

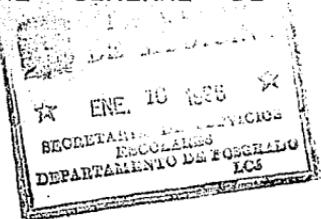


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11209
5
24

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

TIPOS DE HERNIA MAS FRECUENTES EN LA POBLACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. RICARDO JAVIER ALMAGUER ALONSO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESENCENTRALIZADO



México, D.F.



1995
DIRECCION DE ENSEÑANZA

FALLA DE ORIGEN



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.

**TIPOS DE HERNIAS MAS FRECUENTES EN LA
POBLACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
DR. RICARDO JAVIER ALMAGUER ALONSO**

TESIS CON CLAVE DE REGISTRO: DIC/95/304/03/118.

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

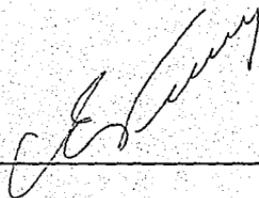
DR. RICARDO JAVIER ALMAGUER ALONSO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

Unidad de Epidemiología Clínica
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

INDICE

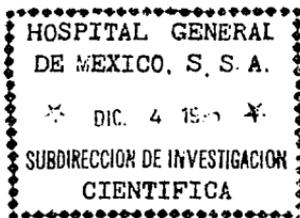
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	6
DISEÑO	6
OBJETIVOS	6
METODOLOGIA	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	10
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFIA	13
ANEXOS	14



DR ENRIQUE FERNANDEZ HIDALGO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL**

TUTOR DE TESIS



AGRADECIMIENTOS

A DIOS: POR HABERME PERMITIDO REALIZAR Y CONCLUIR LA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL.

A MIS PADRES: RICARDO Y RAQUEL: POR SU AMOR, Y APOYO EN CADA MOMENTO DE MI VIDA.

RESUMEN

La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes en nuestro medio y en otras partes del mundo, teniendo importantes implicaciones demográficas y socioeconómicas. Según informes del National Center for Health Statistics (8), en Estados Unidos se operaron en 1979 579 000 hernias, en 1981 605 000, en 1983 585 000, y en 1991 680 000, observándose poca atención en los aspectos demográficos y epidemiológicos de ésta patología quirúrgica, que en Estados Unidos ocupa el primer lugar de cirugías electivas realizadas (6).

Se revisó la literatura Mexicana sin encontrar un estudio donde se describa el tipo de hernias más frecuentes, su distribución por edad y sexo, el tipo de plastia más frecuente realizada y estados patológicos o condiciones que se han relacionado con el desarrollo de la hernia inguinal.

Se revisaron 1194 expedientes de pacientes que fueron sometidos a plastia inguinal de forma electiva y urgencia en un período de tres años (1992-1995), recolectándose datos del expediente de cada paciente sobre edad sexo, antecedentes heredofamiliar de hernia inguinal, tipo de alimentación, antecedente de apendicectomía, tipo de hernia encontrada quirúrgicamente, el lado inguinal que involucra a la hernia, la plastia realizada y hallazgos importantes de la cirugía.

La importancia que reviste el tipo de alimentación empleada en el paciente es relativa ya que no se ha encontrado una asociación directa entre la malnutrición y aumento en la presentación de hernias inguinales (3). La información que se puede recabar de la historia clínica del expediente respecto a los hábitos alimentarios del paciente está sujeta a la particular estimación de quien realiza la historia clínica por lo que este dato se consideró subjetivo y no se incluyó en la descripción del estudio.

Se dividieron en cuatro grupos de edad al realizar la presente revisión (de 15 a 30, de 31 a 45, de 45 a 60 y más de 61 años), sin observar una diferencia importante entre los grupos de edad con respecto a la frecuencia de la hernia inguinal.

La hernia inguinal fue más frecuente en el sexo masculino encontrándose en un 76% del total de los pacientes siendo en este grupo más frecuente la hernia indirecta. En el sexo femenino la frecuencia de la indirecta fue superior a la de la directa seguida por la hernia femoral y por último la recidivante. En ambos sexos el lado más comunmente afectado fue el derecho, siendo más frecuente la presentación bilateral en el sexo masculino.

En casi el 20% de los pacientes se tuvo el antecedente heredofamiliar positivo de hernia inguinal y el 17% de los pacientes con hernia inguinal derecha tenían antecedente de apendicectomía, factor importante para algunos autores quienes han asociado fuertemente este antecedente con la génesis de la hernia inguinal indirecta derecha.

La plastia más comunmente realizada fue la de la técnica de ligamento de Cooper y la menos empleada fue la Shouldice independientemente del tipo de hernia encontrada quirúrgicamente.

De los resultados se obtiene una descripción adecuada de la frecuencia de la hernia inguinal por grupos de edad, sexo, y la presencia de factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de hernia inguinal así como las plastias más comunmente realizadas en nuestro medio.

INTRODUCCION

ASPECTOS HISTORICOS:

La primera mención de una hernia inguinal se encontró en el papiro de Ebers en 1550 A.C. y se trataba con medios conservadores, Hipócrates no manejaba la hernia quirúrgicamente, el primer reporte quirúrgico se le atribuye a Celso quien practicaba la quelotomía.

En la edad media se olvidó la cirugía en todos sus aspectos, con respecto a la hernia inguinal que volvió a tener auge hasta el siglo XVIII con algunos exponentes como Litre, Gimbernat y Richter. En 1804 Sir Astley Cooper describe el ligamento que lleva su nombre. Otra figura importante fue Edoardo Bassini quien revolucionó el tratamiento de la hernia inguinal al describir la operación que ha sido la base de la herniorrafia moderna que se basó en la reparación de la oblicuidad del canal inguinal con los orificios internos y externos obturados por la pared anterior del abdomen y un nuevo techo confeccionado después de realizar el trasplante antero-lateral del cordón, el aplicó su técnica por primera vez en 1884.

Otro suceso importante en la plastia inguinal fue la utilización del ligamento de Cooper, siendo Lotthestein en 1897 mientras operaba una paciente con una recidiva herniaria. Lotthestein extirpó una porción de la arcada inguinal por lo cual debió fijar las suturas sobre el ligamento de Cooper y quedó impresionado con la solidez de esta técnica posteriormente Anson y Mc Vay retomaron el procedimiento y lo recomendaron como plastia cuando gran parte de la pared posterior ha sido destruida por la hernia y debe utilizarse en las hernias directas, en las grandes hernias indirectas y en las hernias crurales. En 1960, Nyhus y Condon promovieron el manejo preperitoneal para las hernias recidivantes o complicadas (1,2).

ETIOLOGIA DE LA HERNIA INGUINAL:

Se han postulado múltiples teorías sobre la génesis de la hernia inguinal, entre las más importantes se encuentra la teoría de que la hernia inguinal es congénita en su origen, requiere un saco herniario o potencial llamado el proceso vaginal a través del cual se mueve el testículo fetal desde su origen retroperitoneal hacia el escroto.

Normalmente el proceso vaginal se oblitera formando un cordón fibroso: el ligamento vaginal, el cuál se extiende desde el peritoneo vaginal hasta el testículo, dependiendo de la longitud del conducto vaginal, una hernia inguinal indirecta puede extenderse desde el orificio inguinal profundo hasta el escroto (1). Las hernias inguinales son el resultado de dos factores, la presencia de un espacio potencial en el proceso vaginal el cuál puede abrirse en un saco herniario indirecto en cualquier época de la vida y el adelgazamiento concomitante de la fascia transversalis que rodea la estructuras del cordón espermático en el anillo inguinal profundo; otra teoría es que la desnutrición favorece la aparición de la hernia inguinal ya que altera los mecanismos de recambio de la colágena a nivel inguinal. Uno de los primeros enfoques del problema se realizó por la observación de que los marineros con escorbuto presentaban un alto índice de hernias inguinales (1,3).

Existen estudios experimentales en ratas en los cuales es posible producir hernias inguinales alterando el entrecruzamiento normal de las fibras de colágena de neoformación (4). Otras teorías son las relacionadas con las actividades físicas de los pacientes como los son la ocupación o los deportes que practican y en ocasiones de tipo iatrogénico como es el aumento de la incidencia de las hernias inguinales posterior a la apendicectomía o a una mala técnica quirúrgica.

IMPLICACIONES CLINICAS:

Para cuestiones clínicas la hernia inguinal se clasificó en virtud de facilitar la evaluación objetiva de las técnicas de reparación y permitir la verificación de los resultados. La clasificación de la hernia inguinal incluye hernias primarias, femorales así como también las hernias recurrentes. Son clasificadas de acuerdo con la severidad del daño al anillo inguinal profundo y al piso inguinal. La clasificación de las hernias está basada en criterios anatómicos.

HERNIA INGUINAL:

TIPO I

Hernias inguinales indirectas (Niños, y adultos jóvenes en los que el anillo interno es de tamaño normal con un saco herniario indirecto el cuál se extiende variablemente distal al anillo inguinal interno al canal inguinal .

TIPO II

Hernias inguinales indirectas en las que el anillo inguinal profundo está dilatado con un piso inguinal intacto.

TIPO III

Clasifica defecto de la pared inguinal posterior en tres subtipos:

a. Directa

b. Indirecta con anillo inguinal profundo dilatado y afecta el piso inguinal posterior, el componente indirecto tiene una posición escrotal (5).

c. Femoral

TIPO IV

Hernias recurrentes.

IMPLICACIONES EPIDEMIOLOGICAS:

La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes en nuestro medio y en otros países del mundo, teniendo por lo tanto importantes implicaciones demográficas y socioeconómicas (6). Se han llegado a crear centros especializados en Estados Unidos dedicados exclusivamente a la reparación de la hernia inguinal manejándose como cirugía de corta estancia (7), según los reportes de la National Center for Health Statistics la tendencia de las plastias inguinales como la primer cirugía electiva en Estados Unidos, observando poca atención en los aspectos demográficos y epidemiológicos de este padecimiento sin encontrar estudios recientes al respecto ni especificar el tipo de hernia más frecuente y el tipo de plastia realizada. Se revisó la literatura Mexicana y no hay estudios sobre los tipos de hernias más frecuentes en nuestra población y el tipo de plastia inguinal realizada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hernia inguinal es un padecimiento frecuente en nuestro medio, el estudio está encaminado a conocer aspectos demográficos y epidemiológicos del padecimiento específicamente a conocer el tipo de hernias que se encuentran en nuestra población, el tipo de plastia realizada, distribución por edad y sexo y factores de riesgo asociados a la actividad del enfermo. Se revisó la literatura Mexicana y extranjera no encontrándose estudios al respecto.

JUSTIFICACION

No existen trabajos publicados acerca de aspectos demográficos y epidemiológicos de la hernia inguinal.

Conocer aspectos demográficos y epidemiológicos de la hernia inguinal ya que es uno de los padecimientos más frecuentes en nuestra población al cuál se le ha prestado poca atención.

DISEÑO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional.

OBJETIVOS

Determinar el tipo de hernia más frecuente y la plastia realizada, distribución por edad y sexo.

Proporcionar un estudio reciente sobre aspectos epidemiológicos de la hernia inguinal .

Sentar antecedentes para determinar la plastia de mejor resultado.

METODOLOGIA

1. POBLACION Y MUESTRA.

Se revisaron los expedientes de los pacientes postoperados de la hernia inguinal durante los últimos tres años, se vaciaron los datos a la hoja de recolección de datos y se analizaron los resultados.

2. CRITERIOS.

A. Inclusión: Todo paciente operado de hernia inguinal en el servicio de cirugía general del HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

B. Exclusión: Todo paciente sin diagnóstico de hernia inguinal.

C. Eliminación: Todo paciente sin patología de hernia inguinal.

3. DEFINICION DE LAS VARIABLES:

Se identificó el tipo de hernia más frecuente en la población de el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, en un período de tiempo (3 años), además del tipo de plastía, se determinó la distribución por edad y sexo de los distintos tipos de hernias inguinales .

4. PROCEDIMIENTO:

Se revisaron los expedientes de 1194 pacientes operados con diagnóstico de hernia inguinal en los últimos tres años en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. se vaciaron los datos en la hoja de datos correspondiente.

Se realizó el análisis estadístico correspondiente que consistió en el manejo de variables en una escala de medición nominal, se describieron y organizaron los datos mediante distribución en serie de valores posteriormente en serie de clase y frecuencia, además del cálculo de frecuencias relativas, en lo que se refiere a edad y sexo.

RESULTADOS

De los 1194 expedientes revisados se encontró que 878 (76%) correspondían al sexo masculino y 316 (24%) al sexo femenino, se encontró una frecuencia mayor de hernia inguinal indirecta en ambos sexos siendo en los varones del 46.9% y en las mujeres del 12.4%. La hernia directa es la que sigue en frecuencia en ambos sexos, 17.8% para los varones y 7% para las mujeres. La hernia femoral se presentó en mayor proporción en mujeres con una relación 10:1 presentándose 4 casos de hernia femoral en varones (0.3%) y en mujeres 40 casos (3.35%). La hernia recidivante ó recurrente se presenta con una frecuencia de 8.3% en varones y en mujeres del 3%.

La distribución por grupos de edad divididos el primero de ellos de 15 a 30 años, 31 a 45 años, 46 a 60 años, y más de 61 años no presentó diferencia en la totalidad de las hernias inguinales, presentándose 22.1%, 28.4%, 24.5% y 24.9% respectivamente.

Respecto a la hernia inguinal indirecta la mayor frecuencia se observó en el grupo de edad de 31 a 45 años. En la hernia inguinal directa la mayor frecuencia se observó en el grupo de edad de más de 61 años, siendo del 11.5%, y el grupo con menor frecuencia para este tipo de hernia fué el de 15 a 30 años con una frecuencia del 1%.

La hernia femoral se encontró más frecuentemente en los grupos de edad de 15 a 30 y de 31 a 45 años, presentando ambos grupos de edad 18 casos (1.5%). La hernia inguinal recidivante se presentó con mayor frecuencia en aquellos pacientes en la quinta década de la vida en el grupo de edad de 46 a 60 años con 74 casos (6.1%).

El lado afectado en ambos sexos se identificó con mayor frecuencia en lado derecho 48.6% en los varones y en las mujeres 57.6%. Los varones presentaron 10.8% de casos de hernias bilaterales y en las mujeres solo en 3%. Respecto a la plastia realizada se identificó que se realiza mayor frecuencia el procedimiento de la técnica de ligamento de Cooper siendo del 33.9% y la menor frecuencia de procedimiento es para la técnica de colocación de malla con 1.8%.

El antecedente heredofamiliar de hernia inguinal se encontró en el 8% de las hernias indirectas en el 6.8% de las directas y sin encontrar este dato en las hernias femorales. Para las hernias recidivantes este antecedente fue positivo en 5.1%.

El antecedente de apendicectomía se encontró en el 9.3% de los pacientes con hernia inguinal indirecta, en el 4.1% de los pacientes con hernia directa y para los pacientes con hernia recidivante fue del 3.6%.

Se encontró en menos del 2% hernias por deslizamiento con mayor frecuencia en la hernia inguinal indirecta 1.6%, la estructura más frecuente involucrada fue el sigmoides seguida de vejiga y un sólo caso de apéndice necrosada en una hernia.

Se encontraron 9 expedientes de pacientes que fueron sometidos a cirugía con diagnóstico de hernia inguinal resultando equivoco el diagnóstico preoperatorio, encontrándose granuloma en tres pacientes, ganglio infartado en 2, lipoma en 2, criptorquidia en 1 y cuerpo extraño en otro (gasa de cirugía previa).

Los pacientes operados de urgencia por presentar hernias complicadas fueron 39 (3.2%), 27 de hernia inguinal indirecta, 6 de la directa, 5 de la femoral, y 1 de recidivante. Se realizaron 3 entero-entero anastomosis, 5 omentectomías parciales y 1 apendicectomía.

En 137 pacientes con hernias recidivantes se pudo obtener el dato de la cirugía previa realizada encontrándose la plastia de Bassini en el 49% de los casos, 21% de la técnica del ligamento de Cooper, 15% la combinación de Marcy-Bassini, y el 15% restante con técnica de Marcy, preperitoneal y Ferguson. El tiempo de recidiva fue variado de 4 meses hasta 10 años teniendo como promedio 2 años.

DISCUSION

La hernia inguinal que con más frecuencia se encontró en esta revisión fue la indirecta en ambos sexos. Los factores que se han implicado en esta tipo de hernia han sido varios siendo los más importantes el de origen congénito, la magnitud de la actividad física que desarrolla el paciente y el defecto del mecanismo de cortina de la región inguinal resultando en la protrusión del contenido inguinal a través de anillo inguinal profundo. Al encontrar la mayor frecuencia de hernia inguinal indirecta en el grupo de edad de 31 a 45 años sugiere poca participación del factor congénito y mayor influencia de la actividad física desarrollada por el paciente.

El defecto del mecanismo de cortina en la región inguinal se refiere a la poca función que ejerce el arco del transversal al ocluir el anillo inguinal profundo cuando se realiza un esfuerzo físico, esto puede ser debido a la denervación de esta porción de músculo transversal por lesión del nervio abdominogenital o menor o ilioinguinal, en alguna cirugía previa como lo es la apendicectomía (9). En esta revisión se encontró que el total de las hernias sólo el 17% tenían esta asociación que representaba el 25% de las hernias del lado derecho. El lado que con mayor frecuencia se involucró en ambos sexos y para cualquier tipo de hernia fue el derecho, no encontrándose en la literatura revisiones que informan la causa de la mayor frecuencia de la afectación del lado derecho.

La hernia femoral se encontró con mayor frecuencia en el sexo femenino en un ratio de 10 a 1. La mayor frecuencia de hernia crural en el sexo femenino es vista en la práctica clínica y en la literatura, sin poder explicar el porque de la prevalencia en este sexo (1,6).

La plastia que se practicó con mayor frecuencia por los cirujanos del HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, es la técnica de ligamento de Cooper, siendo el 33.9% de las plastias realizadas. El tipo de plastia a realizar depende principalmente de la preferencia del cirujano, del tipo de hernia y de si la hernia presenta complicación o no. Las reparaciones con ésta técnica se describen para hernias directas o bien para hernias indirectas con destrucción del piso posterior del canal inguinal. A pesar de encontrarse con más frecuencia la hernia inguinal indirecta y ser la plastia con técnica de ligamento de Cooper la mayor realizada, esto se debe que una gran proporción de las hernias inguinales indirectas son del tipo III b o que afectan el piso del canal inguinal.

El diagnóstico preoperatorio de hernia Inguinal que no fue corroborado por la cirugía se encontró en 9 pacientes principalmente granuloma de cirugías previas confundiéndose con recidivas, seguidas de ganglio infartado en dos pacientes.

Los expedientes que reportaron recidivas y en loscuales se pudo obtener el dato de la cirugía previa realizada se encontró que la plastia tipo Bassini fue la más realizada. Nyhus refiere que el ligamento inguinal utilizado como reparación de la pared posterior o piso del canal inguinal no es confiable ya que este no es derivado de la fascia transversalis.

El estudio realizado es observacional y retrospectivo, sentando las bases de conocimientos de frecuencia de los diferentes tipos de hernias y plastias realizadas para poder realizar un estudio prospectivo y longitudinal para evaluar la mejor técnica y material utilizado en los diferentes de tipos de hernias.

CONCLUSIONES

1. La hernia inguinal más frecuente en nuestro medio es la hernia inguinal indirecta (59.3% en ambos sexos).
2. La población que con más frecuencia presenta ésta patología son los varones de 31 a 45 años.
3. La región inguinal más afectada en ambos sexos es la derecha, en el 48.6% en los varones y en 57.6% en las mujeres.
4. La plastia más comunmente efectuada por los cirujanos en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO es la reparación con técnica de ligamento de Cooper 33.9%.
5. Las hernias inguinales complicadas encarceladas o estranguladas representan el 3.2% del total de las hernias operadas en el HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

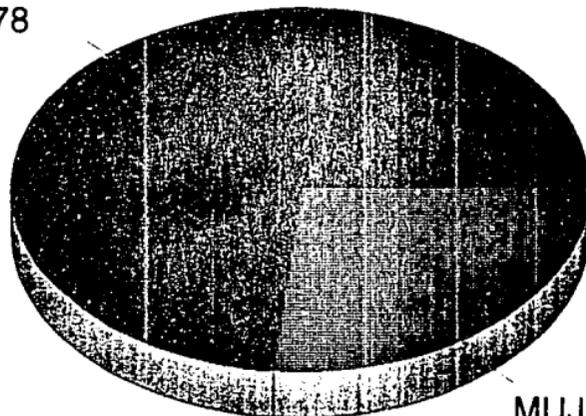
BIBLIOGRAFIA

1. Nyhus LJ: Hernia inguinal, 3a edición, editorial Panamericana, México 1991.
2. Carlson R: The historical development of the surgical treatment of inguinal hernia. *Ann Surg* 1984;180:639-49.
3. Conner W: Some studies on the etiology of Inguinal hernia. *Am J Surg* 1973 Dec;126:732-35.
4. Zolton TW: Hernias as a collagen maturation defect. *Ann Surg* 1964 Nov;160(5):214-21.
5. Nyhus LJ: Inguinal hernia. *Curr Prob Surg*. 1991 Jun; 348-76.
6. Ritkow I: Demographic, clasificatory and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am* 1993 Jun;73(3):223-54.
7. Deysine M: Must we specialize herniorraphy for better results. *Am J Surg* 1990 Sep;160:489-99.
8. Rutkow I: General surgical operation in the United States. *Arch Surg*. 1986 Oct;121:2-12.
9. Einar A: Development of rate inguinal hernia after apendicectomy. *Am J Surg* 1982;Jan;143:174-5.

ANEXOS

HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. DISTRIBUCION POR SEXO DE LAS HERNIAS INGUINALES.

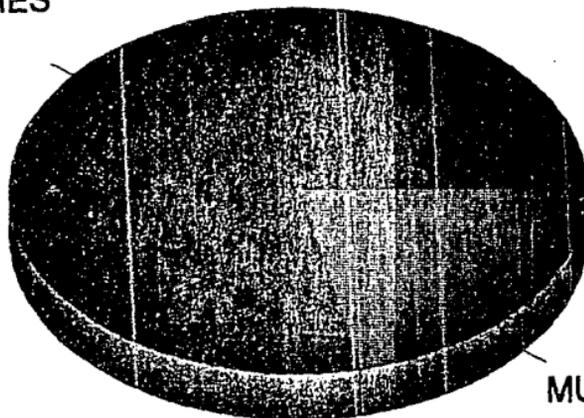
HOMBRES
878



MUJERES
316

**HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M.
DISTRIBUCION POR SEXO.
HERNIA INGUINAL INDIRECTA.**

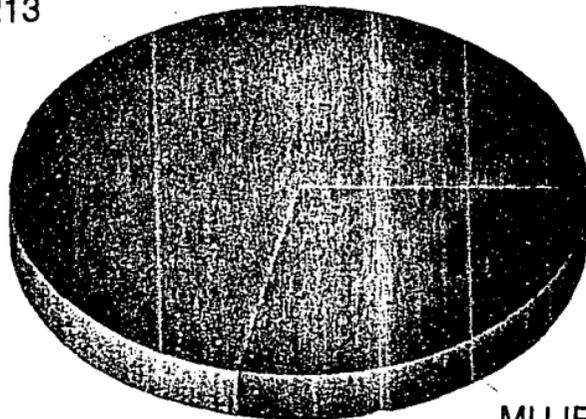
HOMBRES
561



MUJERES
155

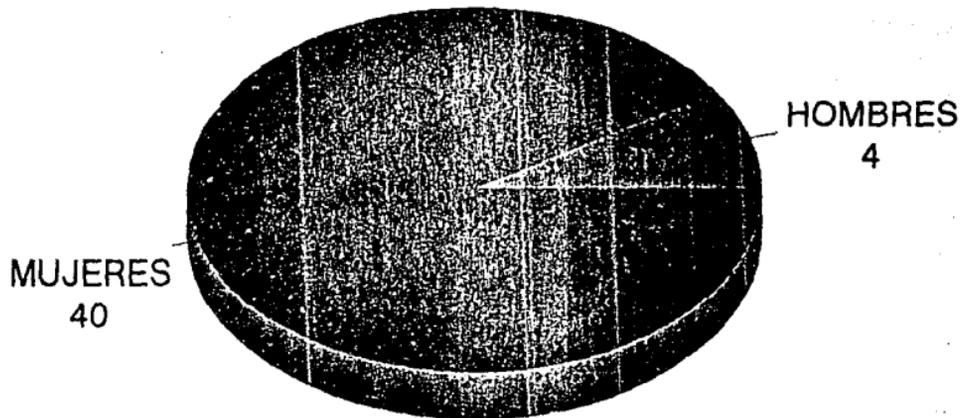
HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. HERNIA INGUINAL DIRECTA DISTRIBUCION POR SEXO.

HOMBRES
213



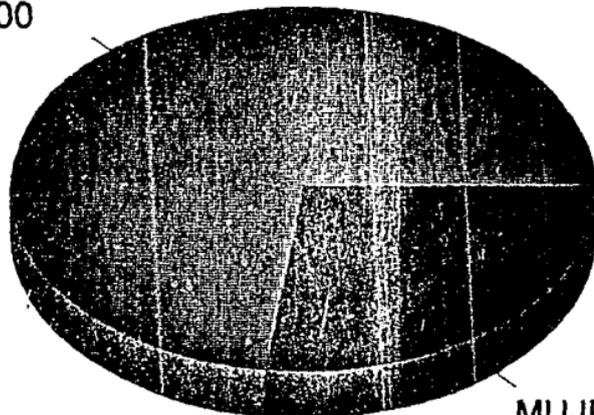
MUJERES
84

HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M.
HERNIA FEMORAL.
DISTRIBUCION POR SEXO.



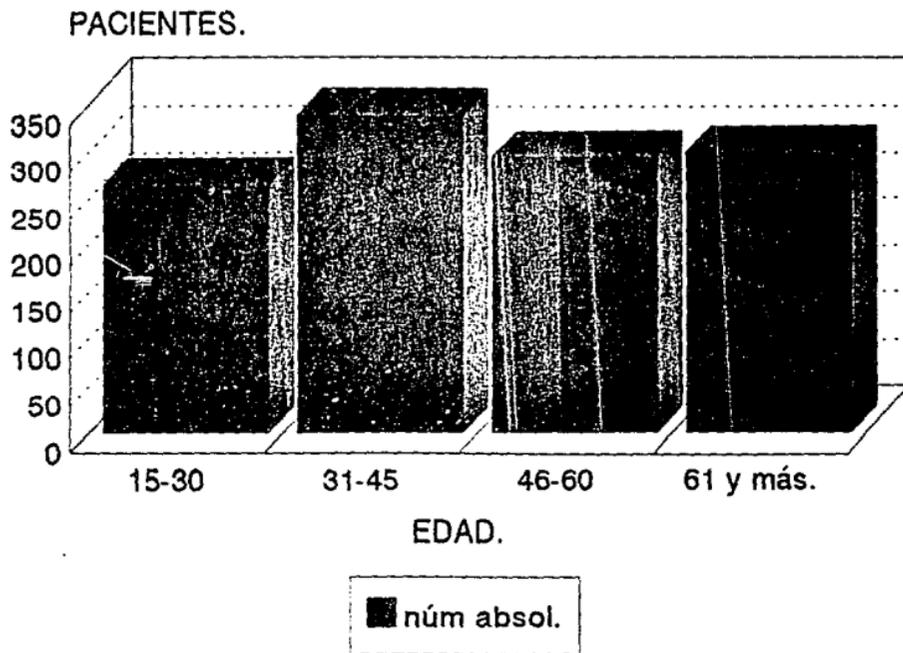
HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTES. HG.M. HERNIA INGUINAL RECIDIVANTE. DISTRIBUCION POR SEXO.

HOMBRES
100

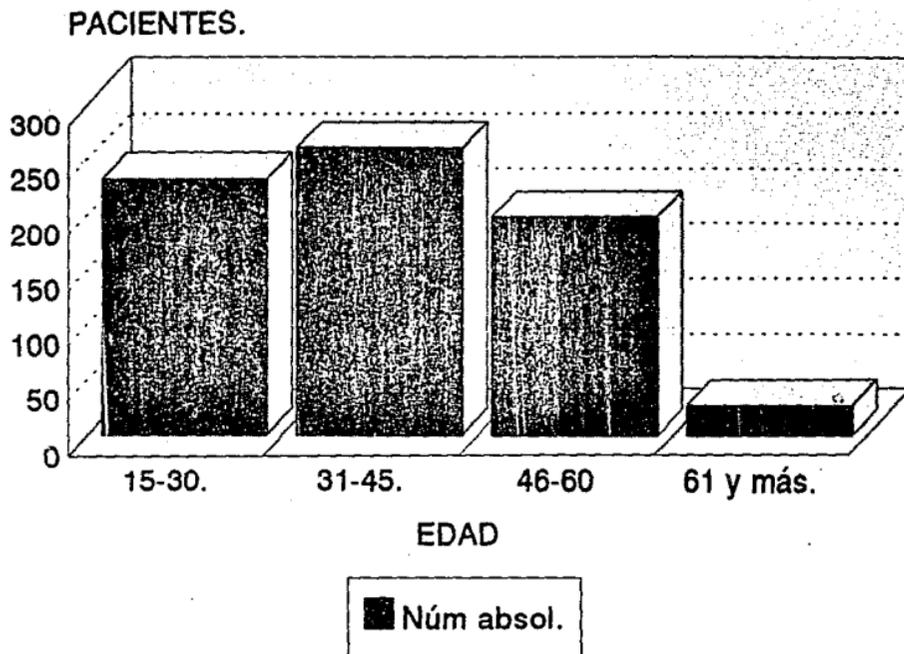


MUJERES
37

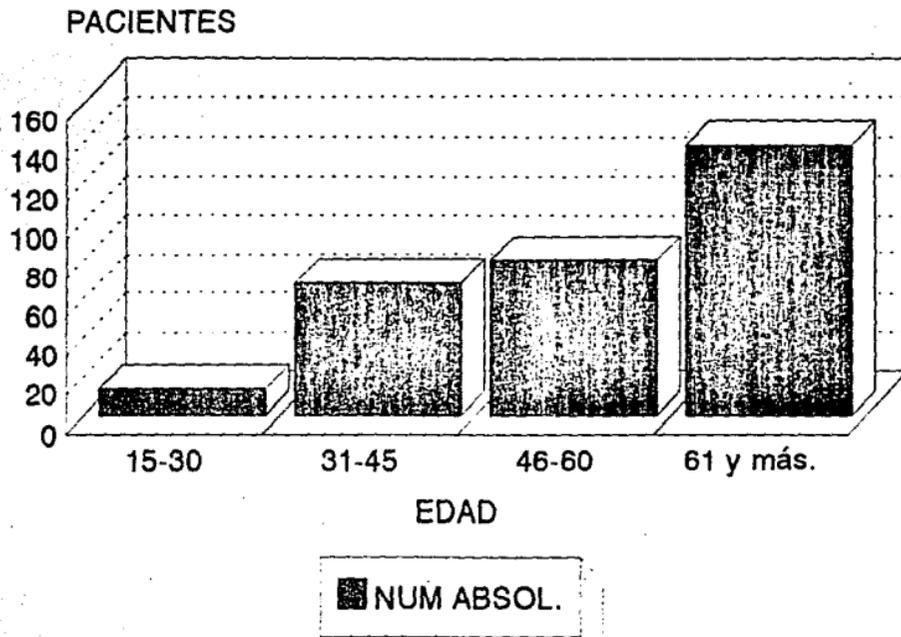
HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS HERNIAS INGUINALES.



HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. HERNIA INGUINAL INDIRECTA. DISTRIBUCION POR EDAD.

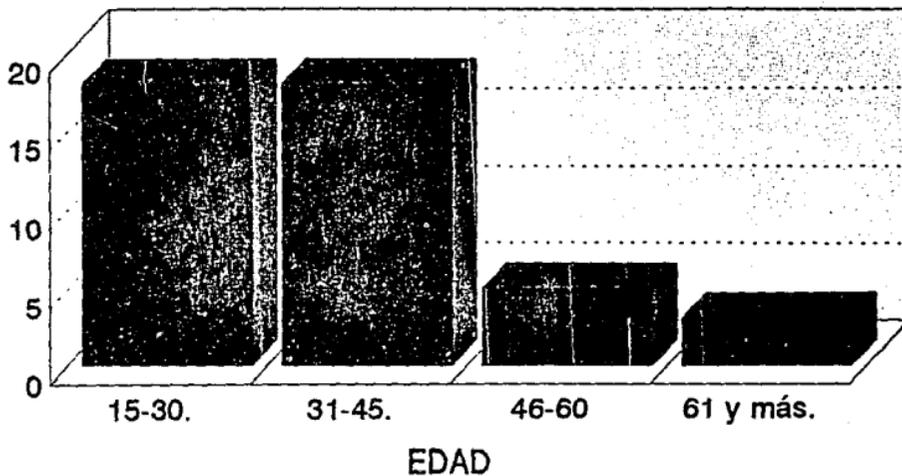


HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. HERNIA INGUINAL DIRECTA. DISTRIBUCION POR EDAD.



HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. HERNIA INGUINAL FEMORAL. DISTRIBUCION POR EDAD.

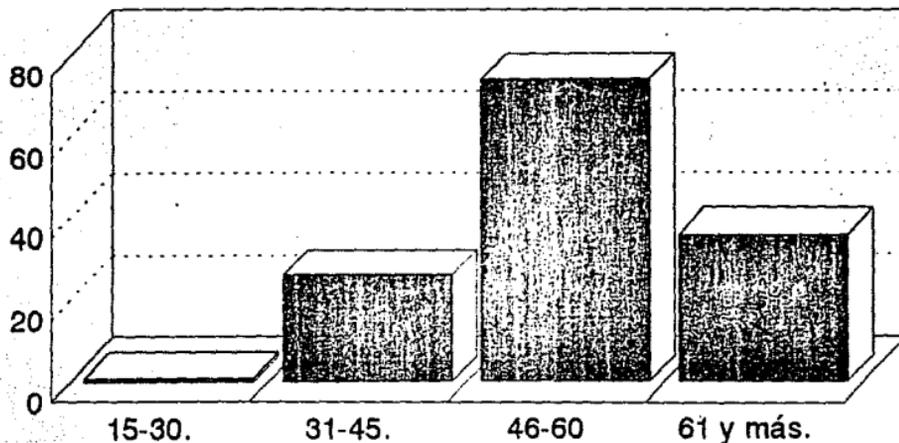
PACIENTES.



■ Núm absol.

HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE. H.G.M. HERNIA INGUINAL RECIDIVANTE DISTRIBUCION POR EDAD.

PACIENTES.

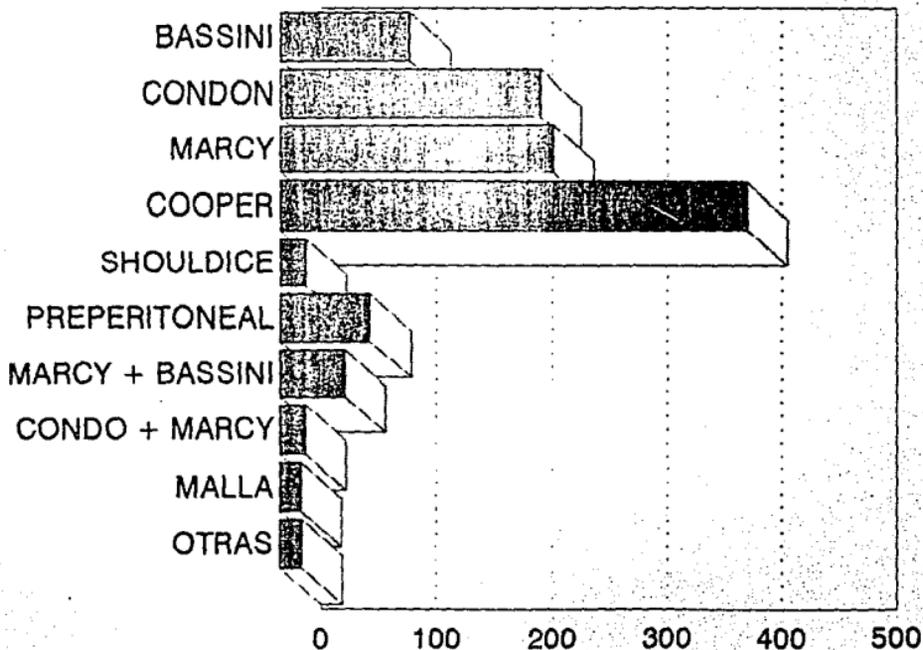


EDAD

■ Núm absol.

FALLA DE ORIGEN

HERNIA INGUINAL MAS FRECUENTE.H.G.M. PLASTIA REALIZADA.



FALLA DE ORIGEN