

ALGUNAS HERNIAS ABDOMINALES ANTERIORES

Por el Dr. *Augusto Salazar Sánchez*

(Jefe de Clínica Quirúrgica)

Quiero consignar en el presente artículo mis observaciones sobre algunas hernias que se hacen a través de la pared abdominal anterior y que están alejadas de la región inguinocrural.

Dentro de la clientela hospitalaria que llega a las salas de cirugía general, hay gran cantidad de enfermos que presentan hernias abdominales anteriores, que se asientan ya sobre la línea media, ya sobre las partes laterales de la pared abdominal.

Hernias en la línea media. - Son epigástricas umbilicales o hipogástricas.

Hernias epigástricas.

Las hernias epigástricas se presentan en dos tipos de individuos: los atléticos y los asténicos. Son casi una exclusividad del sexo masculino. En los atléticos aparecen durante la juventud y son la consecuencia de esfuerzos durante los cuales la resistencia de la línea alba cede a la presión intraabdominal, produciéndose una ruptura de esa línea, generalmente de tamaño muy pequeño pero suficiente para que por allí pase una porción de la grasa pre-peritoneal, quedando constituida la hernia. Más tarde, la grasa arrastra consigo al peritoneo parietal y éste contrae adherencia con el anillo herniario, siendo esta la fase en la cual el enfermo se da cuenta de su afección, porque es entonces cuando sobrevienen los dolores y demás sintomatología clínica que es propia de este tipo de hernias.

Las hernias epigástricas son de muy pequeño tamaño; el anillo que les da paso reviste la forma de dos arcos de círculo unidos por sus extremos, o bien de una elipse cuyo mayor diámetro es vertical; las dimensiones son generalmente de unos dos centímetros para el diámetro mayor y de uno a uno y medio para el menor. El contenido herniario está constituido por la

grasa pre-peritoneal, el peritoneo parietal y el gran epiplón; más raras veces se encuentra el estómago, hecho esté que he observado tan sólo una vez.

La sintomatología es ruidosa; el enfermo presenta vivos dolores en la región epigástrica sin ninguna irradiación particular; el hecho de que el peritoneo se encuentre comprimido dentro del anillo, hace que se presenten los más variados fenómenos reflejos, de los cuales el más frecuente es el vómito. Se ha dicho que la hernia epigástrica simula enfermedades digestivas tales como la úlcera gástrica o duodenal y que aún puede dar lugar a hematemesis. Es cierto que la sintomatología digestiva puede desorientar al médico, pero un examen cuidadosamente practicado aclara las dudas. Lo que ocurre es que puede coexistir la hernia epigástrica con una úlcera digestiva y es posible achacar la sintomatología a la hernia y dejar pasar desapercibida la úlcera. Por estas razones, ante un enfermo que presente una sintomatología digestiva desproporcionada con la que pudiera producirle la hernia epigástrica, es necesario practicar el examen radiológico de las vías digestivas y demás exámenes que se consideren necesarios, para no dejar pasar inadvertida alguna otra lesión que puede ser la causante más directa de los síntomas.

El diagnóstico de la hernia epigástrica de los atléticos es fácil: Se encuentra una pequeña tumefacción epigástrica sobre la línea media en un enfermo que experimenta vivos dolores y fenómenos digestivos; la tumefacción es reductible y si se hacen contraer los músculos de la pared abdominal al mismo tiempo que la hernia se hace más aparente, se puede circunscribir su anillo; lo que es más difícil es diagnosticar su contenido; las más de las veces como ya se dijo es epiplón, pero puede haber estómago, caso en el cual la sintomatología digestiva es mucho más ruidosa.

La hernia epigástrica de los atléticos, bien operada no tiene tendencia a reproducirse; pero puede aparecer otra hernia en las vecindades de la ya operada por el esfuerzo a que estos enfermos se someten, ya que se trata casi siempre de jornaleros u otros obreros cuyo trabajo requiere el uso de la fuerza física.

En los asténicos, la hernia epigástrica aparece en ancianos de paredes abdominales débiles no siendo rara su coexistencia con hernias inguinales directas.

El pronóstico varía según el tipo del enfermo: En los asténicos pese a una buena operación hay la posibilidad de la reproducción; en los atléticos no.

El tratamiento es quirúrgico; los bragueros o cualquier otro tratamiento ortopédico no hace más que producir adherencias y congestiones locales, con aumento de la vascularización, de los dolores y de los fenómenos reflejos. La intervención es bastante sencilla: Bajo anestesia local o general se hace una incisión longitudinal sobre la hernia; con la tijera de Mayo se diseca cuidadosamente el contorno del saco hasta llegar al anillo, del que se hace el desbridamiento completo; se hará la resección de la grasa pre-peritoneal herniada; en este momento, si se sospecha que el contenido herniario es estómago, se abre el peritoneo, librando al estómago de todas las adherencias, y se cierra de nuevo; si el contenido es epiplón, puede omitirse este tiempo. Debe seccionarse longitudinalmente la línea alba en una buena extensión, de manera que se facilite el tiempo siguiente que consiste en reconstruir la pared mediante algunos puntos en U que abarquen a un lado poco y al otro bastante tejido aponeurótico, y así, al anudar se producirá el imbrincamiento de un lado sobre el otro. Estos puntos se hacen con catgut cromado N° 2. Se aplican algunos puntos al tejido celular subcutáneo y se cierra la piel.

Hernias umbilicales.

Estas se presentan con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre; en ella la causa esencial es casi siempre la multiparidad que vuelve flácidas las paredes abdominales y que produce una dehiscencia de la zona umbilical; o bien, si el anillo umbilical ha persistido congénitamente, se produce su dilatación anormal, quedando entonces abierta la brecha para que por allí se produzca la hernia.

La hernia umbilical de la mujer es voluminosa y coincide con un panículo adiposo bastante grande. El anillo mide unos diez centímetros de diámetro y es casi siempre circular. El saco es tan grande que en ocasiones ocupa toda la pared anterior, entre el músculo y el tejido celular subcutáneo. En estos casos hay una gran desproporción entre el tamaño del saco y el del anillo, siendo éste mucho más pequeño de lo que podría pensarse a primera vista.

El contenido herniario es epiploico y, cuando la hernia es muy grande, intestinal. El epiplón se encuentra íntimamente adherido al saco y a las asas delgadas.

En el hombre, la hernia umbilical es congénita; hay una persistencia anormal del anillo umbilical por descuidos con el recién nacido que no es convenientemente fajado y en el cual

los esfuerzos del llanto impiden la soldadura de las dos partes laterales de la pared abdominal a nivel del ombligo.

Cuando la hernia del adulto es muy pequeña, generalmente su diagnóstico es un hallazgo del exámen, pues el enfermo nunca se había dado cuenta de su existencia; el anillo es entonces muy pequeño y si el que la padece no se dedica a una profesión que haga necesario el esfuerzo físico, no se produce ninguna molestia de consideración.

El tratamiento de la hernia umbilical varía según el paciente: en la mujer es quirúrgico: Una incisión elíptica en cuyo interior queda el ombligo y cuyos extremos llegan hasta los bordes externos de los rectos mayores del abdomen; se procede en seguida a disecar el saco separándolo de los tejidos vecinos y llegando hasta el anillo, hecho lo cual se abre y explora con los dedos para cerciorarse del contenido herniario; si se encuentra tan sólo epiplón, puede seccionarse cerca al saco para liberarlo de sus adherencias con éste; si se encuentran asas delgadas, se procede a su liberación y su reducción dentro de la cavidad abdominal; se cierra el peritoneo, siendo necesario muchas veces resecar el saco (cuando es muy voluminoso): Viene luégo el cierre de la pared, pasando una serie de puntos en U, de manera que el borde superior de la herida monte sobre el inferior o viceversa; cualquiera de los bordes que se imbrinque, es necesario suturarlo al plano subyacente mediante un surcet.

Con fines estéticos, cuando se trata de una mujer joven, puede hacerse la conservación del ombligo, mediante una incisión en forma de paleta de pintor cuya parte entrante corresponde al ombligo; este procedimiento no siempre da los buenos resultados que son de esperarse, puesto que esta zona es bastante mal irrigada y se produce casi siempre necrosis del colgajo, siendo desastroso el resultado final desde el punto de vista estético.

En el niño menor de tres años, el tratamiento de la hernia umbilical es ortopédico; consiste en aplicar una faja de esparadrapo de cuatro dedos de anchura que comprima la pared abdominal en tal forma que cierre el anillo umbilical; para aplicar esta faja hay que hacer previamente con los dedos el cierre de anillo y cuando esto se ha logrado un ayudante coloca la faja con este tratamiento la hernia debe curar en el curso de seis meses, tiempo que se considera como mínimo para asegurar el éxito; ahora bien, si transcurrido este tiempo no se ha obtenido la curación, la hernia es ya del dominio de la ci-

rugía y entonces el procedimiento a seguir es el mismo que en la mujer.

En el adulto se procede como en la mujer, aunque la extensión de la incisión ya no debe ser tan grande.

Hernias hipogástricas.

Por debajo del ombligo no es raro encontrar hernias, y a veces verdaderas eventraciones, que aparecen tiempo después de que se ha practicado una laparotomía mediana; serán tratadas a propósito de las hernias post-operatorias.

Hernias laterales.

Las hernias laterales son bastante raras; se presentan o bien a nivel del borde externo del gran recto, o bien a través de las fibras de este músculo, lo que es excepcional.

Estas hernias laterales son muy pequeñas; por su tamaño lo mismo que por la forma del orificio que les da salida, recuerdan la hernia epigástrica son bastante dolorosas e incapacitan al individuo para el trabajo. Su tratamiento es bastante sencillo. Se incide verticalmente sobre la hernia, se disecciona el saco y se reconstruye la pared con puntos en U en la aponeurosis si se trata de hernia en el borde externo del gran recto; si se ha producido a través de las fibras musculares, se hará la reconstrucción en tres planos separadamente.

Hernias post-operatorias.

La etiología de estas hernias está: a) en mala técnica empleada para el cierre de la pared durante laparotomías; b) en que a causa de accidentes operatorios o de estados inflamatorios o hemorrágicos ha sido necesario dejar drenajes a través de las paredes abdominales; c) en que durante la cicatrización se han producido supuraciones a nivel de la herida quirúrgica que han destruido las suturas y ha venido más tarde una cicatrización por segunda intención, siempre defectuosa.

Es sobretodo frecuente que la hernia post-operatoria obedezca a una mala reconstrucción de la pared abdominal; en los casos que he operado he visto que en unos se habían suturado los planos en tal forma que la hojilla posterior de la vaina del gran recto estaba libre, habiéndose suturado tan sólo el músculo y la hojilla anterior; en otros, estaban suturados los tres planos de un lado a una de las hojillas aponeuróticas del otro;

otras veces la hernia se había producido en una de las extremidades de la herida, porque allí las suturas no habían afrontado cada plano con su correspondiente del lado opuesto.

Estas hernias post-operatorias son poco dolorosas, pero imposibilitan al individuo para el trabajo y además sobre ellas se cierne el peligro de una estrangulación. Se producen pocos fenómenos reflejos.

Para su tratamiento, debe emplearse una incisión iterativa, es decir, que suprima la cicatriz existente; se disecciona cuidadosamente el saco y se reduce, buscando luego los tres planos, lo que no siempre es fácil, estos deben suturarse separadamente; si es posible, se emplearán los puntos en U para las hojillas aponeuróticas; de lo contrario se puede usar un surcet o bien puntos separados sencillos.

Las hernias post-operatorias que se producen porque ha habido necesidad de dejar drenajes, son muy raras; ocurre que en los sitios donde se han dejado los drenajes la cicatrización de los tejidos no se hace siempre en una forma muy satisfactoria y pueden quedar zonas a través de las cuales se producen las hernias. El contenido es epiploico o entérico; el anillo es único o múltiple, es decir, es posible que en la misma región se encuentren varias hernias, cuando en la intervención anterior se han dejado varios drenes.

Esta clase de hernias está, como ninguna de las estudiadas, expuesta a la estrangulación; en efecto, por ese anillo pequeño pasa un saco grande, y en consecuencia la cantidad de epiplón que allí se encuentra es bastante considerable; al aumentar por un esfuerzo la presión intra-abdominal, el epiplón es empujado violentamente por ese orificio y al cesar el esfuerzo tiene que el contenido del saco es superior a su capacidad, produciéndose lógicamente los fenómenos de estrangulación herniaria.

A propósito de estas hernias, el siguiente caso es bastante ilustrativo: NN, de 33 años de edad, profesión enfermera, fue apendicectomizada hace diez años; tras de la intervención se dejaron varios drenes, pues se trataba de una apendicitis gangrenosa perforada. Hacía dos meses se encontraba en amenorrea; llegó al servicio del Prof. Cruz el 29 de marzo del presente año, presa de un violento dolor abdominal; vómitos frecuentes. Al examen se encontró: Cicatriz de Mc. Burney; defensa muscular en la fosa ilíaca derecha; palpando con cuidado pudo apreciarse una zona más blanda, crepitante e irreductible en la misma región; hiperestesia cutánea; meteorismo; al examen genital mostró lo siguiente: No había hemorragia; el fondo de saco derecho se hallaba ocupado por una masa blanda,

734

cuyo tamaño no podía precisarse, inmóvil; el útero estaba en buena posición, aunque un poco aumentado de volumen y bastante duro; había dolor intenso a la palpación en el fondo de saco vaginal posterior; tensión arterial 100 x 65; ruidos cardíacos normales; pulso 90 por minuto; al examen de los demás órganos y aparatos mostró normalidad. Se procedió inmediatamente a la hidratación de la enferma, a la tonificación cardíaca y a calmar el vómito una vez que esto último se hubo conseguido y en vista de que las condiciones de la enferma empeoraban cada vez más, decidí someter a esta enferma a una intervención, con dos diagnósticos pre-operatorios de probabilidad: Embarazo extra-uterino roto, o estrangulación de una hernia post-operatoria. Con ayuda del interno, Dr. Hermann Bueno, la enferma fue laparotomizada. Inmediatamente debajo de la piel, (Incisión para-rectal derecha) encontré un saco hernario bastante voluminoso; disecado y abierto, se encontró en su interior una gran cantidad de epiplón de color negro, ya necrosado por la constricción ejercida por el anillo hernario; una vez que éste se hubo resecado, se pudo ver gran cantidad de sangre en el peritoneo; hecha la exploración se encontró un embarazo extra-uterino roto; el útero presentaba una fibromatosis generalizada; se practicó la salpingo-ooforectomía derecha, se peritonizó y se reconstruyó la pared cuidadosamente en tres planos. El seis de abril y tras de un post-operatorio bastante accidentado, la enferma abandonó el servicio, por curación. (Historia N° 113115).

Hernias traumáticas.

Se presentan tras de heridas abdominales por arma corto-punzante o por cornadas de animales; otras veces suceden a heridas con arma de fuego de múltiples proyectiles (perdigones). Se asientan las más de las veces en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio, revistiendo su anillo las más variadas formas, de acuerdo con el agente vulnerante que haya provocado la herida primitiva. Ocurre que este no ha abierto el peritoneo, sino que ha producido una gran dilaceración de los tejidos, lo que es frecuente cuando se trata de cornadas; en otras ocasiones la herida ha interesado el peritoneo y éste ha sido oportunamente suturado, pero por infecciones locales que se han agregado, o por pérdidas de sustancia que han cicatrizado por segunda intención, la pared ha quedado debilitada y al menor esfuerzo se ha producido la hernia. Otras veces el enfermo no ha acudido oportunamente a solicitar ayuda médica

y la herida ha cicatrizado defectuosamente, siendo la consecuencia una hernia o a veces una verdadera eventración.

Como se moprende esta clase de hernias invalida al individuo para el trabajo y es bastante dolorosa.

Su tratamiento, como el de todas las hernias estudiadas, se reduce a practicar una buena disección de los planos seguida de una reconstrucción cuidadosa, ojalá por la técnica del imbrincamiento, que da una mayor solidez a las paredes.

BIBLIOGRAFIA

1. **E. FORGUE.** Patología Externa. P. 525 T. II. Espasa Calpe. 1941. 10 Edición.
2. **DUPLAY.** Diagnóstico Quirúrgico. p. 434. Salvat 1941. 10 Edición.
3. **KIRCHNER.** Tratado de Técnica Operatoria General y Especial. p. 52-74-88 T. VI. Labor S. A. Buenos Aires. 2 Edición. 1943.
4. **SPIVACK.** Técnica quirúrgica en las Operaciones Abdominales. p. 637. Uteha 1938.
5. **Orr Operations of General Surgery.** p. 446. Sanders Co. Philadelphia E.E. U.U. 1945.
6. **Hardy Syopsis of the diagnosis of the surgical diseases of the abdomen.** p. 132. 2 Edición. C. Mosby Co. 1945.
7. **L. PIÑEROS SUAREZ** Conferencias de Patología Quirúrgica. 1944.