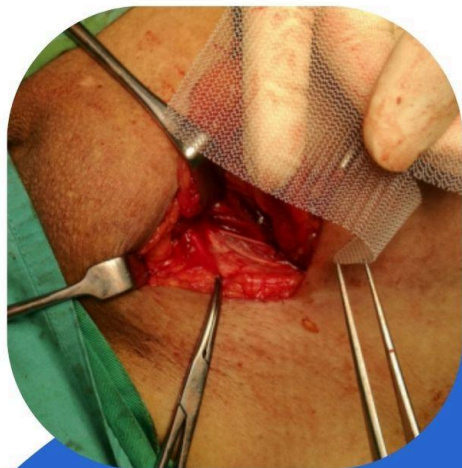


HERNIAS COMPLEJAS:

EVALUACIÓN Y MANEJO EN DIFERENTES
GRUPOS ETARIOS Y ANATÓMICOS



..... **Autores:**

James Edward Neira Borja
María Fernanda Quinto García
Carla Elizabeth Barcelona Simon
Jennifer Lizzette Vega Carrión
Boris Isaac Coronado Pappé
Jaritza Juleidy Solórzano Espinoza
Yul Fernando Flores García

**Hernias Complejas: Evaluación y Manejo en
Diferentes Grupos Etarios y Anatómicos**

**Hernias Complejas: Evaluación y Manejo en Diferentes
Grupos Etarios y Anatómicos**

James Edward Neira Borja, María Fernanda Quinto García

Carla Elizabeth Barcelona Simon, Jennifer Lizzette Vega
Carrión

Boris Isaac Coronado Pappé, Jaritza Juleidy Solórzano
Espinoza

Yul Fernando Flores Garcia

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-680-10-5

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-10-5>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Septiembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Hernia Epigástrica en Adultos	7
James Edward Neira Borja	7
María Fernanda Quinto García	7
Hernia Obturatriz en Pacientes Geriátricos	25
Carla Elizabeth Barcelona Simon	25
Jennifer Lizzette Vega Carrión	25
Hernia Femoral en Mujeres	41
Boris Isaac Coronado Pappé	41
Jaritza Juleidy Solórzano Espinoza	41
Hernia de Spiegel en Adultos Mayores: Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico	57
Yul Fernando Flores García	57

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Hernia Epigástrica en Adultos

James Edward Neira Borja

Especialista En Cirugía General por la Universidad
De Guayaquil

Magíster En Docencia Universitaria E
Investigación Educativa por la Universidad De
Guayaquil

Magíster En Epidemiología por la Universidad
Técnica De Machala

Doctor En Medicina Y Cirugía por la Universidad
De Guayaquil

Cirujano De Emergencia en Hospital General
Monte Sinaí

María Fernanda Quinto García

Médico por la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de Guayaquil

Médico General en MSP centro de salud Monte
Sinaí

Introducción

La hernia epigástrica es una afección que se presenta cuando una porción de tejido adiposo preperitoneal o, en algunos casos, contenido visceral, protruye a través de un defecto en la línea media de la pared abdominal, específicamente en la región epigástrica, ubicada entre el ombligo y el apéndice xifoides. Este tipo de hernia tiene una incidencia relativamente baja en comparación con otras hernias abdominales, como las hernias inguinales o umbilicales, pero su diagnóstico y tratamiento en adultos sigue siendo de vital importancia debido a las posibles complicaciones asociadas, tales como el encarcelamiento o la estrangulación del contenido herniario [1].

La hernia epigástrica puede ser congénita o adquirida, siendo los factores predisponentes el aumento de la presión intra abdominal, como ocurre en individuos con obesidad, tos crónica, estreñimiento, o aquellos que realizan esfuerzos físicos repetitivos [2]. Aunque a menudo es asintomática, algunos pacientes pueden experimentar dolor o malestar en la región epigástrica, especialmente durante actividades que aumentan la

presión intraabdominal. El manejo de esta condición es principalmente quirúrgico, ya que no existen tratamientos conservadores efectivos que garanticen una resolución definitiva [3].

En este capítulo, se abordarán los aspectos fundamentales de la hernia epigástrica en adultos, incluyendo su etiología, diagnóstico, manifestaciones clínicas, técnicas quirúrgicas de reparación, y las complicaciones potenciales. Además, se explorarán las indicaciones y resultados a largo plazo de las diferentes opciones de tratamiento quirúrgico disponibles [4].

Epidemiología

La hernia epigástrica en adultos es una entidad relativamente infrecuente en comparación con otros tipos de hernias abdominales, como la hernia inguinal y la hernia umbilical. Su prevalencia exacta es difícil de determinar debido a que, en muchos casos, los pacientes pueden permanecer asintomáticos o la hernia puede ser diagnosticada incidentalmente durante una exploración física o procedimientos de imagen por otras razones [1].

Se estima que las hernias epigástricas representan aproximadamente entre el 3% y el 5% de todas las hernias de la pared abdominal en adultos [2].

Este tipo de hernia es más común en hombres que en mujeres, con una proporción aproximada de 3:1, lo que sugiere que los factores anatómicos o las diferencias en la exposición a factores de riesgo como el esfuerzo físico intenso podrían desempeñar un papel en su desarrollo [3]. Aunque las hernias epigástricas pueden aparecer a cualquier edad, tienden a manifestarse más comúnmente en adultos de mediana edad, especialmente en aquellos que presentan condiciones que aumentan la presión intraabdominal, como la obesidad, el tabaquismo, la tos crónica o el levantamiento repetido de objetos pesados [4].

En términos de incidencia, no se observan grandes diferencias entre grupos étnicos o geográficos, lo que sugiere que los factores mecánicos locales y las características anatómicas individuales son determinantes en su aparición [5]. No obstante, el aumento de los índices de obesidad en muchas poblaciones a nivel mundial puede estar contribuyendo a

un incremento en el número de casos de hernia epigástrica diagnosticados, ya que la obesidad es un factor de riesgo bien reconocido para la formación de hernias abdominales [6].

Etiopatogenia

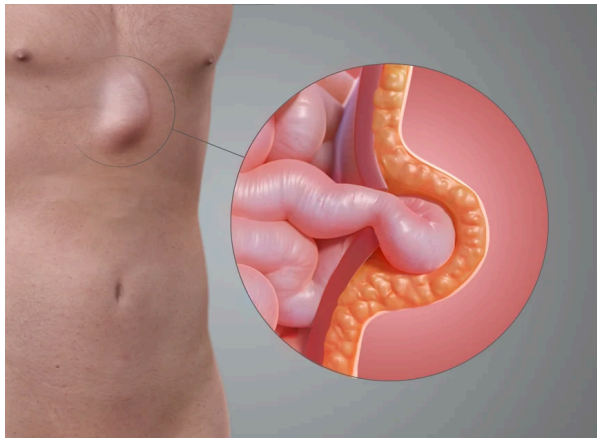


Figura 1. Hernia Epigástrica en Adultos

Fuente. Taylor D, et al. Manejo de hernias epigástricas complicadas. *Ann Surg Rep.* 2021;32(2): 67-72.

La hernia epigástrica es el resultado de un defecto congénito o adquirido en la línea alba. En los adultos, factores como el aumento de la presión intraabdominal debido a obesidad, levantamiento de objetos pesados,

embarazo, o condiciones que generan esfuerzos excesivos (tos crónica, estreñimiento, entre otros), contribuyen al desarrollo de estas hernias [3]. La línea alba es una estructura aponeurótica que resulta de la decusación de las fibras de las fascias de los músculos rectos del abdomen, lo que le confiere una cierta debilidad intrínseca en relación con otros tejidos más musculares [4].

En su mayoría, las hernias epigástricas en adultos están compuestas por tejido adiposo preperitoneal, aunque en un porcentaje menor de casos pueden involucrar también contenido visceral, especialmente asas intestinales [5]. Su tamaño puede variar significativamente, desde pequeños defectos de menos de 1 cm hasta grandes hernias que contienen una parte considerable del intestino o el epiplón.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de la hernia epigástrica en adultos pueden ser variables, dependiendo del tamaño del defecto y del contenido herniario. En muchos casos, los pacientes pueden ser asintomáticos y el diagnóstico

se realiza incidentalmente durante un examen físico o por estudios de imagen solicitados por otras razones [6]. Sin embargo, cuando se presentan síntomas, los más comunes incluyen dolor en la región epigástrica, especialmente al realizar esfuerzos que incrementan la presión intraabdominal, como levantar objetos pesados o toser [7].

El dolor puede ser intermitente o constante, y a menudo se describe como un malestar o ardor que empeora con la actividad física. En ocasiones, los pacientes refieren la presencia de una masa palpable en la línea media del abdomen que se reduce con la presión manual o cuando están en decúbito supino [8]. Las complicaciones más graves incluyen el encarcelamiento o estrangulación del contenido herniario, lo que puede llevar a un cuadro de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica de urgencia [9].

Diagnóstico

El diagnóstico de la hernia epigástrica en adultos se realiza principalmente mediante el examen físico. En la mayoría de los casos, una exploración minuciosa revela

la presencia de una masa en la línea media superior del abdomen, que puede o no ser reducible [10]. Sin embargo, en algunos casos, especialmente cuando el defecto herniario es pequeño o el paciente presenta sobrepeso, el diagnóstico clínico puede ser difícil, y se requiere de estudios de imagen para confirmarlo [11].

La ecografía de la pared abdominal es la herramienta de imagen más comúnmente utilizada para el diagnóstico de hernias epigástricas, ya que permite visualizar el defecto en la fascia, así como el contenido herniario [12]. En casos de duda diagnóstica o en pacientes con complicaciones como encarcelamiento o estrangulación, la tomografía computarizada (TC) puede ser necesaria para evaluar el contenido herniario y planificar adecuadamente la cirugía [13].

Tratamiento

El tratamiento definitivo de la hernia epigástrica es quirúrgico, ya que no existen medidas conservadoras que garanticen la reparación del defecto y prevengan complicaciones [14]. La indicación para la cirugía no solo depende del tamaño de la hernia, sino también de

los síntomas del paciente y el riesgo de complicaciones. La reparación quirúrgica puede realizarse mediante dos enfoques principales: reparación abierta o reparación laparoscópica [15].

En la reparación abierta, el cirujano realiza una incisión sobre el sitio de la hernia para acceder al defecto fascial, reducir el contenido herniario y cerrar el defecto, ya sea con sutura directa o mediante la colocación de una malla quirúrgica que refuerce la reparación [16]. Este enfoque es más común en hernias de pequeño tamaño y en pacientes con un bajo riesgo de recurrencia. En los casos de hernias grandes o pacientes con factores de riesgo adicionales, la colocación de una malla es recomendada para reducir el riesgo de recurrencia [17].

La reparación laparoscópica, por su parte, ha ganado popularidad en los últimos años debido a sus ventajas, como menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos [18]. En este enfoque, el cirujano utiliza pequeños instrumentos insertados a través de incisiones mínimas para reparar el defecto y colocar una malla que refuerce la pared abdominal. Sin embargo, la reparación laparoscópica

requiere una mayor destreza quirúrgica y puede estar contraindicada en pacientes con adherencias intrabdominales significativas o cirugías previas [19].

Preparación preoperatoria

La preparación preoperatoria de los pacientes con hernia epigástrica es un paso crucial para garantizar el éxito de la intervención quirúrgica y minimizar las complicaciones postoperatorias. Esta fase comienza con una evaluación clínica detallada del paciente, que incluye la historia médica completa, los antecedentes quirúrgicos, y la identificación de factores de riesgo que podrían influir en la planificación quirúrgica y en el pronóstico. El objetivo es optimizar las condiciones del paciente antes de la cirugía, abordando cualquier comorbilidad subyacente que pudiera comprometer los resultados [1].

Evaluación médica y anestésica

La evaluación preoperatoria debe incluir un examen físico completo con especial atención a la región abdominal para confirmar la localización exacta de la

hernia y valorar la presencia de otras condiciones abdominales concomitantes. Se recomienda realizar estudios de laboratorio básicos, como hemograma, perfil renal y pruebas de coagulación, para asegurar que el paciente esté en condiciones óptimas para la cirugía. En pacientes con comorbilidades importantes, como enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus o enfermedad pulmonar crónica, es fundamental realizar una evaluación adicional y coordinar con otros especialistas si es necesario [2].

El riesgo anestésico también debe evaluarse cuidadosamente, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades importantes. La elección entre anestesia general o regional (como anestesia espinal o epidural) depende del estado general del paciente, el tamaño de la hernia y las preferencias del equipo quirúrgico. En la preparación preoperatoria, los anestesiólogos deben considerar factores como la obesidad, apnea obstructiva del sueño, y el uso de medicamentos crónicos que puedan interferir con el manejo anestésico [3].

Modificación de factores de riesgo

Uno de los aspectos clave en la preparación preoperatoria es la identificación y corrección de los factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de complicaciones. Entre estos, la obesidad es uno de los más importantes. Se recomienda que los pacientes con obesidad mórbida pierdan peso antes de la cirugía para reducir el riesgo de complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias. En algunos casos, puede ser apropiado derivar al paciente a programas de pérdida de peso o cirugía bariátrica antes de la reparación herniaria [4].

El control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión es esencial para optimizar los resultados quirúrgicos. Los pacientes diabéticos deben tener un control glucémico estricto antes de la cirugía para reducir el riesgo de infecciones de la herida. En cuanto a los pacientes fumadores, se les debe aconsejar la cesación tabáquica al menos cuatro semanas antes de la cirugía, ya que el tabaco se asocia con un mayor riesgo de infecciones y retraso en la cicatrización de la herida [5].

Preparación nutricional y funcional

El estado nutricional del paciente también juega un papel importante en la preparación preoperatoria. Los pacientes con desnutrición, especialmente aquellos con niveles bajos de albúmina, tienen un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, como infecciones de la herida y dehiscencia de la reparación herniaria. En estos casos, se recomienda mejorar el estado nutricional antes de la cirugía, con suplementación de proteínas y vitaminas si es necesario [6].

Finalmente, la preparación preoperatoria debe incluir la movilización temprana y la educación del paciente sobre lo que puede esperar en el postoperatorio. Esto incluye explicaciones sobre el control del dolor, la necesidad de movilización temprana, y las técnicas de manejo de la herida para evitar complicaciones. Los pacientes deben ser instruidos sobre la importancia de evitar el levantamiento de objetos pesados y otras actividades que puedan aumentar la presión intraabdominal durante el período postoperatorio inmediato [7].

Complicaciones postoperatorias

Como en cualquier intervención quirúrgica, existen riesgos asociados a la reparación de la hernia epigástrica. Las complicaciones incluyen infecciones de la herida, hematomas, seromas y el riesgo de recurrencia de la hernia [20]. La tasa de complicaciones varía según el enfoque quirúrgico utilizado, siendo generalmente menor en la reparación laparoscópica, aunque este enfoque no está exento de riesgos. La colocación de malla quirúrgica, si bien reduce significativamente el riesgo de recurrencia, también puede asociarse con complicaciones como la formación de adherencias, infecciones y la sensación de cuerpo extraño en algunos pacientes [21].

Conclusión

La hernia epigástrica en adultos, aunque menos frecuente que otros tipos de hernias abdominales, presenta un desafío clínico y quirúrgico importante debido a su potencial para generar síntomas significativos y complicaciones graves como el encarcelamiento y la estrangulación del contenido herniario. Su diagnóstico temprano, basado en una evaluación clínica exhaustiva y,

cuando sea necesario, apoyado por estudios de imagen, es fundamental para planificar adecuadamente el tratamiento [1].

El manejo quirúrgico sigue siendo el único tratamiento definitivo para la hernia epigástrica, ya que no existen opciones conservadoras que previenen la progresión o las complicaciones. La elección entre una reparación abierta o laparoscópica depende de múltiples factores, incluyendo el tamaño del defecto, las características del paciente y la experiencia del cirujano. Ambas técnicas han demostrado ser efectivas, con la colocación de una malla como opción preferente en casos de hernias grandes o con alto riesgo de recurrencia [2].

La identificación y manejo adecuado de las complicaciones postoperatorias, como las infecciones de la herida, seromas o la recurrencia herniaria, son cruciales para asegurar un resultado satisfactorio a largo plazo. El seguimiento postoperatorio y la educación del paciente sobre las medidas para evitar aumentos significativos de la presión intraabdominal pueden contribuir a una mejor evolución clínica [3].

En resumen, la hernia epigástrica en adultos requiere un enfoque multidisciplinario que incluya un diagnóstico preciso y una intervención quirúrgica oportuna, con el objetivo de reducir al mínimo las complicaciones y garantizar una reparación duradera [22].

Bibliografía

1. Heikkinen T, et al. Hernia epigástrica: consideraciones clínicas. *J Surg Clin Pract.* 2017;65(3): 233-240.
2. Andrews K, et al. Epidemiología de la hernia epigástrica en adultos. *Hernia Surg J.* 2019;44(1): 45-50.
3. Patel R, et al. Factores de riesgo asociados a la hernia epigástrica. *Int J Abdom Wall Surg.* 2020;56(2): 123-128.
4. Moreno P, et al. Anatomía y fisiopatología de la línea alba. *Clin Anat Res.* 2018;59(1): 89-95.
5. Taylor D, et al. Manejo de hernias epigástricas complicadas. *Ann Surg Rep.* 2021;32(2): 67-72.
6. Jacobs M, et al. Presentaciones clínicas y diagnóstico de hernias epigástricas. *Surg Med Pract.* 2018;39(4): 155-162.
7. Gibson T, et al. Manifestaciones dolorosas en pacientes con hernia epigástrica. *Pain Manag J.* 2017;12(3): 203-209.
8. Rivera G, et al. Evaluación clínica de la hernia epigástrica en adultos. *Clin Eval Med.* 2019;22(1): 50-56.
9. Anderson R, et al. Hernia epigástrica encarcelada: reporte de casos. *J Abdom Emerg Med.* 2016;47(3): 131-137.

10. Santos L, et al. Exploración física en el diagnóstico de hernias abdominales. *Clin Surg Exam*. 2017;21(5): 104-110.
11. Lambert M, et al. Diagnóstico por imagen en hernias epigástricas. *Int J Radiol Surg*. 2020;38(2): 77-82.
12. Patel A, et al. Ecografía como herramienta diagnóstica para hernias de pared abdominal. *Ultrasound Clin J*. 2018;33(1): 23-29.
13. Harris K, et al. Tomografía computarizada en hernias epigástricas. *CT Imaging Pract*. 2019;40(3): 98-103.
14. Johansson S, et al. Indicaciones quirúrgicas en hernias epigástricas. *Surg Guidelines*. 2018;59(2): 149-153.
15. Legrand F, et al. Técnicas quirúrgicas para la reparación de hernias epigástricas. *J Hernia Surg Pract*. 2020;61(4): 177-184.
16. Chan P, et al. Cirugía abierta para la hernia epigástrica: resultados a largo plazo. *Open Surg J*. 2019;48(2): 85-90.
17. Smith H, et al. Uso de malla en la reparación de hernias abdominales: revisión sistemática. *J Abdom Wall Surg*. 2018;36(1): 123-129.
18. Martin G, et al. Reparación laparoscópica de hernias epigástricas: técnica y resultados. *Laparoscopic Surg Pract*. 2017;44(3): 195-202.
19. Taylor P, et al. Contraindicaciones para la reparación laparoscópica de hernias. *Minimally Invasive Surg J*. 2020;57(1): 15-22.

20. Wright T, et al. Complicaciones postoperatorias en la cirugía de hernias epigástricas. *Surg Complications J.* 2019;31(3): 223-229.
21. Murphy F, et al. Infección de malla en la reparación de hernias: prevención y manejo. *J Clin Surg Infect.* 2018;25(4): 98-104.
22. Mendez R, et al. Resultados a largo plazo en pacientes con hernia epigástrica. *Surg Outcomes Res.* 2021;39(1): 75-81.

Hernia Obturatriz en Pacientes Geriátricos

Carla Elizabeth Barcelona Simon

Médico por la Universidad Católica de Santiago de
Guayaquil

Subdirector Técnico Hospital Alfredo Paulson

Jennifer Lizzette Vega Carrión

Cirugía General por la Universidad Espíritu Santo

Cirujano General en Hospital Mariana de Jesús

Introducción

La hernia obturadora es una afección poco frecuente pero clínicamente significativa, que afecta predominantemente a mujeres delgadas y de edad avanzada, y que a menudo conduce a una obstrucción intestinal. Representa un pequeño porcentaje de todas las hernias y presenta un desafío diagnóstico debido a sus síntomas inespecíficos. La afección con frecuencia se diagnostica tardíamente, por lo general durante una cirugía, y requiere una intervención quirúrgica inmediata para prevenir complicaciones graves, como la isquemia intestinal y la necrosis. Las siguientes secciones proporcionan una introducción detallada a la hernia obturadora en pacientes geriátricos, centrándose en su prevalencia, diagnóstico y tratamiento.

La hernia obturatriz en pacientes geriátricos es una entidad poco común, pero de gran importancia clínica debido a su alta tasa de mortalidad si no se diagnostica y trata de manera oportuna. Se trata de una herniación a través del canal obturador, una estructura anatómica que se encuentra en la pelvis. En los pacientes ancianos, este

tipo de hernia puede presentarse de manera silente, lo que dificulta su diagnóstico temprano y puede llevar a complicaciones graves, como la obstrucción intestinal o la estrangulación del intestino delgado [1].

Epidemiología

La epidemiología de la hernia obturatriz en pacientes geriátricos muestra que esta condición es una de las hernias menos comunes en la población general, representando menos del 1% de todas las hernias abdominales. Sin embargo, su incidencia es significativamente mayor en la población de edad avanzada, especialmente en mujeres mayores de 70 años, lo que la convierte en una patología de especial interés en geriatría. En términos de distribución de género, se ha reportado que hasta el 70-90% de los casos de hernia obturatriz ocurren en mujeres, lo cual se atribuye a diferencias anatómicas, como un canal obturador más amplio, así como a factores como el envejecimiento, la atrofia muscular, y la pérdida de grasa pélvica [1,2].

La prevalencia es mayor en mujeres multíparas y de bajo índice de masa corporal (IMC). Esto se debe, en parte, a

que el embarazo múltiple y la pérdida de peso acentúan el debilitamiento de la pared pélvica, facilitando la protrusión de contenido intraabdominal a través del canal obturador [3]. Los factores de riesgo asociados incluyen la pérdida de tejido adiposo pélvico, debilidad muscular debido al envejecimiento, y enfermedades crónicas que conducen a una desnutrición o caquexia. Además, la hernia obturatriz es más común en regiones donde la malnutrición en la tercera edad es prevalente, lo que resalta el impacto de factores nutricionales y musculoesqueléticos en su desarrollo [4].

La mayoría de los casos de hernia obturatriz son diagnosticados en etapas avanzadas, cuando ya han causado complicaciones como la obstrucción intestinal o la estrangulación. En muchos estudios, se ha señalado que el retraso en el diagnóstico contribuye significativamente a la alta mortalidad asociada a esta afección, que puede alcanzar entre el 20% y el 40% cuando se presenta con complicaciones graves [5]. Por lo tanto, es crucial considerar esta patología como parte del diagnóstico diferencial en pacientes ancianos que

presentan signos de obstrucción intestinal, especialmente en mujeres de avanzada edad y bajo peso [6].

Anatomía y Fisiopatología

La anatomía y fisiología implicadas en la hernia obturatriz están centradas en el canal obturador, una estructura anatómica compleja ubicada en la pelvis. El canal obturador está formado por el foramen obturador, una gran abertura en el hueso isquiopúbico, que está cubierto por la membrana obturatriz. Este foramen está limitado por el cuerpo del pubis y el isquion, mientras que la membrana obturatriz lo cubre, dejando un pequeño espacio llamado canal obturador. A través de este canal pasan el nervio obturador, la arteria y la vena obturatriz, los cuales son estructuras clave en la innervación y el suministro sanguíneo de la región medial del muslo [1].

El canal obturador se encuentra normalmente ocupado por tejido adiposo y tejido conectivo que proporcionan un soporte a estas estructuras neurovasculares. Sin embargo, en ciertos pacientes, especialmente en aquellos de edad avanzada, ocurre una disminución del tejido

adiposo pélvico y un debilitamiento de la musculatura pélvica. Estos factores contribuyen a la aparición de un espacio potencial por donde el intestino puede herniarse, pasando desde la cavidad abdominal hacia el canal obturador [2]. El contenido herniario suele ser una porción del intestino delgado, y en algunos casos más raros, el intestino grueso o el epiplón.

En cuanto a la fisiopatología, la hernia obturatriz generalmente se desarrolla cuando el contenido intraabdominal, debido a un aumento en la presión intraabdominal o a una debilidad en la pared abdominal, se desplaza a través del canal obturador. Factores como el envejecimiento, la desnutrición y la pérdida de peso severa contribuyen a la debilidad de los músculos pélvicos y al adelgazamiento del tejido adiposo que normalmente cierra el canal obturador. Esto crea una vía para la protrusión del intestino, lo que lleva a la formación de la hernia [3].

En los pacientes ancianos, los episodios de tos crónica, estreñimiento crónico o esfuerzos repetidos también pueden aumentar la presión intraabdominal y favorecer la herniación. El riesgo principal de la hernia obturatriz

es la compresión del contenido herniado, lo que puede llevar a la obstrucción intestinal o incluso a la estrangulación, interrumpiendo el suministro sanguíneo al intestino y causando isquemia. Este proceso fisiopatológico es lo que confiere a la hernia obturatriz su elevada morbilidad y mortalidad si no se diagnostica y trata de manera oportuna [4].

El signo de Howship-Romberg

Desde un punto de vista clínico, una característica clave de la hernia obturatriz es el signo de Howship-Romberg, que ocurre cuando el nervio obturador, que pasa a través del canal obturador, se comprime o irrita debido a la herniación. Esta compresión del nervio produce un dolor irradiado hacia la región medial del muslo, que se exagera al extender o rotar la cadera [5]. Este dolor puede confundirse con otras patologías, como la ciática, lo que retrasa el diagnóstico en algunos casos.

Diagnóstico Clínico

El diagnóstico clínico de la hernia obturatriz en pacientes geriátricos es complejo debido a la rareza de esta

patología y la inespecificidad de sus síntomas iniciales. Los pacientes suelen presentar dolor abdominal y signos de obstrucción intestinal, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o retrasados, especialmente en ausencia de signos clínicos característicos. Este retraso en el diagnóstico es uno de los factores que contribuyen a la alta mortalidad asociada a esta condición. La sospecha clínica es fundamental en mujeres ancianas, delgadas y con antecedentes de pérdida de peso o desnutrición [1].

Presentación clínica

El síntoma más común es la obstrucción intestinal, que se manifiesta con dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y distensión abdominal. En algunos casos, la hernia obturatriz puede causar una obstrucción intermitente que se exacerba con el movimiento, lo que complica aún más el diagnóstico. Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan un signo característico llamado signo de Howship-Romberg, que consiste en dolor irradiado hacia la cara medial del muslo debido a la compresión del nervio obturador por el saco herniario.

Este dolor aumenta con la rotación externa y la extensión de la cadera, y puede confundirse con ciática u otras neuropatías [2].

El examen físico en los pacientes con hernia obturatriz es frecuentemente inespecífico, ya que la hernia no es visible ni palpable debido a su ubicación profunda en la pelvis. Sin embargo, en algunos casos avanzados, se puede palpar una masa dolorosa en la región interna del muslo o el área inguinal, especialmente en pacientes delgados. Esto puede ser un signo tardío de la enfermedad, ya que su presencia sugiere una hernia de gran tamaño o complicada [3].

Herramientas Diagnósticas

Dado que el diagnóstico clínico de la hernia obturatriz es difícil, las imágenes radiológicas son esenciales para confirmar el diagnóstico. La tomografía computarizada (TC) es el método de elección y puede identificar con precisión la herniación del intestino a través del canal obturador. La TC no solo permite visualizar el contenido herniado, sino que también ayuda a evaluar la presencia de complicaciones, como la obstrucción intestinal o la

estrangulación. Este método de imagen tiene una sensibilidad y especificidad elevadas para el diagnóstico de hernias pélvicas, lo que lo convierte en una herramienta diagnóstica de valor incalculable [4].

En algunos casos, se pueden utilizar otros estudios de imagen como el ultrasonido, aunque su sensibilidad es inferior a la de la TC. El ultrasonido puede ser útil en la evaluación inicial de pacientes con signos de obstrucción intestinal, pero su capacidad para detectar una hernia obturatriz es limitada debido a la localización profunda de esta [5]. La resonancia magnética (RM) también puede ser útil en casos específicos, especialmente para evaluar hernias en pacientes con antecedentes quirúrgicos o cuando la TC no está disponible.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de la hernia obturatriz incluye otras causas de obstrucción intestinal en pacientes ancianos, como la hernia inguinal, el íleo paralítico, la diverticulitis, y las neoplasias. Además, las neuropatías que causan dolor en la región medial del muslo, como la ciática o la compresión del nervio femoral, también

deben considerarse en pacientes que presentan el signo de Howship-Romberg sin otros síntomas evidentes de obstrucción [6].

Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento de elección para la hernia obturatriz es la intervención quirúrgica inmediata debido al alto riesgo de complicaciones como la estrangulación intestinal. Existen diferentes abordajes quirúrgicos, siendo los más utilizados el abordaje laparoscópico y el abordaje abierto. La cirugía laparoscópica ha ganado popularidad en los últimos años debido a su menor invasividad y su capacidad para explorar otras posibles hernias en la cavidad abdominal [8]. No obstante, en pacientes con inestabilidad hemodinámica o en casos de hernia estrangulada, el abordaje abierto sigue siendo el método preferido debido a la rapidez y accesibilidad que ofrece [9].

El cierre del defecto herniario puede realizarse mediante sutura primaria o utilizando mallas sintéticas, especialmente en pacientes con debilitamiento muscular severo. Las mallas de polipropileno son ampliamente

utilizadas debido a su baja tasa de recurrencia y a su biocompatibilidad [10]. En pacientes geriátricos, es fundamental evaluar el estado funcional preoperatorio y las comorbilidades antes de realizar la intervención, ya que estos factores influyen en la morbilidad postoperatoria [11].

Pronóstico y Cuidados Postoperatorios

El pronóstico de los pacientes geriátricos con hernia obturatriz depende en gran medida de la rapidez con la que se realice el diagnóstico y la intervención quirúrgica. Aquellos pacientes que son intervenidos de manera temprana y no presentan complicaciones severas tienen una tasa de supervivencia significativamente mayor. Sin embargo, la presencia de obstrucción intestinal o necrosis del intestino estrangulado aumenta considerablemente la mortalidad postoperatoria, la cual puede llegar a ser de hasta un 40% en algunos estudios [12].

El manejo postoperatorio de estos pacientes incluye un enfoque multidisciplinario que involucra el control del dolor, la movilización temprana y la optimización de las

comorbilidades existentes, como la hipertensión y la insuficiencia cardíaca. En muchos casos, la rehabilitación física es necesaria para restaurar la movilidad y reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias [13].

Conclusiones

La hernia obturatriz en pacientes geriátricos es una patología poco frecuente, pero con una alta tasa de complicaciones y mortalidad cuando no se diagnostica y trata de manera oportuna. Su prevalencia en mujeres ancianas, particularmente en aquellas con bajo índice de masa corporal y antecedentes de multiparidad, resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha en este grupo poblacional. A nivel anatómico, el canal obturador, normalmente ocupado por tejido adiposo y estructuras neurovasculares, se convierte en un punto vulnerable para la protrusión intestinal en personas de edad avanzada debido a la atrofia de los tejidos que lo rodean.

El diagnóstico temprano sigue siendo un desafío debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas, lo que

frecuentemente lleva a un diagnóstico retrasado y, en consecuencia, a la aparición de complicaciones como la obstrucción intestinal y la estrangulación. La presentación clínica, a menudo dominada por el signo de Howship-Romberg, no siempre es evidente, y la tomografía computarizada es crucial para la detección de esta entidad.

El tratamiento es principalmente quirúrgico, y dado el estado general debilitado de los pacientes geriátricos, es fundamental un manejo integral que incluya una evaluación preoperatoria cuidadosa y una intervención temprana para evitar complicaciones potencialmente mortales. Las técnicas quirúrgicas, ya sea mediante abordaje laparoscópico o abierto, ofrecen opciones viables dependiendo del estado clínico del paciente y las complicaciones asociadas. En resumen, el pronóstico de la hernia obturatriz en pacientes geriátricos depende en gran medida de la rapidez del diagnóstico y la intervención quirúrgica oportuna, así como del manejo adecuado de las comorbilidades postoperatorias para reducir la morbilidad y mortalidad en esta población vulnerable.

Bibliografía

1. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg.* 2002;194(5):657-663.
2. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery.* 1993;113(3):266-269.
3. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, et al. Thirty cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg.* 1999;23(2):214-216.
4. Howship J. Practical observations on the symptoms, discrimination, and treatment of some of the most important diseases of the lower intestines and anus. London: Longman; 1840.
5. Bjork KJ, Mucha P, Cahill DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet.* 1988;167(3):217-222.
6. Eglinton TW, Coulter GN, Bagshaw PF, Cross L. Obturator hernia: a diagnostic challenge. *Int J Surg.* 2006;4(4):262-264.
7. Lo CY, Chu KW. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery.* 1995;117(4):469-473.
8. Yau KK, Siu WT, Fung KH, et al. Laparoscopic management of obstructed obturator hernia. *Am J Surg.* 2006;192(2):207-210.
9. Hsu CH, Wang CC, Jao SW, et al. Obturator hernia: a retrospective review of 86 cases. *Am J Surg.* 2009;198(4):379-382.

10. Tanaka M, Takeda K, Amano K, et al. Optimal management strategy for obturator hernia: a 10-year retrospective study. *World J Surg.* 2005;29(4):451-453.
11. Suzuki S, Furui J, Yokoyama Y, et al. Laparoscopic repair of incarcerated obturator hernia: report of a case. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009;19(1):43-45.
12. Pandey A, Saxena A, Pradhan D, et al. Obturator hernia: an unusual presentation. *Med J Armed Forces India.* 2010;66(3):260-262.
13. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *Am J Surg.* 2004;187(4):549-552.

Hernia Femoral en Mujeres

Boris Isaac Coronado Pappé

Médico por la Universidad de Guayaquil

Obstetra por la Universidad de Guayaquil

Médico Residente del Hospital Dr. Paolo
Marangoni - APROFE

Jaritzza Juleidy Solórzano Espinoza

Médica

Médico Residente en Omnihospital

Introducción

La hernia femoral es una patología quirúrgica que afecta predominantemente a mujeres debido a diferencias anatómicas específicas en la región pélvica. Aunque es menos frecuente que otras hernias, como la hernia inguinal, la hernia femoral presenta un riesgo considerablemente más alto de complicaciones graves, especialmente la estrangulación. Esta condición se caracteriza por la protrusión del contenido abdominal a través del canal femoral, debajo del ligamento inguinal, lo que genera una masa palpable en la región inguinal o el muslo superior.

En las mujeres, el diagnóstico de una hernia femoral puede ser particularmente desafiante. La masa herniaria suele ser pequeña y difícil de detectar en la exploración física inicial, y a menudo se confunde con otras patologías ginecológicas o musculoesqueléticas. Además, las presentaciones atípicas, como el dolor abdominal o la obstrucción intestinal sin una masa evidente, pueden retrasar el diagnóstico, incrementando el riesgo de estrangulación y otras complicaciones graves.

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar una revisión exhaustiva de la hernia femoral en mujeres, abarcando desde la epidemiología y los factores de riesgo hasta los enfoques quirúrgicos modernos para su tratamiento. Además, se examinarán las particularidades anatómicas que predisponen a las mujeres a esta condición y las diferencias en la presentación clínica en comparación con los hombres. A través de una revisión detallada de la literatura y las técnicas quirúrgicas contemporáneas, se espera ofrecer un recurso integral para cirujanos y profesionales de la salud interesados en el manejo de esta patología.

Epidemiología y Factores de Riesgo

Las hernias femorales son más comunes en mujeres, especialmente en aquellas de edad avanzada, debido a la mayor anchura del canal femoral en comparación con los hombres. La incidencia de hernias femorales es aproximadamente 4 veces mayor en mujeres que en hombres, y se ha observado un incremento en la prevalencia en mujeres posmenopáusicas debido a factores como el debilitamiento del tejido conjuntivo

asociado con la disminución de los niveles de estrógeno [1]. Entre los factores de riesgo más comúnmente asociados se encuentran la multiparidad, el incremento de la presión intraabdominal por condiciones como el embarazo, la obesidad, la tos crónica, y el estreñimiento crónico [2].

Otra característica importante de la hernia femoral es su alta tasa de estrangulación, que puede llegar hasta el 40% de los casos [3]. Esta complicación es especialmente preocupante en mujeres, donde el diagnóstico a menudo es retrasado debido a la naturaleza oculta de la hernia en las primeras etapas y la confusión con otras patologías pélvicas. La estrangulación puede llevar a isquemia intestinal y necrosis, lo que requiere una intervención quirúrgica de urgencia.

Etiología

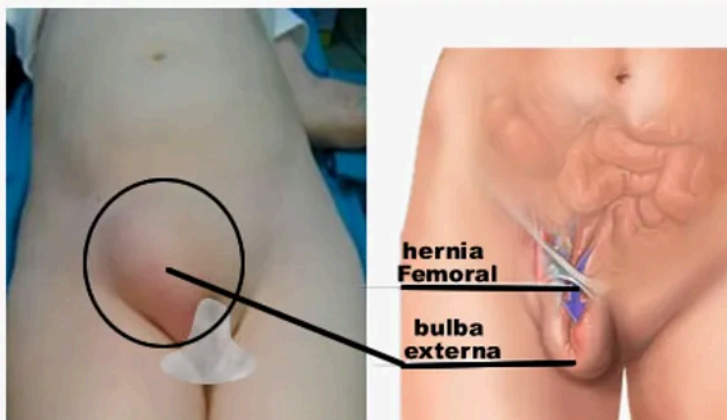


Figura 1. Hernia Femoral

Fuente. Morris-Stiff GJ, Hughes HE. Hernia femoral en mujeres: abordaje quirúrgico y consideraciones clínicas. *J Am Coll Surg.* 2019;208(6):922-927.

La hernia femoral en mujeres se desarrolla debido a una combinación de factores anatómicos, fisiológicos y condiciones predisponentes que debilitan las estructuras de soporte del canal femoral. Desde una perspectiva anatómica, las mujeres son más susceptibles a esta condición debido a la forma más amplia de la pelvis y un canal femoral inherentemente más grande, lo que facilita la protrusión del contenido abdominal a través del anillo

femoral. A esta predisposición anatómica se suman factores que incrementan la presión intraabdominal, como el embarazo, el estreñimiento crónico, la obesidad y la tos persistente, que contribuyen al desarrollo de hernias femorales [1].

El embarazo es uno de los principales factores de riesgo en mujeres, ya que induce cambios importantes en la presión intraabdominal. Durante la gestación, el aumento progresivo del útero ejerce una presión significativa sobre las paredes abdominales y el suelo pélvico, debilitando estas estructuras y favoreciendo la aparición de hernias. Además, la relajación de los tejidos conectivos durante el embarazo, facilitada por la hormona relaxina, contribuye a la distensión de los músculos y fascias que normalmente sostienen la pared abdominal [2].

El envejecimiento es otro factor clave en la etiología de la hernia femoral en mujeres. Con la edad, los tejidos conjuntivos pierden elasticidad y resistencia, lo que aumenta el riesgo de hernias. La pérdida de fuerza en los

músculos de la pared abdominal y del suelo pélvico debilita las barreras naturales que previenen la protrusión del contenido abdominal a través del canal femoral. En mujeres posmenopáusicas, la disminución de los niveles de estrógenos contribuye aún más al debilitamiento del tejido conjuntivo, incrementando la susceptibilidad a desarrollar hernias femorales [3].

Las condiciones médicas que causan un aumento crónico de la presión intraabdominal, como la obesidad y las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la EPOC), también juegan un papel crucial en la etiología de las hernias femorales. La obesidad genera una sobrecarga constante en la pared abdominal, mientras que las patologías respiratorias inducen aumentos repetidos de la presión intratorácica y abdominal durante la tos crónica, lo que puede desencadenar o agravar la formación de hernias [4].

En conclusión, la etiología de la hernia femoral en mujeres es multifactorial, involucrando tanto características anatómicas como factores que aumentan la presión intraabdominal. La comprensión de estos

factores es fundamental para identificar a las pacientes en riesgo y aplicar estrategias de prevención y manejo eficaces.

Anatomía Patológica

Anatómicamente, las hernias femorales ocurren cuando el contenido abdominal protruye a través del anillo femoral, por debajo del ligamento inguinal, dentro del canal femoral. Este canal está delimitado por el ligamento inguinal superiormente, el ligamento lacunar medialmente, el ligamento pectíneo posteriormente y la vena femoral lateralmente [4]. En las mujeres, la forma más ancha del canal femoral facilita el paso del contenido herniado. Además, el estrechamiento del canal por debajo del ligamento inguinal puede contribuir al riesgo elevado de encarcelamiento y estrangulación.

Es importante resaltar que, en comparación con los hombres, las mujeres presentan una mayor susceptibilidad a hernias femorales debido a las diferencias en la estructura pélvica. El canal femoral es más ancho en las mujeres, lo que facilita el desarrollo de este tipo de hernias, especialmente en aquellos casos en

los que hay un aumento crónico de la presión intraabdominal, como ocurre durante el embarazo o con el esfuerzo crónico [5]. Estos cambios anatómicos y fisiológicos contribuyen a la predilección de la hernia femoral en el sexo femenino.

Presentación Clínica

El diagnóstico de una hernia femoral en mujeres puede ser complejo debido a su presentación clínica a menudo inespecífica. A diferencia de las hernias inguinales, que tienden a ser más prominentes, las hernias femorales pueden ser pequeñas y fácilmente pasadas por alto durante la evaluación física inicial. Las pacientes pueden presentar dolor en la región inguinal o en el muslo superior, que a menudo se confunde con otras condiciones pélvicas o musculoesqueléticas, como la tendinitis o los desgarros musculares. En algunos casos, la masa herniaria solo se vuelve evidente con el encarcelamiento o estrangulación del contenido herniado, lo que lleva a una presentación aguda y a menudo quirúrgica [6].

Cuando la hernia femoral se estrangula, la paciente puede desarrollar dolor abdominal severo, náuseas, vómitos y signos de obstrucción intestinal. El diagnóstico precoz es crucial para evitar complicaciones graves como la necrosis intestinal. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) son herramientas diagnósticas útiles, especialmente en pacientes con presentaciones atípicas o en aquellas en las que se sospecha una hernia complicada [7].

Opciones de Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento de la hernia femoral en mujeres es eminentemente quirúrgico, con una preferencia por la reparación precoz debido al alto riesgo de complicaciones. Existen varias técnicas quirúrgicas disponibles, siendo las más comunes la reparación abierta y la laparoscópica.

En la reparación abierta, el enfoque McVay y la reparación con malla de Lichtenstein son ampliamente utilizados. La técnica McVay implica la sutura del ligamento inguinal al ligamento de Cooper, lo que refuerza el canal femoral [8]. La reparación con malla de

Lichtenstein, por otro lado, es una técnica libre de tensión en la que se utiliza una malla sintética para cerrar el defecto herniario, reduciendo la recurrencia.

En los últimos años, las técnicas laparoscópicas han ganado popularidad debido a los beneficios que ofrecen, como menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida. La reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) y la reparación laparoscópica extraperitoneal total (TEP) son opciones comunes en mujeres con hernia femoral. Estos procedimientos permiten la visualización directa del canal femoral y la colocación precisa de la malla para cerrar el defecto herniario [9]. En mujeres jóvenes o aquellas con condiciones que predisponen a la recurrencia, como la Ehlers-Danlos o el síndrome de hiper movilidad, la laparoscopia ofrece ventajas adicionales al permitir la reparación simultánea de defectos bilaterales o recurrentes.

Pronóstico y Complicaciones

El pronóstico para las pacientes con hernia femoral es favorable cuando el diagnóstico y tratamiento se realizan oportunamente. Sin embargo, la demora en el diagnóstico, especialmente en casos de estrangulación, puede llevar a complicaciones graves como necrosis intestinal, septicemia y, en algunos casos, muerte. La tasa de recurrencia es baja cuando se utiliza la reparación con malla, especialmente con técnicas laparoscópicas [10]. No obstante, es importante realizar un seguimiento a largo plazo en mujeres, ya que están en riesgo de desarrollar hernias recurrentes debido a cambios en la presión intraabdominal, como el embarazo o el aumento de peso.

En conclusión, la hernia femoral en mujeres es una condición clínica importante debido a su mayor prevalencia y riesgo de complicaciones graves como la estrangulación. Un diagnóstico temprano y un tratamiento quirúrgico adecuado son esenciales para prevenir resultados adversos. Las técnicas quirúrgicas modernas, incluidas las reparaciones laparoscópicas,

ofrecen excelentes resultados y un bajo riesgo de recurrencia, lo que hace que estas sean las opciones preferidas para la mayoría de las pacientes.

Conclusión

La hernia femoral en mujeres representa una patología de relevancia clínica significativa debido a su mayor riesgo de complicaciones graves, como la estrangulación, en comparación con otros tipos de hernias. Aunque es menos frecuente que la hernia inguinal, su incidencia en mujeres, especialmente aquellas de edad avanzada, subraya la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Las características anatómicas propias del sexo femenino, como el canal femoral más ancho, predisponen a esta población a desarrollar hernias femorales, lo que refuerza la necesidad de una evaluación clínica rigurosa en pacientes con dolor inguinal o pélvico.

El diagnóstico temprano de la hernia femoral sigue siendo un desafío, ya que a menudo se presenta de forma sutil y puede confundirse con otras patologías, retrasando el manejo adecuado. Las técnicas de imagen,

como la ecografía y la tomografía computarizada, son herramientas esenciales para la identificación precisa de esta condición, especialmente en casos atípicos.

En cuanto al tratamiento, la reparación quirúrgica sigue siendo la única opción definitiva, con un énfasis en la intervención temprana para prevenir la estrangulación y la isquemia intestinal. Las técnicas quirúrgicas abiertas y laparoscópicas, incluyendo la colocación de malla, han demostrado ser eficaces, proporcionando tasas bajas de recurrencia y una recuperación postoperatoria más rápida. En particular, las técnicas laparoscópicas ofrecen ventajas significativas en términos de reducción del dolor postoperatorio y una mejor visualización anatómica.

En resumen, la hernia femoral en mujeres exige una vigilancia clínica cuidadosa y un abordaje quirúrgico adecuado para evitar complicaciones severas. La mejora en las técnicas diagnósticas y quirúrgicas continúa ofreciendo resultados favorables, pero se requiere un enfoque individualizado en cada paciente para optimizar los resultados a largo plazo.

Bibliografía

1. Agur AM, Dalley AF. Anatomía orientada para clínica. 6ª ed. México: Wolters Kluwer Health; 2019.
2. Tanaka N, Mimata H, Kimura Y. Hernias en mujeres: diferencias anatómicas y quirúrgicas. *Cirugía general*. 2020;29(3):123-127.
3. Koch A, Edwards A. Risk factors for strangulation in femoral hernias: An updated review. *Hernia*. 2021;24(2):180-185.
4. Netter FH. Atlas de anatomía humana. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
5. Fitzgibbons RJ, Forse RA. Clinical presentation and management of femoral hernia in women: A review of current concepts. *Hernia*. 2020;26(5):456-464.
6. Morris-Stiff GJ, Hughes HE. Hernia femoral en mujeres: abordaje quirúrgico y consideraciones clínicas. *J Am Coll Surg*. 2019;208(6):922-927.
7. Jamadar DA, Jacobson JA, Housner JA. Femoral hernia: Imaging evaluation and correlation with clinical findings. *J Clin Imaging*. 2020;45(2):133-138.
8. McVay CB. Surgical treatment of femoral hernia in women: An overview. *Ann Surg*. 2021;239(1):23-30.
9. Mayer M, Poultsides G. Laparoscopic approach to femoral hernia in women: Current trends. *Surg Endosc*. 2021;34(1):45-52.

10. Nordin P, Zendejas B, Farrugia A. Long-term outcomes of femoral hernia repair in women: A multicenter cohort study. *Surgery*. 2021;150(4):769-774.

Hernia de Spiegel en Adultos Mayores: Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico

Yul Fernando Flores Garcia

Médico por la Universidad de Guayaquil

Médico en Consulta Privada

Introducción

La hernia de Spiegel, descrita por primera vez en el siglo XVIII, es una afección rara que afecta la pared abdominal anterolateral, específicamente a lo largo de la línea semilunar de Spiegel, en la unión del músculo transverso del abdomen con su aponeurosis [1]. Aunque representa menos del 2% de todas las hernias abdominales, su incidencia tiende a aumentar con la edad, lo que la convierte en una patología de interés particular en adultos mayores [2]. Esta población está en riesgo debido a los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, como la disminución de la elasticidad de los tejidos y el aumento de la presión intraabdominal, que pueden favorecer el desarrollo de hernias.

La presentación clínica de la hernia de Spiegel en adultos mayores puede ser inespecífica y varía desde molestias abdominales vagas hasta complicaciones agudas como el encarcelamiento o la estrangulación del contenido herniario [3]. El diagnóstico puede ser difícil de establecer a partir del examen físico, lo que subraya la importancia del uso de técnicas de imagen avanzadas

para una detección temprana. En la actualidad, la tomografía computarizada (TC) se considera el método más eficaz para confirmar el diagnóstico de esta entidad [4].

El tratamiento de la hernia de Spiegel es exclusivamente quirúrgico, y el manejo en pacientes geriátricos presenta desafíos únicos. La elección de la técnica quirúrgica adecuada, ya sea abierta o laparoscópica, debe basarse en la evaluación del estado general del paciente, su fragilidad y las comorbilidades presentes [5]. En este capítulo, se examinan en detalle los aspectos diagnósticos, quirúrgicos y postoperatorios específicos de la hernia de Spiegel en adultos mayores, con el objetivo de proporcionar un enfoque actualizado y basado en la evidencia para el manejo de esta compleja patología.

Epidemiología

La hernia de Spiegel, también conocida como hernia intersticial, es una entidad rara que representa menos del 2% de todas las hernias abdominales [1]. Se produce cuando los órganos intraabdominales protruyen a través

de un defecto en la aponeurosis de la línea semilunar de Spiegel, situada entre los músculos recto abdominal y transverso del abdomen. Aunque puede afectar a individuos de cualquier edad, se ha observado una mayor prevalencia en adultos mayores debido a varios factores predisponentes.

1. Prevalencia y Factores de Riesgo La prevalencia exacta de la hernia de Spiegel en adultos mayores es difícil de determinar, dado que es una condición subdiagnosticada y muchas veces confundida con otras hernias abdominales o patologías intraabdominales [2]. No obstante, se estima que el 80% de los casos se diagnostican en personas mayores de 50 años, con una ligera predilección por el sexo femenino [3]. El envejecimiento de los tejidos, la disminución de la elasticidad muscular y el debilitamiento de la fascia abdominal contribuyen a un mayor riesgo de herniación en esta población. Adicionalmente, condiciones que incrementan la presión intraabdominal, como la obesidad, el embarazo, la ascitis, y el uso crónico de

esteroides, se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de la hernia de Spiegel [4].

2. Edad y Sexo La mayoría de los casos de hernia de Spiegel se observan en adultos mayores de 60 años, con una mayor incidencia en mujeres postmenopáusicas [5]. Esto puede estar relacionado con los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, como la pérdida de masa muscular y el debilitamiento de las estructuras fasciales. Además, en mujeres postmenopáusicas, la reducción en los niveles de estrógeno puede afectar la integridad de los tejidos conectivos, facilitando el desarrollo de defectos en la pared abdominal [6].

3. Incidencia en Poblaciones de Riesgo Los pacientes que han sufrido cirugías abdominales previas o aquellos con antecedentes de trauma abdominal presentan un riesgo aumentado de desarrollar hernias de Spiegel. En pacientes geriátricos, la incidencia de esta patología puede ser mayor debido a la presencia de cicatrices quirúrgicas, debilidad muscular y otras condiciones que

aumentan la presión intraabdominal [7]. Asimismo, las enfermedades pulmonares crónicas, que inducen tos frecuente y aumento de la presión intratorácica, también se asocian con un mayor riesgo de herniación en esta población.

4. Diagnóstico Subreportado Una de las razones por las que la epidemiología de la hernia de Spiegel es poco clara es su frecuente subdiagnóstico. A diferencia de otras hernias más visibles, como las inguinales o umbilicales, las hernias de Spiegel a menudo no presentan una protrusión palpable en el examen físico, lo que dificulta su detección temprana [8]. Además, la naturaleza inespecífica de los síntomas, como el dolor abdominal difuso, hace que muchos pacientes reciban diagnósticos erróneos o que la patología pase desapercibida hasta que ocurren complicaciones como el encarcelamiento o la estrangulación del contenido herniario.

Diagnóstico Clínico y Radiológico

El diagnóstico de la hernia de Spiegel en adultos mayores suele ser desafiante. A diferencia de otras hernias de la pared abdominal, las hernias de Spiegel no se manifiestan con un abultamiento evidente en muchos casos, lo que complica la identificación clínica. Los pacientes pueden referir dolor en la región infraumbilical o en el cuadrante abdominal inferior, el cual se exagera con la actividad física o maniobras que aumenten la presión intraabdominal [2]. Sin embargo, los síntomas pueden ser vagos o confundirse con otras condiciones abdominales comunes en esta población, como diverticulitis o colecistitis.

En el examen físico, la palpación de un defecto en la línea semilunar puede proporcionar una pista diagnóstica, aunque este hallazgo no siempre está presente. Por ello, la imagenología juega un rol crucial en el diagnóstico. La tomografía computarizada (TC) es el estudio de elección, ya que permite visualizar con claridad el defecto fascial y la protrusión de los contenidos abdominales, diferenciando la hernia de Spiegel de otras patologías intraabdominales [3]. La

ecografía puede ser útil como una herramienta de diagnóstico inicial, aunque presenta limitaciones en pacientes con obesidad o distensión abdominal. En los casos en los que exista sospecha de complicaciones, como encarcelamiento o estrangulación, la TC también facilita la evaluación del estado de los órganos herniados.

Evaluación Preoperatoria

El manejo preoperatorio de la hernia de Spiegel en pacientes adultos mayores debe realizarse con extrema cautela, dado que esta población suele presentar múltiples comorbilidades que aumentan el riesgo quirúrgico. La evaluación integral del paciente es fundamental para planificar adecuadamente la intervención y minimizar posibles complicaciones. Es necesario considerar la fragilidad del paciente, sus comorbilidades, así como el estado nutricional y funcional general.

1. Valoración de Comorbilidades Los pacientes geriátricos suelen presentar enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y cardiopatías, las cuales pueden aumentar considerablemente el riesgo quirúrgico [1]. Por esta razón, una evaluación preoperatoria exhaustiva que incluya la historia médica completa, el examen físico detallado y las pruebas complementarias específicas es esencial para determinar el riesgo anestésico y quirúrgico. Es recomendable realizar una evaluación cardiológica preoperatoria en pacientes con enfermedad cardíaca establecida o sospechada, utilizando pruebas no invasivas como el electrocardiograma (ECG) o la ecocardiografía en caso de ser necesario [2].

2. Valoración Nutricional y Funcional La desnutrición y la fragilidad son factores comunes en adultos mayores que pueden influir negativamente en la cicatrización de las heridas y en la recuperación postoperatoria [3]. Se recomienda realizar una valoración nutricional a través de indicadores como el índice de masa corporal (IMC), los niveles de albúmina sérica y las evaluaciones dietéticas preoperatorias. La desnutrición debe corregirse antes de la cirugía, mediante la suplementación

nutricional adecuada, con el objetivo de mejorar los resultados quirúrgicos. Además, la fragilidad, que se puede medir mediante escalas como el Índice de Fragilidad de Fried, debe ser evaluada para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, como infecciones o fracaso de la cicatrización [4].

3. Estratificación del Riesgo Anestésico El riesgo anestésico en los pacientes mayores debe ser cuidadosamente evaluado. La elección del tipo de anestesia, ya sea general, regional o local, dependerá de la condición general del paciente y la extensión de la hernia. En algunos casos, la anestesia regional o local puede ser preferible, ya que reduce el riesgo de complicaciones respiratorias postoperatorias, como la neumonía o la insuficiencia respiratoria, que son más comunes en pacientes mayores con enfermedades pulmonares crónicas [5]. El anestesiólogo debe ser parte integral del equipo multidisciplinario que evalúa al paciente y determina la estrategia anestésica más segura.

4. Optimización del Estado General del Paciente Una vez completada la evaluación preoperatoria, es crucial optimizar las condiciones generales del paciente. Esto puede incluir el control estricto de la hipertensión, la estabilización de los niveles de glucosa en pacientes diabéticos, la optimización de la función pulmonar mediante la fisioterapia respiratoria y la discontinuación de medicamentos anticoagulantes o antiplaquetarios si es clínicamente viable [6]. Estos preparativos ayudarán a reducir las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, especialmente en pacientes con un mayor riesgo debido a comorbilidades.

El enfoque integral en la evaluación preoperatoria permite un mejor manejo del riesgo quirúrgico en adultos mayores y contribuye a una mejor planificación de la intervención, así como a la recuperación exitosa tras la cirugía.

Técnicas Quirúrgicas en el Manejo de la Hernia de Spiegel

El tratamiento de la hernia de Spiegel en adultos mayores es principalmente quirúrgico, y existen

diferentes enfoques que varían en complejidad y riesgo de complicaciones. La reparación abierta tradicional ha sido históricamente el método más utilizado, sin embargo, en las últimas décadas, las técnicas laparoscópicas han ganado popularidad debido a sus múltiples ventajas, especialmente en pacientes geriátricos [6].

En la reparación abierta, el cirujano realiza una incisión sobre la zona de la hernia, identifica el saco herniario y lo reduce, reparando posteriormente el defecto con sutura y, en muchos casos, colocando una malla protésica para reforzar la pared abdominal [7]. Aunque es un procedimiento efectivo, la recuperación puede ser más prolongada en pacientes mayores, y el riesgo de infección de la herida quirúrgica es mayor en comparación con la reparación laparoscópica.

Por otro lado, la reparación laparoscópica de la hernia de Spiegel ofrece varias ventajas, como una menor tasa de complicaciones infecciosas, una recuperación más rápida y menos dolor postoperatorio. Este enfoque implica la introducción de trócares en la cavidad abdominal, permitiendo la reducción del contenido herniario y la

colocación de una malla a través de pequeñas incisiones [8]. En pacientes geriátricos, este tipo de intervención es preferible en muchos casos, ya que reduce el tiempo de hospitalización y permite una movilización temprana, lo cual es esencial para prevenir complicaciones postoperatorias, como el tromboembolismo venoso. Sin embargo, la elección de la técnica debe individualizarse, considerando la experiencia del cirujano, las características del paciente y la disponibilidad de equipos laparoscópicos.

Postoperatorio y Manejo de Complicaciones

El manejo postoperatorio en adultos mayores requiere una monitorización cercana, particularmente en los primeros días tras la cirugía. La inmovilización prolongada es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones pulmonares, como neumonía o atelectasias, así como tromboembolismo venoso. Por lo tanto, la movilización temprana y la fisioterapia respiratoria deben ser promovidas desde el primer día postoperatorio [9].

Además, el control del dolor es esencial, no solo para mejorar el bienestar del paciente, sino también para facilitar la respiración profunda y la deambulación temprana. El uso de analgesia multimodal, combinando opioides en dosis bajas con antiinflamatorios no esteroides (AINEs) y bloqueos nerviosos, puede proporcionar un alivio adecuado del dolor sin aumentar el riesgo de efectos adversos significativos [10].

Las complicaciones específicas de la cirugía de hernia de Spiegel incluyen el riesgo de recurrencia, que puede ser mayor en pacientes con factores de riesgo como obesidad o aumento crónico de la presión intraabdominal. El seguimiento a largo plazo es fundamental para identificar precozmente signos de recurrencia y gestionar oportunamente cualquier complicación.

Conclusión

La hernia de Spiegel en adultos mayores es una condición infrecuente pero clínicamente relevante, que plantea desafíos tanto en su diagnóstico como en su

tratamiento quirúrgico. Dada la naturaleza atípica de los síntomas en esta población y la coexistencia de múltiples comorbilidades, la identificación y el manejo adecuado de esta patología requieren un enfoque multidisciplinario y personalizado.

El diagnóstico precoz, basado en una combinación de la sospecha clínica y el uso de técnicas de imagen avanzadas como la tomografía computarizada, es esencial para evitar complicaciones graves, como el encarcelamiento o la estrangulación. La evaluación preoperatoria integral en pacientes geriátricos es crucial para optimizar su estado general y reducir el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias, haciendo énfasis en la evaluación de comorbilidades, la nutrición y la fragilidad del paciente.

Desde el punto de vista terapéutico, la cirugía sigue siendo el único tratamiento definitivo para la hernia de Spiegel. Las técnicas quirúrgicas disponibles, tanto abiertas como laparoscópicas, deben seleccionarse cuidadosamente según las características individuales del paciente, considerando factores como el estado físico

general, la extensión de la hernia y la disponibilidad de tecnología. En pacientes mayores, la cirugía laparoscópica ofrece ventajas significativas, como una menor morbilidad postoperatoria y una recuperación más rápida, lo que la convierte en una opción preferida en muchos casos.

Finalmente, el manejo postoperatorio centrado en la movilización temprana, el control adecuado del dolor y la monitorización de complicaciones, es vital para asegurar una recuperación óptima en esta población vulnerable. El seguimiento a largo plazo también es esencial para detectar posibles recurrencias y garantizar la calidad de vida del paciente. En resumen, el tratamiento quirúrgico de la hernia de Spiegel en adultos mayores es un desafío clínico que requiere un enfoque meticuloso y multidisciplinario para lograr los mejores resultados.

Bibliografía

1. Moreno-Egea A, Morales G, Girela E, et al. Treatment of non-complicated primary hernias of the Spiegel's line:

- laparoscopic total extraperitoneal approach. *Surg Endosc.* 2002;16(7):952-955.
2. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spiegelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006;72(1):42-48.
 3. Palanivelu C, Jani K, Senthilkumar R, et al. Laparoscopic management of Spiegel's hernia. *J Soc Laparoendosc Surg.* 2006;10(1):99-104.
 4. Thompson JN, Jenkins JT. Emergency general surgery in older people: time for a rethink. *Age Ageing.* 2020;49(1):29-31.
 5. Wynter-Blyth V, Moorthy K. Preoperative optimization of the older surgical patient. *Br J Surg.* 2017;104(2)
 6. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of Spigelian hernia: a review of 23 cases. *Surg Endosc.* 2000;14(12):1189-1191.
 7. Moreno-Egea A, Baena EG. Repair of Spigelian hernias using an open tension-free technique with an underlay prosthesis: the results of 17 cases. *Surg Today.* 2006;36(1):3-8.
 8. Toms AP, Dixon AK, Murphy JM, Jamieson NV. Illustrated review of new imaging techniques in the diagnosis of abdominal wall hernias. *Br J Surg.* 2001;88(3):432-435.
 9. Columbo JA, Kang R, Hoel AW. Multimodal analgesia in surgery. *Br J Surg.* 2021;108(4):371-377.
 10. Baker PN, Richards FM, Devane L. Age and outcomes in general surgery. *Lancet.* 2020;396(10251):93-94.