

# Hernia epigástrica

150 casos

Dr. Fabio Croci, Dr. Carmelo Gastambide,  
Dr. Ernesto Pérez Penco, Br. Adriana Cordal.

Los autores estudian las características clínicas y anatómo-patológicas, así como el procedimiento quirúrgico y sus resultados, en una serie de 150 hernias epigástricas, con un seguimiento mínimo de 3 años. Se destaca su predominio en el sexo masculino y la alta frecuencia de patología parietal asociada. Existe hasta la fecha un 4% de recidivas detectadas. No se pudieron sacar conclusiones con respecto a las bondades de la reparación transversal de las mismas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:

## SUMMARY: Epigastric hernia - 150 cases.

Authors study the clinical and anatomic-pathological characteristics, as well as the surgical procedure and its results, in a series of 150 epigastric hernias, with a minimum three-years follow up. Its predominance in males and the high frequency of associated parietal pathology is pointed out. There are thus far a 4% of verified recidivation. No conclusions could be drawn in respect of the effectiveness of transversal repair of same.

## RÉSUMÉ: Hernie epigastrique. 150 cas.

Les auteurs étudient les caractéristiques cliniques et anatomopathologiques, ainsi que le procédé chirur-

*Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y Clínica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. A. Aguiar), Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo.*

gical et ses résultats, dans une série de 150 hernies épigastriques, avec un "follow-up" de au minimum 3 années. Ils remarquent sa prédominance dans le sexe masculin et la haute fréquence de pathologie pariétale associée. Ils ont détecté jusqu'à présent un 4% de récidives. Ils n'ont pas pu tirer des conclusions en ce qui concerne les avantages de la réparation transversale.

## INTRODUCCION

Las hernias de la línea blanca supraumbilical, denominadas generalmente como hernias epigástricas (HE) (Leville, 1812) son conocidas desde antaño, habiendo sido identificadas aparentemente por Arnaud de Ville-neuve en 1825<sup>(2, 14, 16)</sup>. De Garengéot en 1743 reconoció que estas hernias eran capaces de causar síntomas abdominales confusos. El término "epigástrica" se debió a que durante muchos años se pensó que su contenido era el estómago; esta opinión fue desmentida recién tardíamente. Recién en 1810 Pelletan describió la protrusión de la grasa subperitoneal con o sin saco peritoneal asociado. La primera operación por esta patología fue efectuada por Maundir en 1802. Su patogenia fue explicada por Moschcowitz<sup>(6)</sup> en 1914. En 1921 Lewisohn<sup>(3)</sup> propugnó por la exploración intraperitoneal en esta hernia para descartar otras patologías, fundamentalmente biliares o gástricas, que fueran responsables de los sínto-

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Asistentes Clínica Quirúrgica y Pte. de Medicina.

Dirección: Yaguarón 1581 Ap. 302, Montevideo. (Dr. F. Croci).

mas<sup>(1, 12, 13, 15)</sup>. En 1926 Friedenwald y Morrison insistieron que las HE aparecen fundamentalmente en hombres que realizan tareas pesadas, siendo lo más frecuentemente adquiridas. En 1938, Luke<sup>(4)</sup> demostró la real frecuencia de patología parietal asociada a la HE. Mc Eauchan<sup>(5)</sup> halló una frecuencia de recidivas luego de su tratamiento del 9,4% mientras Ponka<sup>(14)</sup> encuentra sólo un 2%. En nuestro medio debe citarse la monografía de Pérez Fontana<sup>(10, 11)</sup> sobre "hernias del ligamento suspensorio del hígado".

El objeto de este trabajo es mostrar las características clínicas de 150 casos de HE, así como su tratamiento y los resultados del mismo.

## MATERIAL Y METODOS

La serie corresponde a 150 casos de HE operados entre 1970 y 1979 en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y en el Hospital de Clínicas entre 1980 y 1981. Se trata de 138 hombres (92%) y 12 mujeres (8%). Sus edades estuvieron comprendidas entre 16 y 65 años, con un máximo de incidencia entre 31 y 35 años (20%) (Cuadro I). En la serie se analizan los aspectos clínicos, los hallazgos operatorios, la técnica quirúrgica y los resultados.

### Cuadro I

#### HERNIA EPIGASTRICA

##### Edades

16 - 20	13	8,67%
21 - 25	27	18,00%
26 - 30	21	14,00%
31 - 35	30	20,00%
36 - 40	19	12,67%
41 - 45	10	6,67%
46 - 50	10	6,67%
51 - 55	6	4,00%
56 - 60	8	5,33%
61 - 65	6	4,00%

## RESULTADOS

- 1) **ASPECTOS CLINICOS:** El motivo de consulta (Cuadro II) más frecuente fue la presencia de una tumefacción dolorosa a nivel de la línea blanca (46,67%). El dolor como único síntoma existió en un 30% de los casos y la tumefacción en el 14,67%. Un 4% eran recidivas de HE previas. Finalmente en 4 casos (2,66%)

### Cuadro II

#### HERNIA EPIGASTRICA

##### Motivo de Consulta

Tumefacción	22	14,67%
Dolor	45	30,00%
Tumefacción + dolor	70	46,67%
Estrangulación	4	2,66%
Hallazgo casual	3	2,00%
Recidivas	6	4,00%

el motivo de consulta fue la estrangulación de la hernia. En 15 casos existió historia dispéptica asociada siendo más frecuente la hipoesténica (7,33%) (Cuadro III). En el Cuadro IV se muestra la patología parietal asociada, siendo la más frecuente la hernia inguino-crural (14%).

- 2) **HALLAZGOS OPERATORIOS:** El defecto fue único en 141 casos (94%) y múltiple en los 9 restantes (6%). La topografía del defecto único (Cuadro V) muestra un claro predominio en el 1/3 medio de la línea blanca (66%). El tamaño del defecto, en los casos de defecto único, fue menor de 2 cm en prácticamente el 49% de los casos (Cuadro VI). En cuanto a la variedad de hernia sus hallazgos se esquematizan en el Cuadro VII. En 15 casos (10%) las hernias saculares presentaban contenido en el momento de la operación, entre las cuales se encuentran las 4 estranguladas, 3 a contenido epiploico y el restante con epiplón y colon transversal (Cuadro VIII).

### Cuadro III

#### HERNIA EPIGASTRICA

##### Síntomas asociados

Dispepsia hipoesténica	11	7,33%
Dispepsia hiperesténica	4	2,67%
Constipación	23	15,33%

### Cuadro IV

#### HERNIA EPIGASTRICA

##### Patología parietal asociada

Hernia umbilical	9	6,00%
Diastasis de los rectos	8	5,33%
Hernia inguino-crural	21	14,00%
Diastasis + H.U.	1	0,67%

**Cuadro V****HERNIA EPIGASTRICA****Topografía defecto único (141)**

1/3 Superior	15	10,64%
1/3 Medio	93	65,96%
1/3 Inferior	33	23,40%

**Cuadro VI****HERNIA EPIGASTRICA****Tamaño del defecto único (141)**

Menor 2 cm	69	48,94%
2 a 4 cm	49	34,75%
Mayor 4 cm	23	16,31%

**Cuadro VII****HERNIA EPIGASTRICA****Tipo de Hernia****Únicas (141)**

Grasa	78	55,32%
Ligamento redondo	4	2,84%
Sacular	59	41,84%

**Múltiples (9)**

Grasa	6	66,67%
Sacular	1	11,11%
Ambas	2	22,22%

**Cuadro VIII****HERNIA EPIGASTRICA****Contenido herniario**

Epiplon	10	7,09%
Colon transverso	2	1,42%
Colon + Epiplon	3	2,13%

- 3) **PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** Del total de casos, 140 fueron resueltos por sutura directa y los 10 restantes (6,67%) requirieron hernioplastias con implante protésico. De las 140 herniorrafias, 68 fueron reparaciones transversales y 72 verticales (Cuadro IX). En el Cuadro X se muestran los procedimientos asociados

a la reparación de la HE. En un 6% se asoció reparación de otras hernias, en el 4% se actúa sobre la diastasis de los rectos y en un 12,67% se efectuó exploración abdominal. En todos los casos de procedimientos asociados se efectuó reparación vertical.

**Cuadro IX****HERNIA EPIGASTRICA****Técnica quirúrgica**

Reparación simple vertical	59	39,33%
Reparación simple transversal	30	20,00%
Reparación con imbricación vertical	13	8,67%
Reparación con imbricación transversal	38	25,33%
Hernioplastia	10	6,67%

**Cuadro X****HERNIA EPIGASTRICA****Procedimientos asociados**

Hernia umbilical	9	6,00%
Diastasis de los rectos	6	4,00%
Procedimientos intraabdominales	5	3,33%
Exploración intraabdominal	19	12,67%

- 4) **RECIDIVAS:** Se detectaron 6 recidivas (4%) en la presente serie hasta el momento actual; 2 de ellas aparecieron dentro del primer año luego de la operación y las 4 restantes más tardíamente. De las 6 recidivas 3 habían sido reparadas verticalmente y 3 transversalmente.

En la presente serie se destaca en primer lugar el predominio en el sexo masculino de las HE. El dolor aislado como motivo de consulta es un elemento muy importante y se ve en 1/3 de los casos. Se destaca asimismo la frecuencia de la patología parietal asociada y fundamentalmente la hernia inguino-crural. La alta incidencia de reparaciones verticales se explica en buena parte por la necesidad de procedimientos asociados. Sin embargo en el 4% de recidivas no se puso en evidencia predominio de ninguna de las formas de reparación.

## COMENTARIOS

Dr. G. Estapé. Este trabajo se halla elaborado en base a una importante casística, única en nuestro medio.

El primer punto a destacar, es la dificultad en topografiar el defecto parietal durante el acto operatorio una vez reducida la hernia, lo que a veces lleva a la colocación de múltiples puntos de sutura, la mayor parte innecesarios.

En segundo lugar, señalaremos que se debe diferenciar a las lesiones localizadas en la vecindad del anillo umbilical, de las alejadas del mismo; en efecto, las primeras se acompañan generalmente de un defecto de la línea blanca, especialmente de diastasis, cosa que raramente ocurre en las segundas (aproximadamente el 5% de los casos).

Las supraumbilicales las reparamos transversalmente, como las umbilicales, mientras que las alejadas pueden tratarse de cualquiera de las dos formas, longitudinal o transversal, sin obtenerse diferencias significativas en la evolución, como así lo han demostrado los autores de esta comunicación.

Finalmente, quiero resaltar la alta frecuencia de asociación con la hernia inguino-crural (14% de los casos), hecho señalado por otros autores, así como la rareza de los defectos múltiples (6% de los casos), que obligaba a incisiones longitudinales, las que tenían como finalidad, la exploración amplia de la línea blanca.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHARLTON M.: Epigastric hernia causing severe symptoms. Am. J. Surg. 36: 703, 1937.
2. IASON H.: Hernia. Philadelphia, The Blakeston, 1941, p. 872.
3. LEWISOHN R.: The importance of a thorough exploration of the intraabdominal organs in operations for epigastric hernia. Surg. Gynecol. Obstet. 32: 546, 1921.
4. LUKE J.: The significance of epigastric hernia. Can. Med. Ass. J. 39: 149, 1938.
5. Mc CAUGHAN J. (Jr): Epigastric hernia. Arch. Surg. 73: 972, 1956.
6. MOSCHCOWITZ A.: The pathogenesis and treatment of herniae of the linea alba. Surg. Gynecol. Obstet. 18: 504, 1914.
7. NOTARAS M.: Epigastric hernia. En: Maingot R.: Abdominal Operations. New York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
8. ORED A.: Double door reconstruction for epigastric incisional hernia. Acta Chir. Scand. 320: 13, 1963.
9. PEMBERTON J., CURRY F.: The symptomatology of epigastric hernia. Analysis of 296 cases. Minn. Med. J. 19: 109, 1936.
10. PEREZ FONTANA V.: Anatomía quirúrgica de la hernia epigástrica. Rev. Cir. Bs. As. 13: 1, 1934.
11. PEREZ FONTANA V.: Anatomía quirúrgica de las hernias abdominales. Montevideo, Fac. de Med., 1951.
12. PETERS G., NESSELRODE C.: Epigastric hernia: A factor in upper abdominal diagnosis. J. Kan. Med. Soc. 46: 289, 1945.
13. POLLOCK L.: Epigastric hernia. Am. J. Surg. 34: 376, 1936.
14. PONKA J.: Hernias of the abdominal wall. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980.
15. SULLIVAN D., ANTUPIT L.: Epigastric hernia an its relation to intra-abdominal disease. Ann. Surg. 86: 413, 1927.
16. WATSON L.: Hernia. Saint Louis, C.V. Mosby, 1948, p. 361.