

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

<div>Es la protrusión de vísceras contenidas en la cavidad abdominopélvica, a través de un orificio anatómico. Zonas de debilidad de la pared abdominal o perineal congenitamente pre constituidos, o a través de la capa fascial y muscular destinadas a contenerlas. <p>Distintos tipos, definidas por su localización anatómica.</p> <p>Inguinales
 crurales
 umbilicales
 epigástricas
 Obturadoras
 De la línea blanca
 ciliacas o isquiáticas
 perineales
 Lumbares superiores e inferiores
 Diafrámicas (Congénitas o post-traumáticas) Incisionales o post-quirúrgicas</p> <p>Hernias inguinales
 Son las que se producen en relación con el conducto inguinal. Representa una de las causas más frecuentes de cirugía electiva o programada.</p> <p>Anatomía del conducto inguinal: Constituido por una pared anterior, la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor, un borde superior el tendón conjunto, un borde inferior la arcada crural y por la pared posterior, constituida por la fascia transversalis reforzada de fuera a dentro por: El ligamento de Hesselbach, la arteria epigástrica, el ligamento de Henle, el resto embrionario de la arteria umbilical, el tendón conjunto y el ligamento de Colles.
 Tiene también esta pared un refuerzo transversal, que es la cintilla iliopúbica de Thompson.
Orificio inguinal superficial o medial: Limitado por los pilares interno y externo de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor presentando en su borde superior las fibras arciformes.
 Orificio inguinal profundo: Esté limitado por dentro por la arteria epigástrica y el ligamento de Hesselbach (Estríbo de la fascia
 transversalis) y por fuera por el arco aponeurótico del transversal del abdomen.</p> <p>Anatomía del contenido: Cordón espermático en el hombre y ligamento redondo en la mujer.
 El cordón espermático está constituido por los paquetes venosos anterior y posterior, el conducto deferente, las arterias espermática, deferencial y funicular y los ramos genitales del abdomen inguinal y del genito crural, todo esto envuelto por la fibrosa común del cordón o fascia espermática interna, dependencia de la fascia transversalis.
 El oblicuo menor aporta con las fibras del cremáster.
Anatomía de las Fositas: Fosita externa: Esté determinada por el ligamento de Hesselbach y la arteria epigástrica, por dentro; siendo por arriba y por fuera limitada por el arco aponeurótico del transversal Fosita media: Esté entre el lig. de Hesselbach y el resto embrionario de la arteria umbilical, Esté reforzada por el ligamento de Henle, el lig de Colles, el tendón conjunto y por el refuerzo horizontal del tracto iliopúbico.
Fosita interna: entre el resto de la arteria umbilical y el uraco, no presenta zona de debilidad potencialmente herniaria.</p> <p></p></div>

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

de la regi^o del orificio crural: Forma parte de la regi^o llamada inguinocrural y est^o constituido por la arcada crural y la cintilla de Thompson por arriba, el ligamento de Cooper por abajo, el ligamento de Gimbernat por dentro y la cintilla iliopectinea por fuera, si bien en general las hernias, se producen por dentro de la vena femoral.

Factores anat^oicos predisponentes

Hernias inguinales directas: La anatom^o normal en la pared posterior determina el tri^ogulo de Hesselbach, constituido por: el ligamento de Hesselbach o la arteria epig^otrica, por fuera; el tend^o conjunto, por arriba y la arcada crural por debajo. La predisposici^o anat^oica a la existencia de las hernias inguinales directas est^o dada por la conformaci^o del Tri^ogulo de debilidad de William Hessel, constituido por la implantaci^o alta del tend^o conjunto y que consta de un borde superior, el tend^o conjunto; un borde interno, que es el borde externo del musculo recto anterior del abdomen y un borde inferior, que es la arcada crural. Zimmerman y Anson dicen que se debe a la ausencia de un soporte muscular adecuado en la porci^o baja del conducto inguinal.

Hernias inguinales indirectas: Son el resultado de un defecto en el cierre del proceso vaginal, durante el descenso de los testiculos hacia el escroto.

Fisiopatolog^o

Dada la anatom^o de la regi^o inguinal se describen dos sistemas que actuan como membranas, el anterior constituido por la piel, el tej. celular subcutaneo, las fascias de Camper y Scarpa y el oblicuo mayor, que no participan en los movimientos de oclusi^o de los orificios potencialmente herni^oenos. Estas estructuras se encuentran por delante del cord^o esperm^oico. Por detr^o del cord^o, otro grupo de "membranas" se describen como participando activamente de los mecanismos de oclusi^o din^oica de los orificios y son el m^osculo oblicuo menor, el m^osculo transverso, la fascia transversalis y el peritoneo.

Existen dos mecanismos de cierre de los orificios inguinales.

1^o La tracci^o lateral que ejerce sobre el estribo de la fascia transversalis (ligamento de Hesselbach) el m^osculo transverso del abdomen y que cierra el orificio inguinal profundo. Cualquier intervenci^o que fije la fascia transvesalis a las estructuras m^o superficiales, anular^o esta funci^o.

2^o La acci^o del arco del transverso apoyado en el oblicuo menor (tend^o conjunto) hace que al contraerse se anule su convexidad superior y se ponga paralelo al tracto iliopubiano, en aposici^o, cerrando la fosita inguinal media. Si esto no ocurre, pues se supone que el transverso tiene una inserci^o m^o alta, aunque se ponga paralelo, deja una zona solo cubierta por la fascia transversalis.

Motivo de consulta

bulto

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

reductible, dolor, atascamiento, estrangulaci♦, dolor alto, detenci♦ del tr♦sito intestinal, v♦itos, nauseas, s♦tomas urinarios, operaciones previas</p><p>Antecedentes familiares: 25 a 30 %, Hernias en los padres</p><p>Edad:
 Indirectas en ni♦s y adultos
 Directas m♦ frec. en adultos</p><p>Sexo: Inguinales, predominio masculino
 Crurales, predominio femenino
 Umbilicales, predominio femenino</p><p>Ocupaci♦: Levantar pesos excesivos , factor desencadenante.
 Otros factores desencadenantes: tos, defecaci♦, esfuerzo miccional en el prost♦ico</p><p>Factores predisponentes: Ritmo intestinal, bronquitis, asma, prostatismo, f♦osis, tos, traumatismos, embarazo, obesidad, p♦dida de peso, enfermedades consumtivas. Sugieren algunos autores, que la hernia del adulto es una manifestaci♦ de una anomal♦ generalizada en el metabolismo del col♦eno.</p><p>INSPECCION: Paciente de pie, examinador sentado.
 Inspecci♦ del abdomen, inspecci♦ de la regi♦ inguino-escrotal.
 Forma, ubicaci♦, tama♦:
 intersticial
 punta de hernia
 intra funicular
 paracordonal (directa)
 inguinop♦bica o bubonoide,
 inguinoescrotales, (indirectas)</p><p>Inspecci♦ acostado: ver si es reductible espontaneamente o no</p><p>PALPACION:
 Acostado y de pie: se explora el orificio inguinal superficial con el dedo, se solicita un esfuerzo si est♦de pie o que tosa.
 Palpaci♦ del cord♦, del test♦ulo.
 Palpaci♦ acostado: hernia reducida, se hace realizar un esfuerzo.
 Maniobra de Landivar y Landivar Cuenca: Se realiza con dos dedos de una mano ocluyendo desde la superficie el orificio inguinal profundo y con el ♦dice de la otra, introducido a trav♦ del escroto, o de los labios mayores, comprimiendo o atravesando el orificio inguinal superficial y palpando la pared posterior con el pulpejo, con el fin de determinar por cual de los orificios de la regi♦ inguinal protruye la hernia.</p><p>Hernia no reducida:
 Puede tener contenido epiploico, es m♦ dura, epiplocele.
 Puede tener contenido intestinal, gorgoteo: enterocele Puede tener contenido mixto: Enteroepiplocele</p><p>Hernias por deslizamiento: Son las hernias en que una parte de la v♦cera que est♦dentro del saco, forma parte de la pared del saco.</p><p>Hernia

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

reductible: es la que se reduce espontaneamente con el reposo o con maniobras.

irreductible: es la que pese a la presi ejercida por maniobras tendientes a la reducci, no se reduce.

cohercible: es la que una vez reducida, permanece su contenido intra-abdominal mientras no medien esfuerzos.

incohercible: Es la que reducida, protruye inmediatamente que se deja de efectuar la presi de reducci, sin que medien esfuerzos y esto puede ser debido a la p dida del derecho de domicilio de las v ceras, por aumento de la presi intra abdominal, o a adherencias entre el saco y las v ceras.

recidivada: es la que aparece en la cicatriz de una reparaci anterior.

cr mica: lleva un tiempo m o menos prolongado protruida

aguda: exagera los s tomas bruscamente.

estrangulada: Es una hernia que sufre un episodio agudo, que determina una oclusi intestinal mec mica, por compresi a nivel del anillo herniario, o del cuello del saco, de visceras abdomino-pelvianas, preferentemente intestino; con detenci del trnsito de materias fecales y gases y con compromiso circulatorio al principio venoso (Infartamiento) y luego arterial (infarto).

atascada: Puede tener oclusi del trnsito intestinal pero sin compromiso de la vitalidad de la pared del intestino. Puede tener otro contenido distinto del intestino, por ej. epiplon.

Estrangulaci retrada o en W de Maydl: las asas comprometidas no est dentro del saco sino en la cavidad abdominal.

Etapas de la estrangulaci

- 1 Congesti y edema
- 2 Infartamiento
- 3 Infarto intestino mesentico.
- 4 Necrosis, gangrena, a la que contribuyen los g menes que cobran patogenicidad.
- 5 Peritonitis sacular, pues se vuelca el contenido s tico intestinal en la cavidad del saco.
- 6 Absceso pioestercoraceo.

Diagn tico diferencial: orquitis, hidrocele, quiste de cord, ectop testicular.

Percusi: de escaso inter, salvo en caso de oclusi intestinal por hernia atascada o estrangulada, donde la percusi abdominal revela timpanismo.

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

x-small;">Auscultaci♦:. Gorgoteo, ruidos hidroaereos aumentados en la hernia estrangulada.</p> <p style="text-align: justify;">Examen radiol♦ico: H. estrangulada, Rx directa de abdomen.
 Urograma: Orienta en los deslizamientos
 Rx. colon: Estudios previos descartando obstrucciones.</p> <p style="text-align: justify;">Transiluminaci♦: Para diagn♦ico diferencial con hidrocele.</p> <p style="text-align: justify;">TRATAMIENTO TRANSITORIO:</p> <p style="text-align: justify;">Taxis: solo en las hernias inguinales atascadas, en las 1as horas.
 Maniobra del juicio salom♦ico.
 Maniobra de la copa de champagne. Puede ser precedida por la colocaci♦ de una bolsa de hielo, para reducir el edema del contenido herniario.
 Se puede realizar cuando el paciente no tiene signos de compromiso sist♦ico, como fiebre o leucocitosis, solo en las primeras horas de atascada y si no se realizaron maniobras previas.
 Quelotom♦: Es la intervenci♦ quir♦urgica de la hernia estrangulada.
 En la hernia de Richter, con pellizcamiento lateral, se puede realizar sutura del pellizcamiento.
 Otra hernia rara es la hernia de Littr♦ cuyo saco contiene el divert♦ulo de Meckel.
 Si el compromiso de la vitalidad est♦en la zona de estrictura se puede realizar sutura en telescopage, o hacer resecci♦ y anastomosis de la zona necr♦ica, que es lo m♦ conveniente.
 Lo primordial es restablecer el tr♦sito intestinal pues la reconstrucci♦ herniaria no es prioritaria en la hernia estrangulada.
 En caso de tener peritonitis sacular o absceso pioesteracoraceo, tenemos que tratar primero la oclusi♦ intestinal por una incisi♦ paramediana o mediana en abdomen posteriormente se abre el saco, se retira la zona s♦tica y se reconstruye o no la hernia.</p> <p style="text-align: justify;">HERNIORRAFIA</p> <p style="text-align: justify;">En la reparaci♦ de todas las hernias hay dos pasos fundamentales, el tratamiento del saco y su contenido y la reparaci♦ del orificio aponeur♦ico.</p> <p style="text-align: justify;">INCISION Se hace sobre la linea de Gregoire, que se determina con la bisectriz del ♦gulo entre el m♦sculo recto y la arcada de Poupart.
 Incisi♦ de Felicet: coincide con el pliegue suprap♦bico</p> <p style="text-align: justify;">T♦nicas de hernioplastia
 Reconstrucci♦ seg♦n el m♦odo de Andrews I o Mugnai Aguilar, prefuniculares.</p> <p style="text-align: justify;">Reconstrucci♦ seg♦n el m♦odo de Potemsky o Andrews II, retrofuniculares, que llevan el tend♦ conjunto y el oblicuo mayor a la arcada crural, por detr♦ del trayecto del cord♦ esperm♦ico.</p> <p style="text-align: justify;">La t♦nica de Bassini es una reconstrucci♦ medio

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

funicular. Es la tónica más probada y con la que se comparan todas las otras. Ha sufrido modificaciones, como la adición de los puntos de Ferguson, para plicar la fascia transversalis y el estrechamiento del orificio inguinal profundo, en la misma fascia.

Tónica de Finochietto: Plicatura de la fascia transversalis, Reconstrucción retrofunicular, imbricación de las dos hojas de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Otra forma de reconstrucción es la de Mc. Vay que se usa para reparar las hernias crurales por v. inguinal, las hernias inguinales directas y algunas recidivadas.

La v. preperitoneal para la reparación herniaria, es la que se conoce como v. de Henry, que se propuso para la reparación de hernias inguinales bilaterales.

Zimmerman propone el reforzamiento del triángulo de Hesselbach colocando la hoja distal de la aponeurosis del obl. mayor y llevándola por detrás del cordón, encima del borde libre del tendón conjunto. Se agregan los últimos años como opción terapéutica, la tónica de Shuldice, con reforzamiento por sutura continua de la fascia transversalis imbricada.

Lichtenstein propone la reparación con malla de polipropileno, libre de tensión.

Unas palabras también merece la v. laparoscópica que actualmente se está utilizando a nivel mundial, siendo la reparación transabdominal preperitoneal la que más adeptos recoge, pues es la más anatómica, cubriendo con un parche de polipropileno, los tres orificios herniarios posibles de la región inguinal y cubre dicho parche con peritoneo evitando adherencias. Incisiones de descarga Incisión de Rienhoff Taner, Sobre la hoja anterior de la vaina de los rectos; o la de Zabaleta, que abarca sobre la aponeurosis de los oblicuos mayores de ambos lados, ambas vainas de los rectos.

Hernias por deslizamiento
Son las hernias en las que una parte de la v. ceca que está dentro del saco, forma parte de la pared del saco.

Tónicas para reconstruir hernias por deslizamiento: Lardennois y ockinzick, Hotchis Bevan, La Roque.

HERNIA CRURAL
Orificio crural: limitado por arriba por la arcada crural, abajo por el ligamento de Cooper, por dentro por el ligamento de Gimbernat y por fuera por la cintilla ileopectínea, si bien la zona de mayor deslizamiento está limitada por la vena femoral.

Infundulo crural
Fascia cribiformis
Pectíneo
Vena femoral

Hernias: prevasculares, intervascuales, extravascuales, pero lo común es que salgan por dentro de la

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

vena femoral.
 Tambi◇ existen las hernias del ligamento de Gimbernat, hernia crural pectinea o de Cloquet, hernia de Beclard, la que sale por el orificio de Safena interna Las visceras se dirigen hacia el tri◇gulo de Scarpa y pueden salir por los orificios de la fascia cribiformis que constituir◇ el orificio externo.</p> <p style="text-align: justify;">Tri◇gulo de Scarpa
 Sartorio, aductor mediano, arcada crural, siendo su pared posterior constituida por el pectineo por dentro y por el psoas por fuera; su pared anterior es la fascia cribiformis.
 La hernia crural tiene escasa sintomatolog◇, rara vez produce dolor y lo hace por traccionamiento epiploico, pero muy frecuentemente se estrangula, pues tiene un orificio r◇ido, que compromete la circulaci◇ arterial.
 Puede estar ocupada por epiplon y establecer adherencias entre el saco y la viscera que la tornan irreductible Diagn◇tico diferencial: Con adenitis por criptitis, o intertrigo mic◇ico, o papilitis, adenopat◇ neopl◇ica de origen ginecol◇ico, anal o rectal.
 Puede dar sintomatolog◇ de oclusi◇ intestinal, con dolores abdominales altos y si el m◇ico no examina la zona herni◇ena puede ser interpretado como otra patolog◇ y no hacerse el diagn◇tico correcto.</p> <p style="text-align: justify;">Tratamiento
 Mc. Vay
 Ruggi Parlovecchio Dujarier, es hist◇ica T◇nica video laparosc◇ica Transabdominal preperitoneal.</p> <p style="text-align: justify;">CONCLUSION
 Las hernias son padecimientos frecuentes en el ser humano.
 La reparaci◇ de una hernia sin complicaciones evita la posibilidad de obstrucci◇ intestinal o gangrena subsecuente a estrangulaci◇ de un asa, estas dos complicaciones siguen siendo potencialmente letales, o implican convalescencia prolongada.
 Por lo tanto es una regla general que todas las hernias de la pared abdominal, especialmente las inguinales, deben someterse a correcci◇ quir◇rgica inmediata, con la sola excepci◇, de algunas hernias umbilicales cong◇itas que pueden resolverse con el desarrollo en forma espontanea.
 Para que una reparaci◇ herniaria tenga buenos resultados, se debe tener:
 Un conocimiento exhaustivo de la anatom◇ de la regi◇.
 Gran cuidado en la manipulaci◇ de los tejidos.
 Debe seleccionarse una reparaci◇ apropiada al tipo de defecto.
 Debe efectuarse un seguimiento cuidadoso de los pacientes para aprender de nuestros errores.</p> <p style="text-align: justify;">HERNIAS UMBILICALES</p> <p style="text-align: justify;">Son aquellas que hacen protrusi◇ a trav◇ del anillo umbilical no obliterado en la vida embrionaria, que ser◇n las hernias cong◇itas, o bien a trav◇ de un anillo umbilical abierto despu◇ del nacimiento, que ser◇n las hernias adquiridas del ni◇ y del adulto.
 El anillo fibroso que queda despues de la caida del cord◇ umbilical est◇cubierta por una fascia que va de lado a lado, fascia de Richet, a este anillo llegan desde abajo: los restos fibrosos de las arterias umbilicales y el cord◇ fibroso del uraco, llegando desde arriba el cord◇ de la vena umbilical.</p> <p style="text-align: justify;">CAUSAS

Hernia

Escrito por Administrator

Viernes, 01 de Mayo de 2009 18:10 - Actualizado Jueves, 17 de Diciembre de 2009 16:23

PREDISPONENTES Obesidad, embarazos, partos repetidos, disminuci
 brusca de peso en los obesos, tumores intracavitarios, esfuerzos en
 constipados, prosticos y tosedores, adem las aponeurosis de los msculos
 anchos del abdomen hacen tracci sobre las vainas de los rectos separolos.

En los nios las causas predisponentes pueden ser, la tos, constipaci, el
 llanto, estornudos, flatulencia, traumatismo.

Hernias umbilicales conginitas: ser el onfalocele o hernia
 amniica, que debe ser tratada como una afecci quirurgica de urgencia, no se
 trata de una hernia estrangulada, ni de una hernia, desde el punto de vista
 embriolico es una falta de coalescencia en la pared abdominal, es la protrusi

de visceras que no se han introducido en el abdomen a trav de la base
 del cord umbilical. El saco herniario est constituido por el saco amniico y
 el peritoneo, puede a veces ser muy peque y ser confundido por un cord
 umbilical normal. Cuando son grandes hay una gran desproporci entre la cavidad
 abdominal y las vceras que protruyen, hay que tratar de cerrar el saco
 y cubrirlo con piel.

TRATAMIENTO Tnica de Gross: Despegamiento.

Tnica de Grown: Embrocado hasta formar costra.

Tnica de Shuster: Plancha de

Marlex cubierta con Silastic; haciendo tracciones sucesivas.

Intubaci
 nasogrica y probablemente respiratoria, nutrici parenteral

TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS ADQUIRIDAS

Operaci de Mayo o de Seno, Neumoperitoneo previo de Go Moreno en las
 grandes Hernias Tambien se utilizan las tnicas de Welty Eudel modificada por

Sanmartino, o la de Barrionuevo.

Dr. Prospero Rodriguez

Pumarol