HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

TIPOS DE HERNIAS DE PARED ABDOMINAL

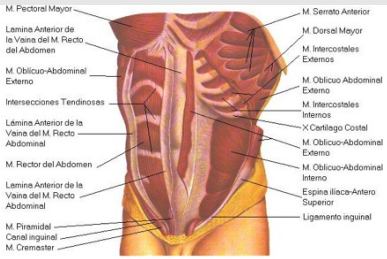
Inguinal 1. *Inguinales* (Hernias más comunes) a. Indirecta. b. Directa. c. Combinada. 2. Femoral. (Más comunes en F)	**Anteriores** 1. Umbilical. 2. Paraumbilical. 3. Epigástrica. 4. Spigeliana.
Pélvicas 1. Obturador. 2. Ciática. 3. Glútea.	**Posteriores** 1. Lumbar superior. 2. Lumbar posterior.

ETIOLOGÍA DEL DEBILITAMIENTO DE LA FASCIA TRANSVERSALIS

- Multifactorial.
  - Enfermedades del T. conectivo.
  - Tabaquismo.
  - EPOC.
  - Actividad física.
  - Edad avanzada

ZONAS DE DEBILIDAD

- Línea alba.
- Arco de Douglas.
- Región inguinal.
- Región lumbar.
- Cicatriz umbilical.
- Cicatriz.



ESTADIO
- Reductible.
- Incarcerada.

IRRIGACIÓN
- **Estrangulada.**
- No estrangulada.

ETILOGÍA
- Congénita.
- Adquirida.

CLASIFICACIÓN

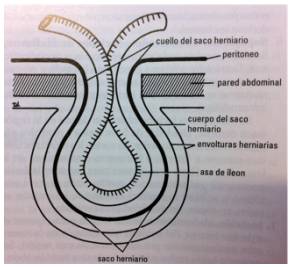
LOCALIZACIÓN
- Inguinal.
- Umbilical.
- Epigástrica.
- Crural.
- Lumbar.
- Postincisional.

DEFINICIÓN

- Griego *hernios,* protuberancia.
- Es la protrusión de un órgano a través de su integumento.

PARTES DE UNA HERNIA

- Saco
- Contenido
- Anillo



o Protrusión de las vísceras abdominales fuera de la cavidad abdominal a través de un defecto natural o adquirido.

HERNIAS INGUINALES

DIRECTA	Dentro del ángulo de Hesselbach o *MEDIAL* a vasos epigástricos. Ancianos.
INDIRECTA	Fuera del ángulo de Hesselbach o *LATERAL* a vasos epigástricos. Congénita.
FEMORAL O CRURAL	Debajo del ligamento inguinal.

EPIDEMIOLOGÍA

- Hernias más comunes
- 25 veces más en hombres
- Femorales son el 2.5% del total de las inguinales
- Hombres: indirectas : directa 2:1
- Mujeres: indirectas
- Crurales: mujeres

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Aumento de la región inguinal.
- Aumenta con el esfuerzo.
- Disminuye con el reposo.
- Se asocia a dolor en la región inguinal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Diagnóstico clínico!!!

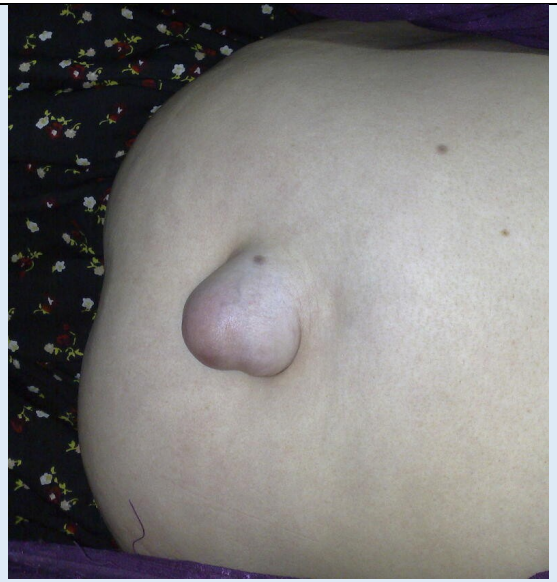


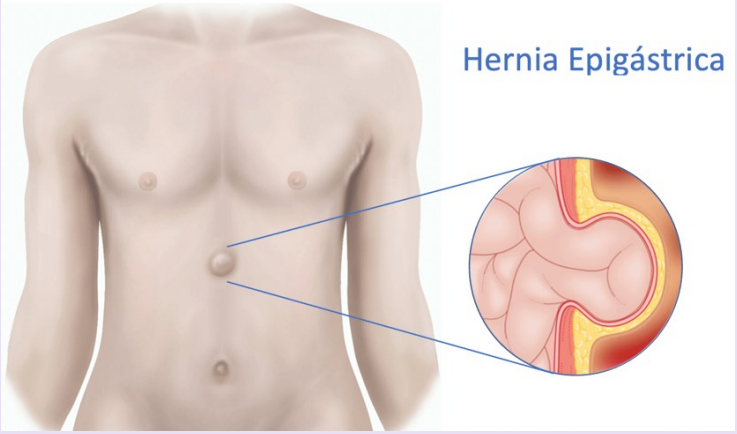
HERNIAS UMBILICALES

- Lactante: Anillo umbilical grande o débil. 10 a 30 %
- Prematuros 70 %.
- Congénitas: cierre espontáneo.
- 5 – 10 años 10 % presentes.
- *Adulto: Adquiridas.*
- Origen africano.

EPIDEMIOLOGÍA

- 75% Mujeres y 25% Hombres .

	2.4% de los casos de Hernias de pared. 10% adultos antecedente de hernia enla infancia. FACTORES PREDISPONENTES Embarazos repetidos. Obesidad. Aumento en la presión intraabdominal. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Lactantes al llorar. Ardor. Dolor abdominal de tipo cólico. Exacerba con la tos. Ulceración, dermatitis. Examen Físico: Protrusión de una masa.	
HERNIA DE SPIEGEL	Aproximadamente el 1 % . En el borde externo de la línea semilunar descrita por Spiegel en 1645. En la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. INCIDENCIA 1000 casos. Media 50 años. Relación H:M - 1.4:1 Derecho e izquierdo 1.6:1	

	Por debajo del ombligo. 21.2 % INCARCERADA	
HERNIA EPIGÁSTRICA	Protrusión del contenido abdominal a través de los intersticios que quedan por el decusamiento de las fibras de la aponeurosis de los musculos planos de la pared abdominal en la línea media entre el ombligo y la apendice xifoides.	

TRATAMIENTO

1. Reposición del contenido herniario.
2. Resección del saco herniario.
3. Reconstrucción de la pared.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

- Indicada en cualquier tipo de hernia de pared.
- Hernias incisionales extensas, incarceradas con o sin crisis de oclusión y en hernias con estrangulación intestinal en fase temprana.
- CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:
  - Eventraciones supergigantes con obseidad asociada y ausencia de elementos musculoaponeuróticos.
  - Fístulas enterocutáneas o foco séptico intraabdominal.
  - Cirrosis hepática con ascitis libre.