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-ocirugia--00-0--- -0-10-0---0---odirect-10---4-----0-11--11-zh-50---20-about---00- 0-1-00-0-0-11-1->

ogbk-00&cl=CL3.2&d=HASH018a7195c694eb  
5fe10cd174.4.4&hl=0&gc=0>=0

- 14 Braghetto IM, Korn OB, Burdiles P, Debandi A, Valladares H, Brunett L. Hernias hiatales verdaderas: tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica. Rev. Chilena de Cirugía. 2002;54(6):628- 38. 12.
- 15 Granados Romero JJ, Cortés González LD, Zacarías Ezzat JR, Tapia Jurado J, Athié Gutierrez C, Aguirre Cazares ML. Resultados de diversas técnicas de funduplicaturas en la resolución de sintomatología respiratoria atípica. Revista de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. 2013;14(1):6-9.

# Descubre tu próxima lectura

Si quieres formar parte de nuestra comunidad,  
regístrate en <https://www.grupocompas.org/suscribirse>  
y recibirás recomendaciones y capacitación



   @grupocompas.ec  
compasacademico@icloud.com

compAs  
Grupo de capacitación e investigación pedagógica



@grupocompas.ec  
compasacademico@icloud.com

ISBN: 978-9942-33-368-1



9 789942 333681



@grupocompas.ec  
compasacademico@icloud.com

compas  
Grupo de capacitación e investigación pedagógica