

11209
15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I. S. S. T. E.**

**MORBILIDAD POR LA APLICACIÓN DE
MALLA MARLEX EN LA PLASTIA INGUINAL,
REVISIÓN A 3 AÑOS EN EL HOSPITAL
GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ
GUTIERREZ".**

P R E S E N T A

**DR. JACINTO BAUTISTA GARCIA.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

ASESOR DE TESIS

DR. ALBEIRO DE JESÚS RESTREPO NARANJO

2001

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



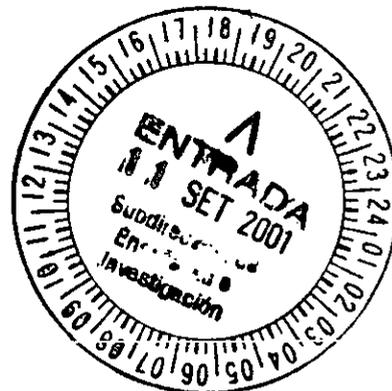
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

AUTORIZACIONES



DR. JAIME SOTO AMARO
COORDINADOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

I. S. S. S. Y. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GTZ.

✦ SET. 3 2001 ✦

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

DR. MANUEL DE J. UTRILLA AVILA.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

DR. ALBEIRO DE JESÚS RESTREPO NARANJO
ASESOR DE INVESTIGACION
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

INDICE

RESUMEN	4
SUMMARY	6
INTRODUCCION	8
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	13
GRAFICAS	15
COMENTARIO	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo y abierto, de enero de 1999 a junio del 2001 en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", en el servicio de Cirugía General; en el cual se incluyeron todos aquellos pacientes que se sometieron a plastias inguinales con colocación de malla marlex (Técnica de Lichtenstein), programados y de urgencia, de todo tipo de hernias, ambos sexos, de los 17 años y sin límite de edad. Siendo un total de 105 pacientes los cuales hacen un total de 123 hernias. Derechas 37 (30.08%), izquierdas 50 (40.65%). Bilaterales 18 (36 hernias, 19.26%), mujeres 30 (28.57%), hombres 75 (71.42%), primarias 113 (91.86%), recidivantes 10 (8.13%), Directas 36 (29.26%), indirectas 72 (58.53%), crurales 5 (4.87%), mixtas 9 (7.31%). Programadas 116 (94.30%), de urgencia 7 (5.69%). Siendo el de menor edad de 17 y el de mayor de 92 años; las complicaciones postquirúrgicas: dehiscencia 2 (1.62%), induración de testículo 1 (0.81%), edema de cordón inguinal 1 (0.81%), edema local 8 (6.50%), obteniendo solamente 1 recidiva (0.81%).

Por lo antes expuesto este estudio revela que la hernioplastia inguinal con colocación de malla marlex (Técnica de Lichtenstein), es un procedimiento de baja morbilidad y óptimos resultados, con alta efectividad, simpleza y bajo porcentaje de recidiva.

Palabras Claves: Plastia inguinal \ Hernioplastía \ Recidiva \ Malla
Marlex \ Técnica de Lichtenstein.

SUMMARY

He/she is carried out an observational, longitudinal, retrospective, descriptive and open study, of January of 1999 to June of the 2001 in the General Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutierrez", in the service of General Surgery; in the one which all those patients were included that underwent to repair inguinal groin with placement of mesh marlex (Technique of Lichtenstein), programmed and of urgency, of all type of hernias, both sexes, the 17 years old and without it limits of age. Being a total of 105 patients which make a total of 123 hernias. Right 37 (30.08%), left 50 (40.65%). Bilateral 18 (36 hernias, 19.26%), women 30 (28.57%), men 75 (71.42%), primary 113 (91.86%), reccurent 10 (8.13%), Direct 36 (29.26%), indirect 72 (58.53%), cruales 5 (4.87%), mixed 9 (7.31%). Programmed 116 (94.30%), of urgency 7 (5.69%). being that of smaller age of 17 and the one of bigger than 92 years; the complications postsurgery: dehiscencia 2 (1.62%), testicle induration1 (0.81%), edema of cord inguinal 1 (0.81%), local edema 8 (6.50%), obtaining only 1 relapse (0.81%).

For the before exposed this study reveals that the repair inguinal with placement of mesh marlex (Technique of Lichtenstein), it is a procedure of low morbilidad and good results, with high effectiveness, singles and low relapse percentage.

Key words: Repair inguinal \ Hernioplastía \ Relapse \ Mesh Marlex \ Technique of Lichtenstein.

INTRODUCCIÓN

Desde que Bassini desarrollo la primera y verdadera hernioplastia inguinal, los reportes de recurrencias tienen una incidencia del 10% según estudios y reportes de 1983 por la corporación Rand. Un 50% de las recurrencias aparecen dentro de los primeros 5 años posterior de la cirugía original.

En los últimos 100 años, se han hecho modificaciones hasta Hasted y McVay, con una recurrencia de 2 - 19% a 5 años y con una desventaja en común: la tensión de la línea de sutura. La cual eventualmente ocasiona una disrupción del tejido sano, siendo la primera causa de recurrencia de la hernia inguinal, lo que es una violación a los principios básicos de la cirugía.

La técnica de reparación de plastia inguinal libre de tensión con colocación de malla marlex (Técnica de Lichtenstein) se publica en 1962 y toma el nombre del autor en 1984 como técnica de Lichtenstein. Se han sumado nuevas aportaciones a su técnica llegando a convertirla en una técnica ejemplar y efectiva. Se reporta como menos dolorosa permitiendo una pronta recuperación y regreso a la actividad normal. Teniendo un porcentaje de recurrencia de solo el 0.2%.

Se realiza estudio en forma observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo y abierto. Con objetivo principal corroborar que la aplicación de malla marlex en la plastia inguinal no produce daño al organismo y para justificar la técnica, dar a conocer su efectividad, simpleza y bajo porcentaje de recidiva en comparación con las demás técnicas preperitoneales ya estandarizadas. Se corroborara con experiencia hospitalaria propia, los resultados de la literatura mundial con respecto a esta técnica y la inocuidad del material protésico. Mostrando además que el dolor postoperatorio se vuelve mínimo, lo que ayuda al pronto retorno a la actividad y al trabajo, traduciéndose en notables ventajas económicas para el país.

Para la evaluación de este trabajo fueron intervenidos quirúrgicamente 105 pacientes con un total de 123 hernias inguinales, entre enero de 1999 y junio del 2001 en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE, en la ciudad de México, D.F., siendo sometidos a plastia inguinal con la técnica de Lichtenstein con colocación de malla marlex para reparación del canal inguinal en 113 hernias primarias (91.86%) y 10 hernias recurrentes (8.13%). Obteniéndose solamente una recidiva el 0.81%, lo cual obedece a un error en la técnica quirúrgica y no a problema ocasionado por la aplicación de la malla marlex. No se obtuvo ningún rechazo al material protésico; las complicaciones postquirúrgicas fueron: edema del cordón inguinal, induración transitoria de testículo en 1 caso respectivamente siendo el 0.81%, dehiscencia de la herida 2 (1.62%), edema local 8 (6.50%).

MATERIAL Y METODOS:

Entre enero de 1999 y junio del 2001, se sometieron 105 pacientes a hernioplastias inguinales con colocación de malla marlex (Técnica de Lichtenstein), en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE, en la Ciudad de México, D.F. Se excluyeron todos los pacientes menores de 15 años y aquellos quienes se les realizo resección intestinal por presentar hernias con estrangulación de asas intestinales, se incluyeron en el estudio 105 pacientes para un total de 123 hernias. Hombres 75 (71.42%), mujeres 30 (28.57%), derechas 37 (30.08%), izquierdas 50 (40.65%), bilaterales 36 (29.26%), directas 36 (29.26%), indirectas 78 (58.53%), crurales 6 (4.87%), mixtas 9 (7.31%), urgencias 7 (5.69%), programadas 116 (94.30%), anestesia local 63 (60%), bloqueo peridural 42 (40%). La edad de los pacientes oscilo entre los 17 años y los 92 con un promedio de 55 años.

TÉCNICA QUIRURGICA

Se puede realizar dicho procedimiento bajo bloqueo peridural (BPD) o bajo anestesia local. Con previa asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos estériles en forma convencional, se realiza incisión abdominal transversa a 2 traveses de dedo por arriba de la sínfisis del pubis, en región inguinal de aproximadamente 8 – 10 cm de longitud incidiendo por planos y realizando hemostasia de vasos sangrantes con electrocauterio, se continua disecando hasta llegar a la aponeurosis del oblicuo mayor la cual se incide para entrar al conducto inguinal, se procede a la exploración del mismo; cuando se encuentran sacos indirectos se deben de abrir con la finalidad de explorar el piso del canal inguinal o se pueden invertir en el abdomen sin necesidad de sutura, excisión o ligadura. Cuando los sacos directos son grandes, se invierten en el abdomen mediante puntos de sutura invaginantes simples. Se coloca una hoja de malla protésica en este caso de marlex de 10 x 5 cm aproximadamente. El borde inferior es fijado con puntos de novafil o prolene del 3-0 que asegura la malla mediante al ligamento lacunar, fijándose lateralmente y a lo largo del ligamento de poupart, llendo mas alla del anillo inguinal interno y efectuando corte a este nivel en la malla para dara paso a la emergencia del cordón espermático por el mismo. Cuando se realiza la disección del cordón espermático se debe identificar el nervio genitofemoral que se localiza en el músculo cremaster en la mitad de este por donde emerge junto con los vasos espermáticos externos.

La parte superior de la malla se fija libremente con puntos continuos de la misma sutura y se continua su fijación en la misma forma a la aponeurosis del recto y al área conjunta. Lateralmente a la altura del anillo inguinal interno, la malla es fijada al ligamento de poupart. De esta forma se termina la reparación formal del piso del canal inguinal. Se evita así la aproximación usual del tejido aponeurótico bajo tensión. El paciente se encuentra despierto y es capaz de colaborar, por lo que se le pide que tosa, realizando la maniobra de vansalva, con el fin de que sirva de prueba de esfuerzo de la reparación. La aponeurosis del oblicuo externo se cierra sobre el cordón con puntos continuos con sutura absorbible. Se procede al cierre por planos en forma convencional hasta la piel.

RESULTADOS

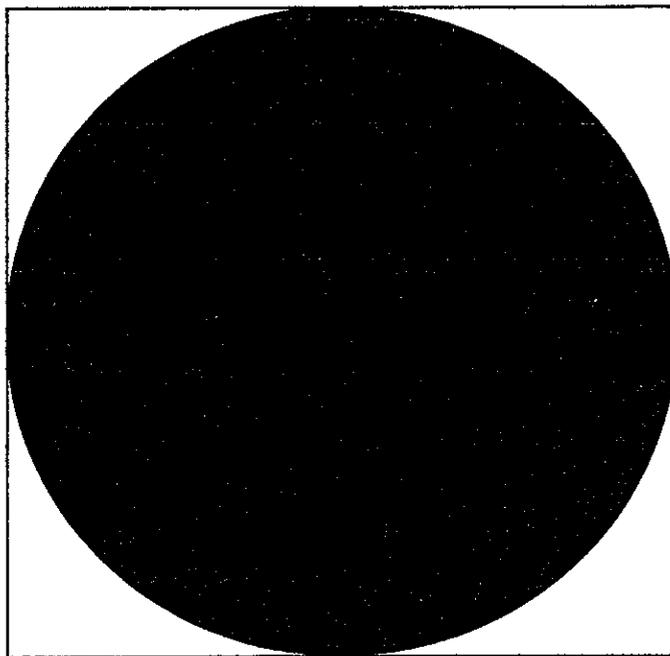
Todos los pacientes fueron captados por la consulta externa del servicio de cirugía general, donde fueron estudiados y preparados preoperatoriamente, así mismo se obtuvieron pacientes del servicio de urgencias con diagnósticos de hernias encarceladas o estranguladas. Se utilizó antibioticoterapia postoperatoria con la administración de dicloxacilina 500 mg vo cada 6 hrs o cefalexina 500 mg vo cada 8 hrs. Se observó un predominio del sexo masculino (75 pacientes) sobre el sexo femenino (30 pacientes), la edad promedio fue 55 años. El síntoma preoperatorio principal fue dolor en la región inguinal, relacionado con el esfuerzo. Las hernias inguinales bilaterales fueron tratadas en un mismo tiempo quirúrgico.

En ocho pacientes se efectuaron otros procedimientos concomitantes: cuatro plastias umbilicales, dos eversionses de la vaginalis, una ligadura y corte de venas varicosas a nivel inguinal, una resección de ganglio hiperplásico inguinal y una sección del cordón espermático en un paciente como accidente. Los pacientes permanecieron hospitalizados menos de 48 horas. Los pacientes refirieron dolor de leve a moderado, que fue tratado las primeras 24 horas con ketorolaco 30 mg IV o IM y posteriormente con metamizol via oral, cediendo en la mayoría de los casos durante la primera semana.

Dentro de las complicaciones fueron: edema del cordón inguinal e induración transitoria de testículo en un caso respectivamente, dos dehiscencias de herida quirúrgica, edema local en 8 pacientes, solamente se ha encontrado un caso de recidiva hasta el momento, esto condicionado por error al realizar la técnica quirúrgica y no por la aplicación del material protésico y además por que el paciente ya era su tercera recidiva.

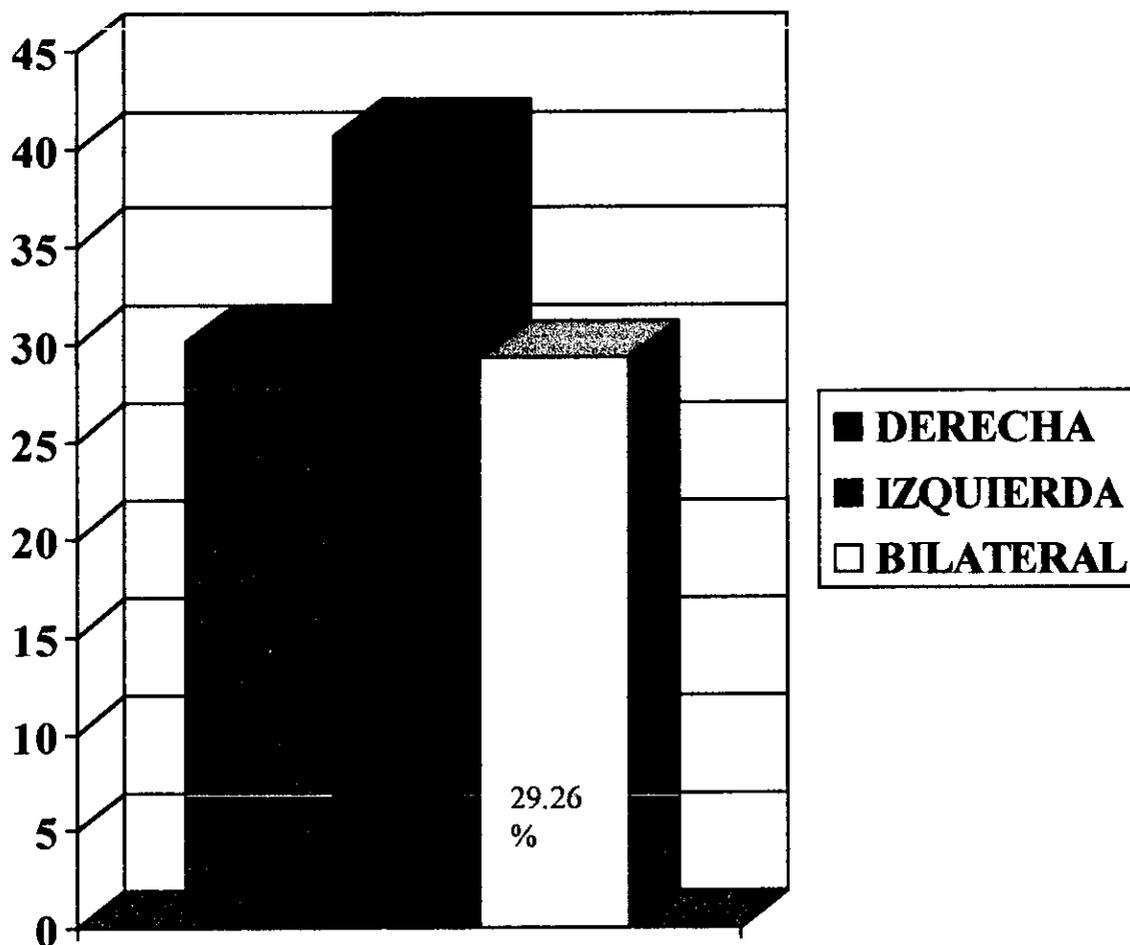
GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR SEXO.



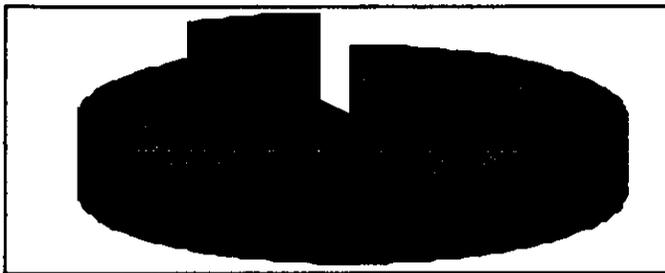
GRAFICA 2

LOCALIZACION DE HERNIAS.



GRAFICA 3

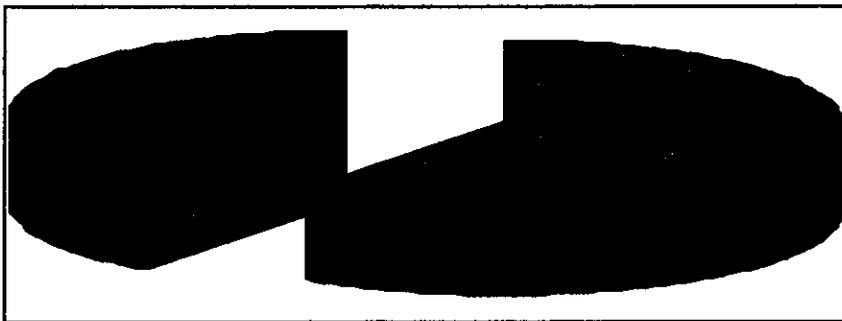
TIPO DE HERNIAS.



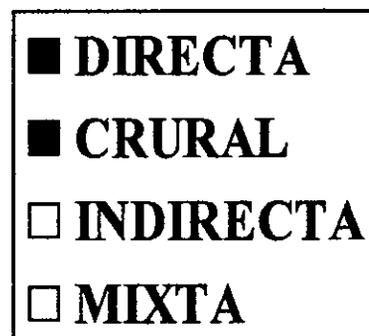
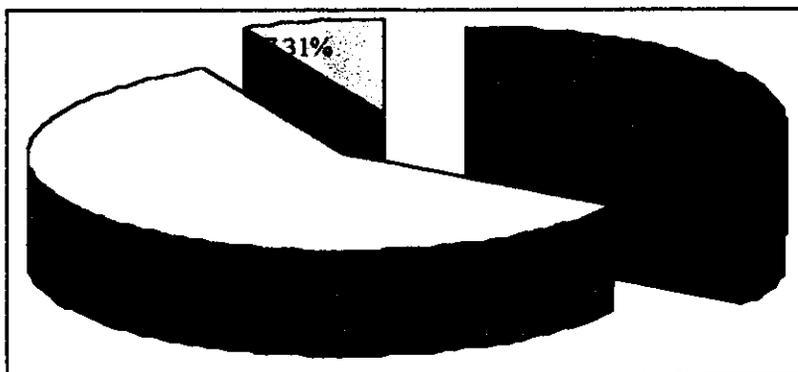
■ PRIMARIA
■ RECIDIVANTE

GRAFICA 4

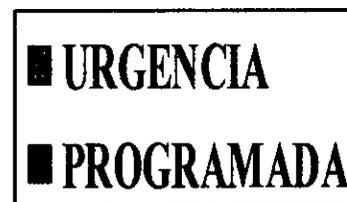
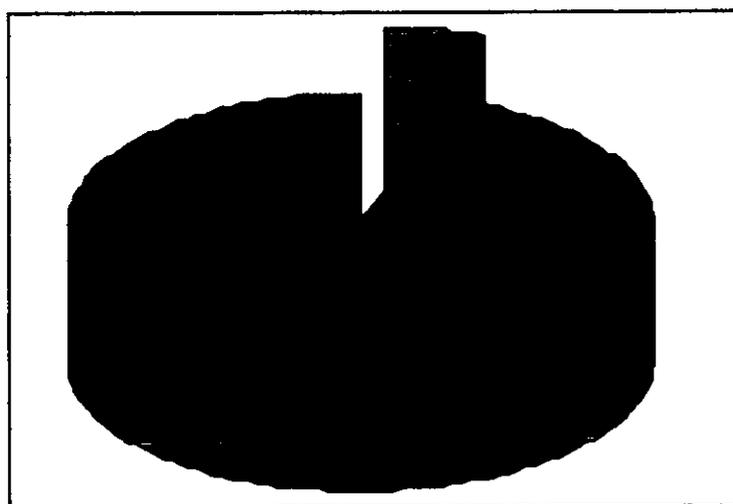
TIPO DE ANESTESIA.



TIPO DE HERNIAS



TIPO DE CIRUGIA.



COMENTARIO

Son múltiples las técnicas empleadas a nivel mundial para la reparación de la hernia inguinal, desde la técnica de Bassini creada en 1884, hasta las técnicas actuales de cirugía laparoscópica, que por cierto, cambian a un ritmo vertiginoso, sin que hasta el momento se pueda hablar de una técnica cien por ciento mejor; lo que si podemos asegurar es que la técnica libre de tensión con aplicación de malla marlex tiene sus bases anatomofisiológicas firmes y que los reportes sobre los estudios realizados son muy prometedores.

Inicialmente los pioneros en el tratamiento de las hernias con materiales protésicos han tenido muchas fallas causadas por la deficiencia de los materiales usados, la perseverancia en este campo ha llevado a los cirujanos a la búsqueda de nuevos materiales protésicos más seguros con los que se cuenta en la actualidad.

El prolipropileno es un monofilamento fuerte, inerte, poroso, que es infiltrado con fibroblastos y que además estimula la producción de éstos; que no se deteriora y es incapaz de provocar infección, lo que lo hace seguro, una sustancia ideal para el reforzamiento permanente de los defectos herniarios, permitiendo la reconstrucción del piso del canal sin tensión y que acompañada de una técnica simple como es la de Lichtenstein, produce menos dolor postoperatorio y efectividad, reduciendo el porcentaje de recidiva, que puede estar dados por:

+ El empleo de parches angostos y pequeños abocados al ligamento de Poupart.

+ Colocación del parche de malla a nivel del tubérculo del pubis en yuxtaposición al tubérculo, cuyo error se corrige extendiendo la malla al hueso púbico.

CONCLUSIÓN

En nuestro medio en particular, se tiene cierto escepticismo con la introducción de nuevas técnicas que proclaman grandes éxitos en la disminución de porcentaje de recidivas; también se usan con desconfianza los materiales protésicos argumentando su posible rechazo por el organismo.

Pues bien, en este estudio se corroboró que la técnica libre de tensión con colocación de malla marlex es un método sencillo y seguro para la reparación de la hernia inguinal, sin obtenerse ningún rechazo al material protésico.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Martín Kurzer, Philip A. Belsham, Allan E. Kark "The Lichtenstein Repair" Surgical Clinics of North America Volumen 78, number 6, December 1998.

2.- Ezio Gianetta, Sonia Cuneo, Bruno Vitae, Giovanni Camerini, Paola Marini, Mattia Stella. "Anterior Tensión-Free Repair of Recurrent Inguinal Hernia Under Local Anesthesia". Annals of Surgery, volumen 231, number 1 January 2000.

3.- Staffan Haapaniemi, Ulf Gunnarsson, Par Nordian, Erik Nilsson. "Reoperation After Recurrent Groing Hernia Repair". Annals of Surgery, volumen 234, number 1 July 2001.

4.- Anthony S. Lowham, Charles J. Filipi, Robert J. Fitzgibbons Jr. Rene Stoppa, George E. Wantz, Edward I. Felix, W Boyd Crafton "Mechanisms of Hernia Recurrence After Preperitoneal Mesh Repair Traditional and Laparoscopic". Annals of Surgery, volumen 225, number 4, April 1997.

5.- Jose F. Patiño, Luis G. Garcia-Herreros, Natan Zundel. "Inguinal Hernia Repair". Surgical Clinics of North America, volumen 78, number 6, December 1998.