



XXIV CURSO
DE CIRUGIA GENERAL

**REPARACION URGENTE DE LA
HERNIA INGUINO-CRURAL
COMPLICADA**

Begoña Patiño Bernal
Hospital Doctor Peset

HERNIA INGUINO-CRURAL COMPLICADA

**CONTEXTO E IMPORTANCIA
FACTORES PRONOSTICOS
Y DE MORBIMORTALIDAD**

Cifras de mortalidad **mínima** en cirugía herniaria

	< 60 a	> 60 a
Cirugía electiva	0,02%	0,05%
Cirugía urgente	5%	8 – 10%
	20% (RI)	

(RI: resección intestinal)

Cirugía urgente. Morbimortalidad



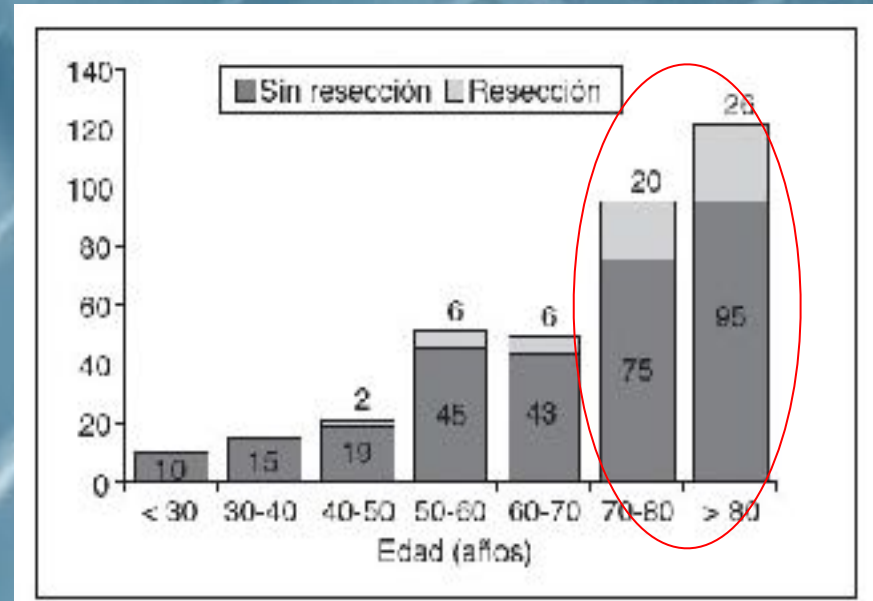
Hernia estrangulada. ¿Todavía mortal en el siglo XXI? *M Ángeles Martínez-Serrano et al.*

- 2367 Reparaciones herniarias (362 urgentes)
- Factores de morbilidad y mortalidad
- Resección intestinal

Hernias intervenidas de urgencia

Distribución por edad

	Varones	Mujeres	Total
Edad (años)*	66 ± 17	72 ± 15	69 ± 16
Estancia*	7 ± 8	8 ± 8	8 ± 8
Total	146 (40%)	216 (60%)	362
Tipo de hernia			
Inguinal	88 (60,2%)	37 (17,1%)	125 (35%)
Crural	12 (8,2%)	66 (30,5%)	78 (21,5%)
Incisional	16 (11,0%)	59 (27,3%)	75 (20,7%)
Umbilical	23 (15,7%)	48 (22,2%)	71 (19,6%)
Epigástrica	6 (4,1%)	3 (1,4%)	9 (2,5%)
Spiegel	1 (0,7%)	2 (0,9%)	3 (0,8%)
Obturatriz	0	1 (0,5%)	1 (0,3%)



- Edad media 69,5 años
- Relación varón/mujer 1:1,5
- 59% mayores de 70 años de los que el 21% precisó resección intestinal

**Hernia estrangulada.
¿Todavía mortal en el siglo XXI?**

Resultados en función de la necesidad de resección

	Resección (n = 60)	Sin resección (n = 302)	p	Total (n = 362)
Media de edad	75,4	68,3	< 0,002	69,5
Estancia media	18,1	5,8	< 0,001	7,8
Infección de la herida	26 (43%)	18 (6%)	< 0,001	44 (12%)
Complicaciones	54 (73%)	66 (21%)	< 0,001	120 (30%)
Mortalidad	12 (20%)	5 (1,6%)	< 0,001	17 (4,7%)

- Diferencias significativas en el grupo con resección en media de edad, prevalencia de complicaciones totales y mortalidad
- Mayor frecuencia de resección en hernias crurales ($p < 0,005$)

**Hernia estrangulada.
¿Todavía mortal en el siglo XXI?**

Causas de mortalidad

Causas fallecimiento	Resección	Sin resección	Total
Insuficiencia respiratoria	2	1	3
Descompensación de la hepatopatía	1	2	3
Shock cardiogénico	2	1	3
Shock séptico no abdominal	1	0	1
Neumonía	3	1	4
Dehiscencia o sepsis	3	0	3
Total	12	5	17

- Mortalidad mayor en el grupo de mayores de 70 años ($p = 0,01$)
- La resección intestinal es una variable independiente predictiva de mortalidad ($p = 0,0001$)
- No influyen en la morbimortalidad ni el sexo ni el tipo de hernia

**Hernia estrangulada.
¿Todavía mortal en el siglo XXI?**

EN PACIENTES OCTOGENARIOS

- No correlación CLINICA-VIABILIDAD INTESTINAL
- Intestino necrótico en hernias externas encarceradas:
 - 10-16% en menores de 65 años
 - 19% en mayores de 65 años
 - 28% en mayoresde 80 años
- Relación directa HOPITALIZACION TARDIA-RESECCIÓN-MORTALIDAD

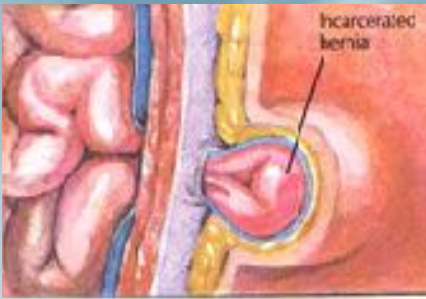
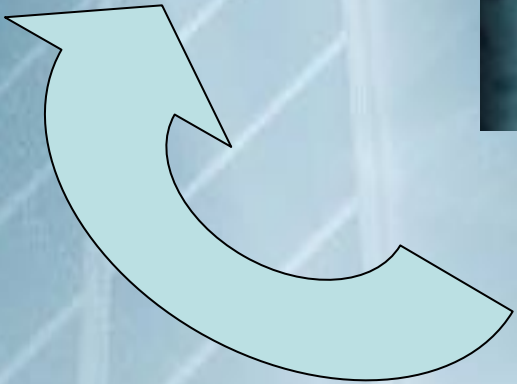
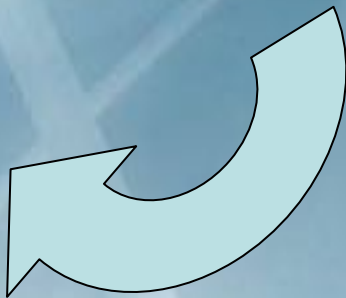
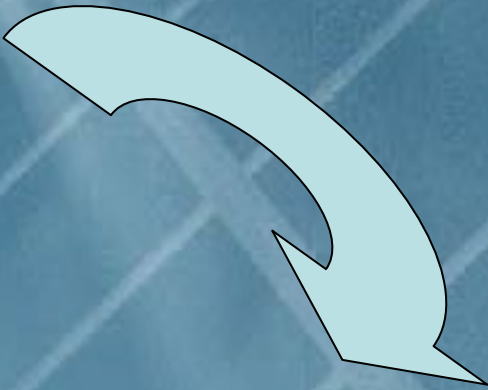
OTROS ESTUDIOS

	N	Edad	H/M	RI	%HIC	% Mort	> 48h	% Morb
Nesterenko 1993	632	39-91 71%>60 a		14% 12%>60a	62,5	13,4 85>70a		
Kulah B. 2001	385	15-100 43%>60a	250/135	13% 8%>60a	75,5	2,9 81,8>60a	84,9%	M=15,1 m=4,4
Alvarez JA 2005	230	24-96 73%>60a	95/135	13,5%	63	3,9	32,2%	M=10
Alvarez JA. 2004	60	80-96	16/44	28,3%	78,3	8,3	43,3%	M=18,3



HERNIA INGUINO-CRURAL COMPLICADA

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO-QUIRURGICO



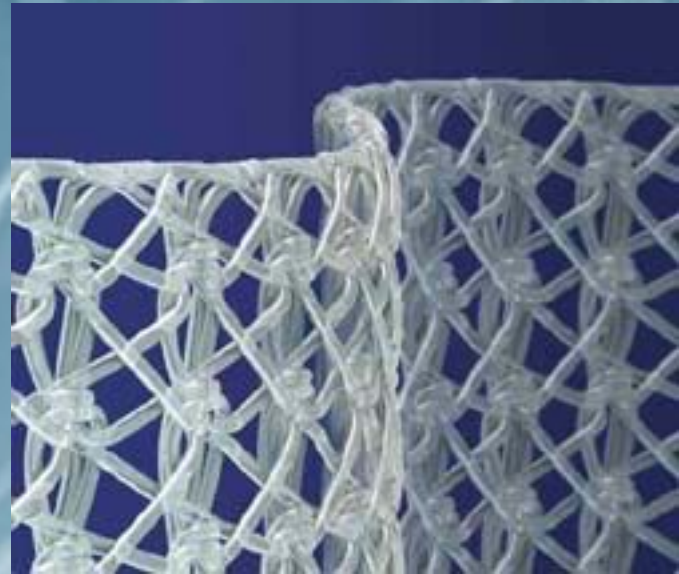
CONFIRMACION DIAGNOSTICA

Debe ser efectuada por Cirujano:

- **EL DIAGNOSTICO ES CLINICO**
 - Historia y examen físico compatible
 - Analítica y Radiología
- Ecotomografía de pared abdominal en casos especiales

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

- Reposición del paciente
- Reparación de lesiones viscerales
- Reparación herniaria



REPOSICION DEL PACIENTE

- Fluidoterapia intravenosa:
 - Diuresis 70 ml/h (sondaje vesical)
 - Patología cardiopulmonar: monitorización PVC
- SNG y Antibioterapia
- REDUCCION POR TAXIS:
 - NO signos inflamatorios locales
 - Clínica inferior a 12 horas.
 - Evitar intentos repetidos y presión excesiva

The background of the slide features a semi-transparent grid pattern overlaid on a faint image of a human torso, specifically the abdominal region. The grid consists of intersecting white lines forming a diamond or square pattern. The overall color palette is a range of blues, from light to dark, creating a clinical and professional atmosphere.

HERNIA INGUINO-CRURAL COMPLICADA

TECNICAS QUIRURGICAS

PROPIEDADES DE LA TECNICA QUIRURGICA

- Facilitar la reducción del contenido herniario
- Buena exposición para realizar la resección intestinal
- Reparación herniaria segura y eficaz a través del mismo acceso

TRATAMIENTO DEL CONTENIDO

- Liberación completa del asa (Sección del anillo de constricción)
 - Recuperación inmediata de color y peristalsis
 - Suero caliente, \uparrow O₂ aire inspirado, palpación pulsos arteriales
 - **ATENCIÓN A LOS ANILLOS HERNIARIOS**
- SI NO RECUPERACIÓN O DUDA

RESECCIÓN



MALLA Y HERNIA COMPLICADA

- La reparación sin tensión con malla protésica de una hernia inguinal complicada es segura y con bajo riesgo de infección. NIVEL DE EVIDENCIA 3, GRADO DE RECOMENDACIÓN B
- La realización de resección intestinal no contraindica el uso de prótesis (Pans A.: "Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia".Br J Surg 1997)
- El uso de malla no se recomienda cuando existe necrosis intestinal avanzada y/o signos de infección de la pared inguinal

LINEAS GENERALES

TECNICA SIN TENSIÓN + MALLA

- Lichtenstein o Rutkow-Robbins
- Si necesidad de resección:
 - Vía inguinal o laparotomía asociada
 - ABORDAJE PREPERITONEAL (Nyhus)

Lichtenstein vs Bassini en hernia estrangulada:
“La estancia hospitalaria y la tasa de recurrencia fue significativamente menor en el grupo sin tensión, sin diferencias en cuanto a complicaciones”

Elseabe, MM (2008): controlado randomizado
Derici, H. (2008)

- **Bessa, SS.: "Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia". *Hernia*. 2007 Jun;11(3):239-42.**
 - Grupo A: N=25. Hernia no complicada
 - Grupo B: N=25. Hernia estrangulada.
 - T=20 meses. 0% complicaciones en relación a la malla

- **Pans, A.: "Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia". *Br J Surg*. 1997 Mar;84(3):310-2.**
 - N=35. (9 resecciones sin peritonitis, 3 apendicectomías)
 - No infección de herida, no rechazo de malla
 - Una recidiva a los 4,2 años

TECNICAS LAPAROSCOPICAS

- ¿Puede una hernia encarcerada resolverse vía laparoscópica con buenos resultados?
- ¿La laparoscopia aporta algún beneficio en estos pacientes?

Watson SD. Surg laparosc Endosc. Apr;3(2):106-8.
Describe la primera herniorrafia femoral con plug
más resección intestinal totalmente laparoscópica

TRANSABDOMINAL (TAPP)



Autor	N	tQ	Conversion	Reseccion	Morbilidad	Recidiva/ Seguimiento
Rebuflat, C. (2005)	28	55-103m	10.7%	36%(9)	Un hematoma	0/11,3m
Leibl, BJ. (2001)	158	55m		11,1%	Trombosis	1/26 m

EXTRAPERITONEAL (TEP)

- Tamme, C.(2001):
 - Serie de 5203 reparaciones herniarias vía TEP
 - Amplia la indicación a hernias incarceradas, estranguladas e inguinoescrotales.
- OTRAS OPCIONES:
 - Morris-Stiff G, Hassn A.:” Hernioscopy: a useful technique for the evaluation of incarcerated hernias that retract under anaesthesia”. Hernia. 2008 Apr;12(2):133-5



HERNIA INGUINO-CRURAL
COMPLICADA

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- **1.- La edad mayor de 70 años, el retraso en el diagnóstico y la necesidad de resección se relacionan con el aumento de morbimortalidad en el postoperatorio de la hernia complicada.**
- **2.- La necesidad de resección es, por sí mismo, un factor independiente predictivo de mortalidad; Es mayor en la hernia crural**

CONCLUSIONES

- **3.- El conocimiento de estos factores de mal pronóstico es importante para la priorización de la cirugía electiva en los pacientes con más riesgo.**
- **4.- Las técnicas indicadas en la reparación urgente son aquellas sin tensión con malla protésica excepto en casos de contaminación del campo quirúrgico**