

11209  
73  
26)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD S S.  
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD  
EN CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN S.S.  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS DE POSTGRADO  
PLASTIA INGUINAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN

REALIZADA POR:  
DR. AGUSTIN NIEVES SANCHEZ  
PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN:  
CIRUGIA GENERAL

ASESORES:  
DR. MARIO SALVADOR ALVARADO RUIZ  
DR. FRANCISCO JAVIER JUAREZ DELGADO

MEXICO D.F.

FEBRERO DE 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



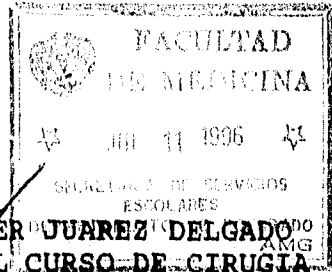
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PLASTIA INGUINAL EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE TICOMAN**



**DR. FRANCISCO JAVIER JUAREZ DELGADO**  
ASESOR Y TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA  
GENERAL

**DR. MARIO SALVADOR ALVARADO RUIZ**  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

**DR. JOSE JUAN LOZANO NUEVO**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



"Tenemos que esforzarnos por mantenernos receptivos y analizar de manera imparcial y en su valía las sugerencias que nos hacen otros, buscando los argumentos en pro y en contra de ellas. Ciertamente debemos de ser críticos, pero cuidado con rechazar ideas a causa de una reacción automática que sólo nos hace ver los argumentos en contra de ellas. Tendemos sobre todo a rechazar ideas que compiten con las nuestras."

SEYMOUR I. SCHWARTZ ARTZ M.D.

Con mucho amor dedico éste trabajo para mis padres y mi esposa, de quienes siempre he recibido su apoyo aún en los momentos más difíciles y quienes me han impulsado para llegar a mi meta.

Con especial amor a mi pequeña hija Alexa quien representa el mejor regalo de Dios.

A todas aquellas personas que han creído en mí y que han contribuido a la formación de un cirujano.

Con especial afecto para el Dr. Rafael Rivera y para el Dr. Francisco Lina quienes desinteresadamente me han aportado no solo sus conocimientos y experiencia, sino también su confianza y amistad. Mi reconocimiento y respeto a su calidad como personas y como cirujanos.

A mis compañeros residentes con quienes he compartido muchos momentos de alegría y tristeza, les deseo sinceramente que logren las metas que se han propuesto y que nunca se dejen abatir por la adversidad.

A los enfermos, que representan la mejor enseñanza si se les quiere escuchar, pues son como un libro abierto al que solamente hay que acercarse si se quiere aprender.

A todos ellos mil gracias.

**DR. AGUSTIN NIEVES SANCHEZ.**

## INDICE

RESUMEN.....	I
SUMMARY.....	II
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	9
HIPOTESIS.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
GRAFICAS.....	16
COMENTARIOS.....	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	21

## RESUMEN

Dado que la plastia inguinal es una de las operaciones más frecuentemente realizada por el cirujano general en el Hospital General de Ticomán y que se desconoce la epidemiología y el índice de recidivas en nuestra unidad; se consideró necesario realizar el presente estudio.

Para realizar esta investigación se revisaron los expedientes de los pacientes intervenidos de plastia inguinal en el año de 1995 y se consultaron y compararon los resultados reportados por la bibliografía mundial en los últimos años.

En el año investigado se intervinieron de plastia inguinal 66 pacientes, con una relación hombre-mujer de 3:1, la edad media de presentación es de 46.5 años, con edades de 4 a 89 años.

La hernia inguinal derecha predomina sobre la izquierda con una proporción 2:1. Las plastias más frecuentemente realizadas son : Mcvay, Shouldice, Marcy y Bassini. Los dos tipos de suturas más frecuentemente empleados son poliglactina (48.5%) y nylon (32%). Estrangulamiento y encarcelación se presentan en un 21%, en hernias indirectas y crurales solamente. Las recidivas son del 10% predominando las derechas (80%).

Se sugiere la realización selectiva de plastias para cada tipo de defecto herniario, así como un mayor seguimiento de los pacientes postoperados para la detección de recidivas.

## SUMMARY

Thus the inguinal plastia is one of the most frequent operations made by the surgeon in the Ticomán General Hospital the epidemiology is unknown and the average of relapse in our city; it was consider necessary to do this kind of research. For this research each of the patient's files that were intervened of inguinal plastia were revised during the year of 1995.

The results reported by the worldwide bibliography were consulted and compared during the last years. During the year of research, 66 patients were intervened of plastia inguinal with a proportion man-woman of 3:1, the average age is 46.5 years old, with ages from 4-89 years. The right inguinal hernia prevails over the left one with a proportion 2:1. The plastias that are frecuently made are: McVay, Shouldice, Marcy and Bassini.

Both types of sutures that are used are: poliglactine and nylon. Strangulation and imprision are made 21 % in, indirect hernias and crurals only. The relapse are from 10 %, predominating the direct straight ones.

It's suggested a selection of plastias for every kind of hernian defect; also a large following of the patients situation after operated for the detection of relapse.



## VII. INTRODUCCION.

A menudo se señala que lo único que necesitan los observadores competentes que desean valorar las habilidades técnicas del cirujano, es observarlo cuando efectúa una herniorrafia inguinal o crural. Los cirujanos generales aceptarán que en la mayor parte de los aspectos, esta creencia es axiomática. Aún así, a menudo muchos cirujanos menosprecian a la cirugía de las hernias y las consideran operaciones que deben relegarse a los residentes o cirujanos novatos, quizá sea por esto el que la recurrencia de la hernia inguinal recidivante sea de 10 a 15 %. (1, 4, 5).

La reparación de hernia inguinal sigue siendo la operación efectuada más a menudo por un cirujano general, por lo que sigue siendo motivo de estudio, realizándose además gran número de exhibiciones científicas (1, 11).

La hernia representa tejido intraabdominal que se escapa hacia el exterior. Nueve de cada diez hernias ocurren a través de la pared anterior del abdomen. Nueve de cada diez de estas hernias ventrales ocurren en la ingle. La importancia de la hernia surge de la evidencia siguiente: uno de cada 5 hombres y una de cada 50 mujeres padecen hernia. En los EE.UU se realizan aproximadamente medio millón de hernioplastias por año. En el mismo país la hernioplastia y la histerectomía son las dos operaciones abdominales más frecuentes.

Se pierden además 30 millones de días de trabajo, pérdidas de 500 millones de dólares en términos de productividad y cerca de 1000 millones de dólares por conceptos médicos. (4,5,7).

La cifra exacta de la incidencia de la hernia es inaccesible, debido al encuadre temporal distinto en los diversos grupos y a la diversidad de pacientes en la población en estudio. un niño nacido con una hernia puede no presentarla un año más tarde; un hombre puede no presentarla hasta la edad de 70 años. En una población dada, la incidencia varía según la experiencia de los examinadores. De las plastias inguinales realizadas en los EE.UU. 50,000 a 100,000 se realizan por recurrencia, un estudio efectuado en 1983 permitió concluir que, por lo menos, fracasará el 10% de todas las intervenciones primarias de hernia. La alta incidencia de hernias recurrentes en ambos continentes revela el enorme impacto de las operaciones por hernia en los costos de la asistencia a la salud. (1,4,5).

Los informes de los resultados efectuados por individuos o instituciones han sido imperfectos. por lo general, por los siguientes motivos: 1) métodos quirúrgicos distintos y diferencias en las técnicas individuales con el mismo método; 2) duración insuficiente de la vigilancia (aproximadamente 40 a 50% de las recurrencias aparecen 5 o más años después de la operación original, en tanto que 20% de éstas se descubren por primera vez hasta 15 a 25 años después de la operación); 3) el número mayor de recurrencias se encuentra de ordinario en los pacientes que se pierden de la vigilancia, de modo que es erróneo asumir que la tasa de recurrencias es la misma en los casos no examinados y en los examinados (el paciente insatisfecho solicitará servicios médicos en otras partes, y será poco probable que vuelva para la exploración de vigilancia). 4) Es casi imposible obtener cifras excelentes de la vigilancia a causa de los costos intrínsecos, el tiempo que se requiere y los cambios de domicilio o la falta de colaboración de los pacientes.

Por tanto los cirujanos no suelen percatarse de sus tasas de buenos resultados con la reparación de hernia. (9,11,17,21,27).

La hernia (del griego: retoño o brote) se define como la protrusión de tejido a través de sus límites normales y que puede afectar a diversos órganos de la economía. No obstante, por convención, el término se aplica a la pared abdominal, donde ocurren la mayoría de las hernias.

No existe tratamiento médico; el manejo no quirúrgico es insatisfactorio debido a que bragueros y corsés no siempre mantienen la hernia reducida y con frecuencia conducen a la atrofia, pérdida de la resistencia de la piel o encarceración de reconocimiento tardío. (5,9).

Anatómicamente, la ingle es el pliegue entre el tronco y el muslo. Hipócrates [500 A.C.], el padre de la Medicina, no menciona la hernia en sus escritos, no obstante ya era descrita en Grecia, Fenicia y Roma. Un papiro egipcio (Ebers 1550 A.C.) describe el vendaje compresivo. A diferencia de la civilización india de la época, la cavidad abdominal no era abierta en casos de estrangulación; los romanos en cambio utilizaban enemas, catárticos y emplastos calientes.

La herida se dejaba abierta para que granulara y cicatrizara, ya que el tejido cicatrizal era considerado un óptimo reemplazo para la pared abdominal lesionada. La conquista de Roma por los bárbaros trajo consigo los Años Oscuros. La cirugía y las autopsias eran condenadas por el cristianismo y el Islam, debido a esto la cirugía sufrió un colapso. En Avignon, Guy de Chauliac fue el primero en hacer la distinción entre hernia inguinal y femoral, consideraba peligrosas las operaciones y prefería la cauterización química con escaríficantes como el arsénico para quemar la ingle.

Durante esta época se discutió acerca de si el procedimiento griego (castración) era mejor que la herniorrafia inguinal romana que intentaba preservar el testículo atribuida a Gerald de Metz, de Francia en 1412 D.C., que utilizaba alambre de oro para rodear el saco y el cordón en su emergencia del anillo externo. Este era atado de manera suficiente con el fin de mantener la reducción del contenido visceral sin obstruir el aporte sanguíneo al testículo.(5,7,9).

Estimuladas por Vesalius en Parma, la autopsia y la disección anatómica, comenzadas en la primera escuela médica de Boloña en 1200 D.C., se dispersaron rápidamente a través de toda Europa. El conocimiento de la hernia a través de la pared abdominal se incrementó rápidamente. Caspar Stromayer, de origen alemán, demostró la diferencia entre hernia inguinal indirecta y directa en 1559, pero sus trabajos no se conocieron hasta 1909, mientras que Heister dio a conocer la misma investigación en 1724. En 1757 Pott señaló la naturaleza congénita de algunas hernias indirectas en las cuales describió la continuidad de la túnica vaginal con el peritoneo. En 1793, Gimbernat describió el ligamento lacunar que lleva su nombre.(5,9).

La época de oro de la anatomía fue la era napoleónica, de 1791 a 1815. El canal inguinal fue descrito en detalle; Camper, Astley, Cooper, Hesselbach, Cloquet y Morton eran cirujanos y maestros activos en este campo. Desde que la anestesia fue introducida por Morton en 1846, aunada a el conocimiento detallado de la anatomía de la región inguinal, se esperaba que la cirugía herniaria floreciera, pero no fue así debido al temor a la peritonitis y dehiscencia de la herida, por lo que las intervenciones eran similares a las realizadas en los tiempos de Roma. (14,25,7,5,26).

En los inicios de la década de 1880, el médico italiano Edoardo Bassini, descorazonado por los resultados de las plastias utilizadas en esa época, concibió la idea de una cura radical: la construcción de un nuevo piso inguinal.

El trabajo de Bassini no se hizo ampliamente conocido fuera de Italia hasta 1890, cuando publicó un trabajo en alemán. A medida que los logros de Bassini fueron difundidos alrededor del mundo, se tomó conciencia de su importancia, por lo que se le reconoce como el padre de la herniorrafia moderna. Antes de su trabajo, la herniorrafia inguinal consistía esencialmente en la técnica romana del cierre del saco a nivel del anillo inguinal externo con el agregado de la antisepsia. (5,7,9,14,25,26).

Actualmente se conocen muchas otras plastias, pero siguiendo las bases que estableció Bassini; como la técnica de Shouldice que algunos estudios la reportan con un índice de recidivas menor que la de Bassini (16,17,13); otras técnicas como la de McVay o la colocación de mallas son utilizadas en casos difíciles o hernias recurrentes. (11,17,18).

El método genuinamente más actual es la reparación por laparoscopia que únicamente ofrece una más pronta recuperación, desconociéndose sus resultados a largo plazo. (12,14).

Actualmente continúan realizándose estudios y nuevos descubrimientos en relación a la hernia inguinal, algunos estudios señalan que no es aconsejable efectuar plastia inguinal bilateral simultánea por el riesgo de producir atrofia testicular bilateral y por el mayor índice de recidivas que puede ser de hasta 50% en comparación con un 20% de la unilateral (1,9,14,17).

También se han realizado múltiples estudios epidemiológicos para identificar las causas de que la hernia inguinal se presente más frecuentemente del lado derecho y que sea más frecuentemente en el hombre, mencionándose que esta predominancia de sexo masculino es al parecer porque los defectos en la síntesis de colágena son más frecuentes en este sexo (23,27,5,7,9).

Se han descubierto además factores de riesgo muy variados relacionados con la recurrencia de hernias como: hernia directa, reparación de hernia recurrente, diámetro de saco herniario mayor de 8 cms., edad mayor de 70 años, sobrepeso, bronquitis crónica, entre otros muy raros como postoperados de apendicectomía con incisión de McBurney. Algunos estudios han demostrado que la hernia del lado derecho predomina en un 60% de los casos y la bilateral se presenta en el 5%, la proporción hombre mujer es de 6-8:1 (11,17,20,21,22)

La ingle ha sido definida de manera sucinta por Condon como "la porción de la pared abdominal anterior que se encuentra debajo del nivel de las espinas iliacas anterosuperiores". En esta región la protrusión de peritoneo parietal, precedido de grasa preperitoneal, forma una tumefacción visible y por lo general palpable. Hay tres tipos de hernia: inguinal directa, inguinal indirecta y supravesical externa; que pueden salir por la pared abdominal a través del anillo inguinal superficial, por arriba del ligamento inguinal; un cuarto tipo, la hernia femoral, pasa por debajo del ligamento inguinal, a través del canal femoral. Estas hernias constituyen 90% de todas.

**HERNIA INGUINAL DIRECTA.** Una hernia inguinal directa pasa por el piso del canal inguinal en el triángulo de Hesselbach, el cual está cubierto por la fascia transversal y la aponeurosis del músculo transverso del abdomen. El trayecto de la hernia se encuentra detrás del cordón espermático y no entra en el anillo inguinal profundo, pero puede salir a través del anillo inguinal superficial. Una hernia directa rara vez entra en el escroto.

**HERNIA INGUINAL INDIRECTA.** Una hernia inguinal indirecta sale por la cavidad abdominal a través del anillo inguinal profundo y pasa por el canal inguinal con el cordón espermático o el ligamento redondo hasta una distancia variable. En ocasiones el saco no llega hasta el escroto o los labios mayores, pero puede entrar a la pared abdominal a través de cualquier plano de separación entre los músculos. Esta es una hernia interparietal.

**HERNIA SUPRAVESICAL EXTERNA.** Una hernia supramesical externa sale de la cavidad abdominal por la fosa supramesical, que se encuentra medial al sitio de las fosas inguinales directas. Su trayecto ulterior es el de una hernia inguinal directa.

**HERNIA FEMORAL.** Una hernia femoral es la protrusión de tejido a través de una fascia transversal débil hacia el anillo femoral y el canal femoral.

**HERNIA INGUINAL INDIRECTA POR DESLIZAMIENTO.** Una hernia inguinal indirecta por deslizamiento contiene la viscera herniada, que constituye toda la pared posterior del saco o parte de la misma. (3,4,9,10).



## VIII. JUSTIFICACION.

Una de las más frecuentes intervenciones quirúrgicas realizadas en el departamento de Cirugía General de cualquier hospital, es la plastia inguinal, en nuestro Hospital General de Ticomán no es la excepción por lo que consideramos conveniente realizar un estudio profundo de la plastia inguinal, recabando todos los parámetros que nos resultaron convenientes y a la vez compararlos con los que menciona la bibliografía internacional y de esta manera saber si las técnicas que estamos realizando están dando los resultados adecuados o bien si es el caso contrario, descubrir nuestras fallas y corregirlas de acuerdo a las recomendaciones de la bibliografía mundial.

El hecho de que existan muchos tipos de plastias para igual número de defectos de la región inguinal, puede provocar confusiones y a la vez conceptos erróneos en el manejo quirúrgico de las plastias inguinales, por lo que el presente estudio además de aportarnos un conocimiento global de la plastia inguinal nos aportará los conocimientos suficientes para evaluar nuestro criterio y en caso necesario modificarlo para obtener mejores resultados en el tratamiento de la hernia inguinal.

## IX. HIPOTESIS

**Nula.** La hernia inguinal en nuestro medio es semejante a la reportada mundialmente, en cuanto a su presentación y recidiva.

**Alterna.** La hernia inguinal en nuestro medio es diferente a la reportada mundialmente, en cuanto a su presentación y recidiva.

## X. OBJETIVOS.

- I. Conocer el número de plastias inguinales efectuadas en un año en el Hospital General de Ticomán.
- II. Conocer el tipo de plastias efectuadas más frecuentemente en la región inguinal.
- III. Conocer la epidemiología de las hernias y plastias inguinales.
- IV. Conocer el índice de recidivas y a que tipo de plastias pertenecen.
- V. Comparar los resultados obtenidos con los resultados que reportan las bibliografías y en caso necesario dar las recomendaciones pertinentes para mejorar nuestros resultados.

## **XI. MATERIAL Y METODOS.**

### **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Se captarán todos aquellos pacientes sometidos a plastia inguinal en el año de 1995.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Se excluyen aquellos pacientes que hayan sido intervenidos en otros hospitales.

### **TIPO DE INVESTIGACION:**

OBSERVACIONAL.

LONGITUDINAL.

RETROSPECTIVO.

DESCRIPTIVO.

ABIERTO.

Se estudiarán todos aquellos pacientes sometidos a plastia inguinal en el año de 1995.

Se establecerán los porcentajes de las variables de edad y sexo, tipo de defecto herniario, tipo de plastia, índice de recidivas, entre otros; para lo cual se obtendrá la información de los expedientes correspondientes.

Se realizarán gráficas en barras y de pastel de acuerdo a los resultados obtenidos.

Se compararán los resultados obtenidos con los que reporta la bibliografía mundial y se darán las sugerencias pertinentes en caso de que nuestros resultados estén por debajo de los reportados en la bibliografía actual.

## XII. RESULTADOS.

En el año de 1995 se realizaron un total de 66 plastias inguinales, de las cuales 51 (77%) correspondieron a hombres y 15 (23%) a mujeres, con una proporción de 3:1. Como se puede observar en la gráfica número uno

En cuanto a edad encontramos un rango de 4 a 89 años, con una media de 46.5 años. Se dividieron en tres grupos: niños (hasta 15 años) 7 (10.5%), adultos (de 16 a 59 años) 38 (57.5%) y ancianos (de 60 años en adelante) 21 (32%). Como se muestra en la gráfica número dos.

Encontramos por sexo lo siguiente:

En las mujeres la presentación en el lado izquierdo es del 60%, en el lado derecho del 40% y no se presentaron hernias bilaterales.

En cuanto a hombres se encontró que la ubicación más frecuente es el lado derecho (64%), y el izquierdo en un 25.5% y bilateral en un 10%.

El índice global fue de 59% para las derechas, de 33.5% para las izquierdas y de 7.5% para las bilaterales. Se ilustran los resultados en la gráfica número tres

Así mismo se pudo establecer que el tipo de hernia inguinal más frecuente es la indirecta con un 51.5% de presentación, seguido por la mixta con un 27%, la directa con un 15% y la crural con un 6% de frecuencia.

Hay que tomar en cuenta que las hernias inguinales mixtas correspondieron a la presencia de hernias directas e indirectas simultáneas e ipsilaterales. Se esquematiza en el diagrama número cuatro.

Las plastias más frecuentemente realizadas fueron 4, siendo en orden de frecuencia de mayor a menor la McVay (45%), en segundo lugar las plastias tipo Shouldice y Marcy con un 16.5% y un 15% de frecuencia respectivamente, seguidas por la técnica de Bassini con un 9%, otros tipos de plastias ocuparon también un 9% de frecuencia, como se ilustra en la gráfica cinco.

La relación plastia/defecto es la siguiente:

	DIRECTA	INDIRECTA	MIXTA	CRURAL
MCVAY.	5	13	10	3
SHOULDICE	4	2	6	0
MARCY	0	9	1	0
BASSINI	0	4	2	0

(Gráfica seis).

El material de sutura que más frecuentemente se utilizó correspondió a 4 tipos (2 absorbibles y 2 inabsorbibles). Los cuales fueron: vicryl 48.5%, nylon 32%, prolene 9% y seda en una sola ocasión con un 1.5%. (Gráfica siete).

La presencia de hernias complicadas con encarcelamiento o estrangulación fue de 21% que correspondió a 14 casos. Siendo la hernia de tipo indirecto la que más frecuentemente presentó estas complicaciones (71%), seguida de la crural con un 22%, la mixta con un 7%, en tanto que la directa no presentó encarcelamiento ni estrangulación (Gráfica ocho).

Las recidivas se presentaron en 6 pacientes (10%), registrándose además otros cuatro casos de los que se ignora su procedencia. La derecha con un 70% y la izquierda con un 30% de frecuencia. En cuanto al tipo de hernia es de 60% para la directa y 40% la indirecta. Su reparación posterior fue: el 40% con técnica de McVay, el 20% con técnica de Bassini, 20% con surgete, 10% con Shouldice y una aún no se repara. La relación de recidiva con la plastia primaria fue difícil de establecer ya que en 5 de los pacientes se desconocía este dato, en los casos restantes se realizó en cada uno de ellos plastias tipo Shouldice, Marcy, Mayo, surgete simple y McVay. (Gráfica nueve).

Las resecciones de intestino o epiplón se presentaron en 5 casos (7.5%). De acuerdo a su localización: derecha 3 e izquierda 2.

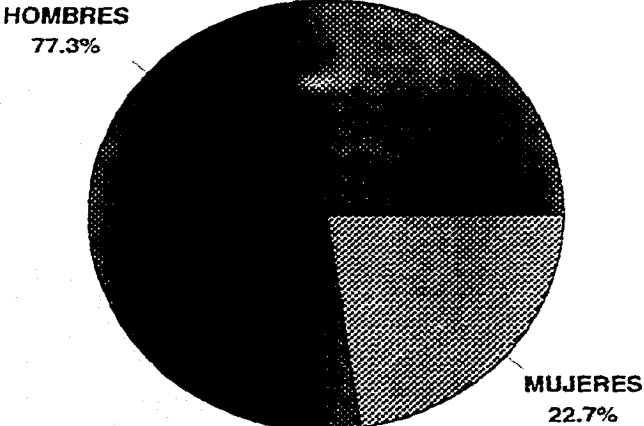
De acuerdo a el tipo de defecto: crurales 3, indirectas 2 y ninguna directa. (Gráfica diez).

En cuanto a mortalidad se registró un caso (1.5%), de un paciente masculino de 80a. de edad el cual presentó una hernia estrangulada que ameritó resección intestinal, complicándose posteriormente con 2 evisceraciones consecutivas que ameritaron reintervención. Posteriormente el paciente desarrollo choque séptico y finalmente falleció. (Gráfica once).



**TOTAL DE PLASTIAS INGUINALES REALIZADAS**

**GRAFICA 1**



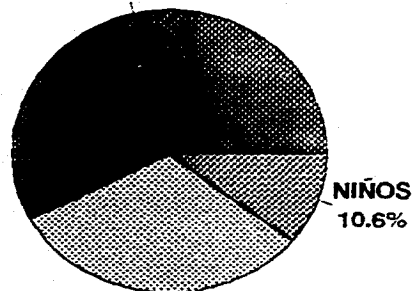
	<b>PACIENTES</b>
<b>HOMBRES</b>	51
<b>MUJERES</b>	15
<b>TOTAL</b>	66

## RELACION HERNIAS/EDAD DEL PACIENTE

GRAFICA 2

ADULTOS

57.6%



NIÑOS

10.6%

ANCIANOS

31.8%

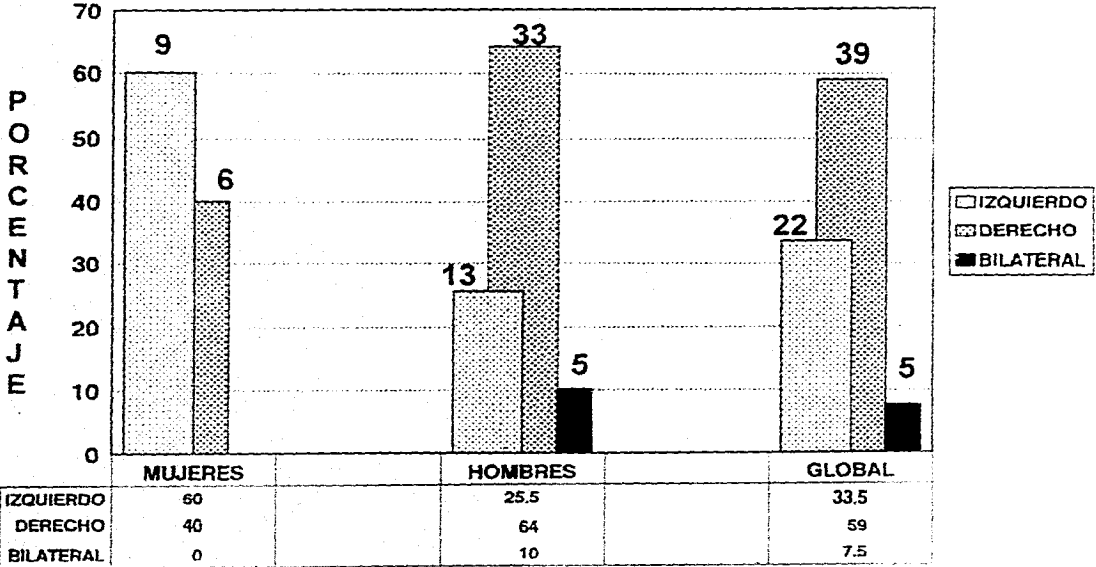
PACIENTES

ADULTOS  
ANCIANOS  
NIÑOS

38  
21  
7

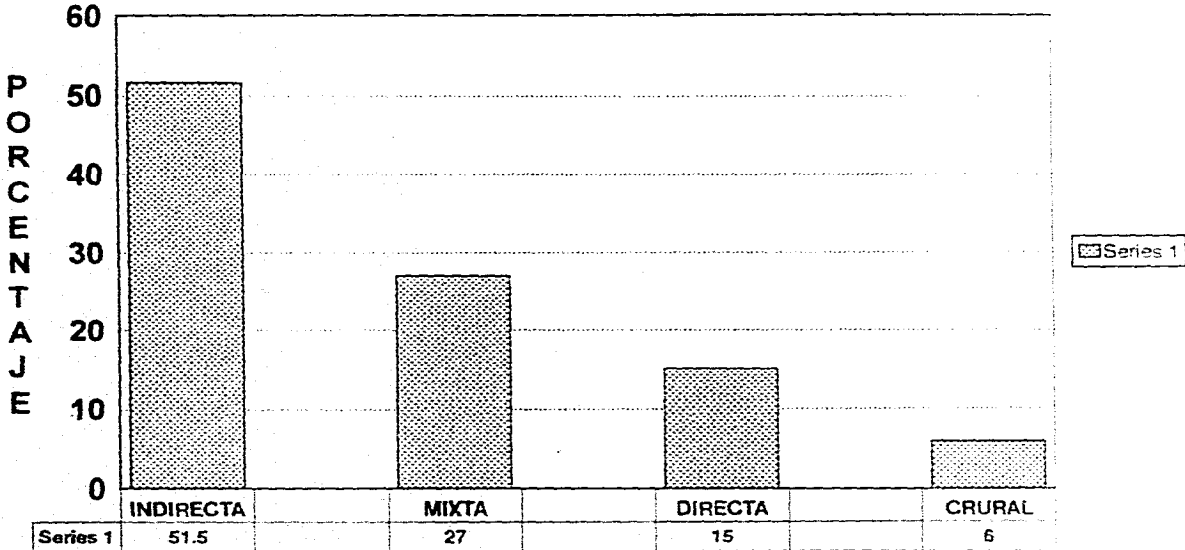
## CLASIFICACION DE ACUERDO A SEXO Y UBICACION DE LA HERNIA

GRAFICA 3



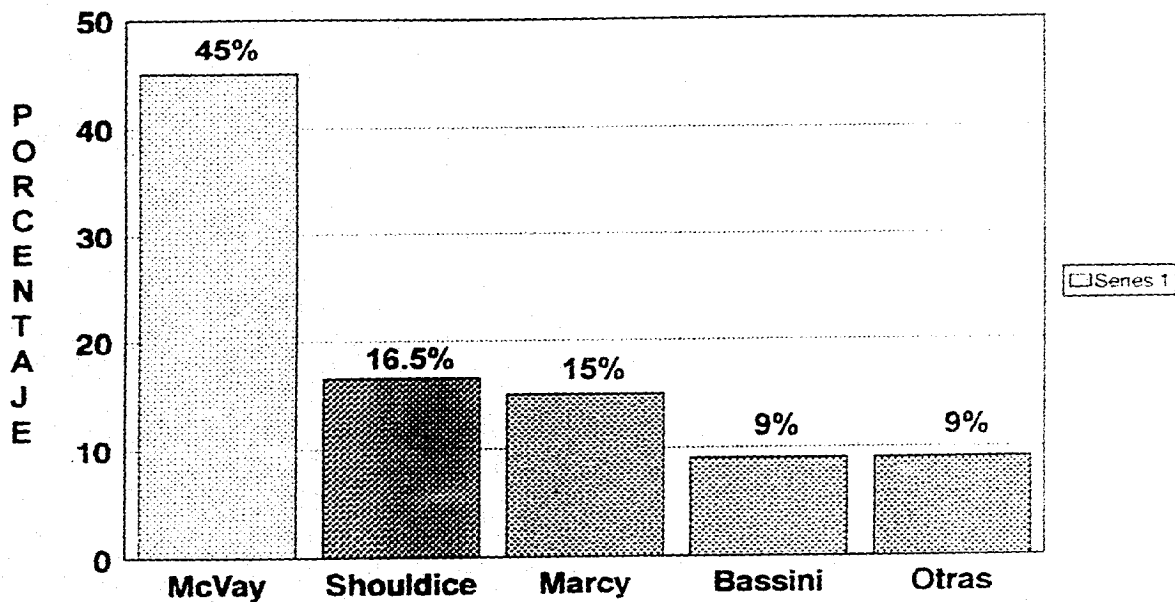
**CLASIFICACION DE ACUERDO AL TIPO  
DE HERNIA INGUINAL**

**GRAFICA 4**



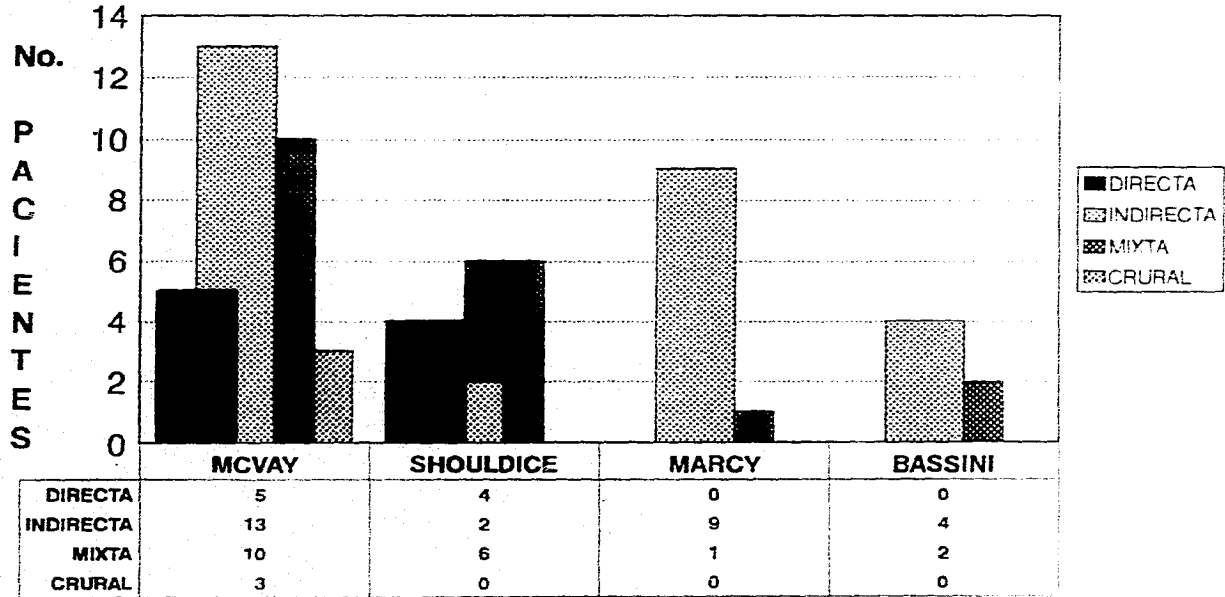
# PLASTIAS REALIZADAS

GRAFICA 5



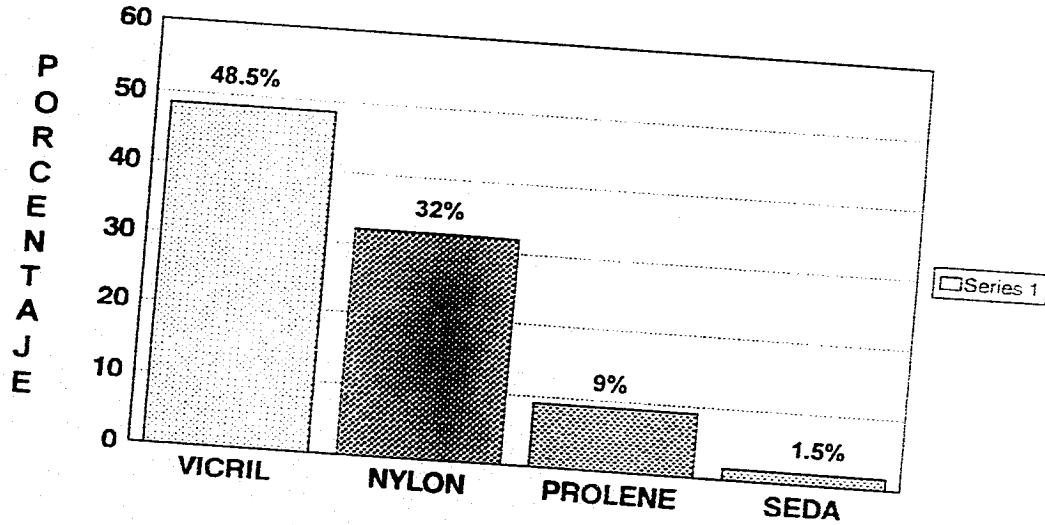
# RELACION PLASTIA / DEFECTO

GRAFICA 6



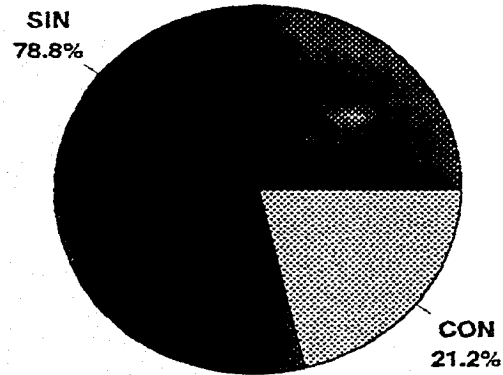
# TIPOS DE MATERIAL DE SUTURA UTILIZADO

GRAFICA 7



## **HERNIAS COMPLICADAS CON ENCARCELAMIENTO O ESTRANGULAMIENTO**

**GRAFICA 8**



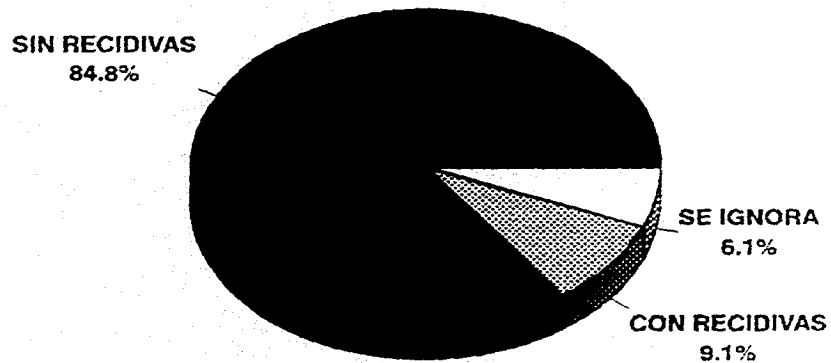
**TOTAL**  
**CON ESTRANGULAMIENTO**  
**SIN ESTRANGULAMIENTO**

**PACIENTES**  
**66**  
**14**  
**52**



# INDICE DE RECIDIVAS

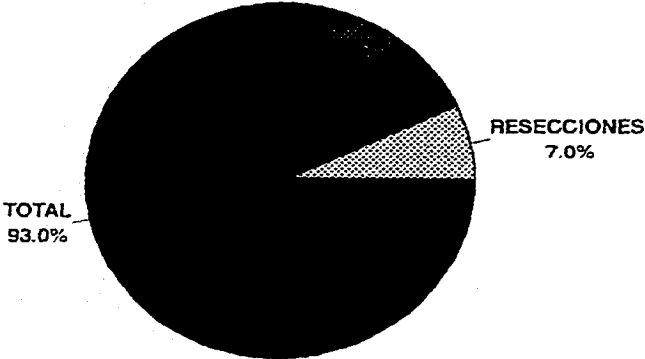
GRAFICA 9



	PACIENTES
SIN RECIDIVAS	56
CON RECIDIVAS	6
SE IGNORA	4

**RESECCIONES DE INTESTINO O EPIPLON**

**GRAFICA 10**

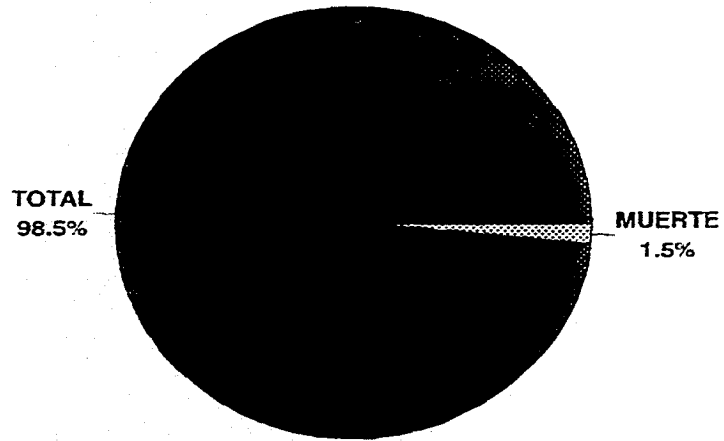


**RESECCIONES  
SIN RESECCION**

**PACIENTES  
5  
61**

# MORTALIDAD

GRAFICA 11



MORTALIDAD  
TOTAL

PACIENTES  
1  
66

### XIII. COMENTARIOS

Los pacientes con hernia inguinal captados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Ticomán presentan una epidemiología similar a la reportada por la bibliografía. En cuanto al tipo de plastias realizadas, se considera que es adecuada la realización selectiva de técnicas como Shouldice, McVay y Bassini, entre otras. La plastia de Bassini a pesar de haber sido creada a finales del siglo XIX, continúa teniendo vigencia y constituye el pilar de la plastia moderna.

La experiencia ha demostrado que no hay una sola técnica quirúrgica mejor para el tratamiento de la hernia inguinal. El cirujano en la actualidad debe tener la capacidad para modificar el procedimiento de acuerdo con lo que encuentre durante la operación de cada paciente.

El índice de recidivas del 10% se encuentra dentro del reportado por la literatura, sin embargo hay que considerar que debido a que se maneja una población en su mayoría de tipo flotante, el seguimiento de los pacientes se dificulta o no se puede realizar, por lo que pudiese ser que el índice de recidivas sea mayor que el reportado.

Para abatir las recidivas se sugiere un mayor empeño en el estudio y comprensión de la anatomía de la región inguinal y sus diferentes plastias, complementándose con clases, discusiones, cursos e idealmente con la realización de disecciones en cadáveres, todo ello con la participación activa de residentes y de los cirujanos adscritos que aporten su experiencia.

Para llevar a cabo un mejor seguimiento de los pacientes postoperados y conocer con exactitud los índices de recidivas, se sugiere el registro rutinario del domicilio preciso del paciente, así como de los teléfonos donde se le pueda localizar, ya que con una simple llamada telefónica el cirujano podrá tener la sospecha de si ha ocurrido recidiva y pedirle al paciente que se presente a la consulta para su revisión.

## XVI. CONCLUSIONES

1. La plastia inguinal es una de las cirugías más frecuentemente realizadas en el servicio de Cirugía del Hospital General de Ticomán.
2. La epidemiología es similar a la reportada por la bibliografía mundial.
3. La predominancia por sexos fue claramente para el masculino con un 77% de frecuencia.
4. La edad media de presentación fue de 46.5 años, con edades de 4 hasta 89 años.
5. La hernia apareció más frecuentemente en el lado derecho que en el izquierdo, casi el doble de veces. La hernia inguinal bilateral se presentó en pocas ocasiones (7.5%).
6. Las plastias más frecuentemente realizadas fueron: McVay, Shouldice, Marcy y Bassini; en orden decreciente.
7. El tipo de sutura más frecuentemente empleado fue el de absorción lenta (poliglactina), seguida de la inabsorbible (nylon).
8. Las complicaciones por estrangulamiento o encarcelamiento se presentaron en 21% de los casos, siendo la hernia de tipo indirecto la que más frecuentemente las presentó, seguida de la crural y sin incidencia en las directas.

9. Las recidivas se presentaron en 6 pacientes (10%), que es considerado como porcentaje normal. En cuatro casos más no se pudo saber donde se realizó la primera plastia.
  
10. La mortalidad fue de un caso (1.5%).

## XV. BIBLIOGRAFIA.

1. Rutkow I.M.: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de Hernias, 1a. Ed. Mex., D.F., Ed. Interamericana., 1993.
2. Grose W, E, Read R.C.: Cirugía del Aparato Digestivo, 3a. Ed. Argentina, Ed. Panamericana, 1993. Vol. 5:103-270.
3. Skandalakis J,E, Gray S,W,: Hernias, 3a. Ed., Mex. D.F., Ed. Interamericana. 1993.
4. Schwartz S.I., Shaires G. T.: Principios de Cirugía, 5a. Ed. Mex., D.F., Ed. Interamericana 1992. Vol. 2, Pág. 1589-1606.
5. Zuidema G. D., Ront W.R.: Cirugía del Aparato Digestivo. 3a. Ed. Argentina, Ed. Panamericana 1993: Vol. II:412-415.
6. Nyhus L.I.M., Baker R.J.: El Dominio de la Cirugía. 1a. Ed. Argentina, Ed. Panamericana 1989: Vol. II:1655-1728.
7. Schwartz S.I., Ellis H.: Operaciones Abdominales, 8a. Ed., Argentina, Ed. Panamericana 1986 Vol. I, Pág. 288-341.
8. Forrest A.P., Carter D.C.: Principios y Práctica de Cirugía, 1a. Ed., Méx. D.F., Ed. Interamericana, 1988, Pág. 345-359.



9. Sabiston D.C., Lee N.R.: Principios de Cirugia, 1a. Ed. Méx., D.F., Ed. Interamericana 1991, Pág. 588-610.
10. Skandalakis M.D., Gray S.W.: Complicaciones Anatómicas en Cirugia General, 1a. Ed. Méx., D.F., Ed. Mac Graw Hill 1984, Pág. 256-285.
11. Bossotti M, Balcet F, Martino F, Manfredi S., Inguinal Hernia: Technics Compared in our Experience. Hernioplasties Compared, Ann. Chir. 1994 Dec; 49(12):1269-73.
12. Chaumpault G, Benoit J, Lauroy J., Inguinal Hernia in Adults. Laparoscopic Surgery vs The Shouldice Method., Ann Chir. 1994;48(11):1003-8.
13. Kux M, Fuchsjager N, Schemper M., Shouldice is Superior to Bassini Inguinal Herniorrhaphy. Am.J.Surg. 1994 Jul;168(1)15-18.
14. Sachs M, Encke A., Repair Procedures in Surgery of Inguinal Hernia in their Historical Evolution., Zentralb Chir. 1993;118,12:780-7.
15. Stabilini L, Brigli G, Doria F, Brisio M, Bonomo A., Treatment of Inguinal Hernia in Local Anesthesia: Our Experience with the Shouldice Surgical Technique., Minerva Chir. 1993 Oct. 15;48:1097-101.
16. Greco r. Alvarez S. Calabro R. Colombo R., Inguinal Hernioplasty by a Modified Shouldice Technique., Minerva Chir. 1993 Sep. 30;48:999-1006.

17. Sommariva S, Cannici F, Castrati G, Fiorone E., Recurrent Inguinal Hernia. The Surgical Procedure and Technic., *Minerva Chir.* 1993 Sep. 15;48:943-5.
18. Rutledge RH., The Cooper Ligament Repair., *Surg. Clin. North-Am.* 1993 Jun; 73:471-85.
19. Wantz GE., The Technique of Giant Prosthetic Reinforcement of the Visceral Sac Performed Through an Anterior Groin Incision., *Surg. Ginecol. Obstet.* 1993 May; 176:497-500.
20. Schaap HM, Van de Pavort HD, Bast TJ., The Preperitoneal Approach in teh Repair of Recurrent Inguinal Hernias., *Surg. Ginecol. Obst.* 1992 Jun; 174:460-4.
21. El Qaderi S, Aligharaiben KI, Hani IB., Hernia in Norther Jordan. some Epidemiological Considerations., *Trop. Geogr. Med.* 1992 Jul;44:281-3.
22. Malazgirt Z, Ozen N, Ozkan K., Effect of appendicectomy on development of Right Inguinal Hernia. *Eur. J. Surg.* 1992 Jan;158:43-44.
23. Ofili OP., Possibilities of the Strong Posterior Wall of Inguinal Canal in Women. *Cent. Afr. J. Med.* 1990 Dec;36:300-4.

24. Carneiro PM., Inguinal Herniotomy in Children. East. Afr. Med J. 1990 May;67:359-64.
25. Castrini G, Pappalardo G, Trentino P, Correnti Fs. The Original Bassini Technique in teh Surgical Treatment of Inguinal Hernia., Int. Surg. 1986 Jul-Sep;71:141-3.
26. Premuda L, The History of Inguinal Herniorrhaphy., Int. Surg. 1986 Jul-Sep;71:138-40.
27. Abramson JH, Goffin J, Hopp C, Makler A., The epidemiology of Inguinal Hernia. A surver in western Jerusalem., J. Epidemiol. Community. Health, 1978 Mar;32:59-63.