

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de referencia rápida

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral en el adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-211-09**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

K 43 Hernia ventral**GPC****Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hernia ventral en el adulto.****ISBN en trámite****DEFINICIÓN**

Una hernia ventral es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través de un defecto en la pared antero-lateral del abdomen, que puede ser detectado en forma clínica o por estudios de imagen, excluyendo a la región inguinal. La diástasis de rectos es una entidad con la que frecuentemente se le confunde, generada por la separación de los rectos anteriores del abdomen sin que exista un anillo herniario.

CLASIFICACIÓN**Mediales (M)**

Aquellas localizadas entre el borde lateral del músculo recto anterior del abdomen, el xifoides y el pubis. Se subdividen en:

M 1.- Subxifoideas (a menos de 3 cms por debajo del xifoides)

M2.- Epigástricas (dentro de una zona que va 3 cms por debajo del xifoides y a 3 cms por arriba del ombligo)

M3.- Umbilicales (dentro de una zona que va 3cms por arriba y 3 cms por debajo del ombligo)

M4.- Infraumbilicales (dentro de una zona que va 3 cms por debajo del ombligo y 3 cms por arriba del pubis)

M5.- Suprapúbicas (a menos de 3 cms por arriba del pubis)

Laterales (L)

Localizadas entre el borde costal, ligamento inguinal, el borde lateral del recto anterior del abdomen y la región lumbar (línea axilar posterior).

Se subdividen en:

L1.-Subcostal (dentro de una zona limitada por el borde costal y una línea horizontal que pasa a 3 cms por arriba del ombligo)

L2.- Flanco (dentro de una zona limitada por dos líneas horizontales que pasan 3 cms por arriba y por debajo del ombligo)

L3.- Ilíaca (dentro de una zona limitada por el ligamento inguinal y una línea horizontal a 3cms por debajo del ombligo)

L4.- Lumbar (en una zona limitada entre la línea axilar anterior y posterior)

(Continua...)

Tamaño (W)

Se debe establecer el largo (céfalo-caudal) y el ancho (latero-lateral) del anillo herniario. En el caso de múltiples defectos se tomará como margen al borde lateral del defecto más alejado de la línea media. En el sentido céfalo-caudal el borde distal del defecto más alejado del ombligo.

El diámetro obtenido ofrece cuatro posibilidades:

W1. - < 4 cms

W2. - 4 a 10 cms

W3. - > 10 cms

Recidivante (R)

Sólo se registra:

Sí

No

DETECCIÓN

- Se detecta por el médico de primer contacto por la sospecha clínica o como hallazgo por imagen o examen médico.
- Se detecta por el médico especialista (Cirujano) en consulta por referencia, por hallazgo clínico o por imagen.

FACTORES DE RIESGO

Reparaciones quirúrgicas previas, obesidad, tabaquismo, aneurisma aórtico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sexo masculino, tipo de actividad laboral y física, estreñimiento crónico, malnutrición, uso de corticoesteroides, insuficiencia renal, prostatismo, neoplasias, infección de herida quirúrgica, técnica de sutura, tipo de sutura empleada. Aumento en la presión intra-abdominal y trastornos del tejido conectivo.

INTERROGATORIO

- El cuadro clínico más frecuente presenta: dolor en el sitio de la hernia, estreñimiento, distensión abdominal, deformidad de la pared, datos específicos a los órganos involucrados dentro de la hernia. Como urgencia puede presentar oclusión intestinal en cualquiera de sus fases.
- Poner mayor énfasis clínico en aquellos pacientes con cirugías abdominales previas, datos de dolor abdominal recurrente o deformidad en la pared antero-lateral del abdomen.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Exploración física dirigida a la detección de defectos en la pared abdominal y / ó aumento de volumen o deformidades.
- Realizar la exploración física completa de la pared antero- lateral del abdomen, en forma estática y dinámica con el paciente de pie y en decúbito; con especial atención a las zonas de abordajes quirúrgicos previos.

GABINETE

- El ultrasonido tiene el beneficio de ser un estudio dinámico, pero es operador dependiente, puede llegar a tener una sensibilidad de 70% y una especificidad hasta del 100%.
- La tomografía axial computada es útil en casos de duda diagnóstica de hernia ventral, se realiza con maniobra de Valsalva, medio de contraste oral y cortes de 10mm. Tiene un valor predictivo positivo del 94%.
- La resonancia magnética dinámica es una herramienta que se utiliza con mayor frecuencia para la evaluación de las estructuras de la pared antero-lateral del abdomen, con resultados similares a los obtenidos por la tomografía.
- La herniografía con medio de contraste hidrosoluble intraperitoneal, es útil en los casos de sospecha y que clínicamente no sea detectable la hernia ventral; así como los estudios baritados, como el tránsito intestinal y colon por enema. Estos estudios se utilizan en caso de no contar con estudios no invasivos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Cirugía Abierta

El tratamiento puede incluir:

- El cierre con los tejidos propios del paciente, con cierre primario del anillo herniario o con la técnica de separación de componentes; utilizando suturas de material sintético no absorbible.
- La colocación de material protésico de polipropileno, poliéster, parcialmente absorbible, recubierta, biológica, biosintéticas, de alto, mediano, bajo y muy bajo peso, según lo requiera cada caso en particular.

La evidencia es que:

- La recidiva y la infección de herida son mayores con el uso de técnica con tensión ó en la colocación de malla supra-aponeurótica.
- Con el uso de malla retro-aponeurótica la recidiva es menor.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Cirugía Laparoscópica

- La reparación por vía laparoscópica de hernias ventrales es segura, presenta un índice similar de complicaciones al abordaje abierto, menor estancia hospitalaria y con igual o menor dolor postoperatorio. El índice de recurrencia es igual al abordaje abierto.
- Permite identificar otros defectos en la pared abdominal, no detectables a la exploración física, así como la evaluación simultánea de los órganos intrabdominales.
- En el paciente con índice de masa corporal mayor a 30, la cirugía por vía laparoscópica puede ser de elección incluso en defectos complejos.

MANEJO PERIOPERATORIO

- Corrección ó control de los factores de riesgo: Obesidad, tabaquismo, infecciones, insuficiencias órgano-sistémicas, metabólicas, hematológicas, valoración de función respiratoria-cardíaca en hernias con pérdida de domicilio.
- Estudios de laboratorio y gabinete solicitados en forma particular a cada caso.
- En mayores de 45 años electrocardiograma, telerradiografía de tórax y valoración cardiovascular preoperatoria.
- El uso profiláctico de antibióticos se selecciona en base al tipo de herida quirúrgica. En todos los pacientes se debe llevar a cabo prevención tromboembólica.

CRITERIOS DE REFERENCIA

El manejo definitivo es quirúrgico, a ser realizado en segundo nivel de atención una vez establecido el diagnóstico y compensados los factores de riesgo, que puedan controlarse en primer nivel. En caso de ser necesario la compensación específica debe ser realizada en nivel hospitalario. La evaluación debe discernir entre el envío urgente o electivo.

Electivo:

1. Hernias sintomáticas (dolor, deformidad, crecimiento).
2. Prevención de complicaciones (encarcelamiento, oclusión, pérdida de domicilio).
3. Duda diagnóstica.

Semi-urgentes:

1. Infección crónica de malla.
2. Erosión cutánea y exposición de la malla.
3. Fístula enterocutánea.

Urgentes:

1. Estrangulación y gangrena intestinal.
2. Sepsis.
3. Oclusión intestinal.

IMPORTANTE

En los casos donde sea necesario colocar la malla sobre el peritoneo se recomiendan las siguientes características:

1. Malla plana ligera de polipropileno, monofilamento de poro hexagonal de 1.5 mm peso de 38 gr/m².
2. Malla monofilamento macroporosa de baja densidad, compuesta en un 50% de polipropileno y 50% poliglecapróna, con peso 28gr/m².

Diagnóstico y tratamiento de la hernia ventral en el adulto

