

Tratamiento de las hernias inguinales estranguladas

E Pélissier
JM Damas

Resumen. – La hernia estrangulada es una urgencia quirúrgica. El riesgo de estrangulación es diez veces más alto en las hernias crurales que en las hernias inguinales. El tratamiento de la hernia estrangulada es una urgencia e incluye un primer tiempo visceral que consiste en liberar el intestino herniado, evaluar su viabilidad y eventualmente efectuar su resección; el segundo tiempo, de reparación parietal, consiste usualmente en una herniorrafía, a causa del riesgo séptico.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: hernia inguinal, hernia crural, cirugía, estrangulación, prótesis.

Introducción

La estrangulación de una hernia corresponde a la constrictión del contenido herniario por el cuello del saco herniario. Su incidencia es de alrededor del 8 al 11 % en las hernias inguinales^[2,3,5]. La estrangulación es diez veces más frecuente en las hernias crurales que en las hernias inguinales^[2,5]. La hernia estrangulada es una urgencia quirúrgica y el retraso en la intervención conlleva un riesgo vital.

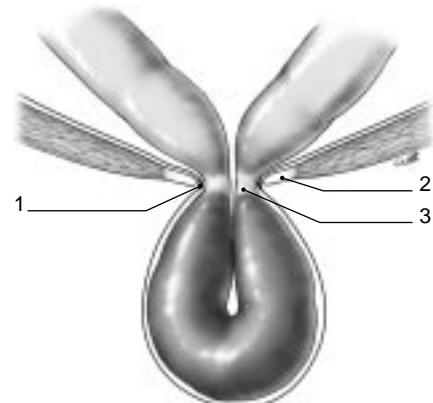
Reseña fisiopatológica

MECANISMO Y LESIONES

El factor desencadenante de la estrangulación es una fuerte hiperpresión abdominal, secundaria en la mayoría de los casos a un esfuerzo: tos, pujo abdominal intenso o levantamiento de un gran peso. El intestino o el epiplón se introducen a través del cuello herniario.

En general el cuello del saco peritoneal provoca la estrangulación (fig. 1), lo cual explica que la estrangulación complique principalmente las hernias inguinales indirectas y sea excepcional en las hernias directas. En realidad, el cuello del saco es más apretado y más rígido que el anillo del orificio inguinal profundo. En las hernias crurales intervienen tanto el cuello del saco, como el mismo anillo crural, que es usualmente de pequeño calibre.

El epiplón y el intestino delgado son las vísceras que se estrangulan con mayor frecuencia, rara vez el colon, a veces el apéndice y en la niña el ovario.



1 Hernia estrangulada. 1. Cuello del saco; 2. Contorno del orificio inguinal profundo; 3. Surco de estrangulación.

El epiplocele estrangulado evoluciona en tres fases; congestión, infarto y luego necrosis aséptica, que lleva a la formación de una brida fibrosa, si la intervención no se lleva a cabo.

Evidentemente, las consecuencias del enterocele estrangulado son más graves. La constrictión del intestino por el cuello herniario origina al mismo tiempo una oclusión intestinal por estrangulación y una oclusión vascular: la compresión provoca primero el bloqueo de la circulación venosa y linfática que produce el edema y luego el bloqueo de la circulación arterial y la isquemia. Las lesiones intestinales evolucionan en tres fases: en la fase de congestión, la pared intestinal se encuentra edematizada, roja, congestionada y engrosada. El surco de estrangulación es blancuzco, lívido. El saco contiene un líquido seroso inodoro que puede estar ausente en la variedad llamada hernia estrangulada «seca». Despues de su liberación, el intestino recobra el color y sus movimientos peristálticos pues las lesiones son reversibles. En la

Édouard Pélissier : Membre de l'Académie nationale de chirurgie, clinique Saint-Vincent, 33, chemin des Tilleroyes, 25000 Besançon, France.
Jean-Michel Damas : Ancien chirurgien des hôpitaux des Armées, ancien prosecteur d'anatomie, centre de chirurgie herniaire Paris-la-Défense, 4, rue Paul-Napoléon-Roinard, 92400 Courbevoie, France.

fase de infarto, el intestino toma un color negruzco, está inmóvil y el surco de estrangulación es delgado y gris. El saco contiene un líquido parduzco y fétido. En la fase de gangrena, el saco contiene un líquido purulento y eventualmente contenido intestinal en caso de perforación. El intestino presenta placas de esfacelo verdosas o incluso zonas de perforación, principalmente a nivel del surco de estrangulación. El flemón herniario se caracteriza por la presencia de pus y materias intestinales en el saco. Es excepcional en actualidad: el 0,6 % según el colectivo de la AFC (Asociación francesa de cirugía) en 1988^[3].

CASOS PARTICULARES

■ Pinzamiento lateral de Richter (fig. 2)

Esta forma de estrangulación ocurre en hernias que presentan un orificio pequeño: hernia crural en la mayoría de los casos, hernia obturatriz o también hernia inguinal indirecta. El borde antimesentérico del intestino delgado pasa a través del orificio herniario, lo cual da origen a una oclusión incompleta pero provoca constrictión intensa de la pared intestinal que puede llevar rápidamente a necrosis y perforación.

■ Hernia retrógrada (en «W») de Maydl (fig. 3)

Se trata en general de grandes hernias indirectas que contienen un asa intestinal en «W». Esta hernia es fuente de error, porque las dos asas laterales contenidas en el saco herniario pueden ser viables, pero el asa encarcelada por encima del cuello, que no es visible a la abertura del saco, puede encontrarse necrosada. Si no se tiene el cuidado de desenrollar



2 Pinzamiento lateral de Richter.



3 Hernia retrógrada o en «W» de Maydl.

completamente el intestino herniado, existe el riesgo de permitir la evolución, en la cavidad peritoneal, de una necrosis intestinal que pasó desapercibida. A la derecha, una de las asas puede estar constituida por el ciego^[1].

■ Reducción en masa

Actualmente esta situación es excepcional; es la consecuencia de una reducción manual en la cual se reduce la totalidad del saco herniario y su contenido hacia el espacio subperitoneal, dejando que persista la estrangulación en el cuello.

Tratamiento

PREPARACIÓN

Toda hernia estrangulada debe ser operada urgentemente. La preparación del paciente, necesaria sobre todo en los individuos de edad, debe llevarse a cabo en colaboración con el anestesista y debe ser corta. En caso de signos de oclusión intestinal debe instalarse una sonda nasogástrica y comenzar la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y la antibioticoterapia por vía venosa.

La anestesia puede ser general, en particular cuando los síntomas dejan entrever la posibilidad de un recurso complementario a la laparotomía. La anestesia local puede utilizarse en caso de hernia pequeña en un terreno muy deteriorado. La anestesia locorregional parece la mejor solución en la mayoría de los casos, sobre todo en los pacientes ancianos con mal estado general, pues evita los inconvenientes de la anestesia general, proporcionando comodidad operatoria.

INTERVENCIÓN

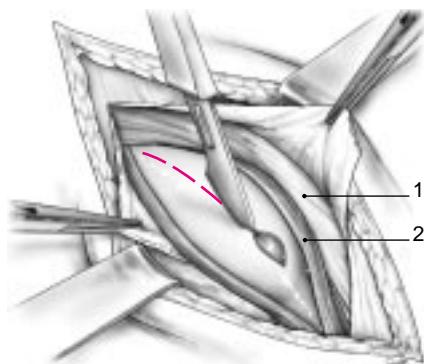
■ Hernia inguinal

Vía de acceso

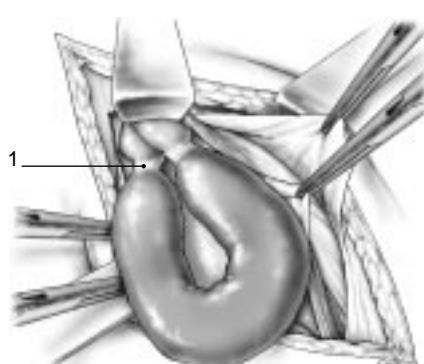
La incisión se traza sobre la saliente de la hernia, siguiendo la misma dirección inguinal oblicua de la incisión usual, pero alargándola un poco más hacia arriba. Después de separar los planos subcutáneos, se incide la aponeurosis del oblicuo mayor, desde el orificio inguinal superficial hasta más allá del orificio profundo. Se descubre el saco, distendido por su contenido, y todavía recubierto por las fibras del cremáster, las cuales se separan longitudinalmente. Los bordes de la incisión parietal se protegen con dos compresas abdominales impregnadas con polividona iodata.

Herniotomía

Cuando el saco propiamente dicho está al descubierto, se practica una pequeña incisión con el bisturí manipulado muy suavemente. Se prefiere incidir directamente el peritoneo con delicadeza, en lugar de tratar de hacer un pliegue entre dos pinzas, que podrían pinzar el intestino (fig. 4), ya que éste se encuentra usualmente en contacto directo e íntimo con la cara interna del saco. Usualmente la abertura del saco da salida a un líquido que aún puede ser seroso e inodoro o sanguinolento y fétido, según el grado de evolución de las lesiones. Primero debe agrandarse la abertura del saco en dirección caudal para exponer bien su contenido y poder mantenerlo en su sitio durante la herniotomía. Únicamente después se efectúa la herniotomía (fig. 5). Los músculos oblicuo menor y transverso se rechazan y levantan con un separador de Farabeuf hasta el borde superoexterno del orificio inguinal profundo. El intestino se mantiene en su sitio con una mano. La otra mano secciona progresivamente el saco hacia el orificio profundo con ayuda de tijeras de Metzenbaum, manipuladas delicadamente. La sección del anillo fibroso, más resistente, se percibe al mismo tiempo que la



4 Hernia inguinal estrangulada, incisión del saco. 1. Oblicuo menor; 2. Cremáster.



6 Tratamiento de la hernia inguinal estrangulada: inspección del asa. 1. Surco de estrangulación.



5 Tratamiento de la hernia inguinal estrangulada. Herniotomía.

relajación de la tensión a nivel del contenido del saco. Debe tenerse sumo cuidado de no dejar escapar el contenido hacia el abdomen. Si esto se produce, en lugar de practicar una laparotomía, se puede tratar de recuperar el intestino a través del orificio herniario y luego desenrollarlo hasta encontrar el asa implicada. También se ha propuesto la introducción de un laparoscopio en el cuello del saco, asegurar su estanqueidad con una ligadura y crear un neumoperitoneo, inspeccionar el asa intestinal y si es necesario recuperarla por medio de dos trocares^[4].

Tratamiento del contenido

Cuando se trata de un infarto epiploico, se practica la resección sin dudar. Cuando se trata del intestino, el asa intestinal se exterioriza ampliamente hasta la zona sana y se la observa cuidadosamente así como su mesenterio (fig. 6). Cuando el asa está simplemente roja, edematizada y congestiva, las lesiones son probablemente reversibles. Debe rociarse con suero fisiológico caliente. Cuando reaparece una coloración normal o subnormal y sobre todo reaparecen los movimientos peristálticos a nivel del segmento herniado y los latidos arteriales en el meso, el intestino puede reintegrarse. Al contrario, cuando el líquido del saco es parduzco y fétido, el intestino negruzco o incluso esfacelado, se impone la resección. La decisión es más difícil de tomar en los casos intermedios, cuando el intestino está rojo oscuro, violáceo, inmóvil, el reborde de la estrangulación es grisáceo y hay equimosis en el meso. Si los movimientos peristálticos no reaparecen después de la aplicación de suero caliente, es preferible resecar.

La resección intestinal debe hacerse como en toda oclusión por estrangulación. Debe hacerse en zona sana, en tejidos que sangren normalmente. Inmediatamente se restablece la continuidad por anastomosis.

Tiempo de reparación

A causa del riesgo séptico, la reparación parietal se hace con una herniorrafia de tipo Shouldice con monofilamento no absorbible.

Cuidados postoperatorios

La venoclisis y la antibioticoterapia se mantienen durante varios días. La alimentación por vía oral sólo se autoriza después del restablecimiento del tránsito intestinal. Está indicada la profilaxis de las trombosis con heparina de bajo peso molecular.

■ Hernia crural

Vía inguinal

- Vía de acceso

Se practica una incisión inguinal baja, paralela y un poco por encima del pliegue inguinal. Después de separar el plano subcutáneo, se descubre la aponeurosis del oblicuo mayor, que se incide en el sentido de sus fibras a partir del orificio inguinal superficial. Luego, hay que dirigirse hacia la saliente de la hernia, por debajo del arco crural. Se incide la fascia cribiforme para descubrir el saco herniario y se contornea haciendo una disección romana. Luego se vuelve al nivel inguinal. Después de haber rechazado el cordón o el ligamento redondo, se descubre la fascia transversa que se incide desde el orificio inguinal profundo hasta la espina púbica. Luego se descubren el ligamento de Cooper y la vertiente abdominal del saco, por medio de una disección romana subperitoneal.

- Herniotomía

Se incide transversalmente la vertiente abdominal del saco herniario por vía inguinal, para poder acceder al segmento de intestino o de epíplón no herniado. Luego se vuelve al nivel crural para abrir el saco. La abertura a este nivel debe hacerse progresivamente y con prudencia. El saco es grueso, se incide por pequeños toques sucesivos de bisturí hasta que fluya un poco de líquido intrasacular. Se descubre luego el contenido del saco herniado, que no siempre es fácil de diferenciar de las paredes del saco.

La herniotomía propiamente dicha se hace preferentemente a nivel del ángulo interno del anillo crural: con una mano se

sostiene el saco apretando con un dedo y con la otra mano se inciden cuidadosamente el ligamento de Gimbernat y el cuello del saco, con la punta de las tijeras de Metzembbaum (fig. 7). Es preferible evitar la sección del arco crural. Por supuesto, no debe incidirse por fuera a nivel de la vena femoral.

- *Tiempo visceral*

Después de la herniotomía, es fácil reducir el contenido hacia el abdomen y exteriorizarlo a través de la incisión practicada previamente a nivel del saco. Se hace entonces el mismo tratamiento que en la hernia inguinal.

- *Tiempo de reparación*

Para esta vía de acceso, el procedimiento de reparación de McVay es el más adaptado.

Vía crural

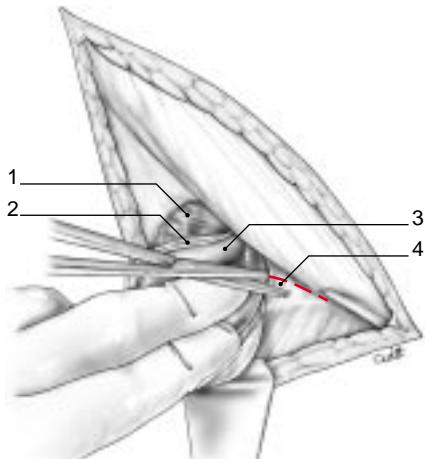
La incisión inguinal baja no es muy diferente de la precedente. Debe evitarse la incisión vertical sobre la saliente de la hernia, perpendicular al pliegue de flexión. Después de abrir la fascia cribiforme se descubre el saco herniario. Se procede entonces a la abertura del saco y luego a la herniotomía como previamente, tratando de mantener el contenido en su sitio.

En caso de epiptecele, la resección del epiplón y del saco es fácil. La reparación puede hacerse por sutura del arco crural al ligamento de Cooper o a la aponeurosis pectínea, según el procedimiento de Bassini, o por un tapón (*plug*) si el contenido del saco es claro.

En caso de enterocele, si al liberar el ligamento de Gimbernat se obtiene un espacio suficiente para exteriorizar el intestino sin constrictión excesiva, se procede a la inspección y al tratamiento de las lesiones como previamente. Si el orificio es demasiado estrecho para permitir una exteriorización sin constrictión del intestino, se puede liberar el arco crural por adelante. En este caso, la reparación se hace uniendo el tendón del transverso y/o del oblicuo menor, el ligamento de Cooper y los dos colgajos del arco crural, con tres o cuatro puntos de hilo no absorbible.

En esta técnica, debe tenerse cuidado de no comprimir la vena femoral con una sutura demasiado apretada hacia afuera.

También se puede intervenir a nivel inguinal, incidiendo la fascia transversal y procediendo como vía inguinal.



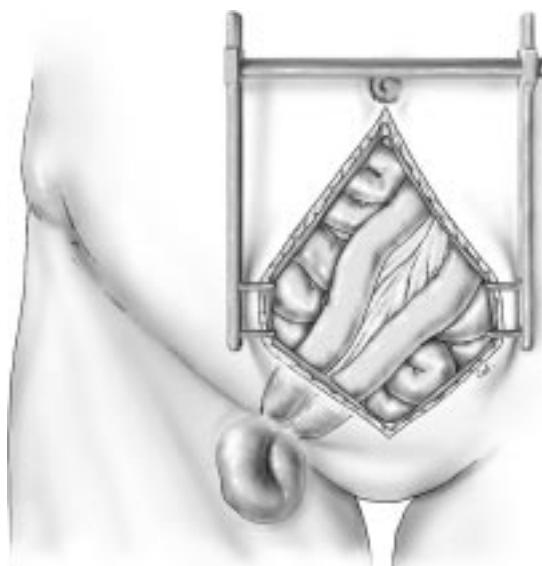
7 Tratamiento de la hernia crural estrangulada por vía inguinal. Herniotomía. 1. Vena femoral; 2. Saco abierto; 3. Asa estrangulada; 4. Ligamento de Gimbernat.

CASOS PARTICULARES

- *Flemón herniario*

Cuando el contenido purulento y estercolar del saco y el intestino necrosado y perforado se descubren luego de un acceso directo a la hernia, se puede proceder a la resección intestinal por esta vía y realizar una limpieza muy cuidadosa del campo operatorio con polividona iodada, evitando al máximo toda efusión hacia la cavidad peritoneal.

Si el flegmón herniario se sospecha clínicamente por la antigüedad de los primeros signos de estrangulación, la existencia de un síndrome infeccioso, el aspecto inflamatorio, rojo edematizado e infiltrado del escroto o de los labios mayores, se puede optar por una laparotomía inicial. Con una laparotomía media se descubren las asas aferente y eferente sin buscar liberar el asa herniada (fig. 8). Se practica una resección intestinal en tejido sano después de haber obliterado



8 Tratamiento del flemón herniario. Laparotomía inicial.



9 Tratamiento del flemón herniario. El asa estrangulada resecada permanece todavía en su sitio. Se restablece la continuidad intestinal por sutura terminoterminal.

cada extremo distal con una hilera de grapas o una gran ligadura. Se restablece la continuidad inmediatamente por una anastomosis terminoterminal (fig. 9). También se puede secionar cada asa con una pinza GIA y efectuar una anastomosis mecánica.

Después del cierre de la pared, se va hacia el nivel de la hernia. Se abre el saco con una incisión inguinal o crural, se retira el asa esfacelada y se procede a la resección y al lavado cuidadoso con polividona iodada, antes de realizar la reparación parietal por sutura (fig. 10). Está indicado un drenaje subcutáneo.

■ Prótesis y hernia estrangulada

En principio, debe proscribirse el uso de prótesis en el tratamiento de las hernias estranguladas, a causa del riesgo séptico. Sin embargo, en el caso de una hernia voluminosa con gran pérdida de sustancia y en la cual el acercamiento de los bordes no será posible, puede ser útil una plastia protésica.

Algunas series publicadas han mostrado que el riesgo de complicaciones es en realidad mínimo. Pans^[6] colocó una prótesis en el espacio subperitoneal por vía mediana en 35 casos de hernias estranguladas, de los cuales 12 requirieron resección intestinal. Sólo observó un absceso superficial y un absceso profundo que curaron con tratamiento local y antibioticoterapia. Ninguna prótesis tuvo que retirarse y no se observó ninguna supuración tardía. En la serie de Amiens^[2], de 32 mallas de dacrón y 15 plugs, sólo hubo un absceso, que curó. En la serie de Reims^[5], en 30 prótesis de dacrón, no hubo ninguna complicación séptica.

Por lo tanto, la contraindicación de uso de prótesis en urgencia no es absoluta. Sin embargo, sólo debe recurrirse a ellas en casos excepcionales, cuando la prótesis es realmente necesaria a causa del tamaño del defecto de la pared. La indicación debe ser lógica y la prótesis no debe colocarse en los casos que presentan pus (flemón purulento estercolar) o cuando el contenido del saco es muy turbio, en casos de necrosis o intervención tardía. Si se opta por la colocación de una próte-



10 Se cierra el abdomen. Ablación del asa intestinal por vía inguinal.

sis, deben tomarse estrictas precauciones: tomar una muestra bacteriológica del líquido intrasacular para disponer eventualmente de un antibiograma en caso de infección postoperatoria, limitar al máximo las contaminaciones, proteger la pared con campos impregnados con polividona iodada durante el tiempo visceral y limpiar de nuevo abundantemente el campo operatorio con polividona iodada al final de este tiempo. Por último, se deben cambiar los campos operatorios y los instrumentos en el tiempo de reparación parietal y evitar la colocación de prótesis de gran tamaño.

En estas condiciones y según los resultados publicados, parece apropiado colocar una prótesis cuando ésta puede facilitar un tiempo de reparación particularmente difícil.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Pélissier E et Damas JM. Traitement des hernies de l'aine étranglées. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-139, 2000, 6 p.

Bibliografía

- [1] Bayley AC. The clinical and operative diagnosis of Maydl's hernia. A report of 5 cases. *Br J Surg* 1970 ; 57 : 687-690
- [2] Henry V, Randriamanantsoa V, Verhaeghe P, Stoppa R. Le matériel prothétique a-t-il une place raisonnable dans le traitement des urgences herniaires ? *Chirurgie* 1995 ; 120 : 123-128
- [3] Houdard C, Stoppa R. Le traitement chirurgical des hernies de l'aine. Paris : Masson, 1984
- [4] Kneessy K, Weinbaum F. Hernioscopy retrieval of bowel for evaluation of viability during repair of a Richter's type incarcerated femoral hernia. *Surg Laparosc Endosc* 1997 ; 7 : 171-172
- [5] Palot JP, Flament JB, Avisse C, Greffier D, Burde A. Utilisation des prothèses dans les conditions de la chirurgie d'urgence. *Chirurgie* 1996 ; 121 : 48-50
- [6] Pans A, Desaive C, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *Br J Surg* 1997 ; 84 : 310-311