

Tratamiento sin tensión de la hernia umbilical

Tension free umbilical hernia repair

Osmar Cuenca¹, Joaquín Villalba A²., Jorge Rodas³, Rosa Ferreira⁴,
Pedro Kim⁵, Marcelo Lo⁵.

RESUMEN

Introducción. La hernia umbilical, constituye una patología importante tanto en la población adulta como pediátrica. En el adulto, el ombligo es considerado como una pérdida de sustancia ocupada por una cicatriz expuesta a los aumentos de la presión abdominal, a la tracción de los músculos del abdomen y al deterioro del tejido conjuntivo.

Diversas publicaciones, Runyon-Juler (1983) y Garcia Ureña (1994), informan de cifras de 12% y 15,4% de recurrencia herniaria luego de corrección quirúrgica con métodos herniorráficos. La introducción del concepto de hernioplastia sin tensión por Lichtenstein (1989) con sus ventajas conocidas (menor dolor post operatorio, incorporación precoz ala actividad laboral, índice de recurrencia inferior al 1%), muestran resultados alentadores que pueden mejorar los obtenidos por técnicas clásicas.

Material y Método. Estudio observacional descriptivo, sobre pacientes adultos, ambos sexos, portadores de hernia umbilical que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico sin tensión en un período de tiempo comprendido entre enero de 1998 a marzo del 2004, en la II CCQ del hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas U. N. A. Técnica quirúrgica seleccionada de acuerdo a diámetro trasverso del anillo herniario: tapón de polipropileno hasta 3cm, hernioplastia en H: de 3-5cm y parche de polipropileno: mayor a 5cm.

Resultados. Predominio de pacientes de sexo femenino, período de internación medio de 18horas, fueron intervenidos 71 pacientes con la séte distribución: Tapón: 23 casos, Hernioplastia en H:12 casos y Parche 36 casos. Complicaciones locales: inferior al 1%.

Seguimiento corto a 12 meses en el 60 % de los pacientes intervenidos, sin observar recurrencias.

Conclusión. El principio de hernioplastis sin tensión en el tratamiento de la hernia umbilical del adulto, aún con seguimiento cortos, muestran resultados alentadores que pueden mejorar los obtenidos por las técnicas clásicas.

SUMMARY

The umbilical hernia, constitutes an important pathology so much in the adult and pediatric population. In the adult, the navel is a lost of substance occupied by an scar, exposed to the increases of the abdominal pressure , to the traction of the muscles of the abdomen and the deterioration of the conjunctive tissue.

Diverse publications; Runyon-Juler (1.983) and Garcia Ureña (1.994), inform rates of 12% and 15,4% of hernial recurrence after the surgical correction with traditional methods. The introduction of the concept of tension free hernioplastia, by Linchtenstein (1.989) with their well-known

¹Jefe de Sala – Jefe de departamento de pared abdominal. II Cátedra de Clínica Quirúrgica.

²Jefe de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica

³Jefe de departamento de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica

⁴Jefe de residentes de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica

⁵Residentes de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica

advantages (less post operative pain, precocious incorporation to the labour activity, index of recurrence inferior to 1%), they show encouraging results that can improve those obtained by classic techniques.

Materials and methods. Observational descriptive study, on adults patients, both sexes, with umbilical hernia that were subjected to surgical treatment tension free in a period of time between January 1.998 to March 2.004, in the II CCQ of the hospital de Clinicas, F.C.M., U.N.A., Surgical technique selected according to the transverse diameter of the hernial ring: polypropylene plug up to 3 cm., hernioplastia in H: from 3 to 5 cm., and polypropylene patch: bigger to 5 cm.

Results. Prevalence of patient of feminine sex, period of internment of 18 hours. 71 patients were operated with the following distribution: Plug 23 cases, Hernioplastia in H 12 cases and Patch 36 cases. Complications: inferior to 1%.

Conclusion. The principle of tension free hernioplastia in the treatment of the adult's umbilical hernia, even with short pursuits, they show encouraging results that can improve those obtained by classic techniques.

INTRODUCCIÓN

El cordón umbilical, constituye la unión entre un nuevo ser y su progenitora, a través del mismo pasan los elementos necesarios para la mantención de la vida.

Luego del nacimiento, este cordón umbilical se vuelve inviable, liberando al recién nacido para su propia vida y entra en un proceso de atrofia.(9)

Este proceso de cicatrización es secundario a la trombosis de los vasos umbilicales, principalmente de la vena; si este proceso se detiene antes de completarse el cierre del anillo umbilical, se producirá una hernia.

La hernia umbilical es una patología importante, tanto en la población adulta como en la pediátrica, sólo el 10% de los pacientes adultos portadores de hernia umbilical la presentaron en la infancia, por lo que en este grupo es casi siempre un defecto adquirido.

Clásicamente es definida como la hernia que

protruye a través del orificio umbilical. En el adulto el ombligo es considerado como la pérdida de sustancia ocupada por una cicatriz expuesta a los aumentos de la presión abdominal, a la tracción de los músculos del abdomen y al deterioro del tejido conectivo. En tiempos actuales el ombligo pase a ser un sitio de hernia incisional posterior a cirugía video laparoscópica, cuando se usan trócares de más de 5mm o por falta de cierre de la incisión, es descrita con una incidencia del 0,77% entre las cirugías video laparoscópicas. (8-9)

Ciertas condiciones propician el nacimiento asociado a hernia umbilical como prematuridad, Sx de Down, Sx de Beckwith-Wiederman o hipotiroidismo congénito, ascitis, hidrocefalia, entre otras. En el adulto se observa hasta un 20% en pacientes cirróticos, que si se complican con ascitis aumentará la incidencia a un 25%. (1, 2, 5, 8)

Se presenta entre los 25 y 70 años, con una mayor incidencia entre los 40 y 60 años, predominio del sexo femenino en virtud de la gravidez.

La complicación con estrangulación es causa frecuente de oclusión intestinal, Morgan encuentra mortalidad relacionada a esta patología en un 7%, mientras Garcia Ureña observa una mortalidad del 2% de pacientes operados de urgencia, por lo que no debe ser considerada una patología banal.(7)

Es citada en el siglo I por Aulo Cornelio Celso, romano, que hace referencia sobre la reparación de hernias umbilicales con simple ligadura elástica de la misma.

En la edad media, Sorannus (98-117d.C) sugirió un vendaje especial como tratamiento.

Pero, sin lugar a dudas Widal de Cassis y Richter en 1856, contribuyeron de manera significativa a la comprensión de la patología umbilical, describiendo la anatomía de esta región. Lucas Champoniére, en 1895 describe una técnica herniorráfica en "tapa de sobre" o "longitudinal".

William Mayo en el año 1901 introduce el método moderno para el control quirúrgico de las hernias umbilicales, describiendo un cierre en "tapa de sobre trasverso" o "solapa o chaqueta sobre pantalón", utilizando material de sutura no absorbible, siendo la técnica más utilizada hasta ahora.

Aunque el propio Mayo manifestó: " Los resultados de la cura radical de la hernia umbilical no

han sido alentadores. Estos pacientes son obesos, con músculos abdominales débiles sumados a la delgadez y rigidez del anillo que no ofrece condiciones mecánicas ventajosas para una unión duradera” (2, 3, 7, 9, 11, 12).

Esta Técnica, como el resto de las propuestas vulneraban el principio de sutura sin tensión.

García Ureña y col. revisan 101 pacientes con seguimiento medio de 7 años encontrando 15,4% de recidivas mientras que Runyon y Jules comparan las hernias intervenidas con y sin ascitis, encontrando en el primer grupo recidiva de 47% y en el segundo grupo recidiva de 12%. (7).

Lichtenstein introdujo el concepto de hernioplastia sin tensión para el tratamiento de las hernias inguinales, basándose en el uso rutinario de material protésico con el fin de evitar la tensión que se produce en la línea de la sutura al aproximar estructuras anatómicas que habitualmente no están juntas, además estimula la formación de tejido conectivo y refuerza el mismo. Los resultados obtenidos después de aplicar la hernioplastia sin tensión, demuestran que existen menos molestias en el post-operatorio, menor período de incapacidad laboral y física, y una tasa significativamente menor de recidiva.(4,12)

En los últimos años varios autores han planteado la conveniencia de aplicar este principio en el tratamiento de las hernias umbilicales.

Junto a la tensión que el propio cierre del anillo pueda producir, es muy probable la existencia de alteraciones metabólicas del tejido conectivo, como ocurre en enfermos con hernias en otras localizaciones, factores que participan en la fisiopatología de la recurrencia.(1,6)

En ambos tipos de hernia, la recidiva se debe a los mismos factores; tensión en la línea de sutura y alteración del metabolismo del colágeno; por lo tanto la hernia umbilical se puede beneficiar con la aplicación del principio de hernioplastia sin tensión, como ha ocurrido con la hernia inguinal.(4,6,7)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo sobre 71 pacientes adultos portadores de hernia umbilical operados en el departamento de pared abdominal en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de

Clínicas, con técnicas de hernioplastia sin tensión bajo régimen de cirugía ambulatoria, en un periodo de tiempo comprendido de enero de 1998 a marzo de 2004.

Criterios de Inclusión

Ambos sexos
Portadores de hernia umbilical primaria o recidivada
Mayores de 15 años
ASA I-II

Criterios de Exclusión

Menores de 15 años
Pacientes que se niegan a aceptar método ambulatorio
Patología general descompensada
Discrasia sanguínea

Selección de la técnica

a) Tapón de polipropileno: para defectos herniarios de hasta 3 cm. Disección del saco y anillo herniario, invaginación del saco sin apertura del mismo. Elaboración de tapón de polipropileno de 2 cm de ancho y longitud variable de acuerdo al diámetro del anillo. Fijación del tapón con 4 puntos radiales, incluyendo todo su espesor y 5 mm del borde del anillo herniario.

b) Hernioplastia en H: para defectos herniarios de 3 a 5 cm. Disección de saco y anillo herniario, resección del mismo e interposición de epiplón para separar visceras de material protésico.

Colocación de material protésico a través del orificio herniario, sin aumentar el diámetro del mismo y cumpliendo los principios establecidos para la colocación de prótesis en hernias ventrales. Se formatea trozo de polipropileno según esquema, la banda central “A” tiene ancho similar al diámetro-traverso del anillo, es colocada mediante puntos en U de material no absorbible, por detrás del plano músculo aponeurótico, de tal manera que la presión intraabdominal lo fije a dicho plano. Las bandas laterales “B” están unidas a la anterior por puentes de malla “C”, de una longitud igual al diámetro longitudinal del anillo, tienen una anchura de 2 a 3 cm y sirven para solapar la malla sobre el plano músculo aponeurótico más allá de los límites del anillo, al mismo tiempo permiten su anclaje y evitan su desplazamiento.

c) Parche de polipropileno: para defectos herniarios mayores a 5cm. Disección del saco y anillo herniario. No se realiza cierre del defecto, interposición de saco o epiplon y colocación de parche supraaponeurótico de polipropileno, fijación del mismo con material no absorbible.

Todos los pacientes fueron operados con diversas técnicas de hernioplastia sin tensión, seleccionados de acuerdo al tamaño del defecto herniario, utilizando material protésico de polipropileno y material de sutura no absorbible (Nylon o Prolene 2-0)

La anestesia empleada fue raquídea y todos recibieron 1g de cefazolina como profilaxis cutánea.

RESULTADOS

Fueron intervenidos 71 pacientes con predominio absoluto del sexo femenino.

La estancia media hospitalaria fue de 18 horas y el principal cirujano interviniente fue médico residente bajo la supervisión de un médico del staff.

La distribución de la técnica utilizada fue la siguiente: a) Tapón: 23 casos b) hernioplastia en H: 12 casos c) Parche: 36 casos.

Las complicaciones locales inferior al 1%, similar a publicaciones internacionales y sin mostrar diferencia a las presentadas en técnicas clásicas.

El seguimiento fue corto a 12 meses en el 60% de los pacientes, no encontrándose recurrencia.

DISCUSIÓN

El principio de hernioplastia sin tensión, aplicado al tratamiento de las hernias umbilicales, mediante las técnicas descritas, aunque con seguimientos cortos, muestran resultados alentadores que pueden mejorar los obtenidos previamente con técnicas clásicas.

CONCLUSIONES

- 1- Las técnicas de hernioplastia sin tensión, tienen una excelente aplicación para el tratamiento de las hernias umbilicales.
- 2- Su utilización no representa un aumento de las complicaciones locales conocidas.
- 3- La técnica es fácilmente reproducible por cualquier cirujano general o en formación.
- 4- Los pacientes y el hospital son beneficiados con esta técnica y el manejo ambulatorio, que permite optimizar camas, disminuir infecciones, y alta precoz del paciente con rápida reinserción laboral.
- 5- Seguimiento satisfactorio para nuestro medio, con mismos resultados que literatura especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrahamson J. Factors and mechanism leading to recurrence of hernias. In: Bendavid (ed). Prosthesis in abdominal Wall Hernia, 1° Ed. Georgetown, Texas. Rg Landes. 1995
2. Ascencio A. Hernia inguinal y umbilical en el niño. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 30: 208-214.
3. Askew O. Hernias aponeuróticas. En: Hernias. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Madrid. Ed Interamericana. 2:221. 1984.
4. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein. Tensión free repair of umbilical, epigastric and incisional hernias. Contemporary Surgery. 44: 177-180 1994.
5. Buroni J. Hernias de la pared abdominal. En: Cirugía de Pregrado. López- Libreros Editores Ed La Prensa Bs.As Argentina-Pag. 507.
6. Celdrán A. Hernioplastia en H: reparación libre de tensión para el tratamiento de la hernia umbilical. En: British Journal of Surgery. Madrid. Ed Doyma 13: 469. 1995.
7. Celdrán Uriarte. Hernia umbilical. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 29: 202-206.
8. Cuenca O. Hernia umbilical y otras afecciones parietales. En: Cirugía fundamentos y Terapéutica. Efacim 32: 253-260. 2001.
9. Figueiras F. Hernia umbilical. En: Hernias de la pared abdominal. Lázaro da Silva. Clinica Brasileira de Cirugía: AñoIII Vol. 13: 37-47. 1997
10. Hamel R. Hernia umbilical. En: Hernias Nyhus-Condon 3° Edición. Bs As Ed. Panamericana 22: 347. 1995.
11. Mayo WJ. An Operación for the radical cure of umbilical hernia. Ann Surg. 34: 276-280. 1901
12. Utrera González A. Hernia umbilical- epigástrica. Técnica del espiral. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 31:215-218.