

Hernia umbilical con abordaje transumbilical: Una alternativa en la resolución quirúrgica

Umbilical hernia, transumbilical approach, an alternative in surgical resolution

Dr. Luis Roberto Gómez-Cordero, Dr. Benjamín C. Ramírez Ordóñez, Dr. Eduardo Ovando Jarquín,
Dra. María del Consuelo Piña García

Resumen

Objetivo: Proponer una alternativa quirúrgica sencilla y rápida para reparar la aponeurosis y dar un aspecto cosmético al ombligo.

Sede: Hospital General “Valle Ceylán”.

Diseño: Prospectivo, longitudinal, observacional.

Ánalisis estadístico: Porcentajes como medidas de resumen para variables cualitativas.

Pacientes y método: Se realizó incisión transumbilical en 154 pacientes con afrontamiento de los colgajos cutáneos con un solo punto que los fija a la aponeurosis. Variables: género, edad, tiempo de evolución de la hernia, tamaño del defecto, enfermedades concomitantes, resultados y complicaciones.

Resultados: Se tuvieron buenos resultados estéticos en 145 casos (94.2%). En seis casos (3.06%) hubo complicación: en dos pacientes con diabetes mellitus la herida se infectó, dos pacientes desarrollaron hematoma, en los otros dos, uno desarrolló un seroma y, en el otro, el fondo umbilical se desprendió de su fijación. No existió recidiva de la hernia.

Conclusión: El acceso directo al saco herniario hace la técnica sencilla y la estética del ombligo es inmediata.

Palabras clave: Hernia umbilical, transumbilical.

Cir Gen 2007;29:192-196

Abstract

Objective: To propose a simple and fast surgical alternative for the repair of the umbilical aponeurosis, providing good cosmetic results.

Setting: General Hospital “Valle Ceylan”.

Design: Prospective, longitudinal, observational study.

Statistical analysis: Percentages as summary measures for qualitative variables.

Patients and methods: A transumbilical incision was performed in 154 patients approaching the skin flaps with one stitch that fixed them to the aponeurosis. Assessed variables were: age, gender, time of evolution of the hernia, size of the defect, concomitant diseases, results and complications.

Results: We obtained good esthetic results in 145 (94.2%) cases. In six cases (3.06%) were had complications: in two patients with diabetes mellitus the wound became infected; two patients developed a hematoma, and in the other two, one developed a seroma and, in the other, the umbilical fundus detached from its fixation point. No recurrence of the hernia occurred.

Conclusion: The direct access to the herniary sac makes the technique simple and the esthetic results are immediate.

Key words: Umbilical hernia, transumbilical.

Cir Gen 2007;29:192-196

medigraphic.com

Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”

Recibido para publicación: 7 febrero 2005

Aceptado para publicación: 12 mayo 2007

Correspondencia: Dr. Luis Roberto Gómez-Cordero. Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán”
Villa Hermosa y Colima S/N, Tlalnepantla, Estado de México

Teléfono: (+52 55) 53-91-55-73 C Ext 121 Correo electrónico: rogoco49@Hotmail.com

Introducción

El ombligo es la única cicatriz del humano considerada como estética.^{1,2} La proporción de sus tres dimensiones son responsables de su apariencia “agradable”.

En el 19 al 31% de la población existe un defecto aponeurótico con salida de saco peritoneal y contenido abdominal, denominándose por su sitio como hernia umbilical y representa del 6 al 12% del total de las hernias admitidas en los servicio de cirugía general para su reparación.^{3,4}

Las hernias umbilicales en el adulto habitualmente son adquiridas por cambios estructurales y biomecánicos de la pared abdominal, o persisten desde la infancia pudiéndose asociar a hernias inguinales o crurales, también con carácter familiar.

Recientemente y como consecuencia del desarrollo de la cirugía laparoscópica, se informa de una causa más, una hernia incisional en el ombligo, reportándose hasta en el 12% de los casos con la introducción del trócar umbilical. De hecho, el uso de trócares de menor calibre, la sutura de la aponeurosis o la introducción del trócar en un sitio fuera del fondo del ombligo han disminuido su incidencia al 0.77%.^{5,6}

La técnica quirúrgica de reparación más común ha sido mediante incisiones longitudinales o semilunares, rodeando al ombligo tanto infra como supraumbilical, diseando desde “lejos” el saco herniario del fondo del ombligo para posteriormente llevar a cabo la corrección del defecto aponeurótico, afrontar el tejido graso con sutura absorbible, posteriormente se fija el fondo del ombligo al plano aponeurótico y, finalmente, se afronta la piel con puntos separados o sutura continua intradérmica, que bien puede ser absorbible^{7,8} con resultados poco estéticos; en la mayoría de veces, la incisión longitudinal o semicircular no es lo suficientemente simétrica y la cicatriz será altamente visible, sobre todo en aquellos pacientes en los que hay depósito de melanina o que desarrollan una cicatriz hipertrófica.⁵

Si se toma en cuenta que el fondo del ombligo es el punto de mayor importancia para darle profundidad, la disección desde un plano lejano implica dificultades técnicas y conlleva una mayor manipulación de los bordes, con la consecuente isquemia de la piel e incluso su pérdida con una cicatriz definitiva mayor a la inicial.⁹

Cuando se logra una técnica satisfactoria y, en general, el ombligo no se deforma grandemente, la estética fracasa con una cicatriz en “sonrisa” asimétrica.¹⁰ En 1969, Corres¹¹ reportó una técnica para la reparación de la hernia umbilical con incisión media transumbilical sin dificultades técnicas y con buenos resultados. Posteriormente, otros han reportado resultados satisfactorios e incluso hay quien la propone como la incisión de elección; sin embargo, el retiro de la sutura ha sido dolorosa y difícil en pacientes con obesidad.¹²⁻¹⁴

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer una técnica sencilla, utilizando la cicatriz umbilical como acceso quirúrgico en la reparación del defecto aponeurótico y el uso de un solo punto de polipropileno para fijar los bordes de la piel y fondo del ombligo al plano resistente.

Pacientes y método

Se reportan los resultados de la técnica utilizada en 154 pacientes consecutivos con diagnóstico de hernia umbilical tratados en el Hospital General de Tlalnepantla “Valle Ceylán” de abril del 2003 a diciembre de 2006, tomando en cuenta como variables: edad, género, tamaño de la hernia, tamaño del anillo fibroso, enfermedades concomitantes, tiempo de duración del procedimiento quirúrgico, complicaciones, resultados a 10 meses del procedimiento.

Técnica

El fondo umbilical o bien el punto más central, calculado como futuro fondo del ombligo, se refiere con pinzas de Allis (**Figura 2**), facilitando el corte y su simetría. Se realiza una incisión longitudinal a través y por mitad del ombligo, tomando como límites los bordes del ombligo (**Figura 3**); a veces la piel puede ser muy delgada y encontrar el saco peritoneal inmediatamente por debajo de ésta y contener un asa, sobre todo en



Fig. 1. Aspecto de la hernia del ombligo.



Fig. 2. Exposición del fondo tomado por pinzas de Allis.

los estados agudos. Se procede a despegar los bordes de piel con disección romocortante (**Figura 4**), hasta liberar el saco herniario de la piel del ombligo, la disección se continúa en la circunferencia del saco hasta llegar a su base, que corresponde al anillo fibroso. La disección hace visible la aponeurosis "sana" donde se hará hemostasia por transfixión de vasos perforantes, si así se requiere, con material absorbible.

Una vez expuesta la base del saco, el anillo fibroso y la aponeurosis se reduce el saco y se aplica una jareta con polipropileno 0 (**Figura 5**).

Concluida la reparación del plano aponeurótico, se hace pasar en el medio de uno de los bordes de la piel un hilo de polipropileno 00 (**Figura 6**), el mismo hilo se ancla al plano aponeurótico, buscando también que el sitio escogido sea central, ya que será el fondo del ombligo. Se toma el borde contralateral de la piel, buscando la simetría, se dejan largos los cabos de este punto, se anudan ambos con un nudo pasado (a mane-

ra de "ligadura") con el mismo material (**Figura 7**) y, finalmente, se jalan ambos cabos y el nudo corredizo bajará hundiendo el fondo del ombligo (**Figuras 8 a 10**).

Cuando la piel es redundante, erosionada o tiene cambios importantes en su grosor o color, se corta en sentido vertical para mejorar el aspecto de la nueva cicatriz.

Si el contenido está incarcorado, como sucede en casos agudos, el anillo fibroso se amplia en sentido lateral para liberarlo; una vez abierto el saco, libera su contenido, se extirpa el peritoneo redundante, se sutura con jareta de material inabsorbible, y se trata la aponeurosis con el mismo método, en caso de considerarse el



Fig. 3. Incisión transumbilical longitudinal.



Fig. 5. Exposición del saco herniario hasta su base.

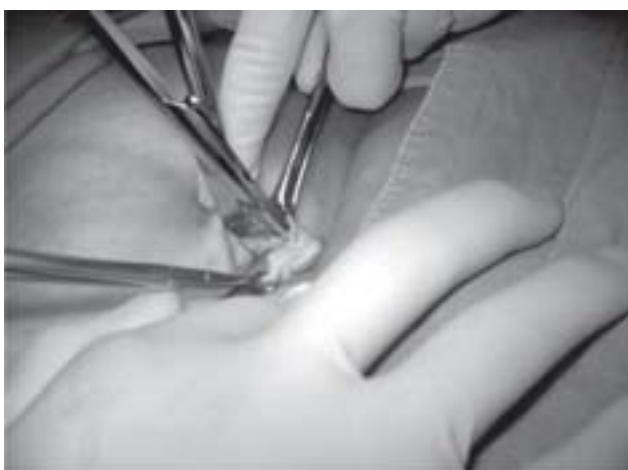


Fig. 4. Disección del saco herniario de los bordes de la piel.



Fig. 6. Cierre del defecto aponeurótico.

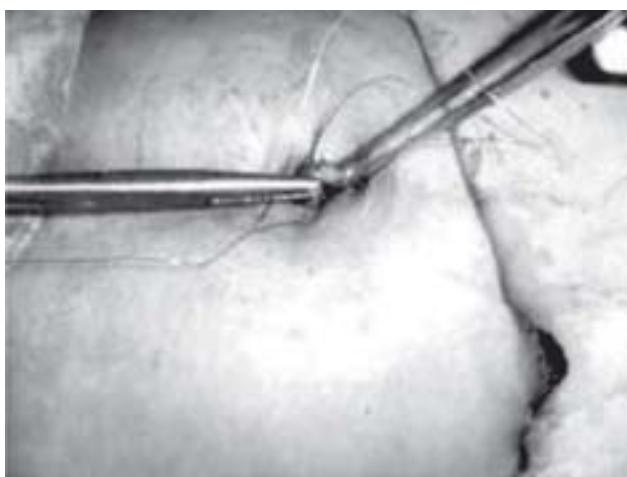


Fig. 7. Fijación de los bordes de piel a la aponeurosis con el mismo hilo.



Fig. 9. Se jalan los cabos del hilo único hacia los lados. El fondo se hunde.



Fig. 8. Nudo falso o corredizo al hilo que fija los bordes de piel a la aponeurosis.

defecto, previamente ampliado, como extenso, se sutura con surjete continuo anclado con polipropileno.

Los bordes de la incisión se coaptan fácilmente, hundiéndose al jalar el único punto, dando el aspecto hundido del ombligo de inmediato. Al cicatrizar la incisión, finalmente formará parte de los pliegues del ombligo, dando así un resultado cosmético. En la mayoría de los casos no requiere incluir otros puntos a la piel.

El punto de fijación se retira después de 8 días, simplemente cortando una de las ramas del hilo principal (cabos largos), eliminándose así el resto del hilo y el nudo falso.

Resultados

El método se utilizó en 154 pacientes, en 112 casos (72.7%) hubo sobrepeso u obesidad; 118 (77%) fueron mujeres y 36 hombres (23%). Ciento-tres (66.8%) de las mujeres eran multíparas. La evolución de la hernia

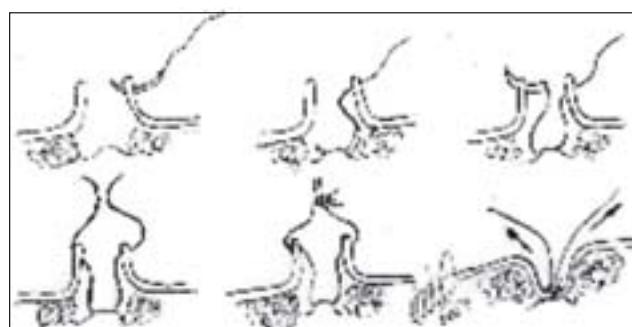


Fig. 10. Esquema de fijación de piel umbilical con nudo corredizo falso.

fue de 2 a 37 años. En 24 pacientes (15.6%), la hernia fue aguda y siete requirieron resección intestinal con la necesidad de ampliar la incisión de la piel en el mismo sentido longitudinal y de la aponeurosis en sentido transversal; los 17 restantes requirieron la resección del epiplón adherido al saco peritoneal sin convertir la incisión. El diámetro del defecto aponeurótico varió de 0.5 a 3.5 cm, con una media de 2.7 cm. La longitud de la incisión en piel tuvo un rango de 3 a 3.8 cm con una media de 3.2 cm. En ocho pacientes, el defecto aponeurótico fue mayor, siendo necesario aumentar 0.3 cm el tamaño original de la incisión en cada extremo. En 125 pacientes (81.2%) se reparó el defecto aponeurótico con una jarreta de polipropileno 0 y 00; en 19 (12.3%) se aplicó un surjete anclado con el mismo material y, en 10 (6.5%), la sobreposición de los bordes se realizó con punto en "U". En 22 pacientes (14.3%) hubo necesidad de aplicar un punto a la piel de cada comisura por la amplitud de la incisión inicial. En tres pacientes con cirrosis alcohólica-nutricional (2%), el saco herniario estaba ocupado por venas colaterales portosistémicas; posterior a la disección del saco se identificaron y se redujeron sin ligar, evitando así la

posible descompensación de la hipertensión venosa y el resultado fue bueno, dos de ellos presentaron sangrado escaso persistente durante dos días posteriores a la cirugía. El tiempo quirúrgico varió de los 8 a 45 minutos con una mediana de 21 minutos. Hubo 6 complicaciones postoperatorias (3.06%); en 2 casos hubo infección de la herida en pacientes obesas con diabetes mellitus, resueltos con medidas locales a través de la consulta externa. Dos pacientes desarrollaron un hematoma, un paciente desarrolló un seroma y en un caso se desprendió el fondo del ombligo requiriendo reparación mediante el mismo procedimiento. La apariencia cosmética del ombligo fue muy buena en 145 pacientes (94.2%). En 9 casos (5.8%) con tejido celular subcutáneo muy escaso, con ombligo protuberante, el aspecto no mejoró en 7 casos (4.5%) y, en 2 (1.3%), el aspecto fue malo *no* hubo mortalidad.

El seguimiento fue de 6 meses a 3 años, sin encontrar hasta el momento recurrencia.

Discusión

El resultado cosmético se obtuvo en forma inmediata y, a largo plazo, la cicatriz quirúrgica se confunde con los pliegues propios del ombligo. El tiempo quirúrgico es breve en la mayoría de los casos. La continencia del plano aponeurótico a 6 meses de seguimiento por la consulta externa fue buena.

La infección sería de las complicaciones esperadas por incidir una zona generalmente con mal aseo, que se evita con un aseo enérgico del fondo del ombligo, y aunque en algunos pacientes se observó la piel escorada no fue condicionante de una mala evolución. El seroma o hematoma no fue frecuente, al no cerrar la piel más allá del centro de la herida, el trasudado y posible sangrado tiene la posibilidad de salir a través de las comisuras de la incisión no suturadas, sin necesidad de un tubo de látex para drenaje.

La técnica se considera sencilla, rápida y los resultados fueron buenos en pacientes de sendos géneros, tanto jóvenes como de mayor edad. El aspecto estético fue el esperado, traduciéndose en pacientes satisfechos sobre todo en mujeres jóvenes. Los malos resultados en aquéllos con ombligo prominente nos

sugieren que estos pacientes pueden no ser candidatos a la técnica.

Conclusiones

La técnica propuesta facilita el abordaje quirúrgico al defecto aponeurótico al disecar el saco herniario directamente desde el fondo hasta su base. La cicatriz es estética al confundirse con la natural.

Referencias

1. Massiha H, Montegut W, Phillips R. A method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. *Ann Plast Surg* 1997; 38: 228-31.
2. Choudhary S, Taams KO. Umbilicosculpture: a concept revisited. *Br J Plast Surg* 1998; 51: 538-41.
3. Feleshtinskii IaP. Ways of improvement of surgical results for umbilical hernia in elderly and old patients. *Klin Khir* 1997: 36-8.
4. Craig SB, Faller MS, Puckett CL. In search of the ideal female umbilicus. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 389-92.
5. Ramachandran CS. Umbilical hernia defects encountered before and after abdominal laparoscopic procedures. *Int Surg* 1998; 83: 171-3.
6. Voitk AJ, Tsao SG. The umbilicus in laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2001; 15: 878-81.
7. Quenu J, Loyque J, Perrotin J, Oubost C, Morcaux J. *Intervenciones sobre la pared abdominal y el tubo digestivo*. Editorial Toray Masson, Barcelona, España 1968: 33-43.
8. Marconi F. Reconstruction of the umbilicus: a simple technique. *Plast Reconstr Surg* 95: 1115-7.
9. Hodgkinson DJ. Umbilicoplasty: conversion of "outie" to "innie". *Aesthetic Plast Surg* 1983; 7: 221-2
10. Santanelli F, Mazzocchi M, Renzi L, Cigna E. Reconstruction of a natural-looking umbilicus. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002; 36:183-5.
11. Corres IJ. New technique for the surgical treatment of umbilical hernia. *Ginecol Obstet Mex* 1969; 26: 283-93.
12. Pound EC 3rd, Pound EC Jr. Transumbilical breast augmentation (TUBA): patient selection, technique, and clinical experience. *Clin Plast Surg* 2001; 28: 597-605.
13. Guillou PJ, Hall TJ, Donaldson DR, Broughton AC, Brennan TG. Vertical abdominal incisions—a choice? *Br J Surg* 1980; 67: 395-9.
14. de Medinaceli L, Coubret P, Ebrad P. 180 cases of umbilical hernia repaired in a new way. *J Chir (Paris)* 1979; 116: 361-4.