



HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y COMPLICACIONES

Marta Herruzo Rivas¹, Ana María Carrillo Colmenero¹, Alfonso Herruzo Rivas²

¹Hospital, Universitario de Jaén; ²Hospital San Agustín.



OBJETIVOS

Repasar la anatomía de la pared abdominal y clasificación de los tipos de hernias abdominales

Describir los hallazgos de imagen típicos en TC

Evaluación de las complicaciones

Actualización de las técnicas de reparación y tipos de mallas

Iconografía/casos clínicos de especial interés docente recogidos en nuestro centro



REVISIÓN DEL TEMA

Anatomía de la pared abdominal:

La pared abdominal puede dividirse en:

- Pared anterolateral: formada el músculo recto del abdomen a nivel anterior, y lateralmente por tres músculos (oblicuo externo, oblicuo interno y transverso del abdomen).
- Pared posterior: diferentes grupos musculares (músculos paraespinales, cuadrado lumbar, serrato inferior, dorsal ancho, etc.).

Estos músculos convergen formando vainas aponeuróticas, como la línea alba entre los músculos rectos del abdomen o la línea semilunar entre los músculos rectos y la musculatura lateral, en estos lugares se originan frecuentemente las hernias si no existen antecedentes quirúrgicos.

Tipos de hernia:

- Hernia primaria: defecto primario de la pared
- Hernias incisionales o eventraciones: hernia que se produce a través de cualquier incisión abdominal (herida quirúrgica o traumática). Son hernias frecuentes, más comunes en las incisiones medias de la línea alba que en las transversales.

Hernias según localización:

- Hernias inguinales directa (medial a los vasos epigástricos inferiores) e indirecta (lateral a los vasos epigástricos inferiores)
- Hernia femoral o crural (medial a vena femoral y posterior a ligamento inguinal)
- Hernia umbilical
- Hernia de la línea alba
- Hernia de Spiegel (línea semilunar): lateral al músculo recto anterior
- Hernia lumbar: por debajo de la duodécima costilla y encima de la cresta ilíaca



Contenido herniario:

Es importante valorar el contenido herniario pues ayudará a determinar el manejo de la hernia. El tratamiento quirúrgico de la hernia está indicado en las hernias sintomáticas, en las asintomáticas valoraremos su contenido. En el caso de que contenga grasa extraperitoneal se optará por manejo conservador, sin embargo en caso de que contenga grasa intraperitoneal o intestino optaremos por tratamiento quirúrgico.

Pruebas de imagen para su valoración:

- Ecografía: permite realizar estudios dinámicos y valorar si la hernia es reductible o no.
- Tomografía computarizada (TC): útil para valorar hernias grandes, hernias complicadas, pacientes obesos.
- Resonancia magnética (RM): permite valorar de forma precisa la hernia y su contenido, así como realizar mediante secuencias cine un estudio dinámico.

Complicación hernia:

Las complicaciones más frecuentes de la hernia son:

- Obstrucción: dilatación de asas proximal a hernia y disminución de calibre de asas distales.
- Incarceración: hernia irreductible.
- Estrangulación: hernia irreductible con sufrimiento isquémico. Puede producir neumatosis y perforación.



Hallazgos de imagen sugestivos de complicación mediante TC y ecografía:

- Obstrucción intestinal
- Líquido en el saco herniario y trabeculación/aumento ecogenicidad de la grasa contenida en el saco.
- Engrosamiento parietal del asa contenida y aperistalsis.
- Burbujas de gas extraintestinal en el saco
- Imposibilidad de reducir la hernia con la sonda.
- Ausencia de flujo en el asa.
- Gas extraintestinal en el saco.

Técnicas de reparación quirúrgica:

La reparación herniaria puede realizarse mediante laparoscopia o cirugía abierta. La técnica abierta puede ser una herniorrafia simple, por separación de componentes o mediante reparación con malla.

El sitio de implantación de las prótesis puede ser intraperitoneal, preperitoneal, retromuscular prefascial o supraaponeurótica.

Existen diferentes materiales protésicos, aunque en la actualidad la malla que más se utiliza es la malla monofilamento de polipropileno ligera.



Iconografía: casos clínicos de base de datos de pacientes de nuestro hospital



Hernia de Spiegel que contiene asa intestinal no complicada.

Hernia lumbar izquierda de contenido graso no complicada.

Hernia inguinales bilaterales grasas con contenido líquido.

Hernia umbilical de contenido graso no complicada.



Hernia inguinal indirecta izquierda que contiene grasa y un segmento de colon descendente, con orificio herniario de 3 cm. Escasa cantidad de líquido en el saco.

Condiciona una dilatación retrógrada de todo el marco cólico



Hernia umbilical
incarcerada, que
contiene grasa y asas de
delgado. Asocia
rarefacción de la grasa.



Hernia umbilical
incarcerada, que
contiene grasa y asas de
delgado. Presenta líquido
libre en el saco,
rarefacción de la grasa y
engrosamiento parietal
del asa contenida.



CONCLUSIÓN

Las hernias de la pared abdominal son un hallazgo frecuente cuando realizamos un TC abdominal, su buena resolución permite una correcta valoración de las mismas. Es importante conocer su clasificación, tratamientos quirúrgicos y sus posibles complicaciones pre y post-quirúrgicas.



REFERENCIAS

- Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009; 13(4):407-14
- Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología Esencial 2010. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Navarro V, Pérez A, Ballester C et al. Utilidad de la TCMD en la patología de la pared abdominal. Poster presentado en Congreso XVIII SEDIA; 2018 Oct 25-26. España.
- Aguirre DA, Santosa AC, Casola G, Sirlin CB. Abdominal wall hernias: Imaging features, Complications and Diagnostic pitfalls at Multi-Detector Row CT. *Radiographics* 2005;25(6):1501-1520.