



GUÍAS

DE ORIENTACIÓN CLÍNICA PARA PACIENTES

1

Patología herniaria

Juan Carlos García Pérez
Julio Acero Sanz
(editores)

Autores

Valentina Boncio (alumna de sexto curso en el Grado de Medicina)

Andrea Espartosa (alumna de sexto curso en el Grado de Medicina)

Gabriela Menéndez (alumna de sexto curso en el Grado de Medicina)

Raquel Arranz Jiménez (Especialista en Cirugía General y Aparato digestivo, Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

Luz Divina Juez (Especialista en Cirugía General y Aparato digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

María Rosa Cervera Román (Residente de Intensivos en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

Ilustraciones

Raquel Arranz Jiménez

Portada

Elena Payno

Editores

Juan Carlos García Pérez MD; PhD. ESBQc

Especialista Adjunto Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Profesor Asociado Universidad Alcalá de Henares (Madrid).

Julio Acero Sanz MD; PhD. FDSRCS

Jefe de Servicio Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Profesor Titular de Cirugía Universidad Alcalá de Henares ((Madrid).

© de los textos: sus autores.

© de esta edición: Editorial Universidad de Alcalá, 2023

Plaza de San Diego, s/n • 28801, Alcalá de Henares (España).

Página web: www.uah.es

Diseño de la colección: Ronda Vázquez Martí

La reproducción total o parcial de este libro (incluido su diseño), su alquiler, su incorporación a un sistema informático, su transmisión o transformación en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright, vulnera derechos reservados.

I.S.B.N.: 978-84-19745-64-4

Guía de orientación clínica para pacientes con patología herniaria

Juan Carlos García Pérez
Julio Acero Sanz

PATOLOGÍA HERNIARIA

¿Qué son las hernias?

Las *hernias* son “bultos” que aparecen en zonas de debilidad de la pared abdominal o en la ingle sin cicatrices quirúrgicas previas. Cuando el “bulto” sale a través de una cicatriz quirúrgica se denomina eventración.

¿Es una patología frecuente?

Ocurre en un 5% de la población, principalmente en varones.

¿Qué hernias son las más habituales?

De todas las hernias, las más frecuentes son las inguinales (sobre todo en varones) representando casi el 75% del total, seguidas de las crurales o femorales (sobre todo en mujeres) y las umbilicales (figura 1).

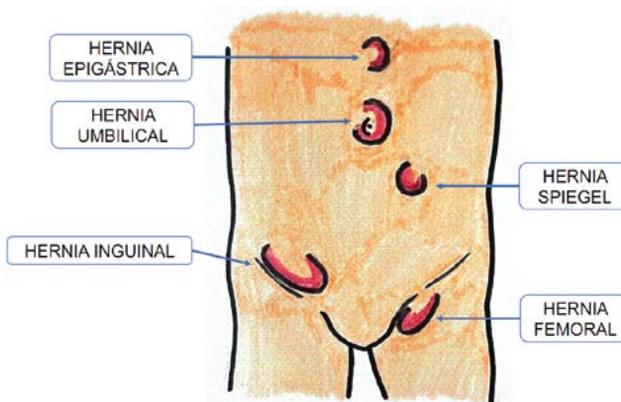


Figura 1: Hernias más frecuentes.

¿Por qué se producen?

Se suelen producir por una debilidad de la pared abdominal, permitiendo el paso del contenido del interior del abdomen al exterior (no sale completamente porque está la piel). Si saliese completamente porque la piel estuviera abierta, sería una evisceración. Esta debilidad puede ser debida a incisiones quirúrgicas previas, traumatismos accidentales o estar presente desde el nacimiento.

¿Qué factores predisponen?

Todas aquellas condiciones que se asocian con un aumento de la presión intra-abdominal o que favorezcan la debilidad de la pared abdominal como:

- Esfuerzos físicos importantes.
- Embarazo.
- Obesidad.
- Tos crónica.
- Ascitis (aumento de líquido intra-abdominal).
- Estreñimiento.
- Enfermedades del colágeno.

¿Qué síntomas clínicos presentan?

Generalmente son asintomáticas, aunque muchas veces el paciente nota la presencia de un “bulto” doloroso en alguna zona del abdomen o la ingle, sobre todo al final del día.

¿Cómo se diagnostican?

El diagnóstico se realiza mediante la clínica que cuenta el enfermo (dolor, vómitos, estreñimiento...) y la exploración física. El médico le examinará colocado de pie y luego boca arriba en la camilla, y le pedirá que realice una maniobra de Valsalva, como toser, para poner

de manifiesto la hernia. En algunas ocasiones, será necesario pedir pruebas complementarias como una ecografía y/o un TAC.

¿Qué significa que la hernia se ha estrangulado o encarcerado?

Incarcerado es que no se puede reducir (volver el contenido a la cavidad abdominal) y estrangulado que tiene compromiso vascular (figura 2). En estas dos situaciones habría que operar la hernia de manera urgente.

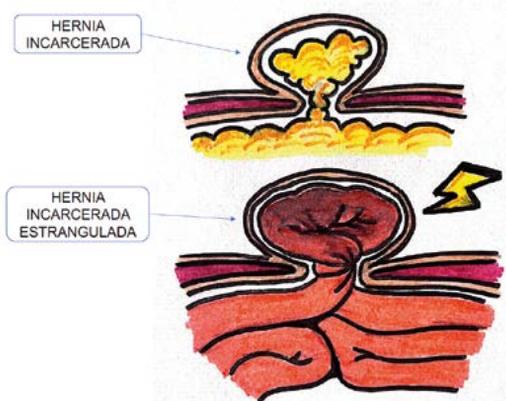


Figura 2: Hernia encarcerada arriba y estrangulada abajo.

¿Cómo se tratan?

El tratamiento de las hernias es con cirugía programada, salvo raras excepciones (casos de enfermos muy pluripatológicos o enfermos muy añosos y con mala calidad de vida). El objetivo de la intervención es reintroducir el contenido herniado a la cavidad abdominal e intentar que no vuelva a herniarse. Para ello se suele colocar la mayoría de las veces una malla, técnica que se conoce como hernioplastia (figura 3).

¿Qué pruebas se realizarán antes de la intervención?

Se le realizará un estudio preoperatorio que incluirá, entre otras cosas:

- Consulta con el anestesista.
- Electrocardiograma.
- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax.
- Se firmará el consentimiento informado para la intervención.

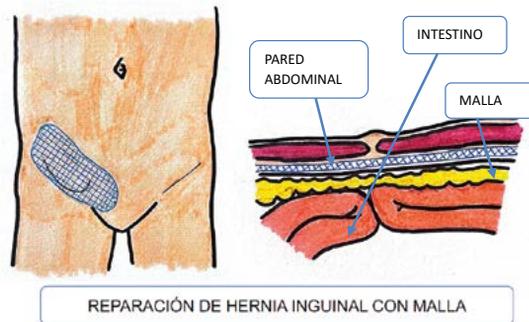


Figura 3: Hernioplastia.

¿Cuáles son las complicaciones que pueden ocurrir con la cirugía?

Generalmente no suele haber complicaciones, pero puede ocurrir alguna vez:

- Infección de herida quirúrgica.
- Hematoma.
- Recidiva de la hernia en el 1%.
- Dolor en la zona del pubis.

¿Qué cuidados hay que tener después de la cirugía?

- El apósito compresivo para evitar el hematoma se deja durante 48 h, luego se puede lavar la herida con agua y jabón diariamente.
- Los puntos o grapas se retiraran en unos 7-10 días.
- Si es una hernia inguinal deberá llevar un slip o braguita ajustada durante 2-3 meses.
- Si es una hernia abdominal puede requerir a veces uso de faja abdominal durante 3-4 meses.
- Podrá moverse sin realizar esfuerzos ni levantar pesos ni realizar actividad física intensa durante 3 meses.
- Deberá ponerse en contacto con su médico o acudir a urgencias si:
 - a) Fiebre superior a 38°C.
 - b) Dolor persistente que no se calma con analgésicos pautados y reposo.
 - c) Cambios de coloración y temperatura en la herida, es decir, si se pone caliente, roja o amarillenta.
 - d) Apósito manchado de pus o líquido.
 - e) Sangrado.

Bibliografía

- 1) Olea JM, Díaz-Caballero A, Vicens C, Cuadrado A, Valentí V, Pastor C. *Cirugía mínimamente invasiva de la hernia inguinal*. An Sist Sanit Navar. 2005;28:41-50. <https://hdl.handle.net/10171/29354>.
- 2) Vacca VM Jr. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. *Nursing*, 2018;35(2):26-33. DOI: 10.1016/j.nursi.2018.03.009.
- 3) HerniaSurge Group. Internacional guidelines for groin hernia management. *Hernia*, 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x.
- 4) Hospital Quirón de Barcelona. Unidad de Cirugía. *Guía del paciente de la cirugía de la hernia*. 2020;1-4.



ASOCIACION DE AMIGOS
DE LA
UNIVERSIDAD DE ALCALA



Universidad
de Alcalá

EDITORIAL
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ