

HERNIAS

Protrusión anómala de un órgano o tejido a través de un defecto de una pared.

Componentes de una hernia

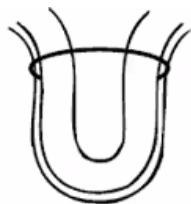
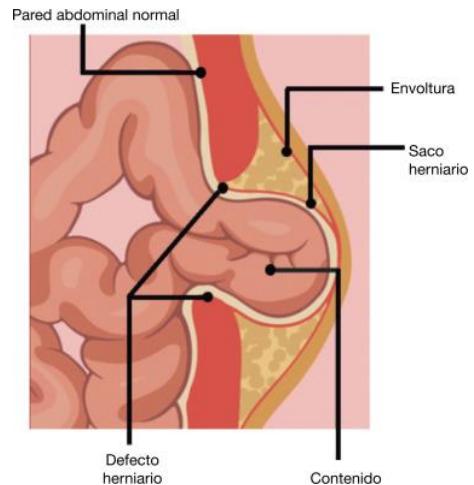
- Anillo
- Saco herniario
- Componente herniario

EPIDEMIOLOGÍA

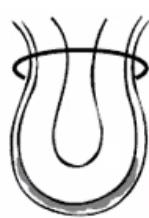
- 5% padecerán una hernia de pared abdominal
 - 75% son hernia inguinal
 - 2/3 son hernia indirectas
 - 25 veces más frecuente en hombres
 - 3% hernias femorales + más frecuentes en mujeres

TIPOS

- **Reducible**
 - Coercible → contenido se queda dentro
 - Incoercible → contenido vuelve a salir
- **Incarcerada o irreductible**
 - Contenido no puede regresar a la cavidad
- **Estrangulada (emergencia)**
 - Compresión vascular



Reducible



Irreducible
(incarcerated)



Strangulated
= impaired blood supply

HERNIA UMBILICAL

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

EPIDEMIOLOGÍA

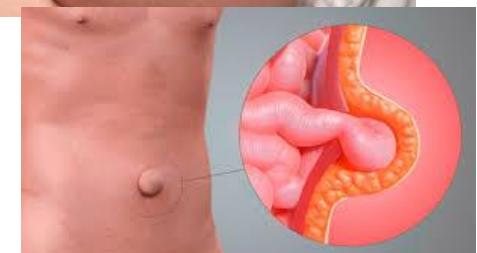
- 6-14% de las hernias abdominales en adultos
- > Mujeres
- Edades avanzadas



ETIOLOGÍA

Niños → secundaria a defecto de **cierre del anillo umbilical**

Adultos → debilitamiento de la fascia del tej. conectivo asociado a factores que aumentan la presión intraabdominal



FACTORES DE RIESGO

Niños → bajo peso, prematuros, sx Down

Adultos → Obesidad IMC > 35, EPOC, Constipación, estreñimiento, esfuerzos intensos

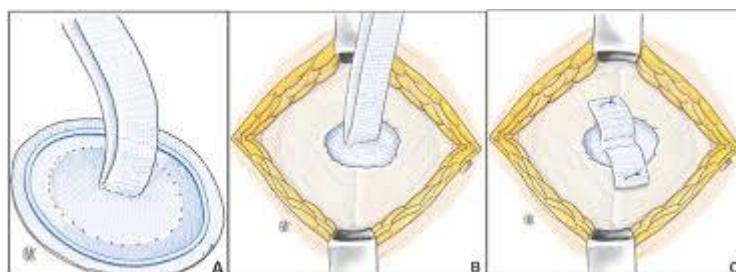
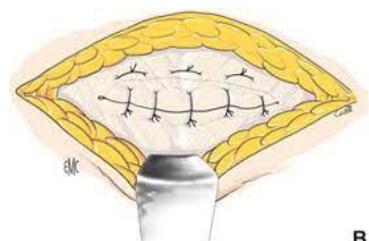
CUADRO CLÍNICO

- Aumento de volumen
- Defecto en el área umbilical
- Diagnóstico clínico

TRATAMIENTO

Herniplastía umbilical - indicación

- **Niños** → defecto **> 1.5 cm** a cualquier edad o **<1.5 cm** manejo conservador hasta los **2 años**
- **Adultos**
 - Técnica de **mayo** en defectos **< 3 cm**
 - Uso de **malla protésica** en defectos **> 3 cm**



Dolor post operatorio

- **Niños** → **Ketorolaco** 0.75 mg/kg C/8 hrs / paracetamol 10-30 mg C/6 hrs X 5 días
- **Adultos** → **Ketorolaco** 10-30 mg/kg C/8 hrs / paracetamol 500 mg - 1 Gr C/6 hrs X 5 días

HERNIAS INGUINALES Y FEMORALES

Inguinal → se origina en el orificio **músculo pectíneo** → por encima de la cintilla iliopubiana

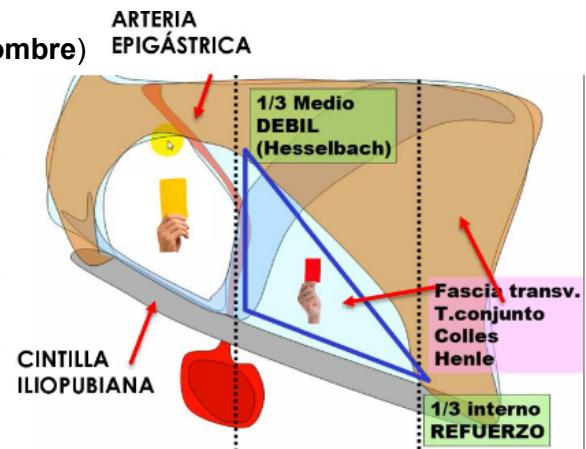
Femoral → Se produce por defecto de la fascia transversalis → por debajo de la cintilla iliopubiana

EPIDEMIOLOGÍA

- Hernia inguinal es **indirecta** es la más frecuente (**Hombre**)
- 2º causa de cirugía general
- 3% son hernias **femorales** (**mujeres**)

FACTORES DE RIESGO

- AHF
- Alimentación pobre en proteínas
- Tabaquismo
- EPOC



TIPO DE HERNIAS INGUINALES

Directa → A través del triángulo de Hesselbach

Indirecta → Pasa de forma lateral a los vasos epigástricos → acompañan al cordón espermático y llegan al escroto.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

- Protrusión o abultamiento en el área inguinal o femoral dolorosa o no, reductible o no
- Aumenta al deambular o esfuerzo y disminuye o desaparece al decúbito

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Solo en caso de sospecha diagnóstica

1. USG
2. RM
3. Herniografía

CLASIFICACIÓN DE NYHUS

Tipo 1 → H- indirecta anillo interno normal

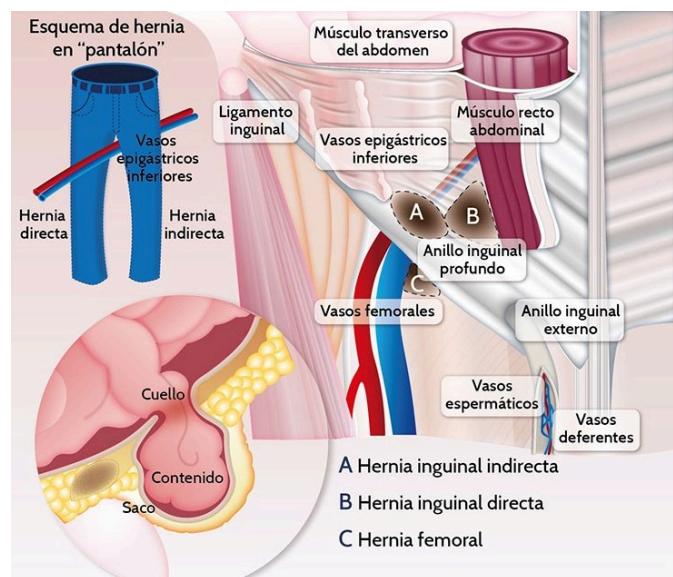
Tipo 2 → H. indirecta anillo interno dilatado

Tipo 3a → H. directa

Tipo 3b → H. indirecta con desplazamiento a escroto (en pantalón)

Tipo 3c → H- femoral

Tipo 4 → Hernia recurrente



TRATAMIENTO

Indicación preoperatoria

- Reposo relativo
- restricción de actividad física
- Antibiótico profiláctico 1 hora antes si se utilizará malla protésica
- Ayuno de 8 hrs (sólidos) 4 hrs (líquidos)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Técnica sin tensión

- **Lichtenstein** (malla) → inguinal
 - Se contraindica si se reseca un segmento o hay un foco infeccioso

Técnica con tensión

- Shouldice → hernia femoral

Tratamiento de recidivas

1. Malla preperitoneal → Stoppa o Wantz
2. Malla plana → **Lichtenstein**
3. Sistemas preformados

CIRUGÍA DE URGENCIA

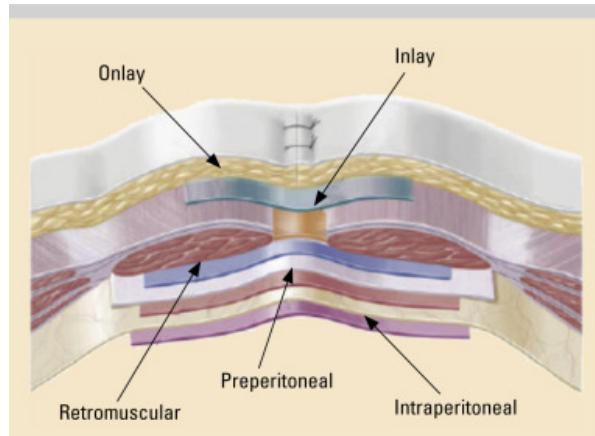
"Antibióticos profilácticos en todos los casos"

Hernia incarcerada

- Plastia convencional con o sin prótesis

Hernia estrangulada

- Reducción del contenido
- Plastia convencional con o sin prótesis
- Probable necesidad de plastia definitiva



HERNIA VENTRAL

Presencia de abultamiento alrededor del ombligo que puede contener epiplón o intestino

EPIDEMIOLOGÍA

- 6-14 de todas las hernias de pared
- Más frecuente en mujeres
- Edad avanzada
- 11-23% de las laparotomías
 - Recidiva posterior a su reparación
 - 54% sin material protésico
 - 32% si usaron malla

FACTORES DE RIESGO

- Reparaciones quirúrgicas previas
- Masculino
- Estreñimiento
- Infección de técnica quirúrgica



CUADRO CLÍNICO

- **Dolor en sitio de herida**
- Estreñimiento
- **Deformidad de la pared**

CLASIFICACIÓN

Mediales (M)

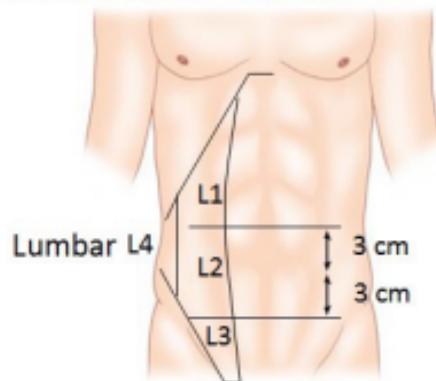
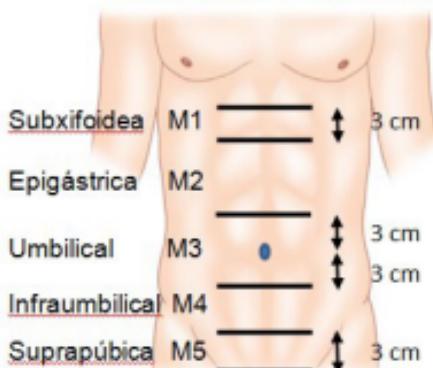
- M1 Xifoidea → 3 cm debajo del xifoides
M2 Epigástrica → 3 cm debajo del xifoides y 3 cm arriba del ombligo
M3 Umbilical → 3 cm por arriba y debajo del ombligo
M4 Infraumbilical → 3 cm debajo del ombligo y 3 cm arriba del pubis
M5 Suprapúbica → 3 cm arriba del pubis

Laterales (L)

- L1 → Subcostal
L2 → Flanco
L3 → Iliaca
L4 → Lumbar

Tamaño (W)

- W1 → < 4 cm
W2 → > 4 cm < 10 cm
W3 → > 10 cm



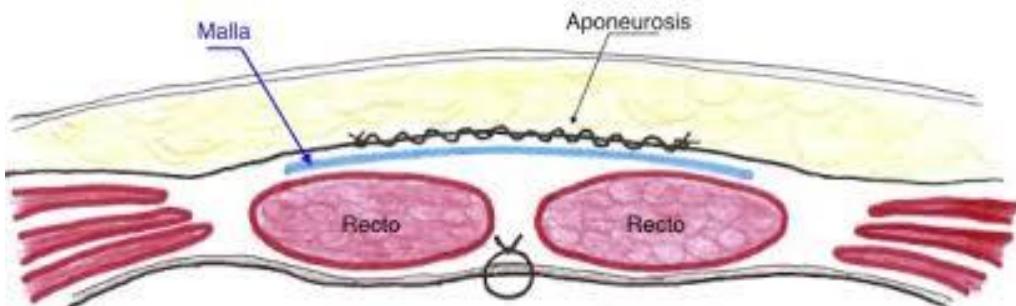
DIAGNÓSTICO

1. CLÍNICO
2. USG S: 70% E: 100%
3. Herniorrafia más contraste hidrosoluble
4. TAC

TRATAMIENTO

Manejo quirúrgico

- Uso de malla retroaponeurotica
- Recidiva y la infección de herida son mayores con el uso de técnica a tensión



ESPLENECTOMÍA

Cirugía para extracción del bazo, si el bazo mide < 20 cm por USG se realiza esplenectomía laparoscópica, > 20 cm abierta.

< 18 años vacunación contra H. influenzae, neumococo y meningococo

> 18 años Vacunación contra neumococo

Riesgo de infecciones

- 30% sepsis en el 1º año
- 50% sepsis en 2 años
- Mayor mortalidad en niños
- Mortalidad global 80%

INDICACIONES

Paciente con **PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA** deben ser operados siempre 12-24 meses después del diagnóstico y que afecte la calidad de vida

TROMBOCITOPENIA CRÓNICA

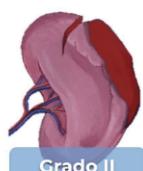
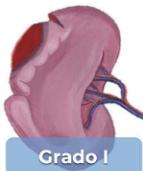
- > 12 meses
- Plaq < 10,000
- No responde al tratamiento
- Niños 8-12 años y plaq < 10-30 mil con sangrado persistente a pesar de tx
- Mujeres con falla a tx con IG IV o glucocorticoides y plaq < 10,000 con sangrado
- Niños con ≥ 2 eventos de secuestro esplénico

OTRAS INDICACIONES

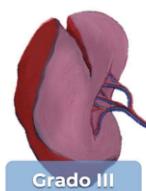
- Esferocitosis hereditaria
- Talasemia
- Anemia hemolítica sin respuesta a TX medico

TRAUMA ESPLENICO

El bazo es el órgano que se lesiona con más frecuencia en el trauma abdominal cerrado, principalmente por su fragilidad y localización, su tratamiento ha estado en constante cambio, hoy en día es más utilizado el manejo conservador sobre el quirúrgico.



| Escala de lesión orgánica de bazo (AAST) | | |
|--|---|--------------------------------------|
| Grado I | <ul style="list-style-type: none"> Hematoma subcapsular < 10% de superficie. Desgarro capsular < 1 cm de profundidad. | Electrocauterio o sutura absorbible. |
| Grado II | <ul style="list-style-type: none"> Hematoma subcapsular 10-50% de superficie. Desgarro capsular 1 - 3 cm de profundidad. | |
| Grado III | <ul style="list-style-type: none"> Hematoma subcapsular > 50% de superficie. Desgarro capsular > 3 cm de profundidad. | Sutura quirúrgica |
| Grado IV | Hematoma roto con afectación de vasos segmentarios o hiliares / Desvascularización > 25% | Ligadura de vasos. |
| Grado V | <ul style="list-style-type: none"> Avulsión completa. Lesión hilar que desvasculariza el vaso. | Esplenectomía. |



Diagnóstico

En todos los pacientes con trauma de abdomen y sospechosos de una lesión en el bazo se debe investigar por ultrasonido las condiciones por anatómicas La TAC helicoidal si se requiere información más precisa.

Tratamiento

El manejo conservador (observación intrahospitalaria) hasta por 5 días está indicado en niños y adultos con estabilidad hemodinámica.

R

Los candidatos a esplenectomía parcial deben ser inmunizados contra neumococo, al menos una semana antes de la cirugía.

R

En niños menores de 14 años de edad se justifican plenamente, establecer intentos más agresivos de tipo operatorio para el salvamento esplénico.

ENARM 2022

