



PROYECTO TAPP IA

Reparación de hernia transabdominal preperitoneal mejorada mediante inteligencia artificial

Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair Enhanced by Intelligence Artificial

ARTÍCULO COMENTADO

Volumetría de la cavidad abdominal aplicada a la tomografía: ¿cuándo las mediciones pueden ayudar a la planificación quirúrgica en las reconstrucciones de la pared abdominal?

PAG 15

ARTÍCULO

Herniorrafia inguinal Amid-Lichtenstein

PAG 19

ARTÍCULO

Las empresas de la Alianza Empresarial son aliadas en los proyectos de SBH

PAG 25



Escanee el código QR y descubra las novedades de SBH

REALIZACIÓN

Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal

EDICIÓN Y DISEÑO

Comunicore Comunicação e Marketing

APOYO

Aliança Corporativa

IDEALIZACIÓN

Paulo Fogaça Barros, directorde SBH

EDITORIAL

Editorial - Dr. Gustavo Soares, presidente SBH	04
Proyecto TAPP IA - Reparación de hernia transabdominal preperitoneal mejorada mediante inteligencia artificial Por: Vinícius Cordeiro Fonseca, asociado de SBH	05
Herniorrafia inguinal Amid-Lichtenstein	09
Por: Dra. Natália Pascotini, director del SBH	
Artículo comentado - Predictores de incarceration aguda de hernia incisional en el diagnóstico inicial de hernia en tomografía computarizada Dr. Bruno Amantini, asociado del SBH	13
Artículo comentado - Volumetría de la cavidad abdominal	15
aplicada a la tomografía: ¿cuándo pueden las medidas ayudar a la planificación quirúrgica en las reconstrucciones de la pared abdominal? Dr. Pedro Amaral, director del SBH	
Marketing y cirugía	19
Jacqueline De Marchi, miembro de SBH	
Journal Club SBH	22
Alvaro Cota Carvalho, residente asociado SBH	
Proyecto de Alianza Empresarial	25
Dr. Heitor Santos, vicepresidente de SBH	
Conozca los proyectos de SBH para 2024	26
Visibilidad de los cirujanos miembros en el recuadro "Dudas sobre la hernia con SBH"	29
Salud - Inversión en cirugías de hernia en el SUS aumenta R\$ 97 millones en un año en Brasil	30

Dr. Gustavo Soares - Presidente de SBH

EDITORIAL



Estamos muy contentos con la realización de este proyecto por la Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal (SBH). La Revista Digital existe para llevar información científica de calidad, producida junto con nuestros miembros, a todos los cirujanos del país que trabajan con hernias abdominales. El objetivo es, como siempre, la mejor atención al paciente y la valorización de los profesionales que trabajan en esta área.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para dar las gracias a todos los miembros de nuestra junta directiva, especialmente al Dr. Paulo Barros, así como a los miembros que han contri-

buido dedicando su tiempo a producir contenidos para este medio de comunicación.

Empezamos 2024 con una serie de proyectos -algunos de los cuales ya se han puesto en práctica- para ofrecer cada vez más ventajas a nuestros afiliados. Recientemente hemos lanzado el certificado digital, para dar más credibilidad a los médicos, y el programa de intercambio interernia in and out.

Manténgase al día de nuestras noticias a través de nuestro sitio web y nuestras redes sociales.



Dr. Gustavo Soares
Presidente SBH

Cirujano general y del aparato digestivo-
31569-MG | RQE 8636 | RQE 21256

SPOILER

El esfuerzo conjunto de la Sociedad Brasileña de Hernia tendrá lugar en Volta Redonda, Río de Janeiro, entre el 01 y el 07 de julio.

PROYECTO TAPP IA - REPARACIÓN DE HERNIA PREPERITONEAL TRANSABDOMINAL MEJORADA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair Enhanced by Intelligence Artificial



▶ REPRODUCE EL VÍDEO

En el mundo tecnológico actual, la inteligencia artificial (IA) es uno de los temas más candentes en casi todo lo que nos rodea. El aprendizaje profundo, un tipo específico de aprendizaje automático de IA, está alcanzando actualmente un rendimiento excepcional para apoyar la toma de decisiones clínicas en muchos campos de la medicina. En el último Congreso Brasileño de Hernia, CBH 2023, nos presentaron el proyecto TAPP AI (Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair Enhanced

by Artificial Intelligence), desarrollado por el IRCAD Francia, donde los principales objetivos son: hacer los procedimientos quirúrgicos más fáciles, estandarizados, seguros y accesibles, así como mejorar la formación quirúrgica y la evaluación de la curva de aprendizaje, utilizando el análisis automatizado de vídeos quirúrgicos.

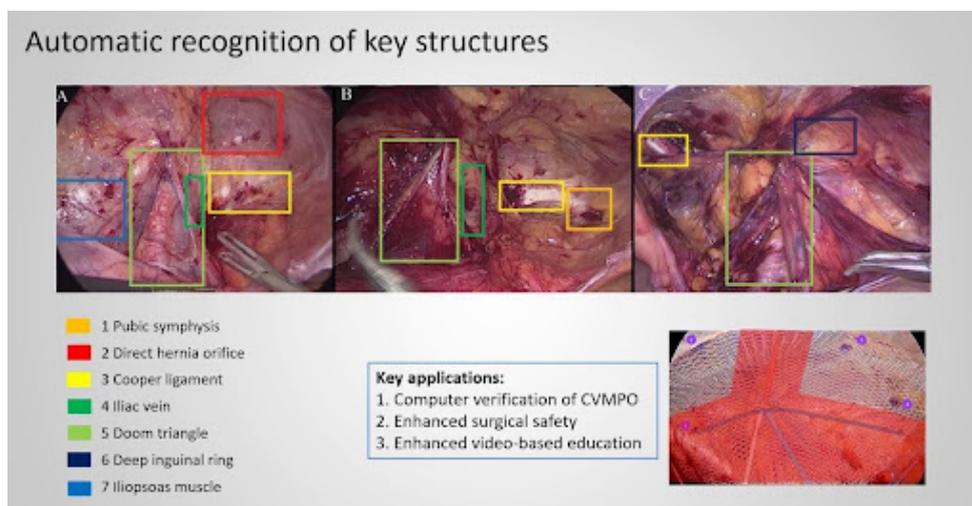
Pero, ¿cómo puede mejorarse la reparación mínimamente invasiva de la hernia inguinal con la IA?

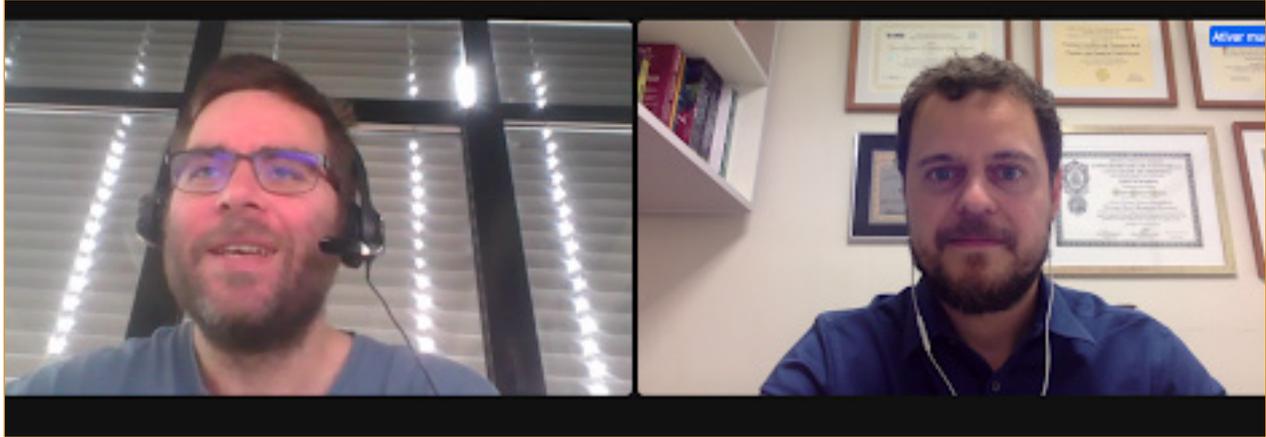
A través de:

- Análisis en tiempo real basado en inteligencia artificial de datos de video quirúrgico: implantado en el quirófano y en la educación en línea.
- Proporcionar alertas en tiempo real sobre técnicas inadecuadas o potencialmente inseguras.
- Mejorar el reconocimiento de las estructuras críticas
- Comprobar que el flujo de trabajo cumple las directrices establecidas y la vista crítica del orificio miopectíneo de Fruchaud (FMPO).
- Supervisar el flujo de trabajo y mejorar la eficacia del quirófano
- Formación mejorada basada en vídeo (WebSurg)

El primer paso¹ ha sido definir el mejor modelo de rendimiento basado en redes neuronales artificiales, entrenando al sistema para que reconozca las etapas implicadas en la realización de una herniorrafia inguinal mediante la técnica TAPP (preparación, incisión del peritoneo, disección del colgajo peritoneal, disección de la hernia, implantación de la malla, fijación de la malla y cierre del peritoneo). Esto permite optimizar la eficacia del trabajo en el quirófano al anticipar los pasos y los materiales necesarios, evaluar la curva de aprendizaje, emitir alertas y realizar una indexación automática de los vídeos. La segunda etapa² ha consistido en entrenar el sistema para que reconozca de forma

automática y dinámica 7 estructuras anatómicas, identificadas con diferentes colores: la sínfisis púbica, el orificio de las hernias directas, el ligamento de Cooper, la vena ilíaca externa, el anillo inguinal profundo, el músculo iliopsoas y el triángulo de Doom. De este modo, se permite el reconocimiento informatizado con OMPF, se aumenta la seguridad del procedimiento (ejemplo: fijación de la malla en puntos seguros) y se mejora la formación basada en vídeos. El sistema fue entrenado en 130 vídeos y validado en otros 30, resultando en una precisión media del 77,1% en la identificación de las estructuras, y este rendimiento aumentará cuantos más vídeos analice el sistema.





Para seguir con el tema, entrevisté al Director de Investigación del IRCAD Francia, Toby Collins.

VINICIUS:

¿Pueden estas herramientas ser utilizadas por el público en general?

TOBY:

Sí, estas herramientas serán utilizadas sin duda por el público en general y en cirugía en tiempo real, pero la pregunta principal es: ¿cuándo? Yo diría que el estado actual de la investigación en IA para aplicaciones quirúrgicas sigue siendo limitado en general (no sólo para TAPP), por barreras logísticas y de infraestructura, y no tanto por la propia tecnología de IA. Para que estos algoritmos funcionen con la precisión suficiente para apoyar la cirugía en tiempo real, tenemos que avanzar en los siguientes frentes:

- Mayor escala en términos de datos de formación del sistema, con varios centros que contribuyen a un gran conjunto de datos de formación y que también incluyen los resultados y las complicaciones de los pacientes.

- Mayor escala en términos de anotación de datos: necesitamos cirujanos no sólo para anotar los datos, sino también para revisar y comprobar las anotaciones de otros cirujanos en cuanto a coherencia y precisión.
- Mayor escala en términos de validación de algoritmos: necesitamos llevar a cabo validaciones para medir los beneficios en entornos controlados. En el caso de la cirugía en tiempo real, esto implica todos los aspectos de los estudios clínicos, el análisis del riesgo del paciente y el análisis de la corrección del software. Además, para medir la reducción de complicaciones, por ejemplo, se necesita una cohorte muy grande, del orden de miles, para tener suficiente potencia estadística para medir el efecto del apoyo de la IA.

Resolver estos problemas de escala es realmente la clave para que la IA llegue al paciente y se implante en Websurg. En el lado positivo, estas barreras se están reduciendo debido al interés mucho mayor que despiertan las tecnologías de IA en la actualidad. En China, por ejemplo, algunos hospitales pueden realizar estudios de validación con más de 10.000 pacientes (y ponerlos en marcha rápidamente). En Europa,

es más complicado debido al menor volumen de pacientes en los centros, por lo que se requiere un esfuerzo cohesionado entre hospitales, una gestión centralizada de los datos de los pacientes y el cumplimiento del GDPR, lo que añade mucha complejidad.

Sin embargo, cabe señalar que la actual oleada de cirugía asistida por IA consiste principalmente en mejorar la calidad de la normalización y el procedimiento, más que en automatizar la cirugía. Esto se debe al gran valor de las herramientas de estandarización y al menor riesgo para el paciente (y los retos éticos) en comparación con la automatización. Por este motivo nos centramos explícitamente en mejorar la estandarización de la TAPP, por ejemplo evaluando la calidad de la disección de la OMPF. La primera revolución de la IA en cirugía consistirá en desplegar estas herramientas de estandarización y garantía de calidad y, posiblemente en EE.UU., podrían incluso ser necesarias para el seguro médico. Esta revolución es a más corto plazo (< 10 años). La siguiente revolución (automatización de la cirugía) puede llegar más tarde, pero a más largo plazo (quizá más de 20 años para procedimientos no triviales, pero es difícil de predecir). Esto se debe a que la evolución de la automatización de la cirugía está impulsada tanto por la tecnología robótica y los sensores intervencionistas mejorados (por ejemplo, el seguimiento de instrumentos en 3D y las tecnologías de imagen mejoradas) como por la tecnología de IA y la automatización de la cirugía.



Dr. Vinicius Cordeiro Fonseca

Miembro del SBH

CRM 134.707 | RQE 41.863 / 107991

- Residencia en Cirugía General Avanzada en el Hospital das Clínicas, FMUSP-SP
- Doctor en Cirugía Clínica, Facultad de Medicina de la USP
- Título de Especialista en Cirugía General, Cirugía Traumatológica y Cirugía del Aparato Digestivo
- Miembro del Colegio Americano de Cirujanos (FACS) y Miembro Titular del Colegio Brasileño de Cirujanos (TCBC)
- Profesor del IRCAD América Latina
- Miembro de la Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal

Referencias:

- 1 - Takeuchi M, Collins T, Lipps C, Haller M, Uwineza J, Okamoto N, Nkusi R, Marescaux J, Kawakubo H, Kitagawa Y, Gonzalez C, Mutter D, Perretta S, Hostettler A, Dallemagne B. Towards automatic verification of the critical view of the myopectineal orifice with artificial intelligence. *Surg Endosc.* 2023 Jun;37(6):4525-4534. doi: 10.1007/s00464-023-09934-7. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36828887.
- 2 - Takeuchi M, Collins T, Ndagijimana A, Kawakubo H, Kitagawa Y, Marescaux J, Mutter D, Perretta S, Hostettler A, Dallemagne B. Automatic surgical phase recognition in laparoscopic inguinal hernia repair with artificial intelligence. *Hernia.* 2022 dic;26(6):1669-1678. doi: 10.1007/s10029-022-02621-x. Epub 2022 May 10. PMID: 35536371.

HERNIORRAFIA INGUINAL AMID-LICHTENSTEIN

Por: Natália Pascotini

Traducción: Dr. Federico C. Gorganchian - Vicepresidente da Asociación Argentina Hernias Basado en el Safe Steps de la American Hernia Society



HERNIORRAFIA INGUINAL AMID-LICHTENSTEIN

▶ REPRODUCE EL VÍDEO

INDICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

El paciente presenta una hernia inguinal que causa molestias (mínimas/moderadas/significativas) (con/sin) síntomas obstructivos. Se han discutido en detalle los beneficios, riesgos y alternativas de la reparación quirúrgica, incluyendo la opción de la espera vigilante, las reparaciones basadas en tejidos y mallas y las opciones abiertas frente a las mínimamente invasivas. Dado su (deseo de evitar la anestesia general/ deseo de evitar la disección preperitoneal/ comorbilidades cardíacas/ comorbilidades pulmonares/

prostatectomía previa o cirugía abdominal inferior/ preferencia), acordamos proceder con una reparación abierta con malla. Discutimos los riesgos inherentes de recurrencia y dolor crónico. Hablamos del bajo riesgo de hemorragia, infección, lesión visceral, dolor/atrofia/afección testicular y problemas relacionados con la malla. El paciente comprendió estas consideraciones y dio su consentimiento para la operación.

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN:

El paciente se coloca en posición su-

pina en la mesa de quirófano. Una vez iniciado los cuidados anestésicos monitorizados con sedación leve, se inyectan 10 cc de una mezcla 50:50 de lidocaína y marcaína en una incisión de 6 cm situada entre 1 y 2 cm por encima de la sínfisis púbica y centrada sobre el canal inguinal. Pueden inyectarse otros 10 cc de anestésico local en el tejido subcutáneo subyacente.

Se incide la piel y se realiza la disección del tejido subcutáneo y la fascia de Scarpa. Se identifican los vasos epigástricos superficiales, se ligan proximal y distalmente con sutura Vicryl 3-0 y se dividen. Un control inadecuado de estos vasos puede provocar complicaciones hemorrágicas postoperatorias.

A continuación se expone la aponeurosis del oblicuo mayor. Se realiza una pequeña ventana creada en la grasa subcutánea para exponer el canal. Se inyectan 10 cc de anestésico local bajo la aponeurosis del oblicuo mayor, hidrodisecando el canal y anestesiando los nervios inguinales que discurren por el interior del canal inguinal. Es esencial evitar inyectar demasiado profundamente para prevenir infiltrar el cordón espermático, los vasos o el territorio del nervio femoral.

A continuación, se libera el oblicuo externo hasta el ligamento inguinal lateralmente y hasta el anillo externo medialmente para definir el centro del canal. Se inciden las fibras del OE en el punto medio, llevándola hasta el anillo externo distalmente y hacia la espina

ilíaca anterosuperior proximalmente.

Se utiliza un retractor Weitlander (autoestático) de 19 cm para exponer el campo. Se colocan dos pequeñas pinzas de reparación en cada hoja de la aponeurosis del OE.

La hoja medial se diseca con una gasa o una torunda delicada a lo largo de la aponeurosis del OE para exponer medialmente el tendón conjunto. La hoja lateral se diseca a lo largo de la aponeurosis del OE para exponer lateralmente el ligamento inguinal.

MANEJO DE LOS NERVIOS

El nervio ilioinguinal se identifica por discurrir a lo largo de la parte superior de las estructuras del cordón y debe protegerse en todo su recorrido. A veces puede dividirse de forma programada para evitar lesiones o dolor crónico. Si se divide el nervio, los extremos proximal y distal se ligan con sutura Vicryl 3-0. La muestra se reseca y se envía a patología. El extremo proximal se entierra en el vientre del músculo oblicuo interno para evitar cicatrices perineurales.

El nervio iliohipogástrico se identifica discurriendo medialmente hasta su salida en el tendón conjunto y está protegido en todo su recorrido. También puede tener un curso aberrante. El NIH también puede dividirse de forma programada si es necesario. El nervio genital puede identificarse dentro del haz cremastérico adyacente a la vena espermática externa y se preserva.

Las estructuras del cordón se separan del piso del canal inguinal mediante disección roma con gasa o torunda directamente sobre la sínfisis púbica y el tubérculo, en el plano avascular. A continuación, se eleva el cordón con un dren de Penrose número 1 (20 mm). Si se evita la disección roma con los dedos, se evitará lesionar el haz cremastérico y el nervio genital. En las mujeres, el ligamento redondo puede dividirse con seguridad.

HERNIA DIRECTA

Se puede identificar una hernia directa y separarla de las estructuras del cordón. A continuación, se abre la fascia transversalis en el punto medio del canal. Debe excluirse la presencia de una hernia femoral, sobre todo en las mujeres. A continuación, la fascia transversalis se invagina con una sutura sin tensión para cerrar el piso del canal, creando una zona plana para la malla. Hay que tener cuidado de no lesionar el nervio iliohipogástrico y evitar la fijación en el ligamento inguinal, que genera tensión. Puede ser útil delimitar claramente el arco transversal superior

para minimizar el riesgo de atrapamiento del NIH.

HERNIA INDIRECTA

Las estructuras del cordón se abren longitudinalmente en la dirección de las fibras cremastéricas para preservar las estructuras del cordón y los nervios ilioinguinal y genital.

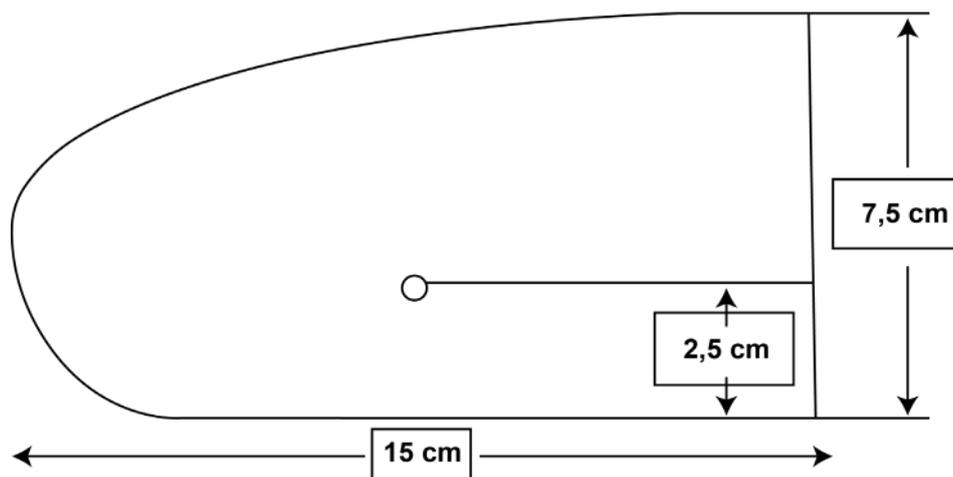
Se identifica un saco herniario en la cara anteromedial del conducto deficiente y se separa de las estructuras del cordón. Se inyectan otros 2 cc de anestésico local en su base. Este saco se abre y el canal femoral puede explorarse a través de la abertura. A continuación, se liga el saco con una sutura Vicryl 2-0 y se divide.

LIPOMA DEL CORDÓN

Si se identifica un lipoma del cordón, se separa de las estructuras. A continuación, se inyectan 2 cc de anestésico local en su base, se ligan con una sutura Vicryl 2-0 y se dividen.

COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

El piso del canal se prepara para la co-



locación de la malla reconstruyendo el anillo interno con una sutura de Marcy (Vicryl 2-0 cerrando los bordes del anillo interno), imbricando el piso (fascia transversalis) y exponiendo medialmente de 1,5 a 2 cm del pubis.

La reparación se realiza con una malla de 7,5 x 15 cm moldeada según la curvatura del canal inguinal.

Se utiliza una sutura de Prolene 2-0 para fijar la parte lateral de la malla al ligamento inguinal. La sutura se coloca 1 cm distal al tubérculo púbico sin tomar el periostio. A continuación, se pasa el mismo punto a través de la malla a 1 cm de su borde para obtener de 1,5 a 2 cm de solapamiento medial. A continuación se realiza una sutura continua a lo largo del ligamento inguinal, fijando la parte ínfero-lateral de la malla al borde del ligamento, desde el tubérculo púbico hasta el nivel del anillo interno.

La malla se divide en dos colas: superomedial (2/3 de la anchura) e inferolateral (1/3 de la anchura). La cola superior se pasa por debajo de las estructuras del cordón. La parte superomedial de la malla se fija a la porción aponeurótica del tendón conjunto con suturas de Vicryl 2-0 interrumpidas, sueltas y absorbibles, protegiendo cuidadosamente el nervio iliohipogástrico a lo largo de su recorrido. La cola superior de la malla se cruza sobre la cola inferior y los bordes laterales de la malla se fijan al ligamento inguinal con sutura de Prolene 2-0 para crear el anillo interno.

Se conservan 4 cm de extensión cefálica de la malla y se cortan según la forma

del canal. A continuación, se coloca bajo la aponeurosis del OE para cubrir una hernia intersticial o espigeliiana oculta. Se utiliza una sutura de Vicryl 2-0 para cerrar la aponeurosis del OE, recreando el anillo externo. El nervio ilioinguinal se protege durante este cierre. La fascia de Scarpa se cierra con una sutura continua de Vicryl 3.0. La piel se cierra con Monocryl 4-0 con suturas subcuticulares.



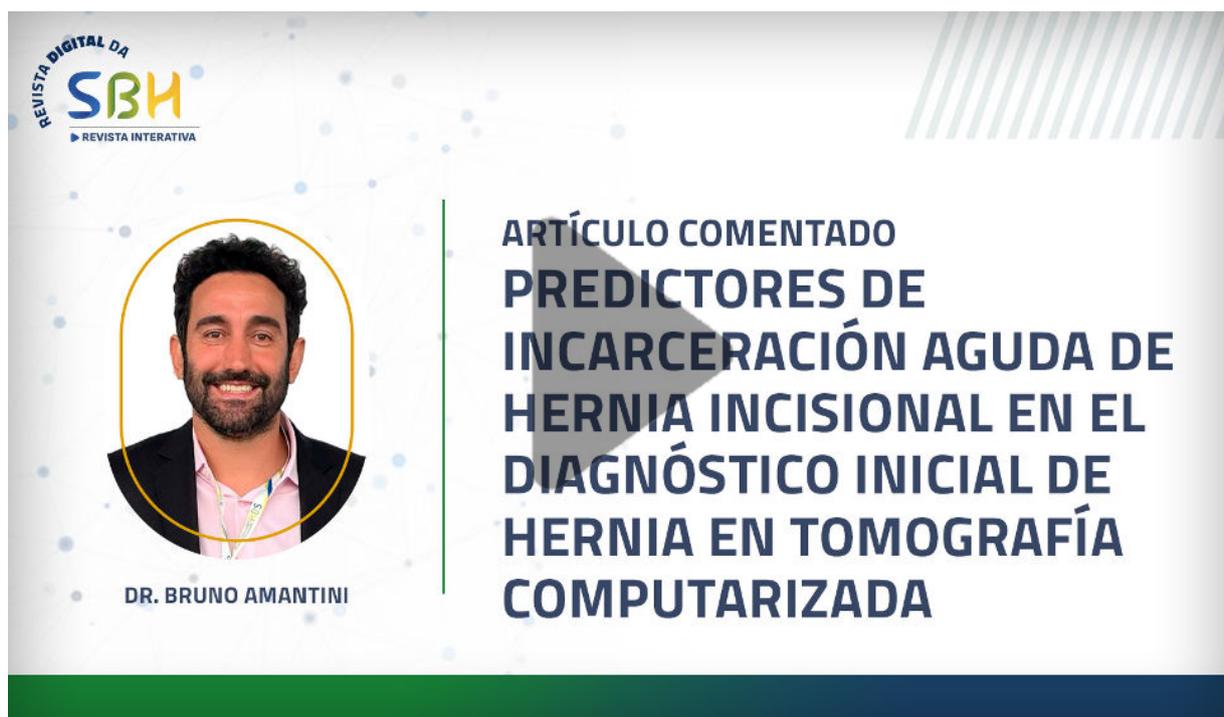
Dr. Federico C. Gorganchian
Vicepresidente da Associação
Argentina Hernias -Basado en
el Safe Steps de la American
Hernia Society



Dra. Natália Pascotini Pereira
CRM 229545-SP
Cirujano de dispositivos
Digestivo RQE 121318
Cirujano general - RQE 98310
Máster en Cirugía, Santa Casa
de São Paulo

ARTÍCULO COMENTADO

PREDICTORES DE INCARCERACIÓN AGUDA DE HERNIA INCISIONAL EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE HERNIA EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA



▶ REPRODUCE EL VÍDEO

JORNAL OF TRAUMA AND ACUTE CARE SURGERY, 2023

Autores: Katherine A. Hrebinko, MD, Lauren V. Huckaby, MD, MS, David Silver, MD, MPH, Charith Ratnayake, MD, Yeahwa Hong, MD, Brett Curtis, MS, MD, Robert M. Handzel, MD, MS, Dirk J. van der Windt, MD, PhD, and Esmaeel Reza Dadashzadeh, MD, MS,

EN RESUMEN:

El artículo de casos y controles de Hrebinko et al evalúa los factores predictivos de la encarceración en TC de pacientes con hernias incisionales.

Los autores describen que la presencia de intestino delgado en el saco her-

niario, pequeños defectos en la pared abdominal, mayor altura del saco herniario, ángulo más agudo de la hernia y mayor cantidad de tejido celular subcutáneo son factores independientes asociados a la encarcelación.

Este estudio puede ayudar a estratifi-

car el riesgo a la hora de planificar la cirugía electiva de reparación de la hernia incisional. Debido al alto riesgo de complicaciones asociadas a la encarceración, es importante comprender qué pacientes se beneficiarían de una reparación profiláctica.

Highlights:

- Las características tomográficas pueden ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de encarcelamiento
- Factores de riesgo de encarceración: intestino delgado en el saco herniario, diámetro del defecto fascial, altura del saco herniario, tejido celular subcutáneo y ángulo herniario.
- El análisis de estos factores puede ayudar en la selección de pacientes candidatos a cirugía profiláctica para evitar las altas tasas de complicaciones asociadas al encarcelamiento



Dr. Bruno Amantini

Asociado SBH

CRM 130289-SP

Título de Especialista en Cirugía General - RQE 50.748

Título de Especialista en Cirugía Digestiva - RQE 50.749

RQE 41.863 / 107991

- Máster en Ciencias de la Salud por el Hospital Servidor Público Estadual
- Doctorado en Ciencias de la Salud por el Hospital Servidor Público Estadual
- Fellow American College of Surgeons, Profesor de Cirugía General, Facultad de Medicina, Centro Universitario São Camilo y Miembro de SBH, CBC, CBCD, AHS

Referencias:

Hrebinko KA, Huckaby LV, Silver D, Ratnayake C, Hong Y, Curtis B, Handzel RM, van der Windt DJ, Dadashzadeh ER. Predictors of acute incisional hernia incarceration at initial hernia diagnosis on computed tomography. J Trauma Acute Care Surg. 1 de enero de 2024;96(1):129-136. doi: 10.1097/TA.0000000000003994. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37335920.

ARTÍCULO COMENTADO

VOLUMETRÍA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL APLICADA A LA TOMOGRAFÍA: ¿CUÁNDO LAS MEDICIONES PUEDEN AYUDAR A LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LAS RECONSTRUCCIONES DE LA PARED ABDOMINAL?



ARTÍCULO COMENTADO
VOLUMETRÍA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL APLICADA A LA TOMOGRAFÍA: ¿CUÁNDO PUEDEN LAS MEDIDAS AYUDAR A LA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN LAS RECONSTRUCCIONES DE LA PARED ABDOMINAL?

▶ REPRODUCE EL VÍDEO

Cualquiera que siga los artículos científicos sobre la pared abdominal habrá observado que las publicaciones sobre volumetría son cada vez más frecuentes. Esta tendencia se produce por dos motivos: en primer lugar, la bibliografía se basa en demostrar que es más importante comprender la relación entre el saco herniario y la cavidad abdominal que tener en cuenta únicamente el tamaño del diámetro de la hernia. En segundo lugar, los recursos tecnológicos han simplificado las mediciones tomográficas, de modo que

la mayoría de los programas actuales tienen funciones de medición sencillas y se puede acceder a ellos fácilmente desde cualquier ordenador o teléfono móvil.

Los cirujanos de la pared abdominal saben desde hace tiempo que operar una hernia voluminosa con pérdida de domicilio puede ser técnicamente exigente en diferentes aspectos, ya sea en un paciente con un diámetro herniario amplio o en un paciente con un cuello estrecho que sirve de paso a un

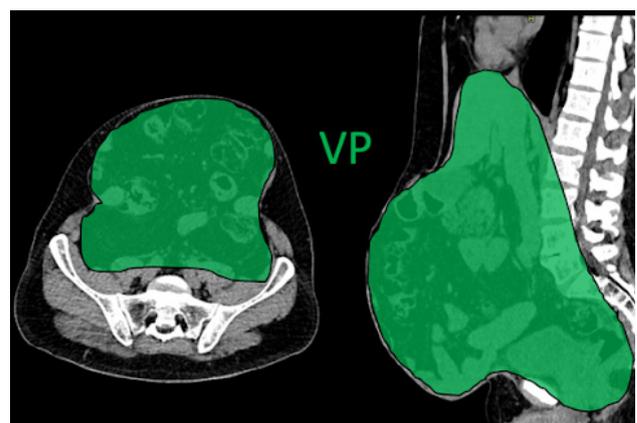
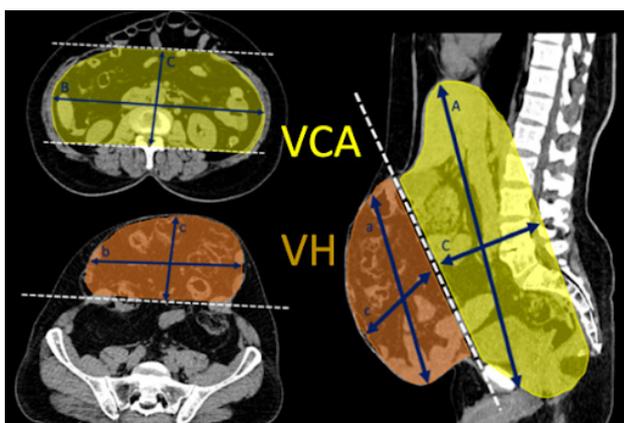
gran número de vísceras que sobresalen en el gran saco herniario. Del mismo modo, puede ser laborioso operar a un paciente sin pérdida de domicilio, pero con los músculos rectos abdominales demasiado separados debido a la retracción de la musculatura lateral.

En 2010, el profesor Eduardo Tanaka fue uno de los primeros en llamar la atención sobre la importancia de medir el volumen de la cavidad abdominal y del saco herniario durante la preparación del paciente, y también propuso un modelo volumétrico matemático que se ha convertido en un clásico en la literatura. Desde entonces, y basándose en este modelo, otros autores han informado sobre las repercusiones de las relaciones entre el volumen del saco herniario, el volumen de la cavidad abdominal y el volumen visceral. En este artículo, revisaremos los cálculos volumétricos de la

cavidad abdominal, no sólo intentando hacer las matemáticas más apetecibles, sino también para mostrar en qué situaciones estas cifras pueden ayudar a los cirujanos a preparar a sus pacientes con hernias ventrales complejas.

Para medir el volumen de una estructura elipsoidal, como un saco herniario o una cavidad abdominal, hay que aplicar una fórmula matemática que es una adaptación del volumen de una esfera. El volumen de una elipse puede calcularse resolviendo la ecuación $\frac{4}{3} \times 3,14 \times (\text{diámetro latero-lateral} / 2 \times \text{diámetro longitudinal} / 2 \times \text{altura} / 2)$ todo ello elevado a la tercera potencia. Es interesante saber de dónde sale esta ecuación, pero la idea aquí es simplificar. Así, resolviendo todas estas matemáticas, tendremos la idea práctica de que sólo necesitas saber 3 medidas de la TC de tu paciente y multiplicarlas por 0,52. Y

Na práctica



Amaral PHF, Roll S - Volumetry after botulinum toxin A: the impact on abdominal wall compliance and endotracheal pressure. Hernia (2024)

ya está.

Cuando aplicamos este recuento al saco herniario, obtenemos el volumen de la hernia (VH). Si lo aplicamos a la cavidad abdominal, obtenemos el volumen de la cavidad abdominal (VCA). Si sumamos VH a VCA, obtenemos el volumen peritoneal total ($VP=VH+VCA$); si dividimos VH por VCA, obtenemos un porcentaje de lo que representa el saco herniario en relación con la cavidad abdominal, lo que conocemos como pérdida de domicilio abdominal (PDA); o si dividimos VH por VP, obtenemos el porcentaje de lo que representa el saco herniario en el volumen peritoneal total, o índice peritoneal (IP).

Entonces, las medidas de volumen son:

- $VH=0,52 \times a \times b \times c$ (cm³ ou mL)
- $VCA=0,52 \times A \times B \times C$ (cm³ ou mL)

Las medidas pueden relacionarse así:

- $VP=VH+VCA$ (cm³ ou mL)
- $PDA=VH/VCA$ (%)
- $IP=VH/VP$ (%)

Lo he calculado todo. Y ahora, ¿qué hacer con esto?

Si su paciente tiene una pérdida de domicilio abdominal superior al 30,6%, prepárese para la posibilidad de un postoperatorio turbulento, ya que el 29% de estos casos pueden presentar

criterios de ingreso en cuidados intensivos en las primeras 48 horas. La mayoría de las veces esta hospitalización se debe a una insuficiencia respiratoria, y la tasa de reintubación orotraqueal es de aproximadamente un 7%. Al mismo tiempo, una medición del índice peritoneal superior al 33% sugiere niveles elevados de presión plateau endotraqueal el postoperatorio. Esto significa que podemos esperar cierto grado de hipertensión intraabdominal, siendo el síndrome compartimental el evento extremo y más deletéreo posible en este escenario.

Por otra parte, si el cálculo de la pérdida de domicilio abdominal es inferior al 25%, tendrá un porcentaje de éxito del 92% en la síntesis completa de la línea media. Esto significa que es poco probable que tenga que enfrentarse a las dificultades de una línea media abierta o de una malla en puente, y probablemente no necesitará tener una malla especial revestida en su arsenal de materiales. En la misma línea, una medición del índice peritoneal inferior al 20% le dará tranquilidad, ya que es poco probable que haya tensión en el cierre de la línea media, lo que puede arruinar el postoperatorio, ya sea con un aumento de la presión intraabdominal o con una dehiscencia de la línea media.

Lo más interesante es que estas cifras no son inmutables: sabemos que es posible alterar el comportamiento entre el saco herniario y la cavidad abdominal utilizando métodos coadyuvantes. Preparar a los pacientes con toxina botulínica puede reducir la relación VH/VCA del 30% al 23% y el índice peritoneal del 23% al 18%, lo que puede representar la diferencia entre un postoperatorio con necesidades intensivas y dificultad para cerrar la línea media, a un postoperatorio más seguro y tranquilo. El neumoperitoneo es una estrategia igualmente interesante que puede incluso optimizar los resultados respiratorios. La combinación de ambos métodos también puede reducir las complicaciones de la herida, como las incidencias en el lecho quirúrgico.

¿Qué ocurre si detecto una situación como ésta mientras preparo a mi paciente?

Anticipe los problemas, prepare mejor al paciente, considere la posibilidad de utilizar métodos adyuvantes, contextualice su equipo multidisciplinar, realice una evaluación cardiorrespiratoria, asegúrese de que su hospital dispone de las condiciones ideales para atender a este paciente y a un postoperatorio con estas necesidades. Al fin y al cabo, no se trata sólo de una hernia.



Dr. Pedro Amaral

Director SBH

CRM: 158099-SP

RQE 82707 | RQE 61351

- Profesor, Master en Investigación, Doctor en Ciencias
- Grupo de Pared Abdominal - Centro de Hernia
- Santa Casa de São Paulo - Hospital Alemão Oswaldo Cruz
- SBH Director Científico

Para quienes deseen leer más sobre este tema, he aquí algunos artículos sugeridos.

Amaral PHF, Macret JZ, Dias ERM, Roll S et al. Volumetry after botulinum toxin A: the impact on abdominal wall compliance and endotracheal pressure. *Hernia* (2024)

Dias ERM, Amaral PHF, Macret JZ, Roll S et al. Systematic review and meta-analysis of the pre-operative application of botulinum toxin for ventral hernia repair. *Hernia* (2023)

Tanaka EY et al. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. *Hernia* (2010)

Fafaj A, Tastaldi L, Krpata DM, Rosen MJ et al. Can Hernia Sac to Abdominal Cavity Volume Ratio Predict Fascial Closure Rate for Large Ventral Hernia? Reliability of the Tanaka Score. *Hernia* (2021)

Said S, Krpata D, Rosen M et al. Tanaka score predicts surgical intensive care admission following abdominal wall reconstruction. *Hernia* (2022)

Sabbagh C et al. Peritoneal volume is predictive of tension-free fascia closure of large incisional hernias with loss of domain: a prospective study. *Hernia* (2011)

Oprea V et al. The influence of transversus abdominis muscle release (TAR) for complex incisional hernia repair on the intra-abdominal pressure and pulmonary function. *Hernia* (2021)

Deerenberg EB, Heniford BT et al. The effects of preoperative botulinum toxin a injection on abdominal wall reconstruction. *J Surg Res* (2020)

MARKETING Y CIRUGÍA



▶ REPRODUCE EL VÍDEO

¿Qué es el éxito para usted?

El éxito es autenticidad, es tiempo de calidad, es ofrecer a tu paciente la medicina que has aprendido. El éxito es el tiempo que dedicas a conectar con tu verdadero yo y dárselo a tu cliente. En consecuencia generando valor y trabajando para tu crecimiento.

Pero, ¿qué tiene que ver el éxito con el marketing?

Empecemos por el primer paso: AUTENTICIDAD

La AUTENTICIDAD es uno de los ingredientes esenciales en este proceso, porque de ella emana la pasión por nuestro trabajo, la importancia que concedes a la vida y al paciente, demostrando la satisfacción que te apor-

tan tu profesión y tu especialidad. En resumen: sé auténtico y demuestra quién eres y lo que haces a diario.

El segundo paso es darse cuenta de que la ESTRATEGIA debe tomarse en serio. Y que el apoyo de profesionales del marketing es de vital importancia para establecerla. La estrategia implica la definición de su público, lo que quiere representar para ellos y, por supuesto, el conocimiento de su especialidad, así como la evaluación de las características locales de su ámbito de actuación. Esta definición de la estrategia aportará claridad a la hora de definir qué vehículos de comunicación utilizarás para difundir tu imagen. ¿A través de qué plataforma le percibe su público? ¿Cuál es tu mejor enfoque

dentro de cada una? ¿Qué valor puedes generar a través de tus contenidos?

Y el tercer paso es, en realidad, la ejecución del PROTOCOLO, que se desarrolla en esta secuencia: atraer pacientes; ofrecer calidad; fidelizarlos, y culminar con la reserva de citas.

La atracción se consigue trabajando estratégicamente con contenidos interesantes a través de las redes sociales. Estos contenidos siempre están enfocados al día a día de la consulta, a las dudas básicas de los pacientes, a temas disparadores que despierten la curiosidad y el interés del público por las enfermedades que son trending topic en este momento en nuestra especialidad. Calidad en la difusión significa cómo vas a posicionarte haciendo llegar este contenido a los medios de comunicación. Cómo vas a enfocar los temas, para que este público entienda y se dé cuenta de la solución, a través de lo que tenemos que ofrecer. Ofrecer contenidos de calidad tiene que ver con tu autoridad en el tema: sé AUTÉNTICO, destaca tu experiencia y llévala al entorno digital. De este modo, tu público conectará contigo como ser humano, no sólo como médico.

Tras trabajar correctamente la atracción y la entrega, el camino hacia la programación pasa por la estrategia establecida con la plataforma: gestión del tráfico pagado, una landing page cualificada para la captación de leads, cobertura por perfil de audiencia y tratamiento adecuado de estos datos. ¿Cómo lo hacemos? En mi consulta, además de

centrarnos en el marketing guiado por el código deontológico médico, nuestra opción con la agencia fue llevar al paciente a través del tráfico, directamente a nuestro whatsapp, de forma que la atención se realiza en nuestro estándar de comunicación, reforzando el branding de mi marca, como médico y la cultura de acogida también definida para guiarle a un servicio humanizado.

El tercer y último paso es lo que llamamos la EXPERIENCIA DE DISEÑO, es decir, la percepción que tiene el cliente del lugar donde le atiendes. La clínica es de vital importancia, ya que entrará en contacto sensorial con los famosos 5 segundos que tiene el cerebro humano al percibir la experiencia de consumir un servicio médico: marketing olfativo; marketing auditivo; decoración; construcción del entorno; amabilidad de los asistentes al acercarse a ellos; y, por último, la humanización del proceso. Todo ello culmina en una experiencia del paciente de alto nivel y, en consecuencia, en su fidelización. Valore un equipo de calidad, alinee su gestión y el resultado será, sin duda, un crecimiento exponencial.

Por último, siempre digo: una consulta llena no siempre aporta satisfacción al médico o al paciente. Una agenda llena no es sinónimo de buen marketing. El marketing bien hecho es sinónimo de paciente cualificado, atención diferenciada con tiempo de consulta de calidad y tranquilidad para que reciba una medicina basada en la evidencia a través de una consulta humanizada. Los médicos especialistas tenemos en el social

media marketing un aliado para aclarar, instruir, advertir y prevenir, aportando datos reales y veraces en un mar de otras informaciones que pueden ser inequívocas. Al fin y al cabo, ¡necesitamos más EXPERTOS siendo influencers que influencers creyéndose EXPERTOS!



Dra. Jacqueline Jéssica De Marchi

Associada SBH

CRM-MT 6343

RQE 3206, 5540 e 6221

- Maestra del Capítulo del Colegio Brasileño de Cirujanos del Estado de Mato Grosso, bienio 2024/25
- Maestría en Nutrición en Cirugía por la Universidad Federal de Mato Grosso
- Profesora del Departamento de Cirugía Clínica de la Universidad Federal de Mato Grosso
- Miembro de la Sociedad Brasileña de Hernia, Colegio Brasileño de Cirujanos, Colegio Brasileño de Cirugía Digestiva, SOBRACIL, Sociedad Brasileña de Coloproctología y GEDIIB.
- Fellowship en Cirugía Coloproctológica - Hospital de Braga, Portugal

JOURNAL CLUB SBH



▶ REPRODUCE EL VÍDEO

TENSIÓN DE LA PARED ABDOMINAL Y RESULTADOS PRECOCES TRAS LA SEPARACIÓN DE LOS COMPONENTES POSTERIORES CON LIBERACIÓN DEL TRANSVERSO ABDOMINAL: ¿IMPORTA REALMENTE UN CIERRE “SIN TENSIÓN”?

JAMA SURGERY

Autores: Benjamin T. Miller, MD, Ryan Ellis, MD, Sara M. Maskal, MD, Clayton C. Petro, MD, FACS, David M. Krpata, MD, FACS, Ajita S. Prabhu, MD, FACS, Lucas R. A. Beffa, MD, FACS, Chao Tu, MS, Michael J. Rosen, MD, FACS

EN RESUMEN:

El artículo describe los resultados de 100 pacientes que se sometieron a una reconstrucción de la pared abdominal y a los que se midió la tensión de la pared durante los pasos de separación del componente posterior (liberación del transversus abdominis). El artículo describe como principal complicación en el postoperatorio inmediato el íleo (semioclusión fisiológica).

El artículo plantea interrogantes sobre la necesidad de resección intestinal para reducir el volumen intraabdominal y la necesidad de resección de vísceras para evitar el temido síndrome compartimental intraabdominal. La principal característica del síndrome es la necesidad de reintubación, insuficiencia renal aguda o síndrome de perfusión de otros órganos, ninguna de estas complicaciones se correlacionó

con la reconstrucción de la pared abdominal con relevancia estadística.

Además, los pacientes reclutados en el estudio se sometieron a veces a procedimientos simultáneos con otros fines, lo que dificulta correlacionar los resultados negativos exclusivamente con la reconstrucción de la pared, que es un factor de confusión para este objetivo.

Referências:

Miller BT, Ellis R, Maskal SM, Petro CC, Krpata DM, Prabhu AS, Beffa LR, Tu C, Rosen MJ. Abdominal Wall Tension and Early Outcomes after Posterior Component Separation with Transversus Abdominis Release: Does a "Tension-Free" Closure Really Matter? J Am Coll Surg. 2024 Feb 19. doi: 10.1097/XCS.0000000000001049. Epub ahead of print. PMID: 38372372.

Highlights:

- No fue posible asociar la insuficiencia respiratoria postoperatoria con el aumento de la presión intraabdominal cuando la pared estaba cerrada
- En los 100 pacientes reclutados, no es posible evaluar signos de hipertensión intraabdominal en la variación de la pared abdominal.
- La principal complicación en la reconstrucción de la pared abdominal en este estudio fue el íleo (semioclusión fisiológica), con 27/100 casos

TENSIÓN CUANTITATIVA EN LA PARED ABDOMINAL EN LA SEPARACIÓN DE COMPONENTES POSTERIORES CON LIBERACIÓN DEL TRANSVERSO ABDOMINAL

JAMA SURGERY

Autores: Benjamin T. Miller, MD; Ryan C. Ellis, MD; Clayton C. Petro, MD; David M. Krpata, MD; Ajita S. Prabhu, MD; Lucas R. A. Beffa, MD; Li-Ching Huang, PhD; Chao Tu, MS; Michael J. Rosen, M

EN RESUMEN:

El artículo describe las mediciones de 100 pacientes sometidos a reconstrucción de la pared abdominal con liberación del transverso abdominal. Se evaluaron las tensiones durante: laparotomía media, liberación de la fascia posterior del recto abdominal; incisión de la inserción del transverso abdominal en la lamela posterior del recto; liberación total del transverso abdominal.

El estudio no incluyó a pacientes con ostomías, pero sí a pacientes con reconstrucciones abdominales previas, en su mayoría reconstrucciones IPUM, y a pacientes con incisiones fuera de la línea media. Algunos de los pacientes se sometieron a procedimientos concomitantes con fines distintos de la reconstrucción de la pared.

Se evaluó la tensión en la pared abdominal anterior y posterior, y no se observaron factores asociados a un

aumento de la tensión en la pared anterior o posterior, como obesidad, incisiones laterales en la pared abdominal o reconstrucciones abdominales previas, en lo que puede haber influido el reducido número de pacientes reclutados.

Al final del estudio, se observó que la liberación del transverso abdominal no se asociaba a una reducción de la tensión en la pared abdominal anterior.



Dr. Alvaro Cota Carvalho
Residente asociado a SBH
CRM 85915-MG

Highlights:

- La pared anterior sufre una importante pérdida de tensión tras la separación de la fascia posterior del recto, que no se refleja posteriormente en los otros pasos del TAR
- La pared posterior se reduce hasta en un 97% al final de la TAR, e incluso después de la incisión de separación de componentes sobre la lamela del transverso ya hay una reducción significativa de la tensión de la pared posterior.
- Sólo 3 de cada 100 pacientes no presentaron un cierre completo de la pared abdominal anterior al final del TAR.

Referências:

Miller BT, Ellis RC, Petro CC, Krpata DM, Prabhu AS, Beffa LRA, Huang LC, Tu C, Rosen MJ. Quantitative Tension on the Abdominal Wall in Posterior Components Separation With Transversus Abdominis Release. JAMA Su

Por: Dr. Heitor Santos | Vicepresidente de SBH

LAS EMPRESAS DE LA ALIANZA EMPRESARIAL SON ALIADAS EN LOS PROYECTOS DE SBH



El proyecto SBH Corporate Alliance comenzó en 2015 con el objetivo de apoyar

y haciendo posibles diversos proyectos de la Sociedad Brasileña de Hernia para los cirujanos que trabajan en este campo y también para los pacientes que necesitan este tratamiento.

Formada y continuada desde entonces por las empresas Ethicon, Medtronic, BD Bard y BBraun, la Alianza Corporativa es esencial para llevar a cabo la formación continuada, la formación teórica y práctica de los cirujanos miembros y proyectos científicos como conferencias, congresos y simposios.

Desempeña un papel social muy importante en los diversos grupos de trabajo sobre hernias que organiza la SBH, donando material quirúrgico directamente a los pacientes del Sistema Único de Salud (SUS) incluidos en los grupos de trabajo.

Actualmente trabajamos en nuestros materiales con el sello de esta alianza, un reconocimiento para nuestros socios.



Dr. Heitor Santos
Vicepresidente de SBH
CRM 5269473-8 RJ
Cirujano General RQE 31549



CONOZCA LOS PROYECTOS DE SBH PARA 2024

La Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal siempre se esfuerza por ofrecer ventajas exclusivas a nuestros miembros - cirujanos, residentes y académicos.

En este período, que se extiende hasta 2025, realizaremos el Congreso Brasileño de Hernia, dos sesiones de cirugía de hernia, conferencias y sesiones prácticas, que se anunciarán de acuerdo con el programa.

Además, trabajamos con eventos en línea, asociaciones con descuentos en cursos y eventos y otros proyectos destinados a dar visibilidad a los miembros que están al día. También tenemos - en asociación con la American Hernia Society - un proyecto para crear una base de datos con información extremadamente importante sobre la cirugía de hernia en Brasil.

La SBH se fundó con el objetivo de valorar la cirugía de la hernia abdominal y a los profesionales que trabajan en esta especialidad, basándose en el inestimable valor que la responsabilidad y competencia del cirujano representa para la calidad de vida de los pacientes.

Compruebe las ventajas de ser miembro de nuestra institución.

- Descuentos en congresos y cursos organizados por SBH
- Acceso a contenidos restringidos de sitios o aplicaciones
- Exención de las tasas de inscripción en el Hands On organizado por la empresa
- Acceso al contenido de las conferencias de los cursos y congresos de SBH
- Indicación en la "guía médica" SBH Exención de las tasas de inscripción a la Conferencia Regional de SBH
- Acceso a artículos comentados
- Acceso a la revista Acuate Lines
- Exención de las tasas de inscripción en el Hands On organizado por la empresa



Para hacerse socio, solo tiene que rellenar su formulario de inscripción y enviar los documentos necesarios. Una vez analizada y aprobada la información enviada, el pago de la cuota anual de afiliación estará disponible en el sitio web y la app **SBH Connect**.



ANATOMÍA DE LA SEPARACIÓN DE COMPONENTES

EN NUESTRO CANAL DE YOUTUBE. VER EN ESPAÑOL

1 Parte

CBH 2023

TEMA
ANATOMÍA DE LA SEPARACIÓN DE LOS COMPONENTES

CIRUJANOS
Leandro Totti Cavazzolla, Yohann Renard e Pedro De Abreu Trauczynski

EDITOR
Paulo Henrique Fogaça de Barros

TRADUCCIÓN
Natalia Pascotini Pereira
Bruno de Lucia Hernani

APOYO
Luiz Vianna

ITC | Instituto de treinamento em cadáver

SBH

▶ REPRODUCE EL VÍDEO

EXPIDA SU CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A LA SBH

EXPIDA SU
CERTIFICADO DE
AFILIACIÓN A LA SBH

DR. GUSTAVO SOARES
PRESIDENTE DA SBH
CRM 31569-MG | RQE 21256
RQE 8636

Certificado de Membro SBH
Dr. José Carlos Silva
Membro de Membro e Poderes Associados
em 09/06/2024

SBHERNIA.ORG.BR

▶ REPRODUCE EL VÍDEO

Los cirujanos que son miembros y están al día con la Sociedad Brasileña de Hernia ahora tienen otro beneficio. La SBH pone a disposición el certificado de miembro directamente en la aplicación SBH Connect.

El documento puede descargarse para imprimirlo o enviarlo a los pacientes, lo que aporta credibilidad y demuestra que el especialista tiene acceso a eventos de actualización científica sobre hernias abdominales, a una serie de lecciones en vídeo y a artículos puestos a disposición de nuestros miembros, así como a otras ventajas.

Si eres un miembro en regla, solo tienes que acceder a la app y descargar el certificado. Si aún no eres socio, regístrate en nuestra web o app y únete al equipo SBH.

SAVE THE DATE



ESFUERZO DE CIRUGÍA DE HERNIA SBH

VOLTA REDONDA/RJ

DEL **1 AL 7 DE JULIO**, EN VOLTA **REDONDA / RJ / BRASIL**

VISIBILIDAD DE CIRUJANOS ASOCIADOS EN CUADRO “PREGUNTAS SOBRE HERNIAS CON SBH”

SBH Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal

DÚVIDAS SOBRE HÉRNIA COM A SBH

¿TENGO QUE UTILIZAR MALLA PARA LA CIRUGÍA DE HERNIA ABDOMINAL?

DR. HEITOR SANTOS
VICE-PRESIDENTE DA SBH
5269473-8 RJ | RQE N° 31549

SBHERNIA.ORG.BR

▶ REPRODUCE EL VIDEO

Los cirujanos que son miembros y están en regla con la Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal tienen la oportunidad de participar en nuestras redes sociales, en el recuadro “Dudas sobre Hernia con SBH”.

Con el objetivo de impulsar un canal fiable y creíble para dar respuesta a las principales dudas de los pacientes afectados por una hernia y dar visibilidad a los cirujanos, vamos a publicar quincenalmente en nuestras redes so-



ciales (Facebook e Instagram) vídeos cortos de cirujanos miembros, invitados por nuestra junta directiva.

El contenido se publicará en colaboración, de modo que también pueda verse en el perfil del cirujano miembro. Además de ser miembro de pleno derecho, se dará prioridad a los cirujanos que participen en eventos de SBH.

Para participar, manténgase al día con la organización, participe en eventos y asegúrese de estar en contacto con los miembros de nuestra junta directiva.

Proyecto realizado con el apoyo del director del SBH, Dr. Paulo Barros, y del asociado, Dr. Guilherme Costa e Silva.



SALUD

LA INVERSIÓN EN CIRUGÍAS DE HERNIA EN EL SUS AUMENTA EN 97 MILLONES DE REALES EN UN AÑO EN BRASIL

La cirugía es la única forma de tratamiento para esta enfermedad, que afecta hasta al 20% de los brasileños a lo largo de su vida, según la Sociedad Brasileña de Hernia.

La cantidad invertida por el Sistema Único de Salud (SUS) para la cirugía para tratar las hernias que afectan a la pared abdominal aumentó en 97 millones de reales en un año, de 306,614 millones de reales en 2022 a 406,996 millones de reales en 2023, según datos divulgados por el Ministerio de Salud a través del sistema DataSus.

El número de intervenciones quirúrgicas también creció un 13% en el periodo, de 348.000 a 397.000 procedimientos.

Una hernia es un defecto (o abertura) en los músculos del abdomen que

permite el paso del intestino o de una porción de grasa. Aunque las hernias pueden producirse en muchos lugares del cuerpo humano, son más frecuentes en la pared abdominal, en zonas de debilidad: como el ombligo y justo por encima de él, en la región epigástrica, lugares de incisión de cirugías anteriores y en la ingle.

Según el cirujano y presidente de la Sociedad Brasileña de Hernia y Pared Abdominal (SBH), Dr. Gustavo Soares, la única forma de tratamiento para esta enfermedad es la cirugía. “Las hernias pueden ocurrir a cualquier edad, pero afectan principalmente a los adultos.



Como se trata de una abertura en los músculos, el tratamiento es exclusivamente quirúrgico, a excepción de la hernia de hiato (esófago), que puede tratarse con medicación en los casos considerados leves o moderados.”

Según datos del SBH, las hernias abdominales pueden afectar hasta al 20% de la población adulta del país. Entre los principales síntomas se encuentran un abultamiento en el lugar de la alteración acompañado de dolor, especialmente durante el ejercicio, que tiende a mejorar con el reposo.

Según el vicepresidente de la organización, el Dr. Heitor Santos, la falta de tratamiento puede provocar la progresión de la hernia y complicaciones. “El tamaño de la enfermedad puede aumentar, lo que hace más compleja la cirugía para su tratamiento. También

puede producirse el encarcelamiento o estrangulamiento de la hernia, que causa dolor intenso y -según los casos- vómitos y náuseas. Los casos de estrangulación requieren atención urgente, ya que pueden provocar gangrena y fallo del órgano unido a los músculos”.

Esfuerzo conjunto - Con el objetivo de agilizar la atención a los pacientes que esperan una operación de hernia en la lista de espera del SUS, la SBH organiza anualmente un esfuerzo conjunto para operar a unas 100 personas que llevan más tiempo esperando en un determinado municipio. Este año tendrá lugar en Volta Redonda (RJ).

PARA SABER MAS,
ACEDER A NUESTRO SITIO

2022			2023		
Unidade da Federação	Quantidade	Valor total	Unidade da Federação	Quantidade	Valor total
Rondônia	2.918	2.564.849,66	Rondônia	3.129	2.784.427,14
Acre	2.023	1.346.787,00	Acre	2.286	1.860.212,05
Amazonas	6.252	5.529.363,61	Amazonas	6.295	5.730.247,37
Roraima	817	662.552,71	Roraima	444	434.237,19
Pará	13.884	11.073.303,49	Pará	14.292	13.427.228,69
Amapá	1.239	848.656,65	Amapá	980	768.248,13
Tocantins	2.937	2.130.458,65	Tocantins	3.672	3.586.524,47
Maranhão	14.548	11.813.895,35	Maranhão	14.839	13.815.804,41
Piauí	6.158	5.136.192,84	Piauí	7.679	7.483.160,65
Ceará	12.589	11.684.156,01	Ceará	15.136	15.468.529,63
Rio Grande do Norte	6.163	4.671.125,66	Rio Grande do Norte	6.300	5.625.931,87
Paraíba	7.427	5.565.910,55	Paraíba	8.516	8.322.296,09
Pernambuco	13.622	10.372.429,20	Pernambuco	16.864	17.385.000,87
Alagoas	5.248	3.909.676,34	Alagoas	5.345	4.987.843,17
Sergipe	3.480	2.781.736,85	Sergipe	4.850	4.945.427,77
Bahia	30.903	22.096.212,35	Bahia	36.982	32.101.676,35
Minas Gerais	37.735	34.013.218,06	Minas Gerais	42.896	47.874.734,13
Espírito Santo	7.069	6.916.088,74	Espírito Santo	8.769	8.970.220,15
Rio de Janeiro	19.440	17.802.218,23	Rio de Janeiro	29.934	29.156.018,10
São Paulo	72.159	67.301.984,17	São Paulo	74.823	76.575.954,13
Paraná	20.670	22.547.809,82	Paraná	23.420	28.496.232,43
Santa Catarina	15.272	14.879.784,50	Santa Catarina	17.644	21.879.863,17
Rio Grande do Sul	19.912	20.533.142,17	Rio Grande do Sul	22.463	24.850.160,69
Mato Grosso do Sul	5.547	4.928.625,57	Mato Grosso do Sul	5.833	5.838.137,69
Mato Grosso	6.851	5.264.132,74	Mato Grosso	7.745	6.545.192,68
Goiás	10.854	9.533.784,73	Goiás	13.567	13.571.212,24
Distrito Federal	3.199	3.706.583,62	Distrito Federal	3.008	4.512.094,33
Total	348.916	309.614.679,27	Total	397.711	406.996.615,59

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



**Escanee el código
QR y descubra las
novedades de SBH**

Sociedade Brasileira de Hernias y Pared Abdominal

Sed

**Rua General Mario Tourinho nº 1746, sala 1601
Campina do Siqueira – Curitiba – PR | Cep: 80.740-000
sbhernia@sbhernia.org.br | secretaria@sbhernia.org.br
Teléfono: +55 (31) 97145-7472**

Servicio:

De lunes a viernes de 8 a 12 y de 13 a 18 horas.

