

HERNIAS DE PARED

ABDOMINAL: ¿QUÉ

NECESITAS SABER?

Alberto Bravo Soberón, Lucía Llana Álvarez, Ana Sánchez Martín,
Juan Diego de la Morena Molina, María Aguilar Picapiedra, Ángel
Romero Guzmán, Amine Moultais

Hospital La Paz Madrid

Objetivo Docente

- Estudiar la anatomía de la pared abdominal.
- Mostrar los tipos de hernias más frecuentes y sus diagnósticos diferenciales.
- Determinar las pruebas de imagen más adecuadas para su diagnóstico.

Revisión del tema

- Una hernia de pared abdominal es una protrusión o salida intermitente o permanente del contenido intraabdominal a través de un defecto (orificio) que se origina cuando existe una debilidad en la misma. Las hernias constituyen la patología más frecuente de la pared abdominal. La mayoría se diagnostican clínicamente, siendo únicamente suficientes la anamnesis y la exploración física para establecer el diagnóstico y planificar la cirugía, aunque existen situaciones en que éstas no aportan toda la información necesaria, de forma que el diagnóstico clínico o el manejo terapéutico pueden ser difíciles. Es en estos casos en los que utilizamos las pruebas de imagen.
- Indicación de **pruebas de imagen**:
 - Casos dudosos o de difícil exploración (obesos, antecedentes de cirugía abdominal, localización atípica)
 - Hernias complicadas
 - Valoración prequirúrgica
 - Sospecha de complicación tras herniorrafia

- La ecografía, rápida e inocua, permite visualizar el defecto parietal y el contenido del saco herniario.
- La TC es la prueba de elección, con adecuado diagnóstico en pacientes de difícil valoración.
- La RM es una buena alternativa para evitar radiación excesiva

ANATOMÍA DE PARED ABDOMINAL:

Pared anterior

- La pared anterior del abdomen se sustenta por un eje central, formado por los músculos rectos del abdomen. Se extienden desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis pubiana. Estos músculos se encuentran cubiertos en toda su extensión por la vaina de los rectos. Esta, se forma a su vez por las aponeurosis de 3 músculos situados anterolateralmente:
 - La capa anterior se forma por las fibras de los músculos oblicuo externo e interno.
 - La capa posterior está formada por los músculos transversos del abdomen y oblicuos internos.
 - En la cara interna de los rectos se insertan las fibras terminales de estas capas para formar la línea alba. Debajo del ombligo, las fibras de los tres grupos musculares anterolaterales pasan por delante de los rectos anteriores (por debajo de la línea arcuata). Desde la línea arcuata hasta el pubis la parte posterior de la pared abdominal anterior estará cubierta exclusivamente por la fascia transversalis.

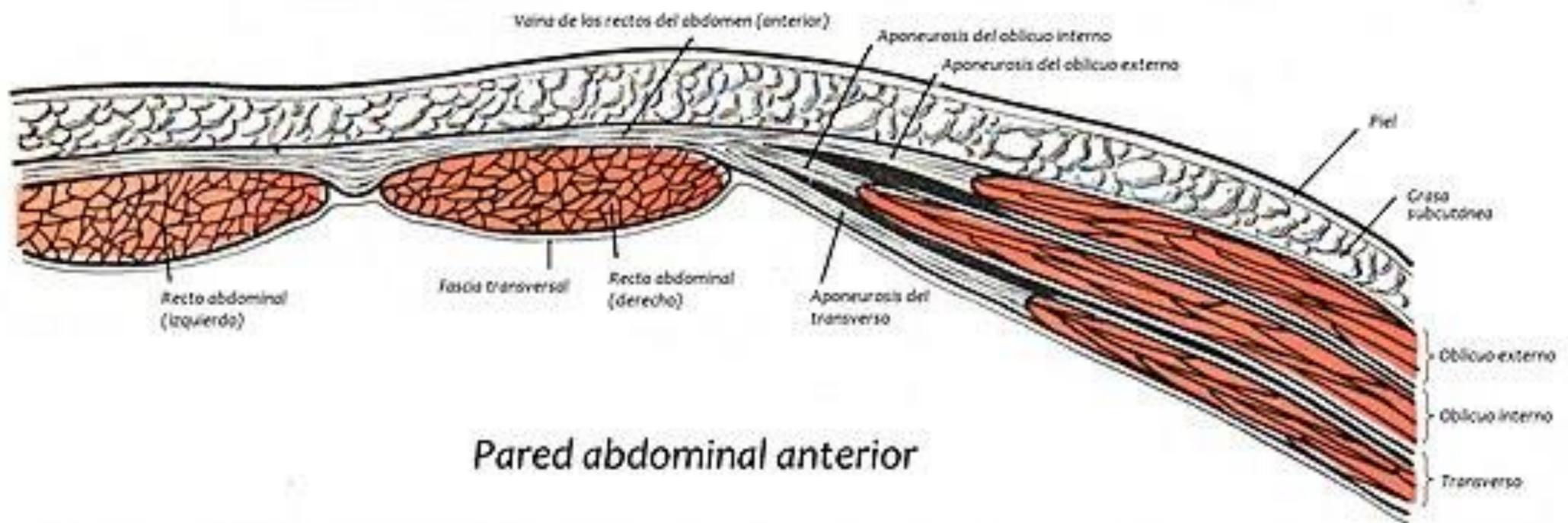
Pared anterolateral

- Formada por tres grupos musculares a cada lado, que de dentro a fuera son: Transverso del abdomen, oblicuo interno y oblicuo externo. El oblicuo externo en su porción más declive se afila para formar el ligamento inguinal.

Pared posterior

- Formada lateralmente por el dorsal ancho, y en situación medial los músculos paravertebrales y el cuadrado lumbar

Imagen anatómica de pared abdominal anterior



Hay que considerar la diferencia entre hernia y eventración:

-Hernias primarias: defecto primario de la pared. En una pared sana.

-Hernias incisionales o eventraciones: a través de cualquier cicatriz de una herida quirúrgica o traumática (incluyendo pequeños orificios de trocares de laparoscopia). Son una complicación de la cirugía siendo más frecuentes en las incisiones longitudinales. La mayoría aparecen a los pocos meses de la intervención.

TIPOS DE HERNIAS

- Hernias **inguinales**:

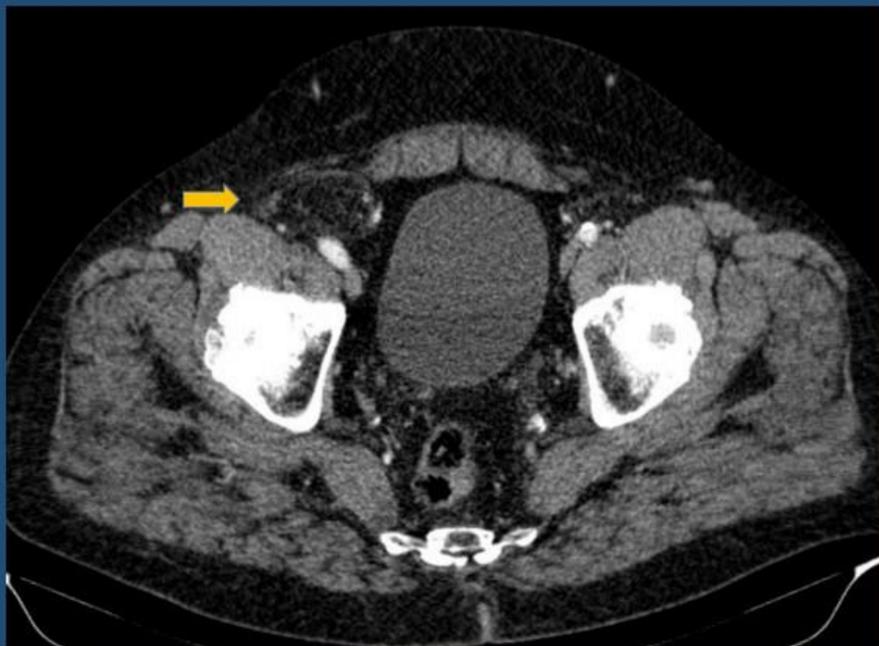
Plano de los músculos oblicuos y transversales.
Indirectas, directas y femorales.

Tipo de hernia más frecuente.

- Indirectas (las más frecuentes): se originan lateralmente al recorrido de los vasos epigástricos inferiores

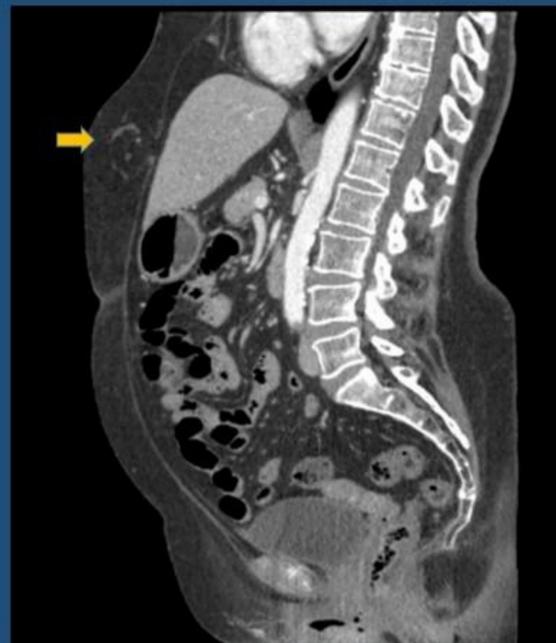
- Directas: se originan medial y anteriormente a los vasos epigástricos

- Femorales o crurales: se originan inferiormente a los vasos epigástricos y están en contacto con la cara medial de la vena femoral común y laterales a la tuberosidad del pubis

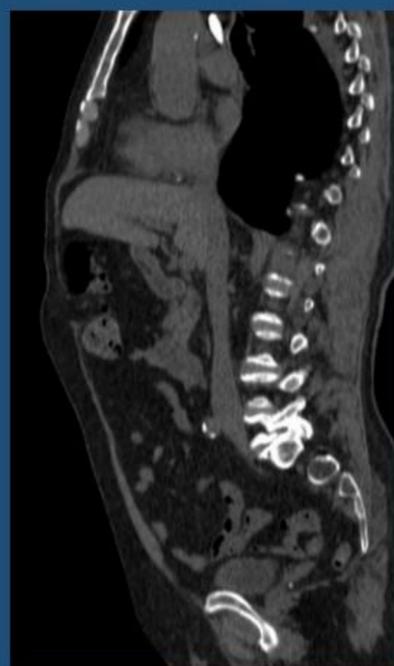
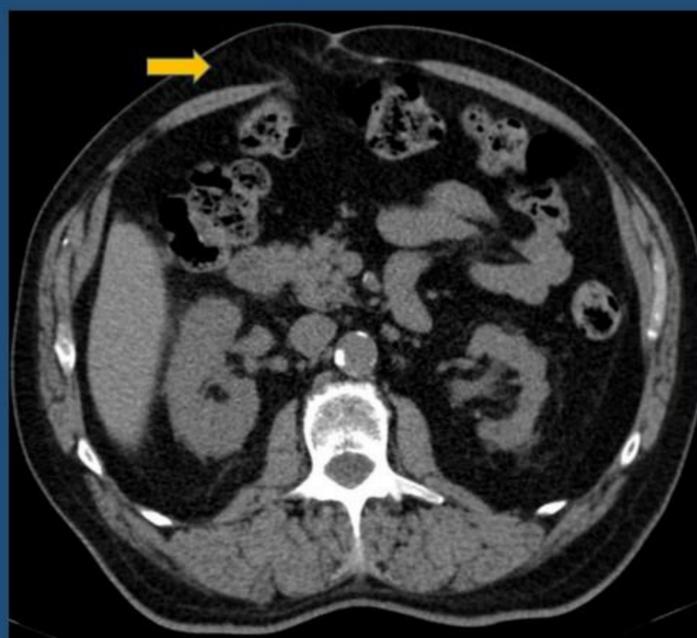


Hernia inguinal derecha indirecta con contenido graso

- Hernias **ventrales**
- De la línea media: por defecto en la línea alba
 - Epigástricas: por encima del ombligo
 - Hipogástricas: por debajo del ombligo
 - Umbilicales: .hernias ventrales más frecuentes. Protrusión a través del orificio umbilical.
 - Periumbilicales : adyacentes al ombligo



Hernia epigástrica



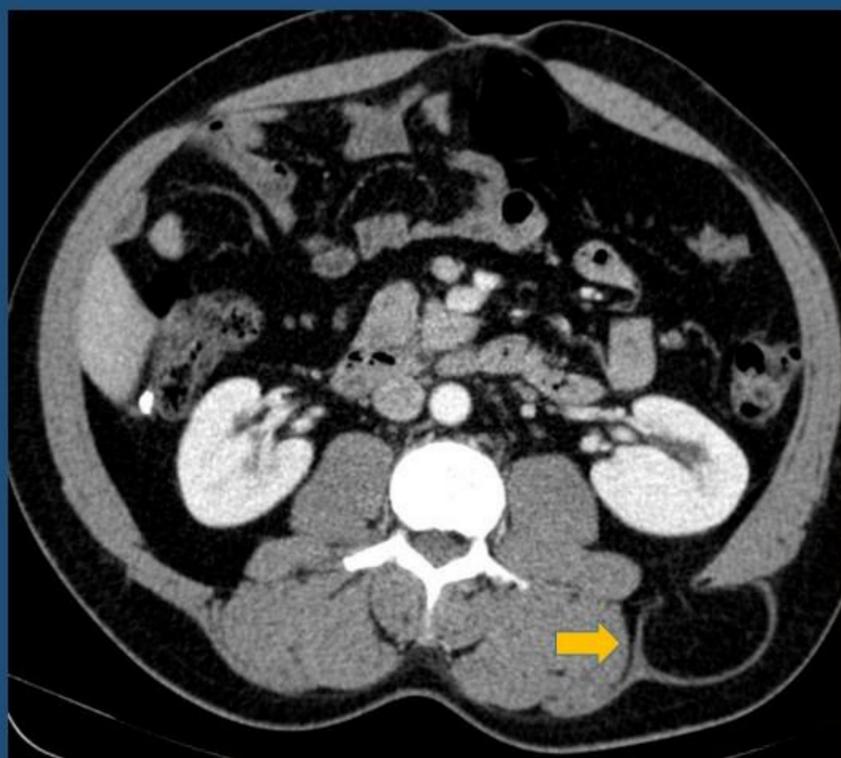
Hernia paraumbilical derecha con contenido graso

- De la línea semilunar (hernia de Spiegel): entre los músculos rectos anteriores y los músculos laterales



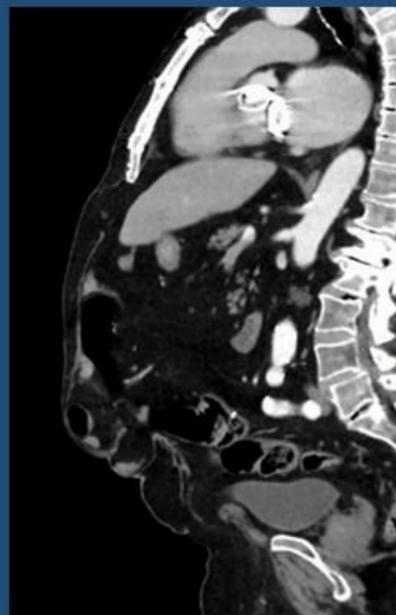
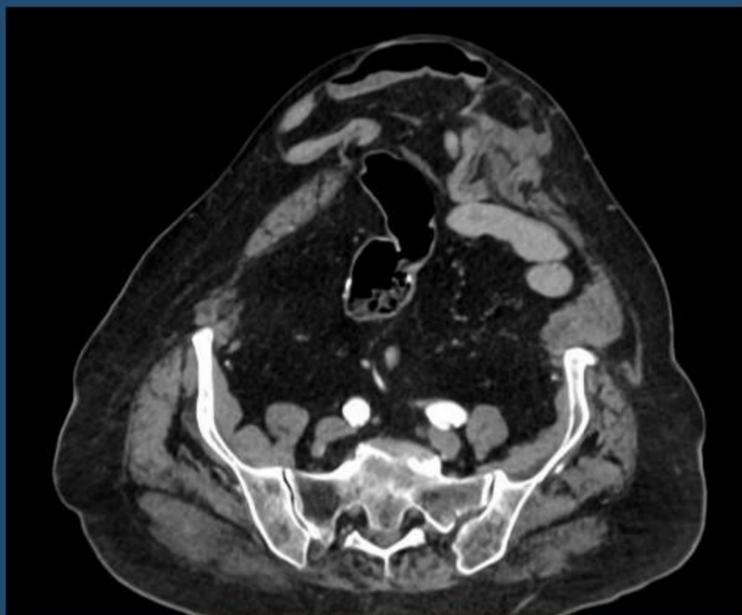
Hernia Spiegel derecha complicada con obstrucción intestinal

- Hernias lumbares: raras. Por defectos en la musculatura lumbar o fascia posterior.
 - Entre músculos yuxtaespinales y laterales, en el cuadrilátero de Grynfelt (hernia lumbar superior) por debajo de la 12.^a costilla
 - en el triángulo de Petit (hernia lumbar inferior). por encima de la cresta ilíaca
 - Difusas: ocupan los dos espacios



Hernia lumbar tipo Grynfeld con contenido graso

Hernias incisionales/eventraciones



Eventración con contenido graso y asas de intestino delgado

- Otras hernias

- Abdominales

Hernia de Littre.

Hernia de Richter.

Hernias intraparietales

- Pélvicas

Hernias obturadoras

Hernia ciática.

Hernia perineal



Hernia perineal

• **COMPLICACIONES**

Obstrucción intestinal: riesgo de estrangulación.

- Dilatación de asas del saco herniario y de asas intestinales proximales.
- colapso de asas distales al saco herniario con cambio de calibre en dicha zona.
- Afilamiento de los extremos a través del defecto.

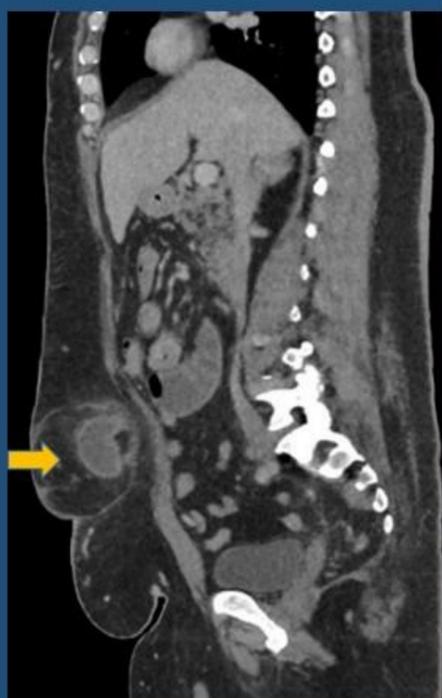
Herniación de órganos intraabdominales

Incarceración:

- Estrechamiento del cuello de la hernia.
- Trabeculación de grasa herniada
- Engrosamiento mural intestinal
- Líquido libre en saco.

Estrangulación: isquemia intestinal.

- engrosamiento y alteración del realce intestinal
- Aumento de vasos mesentéricos
- Líquido libre
- Gas portal
- neumatosis



Hernia intestinal con contenido de un asa de intestino delgado con incarceration, obstrucción y dilatación intestinal

Conclusiones

- Las hernias son una patología prevalente y las pruebas de imagen son importantes para un correcto diagnóstico. Es importante un adecuado conocimiento de la anatomía para distinguir los diferentes tipos de hernias. La TC constituye actualmente la técnica más utilizada en el diagnóstico y valoración de las hernias de la pared abdominal, aportando información relevante para la planificación del acto quirúrgico.

Referencias

- 1 Revzin MV et al. US of the Inguinal Canal: Comprehensive Review of Pathologic Processes with CT and MR Imaging Correlation. RadioGraphics2016; 36:2028'2048
- 2 Hu Burkhardt J et al. Diagnosis of Inguinal Region Hernias with Axial CT: The Lateral Crescent Sign and Other Key Findings.RadioGraphics2011; 31(2):E1'E12 .
- 3F.E.Muysoms,M.Miserez,F.Berrevoet,G.Campanelli,G.G.Champault,E.Chelala,etall.Classification of primary and incisional abdominal Wall hernias. Hernia.2009Aug;13(4):407-14.