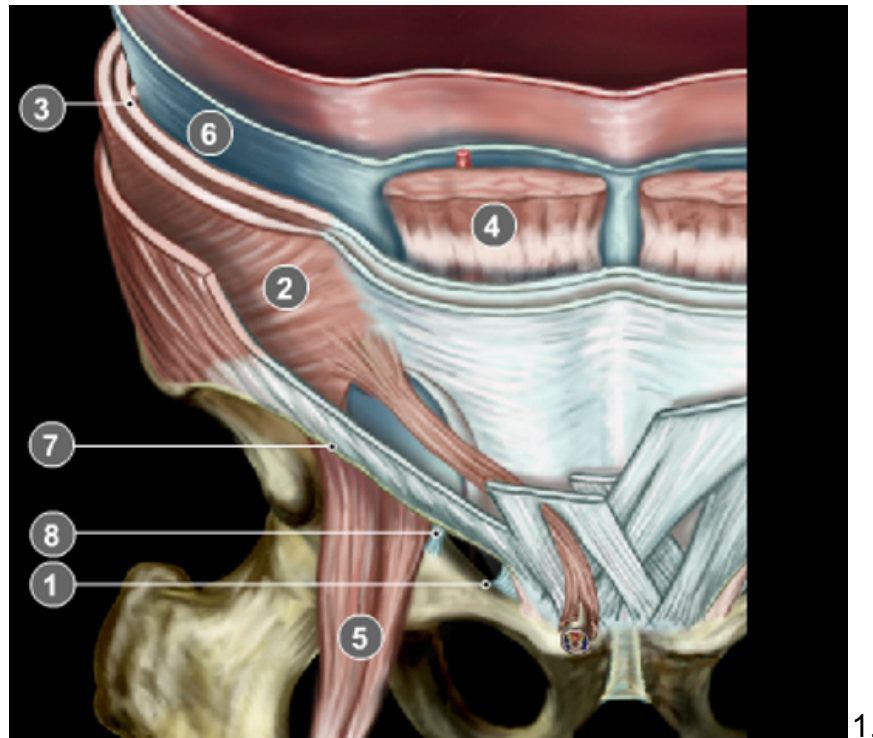


HERNIA INGUINAL

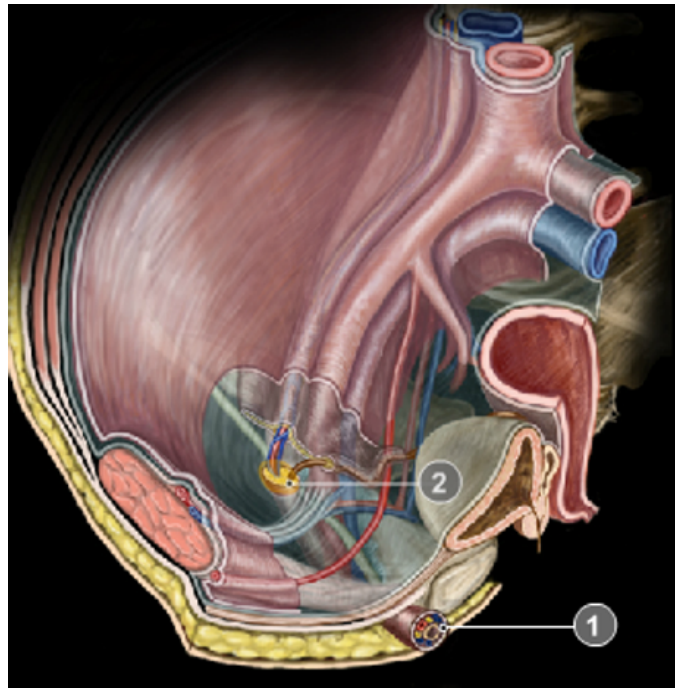
Definición

Protrusión anormal de tejidos o uno o más órganos abdomino-pélvicos, o parte de ellos, a través de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdominal anterior que se encuentra por debajo del nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores, a cada lado de la línea media. Estas estructuras salen por orificios congénitos o adquiridos y producen la incapacidad de conservar el contenido visceral de la cavidad abdominopélvica en su lugar habitual.

ANATOMÍA

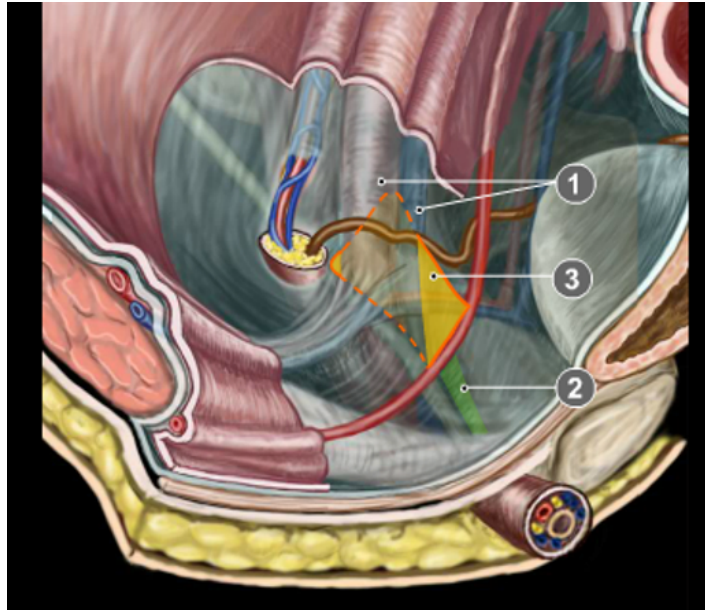


1. Periostico de la Rama Púbrica Superior
2. Músculo Oblicuo Interno
3. Músculo Transverso del Abdomen
4. Músculo Recto del Abdomen
5. Músculo Iliopsoas
6. Fascia Transversalis
7. Ligamento inguinal
8. Tracto Ileo-púbico

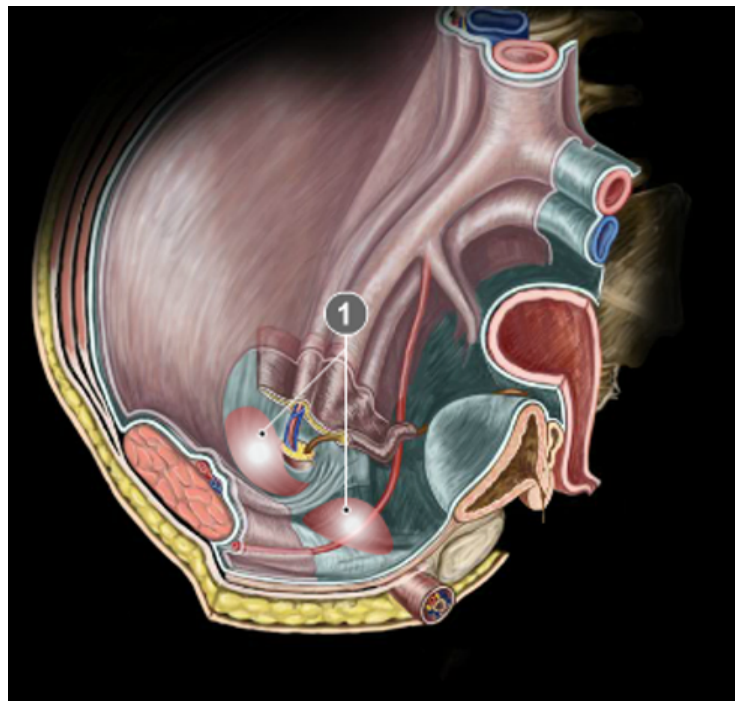


En el caso del hombre para el cordón espermático a través del anillo inguinal interno, en las mujeres pasa el ligamento redondo por la Fascia Transversalis pasan los vasos epigástricos profundos.

1. Cordón espermático
2. Anillo inguinal interno



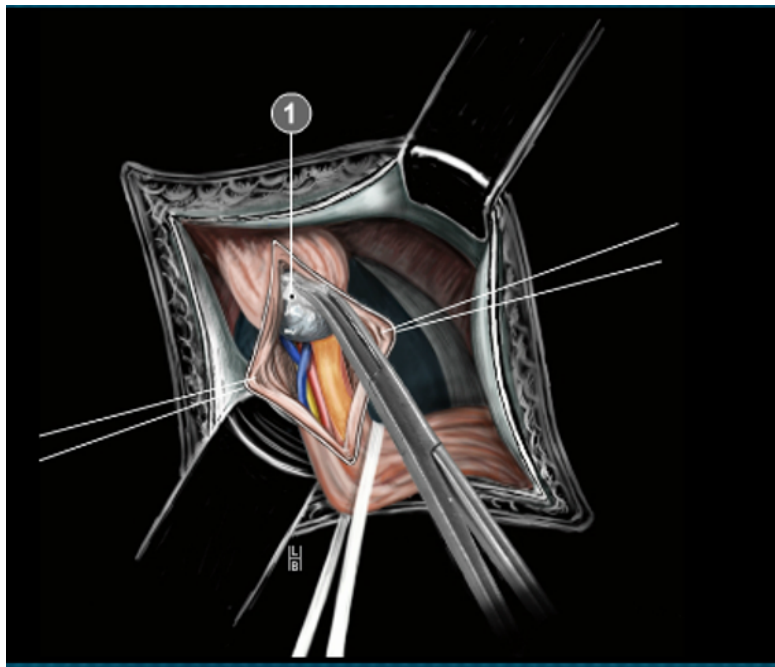
1. Vasos femorales
2. Ligamento lacunar
3. Ligamento Pectíneo o de Cooper



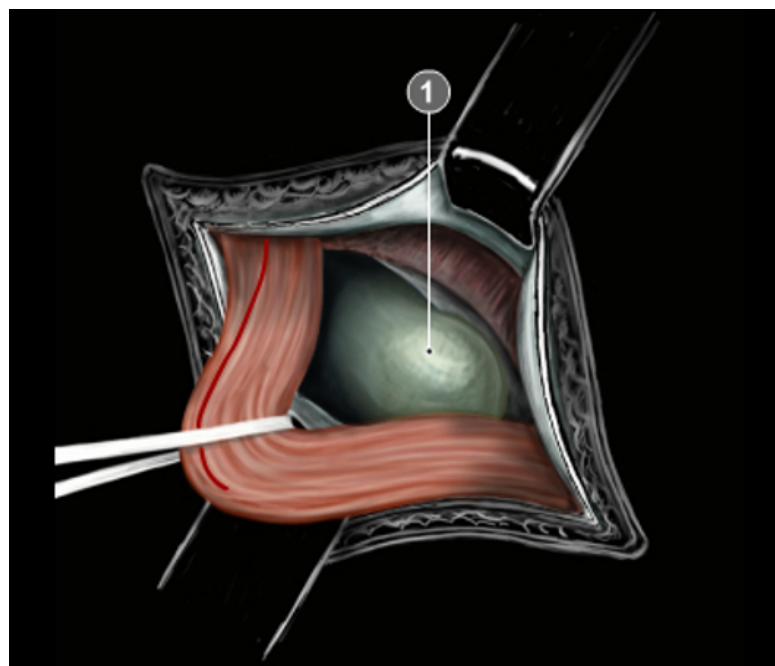
Una hernia inguinal es un defecto en la región miopectíneo relacionado con la alteración de los tejidos parietales. Dicha alteración puede tratarse reforzando la pared del conducto inguinal.

1. Defecto parietal

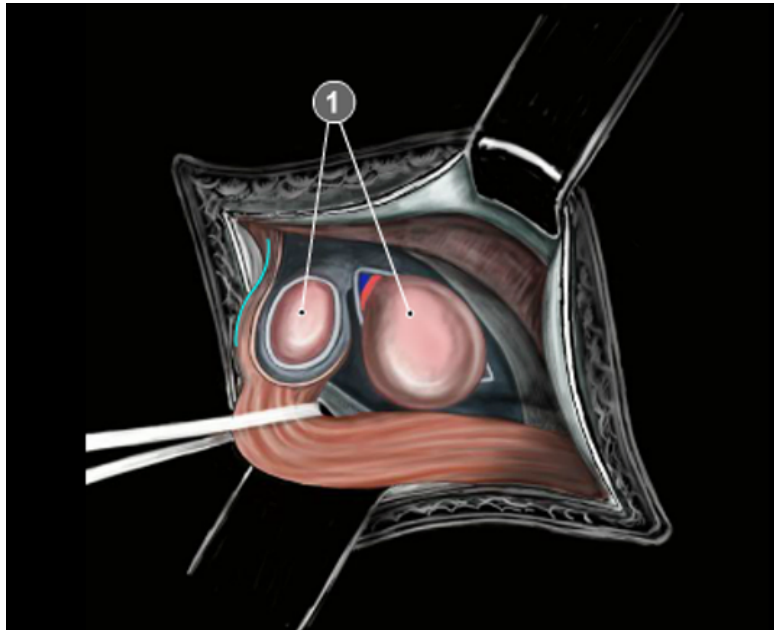
CLASIFICACIÓN



Hernia Inguinal Directa



Hernia Inguinal Indirecta



Hernia Inguinal Mixta

HERNIA INGUINAL INDIRECTA

Emerge de la cavidad abdominal a través del anillo inguinal profundo y pasa por las estructuras del cordón espermático por una distancia variable a lo largo del conducto inguinal o hasta el escroto (por dentro de las fibras del cremáster).

Este tipo de hernia se asocia con aumento de tamaño del orificio inguinal profundo.

HERNIA INGUINAL DIRECTA

Una hernia directa protruye a través de la pared posterior del conducto inguinal en el Triángulo de Hesselbach, zona limitada hacia lateral por la Arteria epigástrica inferior, por inferior el ligamento inguinal y por medial por el borde lateral de la vaina del recto.

HERNIA INGUINAL MIXTA

Presenta simultáneamente una hernia inguinal directa e indirecta.

Indicaciones

- Hernia inguinal bilateral
- Hernia inguinal recidiva
- Hernia inguinal primaria unilateral

Lista de chequeo

Equipos

- equipo de hernia
- Paquete de ropa
- electrobisturi
- Compresas
- Caucho de succión

Insumos

- Guantes estériles
- Solución salina
- Hoja de bisturí #15
- Jeringa 10 cc
- Bupivacaína con Epinefrina o simple

Suturas

- Prolene 3/0 Ps-1
- Vicryl 1 CT-1
- PDS 0 CT-1

Insumos especializados

- La malla Parietene™ Macroporous Mesh está diseñada con polipropileno para un uso sencillo durante los procedimientos de reparación de hernia. Parietene™ Macroporous Mesh está destinada a la reparación de hernias de la pared abdominal u otras deficiencias fasciales que requieran la adición de un material de refuerzo.

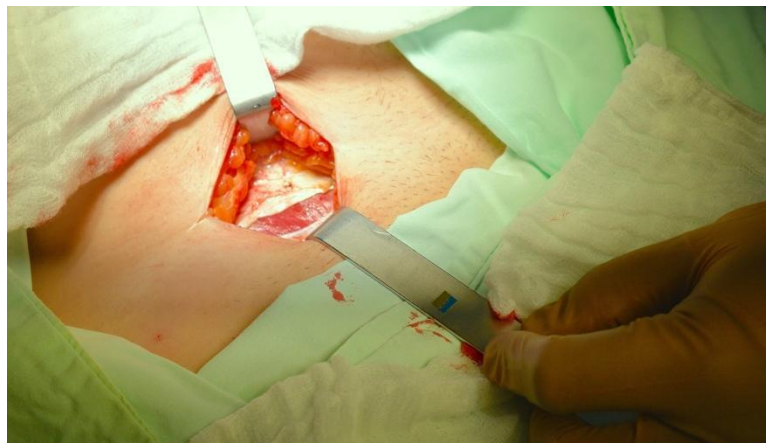
tamaños

- 15x15
- 30x30



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Se incide con M3 H15 la piel y se secciona el tejido graso con el electro. Se incide la aponeurosis del oblicuo mayor.



- Ubica y tracciona el cordón espermático con la ayuda de una Babcock y lo libera con tijera Metzembraum y disección.



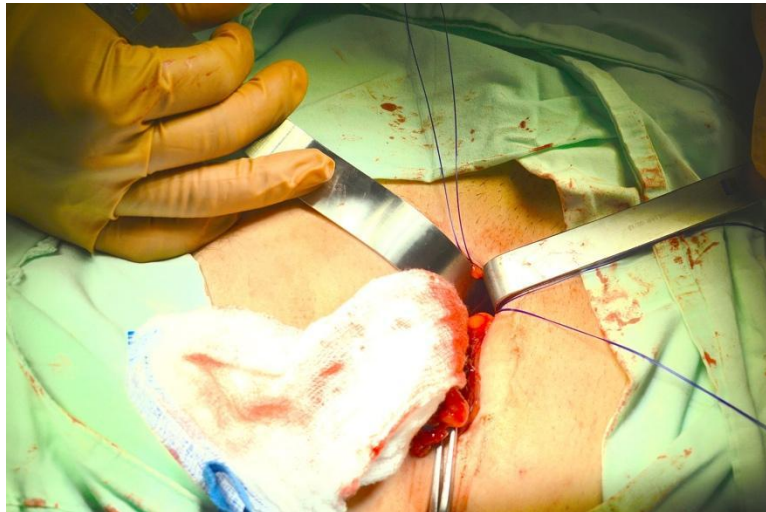
- Luego tracciona con un dren de pen rose y repara con Kelly recta aislando el cordón.
- Se observa la pared posterior, la cintilla ilianopubiana de Thomson, los vasos epigástricos y se determina qué tipo de hernia es: Indirecta, directa o mixta.

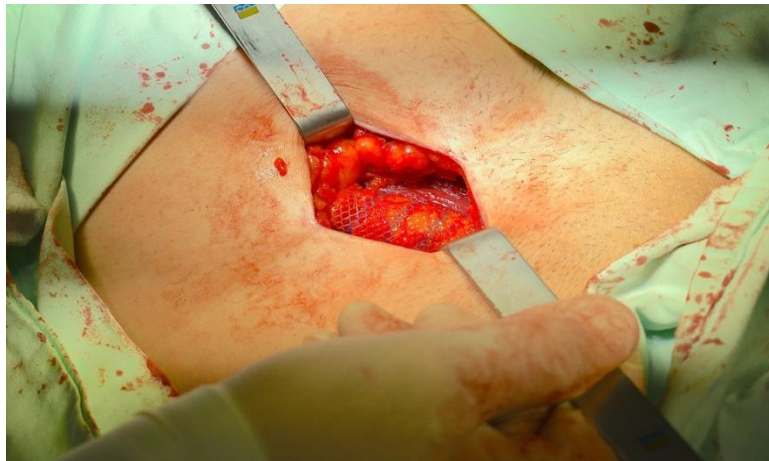
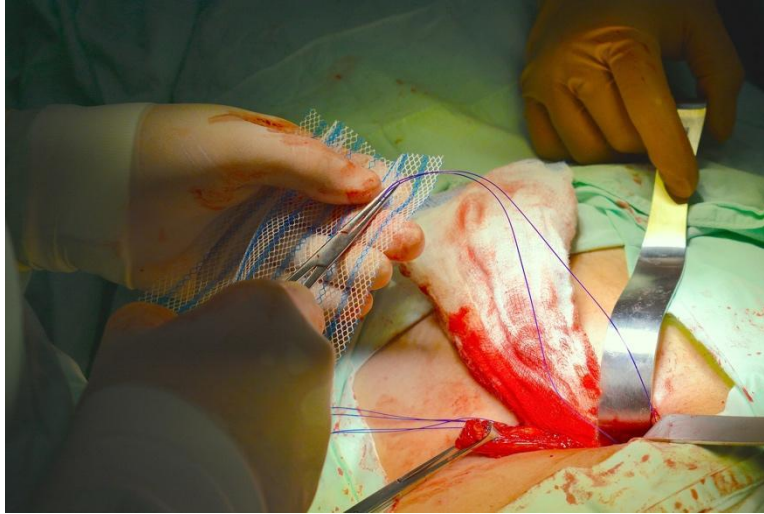


- Con M3 H15 se incide la envoltura del cordón espermático y disección sin garra.
- Algunos cirujanos hacen cremasterectomia, si se hace los vasos se ligan con seda 3/0 sin aguja.
- Se observa el lipoma herniario este está al lado del saco herniario, se tracciona con Backcock se libera con tijera Metzembraum.
- Se ubica una pinza Kelly en la base; se secciona con tijera Metzembraum y se liga con seda 2/0 sin aguja.
- Se tracciona el saco herniario con una pinza Kelly y se libera el cordón espermático de posibles adherencias hasta llegar a la base del anillo herniario.

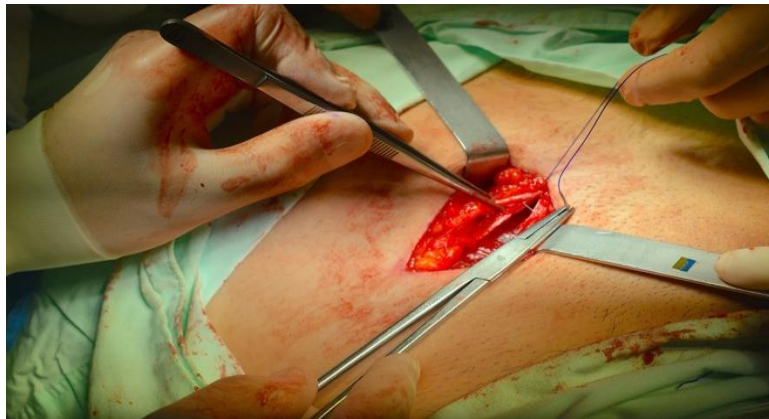


- Tracciona el saco herniario con 2 pinzas Kelly. Se incide con bisturí y se observa contenido.
- Si las vísceras están necróticas se hace resección intestinal del segmento y se hace anastomosis. Si es el epiplón se ocluye en la base con pinza Kelly, se secciona con tijera y se liga con seda 2/0.
- Si el contenido está normal se introduce a la cavidad. Se ocluye la base del saco con un punto de transfixión con PDS 0 1/2 círculo de 35 mm CT-1, se secciona el contenido del saco con tijera Metzembraum.
- Efectuada la recesión del saco, se traccionan los bordes del oblicuo mayor con Farabeuf para desplazar el cordón espermático en sentido cefálico.
- Se pasan puntos con PDS 0 1/2 círculo de 35mm CT-1 para fijar la malla





- Se lava, se aspira se cuentan compresas y se sutura la fascia con vicryl 1 CT-1



- Sutura piel con prolene 3/0 Ps-1

COMPLICACIONES

- Seroma
- infección de la herida operatoria
- Orquitis isquémica
- Lesiones viscerales
- Atrofia testicular
- Recidiva