



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
DEPARTAMENTO DE POST-GRADO
FACULTAD DE MEDICINA**



**CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO # 2**

**MANEJO QUIRURGICO
DE LA
HERNIA INCISIONAL
HOSPITAL OBRERO # 2
1995 - 2002**

AUTOR

Dr. Eligio R. Arciénega Llano

TUTOR

**Dr. Ramiro Rocabado Ayaviri
Dr. Alberto Requena Urioste**

Cochabamba 28 de Febrero del 2005

INDICE

1.- Introducción

2.- Marco Teórico

3.- Objetivos

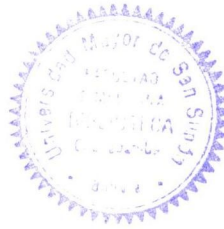
4.- Material y Métodos

5.- Resultados

6.- Discusión

7.- Conclusiones

8.- Referencias Bibliográficas



INTRODUCCIÓN:

La hernia Incisional es una complicación frecuente de la laparotomía, sobre todo cuando la incisión se realiza sobre la línea media abdominal, pudiendo aparecer entre el 1 – 15 % de las intervenciones quirúrgicas.

Las referencias mas antiguas a las hernias incisionales datan de la época de Guy de Chauliac (1300-1368) en su obra *Chirurgia Magna*. La reparación de las hernias incisionales ha sido objeto de múltiples publicaciones en el pasado siglo.(6)

El año 1830 Gerdy señalo la reparación de las eventraciones por sutura directa de los bordes aponeuróticos. Witzel en 1900, Goepel en 1900, Bartlett en 1903 y McGavin en 1909 abogaron por el uso de filigrama de alambre de plata. Entre las plastias aponeuróticas se señala la descripción de sutura de los bordes en un plano con superposición de los bordes aponeuróticos (Judd, 1912) o en varios planos (Quenu, 1896). Las técnicas de disección de la vaina anterior del recto, conocidas como autoplastias, también fueron usadas para reforzar la reparación herniaria, ya sea prolongando la vaina anterior del recto (Welti-Eudel, 1941) o la zona posterior de la vaina (Gibson, 1920). Las mioplastias consiguen la remodelación de la pared abdominal mediante incisiones de descarga con desplazamientos musculares o aponeuróticos (Albanese, 1966). Los tejidos autógenos como los injertos de fascia (Mac Arthur, 1901) o de piel (Gossec, 1949) han sido desechados por la marcada tendencia a las prótesis, a la distensión secundaria y a su alto índice de infección. Otro proceder con tejidos autogenos es el de la duramadre liofilizada, con buenos resultados.(2)

La introducción de las mallas de Nylon por Acuaviva (1944) en la herniorrafia Incisional, así como el mersilene (Adler, 1946) y por ultimo el polipropileno y politetrafluroetileno por Usher (1952) abrió nuevos horizontes al tratamiento de las hernias con la consiguiente disminución de la incidencia de recidivas.

En el presente trabajo queremos presentar la experiencia del manejo quirúrgico de las hernias incisionales en el Hospital Obrero # 2 de los periodos enero de 1995 a diciembre del 2002.

En los mejores centros quirúrgico la incidencia de eventraciones al menos ha sido 10 % como se demuestra en los estudios de seguimiento a largo plazo.(2)

Al menos dos tercios de las hernias incisionales aparecen dentro los primeros 5 años después de la operación y otro tercio entre los 5 y 10 años.(12)

MARCO TEORICO:

Muchos factores en forma individual o en diferentes combinaciones, pueden causar fallas en el cierre satisfactorio de las heridas quirúrgicas y provocar el desarrollo de una eventración.

Las eventraciones tempranas, las cuales aparecen enseguida del cierre de la laparotomía original a menudo involucra toda la extensión de la herida, crece rápidamente y se vuelve grande. Esta falla temprana en general es el resultado de una falla técnica por parte del cirujano.

Técnica quirúrgica pobre:

En general se postula comúnmente que las eventraciones recidivadas son mas comunes en las incisiones verticales (Mediana , Paramediana) y menos comunes en las incisiones transversas y oblicuas. Las incisiones no anatómicas ejemplificadas por la incisión vertical pararectal por destruir la irrigación y la innervación con la consiguiente atrofia de los mismos.

Cierre por planos:

El cierre por planos es seguido de una mayor incidencia de eventraciones que las heridas cerradas en bloque, esto puede deberse al hecho de que se utilizan menos suturas, las cuales se sitúan muy cerca y por que toman poco tejido.(2)

Material de sutura inapropiado:

El proceso de cicatrización, formación de colágeno y maduración, la disposición de las fibras de colágeno en filas paralelas siguiendo las líneas de fuerza y de ganancia de la fuerza máxima tensil en la herida cicatrizada lleva alrededor de un año. Aproximadamente el 80 % de

la fortaleza final de la herida se alcanza después de los 6 meses por lo que no se deben utilizar materiales de sutura reabsorbibles.

Técnica de sutura:

La técnica de sutura ideal es aquella que toma una cantidad de tejido del margen de la herida, no isquemante y continua.(2)

Tensión:

Cerrar las heridas quirúrgicas bajo tensión es mala cirugía, la tracción lateral de los músculos de la pared abdominal contra la sutura, que tiende a tirar de ellos en la dirección opuesta, crea un área de necrosis por presión donde la sutura se encuentra con el tejido, esta necrosis por presión es la causa primaria de dehiscencia de la herida.

Tubos de drenaje:

Los tubos de drenaje que salen a través de la herida son una causa potente de eventraciones por que los tejidos a lo largo del drenaje no están suturados, por otro lado dentro las primeras 24 horas existe un aumento rápido de los procesos de infección.

Obesidad:

La obesidad se asocia con un alto porcentaje de eventraciones y recidivas de la reparación de dichas eventraciones, probablemente por que los tejidos infiltrados con grasa no son capaces de sostener las suturas, especialmente por que los aumentos de tejido graso intra y extra abdominales puede agregar un aumento de la tensión sobre las suturas.