

## Revisión y Manejo de hernias umbilicales: una revisión sistemática

Review and Management of Umbilical  
Hernias: Systemic revision

### *Hernán Pérez Montesinos*

Médicos. Centro Quirúrgico Hernán Pérez,  
Guayaquil, Ecuador,  
hernanperezmontesinos@gmail.com,  
<https://orcid.org/0000-0003-0919-203X>

### *Luis Pérez Montesinos*

Médicos. Centro Quirúrgico Hernán Pérez,  
luisperezmontesinos@gmail.com,  
<https://orcid.org/0000-0002-1022-8223>

Guayaquil - Ecuador  
<http://www.jah-journal.com/index.php/jah>  
Journal of American health  
Enero - Marzo vol. 4. Num. 1 – 2021

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

RECIBIDO: 29 DE NOVIEMBRE 2020  
ACEPTADO: 13 DE DICIEMBRE 2020  
PUBLICADO: 4 DE ENERO 2021



Scan this QR  
code with your  
smart phone or  
mobile device to  
read more papers

## RESUMEN

La hernia del sitio del trocar es una complicación infravalorada de la cirugía laparoscópica, por ello es menester encontrar diversas alternativas para su revisión y análisis. Se recomienda en cuanto al método a utilizar, una nueva técnica en 30 pacientes operados de forma prospectiva y consecutiva mediante colecistectomía, totalmente endoscópica y con una única malla: 1) Un mini-IPOM con un titanio ligero para reparar la brecha peritoneal (intraabdominal), fijado de forma atraumática con pegamento. 2) Un cierre de toda la rotura parietal, usando un pequeño tapón de 6 pétalos (intraparietal). Resultados: No hemos tenido complicaciones (dolor, infección, seroma, etc.), ni intraoperatorias ni durante el seguimiento. El tiempo quirúrgico medio del proceso ha sido de 43 s (rango: 35-52 s). No se ha detectado ninguna hernia a los 12 meses. Conclusiones: Nuestra técnica para evitar las hernias del sitio del trocar es fácil de realizar, segura, no aumenta sustancialmente el tiempo quirúrgico y no modifica el posoperatorio del paciente. El diseño y la fijación con pegamento son esenciales para sus buenos resultados.

**PALABRAS CLAVE:** hernias, medicina, prevención, umbilical, obturador

## ABSTRACT

The hernia of the trocar site is an underrated complication of laparoscopic surgery. The search for an efficient method of prophylaxis should be a medical and socioeconomic priority. As for the method we describe a new technique in 30 patients operated prospectively and consecutively by cholecystectomy, fully endoscopic and with a single mesh: 1) A mini-IPOM with a

lightweight titanium to repair the peritoneal (intra-abdominal) gap, fixed atraumatically with glue.2) A closure of the entire parietal break, using a small 6-petalled (intraparietal) stopper. Results: We have not had complications (pain, infection, seroma, etc.), nor intraoperative or during follow-up. The average surgical time of the process has been 43s (range: 35-52 s). No hernia has been detected at 12 months. Conclusions: Our technique to prevent hernias from the trocar site is easy to perform, safe, does not substantially

increase surgical time and does not modify the patient's postoperative. Design and glue fastening are essential for your good results.

**KEYWORDS:** hernias, medicine, prevention, umbilical, shutter.

## INTRODUCCIÓN

El estratagema umbilical, durante la gravidez, pasa a través de una chaparra decadencia en los músculos abdominales del recién nacido, y es esta quiebra la que, comúnmente, se cierra después del nacimiento, sin embargo, si los músculos no se cierran por completo en la semirrecta anterior de la defensa ventral, puede asistir una hernia umbilical en el segundo del nacimiento o tiempo más tarde de la vivacidad del imperturbable.

Aunque, es destacado balizar que es en los niños donde es más frecuentes esta condición, especialmente en los bebés prematuros y en aquellos con debilidades al nacer, como bajo peso. En los Estados Unidos, los bebés afroamericanos parecen haber un peligro tenuemente mayor de hernias umbilicales. El detrimento afecta a niños y a niñas por igual, y en países de Latinoamérica es muy regular este suceso discrecional, a estimación de mal avituallamiento y demás problemas de salubridad.

Son poco frecuentes las complicaciones de una hernia umbilical en los niños, a pesar de que, las complicaciones pueden llegar cuando el pañuelo ventral que sobresale queda atrapado y no se puede empujar para que vuelva al hueco ventral. Esto disminuye la lavativa sanguínea en el segmento de intestino aprehendido y puede hacer compasión ventral y daño en el muro.

El objetivo de esta investigación es simplificar una revisión actualizada de los conceptos más importantes de este suceso voluntario, juzgar causas y averiguar los indicadores sociales que generan esta clase de dificultad médica, así como examinar los cuadros en personas adultas que presenten esta condición.

En un bebé se presenta una hernia umbilical cuando no se cierra por completo después del nacimiento del elemento por el cual transita el estratagema umbilical, y esta condición es frecuente de manera un tanto más leve en los bebés afrodescendientes. La universalidad de las hernias umbilicales no está enlazada con todo tipo de afecciones, sin embargo, varias hernias están relacionadas con problemas comunes, como ejemplo mencionamos el síndrome de Down. Una hernia puede variar de vasto de indomne de 1 centímetro (cm) a más de 5 cm, ante ello, se presenta una cebolla blanda sobre el ombligo que protruye cuando el bebé está

sentado, llora o hace un tesón, por ello cuando el bebé está inmutable y tumbado morro arriba, se puede observar el excedente de materia.

Cuando se sospecha o hay leves síntomas de que el recién nacido tiene una hernia umbilical, se debe notificar al médico de cabecera. Buscar atención de emergencia si el bebé tiene una hernia umbilical, además de lo siguiente:

- Parece tener dolor
- Empieza a vomitar
- Tiene sensibilidad, hinchazón o decoloración en el sitio de la hernia

Las pautas para los adultos son parecidas, por cliché, se presenta un berrueco alambrado del ombligo, en efecto, es importante examinar salida de emergencia si el guijarro se vuelve mordaz y impresionable al tino. Un diagnóstico y una receta inmediatos pueden ayudar al impasible a prevenir las dificultades.

En las hernias con enana prominencia se considera presuntuoso el vallado del orificio, ya que para grandes consecuencias no es común un cierre dichoso, por lo que varios entendidos en materia mencionan el peritoneo, la valla de la vejiga o el fundus uterino, sin embargo, la tendencia efectivo es la corrección del falla empleando una jábega de polipropileno, por el contrario en nuestro eventualidad, conveniente al ausente magnitud de los dos orificios, se optó por el cerrojo dichoso sin proposición (1)

Hay que mencionar que esta condición se suele producirse por una falla en el tejido conjuntivo de la membrana (doble capa) del foramen obturador, por cuyo margen superoexterno (ceja obturatriz y canal obturador) discurren los vasos y el nervio obturador. Conjuntamente, aparecen con crecidamente periodicidad en la senectud, coincidiendo con la mengua del tejido linfograso preperitoneal que por general suele ocupar el canal y la membrana obturatriz, siendo favorecidas por los aumentos de la coacción intraabdominal que, transmitida sobre el peritoneo, produce en este un efecto «diverticulizante», debilitándole por distensión y «obligándole» a penetrar por el área de menor firmeza y mayor diámetro (membrana obturatriz), según el principio de Pascal, hasta hacerle protruir como costal herniario.

El Dr. Carbonell Tatay (2) mencionaba que “la exposición del método médico de la investigación herniaria está en perseverante progreso, por ejemplo, en lo relativo a materiales protésicos, sistemas de afianzamiento o nuevos antibióticos, entre otros. A esto se agrega que los continuos cambios e innovaciones tecnológicas en la cirugía podemos determinar que el arbitraje de la patología herniaria no es tan sencilla como pudiera enjuiciamiento, por lo que su aprendizaje y estudios asimismo deben residir atentas a estos cambios.

Consideramos correcto nombrar el acontecimiento de una adulta mayor de 77 años, con historial médico de un trasplante renal por insuficiencia renal crónica, hipertensa, que acude a emergencias por complicación intestinal y vómitos durante 5 días. En el análisis físico presentaba decaimiento ventral y disgusto difuso sin signos de irritación peritoneal, tampoco

se palparon masas ni hernias, ni la resignado refería piedad en ninguna otra delimitación, luego se demostró en análisis 13.000 leucocitos con un 71 % de segmentados y normalidad en el excedente de los parámetros, mientras que la radiografía de abdomen manifestó las asas del intestino atildado dilatadas con canon obstructivo, sin notar otros hallazgos de expectación.

Con el prejuicio de dificultad intestinal de motivo no filiada y alce la permanencia clínica de la impasible, se la ingresó para tesis terapéutica ultramontano con sonda nasogástrica, sueroterapia, descanso estomacal y piperacilina-tazobactam pautaada de manera profiláctica. Se realizó una tomografía computarizada (TC), que objetivó una importante desevoltura de asas del intestino acicalado producida por una hernia obturatriz doble con bloqueo entérico en ambos lados, por lo que fue intervenida quirúrgicamente de urgencia. bajuno narcótico natural se llevó a cabo la parotomía promedio supra- e infraumbilical, lo que objetivó que un asa de entraña que se encontraba encarcerada en uno y otros orificios herniarios obturatrices (de más o menos 2 cm de diámetro), y tras una ingenuo tracción se redujo sin problema y se comprobó la posibilidad de esta.

Por último, sin demora de este recurso, se realizó la suspensión de uno y otros defectos obturatrices con costura trenzada absorbible en bolsa de tabaco y se procedió al cierre del muro abdominal en bloque con costura continua trenzada absorbible. La paciente pasó a reanimación, donde permaneció durante 24 horas tras evidenciar presiones intraabdominales normales. Mientras su estadía en hospitalización, la evolución posoperatoria fue favorable, le fue retirada la sonda nasogástrica y comenzó la tolerancia al segundo día. Por último, fue dada de alta al quinto día posoperatorio. La indagación al mes dio como resultado que se cursó a excepción de incidencias y la internada se encontraba asintomática y fue dada de alta.

Posteriormente de perfeccionar la disección de la vesícula biliar y su mina, se selecciona la batiente de filo que se pretende proveer. asiduamente se protege el filo umbilical o un umbral anexo, por su cansancio anatómica. Como óptica se utilizó una unificado de 10 mm o una de 5 mm, según el sobrante de entrada de umbralado. En la vaguada externa de la malla, los 6 pétalos se doblaron y sujetaron con una pinza clase Endo Clinch™, dejando la lámina interna exento. Al entremezclar la con esa forma por el canjear, la hoja interna forma un funnel que al conseguir la extracción se despliega de nuevo al segundo, como un paraguas. para terminar, se retira el mudar hasta el límite del agujero peritoneal y se sacó en aquel tiempo lo justo de la pinza, para que la lámina interna quede adosada al peritoneo, y así los pétalos quedan alojados en la inauguración parietal. Una vez comprobada la correcta disposición por espectro directo de la constituyente llana de la lancha, se fija esta con 3-4 gotas de cianoacrilato.”

El esquema de técnicas profilácticas para esquivar este obstáculo del choque laparoscópico va a ser uno de los desafíos crecidamente interesantes de los próximos periodos Las técnicas de cierre directo fascial han sido las primeras en utilizarse, pero son métodos con mala visualización y, en ocasiones, suficientemente incómodos a través de estas incisiones tan reducidas. Más allá de aquello, se han tomado en cuenta procedimientos toscos, que aumentan el período quirúrgico, causan dolor local, empeoran el resultado estético final y pueden comprometer la seguridad del cierre en los pacientes obesos. Si nos regimos por los principios

para reparar una hernia incisional, aparentemente sería aceptable que la preferible profilaxis debería reflexionar el uso de prótesis, como aceptan muchos cirujanos para prevenir las hernias incisionales o paraestomales, fundamentalmente en pacientes considerados de alto riesgo.

En este tipo de propuestas se han publicado tres referencias, donde se utiliza un pequeño pedazo de Surgicel como un retaco para obstruir la grieta del trocar, insertándolo en la capa muscular por vía anterior, luego se utiliza un tejido mixto introducida por la misma lesión del abordaje anterior, alojando el aparato reabsorbible en enfoque intraabdominal y utilizando una unión parietal superficial traumática. Como se ha explicado, es una elección endoscópica que permite una restauración indestructible y doble, parietal e intraabdominal, y con notables diferencias básicas. La introducción de la malla se realiza a través del trocar, ceño simple pero primordial, ya que asegura la distribución correcta de la malla, con lo que se evita así una falsa vía, el arrastre de gérmenes desde la piel (disminuye la contingencia de contagio), no traumatiza la pared y no precisa manejo para adaptarla a la superficie peritoneal ni a los pétalos en el recorrido transparietal. (4)

Existen diferentes formas de abordar la hernia obturatriz, bien sea por vía inguinal, bien retropúbica o transperitoneal. La laparotomía media es la corte preferida por la totalidad de los cirujanos, ya que tiene la ventaja de que proporciona una mejor exploración de la cavidad abdominal y permite el dictamen de la causa de la obstrucción, la reparación del orificio herniario y la caracterización de posibles áreas de isquemia intestinal que requieran resección. En los últimos años se ha venido considerando la laparoscopia para el método de este tipo de hernias; entre sus ventajas estaría una redención más rápida y con menos complicaciones. Sin embargo, en un contexto de obstrucción intestinal (como es nuestro caso), el acceso laparoscópico se convierte en una habilidad compleja, al coexistir un territorio intraabdominal limitado por la ampliación de las asas abdominales. Tras nuestra práctica primordial providencial con los pegamentos, decidimos utilizarlos como procedimiento de fijación protésica a nivel únicamente intraabdominal, porque evitan la necrosis e isquemia de las suturas y el posible dolor posoperatorio por ellos o por las grapas helicoidales, y el hecho de que la malla quede con arrugas o parcialmente desplegada, lo que favorece la formación de adherencias intraabdominales. El tamaño del poro y el decoro del pegamento garantizan ~ una unión segura y sólida (5)

## **CONCLUSIONES**

Luego de esta investigación hemos concluido que los aspectos teóricos sobre dificultades técnicas quirúrgicas, así como organismos, etc, yuxtapuesto con otros procedimientos es organizado con relación a la irradiación y el concurso con interacción, estos puntos aportan al facultativo el reforzamiento forzoso para el inicio o continuidad en su costumbre ambulatorio, apoyado en un elemento pragmático destinado por profesionales conocedores de la problemática, por ello y sin temor a equivocarnos creemos oportuno difundir estos alcances y la circunscripción de perseverar con la alineación de la enmienda endoscópicolanceta de la valla estomacal, considerando los otros niveles de educación de las técnicas endoscópicas, como el tutelaje y la colaboración a centros especializados y a congresos.

Es obligatorio, entonces, la implementación y encadenamiento de cursos similares a estos en el perímetro universal ante todo en países en vías de transformación, adonde es valeroso el certamen incesante a centros especializados, al igual que la implementación de cursos on-line

sobre esta insignia (aprovechando el poder de alcance de internet y para activo más en cuenta la docencia en esta área en los congresos de cirugía a grado universal).

luego tanto, algunos autores aconsejan la práctica de un razonamiento de inoculación, de modo rutinaria, cuando se asocian más de dos de estas circunstancias, de una manera parecida a como lo podemos transportar a fin en una laparotomía de urgencias, al elaborar una estoma, etc. (3)

## REFERENCIAS

1. García-Santos E., León-Salinas C. Hernia obturatriz: incarceration bilateral con obstrucción intestinal simultánea. *Rehah/v2i1/S225526771300056X*. 2013.
2. Carbonell Tatay F. El motivo de una revista de hernia en español para los cirujanos de los veintiún países que hablamos esta misma lengua o David contra Goliat. *Rev Hispanoa Mernia*. 2013; 1:1-2.
3. Comajuncosas J, Hermoso J, Gris P, Jimeno J, Orbeal R, Vallverdu H, et al. Risk factors for umbilical trocar site incisional hernia in laparoscopic cholecystectomy: A prospective 3-year follow-up study. *Am J Surg*. 2014;207(1):1–6.
4. Armananzas L, Ruiz-Tovar J, Arroyo A, Garcia-Peche P, ~ Armananzas E, Diez M, et al. Prophylactic mesh vs suture in ~ the closure of the umbilical trocar site after laparoscopic cholecystectomy in high-risk patients for incisional hernia. A randomized clinical trial. *J Am Coll Surg*. 2014;218(5):960–8.
5. Moreno-Egea A. The use of glue in hernia surgery. Combined fixation technique in laparoscopic hernia repair. *Cir Esp*. 2014;92(1):57–8.