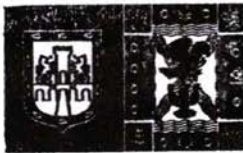


11209



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION

EN CIRUGIA GENERAL

**“ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE MALLA
PROTESICA EN HERNIA INGUINAL CON TECNICA
PREPERITONEAL CONTRA LA TECNICA DE McVAY”**

TRABAJO DE INVESTIGACION

C L I N I C A

P R E S E N T A D O P O R

DR. PAULO CESAR DIAZ ALANIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

E S P E C I A L I S T A E N

C I R U G I A G E N E R A L

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO JAVIER JUAREZ DELGADO

2004

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE MALLA PROTÉSICA EN HERNIA
INGUINAL CON TÉCNICA PREPERITONEAL CONTRA LA TÉCNICA DE
McVay

AUTOR: PAULO CÉSAR DÍAZ ALANIS



Vo. Bo.
DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

Vo. Bo.
DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ





DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE MALLA PROTÉSICA EN HERNIA
INGUINAL CON TÉCNICA PREPERITONEAL CONTRA LA TÉCNICA DE
McVAY

AUTOR: PAULO CÉSAR DÍAZ ALANIS

Vo. Bo.
DR. FRANCISCO JAVIER JUÁREZ DELGADO



DIRECTOR DE TESIS
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL TICOMÁN
SSDF

A mis padres Ángel y Margarita, por su apoyo incondicional en todo momento y su sacrificio para hacer de mí una persona de provecho.

A mis hermanos Líz, Juan, Lupita y Ángel, por estar conmigo en los momentos más difíciles de la residencia médica.

A todos mis maestros por sus enseñanzas otorgadas sin pedir nada a cambio para hacer de mí un mejor médico.

A mi esposa Carmen y mi hija Paola, quienes han sido y serán mi mayor motivo para salir adelante y triunfar.

Por todo lo anterior, a Dios gracias.

INDICE

RESUMEN	x
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSION	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
ANEXOS	15

RESUMEN

La hernia inguinal es una patología que afecta aproximadamente al 3-4% de la población, y que requiere de manejo quirúrgico. A través de los años, se han descrito diferentes técnicas para su reparación y, desde el siglo XIX se han descrito a las mallas protésicas como alternativa para reparar el defecto de pared y ofrecer mayores beneficios a los pacientes.

En los últimos treinta años se han utilizado diversos materiales protésicos para la reparación de hernia inguinal, siendo el polipropileno uno de los materiales más utilizados por las ventajas que ofrece. En el presente trabajo se hace una comparación del uso de malla protésica en hernia inguinal contra una de las técnicas convencionales: tipo McVay, para estudiar la respuesta posoperatoria en cuanto a la posibilidad de presentar menos recidivas y una reincorporación más pronta a las actividades normales de los pacientes.

En éste trabajo se realizó una revisión de 101 expedientes de pacientes con hernia inguinal pertenecientes al Hospital General Ticomán de la SSDF, en el periodo comprendido entre el 1º de marzo de 2002 al 28 de febrero de 2004, en donde se aplicó la técnica con malla a 58 pacientes (57.43%) y la técnica de McVay a 43 (42.57%), de los cuales 72 fueron pacientes masculino y 29 femeninos, distribuidos por sexo y edad con aplicación de técnica en forma aleatoria.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el promedio de edad fue de 47.45 años, de los pacientes intervenidos, aproximadamente el 75% fueron del sexo masculino, el tipo de hernia predominante fue del lado derecho (50-60%) siendo el 70% directas.

La frecuencia de recidiva con la utilización de malla protésica fue de 1.72 % en nueve meses y con la técnica de McVay fue del 6.97% a 3 meses.

El tiempo de recuperación para los pacientes con aplicación de malla fue de 10.13 días con una DS de 2.74, y con técnica de McVay fue de 16.41 días, con una DS de 4.80.

Se concluyó que la aplicación de la malla protésica en hernia inguinal ofrece menor posibilidad de recidiva y una reincorporación más pronta a las actividades normales de los pacientes.

INTRODUCCION

La región inguinal es una de las áreas débiles naturales de la pared del abdomen y es el sitio más común de hernia abdominal. Afecta a ambos sexos en todas las edades, pero los hombres tienen una probabilidad 25 veces mayor de presentar hernia inguinal. Las hernias que se forman arriba del pliegue abdominocrural son inguinales y las que surgen abajo del mismo son femorales o crurales. Las hernias inguinales pueden ser directas o indirectas.¹

El saco de una hernia indirecta es en realidad un proceso vaginal persistente dilatado. Pasa a través del anillo profundo, se encuentra dentro del cordón espermático y sigue el trayecto indirecto del mismo al escroto. En el anillo profundo el saco ocupa el lado anteroexterno del cordón. Los sacos de una hernia inguinal directa se originan a través del piso del conducto inguinal, es decir, el triángulo de Hesselbach (delimitado por los vasos epigástricos inferiores, el borde externo de los músculos rectos del abdomen y el ligamento inguinal); salen directamente y los reprime la aponeurosis del músculo oblicuo mayor.¹

El saco de una hernia inguinal directa sale directo hacia afuera y adelante. Con frecuencia no es posible diferenciarlas clínicamente, y tiene poca importancia, ya que la reparación es con la misma operación. En los varones, las hernias indirectas rebasan a las directas en proporción 2:1, en tanto que en mujeres, las hernias directas son raras.¹

La hernia inguinal es un problema frecuente de salud, tiene una incidencia aproximada de 3 a 4% en varones, la cual aumenta con el envejecimiento incrementando la posibilidad de estrangulamiento y necesidad de hospitalización. El 1.3 a 3.0% de las hernias inguinales se complican por estrangulación, la cual se presenta en los extremos de la vida siendo en el anciano un problema quirúrgico grave. La mayoría de las hernias estranguladas es inguinal indirecta, pero la hernia femoral es la que tiene mayor índice de estrangulación de todas, correspondiendo aproximadamente del 5 al 20%.¹

La probabilidad de que una hernia inguinal se estrangule varía con la localización y antigüedad. En el caso de la hernia inguinal, la probabilidad de estrangulación es del 2.8%, después de tres meses de desarrollo y aumenta a 4.5% después de dos años. Para las hernias femorales, es del 22% a los tres meses y de 45% a los 21. Las hernias femorales requieren cirugía urgente. La probabilidad de estrangulación, tanto en hernias inguinales como femorales, es mayor durante los primeros tres meses, lo que sugiere que los pacientes con una hernia de reciente aparición deben referirse con urgencia al cirujano.^{1, 2, 3, 4, 5}

Es a finales del siglo XIX, en la llamada cirugía moderna anatómica de hernia en donde uno de los principales personajes es Bassini, cuando las recurrencias se convierten en el mayor problema del cirujano; aún con la poca o extensa experiencia que poseía, esta complicación era motivo de frustración, por ello, surge la idea en forma generalizada de la necesidad de aplicación de un biomaterial protésico para poder reforzar defectos naturales y no naturales no solo de hernias inguinales, sino de cualquier defecto de la pared abdominal y pared torácica.^{6, 7, 8}

Posteriormente, en la hernioplastia del ligamento de Cooper, se reparan las tres áreas más vulnerables de herniación en el orificio miopectíneo – anillo profundo, triángulo de Hesselbach y conducto crural- y en consecuencia, está indicada en los tres tipos comunes de hernias inguinales. A partir de sus estudios anatómicos, McVay concluyó (1942) que la estructura propiamente dicha a la cual debería suturarse la aponeurosis del músculo transverso del abdomen era el ligamento iliopectíneo de Cooper, en donde se inserta normalmente, y no al ligamento inguinal. En la reparación de McVay se sutura el arco aponeurótico transverso al ligamento de Cooper en la línea media y a la vaina femoral afuera (punto de transición), agregando una incisión de relajamiento en la vaina anterior del recto, presentando una menor recidiva que la técnica de Bassini.¹

Con el tiempo y con la aplicación de varias técnicas de tejido homólogo y heterólogo, en donde la finalidad era proporcionar una matriz adecuada para la proliferación de fibroblastos huéspedes. Se obtuvieron buenos resultados, sin embargo, no faltaron los problemas asociados con la reacción del huésped y el rechazo, de ahí la esperanza de aplicar material protésico sintético para evitar las objeciones que se tienen con la utilización de tejidos autólogos, homólogos y heterólogos.⁸

Se ha utilizado una extensa variedad de materiales protésicos para la reparación de hernias, por ejemplo, Phelps, antes de iniciar el siglo XX, utiliza filigranas de plata (alambre de plata), colocada en una hernia inguinal esperando la respuesta inflamatoria por reacción de cuerpo extraño, lo que daría lugar a una fibrosis intensa para el reforzamiento de la reparación de la hernia; ésta se considera la primera "malla" utilizada para reparación de hernia.; cayó en desuso, debido al importante dolor y poca elasticidad, formación de fístulas y mayor posibilidad de infección. Para 1940, se utilizan

las gasas de tantalio, material de gran fuerza tensil, ductilidad y maleabilidad; cuando se pensaba en los excelentes resultados, estudios demostraron la posterior fragmentación y malestar para el paciente, problemas de adherencias firmes a intestino y la casi imposibilidad para su retiro⁶

El uso de acero inoxidable trajo consigo buenos resultados, ya que tenía las características de los materiales mencionados pero además tenía resistencia y durabilidad excelentes, con poca recurrencia y malestar para el paciente, aún así, en la época moderna no es bien aceptado el uso de prótesis metálicas por el advenimiento de biomateriales sintéticos y a esto se suma el auge de la IRM, que está contraindicada en pacientes que cuentan con implantes metálicos.⁸

Posteriormente se integran nuevos materiales protésicos sintéticos no metálicos como el polivinilo y nylon, los cuales, a pesar de los buenos resultados, no son bien aceptados por los cirujanos, ya que, el primero era pobremente tolerado por el organismo, y en el segundo, la infiltración de tejido fibroso no fue activa, perdía su potencia tensil. El uso de silastic tuvo respuesta favorable para hernias ventrales en pacientes pediátricos, sin embargo no se utiliza en la reparación de hernias inguinales debido a la pobre reacción inflamatoria que produce.

Entre 1969 y 1979 el uso del teflón (politetrafluoroetileno o PTFE) permitió algunos buenos resultados, pero no se incorpora en los tejidos corporales, no tolera la infección, y tiene una tasa de complicaciones de la herida muy alta. Al utilizar fibra de carbono se obtiene una buena respuesta, sin embargo no se cuenta con estudios sobre los resultados a largo plazo.

Después, y aunque se describen aplicaciones desde 1950, el uso de mallas con material de poliéster (mersilene), toma un gran auge, sobre todo en la técnica de aplicación preperitoneal, además de excelentes resultados en hernias de pared gigantes, principalmente debido a su adaptabilidad, flexibilidad y tolerancia en los tejidos y a la infección, por ello, es la primera malla no metálica popular resistente a la prueba del tiempo; pero, aunque se sigue utilizando, su uso se ha visto superado por la malla de polipropileno (marlex)^{7,8,9} ya que es más flexible, y se puede insertar fácilmente en un defecto de cualquier tamaño, presenta además poca reacción de cuerpo extraño y tiene una alta resistencia tensil, es impermeable al agua, es muy resistente a sustancias químicas pudiendo ser esterilizada por medio de la ebullición sin sufrir ablandamiento.⁸

En 1963, Usher es quien introduce la malla tejida de fibra de monofilamento de polipropileno, la cual es la que se utiliza actualmente. Martin y colaboradores describen en 1982 la utilización de malla de polipropileno en hernia inguinal (cirugía primaria de hernia); en 1987 Bendavid crea la prótesis de polipropileno en forma de sombrilla para el tratamiento de hernia femoral; un año después Nyhus describe la aplicación de éste material en hernia inguinal recurrente realizando una reparación hística primaria preperitoneal del defecto con aplicación de un refuerzo de malla de polipropileno colocado también en la parte posterior.⁸

En 1989, en una publicación de The American Journal of Surgery, se describe que la reparación de hernias inguinales directas con técnicas convencionales debe ser abandonada, que "el concepto biológicamente moderno para la reparación de hernia inguinal adquirida durante la vida adulta es la aplicación de un parche, el evitar la tensión y el empleo de anestesia local", en dicha revista Lichtenstein describe un estudio en 1000

pacientes con la reparación primaria de hernia inguinal, con una reparación libre de tensión con la aplicación de un puente al piso de la hernia con malla protésica refiriendo la no presencia de infección ni recidiva en el lapso de uno a cinco años.¹³

Para 1995, Rutkow publica 2700 reparaciones de hernia inguinal con la utilización de tapón de polipropileno con mínimas tasas de recidiva y morbilidad, por las descripciones anteriores, es claro e inobjetable que la malla protésica de polipropileno, sea la más popular y disponible en la actualidad para implantación quirúrgica, su uso está descrito desde hace aproximadamente 40 años, y ha sido el tiempo el que ha mantenido a este material como una de las mejores opciones para plastia inguinal y de pared.

También existe otro material que tal vez sea aún mejor que el polipropileno, poliéster y otros materiales protésicos: el politetrafluoroetileno expandido (ePTFE), también conocido como Gore Tex, material ya descrito previamente el cual no daba buenos resultados en su forma de polímero fluorado; es Gore quien refina la técnica de expansión del PTFE produciendo una estructura muy uniforme, de poro fibroso continuo presentando una resistencia mecánica mejorada, siendo inerte en los tejidos con escasa inflamación de respuesta de cuerpo extraño, con variantes en la porosidad de las mallas para impedir las adherencias viscerales (expuesta a la capa peritoneal) y también para permitir la incorporación de tejido del huésped, sin embargo, su uso no alcanza más de veinte años desde que empezó a utilizarse, por lo que los datos a largo plazo apenas comienzan a investigarse. Existen otros materiales como el ácido poliglicólico y la poliglactina 910 que no han tenido la aceptación deseada debido a que son mallas absorbibles, siendo inadecuadas para la reparación permanente de defectos de pared.⁸⁻¹³

Falta página

N° 7

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio comparativo, retrospectivo, descriptivo, transversal; en el cual, para su realización, se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron al Hospital General Ticomán de la SSDF, con diagnóstico de hernia inguinal y programados para plastía inguinal a través de la consulta externa, en el lapso comprendido entre el 1° de marzo de 2002 al 28 de febrero de 2004.

Con una distribución al azar, agrupados por edad y sexo, se realizaron dos técnicas de plastía inguinal: tipo McVay y abordaje preperitoneal con aplicación de malla protésica, estudiándose un total de 101 expedientes, de los cuales, 72 (71.29%) pertenecieron a pacientes del sexo masculino y 29 (28.71%) al femenino.

Los criterios para poder realizar el estudio incluyen expediente completo y cirugía programada de hernia inguinal, excluyendo pacientes pediátricos y hernia complicada (urgencia quirúrgica).

Del expediente se obtuvo sexo, edad, peso y talla, nivel socioeconómico, así como resultados posoperatorios: días de estancia hospitalaria, tipo de cirugía, hallazgos, días de recuperación, complicaciones y recidiva.

La técnica de abordaje preperitoneal fue realizada con malla protésica de polipropileno.

Para adquirir la información se utilizó una cédula para obtención de datos elaborada ex profeso para el estudio (cuadro 1), la recolección, selección y

recuento de información con elaboración de base de datos del sistema operativo excel .

Para el análisis estadístico se empleó chi cuadrada, desviación estándar, rango, porcentaje, moda, media y mediana (estadística descriptiva) y t Student y chi cuadrada (estadística analítica).

RESULTADOS

En el periodo comprendido en el estudio, se obtuvieron 215 expedientes, de los cuales solamente se utilizaron 101 debido a que el resto presentaba información insuficiente o no se pudo dar seguimiento a los pacientes; de ellos, 72 fueron de pacientes masculinos (71.29%) y 29 de pacientes femeninos (28.71%).

Del total de pacientes se obtuvo una edad promedio de 47.45 años, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 93 años.

A 58 pacientes se les realizó la técnica de abordaje preperitoneal con aplicación de malla protésica, siendo 40 (68.96%) del sexo masculino y 18 (31.04%) del sexo femenino.

Los pacientes intervenidos con técnica de McVay fueron 43, 32 (74.42%) del sexo masculino y 11 (25.58%) del sexo femenino.

El nivel socioeconómico fue medio en 72 personas (71.28%), alto en 6 personas (5.95%) y bajo en 23 personas (22.77%).

De los pacientes intervenidos con aplicación de malla protésica, 23 (39.65%) presentaban peso normal, 22 (37.93%) sobrepeso y 13 (22.42%) obesidad.

En los pacientes operados con técnica de McVay, 19 (44.18%) presentaron peso normal, 14 (32.55%) sobrepeso y 10 (23.27%) obesidad.

El oficio predominante fue comerciante, con 24 pacientes (23.76%) al igual que la actividad de ama de casa con el mismo número de personas.

En cuanto al diagnóstico, se observó que los pacientes a los cuales se les aplicó la malla, 32 presentaban hernia inguinal derecha, 18 izquierda y 8 bilateral (55.17, 31.03 y 13.80% respectivamente).

En los pacientes en los cuales se aplicó la técnica de McVay, 26 presentaban hernia inguinal derecha, 16 izquierda y 1 bilateral (60.46, 37.20 y 2.32% respectivamente).

En los hallazgos, se identificó que 69 pacientes (68.32%) presentaban hernia inguinal directa y las 32 restantes (31.68%) hernia inguinal indirecta.

Dentro de las complicaciones, en los pacientes operados con aplicación de malla, el 3.44% presentaron seromas, y el 1.7% presentó infección de la herida quirúrgica.

En los pacientes operados con técnica de McVay, el 4.6% presentó seromas, el 2.3% presentó infección y el 2.3% hematoma.

El porcentaje de recidiva para la técnica con malla protésica fue del 1.72% y con técnica de McVay 6.97%.

El tiempo de recuperación para los pacientes con aplicación de malla tuvo un promedio de 10.13 días con una DS de 2.74, y con la técnica de McVay fueron 16.41 días con una DS de 4.80.

DISCUSION

En el presente estudio se observó que los pacientes tienen mejores resultados posoperatorios al utilizar cirugía primaria de hernia inguinal con aplicación de malla protésica, como son: menor frecuencia de recidiva y una reincorporación más pronta a las actividades normales de los pacientes, a diferencia de una de las técnicas convencionales más representativas como es la técnica de McVay, disminuyendo así costos en días de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad aunado a las posibles intervenciones quirúrgicas por recidiva.

Es una técnica que se puede realizar en cualquier hospital y que debería emplearse con mayor frecuencia en nuestros hospitales; además, el material protésico tiene una gran accesibilidad en cuanto a disponibilidad y costo ⁷⁻¹¹

No hubo significancia estadística con referencia a otros autores, en cuanto a una posible diferencia en la frecuencia de recidiva y tiempo de recuperación. ⁸⁻¹⁶ Por lo anterior, es recomendable utilizar técnicas quirúrgicas con utilización de malla protésica en cirugía primaria de hernia inguinal en hospitales de nuestra institución, tomando en cuenta que la mayoría de los pacientes se encuentra en un nivel socioeconómico medio pudiendo tener al alcance la adquisición de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schwartz. **Principios de Cirugía**. Séptima edición, editorial McGraw-Hill-Interamericana, México 2000, vol II: 1689-714.
2. Nyhus. **Mastery of Surgery**. Editorial Médica Panamericana, México 1989, tomo 2: 1655-1725.
3. Shackelford. **Cirugía del Aparato Digestivo**. Tercera edición, editorial Médica Panamericana, México 1993, tomo V: 103-179.
4. Asociación Mexicana de Cirugía General Consejo Mexicano de Cirugía General. **Tratado de Cirugía General**. Editorial El Manual Moderno, México 2003: 255-262.
5. Washington. **Manual de Cirugía**. Segunda edición editorial Marban, México 2002:460-8.
6. Sabiston. **Tratado de Patología Quirúrgica**. Decimosexta edición, editorial McGraw-Hill, México 2001 vol. I: 898-912.
7. Skandalakis. **Hernias**. Editorial McGraw-Hill-Interamericana, México 1992: 54-146.
8. Rutkow Ira M. **Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica**. Cirugía de Hernia Inguinal. Editorial McGraw-Hill-Interamericana, México 1998:919-1084.

9. Murphy John. Use of the prolene hernia sistem for inguinal hernia repair: retrospective, comparative time analisis versus other inguinal hernia repair systems. **The American Surgeon**. 2001: N 10, VOL 67,oct, p 919-22.
10. Athanasakis Elias. Surgical repair of inguinal hernia: tension free technique with prosthetic materials (Gore-Tex Mycro Mesh Expanded Politerafluoroethylene). **The American Surgeon**. 2000: N 8 V 66, aug, 728-31.
11. Gianneta E. anterior tension-free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia: a 7-year experience in a teaching hospital. **Annals of Surgery**. 231 (1), : 132-6, 2000 jan.
12. Pesanelli Nelly. Occupational rehabilitation following open mesh surgical repair o fan inguinal hernia. **Physical Therapy**. 2003 N 1, v 83 jan, 58-66.
13. Post. S. et. al. Randomised clinical trial of lighthweigth composite mesh for lichtenstein inguinal hernia repair. **British Journal of Surgery**, jan 2004; 91: 44-48.
14. Keith W. Millikan; Brice Cummings; Alexander Doolas. The millikan modified mesh-plug hernioplasty. **Arch surgery** , may 2003, 138 : 525-530.
15. Moormas Matthew I; Phillip; Price; Migrating mesh plug: complication of a well-established hernia repair technique. **The American surgeon** , april 2004, 70, 4: 298.
16. Dovek M.; G. Smith A. Oshowo ; D. I. Stoker; J. M. Wellwood. Propective randomised controlled trial of laparoscopic versus open inguinal. **British medical journal**. May 10, 2003, 326, 7397: 1012.

CUADRO 1

A. No. expediente:

B. Edad:

C. Sexo: M (1) F (2)

D. Peso:

E. Talla:

F. Oficio:

1) comerciante, 2) obrero, 3) albañil, 4) ama de casa, 5) profesionista,
6) chofer, 7) otro (especificar) _____

G. Nivel socioeconómico: 1) bajo 2) medio 3) alto

H. Diagnóstico:

1) hernia inguinal derecha

2) hernia inguinal izquierda

3) hernia inguinal bilateral

I. Fecha de cirugía:

J. Técnica quirúrgica:

1) plastia inguinal con técnica preperitoneal con malla

2) plastia inguinal tipo McVay

K. Hallazgos:

1) directa

2) indirecta

3) mixta

L. Fecha de egreso:

M. Tiempo de recuperación:

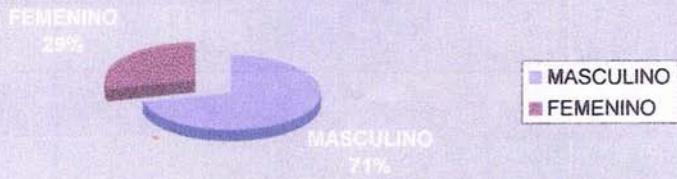
N. Complicaciones: 1) rechazo, 2) infección, 3) hematoma, 4) seroma,

5) otro (especificar) _____

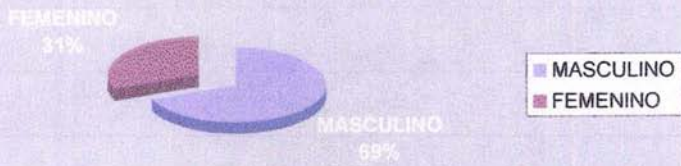
O. Recidiva: SI (1) NO (2)

P. COMENTARIOS:

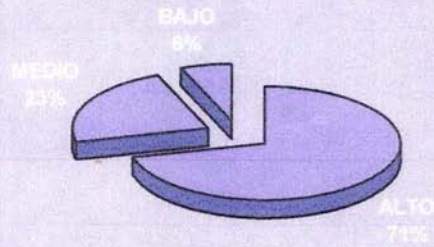
FRECUENCIA DE HERNIA POR SEXO



TECNICA PREPERITONEAL



NIVEL SOCIOECONOMICO



FRECUENCIA POR LOCALIZACION



