



# Tratamiento de las hernias inguinales estranguladas

M. Beck, E. Péliissier, P. Ngo

*La hernia estrangulada es una urgencia quirúrgica. El riesgo de estrangulación es 10 veces mayor para las hernias crurales que para las hernias inguinales. El tratamiento de la hernia estrangulada consta de un primer tiempo visceral dirigido a liberar el intestino herniado, un segundo tiempo que permite apreciar su viabilidad y, en ocasiones, realizar su resección. El tercer tiempo consiste en la reconstrucción parietal. El lugar que ocupa la laparoscopia y el interés de un refuerzo protésico son motivo de controversia y deben plantearse de forma individualizada.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Laparoscopia; Hernia inguinal; Hernia estrangulada

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Nociones estadísticas</b>	1
■ <b>Fisiopatología y formas anatomoclínicas</b>	2
Mecanismo de estrangulación y consecuencias anatómicas	2
Consecuencias fisiopatológicas, bacteriológicas y su impacto en el postoperatorio	2
Formas anatomoclínicas particulares	2
■ <b>Principios del tratamiento</b>	3
Cuándo operar	3
Elección de la técnica	3
■ <b>Tratamiento</b>	4
Preparación	4
Intervención	4
■ <b>Conclusión</b>	8

## ■ Introducción

El tratamiento de una hernia inguinal estrangulada consta necesariamente de tres etapas :

- una intervención urgente que comienza con la reducción de la hernia;
- una verificación del estado de la víscera estrangulada y su resección si es preciso;
- un cierre del defecto herniario.

Cualquier hernia sospechosa de estrangulación debe operarse sin demora; el riesgo de resección intestinal aumenta por encima de las 6 horas. En una cohorte de 102 pacientes operados de urgencia, 14 (88%) de los 16 que necesitaron una resección intestinal se habían operado después de más de 6 horas, frente a sólo 22 (26%) de los 86 que no requirieron resección ( $p < 0,05\%$ ) [1].

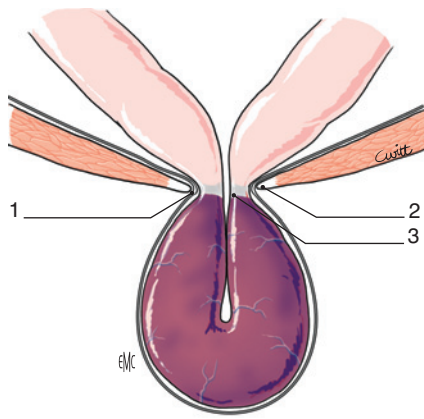
El porcentaje de resecciones intestinales en las intervenciones urgentes por una hernia encarcelada o estrangulada

es de alrededor del 10-15% [1,2]. La intervención urgente aún es grave en la actualidad: según el registro sueco de hernias, la mortalidad del tratamiento programado de la hernia inguinal es comparable a la de la población general, mientras que se multiplica por 5 en caso de intervención urgente y por 15 en caso de resección intestinal [3]. Estas cifras abogan por una práctica no restrictiva de la cirugía programada («en frío»).

En el artículo previo de la EMC [4], la laparoscopia ocupaba un lugar muy reducido y el refuerzo protésico durante la reparación parietal solía desaconsejarse debido al riesgo séptico. En la actualidad, la laparoscopia ocupa un lugar incontestable en el tratamiento de las hernias estranguladas, y el uso de una prótesis está justificado en la mayoría de las situaciones. Estos dos puntos representan las principales modificaciones aportadas al artículo precedente.

## ■ Nociones estadísticas

Conviene distinguir la encarcelación (que corresponde simplemente al carácter irreducible) de la estrangulación (que se caracteriza por la presencia de signos de sufrimiento visceral en grado variable). Alrededor del 30% de las hernias encarceladas son hernias estranguladas [5]. La intervención de urgencia es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, pero la tasa de resección intestinal es más elevada en las mujeres [1], quizá debido a la mayor frecuencia de la hernia crural en este sexo. La tasa de resección intestinal es más elevada en mayores de 65 años [1]. La intervención de urgencia es más frecuente para la hernia crural (35-38%) que para la hernia inguinal (5-8%) [1,3]. La tasa de resección intestinal es mayor para la hernia inguinal indirecta que para la hernia inguinal directa, pero no es nula para ésta: de 222 hernias inguinales operadas de urgencia, 29 (13%) fueron hernias directas, con un orificio estrecho en 21 casos y se requirió una resección intestinal en dos casos [5].



**Figura 1.** Hernia estrangulada 1. Cuello del saco; 2. perímetro del orificio inguinal profundo; 3. surco de estrangulación.

## ■ Fisiopatología y formas anatomoclínicas

### Mecanismo de estrangulación y consecuencias anatómicas

- El factor desencadenante de la estrangulación es una hiperpresión abdominal intensa, asociada a menudo al esfuerzo: tos, pujo abdominal intenso, levantamiento de un gran peso. En tal caso, el intestino o el epiploón se introduce a través del cuello herniario.
- El agente estrangulante en las hernias inguinales es, en la mayoría de los casos, el cuello del saco peritoneal (Fig. 1), lo que explica que la estrangulación complique sobre todo las hernias inguinales indirectas. El cuello del saco está más cerrado y es más rígido que el anillo del orificio inguinal profundo. En las hernias crurales interviene tanto el cuello del saco como el propio anillo crural, que suele ser de pequeño calibre.
- El elemento estrangulado es en la mayoría de los casos el epiploón o el intestino delgado y, en menos ocasiones, el colon.

El epiplocele estrangulado evoluciona en tres estadios: congestión, infarto y después necrosis aséptica, que da lugar a la formación de una brida fibrosa si no se realiza una intervención.

Evidentemente, las consecuencias del enterocelo estrangulado son más graves. La constricción del intestino por el cuello herniario provoca al mismo tiempo una oclusión intestinal por estrangulación y una oclusión vascular: la compresión causa inicialmente el bloqueo de la circulación venosa y linfática, lo que ocasiona edema, y después el bloqueo de la circulación arterial y la isquemia. Las lesiones intestinales evolucionan en tres fases: en el estadio de congestión, la pared intestinal está edematizada, roja, congestiva y engrosada. El surco de estrangulación aparece blanquecino, lívido. El saco contiene un líquido seroso inodoro, que puede estar ausente en la variedad de hernia estrangulada denominada «seca». Después de su liberación, el intestino recupera su color y sus movimientos peristálticos, y las lesiones son reversibles. En el estadio de infarto, el intestino tiene un color negruzco, es inmóvil, con un surco de estrangulación delgado y grisáceo. El saco contiene un líquido amarillento, maloliente. En el estadio de gangrena, el saco contiene un líquido purulento y, en ocasiones, líquido intestinal en caso de perforación. El intestino presenta placas de esfacelos verdosos, e incluso zonas de perforación, sobre todo en el surco de estrangulación. El flemón herniario se caracteriza por la presencia de pus y de contenido intestinal en el saco. Es excepcional en la actualidad: 0,6% en la serie de la Association Française de Chirurgie en 1988 [6]. En cambio,

en una extensa serie de 182 pacientes, la estrangulación se complicaba con una peritonitis en el 3,8% de los casos [7].

### Consecuencias fisiopatológicas, bacteriológicas y su impacto en el postoperatorio

- La sucesión de las lesiones descritas en el apartado previo correlaciona directamente con el plazo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico, que es la principal variable independiente que permite predecir un aumento de la morbilidad y de la mortalidad postoperatorias. Esta conclusión se deriva claramente de todos los estudios dedicados a este tema [7-9].
- La resección intestinal es el segundo factor independiente responsable de complicaciones en un análisis multifactorial en varias series extensas recientes de 121 a 195 pacientes [8,9].
- La presencia de líquido turbio en el saco herniario con bacteriograma positivo (*Escherichia coli* en la mayoría de los casos) es el tercer factor [8].
- Otros estudios sugieren que las enfermedades concurrentes, como la diabetes [8], un tratamiento anticoagulante [10] y la localización femoral de la hernia [7,10] también son factores que aumentan la tasa de complicaciones.

En resumen, parece claro que el retraso de la intervención puede dar lugar a una resección intestinal que provoque complicaciones sépticas, en ocasiones incluso mortales, en pacientes debilitados. También se verá que las propias modalidades del tratamiento (uso o no de una prótesis, por ejemplo) pueden ser distintas dependiendo de la gravedad de las lesiones.

### “ Punto importante

#### Secuencia nefasta

- Retraso excesivo de la cirugía
- Isquemia y proliferación bacteriana
- Resección intestinal
- Complicaciones infecciosas
- Morbimortalidad más elevada

### Formas anatomoclínicas particulares

#### En función del mecanismo de la estrangulación

##### Pinzamiento lateral de Richter [11] (Fig. 2)

Esta forma de estrangulación se produce en hernias que presentan un pequeño orificio: hernia crural en la mayoría de los casos o hernia obturatriz, pero también en la hernia inguinal indirecta. El borde antimesentérico del intestino delgado se introduce en el orificio herniario, lo que provoca una oclusión incompleta, pero una constricción intensa de la pared intestinal, que puede causar con rapidez necrosis y perforación (Fig. 2).

##### Hernia en W de Maydl (Fig. 3)

Suele tratarse de grandes hernias indirectas que contienen un asa intestinal en W. Esta hernia es engañosa, porque las dos asas laterales contenidas en el saco herniario pueden ser viables, mientras que el asa intermedia encarcelada por encima del cuello, no visible al abrir el saco, puede estar necrosada (Fig. 3). Si no se tiene cuidado de desenrollar por completo el intestino delgado, se corre el riesgo de dejar evolucionar en la cavidad peritoneal una necrosis intestinal inadvertida. En lado derecho, una de las asas puede corresponder al ciego [12] o al apéndice [13].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287098>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287098>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)