

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y tratamiento de
**HERNIAS INGUINALES
Y FEMORALES**

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-015-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

**CIE 10 K40 Hernia Inguinal
K41 Hernia Femoral**

GPC

**Diagnóstico y tratamiento de
hernias inguinales y femorales**

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El orificio musculopectíneo es importante porque relaciona dos regiones comunes desde el punto de vista anatómico-quirúrgico: la región inguino-abdominal y la región inguino-crural.

Las hernias inguinales se originan en el orificio musculopectíneo. Están limitadas por el arco transversario, el músculo recto del abdomen, la rama iliopubiana y el músculo iliopsoas; a su vez, están tapizadas en su superficie interna por la fascia transversalis y el ligamento inguinal.

La hernia femoral o crural se produce por un defecto en la fascia transversalis por debajo de la cintilla iliopubiana de Thompson, en uno de los puntos débiles del orificio musculopectíneo, no cubierto por estructuras musculares, tendinosas o aponeuróticas, exteriorizándose el saco herniario en la región femoral.

FACTORES DE RIESGO

La presencia de uno o más de los siguientes factores puede favorecer el desarrollo de una hernia inguinal:

- Antecedentes genéticos positivos para el desarrollo de hernias.
- Alimentación pobre en proteínas.
- Tabaquismo.
- Problemas pulmonares crónicos.

SIGNOS ESPECÍFICOS

Presenta protrusión o abultamiento en el área inguinal o en área femoral, la cual puede ser dolorosa o no dolorosa, reductible o no.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es importante para la detección de estados predisponentes a la formación de hernias y para su identificación correcta que muchas veces son asintomáticas, así como para sospechar la presencia del padecimiento en otros miembros de la familia.

Los principales datos a recoger en la historia clínica son:

- Tiempo de evolución de la hernia.
- Diferenciación entre inguinal y crural.
- Bilateralidad.
- Reducción espontánea.
- Presencia de dolor y su severidad (no dolor, leve, moderado, severo). El dolor es un síntoma inconstante.
- Incapacidad para la vida laboral, social o familiar (ninguna, leve, moderada, severa).
- Antecedentes personales médicos, quirúrgicos y medicación actual.
- Existencia de factores de exacerbación (anomalías congénitas, condiciones que generan una presión intra-abdominal elevada, estados nutricionales alterados, cirrosis con ascitis y diálisis peritoneal de larga duración).
- Existencia de factores asociados a complicación (edad avanzada, tiempo de evolución, tipo de la hernia y presencia de enfermedades concomitantes).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presencia de protrusión o abultamiento en un sitio o área de la región inguinal, reductible o no, que genera molestia leve o dolor al examen y que aumenta al deambular o al esfuerzo y disminuye o desaparece al decúbito (salvo en la incarceration). En la complicación aguda puede haber cambios de coloración, dolor intenso y crepitación local. El paciente debe ser valorado en todos los casos por un cirujano general.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No toda masa o protrusión es una hernia. En la región inguinal el diagnóstico diferencial debe hacerse con:

- Tumores de cordón espermático y de testículo.
- Quiste de epidídimo e hidrocele.

En la región femoral con:

- Adenomegalias.

No todo dolor en la región inguinal es producido por una hernia. Debe hacerse diagnóstico diferencial con:

- Neuritis.
- Compresión radicular.
- Pubitis postraumática (en inserciones musculares, común en deportistas).
- Inguinodinia postquirúrgica crónica (de origen somático o neuropático).

CRITERIOS DE REFERENCIA

Todo paciente con sospecha de hernia inguinal debe de ser enviado al segundo nivel de atención para valoración programada o urgente según sea el caso, inclusive los niños menores de dos años.

Del segundo al tercer nivel deben referirse sólo los pacientes con hernias que, a juicio del cirujano tratante, requerirán manejo multidisciplinario, como los casos con complicaciones catastróficas. Esta situación es excepcional.

ESTUDIOS EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En el primer nivel de atención no se requieren estudios. Sólo son de ayuda cuando existen complicaciones, como recurso de valoración preoperatoria o para confirmación diagnóstica. Los estudios de gabinete se utilizan principalmente en casos de apoyo en segundo o tercer nivel.

ESTUDIOS DE IMAGEN

Los rayos X son útiles ocasionalmente y la herniografía es un método poco utilizado debido a que es invasivo.

El ultrasonido de pared abdominal es útil en casos de duda, como en pacientes obesos o en diagnóstico diferencial de dolor abdominal no visceral o en inguinodinia.

La Tomografía axial computada (TAC) simple y contrastada en modalidad gráfica (imágenes fijas) y dinámica (CD) para la evaluación de defectos en región inguinal, está indicada en casos que persiste la duda diagnóstica o para definir tipo de hernia, el número de defectos, el tamaño y contenido del saco herniario; como en la hernia con pérdida de domicilio.

MANEJO PREOPERATORIO

Los estudios de laboratorio sólo son de ayuda como recurso de valoración preoperatoria y en complicaciones.

Se realiza laboratorio básico en los menores de 40 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

Se debe agregar exámenes de laboratorio preoperatorios, de gabinete y valoración por Medicina Interna en mayores de 40 años y/o con patología asociada (ASA).

Firma de hoja de consentimiento informado

MANEJO GENERAL DE LA HERNIA

La cirugía debe tener fines reconstructivos, para lo cual se recurrirá al uso de materiales protésicos o a técnicas plásticas indicadas en cada caso. Los materiales protésicos evolucionan constantemente, por lo que deben usarse en lo posible los aprobados por los comités internacionales de evaluación.

El tratamiento quirúrgico es por vía abierta. Las técnicas abiertas utilizadas son Lichtenstein (malla plana), cono y malla plana o mediante sistemas preformados. La hernia crural se trata mediante cono o sistemas preformados. Las revisiones sistemáticas no apoyan el uso de laparoscopia. El abordaje por laparoscopia es totalmente abdominal o por vía extra peritoneal en hernias bilaterales o recidivantes. La técnica con tensión en ausencia de material protésico ideal es la Shouldice.

DIAGRAMA DE FLUJO 1.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INGUINALES Y FEMORALES

