



59
11209
2ej.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ"
SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

HERNIAS INGUINALES

EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN

LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. GERARDO GABRIEL MINAURO MUÑOZ

269582

ASESOR: DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNANDEZ.

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

Doctor

NIELS H. WACHER RODARTE

Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda Gutiérrez".
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Doctor

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

Titular del Curso
Jefe del Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Doctor

PATRICIO ROGELIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"
Centro Médico Nacional Siglo XXI



ANTECEDENTES

La multiplicidad en el manejo de las hernias inguinales sólo pone de manifiesto el reto que aún constituye esta patología a la que con sobrada frecuencia se menosprecia (1). Es quizá este hecho el que explica las complicaciones reportadas, y de ellas con más frecuencia la recurrencia de hasta 10 al 20 %. Por otra parte las variables personales en cada una de las técnicas y la corta duración de su vigilancia contribuyen a este hecho (6).

En la actualidad se trata del procedimiento que con más frecuencia realizan cirujanos en E.E.U.U, México y gran parte del mundo, teniendo además un impacto social y económico enorme, como ejemplo, de las 700 mil plastías inguinales realizadas en E.E.U.U. en un año, 50 a 100 mil de ellas son por hernias recurrentes (1).

Los excelentes resultados reportados en varias series con diferentes técnicas que llegan a ser tan bajas como del 1 al 2% hablando específicamente de recurrencias, desafortunadamente no son universales, y aún se observan inaceptables índices de recurrencia dentro de los primeros 10 años después de la cirugía (6). En la Shouldice clinic se reporta un

descenso en el porcentaje de recidivas del 19.8 % en 1945 a 1.5 % en 1952, y con el advenimiento de técnicas usando material protésico esta cifra no rebasa el 0.7 % (2). Por otra parte cabe mencionar que si bien el mayor número de recurrencias ocurre dentro de los dos primeros años después de la cirugía, un menor porcentaje puede hacerlo a los 5, e incluso 10 y 20 años después (2, 6).

Se han descrito varias complicaciones en el manejo de las hernias inguinales, entre ellas se encuentra la neuralgia, secundaria a formación de neuromas, compresión, estiramiento, contusión, machacamiento o daño eléctrico de los nervios ilioinguinal mismo que sigue el trayecto del cordón espermático en la cara ventral del cremáster el génitofemoral que tiene dos ramas, una genital que cursa entre las fibras del cremáster, y otra que acompaña al conducto deferente, y otros de menor magnitud.

Se trata de una complicación poco frecuente, en 1993 Wantz reportó una incidencia de 4 casos en 5882 plastías inguinales.

El dolor y las alteraciones sensitivas pueden llegar a ser incapacitante incluso pueden requerir de una nueva intervención para su tratamiento (7, 8).

Otra complicación poco frecuente pero con consecuencias desastrosas es la atrofia testicular secundaria a isquémia, y se asocia a ligadura,

compresión o daño del plexo venoso testicular lo cual lleva a congestión y posteriormente y casi siempre en forma asintomática sobreviene la retracción del testículo hacia el escroto y el acortamiento del cordón, es poco probable detectar este problema en forma temprana y puede retardarse el diagnóstico hasta un año

No se ha asociado este problema a malignización del testículo ni a esterilidad, pero si se aprecian disturbios emocionales en los pacientes a pesar de que se ha resuelto el defecto herniario.

No hay un tratamiento médico adecuado para el manejo de la orquitis isquémica (1).

Quizá la complicación mas frecuente en el manejo de las hernias inguinales

es la recurrencia, lo cual aumenta con el número de intentos previos para repararlas debido a la pérdida de tejidos, friabilidad y retracción cicatrizal. En el Hospital Shouldice se comunicó una recidiva de 2.3 % para las hernias operadas por primera vez y de 11.4 a las operadas por tercera ocasión.

Al parecer la mejor manera de reducir esta frecuencia es con el uso de material protésico para la reparación de las hernias inguinales (6, 10, 11, 11, y 13).

Sin embargo el Dr. Robb H. Rutledge del Harris Methodist Forth Worth Hospital en Texas considera que los buenos resultados en el tratamiento de la recurrencia se pueden atribuir al cierre del orificio miopectíneo y no únicamente al uso de las mallas con vía de acceso posterior como refuerzo. Refiere el mismo que su tasa de recurrencia disminuyó del 2 % al 0.13 % si se omitía el trasplante del cordón al lecho subcutáneo usando la plastia de Mc Vay (3).

El Dr. Nyhus por su parte reporta una recurrencia del 2% usando malla de polipropileno para el refuerzo por detrás del defecto herniario con acceso retroperitoneal mientras que es del 3 al 6 % con técnica de Condon sin prótesis (4).

Por otra parte Rutkov en el Hernia Center de New Jersey refiere una recurrencia del 0.5 % usando el taponamiento del defecto herniario con malla en forma de cono incluyendo a las hernias recurrentes y con una tasa de complicaciones de solo el 1 % (14).

Las causas que se han identificado en la recidiva de hernias inguinales deben ser estudiadas tomando en cuenta el momento de su reaparición, de tal forma que se obtienen dos grupos :

1) Las que recidivan antes de los dos años después de la cirugía mismas que se pueden atribuir a defectos en la técnica quirúrgica y en las que se

incluyen tensión en la línea de sutura principalmente, defectos en el material utilizado, variaciones en las técnicas establecidas etc.

2) Las que recurren después de dos años después de la cirugía y que se pueden atribuir a trastornos metabólicos de la colágena principalmente de la fascia transversalis (5).

De acuerdo a Lichtenstein nunca debe dependerse de la fascia transversalis para corregir una hernia debido a la poca cantidad de fibras aponeuróticas del tendón suprayacente, además de que el corte y la ligadura del saco pueden ser causa de molestias para el enfermo el en postoperatorio. Además cualquier reparación usando tejidos nativos propios del paciente predispone a tensión en la plastia, factor que se considera como el más preponderante en la recidiva temprana de las hernias (5).

Tomando en cuenta todo lo anterior se pueden establecer de forma arbitraria 5 premisas para disminuir el riesgo de recurrencia de una hernia inguinal (5, 6, 10, 12).

1. No depender de estructuras faciales para cerrar o reforzar el defecto.
2. Debe reforzarse todo el piso y no solo cerrar el defecto ya que las hernias directas e indirectas son producidas finalmente por alteraciones en la fascia transversalis.

3. Evitar la tensión en la línea de sutura
4. No depender para la reparación de tejido cicatrizal o devascularizado (hablando en especial de hernias recurrentes)
5. Efectuar un refuerzo permanente como el logrado con el uso de material protésico.

Con respecto al tratamiento de las hernias inguinales se comentaba al inicio la diversidad tan grande de técnicas desarrolladas, en 1988 Bendavid cita 81 técnicas para la reparación de defectos en el canal inguinal y 79 para el canal femoral descritas en la literatura desde el año de 1890 en el que Basinni elabora su artículo clásico describiendo su técnica para la reparación de hernias inguinales (15, 16).

Las cuatro técnicas quirúrgicas para corregir defectos en región inguinal mas comúnmente utilizadas en E.E.U.U. y probablemente en México son las descritas por Lotheissen , Mc Vay, Basinni, Merci y Shouldice. Evidentemente hay un gran número de diferentes técnicas además de estas pero son a las que con más frecuencia recurren los cirujanos generales (1, 6).

La primera de ellas afronta el ligamento de Cooper al área conjunta o arco aponeurótico del musculo transverso, tomando como límite externo los vasos iliacos. La segunda afronta igualmente el área conjunta

con el ligamento de Poupart o inguinal llegando también lateralmente hasta los vasos iliacos. La de Merci es la ligadura alta del saco herniario y el cierre primario del defecto con uno o dos puntos de sutura y por último la técnica de Shouldice consiste en la apertura de la fascia transversalis (piso del canal inguinal) y su cierre en tres o 4 planos de sutura superpuestos.

Por otra parte Lichtenstein ha enfatizado el uso de material protésico en forma de mallas colocadas como parche o como tapón evitando así la tensión en la plastia de la región inguinal (6, 17, 18).

El uso de tapón en forma cilíndrica fue preconizado inicialmente por Lichtenstein y Shore en 1974 (1) solo para tratar las hernias recidivantes o crurales, sin embargo Gilbert empezó a usar la malla en forma de cono reparando defectos indirectos y en la actualidad se acepta su uso en prácticamente todo tipo de defectos directos, indirectos, en pantalón, primarias y recurrentes, con baja tasa de recurrencia (1 %) y poca morbilidad (1).

En esta modalidad no se requiere resección del saco herniario, solo se diseca y se reduce e incluso no es necesario fijar la malla con puntos de sutura (9).

Otra técnica ahora muy popularizada es la colocación de mallas en forma de parche, al igual que la anterior solo se reduce el saco a la cavidad abdominal sin reseca y se fija la malla en sentido medial a la vaina del músculo recto del abdomen, a la aponeurosis del oblicuo interno o el músculo por arriba y al ligamento inguinal por debajo y rodeando suavemente al cordón espermático formando y entrecruzando dos colas formadas con la malla ; A esta se le ha denominado técnica de Lichtenstein (1, 6, 19).

Otros autores como Nyhus y Stoppa insisten en el uso de grandes mallas colocadas por vía preperitoneal apuntando que la prótesis se mantendrá en su lugar por la presión intrabdominal lo cual la protege de una posición mas vulnerable como la subcutánea y por otra parte permite la reparación de hernias bilaterales y puede así mismo cubrir completamente el orificio miopectíneo sin usar ningún tipo de sutura (6, 19, 20).

El advenimiento de la laparoscopia ha abarcado también el manejo de las hernias inguinales y utilizando esta técnica se han descrito tres abordajes diferentes, la colocación de malla preperitoneal con abordaje transabdominal, el intraperitoneal y el totalmente extraperitoneal. En 1995 Fitzgibbons y colaboradores reportaron su experiencia en 19

instituciones con 869 hernias operadas en 686 pacientes usando esta modalidad reportándose una recurrencia de hasta 4.5%. Concluyeron que se trata de un tipo de abordaje diferente y útil en el manejo de esta patología, con pocas complicaciones y con mejor visualización de la anatomía de la región y por lo tanto del defecto a reparar (1, 6, 11, 12, 13).

El uso del laparoscópio para el manejo de las hernias inguinales va en aumento y cada vez se publican mas variables en las técnicas y experiencias de los diferentes grupos, a este respecto, sin embargo sigue siendo prematuro arrojar conclusiones sobre ello.

El material biosintético ideal debe tener 4 características esenciales :
1) ser inerte, 2 ser monofilamento (muy resistente a la infección y no contener poros menores de 10 micras de diámetro, 3) estimular la fibroplasia (crecimiento de fibroblastos a través de los intersticios de la redecilla, con lo que permite el depósito de una capa muy fuerte de colágena y 4) fijarse con rapidez en su sitio por la acción del pegamento de fibrina del huésped. Hasta el momento solo las redecillas de polipropileno (Marlex) han satisfecho todos estos requerimientos, el mersilene no es monofilamento y no estimula la fibroplasia intensa y de manera semejante la redecilla de Gore-Tex contiene un número infinito

de poros y surcos de mas de 10 micras en las cuales pueden alojarse y desarrollarse las bacterias.

Por estas razones es la malla de polipropileno la mas usada por la mayor parte de los autores sin embargo continua la investigación de nuevos materiales para la reparación de defectos de la pared abdominal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Que procedimientos quirúrgicos fueron utilizados en el manejo de las hernias inguinales en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

OBJETIVOS

1. Identificar que técnicas quirúrgicas se utilizaron en el manejo de las hernias inguinales en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Longitudinal, retrospectivo, observacional y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de ambos sexos adultos de mas de 18 años intervenidos quirúrgicamente de realización de plastia inguinal en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades del Centro Médico nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido entre enero de 1993 y febrero de 1998.

VARIABLES

Dependiente : manejo quirúrgico aplicado a las hernias inguinales

Independiente : tipo de hernia (directa, indirecta, en pantalón, recurrente y crural).

Confusión : edad, sexo, enfermedades previas, motivo de intervención quirúrgica , tiempo de estancia hospitalaria.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Inclusión :** Pacientes de ambos sexos, adultos, operados de plastia inguinal en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI
- No inclusión :** Pacientes embarazadas, menores de 18 años
- Exclusión :** Pacientes que hallan fallecido por causas no relacionadas al procedimiento quirúrgico de la hernia inguinal .

PROCEDIMIENTO

Se revisaron los expedientes de los pacientes operados de plastia inguinal de ambos sexos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico nacional Siglo XXI en el periodo comprendido entre enero de 1993 y febrero de 1998. Se verifica que los pacientes elegidos cumplan con los criterios de selección previamente mencionados.

Los datos obtenidos de cada paciente se vaciaron en una hoja de recolección de datos (apéndice 1) elaborada previamente. Posteriormente se elaboraran tablas, gráficas con proporciones y

frecuencias correspondientes. Se analizara cada una de ellas y se discutirán obteniéndose al final las conclusiones correspondientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por ser un estudio de tipo retrospectivo no se requiere la autorización por escrito de los pacientes seleccionados.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

- Humano : Personal de médicos adscritos y residentes del servicio
- Material : Expedientes clínicos localizados en el archivo propio del servicio y posteriormente los del archivo general del Hospital
- Financiero ; No requiere.

RESULTADOS

Se reviso una serie de 131 pacientes operados de plastia inguinal en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero de 1993 y febrero de 1998 excluyéndose del estudio a 4 por no cumplir con los criterios de selección, obteniéndose finalmente 127 pacientes, en quienes se operaron un total de 141 hernias inguinales (se incluyen las bilaterales).

Fueron 103 hombres y 34 mujeres con una proporción de 4.3 :1 y un promedio de edad de 57.4 años y un rango de 18 a 93, moda de 65 y mediana de 62 años (gráfica 1).

Las enfermedades asociadas encontradas fueron en orden decreciente como sigue: Cirugías previas para reparación de hernias inguinales, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías (hipertensiva, aterosclerosa, isquémica), síntomas de prostatismo (por hipertrofia benigna o cáncer), Diabetes Mellitus II, Cirrosis hepática (por alcoholismo o hepatitis C), EPOC, Insuficiencia renal crónica y alteraciones de la coagulación de etiología desconocida (tabla 1).

De acuerdo al tipo de hernia tomando en cuenta el defecto en el canal inguinal fueron mas frecuentes las directas, seguidas de indirectas,

recurrentes, en pantalón y por último crurales. Y el lado más afectado fue el derecho con un 60.28 % y el izquierdo 39.72 %. (gráficas 2 y 3).

Del total de las hernias operadas 93.62% se operaron en forma electiva y 6.38% requirieron procedimiento de urgencia por encarcelamiento o estrangulamiento del saco herniario, así mismo 6.38% de ellas se operaron con anestesia general y el resto con anestesia regional, ninguna con local (gráfica 4).

Las complicaciones que se encontraron asociadas al procedimiento quirúrgico realizado en nuestra unidad se observaron 4 casos de hematoma en lecho quirúrgico (2 de ellos asociados a alteraciones de la coagulación y de estos uno era cirrótico y otro mas con alteraciones en factores de etiología no determinada). Solo dos presentaron dolor postquirúrgico intenso que cedió solo con manejo médico, y dos de ellos con edema escrotal importante que no ameritó cirugía, solo aplicación de hielo local. Un caso de infección manejado intrahospitalariamente con curaciones y antibióticos por 27 días y un caso de ileo postquirúrgico (tabla 2 , gráfica 5).

El total de hernias recidivantes operadas en el hospital fue de 21.98% en el periodo estudiado, de los cuales solo dos fueron operadas previamente en el servicio , 22 de estas fueron operadas de su primera

recurrencia (70.96%), 6 de segunda recurrencia (19.35%), y 3 de tercera recurrencia (9.67%), De las operadas previamente en la unidad una recidiva antes de los dos años y la otra a los 10 años de operada. La incidencia de hernias recurrentes operadas en el servicio es de 22%, (tabla3, gráfica 6).

De acuerdo al tiempo de evolución se encontró que los pacientes habían sido portadores de esta patología por tiempos que variaron desde menos de un año hasta 30 años con un promedio de 3.3 años.

Las técnicas mas utilizadas se muestran en la gráfica 7 en la que se observa que la mas usada en nuestro servicio ha sido la McVay con 65 pacientes (46.09%), le siguen las técnicas de Lichtenstein con 32 (22.7%), Gilbert y Shouldice con 13 casos cada una (9.21%) Basinni, Condon y Stoppa con 4 casos cada una (2.83%) Nyhus, Madden y Merci con 3, 2,. Y 1 respectivamente (2.12 %, 1.41%, y 0.7%)

Tabla I

ANTECEDENTES PATOLOGICOS ASOCIADOS

H T A S	2 4
C A R D I O P A T I A	2 3
P R O S T A T I S M O	1 5
D M I I	1 1
C I R R O S I S	6
E P O C	2
I R C	2
C O A G U L O P A T I A S	1
H E R N I O P L A S T I A S	4 0
P R E V I A S	

Tabla 2

COMPLICACIONES EN PLASTIAS INGUINALES OPERADAS
EN LA UNIDAD

H E M A T O M A	3
D O L O R	2
E D E M A E S C R O T A L	2
I N F E C C I O N D E	1
H E R I D A Q U I R U R G I C A	
I L E O	1
P O S T Q U I R U R G I C O	

Gráfica 1

DISTRIBUCION DE ACUERDO A SEXO

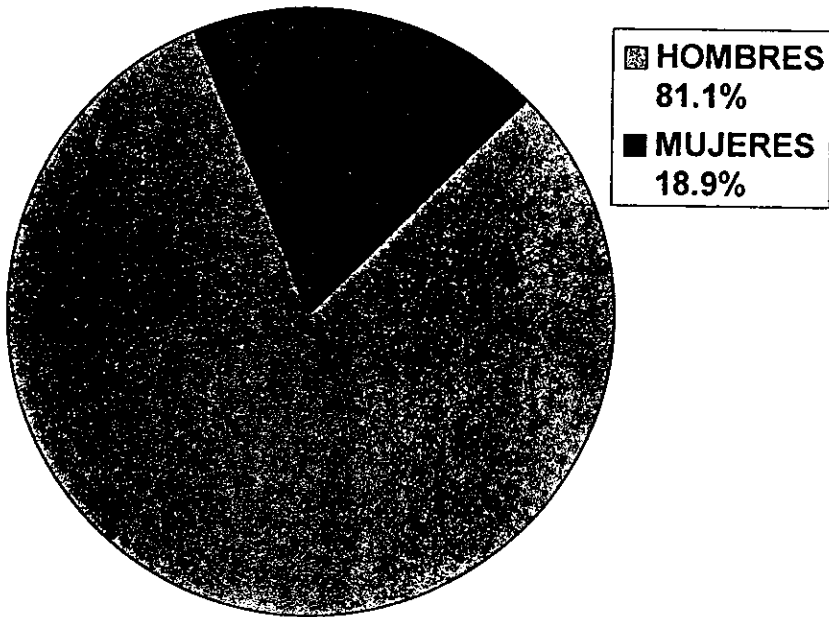


Tabla 3

DISTRIBUCION EN NUMERO Y PORCENTAJE DEL TOTAL DE RECURRENCIAS

1a VEZ	2a VEZ	3a VEZ	TOTAL
22 (70.96%)	6 (19.35%)	3 (9.67%)	31(100%)

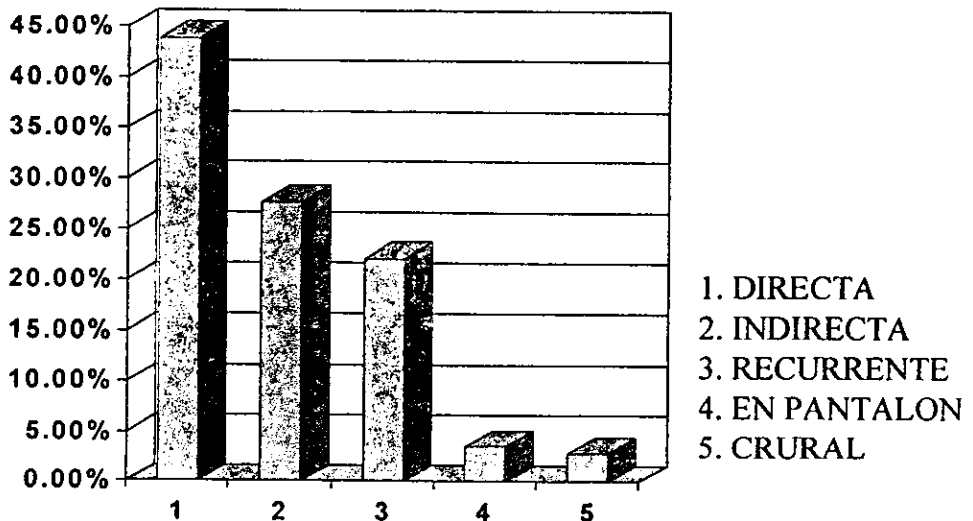
Gráfica 2

LADO AFECTADO



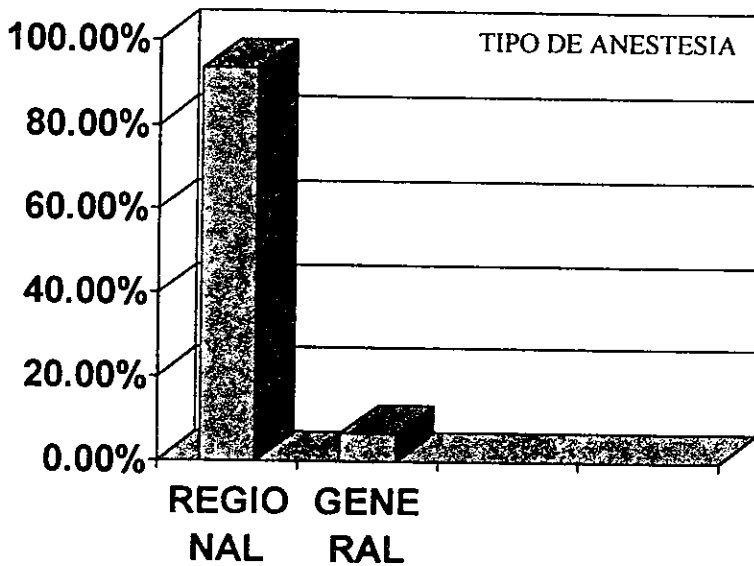
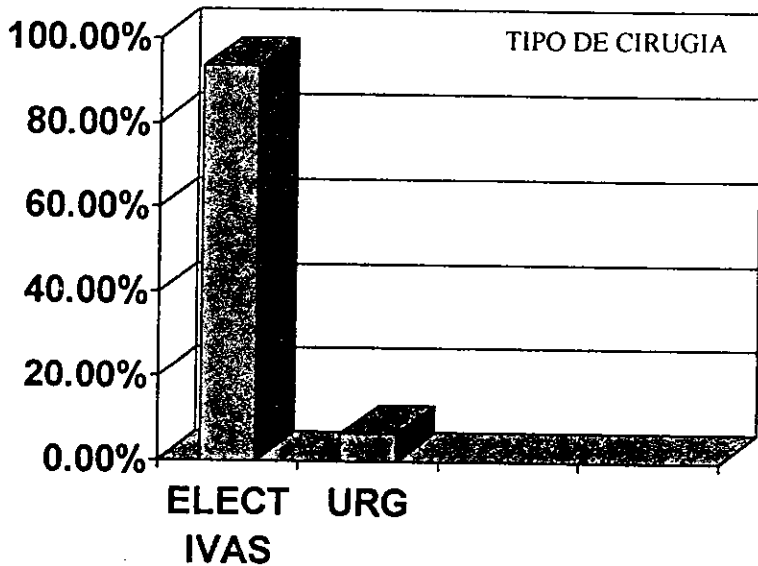
Gráfica 3

TIPO DE HERNIA EN REGION INGUINAL



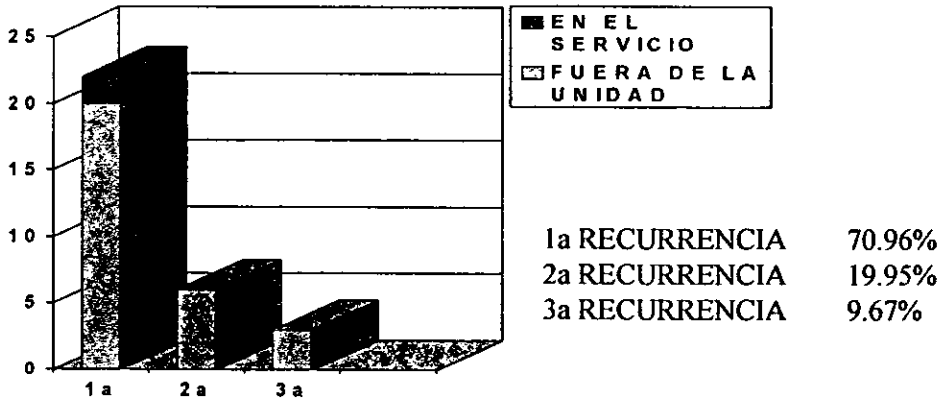
Gráfica 4

TIPOS DE CIRUGIA Y ANESTECIA REQUERIDAS



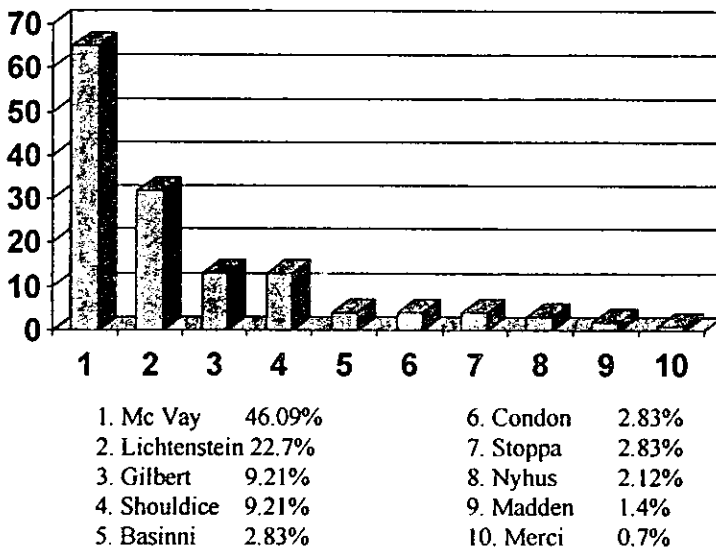
Gráfica 6

NUMERO Y PORCENTAJE DE HERNIAS
RECURRENTES DE ACUERDO AL SITIO DE
CIRUGIA Y EL NUMERO DE INTERVENCIONES
PREVIAS



Gráfica 7

TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS EN EL MANEJO DE
HERNIAS INGUINALES EN EL HE CMN SXXI



DISCUSION

El número de plastías inguinales realizadas en nuestro hospital comparativamente con el que se lleva a cabo en unidades de segundo nivel de nuestro país es mucho menor , y más aún si se compara con el numero de cirugías realizadas para este fin en unidades especializadas en el tratamiento de esta patología en diferentes ciudades del mundo. Esto se puede atribuir primordialmente a que nuestro país esta enfermedad es considerada como del segundo nivel de atención y casi la totalidad de nuestros pacientes son referidos de otras unidades por enfermedades asociadas que hacen riesgosa su intervención quirúrgica o bien son canalizados de los diferentes servicios de nuestro hospital donde reciben atención por enfermedades que requieren manejo mas especializado, otros mas aunque en menor número llegan de primera intención al servicio requiriendo manejo de urgencia por encarcelamiento o estrangulamiento del saco herniario. Nuestra casuística en poco mas de 5 años es de 141 hernias operadas en 127 pacientes, como ya se ha referido en muchas series se trata de una patología mucho mas frecuente en el sexo masculino y se confirma con una proporción de 4.3 hombres por cada mujer afectada. Cabe mencionar que al igual que en la

literatura la hernia crural se presentó en su totalidad en el sexo femenino.

En las estadísticas de E.E.U.U. se reporta que el grupo de edad mas afectado es entre los 45 y 64 años, en nuestra serie se observa un promedio de edad semejante.

La hernia directa fue mayor que la indirecta , seguida de la recurrente, en pantalón y por último la de tipo crural.

La mayoría de los procedimientos para reparación de hernia inguinales fue en forma electiva siendo muy pocos los casos de cirugía de urgencia y esto nuevamente puede atribuirse al hecho de que no es un problema frecuente en unidades de tercer nivel de nuestra institución.

A diferencia de centros especializados en el manejo de hernias en donde la mayor parte de estas cirugías ahora se hace en forma ambulatoria y bajo anestesia local, en nuestro hospital se realizan casi todos bajo anestesia regional y algunos, muy pocos con anestesia general

debido a las condiciones del paciente. Por otra parte el tiempo de estancia hospitalaria sigue siendo alto ya que se refiere en otras instituciones se egresa en la mayoría de los casos en mismo día que se opera. Los tipos de anestesia y el tiempo de estancia hospitalaria se

deben muy probablemente al tipo de pacientes que se manejan con enfermedades asociadas que dificultan su manejo con anestesia local y su egreso en poco tiempo .

La recidiva es con mucho en todas las series la complicación mas frecuente , las recidivas en nuestro hospital tienen un porcentaje muy similar al de otras instituciones que se reportan del 10 al 20%. La mayor parte de las de esta serie fueron operadas fuera de la unidad y referidas ya sea para manejo especializado de la recidiva o bien en la mayoría de los casos por enfermedades que hacen a los pacientes meritorios de tercer nivel.

De las operadas en el hospital solo hubo dos recidivas con una trasa de 1.41% lo cual es aceptable si se le compara con centros especializados como la Shouldice Clinic, y uno de los casos puede haber recurrido por alteraciones en el metabolismo de la colágena ya que la recurrencia ocurrió a los 10 años.

El numero de complicaciones en nuestra serie es bajo como se puede observar en la tabla 2, y solo en una ocasión se requirió de manejo quirúrgico para resolverla por hematomas.

No se documentaron casos de atrofia testicular y solo uno de neuralgia que se operó fuera de nuestro servicio. El seguimiento de los pacientes en general no es de mas de un mes.

CONCLUSIONES

La técnica mas utilizada fue la McVay y le siguen las de Lichtenstein y la de Gilbert mismas que en los últimos dos años se usan con mas frecuencia con lo que ha sido posible observar una estancia hospitalaria mas corta.

Se requiere la realización de estudios aleatorios y prospectivos y comparativos usando de ser posible un menor numero de técnicas y homogeneizar los criterios en sus indicaciones evitando al máximo las variaciones personales.

Por último cabe mencionar que en el servicio se están realizando plastías inguinales con abordaje laparoscópico por vía preperitoneal y preperitoneal transabdominal con buenos resultados pero son muy escasos los casos para hacer un análisis

APENDICE 1

Hoja de recolección datos

1 Nombre _____

2 Edad _____ 3 Sexo _____ 4 No de Filiación _____

5 Antecedentes

DM II _____ CARDIOPATIAS _____

HTAS _____ CIRROSIS _____

EPOC _____ PROSTATISMO _____

IRC _____ PLASTIAS PREVIAS _____

6 Tipo de hernia

directa _____ indirecta _____ derecha _____ izquierda _____

7 ¿Recidivante ? si _____ no _____

8 Anestesia General _____ Regional _____ Local _____

9 Cirugía Urgencia _____ Electiva _____

10 ¿Cual técnica se uso ? _____

11 Complicaciones _____

12 Tiempo de estancia hospitalaria _____ días.

BIBLIOGRAFIA

- 1 The Surg. Clin. North. Am. Hernia Surgery vol 73 No 3 U.S.A
- 2 Bendavid et al. The Shouldice method of inguinal Herniorrhaphy In Nyhus L.M Baker RJ . Mastery of Surgery , de. 2. Boston 1992 pp 1584-93.
- 3 Rutledge et al. Copper's ligament repair : A 25 year experience with single technique for all groin hernias in adults . Surgery 103 :1 1988
- 4 Nyhus LM et al. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia : The evolution of a technique. Ann Surg 208 :773 1988
- 5 Lichtenstein et al. The tension free hernioplasty . Am J Surg 157 :188, 1989 .
- 6 McLean LD. The repair of inguinal hernias . Ann Surg 221 :1, 1995
- 7 Steven B et al . Neuralgia after Inguinal Hernia Repair. Am Surg aug 1996.
- 8 Wantz GE et al. Testicular atrophy an chronic residual neuralgia as risk of inguinal herniorrhaphy Surg. Clin. Of North Am. 1993 ; 73 : 571-81
- 9 Gianetta E. et al. Hernia Repair in elderly patients . Br J Surg 84. 983-85, 1997
- 10 Beets GI et al. Long term results of giant prosthetic reinforcement of the visceral sac for complex recurrent inguinal hernia.
- 11 Fitzgibbons RJ et al. Laparoscopic inguinal Herniorrhaphy , Results of a multicentre trial . Ann Surg 221 :1 3-13, 1995
- 12 de Baert M et al. Lateral approach to ballon aided laparoscopic preperitoneal inguinal hernia repair . Br J Surg 84 981-82, 1997.
- 13 Snadbichler P. et al Laparoscopic repair of recurrenente inguinal hernias . Am J Sur. March 1996, 171 :366-68.
- 14 Rutkov MI. Et al. Laparoscopic hernia repair, The sosioeconomic tyranny of surgical technology Arch. Surg 127 :1271 1992.
- 15 Bendavid R et al. New Techniques in hernia repairs. World J. Surg. 13 522-31. 1988
- 16 Basinni E. Veber die Behandlung des Leistenbruches. Arch für Klinisch Chirurgie 40 :429-76 1890
- 17 Stoppa RE et al. Repair of recurrent groin hernia . In Madden JL. Abdominal Wall Hernias Philadelphia , PA. WB Saunders 1989.
- 18 Fitzgibbons RJ et al Laparoscopic inguinal herniorrhaphy Ann Surg 221-3-13 . 1994
- 19 Wantz GE et al. The Canadian repair : personal observations World J Surg 13 :449-505 1989