

I. TIPOS DE HERNIAS. CLASIFICACIONES ACTUALES

Clasificación anatómica de las hernias de pared abdominal

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

AGC Cirugía. Hospital de Alta Resolución de Écija, Sevilla

Introducción

Las hernias de pared abdominal representan un volumen muy amplio de la práctica diaria del cirujano general, así como un problema para la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico. 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

Varios sistemas de clasificación han ido apareciendo a lo largo de las últimas décadas para realizar una sistematización de las hernias de la zona inguinal. Autores como Casten, Lichtenstein, Stoppa, Gilbert, Robbins, Rutkow, Nyhus, Bendavid y Schumpelick han elaborado diversos sistemas clasificatorios a los que han dado nombre. Las clasificaciones más aceptadas por su simplicidad son la de Gilbert, modificada por Rutkow-Robbins y la de Nyhus.

La clasificación descrita por Gilbert en 1988,^{1,2} basada en consideraciones no solo anatómicas, sino también funcionales, considera 5 tipos de hernias (tabla 1). En los tipos de 1 a 3, el defecto herniario se localiza en el anillo inguinal profundo, siendo por tanto indirectas, con un nivel progresivamente mayor de incompetencia del mismo (anillo no dilatado en el tipo 1 y anillo mayor de 4cm en el tipo 3). Los tipos 4 y 5 son hernias directas, constituyendo un fallo total de la pared posterior la tipo 4 y un defecto diverticular, menor de 2 cm, la tipo 5. A estos tipos, Rutkow y Robbins *añadieron en 1993 dos*

*tipos más*¹: la tipo 6 o hernia en pantalón (combinada directa e indirecta) y la tipo 7 o crural, en la que el saco herniario protruye a través del orificio femoral.

El esquema de Nyhus^{3,4,5}, descrito en 1990 se resume en la tabla 2. Sistematiza las hernias en cuatro categorías teniendo en consideración no solo la referencia anatómica sino aspectos clínicos como la recurrencia. La tipo I es una hernia inguinal indirecta en la que el anillo inguinal no se encuentra dilatado y el triángulo de Hesselbach está conservado. Es típica en lactantes, niños y adultos jóvenes. En la tipo II el anillo inguinal se encuentra dilatado pero no afecta al suelo del conducto inguinal y no se extiende hasta el escroto. El tipo III se subdivide en tres categorías: A, B y C, siendo la A la hernia directa y la C la crural. La IIIB Incluye las hernias indirectas de gran tamaño y las hernias en pantalón. La IV representa la hernia de cualquier localización que recurre, especificando la localización (A indirecta, B directa, C femoral y D mixta).

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}.

Tomaremos primero en consideración las llamadas hernias primarias o no incisionales. Estableciendo como referencia la línea alba abdominal, las hernias de pared abdominal se dividen clásicamente en mediales y laterales. 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}

—*Hernia umbilical*: Protrusión de contenido abdominal a través del orificio umbilical. Durante la infancia se consideran congénitas. Con referencias históricas que se remontan al 1500 AC, fue tratada generalmente de forma conservadora hasta que Mayo, en 1901, sentó las bases de su corrección quirúrgica.

Correspondencia: Fernando de la Portilla. Cirugía General, Digestiva y Trasplante. Hospital R. U. Virgen del Rocío, Av. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla.

Tabla 1
Clasificación de las hernias inguinales según Gilbert con la modificación de Rutkov y Robbin

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	III A	Hernia directa de cualquier tamaño.
	III B	Hernia indirecta que afecta pared posterior, hernias escrotales y en pantalón
	III C	Hernia crural
TIPO IV	Hernia recurrente	

En el adulto se considera defecto adquirido, por debilidad de la fascia umbilical profunda, o de origen incisional.

—*Hernia epigástrica*: defecto herniario que aparece en la línea alba en el segmento comprendido entre la apófisis xifoides y el ombligo. Descrita inicialmente por Villeneuve en el siglo XIII, alcanza una incidencia del 3-5% de la población. Aunque se incluye entre las primarias, también puede ser de origen incisional, como veremos más adelante.

—*Hernia de Spiegel*: herniación de contenido abdominal a través de la línea semilunar y borde externo del músculo recto, la llamada línea de Spiegel. Fue descrita por Henri François Le Dran en el siglo XVIII. Es poco frecuente y difícil de diagnosticar (a menudo el contenido es intramural) presentando mayor prevalencia entre el sexo femenino.

—*Hernia lumbar*: tiene su origen en el llamado cuadrilátero de Grynfelt o en el triángulo de Petit, entre los músculos yuxtaespinales y laterales. Se puede manifestar como una masa subcondral en en 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, que en este caso va a depender de la incisión previa que ha causado la debilidad^{6,7}. De este modo, volvemos a mencionar las hernias epigástricas y umbilicales, añadiendo las subxifoideas, infraumbilicales, suprapúbicas y de los flancos. En el esquema se muestran las localizaciones topográficas, que se basan, fundamentalmente en los límites establecidos por la apófisis xifoides, el borde craneal del pubis y el borde externo de los músculos rectos⁷. En este caso, las denominaciones vienen dadas por regiones topográficas más que por estructuras

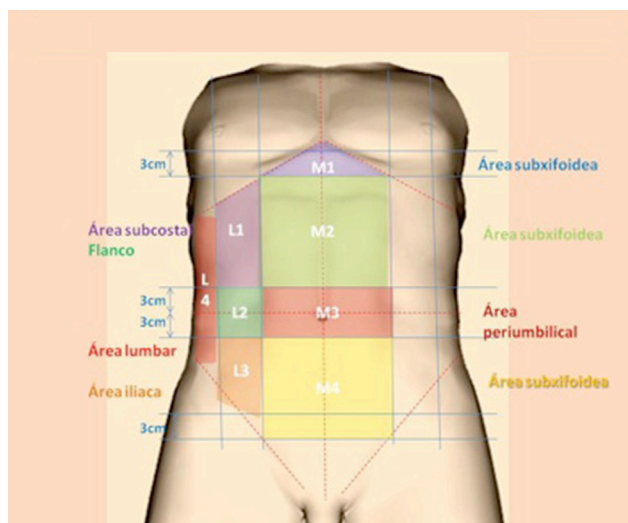


Figura 1

anatómicas. De este modo, se consideran *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 *iliacas* si se localizan justo por encima de la región inguinal. Las *hernias de los flancos* (denominadas por Chevrel⁸ transversas) se localizan en el espacio poco definido entre las áreas subcostal e iliaca.

Necesidad de una clasificación estandarizada

El hecho de la existencia de varios sistemas clasificatorios pone en evidencia la falta de un método universalmente aceptado^{5,7,9}. A la clasificación de Nyhus por ejemplo, se le achaca la el no abordar factores como el tamaño del defecto herniario, incarceration o morbilidades intercurrentes⁵. En el caso de la clasificación de Gilbert, que sí considera el tamaño del orificio, se aduce que el abordaje laparoscópico puede magnificar su valoración por quedar dilatado por el neumoperitoneo, así como el no incluir de entrada la hernia en pantalón o las crurales, aunque la corrección posterior sí que las incluye. A la de Bendavid se le asocia una excesiva complejidad^{5,9}. En definitiva, ninguna clasificación resulta completamente satisfactoria^{5,7,9}.

En el caso de las hernias de pared anterolateral, si bien la clasificación topográfica tiene una utilidad clínica descriptiva evidente, la necesidad de un lenguaje común a la hora de estandarizar técnicas y comparar resultados hace que su ambigüedad la haga mostrarse insuficiente como método clasificatorio^{7,9}. Entre otros inconvenientes 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, como atletas o deportistas, pero resulta poco aplicable en los individuos de la población media, que no suele estar tan próxima a los modelos ideales, por no mencionar las desviaciones ponderales que suelen tener este tipo de pacientes.

En la reunión de consenso celebrada en Bélgica en el año 2008 por parte de la European Hernia Society,⁷ se establecieron unos determinados márgenes para delimitar las regiones abdominales que acotaran mejor los conceptos anteriormente descritos. De forma convencional se definieron las áreas abdominales de manera que abarcasen desde el punto anatómico referencial 3 centímetros, tal y como se muestra en la figura 1. De esta manera, el *area* 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. Sin embargo, no deja de resultar una medida arbitraria que bien podría haberse establecido en 4 o en 2 cm. Por así decirlo, resulta difícil la delimitación clara entre lo que se consideraría una hernia subxifoidea o una epigástrica. Otro inconveniente lo presenta el hecho de no considerar de forma clara a la hernia multiorifical o aquella que constituye un fallo completo de la pared abdominal.⁹

Conclusión

El abordaje terapéutico de las hernias exige una terminología común que nos permita evaluar los resultados técnicos de una forma reproducible. La ya clásica clasificación de

Gilbert modificada, o la de Nyhus, de las hernias inguinales permiten hasta cierto punto una cierta estandarización de los resultados que, hasta ahora, no ha sido posible en el caso de las eventraciones o hernias de otras localizaciones debido a la ambigüedad de los términos empleados, que en el caso que nos ocupa depende en exceso de la apreciación individual de cada cirujano.

Bibliografía

1. Rutkow I, Robins AW. Classification systems and groin hernias. *Surgical Clinics of North America*, vol. 78, num. 6, Dec. 1998. Pages 1117-1127
2. Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *The American Journal of Surgery*. Volume 157, Issue 3, March 1989, Pages 331-333
3. Daniel J. Scott, Daniel B. Jones. *Hernias and Abdominal Wall Defects*. Surgery 2008. Section Four, Pages 1133-1178
4. Nyhus LM. Classification of groin hernia: milestones. *Hernia*. 2004 May;8(2):87-8.
5. Fitzgibbons RJ, Filipi CJ, Quinn TH. Groin Hernia. *Swartz's Principles of Surgery* 8th edition. 2005. ISBN 0-07141090-2.
6. F. E. Muysoms, M. Miserez Æ, F. Berrevoet et als. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* (2009) 13: 407-414.
7. M. Miserez · J. H. Alexandre · G. Campanelli · F. Corcione. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia* (2007). © Springer-Verlag 2007
8. Chevrel, JP, Rath, AM. Classification of incisional hernias of the abdominal wall. *Hernia*. March 2000, Volume 4, Issue 1, pp 7-11
9. F. E. Muysoms, E. B. Deerenberg, E. Peeters, F. Agresta. 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-