

# Gobierno Federal



**SALUD**

## Guía de Referencia Rápida

**SEDENA**

**SEMAR**

### Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales

# GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro: **SS-015-08**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**K40 Hernia Inguinal**  
**K41 Hernia Femoral**

**GPC**

## **Diagnóstico y tratamiento de hernias inguinales y femorales**

**ISBN en trámite**

### **DEFINICIÓN**

El orificio musculo-pectíneo es importante porque relaciona dos regiones comunes desde el punto de vista anatómico-quirúrgico: la región inguino-abdominal y la región inguino-crural.

Las hernias inguinales se originan en el orificio musculo-pectíneo. Están limitadas por el arco transversario, el músculo recto del abdomen, la rama iliopubiana y el músculo iliopsoas; a su vez, están tapizadas en su superficie interna por la fascia *transversalis* y el ligamento inguinal.

La hernia femoral o crural se produce por un defecto en la fascia *transversalis* por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio musculo-pectíneo, no cubierto por estructuras musculares, tendinosas o aponeuróticas; el saco herniario se exterioriza en la región femoral.

### **FACTORES DE RIESGO**

La presencia de uno o más de los siguientes factores puede favorecer el desarrollo de una hernia inguinal:

- Antecedentes genéticos positivos para el desarrollo de hernias
- Alimentación pobre en proteínas
- Tabaquismo
- Problemas pulmonares crónicos

### **SIGNOS ESPECÍFICOS**

Presenta protrusión o abultamiento en el área inguinal o en área femoral, la cual puede ser dolorosa o no, reducible o no.

## HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es importante para la detección de estados predisponentes a la formación de hernias y para su identificación correcta -muchas veces son asintomáticas-, así como para sospechar la presencia del padecimiento en otros miembros de la familia.

Los principales datos a recoger en la historia clínica son:

- Tiempo de evolución de la hernia
- Diferenciación entre inguinal y crural
- Bilateralidad
- Reducción espontánea
- Presencia de dolor y su severidad (no dolor, leve, moderado, severo). El dolor es un síntoma inconstante
- Incapacidad para la vida laboral, social o familiar (ninguna, leve, moderada, severa)
- Antecedentes personales médicos, quirúrgicos y medicación actual
- Existencia de factores de exacerbación (anomalías congénitas, condiciones que generan una presión intraabdominal elevada, estados nutricionales alterados, cirrosis con ascitis y diálisis peritoneal de larga duración)
- Existencia de factores asociados a complicación (edad avanzada, tiempo de evolución, tipo de la hernia y presencia de enfermedades concomitantes)

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Presencia de protrusión o abultamiento en un sitio o área de la región inguinal, reductible o no, que genera molestia leve o dolor al examen, que aumenta al deambular o al esfuerzo y disminuye o desaparece al decúbito (salvo en la incarceration). En la complicación aguda puede haber cambios de coloración, dolor intenso y crepitación local. El paciente debe ser valorado por un cirujano general. En caso de una hernia evidente, la exploración clínica es suficiente para el diagnóstico. Diferenciar entre una hernia directa y una indirecta no es útil.

Solamente en casos de dolor de origen oscuro o abultamiento dudoso de la región inguinal se requiere de mayor investigación diagnóstica.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No toda masa o protrusión es una hernia. En la región inguinal el diagnóstico diferencial debe hacerse con:

- Tumores de cordón espermático y de testículo
- Quiste de epidídimo e hidrocele

En la región femoral con:

- Adenomegalias

No todo dolor en la región inguinal es producido por una hernia. Debe hacerse diagnóstico diferencial con:

- Neuritis
- Compresión radicular
- Pubitis postraumática (en inserciones musculares, común en deportistas)
- Inguinodinia posquirúrgica crónica (de origen somático o neuropático)

## CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente con sospecha de hernia inguinal debe ser enviado al segundo nivel de atención para valoración programada o urgente, según sea el caso, inclusive los niños menores de 2 años de edad.

Del segundo al tercer nivel deben referirse sólo los pacientes con hernias que, a juicio del cirujano tratante, requerirán manejo multidisciplinario, como los casos con complicaciones catastróficas. Esta situación es excepcional.

## ESTUDIOS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En el primer nivel de atención no se requieren estudios. Sólo son de ayuda cuando existen complicaciones, como recurso de valoración preoperatoria o para confirmación diagnóstica. Los estudios de gabinete se utilizan principalmente en casos de apoyo en segundo o tercer nivel.

### ESTUDIOS DE IMAGEN

La sensibilidad y especificidad del ultrasonido para el diagnóstico de hernia inguinal es muy bajo, por lo cual no se puede recomendar su uso en la práctica diaria. La tomografía computada tiene un papel limitado en el diagnóstico de hernia inguinal. La resonancia magnética tiene una sensibilidad y especificidad de más de 94%, además de que identifica otras patologías osteotendinosas. La herniografía tiene una sensibilidad y especificidad alta, y una baja incidencia de complicaciones; no demuestra lipomas del cordón espermático.

Se recomienda que solamente se realicen procedimientos diagnósticos solamente en pacientes con dolor de origen obscuro o abultamiento dudoso de la región inguinal. La secuencia sería:

1. Ultrasonido (de existir experto)
2. De ser negativo el ultrasonido, realizar resonancia magnética
3. De ser negativa la resonancia, considerar herniografía

## MANEJO PREOPERATORIO

Los estudios de laboratorio sólo son de ayuda como recurso de valoración preoperatoria y en complicaciones.

Se realiza laboratorio básico en los menores de 40 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia.

Se debe agregar exámenes de laboratorio preoperatorios, de gabinete y valoración por Medicina Interna en mayores de 40 años de edad o con patología asociada (ASA).

Firma de hoja de consentimiento informado.

## MANEJO GENERAL DE LA HERNIA

La vigilancia es una opción aceptable en el tratamiento de los hombres con hernia inguinal mínimamente sintomática o asintomática. La cirugía debe tener fines reconstructivos, para lo cual se recurrirá al uso de materiales protésicos o a técnicas plásticas indicadas en cada caso. Los materiales protésicos evolucionan constantemente, por lo que deben usarse en lo posible los aprobados por los comités internacionales de evaluación.

El tratamiento quirúrgico es por vía abierta. Las técnicas abiertas utilizadas son Lichtenstein (malla plana), cono o mediante sistemas preformados; no hay diferencia clínica entre ellas. La hernia crural se trata mediante cono o sistemas preformados. La técnica con tensión en ausencia de material protésico ideal es la Shouldice; sin embargo, la utilización de malla se asocia a una reducción del riesgo de recurrencia de 50% a 75%.

Las revisiones sistemáticas no apoyan el uso de laparoscopia; en hernias inguinales primarias el abordaje laparoscópico tiene un porcentaje de recidiva mayor y complicaciones más complejas que la cirugía abierta con colocación de malla. En hernias inguinales recurrentes el abordaje laparoscópico tampoco ha mostrado superioridad terapéutica. El abordaje por laparoscopia es transabdominal preperitoneal (TAPP) o por vía totalmente extraperitoneal (TEP); este último es superior.

Las mallas reducidas/ligeras/poro grande (1 000- $\mu$ m) tienen algunas ventajas respecto a la presencia de dolor crónico y sensación de cuerpo extraño en cirugía abierta. La identificación de todos los nervios de la región inguinal durante la cirugía abierta puede reducir el riesgo de su lesión y la presencia posoperatoria de dolor crónico.

## DIAGRAMA DE FLUJO 1

### Algoritmo de tratamiento de las Hernias inguinales y femorales

