

11209

76
91

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Hospital General " Dr. Darío Fernández Fierro "
ISSSTE



**" HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO "**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. ABEL TORRES MARTINEZ

Asesor de Tesis
Dr. José María Zubirán Moreno



ISSSTE

MEXICO, D.F.
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. ENERO

1997



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 esta 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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

1

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

Pr.

Dr. ALFONSO III HUITRON.

ASESOR DE TESIS:


Dr. JOSE MARIA ZUBIRAN MORENO.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA:


Dr. JOSE FERNANDEZ FERNANDEZ.

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL:


Dr. JORGE DEL VILLAR BARRON.

COORDINADOR DEL SERVICIO GENERAL:


Dr. ZACARÍAS VELÁZQUEZ GUERRA.

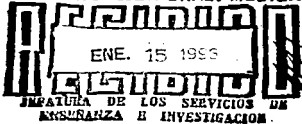


I. S. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ ENE. 12 1986 ★

Dr. Darío Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

I. S. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION GRAL. MEDICA



AGRADECIMIENTOS:

Dr. José María Zubirán Moreno.
por su apoyo, comprensión y asesoría
de mi tesis.

Dr. Alfonso III Huitrón.
por su apoyo y guía en mi desarrollo y
formación.

Dra. Marielena García Santos.
Por apoyarme y guiarme en el desarrollo
de mi tesis.

Dr. Jorge del Villar Barrón.
Por su buena predisposición y guía en
el desarrollo de mi tesis.

Dr. IREFAN RICO HORA.
Mi tutor, maestro y amigo.

Dr. José Luis Fernández Fernández.
por su buena predisposición y guía
en el desarrollo de mi tesis.

INDICE

Páginas

RESUMEN	
INTRODUCCION	
OBJETIVO GENERAL	
RESULTADOS	
COMENTARIOS O DISCUSION	
CONCLUSION	
BIBLIOGRAFIA	

ESSAY.

- 1.- The term complicated inguinal hernia includes both incarcerated and primary strangulated or secondary relapsing hernias.

- It is convenient to know the frequency, the youngest men, more years-old, the men-age, the predominance inguinal hernia, types of suture employed, complications to therefore, which would serve as parameter to be followed in the treatment in our environment.

- 2.- Design: We reviewed a 100 cases of patients who were picked randomly in a period of two years.

- 3.- Study location: Institutional Center ISSSTE, Dr Dario Fernandez Fierro General Hospital.

- 4.- Patients: A sample of one 100 Patients with the diagnosis of inguinal hernia were included in this study, no less than 14 years of age, of both sexes, giving priority to pattern of presentation, classification and type of hernia.
Patients who died during the course of the study and who had other base pathologies were excluded.

- 5.-Results:

4 of them are referred to as posteffort, and 96 are of Unknown origin.

left inguinal hernia:

origin inguinal hernia-Direct 17

origin inguinal hernia-Indirect 19

right inguinal hernia :

origin inguinal hernia - direct 28

origin inguinal hernia - indirect 26

crural inguinal hernia 5

bilateral inguinal hernia 4

right inguinal hernia plus hydrocele 1.

Types of suture employed : poliglactin 910- 29 cases, poliglicol ac. in 17; 25 were not reported, 18 with silk, polypropilene-mesh:10, polypropilene: 7 , nylon :1.

There was 1 case with an hematoma reported.

The predominance was 28% right inguinal hernia.

- 6.- conclusion: This study is important because through it we obtained specific results of this hospital that correspond to mexican patients of our environment , and allows us to compare our literature with foreign literature since there are many ethnic, nutritional and cultural differences.

this study demonstrated that the "Mc vey" technique the most was utilized in Dr Dario Fernandez Fierro General Hospital.

INTRODUCCION

La primera aparición histórica de la hernia inguinal se remonta al año 1500 a. C., cuando los antiguos griegos la inmortalizaron en mármol. El término viene del vocablo griego "hernios", vástago o yema (1) y significa tumor formado por la salida de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o accidental (2). Asimismo, los primeros informes sobre hernia inguinal complicada pertenecen a los médicos griegos de esa época ya que recomendaban la taxis para reparar la estrangulación. En el libro de Celso, se describe que la operación de la hernia solo estaba indicada cuando aparecía dolor intenso y se trataba de un joven, pero no cuando existía estructuración o grandes protrusiones. En 1363, Guy de Chauliac escribió su "Cirugía Magna" en donde señala nuevamente la taxis, pero esta vez, orientada a tratar la encarceración en posición de Trendelenburg. Posteriormente, en 1556, Franco recomienda cortar el origen de la estrangulación.

El atrapamiento de una porción intestinal en un anillo herniario es conocido como enterocela parcial y fue descrito por Richter en 1793. Otros elementos del tubo digestivo encontrados en el saco herniario son el divertículo Meckel y el apéndice.

La encarceración constituye un estado previo y esencial para la estrangulación o perforación. Scarpa en 1814, describe la hernia por deslizamiento, un tipo particular que involucra la pared de un órgano intra o extraperitoneal, la cual suele encarcerarse con cierta frecuencia.

Uno de los primeros alumnos de Joseph Lister, Marcy, en 1871; publicó un trabajo original sobre la herniorrafia antiséptica, utilizó catgut carbonizado en dos hernias directas encarceradas, disecaba el saco y sin abrirlo suturaba el anillo herniario. No abría el saco por temor a provocar peritonitis.

Por más de un siglo el tratamiento de la hernia inguinal complicada y no complicada fue insatisfactorio, hasta que Eduardo Bassini, en 1887, publicó su técnica realizada en 42 pacientes. En ese mismo año presentó un informe de 72 operaciones, y en 1888, aparece su tercer artículo. Su trabajo fue divulgado a nivel mundial en 1890 en un libro publicado en alemán sobre "El Tratamiento de la Hernia Inguinal"; 11 de las 206 operaciones fueron realizadas en pacientes con estrangulación.

Posterior a Bassini han aparecido múltiples técnicas, en dicho de que existe una técnica totalmente satisfactoria para tratar la hernia inguinal. Entre los aportadores de tales modificaciones podemos citar a Bull y Coley, Halsted, Wolfier,

La encarceración, estrangulación y perforación son tres complicaciones que pueden aparecer en cualquier paciente con hernia inguinal. Como puede observarse, ya desde la época de los antiguos griegos existe preocupación sobre este hecho. Es también evidente que tales complicaciones ocurren en pacientes operados y no operados de la región inguinal. Un ejemplo de esto último lo constituye la hernia descrita por Maydl, en 1895, en Alemania. Esta consiste en el paso de dos asas de intestino delgado, al saco herniario, de tal manera que se forma "W" invertida; la porción distal y proximal permanecen viables, pero la parte que queda en la cavidad sufre isquemia, infarto y/o perforación. Esta última es una condición que pone en peligro la vida del paciente. La hernia de Maydl es un claro ejemplo de la hernia inguinal complicada. (1, 2 y 3).

El conducto inguinal tiene 3.75 a 5.0 cm de longitud, es una abertura oblicua en la pared abdominal entre los anillos su pericial y profundo, situado un poco por arriba y paralelo al ligamento inguinal. En la parte anterior está limitado por la aponeurosis del músculo oblicuo externo en su tercio lateral - por el músculo oblicuo interno; en la posterior por aponeurosis del transverso del abdomen que se une con la fascia transversalis; en la superior por el borde inferior del músculo oblicuo menor y transverso del abdomen y su aponeurosis; en la inferior por el ligamento inguinal y lacunar.

Las capas de la pared abdominal en esta zona están constituidas por la piel, fascias subcutáneas (Camper y Scarpa), - fascia inornada de Gallaudet, aponeurosis del oblicuo mayor, cordón espermático, músculo transverso del abdomen y su aponeurosis, músculo oblicuo menor, la hoz inguinal y la zona conjunta; así como la aponeurosis del transverso del abdomen asociada con el ligamento pectíneo, la cinta iliohipica, la hoz, el cabestrillo de la fascia transversalis y el cabestrillo inguinal profundo, tejido conectivo preperitoneal y peritónico. (1,2)

El conducto inguinal contiene el cordón espermático en - el hombre y el ligamento redondo del útero en la mujer.

El primero está constituido por una matriz de tejido conjuntivo que contiene el conducto deferente, tres arterias, las venas del plexo pampiniforme y dos nervios, todos envueltos en tres capas de fascia. Las arterias son la espermática interna o testicular, rama de la aorta; la del conducto deferente, rama de la arteria vesical inferior; y la espermática izquierda o cremastérica, rama de la arteria epigástrica (1). El plexo pampiniforme está formado por diez a doce venas, las cuales a su vez forman un grupo anterior y otro posterior. Estos drenan a cuatro venas que se convierten en dos por arriba del anillo in-

terno, corren por fuera del peritoneo a cada lado de la arteria espermática antes de convertirse en una sola vena espermática. La derecha desemboca en la vena cava inferior y la izquierda en la vena renal izquierda. En este conducto también se encuentra la rama genital de nervio genito-femoral que a su vez nace de los nervios lumbares primero y tercero e inerva al músculo cremáster (3). El nervio ilioinguinal nace en la primera vértebra lumbar y surge en el anillo inguinal externo para inervar la piel de la raíz del pene y la parte posterior del escroto. Las tres fascias que rodean al conducto deferente y vasos acompañantes son: la fascia espermática externa, continuación de la aponeurosis del músculo oblicuo externo; la fascia crematérica, continuación de la aponeurosis del músculo oblicuo interno; y transversa del abdomen; y la fascia espermática izquierda, extensión de la fascia transversalis. (4,6)

Los ganglios linfáticos inguinales se dividen en inguinales superficiales, inguinales profundos y aberrantes. Los primeros son los más abundantes y se distribuyen en cinco zonas: la zona 1 o de la vena iliaca circunfleja superior; la 2 o de la vena epigástrica superficial; la 3 o de la vena safena lateral accesoria; la 4 o de la vena pudenda externa, y la 5 o central son las que menos ganglios tienen. Los inguinales profundos son dos o tres ganglios pequeños y se encuentran por debajo de la fascia lata a lo largo de la vena femoral. El mayor ganglio de Cloquet, situado en el anillo femoral, casi siempre está presente. Los ganglios aberrantes incluyen ganglios pequeños localizados en el conducto inguinal, sobre la sínfisis del pubis y sobre la base del pene. La linfa de todo el miembro inferior, la pared abdominal infraumbilical, nalgas, perine, conducto anal, pene, escroto o labios vulvares drena a los ganglios linfáticos superficiales. El drenaje del glande y del clitoris a los ganglios inguinales profundos.

Existen dos mecanismos por medio de los cuales las visceras abdominales no penetran por el anillo interno. El primero, consiste en la acción de esfínter del transversa del abdomen y del oblicuo menor a nivel del anillo profundo. Cuando se contrae aquél, desplaza hacia arriba y afuera el ligamento de la fascia transversalis, cerrando el anillo profundo alrededor del cordón espermático, al mismo tiempo desplaza hacia arriba y afuera el propio anillo contra el plano formado por el oblicuo menor. Para que pueda realizarse, es necesario que la fascia transversalis se deslice entre el oblicuo menor y mayor. Por lo tanto, cualquier procedimiento quirúrgico que fije dicha fascia a planos superficiales, suprimirá tal mecanismo. El segundo mecanismo, permite cerrar el conducto inguinal mediante la acción obturadora del arco aponeurótico del transversa del abdomen. En reposo tiene una concavidad inferior que se endereza --

y aplana al contraerse el transverso y oblicuo menor. La tensión aproxima el arco.

El mecanismo fisiopatológico mediante el cual se produce la estrangulación consiste en la interferencia del riego sanguíneo que nutre el contenido herniario a causa de la presión que se ejerce sobre los vasos a nivel del orificio herniario. Si a tal presión continúa, aparece congestión venosa, edema, trombosis de vasos, infarto y gangrena del contenido herniario. Las consecuencias no son tan graves cuando se trata de un órgano - v. gr., ovario, pero si se trata de una víscera hueca aquellas son graves. En este caso la estrangulación constituye una causa de oclusión intestinal mecánica.

En general, las hernias inguinales se clasifican en indirecta, directa interparietal, femoral y deslizante.

OBJETIVO GENERAL.

Estudio realizado a 100 pacientes en nuestro Hospital, tratando de obtener resultados en pacientes de nuestro medio, haciendo una comparación, con los resultados que se refieren en la literatura del extranjero.

- Determinar la complicación más frecuente en el postoperatorio.
- Técnica quirúrgica empleada.
- Tipo de sutura utilizada con más frecuencia.
- Grupo de edad más frecuente.
- Aparición relacionada con el esfuerzo.
- Clasificación del tipo de hernia inguinal.
- Frecuencia en relación al sexo.

RESULTADOS.

DEFINICION DE VARIABLES.

EDAD.

El enfermo de menor edad registrado fue de 18 años, de sexo masculino y el de mayor edad fue de 90 años del sexo masculino. El promedio de edad fue de 50 años tanto para el sexo masculino como femenino.

SEXO.

Del total de los casos registrados 72 casos correspondieron al sexo masculino y 28 al sexo femenino.

RESULTADOS.

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A SEXO.

De 100 casos se reportó para el sexo femenino un total -
de 28 casos y para el sexo masculino un total de 72.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE DE HERNIA IN
GUINAL.**

HERNIA INGUINAL IZQUIERDA

DIRECTA	17		
INDIRECTA	19	TOTAL	40
CRURAL	4		

HERNIA INGUINAL DERECHA

DIRECTA	28		
INDIRECTA	26	TOTAL	54

HERNIA INGUINAL BILATERAL

			4
HERNIA INGUINAL DERECHA MAS HIDROCELE		TOTAL	6
HERNIA CRURAL DERECHA			1

SERIE 100

RELACION DE LA TECNICA EMPLEADA DE LOS PA-
CIENTES EN ESTUDIO.

TECNICA	
MC VAY -----	52
MALLA -----	10
INTRAABDOMINAL -----	1
HADEN -----	1
MARCY -----	1
BASSINI -----	1
SHOULDICE -----	1

SERIE 100

SUTURA EMPLEADA.

La sutura más empleada fue Poliglactin 910 con un 29% , seguida de Ac. Poliglicólico con un 17%.

Poliglactin 910	29
Ac. Poliglicólico	17
Seda	11
No se describe	25
Malla	10
Polipropileno	7
Nylon	1

-- 17

SERIE 100

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR GRUPO DE EDAD.

El promedio de edad de los enfermos de este estudio, es de 50 años. El grupo de edad de mayor número de enfermos fue de 51 a 70 años con 44 casos, que corresponden al 44.2%. 96% causa desconocida 4 post esfuerzo (en relación a la etiología).

GRUPO DE EDAD	ENFERMOS	PORCENTAJE
14 -- 29	3	3%
30 -- 50	37	37%
51 -- 70	44	44%
71 -- o más	16	16%

· COMPLICACION POSTOPERATORIA

- Se registró una complicación postoperatoria inmediata. Un caso con formación de un hematoma.

	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
HENATOMA	1	1%

-COMENTARIOS.

- De los 100 casos predominan las hernias inguinales en el sexo masculino.
- La técnica quirúrgica Mc Vay es el procedimiento quirúrgico más empleado en los 100 pacientes de este estudio en nuestro Hospital.
- El poliglactin 910 fue el elemento de sutura más utilizado en los 100 casos de pacientes operados de nuestro hospital.
- De los pacientes que se intervienen con colocación de malla se debe tener en cuenta que tiene una buena eficacia, como lo describe la literatura en los pacientes que fueron operados con esta técnica.
- El procedimiento "Hernioplastia inguinal", son procedimientos que se deben realizar de una manera genérica como "Cirugía de Corta Estancia", lo cual nos disminuye notablemente los costos y recuperación temprana.

CONCLUSION.

- Los enfermos con menor y mayor edad en nuestra serie - 18 años y 90 respectivamente.
- Con predominio del sexo masculino.
- La técnica "Mc VAY" en estos 100 casos fue la más utilizada en nuestro Hospital.

- La sutura más empleada fue el poliglectil. 910 en nuestro Hospital.
- La complicación más frecuente encontrada en nuestra serie es el hematoma.
- La técnica de malla encontramos 10 años en nuestra serie debemos tomar en cuenta que es una buena opción esta técnica como lo describe la literatura.
- En el futuro se podrá determinar en forma comparativa resultados y eficacia complicaciones riesgo beneficio con las técnicas descritas de la paroscopia.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- ROMERO TR: TRATADO DE CIRUGIA TOMO I, CAP 22 EDIT INTERAMERICANA 1985
PAG 1227 a 1308.
- 2.- HERNIAS CLINICAS QUIRURGICA DE NORTEAMERICA VOL II 1984 PAG 175
ATA 229 EDIT INTERAMERICANA.
- 3.- NYHUS MLL; BAKER JR, EL DOMINIO DE LA CIRUGIA TOMO II, CAP IV CIRUGIA DE L
LAS HERNIAS EDIT PANAMERICANA 1986.
- 4).- SCHWARTZ SI ; PATOLOGIA QUIRURGICA, TOMO II CAP 36 HERNIAS DE LA PARED ABDO
MINAL PAG 1589 a 1606 EDIT PENSIA MEDICA 1986.
- 5.- MAY DX Y TRATAMIENTO QUIRURGICOS CAPITULO 34 PAG 624 a 635
EDIT MANUAL MODERNO 6 EDICION 1989.
- 6.- SABISTON PRINCIPIOS DE CIRUGIA CAPITULO 32 PAG 645 A 667 EDIT . INTERAM
ERICANA MC GRAW HILL 1990.
- 7.- COMMUNITY SURVEILLANCE OF COMPLICATIONS AFTER HERNIA SURGERY IAN BAILEY
-SUSAN E KARPAN KIM TOYN, PATRICIA BRUGH, CHARLES RSHA WOLDO
SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH WALES.
a.- NCRUSEN AN SCOTLAN MARKICFOR PATIENTS 1989.
b.- RUCK N DEVIN H3 LUNN THE REPORT OF CONFIDENTIAL SURVEY INTO PERIOPERATT
VE DEATHS LONDON RUPFIELD FR VINCI I. HOSPITAL TRUSTAN THEKINI FUND 1987.
BMJ VOLUME '04 22 FEBRUARY 1992.
- 8.- ROBERT J FITZ GIBBONS Jr. MD FACS GIOVANNA.
LAPAROSCOPIC INTRAPERITONEAL ONLAY MESH TECHNIQUE FOR THE REPAIR OF AN INDIR
RECTA INGUINAL HERNIA.
ANNALS OF SURGERY VOL 279 No 2, 144-156
1994.
- 9.- MOIENS ROERBAEK -MADERN
HERNIORHAFY IN PATIENTS AGED 60 YEARS OR MORE.
SUR J. SURT. 158: 591-594
1992.
- 10.- EDITORIAL (FRANCIS E BARNES MP FACS MD UNIV US CHIC).
EFFECTIVENESS OF THE "MESH PLUG". TECHNIQUE.
SURGERY 1994- 116 : 596.
1994.

11.- ARTHUR I. GILBERT MD FACS. MIAMI FLORIDA. (SUTURELESS REPAIR OF -
INGUINAL HERNIA).

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY.

VOLUME 163. MARCH 1992: 381.