

11209
54
24

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

" HERNIA INGUINAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.

ESTUDIO PROSPECTIVO EN ETAPA III "

TESIS

DE

POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA :

DR. GERARDO RAFAEL MANUELL LEE

ASESOR DE TESIS :

DR. RAMON VAZQUEZ ORTEGA

FALLA DE ORIGEN

1990



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.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	10
FECHA DE INICIO Y TERMINACION.....	12
AREA DE INVESTIGACION.....	12
TIPO DE INVESTIGACION.....	12
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
DEFINICION DEL UNIVERSO.....	13
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	14
ALGORITMO.....	14
ETAPAS DE ESTUDIO.....	15
ANALISIS DE RESULTADOS.....	16
RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES.....	36
COMENTARIOS.....	44
ANEXO.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	47

INTRODUCCION

Antecedentes:

Se reporta que la frecuencia de los distintos tipos de Hernia en la población general es desde el 3 al 20% y de éstos el 90% corresponden a Hernias Inguinales (1).

Entre las operaciones de Cirugía General, la Hernioplastia sigue siendo una de las más frecuentes. Según los datos del American College of Surgeons en 1989 se practicaron 537,000 plastias inguinales. No conocemos cifras similares para nuestro país, pero en el Hospital General de México, la cirugía de la pared abdominal representó el 26.27% del total de las operaciones y de este porcentaje el 36.72% correspondió a plastia inguinal.

El tratamiento moderno de la Hernia Inguinal se inicia con el trabajo de Eduardo Bassini, cirujano italiano que describe en 1890, su técnica anatómica y publica un trabajo con 262 operaciones en la revista alemana "Archiv für Klinische Chirurgie", la técnica de Bassini es la técnica básica y se puede afirmar, que todas las demás son variantes de ésta (34). A lo largo del tiempo han ido surgiendo diversas controversias. Los norteamericanos impulsan la idea de que un tal Marcy en 1871 publicó dos casos de plastia inguinal tratadas con éxito en 1871, con una técnica poco clara. La serie de Bassini tuvo una recurrencia de 2.7%, que hasta la fecha pertenece como una de las mejores (3). El alemán Wolfier usó la incisión relajante anterior en 1892 Tanner y MacVay en 1962 enfatizan el valor de dicha incisión relajante, para disminuir el peligro de las recibidas (5,12). En Europa, los cirujanos alemanes plantean el uso de materiales de refuerzo en los casos de recurrencia, como los injertos de piel y los de fascia lata. En la década de los cincuentas se introducen las mallas de alambre de Tantalio (surgalcid) y posteriormente los materiales plásticos (8, 9, 10, 14). Shouldice en Toronto, Canadá, funda una clínica dedicada totalmente a la atención de las Hernias. Desarrolla una técnica basada en la de Bassini (34) y presenta una serie de 50,500 casos, reunidos entre 1945 y 1973. La recurrencia reportada por su clínica es de 0.7% y los trabajos procedentes de este lugar son quizá actualmente los de mayor autoridad Internacional (3, 4, 6).

La hernia inguinal se ha operado bajo anestesia general, - raquianestesia, bloqueo peridural y anestesia local. Estos últimos cayeron en el abandono ante la comodidad de disponer de anesthesiologos y camas de hospital. Sin embargo, las presiones económicas actuales han tenido por efecto, que en todas partes resurja el interés por la anestesia local, aunada a la estancia corta intrahospitalaria, con diversos nombres - tales como, cirugía del paciente ambulatorio, cirugía de corta estancia, etc.. Los reportes de Shouldice indican que no hay incremento de recidiva entre los así tratados, ni tampoco cuando el cirujano es de base o residente.

En el presente, la forma de reportar las operaciones en el Hospital General de México es anárquica. En su mayoría los cirujanos reportan como operación realizada, plastía inguinal sin asignarle ninguna técnica o su operación. A veces reportan técnica de Mac Vay, pero lo que realizan es diferente en cada caso porque interpretan de manera diferente en cada caso y de manera distinta los escrito por Mac Vay. Si nos atenemos a los reportes de operación, la técnica más frecuente empleada es la "Plastía", de lo que se desprende que es necesario uniformizar criterios en toda la unidad para poder interpretar adecuadamente lo que se esta haciendo.

Por tanto a pesar del tiempo trascurrido y de la gran frecuencia en nuestra práctica quirúrgica de plastías inguinales, no podemos dar respuesta en el Hospital General de México a numerosas interrogantes, que son importantes no solo desde el punto de vista académico sino desde el punto de vista práctico y económico, tales como las siguientes:

¿ Cuales son las mejores suturas ?, ¿ Qué influencia tiene sobre los casos, el que éstos sean operados por personal de base o por residentes ?,
¿ Es mejor operar bilateralmente en un solo tiempo o en dos tiempos ?,
¿ Qué importancia tiene la edad ?, ¿ Hay diferencia entre los operados con anestesia local o general ?,
¿ Importan las diversas técnicas en el resultado final, Bassini, Mac Vay, Shouldice, etc. ?,
¿ Qué importancia tiene las operaciones simultaneas ?,
¿Cuál es el costo actual por enfermo ?.

FECHA DE INICIO Y TERMINACION

El presente estudio se inició el 10 de marzo de 1989 y se concluyó, para fines de esta tesis parcial el 30 de septiembre de 1989.

AREA DE INVESTIGACION

Clínico Terapéutica

TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es:

- 1) Prospectivo
- 2) Longitudinal
- 3) Observacional
- 4) Descriptivo

DEFINICION DEL PROBLEMA

Durante el año de 1986, se registraron en la computadora, 192 plastías inguinales. De éstas se tomaron al azar 100 registros y se extrajeron del archivo central del hospital. Estos se revisaron cuidadosamente. Se demostró que solo 3 tuvieron seguimiento y ésto porque hubo complicaciones postoperatorias, dos por sépsis y una por residiva. En cuanto a las demás interrogantes, no se encontraron datos adecuados para resolver la incógnita. En base a lo anterior, concluimos que en el presente, no se puede conocer con certeza los resultados que se obtienen en el Hospital General de México, en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal.

HIPOTESIS

Por el número relativamente pequeño de recidivas que se reciben en el Hospital, creemos que las hernioplastias tienen resultados buenos, comparables a los de la literatura internacional. Pero también creemos que este estudio permitirá descubrir muchos errores y causas de recidiva, imputables a nuestros actuales procedimientos. Nos permitirá además, disponer de estadísticas importantes y confiables a nivel internacional y nacional, lo que nos facilitará ofrecer mejores soluciones.

OBJETIVOS

- 1.- Estandarizar la terminología y el contenido de los expedientes clínicos
- 2.- Crear un instrumento fidedigno y práctico para la estadística y el seguimiento de los enfermos post operados de plastía inguinal.
- 3.- Estudiar los resultados y deducir conductas de mejoramiento.
- 4.- Tesis para recibir el título de la especialización en Cirugía General.
- 5.- Publicar en las mejores revistas quirúrgicas, las diversas modalidades del estudio.
- 6.- Colaborar y crear un clima necesario, para que otros médicos del Hospital se interesen en desarrollar procedimientos similares en otras áreas de la Cirugía.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Se incluyeron en el presente estudio todos los enfermos con diversos tipos de hernia inguinal, que fueron operados en forma electiva de plastía inguinal, en la división de Cirugía General del Hospital General de México durante el período comprendido del 1° de marzo de 1989 al 30 de Septiembre de 1989, siendo 166 enfermos. Además se incluyeron en el estudio los 333 enfermos que ya fueron reportados en el período inicial del presente estudio.

dio correspondió a la primera etapa de éste. Se excluyeron del estudio, los enfermos operados de plastía inguinal por una situación de urgencia como encarceración o estrangulamiento.

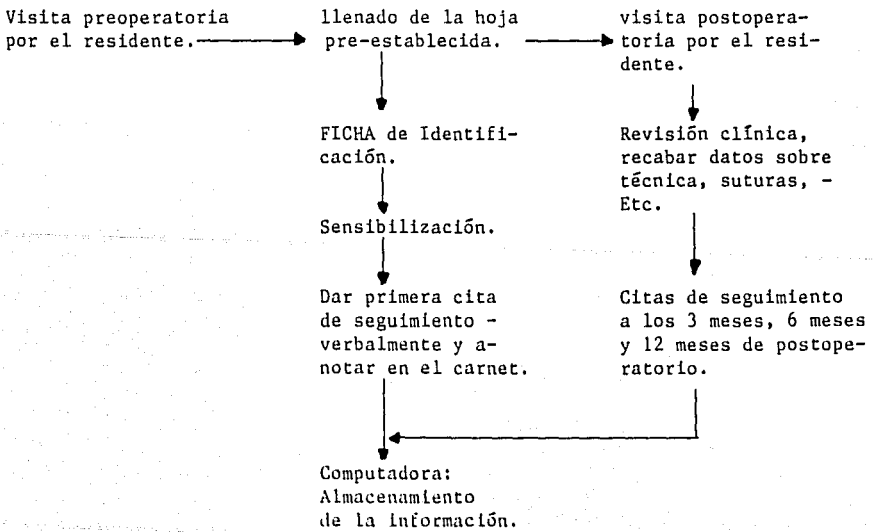
DISEÑO EXPERIMENTA.

En el presente estudio, se formó un grupo abierto de enfermos postope-
rados de plastía inguinal el cuál, se integró de la forma comentada pre-
viamente en la definición del Universo. El procedimiento de integración -
se realizó por los Médicos residentes: Dr. Gerardo Rafael Manuell Lee ---
RIICG, Dr. Martín Omar Valencia Valencia RIICG, Dr. Octavio Díaz Padilla
RICG, los cuáles entrevistaron a los enfermos y llenaron el cuestionario
hecho para el presente estudio (anexol).

Asimismo la primera etapa del presente estudio estuvo a cargo del Dr. Ri-
cardo Paredes Medrano, la segunda a cargo del Dr. Francisco Alcántara Mar-
tínez, correspondiendo el tercer estudio a su tercera etapa.

El procedimiento de integración se realizó mediante el siguiente algorit-
mo:

A L G O R I T M O .



ETAPAS DEL ESTUDIO.

El presente estudio se inició en marzo de 1989, al dar inicio la tercera etapa del estudio, teniendo como marco de referencia las dos etapas anteriores que correspondieron en la primera etapa un total de 333 enfermos y la segunda etapa un total de 197 enfermos (*), todos ellos captados con las tarjetas de recolección especialmente diseñadas para ésto (ver anexo 1) y en base a la información contenida en los expedientes.

El estudio prospectivo se inició en el 1º de marzo de 1989 al 30 de septiembre de 1989: bajo el título Hernia Inguinal en el Hospital General de México, Estudio Prospectivo en la etapa III. Recomendaciones. Inició con la primera visita preoperatoria del enfermo, el día previo a su intervención, dicha visita fué hecha por los médicos residentes encargados del estudio, con la finalidad de conocer el estado del enfermo sensibilizarlo de la necesidad y utilidad del estudio, hacerlo sentir que su colaboración era necesaria y valiosa, captarlo para el estudio mediante el llenado de la tarjeta de recolección de los datos disponibles en ese momento. La segunda visita del enfermo se realizó en el postoperatorio inmediato, valorando el estado general y estado postquirúrgico, continuando con el llenado de la tarjeta de recolección de datos, obteniendolo del expediente, hoja Quirúrgica y datos proporcionados por el mismo enfermo. Se indicó verbalmente y se dejó constancia por escrito en su carnet de citas, la fecha de su primera cita de seguimiento.

Durante su primera visita de seguimiento se revisó el enfermo en forma integral, poniendo mayor atención en la región inguinal que fué intervenida para así detectar recidiva u otras complicaciones, asimismo se llenaron los datos de la tarjeta de recolección que no se conocieran hasta ese momento, se anotó en el carnet la segunda cita de seguimiento, almacenando los datos en la computadora los datos obtenidos en las visitas y citas subsiguientes se siguió la misma metodología.

La información recopilada en la tarjeta de recolección de datos -

fué almacenada en la computadora Denki Corona PC de la División de Cirugía General la cual fue alimentada mensualmente el mismo día de las revisiones de seguimiento.

(*) Datos de prensa por el momento.

ANALISIS DE LOS DATOS.

Los datos de cada caso se vertiran en la tarjeta de recolección de datos, su contenido se concentrará mensualmente en la oficina de Computo del pabellón 19, Unidad de Cirugía General 307. Se utilizara el programa Shymphony.

RESULTADOS.

En el analisis de los resultados, se tomaron en cuenta los 166 enfermos postoperados de plastía inguinal, asimismo se hace referencia a los 330 enfermos reportados en la primera etapa del estudio, registrados en la computadora de la División de Cirugía General de México.

EDAD.

El enfermo de menor edad registrado fué de 12 años de sexo masculino y el de mayor edad fué de 79 años del sexo masculino. El promedio de edad fué de 40 años de edad tanto para el sexo masculino como femenino, lo cuál es similar a los datos reportados por Paredes en 1987, promedio para el sexo masculino 40 años y para el femenino 41 años. La tabla con los datos anteriores se encuentra en la página siguiente.

SEXO.

Del total de los casos registrados 101 casos correspondieron al sexo masculino y 65 casos al femenino.

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR GRUPOS DE EDAD.

El promedio de edad de los enfermos de este estudio, es de 40.0 años. El grupo de edad de mayor número de enfermos fué de 20 a 29 - años con 30, que corresponde a un porcentaje de 18.07%, Paredes reporta en 1987 el mismo grupo de edad y el porcentaje de 19.69%. El número de enfermos se reduce en los extremos de la vida de 0 a 9 - años tenemos un 0% pero con la aclaración que en este estudio no - se incluyeron enfermos en edades pediátricas dadas las condiciones de nuestro hospital y del diseño experimental y de 80 a 100 años - que no poseen ningún caso. El grueso de los enfermos se agrupan de 20 a 59 años correspondiendo a 65.65%.

GRUPO DE EDAD	# DE ENF.	%
0 a 9 años	0	0.00
10 a 19	24	14.45
20 a 29	30	18.07
30 a 39	27	16.26
40 a 49	27	16.26
50 a 59	25	15.06
60 a 69	17	10.24
70 a 79	16	9.63
80 a 89	0	0.00
90 a 99	0	0.00
Total	166	Total 99.97

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS POR GRUPOS DE EDAD

En la primera y en la tercera etapa (87-89).

Se presentan los resultados del Dr. Ricardo Paredes 1987 y las -
obtenidas en el presente estudio para así se pueda apreciar el compor-
tamiento en ambos estudios en cuanto a la distribución por grupo de -
edad.

GRUPO DE EDAD	% PAREDES 1987	% MANUELL 1989
0 a 9 años	0.30	0.00
10 a 19	7.57	14.45
20 a 29	19.69	18.07
30 a 39	17.57	16.26
40 a 49	16.96	16.26
50 a 59	12.42	15.06
60 a 69	12.12	10.24
70 a 79	10.90	9.63
80 a 89	2.12	0.00
90 a 99	0.30	0.00
	<hr/>	<hr/>
Total	99.94%	99.97%

MODO DE APARICION

De los factores mencionados por el enfermo como responsable de su hernia tenemos en primer lugar de frecuencia al rubro "no sabe", con 55.17% con 80 casos y posteriormente al postesfuerzo con 62 casos que corresponde a un - 42.75, la mayoría de los enfermos captados como "no sabe" refirieron que la hernia apareció sin causa desencadenante aparente.

MODO DE APARICION	# DE ENF.	%
Postesfuerzo	62	42.75
E P O C	1	0.068
Postatismo	1	0.068
Estreñimiento	80	55.17

MODO DE APARICION EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA

Al consignar los datos de la primera etapa se aprecia que en la primera-etapa se presentó en una proporción menor el porcentaje de enfermos que refirieron que la hernia había aparecido sin causa aparentemente, como puede observarse en la siguiente página.

MODO DE APARICION EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (87-89).

MODO DE APARICION	PAREDES	MANUELL
	% 1987	% 1989
Postesfuerzo	65.14 %	42.75 %
E P O C	0.97 %	0.06 %
Prostatismo	1.62 %	0.06 %
Estreñimiento	0.00 %	0.06 %
No sabe	26.06 %	55.17 %

MODO DE APARICION POSTESFUERZO

De los enfermos con modo de aparición Postesfuerzo

La ocupación más frecuente fue la del hogar con 50 casos, lo que corresponde al 34.48 %, seguido por el rubro de otros, otra ocupación diferentes a las descritas en la tarjeta de recolección de datos correspondientes un 17.24 %.

OCUPACION DE LOS ENFERMOS CON HERNIA INGUINAL

Los enfermos registrados por su ocupación fueron 131, de los cuáles - 46 casos (35.11%) se dedicaba a las labores del hogar, seguidos de 25 enfermos (19.08%) que tuvieron actividades diversas no registradas en la tarjeta de recolección de datos, ocupando el tercer lugar los empleados con - 19 casos (14.50%).

Llama la atención que los estibadores, que son gentes que constantemente están sometidos a grandes esfuerzos, se presentaron en dos casos --- (1.52%).

OCUPACION	# DE ENF.	%
Hogar	46	35.11%
Varias	25	19.08%
Empleado	19	14.50%
Campeŕino	17	12.97%
Obrero	14	10.68%
Albañil	8	6.10%
Estibador	2	1.52%
Profesionista	0	0.00%
	<hr/>	<hr/>
	131	99.96%

OCUPACION DE LOS ENFERMOS CON HERNIA INGUINAL
EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987 - 1989).

OCUPACION	% DE PAREDES 1987	% MANUELL 1989
Hogar	32.39 %	35.11 %
Varias	38.31 %	19.08 %
Empleado	3.73 %	14.50 %
Campeŕino	12.46 %	12.97 %
Obrero	4.99 %	10.68 %
Albañil	4.36 %	6.10 %
Estibador	1.24 %	1.52 %
Profesionista	2.49 %	0.00 %
	<hr/>	<hr/>
	99.97 %	99.96 %

TIPO DE EVOLUCION

Los enfermos registrados por tiempo de evolución de hernia inguinalson 148, de los cuáles 63 tuvieron una evolución de menos de un año que - corresponde a un porcentaje de 42.53 %, 50 enfermos una evolución de 1 a- 5 años, con un porcentaje de 33.78%, 15 enfermos tuvieron una evolución - de 5 a 10 años lo que corresponde a 10.13% y 20 casos tuvieron una evolu- ción mayor de 10 años en este rubro el porcentaje fué de 13.51%.

TIEMPO DE EVOLUCION	# DE ENF.	%
De 0 a 1 año	63	42.53%
De 1 a 4 años	50	33.78%
De 5 a 10 años	15	10.13%
Más de 10 años	20	13.51%
	148	99.95 %

TIEMPO DE EVOLUCION EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987-1989).

TIEMPO DE EVOLUCION	PAREDES 1987	MANUELL 1989
Menos de 1 año	40.92 %	42.53 %
1 a 4 años	33.53 %	33.78 %
5 a 10 años	16.61 %	10.13 %
Más de 10 años	8.92 %	13.51 %
	99.98 %	99.95 %

CIRUJANO QUE EJECUTO LA CIRUGIA

De 144 casos, el cirujano ejecutor correspondió en 114 ocasiones a - médicos residentes de primer año, lo que corresponde a un 79.16%, 14 ca-- sos por Medicos de base que corresponden a un 9.72%, 10 casos por Residentes de segundo año 6.94%.

CIRUJANO	# ENF.	%
R I	114	79.16%
R II	10	6.94%
R III	6	4.16%
MB	14	9.72%
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>
	144	99.98%

CIRUJANO QUE EJECUTO LA TECNICA EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987-1989).

CIRUJANO	PAREDES 1987	MANUELL 1989
R I	69.23 %	79.16 %
R II	8.36 %	6.94 %
R III	7.02 %	4.16 %
M.B.	15.38 %	9.76 %
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>
	99.99 %	99.98 %

CLASE DE HERNIA INGUINAL
DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE
DE HERNIA INGUINAL

CLASE DE HERNIA	SEXO MASC	SEXO FEM	TOTAL
Indirecta Izquierda	23	14	37
Directa Izquierda	10	5	15
Indirecta Recidivante Izq.	4	3	7
Directa Recidivante Izq.	1	0	1
Indirecta Derecha	26	14	40
Directa Derecha	11	7	18
Indirecta Recidivante Der.	2	0	2
Directa Recidivante Der.	2	0	2
Indirecta Bilateral	3	1	4
Directa Bilateral	0	0	0
Inguinal y Umbilical	1	2	3
Crural Derecha	1	6	7
Crural Derecha Recidivante	1	0	1
Crural Izquierda	1	2	3
Crural Izquierda Recidivante	0	0	0
Crural Bilateral	0	0	0
Recidivante Bilateral	0	0	0

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE DE HERNIA
INGUINAL EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987-1989)

CLASE DE HERNIA	PAREDES	MANUELL
	1987	1989
Indirecta Izquierda	25.07 %	26.6 %
Directa Izquierda	7.30 %	10.79 %
Indirecta Recidivante Izq.	1.26 %	5.03 %
Directa Recidivante Izq.	1.58 %	0.71 %
Indirecta Derecha	35.23 %	28.7 %
Directa Derecha	12.69 %	12.94 %
Indirecta Recidivante Der.	0.95 %	12.94 %
Directa Recidivante Der.	2.53 %	1.43 %
Indirecta Bilateral	4.12 %	2.87 %
Directa Bilateral	2.22 %	0.00 %
Crural Derecha	3.80 %	5.03 %
Crural Der. Recidivante	0.00 %	0.71 %
Crural Izquierda	4.76 %	2.15 %
Crural Izq. Recidivante	0.31 %	0.00 %
Crural Bilateral	0.00 %	0.00 %
Recidivante Bilateral	0.00 %	0.00 %
Inguinal Umbilical	?	2.15 %
	100 %	100 %

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A CLASE DE HERNIA Y SEXO

De 135 casos se reportó para el sexo femenino un total de 52 casos y para el sexo masculino un total de 83. Predominó en el sexo femenino las hernias indirectas con un total de 32 casos (61.5%) y en el masculino también las indirectas con un total de 57 casos que correspondió a 68.67%.

CLASE DE HERNIA	FEM	%	MAS.	%
Indirectas	32	61.53%	57	68.67%
Directa	12	23.07%	23	27.71%
Crurales	8	15.38%	3	3.61%
T o t a l	52	99.98%	83	99.99%

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS DE ACUERDO A LA CLASE DE HERNIA Y SEXO EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987 - 1989)

CLASE DE HERNIA	PAREDES		MANUELL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Indirectas	75.77%	52.06 %	68.67 %	61.53%
Directas	21.13%	26.44 %	27.71 %	23.07%
Crurales	1.03%	21.48 %	3.61 %	15.38%
T o t a l	97.93%	99.98 %	99.98 %	99.99%

RELACION DE LA CLASE DE HERNIA CON LA TECNICA EMPLEADA.

CLASE DE HERNIA	a	b	c	d	e	f
INDIRECTA IZQUIERDA	25	1	1	11	0	0
DIRECTA IZQUIERDA	2	11	0	0	0	0
INDIRECTA RECID. I	3	4	0	0	0	0
DIRECTA RECID. DER.	0	1	0	0	0	0
INDIRECTA DERECHA	31	1	1	6	0	0
DIRECTA DERECHA	2	16	0	0	0	0
IND. RECID. DERECHA	0	2	0	0	0	0
DIR. RECID. DERECHA	0	2	0	0	0	0
IND. BILATERAL	4	0	0	0	0	0
DIRECTA BILATERAL	0	0	0	0	0	0
INGUINAL Y UMBILICAL	1	0	0	0	0	0
CRURAL DERECHA	0	7	0	0	0	0
CRURAL DERECHA RECID.	0	1	0	0	0	0
CRURAL IZQUIERDA	0	3	0	0	0	0
CRURAL IZQ. RECID.	0	0	0	0	0	0
CRURAL BILATERAL	0	0	0	0	0	0
RECIVIDANTE BILATERAL	0	0	0	0	0	0
RECIVIDANTE BILATERAL	0	0	0	0	0	0
	<u>68</u>	<u>50</u>	<u>2</u>	<u>17</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

Equivalencias: a) Bassini, b) Mc Vay, c) Tec. Hospital General.
 b) Marcy, e) Shouldice, f) otras.

TECNICAS EMPLEADAS PARA LA PLASTIA INGUINAL

La técnica más empleada fue la técnica de Bassini con un 49.63% con 68 - casos, seguida de la técnica de Mc Vay con 50 casos que corresponde a un - 36.4%, y la técnica de Marcy en tercer lugar con un 12.40%

TIPO DE PLASTIA	# DE ENF.	%
Marcy	17	12.40
Bassini	68	49.63
Mc Vay	50	36.49
Tec. Hosp. Gral.	2	1.45
Shouldice	0	0.00
Otras	0	0.00
T o t a l	137	99.97 %

SUTURA EMPLEADA

La sutura más empleada fue la seda con un 83.07%, seguida del nylon con un 10.76% y en tercer término el alambre con un 1.53% y el dexion con un 1.53%.

TIPO DE SUTURA	# DE ENFERMOS	%
Seda	108	83.07
Nylon	14	10.76
Alambre	2	1.53
Dexion	2	1.53
Vicryl	0	0.00
Catgut	1	0.76
<hr/>		
T o t a l	127	100.00%

SUTURA EMPLEADA EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA
(1987 - 1989)

MATERIAL DE SUTURA	PAREDES	MANUELL
	1987	1989
Seda	91.44 %	83.07 %
Nylón	2.23 %	10.70 %
Dexon	1.85 %	1.53 %
Alambre	0.74 %	1.53 %
Vicryl	0.37 %	0.00 %
Catgut	1.48 %	0.00 %

CALIBRE DE LAS SUTURAS

De las suturas más empleadas el calibre que más frecuentemente se utilizó fue del 0 con un total de 82 casos (63.07 %) seguida por el calibre del 1 con 38 casos (29.23 %) y finalmente de 00 con 8 casos - que correspondió a un 6.15% .

CALIBRE	# ENF.	%
000	2	1.53
00	8	6.15
0	82	63.07
1	38	29.23
2	0	0.00
Total	130	99.98 %

CALIBRE DE LAS SUTURAS EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987 - 1989)

CALIBRE	PAREDES	MANUELL
	1987	1989
000	4.08 %	1.53 %
00	17.47 %	6.15 %
0	71.37 %	63.07 %
1	6.69 %	29.23 %
2	0.37 %	0.00 %
Total	99.98 %	99.98 %

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

Se registraron 10 complicaciones inmediatas y ocupó el primer lugar el edema importante con un 3.01%, seguido de la hemorragia en 3 casos -- 1.8% y finalmente la Sepsis y el Hematoma con un caso cada uno.

COMPLICACIONES P.O.	# ENF.	%
Hemorragia	3	1.8 %
Hematoma	1	0.6 %
Edema importante	5	3.01 %
Sepsis de la herida	1	0.6 %
Rechazo del material	0	0.00 %
Flebitis	0	0.00 %
Tos	0	0.00 %
Estreñimiento	0	0.00 %
Recibida inmediata	0	0.00 %
T o t a l	10	6.01 %

Correspondiendo 10 complicaciones de 166 casos un 6.02 % de complicaciones inmediatas.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA
(1987 - 1989)

COMPLICACIONES O.P.	PAREDES 1987 (330 CASOS)	MANUELL 1989 (166 CASOS)
Hemorragia	0.00%	1.8 %
Hematoma	1.5 %	0.6 %
Edema importante	3.33%	3.01 %
Sepsis de la herida	1.5 %	0.6 %
Recidiva inmediata	1.5 %	0.00 %
Rechazo de material	0.9 %	0.00 %
Flebitis	0.00%	0.00 %
Tos	0.6 %	0.00 %
Estreñimiento	0.00%	0.00 %
Sección del nervio AG	0.3 %	0.00 %
Dolor imp. en reg. inguinal	0.3 %	0.00 %
Hidrocele postoperatorio	0.3 %	0.00 %
T o t a l	10.30 %	6.02 %

DEAMBULACION POSTOPERATORIA

Este dato fue conocido en 61 casos, encontrando que el 93.44% inicia con la deambulación dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio.

DEAMBULACION O.P.	# DE ENF.	%
Primeras 24 horas	57	93.44
25 a 48 horas	1	1.63
49 a 72 horas	2	3.27
Más de 72 horas	1	1.63
<hr/>		
Total	61	99.97 %

DEAMBULACION POSTOPERATORIA EN LA PRIMERA Y TERCERA ETAPA (1987 - 1989)

DEAMBULATORIA P.O.	PAREDES 1987	MANUELL 1989
Primeras 24 horas	78.85 %	93.44 %
25 a 48 horas	20.57 %	1.63 %
49 a 72 horas	0.55 %	3.27 %
Más de 72 horas	0.00 %	1.63 %
<hr/>		
Total	99.97 %	99.97 %

SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE LOS ENFERMOS

Del total de enfermos de esta fase del estudio, 56 acudieron a su primera cita de revisión, lo que corresponde a un 33.73% de seguimiento, de éstos solo 23 acudieron a la segunda revisión lo que correspondió a un 13.85%. En estas citas se revisó meticulosamente a los enfermos congiendo así la morbilidad postoperatoria, estas cifras son similares a las presentadas por el Dr. Ricardo Paredes en 1987, el consiguió un seguimiento del 29.56%, considerando que gran parte de nuestros enfermos son foráneos éste es un problema para su control posterior.

CONCLUSIONES

EDAD: Los enfermos con menor y mayor edad en nuestra serie 12 años - y 79 años respectivamente. El promedio de edad fue de 40 años, el cuál fue solo casi 10 años menor con respecto a otras series publicadas, que lo reportan de 52, 54, 56 y 60 años (2, 4, 12, 22, 27) y similar al - encontrado en la primera fase de nuestro estudio 21 el cuál fue de 42.5 años, no existiendo diferencia con respecto al sexo, y demostrandose - que la mayor frecuencia se encontró entre los 20 a los 60 años de edad correspondiendo un 65.65 % a estos grupos, y con discreto predominio - del grupo de 20 a 29 años de edad con 18.07 %, resulta también muy similar al encontrado por el Dr. Paredes en 1987 con 19.69 %.

SEXO: En nuestra serie y en todas las series de Hernia Inguinal es - más frecuente en el hombre que en la mujer, se han publicado relaciones de 5:1 y hasta de 13:1, en nuestra serie se presentaron 101 (60.84 %) hombres y 38.03 % (62) mujeres con una relación de 1 a 1.5, este resultado fue igual al del Dr. Paredes con los mismos porcentajes. En el hombre predominó la hernia inguinal indirecta derecha, izquierda y la - hernia crural (ver tabla de distribución de enfermos de acuerdo a clase de hernia inguinal y sexo). Se dice, toda hernia inguinal por arriba del ligamento de Poupart o inguinal en mujer es indirecta hasta no - demostrar lo contrario (1, 2, 4, 22, 23, 29, 30, 31).

MODO DE APARICION

Algunos enfermos fueron capaces de atribuir a algunas causas el desencadenamiento directo de su patología, en nuestra serie encontramos un amplio rubro denominado " no sabe ", que corresponde a todos aquellos casos en los cuáles el enfermo negó conocer alguna causa desencadenante de su hernia, ocupando el primer lugar con 55.17 %, de todos aquellos casos en los cuáles se les atribuyó alguna causa directa correspondió al Postesfuerzo el primer lugar con 62 casos (42.75 %). - Se reportó un escaso porcentaje a otras causas como el Prostatismo, - el E P O C y el estreñimiento que estan reportados en la literatura - como causa desencadenante directa con frecuencia (30), en el reporte previo de nuestro estudio por el Dr. Paredes, encontró al postesfuerzo también como su primera causa conocida con un 65.14 % de los casos.

TIEMPOS DE EVOLUCION

En nuestra serie el grupo de enfermos con evolución menor de un año fue el más numeroso con 63 enfermos 42.53 %, y en segundo lugar con -- una evolución de 1 a 5 años con 33.78 %, con respecto al reporte de - 1987 del Dr. Paredes él encontró que fue más frecuente de 1 a 5 años - con un 40.92 %, y esto se traduce que la cultura de la población que - acude a nuestro hospital cada vez es mayor. Se ha publicado que no es trascendental el tiempo de la evolución de la hernia tanto para la morbilidad como para el índice de recurrencia (27). Consideró que fue notorio el mayor tamaño de éstas conforme aumentaba el tiempo de evolución de éstas además del daño de las estructuras del canal inguinal, y esto además influyó a veces en el tipo de técnica para su reparación.

CIRUJANO QUE EJECUTO LA TECNICA

En este estudio el mayor número de plastías inguinales fueron ejecutadas por residentes de primer año de entrenamiento, correspondiendo a un total de 114 casos (79.16 %), correspondiendo solo un 9.16 % a los adscritos. Esto es bueno desde el punto de vista de la enseñanza, pero también es de hacer notar que el año pasado en el reporte del Dr.- Alcántara 1988 se demostró que la mayoría de los casos de las recidivas correspondía a cirugías realizadas por residentes de 1er. año en su primer cuatrimestre de entrenamiento. En la literatura existe controversia acerca de que tipo de plastía debe realizar el residente, algunos refieren que la supervisión no aumenta la morbilidad ni las recidivas - (2, 3, 29, 30, 33) en otro artículo se refiere que si se incrementa y refiere que un cirujano que ha operado menos de 6 hernias su índice de recidiva aumenta a 9.4 % y después de 21 plastías cae a 2.5 %. Lo que es evidente es que los residentes de primer año en sus primeras fases de entrenamiento deben ser cuidadosamente supervisados pues es cuando encontramos en nuestro estudio el mayor porcentaje de recidivas y para abatir estas cifras se deberán seleccionar adecuadamente los casos - para estos residentes, no permitiendo que realicen cirugías de alto grado de dificultad en este período de entrenamiento como las hernias recidivantes, crurales grandes y en pacientes mayores de 50 años con otras patologías asociadas, las cuales deben ser realizadas por cirujanos de mayor experiencia dentro de entrenamiento como son los residentes de 2o. y 3er. año. Pues existe un acuerdo mundial que en cuanto existe más experiencia tanto institucional como individual la recidiva disminuye notablemente (1, 2, 24, 30)

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

El promedio de días de estancia en la presente serie fue de 3.5 días lo cual es mejor con respecto al reporte previo del Dr. Paredes de 5 - días lo cual es comparable con otras instituciones a nivel internacio--nal, pues en U. S. A., el promedio de 4.8 días se reportó pero actual--mente se acepta como adecuado un promedio de 3.7 días. Existen actual--mente múltiples hospitales que consideran a esta cirugía como de tipo - ambulatorio reduciendo la estancia a 24 horas o menos aún sin elevar - la recurrencia ni la morbilidad, lo cual aún no ha podido implementar - en nuestro hospital y este estudio es uno de los que tratan de promover la implementación de la cirugía ambulatoria para esta patología en ca--sos seleccionados, pues es válido el aumento de días de estancia hospi--talaria en enfermos que requieren manejo previo o existen dificultades personales (1, 2, 3, 7, 11, 14, 27, 30, 31, 33).

CLASE DE HERNIA INGUINAL

En este estudio, la hernia inguinal más frecuente fué indirecta con - 89 casos (65.92%), la directa con 35 casos (25.92%), se apreció que - existió una mayor incidencia del lado derecho con 61 casos con 50.37% (68 casos), la cruzal más frecuente en la mujer se presentó en 15.32% de los casos en el sexo femenino y en (5.8%) en el estudio general, - las cifras anteriores son similares a las encontradas en el estudio - previo de 1987 del Dr. Paredes.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TECNICAS EMPLEADAS EN LA PLASTIA.

Aún no existe un acuerdo en la actualidad acerca de que tipo de técnica utilizar para reparar determinado tipo de Hernia. En nuestra serie la Técnica más empleada fué la de Bassini con 68 casos - que corresponde a un 49.63% de los casos, en segundo lugar la de - Mc Vay con 50 casos (36.49%) y la técnica de Marcy en 17 casos con 12.4% de los casos, considero que con respecto al reporte previo - del Dr. Paredes en donde la técnica más frecuente fué la de Mc Vay existe actualmente una mejor selección de las técnicas pues, la - técnica más frecuente utilizada para las plastias de hernias indirectas fué la de Bassini y la de Marcy con lo que existe una mejor selección de la técnica para cada caso en particular, en tanto que el 100% de los casos de hernia crural se repararon con técnica de Mc Vay. la técnica de Shouldice se está iniciando a practicar en nuestro Hospital en casos aislados y muy seleccionados pero desafortunadamente no se captó al azar ningún caso reparado con esta técnica y por el momento en este estudio no es posible reportar resultados ni evaluar dicha técnica, pues en reportes recientes - han reportado sus buenos resultados.

Con los resultados del presente estudio, me permito sugerir -- las técnicas que considero deben ser considerados en algunos tipos de hernias en particular, para la hernia inguinal indirecta pequeña la técnica de Marcy por ser fisiológica y no dañar el corrscto funcionamiento de ésta región, la técnica de Bassini en ler. término para las grandes y en caso de conocer la técnica la de Shouldice y en ocasiones aunada a ésta estará debilitado el piso inguinal por lo que deberá valorarse el uso de una técnica de Mc Vay para - las Hernias directas, la técnica de Mc Vay y en ocasiones será posible utilizar el Shouldice, para las Hernias Crurales la técnica de Mc Vay previa inguinalización del saco.

Es importante hacer notar que el manejo de una hernia Inguinal deberá individualizarse y el utilizar un solo tipo de técnica para todos los tipos de hernia inguinal es un grave error, por lo que - es necesario que el cirujano domine varias técnicas aumentando así

su versatilidad para el manejo de este problema particular, (1,2,3,4,5,6, 15,18,19,22,23,27,29,30,31,33).

DEAMBULACION POSTOPERATORIA

En nuestra serie, la mayoría de los enfermos deambularon dentro de las primeras 24 Hrs. de postoperatorio, correspondiendo a un 93.44% de los casos. En la literatura se refiere que la deambulación precoz no aumenta morbilidad, ni el riesgo de recidiva sino que la disminuya el riesgo de la morbilidad (1,2,3,6,7,22,23,30,31 y 33).

MATERIAL DE SUTURA EMPLEADO

En nuestra serie el material de sutura más frecuentemente empleado fué la seda con un 83.07% de los casos, predominando el uso de seda calibre del 0 (63.07%) y del 1 (29.23%), no encontrado una incidencia tan alta de rechazo del material de sutura como se reporta en la literatura -- pues solo hemos encontrado menos del 1% de rechazo del material, en el -- presente estudio se utilizó el nylon en 10.76% de los casos lo que contrasta con la primera fase del estudio donde solo se usó en 2.23% de los casos, esto debido a que en la literatura se insiste mucho en que se debe utilizar este tipo de materiales en la reparación de esta patología, lo que si quisiera hacer notar, que puesto que nuestro Hospital es un Hospital con recursos limitados en necesario a veces utilizar estos materiales que aún cuando son relegados en la literatura a nosotros nos han dado buenos resultados, y cuando podemos contar con materiales como el Nylon utilizarlos.

MORBILIDAD POSTOPERATORIA

En esta serie la mortalidad no se presentó en ningún momento, la morbilidad fué de 6.02% valor elevado con respecto a la literatura que reporta de un 3.5% a un máximo de 5% afortunadamente en ninguno de nuestros casos se presentó la temida complicación de orquitis isquémica. La complicación más frecuente fue el edema importante en 5 casos (3.01%), posteriormente la hemorragia con 3 casos (1.8%) y solo se presentó Sepsis de 3 casos (1.8%)

la herida en un caso posiblemente debido a una mejoría en el manejo de - los tejidos con respecto a reportes previos del presente estudio en que - se presentó en un porcentaje mayor, no se presentó ningún caso de recu-- rrencia inmediata posiblemente porque aquellos que han recidivado no acu-- dieron a sus citas de seguimiento o en el momento de elaboración del pre-- sente estudio aún no han acudido, pues en las otras fases de este mismo- estudio se ha presentado recidivas tardías y fueron dentro del primer -- año de seguimiento siendo en nuestra serie en el primer año de 1.5% y en el segundo del 2.05%, considerando que estas cifras no son concluyentes- pues se sabe que el 50% de las recidivas se presentan en la mitad de los casos en el primer año del postoperatorio, y se ha considerado como un - período adecuado para el seguimiento de los enfermos un período de 10 -- años. Se has reportado en diferentes series recidivas que van desde el - 0.7% al 20 %.

Actualmente los mejores resultados has sido publicados por la clínica de Shouldice reportando una recidiva para hernia indirecta del 0.7% a 10 años y de 0.9% para la directa primaria. Por lo que espero que este estudio sea incentivo para intentar aplicar esta técnica en forma depura en nuestro hospital con una adecuada selección de los pacientes para- así poder obtener estos valores de éxito, con mínimo riesgo de recidiva- (1,2,3,4,5,6,12,15,22,23,30,31,33).

SEGUIMIENTO

Un problema grande de nuestra serie es la dificultad para el esgui- miento de nuestros pacientes, dado que solo hemos conseguido un 33.73% de seguimiento, el cuál ha disminuido paulativamente en cada cita de revisión por lo que es difícil que podamos evaluar en una forma satisfactoria el - porcentaje real de recidiva de nuestro hospital para así poder establecer cifras reales de nuestro país en cuanto al porcentaje de recidivas obte- nido con nuestras técnicas por lo que propongo que se seleccione un grupo de enfermos perfectamente motivados del D. F.; sin dificultad para acudir a sus citas de revisión (no foraneos) para así en caso necesario esta- blecer un subgrupo en nuestra serie que sería representativo de la po ---

blación de nuestro país y poderlo seguir por un mínimo de 10 años.

Este problema es uno de los mayores que afronta nuestro hospital pues es nuestra primera fase cuando se revisaron retrospectivamente 100 expe -- dientes solo 3 % tuvieron un seguimiento y éste fue completamente irregu-- lar, por lo que con cifras que hemos obtenido cercanas al 30% estamos sa-- tisfechos pero esto debe ser un estímulo para que las generaciones futuras traten de sensibilizar a la población de nuestro hospital para que acuda a su seguimiento y también se motiven en la importancia de seguir a los en-- ferms y no solo manejar el problema cuando es necesaria la resolución Qui -- rúrgica de éste, considerando el seguimiento tan o más importante que -- ésto.

COMENTARIOS

Mediante este estudio que se inició en 1987, y ésta corresponde a su tercera fase, se pretende conocer que estamos haciendo en el Hospital - General con la Hernia Inguinal, conocer nuestros resultados con nuestras técnicas y con éstos, demostrar a las autoridades competentes y a los cirujanos de la necesidad de estandarizar el manejo y no descuidar el seguimiento de estos enfermos.

Considero que este estudio posee importancia pues a través de él poseemos ya resultados propios de nuestro Hospital, que corresponden a pacientes mexicanos con sus características propias y por lo tanto pueden ser considerados resultados de nuestro país, ya que los resultados de la literatura mundial principalmente norteamericana, no puede ser válidos totalmente para nuestra población pues existen diferencias étnicas raciales, nutricionales y culturales, ante la inquietud de poder contar con nuestras propias bases se inició este estudio el cuál actualmente - termina la tercera fase, y considero que fue claro apreciar que los valores obtenidos en la primera y tercera fase son muy similares, por lo que se ratifica que éstos son los resultados que estamos obteniendo - actualmente en nuestro hospital, pues las nuestras fueron al azar separadas por un año de lapso intermedio y sin embargo la población fue similar, por lo anterior considero que estos resultados pueden servir de base para la fase más importante de nuestro estudio y es aquella en la cual se intentará estandarizar el manejo y asimismo evaluar el manejo - actual de la hernia inguinal en norteamérica como es con la Técnica -- Shouldice y más aún con la modalidad de anestesia local para poder manejarla como Cirugía Ambulatoria y comparar los resultados en la población mexicana, es nuestro Hospital General

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

DIVISION DE CIRUGIA MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL

1. NOMBRE _____ 2. EDAD _____

3. SEXO _____ 4. PABELLON _____ 5. CAMA _____ 6. EXPEDIENTE _____

7. DIRECCION _____

8. ESTADO DE ORIGEN _____ 9. FECHA DE CIRUGIA _____

10. CIRUJANO (Nombre Completo) _____

11. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: PRE _____ POST _____

12. PESO _____ 13. TALLA _____

14. MODO DE APARICION

- a) Post-esfuerzo
- b) EPOC
- c) Prolapsismo
- d) Estreñimiento
- e) No sabe

15. OCUPACION

- a) Obrero
- b) Estibador
- c) Campesino
- d) Empleado
- e) Hogar

- f) Albañil
- g) Profesionista

16 TIEMPO DE EVOLUCION

- a) Menos de 1 año
- b) De 1 a 4 años
- c) De 5 a 10 años
- d) Más de 10 años

17. CLASE DE HERNIA INGUINAL

- a) Indirecta Izquierda
- b) Directa Izquierda

- c) Indirecta Recidivante Izquierda
- d) Directa Recidivante Izquierda
- e) Indirecta Derecha
- f) Directa Derecha
- g) Indirecta Recidivante Derecha
- h) Directa Recidivante Derecha
- i) Indirecta Bilateral
- j) Directa Bilateral
- k) Inguinal y Umbilical
- l) Crural Derecha
- m) Crural Derecha Recidivante
- n) Crural Izquierda
- ñ) Crural Izquierda Recidivante
- o) Crural Bilateral
- p) Recidivante Bilateral

18. TIPO DE PLASTIA

- a) Marcy
- b) Bassini
- c) Mc Vay
- d) Técnica Hospital General
- e) Valdez
- f) Shouldice
- g) Otra

19. EJECUTADA POR:

- a) Médico de base
- b) Residente o Grado

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Romero TR; Tratado de Cirugía, tomo I, cap 22 Edit. Ineramericana 1985; Pag 1227 a 1308.
- 2.- Hernias; Clínicas Quirúrgicas de Norte América vol. II 1984. - Pag. de la 175 a la 229. Edit. Interamericana.
- 3.- Glassow F; Inguinal hernia repair: A comparison of the Shouldice and the Cooper ligament repair of the posterior inguinal -- Wall. ANN J. Surg 131; 306, 1976.
- 4.- Asmussen, T and Jensen, FU; A follow-up, study on recurrence after inguinal hernia repair. Surg. Gynecol Obst. 156, 198, 1983
- 5.- Ponka, J.L.; The relaxing incision in hernia repair. Am j. -- Surg. 115: 552, 1968.
- 6.- Glassow, F; Recurrent inguinal and femoral hernia. Br. Med. - Assoc. J.; 108:308. 1973.
- 7.- Glassow, F; Short stay surgery (Shouldice technique) for repair of inguinal hernia. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 58; 133, 1976.
- 8.- Usher, F.G.; Hernia repair with Marlex mesh. Arch. Surg. 84; 325, 1962.
- 9.- Malangoni, MA; Condon RE; Preperitoneal repair of acute incarcerated hernia or the groin. Surg Gynecol Obstet. Jan; 162 (I): 65-7. 1986.
- 10.- Kaufman M; Weissberg D; Biderd; Repair of recurrent inguinal - hernia with Marlex mesh. Sur Gynecol Obstet Jun; 160 (6); 505-6. 1985.
- 11.- Ponka, JL; The seven steps to local anesthesia for inguino femoral hernia repair. Surg. Gynecol. Obstet. 117; 115, 1963.
- 12.- Postlethwait RW; Recurrent inguinal hernia Ann Surg. Dec. 202 (6): 77-9, 1985.

- 13.- Cameron AE; Cross FW; Pain and morbidity often inguinal Herniorraphy: Ineffectiveness of subcutaneous Bupivacaine.
Br. J. Surg. Jan; 72 (1): 68-91985.
- 14.- Lifschutz, H; Juler GL; The inguinal darn.
Arch Surg Jan; 12 (6): 717-9, 1986.
- 15.- Davis-Cristopher; Tratado de patología quirúrgica, Tomo I, Cap. Hernias. Edit. Interamericana, 1981.
- 16.- Davila AF Enfermedad de Clasteman; Revisión de la literatura y presentación de 10 casos. Tesis para obtener el título de especialista en Cirugía General. 1987.
- 17.- Harper HB; Gillen PH; Mesothelial cyst of the round ligament simulating inguinal hernia. Report of four cases and review of the literature.
Am J Surg. Apr.; 1515 (4): 1986.
- 18.- Mc Vay,CB; The anatomic basis for inguinal and femoral hernioplasty.
Surg Gynecol Obster 139:931,1974.
- 19.- Mc Vay,CB; An anatomic error in current methods of inguinal hernioplasty.
Ann Surg 113;1111,1941.
- 20.- Rosental D; Walters MJ;; Preperitoneal syntheric mesh placement - for recurrent hernias of the groin.
Surg Gynecol Obster Sep;163(3):285-6,1986.
- 21.- Ganesartnam M, ;Maydl's hernia: report of a series of seven cases and review of the literature.
Br J Surg Sep;72(9):737-8,1985.
- 22.- Glassow,F; Femoral hernia; Review of 1143 consecutive repairs Ann Surg.163:227,1966.
- 23.- Glassow, F; An evaluation of the strength of the posterior wall of the inguinal canal in women.
Br. J.Surg.60:342;1973.
- 24.- Harvey MH; Johnstone MJ; Inguinal herniotomy In children a five - year survey.
Br. J. Surg. Jan;72(6) :485-7,1985.

- 25.- Thompson JE Jr; Taylor JB; Massive inguinal scrotal bladder hernia; a review of the literature with 2 new cases.
J. Urol Dec.;136(6):1299-301,1986.
- 26.- Redman JF;Jacks DW; Cytectomy; a catastrophic complication of - herniorraphy.
J. Urol Jan;133(1);97-98,1985.
- 27.- Belham GJ; Emery RJ; Early discharge despite postoperative pyrexia after inguinal herniorraphy in unselected patients.
Br. J. Surg Dec;72(12):973-75,1985.
- 28.- Rathausser F; Historical overview of the bilateral approach to -- pediatric inguinal hernia.
Am J Surg Nov.;150(5):527-32,1985.
- 29.- Al-Khuwiter S; Inguinal hernia in Saudi Arabia. a 10 Years experience.
Am J Surg May;149(5):691-4,1985.
- 30.- Nyhus MLL; Baker JR; El dominio de la Cirugía, tomoII, Cap IV -- cirugía de las hernias. Edit Panamericana. 1986.
- 31.- Schwartz SI; Patología quirúrgica, tomo II, Cap, 36 hernias de la pared abdominal, Pag.1589 a 1606. Edit. Prensa Medica 1986.
- 32.- Davis PR; The causation of herniae by weightlifting.
Lancet 2:155-57-1959.
- 33.- Devlin HB; Short stay surgery for inguinal hernia; experience of the shouldice operation;1970-1982.
Br. J. Surg Feb 73:124,1986.
- 34.- Wantz G.E. The Operation of Bassini as described by Attilio Cattarina. Surg Gynecol & Obst 168 (1) jan 1989, p 67-79.
- 35.- Rutledge R.H. Cooper's Ligament repair: A 25 year experience with - a single technique for all groin hernias in adults. Surgery 103 (1) jan 1988, p 1 -10.
- 36.- Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P.K. Montllor M.M., The tension-Free Hernioplasty. Am J Surg 157(2) feb 1989 p188-93.
- 37.- Nyhus L., Pollak Rn., Bombeck T., Donahue P. The preperitoneal Approach and Prosthetic Buttres Repair for recurrent Hernis Am Surg 208 (6) dec 1988, p 733 - 737.

- 38.- Gilbert A. I. An Anatomic and functional Classification for -
the Diagnosis and treatment of Inguinal Hernia. Am J Surg 157
(3) Mar 1989 p 331-33.
- 39.- Lichtenstein I.L., Shulman A.G., A id, P.K., Montllor M.M., Cau-
se and Prevention of postherniorrhaphy neuralgia; A proposed -
Protocol for treatment. AM J Surg 155 (6) Jun 1988, p 786 -90.
- 40.- Paredes R. Hernis Inguinal en el Hospital General de México -
Tesis UNAM Hospital Gpeneral de México 1988.