

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Compendio de las clasificaciones anatómicas de las hernias de pared abdominal y validez actual de las mismas

Compendium of anatomical classifications of abdominal wall hernias and their current validity

M.E. Romero-Vargas, C. del Álamo-Juzgado, L. Herrera-Gutiérrez, J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-del Pozo, E. Palacios-García

AGC Cirugía. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

RESUMEN

La correcta clasificación de las hernias de pared abdominal es un punto clave para realizar posteriormente el mejor abordaje quirúrgico. En los últimos años hemos visto muchos tipos de clasificaciones. Actualmente la European Hernia Society describió una clasificación aceptada mundialmente y que es la más usada en nuestros servicios de cirugía de Andalucía.

Palabras clave: hernia inguinal, hernia incisional, hernia abdominal, clasificación anatómica.

ABSTRACT

The correct classification of abdominal wall hernias is a key point to subsequently perform the best surgical approach. In recent years we have seen many types of classifications. Currently the European Hernia Society described a classification accepted worldwide and that is the most used in our surgical services in Andalucía.

Keywords: groin hernia, incisional hernia, abdominal hernia, anatomic classification.

INTRODUCCIÓN

Las hernias de pared abdominal representan un problema para la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico para los cirujanos generales. La estandarización de las técnicas quirúrgicas necesaria para la optimización de los resultados requiere de una sistematización adecuada de esta patología. Si bien las hernias inguinales disponen de una clasificación sistemática más o menos aceptada, la terminología habitualmente empleada para la clasificación de las hernias ventrales, eventraciones o hernias incisionales se basa en términos de anatomía topográfica y no siempre son lo suficientemente claras.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS DE LA REGIÓN INGUINOCRURAL

Aunque varios sistemas de clasificación han ido apareciendo para realizar una sistematización de las hernias de la zona inguinal, aún constituyen las clasificaciones más aceptadas por su simplicidad: la de Gilbert, modificada por Rutkow-Robins y la de Nihus.

La clasificación de Gilbert, publicada en 1988^{1,2}, basada en consideraciones anatómicas y funcionales, describe cinco tipos de hernias (**Tabla 1**). A estos tipos, Rutkow y Robins añadieron en 1993 dos tipos más¹.

El esquema de Nyhus³⁻⁵, descrito en 1990 se resume en la **tabla 2**. Esta clasificación reduce el número de hernias a cuatro atendiendo a su localización anatómica y a las características clínicas.

La European Hernia Society propuso en 2007 una clasificación simplificada⁷ que divide las hernias en tres grupos: M (medial o

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Romero Vargas ME, del Álamo Juzgado C, Herrera Gutiérrez L, Roldán Aviña JP, Muñoz del Pozo F, Palacios García E. Compendio de las clasificaciones anatómicas de las hernias de pared abdominal y validez actual de las mismas. Cir Andal. 2018;29(2):74-76

directa), L (lateral o indirecta) y F (femoral). Añade el carácter P (primaria) o R (recidivada) y el número 1 (≤ 1 dedo), 2 (2 dedos) o 3 (>2 dedos), según el tamaño del orificio. El "dedo" equivale a 1,5-2 cm según el autor o al ancho de dos pinzas laparoscópicas. La IEHS (International Endohernia Society) publicó en 2011 un documento de consenso enfocado en los aspectos laparoscópicos de dicha clasificación⁸.

Tabla 1. Clasificación de las hernias inguinales según Gilbert con la modificación de Rutkow y Robbins.

CLASIFICACIÓN DE GILBERT MODIFICADA		
TIPO 1	Hernia indirecta	Anillo no dilatado, menor de 2 cm
TIPO 2		Anillo dilatado entre 2 y 4 cm
TIPO 3		Anillo dilatado >4 cm
TIPO 4	Hernia directa	Fallo completo de pared
TIPO 5		Defecto diverticular
TIPO 6	Hernia mixta (en pantalón)	
TIPO 7	Hernia crural	

Tabla 2. Resumen de la clasificación de Nyhus para las hernias inguinales.

TIPO I	Hernia indirecta. Anillo interno normal.	
TIPO II	Hernia indirecta. Anillo dilatado sin impacto en el suelo del conducto. No llega a escroto.	
TIPO III	IIIA	Hernia directa de cualquier tamaño.
	IIIB	Hernia indirecta que afecta pared posterior. Hernias escrotales y en pantalón.
	IIIC	Hernia crural
TIPO IV	Hernia recurrente	

Hoy día los grupos de consenso consideran que es la más apropiada por su simplicidad y por prescindir de términos meramente anatómicos-descriptivos^{8,11,12}. La **tabla 3** la resume.

Tabla 3. Clasificación de las hernias inguinales según la European Hernia Society.

Primaria (P) / Recidivada (R)	1	2	3
Directa (M)	≤ 1 dedo	2 dedos	>2 dedos
Indirecta (L)	≤ 1 dedo	2 dedos	>2 dedos
Femoral (F)	≤ 1 dedo	2 dedos	>2 dedos

[i] Según este modelo, una hernia inguinal indirecta con orificio de 3 cm, se denominaría PL2. El "dedo" equivale a 1,5 cm o al ancho aproximado de dos pinzas de laparoscopia.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS DE PARED ANTEROLATERAL

En el esquema se ilustra la clasificación anatómico-topográfica de las hernias que viene siendo de común uso, y que se basa en la división en regiones de la pared abdominal^{5,6}, así como su correspondencia en el sistema clasificatorio de la European Hernia Society (EHS) confirmado en la reunión de consenso de 2008 en Bélgica. Las hernias de pared abdominal se dividen clásicamente en mediales y laterales respecto de la línea alba. Las primeras están representadas por las hernias umbilicales y epigástricas. Las laterales las constituyen la hernia lumbar y la de Spiegel. A continuación las iremos describiendo con más detalle^{6,7}:

- **Hernias umbilicales:** consideradas congénitas en la infancia, se producen a través del orificio umbilical. En el adulto se consideran defecto adquirido, por debilidad de la fascia umbilical profunda, o por incisiones previas. Aunque con referencias históricas que se remontan al 1500 a.C., no serían tratadas hasta 1901, cuando Mayo sentó las bases de su corrección quirúrgica.
- **Hernias epigástricas:** descritas por Villeneuve en el siglo XIII, se sitúan en la línea alba en el segmento comprendido entre la apófisis xifoides y el ombligo. Su incidencia es del 3-5% de la población. Aunque se incluyen entre las primarias, también pueden ser de origen incisional.
- **Hernias de Spiegel:** se producen a través de la línea semilunar y borde externo del músculo recto, la llamada línea de Spiegel. Descritas por Henri François Le Dran en el siglo XVIII, son poco frecuentes y difíciles de diagnosticar (a menudo es intramural) con mayor prevalencia entre el sexo femenino.
- **Hernias lumbares:** se originan en el llamado cuadrilátero de Grynfeldt o en el triángulo de Petit, entre los músculos yuxta espinales y laterales. Se puede manifestar como una masa subcondral en el cuadrante superior y pueden ser congénitas (raras) o adquiridas.

Las hernias de origen incisional obtienen su denominación, al igual que las primarias, del lugar en el que el defecto tiene su origen y que en este caso va a depender de la incisión previa que ha causado la debilidad^{6,7}. De este modo, a las hernias epigástricas y umbilicales, añadimos las subxifoideas, infraumbilicales, suprapúbicas y de los flancos. Las localizaciones topográficas, se basan en los límites establecidos por la apófisis xifoides, el borde craneal del pubis y el borde externo de los músculos rectos⁷, de manera que se denominan según la región donde se ubican. Así, se denominan hernias infraumbilicales a todas aquellas que se sitúan por debajo de la línea que atraviesa transversalmente el abdomen a la altura del ombligo, subxifoideas a aquella situadas justo por debajo de la apófisis xifoides y suprapúbicas a las que se sitúan justo por encima del pubis. Las hernias laterales se denominan subcostales si se sitúan por debajo del reborde costal, o ilíacas si se localizan justo por encima de la región inguinal. Las hernias de los flancos (denominadas transversas por Chevrel⁸) se localizan en el espacio poco definido entre las áreas subcostal e iliaca.

En la reunión de consenso celebrada en Bélgica en el año 2008 por parte de la European Hernia Society⁷ (EHS), se establecieron unos determinados márgenes para delimitar las regiones abdominales

que acotaran mejor los conceptos anteriormente descritos. Convencionalmente se definieron las áreas abdominales de manera que abarcasen desde el punto anatómico referencial 3 cm, tal y como se muestra en la figura, que compara las áreas anatómicas con la clasificación EHS. De esta manera, el área donde se sitúan las hernias subxifoideas está comprendida entre la línea que pasa por debajo de la xifoideas y otra imaginaria que se sitúa 3 cm por debajo. El área umbilical, por mostrar otro ejemplo, abarca desde 3 cm por encima hasta 3 cm por debajo del ombligo.

RELEVANCIA ACTUAL DE LAS CLASIFICACIONES ANATÓMICAS

Poco ha cambiado el panorama en los últimos años desde la publicación de la clasificación de las hernias realizada en 2008 por la EHS. Aunque se sigue exponiendo la falta de un método universalmente aprobado^{5,7,10}, parece que la citada clasificación es actualmente la más aceptada¹⁰. La clasificación de Nyhus no aborda factores como el tamaño del defecto herniario, incarceration o morbilidades intercurrentes⁵. A la clasificación de Gilbert, que sí considera el tamaño del orificio, se le opone que el abordaje laparoscópico puede magnificar su valoración por el neumoperitoneo, así como el no incluir la hernia en pantalón o las crurales, aunque Rutkow las añada después. A la de Bendavid se le asocia una excesiva complejidad^{5,9}, resultando que ninguna termina de ser completamente satisfactoria^{5,7,10,11}.

En el caso de las hernias de pared anterolateral, la clasificación topográfica, de valor clínico descriptivo evidente, adolece de una ambigüedad que la hace mostrarse insuficiente como método clasificatorio que permita la estandarización de técnicas y evaluación de resultados^{7,9}. Principalmente se le puede acusar, sobre todo en el caso de las hernias incisionales, de no definir límites claros entre los términos o el no incluir el tamaño del defecto o las características anatómicas particulares del paciente como la obesidad o la delgadez extrema. La delimitación topográfica del abdomen es relativamente simple en los modelos anatómicos ideales, pero resulta poco aplicable en los individuos de la población media, que no suelen estar tan próximos a los modelos atléticos, por no mencionar las desviaciones ponderales que suelen tener este tipo de pacientes. La corrección añadida por la EHS, no deja de resultar una medida arbitraria que bien podría haberse establecido en 4 cm o en 2 cm. Por así decirlo, resulta difícil la delimitación clara entre lo que se consideraría una hernia subxifoidea o una epigástrica. No obstante la clasificación sistematizada que realiza, simplifica significativamente los términos al prescindir de la descripción anatómica en sí y asignarle un valor simple determinado por una letra y un número. Como uno de los inconvenientes que se le puede alegar se presenta el hecho de no considerar de forma clara a la hernia multi orificial o aquella que constituye un fallo completo de la pared abdominal¹⁰. A pesar de ello, el registro EuraSH consideró apropiado emplear la clasificación EHS para el registro de la patología herniaria a nivel internacional¹². Recientemente un estudio publicado por el American College of Surgeons, que incluye un total de 2.191 pacientes, ha mostrado la utilidad de la clasificación de la EHS a la hora de evaluar el riesgo de complicaciones¹³, dejando pues técnicamente obsoletos los términos anatómicos aislados.

CONCLUSIÓN

La estandarización y sistematización del tratamiento y la evaluación de la complejidad técnica a la hora de tratar las hernias, hace que los términos meramente anatómicos, si bien conservan toda su utilidad clínica descriptiva, sean poco evaluables. El abordaje terapéutico de las hernias exige una terminología común que nos permita calibrar los resultados técnicos de una forma reproducible. El número de clasificaciones que continúan vigentes indican que aún no se ha conseguido la clasificación perfecta. La ya clásica clasificación de Gilbert, modificada por Rutkow, de las hernias inguinales permite, hasta cierto punto, una cierta estandarización de los resultados, ya que continúa siendo de las más empleadas. No obstante parece que su puesto pueda ser en breve relevado por la nueva clasificación auspiciada por la EHS.

BIBLIOGRAFÍA

- Rutkow I, Robins AW. Classification systems and groin hernias. *Surgical Clinics of North America*. 1998;78(6):1117-1127.
- Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *The American Journal of Surgery*. 1989;157(3):331-333.
- Scott DJ, Jones DB. Hernias and Abdominal Wall Defects. *Surgery*. 2008;4:1133-1178.
- Nyhus LM. Classification of groin hernia: milestones. *Hernia*. 2004;8(2):87-88.
- Fitzgibbons RJ, Filipi CJ, Quinn TH. Groin Hernia. *Swartz's Principles of Surgery 8th edition*. 2005. ISBN 0-07141090-2.
- Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13:407-414
- Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, Corcione F. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia*. 2007.
- Bitner R, Arregui ME, Bisgaard T, Dudai M, Ferzli GS, Fitzgibbons RJ. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surgical Endoscopy*. 2011;25:2773-2779.
- Chevrel JP, Rath AM. Classification of incisional hernias of the abdominal wall. *Hernia*. 2000;4(1):7-11.
- Muysoms FE, Deerenberg EB, Peeters E, Agresta F. Recommendations for reporting outcome results in abdominal wall repair. Results of a Consensus meeting in Palermo, Italy, 28–30 June 2012. *Hernia*. 2013;17:423-433.
- The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22:1-165 [DOI: [10.1007/s10029-017-1668-x](https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x)].
- Muysoms FE, Campanelli G, Champault GG. EuraHS: the development of an international online platform for registration and outcome measurement of ventral abdominal wall hernia repair. *Hernia*. 2012;16:239-250.
- Kroese LF, Kleinrensink GJ, Lange JF, et al. External validation of the European Hernia Society Classification for postoperative complications after incisional hernia repair: a cohort study of 2191 patients. *Journal of the American College of Surgeons*. 2018;226(3):223-229.