

# Reducible, incarcerationada o estrangulada

Una hernia es protrusión de tejido a través de un defecto. Sus nombres describen aspectos que pueden coexistir.

## TRES PREGUNTAS: ¿VUELVE?, ¿RECIBE SANGRE?, ¿OBSTRUYE?

**Reducibilidad** describe si el contenido retorna. **Estrangulación** describe compromiso vascular. **Obstrucción** describe bloqueo del tránsito intestinal; no son equivalentes. [1-3]

REDUCIBLE



El contenido puede retornar.

IRREDUCIBLE



El contenido no retorna.

ESTRANGULADA



Perfusión comprometida.

Esquema conceptual: pared gris, contenido herniado en color. No representa anatomía ni una técnica de reducción.

| Término                       | Qué significa                                                                         | Flujo sanguíneo                                                 | Conducta orientativa                                                      |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Reducible (reducible)         | Retorna espontáneamente o durante una exploración clínica suave.                      | La reducibilidad no demuestra por sí sola que todo esté sano.   | Si estable: valorar síntomas y reparación electiva. [4]                   |
| Irreducible (no reducible)    | No retorna. Hay que precisar si es de larga evolución o de inicio agudo.              | No define por sí sola si existe isquemia.                       | Aguda: valoración urgente. Crónica estable: valoración planificada. [1,2] |
| Incarcerada (uso tradicional) | Contenido atrapado; suele usarse como sinónimo de irreducible. Es un término ambiguo. | Puede coexistir con obstrucción o estrangulación; buscar ambas. | Describir mejor: agudamente o crónicamente irreducible. [1-3]             |
| Estrangulada                  | El cuello herniario compromete la circulación del contenido: riesgo de necrosis.      | Existe compromiso vascular. La sospecha clínica exige actuar.   | Cirugía sin demora si se sospecha estrangulación. [2,3]                   |

## MEMORIA: ATRAPAR CONTENIDO ≠ CORTAR SU IRRIGACIÓN

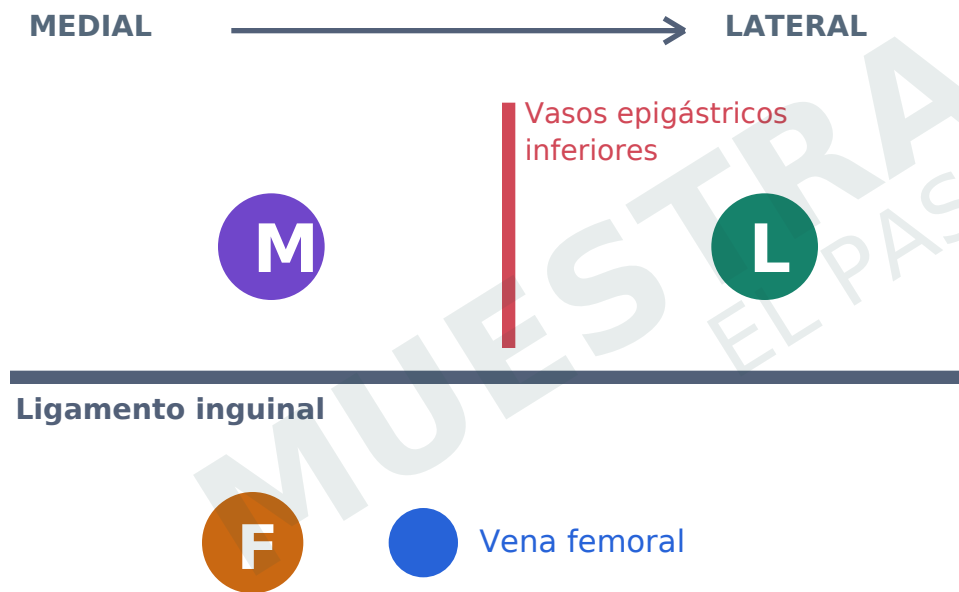
Una hernia irreducible **puede estar estrangulada**, pero irreducibilidad aislada no demuestra estrangulación. El objetivo es identificar la amenaza vascular antes de que aparezca necrosis. [1-3]

# Clasificación anatómica: dónde sale

En la ingle, los vasos epigástricos inferiores y el ligamento inguinal permiten diferenciar los tipos principales.

| Hernia inguinal / femoral | Referencia anatómica                                                                                     | Pista para memorizar                                                                       |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indirecta · lateral       | Lateral a los vasos epigástricos inferiores. Entra por el anillo inguinal profundo.                      | Sigue el canal inguinal; puede alcanzar el escroto. No es exclusivamente congénita. [4,10] |
| Directa · medial          | Medial a los vasos epigástricos inferiores; protruye por debilidad de la pared posterior, en Hesselbach. | Sale directamente por la pared posterior del canal. [10]                                   |
| Femoral · crural          | Bajo el ligamento inguinal, por el canal femoral, medial a la vena femoral.                              | Mayor riesgo de complicación; buscarla especialmente en mujeres. [4]                       |

## RELACIONES: ESQUEMA DE LA INGLE



Esquema de relaciones, no vista anatómica a escala.

## HERNIAS VENTRALES / DE PARED

- Umbilical:** defecto en el ombligo.
- Epigástrica:** línea alba por encima del ombligo.
- Spigel:** fascia de Spigel, próxima a la línea semilunar; puede quedar oculta entre planos.
- Lumbar:** pared posterolateral.
- Incisional:** defecto asociado a una cicatriz quirúrgica. [6,8,10]

## OTRO EJE: ORIGEN Y RECURRENCIA

- Primaria de pared:** aparece sin incisión previa en ese sitio.
  - Incisional:** surge en una cicatriz; incluye defectos de acceso quirúrgico.
  - Recurrente / recidivada:** reaparece después de una reparación.
- Registrar localización y reparación previa: el término "primaria" depende del contexto anatómico. [5,6,8]

## BULTO, DEFECTO Y CONTENIDO

- Defecto:** abertura de la pared.
  - Saco:** envoltura peritoneal, cuando existe.
  - Contenido:** grasa, epiplón o vísceras.
- El tamaño del bulto no sustituye la medición del defecto fascial.
- La anatomía determina cómo reparar; la estabilidad y las complicaciones determinan la urgencia. [2,8]

# Guías y papers médicos

Solo fuentes médicas. Toca una referencia para abrirla. Se conservan los años reales de guías y clasificaciones originales.

**[1] HerniaSurge · Actualización 2023**

Stabilini C et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. BJS Open. 2023;7:zrad080. DOI: 10.1093/bjsopen/zrad080.

**[2] EHS · Hernias ventrales en urgencias 2026**

Stabilini C et al. EHS Guidelines on the Management of Primary Ventral and Incisional Hernias Under Emergency Conditions. J Abdom Wall Surg. 2026;5:16228. DOI: 10.3389/jaws.2026.16228.

**[3] WSES · Hernias complicadas 2017**

Birindelli A et al. 2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias. WJES. 2017;12:37. DOI: 10.1186/s13017-017-0149-y.

**[4] HerniaSurge · Guía integral 2018**

HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018;22:1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x. Complementar con la actualización 2023.

**[5] EHS inguinal · Clasificación original 2007**

Miserez M et al. The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. Hernia. 2007;11:113-116. DOI: 10.1007/s10029-007-0198-3.

**[6] EHS de pared · Clasificación original 2009**

Muysoms FE et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia. 2009;13:407-414. DOI: 10.1007/s10029-009-0518-x. Fuente original de las zonas M/L.

**[7] EHS · Hernia incisional medial 2023**

Sanders DL et al. Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society. BJS. 2023;110:1732-1768. DOI: 10.1093/bjs/znad284.

**[8] Revisión médica · Hernias ventrales 2025**

Primary ventral and incisional hernias: comprehensive review. BJS Open. 2025;9:zrae145. DOI: 10.1093/bjsopen/zrae145. Anatomía, clasificación, diagnóstico y manejo.

**[9] Taxis · Algoritmo médico 2021**

Pawlak M, East B, de Beaux AC. Algorithm for management of an incarcerated inguinal hernia in the emergency settings with manual reduction. Taxis, the technique and its safety. Hernia. 2021. DOI: 10.1007/s10029-021-02429-1.

**[10] Anatomía · Distinciones clínicas 2026**

Yu S et al. Parainguinal or Spigelian hernia: a clinically important distinction. Hernia. 2026;30:94. DOI: 10.1007/s10029-025-03574-7. Relaciones anatómicas inguinales y pared lateral.

### TU PRÓXIMO REPASO

# Hernias abdominales

Guía para organizar la clasificación de las hernias, la exploración y los escenarios urgentes y electivos.

2 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 9 páginas.

### LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Reducibilidad, obstrucción y estrangulación
- Clasificación anatómica
- Clasificaciones EHS
- Exploración y estudios
- Manejo urgente y electivo

**Precio individual: \$160 MXN**

**Leer versión completa**

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.