

2015

GUIA DE MANEJO DE HERNIA INGUINAL

GUIAS DE ATENCIÓN Y PROTOCOLOS DE MANEJO
CIRUGÍA GENERAL



Dr Jairo Alberto Amín - Cirujano General
Dr Santander Suarez - Cirujano General



**GUIAS DE ATENCIÓN Y MANEJO PARA HERNIA INGUINAL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA CALDAS**

TABLA DE CONTENIDO

- I. DEFINICIÓN**
 - II. CLASIFICACIÓN**
 - III. EPIDEMIOLOGÍA**
 - IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**
 - V. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**
 - VI. DIAGNÓSTICO**
 - VII. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**
 - VIII. CRITERIOS DE SEVERIDAD**
 - IX. PARACLÍNICOS**
 - X. MANEJO**
 - XI. ESTANCIA**
 - XII. ÓRDENES DE EGRESO**
-

HERNIA INGUINAL

I. DEFINICIÓN

Es la protrusión de contenidos de la cavidad abdominal o de la grasa preperitoneal a través de un orificio o anillo anatómicamente débil en el área inguinal. Puede ser asintomática o sintomática.

El reparo de la hernia inguinal es el procedimiento más comunmente realizado por los cirujanos General, en Estados Unidos se estima que se realizaron 770.000 procedimientos de este tipo en el 2003, con un costo cercano a 2.5 billones de dolares/año en el tratamiento de esta patología. En el Reino Unido se estima que se realizan 1000 procedimientos por millón de habitantes. La incidencia y prevalencia de la hernia inguinal no se conoce exactamente, sin embargo la probabilidad de que a una persona le realicen una herniorrafia en algún momento de la vida es de 27% para los hombres y 3% para las mujeres.

Las hernias inguinales indirectas de la infancia son generalmente, congénitas ya que se consideran una persistencia del conducto peritoneo-vaginal. La Etiopatogenia de las hernias inguinales y crurales del adulto, es compleja, ya que pueden coexistir diversos factores constitucionales o congénitos, sobre los cuales pueden actuar factores desencadenantes, entre los que destaca por su importancia la hiperpresión abdominal ya sea de forma brusca y muy intensa (hernias de esfuerzo) o de menor intensidad pero repetida (tos de los bronquíticos crónicos; esfuerzos de la micción en los adenomas de próstata; estreñimiento crónico). En otras ocasiones el factor predisponente es una presión abdominal lenta y mantenida como ocurre en el embarazo, obesidad, ascitis.

ETIOLOGÍA

Las hernias inguinales indirectas de la infancia son generalmente, congénitas ya que se consideran una persistencia del conducto peritoneo-vaginal. La Etiopatogenia de las hernias inguinales y crurales del adulto, es compleja, ya que pueden coexistir diversos factores constitucionales o congénitos, sobre los cuales pueden actuar factores desencadenantes, entre los que destaca por su importancia la hiperpresión abdominal ya sea de forma brusca y muy intensa (hernias de esfuerzo) o de menor intensidad pero repetida (tos de los bronquíticos crónicos; esfuerzos de la micción en los adenomas de próstata; estreñimiento crónico). En otras ocasiones el factor predisponente es una presión abdominal lenta y mantenida como ocurre en el embarazo, obesidad, ascitis.

Factores predisponentes:

1. Persistencia del conducto peritoneo vaginal o conducto de Nück.
2. Debilidad constitucional del plano posterior de la pared Abdominal: "zona débil del triángulo de Hesselbach".

3. Sedentarismo asociado a obesidad.
4. Alteraciones estructurales del tejido conjuntivo.

II. CLASIFICACIÓN

Hernia inguinal indirecta es aquella en la que el saco herniario protruye a través del canal Inguinal con los elementos del cordón. Hernia inguinal directa es aquella que se presenta medial a los vasos epigástricos por debilidad de la pared posterior del canal inguinal. Hernia crural es aquella que protruye a través del orificio crural.

CLASIFICACIÓN DE NYHUS:

Tipo 1. Hernias inguinales indirectas, en las cuales el anillo inguinal profundo tiene un tamaño, forma y estructura normales. Generalmente se producen en lactantes, niños pequeños y adultos jóvenes. Los bordes del triángulo de Hesselbach están bien definidos y son normales. El saco indirecto llega hasta la parte media del conducto inguinal.

Tipo 2. Hernias inguinales indirectas, con dilatación del anillo inguinal profundo y pequeña distorsión de la pared posterior del conducto. El saco herniario no llega al escroto, pero ocupa el conducto inguinal.

Tipo 3A. Hernias inguinales directas, grandes o pequeñas. La fascia transversalis (FT) está rota en relación con la parte interna de los vasos epigástricos.

Tipo 3B. Hernias inguinales indirectas, con gran dilatación y continuidad, así como destrucción de la pared posterior del conducto inguinal. Frecuentemente llegan al escroto. Pueden causar deslizamientos del ciego o sigmoides. Hernias en pantalón. (El anillo inguinal profundo puede estar dilatado, sin desplazamiento de los vasos epigástricos inferiores).

Tipo 3C. Hernias femorales

Tipo 4. Hernias recurrentes

Tipo 4A. Directas

Tipo 4B. Indirectas

Tipo 4C. Femorales

Tipo 4D. Combinadas

Estas hernias son complejas, su tratamiento es problemático y ocasionan una elevada morbilidad.

III. EPIDEMIOLOGÍA

El 80% de las hernias inguinales en los niños, casi sin excepción se trata de hernia indirecta congénitas, más frecuentes en niños que en niñas, en una proporción de 9 a 1, debido al descenso embriológico de los testículos, y con mayor frecuencia (60% de los casos) se presenta en el lado derecho.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Son múltiples los factores etiológicos involucrados en la formación de una hernia inguinal, se ha descrito en el caso de los lactantes y algunos adultos defectos congénitos en el cierre de la fascia pélvica y en el desarrollo del peritoneo, alteraciones en el metabolismo del colágeno e historia familiar de hernia como factor de riesgo independiente.

Fumar inactiva las antiproteasas y se conoce que una alteración del balance entre proteasas/antiproteasas favorece la herniación (Evidencia nivel 3), dejar de fumar puede prevenir el desarrollo de hernia inguinal (Recomendación grado C).

Otros factores de riesgo asociados son Aneurismas de aorta abdominal, apendicectomía, prostatectomía, diálisis peritoneal, ascitis, trabajo pesado por largo tiempo y EPOC. Prostatismo, estreñimiento y levantar objetos pesados ocasionalmente no proveen mayor riesgo (Evidencia nivel 3).

La hernia inguinal es 25 veces más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo la relación en cuanto a hernia crural es 10:1, mujeres:hombres.

V. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presencia de masa tumefacción blanda, en la región inguinal es uno de principales signos de la presencia de una hernia inguinal. Aumenta de tamaño con los esfuerzos y disminuye o desaparece con la inactividad. Generalmente puede presentar dolor en el área. Si la tumoración llega hasta escroto, se convierte en una hernia inguino escrotal. Muchas veces es posible palpar el contenido del saco herniario (ciego, íleon, sigmoide, ovario).

Reductible: Cuando el contenido de la hernia es susceptible de ser regresado.

Encarcelada: Contenido no reductible.

Estrangulada: Hernia encarcelada asociada a isquemia y necrosis del contenido de la hernia.

VI. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico está fundamentado en una buena historia clínica y exploración física, donde la presencia del abultamiento blando, cuyo contenido puede ser reducido o reintroducido con una palpación suave, sellan el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial incluye hidrocele, en cuyo caso la resistencia a la palpación y transluminación son de valiosa ayuda.

El diagnóstico de hernia inguinal en la mayoría de los casos se obtiene por un adecuado examen físico, con una sensibilidad entre el 74.5-92% y especificidad de 93%, sin necesidad de exámenes adicionales.

En los casos de duda diagnóstica se cuenta con herramientas como:

-Ultrasonografía: Es un estudio no invasivo útil en los casos de hernia inguinal clínicamente oculta, tiene una sensibilidad entre el 33-100% y especificidad del 81-100%, es operador dependiente por esta razón los rangos tan amplios.

-Tomografía: No tiene un rol importante en el diagnóstico de hernia, tiene una sensibilidad de 83% y una especificidad entre el 67-83%.

VII. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Los diagnósticos diferenciales de masa en región inguinal incluyen:

- Hernias incisionales
- Adenopatías
- Aneurismas femorales
- Dilatación varicosa
- Tumores de tejidos blandos
- Abscesos
- Anomalías genitales (Testículo no descendido)
- Endometriosis

Los diagnósticos diferenciales de dolor en región inguinal incluyen:

- Tendinitis del aductor
- Pubalgia
- Artrosis de la cadera
- Bursitis ileopectínea
- Endometriosis

VIII. CRITERIOS DE SEVERIDAD

- Hernias crurales por la alta prevalencia de encarcelamiento.
- Hernias encarceladas por el riesgo de estrangulamiento.
- Hernias estranguladas, pues la cirugía de urgencia en este contexto se asocia con 5% de mortalidad vs 0.5% en casos de procedimientos electivos.

IX. EXÁMENES PARACLÍNICOS

Una vez hecho el diagnóstico en pacientes sintomáticos sin encarcelamiento se realizarán exámenes prequirúrgicos para evaluar el riesgo fisiológico del paciente de acuerdo a su edad, enfermedades intercurrentes, género e individualidades.

En los pacientes que asisten por urgencias y se documente encarcelamiento, se realizarán los exámenes tendientes a establecer sufrimiento de asa intestinal además de los prequirúrgicos, ellos podrán incluir: Hemograma, gases arteriales, electrolitos, función renal, parcial de orina, glicemia y radiografías.

X. MANEJO

El manejo definitivo es quirúrgico, según la estabilidad se decidirá entre herniorrafia programada o de urgencias.

Pacientes con hernias inguinales encarceladas o estranguladas deben ser admitidos por el servicio de urgencias y el procedimiento no será diferido.

Pautas de manejo

1. Pacientes con hernias encarceladas y/o estranguladas deben ser operados de urgencia, el uso de prótesis en estos pacientes queda a criterio del cirujano, basados en el grado de contaminación y riesgo de infección (Recomendación grado D).
2. Los pacientes sintomáticos deben ser tratados quirúrgicamente de manera electiva (Recomendación grado D) y se debe usar reparos libres de tensión con prótesis (Recomendación grado A).
3. En hombres asintomáticos se puede considerar la observación clínica como una alternativa de tratamiento (Recomendación grado A), dado que la probabilidad de encarcelamiento es baja, se estima del 0.3-3% por año (Evidencia nivel 1B).

El tratamiento de la hernia inguinal en el adulto consta de tres pasos (recomendación grado A):

- Disección del saco herniario separandolo de los elementos del cordón o ligamento.
- Reducción del contenido del saco herniario y resección o ligadura alta del mismo, en caso de hernia encarcelada revisar el contenido del saco herniario.
- Reparos y/o reforzamiento del defecto en la fascia de la pared posterior del canal inguinal y del anillo profundo con prótesis.

La infiltración de anestésicos locales en la herida quirúrgica después del reparo herniario electivo, mejora el control del dolor y limita el uso de analgésicos (Recomendación grado A).

En el caso de hernias reproducidas se recomienda un abordaje anterior si el primer reparo se hizo preperitoneal y viceversa (Recomendación grado D).

X. ESTANCIA

El paciente debe completar hospitalización y cuidados postoperatorios hasta:

1. Tolerancia completa a la vía oral.
2. Ausencia de efectos residuales de los anestésicos utilizados
3. Herida quirúrgica en buenas condiciones sin evidencia de sangrado activo.
4. Plan de manejo de la herida quirúrgica, drenajes en el caso de requerirlos con capacitación completa al paciente y cuidadores.
5. Condiciones locativas adecuadas en el hogar del paciente, en caso de necesidad de terapias ambulatorias adicionales (Oxigenoterapia, antibióticos, nutrición, etc).

XI. ÓRDENES MÉDICAS A LA SALIDA DEL PACIENTE

1. Indicaciones sobre la dieta.
2. Indicaciones del cuidado de heridas quirúrgicas.
3. Fórmula de medicamentos de acuerdo a indicación.
4. Instrucciones de salida con descripción de signos de alarma y de reconsulta por urgencias (temperatura mayor a 38°, tenencia, calor, rubor alrededor de la herida quirúrgica, intolerancia a la vía oral, salida de sangre o pus por herida quirúrgica, dolor que no cede con los analgésicos).
5. No existe en general limitación para actividad física posterior a un reparo herniario con prótesis, probablemente el paciente no realice actividad física pesada por 2 a 3 semanas por la limitación que le genere el dolor (recomendación grado C).
6. Orden de cita control post operatoria dentro de los 15 días siguientes a la intervención.
7. Incapacidad médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adaptado: Bermudez C, Henao F. Guía de práctica clínica - Hernia Inguinal - Hospital Universitario San Ignacio.
2. Guías de manejo – Hernia Inguinal- Consulta Especializada Cirugía General. Colombiana de Salud. Junio 2012.
3. Consenso hernia Inguinal. Asociación Mexicana de Colegio Americano de Cirujanos. Veracruz VER
4. Eubanks WS. Hernias. En: Townsend, C ed. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003. p.898-917.
5. Grau Talens EJ, Vinagre Velasco LM, Téllez Peralta F. Anatomía quirúrgica de la región inguinal. Criterios de importancia quirúrgica. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán. 2002. p.155-64.
6. Sánchez Estella R. Hernia femoral o crural. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán. 2002. p.197-209.