

11209

125

Manejo de las hernias postincisionales con malla de polipropileno. Juárez CJ .

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

I.S.S.S.T.E.

CIRUGÍA GENERAL.

TITULO.

***“MANEJO DE LAS HERNIAS POSTINCISIONALES
CON MALLA DE POLIPROPILENO”***

AUTOR. DR. JAVIER JUÁREZ CUAHTLAPANTZI
RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL.

COORDINADOR DE TESIS. DR ROBERTO ROJAS PAREDES.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUAHTLAPANTZI



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Javier Juárez CUAHTLAPANTZI

FECHA: 14-X-2002 Manejo de las hernias postcizacionales con malla de polipropileno Juárez CJ.

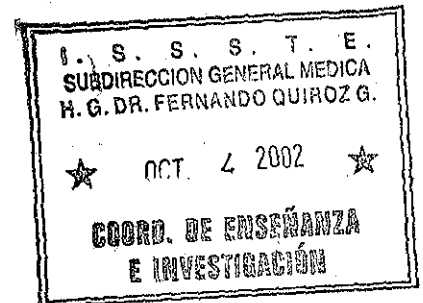
FIRMA: [Signature]

DR JAIME SOTO AMARO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

[Signature]
DR ROBERTO ROJAS PAREDES.
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
COORDINADOR DE TESIS.



[Signature]
DR MANUEL DE JESÚS UTRILLA AVILA.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.



[Signature]
DR. JAVIER JUÁREZ CUAHTLAPANTZI
RESIDENTE DE 4TO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL
AUTOR DE TESIS.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE.

SUMMARY 1

RESUMEN 2

INTRODUCCIÓN 3

MATERIAL Y METODOS 6

RESULTADOS 10

DISCUSIÓN 22

CONCLUSIONES 23

BIBLIOGRAFÍA 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SUMMARY.

The incisional hernia is the complication commonest after an abdominal surgery, it reports an incidence from 2% to 11% and recurrence from the 20% to 46%. Factors of risk for the incisional hernia development of one have been identified. The objective of this study is to demonstrate that the use of the polypropilene mesh combined with a primary closing of de wall diminishes the index of recidiva in incisional hernia. 31 patients in 25 months studied. A primary closing with nonabsorbible material made and the polypropilene mesh is placed with an outwoud margin to 5cm.

In the first ten days of observation I apper an index of morbidity of 58%,predominates the formation of seroma and pain. The displays a case of infection in the first month of observation. The pain sends in gradual from with use of nonsteroids analgesic and the third month of patient observation none shows pain. Séroma is handled with drainage, closing of hurt by second intention and treatment with water and soap. The index of recurrence and mortality is zero. The handling with this technique is safe and the morbidity this associate with obesity, smoking and feminine sex.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MHIPIMJUAREZCJ 2.

RESUMEN.

La hernia postincisional es la complicación más común después de una cirugía abdominal, se reporta una incidencia del 2% al 11% y una recidiva del 20% al 46%. Existen factores de riesgo que predisponen la formación de hernia postincisional.

El objetivo de este estudio es demostrar que el uso de la malla de polipropileno combinado con cierre primario de la pared, disminuye el índice de recidiva en el manejo de la hernia postincisional.

Treinta y un pacientes fueron estudiados en un periodo de 25 meses.

El cierre primario fue hecho con material no absorbible y posteriormente se colocó una placa de malla de polipropileno con un margen perilesional de 5 cm.

En los primeros diez días de observación tenemos un índice de morbilidad del 61.9%, predomina la formación de seroma y dolor postoperatorio.

Durante el primer mes de observación se presentó un caso de infección de pared abdominal.

El cuadro de dolor disminuye en forma gradual con analgésico no esteroideos y al tercer mes de observación ningún paciente presenta dolor.

El seroma fue manejado con drenaje, cierre por segunda intención y curación con agua y jabón, al tercer mes de observación se encontró un paciente con seroma y al cuarto tuvo resolución completa.

El índice de mortalidad y recidiva es cero.

El uso de esta técnica es segura y la morbilidad está asociada a factores externos como es la obesidad, tabaquismo y sexo femenino.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION.

Las hernias postincisionales son aun las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes, después de una cirugía abdominal, se reportan incidencia del 2 % al 11% en general. Y reincidencia del 20 al 46%, dependiendo del investigador consultado.

El cierre de la pared abdominal se ha convertido en paso crucial en pos de disminuir la incidencia de hernias postincisionales. Se han utilizado diversas técnicas en el cierre de la pared utilizando diversos materiales de sutura; como por ejemplo, sutura continua con material absorbible, sutura continua con material no absorbible, sutura no continua con material no absorbible y sutura no continua con material absorbible. Dentro de estas técnicas de cierre la que da mejor resultado es el uso de material no absorbible combinado con sutura continua; sin embargo, existen otros factores externos que favorecen la aparición de la hernia postincisional. En primer lugar tenemos la calidad técnica del cirujano, en segundo lugar los factores mórbidos asociados al paciente: disminución de la calidad de los tejidos, denervación muscular, insuficiencia vascular, radiación, infección en la herida quirúrgica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desnutrición, anemia, dependencia a corticoesteroides, procesos malignos asociados. Estos factores influyen tanto en la aparición como en la reincidencia de las hernias postincisionales.

En un intento por establecer un protocolo de tratamiento de las hernias postincisionales, se han clasificado de acuerdo a la localización de la pared abdominal en: Zona IA. Defectos supraumbilicales sobre la línea media.

Zona IB Defectos infraumbilicales sobre la línea media.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Zona II. Cuadrantes superiores.

Zona III. Cuadrantes inferiores.

La utilidad de esta clasificación es la de elegir el manejo quirúrgico óptimo de acuerdo a la localización de la hernia; sin embargo la dificultad técnica es mayor.

En otro tipo de clasificación es dividida en:

Tipo I. Hernias con una adecuada cobertura de piel.

Tipo II. Hernias con ausencias o defectos de cobertura dérmica (fistulas, necrosis por radiación, estado infecciosos, eviceración).

Las opciones quirúrgicas en el manejo de las hernias postincisionales depende en su mayoría de la localización, tipo, extensión y etiología de la hernia. Estas opciones incluyen el cierre directo, colocación de mala protética, avances de colgajos, tanto perilesionales como distantes y la combinación de avances de colgajos con colocación de malla protética. No se encuentra descrito la combinación del cierre primario con uso de malla protética.

El índice de reincidencia después del manejo quirúrgico, varia de acuerdo a la técnica utilizada. Reportándose mayor reincidencia cuando se realiza cierre directo (más del 50%), posteriormente con el uso de colgajo y por último cuando se utiliza material protético (hasta un 10%) Motivo por el cual se realizan combinaciones de técnicas en afán de disminuir su incidencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente la preferencia por los materiales protésicos es hacia el polipropileno por sus propiedades: menor índice de rechazo a cuerpo extraño, menor asociación con infecciones, menor contracción y mayor maniobrabilidad.

La introducción de la malla de polipropileno (marlex), en la reparación de las hernias postincisionales han disminuido los índices de recurrencia menor al 10% reportado. Sin embargo este tipo de material está asociado con aumento en el índice de infección, la presencia de seromas, rechazo a la malla, mayor dolor posquirúrgico, restricciones mecánicas respiratorias, fistulas entero cutáneas, restricciones en los movimientos normales de la pared abdominal secundario a encogimiento de la malla y algunos autores proponen la posible transformación maligna secundario a reacción a cuerpo extraño.

De todas las complicaciones reportadas las que se presentan con mayor frecuencia es la persistencia del dolor e infección de tejidos blandos.

En general este tipo de complicaciones son en extremo raras y no son impedimento para el uso de las mallas ya que los beneficios encontrados son mayores (menor recidiva, menor costo) Siendo la preferencia técnica de muchos cirujanos.

Dentro de las técnicas de colocación de malla marlex, tenemos la preperitoneal, extraperitoneal y la laparoscópica, utilizando una sola capa o una bicapa tipo sándwich. Teniendo como acuerdo en común la colocación de la malla sin tensión de los tejidos protegidos por esta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nuestro objetivo es demostrar que el uso de la malla de polipropileno disminuye, combinado con cierre primario, el índice de recidiva en el manejo de las hernias postincisionales.

Describir la morbi-mortalidad del uso de la malla de polipropileno en pacientes con hernia postincisional.

Describir las patologías asociadas con la aparición de hernia postincisional.

Describir los procedimientos quirúrgicos más asociados con hernia postincisional.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio comprendió 2 grupos de pacientes (26 mujeres y 5 hombres) con un total de 31 pacientes. Con un rango de edad entre los 34 años a los 85 años. En un período de 25 meses.

Todos los pacientes tienen el antecedente de cirugía abdominal previa.

30 pacientes fueron admitidos a la consulta externa de cirugía general, en el Hospital General DR. Fernando Quiroz Gutiérrez en donde se inicia su protocolo prequirúrgico y continua su período de seguimiento. Un paciente es captado en el servicio de Urgencias del Hospital citado y continua el seguimiento en la consulta externa.

Al primer contacto con el paciente se realiza una historia clínica completa, poniendo énfasis en los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Obesidad
- e) Tabaquismo
- f) Enfermedades concomitantes.
- g) Cirugías previas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Describir la morbi-mortalidad del uso de la malla de polipropileno en pacientes con hernia postincisional.

Describir las patologías asociadas con la aparición de hernia postincisional.

Describir los procedimientos quirúrgicos más asociados con hernia postincisional.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio comprendió 2 grupos de pacientes (26 mujeres y 5 hombres) con un total de 31 pacientes. Con un rango de edad entre los 34 años a los 85 años. En un período de 25 meses.

Todos los pacientes tienen el antecedente de cirugía abdominal previa.

30 pacientes fueron admitidos a la consulta externa de cirugía general, en el Hospital General DR. Fernando Quiroz Gutiérrez en donde se inicia su protocolo prequirúrgico y continua su período de seguimiento. Un paciente es captado en el servicio de Urgencias del Hospital citado y continua el seguimiento en la consulta externa.

Al primer contacto con el paciente se realiza una historia clínica completa, poniendo énfasis en los siguientes datos:

- a) Nombre
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Obesidad
- e) Tabaquismo
- f) Enfermedades concomitantes.
- g) Cirugías previas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

h) Motivo de consulta.

Al verificar que el motivo de consulta es la presencia de una hernia postincisional, se realiza la exploración física, clasificando a las hernias de acuerdo a su localización en:

Zona IA. Hernias localizadas en la línea media supraumbilicales.

Zona IB. Hernias localizadas en la línea media infraumbilicales.

Zona II. Cuadrantes superiores.

Zona III. Cuadrantes inferiores.

También se clasifican de acuerdo al contenido herniario y su compromiso circulatorio en:

a) Reductible

b) Incarcerado

c) Estrangulado.

Dentro del estudio realizado es importante saber el porcentaje de hernias postincisionales manejadas por lo que clasificamos a las hernias en:

a) Hernias postincisionales recurrentes.

b) Hernias postincisionales por primera vez.

Posterior a la evaluación inicial, solicitamos exámenes de laboratorio preoperatorios y valoración preoperatoria en pacientes mayores de 40 años y con cirugía electiva.

Solicitamos el consentimiento para la utilización de malla de polipropileno en el manejo de la hernia postincisional, informando el pronóstico de la técnica y el paciente firma el formato de Consentimiento Informado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El procedimiento quirúrgico se realiza en forma electiva o de Urgencia de acuerdo al compromiso circulatorio de la hernia.

Independientemente de la localización de la hernia el resumen del manejo quirúrgico es el siguiente:

1. -Manejo del contenido del saco herniario.
2. -Localización y medición del defecto herniario.
3. -Cierre primario de aponeurosis.

En el cierre primario de aponeurosis se utilizó diversos materiales de acuerdo a su disponibilidad y la técnica de colocación de acuerdo al cirujano en turno:

- a) Puntos separados con PDS del 1
 - b) Puntos continuos con PDS del 1
 - c) Puntos separados con Dexón del 1
 - d) Puntos continuos con Dexón del 1
4. -Colocación de malla de polipropileno sobre aponeurosis anterior con un diámetro de 5 cm alrededor del defecto, fijándose en sus extremos y línea media con puntos simples de nylon 2-0.
 5. -Colocación de un drenaje externo tipo Drenovac (1/4) que se localiza entre la malla de polipropileno y tejido celular subcutáneo, saliendo por contrabertura.
 6. -Afrontamiento de Tejido celular subcutáneo con Dexón del 3-0.
 7. -Cierre de la piel con nylon del 2-0, con técnica intradérmica.

Para realizar el período de seguimiento diseñamos una tabla de recolección de datos.

Anotamos la morbilidad y mortalidad presentada. El uso del drenovac se limito cuando el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gasto presentado es menor a 50 cc y es de tipo serohemático. Como promedio se utilizó durante 3 días.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS.

En un período de 25 meses seleccionamos a 45 pacientes, todos con el diagnóstico de hernia postincisional. 43 de estos pacientes, fueron captados en la consulta externa de cirugía general, enviados de un primer nivel de atención y/o de otro servicio dentro del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez.

Dos pacientes fueron captados por medio del servicio de Urgencias con un diagnóstico de hernia postincisional incarcerada y/o estrangulada.

Todos los pacientes aceptaron el uso de malla de polipropileno en su manejo quirúrgico.

En el manejo quirúrgico se realizó el cierre de primera instancia en la siguiente forma:

15 pacientes con PDS del No.1, puntos separados.

7 pacientes con PDS del No.1 con puntos continuos.

11 pacientes con Dexón del No.1 con puntos separados.

12 pacientes con Dexón del No. 1 con puntos continuos.

De los 45 pacientes se eliminaron a 14 pacientes por las siguientes causas:

7 pacientes abandonaron el período de seguimiento.

3 pacientes no aceptaron entrar al grupo de estudio.

4 pacientes por otras causas.

En nuestros resultados finales obtuvimos los siguientes datos.

De los 31 pacientes que se incluyeron el estudio, 6 pacientes se presentaron con hernia postincisional recidivante y 25 presentaron la hernia por primera ocasión. Representó el 19.35% de hernias recurrentes y el 80.64% de hernias de primera vez.

De los 31 pacientes atendidos 30 pacientes fueron captados en el servicio de Consulta externa y uno en el servicio de Urgencias.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En la distribución por sexo se presentaron 26 mujeres con hernia postincisional y 5 hombres. Representa el 83.8% y el 16.2% respectivamente.

Dentro de las patologías concomitantes asociadas, 30 de las pacientes presentaron una patología asociada de importancia.

| PATOLOGÍA ASOCIADA | NUMERO DE PACIENTES | PORCENTAJE DE PACIENTES |
|------------------------|---------------------|-------------------------|
| TABAQUISMO | 13 | 43.33% |
| OBESIDAD | 18 | 60% |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 8 | 26.6% |
| DIABETES MELLITUS | 2 | 6.6% |
| ALCOHOLISMO | 9 | 30% |
| ASMA | 1 | 3.22% |
| BRONQUITIS CRONICA | 1 | 3.22% |
| SEPSIS | 1 | 3.22% |
| CACU | 1 | 3.22% |
| LINFOMA NO HODKING | 1 | 3.22% |
| INSUFICIENCIA HEPATICA | 1 | 3.22% |

Estas patologías son divididas por separado y de acuerdo al porcentaje de aparición en los

31 pacientes; sin embargo muchos pacientes presentaron patologías asociadas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El tamaño del defecto herniario tiene una variación entre 20X15 cm a 2X1 cm, sólo un paciente presenta defectos múltiples.

Al iniciar el cierre primario de la pared abdominal. Todos los pacientes fueron manejados con material sintético no absorbible (Dexon y PDS), utilizando el cierre continuo en algunos casos y puntos separados en otros.

Puntos continuos con Dexon y Malla de polipropileno (ConDexMM) 22.5%.

Puntos separados con Dexón y Malla de polipropileno (SepDexMM) 9.6%.

Puntos continuos con PDS y Malla de polipropileno (ContPDSMM) 16.12%

Puntos separados con PDS y Malla de polipropileno (SepPDSMM) 51.61%

Se encuentra la cirugía asociada con más frecuencia de la siguiente manera:

Colecistectomía, 8 casos (25.8%).

Histerectomía, 8 casos (25.8%)

Apendicectomía 3 casos (9.6%)

Plastia umbilical 5 casbs (16.1%)

Cesárea 3 casos (9.6%)

Laparotomía exploradora 2 casos (6.45%)

Hemicolectomía 1 caso (3.22%).

Oclusión tubaria bilateral 1 caso (3.22%)

Encontramos que la localización de las hernias se distribuye de la siguiente manera:

ZIA= 8 PACIENTES (25.8%)

ZIB= 16 PACIENTES (51.62%)

ZII= 5 PACIENTES (16.1%)

ZIII=5 PACIENTES (16.1%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MHPIMMJUAREZCJ13.

En la evaluación postoperatoria, de acuerdo a los datos obtenidos en la tabla de recolección de datos diseñada, obtenemos los siguientes resultados:

En los primeros 10 días de observación, 5 pacientes presentaron seroma en la pared abdominal, 10 pacientes refieren dolor en sitio de herida quirúrgica, 3 pacientes refieren dolor y seroma asociado, 1 paciente falleció secundario a estado séptico, hernia estrangulada y patologías asociadas. El porcentaje de morbilidad es de 61.9%. La defunción no esta asociada directamente con la colocación de malla.

En el primer mes de observación obtuvimos 4 pacientes con persistencia de seroma, 6 pacientes manifestaron dolor como síntoma principal, 3 pacientes refieren dolor y seroma asociado, 1 paciente presenta infección de herida quirúrgica. El porcentaje de morbilidad es de 45.1%.

En el segundo mes de observación tenemos a 6 pacientes con seroma, 3 pacientes persisten con dolor y 1 paciente continua con infección de pared abdominal. El porcentaje de morbilidad es de 32.25%.

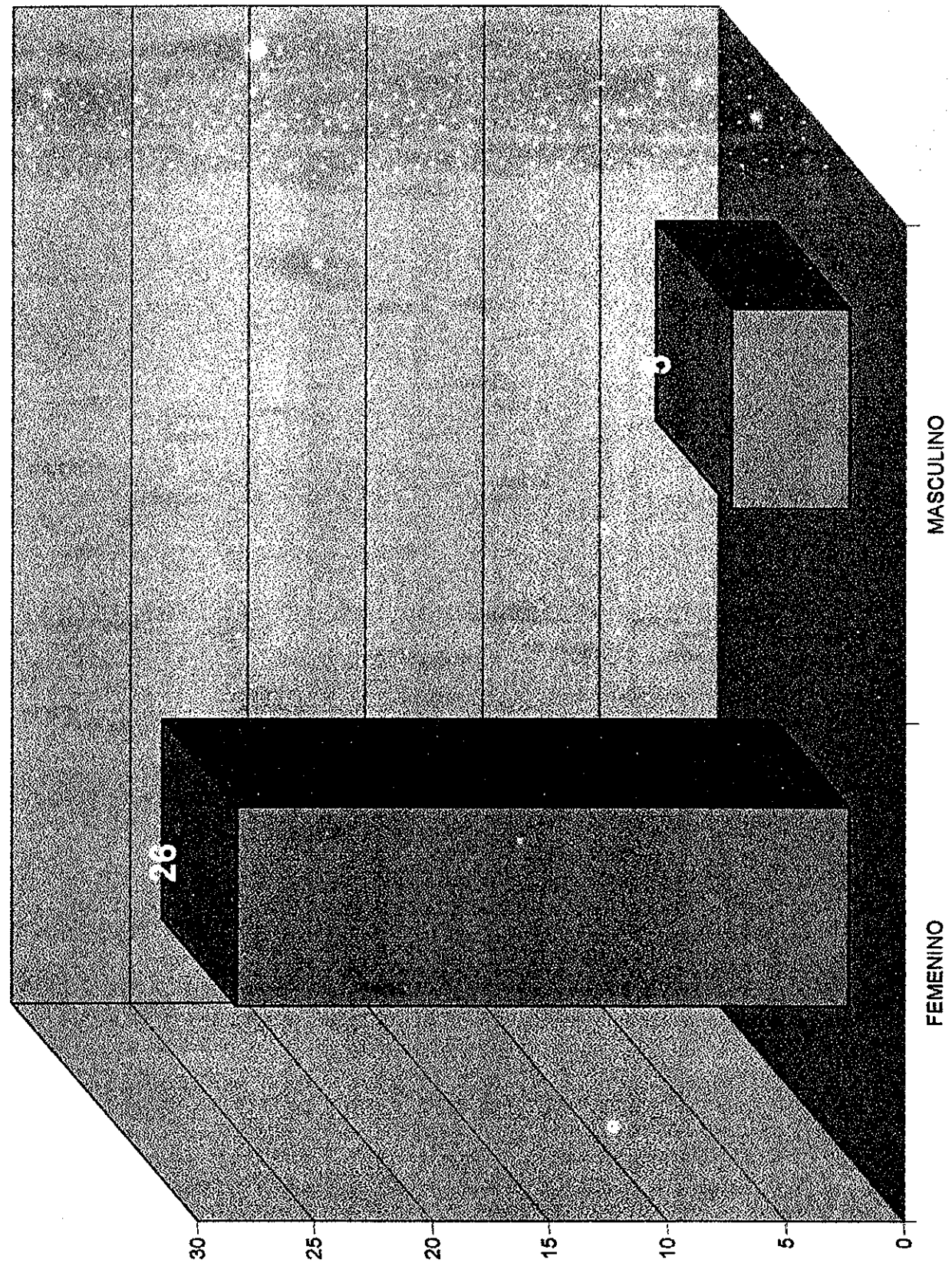
En el tercer mes de observación solo un paciente presenta seroma de pared. Representa el 3.22% de morbilidad.

En los subsecuentes meses de observación no se encontró complicación.

No obtuvimos recidivas en el período de observación.

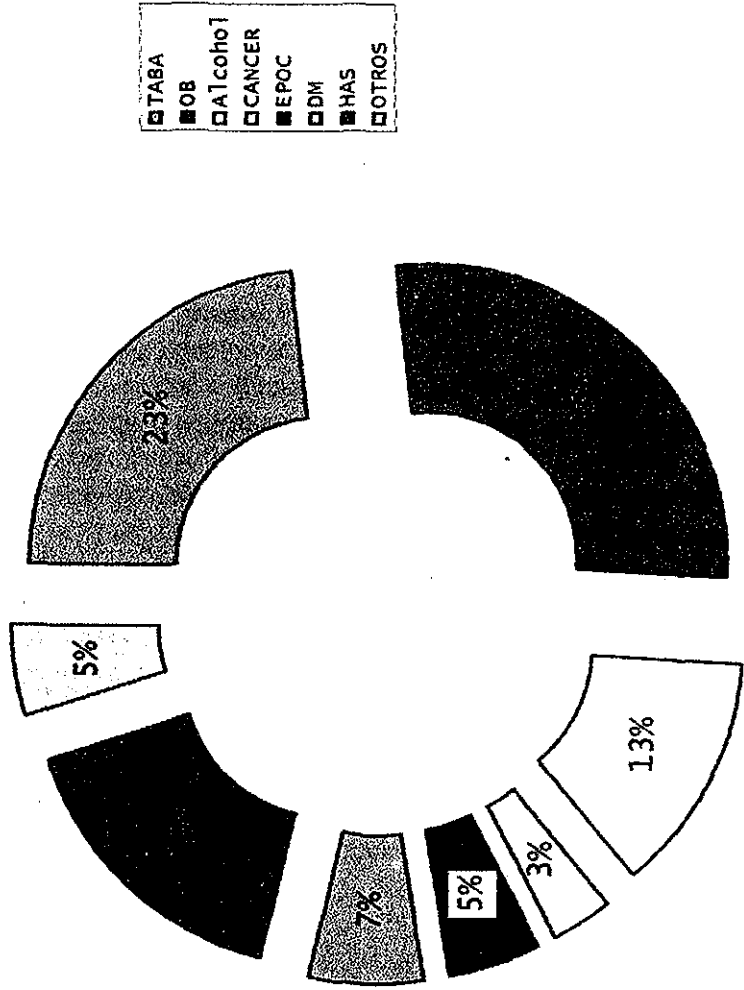
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR SEXO

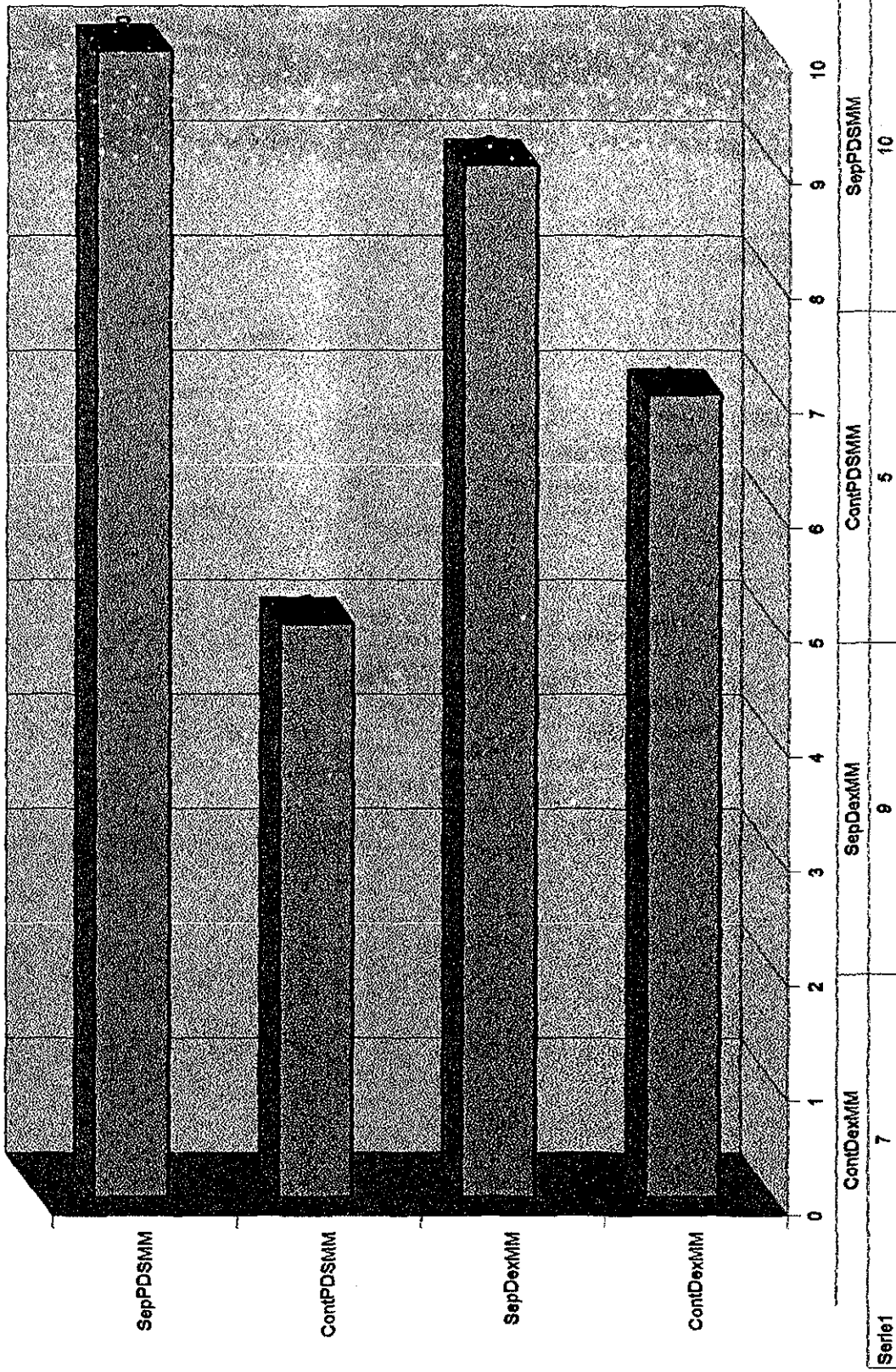


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PATOLOGIAS ASOCIADAS



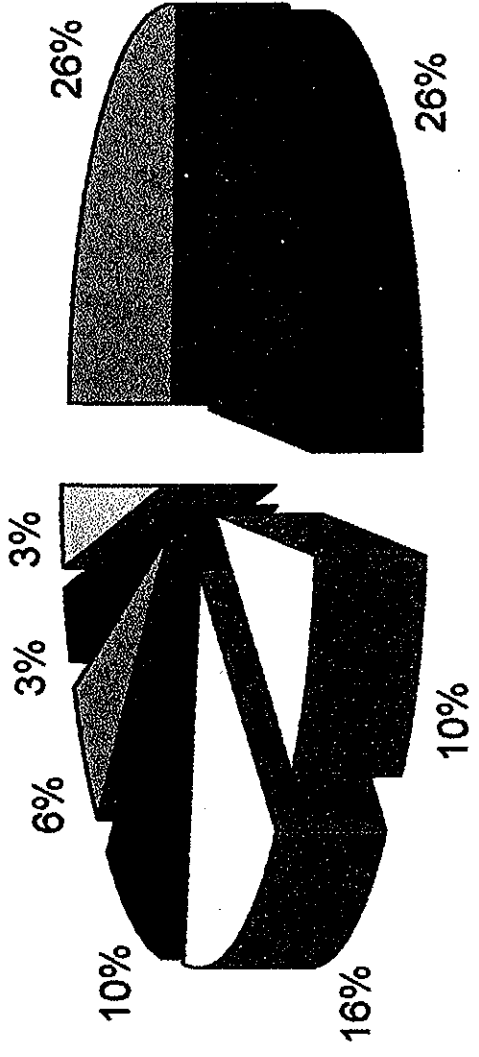
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

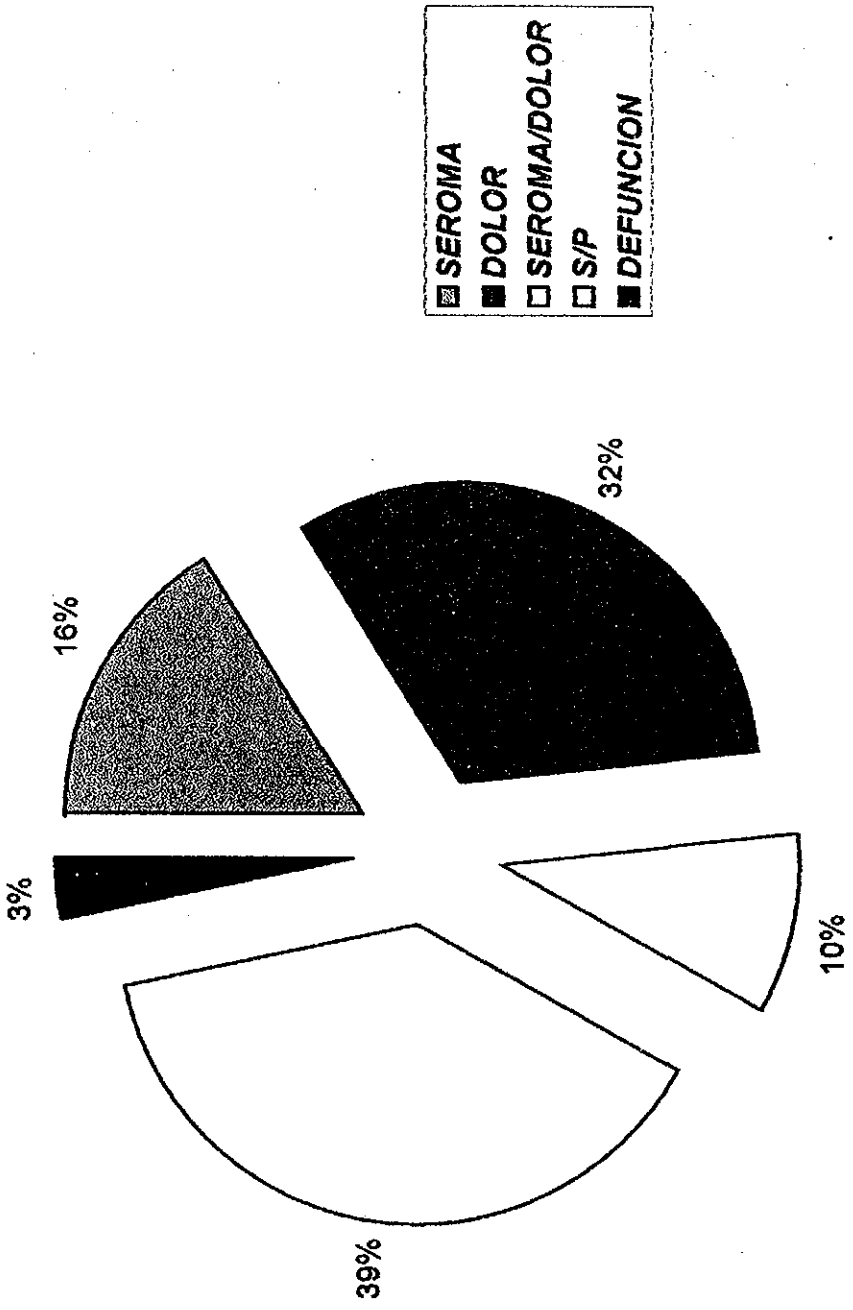
CIRUGIAS ASOCIADAS

- COLECISTECTOMIA
- HISTERECTOMIA
- APENDICECTOMIA
- PLASTIA UMBILICAL
- CESAREA
- LAPE
- HEMICOLECTOMIA
- OTB



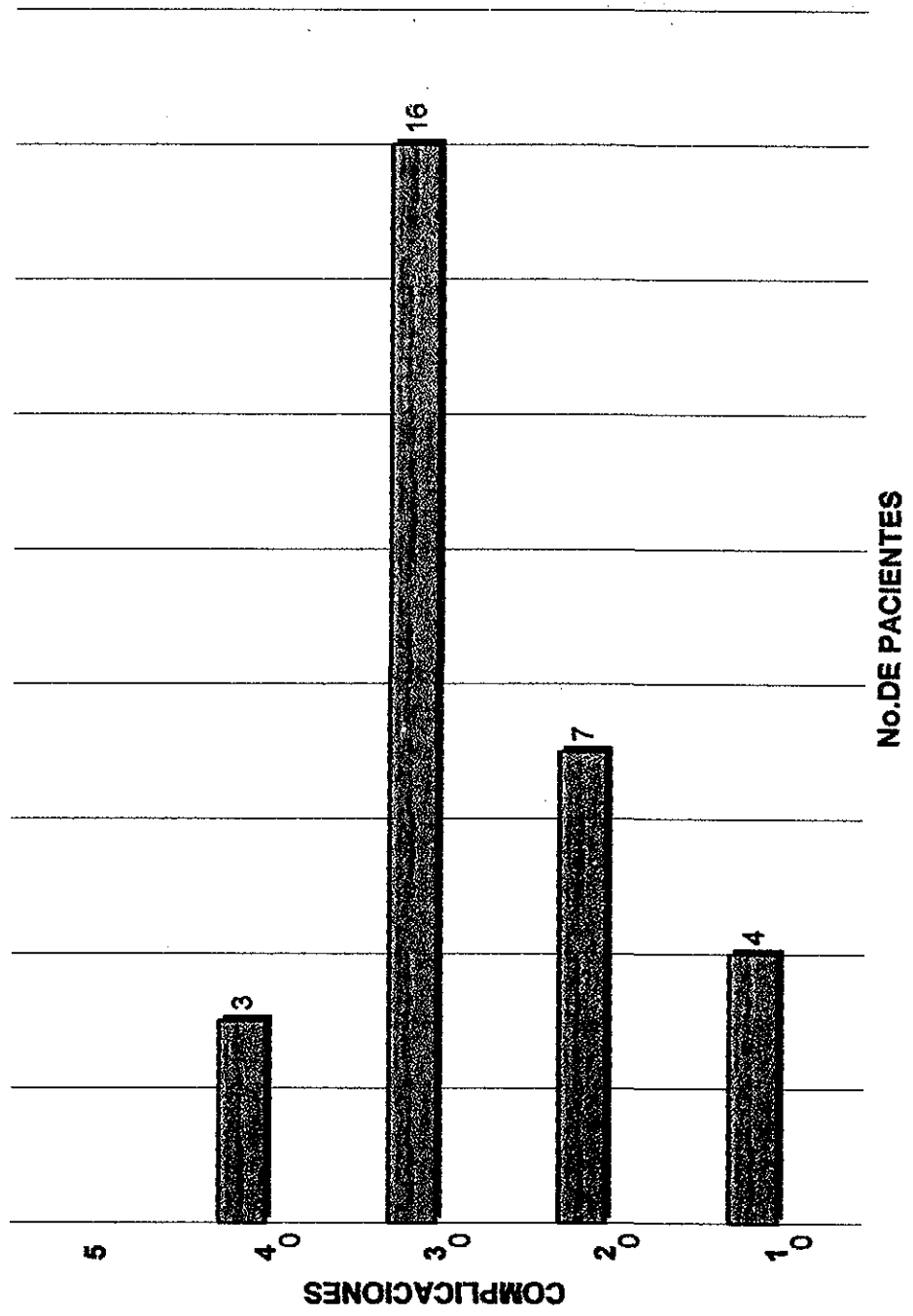
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBSERVACION 10 DIAS



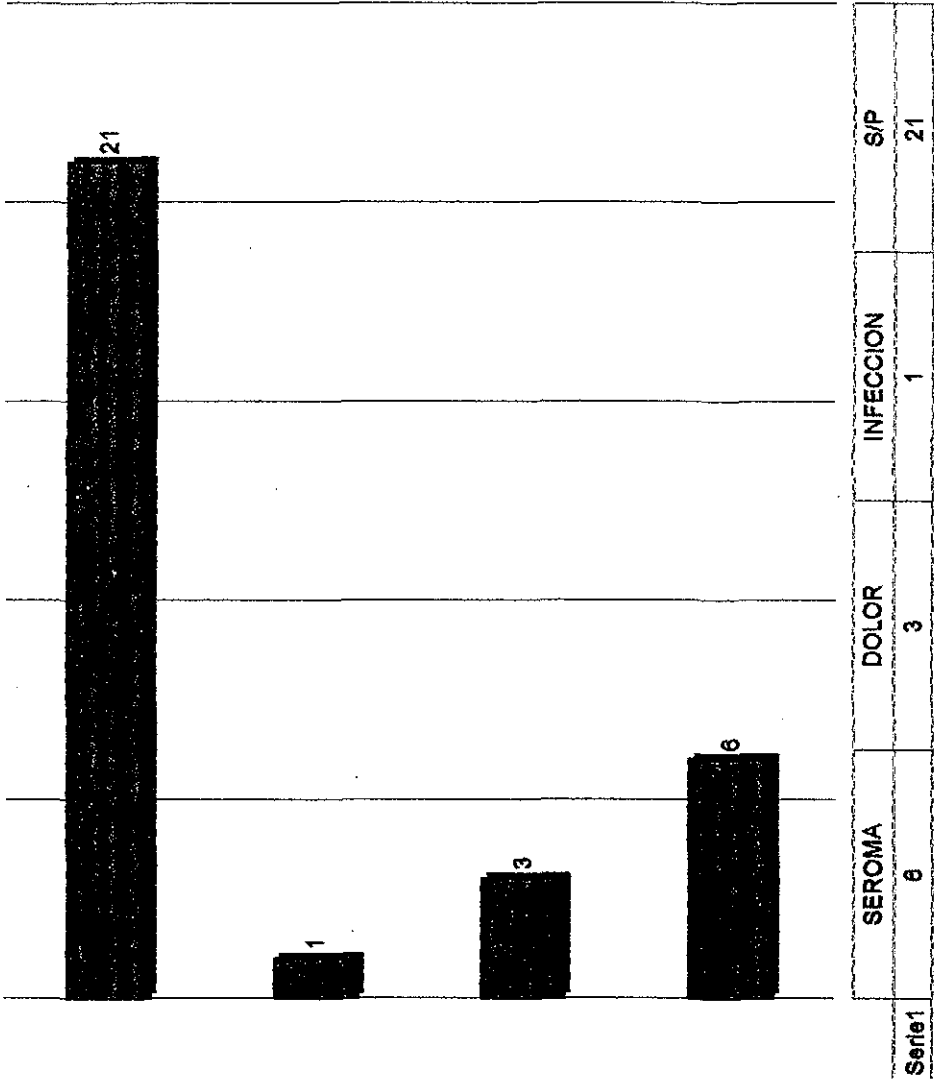
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBSERVACION 1 MES



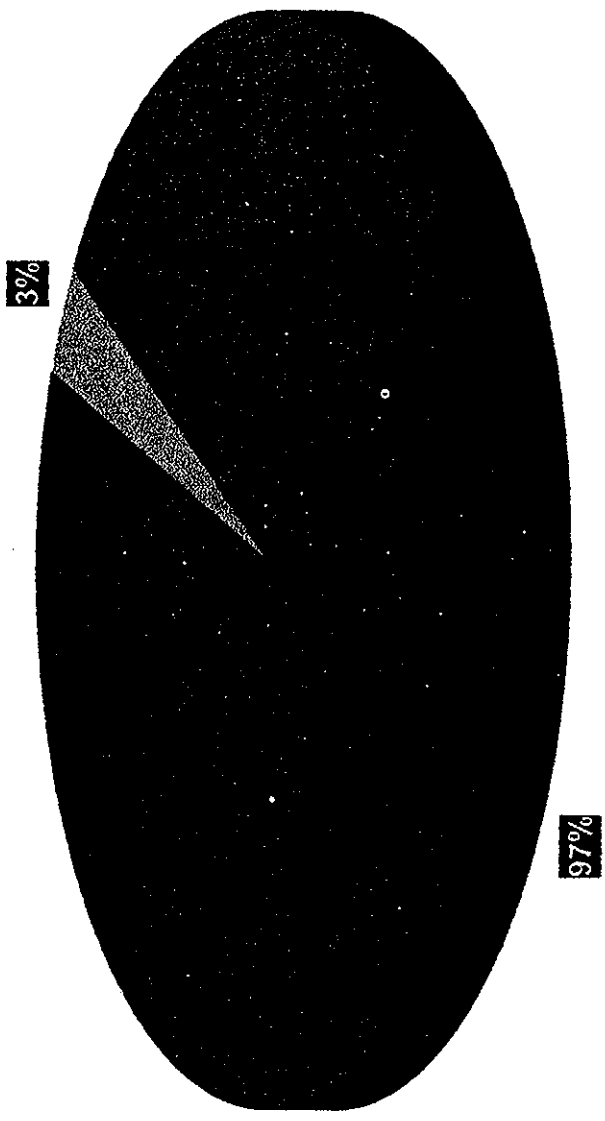
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBSERVACION 2 MES



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBSERVACION 3 MES



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DISCUSIÓN.

La presencia de hernia postincisional es mas frecuente en el sexo femenino, pacientes adultos mayores, y se encuentran asociados con más frecuencia con obesidad y tabaquismo. Encontramos otras patologías asociadas reportadas por otros autores, sin embargo son de menor frecuencia. Problemas restrictivos respiratorios, diabetes mellitus e hipertensión. Sin embargo, debe tomarse en cuenta como factores de riesgo primario la presencia de obesidad y tabaquismo, asociado con el sexo femenino.

Dentro de las cirugías previas que se asocian con el desarrollo de hernia postincisional, la histerectomía y colecistectomía, son las más frecuentes. Más del 60% e los pacientes que presenta hernia postincisional tiene el antecedente de más de una cirugía previa.

En nuestro grupo se presentaron seis pacientes con hernia postincisional recidivante, manejados anteriormente con cierre primario. Este subgrupo nos ayuda a identificar el índice de recidiva cuando usamos malla de marlex en pacientes previamente tratados.

En cuanto a la localización de las hernias postincisionales, se encontró que la frecuencia más alta corresponde a las heridas sobre línea media infraumbilicales. Independientemente de la localización del sitio herniario el manejo es el propuesto

Existe una gran variedad de tamaño en los defectos herniarios el más pequeño es de 2x1 cm y el más grande de 20x15cm, localizados en ZIB y ZIA respectivamente. De todas las hernias manejadas una de ellas tenía compromiso vascular del contenido de saco herniario, con la presencia de estrangulamiento, cuadro que se manejo en forma Urgente.

En la técnica propuesta, el cierre primario se realizó de acuerdo a ala preferencia del cirujano y del material disponible. Se utilizaron dos tipos de material no absorbible y dos tipos de técnicas, continua o puntos separados. La colocación de la malla de marlex se hizo con técnica similar en todos los casos. No encontramos diferencias en el cierre primario ya que el índice de recidiva es de cero y no existe rechazo a material de sutura.

La morbilidad presentada en los primeros 10 días es del 58%, predominando la formación de seroma, dolor, y una combinación de seroma-dolor. La presencia de seroma está relacionado con la presencia de obesidad y tabaquismo. El dolor puede ser manejado con analgésicos no esteroideos y resulto ser independiente del sexo y patologías asociadas.

Durante el periodo de observación se presento una defunción, sin embargo, no es secuencia de la colocación de malla de marlex. Está asociado a estado séptico, diabetes mellitus descompensada y alteraciones respiratorias.

En el primer mes de observación encontramos un porcentaje de morbilidad de 48%, en este periodo se presenta un caso de infección de pared abdominal (3%) y es manejado con drenaje de absceso, antibióticos y antiséptico. Continua predominando los cuadros de seroma y posteriormente el de dolor.

El seroma es manejado con drenaje, cierre por segunda intención y retiro de restos con agua y jabón diario.

Al segundo mes de observación se observa una disminución importante en la morbilidad. 32% continua predominando seroma y dolor, el cuadro de infección persiste.

Al tercer mes encontramos a un paciente con seroma, el cuadro infeccioso en el otro paciente remite y ninguno paciente aqueja dolor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MHPIMMJUAREZJC 23.

En el sexto mes de observación no existe complicación postquirúrgica y no existe la presencia de recidiva.

Encontramos la asociación entre seroma y obesidad, en el desarrollo de hernias postincisionales y en la complicación postquirúrgica, Este tipo de complicaciones puede ser modificadas al disminuir estos factores de riesgo.

CONCLUSIONES.

La técnica quirúrgica: cierre primario y uso de malla de marlex , en el manejo de hernia postincisional es una técnica segura.

El porcentaje de morbilidad en los primeros 10 días del postoperatorio es del 58%.

El porcentaje de mortalidad es de cero.

El índice de recidiva de las hernias es de cero.

La colocación de malla de marlex con un margen de 5 cm perilesional no produce restricción de los movimientos respiratorios y abdominales.

No se presentó rechazo a la malla de polipropileno.

No se formaron fistulas con la colocación de malla de polipropileno.

El índice de infección es del 3%, y se asocia a la presencia de seroma.

Existe una asociación entre obesidad, tabaquismo y sexo femenino en el desarrollo de seromas

El manejo del dolor postquirúrgico es controlado con analgésicos no esteroideos.

La calidad de vida postquirúrgica de los pacientes es buena.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MHPIMMJUAREZJC 23.

En el sexto mes de observación no existe complicación postquirurgica y no existe la presencia de recidiva.

Encontramos la asociación entre seroma y obesidad, en el desarrollo de hernias postincisionales y en la complicación postquirurgica, Este tipo de complicaciones puede ser modificadas al disminuir estos factores de riesgo.

CONCLUSIONES.

La técnica quirúrgica: cierre primario y uso de malla de marlex , en el manejo de hernia postincisional es una técnica segura.

El porcentaje de morbilidad en los primeros 10 días del postoperatorio es del 58%.

El porcentaje de mortalidad es de cero.

El índice de recidiva de las hernias es de cero.

La colocación de malla de marlex con un margen de 5 cm perilesional no produce restricción de los movimientos respiratorios y abdominales.

No se presentó rechazo a la malla de polipropileno.

No se formaron fistulas con la colocación de malla de polipropileno.

El índice de infección es del 3%, y se asocia a la presencia de seroma.

Existe una asociación entre obesidad, tabaquismo y sexo femenino en el desarrollo de seromas

El manejo del dolor postquirúrgico es controlado con analgésicos no esteroideos.

La calidad de vida postquirurgica de los pacientes es buena.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Stephen J. Mathes, Steinwald P., William R., Hoffman Y. Complex Abdominal Wall Reconstruction: A Comparison of Flap and Mesh Closure. Ann Surg 2000, 232-4.
- 2-Luidjendij RW,Hop WCJ, van den Tol MP, de Lange DCD, Braaksma MMJ,Ijzermans JNM, Boeljouwer RU, de Vries BC, Salu MKM. A comparison of suture repair for incisional hernia.N Engl J Med 2000: 343:392-398
- 3.-Leber GE, Garb JL.,Alexander AI,Redd WP.Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. Arch Surg 1998;133:378-382.
- 4.-Langer C etal. Standarized sublay technique in polypropylen mesh repair of incisional hernia. A prospective clinical study. Chirurg 2002;72:8, 953-7.
- 5.-Langer C etal. Control mesh recurrence after incisional hernia repair with marlex.- are the meshes strong enough?. Hernia 2001; 5(3): 164-7.
- 6.-Boerm L.etal. Differencies between nur and dermal cultivated fibroblast abdominal incision wound herniation. Plast Reconstr Surg 1999; 104 (5) 1397-405.
- 7.- Urigrand NW et al. Intraperitoneal polypropylene mesh repair of incisional hernia is not asociated with enterocutaneos fistula Br-J Surg 2000; 87(3) 348-52.
- 8.-Paul A,Korenkov M, Peters S, Kohlor L, Fisher S, Troidl H. Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias. Eur J Surg 1998; 164: 361-367.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

9.-Violes CR et al. The use an underlay polypropylene mesh in complicated incisional hernia sucessful French surgical technique. Ann Surg 2000:34: 234-40.

10.-Korenkov et al Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh or autodermal hernioplasty for incisional hernia. Br J Surg 2002:89:50-6.

11.- Matapurker BG et al. Regeneration of abdominal wall aponeurosis: new dimension in Marlex peritoneal sandwich repair of incisional hernia. Br J Surg 2001: 90(2): 54-59.

12.- Sommer T. Etal. Surgical mesh implantation in incisional hernia. A historical follow up study. Ugeskr Laeger 2000: 162(39): 209-11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN