

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

11209
55
2ej

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

I.M.S.S.

PLASTIA INGUINAL CON COLGAJO
TRIANGULAR DE LA VAINA ANTERIOR
DEL MUSCULO RECTO DEL ABDOMEN

TRABAJO DE TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. GILBERTO GUZMAN VALDIVIA GOMEZ

MEXICO D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

Wacher

DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
I.M.S.S.

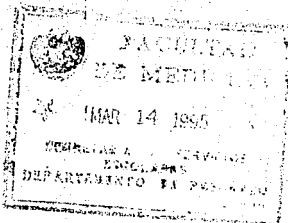
Chavelas

DR. MANUEL ARTURO CHAVELAS LUCK

ASESOR DE TESIS
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 "GABRIEL MANCERA"
I.M.S.S.

Blanco

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS



- A TI SEÑOR

- A MIS MAESTROS, EN ESPECIAL AL DR. MANUEL CHAVELAS LLUCK, POR SU DEDICACION EN MI PREPARACION COMO CIRUJANO.

- CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO A MI PADRE, EL DR. EDUARDO GUZMAN VALDIVIA, POR SUS ENSEÑANZAS Y CONSEJOS EN MI VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL.

- A MI MADRE Y HERMANOS.

- A ALEJANDRA, POR SU AMOR, PACIENCIA Y MOTIVO DE IMPULSO EN MI CARRERA.

- A GILBERTO Y PAULINA.

PLASTIA INGUINAL CON COLGAJO TRIANGULAR DE LA VAINA ANTERIOR DEL MUSCULO RECTO DEL ABDOMEN

Introducción:

Existen múltiples publicaciones relacionadas con la reparación de la hernia inguinal, intentando resolverla eficazmente y disminuir en lo mas posible la recidiva.

Desde los años 50s se inició el uso de prótesis o mallas(1) biosintéticas para la reparación de las hernias abdominales, siendo actualmente muy utilizadas en la reparación de la hernia inguinal(2,3,4), pero ¿que hacer si no se tiene una?

En el Hospital General de Zona No.1 "Gabriel Mancera" del IMSS en México, D.F: hace 6 años era muy difícil que se nos dotara de mallas por su alto costo principalmente. Intentando sustituir a éstas prótesis, diseñamos una técnica quirúrgica utilizando un colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen que se rota y se coloca en el piso del conducto inguinal, similar a la situación que queda la prótesis.

Antecedentes:

Haciendo un poco de historia de la reparación de la hernia Inguinal(5,6,7):

La hernia (del griego "hernios" significa yema o brote) era ya conocida en la antigüedad, pues estaba reproducida en la estatuaria griega y fenicia. En el papiro de Ebers (Egipto, 1550 A.C.) se describe su tratamiento a base de purgantes y cataplasmas calientes. En el séptimo libro de la obra "De Medicina" de Celso se describe las maniobras de "Taxis" para el tratamiento de la estrangulación de las hernias que consistían en maniobras externas de reducción. Se describió también una operación para el dolor que consistía en la incisión de la parte alta del escroto con la remoción del saco herniario (sin abrir el orificio superficial del conducto inguinal) y en ocasiones del testículo. Heliodoro 100 años después, sólo torcía el saco y no extirpaba el testículo si no era necesario. Pablo de Egina (griego) 700 años D.C. invertía el saco con remoción en masa del cordón y los testículos, ya que después de la cirugía, éstos generalmente se necrosaban por la inevitable infección de la herida.

Después de la caída del Imperio Romano, tanto el Islam como la Iglesia católica prohibieron toda cirugía por considerarla fuera de la moral, por lo que toda intervención sobre el cuerpo

fuè relegada a los barberos y sangradores itinerantes. Sus tècnicas eran transmitidas de generaciòn en generaciòn en las familias. En èstas èpocas, la hernia era tratada mediante la introducciòn de sustancias esclerosantes como el arsènico y la cal así como con hierros calientes para promover la formaciòn de cicatriz con resultados desastrosos en muchos pa -- cientes.

Durante la edad media se necesitaba de hombres para formar a los ejèrcitos por lo que Geraldo de Melz en Francia dise- ñò la colocaciòn de un hilo de oro rodeando el saco herniario para contener las visceras. Franco de Berne en 1556 fuè el primero en recomendar el corte del anillo estrangulante de la hernia. Ambrosio Parè popularizò los bragueros.

Despuès del Renacimiento, la pràctica de la disecciòn ana- tòmica del cuerpo humano y las autopsias se extendiò por toda Europa. Heister distinguiò entre las hernias indirectas y directas y se describieron los òrganos encontrados en el saco (Littre, Richter, De Garengéot, etc.), así como estructuras ana- tòmicas de la regiòn inguinal (Gimbernat, Poupert, Camper, Cooper, Hesselbach, Cloquet y Morton entre otros). Esta era anatómica culminò a principios del siglo XIX.

A pesar de èstos importantes avances y con el advenimien- to de la anestesia en 1846, la reparaciòn quirùrgica hizo esca- sos progresos, principalmente por la infecciòn, y no fuè sino hasta 1865 en que Joseph Lister introdujo el Fenol como anti- sèptico disminuyendo considerablemente la infecciòn de las heridas. En èsta època sobresalen Marcy, Czerny y Lucas- Championniere en las intervenciones quirùrgicas de la hernia

Inguinal bajo tècnicas asèpticas de Lister.

Edoardo Bassini (1844-1924) de Italia, revolucionò el tratamiento de la hernia inguinal en 1884 con una tècnica que consiste en la adecuada exposiciòn de la regiòn, la apertura del piso del conducto inguinal y el cierre en un plano con la tècnica de la "triple capa" (Oblicuo menor y transverso del abdomen = tendòn conjunto y fascia transversalis suturados al ligamento inguinal). Otros cirujanos que contribuyeron enormemente a èste cambio son Marcy, Halsted, Ferguson, y Andrews quienes se preocuparon en darle resistencia al piso del conducto inguinal. Wolfer en 1892 introdujo la incisiòn relajante en la vaina anterior del músculo recto y èsta la popularizò Halsted. Cheatle en 1921 realizò reparaciones de la hernia inguinal por via preperitoneal, A.K. Henry en 1936 lo redescubre y es popularizada grandemente por Nyhus, Condon y Harkins en 1960(8). Chester McVay en 1960(9) junto con B.J. Anson describen detalladamente la anatomia de la regiòn inguinal por disecciones realizadas en cadaveres así como la tècnica de reparaciòn utilizando el ligamento de Cooper.

El Dr. Shouldice y sus colaboradores N. Obney y E.A. Ryan introdujeron en los años 50s la llamada "tècnica Canadiense" que consiste en la interposiciòn de la fascia transversalis abierta, èsta tècnica fuè influenciada grandemente con las publicaciones del Dr. Glassow que iniciaron en 1973(10).

Los sueños de Bîroth relacionados con materiales artificiales para reemplazar la fascia se convirtieron en realidad en 1896 cuando pròtesis de plata filligranada fueron utilizadas por primera vez. La ruptura y el rechazo de èstos materiales,

seguidos por el tantallo recomendada por Koonts en 1962, obligaron a su abandono. En 1958 Usher(1) introduce las prótesis plásticas, particularmente el Marlex, con mínimo rechazo. La utilización rutinaria de la malla es una práctica recomendada actualmente por Gilbert(11), Lichtenstein(12), Cappozzi(3), Rutkow(13) y Stoppa(14) entre otros.

Objetivo:

Demostrar que el colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen es útil en el reforzamiento del piso del conducto inguinal y que puede sustituir a las prótesis en la reparación de la hernia inguinal.

Planteamiento del problema:

El uso de las prótesis en la reparación de la hernia inguinal, es en la actualidad rutinario tanto para la plastia en hernias recidivantes como en las plastias primarias, intentando sustituir a los tejidos "débiles" del piso del conducto inguinal.

Lichtenstein(12) refiere que la principal desventaja de las técnicas reparadoras del conducto inguinal es la elevada

tensión en la línea de sutura por estructuras que normalmente no están en aposición y que esto predispone a la recidiva de la hernia, por lo que recomienda la colocación de una malla en el piso, resultando una técnica libre de tensión, con excelentes resultados. Esta técnica es en la actualidad seguida por otros autores(11,13).

En México, hace 6 años, no se contaba con las prótesis por su alto costo; ¿como sustituirlas? Este es el motivo del presente trabajo.

Justificación:

En México son costosas las prótesis plásticas para la reparación de la hernia inguinal y en algunos lugares, éstas son difíciles de obtener. Este material protésico se ha convertido en ser necesario para la reparación de algunas hernias, principalmente las hernias recidivantes por lo que nos hacen buscar técnicas similares pero de bajo costo.

Hipótesis:

El colgajo triangular de la valna anterior del músculo recto del abdomen es un tejido resistente que colocado sobre el piso del conducto inguinal, lo refuerza y queda sin sutura tensa, similar a como queda la prótesis o malla, por lo que puede ser utilizada como sustituto de éstas.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de trabajo:

Prospectivo, longitudinal, observacional.

Criterios de Inclusión:

Se incluirán a 20 pacientes consecutivos con hernia Inguinal que acudan a la consulta externa del Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No.1 "Gabriel Mancera" del IMSS.

Criterios de No Inclusión:

- Pacientes menores de 16 años (ya que el servicio de Cirugía General trata a pacientes mayores de 16 años).

- Pacientes con hernia inguinal encarcelada o estrangulada.
- Pacientes con hernia inguinal bilateral.
- Pacientes con hernia inguinal recidivante.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con hernia inguinal intervenidos quirúrgicamente de urgencia.

Descripción Operacional:

Bajo bloqueo peridural (BPD), la región inguinal se aborda mediante una incisión oblicua desde la espina del pubis hasta una distancia aproximada de 40 cms. en dirección de la espina iliaca antero-superior, siguiendo las líneas de Lantz. Se incide piel y fascia de Camper, se ligan los vasos epigástricos superficiales para continuar con el corte de la fascia de Scarpa y la innominada. Se localiza el orificio superficial del conducto inguinal y se incide la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, siguiendo la dirección de sus fibras hasta abrir el orificio superficial (Fig.1). Mediante disección roma o cortante, se separan los colgajos medial y lateral de la aponeurosis del oblicuo mayor hasta visualizar el área conjunta y el ligamento inguinal y cintilla iliopubiana respectivamente. Se localiza y marca la nervio abdominopubiana mayor (ilíaca)

localiza y aíslan los nervios abdominogenital mayor (iliohipogástrico) y menor (ilioinguinal). En los pacientes masculinos, realizamos cremasterectomía y se separan los elementos del cordón; en la mujer preferimos reseca el ligamento redondo. En caso de hernia indirecta se localiza y disecciona el saco herniario para hacer su ligadura alta y remoción del excedente (Fig.2).

En caso de hernia inguinal directa, se reseca la fascia transversalis sobrante y se abre el piso desde el orificio profundo hasta el pubis; en caso de hernias inguinales directas del tipo diverticular, se invagina y cierra el defecto mediante sutura en bolsa de tabaco.

Se descubre la hoja profunda de la vaina anterior del músculo recto del abdomen adyacente al área conjunta, se incide longitudinalmente desde la espina del pubis hasta una altura que corresponda al nivel del orificio profundo, en donde se continúa con un corte en dirección transversal, quedando de esta forma, un colgajo de forma triangular con un borde libre medial y un borde adherente lateral (Fig.3). Se rota dicho colgajo sobre el borde adherente y se sutura el borde libre al ligamento inguinal con material monofilamento no absorbible (prolene 00), puntos separados (Fig.4).

En el postoperatorio inmediato se le administra al paciente Acetaminofén por vía oral en caso de dolor.

Los pacientes son dados de alta en las primeras 24 horas del postoperatorio.

El seguimiento de los pacientes es de 5 años.

Resultados:

De los 20 pacientes intervenidos quirúrgicamente con esta técnica, 16 fueron hombres (80%) y 4 mujeres (20%) con una edad de 42.5 años (rango de 27 a 72 años).

Los tipos de hernia Inguinal se enlistan en la Tabla I.

TABLA I:

TIPOS DE HERNIA INGUINAL EN 20 PACIENTES OPERADOS CON COLGAJO TRIANGULAR DE LA VAINA ANTERIOR DEL MUSCULO RECTO DEL ABDOMEN

Derecha Indirecta	= 8 (40%)
Derecha Directa	= 4 (20%)
Derecha Mixta	= 1 (5%)
Izquierda Indirecta	= 4 (20%)
Izquierda Directa	= <u>3 (15%)</u>
TOTAL	= 20(100%)

El tiempo de evolución de la hernia varió de 2 meses a 14 años, con un promedio de 4.5 años.

El seguimiento de todos los pacientes fue de 5 años.

No se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento anestésico.

Un paciente desarrollò seroma de la herida quirùrgica a los 2 días de operado, el cual fuè tratado mediante desbridaciòn del mismo y Dicloxacilina oral.

El dolor postoperatorio fuè leve, todos los pacientes tomaron acetaminofèn via oral en el postoperatorio inmediato.

No encontramos recurrencia de la hernia despuès de 5 años de seguimiento.

Discusiòn:

Plenso que el principio de una plastia inguinal sin tensiòn es correcta y adecuada, como lo han demostrado las tènicas con colocaciòn de pròtesis por via anterior y posterior (15). El reforzamiento del piso del conducto inguinal con el colgajo triangular de la vaina anterior del mùsculo recto logra èste principio, y en virtud de que èste colgajo queda en situaciòn similar a las mallas, los resultados esperados en relaciòn a bajas recidivas deben ser iguales.

Para que èsta tècnica sea adecuada, se necesita que el colgajo sea de tamaño similar al piso que se va a reforzar, ya que si el colgajo queda grande, predispondrà a la protrusiòn del piso, o bien, si queda chico o ajustado, la sutura quedarà tensa con la posible recidiva de la hernia.

Un punto a discusió, es la zona desnuda que queda en la porció inferior del músculo recto del abdomen en relación a la posible formación de una hernia en este sitio. Esta porción muscular expuesta se parece a la que encontramos en las incisiones relajantes realizadas con otras técnicas: Mc Vay y Anson (16) señalan que la cara posterior del músculo recto del abdomen, posee una porción de la aponeusis transversal que se inserta sobre su borde externo y le otorga suficiente resistencia para prevenir una hernia en este sitio. Rutledge (17) describe también que puede prevenirse la ocurrencia de una hernia en la zona de una incisión relajante en este sitio gracias a la extensión medial de la fascia transversalis como vaina posterior del músculo recto.

Después de 5 años de seguimiento en nuestros pacientes, no encontramos esta alteración.

Conclusiones:

El colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen es útil en la reconstrucción y reforzamiento del piso de la región inguinal, y esta técnica se une a la reparación de la hernia inguinal libre de tensión.

En esta técnica quirúrgica, el colgajo queda en situación similar a las prótesis plásticas en la reparación de la hernia inguinal por lo que los resultados son similares.

Con esta técnica, la prótesis puede ser sustituida por el colgajo, disminuyendo importantemente los costos.

La reparación de la hernia inguinal con un colgajo triangular rotado de la vaina anterior del músculo recto del abdomen, es una técnica sencilla, útil y efectiva.

Bibliografía:

- 1.- Usher FC, Oschner J, Tuttle LL Jr. Use of Marlex Mesh in the repair of incisional hernias. Am Surg 1958;24:969-73
- 2.- Kaufman M, Weissberg D, Bider D. Repair of recurrent inguinal hernia with Marlex mesh. Surg Gynecol Obstet 1985;160:505-506
- 3.- Capozzi JA, Berkenfield JA, Cherry JK. Repair of inguinal hernia in the adult with Prolene mesh. Surg Gynecol Obstet 1988;167:124-128
- 4.- Stoppa R, Petit J, Abourachid H. Procède original de plastie des hernies de l'aîne: L'interposition sans fixation d'une en-tulle de Dacron par vole mediane sous peritoneale. Chirurgie 1973;99:119-25
- 5.- Read RC. Revisión històrica del tratamiento de la hernia in-

guinal; En Nyhus LM y Condon RE : Hernia, 3a. ed., Philadelphia, JB. Lippincot, 1989:26-33

- 6.- Read R. The development of inguinal herniorraphy. Surg Clin North Am 1984;64:185-96**
- 7.- Rutkow I. Historia selectiva de la herniorrafia inguinal durante el siglo XX. Clin Quir de NA,3:423-41**
- 8.- Nyhus LM, Condon RE, Harkins HN. Clinical experiences with preperitoneal hernial repair for all types of hernia of the groin. Am J Surg 1960;100:234-41**
- 9.- Anson BJ, Morgan EH, Mc Vay CB. Surgical anatomy of the inguinal region based upon a study of 500 body-halves. Surg Gynecol Obstet 1960;111:707-725**
- 10.- Glassow F. The surgical repair of inguinal and femoral hernias. Can Med Assoc J 1973;108:308-315**
- 11.- Gilbert AI. Sutureless Repair of Inguinal Hernia. Am J Surg 1992;163:331-35**
- 12.- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The Tension-Free Hernioplasty. Am J Surg 1989;157:188-93**
- 13.- Rutkow IM, Robbins AW. "Tension-free inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh plug" technique. Surgery 1993;114:3-8**

14.- Stoppa R, Petit J, Henry X. Unstured Dacron Prothesis in Groin Hernias. *Int Surg* 1975;60:411-17

15.- Lipton S, Estrin J. A Biomechanical study of the aponeurotic inguinal hernia repair. *J Am Col Surg* 1994;178:595-99

16.- Mc Vay CB, Anson BJ. Composition of the rectus sheath. *Anat Rec* 1940;77:213-25

17.- Robbh R. Reparaciòn del ligamento de Cooper. *Clin Quir Nor Am* 1993;3:511

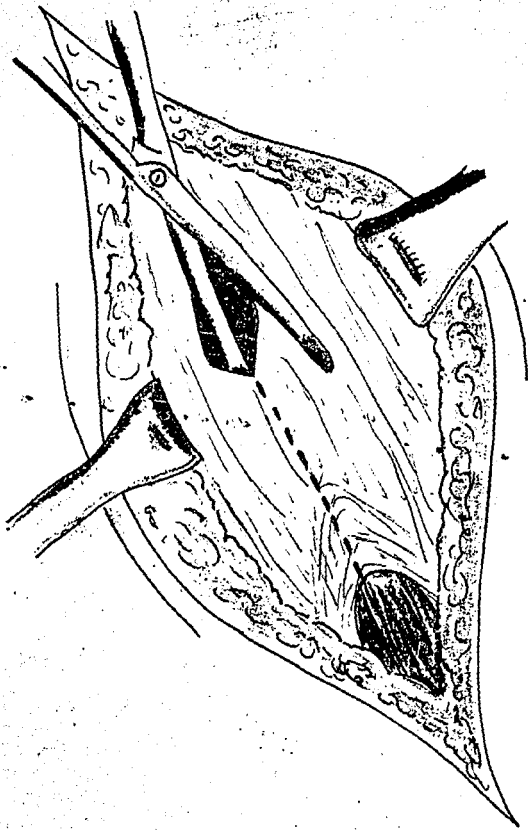


FIG. 1a

FALLA DE ORIGEN

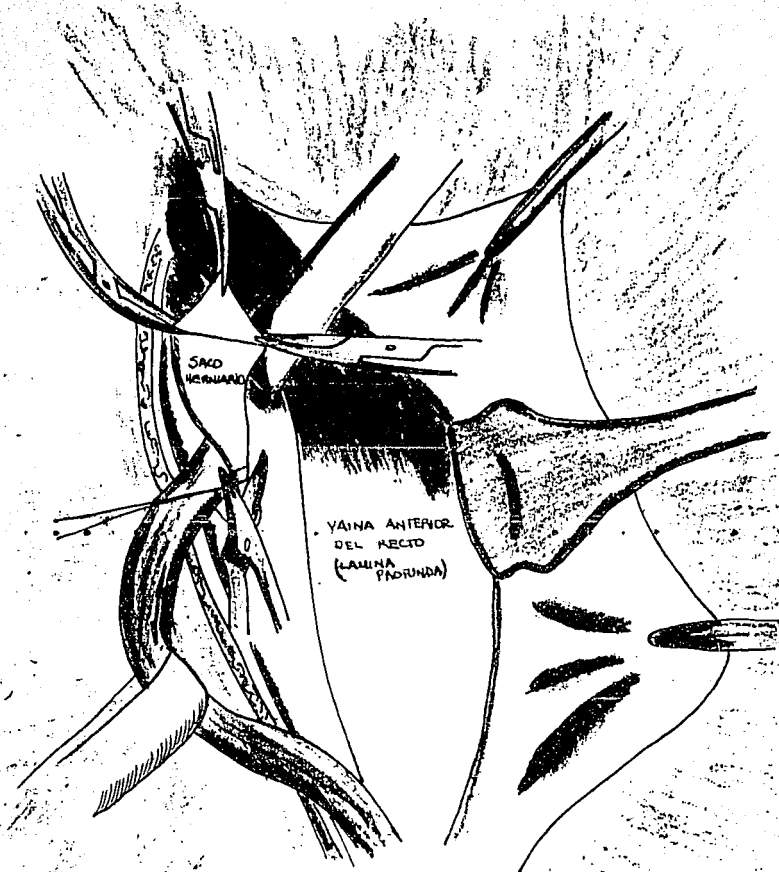


FIG. 2 b

FALLA DE ORIGEN

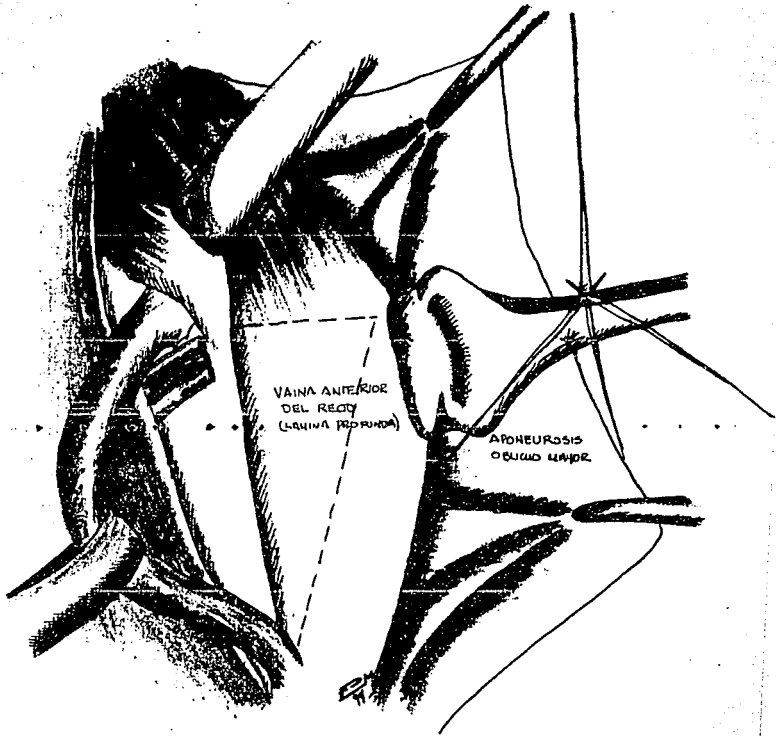


FIG. 3

FALLA DE ORIGEN

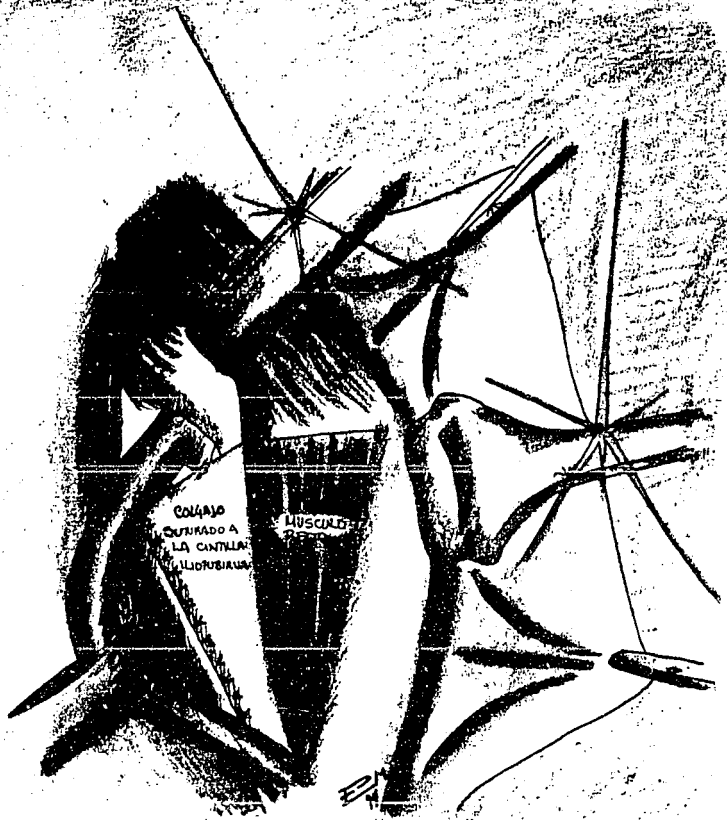


FIG. 4

FALLA DE ORIGEN