

11209

44
22j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"

I.M.S.S.

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL RECURRENTE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

T E S I S :

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL:

P R E S E N T A :

DR. JUAN ALEJANDRO MOLINA HERNÁNDEZ

ASESOR: DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNÁNDEZ

269/50



MEXICO, D.F. TESIS CON IMSS

MARZO 1999

FACULTAD DE MEDICINA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

244
Lej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
I.M.S.S.

**TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL
RECURRENTE EN EL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI**

T E S I S :

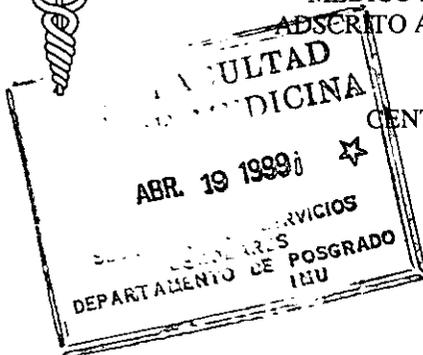
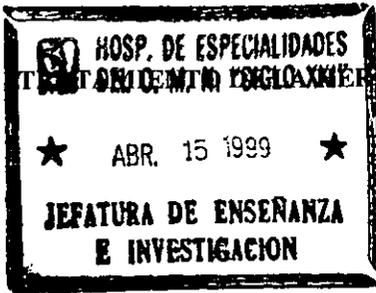
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL:

P R E S E N T A :
DR. JUAN ALEJANDRO MOLINA HERNÁNDEZ

ASESOR: DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNÁNDEZ.

MEXICO, D.F.

MARZO 1999



HECMN "SIGLO XXI".
HERNIA INGUINAL RECURRENTE EN EL

DR. NIELS HASEN WACHER RODARTE.
MÉDICO NO FAMILIAR INTERNISTA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.
MÉDICO NO FAMILIAR CIRUJANO GENERAL
JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

DR. PATRICIO ROGELIO SANCHEZ FERNÁNDEZ
MÉDICO NO FAMILIAR CIRUJANO GENERAL
ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR CLÍNICO DE TESIS.

A MIS PADRES **JAVIER MOLINA Y SABINA HERNANDEZ**
POR DARME SU APOYO , EJEMPLO Y LA VIDA.

A MI ESPOSA **PATRICIA RODRIGUEZ** POR SU APOYO
COMPRESIÓN, ESPERA DIA TRAS DIA
ENTREGA TOTAL.

A MIS HIJOS **JAVIER , KAREN , KARLA**
A QUIENES PRIVE DE ESTAR CONMIGO
SUS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

A MIS HERMANOS POR SU APOYO
INCONDICIONAL Y CONSTANTE.

A MIS SUEGROS POR SU APOYO Y
CUIDADO DE MI FAMILIA

A TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON EN MI
FORMACIÓN DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA
Y A LA PERSONA QUE ME AYUDO
INCONDICIONALMENTE.

**TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL
RECURRENTE
EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

DR. JUAN ALEJANDRO MOLINA HERNANDEZ

24 DE MARZO 1999

CONTENIDO

PREFACIO O RECONOCIMIENTOS	2
I.-INTRODUCCIÓN	6
A.-ANTECEDENTES HISTORICOS.....	6
II.-CINCO REGLAS PARA PREVENIR LAS HERNIAS INGUINALES	8
III.-TECNICAS PARA HERNIA INGUINAL.....	9
IV.-EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.....	12
A).-PLANTEAMIENTO.....	12
B).-PACIENTES Y METODOS	12
C).-RESULTADOS	14
D).-CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA.....	24

I.- INTRODUCCIÓN.

A.-ANTECEDENTES HISTORICOS.

Las técnicas modernas de operaciones para hernias inguinales se iniciaron con Bassini en 1880, y Halsted 1893 (4), desde entonces se han descrito muchos procedimientos para la reparación de hernias del canal inguinal debido principalmente al poco conocimiento, que entonces existía de la cicatrización y a la alta incidencia de la recurrencia, llevando al paciente a varios días o semanas para la reintegración del trabajo (15).

Las causas mas frecuentes de hernia inguinal recurrente son MECÁNICAS, siendo la causa principal, TENSIÓN sobre la línea de sutura y METABÓLICAS (15) , siendo el resultado trastorno del metabolismo de la colagena con afección a nivel aponeurosis transversalis (15), como resultado de la postura erguida el ser humano sufre muchos trastornos como problemas dorsales y venas varicosas hemorroides y HERNIAS , el principio por establecer la "ANATOMÍA NORMAL", el propio tejido defectuoso del paciente esta condenado al fracaso y recurrencia de la hernia (17);

Cualquier intento por unir el tendón transverso semirrigido de manera forzada contra el tubérculo pubico, la cintilla ileopubica y los ligamentos POUPART y COOPER ya sea por la reparación de SHOULDICE o por el acceso MC VAY , invariablemente dará por resultado deformación de la anatomía y tensión sobre la línea de sutura (15), los pacientes que tienen enfermedad del tejido conjuntivo como síndrome de EHRLEERS DANLOS, es atribuible a disminución del

contenido de colagena particularmente en relación a la fascia transversalis, ofrece pruebas histologicas y bioquímicas firmes que serian de utilidad para restitución permanente del piso del conducto inguinal con material sintético y ofrece protección permanente contra deficiencias metabólicas futuras (8).

II.-CINCO REGLAS PARA PREVENIR HERNIAS RECURRENTES.

1.- Solo debe emplearse tejido aponeurotico resistente (tendinoso).

2.- En defectos de fascia transversalis debe reforzarse todo el piso del conducto.

3.- Evitar toda tensión de la línea de sutura.

4.- No depender del tejido cicatrizal o devascularizado para la reparación de las hernias.

5.-Deben efectuarse refuerzos permanentes con la aplicación de redcillas sintéticas.(15).

III.-TECNICAS PARA HERNIA INGUINAL

Los procedimientos realizados para la reparación de la hernia inguinal o su primer instancia por hospitales generales de zona son técnicas como Bassini que consisten en lo siguiente incluyendo todas sus modificaciones, se estira de manera forzada el tendón transverso del abdomen con el llamado tendón conjunto y se sutura contra el ligamento inguinal (12).

La línea de sutura resultante siempre está bajo tensión . Otra técnica utilizada es la del condón y consiste en unir el tendón del músculo transverso del abdomen insertándolo en la vaina del recto hasta 2 cm por arriba del tubérculo púbico, pero, con esta configuración anatómica explica porqué el tubérculo púbico es el sitio más común de las recurrencias (9,(15)).

También se utiliza la técnica de Mc Vay que consiste en la fusión de la aponeurosis del oblicuo externo con la vaina anterior del recto esto permitió suturar el borde fuerte de la aponeurosis transverso del abdomen con el ligamento de Cooper sin tensión formando así una nueva pared inguinal posterior requiriendo de ocho puntos aproximadamente de sutura, habiendo una sutura de transición que se establece entre el ligamento de cooper y el nivel más superficial de la vaina femoral anterior, también cierra el ángulo en el lado medial de la vena femoral que reconstituye el margen medial del anillo crural (4,8,15) Shouldice también describe su técnica la cual se realiza con su operación típica en que la división de la transversalis se lleva hasta el tubérculo pubiano, se insertan cuatro líneas de sutura corrida, pero sólo se emplean dos suturas separadas: la línea uno y dos forman la primera sutura y la línea tres y cuatro la segunda.

La primera línea de sutura va del tubérculo pubiano, fija el borde libre del colgajo inferior del plano transversalis dividido a la cara posterior del borde lateral del recto, se continúa todo el borde libre se trae hacia arriba y adentro de manera que la línea de unión se extiende hacia el anillo interno, esta sutura se invierte entonces en el anillo inguinal para dar a la segunda línea para unir el borde libre de la lámina transversalis aponeurótico facial dividida con la superficie en repisa del ligamento de Poupart hasta que llega al hueso pubiano donde se anula consigo misma; la tercer línea inicia en el anillo interno y refuerza la segunda línea eliminado todo el espacio muerto en su recorrido hacia adentro y trayendo los músculos oblicuo interno y transverso hasta la superficie profunda del ligamento inguinal hasta el hueso pubiano; la cuarta línea retorna del hueso pubiano, une estas mismas estructuras entre ellas, en un plano un poco más superficial y se anuda consigo misma en el anillo interno, el cordón espermático debe deslizarse con facilidad dentro del anillo interno y las venas no deben estar ingurgitadas (15).

La técnica de Lichtenstein que consiste en la reparación con un tapón de malla de Marlex siendo el tamaño de la malla según el defecto éste tapón se inserta apretadamente en el defecto y se sutura en el sitio mediante puntos de material no absorbible en monofilamento, Lichtenstein prefiere el tapón en vez de parche por los siguientes motivos que constituye una oclusión completa del defecto sin tensión, su extensión ligera hacia la cavidad preperitoneal impide la protusión del epiplón o del intestino hacia el fondo del saco que podría crear el parche sobrepuesto y por último, el tapón es, desde luego, una barrera más firme y puede fijar a un anillo pequeño de tejido cicatrizal (1,10,12,15).

Otras técnicas, según lo aconseja Stoppa, de Francia consisten en insertar una gran lámina de redcilla de Mersilene en el espacio

preperitoneal para que actúe como amplia barrera en toda la región inguinal.

Ésta técnica sólo se emplea en rara vez (15).

El presente estudio fue iniciado para evaluar los resultados obtenidos en las diferentes técnicas de hernioplastía para reparación de hernia inguinal recurrente en el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI, por el servicio de Gastrocirugía.

A).-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio fue iniciado para evaluar los resultados obtenidos en las diferentes técnicas de hernioplastía para reparación de hernia inguinal recurrente en el hospital de especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI, por el servicio de Gastrocirugía.

B).-PACIENTES Y METODOS

22 pacientes con diagnósticos de hernia inguinal recurrente fueron tratados en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del C.M.N. s. XXI de Enero de 1994 a Agosto de 1998.

La reparación de la hernia inguinal recurrentes está asociada con altas tasas de recurrencia y hasta más de 30% (3) y con altas tasas de complicación de hernias primarias, en el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional s. XXI de Enero de 1994 a Agosto de 1998 fueron atendidos por el servicio de Gastrocirugía y tratados 22 pacientes de los cuales 20 son hombres (90%) y 2 mujeres (10%) con diagnóstico de hernia inguinal recurrente con una media de edad de 60 años (rango de los 23 a 85 años), de los 22 pacientes atendidos 8 pacientes tenían hernia inguinal izquierda (36 a 38%) recurrente; 11 pacientes (50%) tenían la hernia inguinal en el lado derecho y 3 (13.62%) pacientes bilaterales; para la inclusión de este estudio se les explicó en que consistía, que no dañaría su integridad física y que únicamente mediante una encuesta participarían ellos en el estudio.

Las cirugías realizadas a los pacientes con anterioridad presentaban de una hasta tres recurrencias o recidivas; 2 (9.0%) pacientes eran su primer recidiva, 12 (54.54%) pacientes eran su segunda recidiva y 8 (36.36%) pacientes era su tercer recidiva.

Las técnicas utilizadas en las cirugías anteriores eran las siguientes: Bassini 13 (59.09%) pacientes; Mc Vay 1 (4.54%) pacientes.

Bassini Mc Vay 8 (36.36%) pacientes, fueron incluidos en el estudio manejos anestésicos locales regional y general, fueron excluidos del estudio pacientes con riesgo anestésicos elevados (ASA III-GIV) pacientes con urgencia Qx, obesidad severa, pacientes embarazadas.

El análisis estadístico es descriptivo por tratarse de un estudio de revisión.

C).-RESULTADOS.

En el período comprendido de Enero de 1994 a Agosto de 1998 únicamente se incluyó en el estudio a 22 pacientes, (20 masculinos (90%) y femeninos 2 (10%))tratados quirúrgicamente, todos con hernia inguinal recurrente.

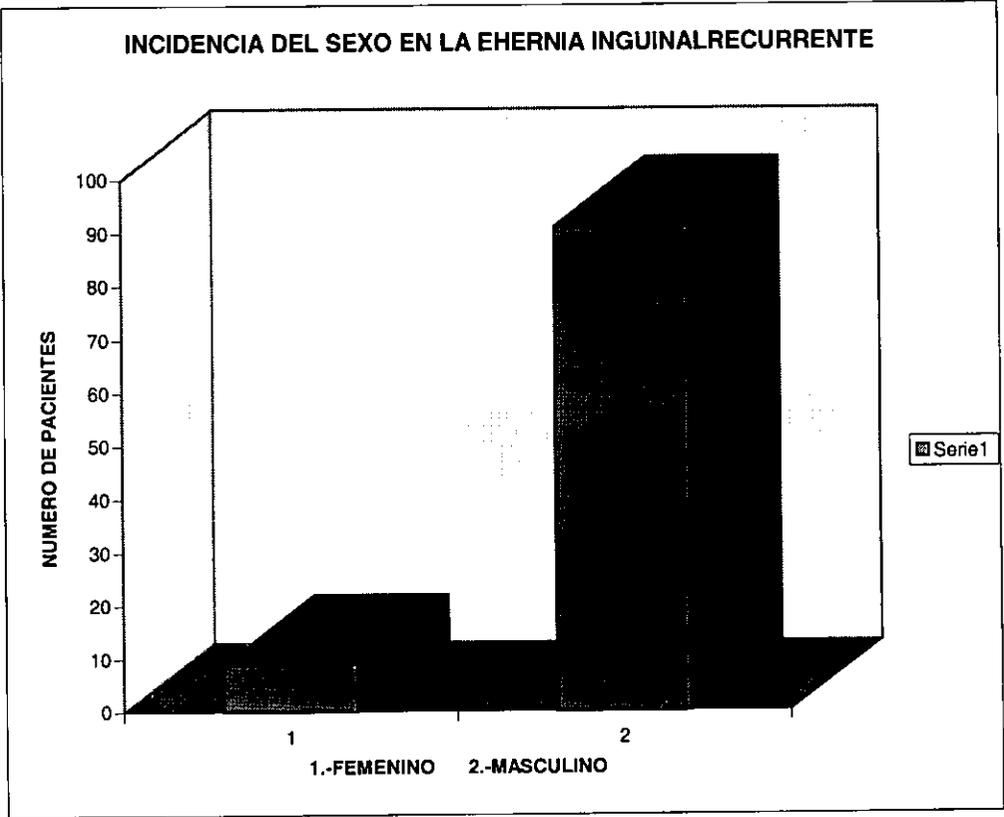
Realizándose las siguientes técnicas quirúrgicas :

Técnica de Bassini con 1(4.54%) pacientes el cual recidiva al año, y actualmente se encuentra sin tratamiento; técnica de Mc Vay-Bassini 2 (9.0%) pacientes sin presentar recidivas hasta el momento; técnica Shouldice 1(4.54%) pacientes sin recidivas hasta el momento; se practicó técnica de Lichtenstein en 17 (77.27%) pacientes sin recidivas, únicamente presentó reacción a material de sutura 1 (4.54%) pacientes a los 4 meses de la cirugía. Con técnica preperitoneal 1(4.54%) paciente el cual recidivó en el sitio de la malla a los 5 meses de la cirugía no siendo tratado por fallecimiento del paciente por causas ajenas al estudio.

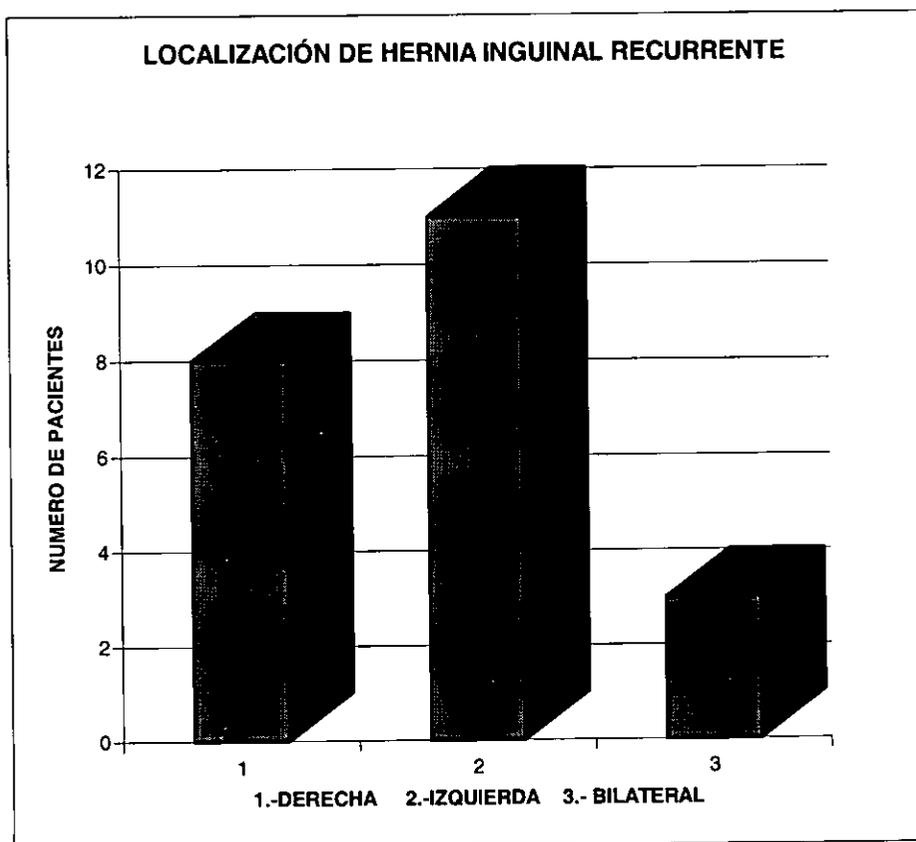
**TECNICA QUIRURUGICA REALIZADA
EN EL HOSPITAL DE
C.M.N. SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

TECNICA	NUMERO	RECURRENCIA	%
BASSINI	1	1	4.54
MC.VAY	0	0	0.0
BASSINI -MC VAY	2	1	9.09
SHOULDICE	1	0	4.54
LICHTENSTEIN	17	0	77.27
PRE-PERITONEAL	1	1	4.54
TOTAL	22	3	100.0

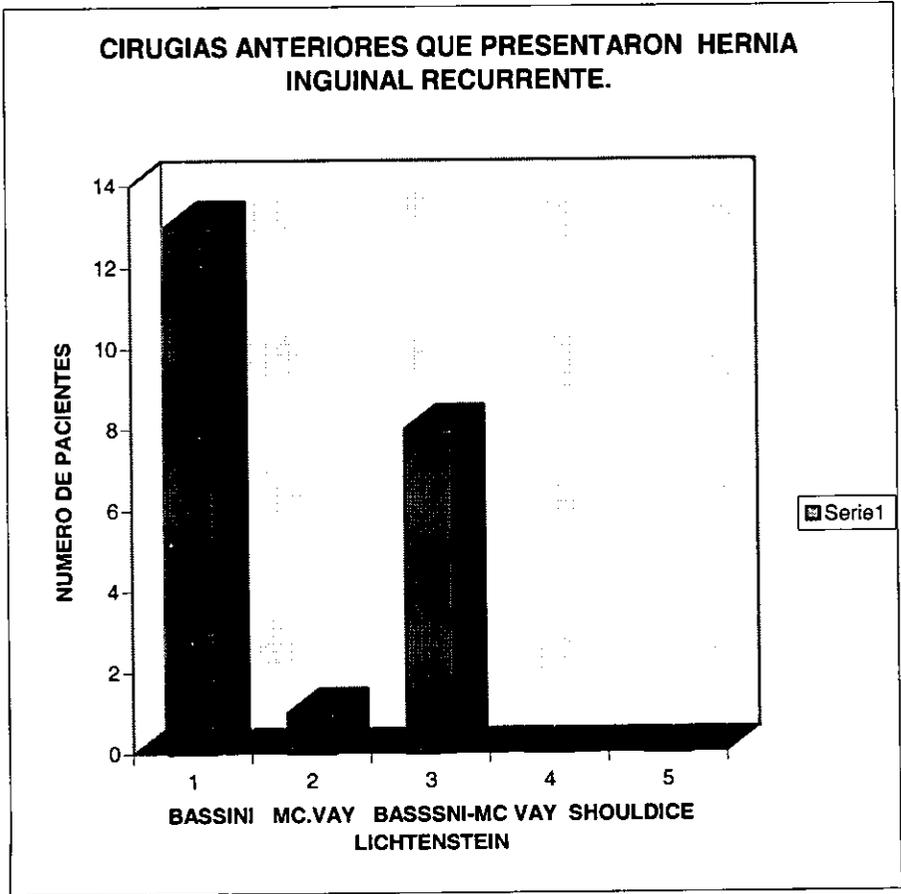
GRAFICA NUMERO UNO



GRAFICA NUMERO DOS

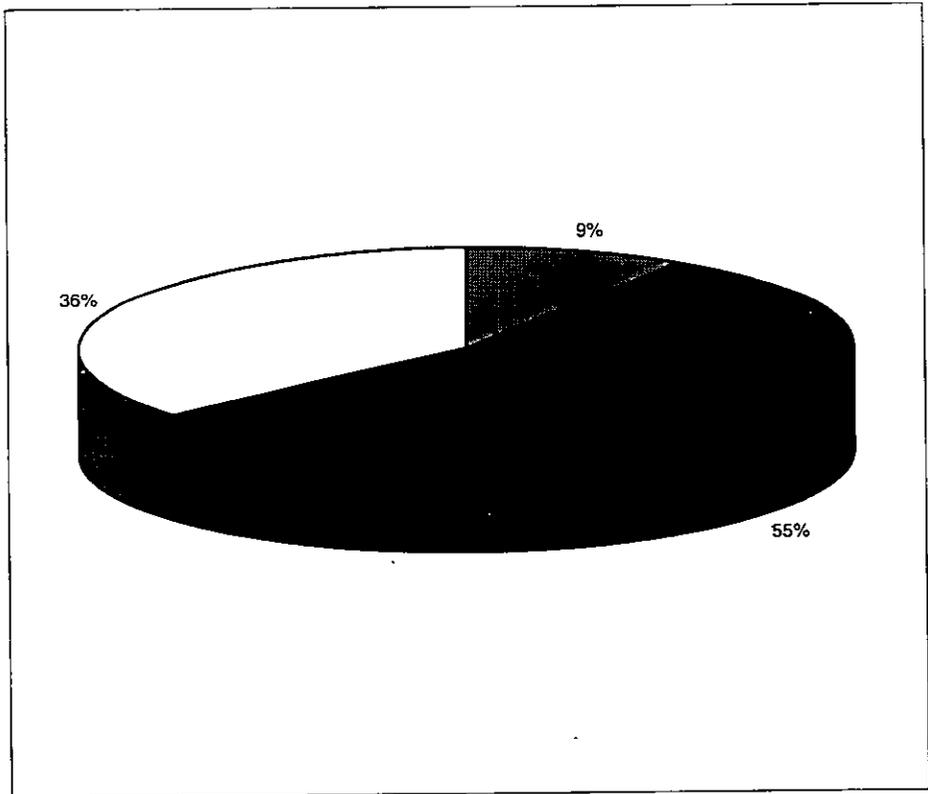


GRAFICA NUMERO TRES



GRAFICA NUMERO CUATRO

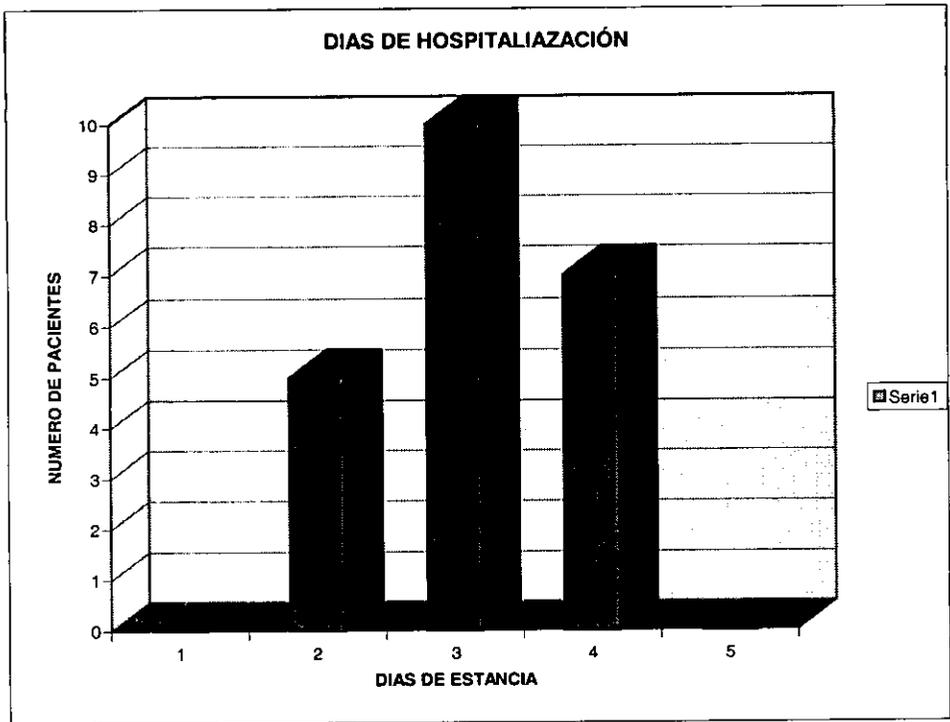
**NUMERO DE LA RECURRRENCIA
DE LA HERNIA INGUINAL**



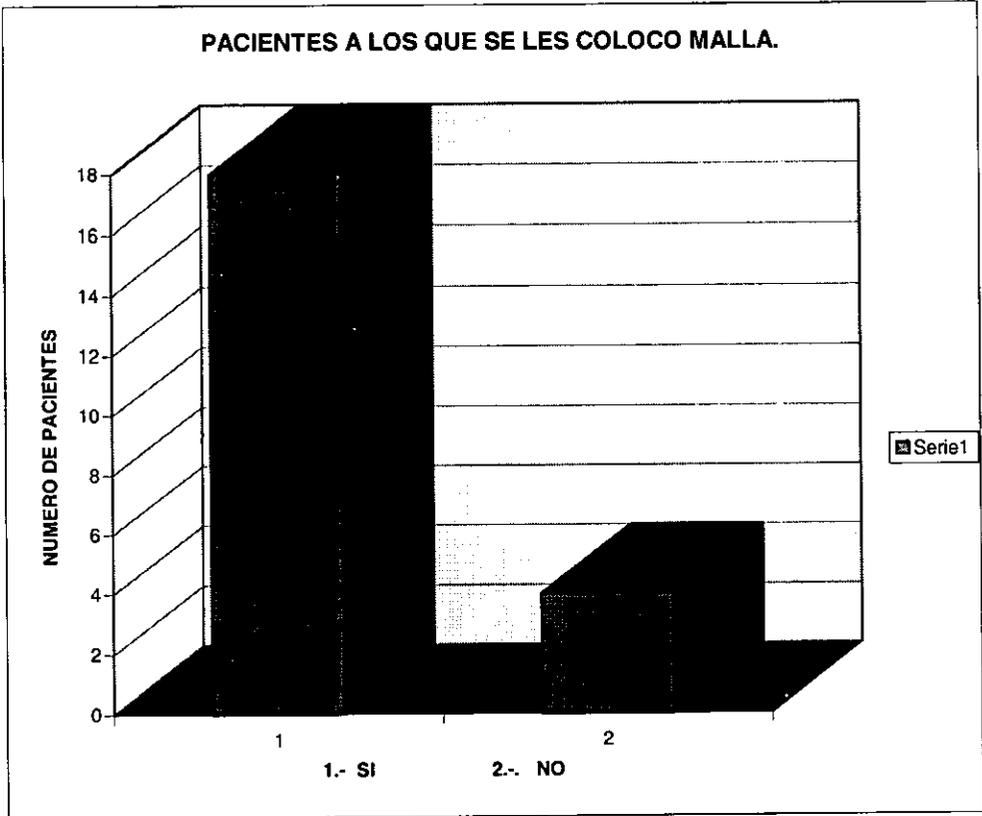
PRIMERA VEZ 9% SEGUNDA VEZ 55% TERCER VEZ 36%

ESTA TESTS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

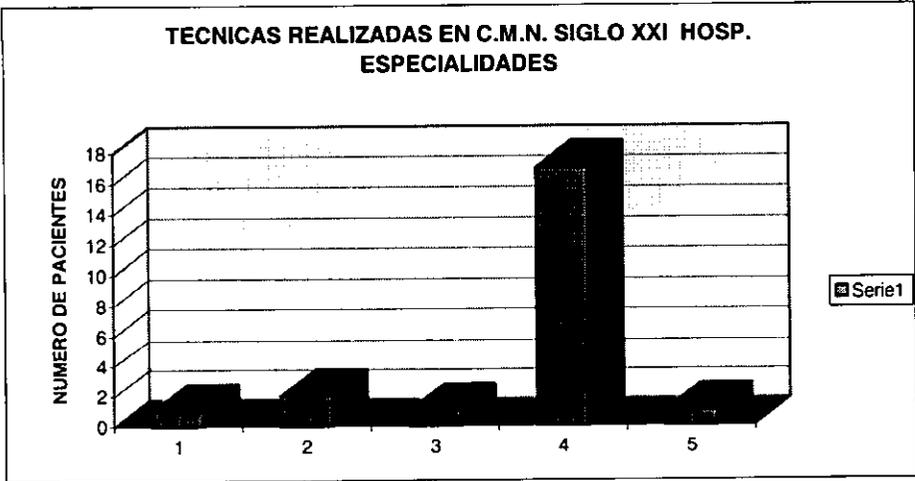
GRAFICA NUMERO CINCO



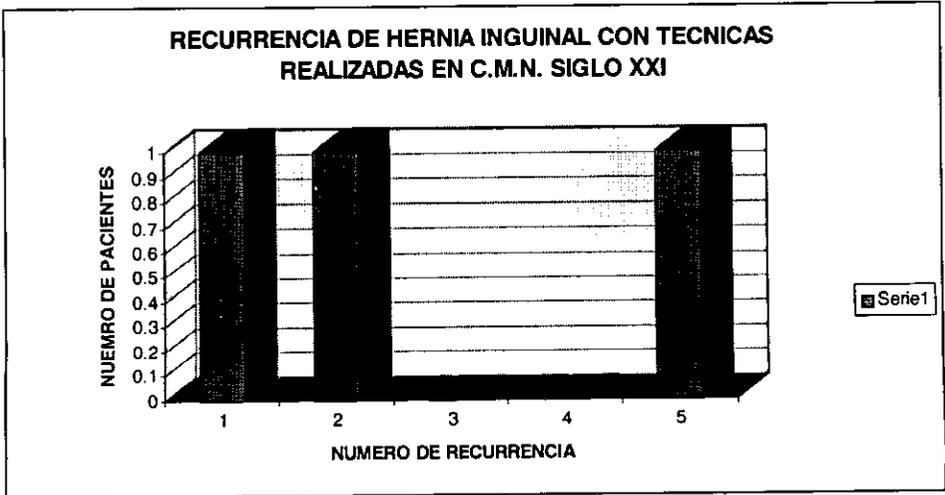
GRAFICA NUMERO SEIS.



**GRAFICA NUMERO
SIETE Y OCHO**



COLUMNA UNO BASSINI, DOS BASSINI MC.VAY, TRES SHOULDICE CUATRO LICHTENSTEIN, CINCO PRE-PERITONEAL.



D).-CONCLUSIONES.

La primera causa de recurrencia de hernia inguinal es la aproximación de tejidos a la normalidad, ésta crea tensión en la línea de sutura, siendo una clara violación a los principios básicos de la cirugía (15). Con la técnica de Lichtenstein es un nuevo concepto que permite reparar la hernia sin distorsión de la anatomía normal y sin tensión sobre la línea de sutura, además del uso de anestésicos locales con reparación de tipo ambulatoria o con pocos días de estancia intrahospitalaria en este estudio nos comprueba nuevamente que la tasa de recurrencia es aproximadamente de 0%.

Finalmente esta técnica es simple, rápida, relativamente menos dolorosa y efectiva.

El uso adecuado de material protésico preperitoneal debe ser el adecuado actualmente contamos con 3 tipos de material que son: e-PIFE (GORE-TEX), polypropylene (Marlex, prolene, trelex) y polyester (Dacron, Mersilene), tomando en cuenta que la formación de adherencias es menos frecuente polypropylene, cabe hacer mención que ya existen glues de fibrina que son concentraciones con proporciones balanceadas que incluyen fibrinógeno, factor XIII y fibronectina que favorecen el proceso de coagulación estando particularmente indicado en pacientes con heparinización o coagulopatía y de esta manera evitar formación de hematomas que se infecten y rechazan el material protésico.

La tasa de fracasos de la reparación de hernias primarias en México sigue siendo inaceptablemente alta, son aún más molestos los resultados de la reparación de las hernias recurrentes.

Al conocer más a fondo la anatomofisiología de la ingle y las causas y la prevención de las hernias recurrentes podrá lograrse un ataque simplificado y más eficaz de la recurrencia motivos constantes de preocupación para todos los cirujanos que reparan hernia.

Nuevamente se comprueba que la introducción de técnicas de hernioplastia clásica como es la de Bassini es menos imprecisa con una tasa de recurrencia del 10 al 15% según reporta la literatura (4).

La reparación por la técnica de Shouldice es uno de los avances mayores en el tratamiento de hernia inguinal primaria estando indicada por su baja tasa de recurrencia en menos del 2% (4).

Recientemente se ha hecho abordaje preperitoneal usando material proteico para la reparación de la pared posterior del canal inguinal con una tasa de recurrencia del 1 al 2% (4), aunque en nuestro hospital la tasa de recurrencia fué del 100%.

BIBLIOGRAFÍA

1. -Alex G. Shulman,Facs Parviz K.Amid,M.O.Facs Irving L.Lichtenstein,MD.y Cols.Patch or plung for groin hernia -which? A.M. J.surg. 1994;167:331-336.
2. -Ormond N.H.Panton MB,Bs,Rhoha J.Panton ,RN;BsCn.Laparoscopic hernia repair,AM.J.surg.1994;167:535-537.
3. -Peter Sandbichler,MD.Hernmann Draxl,MD;Hans Jörg Gstyr,MD. Y Cols.Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernias.AM.J. Surg.1996;171:366-367.
4. -Jan N,M,Hermans,MD;Hans de Wit;Wim J.Hop;Recurrent inguinal hernia treated by classical hernioplasty.Arch Surg. 1991;126:1097-1100.
5. -Jalem George,Jr.M.D;Eugene C.Mangrante,M.D;Guy R.Voeller,M.D;Preperitoneal herniorraphia for the acutely incarcerated groin hernia .AM.J.Surg.1991;57:139-141.
6. -Ralph Ger,M.D;Keith Monroe,M.D;Roer Duvivier,M.D;Management of indirect inguinal hernias by laparoscopic closure of the neck of the sac.AM.J.Surg;1990;370-373.
7. -C.J.H.Ingoldby.Laparoscopic and conventional repair of groin disruption insportmen;Br.J.Surg.1996;894:213-215.
8. -Sidney Lipton,M.D.Facs. Joseph Estrin,M.D;Facs;A biomechanical study of the aponeurotic inguinal,hernia repair;J.AM. Col. Surg.1994;178:595-599.
9. -Irving L,Lichtenstein,M,D;J.Manny Shore,M.D;Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug"techic.AM.J.Surg.1974;128:439-444.

- 10.-Lloyd M.Nyhus,M.D;Raymud Pollak M.B.F.R.C.S.Thomas Bombeck,M.D;and Philip E. Donahue M.D;The peritoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia Ann.Surg.1988;208:733-736.
- 11.-Alex G.Shulman,M.D;Parviz K.Amid.M.D;Irving Lichtenstein ,M.D;The “plug”repair of 1402 recurrent inguinal hernias,Arch.Surg;1990;125:265-267.
- 12.-Irving L.Lichtenstein,M.D;Alex G.Shulman.M.D;Parviz K. Amid.M.D;The tension free hernioplasty,AM.J.surg.1989;157:188-193.
- 13.-Diana M.Vogt.M.D;Myriam J.Curet.M.D;Davit E Pitcher,M.D;y Cols.Preliminary trial of laparoscopic on lay versus convetional inguinal herniorraphy;AM.J.Surg.1995;169:84-90.
- 14.-robert J.Fitzqibbons,Jr.M.D;Jose Camps,M.D;Douglas A. Cornet,M.S; y Cols.Laparoscopic inguinal herniorraphy. Ann.Surg.1995;221:3-13.
- 15.-IrvingL.Lichtenstein,M.D;Facs,Alex G.Shulman.M.D;Parviz K.Amid.M.D;Causa,prevención y tratamiento de la hernia inguinal recurrente. Surg.clinic.north Am.1993:567-583.
- 16.-Anthony s.Lowhan,M.D;Charles J.Fillipi,M.D;Fitzgibbons,Jr.M.D; y Cols.Mechanismos of hernia recurrent after preperitoneal mesh repair. AnnSurg.1997;225:422-431.
- 17.-John E, Skandalakis y Cols.Bases de la herniorrafia inguinal ,Surg.clinic.north Am.1993;4:843-881.