

11209.
20j'6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACTULTAD DE MEDICINA

**CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES
EN LA REPARACION DE HERNIA
INGUINO-CRURAL.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
S U S T E N T A
ARMANDO AVILES HERRERA

FALLA DE ORIGEN

1 9 8 5



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

OBJETIVO

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El término hernia inguino-crural, comprende las hernias inguinal directa, inguinal indirecta y la hernia crural. Cada año se someten a corrección quirúrgica en EEUU, mas de medio millón de pacientes(1). El índice global de complicaciones despues de reparacion de hernia inguino-crural, se acerca a 10% esto es, 50 000 pacientes al año(2). La reparación de la hernia ha sido tradicionalmente considerada o relegada a segundo plano, y delegada generalmente al iniciado en cirugía o al residente menos experimentado .

La hernia inguinal, ha sido y continua siendo uno de los procesos peor comprendidos, entre los que se someten a una terapéutica quirúrgica. Las operaciones han sido desde simples incisiones con cicatrización por segunda intención y castración quirúrgica(3) a soluciones plásticas complicadas(4).

El hecho de que no exista unificación adecuada para la reparación de la hernia inguinocrural (5) se demuestra por la larga serie de operaciones que todavia se llevan a cabo como intentos de curar este problema, en apariencia tan fácil.

En la mayoría de los casos, la confusión y desde luego los malos resultados y complicaciones, derivan simplemente de la falta de conocimientos de la anatomía de la región inguinal (6).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La hernia inguino-crural, es un padecimiento tan antiguo como la humanidad; Sin embargo, no se encuentran antecedentes quirúrgicos para su tratamiento, sino hasta el siglo V A.C., descritos por Sarsuta, quien estableció el uso del cauterizador en el tratamiento de la hernia y manejo de cataplasmas para las tumefacciones posteriores. La medicina europea comenzó en realidad en la época de Pericles y, su adelanto científico se centra en torno a Hipócrates (46-370 A.C.). Sin embargo, los escritos hipocráticos, con todas sus importantes contribuciones al desarrollo de la medicina, no hacen mención al tratamiento quirúrgico de la hernia.

Celso (146 A.C.) posee el registro más completo de cirugía - en este período. Incluyendo una descripción de la "quelotomía" (apertura del saco herniario sin ligarlo) y, describe la hemorragia e infección secundarias.

No obstante, el progreso se detuvo en este punto y, con pocas excepciones, el tratamiento quirúrgico de la hernia permaneció o retrocedió en la Edad Media. No fué sino hasta el siglo - XIX, en que hombres como Cooper, Camper, Hesselbach y Bassini, facilitaron las bases anatómicas para la moderna terapéutica quirúrgica.

Aunados al concepto sobre antisepsia de Lister y, la Doctrina de Robert Koch sobre asepsia, que se logró disminuir en forma espectacular las complicaciones y resultados desastrosos de la cirugía antigua. (6) (7) (8).

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA :

Es indudable, que las premisas insustituibles para lograr éxito en la corrección quirúrgica de la hernia inguino-crural, son el conocimiento cabal de la anatomía y el dominio técnico absoluto de la herniorrafía por parte de el cirujano. Las consideraciones anatómicas y técnica quirúrgica no se comentara en este trabajo.

La recidiva de la hernia, aunque a menudo no se le considera complicación de la herniorrafía, es, sin duda, una forma de morbilidad, se necesita considerar como complicación (1). Las cifras de recidiva en forma global son de 2 a 7% en el caso de hernia inguinal directa y de 4 a 10% en el tipo indirecto (9).

A pesar que la resperción de la hernia en una minoría de pacientes, guarda relación con la mala calidad de las estructuras sponesoticas de el sujeto, la razon que explica la mayor parte de la recidiva es la falla técnica por parte de el cirujano (2).

LESION VASCULAR:

Puede haber hemorragia importante durante la herniorrafía -- por traumatismo a diversos elementos vasculares; como la rama publica de la Arteria Obturatriz (Corona Mortis), los vasos epigastricos profundos, los vasos iliacos externos y la arteria funicular(10). Este tipo de accidentes a pesar de ser graves, se presentan con rara frecuencia, reportandose en menos del 0.5%.

HEMATOMA:

Se ha descrito tambien que al pasar inadvertidas ciertas lesiones vasculares provoca hematoma postoperatorio, siendo este tipo de complicación la segunda causa reconocida de recidiva de hernia (11).

ATROFIA TESTICULAR:

Es importante hacer mención a las observaciones de Konts (14) que despues de una reparación primaria sencilla de hernia inguinal, aparece atrofia de testiculo. Esta complicación grave suele aparecer despues de crisis de edema de testiculo en el postoperatorio, por interrupción de la corriente sanguinea al testiculo, su presentación afortunadamente es rara.

LESION DE VEGIGA:

La cara interna de una hernia inguinal directa, a menudo contiene como elemento deslizante la pared vesical. la lesión de vegiga no se acompaña de aumento en la morbilidad, si su diagnostico y reparación es transoperatoria; en caso contrario, da lugar a formación de urinoma e infección de la herida (15).

SECCION DEL CONDUCTO DEFERENTE:

Puede ocurrir sección o desgarro del conducto deferente durante la plastia inguinal al efectuarse disección del saco herniario indirecto; esto no trae consecuencias desde el punto de vista morbilidad, sin embargo es necesaria siempre su reparación, en ocasiones existe granulomas posteriores a su reparación, que han obligado incluso a la reintervención por las molestias que estos causan. A pesar que es difícil valorar los resultados despues de reparación de el conducto deferente, aproximadamente el 50% de ellos suelen considerarse como funcionales (I6).

HIDROCELE:

La acumulación de liquido en el escroto o a lo largo del cordón espermático, puede ser resultado de mala técnica quirúrgica, al dejar parte de el saco herniario in situ. Los cúmulos de liquido que remeden hidrocele, también pueden formarse si hay oclusión inadvertida del drenaje venoso o linfático en el curso de la hernioplastia (I7).

INFECCION DE LA HERIDA:

La infección de la herida, es un problema que atañe a todos los procedimientos quirúrgicos. Pero de importancia mayor en la reparación de la hernia inguinal, debido a que la infección figura como una de las principales causas de recidiva de hernia (II).

Se ha atribuido la infección de la herida; desde la formación de seroma(I7), la lesión de vejiga(I5), lesiones vasculares y formación de hematoma(I0). Además de lesiones al intestino, anastomosis intestinales y procedimientos tales como apendicectomía y diverticulectomía en el tiempo de la hernioplastia (I). La infección de la herida se presenta en porcentajes que varían del 1 al 10 % según diversas series(II).

LESION AL INTESTINO:

En la ligadura alta del saco de una hernia inguinal indirecta hay que prestar atención meticulosa a la colocación de las suturas, por la posibilidad de abarcar un asa de intestino dentro de la sutura; lo cual producirá fistula o absceso de pared intestinal u obstrucción intestinal. Al reparar una hernia por deslizamiento a menudo surgen dos complicaciones: se puede abrir un asa de intestino inadvertidamente o devascularizar la pared del mismo(I) (II).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las diferentes complicaciones de todos los procedimientos electivos y no complicados de reparación quirúrgica inguinal o crural , realizados en el Hospital General de Zona #24 del IMSS en un período comprendido de Septiembre de 1983 a Agosto de 1984.

MATERIAL Y METODOS

De Septiembre de 1983 a Agosto de 1984, se estudiaron 180 casos de pacientes en quienes se practicó reparación quirúrgica de hernia inguino-crural primaria y en forma electiva en el Hospital General de Zona #24 del IMSS.

Se presenta la frecuencia de complicaciones postoperatorias en forma global, además de los diferentes tipos de complicaciones. La frecuencia por grupos de edad y sexo.

La aparición de complicaciones en los diferentes tipos de hernias y su localización. La relación de las complicaciones con el tipo de técnica quirúrgica empleada; siendo estas: La técnica de Mac Vay-Anson y la técnica de Bassini. Se revisa además los tipos de material de sutura empleado en los distintos procedimientos.

Se presenta la frecuencia de enfermedades concomitantes que presentaron los pacientes al momento de la operación y, su relación con la aparición de complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

De los 180 pacientes estudiados, 120 eran masculinos (66%), 60 femeninos (34%). La media de edad fué de 43 años; 71 de ellos eran mayores de 50 años (39.4%) y, 13 de ellos, menores de 15 años (Tabla #1 Figura#1). La mayor frecuencia de complicaciones ocurrió en el grupo de edad de 46 a 60 años, (Gráfica #3).

De los 180 pacientes estudiados, se encontró un total de 9 complicaciones (5%) en forma global. En 5 pacientes (Gráfica 1) se encontró hematoma de la herida quirúrgica (2.7%), el cual tuvo que ser drenado. En dos pacientes (I, IX), se encontró absceso de la herida, que se manejó con drenaje y curaciones locales. En 1 paciente (0.5%), se presentó lesión vascular de arteria obturatriz durante el transoperatorio, problema que fué resuelto en el mismo tiempo quirúrgico sin mayores consecuencias (Tabla #2).

TABLA # I

PACIENTES SOMETIDOS A REPARACION INGUINAL HGZ # 24

SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

	número	%
masculinos	120	66
femeninos	60	34
Total	180	

PORCENTAJE DE PACIENTES
DE HERNIOPLASTIA POR SEXO

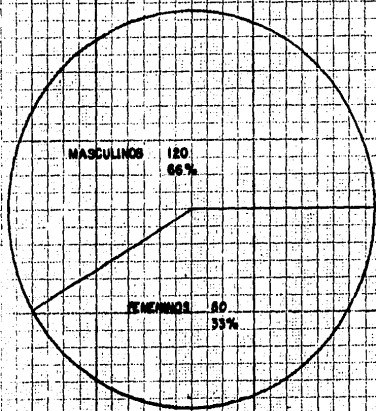
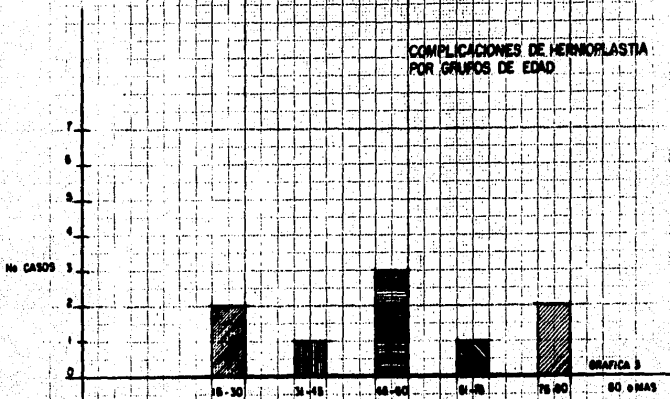


FIGURA No. 1

COMPLICACIONES DE HERNIORRASTIA
POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 3

90 o MAS

COMPLICACIONES DE IBO
CASOS DE PLASTIA INGUINAL

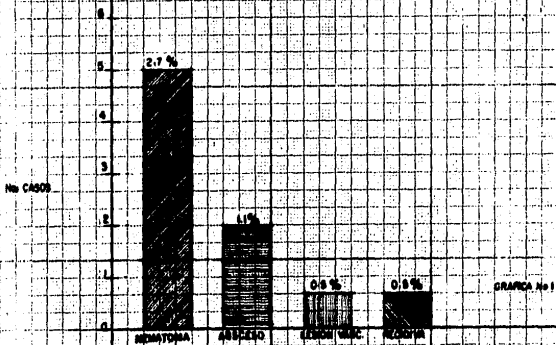


TABLA # 2

COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A PLASTIA INGUINAL HGZ

24 180 CASOS SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

Complicación	No.	%
Hematoma	5	2.7
Absceso	2	1.1
Lesión vascular	1	0.5
Recidiva inmediata	1	0.5
Total	9	

Hubo 1 paciente masculino de 74 años de edad, que presentó -
recidiva inmediata al 2do. día postoperatorio, fué reintervenido 1 día despues.

En una paciente femenina de 78 años de edad, portadora de -
Hipertensión Arterial Sistemica, ocurrió muerte trans anesté-
sica sin haberse iniciado aun el procedimiento quirúrgico, -
se diagnosticó como Infarto Agudo Del Miocardio.

Se encontró que 131 hernias eran del tipo indirecto(72.7%),
(Figura #2) 40 correspondia al tipo directo(22.2%) y, 9 her-
nias (5%) eran del tipo crural.(Tabla #4)

En los pacientes portadores de hernia indirecta ocurrieron 7
complicaciones (3.8%), en los que se encontró hernia directa-
ocurrió 1 complicacion (0.5%) y, en 1 paciente con hernia cru-
ral, (0.5%) ocurrió lesion de arteria obturatriz(Tabla #6).

105 de las hernias eran de localización derecha(58.3%), 73-
de ellas eran izquierdas (40.5%) y, 2 de ellas (1,1%) eran -
bilaterales (Figura #3). Por sexo, se encontró que, 7 pacien-
tes masculinos(3.8%) ocurrió complicacion y, en 2 pacientes -
femeninos(1,1%).

PORCENTAJE DE PRESENTACION
DIFERENTES TIPOS HERNIAS

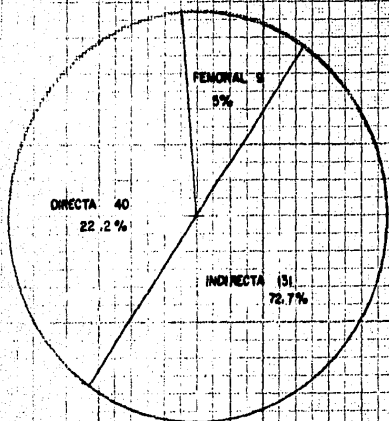


FIGURA No 2

TABLA # 4

TIPOS DE HERNIA EN PACIENTES OPERADOS DE PLASTIA INGUINAL

180 CASOS SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

Tipo de hernia	No.	%
Indirecta	131	72.7
Directa	40	22.2
Femoral	9	5
Total	180	

TABLA # 6

COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN LOS DIFERENTES TIPOS DE HERNIA

180 PACIENTES

SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

Tipo Hernia	No. casos	%
Indirecta	7	3.8
Directa	1	0.5
Crural	1	0.5
Total	9	4.8

PORCENTAJE LOCALIZACION DE
HERNIA EN 100 PACIENTES

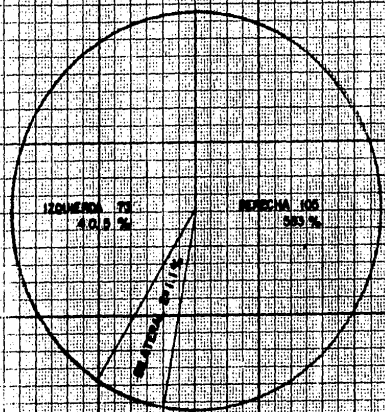


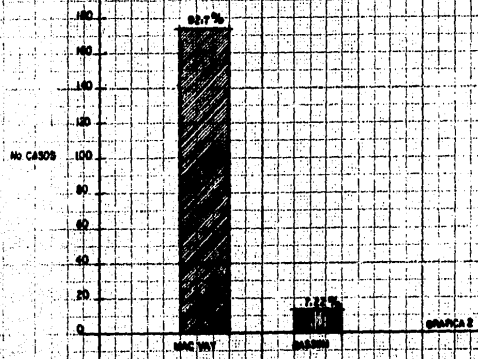
FIGURA 3

TABLA # 3

LOCALIZACION DE HERNIA EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA
 180 CASOS SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

Localización	No.	%
Derecha	105	58.3
Isquierda	73	40.5
Bilateral	2	1.1

TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA
EN 180 PACIENTES OPERADOS
DE PLASTIA INGUINAL



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

28 de los 180 pacientes (15.5%) tenían enfermedad concomitante al momento de la operación, (Tabla #2) .

7 pacientes eran portadores de Diabetes Mellitus II(3.8%), 7 eran portadores de Enfisema Pulmonar(3.8%), 6 pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica controlada(3.1%), se encontró Insuficiencia Venosa Periférica en 3 pacientes(1.6%), 1 paciente con Úlcera Duodenal tratada médicamente(0.5%), 2 pacientes con Hipertrofia Prostática(1.1%) y, 4 pacientes con Obesidad importante(2.2%).

No se encontró ningún tipo de complicación postoperatoria en este grupo de pacientes, las complicaciones ocurrieron en el grupo de pacientes aparentemente sanos.

La técnica quirúrgica más empleada fue el procedimiento de Mac Vay-Anson, ya que este procedimiento se utilizó en todos los pacientes adultos en total 167(92.7%). El procedimiento de Bassini, se empleó en 13 ocasiones(7.2%) en los pacientes menores de 15 años. En todas las complicaciones que ocurrieron se empleó la técnica de Mac Vay-Anson (Gráfica #2).

El material de sutura empleado en todos los procedimientos efectuados, fue la Seda.

TABLA # 5

ENFERMEDADES CONCOMITANTES AL MOMENTO DE LA OPERACION EN
 PACIENTES INTERVENIDOS DE PLASTIA INGUINAL 180 CASOS

SEPTIEMBRE 1983 AGOSTO 1984

Enfermedad	No. Casos	%
Diabetes Mellitus II	7	3.8
Enfisema Pulmonar	7	3.8
H T A Controlada	6	3.3
Insuf. Venosa Periferica	3	1.6
Ulcera Duodenal	1	0.5
Hipertrofia Prostatica	2	1.1
Obesidad	4	2.2
Total	30	16.6 %

DISCUSION

La frecuencia global de complicaciones aceptada generalmente es de 10% segun Condon y Nyhus(I). En este estudio, el porcentaje global de complicaciones encontrado fué de 5%, el cual es menor; sin embargo debe considerarse que no se efectuó una revisión a largo plazo, lo cual excluye las complicaciones tardías (17).

Las complicaciones inmediatas como Hematoma se encontro en un 2.7% el cual es menor a lo reportado en otros estudios(II), Ingmarson en Suecia reporta hasta un 5% y, relaciona esta complicación con la aparición de recidiva.

La aparición de infección en la herida, encontrada en este estudio como da 1.1%, es semejante a la reportada por Nyhus--(2) y Magnusson(12)., problema que atañe a todos los procedimientos quirúrgicos; pero tratandose de Hernioplastia, es la principal causa de recidiva.

Nissen(13) y Wheeler coinciden en que las lesiones vasculares son de presentación rara, reportando porcentajes menores al 0.5%. En este estudio, se encontró una sola lesión vascular(0.5%) siendo entonces similar.

El porcentaje respecto al tipo de hernia es reportada por Mac Vay y Anson (6) como de 70% para el tipo de hernia indirecto y 25% para el tipo directo, lo cual es similar a lo encontrado en este estudio, siendo de 72.7% para el tipo indirecto y, 22.7% para el tipo directo, el resto son hernias --- crurales.

Es importante señalar que Alexandrr y Nehma(18) y otras series reportan morbilidad de 56% y Mortalidad de 1.3% para pacientes operados de hernioplastia y enfermedad concomitante, principalmente con enfermedades respiratorias . En nuestro estudio, se encontró 1 muerte trans anestésica (0.5%) y ningun caso de morbilidad en el grupo de pacientes con enfermedad concomitante , lo cual es menor en porcentaje de presentación .

En el grupo de pacientes menores de 15 años no se encontró ningun tipo de complicación, Kaplan y Kontz (14) mencionan morbilidad menor de 1% para este tipo de pacientes.

Los demas tipos de complicaciones reportadas. Como lesión al intestino, Hidrocele, Sección de Deferente, Lesión vesical, atrofia testicular, no fueron encontradas en el presente estudio; Es necesario realizar un estudio a largo plazo de este grupo de pacientes, para determinar el total de complicaciones.

R E S U M E N

Se estudiaron 180 pacientes los cuales fueron intervenidos-quirúrgicamente de plastia inguinal por hernia inguino-crural primaria en forma electiva, en el Hospital General de Zona # 24 del I.M.S.S.

El objetivo de este trabajo, fué determinar la frecuencia de complicaciones de los procedimientos electivos de plastia inguinal y crural en un Hospital General de Zona del IMSS.

Se encontraron un total de 9 complicaciones con morbilidad global de 5%.

Las complicaciones mayormente encontradas fue Hematoma en un 2.7% seguido de infección de la herida en un 1.1%.

Las tecnicas quirurgicas empleadas fueron la de Mac Vay-Anson en 167 pacientes y la de Bassini en 13 pacientes, estos ultimos todos menores de 15 años. No se detectaron complicaciones en el grupo de operados con tecnica de Bassini.

Fue un total de 120 pacientes masculinos y 60 pacientes femeninos, la media de edad fue de 43 años. En los pacientes -- masculinos se encontraron 7 complicaciones (3.6%) y 2 complicaciones en pacientes femeninos(1.1%).

Ocurrió 1 muerte transanestésica, 1 paciente femenina de 78 años de edad con Hipertensión Arterial Sistémica.

La frecuencia de presentación de complicaciones, fué menor a la reportada en otras series, Así' como su relación con los diferentes tipos de hernias.

Es necesario un estudio a largo plazo de este grupo de pacientes , para determinar el total de complicaciones que se presentan posterior a las intervenciones de plastia inguinal.

B I B L I O G R A F I A

1. CONDON R.E.-NYHUS M.:Complication of Groin hernia and hernia repair. Sur. Clins. Of North America 1971:51 ,1325-1336.
2. NYHUS M. : Complication in hernial Repair in: COMPLICATION IN SURGERY AND THEIR MANAGEMET ED. ARTZ & HARDY 1967: 643- 645.
3. SLATTERY L.R. : Immediat complications of surgery of - hernia . SUR. CLINS. OF NORTH AMERICA :44, 461-467 1964.
4. MAC ARTHUR J.F. : Living Fascial suture in the repair- of large inguinal hernia . ANNALS OF SURGERY 1940; III, 710-717.
5. FOMKA J.L.: Problems of femoral hernia . ARCH. OF SURGE-
RY 1971; 102, 417- 423.

6. MAC VAY C.B. ANSON B.J.: A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy, SUR. GYN. & OBSTETRICS 1942 ; 74, 746-750.

7. OLCHE P.D. HARKINS H.W.: Revision Historica del tratamiento de la hernia inguinal; de HERNIA 1967 ED. INTERMEDICA 19-30.

8. LITTLE W.J. : A history of hernia; MED. PRESS; 232, 6034-6040 1934.

9. CHLIN E. WEISS S. L. : Results of postoperative clinical examination of inguinal hernia , after three years. ACTA CHIR. ESCANDINAVA 1980; 146, 421-425.

10. WHEELER M.H.: Femoral hernia, analysis of the results of surgical treatment; PROC. ROYAL SOC. OF MEDICINE 1975; 68, 177-178.

11. INGIMARSON J. : Inguinal and femoral hernias, long term results; ACTA CHIRUR. SCANDINAVA 1983: 49, 291-97.

12. MANGUNSSON J. ISACKSON B.: Recurrency after inguinal - herniorrhaphy. ACTA CHIR. SCANDINAVA 1983: 149, 257-60.

13. NISSEN H. :Constriction of femoral vein following inguinal hernia repair . ACTA CHIR. SCANDINAVA 1975 :141, 279-281.
14. KAPLAN G. KONIZ L. : Iatrogenic cryptorchidism resulting from hernia repair. SURG. GYN. AND OBSTETRICS 1976; 142, 671-73
15. BROWN R.E. KIMATENDER R.: Ipsilateral thrombophlebitis after Cooper's ligament herniorraphy.: SURGERY 1980: 87(2) 131
16. HOLCOMB G. : Routine bilateral inguinal hernia repair. AME. JOURNAL DIS. OF CHILDREN 1965; 109-114.
17. Lynn H. : Inguinal herniorraphy in children. ARCH. OF SURGERY 1983; 146, 257-260.
18. ALEXANDER E. KEENE M.: Groin hernias in elderly patients AMERICAN J. OF SURGERY 1983; 83, 573-77.