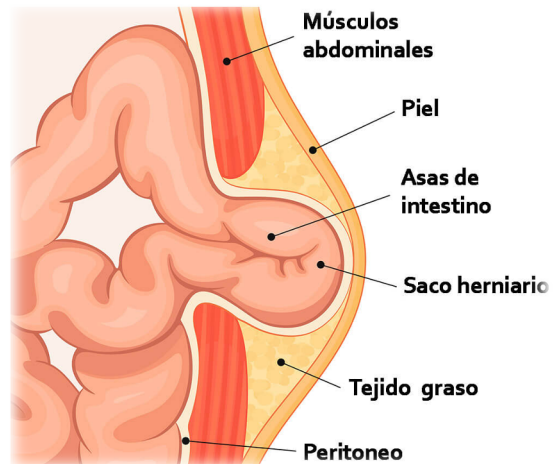


Hernias de la Pared Abdominal

¿Qué son?

Es la salida anómala de órganos o de tejido intraabdominal (grasa pre-peritoneal, epiplón) a través de un defecto en los músculos o la fascia de la pared abdominal, que se expresan como un bulto visible o palpable, generalmente doloroso, y que posee un riesgo elevado de complicaciones que requieren resolución quirúrgica.



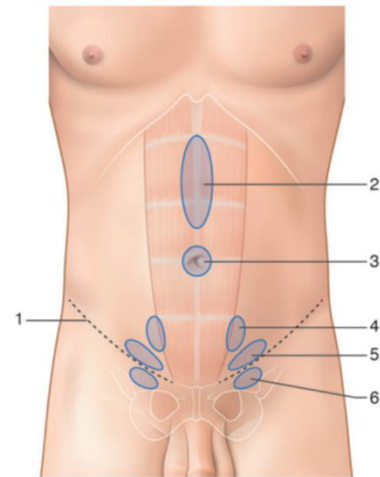
Tipos más frecuentes

La gran mayoría se localizan en la pared abdominal anterior (Figura 1), y dentro de éstas, la localización más frecuente es la inguinal (75% de los casos):

Inguinal: es más común en hombres, pudiendo ser de tipo directa o indirecta según su relación anatómica con las estructuras vasculares de la región (las directas protruyen directamente sobre la pared por fuera de los vasos epigástricos, mientras que las indirectas lo hacen a través del canal inguinal). Puede adquirir gran tamaño con el correr del tiempo, llegando a alojar vísceras en su interior, alterando la fisiología (trastornos evacuatorios, digestivos, respiratorios).

- Umbilical: localizada en el ombligo, es más frecuente en recién nacidos debido al cierre incompleto del anillo umbilical, también en adultos con sobrepeso/obesidad o condiciones que aumenten la presión intraabdominal como el embarazo y la ascitis (líquido dentro del abdomen).
- Incisional: o eventración, aparece en cicatrices quirúrgicas previas, y su reparación suele ser más compleja debido a la fibrosis y alteración anatómica asociada.
- Epigástrica: localizada sobre la línea media y por encima del ombligo, es más común en varones, de pequeño tamaño (15-20mm) pero en 20% de los casos son múltiples.
- Femorales: menos frecuentes, se localizan por dentro y debajo de las inguinales, y poseen mayor riesgo de complicaciones debido a su menor diámetro.

Figura 1. Zonas de fragilidad de la pared abdominal



1. Línea de Maligne, 2. Hernia de línea alba, 3. Hernia umbilical, 4. Hernia de Spiegel, 5. Hernia inguinal, 6. Hernia crural (Obtenido de: Bouriez et al, 2021).

Factores de riesgo

- Obesidad
- Esfuerzo físico intenso
- Embarazo / ascitis
- Tabaquismo
- Cirugías abdominales previas
- Edad avanzada



Síntomas

La manifestación puede variar dependiendo del tamaño y ubicación. Las de menor tamaño pueden carecer de síntomas o presentarse con un rango variable de dolor y molestias, especialmente cuando el contenido herniado sobresale a través del defecto. Es común la presencia de un abultamiento en alguna zona de la pared abdominal. Los esfuerzos físicos como toser, pueden desencadenar o intensificar el dolor. Las hernias de mayor tamaño, pueden generar una intensa presión sobre la piel que las recubre, provocando signos como eritema (enrojecimiento de la piel), isquemia o incluso ulceraciones.

- Dolor o molestia abdominal/inguinal.
- Bulto que aumenta con el esfuerzo o la tos.
- En casos graves: obstrucción intestinal, estrangulación (hernia cuyo contenido no se puede reintroducir a cavidad y que presenta compromiso de la circulación) o encarcelamiento (hernia irreductible pero sin compromiso vascular)(Figura 2). Toda complicación es de resolución quirúrgica urgente.

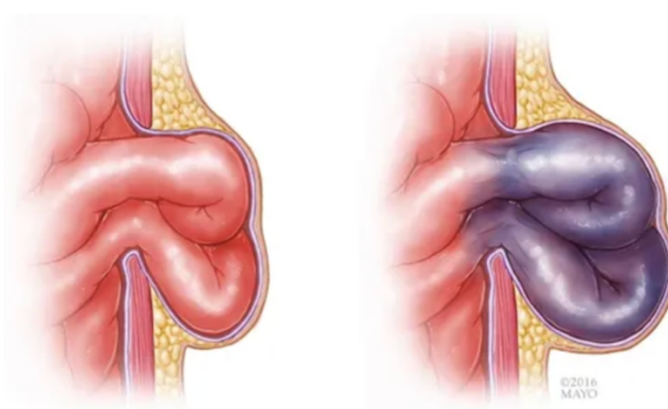


Figura 2: hernia atascada y hernia estrangulada

Diagnóstico

Depende principalmente de la historia clínica y del examen físico exhaustivo, palpando la región afectada y realizando maniobras semiológicas específicas tanto de pie como acostado. El diagnóstico diferencial incluye lipomas, abscesos, adenopatías y patología del cordón espermático (varicocele, hidrocele, quistes).

Adicionalmente se puede solicitar:

- Ecografía → con la ventaja de ser accesible, dinámica (permite visualización con movimientos respiratorios y esfuerzos), reproducible y repetible (no irradia al paciente).
- Tomografía → casos de difícil valoración con ecografía, de mayor complejidad o que requieren una planificación quirúrgica.
- Resonancia → permite la evaluación detallada de tejidos blandos, similar a la tomografía.

Tratamiento

Siempre es quirúrgico, aunque existen medidas conservadoras que pueden utilizarse en pacientes no candidatos para cirugía (por edad avanzada, comorbilidades, alto riesgo anestésico) como los soportes abdominales (fajas, calzoncillo "CASI"), los cuales brindan confort, pero no resuelven la patología.

La resolución es netamente quirúrgica y consiste en regresar el contenido herniado a la cavidad abdominal, reforzando al mismo tiempo la pared muscular con técnicas anatómicas (utilizando músculo y aponeurosis de la región) o con mallas (material protésico que se absorbe parcialmente favoreciendo la fibrosis de la zona) (Figura 3).

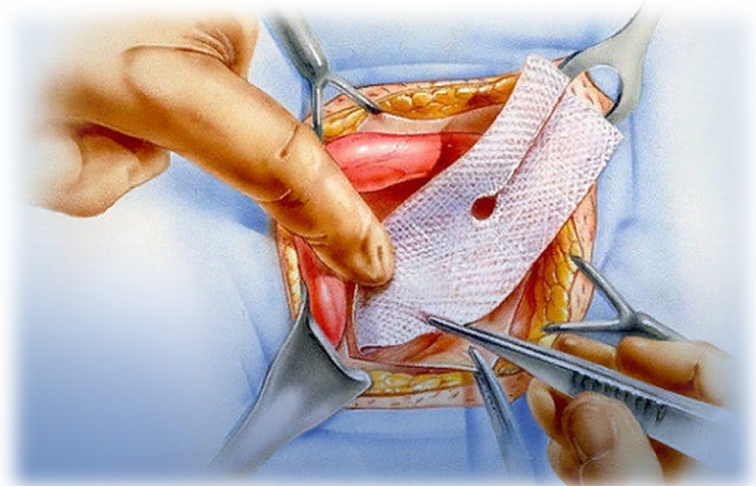


Figura 3: hernioplastia con malla

La indicación quirúrgica se da ante:

- Dolor persistente o severo que afecta la calidad de vida
- Aumento progresivo del tamaño
- Hernias recurrentes tras reparaciones previas
- Complicaciones como el encarcelamiento o estrangulamiento del contenido

En cuanto al abordaje quirúrgico, el mismo puede ser:

- Convencional o abierto: utilizado principalmente para hernias únicas, unilaterales, o de pequeño tamaño.
- Laparoscópico: otorga una recuperación más rápida, aunque el beneficio de éste abordaje se da principalmente en hernias inguinales bilaterales, complejas o recidivadas.
- Robótico: mayor precisión, útil en casos complejos, aunque no utilizada en nuestro medio por altos costos.

La elección de una u otra técnica quirúrgica dependerá de la complejidad de los casos y de la urgencia, ya que en este último escenario el tiempo es de vital importancia para disminuir el riesgo de complicaciones graves como la isquemia y necrosis del contenido herniado, siendo el abordaje abierto el estándar. Por ello la importancia de realizar la consulta médica sin demora.

Respecto a las complicaciones asociadas a la cirugía, estas incluyen: infección de la herida y hematomas como las más frecuentes y de fácil tratamiento, o el dolor crónico, la recurrencia de la hernia, complicaciones intestinales (obstrucción, perforación) y rechazo del material protésico (malla) como infrecuentes, pero de mayor complejidad. Si bien todas se dan en un muy bajo número de casos, la posibilidad de que alguna de ellas suceda, aumenta en la cirugía de urgencia. Por último, cabe resaltar que la cirugía programada permite una rápida recuperación, con un retorno a tareas habituales precoz y con cuidados postoperatorios mínimos. El reposo postoperatorio es relativo, evitando conducir, levantar peso o realizar esfuerzos físicos los primeros días, higienizando la/s herida/s diariamente y controlando el dolor con analgésicos, con chequeos al alta en forma ambulatoria. En pacientes que realizan actividad física intensa, el retorno a sus actividades habituales dependerá de la complejidad del caso, la ubicación de la hernia y el tipo de reparación realizada.

Conclusiones

Las hernias abdominales son una de las patologías quirúrgicas más comunes. El tratamiento debe ser individualizado, combinando diagnóstico preciso, técnica quirúrgica adecuada y un buen seguimiento para reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

La importancia de la consulta precoz radica principalmente en evitar complicaciones mayores que puedan surgir del atascamiento o estrangulamiento del contenido herniado, al tiempo que permite adecuar el abordaje quirúrgico, logrando mejores resultados estéticos y funcionales, con tiempos de recuperación más acotados.