

11209
2 ej 22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Hospital General Regional No. 12
"LIC. BENITO JUAREZ"

HERNIA INGUINAL, ABORDAJE PREPERITONEAL
PARA HERNIORRAFIA E INGUINOPLASTIA
SEGUN NYHUS

TESIS DE POSTGRADO

PRESENTADA POR:

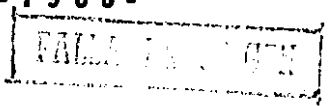
Dr. MARIO OSVALDO CAMARA GARCIA

EN OPCION AL TITULO DE

Especialista en Cirugía General

MERIDA, YUCATAN, MEXICO.

- 1988 -





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.

I N D I C E

	Pág.
A. JUSTIFICACION.....	1
B. OBJETIVOS.....	3
C. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	4
D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
E. DETERMINACION DE VARIABLES.....	10
F. HIPOTESIS.....	11
G. TIPO DE ESTUDIO.....	12
H. UNIVERSO DE TRABAJO.....	13
I. CRITERIOS DE INCLUSION.....	13
J. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	14
K. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	15
L. DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.....	17
M. SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION.....	18
N. CARACTERISTICAS DEL GRUPO.....	19
Ñ. CONSIDERACIONES ETICAS.....	20
O. DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA.....	21
P. RESULTADOS.....	27
Q. GRAFICAS.....	35
R. CONCLUSIONES.....	45
S. BIBLIOGRAFIA.....	49

A. JUSTIFICACION

Dentro de los objetivos de los cursos de especialización en los planes de estudio de las residencias médicas, se encuentra uno, el cual se refiere a la capacidad que se debe desarrollar por parte de los médicos en período de adiestramiento, de llevar a cabo un trabajo de investigación, basados en la metodología científica, aplicada al campo de la medicina a alguna de las múltiples patologías que afectan al ser humano, y poner en juego su habilidad para identificar problemas, plantear hipótesis, ejecutar procedimientos y comparar resultados de sus acciones efectuadas y sujetas a su experimentación.

Teniendo como metas el reafirmar conocimientos adquiridos durante su período de enseñanza dentro de las Unidades hospitalarias y práctica diaria con la atención de los enfermos a su cargo, al comprobar teorías, técnicas y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Teniendo como fin último el obtener una preparación completa y actualizada de los conocimientos médicos que le permita ofrecer el mejor tratamiento a las personas que con-

fian y ponen en sus manos, no únicamente su salud sino -
inclusive su propia vida.

El presente, es un estudio sobre el tratamiento -
de una de las patologías humanas susceptibles de correc-
ción quirúrgica; la Hernia Inguinal. Que sirve como te-
ma para obtener el diploma de especialidad en cirugía ge-
neral.

B. OBJETIVOS

1. Analizar la evolución y resultados quirúrgicos obtenidos al realizar la técnica de reparación preperitoneal, según Nyhus, en pacientes sometidos a inguinoplastia, con un seguimiento inicial a un año.

2. Confirmar indicaciones para el uso de la vía de abordaje preperitoneal en la inguinoplastia.

3. Comparar el porcentaje de acierto en el diagnóstico preoperatorio/postoperatorio en cuanto al tipo de hernia (directa, indirecta) y conocer su influencia en la evolución.

4. Saber el tiempo quirúrgico promedio empleado para la realización de la plastia.

5. Servir el presente como estudio base, sobre el cual poder hacer un seguimiento de los casos, hasta completar 5 años como mínimo y obtener conclusiones definitivas.

C. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La hernia es uno de los diagnósticos más comunes en el servicio de cirugía general, de acuerdo con Ljungdahl(3), la incidencia de tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal y femoral en un hospital regional, es de aproximadamente del 14%. Con una tendencia a incrementarse según George y cols(4), ya que estos autores estiman que la expectativa de vida ha ido aumentando progresivamente desde el inicio del presente siglo hasta la fecha, debido a los avances de la medicina, siendo actualmente de 69-70 en los Estados Unidos de Norteamérica y en México es de 62 años, según informe de la SSA publicado en 1980 (11).

Siendo la hernia inguinal un problema común en personas que rebasan los 60 años, debido a diversos factores, como lo son principalmente la pérdida del tono muscular de la pared abdominal y condiciones que incrementan la presión intraabdominal (prostatismo, tos crónica, obesidad, etc...) y como es sabido, la relación que existe con la etiología congénita y de defectos anatómi-

cos presentes en edades pediátricas.

Existe como una preocupación principal en este tipo de padecimientos para el cirujano la temible complicación de la recidiva, y a lo largo de la historia de la cirugía en la literatura sobre la recurrencia de la hernia posterior a su reparación, se reportan grandes variaciones en los resultados; desde unas muy bajas como la de Bassini (1890) - 2.8%. Nyhus y Condon (1960) - 3.0%, Mc Vay y Chapp (1958) - 2.2%, hasta autores como Bürgstrom (1951) - 11.8%, Weiss (1980) - 10.4% y Lund (1966) 14.5%.

En general como promedio, se refiere un 10 - 15%, de riesgo de recurrencias después de cirugía para hernia indirecta y aproximadamente un 7 - 10% para la directa, según conclusiones de Mc Vay y Chapp.

En la edad pediátrica esta frecuencia es notablemente menor, estimándose un 2% como promedio, según los mismos autores.

Inclusive en un estudio realizado en 1982 por Ingimarsson y Spak en donde se toma en cuenta quien reali-

za la cirugía, encuentran que los residentes de cirugía tienen un porcentaje de recidiva similar a cirujanos con más años de ejercicio profesional siendo este de un 8.6%.

Debido a esta amplia variación en la frecuencia de la recidiva postoperatoria de la hernia inguinal, desde el inicio de la cirugía moderna, se han ideado y llevado a cabo múltiples técnicas y variaciones de estas -- con el único objeto de disminuir el porcentaje de esta complicación.

Específicamente la técnica de reparación inguinal con vía de abordaje preperitoneal ha evolucionado desde su concepción inicial llevada a cabo por Cheatle en 1920, hasta la clásica descripción, fundamentos y procedimiento quirúrgico publicado en 1960 por Lloyd M Nyhus, profesor de cirugía y Jefe del Departamento Quirúrgico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, en Seattle, Washington.

AUTOR	AÑO	TIPO DE HERNIA	METODO
Cheatle	1920	Indirecta	Oclusión del anillo con sutura.
		Femoral	Colgajo de perirrostio de pubis a Poupart.

AUTOR	AÑO	TIPO DE HERNIA	METODO
Cheatle	1921	Indirecta	Ligadura alta de saco.
		Femoral	Colgajo de pericostio de pubis a Poupart. Obstruir la abertura femoral con segmento de vena autógena.
Henry	1936	Indirecta	Plastia de anillo interno con fascia transversalis.
		Femoral	Colgajo de fascia de pectineo a Poupart.
Jennings	1942	Indirecta	Cierre del anillo interno, sutura de fascia transversalis como sostén.
Musgrove	1949	Femoral	Sutura de ligamento de Poupart a Cooper.
McEvedy	1950	Femoral	Sutura de tendón conjunto a ligamento Cooper.
Hull	1953	Femoral	Sutura de ligamento de Poupart a Cooper o colgajo de fascia pectinea con técnica de Henry.

AUTOR	AÑO	TIPO DE HERNIA	METODO
Mikkelsen	1954	Femoral	Sutura de fascia transversalis y aponeurosis ---- transversalis a ligamento de Cooper.
		Indirecta pequeña	Plastia de anillo interno a f. transversalis.
		Indirecta grande	Similar al cierre de la hernia femoral.
Mouzos	1956	Femoral	Sutura de tendón con junto a lig. de Cooper.
Nyhus	1959	Indirecta	Sutura de fascia transversalis fijándola medialmente al cordón.
		Directa	Sutura de fascia transversalis -- y/o tendón con junto a lig. de Cooper.
		Femoral	Sutura de fascia transversalis y/o tendón conjunto a Cooper.
Nyhus	1960	Indirecta	Sutura de fascia transversalis fijándola lateralmente al cordón.
		Directa	Sutura de fascia transversalis y/o tendón conjunto a ligamento de Cooper.

AUTOR	AÑO	TIPO DE HERNIA	METODO
		Femoral	Sutura de fascia transversalis y/o tendón conjunto a ligamento - de Cooper.

En 1964 Nyhus publica su libro "HERNIA", en donde describe detalles anatómicos de la región inguinal y --- vías de abordaje, con especial énfasis en la vía preperi-
toneal. En ese mismo año publica (1) una nueva valora-
ción anatómica de la pared inguinal vista posterior, con
sideraciones del haz ilio-púbico y su relación con la -
hernia inguinal, concluyendo que dicho haz es de princi-
pal importancia en la reparación inguinal y su abordaje
tanto anterior como posterior se puede utilizar, tenien-
do ventajas e inconvenientes cada una.

Se revisa la literatura en el Index Medicus desde 1976 a 1986 encontrando escaso material que específica-
mente indique el uso de esta técnica descrita por Nyhus.

No existen antecedentes de estudio sobre este te-
ma en el Hospital General Regional. Benito Juárez de Mé-
rida, Yucatán.

D. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evolución postoperatoria de los pacientes sometidos a plastia inguinal, después de un año de seguimiento, utilizando la vía preperitoneal según la vía de abordaje descrita por Nyhus, tanto en los casos de hernia inguinal directa, indirecta y femoral. Llevados a cabo en el departamento de cirugía del Hospital Regional General. Lic. Benito Juárez?

¿Modifican en algo los factores personales (edad, ocupación, tiempo de evolución de la hernia) y los relacionados al tratamiento quirúrgico en sí (material de sutura, acierto diagnóstico, tiempo quirúrgico, duración de permanencia hospitalaria, inicio de actividad indicada por el médico) a la evolución de estos pacientes?

E. DETERMINACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES: Material utilizado para la plastia, tiempo de hospitalización postoperatoria, tiempo transcurrido desde la cirugía hasta la actividad normal.

VARIABLES DEPENDIENTES: La presencia o no de complicaciones como; infecciones hematomas, granulomas, neuralgia, uso o no uso de antibiótico y recidivo.

F. HIPOTESIS

DE AFIRMACION:

El abordaje preperitoneal tipo Nyhus, con cierre de defecto herniario y afrontamiento de tendón conjunto a ligamento de Cooper, no importando el material utilizado para la plastia, presenta una evolución satisfactoria, ya que disminuye el tiempo quirúrgico, se logra -- una mejor exposición de los elementos anatómicos de la región inguinal y sus defectos, y por consiguiente favorece una mejor plastia, que evita la frecuencia de recidivo y otras complicaciones postoperatorias. Independientemente del tipo de hernia inguinal de que se trate.

DE NULIDAD.

1.- No existe ventaja alguna en la plastia de la región inguinal al utilizar la vía de abordaje preperitoneal en relación a otras técnicas que utilizan abordajes anteriores.

2.- La vía de abordaje preperitoneal según Nyhus no está indicada para todo tipo de hernia en la región inguinal, existiendo mayor frecuencia de recidivo al --

utilizar esta técnica indistintamente, o efectuar un -- diagnóstico preoperatorio equivocado y emplearla.

3.- El material de sutura empleado para realizar la plastia inguinal vía preperitoneal influye decisivamente en la evolución postoperatoria, favoreciendo complicaciones, en caso de utilizar el inadecuado.

G. TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, Descriptivo, Longitudinal,
Observacional.

H. UNIVERSO DE TRABAJO

Se incluyeron pacientes sometidos a plastia de la región inguinal por defecto herniario, tratados en el servicio de cirugía del Hospital General Regional -- Lic. Benito Juárez de la Ciudad de Mérida, Yucatán.

I. CRITERIOS DE INCLUSION DE LOS SUJETOS EXPERIMENTALES

Pacientes programados electivamente con hernia inguinal en la consulta externa del servicio de cirugía para su tratamiento. Preferentemente con el diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal directa. Con estudios preoperatorios convencionales de rutina dentro de límites normales, sin enfermedades caquetisantes, en buenas condiciones generales, previamente operados en la región inguinal ipsilateral o nó, y con una edad mínima de 16 años, sin edad máxima, ni enfermedades sistémicos descompensados.

Incluyéndose en el programa de cirugía ambulatoria institucional.

J. CRITERIOS DE EXCLUSION DE LOS SUJETOS EXPERIMENTALES

Pacientes con edad menor a 16 años, procedimiento quirúrgico de urgencia, estudios preoperatorios anormales, y enfermedad sistémica descompensada, así como - mal estado general y enfermedades caquectisantes.

K. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Material utilizado para la plastia:

Aponeurosis y ligamentos.....Seda quirúrgica, Dexon
del 0,00

Aponeurosis de oblicuo mayor.....Vycril, catgut crómico
00 y 000

PielSeda quirúrgica, Derma
lon 00,000

Tiempo de Hospitalización:

Sin complicaciones; dentro del programa de cirugía -
ambulatoria institucional de uno a dos días. En caso de
complicaciones la duración varió según el tipo y gravedad
de estas.

Tiempo de duración del lapso entre la cirugía y el -
inicio de la actividad normal;

Según criterio del médico tratante

VARIABLES DEPENDIENTES:

COMPLICACIONES:

a) Infección.- Infección de la herida de tejido superfi-
cial o profundo. En cualquier tiempo des-
de el final de la cirugía hasta dar el pa-

ciente de alta del servicio.

- b) Hematoma.- Colección hemática entre cualquiera de los planos quirúrgicos de la región operada
- c) Granuloma.- Tejido cicatrizal anormal en el sitio de la cirugía que cause sintomatología, o rechazo del material de sutura, mediado por el sistema inmunológico del paciente.
- d) Neuralgia.- Presencia o no de dolor en el área operada, manifestada por el paciente y anotada únicamente como SI/NO.
- e) Recidivo.- Presencia dentro del término de un año, -- computado desde la fecha de la cirugía, -- hasta la presencia clínica de recurrencia del defecto herniario, en el mismo sitio de la operación incluido en el presente estudio.

USO O NO USO DE ANTIBIOTICO Y/O OTROS MEDICAMENTOS.

Según lo consideró necesario el médico tratante.

L. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se elabora el protocolo de estudio en el mes de Septiembre de 1986, sujeta su aprobación al jefe de Enseñanza e Investigación de la Unidad, así como a las indicaciones y sugerencias del asesor de la tesis.

Se imprimen las fichas de recolección de datos y se inicia el llenado de los mismos, tomando en cuenta - los casos operados desde el 10 de Septiembre de 1986 -- hasta el 30 de Enero de 1987, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión anotados previamente.

Se lleva a cabo el seguimiento de los casos y su evolución postoperatoria en la consulta externa de cirugía, anotando los resultados obtenidos y observaciones pertinentes, así como se le solicita al paciente su presencia al cabo de un año a partir de la fecha de su operación, en la misma consulta externa para completar el período de observación fijado para el presente estudio, y obtener así resultados y elaborar las conclusiones en el mes de Enero de 1988. Que dan origen a la tesis que presento.

M. SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

Número de caso _____

Nombre: Cédula Sexo Edad

Domicilio: Ocupación:

Antecedentes personales patológicos:

Tiempo de Evolución del PA(hernia) en meses.:

Exploración física preoperatoria: Reductibilidad SI/NO
Tamaño aproximado

Exámenes de laboratorio: HB, Hto, CMHG, Glucosa, Urea, -
Creatinina, Tiempo de protrombina, grupo y Rh, examen general de orina.

Impresión diagnóstica preoperatoria.

Impresión diagnóstica postoperatoria.

Tiempo quirúrgico empleado.

Material quirúrgico empleado: Seda, vycril, dextron, catgut crómico.

Número de puntos de sutura empleados para la plastia inguinal y cierre del defecto.

Fecha de operación Fecha de alta de hospitalización
1a. cita, 2a. cita, 3a. cita, alta.

Observaciones:

N. CARACTERISTICAS DEL GRUPO

Grupo único, no existiendo grupo experimental, ni de control, ya que no es un estudio comparativo, --- siendo prospectivo, observacional de la evolución que tienen los pacientes sometidos a la plastia inguinal -- con abordaje preperitoneal, según la técnica de Nyhus.

Ñ. CONSIDERACIONES ETICAS

Fueron sujetos de investigación e inclusión en el presente estudio aquellos pacientes que padecían de hernia inguinal y que llenaron los requisitos de los -- criterios de inclusión.

Se informó al paciente, mediante entrevista durante su hospitalización o en las consultas subsecuentes en la consulta externa de cirugía, de la importancia que tiene su seguimiento y control, y su estado de paciente bajo observación incluido en un protocolo de -- investigación para la elaboración de tesis.

Teniendo la opción de rechazar su inclusión con toda libertad, hecho que no se presentó en ninguno de -- los sujetos incluidos y operados en el período de tiempo estipulado para la elaboración del presente.

inguinoescrotales a veces son difíciles de remover sin -
causar trauma excesivo a los elementos del cordón ingui-
nal. En estas circunstancias, el cuello del saco debe -
ser seccionado dejando el segmento distal del saco "in -
situ" siendo esta maniobra la excepción al procedimiento
ideal.

El saco herniario después de su movilización pue-
de ser invaginado a la cavidad abdominal mediante una su
tura en bolsa de tabaco, o excidido con cierre del saco
y corte del tejido restante, siendo esto la regla. La -
proximidad de la vejiga, particularmente en las del tipo
directo, debe estar siempre presente en mente para evi-
tar su lesión. Cuando una gran hernia es reparada, hay
una tendencia a no hacer una exploración completa de la
zona. Siendo impertativo visualizar cuidadosamente cada
sitio potencial de herniación antes del cierre de lo her
nia. Las dobles y aún las triples hernias en un lado, -
no son infrecuentes según varios autores.

DESCRIPCION DEL CIERRE DEL DEFECTO, SEGUN EL TIPO DE HERNIA

Como principal objetivo en el cierre del defecto herniario; debe hacerse notar que en todos los casos, - la fascia transversalis es suturada sobre sí misma o a uno de sus análogos.

REPARACION FEMORAL.

Después de identificar plenamente la vena y arteria femorales, así como del sitio del defecto. El borde superior del defecto es fijado junto con las fibras de la cintilla iliopúbica mediante dos o tres puntos de seda negra # 1 al ligamento de Cooper visualizando cuidadosamente previo al cierre los vasos femorales cuidando de no lesionarlos mediante su separación delicada mediante gasa montada o con el dedo del cirujano.

REPARACION HERNIA INDIRECTA.

Después de la ligadura del saco herniario, se hace tracción al cordón inguinal en sentido medial, esto delimita al arco medial de la fascia transversalis cir-

cundante. Continuando con la tracción medial el cordón es movido ligeramente en forma craneal y aparece el haz medial de la fascia transversalis, estas fibras delgadas no son usadas en la reparación y deberán ser cortadas -- hasta encontrar fibras más caudales a la cintilla iliopúbica, siendo estas fibras las representantes del haz lateral para el cierre. Las suturas entonces son colocadas lateral al cordón inguinal, entre el haz medial del anillo abdominal profundo (análogo de la fascia transversalis) y el haz lateral del anillo (en este caso cintilla iliopúbica). Siendo por lo general suficientes 3-4 hilos de sutura seda # 1 para cerrar el defecto.

McVay sugiere que en los casos de hernia inguinal indirecta masiva, la transposición medial completa del cordón con la sutura lateral del agujero al poner el cordón en línea directa con el anillo inguinal superficial. Este hecho potencialmente causa una situación peligrosa para el aporte sanguíneo (plicatura) y fomenta la recidiva al crearse un túnel recto. Por lo tanto agregamos que en este tipo de defecto, la porción medial de la repara-

ción deberá realizarse como si fuera una hernia directa seguida por el cierre lateral como se indicó previamente, dejando el cordón en el centro de la reparación. La reparación del segmento medial en estos grandes defectos necesitará la sutura de la fascia transversalis o tendón conjunto al ligamento de Cooper.

HERNIA DIRECTA.

Durante la reducción inicial de los tejidos preperitoneales del piso pélvico, los tejidos en la región del triángulo de Hesselbach, deberá ser cuidadosamente observados en una hernia directa, la fascia transversalis débil y el piso del saco peritoneal se evertirá junto con el saco. La fascia atenuada será sujeta con pinzas de Allis demarcando los bordes de defecto. El margen inferior del defecto directo es en muchas ocasiones la cintilla iliopúbica, por lo que la sutura entre el margen superior del defecto sujeta por las pinzas de la fascia transversalis es llevada a cabo entre este y la cintilla iliopúbica. Si el ligamento de Poupart no está bien definido, entonces el cierre es llevado pa

ra su fijación al ligamento de Cooper.

Si la fascia transversalis es de pobre calidad, - entonces se utiliza el tendón conjunto para el cierre como margen superior y el ligamento de Cooper como margen inferior. Las incisiones relajantes no son necesarias - en el abordaje preperitoneal.

Después de meticulosa hemostasia, el espacio preperitoneal es bien irrigado con solución salina, se ----afrota la vaina de los rectos y se sutura la línea media con material sintético absorbible del tipo Dexon o - Vicryl 0-00, se afronta celular subcutáneo con catgut -- simple 000, y la piel con monofilamento de Dermalon 000 suturatipo Sarnoff o simples.

No es necesario la colocación de drenajes.

En caso que se requiera o desee obtener resultado estético en el sitio de la incisión abdominal, se puede cambiar el sentido de la incisión en piel y tejidos subyacentes, de la media infraumbilical a la incisión tipo Pfansteel, siendo el resto del procedimiento reconstructor inguinal el mismo independientemente del tipo de incisión superficial empleada.

P. RESULTADOS

NUMERO TOTAL DE CASOS 16

DISTRIBUCION POR EDADES Mínima - 23 años
 Máxima - 85 años
 Promedio - 55.3 años
 Media - 57.5 años
 Rango - 62 años

OCUPACION: Labores del Hogar - 4 - 25%
 Labores de Oficina - 5 - 31%
 Labores de Campo - 7 - 43.7%

TIEMPO DE EVOLUCION

(en meses)

Mínima -- 1 mes
 Máxima -- 540 meses
 Promedio -- 59.2 meses
 (4.9 años)
 Media -- 6 meses
 Moda -- 1 y 6 meses

SEXO:

Hombres - 14
 Mujeres - 2

EXPLORACION FISICA, REDUCTIBILIDAD
 PREOPERATORIA CON MANIOBRAS EXTERNAS:

SI		NO	
Directa	9	Crural	1
Indirecta	3	Indirecta bilateral ..	1
Crural	1	Indirecta recidivante.	1
Total	<u>13</u>	Total	<u>3</u>

EXPLORACION FISICA, TAMAÑO EN PROMEDIO:

3.7 x 3.3 cms.

FACTORES PREDISPONENTES PROBABLES:

SIN	antecedentes	9
CON	antecedentes	7
	Empleo cargando bultos	1
	Hallazgo durante exploración física intensional	1
	Prostatismo	1
	Deporte; levantamiento de pesas.	1
	Recidiva; iatrógena	1
	nutrición multicarencial	1
	espontánea	1

RESULTADOS DE LABORATORIO
(cifras promedio)

Hemoglobina	12.6 grs.
Hematocrito	41%
CMHG	31 mgrs.
Tiempo prot	97% del testigo
E.G.O.	Normal 13 Leucoci tosis 3
Glucosa	83 mgrs/dl
Urea	29 mgrs/dl
Creatinina	1.14 mgrs/dl

HALLAZGOS QUIRURGICOS:	Bilateral	4	25%
	Unilateral ...	12	75%
	Indirecta	5	31%
	Directa	9	56%
	Crural	2	12.5%

CORRELACION CLINICA - QUIRURGICA
(dxs pre y postoperatorio)

Igual	7	43.7%
Diferente	2	12.5%
Hallazgo	8	50.0%

SUTURA EMPLEADA:

Defecto Inguinal	Seda 00 ..	1 ..	7.1%
	Seda 0 ..	7 ..	50%
	Seda 1 ..	5 ..	35%
	Seda 2 ..	1 ..	7.1%
Linea Alba	Dexon	6 ..	43%
	Vycril ...	6 ..	43%
	No especi- ficado ...	2 ..	4%

TIEMPO EMPLEADO
(Promedio)

Bilateral	71 minutos
Unilateral:	
Indirecta	73 minutos
Directa	58 minutos
Crural	65 minutos

PROMEDIO DE HOSPITALIZACION: 3.06 días.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Inmediatas = Ninguna
Mediatas = Infección y dehiscencia de piel 1
= Dolor e inflamación, re-
gión inguinal.. 1

MORTALIDAD : CERO
MORBILIDAD : DOS CASOS
RECIDIVA : A UN AÑO DE SEGUIMIENTO: UNA

DATOS DEL PACIENTE CON RECIDIVA.

SEXO: Masculino.
EDAD: 61 años.
OCUPACION: Empleado en un laboratorio.
DEPORTE: Practica levantamiento de pesas.
A.P.P. : Ninguno.
TIEMPO DE EVOLUCION CLINICA ANTES DE CIRUGIA: Dos Meses.
REDUCTIBLE A MANIOBRAS EXTERNAS: SI

TAMAÑO: 3 x 2 cms.

DX PREOPERATORIO: Hernia inguinal derecha probablemente directa.

DX POSTOPERATORIO: Hernia inguinal derecha directa.

TIEMPO QUIRURGICO: Una hora.

SUTURA EMPLEADA: Seda quirúrgica 0
 Número de puntos 5
 Sutura de línea alba; Vycril 1
 Sutura de piel: Dermalon 000

DIAS DE HOSPITALIZACION POSTOPERATORIO UNO

PRIMERA CITA : 18 días, cicatrización de piel normal, manifiesta sensación de pequeña tumoración en sitio de la cirugía. Observación.

SEGUNDA CITA : 48 días, persiste tumoración de tamaño igual manifestado en cita previa. Asintomático.

DATOS DEL PACIENTE CON RECIDIVA.

TERCERA CITA: 5 meses postoperatorio, acude por tener malestar en la región inguinal derecha, y aumento de volumen de la tumoración.
 A la EF se aprecia hernia inguinal derecha, catalogándose como -- "recidivante".
 Se solicitan preoperatorios y -- programa para su corrección.

DX PREOPERATORIO	Hernia inguinal derecha <u>recidi</u> vante.
DX POSTOPERATORIO	Hernia inguinal derecha indi-- recta.

ANALISIS DE RESULTADOS

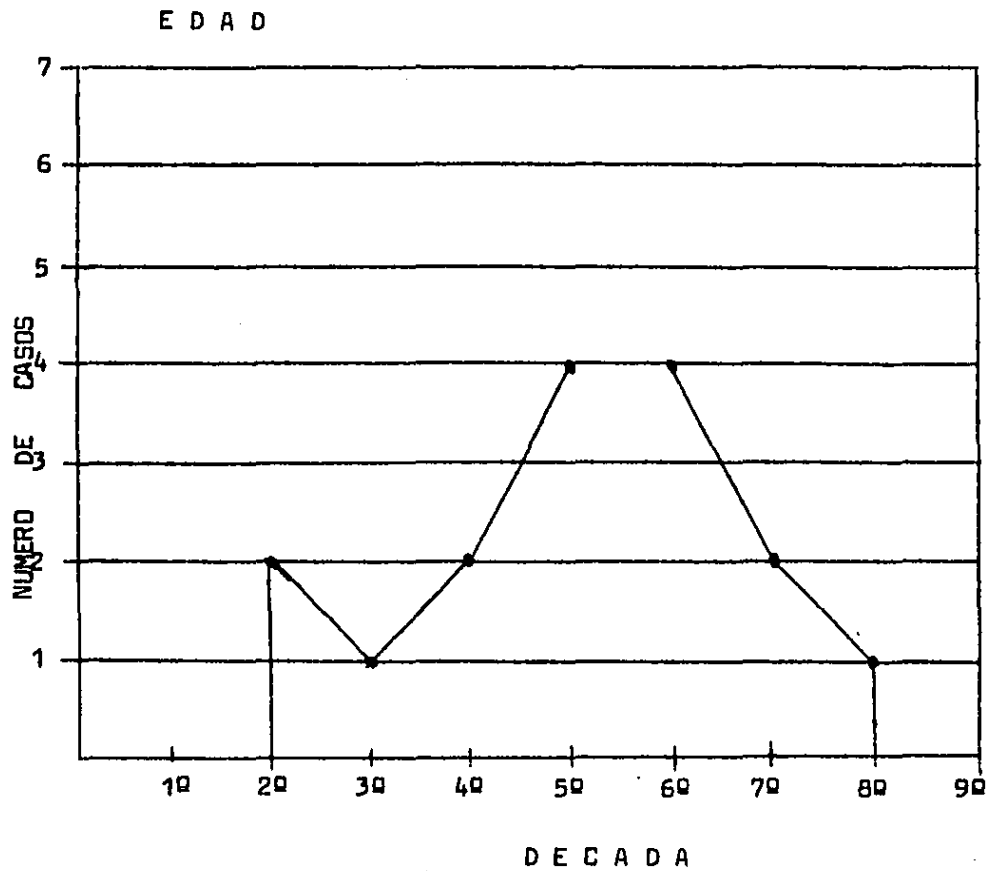
- 1.- Patología más frecuente en el sexo masculino, con -- una proporción hombre; mujer de 7-1
- 2.- Patología que se presenta con mayor frecuencia en la quinta década de la vida.
- 3.- Tiene una mayor incidencia en las personas que se de dican a actividades en el campo.
- 4.- En promedio, desde iniciar la sintomatología de la - hernia, hasta su tratamiento quirúrgico, corrieron - 4.9 años de evolución.
- 5.- La mayor parte de las hernias eran reductibles en el momento de la exploración física inicial preoperato- ria, siendo el síntoma principal manifestado por los pacientes dolor en la región inguinal, en relación -

directa con las maniobras de Valsalva, o el tiempo - de deambular.

- 6.- Fueron incluidos en el trabajo mayor cantidad de hernias del tipo directo, seguido de las del tipo indirecto, y únicamente dos del tipo crural.
- 7.- El tamaño en promedio de la masa tumoral fué de 3.7 x 3.3 cms, en el momento que el paciente demandó tratamiento.
- 8.- Aproximadamente el 40% de los diagnósticos fueron -- acertados en forma preoperatoria, al corroborarlo -- con los hallazgos operatorios, totalmente diferentes en un 10%, y la otra mitad de los casos no se sospechó la variedad anatómica de la hernia por corregir.
- 9.- Se empleo con mayor frecuencia (50%) material de sutura multifilamento de origen natural inabsorbible - número 0 para el cierre del defecto y plastia de la región, seguidos por la del número 1, y en forma limitada las del 00 y 2 no se utilizó sutura absorbible; reservándose este tipo de sutura para el afrontamiento de la línea alba.

- 10.- El tiempo empleado para la reparación tanto de la hernia unilateral tipo indirecto, como de las bilaterales fué de una hora y 10 minutos. En tanto que en las unilaterales del tipo directa y crural, aproximadamente fué de una hora.
- 11.- Hubieron dos complicaciones mediatas a la cirugía, como lo fué en un caso infección con dehiscencia, y en otro inflamación con dolor de la región, que remitieron con medicamentos específicos, administrados en la consulta externa.
- 12.- No se presentaron defunciones relacionadas directamente con el procedimiento quirúrgico.
- 13.- Aparentemente se presentó recidiva en un paciente sometido a este tipo de plastia inguinal.

Q. G R A F I C A S



MINIMA 23 años

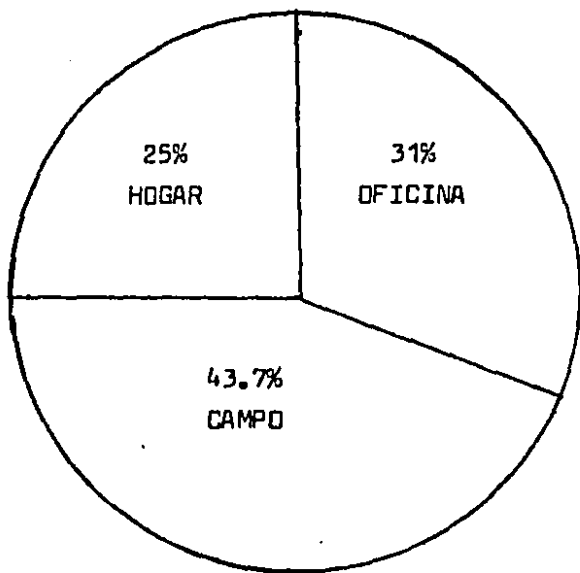
MAXIMA 85 años

\bar{x} 55.3 años

MED. 57.5 años

D E C A D A

O C U P A C I O N



TIEMPO DE EVOLUCION

Nº DE CASOS	MESES
1	12
2	1
3	8
4	24
5	1
6	3
7	1.3
8	240
9	540
10	84
11	1
12	6
13	12
14	6
15	6
16	2

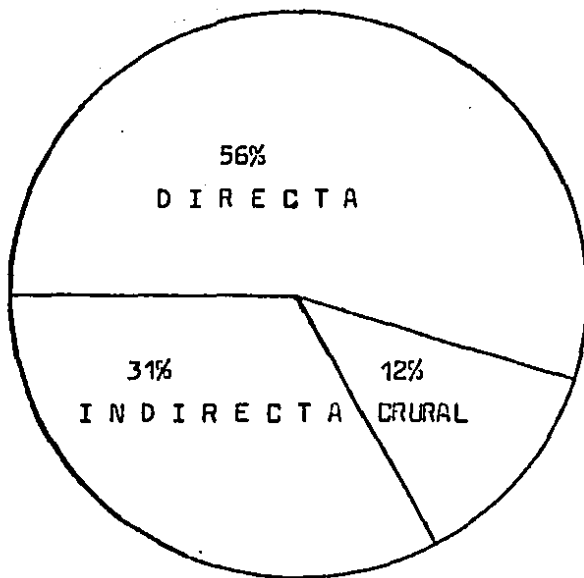
MINIMA 1 MES
 MAXIMA 540 MESES
 PROMEDIO 59.2 MESES
 (4.9 AÑOS)
 MEDIA 6 MESES
 MOD0 1 y 6 MESES

FACTORES PREDISPONENTES PROBABLES

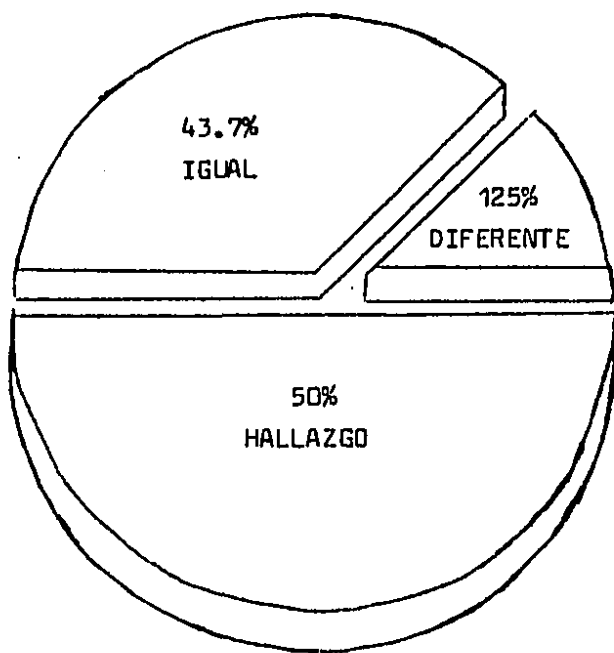
SIN ANTECEDENTES 10
CON ANTECEDENTES 6

- 1 EMPLEO CARGANDO BULTOS PESADOS.
- 1 PRUSTATISMO.
- 1 DEPORTE: LEVANTAMIENTO DE PESAS.
- 3 RECIDIVA
 - 1 IATROGENA
 - 1 MULTICARENCIAL
 - 1 EXPONTANEA

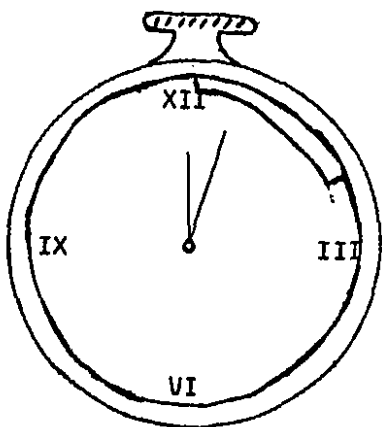
HALLAZGOS QUIRURGICOS



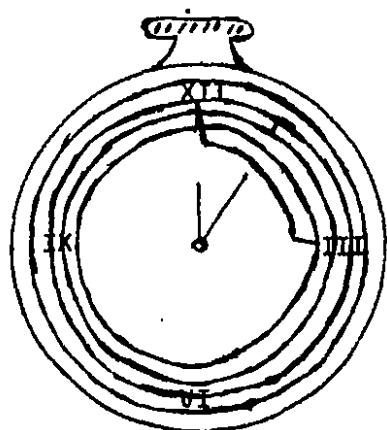
CORRELACION CLINICA-QUIRURGICA



TIEMPO QUIRURGICO (PROMEDIO)



BILATERAL
71 Minutos



UNILATERAL
— Directa 58'
— Crural 65'
— Indirecta 73'

P R O M E D I O

H O S P I T A L I Z A C I O N

E N E R O

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

COMPLICACIONES

INMEDIATAS - NO

MEDIATAS 1 Inferior y
dehiscencia, HQ.
1 Inflamación cord.
Inguinal.

MORBILIDAD 2 CASOS

MORTALIDAD NO

RECIDIVA A UN AÑO, UNA

C O N C L U S I O N E S

1.- La vía de abordaje preperitoneal, para la plastia de hernias de la región inguinal es adecuada para los -- tres tipos de presentación (indirecta, directa y femoral o crural). Ya que se obtuvieron buenos resulta-- dos en los casos operados e incluidos en este estudio. En donde se analizaron por lo menos en una ocasión, - alguna de las 3 modalidades.

En nuestra serie de 16 casos, todos a excepción de uno, tuvieron una evolución favorable, dentro del primer año de seguimiento, con resolución completa -- del problema.

2.- Este tipo de abordaje, brinda la oportunidad de efectuar una exploración amplia de la región inguinal, -- con fácil identificación del problema herniario, y -- por lo tanto una adecuada resolución. Y en el caso - de sospechar y/o hallar la existencia de una hernia - en el lado contralateral, efectuar su plastia, sin necesidad de efectuar otra incisión al paciente.

Se puede programar por lo tanto la reparación - bilateral de hernias inguinales en un solo tiempo -- quirúrgico, implicando por solo este hecho, menor -- riesgo quirúrgico, menor tiempo de hospitalización y menor costo para el paciente y para la institución.

3.- Prácticamente no existieron complicaciones derivadas directamente del procedimiento quirúrgico empleado - para efectuar la plastia, salvo en dos de los casos, en que se presentó infección y en otro, un proceso - inflamatorio mayor del normal, implícitos en las posibilidades de su presentación en cualquier tipo de cirugía.

4.- En un caso se encontró una recidiva de la hernia, de bido tal vez a deficiente técnica operatoria, ya que se empleó sutura con una fuerza ténsil, inadecuada - para la presión intrabdominal que el paciente estaba acostumbrado a ejercer, recordando que el enfermo -- practica el levantamiento de pesas. O a un diámetro del defecto demasiado amplio que requiriese otro tipo de técnica para su corrección. O bien dentro de

las posibilidades de error cabe mencionar la identifi-
cación inadecuada del saco herniario con reducción --
parcial del mismo.

Así mismo como otras posibilidades existe una va-
loreción preoperatoria inadecuada al no identificar -
la existencia de una hernia llamada "en pantalon", o
que durante la cirugía, al no haber hecho una explora-
ción completa de la región inguinal y haber reparado
la hernia directa evidente, quedó sin tratamiento la
indirecta que se reportó como hallazgo en la segunda
cirugía de la región inguinal en este paciente.

Por lo que como conclusión debemos recordar lo --
que escribió Nyhus en su reporte inicial "es necesaa--
rio efectuar una exploración amplia de la región in--
guinal, en busca de dos o inclusive 3 hernias en el -
mismo lado, ya que con cierta frecuencia coexisten, -
siendo únicamente una la sintomática". Y "conocer --
exactamente la región inguinal, los planos aponeuróti-
cos, y pliegues de la fascia transversalis para que -
con esta o con uno de sus análogos, se pueda efectuar

la plastía en la región adecuadamente".

5.- Tema de actualidad, que el cirujano general debe dominar para ofrecer la mejor técnica según el caso • de su paciente.

Por lo que la revisión de la reparación de las hernias inguinales con la técnica descrita por Ny--hus es importante ya que proporciona una opción más para el cirujano, seguro que llevando a cabo el procedimiento fielmente a los principios e indicacio--nes, y apoyado en firmes conocimientos anatómicos y quirúrgicos obtendrá resultados siempre satisfacto--rios.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Clinical Experiences with Preperitoneal Hernial Repair for all Types of Hernia of the Groin. Lloyd M Nyhus et al Am. Journal of Surgery Vol 100 Aug 1960 234;244
- 2.- Nueva valoración anatómica de la pared inguinal posterior Lloyd M Nyhus et al Clin Quir N Am Oct 1964 1305:1313
- 3.- Preperitoneal Hernioplasty McVay et al Surg Gynec - and Obst 1966 349:350
- 4.- Encarcerated hernia Einar Hjaltason Acta Chir Scand 1981 147:350
- 5.- Inguinal and Femoral Hernia Repair in geriatric Patients George Tingwald et al Surg, Gynec and Obst - May 1982 154:704-706
- 6.- Recurrence After inguinal Hernioplasty Magnusson et al Acta Chir Scand 1983 149:157-159
- 7.- A new indication for Using the preperitoneal Approach for inguinal Herniorrhaphy; Recurrente inguinal Hernia whit solitary Ipsilateral Testis. R Brodman et al The AM Journal of Surgery, 1983 Vol 46 Sep -- 371-372
- 8.- Inguinal and Femoral Hernias Olofur Ingimarsson Acta Chir Scand 1983:149 291-297

- 9.- Technique for inguinal Hernia Repair in the Elderly Patiente Mario Nano. The Am Journal of Surgery Vol 146, Sep 1983 373;374
- 10.- Evolución de la Herniorrafia en la Historia Raymond C Reed Clin Chir N Am Vol 2 1984 176:187
- 11.- Preperitoneal repair of acute incarcerated and strangulated Hernias of the Groin. Mark Malongoni, Robert E Condon Surgery Gynecology and Obstetrics Jan Vol 162, 1986 65:67
- 12.- HERNIA Nyhus L M. Condon R E Ed Lippincott and Co second Ed 1978