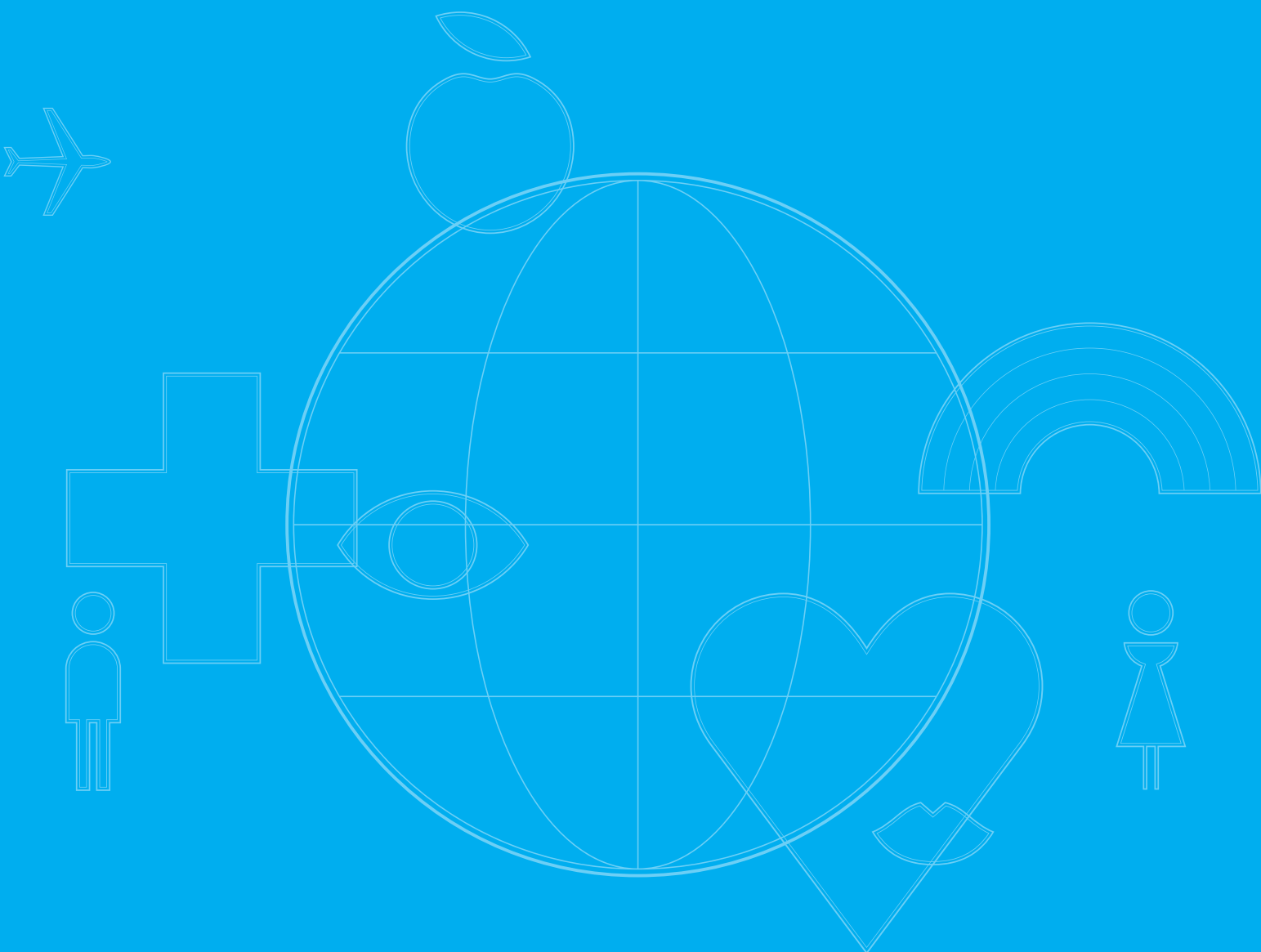
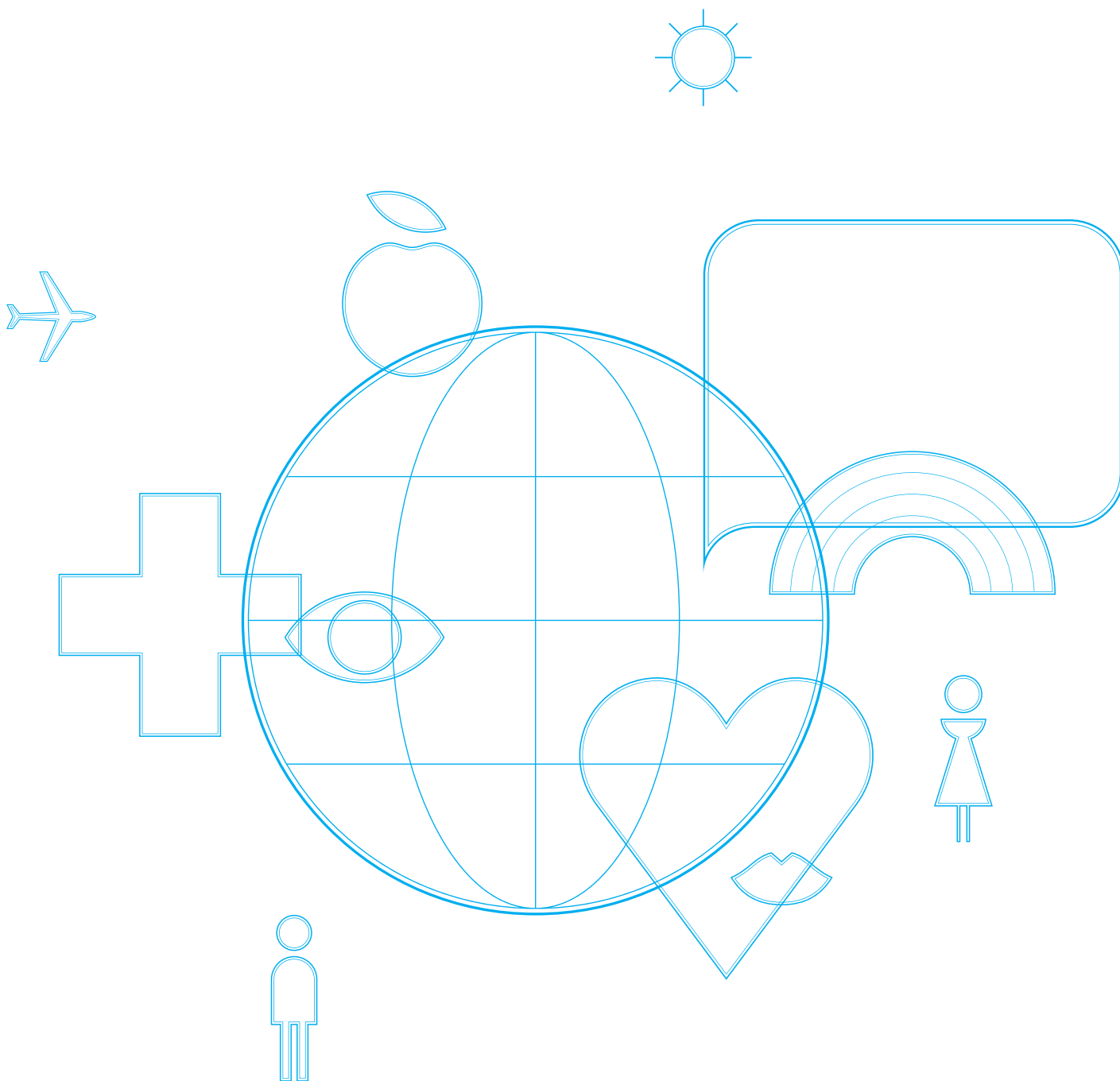




CÁLCULOS Y PÓLIPOS DE LA VESICULAR BILIAR

HERNIAS ABDOMINALES

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA



¿QUE ES LA VESÍCULA BILIAR Y QUE FUNCIÓN CUMPLE?

Es un órgano en forma de pera que almacena y concentra la bilis producida por el hígado. En el momento de la ingesta, la bilis es liberada por la vesícula hacia el intestino a través de la vía biliar, contribuye a la digestión de las grasas y además contribuye a eliminar la bilirrubina. En la mayoría de los pacientes la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar no se asocia con alteraciones de la digestión.

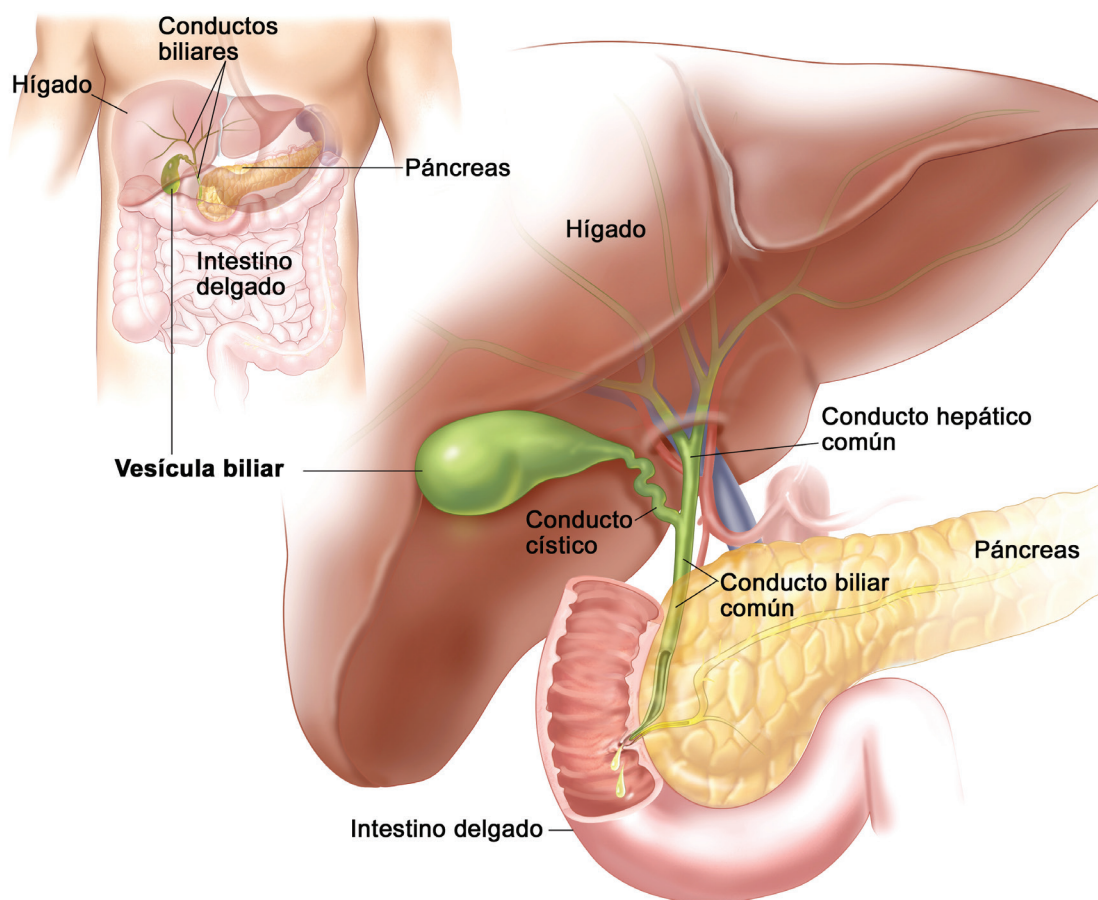
¿QUE ES LA COLELITIASIS (Cálculo de Vesícula Biliar)?

La Colelitiasis es una enfermedad caracterizada por el depósito de cristales o cálculos de variada conformación en la vesícula biliar.

Proviene del griego “**chole**” que significa bilis y “**lithos**” que significa piedra.

Sus manifestaciones clínicas varían desde un hallazgo incidentalmente, hasta un cuadro doloroso abdominal agudo.

En la fotografía siguiente, de color verde, bajo el hígado, en el lado derecho del cuerpo.



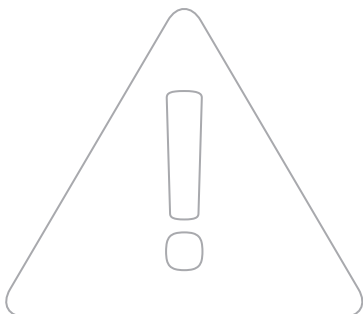
SITUACION DE LA POBLACION CHILENA

La colelitiasis tiene una alta prevalencia en Chile y existe una asociación importante con el cáncer de la vesícula biliar.

Esta frecuencia es el doble de la observada en hombres.

El cáncer vesicular es una de las primeras causas de muerte por cáncer en la mujer chilena.

La mayoría de los cálculos biliares vesiculares son asintomáticos y habitualmente se detectan en exámenes radiológicos practicados para investigar otras patologías.



FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA LITIASIS BILIAR

No se sabe con certeza por qué algunas personas forman cálculos, pero un grupo importante de ellos se debe a la presencia de diversos factores de riesgo, tales como:

- Sexo femenino
- Embarazo
- Obesidad
- Dieta rica en grasa
- Uso de Estrógenos
- Herencia o antecedentes familiares
- Edad mayor a 40 años.

CAUSAS O ETIOPATOGENIA

La litiasis biliar (Cálculos), se debe a la precipitación de cristales de colesterol. Estos cristales se asocian a otros constituyentes de la bilis (mucus, bilirrubina, calcio); por agregación y crecimiento llegan a constituir los cálculos macroscópicos.



SÍNTOMAS COMUNES

- Dolor tipo cólico del abdomen (en zona alta del abdomen o epigastrio y bajo reborde costal derecho)
- Molestias que pueden aparecer luego de comidas alta en grasas
- Fiebre
- Náuseas y Vómitos
- Sensación de Distensión Abdominal

EXAMENES DE DIAGNÓSTICOS

LA ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL

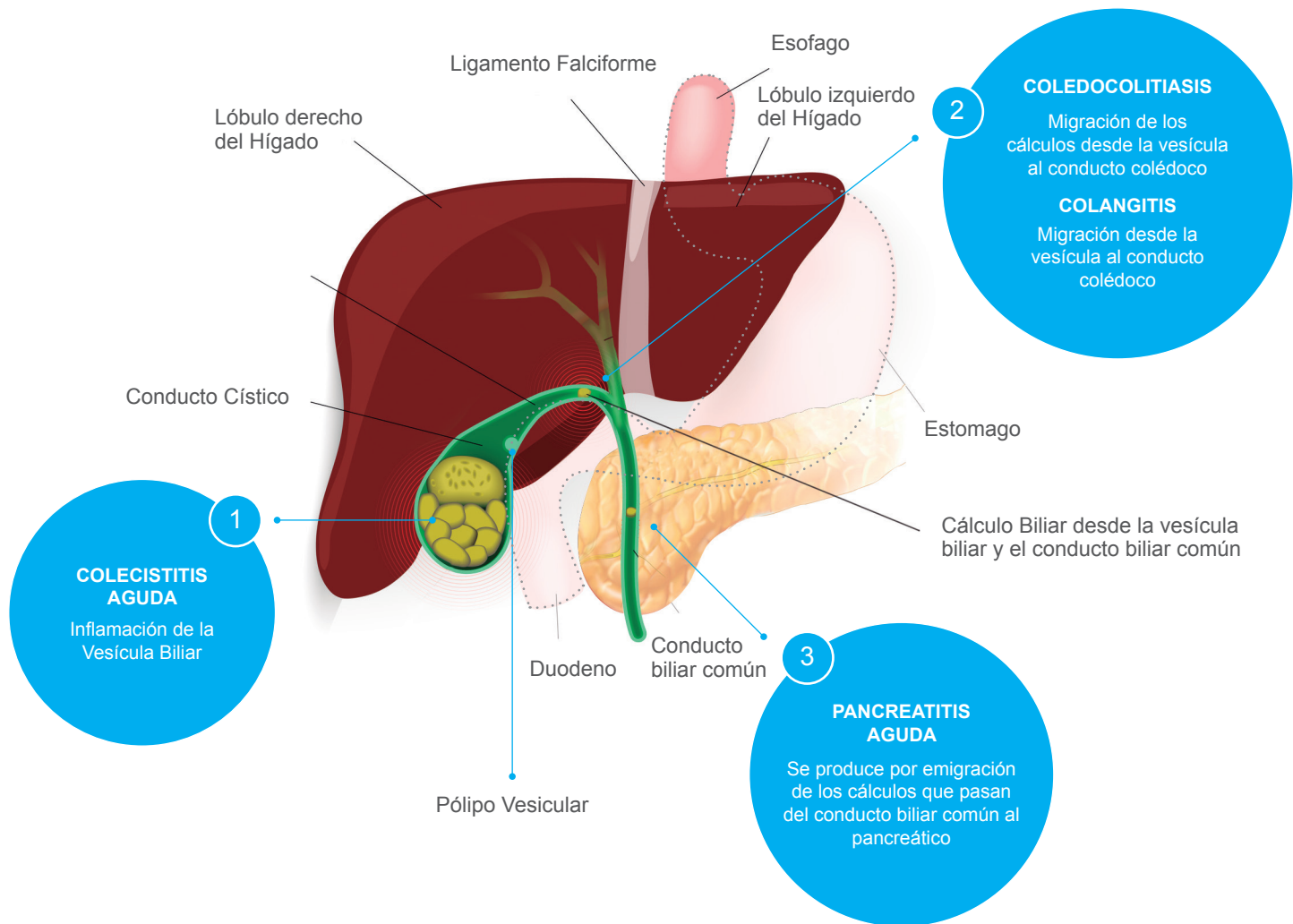
La confirmación diagnóstica se realiza con Ecotomografía abdominal donde se verifica la presencia de cálculos.

Es el mejor método diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad alrededor de 90%.

Las principales limitaciones de este examen están dadas por la obesidad y distensión abdominal.



COMPLICACIONES DE LA COLELITIASIS



1 COLECISTITIS AGUDA

Es la inflamación aguda de la vesícula biliar producida en el 95% de los casos por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula.

Esto lleva a que la vesícula se distienda, inflame y se infecte produciendo dolor cólico persistente, náuseas, vómitos y fiebre.

Puede aparecer ictericia (color amarillo de la piel y mucosas) en un 20% de los pacientes (Coledocolitiasis)

En los casos más graves se puede producir gangrena, perforación y peritonitis.

2 COLEDOCOLITIASIS

Se produce por el paso de los cálculos desde la vesícula a la vía biliar principal (colédoco) y generalmente se manifiesta por ictericia, con o sin presencia de dolor abdominal, heces blancas y orina colúrica (oscuras).

3 PANCREATITIS AGUDA

Es una complicación grave de la coledocolitiasis.

Esta inflamación aguda del páncreas se caracteriza por un dolor intenso y continuo, localizado en el segmento alto-medio del abdomen, irradiado hacia la derecha y la espalda.

4 COLANGITIS

Es una inflamación muy seria de los conductos biliares.

Por lo general relacionada con una infección bacteriana secundaria a una obstrucción del colédoco, usualmente por cálculos viliares.

Esta condición clínica se halla asociada a una morbilidad y mortalidad elevada.

POLIPOS VESICULARES

POLIPOS DE LA VESICULA BILIAR

Los pólipos en la vesícula biliar a menudo no dan síntomas y con frecuencia se encuentran en una ecografía como un hallazgo o incidentalmente al realizar una colecistectomía o extirpación de la vesícula.

Cuando se detectan en una ecografía la preocupación mayor es discriminar la posibilidad de que estos pólipos sean malignos.

CAUSAS

Las causas de aparición de los pólipos en la vesícula no están del todo claras y no ha conseguido demostrarse de forma científicamente verificada la relación entre determinados factores de riesgo y la presencia de pólipos en la vesícula.

SÍNTOMAS

Generalmente, los pólipos biliares son hallazgos casuales y no provocan síntomas pero generan incertidumbre acerca de su potencial de malignidad.

En gran parte de los pacientes que padecen de pólipos en la vesícula padecen indistintamente cálculos biliares por lo que ante la presencia de síntomas abdominales es muy complejo discernir si la causa son los pólipos en la vesícula o los cálculos biliares.

CÓMO SABER SI UN PÓLIPO ES BENIGNO O MALIGNO

Es necesario descartar la malignidad de un pólipo porque el cáncer de vesícula avanzado tiene mal pronóstico. No obstante, si se detecta pronto, puede ser extraído y curado.

Aunque ningún estudio por imágenes puede decirnos cuándo un pólipo es benigno o maligno, la ecografía, (también conocida como ultrasonido), puede darnos información muy útil para evaluar tamaño y crecimiento.

LA MAYORÍA SON BENIGNOS

Los pólipos pueden dividirse en benignos y malignos. La mayor parte de estas lesiones son no neoplásicas.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS PÓLIPOS

En aquellos pacientes que tienen a la vez cálculos y pólipos biliares se recomienda realizar una colecistectomía independientemente del tamaño del pólipo y los síntomas, ya que se ha comprobado que los cálculos biliares son un factor de riesgo para el cáncer de vesícula en pacientes con pólipos biliares.

Los pólipos que tienen un tamaño inferior a 5 mm son benignos en su mayoría. Los pacientes que no tienen síntomas no necesitan ningún tratamiento. Sin embargo, un seguimiento mediante ecografía (ultrasonido) cada 6 y 12 meses puede ser apropiado. Si el pólipo permanece estable, no requiere mayor seguimiento.

Los pólipos que miden entre 5 mm y 10 mm a veces son pólipos de colesterol, adenomas o carcinomas. Por lo que deben discutirse caso a caso, según las características individuales de cada paciente y tomar una decisión de seguimiento o quirúrgica en conjunto con su cirujano. No existe un consenso acerca de la frecuencia con la que debe realizarse el seguimiento de estos pólipos. Algunos estudios sugieren un seguimiento con ecografía a los tres y seis meses, y luego, anualmente.

El dato más confiable es la estabilidad del pólipo a lo largo del seguimiento.

Los pólipos estables pueden ser seguidos anualmente, mientras que aquellos que crecen deben ser resecados (Colecistectomía).

Los pólipos que miden más de 10 mm tiene un riesgo de malignización claramente mayor por lo que deben ser resecados (Colecistectomía).

TRATAMIENTO DE LOS PÓLIPOS EN LA VESÍCULA

El tratamiento definitivo para erradicar la existencia de pólipos en la vesícula es la intervención quirúrgica para la extracción de la vesícula biliar al completo o colecistectomía.

CONCEPTOS RELACIONADOS:

COLESTEROLISIS Y PÓLIPOS DE COLESTEROL

Son lesiones muy frecuentes y se forman a partir de la acumulación de lípidos en las paredes de la vesícula. Son benignos y suelen descubrirse al hacer una ecografía o al extirpar la vesícula. Generalmente no dan síntomas aunque en ocasiones pueden provocar complicaciones parecidas a aquellas producidas por los cálculos biliares.

MICROLITIASIS

Piedras de menos de 3 mm de diámetro

BARRO BILIAR

Suspensión de cristales, (monohidrato de colesterol, gránulos de bilirrubinato, Fosfato de Calcio, Cristales de Carbonato de Calcio y Sales cálcicas de ácidos grasos de calcio) Mucus y material proteico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO COLECISTECTOMIA (EXTIRPACION DE LA VESICULA)

TRATAMIENTO DEL BARRO BILIAR (BB) Y MICROLITIASIS

- Similar a la litiasis biliar, el tratamiento de la microlitiasis o barro biliar, sólo es necesario cuando produce síntomas o complicaciones.
- Manejo expectante en asintomáticos dado que en gran parte de los pacientes se disuelve y desaparece.
- Si hay dolor abdominal o complicaciones como colecistitis, colangitis o pancreatitis aguda recurrente, el tratamiento inmediato es la colecistectomía.
- Pacientes con barro biliar y obstrucción biliar asociada a colangitis. recurrente o pancreatitis, una alternativa es la papilotomía.

TRATAMIENTO QUIRURGICO: COLECISTECTOMÍA (EXTIRACIÓN DE LA VESÍCULA)

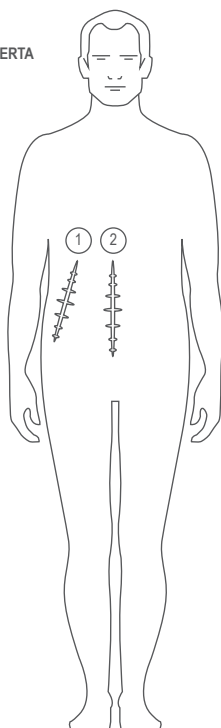
Los pacientes son intervenidos por cirugía clásica (abierta) o por laparoscopia. Actualmente, la mejor alternativa terapéutica es la cirugía laparoscópica, con un éxito entre el 93 y 97% y un índice de complicaciones bajo.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: la vesícula biliar es removida con instrumentos colocados dentro de 4 incisiones pequeñas que se hacen en el abdomen.

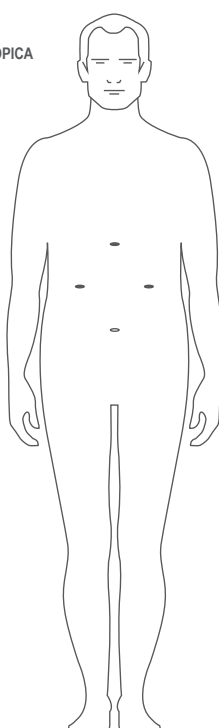
COLECISTECTOMÍA ABIERTA: La vesícula biliar es removida a través de una incisión más grande, bajo la última costilla derecha o en la línea media.

SIN CICATRICES, TRANSUMBILICAL: En algunos casos es posible realizar cirugía por puerto único o insiciones no visibles. Eso varía según cada caso y decisión del cirujano.

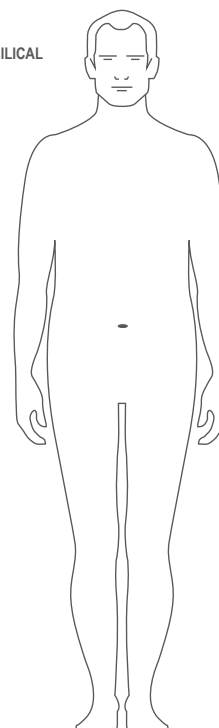
● CIRUGÍA ABIERTA
(1 0 2)



● CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA



● CIRUGÍA TRANSUMBILICAL



PASOS A SEGUIR

ANTES DE SU OPERACIÓN:

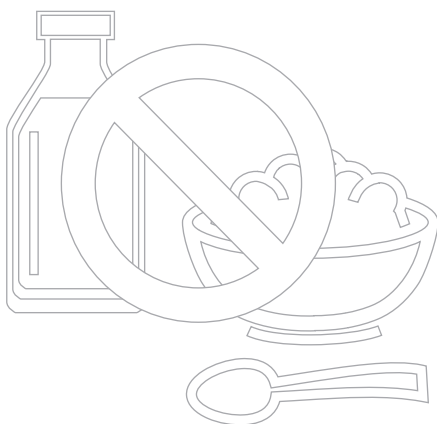
La evaluación incluye exámenes de sangre, un examen abdominal de ultrasonido, electrocardiograma y una evaluación por su cirujano. Se revisará su historial médico, los medicamentos que esté tomando, y discutirán con usted el plan quirúrgico.

Notifique a su cirujano si usted padece de alergias, enfermedades neurológicas, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, diabetes, enfermedades de la

tiroides, dientes sueltos, si fuma, abusa del alcohol o las drogas, si toma algún tipo de medicamento notifíquelo describiendo sus nombres correctos y sus dosis diarias.

En la mayoría de los casos se le permitirá tomar sus medicinas con un pequeño sorbo de agua. Si está tomando medicinas anticoagulantes deberá suspenderlo, según indique su cirujano.

EL DÍA DE SU OPERACIÓN



NO COMA O BEBA NADA

Usted no comerá ni tomará nada por lo menos 8 horas antes de la operación, así se reduce el riesgo de complicaciones debido a la anestesia. A menudo, y por lo general, se le permite tomar solamente sus medicamentos con un sorbo de agua.



QUÉ COSAS DEBE TRAER

- Carpeta con sus exámenes y papeles administrativos
- Listado de medicamentos en caso de enfermedades
- Objetos personales necesarios
- Ropa cómoda y holgada
- Deje todo tipo de joyería y objetos de valor en casa.
- No llevar sus uñas pintadas (de manos, ni de pies)

EN PABELLÓN

Se le colocará en su muñeca un brazalete con su nombre y número de identificación. La banda de su muñeca deberá ser revisada por todos los miembros de su equipo de salud antes de proveerle cualquier tipo de procedimiento o darle cualquier tipo de medicina. Si padece de alergias, se le deberá colocar también en su muñeca un brazalete de alergias.

Se le instalará una línea intravenosa ("IV") para administrar líquidos y medicamentos.

Luego de su operación se trasladará a la sala de recuperación de anestesia.

SU RECUPERACIÓN Y ALTA

Generalmente usted puede regresar a su casa el día siguiente, luego de un procedimiento laparoscópico. Su estadía será más larga (2 a 3 días) si es un procedimiento abierto.

PENSANDO CLARAMENTE

- La anestesia puede causar el que usted se sienta somnoliento algunos días. No conduzca, hasta consultar con su Cirujano.

ALIMENTACIÓN

- Cuando se despierte podrá tomar pequeñas cantidades de líquidos. Si tolera bien los líquidos podrá comenzar a ingerir alimentos livianos (*Se junta Pauta de Alimentación Liviana).
- En casa debe seguir un régimen liviano por 7-10 días. Luego su Nutricionista integrará alimentos en forma gradual.
- Continúe tomando muchos líquidos: 8 a 10 vasos por día.

ACTIVIDAD FÍSICA

- Debe seguir reposo relativo en casa por 3 días: Le ayudará para su recuperación el que se levante de la cama y camine.
- Poco a poco vaya aumentando su actividad física. Evite el reposo en cama prolongado.
- No levante objetos o participe en actividades de fuerza de 1 a 3 semanas en caso de laparoscopia y para un procedimiento abierto espere a consultar con su cirujano al respecto. Estos períodos varían caso a caso.

- Puede tener relaciones sexuales cuando no sienta dolor. Evite la compresión abdominal.

- Es normal que sienta cansancio. Es posible que necesite dormir más de lo que duerme usualmente

- Podría realizar ejercicio cardiovascular luego de 15 días del alta, según tolerancia y evitando presión abdominal; puede visitar al Kinesiólogo(a) para planificar ejercicios.

TRABAJO

- Puede regresar a su trabajo cuando se sienta lo suficientemente bien. Discuta con su cirujano al cabo de cuánto tiempo podrá regresar a su trabajo. Esto dependerá del tipo de trabajo que usted realiza.

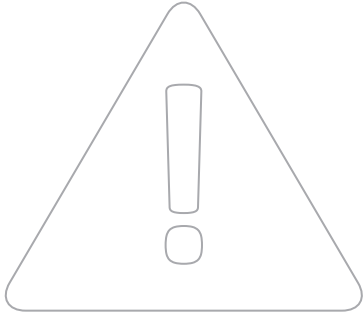
CUIDADOS

- Lavase sus manos siempre, antes y después de tocarse el área cerca de su incisión
- No remueva el parche transparente de su herida (dermabond), protege e impermeabiliza la zona.
- Puede tomar duchas cortas, de 3 minutos. No se sumerja en la tina. Lave el cabello aparte, así evitará duchas prolongadas.
- Puede utilizar parches opsite® o tegaderm-PAD.
- Siga las instrucciones de su cirujano sobre cuándo debe cambiarse sus vendajes (en caso de tener vendaje).
- Su herida sanará dentro de 2 a 4 semanas y se tornará más suave y continuará desapareciendo durante el siguiente año. Mantenga el lugar de la herida fuera del sol o use una crema protectora contra los rayos del sol en el área de su herida.
- La sensación táctil del área alrededor de su incisión regresará a su nivel normal en unas pocas semanas o meses

EVACUACIÓN (MOVIMIENTOS INTESTINALES)

- Luego de su cirugía, es posible que usted tenga deposiciones disgregadas o acuosas algunos días. Si la diarrea acuosa persiste, consulte con su cirujano.
- En caso de constipación se indicará algún medicamento para regularizar el tránsito.

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA



Como cualquier procedimiento quirúrgico, este tipo de cirugías puede presentar algunos riesgos. **Cabe mencionar que el porcentaje de estas complicaciones es bajo y Ud. estará en permanente supervisión médica, con el objetivo de una detección temprana y manejo oportuno si alguna de ellas se presenta.**

QUIRÚRGICAS: Abscesos, sangrado, infección de heridas. coledocolitiasis residual, estenosis y/o lesiones de la vía biliar.

PULMONARES: Neumonía, Atelectasia, Derrame pleural, edema pulmonar. Embolías.

CARDIOVASCULARES: Infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva. Arritmias, Accidentes cerebrovasculares.

OTRAS:

- Cicatrización patológica de las incisiones.
- Infección Urinaria.
- Reacciones alérgicas.
- Vómito o Náuseas.
- Reflujo Gastroesofágico.
- Anemia.
- Estreñimiento, Diarrea o Deposiciones de mal olor.

REGIMEN LIVIANO

Duración del régimen post cirugía

Este régimen tiene como objetivo aliviar molestias, restringiendo alimentos altos en grasa, altos en fibra e irritantes.

Debe seguirlo previo a la cirugía de colecistectomía, sobre todo si presenta síntomas.

Debe seguirlo posterior a la cirugía para evitar molestias asociadas a la menor digestión de grasas, la irritación que provoca la reciente cirugía y para evitar el meteorismo.

¿QUÉ ALIMENTOS SE PUEDEN INGERIR?



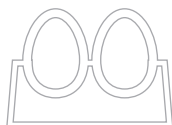
LACTEOS

Quesillo, Leche descremada sola o en postres con o sin lactosa, según tolerancia.



PAN

Tostado sin miga de preferencia molde, galletas de agua, soda o chuño ligh.



HUEVOS

Solamente la clara en sopas o budines.



VARIOS

Gelatina dietética, mermelada dietética (colada si tiene semillas), quesillo y jamon de pavo cocido.



CARNES

Pollo, Pavo, Pescado y luego de 2 días Vacuno bajo en grasa (asiento, filete, postas, lomo, etc), solamente consumirlas cocidas, a la plancha, al horno, en guisos, a la olla o al vapor y siempre desgrasadas y sin piel.



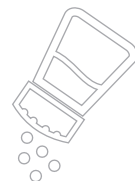
BEBIDAS

Agua cocida, mineral o purificada sin gas, te simple, infusiones de hierbas y jugo de fruta cocida.



VERDURAS

De preferencia consumir cocidas la acelga, papas, espinacas, porotos verdes, zanahoria, zapallo y zapallo italiano.



CONDIMENTOS

Sal, laurel, orégano, albahaca y romero.



FRUTAS

Manzana, durazno, damasco, pueden consumirse cocidas y sin semillas.



ALIMENTOS PROHIBIDOS

Todo tipo de fritura, condimentos y aderezos, como ají, mayonesa, mostaza y pimienta, carnes de cerdo, mariscos, visceras, prietas y yema de huevo, café, pasteles y chocolates, cecinas, salchichas, pate, mantequilla, margarina y queso, palta, repollo, coliflor, cebolla y choclo.



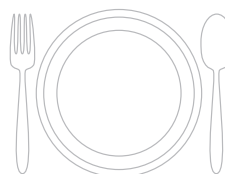
FARINACEOS

Arroz, fideos, sémola, maicena, chuño y avena cocidos en sopas o postres



Mantener horarios habituales: Desayuno, colación am, almuerzo, Once/colación y cena.

EJEMPLO DE MINUTA:



HORARIO

TIEMPO DE COMIDA

OPCIONES

6:00-9:00

DESAYUNO

1) Té (endulzante) + ___ pan marraqueta) con 2 cdas de queso.

2) 200cc Leche descremada + ___ galletas de agua con mermelada (sin azúcar) y 1 rebanada de jamón de pavo cocido.

3) Té (endulzante) + ___ pan marraqueta y 2 claras de huevo cocidas.

10:00-11:00

COLACION

1) Jalea sin azúcar

2) Compota de fruta

3) Leche o Yogurt descremado

13:00-14:30

ALMUERZO

1) Pechuga de pavo al horno con ___ taza arroz perla; ensalada de p. verdes. Postre: Pera cocida.

2) ___ Uds de zapallo italiano relleno; Sopa crema de verduras. Postre: Manzana cocida.

3) Pescado a la plancha con Budín de acelga. Postre: Sémola con leche.

16:00-17:30

ONCE

1) Té (endulzante) + ___ marraqueta) con 2 cdas de queso.

2) 200cc Leche descremada + ___ galletas de agua con mermelada (sin azúcar) y 1 rebanada de jamón de pavo cocido.

3) Té (endulzante) + ___ marraqueta y 2 claras de huevo cocidas.

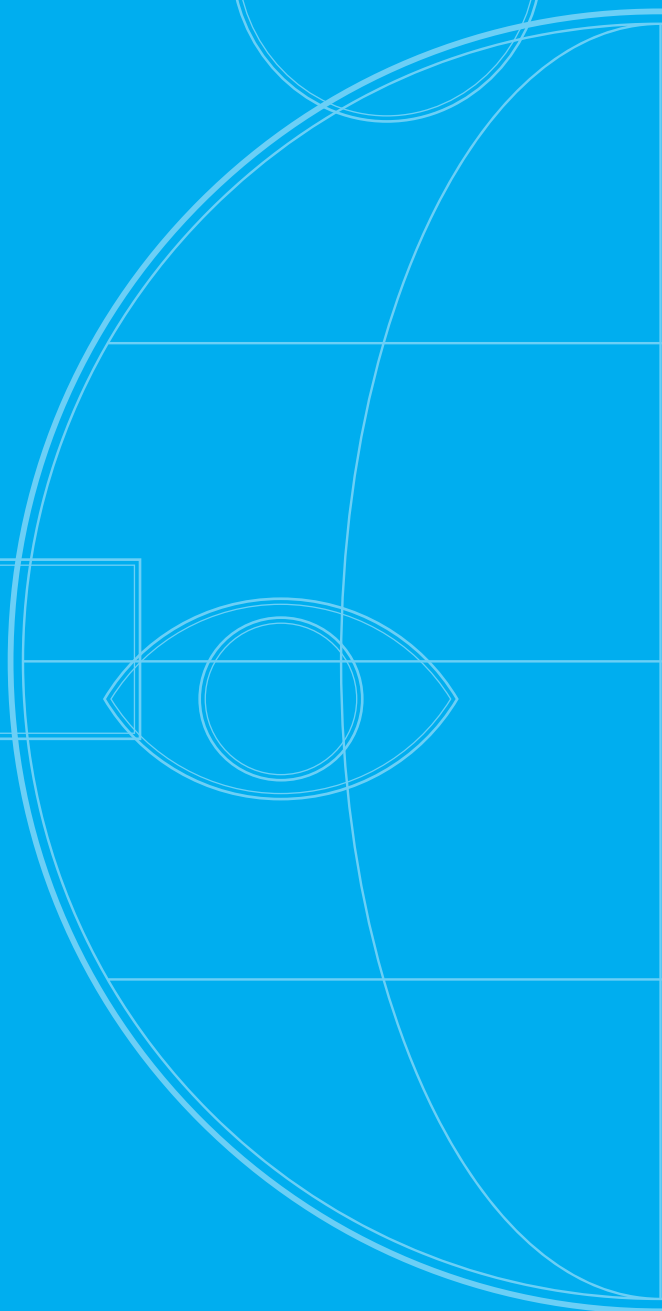
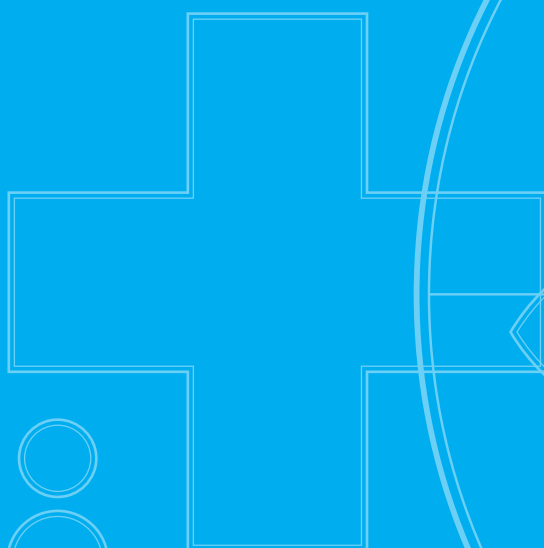
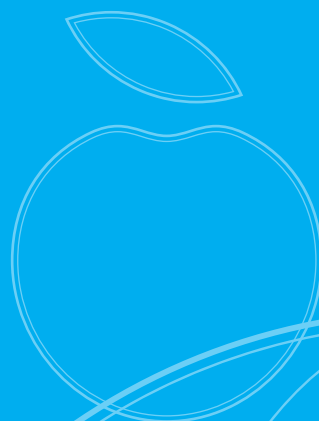
19:00-21:00

CENA

1) Carne al jugo con ___ taza puré de papas; ensalada de acelga con zanahoria. Postre: membrillo cocido.

2) Cazuela de ave (1 papa chica y zapallo mediano); Sopa crema de verduras. Postre: Arroz con leche.

*Su nutricionista verificará indicación de alimentos permitidos y porciones según su estado nutricional.



HERNIAS ABDOMINALES

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

¿QUÉ ES UNA HERNIA?

Una hernia corresponde a una debilidad de la pared abdominal, protruye así, contenido de la cavidad abdominal por fuera de los límites naturales (Grasa Intraabdominal y/o Intestinos). Ocurre cuando se debilitan las capas internas del músculo abdominal, a raíz de lo cual se produce un abultamiento.

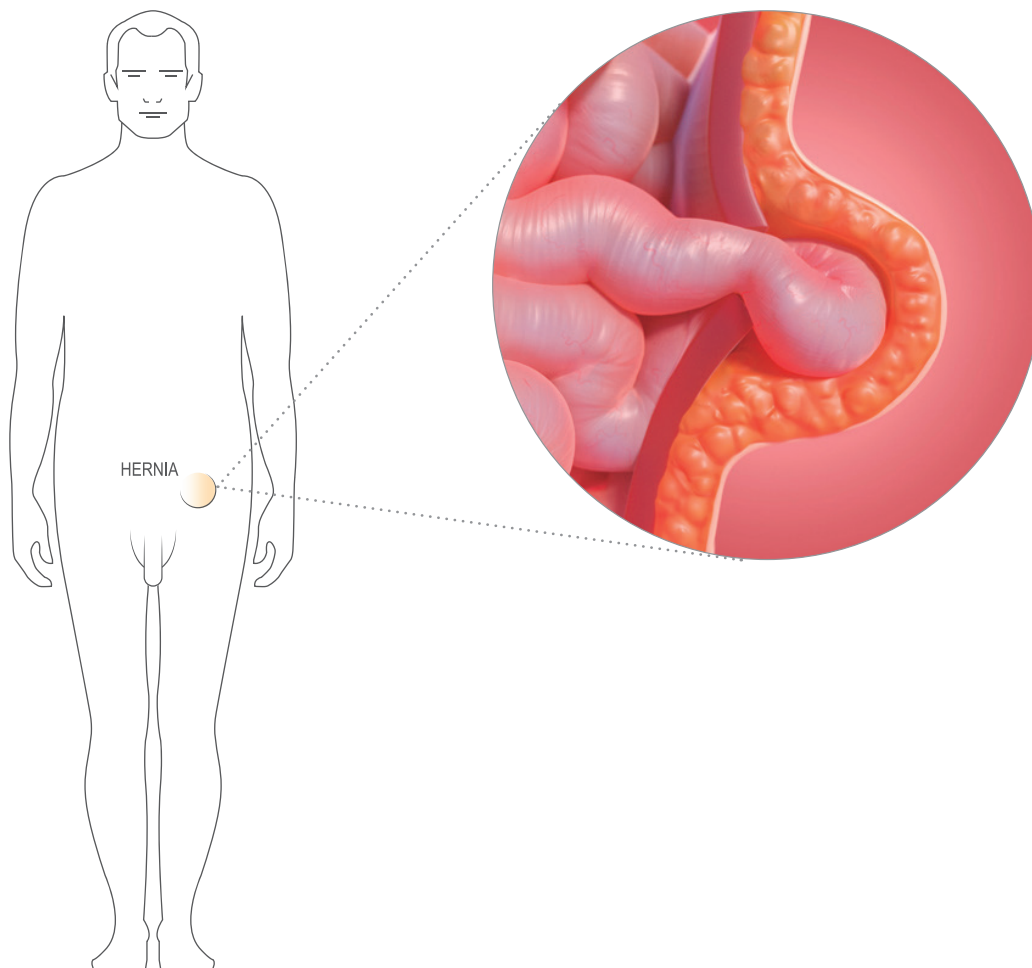
De un modo similar a una cámara que se mete a través de un neumático dañado, el revestimiento interno del abdomen atraviesa el área debilitada de la pared abdominal y forma un pequeño saco que se asemeja a un globo.

****Esto puede permitir que un segmento intestinal o tejido abdominal se “meta” en dicho saco.****

Tanto a hombres como a mujeres se les puede producir una hernia.

Una hernia no se mejora al pasar el tiempo ni desaparece por sí sola.

Una hernia puede ocasionar dolor severo y otros problemas potencialmente serios que pudieran hacer necesaria una cirugía de emergencia.



¿QUÉ ES LO QUE PRODUCE UNA HERNIA?

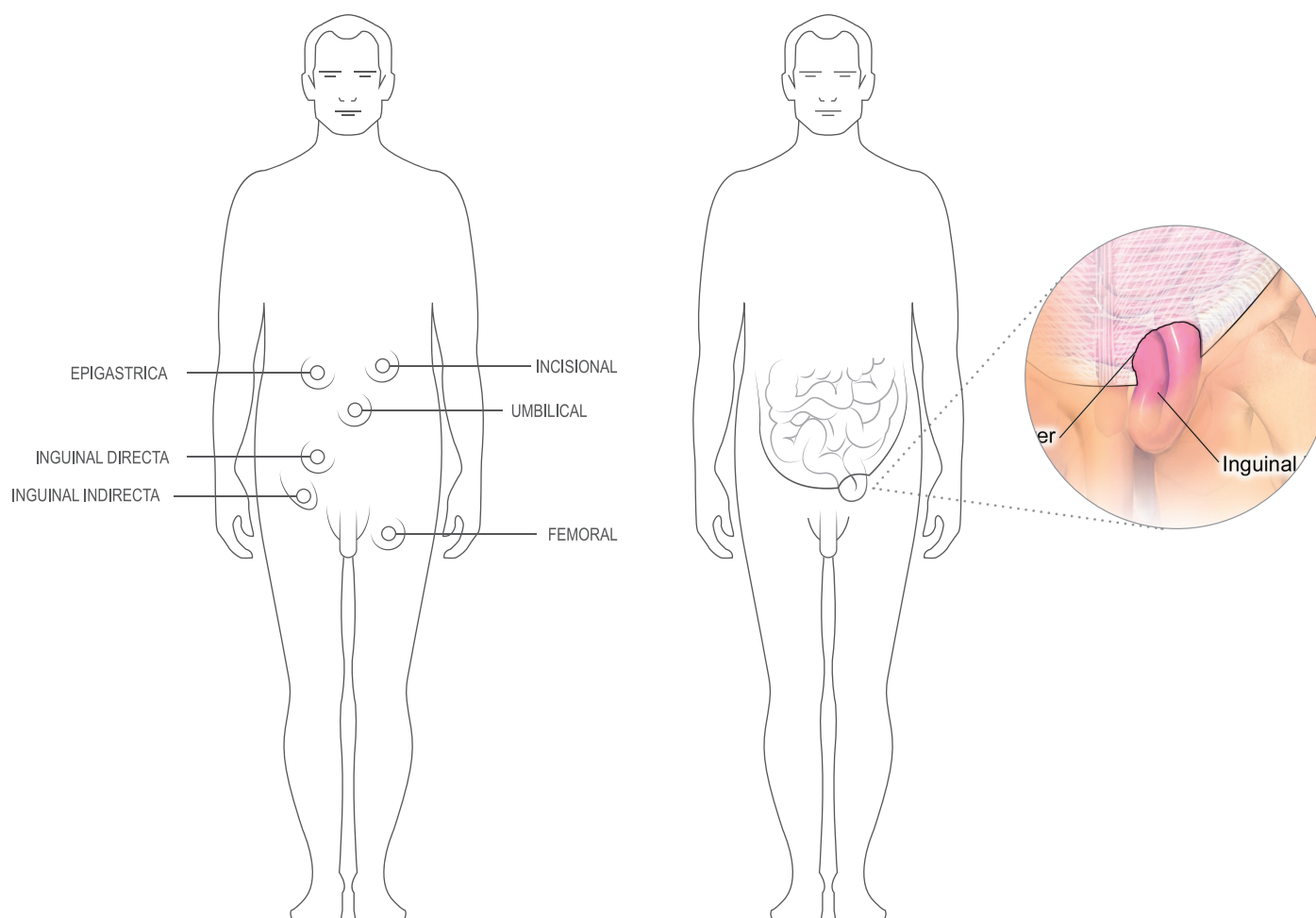
Las hernias pueden desarrollarse en estas u otras áreas debido a un gran esfuerzo sobre la pared abdominal, al envejecimiento, una lesión, una vieja incisión o una debilidad presente desde el nacimiento. Cualquiera puede desarrollar una hernia a cualquier edad.

En adultos, una debilidad natural o un esfuerzo al levantar objetos pesados, una tos persistente, dificultad para mover el vientre o para orinar pueden hacer que la pared abdominal se debilite o se separe.

la mayor parte de hernias unilaterales se originan en el lado derecho. Sin embargo, se ha identificado que hasta casi 33% de los pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal unilateral desarrolla una hernia contralateral

- DEBILIDAD MUSCULAR
- TOS CRONICA
- TRABAJOS CON FUERZA
- TABAQUISMO
- ENFERMEDADES DE PROSTATA
- ASCITIS
- DEPORTES CON FUERZA
- EMBARAZO
- TRABAJO DE PIE EN EXCESO
- ANTECEDENTES FAMILIARES
- SOBREPESO - OBESIDAD

UBICACIONES MÁS COMUNES DE LAS HERNIAS



HERNIAS INGUINALES:

Aparecen como una protuberancia en la ingle, son más comunes en los hombres que en las mujeres, con el bulto ubicado en el fondo del escroto.

HERNIAS CRURALES:

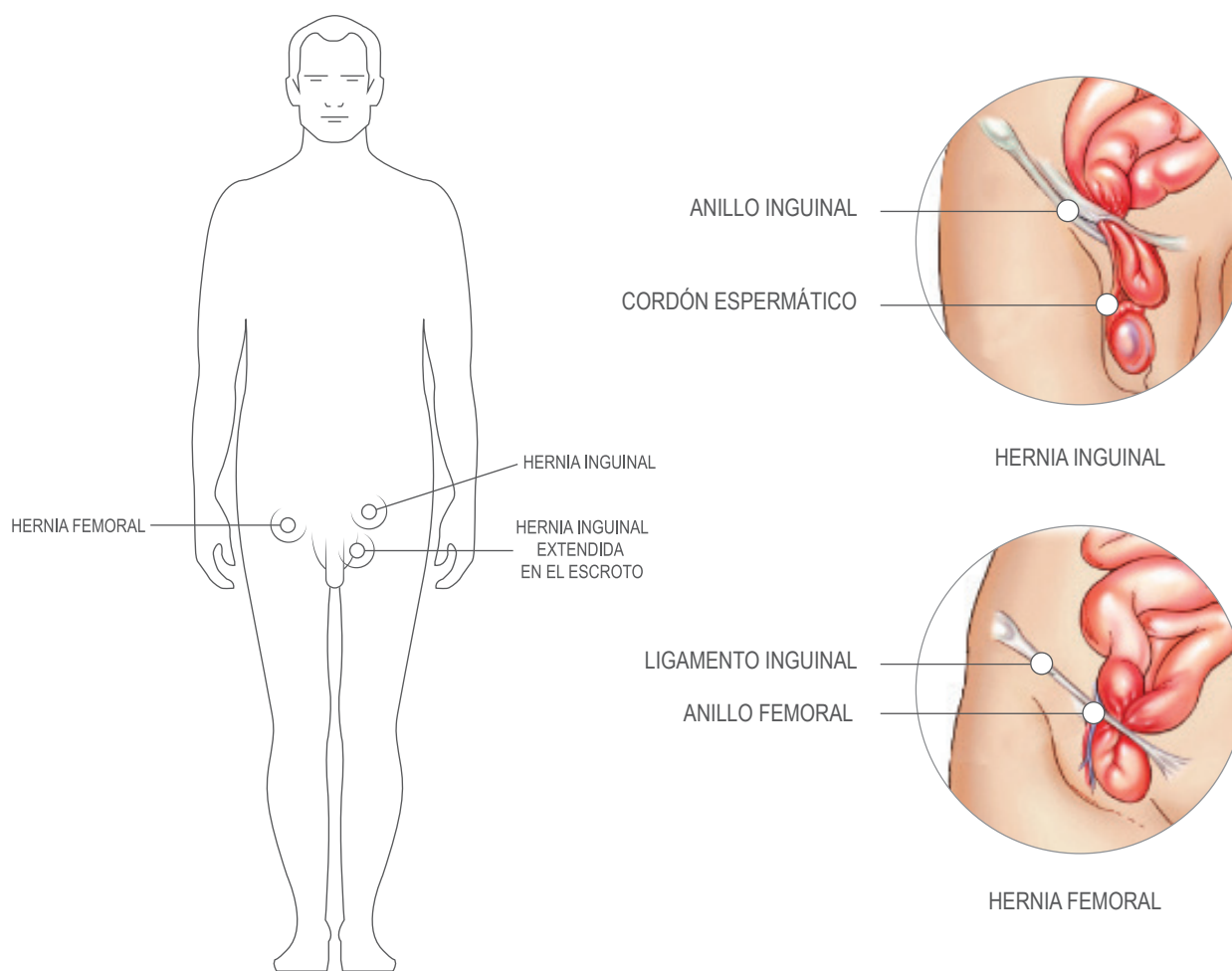
La hernia crural, también llamada hernia femoral, también corresponde a un abultamiento de la zona "Inguino-Crural), sin embargo, están ubicadas mas hacia el muslo o en orientación más distal

La principal diferencia entre una hernia inguinal y una hernia crural o femoral es la zona donde se produce. Si bien ambas están en la zona de la ingle, en el caso de la hernia crural la

protrusión se produce por debajo de la cintilla iliopubiana, es decir, más cercano a la región de la arteria femoral (pegada a la cara interior del muslo) que a la región más cercana al pubis, que es donde se produce la hernia inguinal.

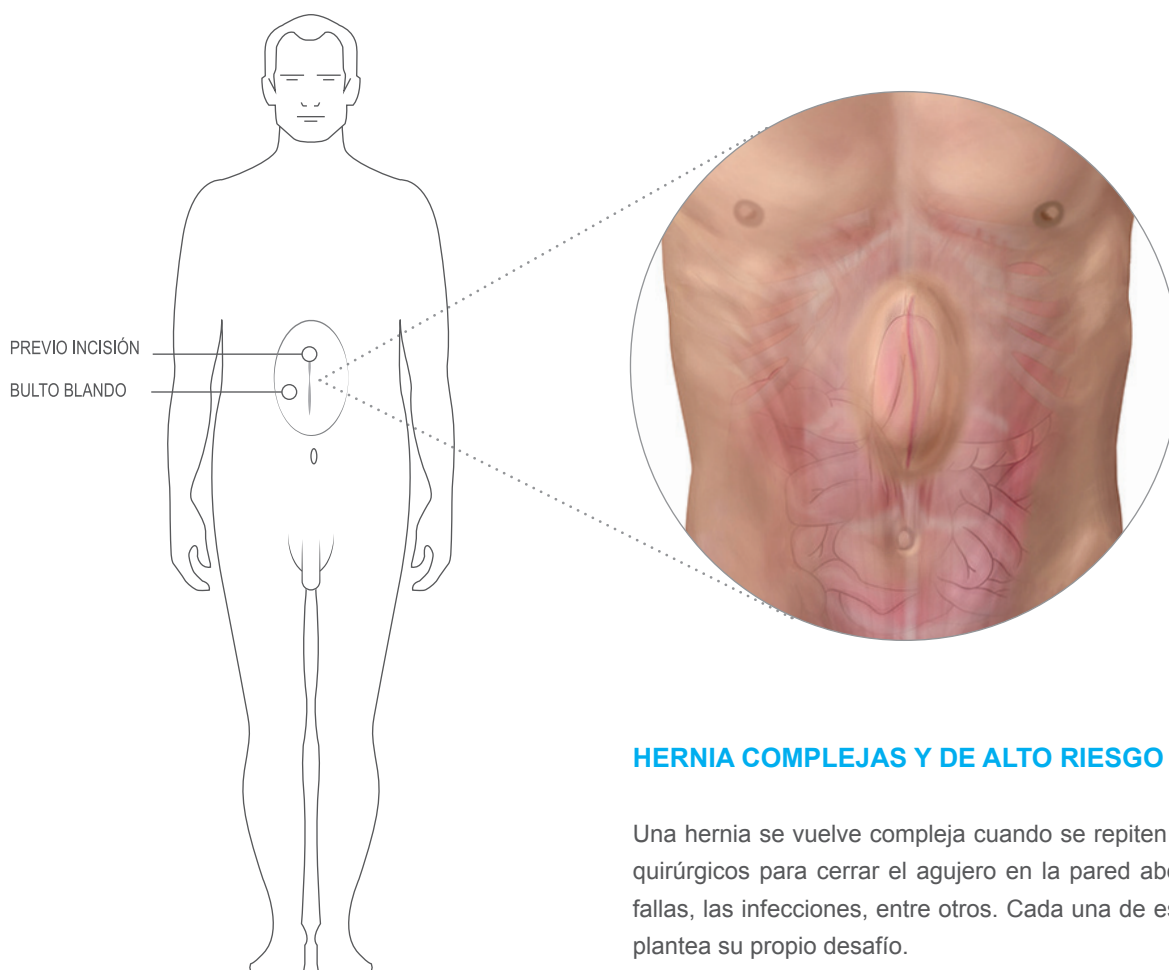
En muchos casos la hernia crural no se percibe visualmente ya que se trata de un bulto mucho menor que el habitual en el resto de hernias, sino que el paciente siente dolor en esa zona y es un especialista el que la diagnostica mediante exploración física y exámenes o su detección se realiza durante la cirugía. La detección de las hernias crurales es más complicada que la inguinal, sobre todo en personas obesas.

****a pesar de las pequeñas diferencias, se cuentan en conjunto ya que la cirugía de reparación de hernia crural es la misma que la inguinal****



HERNIA INCISIONALES:

Puede ocurrir a través de una cicatriz. Si usted ha tenido una cirugía abdominal en el pasado, puede formar una hernia de este tipo.



HERNIA COMPLEJAS Y DE ALTO RIESGO

Una hernia se vuelve compleja cuando se repiten los intentos quirúrgicos para cerrar el agujero en la pared abdominal, las fallas, las infecciones, entre otros. Cada una de estas hernias plantea su propio desafío.

Incluyen las relacionadas con la reconstrucción de la pared abdominal y hernias recurrentes, que incluyen todas las hernias que reaparecen después de una reparación anterior.

Las hernias que requieren reconstrucción de la pared abdominal son las más complejas y, por lo tanto, de mayor preocupación. Estas pueden ser grandes hernias abdominales.

El tratamiento requiere un enfoque de equipo (multidisciplinario) para la reconstrucción de la pared abdominal y generalmente consiste en una cirugía abierta.

El tratamiento habitual es la cirugía para reparar la abertura en la pared muscular. Hernias no tratadas pueden causar problemas de postura y de salud.

HERNIA UMBILICAL:

Aparecen como una protuberancia alrededor del ombligo.

HERNIAS EPIGÁSTRICAS (O SOBRE EL OMBLIGO):

Se desarrollan en el abdomen medio-superior, en cualquier lugar a lo largo de una línea trazada desde el punto inferior del esternón hacia el ombligo.

¿CUANDO DEBO TRATAR MI HERNIA?

Muchos pacientes han estado viviendo con su hernia durante muchos años. Existe la posibilidad de que cualquier hernia podría convertirse en una emergencia (incarceración o estrangulación).

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA UNA HERNIA?:

A - HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO:

SÍNTOMAS:

- Características del dolor
- Tiempo de duración
- Relación con los esfuerzos.

EL EXAMEN FÍSICO:

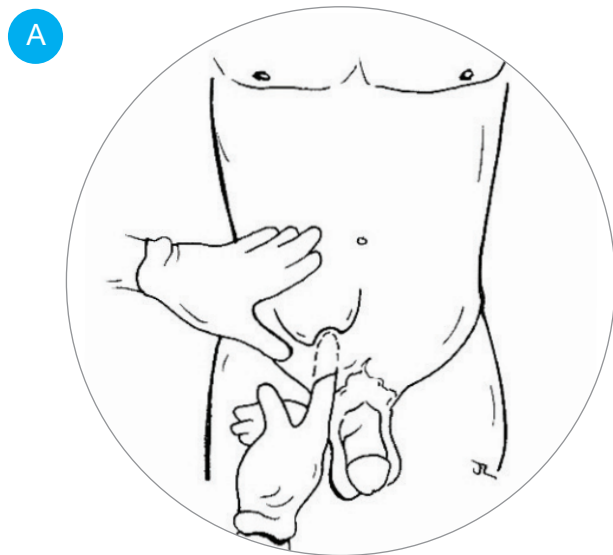
Palpación digital de las áreas de proyección de los orificios inguinales superficial y profundo y palpación del superficial por invaginación de la bolsa escrotal.

La aparición de dolor de iguales características al desencadenado por el ejercicio al realizar alguna de estas maniobras, hace sospechar la presencia de hernias.

Las hernias no desaparecen por sí solos, constantemente se hacen más grandes, los médicos recomiendan que se reparan antes de que se conviertan en grandes y dolorosas ya que pueden hacer que la recuperación sea más difícil.

B - DIAGNÓSTICO CON IMÁGENES:

- El Ultrasonido (Ecografía de Pared Abdominal) es útil en diagnóstico diferencial de dolor abdominal no visceral o inguinal
- La Tomografía axial computada (TAC) simple y contrastada
- La Resonancia Magnética (RNM)
- La Ecografía ofrece la ventaja de la exploración dinámica mientras que la resonancia magnética permite el diagnóstico de lesiones óseas, articulares o tendinosas que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial, pero su carácter estático reduce la posibilidad de identificar defectos o pequeñas protrusiones de la pared posterior de la ingle.



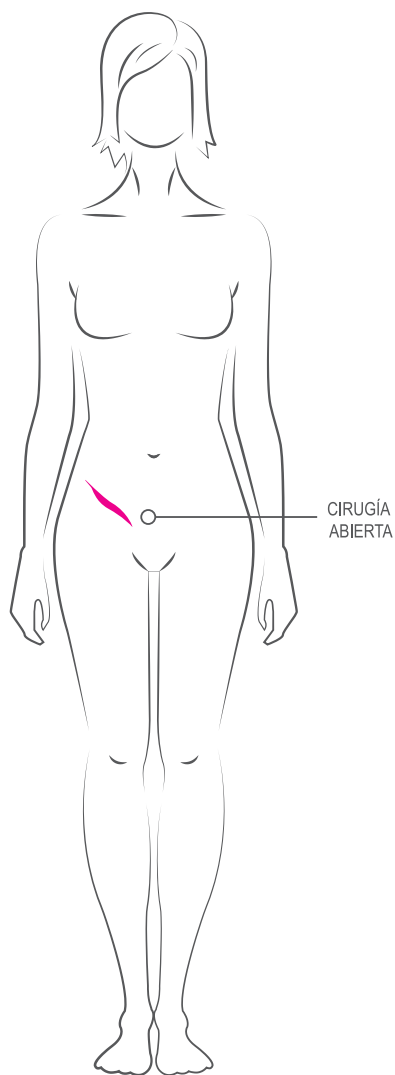
¿CUAL ES EL TRATAMIENTO?

1- CIRUGIA TRADICIONAL O ABIERTA

Una Incision de aproximadamente 7 cm debe ser realizada en la zona de la Hernia

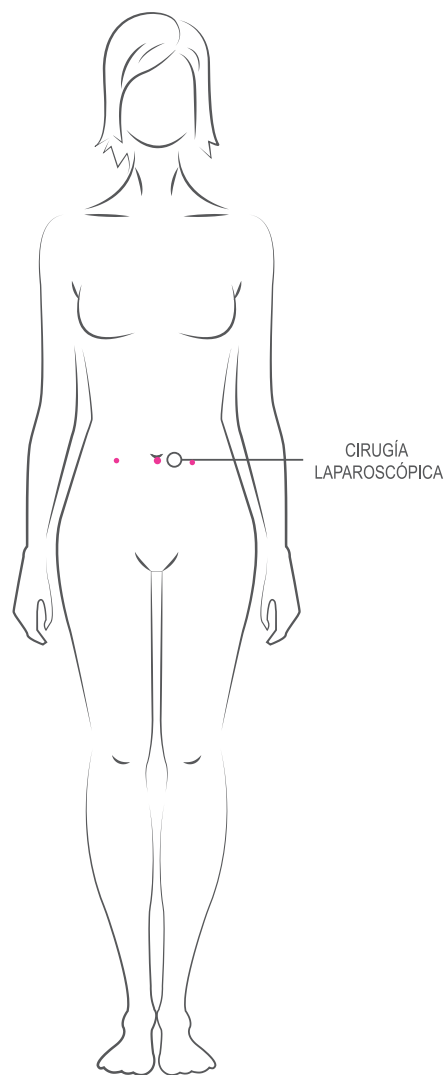
Luego se procede a identificar estructuras y reparación de la Hernia, Generalmente se utiliza prótesis de Refuerzo, tales como “mallas” de materiales diversos.

Una recuperación más lenta en el postoperatorio, sin embargo, es la opción a tomar en caso de no ser posible el acceso con Cirugía Mínimamente Invasiva o Laparoscópica

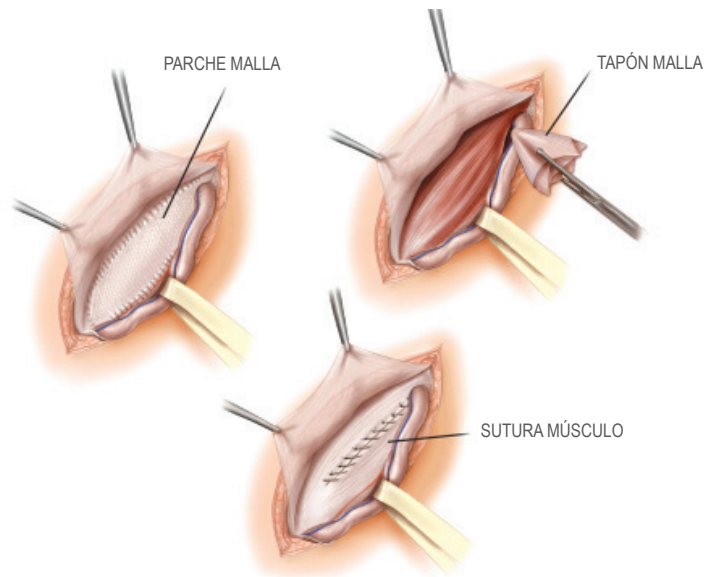
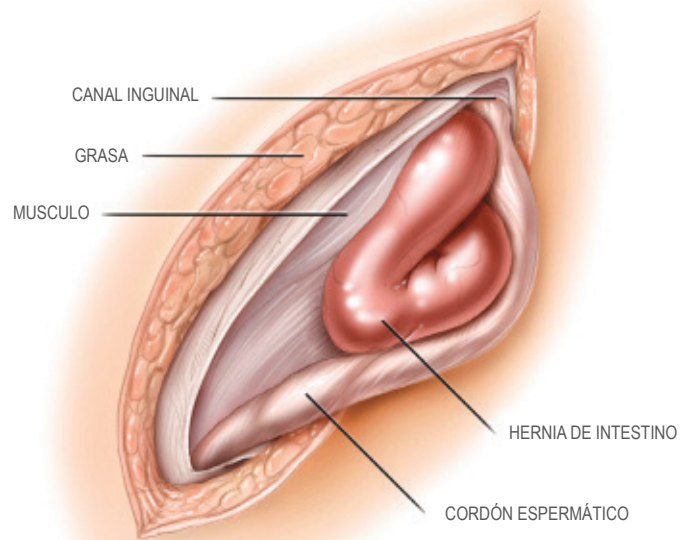


REPARACIÓN DE HERNIAS INGUINALES CON CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

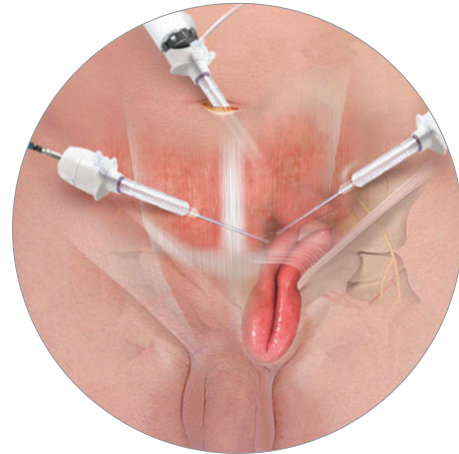
La Reparación Laparoscópica de hernia es una técnica mediante el uso de incisiones pequeñas, laparoscopia y un parche (malla). Es posible que le permita un retorno más rápido al trabajo y a las actividades normales con una reducción del dolor en el caso de algunos pacientes.



REPARACION DE HERNIAS TÉCNICA TRADICIONAL O ABIERTA



REPARACIÓN INGUINAL LAPAROSCÓPICA

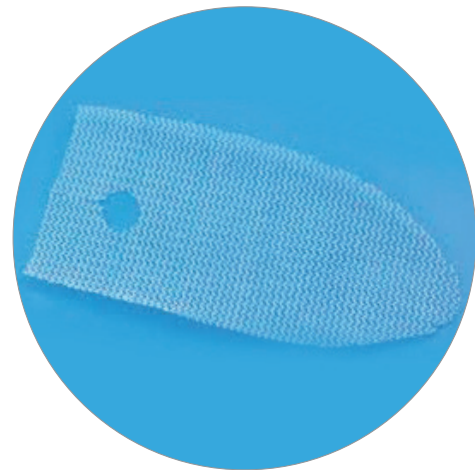


¿QUÉ ES LA MALLA?

Prótesis o Mallas de diversos materiales, son de uso común durante las reparaciones de hernia.

Distintos Tipos de Formas de Protésis o Mallas.

Están hechas principalmente de materiales sintéticos y se utilizan simplemente para reforzar el área debilitada, algunas formando una reacción inflamatoria, que finalmente determina una pared abdominal mas fuerte, secundario a esta reacción. La malla puede ser absorbible o no absorbible. Malla absorbible se degradará y ser absorbido por el cuerpo a través del tiempo, mientras que el no absorbible proporcionará la fuerza permanente a la zona y su retiro es complejo, debido a la incorporación del material al tejido vecino.





¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LA REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA?

En la mayoría de los pacientes se puede observar:

- 1 Recuperación más breve **
- 2 Retorno más rápido a las actividades normales **
- 3 Reducción del dolor ***

Disminución de complicaciones como hematomas o infecciones en la herida quirúrgica.

Permite reparar de forma más sencilla una hernia inguino-crural bilateral (que existe defecto herniario en ambos lados).

Se coloca la malla protésica por dentro, lugar donde está el problema, evitando dañar la piel externa.

Mejor resultado estético al realizar la cirugía a través de 3 mini incisiones.



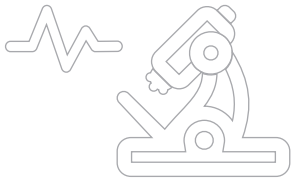
¿ES USTED UN CANDIDATO PARA LA REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA?

En general las restricciones no son extensas. Se realizan exámenes, luego su cirujano determina la reparación laparoscópica.

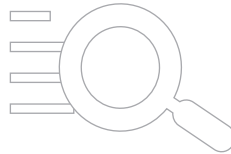
El procedimiento laparoscópico quizá no sea el más indicado para algunos pacientes que se hayan sometido a una cirugía abdominal anterior con grandes adherencias, cirugía de próstata previa o tienen alguna afección médica cardiorrespiratoria subyacente, que les impida recibir anestesia general.

PASOS A SEGUIR

ANTES DE SU OPERACIÓN:



La evaluación incluye exámenes de sangre, electrocardiograma, ecografía, Scanner o Resonancia según corresponda el caso; y evaluación por su cirujano.



Se revisará su historial médico, los medicamentos que esté tomando, y discutirán con usted el plan quirúrgico.



Notifique a su cirujano sobre problemas médicos que usted tenga. Traiga un listado con todos los medicamentos o medicinas que está tomando y muéstrele el listado a su cirujano y al equipo de anestesia durante su hospitalización.



Notifique si usted padece de alergias, enfermedades neurológicas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedad endocrinológicas (diabetes, condiciones de la tiroides), dientes sueltos, si fuma, abusa del alcohol o las drogas, si toma algún tipo de medicamentos o vitaminas. En la mayoría de los casos se le permitirá tomar sus medicinas con un pequeño sorbo de agua.



Si está tomando medicinas anticoagulantes deberá suspenderlo, según indique su cirujano.



El día de su operación, No coma o beba nada

Usted no comerá ni tomará nada por lo menos 8 horas antes de la operación, así se reduce el riesgo de complicaciones debido a la anestesia. A menudo, y por lo general, se le permite tomar solamente sus medicamentos con un sorbo de agua.



QUÉ COSAS DEBE TRAER

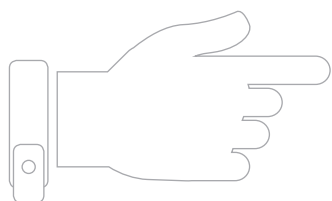
- Su tarjeta de seguro médico e identificación
- Carpeta con sus exámenes y papeles administrativos
- Listado de medicinas y medicamentos indicados por su cirujano
- Objetos personales necesarios, como dentaduras postizas
- Ropa cómodas y holgadas
- Deje todo tipo de joyería y objetos de valor en casa.
- No llevar sus uñas pintadas (de manos, ni de pies).

PREVIO A PABELLÓN

Se le instalará en su muñeca un brazalete con su nombre y número de identificación. La banda de su muñeca deberá ser revisada por todos los miembros de su equipo de salud antes de proveer cualquier tipo de procedimiento o darle cualquier tipo de medicina.

Si padece de alergias, se le deberá colocar también en su muñeca un brazalete de alergias.

*** Debe orinar 30 minutos antes de la cirugía o previo a su traslado desde su habitación a pabellón. Es necesario estar con su vejiga vacía para la cirugía.***



EN PABELLÓN

Se instalará una línea intravenosa ("IV") para administrarle líquidos y medicamentos.

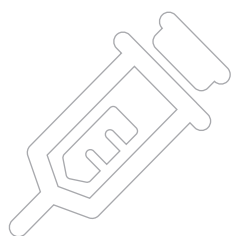
Se le harán nuevamente preguntas en relación a enfermedades y medicamentos.

Se le solicitará confirmar con motivos de standard de seguridad:

¿Qué cirugía se le realizará?

¿En qué lado de su cuerpo (derecha o izquierda) se le efectuará su procedimiento?

Entre otras preguntas.



Luego de su operación se trasladará a la sala de recuperación de anestesia, una vez verificado su condición estable postanestesia, el equipo de anestesiología indicará su traslado a su habitación de origen.

Sus familiares serán informados respecto a los resultados de su cirugía contactándonos vía telefónica y/o personalmente por parte de su equipo quirúrgico.

SU RECUPERACIÓN Y ALTA

Generalmente usted puede regresar a su casa al día siguiente, luego de un procedimiento laparoscópico. Su estadía en el hospital será más larga (2 a 3 días) si es un procedimiento abierto.

Pensando claramente

- La anestesia puede causar el que usted se sienta somnoliento. No conduzca, hasta consultar con su Cirujano.

Alimentación

- Cuando se despierte podrá tomar pequeñas cantidades de líquidos. Si tolera bien los líquidos podrá comenzar a ingerir alimentos livianos (*Se adjunta Pauta de Alimentación Liviana).
- En casa debe seguir un régimen liviano por 7-10 días. Luego su Nutricionista integrará alimentos en forma gradual.
- Continúe tomando muchos líquidos: 8 a 10 vasos por día.

ACTIVIDAD FÍSICA

- Debe seguir reposo relativo en casa por 3 días: Le ayudará para su recuperación el que se levante de la cama y camine. Camine y mantengase en movimiento en forma permanente, sin sobreejercitar ni levantar grandes pesos. Utilice ropa interior ajustada "tipo boxer".
- Evite el reposo en cama prolongado.
- Puede tener relaciones sexuales cuando no sienta dolor, por lo general, una vez que sus suturas hayan desaparecido, evitando compresión abdominal.
- Es normal que sienta cansancio. Puede que necesite dormir más de lo que duerme usualmente.
- Podría realizar ejercicio cardiovascular luego de 15 días del alta, según tolerancia y evitando presión excesiva abdominal; puede visitar a Kinesiólogo(a) para planificar ejercicios.

Para las actividades intensas, como hacer ejercicio o levantar pesas ligeras, requiere alrededor de 2-4 semanas de recuperación para el procedimiento laparoscópico, mientras que requiere aproximadamente 6 a 8 semanas de recuperación para la reparación de la hernia abierta. Tenga en cuenta que estas estimaciones pueden variar sustancialmente dependiendo de la salud del paciente y la condición física general.

TRABAJO

- Puede regresar a su trabajo cuando se sienta lo suficientemente bien. Discuta con su cirujano al cabo de cuánto tiempo podrá regresar a su trabajo.

CUIDADO DE LA HERIDA

- Lavase sus manos siempre, antes y después de tocarse el área cerca de su incisión.
 - No remueva el parche transparente de su herida (dermabond), protege e impermeabiliza la zona. Este "parche" es transparente e impermeable y no es necesario su retiro manual así como tampoco retirar o "sacar" puntos, lo que es bastante menos molesto.
 - Puede tomar duchas cortas, de 3 minutos. No se sumerga en la tina. Puede utilizar parches Opsite® o Tegaderm®.
 - Siga las instrucciones de su cirujano sobre cuándo debe cambiarse sus vendajes (en caso de tener vendaje).
 - Su herida sanará dentro de 4 a 6 semanas y se tornará más suave y continuará desapareciendo durante el siguiente año. Mantenga el lugar de la herida fuera del sol o use una crema protectora contra los rayos del sol en el área de su herida.
 - La sensación táctil del área alrededor de su incisión regresará a su nivel normal en unas pocas semanas o meses.
- Evacuación (movimientos intestinales)
- En caso de constipación se indicará algún medicamento para regularizar el tránsito intestinal.

POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

Como cualquier procedimiento quirúrgico, este tipo de cirugías puede presentar algunos riesgos. Cabe mencionar que el porcentaje de estas complicaciones es bajo y usted estará en permanente supervisión médica, con el objetivo de una detección temprana y manejo oportuno, si alguna de ellas se presenta.

Nombraremos algunas de las posibles complicaciones, luego de una hernioplastia, así como de cualquier procedimiento quirúrgico. Estas pueden ser leves o serias, sin embargo, una detección temprana es fundamental:

- Seroma
- Hematoma
- Dolor recurrente
- Retención Urinaria
- Lesión de órganos intrabdominales
- Infección de Zona Operatoria
- Edema escrotal
- Edema suprapúbico

QUIRÚRGICAS:

sangrado, obstrucción intestinal, abscesos, infección de herida. Pulmonares: neumonía, atelectasia, derrame pleural, edema pulmonar. Embolias.

CARDIOVASCULARES:

infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y accidentes cerebrovasculares.

Otras: Cicatrización patológica de las incisiones, infección urinaria, reacciones alérgicas, vómitos o náuseas, reflujo gastroesofágico, anemia, estreñimiento, diarrea; Entre otras.

Siempre que se le repare una hernia existe la posibilidad de que esta recidive. Aún se desconoce la tasa real de recurrencia a largo plazo. Su cirujano lo ayudará a decidir si los riesgos de la reparación laparoscópica de hernia son menores que los riesgos de no tratar la afección. Ambos métodos quirúrgicos muestran que las tasas de recurrencia similares que van desde el 1-15% dependiendo del estudio que revisemos.

REGIMEN LIVIANO

Duración del régimen post cirugía

Este régimen tiene como objetivo aliviar molestias, restringiendo alimentos altos en grasa, altos en fibra e irritantes. Debe seguirlo posterior a la cirugía para evitar molestias asociadas a la inflamación que provoca la reciente cirugía y evitar el meteorismo.

¿QUÉ ALIMENTOS SE PUEDEN INGERIR?



LACTEOS

Quesillo, Leche descremada sola o en postres con o sin lactosa, según tolerancia.



PAN

Tostado sin miga de preferencia molde, galletas de agua, soda o chuño ligh.



HUEVOS

Solamente la clara en sopas o budines.



VARIOS

Gelatina dietética, mermelada dietética (colada si tiene semillas), quesillo y jamon de pavo cocido.



CARNES

Pollo, Pavo, Pescado y luego de 2 días Vacuno bajo en grasa (asiento, filete, postas, lomo, etc), solamente consumirlas cocidas, a la plancha, al horno, en guisos, a la olla o al vapor y siempre desgrasadas y sin piel.



BEBIDAS

Agua cocida, mineral o purificada sin gas, te simple, infusiones de hierbas y jugo de fruta cocida.



VERDURAS

De preferencia consumir cocidas la acelga, papas, espinacas, porotos verdes, zanahoria, zapallo y zapallo italiano.



CONDIMENTOS

Sal, laurel, orégano, albahaca y romero.



FRUTAS

Manzana, durazno, damasco, pueden consumirse cocidas y sin semillas.



ALIMENTOS PROHIBIDOS

Todo tipo de fritura, condimentos y aderezos, como ají, mayonesa, mostaza y pimienta, carnes de cerdo, mariscos, visceras, prietas y yema de huevo, café, pasteles y chocolates, cecinas, salchichas, pate, mantequilla, margarina y queso, palta, repollo, coliflor, cebolla y choco.



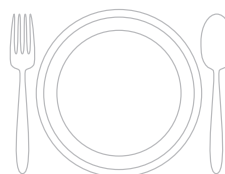
FARINACEOS

Arroz, fideos, sémola, maicena, chuño y avena cocidos en sopas o postres



Mantener horarios habituales: Desayuno, colación am, almuerzo, Once/colación y cena.

EJEMPLO DE MINUTA:



HORARIO

TIEMPO DE COMIDA

OPCIONES

6:00-9:00

DESAYUNO

1) Té (endulzante) + ___ pan marraqueta) con 2 cdas de queso.

2) 200cc Leche descremada + ___ galletas de agua con mermelada (sin azúcar) y 1 rebanada de jamón de pavo cocido.

3) Té (endulzante) + ___ pan marraqueta y 2 claras de huevo cocidas.

10:00-11:00

COLACION

1) Jalea sin azúcar

2) Compota de fruta

3) Leche o Yogurt descremado

13:00-14:30

ALMUERZO

1) Pechuga de pavo al horno con ___ taza arroz perla; ensalada de p. verdes. Postre: Pera cocida.

2) ___ Uds de zapallo italiano relleno; Sopa crema de verduras. Postre: Manzana cocida.

3) Pescado a la plancha con Budín de acelga. Postre: Sémola con leche.

16:00-17:30

ONCE

1) Té (endulzante) + ___ marraqueta) con 2 cdas de queso.

2) 200cc Leche descremada + ___ galletas de agua con mermelada (sin azúcar) y 1 rebanada de jamón de pavo cocido.

3) Té (endulzante) + ___ marraqueta y 2 claras de huevo cocidas.

19:00-21:00

CENA

1) Carne al jugo con ___ taza puré de papas; ensalada de acelga con zanahoria. Postre: membrillo cocido.

2) Cazuela de ave (1 papa chica y zapallo mediano); Sopa crema de verduras. Postre: Arroz con leche.

*Su nutricionista verificará indicación de alimentos permitidos y porciones según su estado nutricional.

DIÁSTASIS DE RECTOS

¿QUÉ ES UNA DIASTASIS DE RECTOS?

No es una hernia. Es frecuente que se confunda una diastasis de rectos con una hernia abdominal de la línea media, debido a que las dos se presentan como un bulto en la línea media del abdomen. Pero la diastasis de rectos no se trata de una verdadera hernia, sino de una separación de los músculos rectos del abdomen sin defecto o rotura de la aponeurosis.

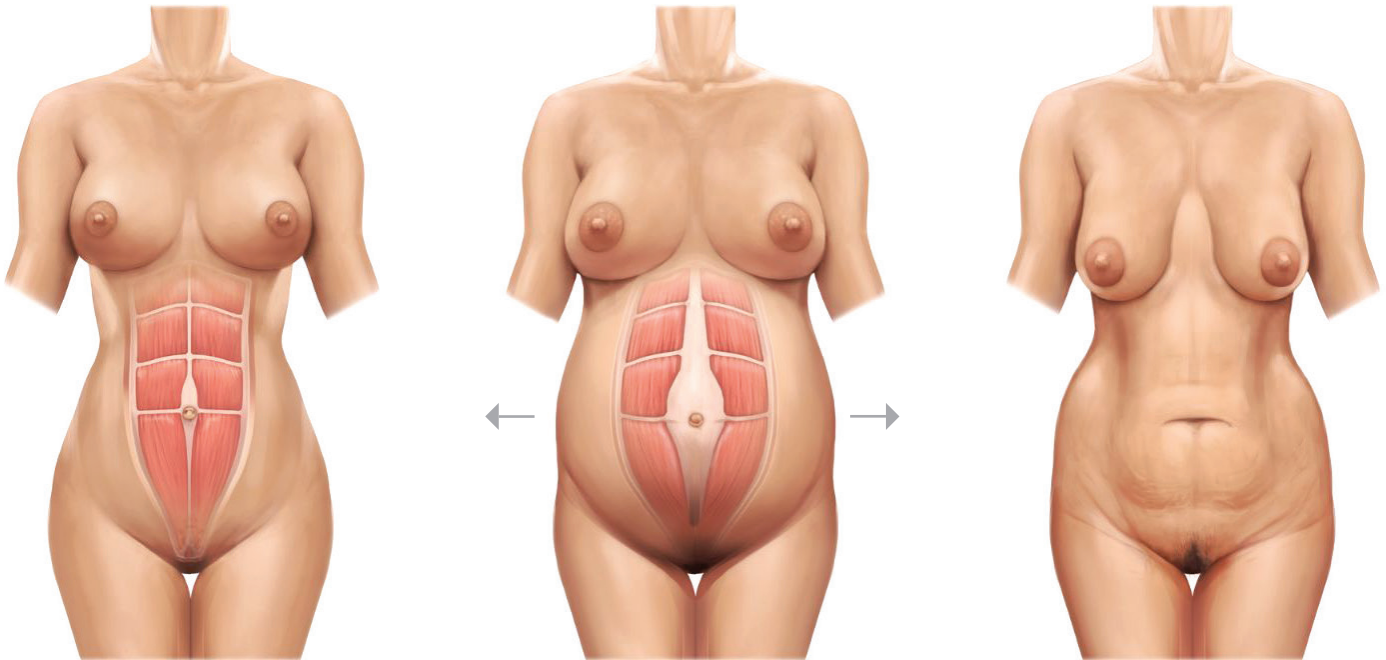
Aparece de forma clínica como un abombamiento desde el fondo del esternón hasta el ombligo y se incrementa con la tensión muscular.

CAUSAS

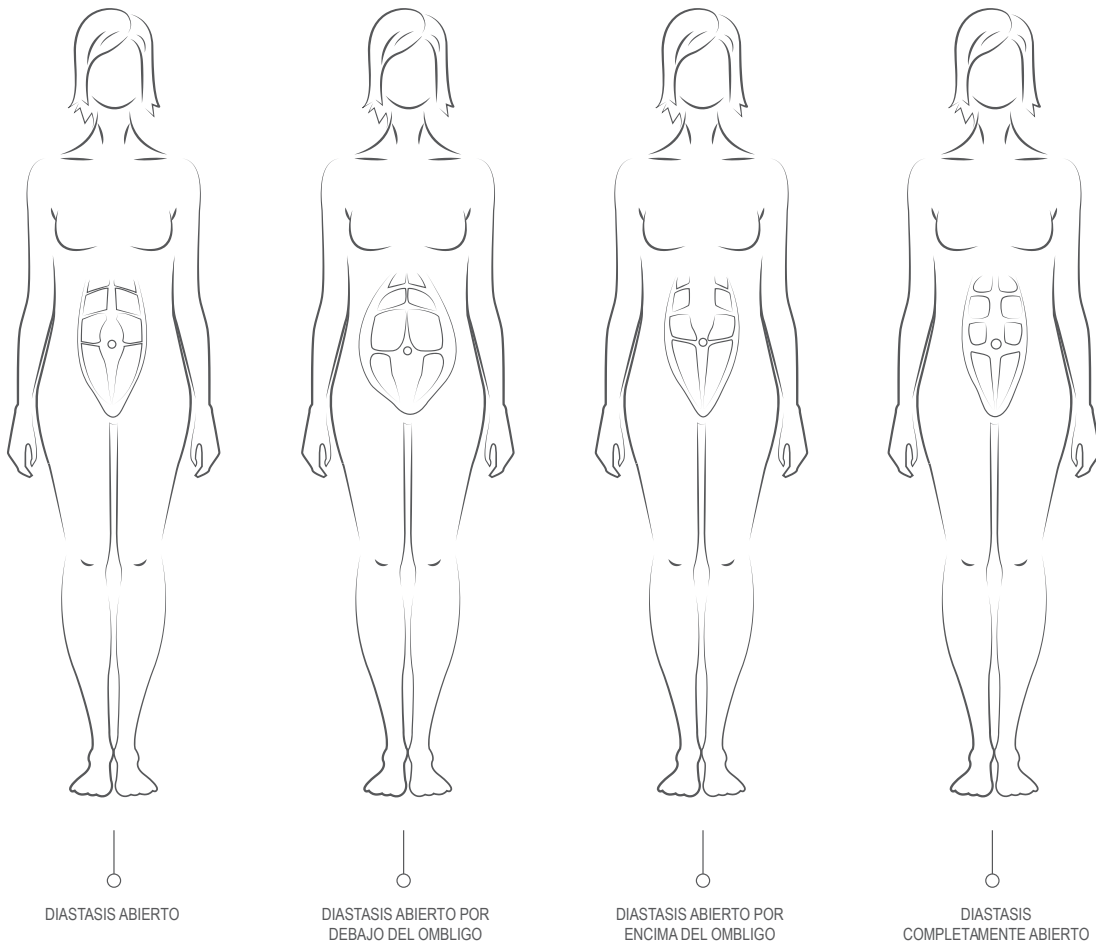
Los músculos centrales del abdomen (rectos) que originalmente están fusionados en la línea media por aumentos de presión intra-abdominal:

Embarazo. más del 40% de las mujeres lo padecen tras el embarazo). El riesgo se incrementa con los partos múltiples o los embarazos repetitivos.

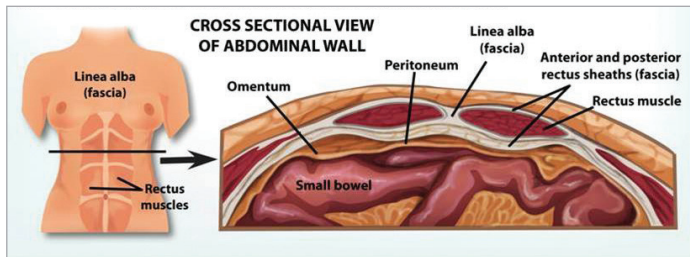
Al no ser hernia, no hay riesgo de estrangulación intestinal. Sin embargo, las diastasis pueden asociarse a hernias umbilicales ó epigástricas, las cuales deben ser evaluadas por un cirujano. al ganar peso, se separan y no vuelven a fusionarse.



DIFERENTES VARIACIONES DE DIASTASIS DE RECTOS

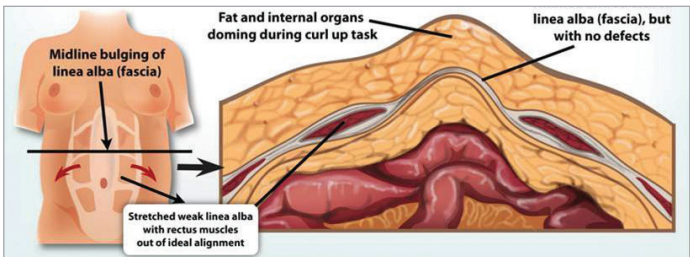


A



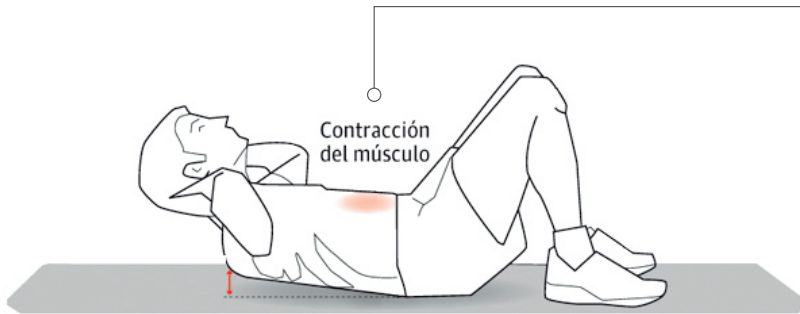
ANATOMÍA NORMAL DE PARED ABDOMINAL

B



DIASTASIS DE RECTOS

EVALUACIÓN DE LA DIÁSTASIS DE LOS RECTOS DEL ABDOMEN



Al realizar 1/3 de un ejercicio abdominal se ve un abombamiento que comienza desde el esternon hacia abajo.

Al no ser hernia, no hay riesgo de estrangulación intestinal. Sin embargo, las diástasis pueden asociarse a hernias umbilicales ó epigástricas, las cuales deben ser evaluadas por un cirujano. De todas formas las diástasis auténticas, a veces duelen, produciendo limitaciones para la vida diaria, debido a que hay un mal funcionamiento de la pared abdominal. Y por otro lado, estéticamente también son un problema para quienes las presentan.

No están indicados los abdominales convencionales, pues estos generan mayor aumento de la PIA y favorecen el crecimiento de la diástasis.

Existen cirugías específicas para la reparación de las diástasis

EVALUACIÓN DE LA DIÁSTASIS DE LOS RECTOS DEL ABDOMEN:



1 Examen Físico: Palpación



2 Ecografía o Scanner (TAC) abdominal

HERNIAS Y KINESITERAPIA

La rehabilitación kinésica en un paciente operado de hernia tiene como objetivo fundamental, lograr un control de la presión intraabdominal, evitando de esta forma la proyección del abdomen hacia adelante, generando mayor estabilidad muscular y balance motor. De esta manera aseguramos que los resultados de la cirugía se prolonguen en el tiempo.

La diástasis de rectos relacionada con el embarazo a menudo perdura por mucho tiempo después de que la mujer da a luz. La rehabilitación kinésica guiada es de gran ayuda en estos casos.

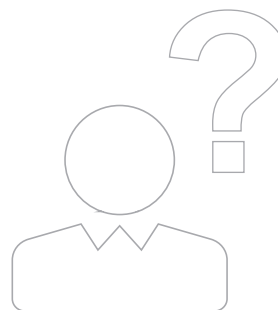


¿CUÁNDO ESTA INDICADA LA CIRUGÍA?

Si tu separación abdominal es mayor que el ancho de 2.5 dedos, se cree que no es posible tensar la pared abdominal y acercar los músculos mediante técnicas no invasivas, y se necesita de cirugía para cerrar esa separación abdominal y mejorar la función de la musculatura abdominal.

No ejercites la pared abdominal sin control. No realices levantamiento de pesas, ejercicios de los abdominales largos o las famosas sentadillas. No comiences ningún trabajo abdominal sin consejo previo.

Los ejercicios deben ir dirigidos a fortalecer el transversario abdominal, la capa más profunda de la pared abdominal, cuya función es unir los músculos de la pared abdominal.



¿CÓMO SE REALIZA?

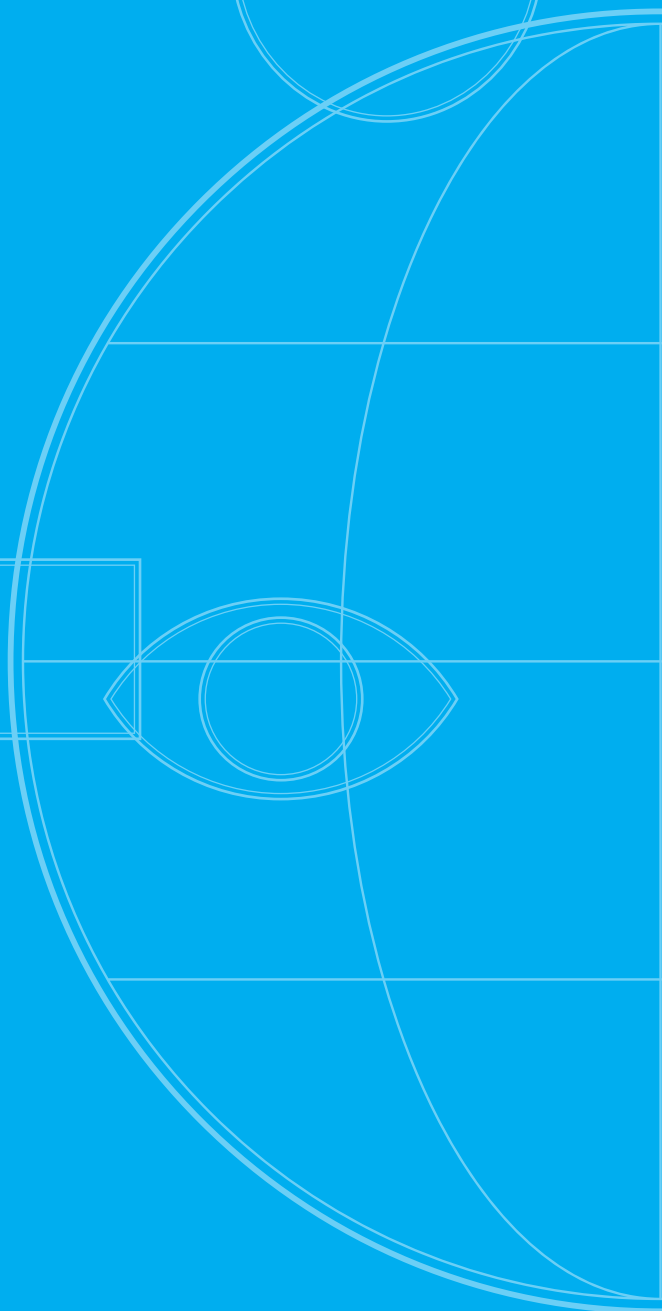
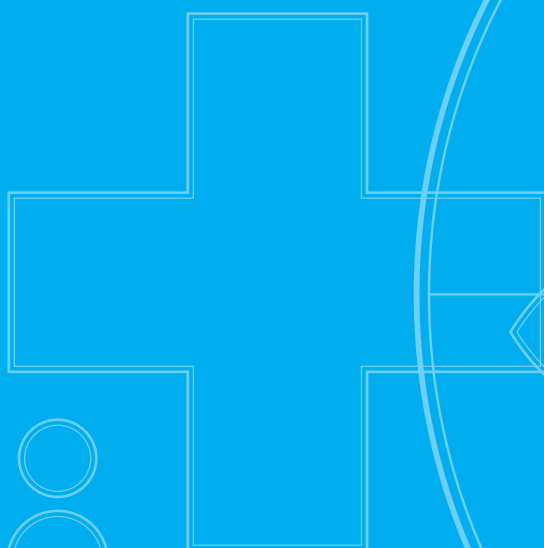
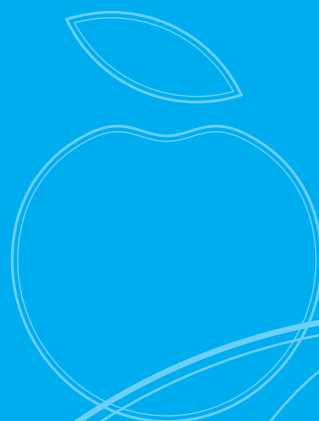
Cada caso debe ser valorado de forma muy personal. La cirugía debe adaptarse a cada persona para lo que es preciso conocer al paciente, sus deseos y expectativas. Se puede realizar desde una simple sutura de aproximación hasta una abdominoplastia completa, asociado a nuestros Interconsultores Cirujanos Plásticos.



COBERTURA

Esta patología, cuenta con cobertura por Isapres y Fonasa, a través de Programa Médico.
Además, para los pacientes entre 35 y 49 años, existe cobertura a través del **Programa AUGÉ-GES**





www.clinyco.cl