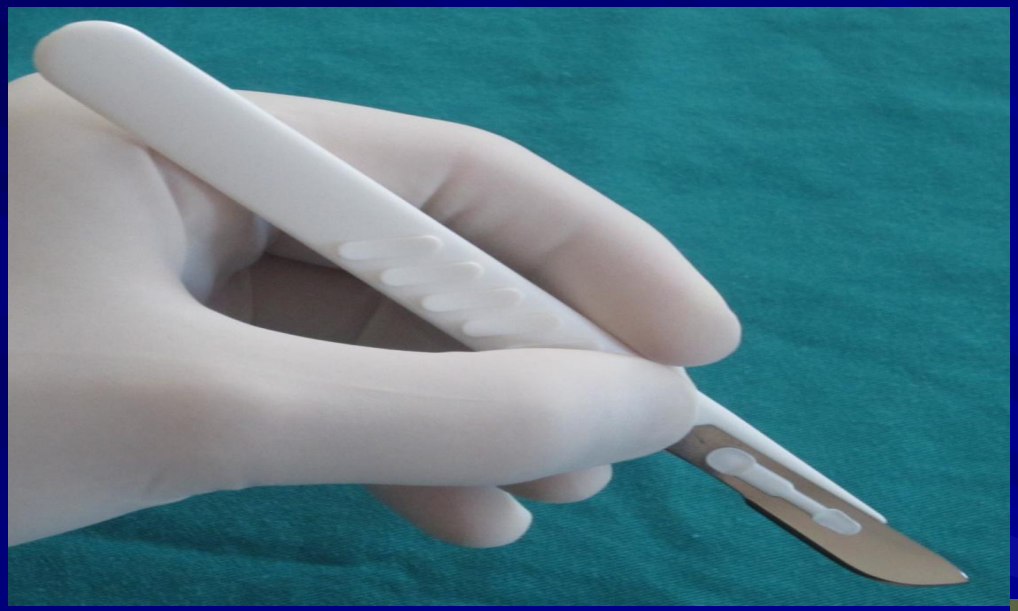
Prof. Dr. D. Alfredo Moreno Egea

Cirugía General (col nº 4591)

Experto en Hernias, Pared Abdominal y Laparoscopia



Web:

www.sohah.org

www.alfredomorenoegea.es

www.clinicahernia.es

TRATAMIENTO DE LAS PSEUDOHERNIAS

Manejo Médico o Quirúrgico

Definición

Defecto de PA que se origina por atrofia muscular consecuencia de una denervación, tras cirugía o por otras causas menos frecuentes

1) Situación clínica evidente (simula una hernia)
2) Confirmación radiológica (excluir la eventración)

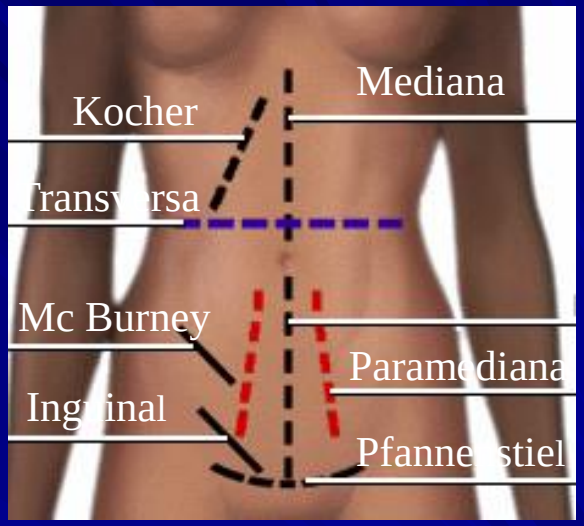
Antecedentes históricos

1866	***Sir W. H. Broadbent***	Herpes zoster
1931	***A. Dickson Wright***	Herpes
1979	***J. Jr. Due***	Traumatismo en el parto
1991	***Moshe Bolkier***	
1991	***Phillip Goodman***	Denervación por incisión
1997	***Frédéric Staerman***	
1998	***R. Choudhuri***	Cirugía craneal
1998	***David A. Jansen***	TRAM
1999	***R. Weeks***	DM
2009	***A. Durham-Hall***	Toracoscopia

Etiología

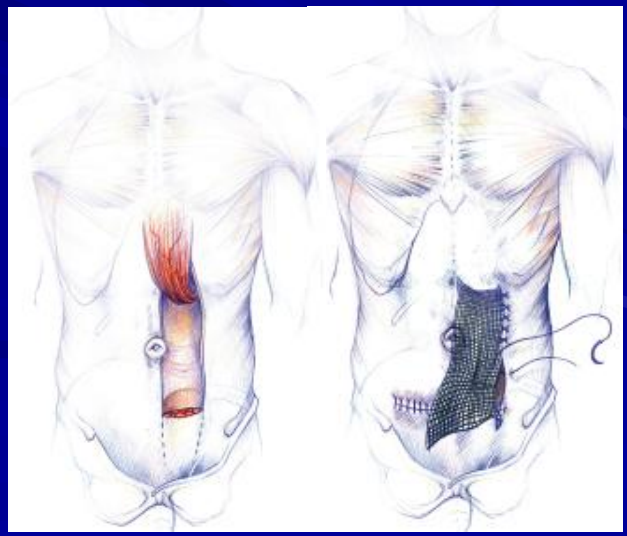
a) Postquirúrgica

Causa: la lesión nerviosa de la incisión.
Dependen del tipo de incisión: vertical más graves que transversal (respetan nervios intercostales y m. transverso).
El 15-20% asocia eventración (rotura fascial)



b) Cirugía reconstructora de la mama

Causa: ausencia muscular (TRAM).
Clínica: bulto abdominal 20%-40%.
Prevención: una malla de sustitución en el lecho muscular disminuye la incidencia al 1.5%



Etiología

c) Infecciosa

Causa: diseminación del virus desde los ganglios sensoriales a los nervios espinales anteriores. Resultado: debilidad de los músculos afectados por los nervios correspondientes a la región cutánea.
La paresia se presenta 2-3 semanas después del *rash cutáneo y* de forma brusca, en horas o días. Pronóstico: bueno en el 55-75%, recuperación completa entre 6-12 meses. *No precisa cirugía*

d) Degenerativa

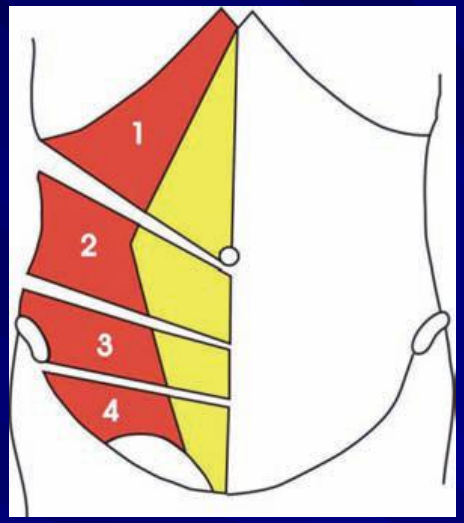
Causa: radiculoneuropatía troncal degenerativa en DM de larga evolución. No se relaciona con la duración de su enfermedad. La debilidad abdominal suele ser transitoria y remite antes de 18 meses. *No precisa cirugía*.

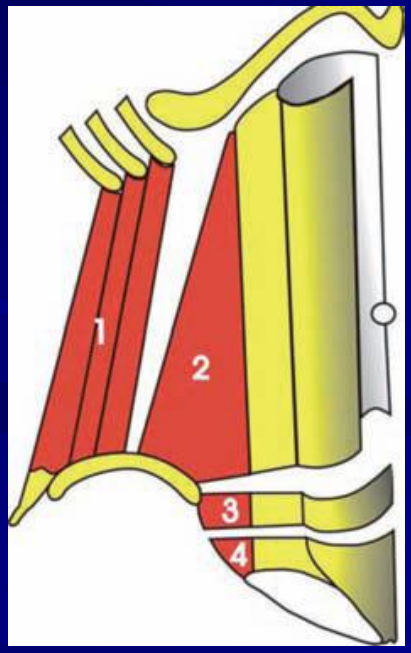
e) Envejecimiento

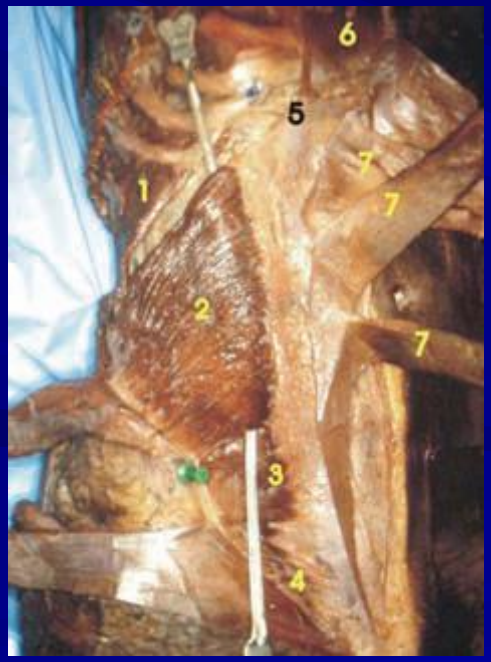
Causa: en ancianos por una disminución del riego sanguíneo, desnutrición y posterior denervación. Son pacientes tras largas estancias en UCI (críticos). La lesión puede ser parcialmente reversible si se efectúa una pronta recuperación y rehabilitación adecuada.

Anatomía topográfica

Músculo Transverso
1- Sector toracoabdominal.
2- Sector lumboabdominal.
3- Sector ilioabdominal.
4- Sector inguinopubiano.
5- Músculo OI seccionado y retirado hacia medial







Músculo Oblicuo interno o menor
1- Sector iliocostal.
2- Sector ilioabdominal.
3- Sector inguinoabdominal.
4- Sector inguinopubiano.
5- Desdoblamiento de la aponeurosis .
6- Músculo recto abdominal.
7- Bandas aponeuróticas del oblicuo externo.

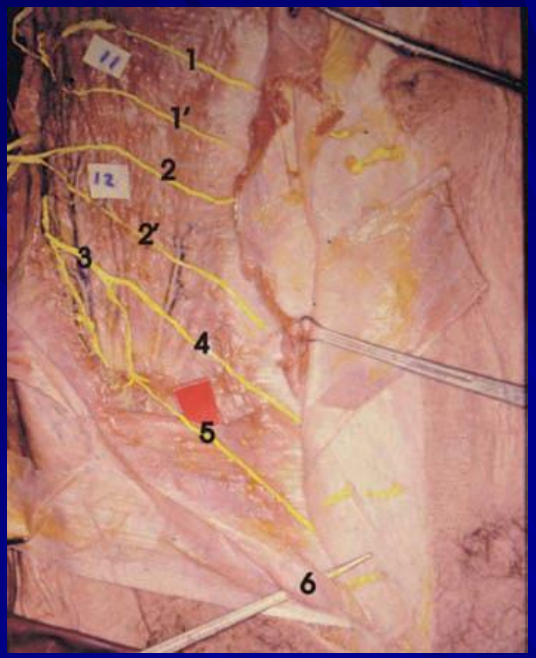
Erwin Koch Odstrcil
Profesor Titular de anatomía, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSTA (Argentina).

Anatomía Aplicada

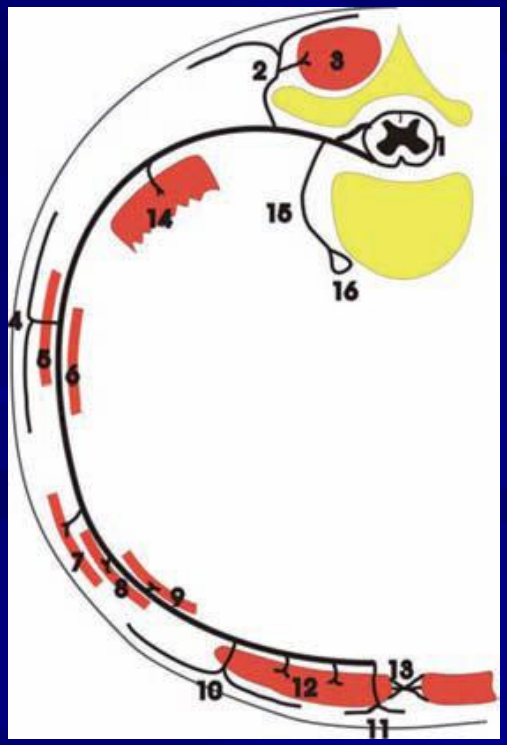
Inervación de la PA lateral: ramas ventrales de los 6 últimos nervios intercostales, subcostal, 1º lumbar, ilio hipogástrico e ilio inguinal.

No forman plexos entre sí y configuran dermatomas segmentarios.

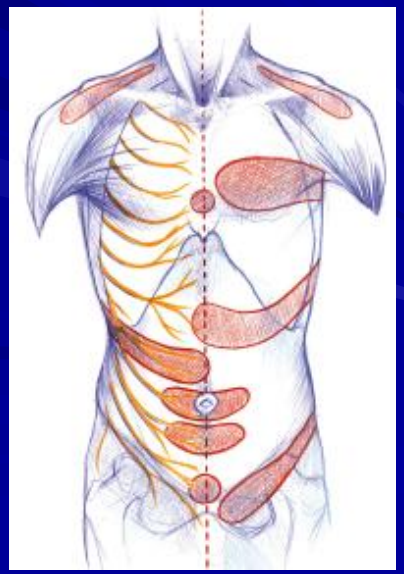
Trayecto: entre los músculos OI y T



1 y 1'- 11º nervio intercostal.
2 y 2'- 12º nervio intercostal.
3- 1º nervio lumbar.
4- Nervio iliohipogástrico.
5- Nervio ilioinguinal.
6- Cordón espermático.



1. Médula espinal. 2. Ramo dorsoespinal. 3- Músculos de los canales vertebrales. 4- Nervio perforante lateral. 5- Músculo intercostal externo. 6- Músculo intercostal interno. 7- Músculo OE. 8- Músculo OI. 9- Músculo T. 10- Nervio perforante ventrolateral. 11- Nervio perforante ventromedial. 12- Músculo RA. 13- Línea alba. 14- Diafragma. 15- Ramo comunicante. 16- Cadena latero vertebral del simpático



Fisiopatología

Atrofia muscular por denervación:

1. Disminución del tamaño de las miofibrillas, conservando largo tiempo las estriaciones cruzadas y longitudinales.
2. Crecimiento y dislocación de los núcleos sarcolémicos.
3. Degeneración de fibras musculares esparcidas pero cada vez más abundantes.
4. Substitución de la masa muscular por células adiposas, con aumento aparente del tejido conectivo del endomisio y perimisio.

Historia natural

Cambios evidentes a los 4 meses - irreversibles a los 2 años.

Causan: flaccidez y contracción de toda la masa muscular.

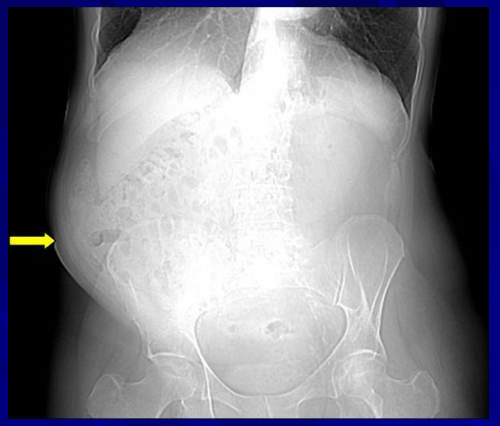
Cambio de color del músculo: de rojo a amarillento o pardo

(depósito de grasa y de pigmento de lipocromo).

Distribución de la atrofia: depende de la distribución del nervio afecto

(pueden coexistir fibras dañadas con normales con inervación independiente).

Clínica y Diagnóstico



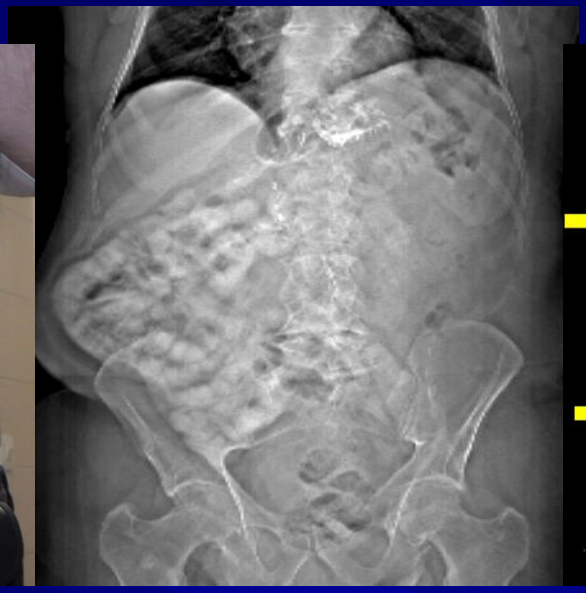
- ***Historia clínica:*** necesaria para descartar otros procesos. La incisión y el tipo de cirugía son de gran interés. Cirugía de mama, desnutrición, lesión cutánea por herpes, etc. son básicos para filiar el origen y valorar su pronóstico.

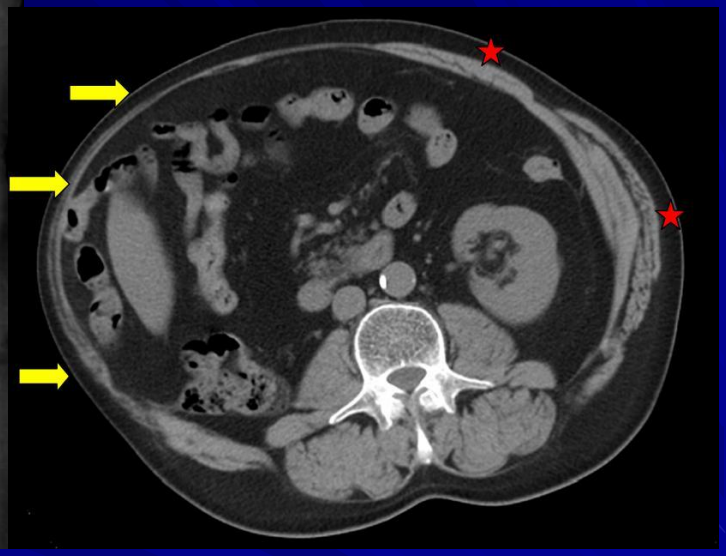
- ***Exploración física:*** igual al de una eventración (asimetría evidente), incluso con contenido intestinal bajo la piel y timpanismo aumentado.

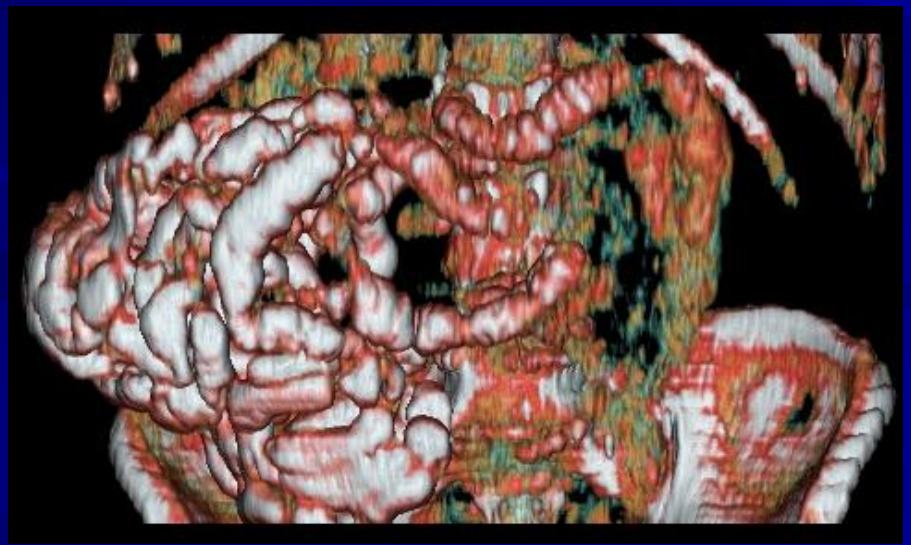
- ***TC:*** obligada para excluir una eventración (diag. de exclusión).

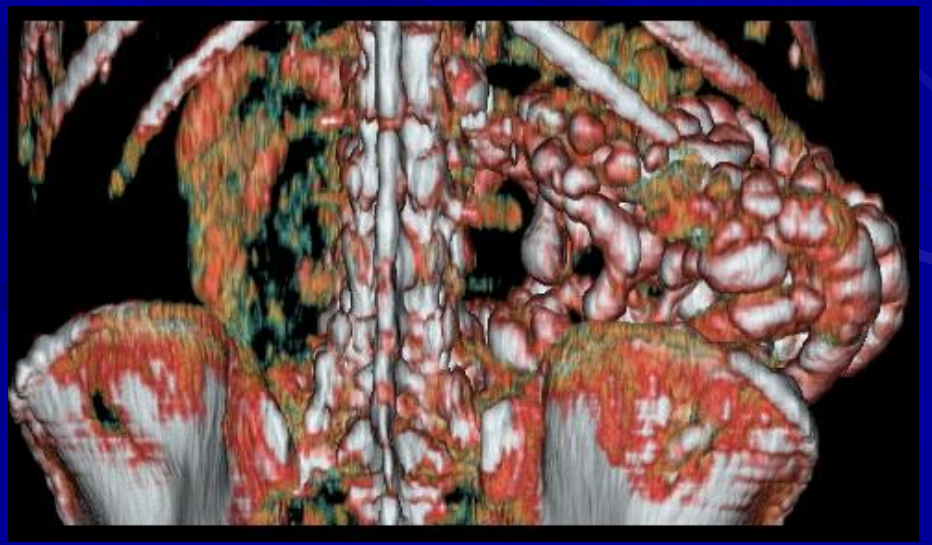
- ***Diagnóstico diferencial***: eventración, hernias lumbares primarias, neuropatías troncales del diabético, enfermedad de Lyme y poliradiculoneuropatia

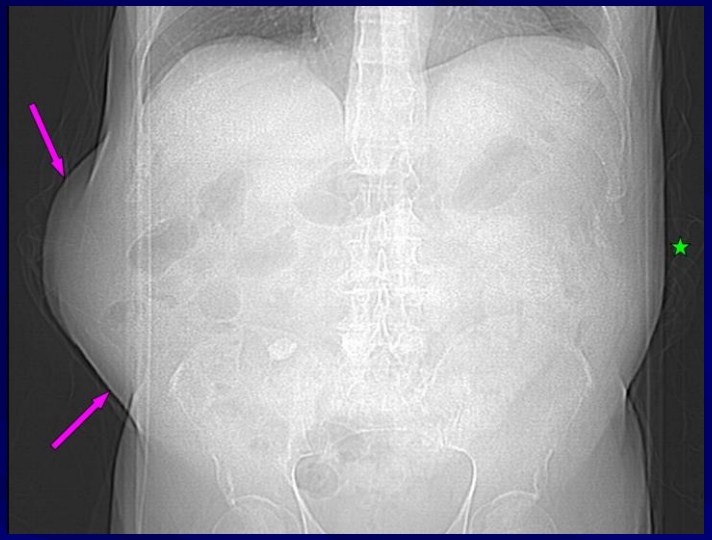
Estudio diagnóstico completo

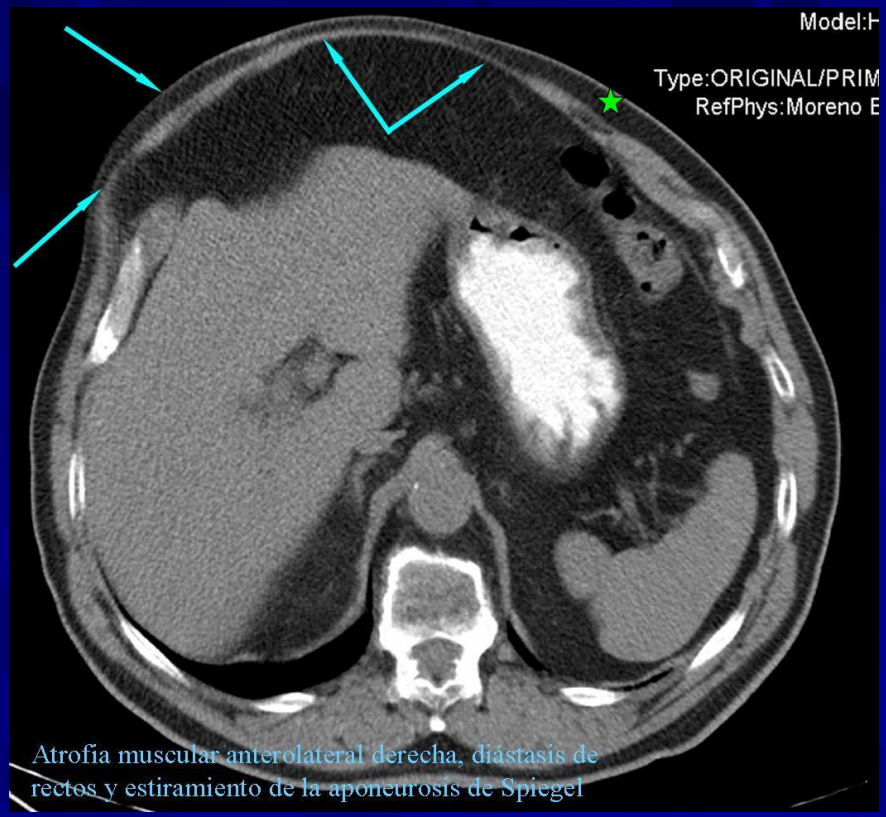




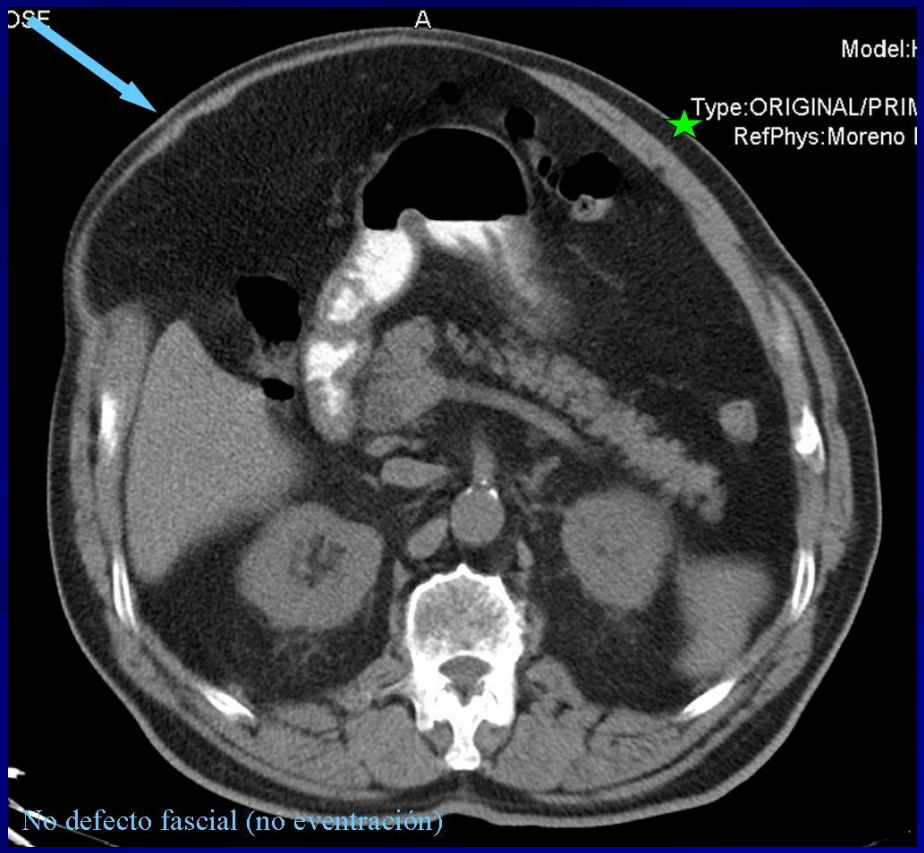




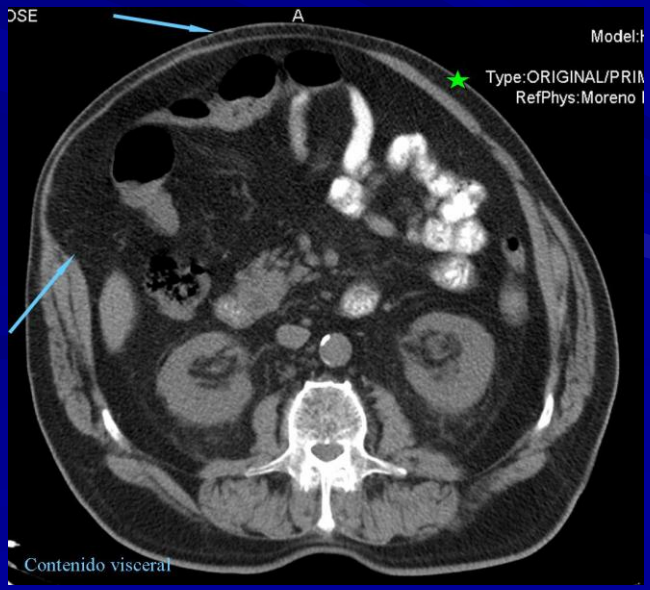




Atrofia muscular anterolateral derecha, diástasis de rectos y estiramiento de la aponeurosis de Spiegel



No defecto fascial (no eventración)



Contenido visceral

Opciones de tratamiento

- Tras un diagnóstico completo
- Establecer una cuidadosa relación con el paciente:
  - NO es una enfermedad
  - NO se puede complicar
  - NO cambia la esperanza de vida
- Conocer las expectativas y el sufrimiento del paciente

  CI bien entendido (por paciente y familiares)

Objetivo:

- Con la mínima morbilidad
- Restaurar la PA: mecánico y funcional
- Con el mejor resultado estético posible

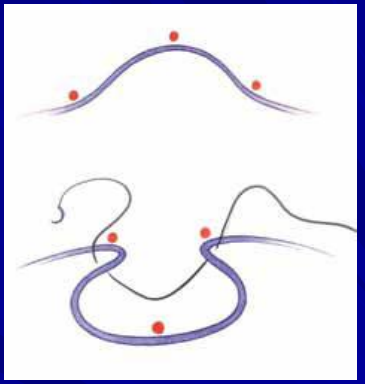
Apuntes históricos

1986. Vidal Sans

"La sección y superposición del músculo diastásico, con el refuerzo mediante una malla puede ser el tratamiento ideal"

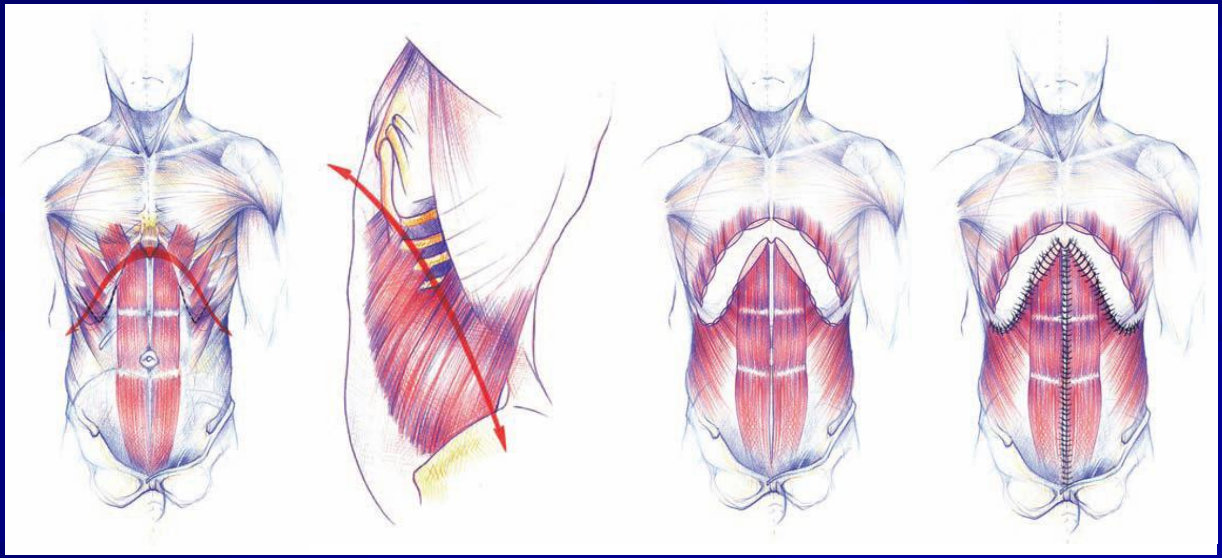
1991. Moshe Bolkier

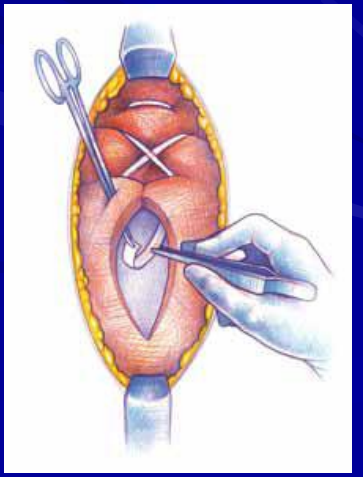
Técnica de plicatura sin abrir la pared



1997. Frédérick Staerman

Técnica de cierre con tendón corrido de fascia lata





Laparoscopia

- No existen referencias
- La experiencia en otras hernias o la baja morbilidad NO pueden justificar indicar una laparoscopia

¿Por qué fracasa la vía laparoscópica?

- Tiene una limitación técnica: “puentea” el defecto pero no puede reconstruir una PA funcional (*Breuing*)
- La pseudohernia NO dispone de unos bordes musculares sólidos (definidos) y fiables

No puede disminuir el espacio intermuscular y mejorar la debilidad abdominal

Abordaje abierto

Objetivo: plantear una reconstrucción músculo aponeurótica bajo una cierta tensión controlada

Técnica de Doble Reparación Protésica

(*Operación de Moreno-Egea*)

Tipo I

Preperitoneal

Premuscular

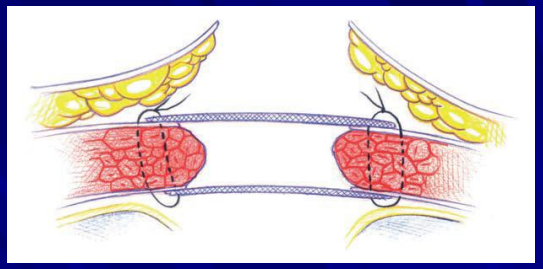
Tipo II

Intra-abdominal

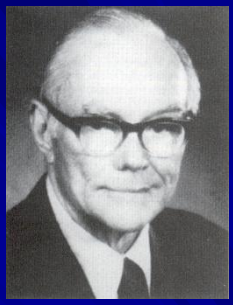
Premuscular

Moreno-Egea A. Surgery. 2010;148(1):140-4

VISIÓN HISTÓRICA



1956 **Bourgeon** - Vía IA con nylon



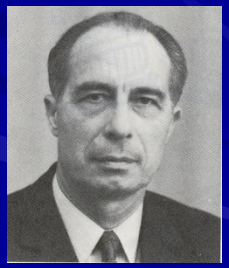
1959 **Usher** - Elimina la tensión (PP IA puenteando el defecto)

1961 - Introduce el uso de 2 mallas para la recurrencia lateral

1972 **Bourgeon** - La individualización de los diferentes planos anatómicos es totalmente inútil

- La malla se sitúa directamente en contacto con las vísceras abdominales

- La malla se fija a 5cm de los bordes de la e.



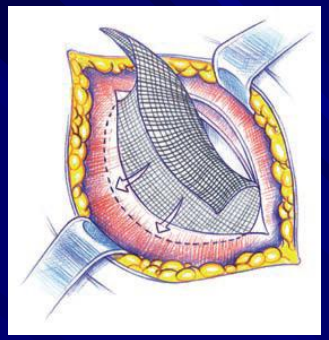
Ventajas: 1. Intervención simple (no diseca planos)

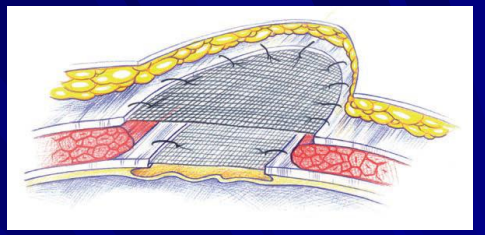
2. Riesgo de infección mínimo

3. Los seromas drenan al interior del peritoneo

1983 **Arnaud** - La malla se fija a *10cm* de los bordes (+ Welti-Eudel)

VISIÓN HISTÓRICA





1986	**Rubio**	2 mallas, una a cada lado dobladas y ambas cosidas en línea media según Mayo
1990	**Condon**	Técnica de Refuerzo en dos capas
1994	**Rubio**	1 Intra-abd. + **2 reconstrucción fascial**
2000	**Moreno-Egea**	Técnica de Doble Reparación Protésica
2006	**Schug-Pass**	Técnica de Reconstrucción dinámica de la PA - La 1ª malla reconstruye la línea alba (sutura al borde de la vaina anterior del recto abierta y plegada) - La malla externa cubre el defecto fascial
2010	**Moreno-Egea**	**DRP con Malla ultraligera Sin Fijación Manual**

2 Mallas

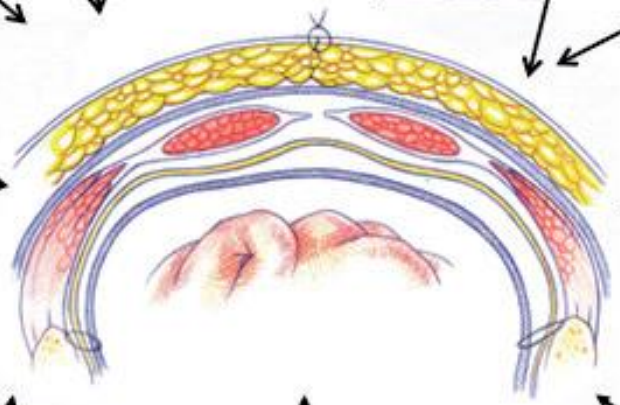
Sin tensión

I. L. Lichtenstein

Tensión funcional

Integración aponeurótica

Degradación
Adherencias,
Histopatogenia



R. C. Read

Enf. sistémica

R. E. Stoppa

Reparación
global

Solapamiento máximo

Mínima agresión
Seguridad intraabd.

¿Qué aporta la DRP?

Nueva integración de conceptos FP
Visión Global del Tto de la PA

2 Reparaciones Completas:
-Tto a dos niveles vertical
-Tto a dos niveles horizontal

Mayor Seguridad
(- recidivas)

Defecto Pared

Suprime los conceptos:
-Clasificación – Tipos
-Disección Parietal
-Tamaño – Solapamiento
-Refuerzo - Plastia
-Fijación – Sutura transmural
-Isquémia - Tensión

Menos Morbilidad
(- infección, seromas)

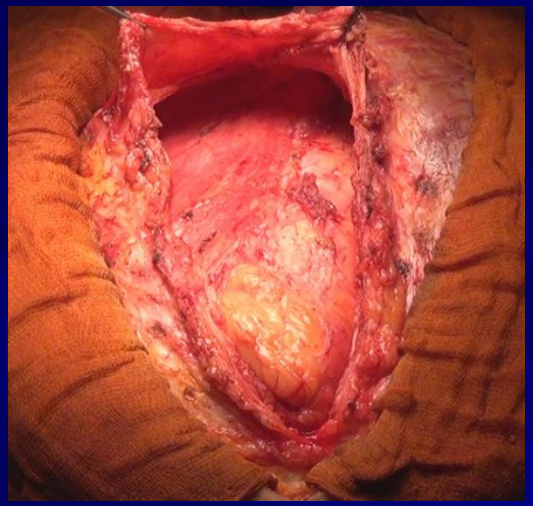
Recuperación precoz
(+ Confort y Satisfacción)

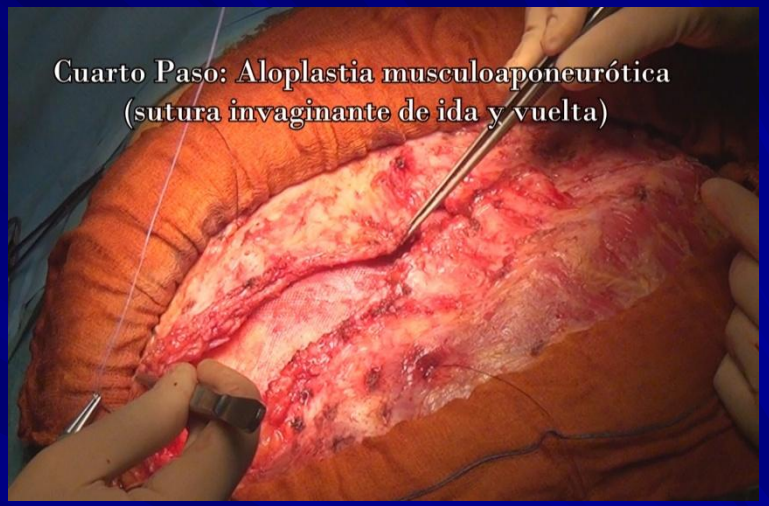
Protocolo Hosp.
(- EHM y Costo H)

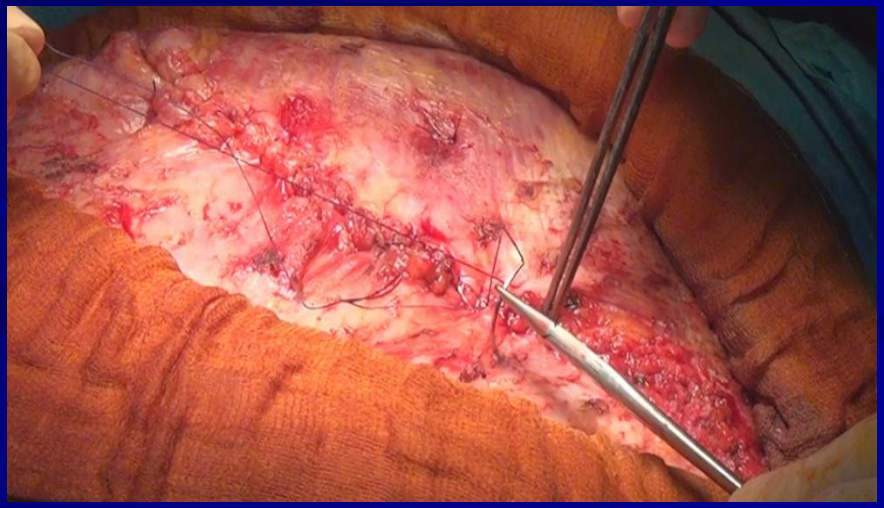
Cuantificación de los resultados:

- Morbilidad
- Perímetro abdominal

Tipo I



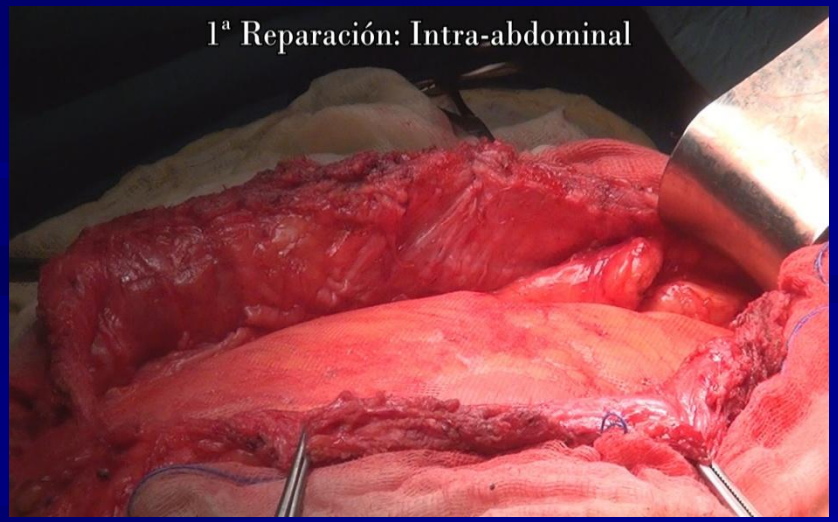

Cuarto Paso: Aloplastia musculoaponeurótica
(sutura invaginante de ida y vuelta)



Tipo II

Disección colgajo subcutáneo
(Espacio premuscular)

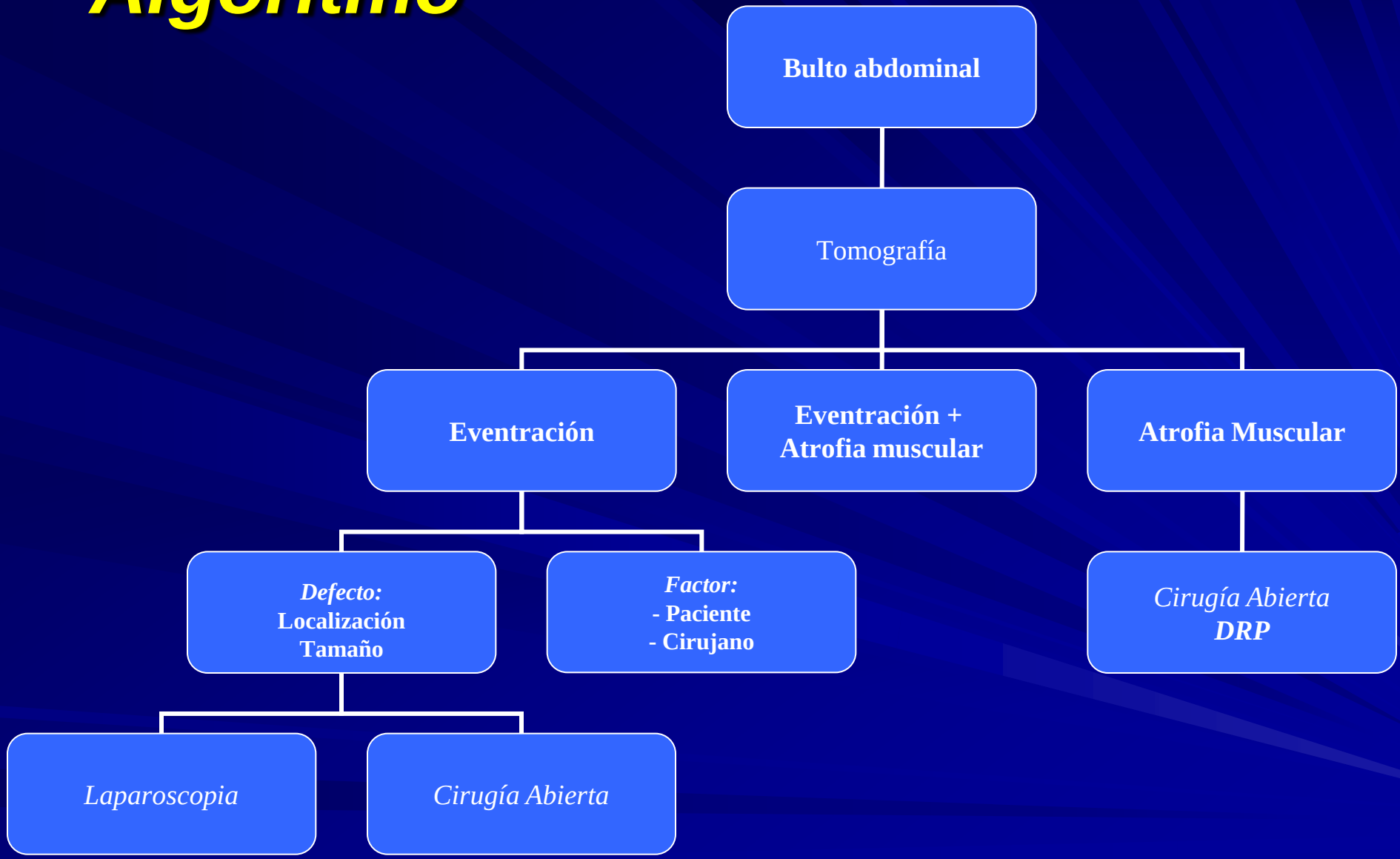
Disección del colgajo parietal posterior
(Espacio intra-abdominal)


1ª Reparación: Intra-abdominal

2ª Reparación: Mioplastia

3ª Reparación: Premuscular

Algoritmo



Moreno-Egea A. Am Surg. 2012 Feb;78(2):178-84.

Conclusiones

1. **Diagnostico de exclusión**: TC.

2. **Preparación y Relación preoperatoria**: personalizada. (Optimizar las condiciones físicas y psíquicas, y valorar su pronóstico)

3. A**bordaje laparoscópico:** no mejora el “bulto” por atrofia muscular y si puede causar graves complicaciones.

4. **Reconstrucción muscular y protésica bajo cierta tensión** es la opción que ofrece mejores resultados clínicos y estéticos (DRP).

¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN¡

Web:

www.sohah.org

www.alfredomorenoegea.es

www.clinicahernia.es