



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

11209

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

HERNIA INGUINAL BILATERAL:
REPARACION SIMULTANEA

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. MELQUIADES ALVAREZ CHAIRES



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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 está 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.

DORMI Y SOÑE
QUE LA VIDA ERA ALEGRÍA:
DESPERTE Y VI
QUE LA VIDA ERA SERVICIO:
SERVI Y DESCUBRI
QUE EN EL SERVICIO SE
ENCUENTRA LA ALEGRÍA

R.FORGORE.

DEDICACION:


**A MIS PADRES Y HERMANAS POR TODO SU APOYO CARIÑO Y
COMPRESION**

**A MIS ABUELOS Y TIOS POR INFUNDIR EN MI EL ESFUERZO DE LA
SUPERACION**

AGRADECIMIENTOS:

A MIS MAESTROS: POR EL TIEMPO INVERTIDO EN MI ENSEÑANZA


DRA. MA. DOLORES SAAVEDRA
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION

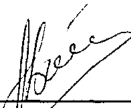

DR. CARLOS RIVERO L.
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA

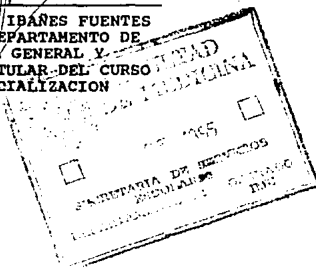
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION
DE ENSEÑANZA


DR. REFUGIO IBANES FUENTES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA GENERAL Y
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION


SECRETARIA DE SERVICIOS
MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. REFUGIO IBAÑES FUENTES.



FIRMA

FEBRERO DE 1993. MEXICO, D.F.

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

FEBRERO DE 1992

MEXICO, D.F.

TITULO

HERNIA INGUINAL BILATERAL: REPARACION SIMULTANEA.

INVESTIGADORES:

RESPONSABLE: DR. SALVADOR MARTIN MANDUJANO
PRINCIPAL: DR. MELQUIADES ALVAREZ CHAIRES.
ASOCIADOS: DR. AMADO DE JESUS ATHIE ATHIE

SEDE:

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

INDICE:

- 1.- ANTECEDENTES.
- 2.- ANATOMIA QUIRURGICA
- 3.- ASPECTOS FISIOLÓGICOS
- 4.- CLASIFICACION
- 5.- DIAGNOSTICO Y PRESENTACION CLINICA
- 6.- MARCO DE REFERENCIA
- 7.- OBJETIVO
- 8.- MATERIAL Y METODO
- 9.- HOJA DE CAPTACION DE DATOS
- 10.- RESULTADOS
- 11.- DISCUSION
- 12.- CONCLUSIONES
- 13.- GRAFICAS
- 14.- BIBLIOGRAFIA

ANTECEDENTES:

La primera descripción de la palabra hernia fue realizada mediante el vocablo griego "Hernios" cuyo significado es tumor formado por la salida de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o bien accidental.

La primera aparición histórica de la hernia inguinal se remonta al año 900 a.C. en donde un estatuto fenicio describe el tratamiento de una hernia inguinal bilateral. En el año 1500 a.C. los antiguos médicos griegos inmortalizaron a la hernia al realizar las esculturas en mármol de figuras humanas con la presencia de hernias inguinales uni o bilaterales. (1)

Los antiguos médicos griegos utilizaron la ausencia de la transluminación y la reductibilidad para poder distinguir las hernias de los hidroceles. Indicaban la cirugía para el alivio del dolor, especialmente en gente joven, pero no con la presencia de grandes sacos herniarios o cuando aparecían síntomas de estrangulación.

En 1363 Guy de Chauliac escribió "Cirugía Magna", distinguió por primera vez la hernia inguinal de la femoral, también desarrolló la reducción de la encarcelación mediante manipulaciones en pacientes en posición de Trendelenburg.

En 1775 Richter reportó un Enterocèle parcial; al mismo tiempo, John Hunter mencionó la naturaleza congénita de algunas hernias inguinales indirectas. Scarpa en 1814 describió la hernia por deslizamiento. (1)

A principios del siglo XIX, se realizó una descripción anatómica completa del canal inguinal en la cual intervinieron los siguientes autores: Richter, De Gimbernat, Scarpa, Pott, Camper, Cooper, Hasselbach, Cloquet, Morton. La fascia transversalis fue descrita por Cooper, mencionando que esta capa y no el peritoneo o la aponeurosis del oblicuo externo, era la principal barrera para la hernia. De Gimbernat describió en forma cuidadosa las relaciones anatómicas del anillo inguinal interno. Posteriormente Morton describiría el Tendón Conjunto.

A pesar de estos avances importantes de la introducción de la de la Anestesia en 1884, la reparación quirúrgica tuvo poco progreso en la primera mitad del siglo XIX, debido a que cualquier intento por abrir el canal inguinal era seguido de severa sepsis y recurrencia de la hernia.

Lister en 1865, introdujo el uso de antisépticos (Ac. Carbólico) en la cirugía ortopédica; sin embargo, muchos de los pioneros de la Cirugía abdominal (incluyendo la Herniología), fueron sus alumnos. En 1871, Marcy publicó un artículo sobre la herniorrafia antiséptica (un nuevo uso del Catgut Carbolizado).

Eduardo Bassini en 1870, descartó la posibilidad de obliterar el canal con sutura profunda de los anillos y propuso reconstruir el canal fisiológicamente, recreando las aberturas externas e internas con paredes anterior y posterior. En 1884 realizó por primera vez su operación. Su publicación final sobre hernias en 1890 hizo que su trabajo se conociera en todo el mundo.

Ferguson en 1899 insistió en respetar el cordón para permitir que los elementos indispensables no se lesionaran logrando así la perpetuidad de nuestra raza.

Anton Wolfer fue el primero en utilizar la incisión relajadora para evitar la tensión en la plastia inguinal, aunque dicho autor no utilizaba el ligamento de Cooper para sus reparaciones. Guiseppe Ruggi en 1892, inició la plastia inguinal mediante el empleo del ligamento de Cooper, suturándolo al ligamento inguinal para la reparación de una hernia femoral.

En 1897, George Lotheissenn realizó una plastia inguinal suturando el Tendón Conjunto al ligamento de Cooper en la reparación de una hernia inguinal recurrente, en donde encontró que el ligamento inguinal estaba parcialmente destruido. (1,7)

Nyhus, Condon y Hartkins adoptaron el abordaje preperitoneal utilizando una incisión transversa y unilateral, realizando una reparación del ligamento de Cooper usando la cintilla ileopúbica.

En 1942 Chester McVay demostró que la inserción normal de la fascia transversalis y del transverso del abdomen era hacia el ligamento de Cooper y no al ligamento de Poupart. Recomendó la utilización del ligamento de Cooper para la reparación de hernias inguinales grandes, directas y femorales. Los trabajos de McVay sobre la reparación de hernias inguinales utilizando esta técnica presentaron excelentes bases anatómicas popularizándose en toda América.

En los Estados Unidos de Norteamérica, la plastia inguinal es el procedimiento quirúrgico abdominal realizado con mayor frecuencia. Aproximadamente se realizan 500,000 plastias inguinales por año y se calcula que un 20% de estas

intervenciones son por hernias inguinales recurrentes. La presencia de hernias inguinales bilaterales ocurre en aproximadamente un 12% de los pacientes (2,3). En un estudio realizado en la Clínica Mayo en Minnesota (4) se revisaron en forma retrospectiva 659 expedientes; a 330 pacientes se les realizó plastía inguinal unilateral y a 329 reparación simultánea. Observaron que el grupo de reparación unilateral presentó a 5 años una recurrencia de 4.8% comparada con un 5% de la reparación simultánea, y a los 9 años el grupo de reparación unilateral presentó una recurrencia de 8.8% comparada con un 9.1% de la reparación simultánea bilateral. En dicho estudio se concluyó que la reparación simultánea de la hernia inguinal bilateral no mostró un incremento de las complicaciones postoperatorias, ni aumentó la recurrencia.

En otro estudio realizado en Inglaterra, se incluyeron 122 pacientes con reparación bilateral (244 plastías) y 122 con reparación unilateral. Se observó una recurrencia de 14.71% (18/122) plastías en el grupo unilateral contra un 19.61% (46/224) plastías del grupo bilateral. El tiempo medio de recurrencia fue de 2 años en ambos grupos. No se apreció una diferencia estadísticamente significativa en este estudio, confirmando que la reparación simultánea de la hernia inguinal bilateral no aumenta las tasas de recurrencia. (2)

Dovie (3) también reporta similares resultados en 141 pacientes sometidos a reparación simultánea con un seguimiento de 2-6 años.

En una revisión de 30 años, Palumbo y colaboradores reportaron 3572 hernioplastias inguinales primarias en 3155 pacientes; en 417 pacientes (11.8%) se presentaron hernias bilaterales. Durante los últimos 10 años se repararon simultáneamente las hernias en 78 pacientes; las 678 plastías restantes se practicaron por separado a intervalos de 6-10 días. El grupo de reparación simultánea presentó 2 recidivas (2,5%) mientras que en el otro grupo sólo existieron 4 recidivas (0.5%); a pesar de que el índice de recurrencia es mayor en el grupo de reparación simultánea está en límites muy bajos y aceptables.

Rutledge, en una gran revisión de 25 años de reparación inguinal utilizando la técnica de McVay, de 942 pacientes, 193 presentaron hernia inguinal bilateral y fueron reparadas simultáneamente utilizando dos incisiones separadas. En un seguimiento de 9 años, sólo el 2% presentaron recidiva. (7)

ANATOMIA QUIRURGICA:

Es fundamental tener un conocimiento claro y preciso de la anatomía de la pared abdominal en la región del canal inguinal, para lograr la comprensión de los fenómenos de la protrusión anormal que se conocen como hernias de la región inguinal. La adopción de conductas quirúrgicas lógicas y racionales depende de este conocimiento, sólido y objetivo, por parte del del cirujano.

La pared del abdomen está formada por una serie de capas musculares y aponeuróticas, entre la piel y el peritoneo parietal, a saber: piel, pániculo adiposo, fascia (de Scarpa) Músculo oblicuo externo (oblicuo mayor), músculo oblicuo interno (oblicuo menor), músculo transverso del abdomen, fascia transversalis, grasa preperitoneal, peritoneo.

El músculo oblicuo externo o oblicuo mayor tiene una amplia porción tendinosa, la aponeurosis o fascia del oblicuo mayor, la cual presenta en su borde inferior, entre la espina iliaca superior y la espina del pubis, una especie de cinta tendinosa, que se refleja sobre sí misma, bajo la cual pasan los vasos y nervios femorales, denominada ligamento inguinal, ligamento de Poupart o arco crural. Esta estructura no es en realidad un verdadero ligamento, sino una formación aponeurótica que al reflejarse forma esta especie de banda. Tiene el mismo espesor, de una sola capa, de la aponeurosis y por ello carace de la firmeza y solidez que caracterizan a los verdaderos ligamentos.

En la porción anterior, cerca de la línea media, (línea alba), la aponeurosis del oblicuo externo se fusiona con las aponeurosis del oblicuo interno y del transverso para formar la vaina del músculo recto anterior del abdomen.

Las fibras de la aponeurosis del oblicuo externo se separan en la porción inferior, por encima del ligamento inguinal, para formar el anillo inguinal externo, que da salida al cordón espermático en el hombre y al ligamento redondo en la mujer. Este anillo no juega papel alguno en el diagnóstico, prevención, o tratamiento de la hernia inguinal.

Los músculos oblicuo interno y externo tienen también una parte interna o inferior que es tendinosa. Esta fascia o aponeurosis se fusiona con la aponeurosis del músculo transverso del abdomen, que es más profundo, para formar la hoja anterior, y en la parte superior del abdomen, también la hoja posterior de la vaina del recto anterior.

El arco de la aponeurosis del músculo oblicuo interno se fusiona con el transverso del abdomen en la minoría de los pacientes, un 5% lateral a la vaina del recto anterior, para formar el TENDON CONJUNTO O FALX INGUINALIS, del cual tanto se habla en las descripciones de las herniorrafias. En general el borde inferior del músculo trasverso aparece bien definido como un arco aponeurótico del músculo trasverso, el cual ha sido bien estudiado por Condon. Este arco marca el límite superior de la pared posterior del canal inguinal, dejando un espacio libre entre este arco y el ligamento inguinal, un verdadero defecto en la pared abdominal, en el cual sólo se encuentra la fascia transversalis, por donde protruyen las hernias directas. Precisamente en este arco aponeurótico de trasverso la estructura anatómica que se utiliza para todas las reparaciones de las hernias inguinales.

El anillo inguinal interno está formado por el borde libre e interior del músculo trasverso, en su trayecto hacia adelante, donde luego de lugar el arco aponeurótico.

El canal inguinal, por consiguiente, es un trayecto oblicuo que se inicia en la parte profunda de la pared abdominal, en el anillo inguinal interno, que atraviesa diagonalmente la aracada muscular que forman los músculos de la pared abdominal, y que termina en su parte superficial, en el anillo inguinal externo. La pared anterior está formada por la aponeurosis del oblicuo externo y, en la porción lateral, por el oblicuo interno (por las fibras que se insertan en la porción central del ligamento inguinal); la pared superior está formada por las fibras del borde inferior del músculo oblicuo interno y del transverso; la pared posterior está formada por la fascia transversalis y, en la parte más cercana de la línea media, por el arco aponeurótico del trasverso y en algunos casos, por el tendón conjunto; la pared inferior está formada por la reflexión del ligamento inguinal. En el canal inguinal se aloja en el hombre el cordón espermático, envuelto por el músculo cremaster y la fascia cremaster; en la mujer, el ligamento redondo. El músculo cremaster está formado por fibras descendentes del oblicuo interno.

LA FASCIA TRANSVERSALIS:

Es la capa de tejido conjuntivo que cubre al músculo trasverso del abdomen por su cara interna o profunda, y que contiene todas las víceras abdominales a la manera de una gran bolsa. Se le denomina también fascia endoabdominal; posee diversos grados de espesor y firmeza en las diferentes regiones del abdomen, y en el canal inguinal constituye su pared posterior.

Por debajo del arco aponeurótico del trasverso, en el

defecto que resulta de la discontinuidad de este músculo, la fascia transversalis es la única estructura que constituye la pared posterior del canal inguinal. Este es el punto más débil de la pared abdominal, el lugar donde ocurren las hernias inguinales directas, el llamado triángulo de HASSELBACH.

Se denomina triángulo de Hasselbach al área limitada por arriba por el arco aponeurótico del trasverso, por abajo por el ligamento inguinal, y por fuera (lateral) por los vasos epigástricos inferiores; el piso del triángulo está formado por la fascia transversalis.

El ligamento de Cooper es la fusión del periostio de la rama superior del pubis con una condensación de la fascia transversalis y el tracto ileopúbico a lo largo de la línea ileopectínea. Este es un ligamento verdadero, (a diferencia del llamado ligamento inguinal) fuerte y constante, que en su porción lateral se desvía hacia atrás, siguiendo la curva del hueso; esta desviación posterior lo aleja del plano de la pared abdominal y expone la fascia pectínea del piso del canal femoral. En las hernias crurales, el ligamento de Cooper y la fascia pectínea constituye parte importante del borde inferior del orificio herniario.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS:

Existen dos mecanismos por medio de los cuales las vísceras abdominales no penetran por el anillo interno. El primero, consiste en la acción de esfínter del trasverso del abdomen y del oblicuo menor a nivel del anillo profundo. Cuando se contrae aquél, desplaza hacia arriba y afuera el ligamento de la fascia transversales, cerrando el anillo profundo alrededor del cordón espermático, al mismo tiempo despalaza hacia arriba y afuera el propio anillo contra el plano formado por el oblicuo menor. Para que pueda realizarse, es necesario que la fascia transversalis se deslice entre el oblicuo mayor y menor. Por tanto, cualquier procedimiento quirúrgico que fije dicha fascia a planos superficiales, suprimirá tal mecanismo. El segundo mecanismo, permite cerrar el conducto inguinal mediante la acción obturadora del arco aponeurótico del trasverso del abdomen. En reposo tiene una concavidad inferior que se enderesa y aplanada al contraerse el trasverso y oblicuo menor. La tensión aproxima el arco al ligamento inguinal.

CLASIFICACION:

a) Hernia inguinal indirecta que es la de origen congénito, protruye a través del anillo inguinal interno por fuera de los vasos epigástricos inferiores y atraviesa el canal inguinal en forma oblicua para aperecer por el anillo externo y en ocasiones descender al escroto.

b) Hernia inguinal directa, que protuye através de la fascia transversalis en la pared posterior del canal inguinal, por dentro del orificio interno del canal inguinal y de los vasos epigástricos inferiores. Es de origen adquirido tal vez por una alteración metabólica del colágeno, aunque posiblemente existe una debilidad congénita de los tejidos conjuntivos que forman la pared posterior del canal inguinal.

DIAGNOSTICO Y PRESENTACION CLINICA:

El diagnóstico se hace por el examen clínico, con el paciente de pie, pujando o tosiendo. Se ha visto que el 70% y el 80% de las hernias son inguinales, y de éstas alrededor del 90% ocurren en el sexo masculino y sólo el 10% en el sexo femenino. La hernia femoral es más común en la mujer que en el hombre, pero en la mujer el 60% de todas las hernias lo forman las hernias inguinales.

La hernia inguinal indirecta, que típicamente es congénita, ocurre principalmente en el sexo masculino y en el primer año de la vida. Es más común en el lado derecho, pero en un 12% se presenta bilateral. Se acompaña de pared abdominal normal con una pared posterior firme en el canal inguinal. El caso tiende a ser fusiforme o en forma de pera y ocupa la región anterior del cordón espermático; con frecuencia desciende al escroto. Puede encarcerarse y estrangularse con facilidad.

La hernia inguinal directa tiende a ocurrir en el individuo de edad avanzada, con paredes abdominales defectuosas; el orificio inguinal externo generalmente está dilatado y la pared posterior del canal inguinal es débil e insuficiente.

El saco formado por la fascia transversalis es semiesférico y globular y ocupa un lugar cercano al anillo inguinal externo; excepcionalmente se encarcela o estrangula y no desciende al escroto.

La protrucción de la hernia inguinal indirecta ocurre en forma oblicua sobre el canal inguinal; la de la directa aparece cerca de la espina iliaca. En el adulto la indirecta es unilateral mientras la directa tiende a ser bilateral.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con hidroceles, linfadenopatías, tumores de la región inguinal, criptorquidismo.

En la mujer la hernia femoral puede ser difícil de diferenciar de la inguinal, especialmente si el saco se refleja hacia arriba, por encima del ligamento inguinal, lo cual ocurre con alguna frecuencia.

MARCO DE REFERENCIA:

Las hernias inguinales bilaterales, pueden ser reparadas simultáneamente o en forma separada.

Cuando hay hernia inguinal bilateral, se acostumbra repararla en un solo procedimiento, a menos de que la hernia sea muy voluminosa y la reorganización de las estructuras, al cerrarla, sea tan grande que favorece la tensión excesiva al reparar el lado opuesto, o cuando la anestesia o la operación no evoluciona bien en el primer lado, independientemente del motivo. (6,14)

A la reparación simultánea se le ha atribuido una mayor frecuencia de complicaciones postoperatorias y una más alta recidiva. (5,8,9)

Estudios previos no han demostrado el incremento de dichas complicaciones comparadas con la reparación unilateral, tampoco se han investigado las tasas de recurrencia en base prospectiva.

Existen pocos estudios en cuanto a la reparación de la hernia inguinal bilateral en un solo tiempo quirúrgico y ninguno es contundente en cuanto a si la morbilidad es mayor que al repararla en forma independiente.

Los cirujanos del Hospital de Shouldice en Toronto, Canadá, no realizan reparación simultánea de la hernia inguinal bilateral sino que esperan un día entre cada reparación; la principal razón es la cantidad de anestésico local utilizado que puede exceder los niveles tóxicos y otra es la posibilidad de doble infección. En esta serie se efectuaron 4622 plásticas las cuales fueron realizadas por un solo cirujano mostrando una tasa de recurrencia de 1.3%. (10)

Muchos autores han culpado a la tensión de la plástica como la causa de la recurrencia, lo que redondea esta suposición es que la reparación simultánea aumenta la tensión en ambos sitios reparados. Los seguimientos no han sido bien documentados por estudios de autopsia. Además, la enorme experiencia de un solo cirujano en la Clínica de Shouldice demuestra que la tasas de recurrencia, en alto grado, dependen de la habilidad y destreza del cirujano. (7)

La tasa de recurrencia de la reparación inguinal global reportada por instituciones o trabajos colectivos de muchos cirujanos oscila en un 10-25%. (3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿La reparación simultánea de la hernia inguinal bilateral aumenta las complicaciones postoperatorias y los índices de recurrencia?

JUSTIFICACION:

Los pacientes con hernia inguinal bilateral pueden ser intervenidos en un solo tiempo quirúrgico sin aumentar las complicaciones a corto, mediano y largo plazo, incluyendo las recidivas de acuerdo a lo reportado en la literatura y que con esto se logra:

- a) Disminuir el riesgo del paciente a una sola intervención
- b) Disminuir el costo para el paciente así como a la Institución de Salud que lo lleve a cabo.
- c) Se limita a un sólo periodo de recuperación, evitando dos periodos de incapacidad.

OBJETIVO:

Determinar la utilidad de la reparación simultánea de la hernia inguinal bilateral.

DISEÑO:

El estudio fué descriptivo, abierto, retrospectivo, observacional y longitudinal.

MATERIAL Y METODOS:

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todos los pacientes con diagnóstico de hernia inguinal bilateral que acudieron al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" del 1 de marzo de 1989 al 31 de enero de 1992.

CRITERIOS DE SELECCION:

- a) **INCLUSION:** Pacientes mayores de 15 años, de cualquier sexo (M-F), con diagnóstico de hernia inguinal bilateral y tarjeta completa de la Clínica.
- b) **EXCLUSION:** Pacientes menores de 15 años, cuya tarjeta de la clínica no se encuentre.
- c) **ELIMINACION:** Que la tarjeta no tuviera la información requerida.

VARIABLES:

- a) Dependientes de la patología:
- Técnica quirúrgica utilizada. (Bassini), (McVay), (Shouldice).
 - Material utilizado.
 - Tipo de incisión.
 - Procedimientos quirúrgicos asociados (RTUP, Plastia umbilical).
 - Complicaciones: Transoperatorias y postoperatorias.
 - Evolución: recidiva.
- b) Independientes:
- Antecedentes de importancia
 - Sexo
 - Edad
 - Peso

PARAMETROS DE MEDICION:

Las escalas en que se midieron las variables son de tipo ordinal, nominal y de intervalo.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

Se revisarán todas las tarjetas de pacientes de la Clínica de Hernias del Departamento de Cirugía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", con diagnóstico de hernia inguinal bilateral, intervenidos quirúrgicamente desde en 1 de marzo de 1989 al 31 de Enero de 1992.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS:

NOMBRE:

REGISTRO:

EDAD:

SEXO:

PESO:

TALLA:

DIRECCION:

TELEFONO:

DX. PREOP.

DX. POSOP.

CIRUGIA:

FECHA INGRESO:

F. EGRESO:

FECHA CIRUGIA:

CIRUJANO:

AYUDANTES:

ACCIDENTES:

INCIDENCIAS:

RECIDIVA:

SI ()

NO ()

CRONOGRAMA

Fecha de inicio 1 Marzo 1989

Fecha de terminación 31 Enero 1992



- *1 Revisión bibliográfica (1 mes)
- 2 Elaboración del protocolo (1 mes)
- 3 Obtención de recursos y diseño de instrumentos (1 mes)
- 4 Captación de la información (7 meses)
- 5 Procesamiento y análisis de los datos (1 mes)
- 6 Elaboración del informe técnico final (1 mes)
- 7 Divulgación de los resultados (1 mes)

RECURSOS FINANCIEROS:

No requiere erogación.

VALIDACION DE DATOS:

Se utilizará estadística descriptiva (proporciones y porcentajes).

PRESENTACION DE RESULTADOS:

Se harán tablas y gráficas (pastel y barras)

CONSIDERACION ETICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I. Investigación sin riesgo.

RESULTADOS:

Durante aproximadamente 3 años, en la Clínica de Hernias

del Departamento de Cirugía General, se han operado a 580 pacientes con hernia en la región inguinal, de los cuales 51 pacientes (8.7%) presentaron hernia inguinal bilateral y se les realizó reparación simultánea.

De los 51 pacientes analizados, 36(71%) fueron hombres y 15(29%) fueron mujeres, con una relación 3:1. La edad media fue de 60 años(rango 15-90). En el 100% de los pacientes el diagnóstico fue clínico.

Todos los pacientes fueron operados en forma electiva.

Con respecto al tipo de hernia: en el sexo masculino encontramos lo siguiente: 36 hernias directas (49%), 35 hernias indirectas (47%), una hernia femoral (1%), cabe hacer mención que en este grupo se encontraron 2 hernias recurrente (3%) (ver cuadro 2, gráfica3). En el sexo femenino encontramos; 14 hernias de tipo indirecto (47%), 10 de tipo directo (33%) y 6 hernias femorales (20%) (ver cuadro 3, gráfica 4).

El procedimiento quirúrgico que predominó en el sexo masculino fue la técnica de McVay, la cual se utilizó en 39 reparaciones (54%), la técnica de Bassini se realizó en 32 reparaciones (45%) y en una sola ocasión se utilizó la técnica de Shouldice.

En el sexo femenino se realizaron 20 reparaciones con la técnica de Bassini (67%), y 10 con la técnica de McVay (33%) (ver cuadro 4 y 5).

En el 18% de todos los pacientes se utilizaron procedimientos combinados (McVay-Bassini).

La estancia hospitalaria en el 70% de los pacientes fue menor de 4 días. el 10% permanecieron en el hospital de 5-10 días, 2 pacientes (4%) más de 10 días y el 16% es decir 8 pacientes se operaron en Cirugía de corta estancia. La media fue de 4.8 días (rango 0-16 días) (ver cuadro 6).

A 9 de nuestros pacientes (18%), se les realizó además de la plastía otro procedimiento quirúrgico como: Resección trasuretral de próstata, plastía de pared, plastía umbilical y varicocelectomía. En 28 pacientes (55%) se utilizaron incisiones transversas y en 23 (45%) las incisiones fueron oblicuas .

En todos casos, el material de sutura utilizado para la realización de la plastía fue seda del #1 y del #00.

Se presentaron 3 accidentes transoperatorios (2.9%). El primero fue una lesión de la vena femoral en una paciente femenina que presentó una hernia directa, cuyo sangrado fue

de 200 ml aproximadamente y que cedió con compresión. Los siguientes 2 casos fueron lesiones de la vena obturatriz en pacientes del sexo masculino con hernias en pantalón en donde también el sangrado fue controlado por compresión. Los accidentes transoperatorios ocurrieron en reparaciones en donde se utilizó la técnica de McVay.

Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por médicos adscritos del servicio, así como residentes de primero, segundo y tercer año de cirugía general.

Las complicaciones postoperatorias fueron 3 (5.8%) y consistieron en infección de la herida quirúrgica, hematoma, seroma. No ha existido mortalidad postoperatoria y la morbilidad observada hasta ahora es menor a lo reportado en la literatura (ver gráfica 6).

DISCUSION:

En la Clínica de Hernias del Hospital, a todos los pacientes se les realiza una evaluación preoperatoria que consiste en una valoración integral de la salud del paciente con el fin de identificar enfermedades concomitantes que pudieran aumentar el riesgo operatorio o influir adversamente sobre la recuperación, con especial énfasis en las condiciones cardiovasculares, pruebas de funcionamiento respiratorio, riesgo tromboembólico y condiciones nutricionales. Desde el inicio de la Clínica se ha utilizado sistemáticamente en todos los pacientes la evaluación del riesgo cardiovascular de Goldman, la de riesgo tromboembólico así como la valoración nutricional en base a la historia dietética del paciente y el peso en relación a la talla. Se considera que la valoración integral del paciente utilizando los índices antes mencionados reflejan los buenos resultados obtenidos hasta ahora en cuanto a la evolución postoperatoria. Miller señala un 1.5% de complicaciones médicas como Tromboembolia pulmonar, infarto Agudo del Miocardio, e ileo. Hasta la fecha en nuestra serie, no se ha observado este tipo de complicaciones. También señala que el 26.7% de los pacientes operados presentaban sobrepeso. En la casuística analizada el 14% de los pacientes tenían un sobrepeso mayor del 20% (4).

La estancia hospitalaria en el 70% de nuestros pacientes fue menor de 4 días, el 10% permanecieron en el hospital de

5-10 días, 2 pacientes (4%) más de 10 días y 8 pacientes fueron intervenidos en Cirugía de corta estancia, confirmando que pacientes jóvenes sin enfermedades concomitantes asociadas, pueden ser intervenidos en Cirugía ambulatoria sin aumentar el riesgo para el paciente, promoviendo a su vez la ambulación temprana. Nuestra estancia hospitalaria media fue de 4.8 días (rango 0-16) inferior a la reportada por Miller la cual fue de 6.2 días (4).

Según Nyhus, Morton y Wantz la frecuencia de las hernias inguinales bilaterales es del 12%; en nuestro hospital hasta el momento el porcentaje es de 8.7%, siendo más frecuente en el sexo masculino con una relación 3:1 (11).

Con respecto en el tipo de hernia, encontramos que: el 48% fueron hernias de tipo Indirecto al 45% de tipo Directo, el 7% fueron hernias femorales, las cuales se presentaron más frecuentemente en el sexo femenino.

Miller señala la siguiente estadística con respecto al tipo de hernia: directas 37%, indirectas 27% y el 36% tenían componentes de ambos tipos (4).

En la mayoría de nuestros pacientes el tipo de Anestesia utilizada fue el bloqueo Epidural, sin utilizar en ninguna ocasión la anestesia local, Miller señala que en el 94.8% de sus pacientes se utilizó la Anestesia General (4).

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en nuestra Clínica fueron las siguientes: Bassini bilateral en 22 pacientes (43%), McVay bilateral en 20 (39%) y en 9 pacientes (18%) se utilizaron procedimientos combinados, es decir McVay-Bassini o Bassini-McVay. Predominando la plastía Bassini en el sexo femenino y la McVay en el sexo masculino. La desición de realizar una u otra plastía se basó tanto en el tipo de hernia como en la preferencia del cirujano. Las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por cirujanos adscritos así como residentes, el tiempo quirúrgico promedio fue de 120 min. (Rango 80-240 min).

En todos los casos el material de sutura utilizado fue de seda del #1 y 00.

Durante el procedimiento quirúrgico, los sacos herniarios eran disecados del cordón, realizando una ligadura alta del mismo para posteriormente invaginarlo y no observamos transtornos inflamatorios o isquémicos testiculares como reporta Iles del 1% de su serie, porcentaje que se eleva hasta un 5% en reparaciones de hernias recurrentes.

A 9 de nuestros pacientes (18%), se les realizó además de la plastía otro procedimiento quirúrgico como: plastía de

pared, plastia umbilical, varicoceleotomía y resección transuretral de próstata. Cabe hacer mención que los pacientes con prostatismo eran canalizados al servicio de urología para su manejo y a un paciente se le realizó resección transuretral de próstata durante el mismo evento quirúrgico.

Se presentaron 3 accidentes transoperatorios que consistieron en lesión de vasos cuyo sangrado fue controlado por compresión, todos los accidentes ocurrieron en pacientes a quienes se les realizó la plastia bajo la técnica de McVay.

Las complicaciones postoperatorias observadas fueron 3 (5.8%) y consistieron en; infección de la herida quirúrgica, hematoma y seroma; como se aprecia, nuestra morbilidades muy baja en relación a lo reportado por Miller que es de un 24%.

Postlethwait señala que las causas obvias de la recurrencia de una hernia indirecta son: que no se encuentre la hernia, una ligadura baja del saco y una restauración incompleta del anillo interno. Otros autores han señalado a la tensión excesiva de la plastia como la causa de la recurrencia, es por eso que prefieren realizar la reparación de la hernia inguinal bilateral en forma separada (8). De nuestra casuística el 39% de nuestros pacientes se les realizó incisiones relajantes durante la plastia McVay, evitando con ello la tensión. McVay señala una tasa de recurrencia del 2.5% con un seguimiento de 11/22 años. Miller presenta un 9.1% de recurrencia con un seguimiento de 9 años.

A pesar de que nuestro seguimiento es muy corto no hemos observado recurrencia y consideramos al igual que McVay que la causa más probable de la misma es la degeneración continua de las fascias.

La reparación simultánea de hernia inguinal bilateral es más conveniente y económica, además evita el riesgo de encarcelación o estrangulación en el lado opuesto durante el intervalo entre una y otra intervención, por otro lado, pacientes jóvenes sin enfermedades concomitantes pueden ser operados en Cirugía Ambulatoria como sucedió en el 16% de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES:

La morbilidad quirúrgica encontrada en nuestra serie es menor a lo reportada en la literatura.

La estancia hospitalaria fue menor a lo reportado en algunas series.

No se presentó recidiva durante este periodo de seguimiento (3 años).

Se sugiere la reparación simultanea de la hernia inguinal bilateral.

CUADRO #1

SEXO	#	%
MASCULINO	36	71
FEMENINO	15	29
TOTAL	51	100

CUADRO #2

SEXO MASCULINO:

TIPO DE HERNIA	#	%
DIRECTA	36	50
INDIRECTA	35	49
FEMORAL	1	1
TOTAL	72	100

CUADRO #3

SEXO FEMENINO:

TIPO DE HERNIA	#	%
DIRECTA	10	33
INDIRECTA	14	47
FEMORAL	6	20
TOTAL	30	100

CUADRO #4

SEXO MASCULINO:

TECNICA	#	%
BASSINI	32	45
MCVAY	39	54
SHOULDICE	1	1
TOTAL	72	100

CUADRO #5

SEXO FEMENINO:

TECNICA	#	%
BASSINI	20	67
MCVAY	10	30
SHOULDICE	-	-
TOTAL	30	100

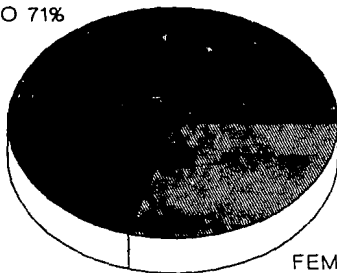
CUADRO #6

ESTANCIA HOSPITALARIA	#	%
CIRUGIA AMBULATORIA	8	16
(-) 4 DIAS	36	70
5-10 DIAS	5	10
(+) 10 DIAS	2	4
TOTAL	51	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HERNIA INGUINAL BILATERAL DISTRIBUCION POR SEXO

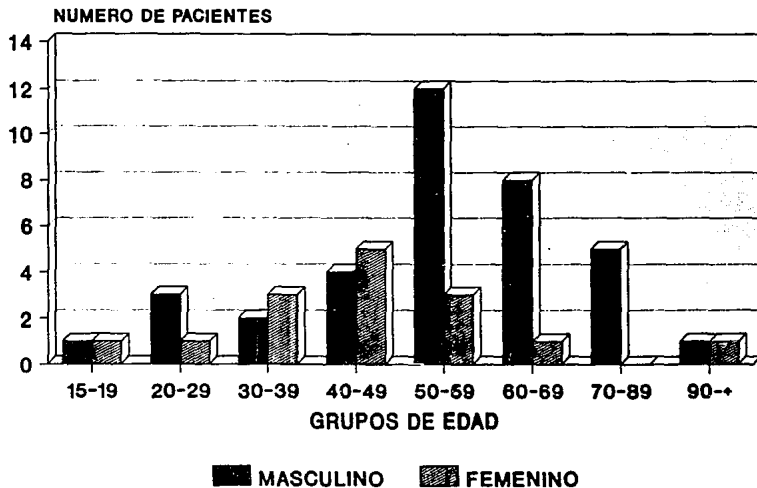
MASCULINO 71%
36



FEMENINO 29%
15

HERNIA INGUINAL BILATERAL

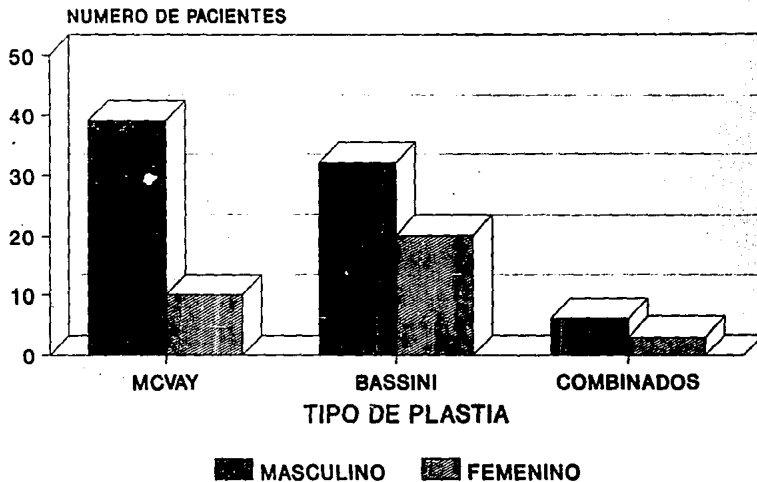
FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD



HOSPITAL GENERAL DR.MANUEL GEA GONZALEZ

HERNIA INGUINAL BILATERAL

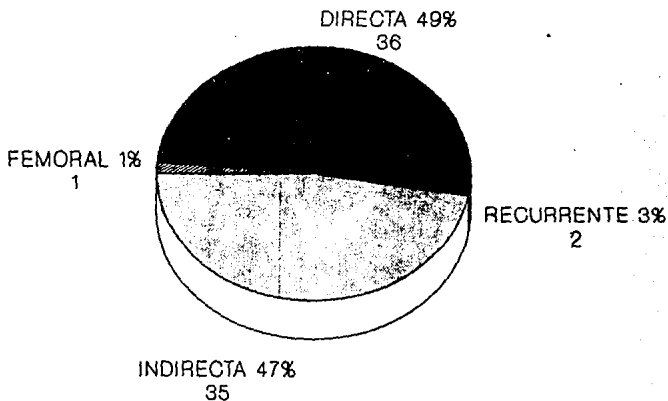
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



HOSPITAL GENERAL DR.MANUEL GEA GONZALEZ

HERNIA INGUINAL BILATERAL

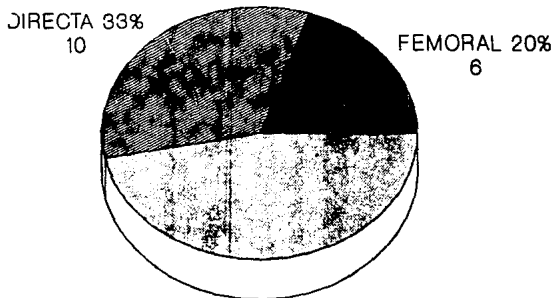
TIPO DE HERNIA



SEXO MASCULINO

HERNIA INGUINAL BILATERAL

TIPO DE HERNIA



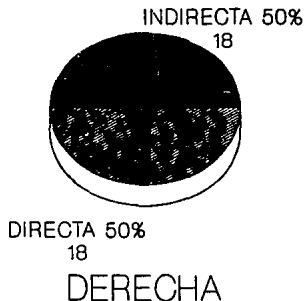
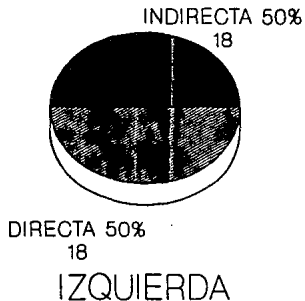
INDIRECTA 47%

14

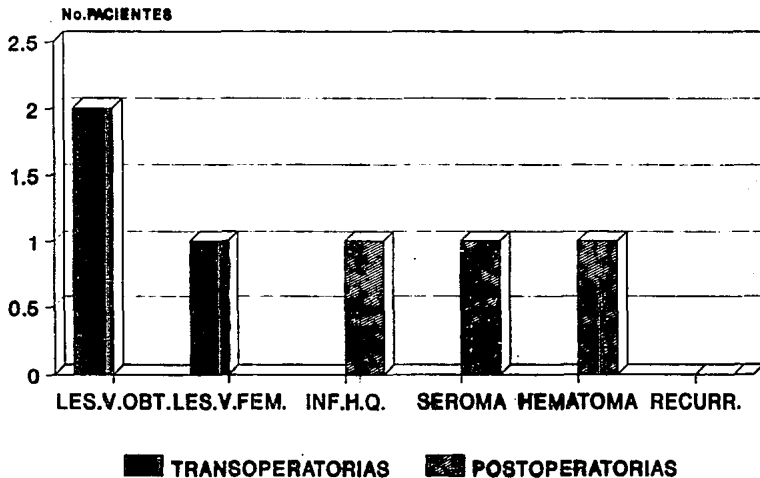
SEXO FEMENINO

HERNIA INGUINAL BILATERAL TIPO DE HERNIA

SEXO MASCULINO



HERNIA INGUINAL BILATERAL COMPLICACIONES



HOSP. GRAL. DR. MANUEL GEA GONZALEZ

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Raymond C. Read. The Development on inguinal herniorrhaphy Surgical Clinics of North America 64:2:185-195
- 2.- Scott. Sutton. Bilateral Inguinal Hernias: Simultaneous or Sequential repair?. Postgrad Med. J. 1988; 64: 375-378
- 3.- L. Linchenstein. The tension-Free Hernioplasty. The American Journal of surgery 1989;157:188-193.
- 4.- A. Miller. Simultaneous Bilateral Hernia Repair. Ann Surg 1991; 213:272-276.
- 5.- Palumbo M.D. Primary Inguinal Hernioplasty in the adult. Surg. Clinic North Am. 1984;64:278-298.
- 6.- Mark M. Rovitch. Cirugía de hernias.
- 7.- Robb. H. Rutledge. Cooper's Ligament repair: A 25 year experience with a single technique for all groin hernias in adults. Surgery 1988;103:1-10.
- 8.- R.W. Postlethwait. Recurrent Inguinal hernia. Ann Surg 1985; 202:777-779.
- 9.- George Wantz. Complications of inguinal hernia repair. Surgical Clinics of North America 64;2:287-298.
- 10.- George Wantz. World Journal of Surgery. The Canadian Repair: Personal observations. World Journal of Surgery 1989;13: 516-521.
- 11.- Nyhus. Cirugía de las hernias. El dominio de la Cirugía. 1986;155:1655-1725.
- 12.- Arthur I. Gilbert. An Anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. The American Journal Surgery. 1989:331-332.
- 13.- R. Calne. Repair of Bilateral Hernia. Brit. J. Surg. 1967; 54:917-920.
- 14.- D. Woolfolk. Bilateral sliding Hernia. The American Journal Surgery. 1954;87:932-933.
- 15.- Satanley D. An Approach to groin hernia. Surgical Clinics of north America 64; 2:198-213.