



# **COMPLICACIONES DE LA HERNIA INGUINAL**

**AUTORES: INTERNA. CAMILA FERNANDEZ NADALES  
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE**

## **Introducción**

Una hernia de pared abdominal corresponde a una proyección anormal del contenido intraabdominal o víscera por alguna zona débil de la pared. En una hernia identificamos 3 componentes: el contenido, que está dado por el órgano que protruye; el anillo herniario dado por la zona de defecto de la pared; y el saco que corresponde al recubrimiento que envuelve al órgano que protruye.

La importancia de revisar este tema radica en que se estima que entre un 5-10% de la población presentará una hernia de pared abdominal en su vida. Dentro de las hernias de pared abdominal un 75% son inguinales, siendo 2/3 de tipo indirecto y 1/3 de tipo directo (1). El tratamiento definitivo de todas las hernias, independientemente de su origen o tipo, es la reparación quirúrgica. La hernioplastía corresponde a la segunda cirugía electiva más frecuente en Chile, realizándose al menos 30.000 hernioplastías al año (1).

La hernia inguinal puede tener distintas presentaciones clínicas, desde el hallazgo incidental al examen físico con o sin dolor, hasta complicaciones agudas potencialmente mortales. La reparación de emergencia de las hernias complicadas puede estar asociada a un peor resultado y una tasa significativa de complicaciones postoperatorias.

El objetivo de esta revisión será abordar las complicaciones asociadas a la hernia inguinal y las alternativas de manejo recomendadas.

## **Metodología**

Se realizó una revisión de artículos científicos consultando bases de datos como pubmed y uptodate sin restricción de fechas, utilizando como palabras claves de búsqueda: hernias, hernia inguinal, complicaciones, incarceration, estrangulada. Además se consultó guías clínicas del ministerio de salud chileno en relación al tema.

## **Resultados**

Las hernias pueden presentar complicaciones tales como incarceration (5-20%) o estrangulación (2-5%) (1). Un diagnóstico tardío de estas, podría derivar en otras complicaciones tales como obstrucción intestinal, perforación, peritonitis y sepsis.

Hablamos que una hernia está incarceration cuando el contenido de la hernia es capturado dentro del saco herniario, de modo que no es posible reducirlo de nuevo al abdomen o la pelvis (2). Esto implica una reducción en el flujo venoso y linfático, produciéndose inflamación del tejido incarceration y acumulación de edema, lo que lleva a que el flujo venoso y posteriormente el flujo arterial del

contenido del saco herniario se vea comprometido, terminando finalmente en isquemia y necrosis del mismo, lo que se conoce como estrangulación (2).

Las hernias estranguladas siguen siendo un desafío, ya que a veces son difíciles de diagnosticar mediante examen físico y requieren una intervención quirúrgica urgente (3). En el examen físico, una hernia encarcerada o estrangulada puede presentar dolor a la palpación, y puede evidenciarse eritema o cambio de coloración en la piel de la zona. Si la persona además manifiesta síntomas que incluyen náuseas, vómitos, dolor abdominal e hinchazón, cese de eliminación de deposiciones o gases, debemos sospechar obstrucción intestinal; y si presenta síntomas sistémicos, podemos sospechar estrangulación y necrosis intestinal. La peritonitis generalizada generalmente no ocurre ya que el tejido isquémico o necrótico está atrapado dentro del saco herniario; sin embargo, si se reduce un segmento estrangulado del intestino (espontánea o involuntariamente), pueden estar presentes signos peritoneales generalizados (2).

El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), los resultados de TC con contraste, así como los niveles de lactato, creatinina fosfoquinasa sérica (CPK) y dímero D son predictivos de estrangulación intestinal (3).

Los pacientes que desarrollan estrangulación u obstrucción intestinal deben someterse a una reparación quirúrgica urgente. La cirugía realizada dentro de cuatro a seis horas desde el inicio de los síntomas puede prevenir la pérdida intestinal (4).

En los pacientes con hernia inguinal encarcerada aguda pero sin signos de estrangulamiento se puede intentar la reducción de la hernia. Si esta es exitosa, el paciente debe quedar en seguimiento con cirujano dentro de uno o dos días para excluir el encarceramiento recurrente y organizar la reparación electiva. En aquellos que no se logra reducir la hernia se debe proceder a cirugía de urgencia (4).

Venara et al., publicaron un estudio retrospectivo que incluyó a 166 pacientes consecutivos que se sometieron a cirugía de emergencia por hernia encarcerada entre enero de 2007 y enero de 2012 en dos hospitales universitarios. Como resultado 84 pacientes (50,6%) presentaron hernias inguinales, 43 femorales (25,9%), 37 hernias umbilicales (22,3%) y 2 hernias mixtas (1,2%), respectivamente. Se colocó malla en 64 pacientes (38,5%), incluidos 5 pacientes con resección intestinal concomitante. La morbilidad general se produjo en 56 pacientes (32,7%) y 8 pacientes (4,8%) desarrollaron infecciones del sitio quirúrgico (5).

Alvarez et al., en un estudio retrospectivo revisaron 147 pacientes que se sometieron a cirugía de emergencia por hernia inguinal encarcerada durante un período de 10 años. La mediana de edad de los pacientes fue de 70 años. Había 77 hombres y 70 mujeres. Se observaron hernias femorales en 77 pacientes y hernias inguinales en 70. Se encontraron enfermedades coexistentes en 82

casos (55,8%). Se requirió resección intestinal en 19 pacientes (12,9%). Las tasas de morbilidad general y mayor fueron 41.5% y 9.6%, respectivamente. La tasa de mortalidad fue del 3,4%. Mayor duración de los síntomas, hospitalización tardía, enfermedades concomitantes, y mayor clasificación de ASA fueron factores significativos vinculados con resultados desfavorables (6). En cuanto a la técnica quirúrgica puede realizarse un abordaje abierto o laparoscópico en hernias incarceradas, mientras que en caso de estrangulamiento o sospecha de necesidad de resección intestinal es preferible un abordaje preperitoneal abierto (3).

En pacientes con hernia incarcerada sin signos de estrangulamiento ni sospecha de necesidad de resección intestinal, se recomienda la reparación con malla protésica, ya que se asocia con una tasa de recurrencia más baja, baja tasa de complicaciones a largo plazo y no aumenta la tasa de infección de la herida. En estos pacientes se recomienda profilaxis antibiótica a corto plazo (3).

Para pacientes que tienen una hernia complicada con estrangulamiento y/o necesidad concomitante de resección intestinal sin derrame entérico grave se puede realizar una reparación protésica con una malla sintética, sin ningún aumento de la morbilidad en 30 días relacionada con la herida y se asocia con un riesgo significativamente menor de recurrencia. En estos paciente se recomienda profilaxis antibiótica por 48 hrs (3).

En pacientes con peritonitis se recomienda antibioticoterapia.

## **Conclusión**

Es importante identificar una hernia complicada de manera temprana, de forma que los pacientes sean sometidos a una intervención quirúrgica inmediata, dentro de las primeras 6 horas, y así prevenir progresión a complicaciones mayores, que significarán un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad operatoria.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Hernias de pared abdominal. Santiago: Minsal, 2008.
2. Brooks, D., y Hawn, M. (2020) Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. En Michael R (Ed.), Uptodate.
3. Birindelli, A., Sartelli, M., Di Saverio, S., Coccolini, F., Ansaloni, L., van Ramshorst, G. H., Campanelli, G., Khokha, V., Moore, E. E., Peitzman, A., Velmahos, G., Moore, F. A., Leppaniemi, A., Burlew, C. C., Biffi, W. L., Koike, K., Kluger, Y., Fraga, G. P., Ordonez, C. A., Novello, M., ... Catena, F. (2017). 2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. *World journal of emergency surgery: WJES*, 12, 37. <https://doi.org/10.1186/s13017-017-0149-y>
4. Brooks, D., y Hawn, M. (2020) Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in Adults. En Michael. R (Ed.), Uptodate.
5. Venara, A., Hubner, M., Le Naoures, P., Hamel, J. F., Hamy, A., & Demartines, N. (2014). Surgery for incarcerated hernia: short-term outcome with or without mesh. *Langenbeck's archives of surgery*, 399(5), 571–577. <https://doi.org/10.1007/s00423-014-1202-x>
6. Alvarez, J. A., Baldonado, R. F., Bear, I. G., Solís, J. A., Alvarez, P., & Jorge, J. I. (2004). Incarcerated groin hernias in adults: presentation and outcome. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 8(2), 121–126. <https://doi.org/10.1007/s10029-003-0186-1>