

Hernias

Nociones fundamentales sobre las hernias inguinales	93
Tratamiento de las hernias inguinales	97
Tratamiento de la hernia crural	105
Estrangulamiento herniario	109
Hernia umbilical	114

Nociones fundamentales sobre las hernias inguinales

Orientaciones anatómicas

La región inguinal esta dividida por el arco crural, que se extiende desde la espina ilíaca antero-superior hasta la espina del pubis. Clínicamente, esta separación corresponde a la línea de Malgaigne : las hernias inguinales pasan por encima del arco crural, las hernias crurales por debajo (Figura 129).

HERNIAS INGUINALES

Presentan una trayectoria oblicua a través de la pared antero-lateral del abdomen, por encima del arco crural. El trayecto inguinal está limitado por (Figura 130) :

- Hacia delante
La aponeurosis del oblicuo mayor. Esta se abre a la altura del pubis para formar el orificio superficial del canal inguinal que deja pasar el cordón espermático en el hombre y el ligamento redondo en la mujer.
- Hacia atrás
La fascia transversal.
- Hacia fuera
El arco crural, prolongación externa de la aponeurosis del oblicuo mayor.
- Hacia dentro
El tendón conjunto, compuesto por la unión de los músculos oblicuo menor y transverso.

Cabe distinguir dos tipos de hernias inguinales :

- *Las hernias oblicuas externas*, situadas fuera de la arteria epigástrica. El saco herniario acompaña a los elementos del cordón, por lo general por delante de ellos, en la misma vaina (fibrosa común). Es necesario abrir esta vaina para encontrar el saco. En ocasiones, éste permanece oculto por un aro de grasa (lipoma pre-herniario).
- *Las hernias directas* pasan por dentro de la arteria epigástrica. Se deben a una distensión de la fascia transversal. No se puede hablar de saco herniario propiamente, sino más bien de una protuberancia del peritoneo (Figura 141) que es independiente del cordón.

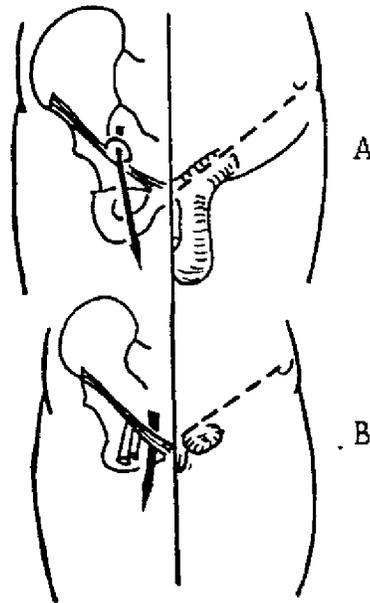


Figura 129
Correlaciones anatomoclínicas
A : Hernia inguinal
B : Hernia crural

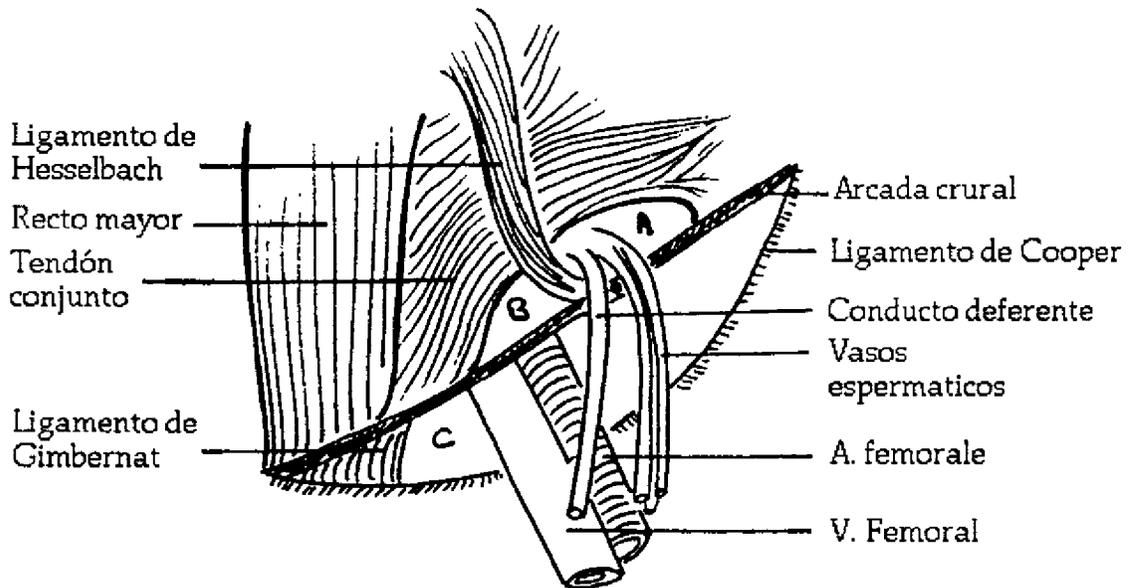


Figura 130
La región inguinal, en el hombre, vista por su cara profunda (según Rouvière)
A : Ubicación de las hernias oblicuas externas
B : Ubicación de las hernias directas
C : Ubicación de las hernias crurales

En patología se distinguen :

- Las hernias congénitas, que proceden de la persistencia anormal del canal peritoneo-vaginal. Son, por definición, oblicuas externas, muy frecuentes en los niños y en el hombre joven. Su saco suele contener órganos intraabdominales : ovario, intestino delgado, sigmoide... A la larga, estos órganos se adhieren a las paredes del saco, que se dilata. El cuello, es decir, el paso del saco por el orificio profundo, se vuelve esclerótico. En ese caso, la hernia es difícilmente reducible y su tratamiento quirúrgico es delicada.
- Las hernias adquiridas son hernias por debilidad, más frecuentemente directas que oblicuas externas. Normalmente, su "saco" es poco importante y suele contener un cuerno vesical estrechamente adherido. Así pues, es inútil, e incluso peligroso, abrir este saco. El cuello es ancho, lo que da una idea de la remota posibilidad de un estrangulamiento. A diferencia de las hernias oblicuas externas, el debilitamiento de la pared muscular suele ser importante, lo que explica la frecuencia de las recidivas. De este modo, salvo en algún caso especial, no procede operar una hernia directa no complicada en zonas tropicales, en especial si el operador tiene poca experiencia.

HERNIAS CRURALES

Presentan una trayectoria limitada por (Figuras 130 y 142) :

- Hacia abajo
La cresta pectínea de la rama iliopubiana, cubierta por el ligamento de Cooper.
- Hacia arriba
El arco crural.
- Hacia adentro
El ligamento de Gimbernat y la espina del pubis.
- Hacia fuera
La vena femoral.

Las hernias crurales se dan casi exclusivamente entre personas de edad avanzada, con mayor frecuencia entre las mujeres que entre los hombres. Su cuello es muy estrecho, de ahí los numerosos estrangulamientos que rápidamente adoptan un carácter alarmante. Una hernia crural estrangulada no se reduce (riesgo de perforación intestinal), sino que se opera urgentemente. En frío, este riesgo de oclusión justifica un tratamiento quirúrgico.

Normas fundamentales para el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales en condiciones de aislamiento

- La anatomía de los orificios herniarios es difícil de asimilar para un cirujano poco experimentado. Cuando la hernia es voluminosa, antigua, transformada por el tejido fibroso y por las adherencias, la intervención puede resultar arriesgada. Así pues, el objetivo de este capítulo no pretende ser la panacea para erradicar esta auténtica endemia anatómica de ciertas regiones africanas. Su único objetivo es proporcionar las nociones principales que permitan tratar una hernia crural o una hernia inguinal estrangulada.

- El tratamiento de una hernia comprende siempre dos tiempos :
 - el tratamiento del saco (disección, resección y sutura), salvo en el caso de hernias directas ;
 - la restitución de la pared.
- Los elementos anatómicos peligrosos en el tratamiento de las hernias son : las vísceras que contiene el saco herniario y la vena femoral.
- Los procedimientos quirúrgicos son muy numerosos. No se trata aquí de enumerarlos ni de describir la técnica de Shouldice, que da muy buenos resultados pero cuya realización es larga y compleja. El tratamiento de las hernias inguinales se limitará a la descripción de la técnica básica de Bassini que permite tratar de manera satisfactoria la mayoría de hernias que se dan en zonas tropicales, zonas en las que los pacientes suelen ser jóvenes y tienen una pared de buena calidad.

Tratamiento de las hernias inguinales

Tumoración reducible, que protruye con la tos, situada por encima del arco crural.

2

Preoperatorio

- Elección de una buena vía de acceso.
- Afeitado de la región pubiana.
- Medicación previa.

Instalación

- Operador en el lado de la hernia.
- Pincelamiento amplio, que comprenda el abdomen para una posible laparotomía mediana.

Anestesia

Es preferible la raquianestesia. La anestesia local es posible, siempre después de una medicación previa.

Técnica de la hernia oblicua externa

Vía de acceso

Incisión oblicua clásica hacia arriba y hacia fuera, siguiendo la bisectriz del ángulo formado por el arco crural y el borde externo del recto mayor, partiendo de la espina del pubis y de 8 cm de longitud (Figura 131)

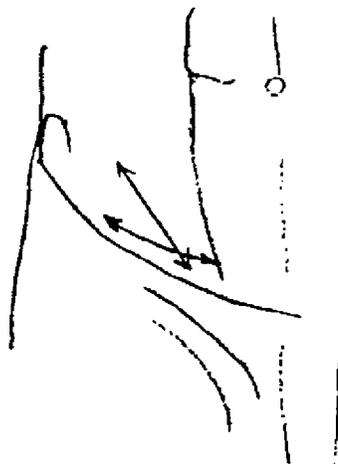


Figura 131

Incisión de la piel y del tejido celular subcutáneo, respetando los filetes nerviosos que encontremos ; hemostasia de los vasos subcutáneos.

Localizar con el dedo el orificio inguinal superficial por donde sale el cordón.

Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, en primer lugar con una marca mediante el bisturí, en el sentido de las fibras, y después mediante las tijeras, hasta el orificio inguinal y hacia arriba con la misma longitud que la incisión cutánea (Figura 132).

Despegar esta aponeurosis, hacia arriba sobre los músculos oblicuo menor y transversos (tendón conjunto) y hacia abajo hasta el arco crural, procurando no cortar con las tijeras los vasos femorales (Figura 133).

Descubrir el cordón y separarlo de sus adherencias, si existen, de tal modo que se pueda rodear con el dedo.

Comprobar que se hayan aislado todos los elementos del cordón y colocar bajo éste un Farabeuf (Figura 134).

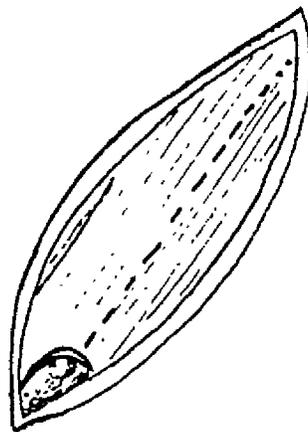


Figura 132

Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor en el sentido de las fibras, en dirección al orificio superficial del conducto inguinal

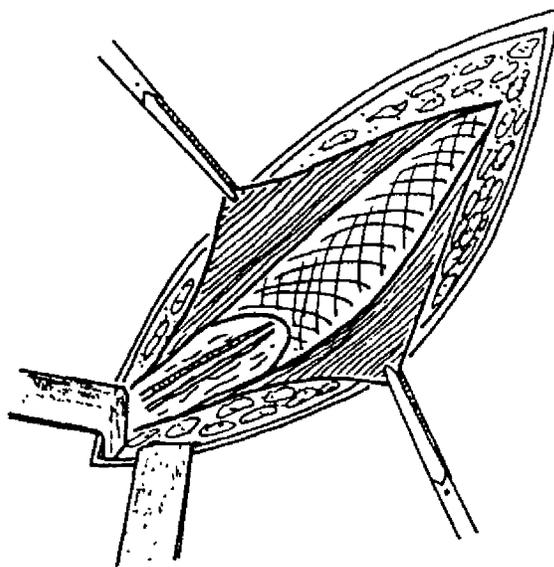


Figura 133

Una tracción sobre cada lado de la aponeurosis del oblicuo mayor permite exponer el arco crural, hacia fuera y el tendón conjunto, hacia dentro

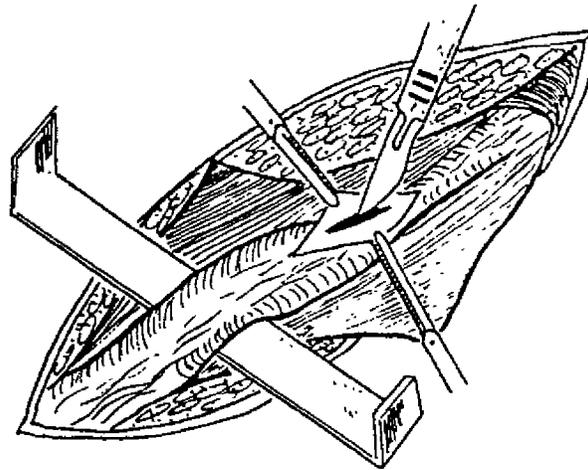


Figura 134
Aislamiento del cordón. Apertura del saco herniario.

Búsqueda y tratamiento del saco

- Disección y, en ocasiones, resección del cremáster ligando sus fibras entre dos nudos con hilo reabsorbible, para llegar a la fibrosa común. El cremáster es rojo, la fibrosa es la túnica sólida en la que se encuentran los elementos del cordón y la hernia.
- Incidir esta fibrosa en el eje del cordón.
- Localizar el saco peritoneal, blanco, nacarado o cubierto de grasa, para distinguirlo perfectamente de los pedículos vasculares y del deferente. Si en el transcurso de la disección dañamos un vaso menor, es necesario ligarlo inmediatamente ya que un hematoma haría que la disección posterior fuera más difícil.
- Colocar el saco descubierto entre dos pinzas no traumáticas para abrirlo mediante el bisturí. Incisión de pocos centímetros, los necesarios para introducir un dedo (Figuras 134 y 135).
- Introducir un dedo en el saco, de manera que se pueda tensar. Efectuar la disección sobre este dedo.
La disección consiste en separar el saco de todos los demás elementos del cordón hasta el orificio profundo del canal inguinal. Puede hacerse mediante una compresa (Figura 135) o con las tijeras, que provocan menos hemorragias.
N.B. : en el niño, esta disección debe ser perfecta. De hecho, se dice que para él "el saco lo es todo", lo que significa que el tiempo de ligadura profunda del saco es importante, mientras que el tiempo de restitución parietal lo es mucho menos
- Una vez aislado totalmente el saco hasta el orificio profundo, examinar su contenido y reducirlo o no en caso de estrangulamiento (ver "Estrangulamiento herniario").

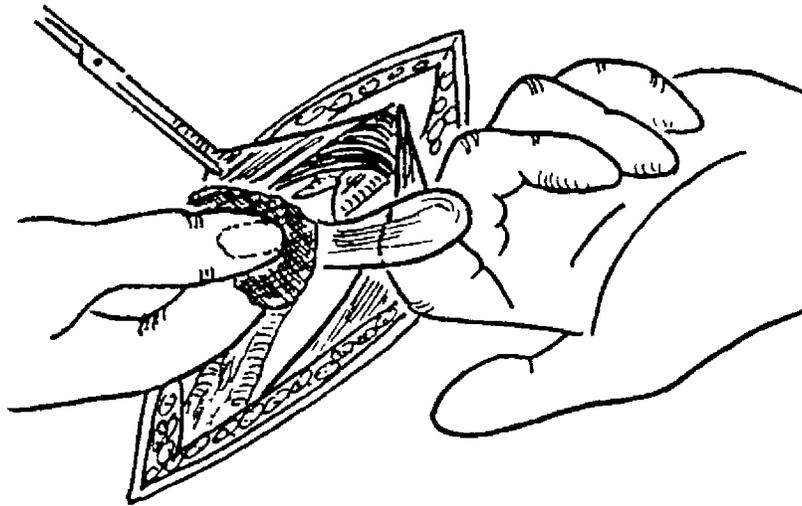


Figura 135
Disección del saco "con la compresa"

Ligadura y resección del saco

- Abrir el saco mediante las tijeras para lograr una buena exposición del orificio profundo (Figura 136-A).
- Ligar con hilo reabsorbible 2/0 a la altura del orificio profundo con un nudo apoyado, es decir, que traspase el saco para no resbalar (Figura 136-B).
- Atención, el nudo no debe coger un asa que emerja por el orificio.
- Resección del saco.

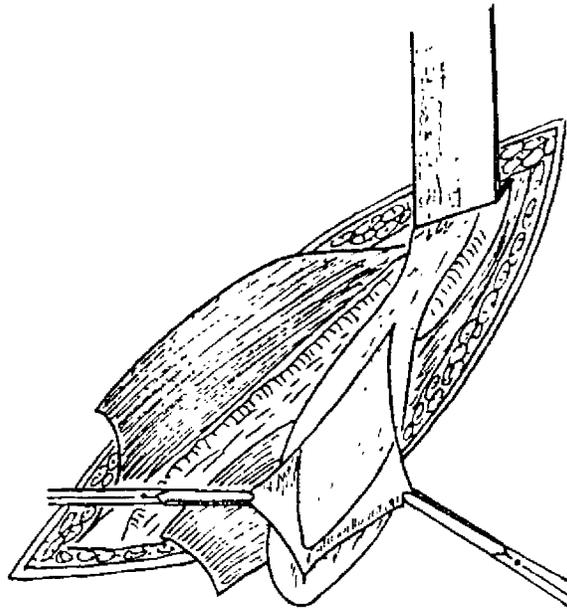


Figura 136-A
Apertura del saco hasta el orificio profundo del conducto inguinal

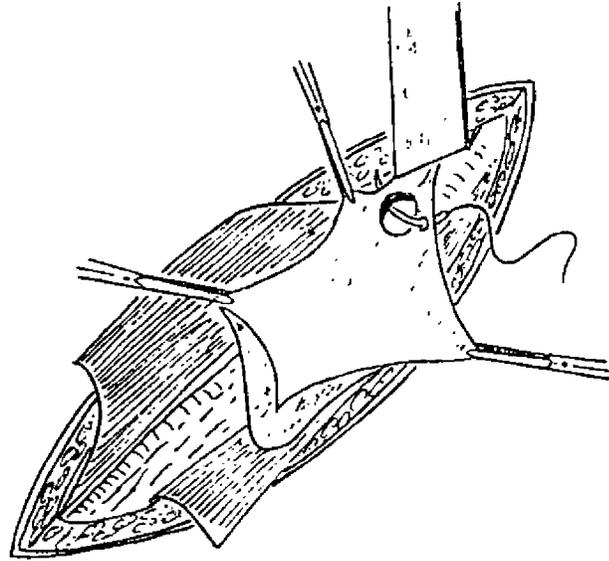


Figura 136-B
Sutura del saco herniario

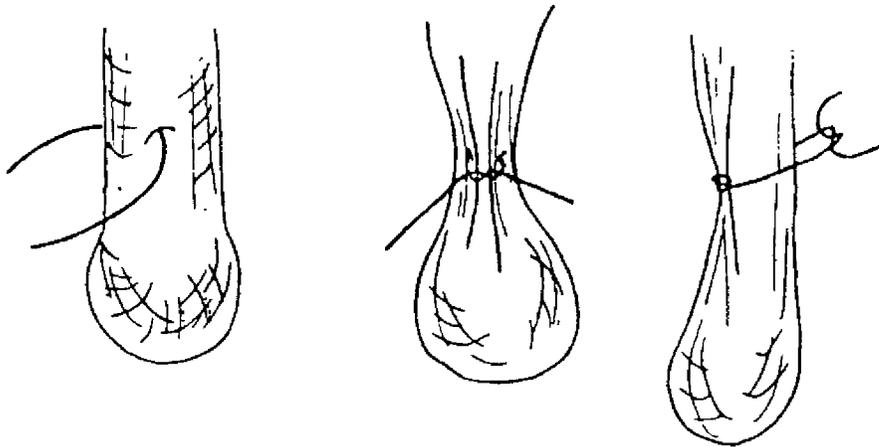


Figura 137
Sutura del saco : el nudo de Meunier

Restitución de la pared : procedimiento de Bassini

Consiste en hacer pasar 4 o 5 hilos que pasen por detrás del cordón y tomen el arco crural y el conjunto (tendón común a los músculos transversos y oblicuo menor). Es necesario procurar unir correctamente la parte tendinosa del transversos con la fascia transversal, los dos elementos sólidos del conjunto.

- El ayudante separa el cordón hacia abajo mediante un Farabeuf.
- Proveerse de 4 o 5 hilos de reabsorción lenta 0 o 1, montados. Cada hilo debe tomar algunas fibras del arco crural (cuidado, si pinchamos demasiado profundamente, corremos el riesgo de atravesar los vasos femorales) y después el conjunto, que debe levantarse para no coger al mismo tiempo el peritoneo.

- A continuación, anudar los cuatro hilos de dentro a fuera, haciendo que el conjunto se deslice hacia abajo sobre el arco. Debe existir un punto muy interno a la altura de la espina del pubis y un punto externo que debe dejar justo el paso al cordón (Figuras 138 y 139).
- Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor por encima del cordón, mediante puntos separados con hilo de reabsorción lenta 2/0, dejando debajo lo justo para el paso del cordón (Figura 140).
- Sutura de la piel mediante puntos separados con hilo no reabsorbible 2/0.
- Caso especial : en las hernias voluminosas localizadas en un adulto con una pared frágil, una castración tras la ligadura alta del cordón puede facilitar la restitución parietal.

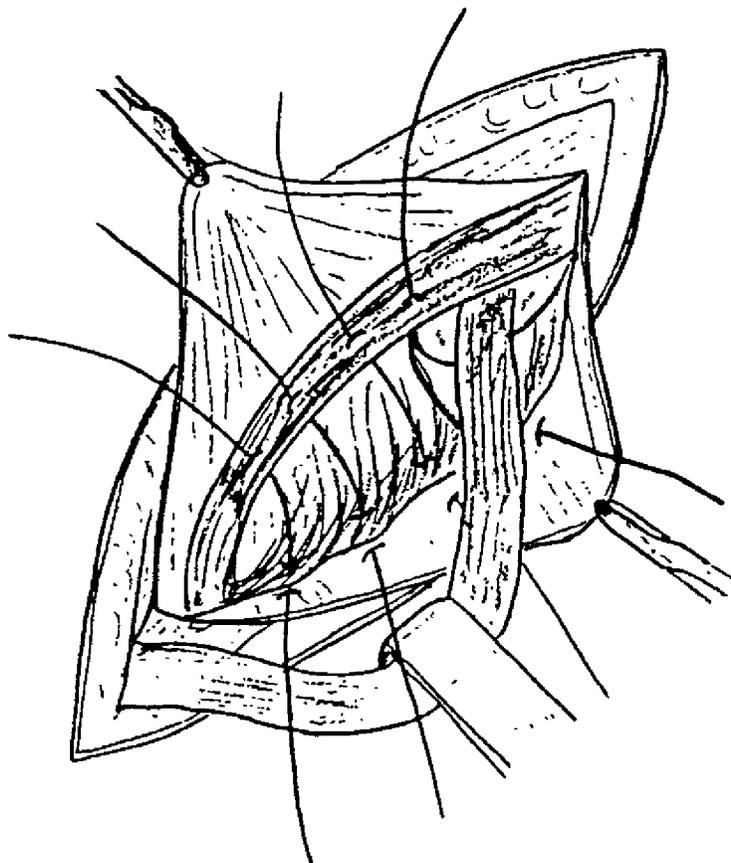


Figura 138

Paso de 4 o 5 puntos con hilo reabsorbible 0 entre el tendón conjunto y el arco crural, por detrás del cordón

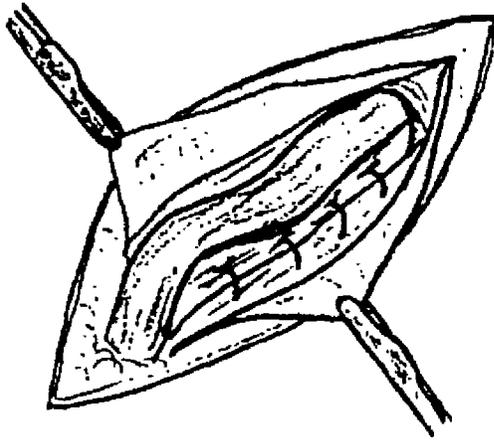


Figura 139
Descenso del tendón conjuntivo
sobre el arco crural

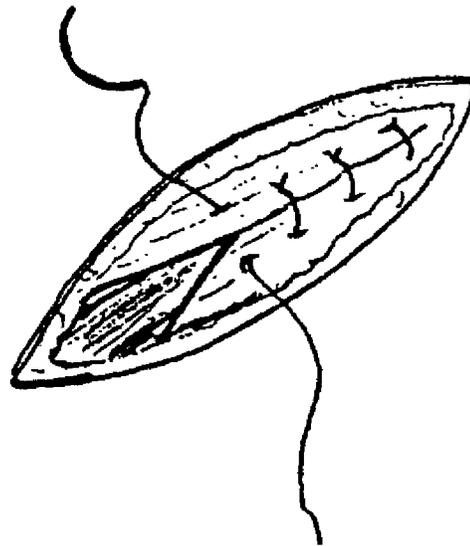


Figura 140
Sutura de la aponeurosis
del oblicuo mayor

2

Postoperatorio

- Eliminación de la perfusión desde la salida del quirófano, salvo estrangulamiento. Seguimiento de la reanudación del tránsito, por lo general muy rápida.
- Alimentación líquida desde la reanudación del tránsito. Normal en los días posteriores.
- El paciente debe levantarse a los pocos días..
- Apósito : uno sólo en la sala de operaciones y extracción de los hilos al octavo día.
- Supuración postoperatoria : extracción de algunos o de todos los hilos cutáneos y apósitos dos veces al día.
- Hematoma parietal : reintervención precoz y hemostasia cuidadosa.
- Oclusión postoperatoria : reintervención por vía media.
- Hematoma o edema de la bolsa : tratamiento con *ácido acetilsalicílico (aspirina)* 1 o 2 g diarios, levantar la bolsa para un apósito en suspensorio.

Tratamiento de la hernia directa

La hernia directa sólo se diferencia de la hernia oblicua en su trayectoria hacia dentro del cordón. Es independiente : no existe adherencia entre las dos estructuras (Figura 141).

CUIDADO

Las dos formas de hernia pueden coexistir, al igual que una hernia crural puede acompañar a una inguinal. Así pues, es necesario explorar todas las posibles hernias.

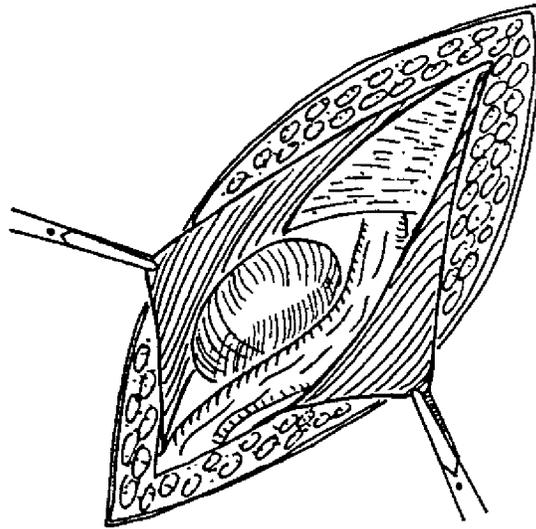


Figura 141

Hernia inguinal directa. El saco herniario es independiente del cordón.

Disección de la hernia

La tumoración se aísla fácilmente en la parte interna del orificio inguinal y se disecciona mediante las tijeras para despegarlo perfectamente del cordón y de las paredes. El saco peritoneal debe poder deslizarse al final de la disección y entonces poderlo reducir : no es preciso abrirlo, ligarlo ni resecarlo, a menos que no sea posible reducirlo o que existan indicios de estrangulamiento.

CUIDADO

Si decidimos abrir el saco, puede tratarse de un *deslizamiento del tejido vesical*. Si la vejiga está dañada, suturar con hilo de reabsorción lenta en dos planos de puntos separados y *sondar en el postoperatorio* durante 8 o 10 días.

Restitución de la pared

La misma técnica que se aplica a la hernia oblicua externa.

Tratamiento de la hernia crural

La hernia pasa por debajo del arco crural, tumoración clínica por debajo de una línea que une la espina ilíaca antero-superior y la espina del pubis. Esta hernia se beneficia del paso de los vasos femorales del abdomen hacia el muslo (Figura 142).

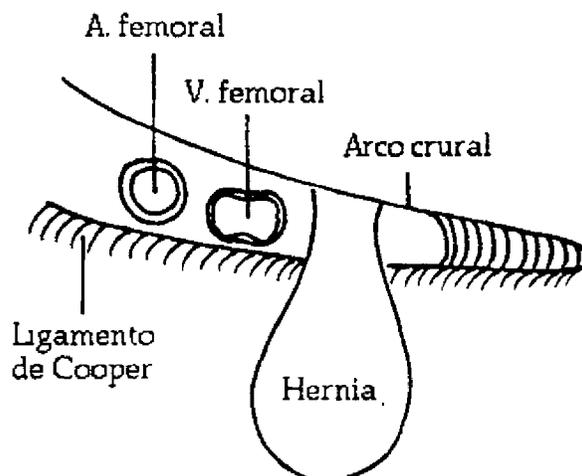


Figura 142
Hernia crural

Vía de acceso

La misma que para las hernias inguinales, habitualmente más horizontal que la incisión clásica (Figura 143).

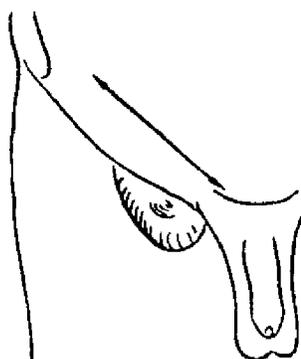


Figura 143
Hernia crural. Incisión.

Es preciso apartar el ligamento de Cooper y practicar una incisión en la fascia transversal, lo que permite aislar la hernia y su cuello que se hunde entre el arco y el ligamento de Cooper (Figuras 144 y 145).

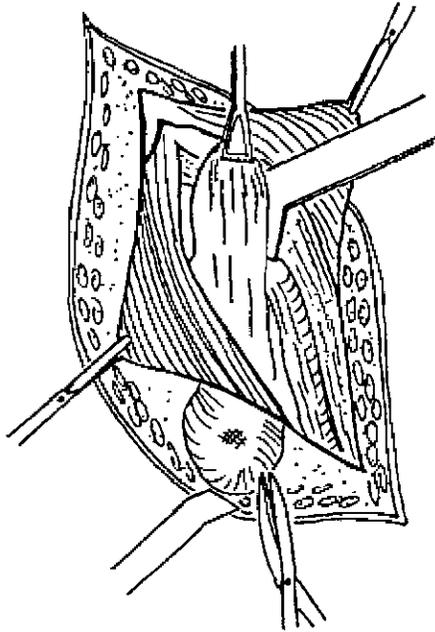


Figura 147
Disección de un voluminoso saco
herniario al nivel del Scarpa

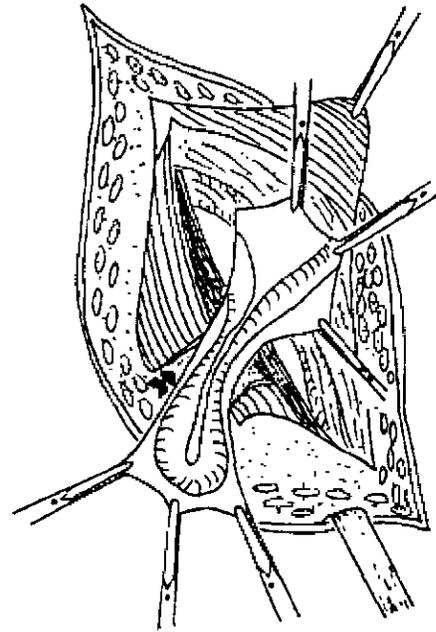


Figura 148
La sección del arco crural suele
ser necesaria para poder
reintegrar la hernia

Aislamiento del ligamento de Cooper

Es un paso difícil y peligroso.

Es preciso despegar la fascia transversal, plano que oculta el Cooper, de la espina del pubis localizada con el dedo, mediante la punta de las tijeras cerradas de punta redondeada.

Una vez se haya hallado el plano correcto, a la altura de la espina del pubis, despegar ligeramente hacia fuera : cuidado, llegamos a la *vena femoral* que habrá que *proteger siempre* en el transcurso de las siguientes maniobras.

Una vez aislado el ligamento de Cooper, proteger el peritoneo hacia arriba mediante una valva vaginal o una cuchara sopera, que el ayudante sostendrá como un separador.

El cordón está inclinado.

Proteger la vena femoral con el dedo índice de la mano izquierda o con la punta de las tijeras.

Descenso del tendón conjunto al Cooper

En primer lugar, es preciso pasar 3 o 4 hilos de reabsorción lenta 0 o 1, aguja curvada de sección triangular, por el ligamento de Cooper (Figura 149).

Atravesar el Cooper hasta el periostio púbico y comprobar la solidez del punto tensando hacia arriba los dos cabos del hilo.

A continuación, pasar el hilo por el tendón conjunto (Figura 150).

Anudar después los hilos por detrás del cordón, el primero más interno, seguido de los otros, tomando las mismas precauciones que para el método de Bassini. Suele ser necesario practicar una incisión de descarga, casi vertical, sobre la aponeurosis del recto mayor.

A continuación, suturar la aponeurosis del oblicuo mayor sobre el cordón, como para el Bassini y después la piel.

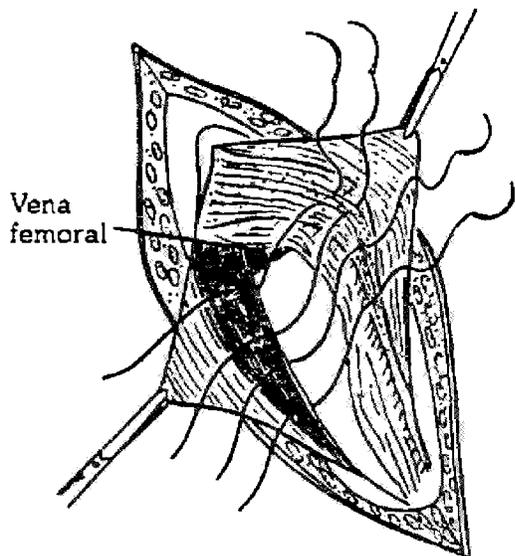


Figura 149

Paso de los hilos por el ligamento de Cooper, y después por el tendón conjunto respetando la vena femoral

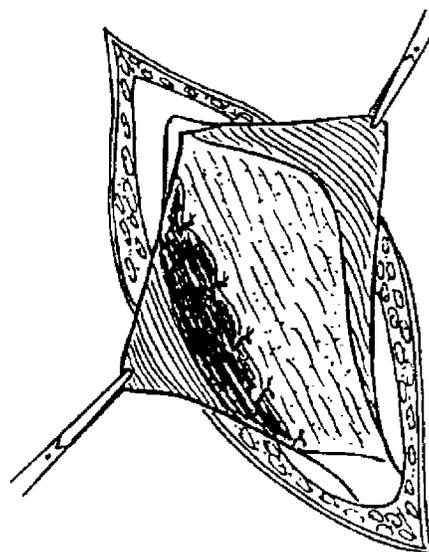


Figura 150

Descenso del tendón conjunto sobre el ligamento de Cooper

Incidentes durante la operación

- Lesión de la vena femoral : sangre negra sube del fondo del campo operatorio. No atar los hilos de restitución parietal, sino retirarlos, su ligadura no garantizará la hemostasia.

Taponar y comprimir durante 5 minutos con un campo. Por lo general, esta medida basta para lograr la hemostasia. En caso contrario, separar la herida, con una buena exposición, y taponar.

Si la herida no es evidente, seccionar el arco crural hasta los vasos femorales y diseccionar la vaina para aislar la vena. Colocar más arriba de la herida unas clamps vasculares pequeñas o bien unas pinzas de Halstead con una funda de caucho.

Sutura de la herida con uno o dos puntos de hilo no reabsorbible lo más fino posible, 5/0 como mínimo. En el postoperatorio, reposo y *ampicilina* : 2 g diarios durante 5 días como mínimo.

- Asimismo, puede tratarse de una herida de un vaso epigástrico que conviene aislar y ligar.
- Compresión de la vena femoral : si el hilo más externo ha pasado demasiado cerca de la vena femoral, su presión causa la compresión de la vena con la consiguiente flebitis postoperatoria.

Estrangulamiento herniario

2

Sea cual sea el tipo de hernia y sea cual sea el tiempo transcurrido entre el estrangulamiento y la fecha de reconocimiento del paciente, no reducirla jamás manualmente. En efecto, la reducción conocida con el nombre de "taxis", utilizada con demasiada frecuencia en los trópicos, expone a graves complicaciones a menudo mortales.

La reducción de una hernia estrangulada es exclusivamente quirúrgica y se trata de una urgencia, a excepción de la hernia del lactante de la que se sabe a ciencia cierta que acaba de producirse y que, por lo general, se reduce manualmente tras un baño caliente y la inyección IM de 1 mg/kg de *diazepam*.

Diagnóstico

Tumoración dolorosa de la ingle, no reductible, sin protrusión con la tos, con interrupción del tránsito intestinal.

Preoperatorio

- Elección de una buena vía de acceso.
- Afeitado.
- Instalación de una sonda nasogástrica y vaciado del estómago.
- Medicación previa : *diazepam* y sobre todo *atropina*.

Anestesia

La raquianestesia puede ser suficiente, pero la anestesista debe estar preparada para controlar un tiempo operatorio más largo con la *ketamina*, en caso de resección intestinal.

Instalación

Se debe tener todo dispuesto para una posible laparotomía media infraumbilical : pincelar todo el abdomen con *polividona yodada*, disposición de los campos.

Material

La caja del instrumental para el abdomen debe estar preparada, en la que es imprescindible la existencia de separadores y de clamps intestinales para una posible resección-anastomosis.

Técnica

PRIMER CASO

El estrangulamiento es reciente o así lo creemos.

Vía de abordaje inguinal : la misma técnica que para una hernia habitual, hasta el saco.

En ocasiones, el saco aparece rodeado por adherencias inflamatorias que es preciso liberar mediante las tijeras o una compresa.

Una vez aislado el saco, que suele ser grueso, sujetarlo entre dos pinzas para poder practicarle una incisión (Figura 151). Proseguir la incisión hasta el cuello. La sección da una sensación de resalte característica.

Cuidado

Si el saco es grueso, el asa intestinal herniada no está lejos del bisturí que corta el saco.

Una vez abierto el saco, aislar su contenido : asa intestinal o bien epiplón.

Cuidado

Sujetar firmemente el asa herniada, no dejar que desaparezca en el abdomen tras la liberación del cuello de la hernia (Figura 152).

Examen del contenido herniario

Se trata del epiplón : se puede disecar si procede mediante puntos apoyados con hilo reabsorbible 2/0.

Se trata de una asa intestinal : pasar el dedo entre el saco y el asa hasta el cuello del estrangulamiento y practicar una incisión del saco, así como del cuello, para liberar el asa sin dejarla escapar. La liberación del cuello permite la reanudación de la vascularización del asa (Figura 153).

Cubrir el asa herniada con campos empapados de suero fisiológico estéril y tibio y esperar algunos minutos hasta que recobre su vitalidad y su color normales : de violeta pasa a su tono rosado normal. Introducirla de nuevo en el abdomen. Si permanece negruzca, es preciso efectuar una resección intestinal. A la mínima duda, proceder a una resección-anastomosis (ver "resecciones intestinales" en el capítulo "laparotomías para heridas del intestino delgado", página 19).

Cuando el asa está ya infartada, gangrenada o abscesificada, es preferible cubrir la región con campos, cambiar de instrumental y de guantes y efectuar una laparotomía media infraumbilical para practicar suturas intestinales en un medio aséptico. A continuación, una vez cerrada la laparotomía volver sobre la región inguinal.

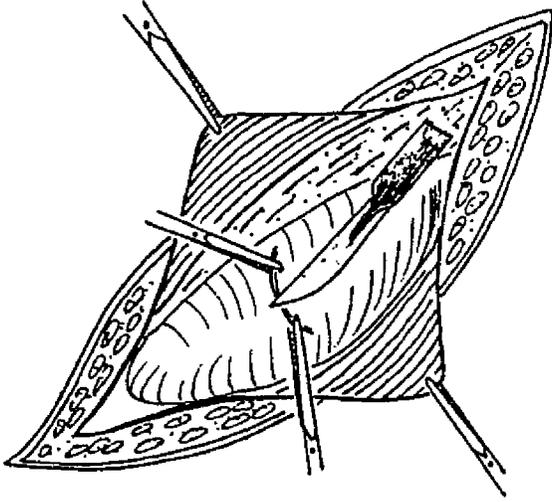


Figura 151
Incisión prudente
del saco herniario

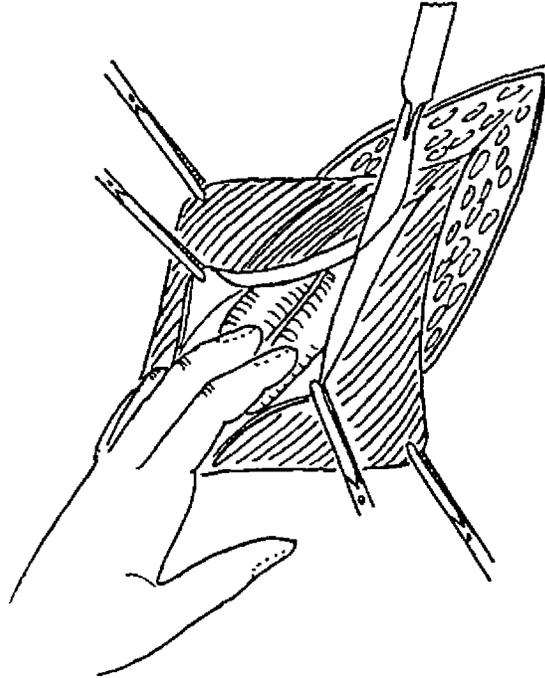


Figura 152
Apertura del saco hasta el cuello.
La mano izquierda se opone a la
subida del contenido intestinal
dentro del abdomen.

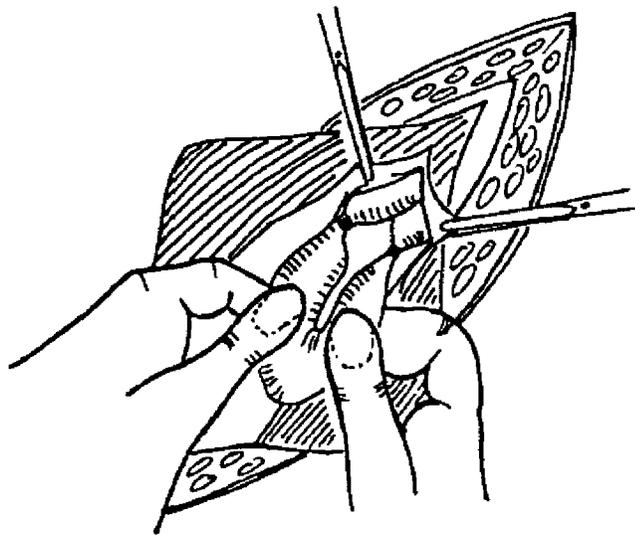


Figura 153

Cuidado

Durante el examen de un asa herniada, el asa isquémica puede estar oculta en el abdomen, enrollada en forma de W (Figura 154). Una vez hecha la incisión en el agente causal del estrangulamiento y liberado el cuello, es preciso comprobar un segmento largo de asa aferente para no pasar por alto ninguna lesión importante y desenrollar correctamente el intestino delgado por el orificio herniario.

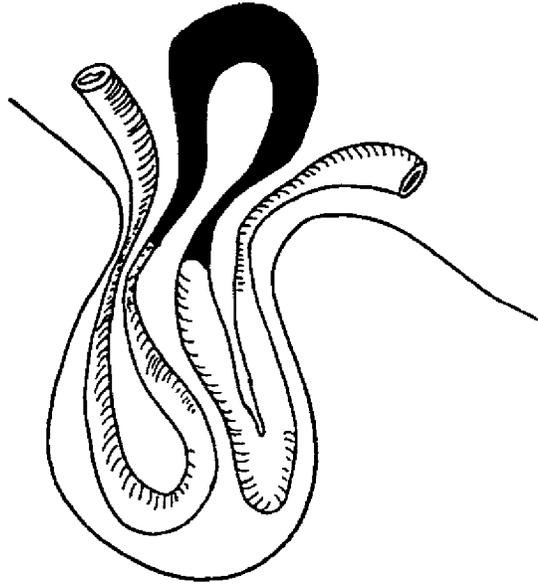


Figura 154
Estrangulamiento en forma de "W"

SEGUNDO CASO

El estrangulamiento es antiguo, hay signos evidentes de infarto intestinal y de infección. Por ejemplo, en el caso de flemón pioestercoral : masa dolorosa, caliente, inflamatoria, fluctuante en la ingle, en ocasiones fistulizada, con signos asociados de oclusión intestinal.

En primer lugar, es necesario empezar con una laparotomía media infraumbilical para efectuar la resección-anastomosis en condiciones estériles : pinzar con las clamps las asas aferente y eferente de la hernia, seccionarlas, suturar (ver capítulo "Herida del intestino delgado"), cerrar la laparotomía y disecar después la región inguinal para quitar el asa infartada (Figura 155).

Es preciso acabar el tratamiento de la vía inguinal con un drenaje que pase por una contraincisión inguinal, o escrotal si la hernia es escrotal, en especial si la cantidad de adherencias es tal que han podido conducir a una orquitectomía asociada.

En cualquier caso, restituir la pared con los métodos anteriormente citados, Bassini o descenso del tendón conjunto al ligamento de Cooper, según el tipo de hernia.

Aplicar puntos de sutura cutáneos espaciados para permitir la evacuación de las serosidades. Al menor signo de acumulación de líquido bajo la pared, extraer uno o varios hilos de piel. En el postoperatorio, dejar eventualmente la piel abierta.

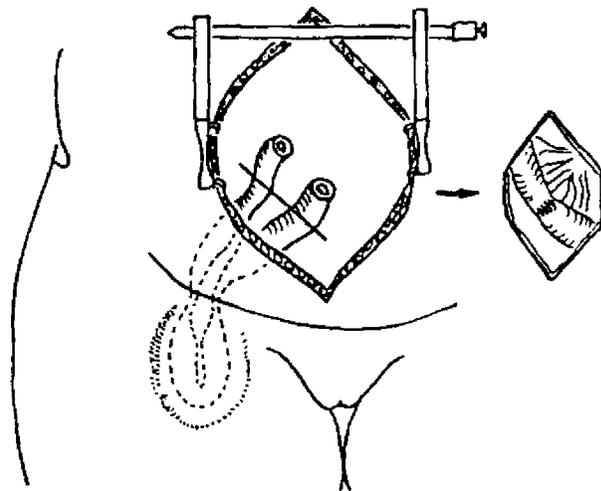


Figura 155

Flemón pioster coral : empezar primero por media infrabumbilical.
 Resección-anastomosis del intestino delgado.
 A continuación, exéresis del asa infartada por vía inguinal.

Postoperatorio

Entre todas la hernias, las estranguladas son las únicas que requieren antibioterapia sistemática : **ampicilina** 4 g al día durante 8 días, para un adulto, por ejemplo.

Bebidas autorizadas desde la reanudación del tránsito, manteniendo la perfusión y sonda gástrica hasta este momento, alimentación sólida hacia el sexto u octavo día.

Retirar el sistema de drenaje cuando ya no drene nada.

Hernia umbilical

Esta tara anatómica es endémica entre los niños de ciertas regiones, en especial en el Africa negra. No se conoce la etiología, probablemente multifactorial, racial y nutricional.

Sin embargo, esta hernia del niño africano, aun cuando a veces sea voluminosa e impresionante, debe ser considerada como casi fisiológica y hay que respetarla. Se resorbe por sí sola con la edad y se estrangula excepcionalmente o incluso nunca.

Así pues, sólo tiene sentido intervenir las hernias umbilicales del adulto.

Preoperatorio

Buena vía de acceso venoso, sonda nasogástrica y vaciado del estómago en caso de estrangulamiento.

Anestesia

Local o bien raquianestesia, si se puede llegar sin peligro a la zona subumbilical, ketamina intravenosa preferentemente teniendo en cuenta, sobre todo, que la intervención suele ser simple y rápida.

Técnica

Vía de acceso : paramediana izquierda, rodeando la hernia, en forma de arco, prolongada ligeramente a mediana por debajo y por encima algunos centímetros (Figura 156).

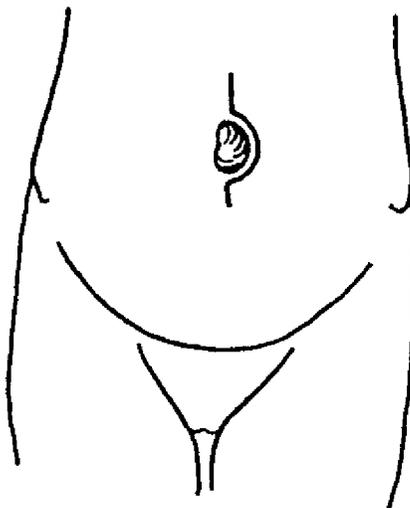


Figura 156

El saco suele estar oculto bajo la piel y pegado a un lipoma preherniario. Disección de este lipoma y de las adherencias hasta el saco, al que se intenta rodear.

Una vez el saco aislado, abrirlo para comprobar su contenido, por lo general el epiplón. El epiplón puede ser reintroducido en el abdomen o bien reseado si es adherente.

Abandonar la parte umbilical del saco bajo la piel, ligar y resecar la otra y reintegrar el muñón en el abdomen (Figura 157). Dos o tres puntos suelen bastar para cerrar el orificio aponeurótico, suturado mediante puntos separados de hilo de reabsorción lenta 0 o 1 (Figura 158).

Suturar la piel con hilo no reabsorbible, mediante puntos separados.

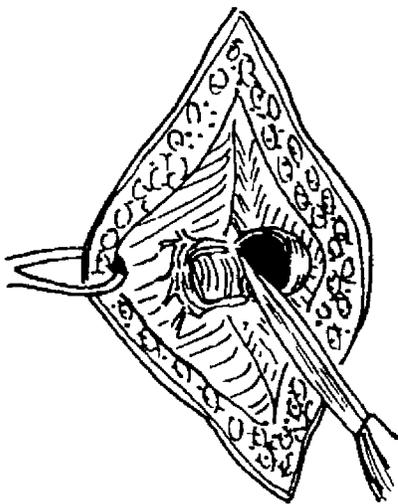


Figura 157

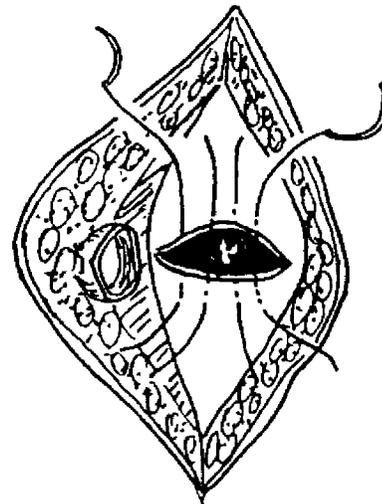


Figura 158