

Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales

Dr. Carlos R. Matus
Dr. Héctor Dao
Dr. Ariel Kaufman
Dr. Eduardo Bercowsky
Dr. Julio Serrano
Dr. Alvaro Henriquez

Matus C.R., Dao H., Kaufman A., Bercowsky E., Serrano J., Henriquez A. Abordaje transumbilical para la reparación de las hernias umbilicales. Centro Médico. 1991; 37:111-115.

Resumen

Se expone la experiencia del abordaje transumbilical en reparación de hernias moldeable en una casuística de 80 casos.

Palabras claves

Hernia Umbilical, Abordaje Transumbilical

I. INTRODUCCION

Las hernias que aparecen por defectos en la pared abdominal a nivel de cicatriz umbilical se conocen colectivamente como hernias umbilicales¹. Estas ocupan un lugar importante dentro de la patología herniaria, con una alta incidencia tanto en niños como en adultos, afectando entre un 18 y 26% de la población general^{2,3}. A pesar de que la mayoría cierran espontáneamente antes de la edad de cinco años³, existen indicaciones específicas en lo concerniente a la reparación quirúrgica de aquellas que persisten³.

La alta incidencia de complicaciones de las hernias umbilicales en el adulto, entre ellas el atascamiento y la estrangulación^{4,5}, obliga la reparación de todas ellas⁶.

Existen numerosas técnicas para el abordaje y reparación de la hernias umbilicales, destacando la excisión elíptica umbilical con solapa aponeurótica (Mayo)⁷, y la incisión en U supra o infraumbilical con rafia simple de la aponerosis³, entre otras.

Tomando en consideración el efecto negativo que una cicatriz visible ocasiona en la población actual, consciente de su aspecto corporal, describimos a continuación una alternativa para el abordaje y reparación de la hernias umbilicales a través de una incisión trasumbilical.

II. MATERIALES Y METODOS

Se tomó como universo de trabajo un total de ochenta (80) pacientes con hernias umbilicales no complicadas, mayores de quince (15) años y sin distinción de sexo, que acudieron referidos a la consulta externa del servicio de Cirugía General # II, del Hospital "Miguel Pérez Carreño", en un período comprendido entre Diciembre de 1988 y Febrero de 1991.

Se aplicaron las normas usuales de estudios preoperatorios para pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Instituto Venezolano de Los Seguros sociales
Hospital "Miguel Pérez Carreño"
Departamento de Cirugía
Servicio de Cirugía General # I

gicos (Laboratorio, Evaluación cardiopulmonar, etc), con evaluación por especialidades específicas (neumonólogos, Gastroenterólogos, Urólogos) para la resolución previa al acto quirúrgico de patología asociada, predisponente a la hernia. Se aplicó la técnica que en breve describiremos al universo de pacientes antes descrito. En aquellos casos en los cuales el acto quirúrgico fue realizado por residentes diferentes, siempre se contó con la presencia de por lo menos uno de los integrantes del presente trabajo, para cuidar la no alteración de la técnica.

Los pacientes fueron evaluados a través de la consulta externa, dos (2) veces al mes el primer mes; luego una (1) consulta al tercer y sexto mes, para seguir con una (1) consulta anual por un período de dos (2) años, manteniéndose la idea del seguimiento en sentido prospectivo por cinco (5) años.

Se utilizaron diversos tipos de materiales de sutura: Reabsorbibles (Poliglactin 910 y Acido Poliglicólico) e irreabsorbible (PoliésterTrenzado Siliconizado, Nylon mono o multifilamento, Polipropileno), todos de diámetro número 0 ó 1 para la síntesis del defecto aponeurótico y material Reabsorbible (Acido Poliglicólico) diámetro número 4-0 para la síntesis de la piel (subcuticular) y al fijación de la cicatriz umbilical. El resto del material (Instrumental quirúrgico, lencería, etc), fue de uso común en todo pre, trans y postoperatorio de cura de hernia umbilical III.

III. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Después de la adecuada preparación del abdomen, se realiza una incisión media transumbilical, vertical o transversa dependiendo del diámetro mayor de la cicatriz umbilical (Fig. 1).

Se procede a identificar el saco herniario (Fig. 2), aislándolo del tejido circundante, se practica la apertura y reducción del contenido para luego realizar la exéresis del mismo.

Seguidamente se exponen los bordes del defecto aponeurótico y peritoneo, los cuales se reparan en un solo plano en sentido transversal a puntos separados ya sea en forma anatómica (puntos simples) o en solapa (Mayo) con el material de sutura previamente mencionado (Fig. 3).

Se constata la hemostasia y se realiza la síntesis de la piel con puntos subcuticulares (habrá invertida), dos (2) de los cuales (los de la mitad de la incisión) se fijan a la aponeurosis subyacente (Fig. 4). Para finalizar se aplica una cura comprensiva la cual se mantiene in situ durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas del postoperatorio.

IV. RESULTADOS

Se realizó el procedimiento quirúrgico a un total de ochenta (80) pacientes, cuyas edades oscilaron entre doce (12) y ochenta (80) años, cuarenta y dos (42) de los cuales eran del sexo masculino.

Dentro del universo de pacientes estudiados, cuarenta y dos (42) ejercían labores que ameritaban esfuerzo físico. El estado nutricional fue satisfactorio en la gran mayoría de los pacientes, calificándose como inadecuado en un total de siete (7) pacientes, considerándose obesos para el momento de la intervención.

Fueron incluidos en el protocolo, pacientes con antecedentes de enfermedades o condiciones asociadas a una mayor frecuencia de patología herniaria como lo son: Enfermedad Broncopulmonar Obstructiva Crónica, Fumadores, Multíparas, Constipados, y con Uropatía Obstructiva.

La patología herniaria presentaba en promedio tres (3) años de evolución, con valores que variaron en un rango de un (1) mes hasta treinta y cinco (35) años. De los ochenta (80) pacientes con hernias umbilicales, once (11) presentaban simultáneamente otro tipo de patología herniaria.

Se utilizaron diferentes tipos de materiales de sutura, tanto absorbibles como no absorbibles. El sentido de la incisión practicada fue en la mayoría de los casos (setenta), transversa transumbilical. Los defectos aponeuróticos encontrados presentaban diámetros que oscilaban entre 0,3 y 3 centímetros. El tiempo de reposo postoperatorio varió desde tres (3) hasta treinta (30) días.

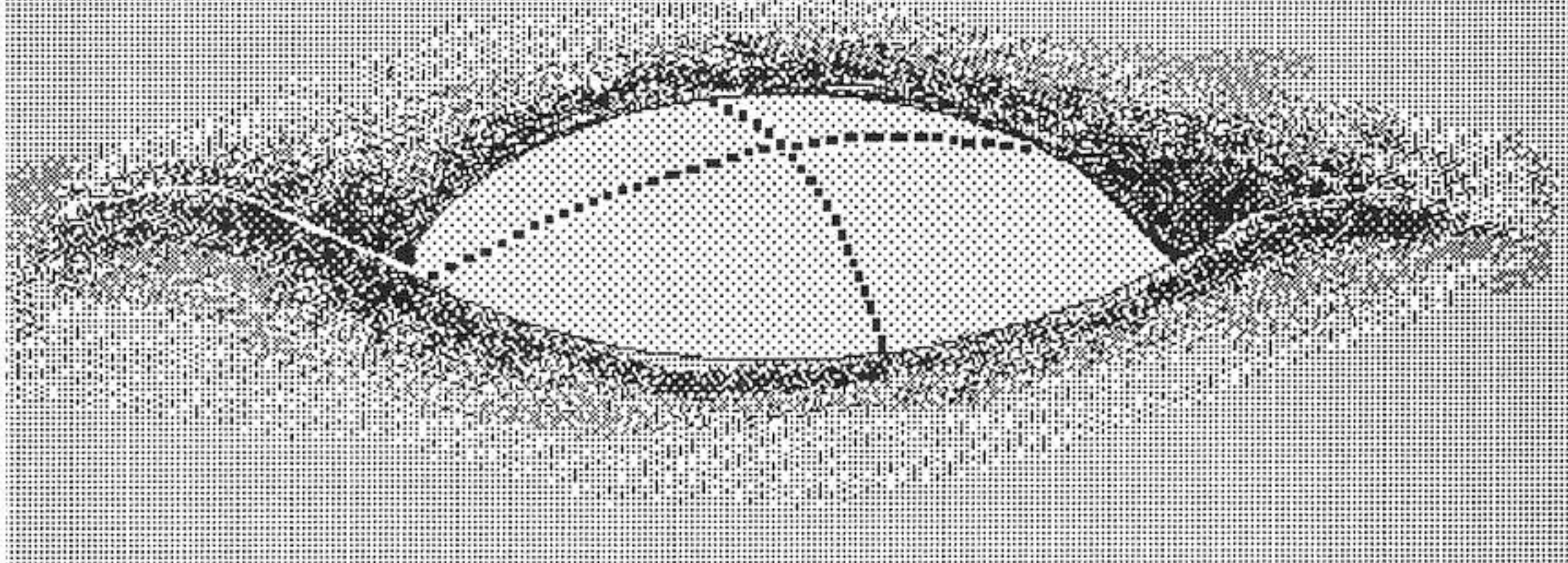
Durante el período de seguimiento logramos detectar un total de cinco (5) pacientes (6,25%) presentando algún tipo de complicación.

V. DISCUSIÓN

A nuestro parecer la técnica aplicada, descrita por vez primera en Youngston, Ohio por Smith-Behn y col.⁶ y con las modificaciones introducidas por este grupo de trabajo (sentido de la incisión: vertical o transversal, fijación de la cicatriz umbilical a la aponeurosis subyacente) ofrece las siguientes ventajas:

1. Exposición directa del saco herniario y del defecto aponeurótico.
2. Menor traumatismo por escasa movilización o manipulación de tejido.
3. Resultado estético favorable y superior a las técnicas tradicionales ya que la cicatriz está inmersa en el ombligo (Fig. 5).
4. Baja incidencia de complicaciones, no habiéndose pre-

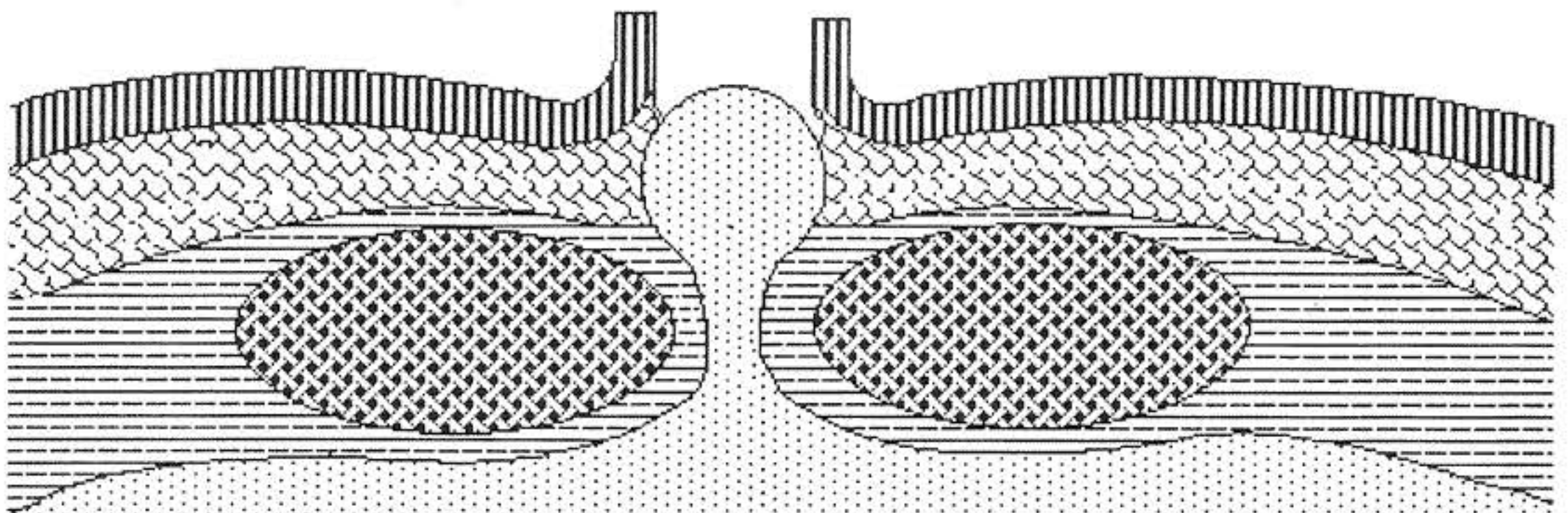
HERNIOPLASTIA TRANSUMBILICAL



INCISIONES

FIGURA 1

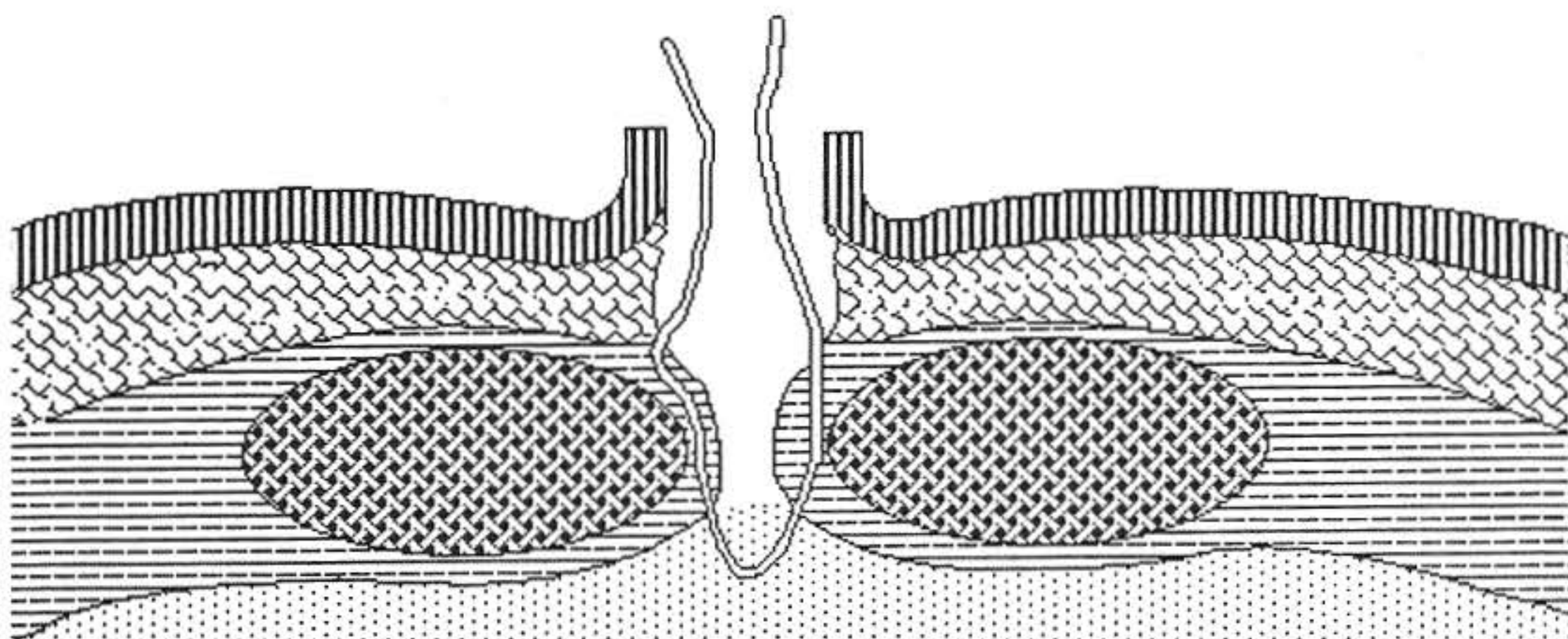
HERNIOPLASTIA TRANSUMBILICAL



SACO HERNIARIO

FIGURA 2

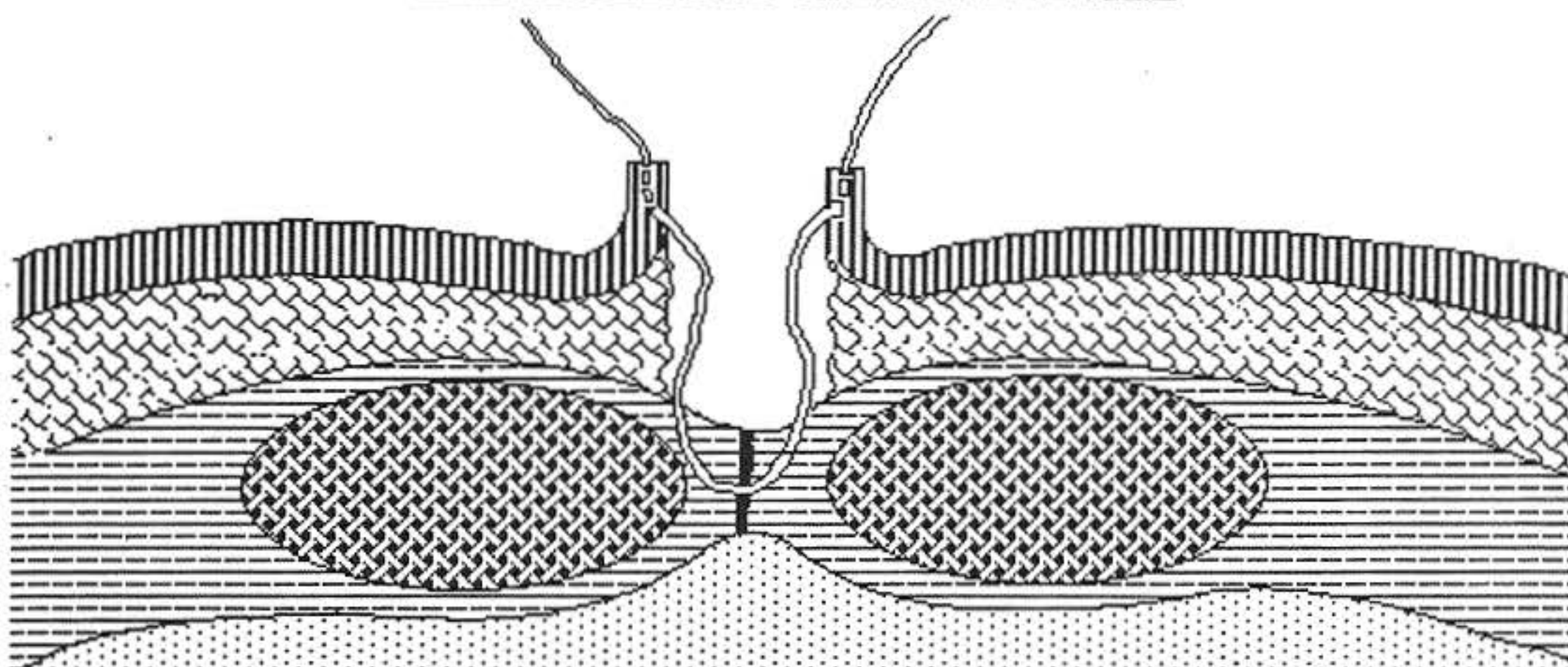
HERNIOPLASTIA TRANSUMBILICAL



CIERRE DEL DEFECTO

FIGURA 3

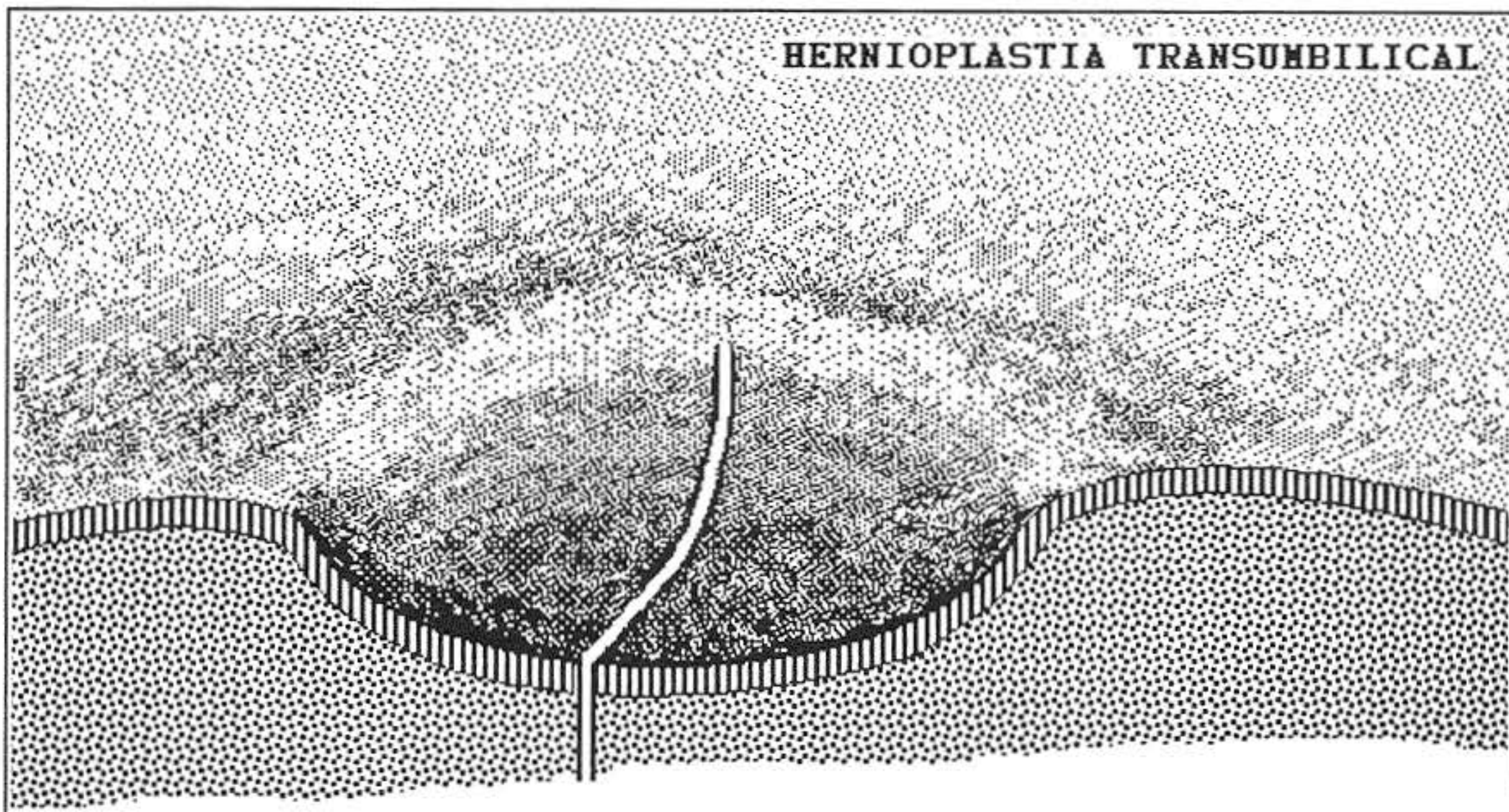
HERNIOPLASTIA TRANSUMBILICAL



PUNTOS SUBCUTICULARES

FIGURA 4

HERNIOPLASTIA TRANSUMBILICAL



CICATRIZ DEFINITIVA

FIGURA 5

sentado recidivas durante los dos (2) primeros años de seguimiento.

Estamos conscientes que el tiempo es el mejor juez en relación al grado de efectividad de la técnica propuesta, sin embargo nuestro deseo es presentarla como una alternativa quirúrgica, que a nuestro juicio ofrece ventajas que la hacen valedera como opción de tratamiento quirúrgico para la reparación de las hernias umbilicales.

BIBLIOGRAFIA

1. Pollak, R., Nyhus, L.M. Hernias. En: Operaciones Abdominales (Maigot). Editado por Editorial Médica Panamericana, Pag. 288-341, 1.986.

2. Harmel JR., R.P. Umbilical Hernia. En: Hernia. Editado por L.M. Nyhus y r.E. Condon, Paf. 354-359, Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1.989.

3. Kieseewetter, W.B. Hernias-Inguinal and Umbilical. *am. J. Surg.*, 101: 656-663, 1.961.

4. Lassaletta, L., Fonkalsrud, E.W., Tovar, J.A., Dudgeon, D., and Asch, M.J.: The management of umbilical hernia in infancy and childhood. *J. Pediatr. Surg.*, 10:405, 1.975.

5. Morgan, W.W., White, J.J., Stumbaugh, S., and Haller, J.A.: Prophylactic umbilical hernia repair in childhood to prevent adult incarceration. *Surg. Clin. North Am.*, 50:839, 1.970.

6. Smith-Behn, J., and Katz, W.: Transumbilical approach to umbilical hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 168:467, 1.989.

7. Mayo, W.J.: An operation for the radical cure of umbilical hernia. *ann. surg.*, 34:276, 1.901.