



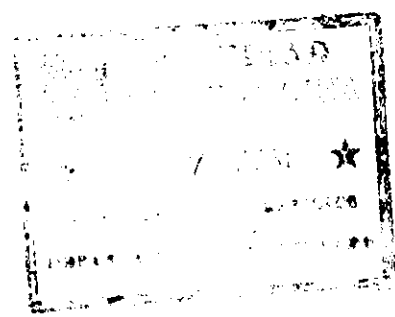
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

62/11209  
2ef.

SUBDIRECCIÓN MÉDICA ZONA NORTE  
COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ASUNTO: LIBERACION DE TESIS

DR. ALEJANDRO CRAVIOTO  
DIRECTOR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



PRESENTE

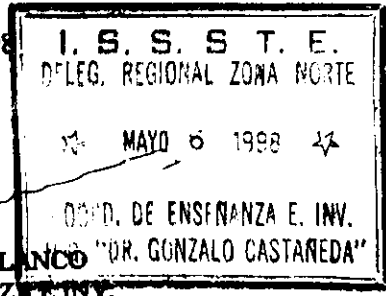
Para informarle que el C. Dr. RODOLFO MONROY ORDOÑEZ quien es egresado de éste Hospital y del I.S.S.S.T.E. en la Generación 1995-1998 como Especialista en Cirugía General ha entregado oportunamente su trabajo de Tesis titulada " USO DE SEDA Y POLIGLACTINA 910 EN LA PLASTIA INGUINAL CON TECNICA DE Mc. VAY. Estudio Comparativo " por lo que se otorga la presente CARTA DE LIBERACION DE TESIS.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

260936

ATENTAMENTE  
" BIENESTAR SOCIAL "

Hosp. Gral. " Dr. Gonzalo Castañeda " Cd. de México. 4 de mayo de 1998



DR. J. ENRIQUE GONZALEZ BLANCO  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INV.  
Vo. Bo.

DR. MARCO A. GONZALEZ ACOSTA  
ASESOR DE TESIS

- c.c.p. Dr. Humberto Galicia Negrete. Jefe de los Servicios de Ens. e Inv. Av. San Fernando 547, 1er piso. Col. Torriello Guerra.
- Dr. Jorge Duran Triay. Subdelegado Médico Zona Norte. ISSSTE. Balderas 58 4º piso Centro.
- Dra. Rebeca Sandoval Silva. Jefe del Depto. de Atención Médica Integral. Balderas 58 4º piso Centro.
- Dra. Blanca López Soto. Jefa de Ens. e Inv. Delegación Regional Zona Norte, Balderas 58, 4º piso.
- Dr. Marco Antonio González Acosta. Coordinador de Cirugía General y Profesor Titular del curso.
- Dr. Rodolfo Monroy Ordoñez. Interesado.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

AL CONTESTAR ESTE OFICIO OTENSE LOS DATOS  
CONTENIDOS EN EL ANEXO SUPERIOR DERECHO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

61  
2ej.

**HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA**

**I S S S T E**

**TESIS: USO DE SEDA Y POLIGLACTINA 910 EN  
LA PLASTIA INGUINAL CON TECNICA -  
DE MC VAY. ESTUDIO COMPARATIVO**

**AUTOR: DR. RODOLFO MONROY ORDOÑEZ**

**ASESOR: DR. MARCO ANTONIO GONZALEZ ACOSTA**

**ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL**

**MEXICO D.F FEBRERO DE 1998**

TITULO: Uso de SEDA y POLIGLACTINA 910 en la plastia inguinal con Técnica de Mc Vay.  
Estudio Comparativo.

Dr. Rodolfo Monroy Ordoñez..

Dr. Marco Antonio González Acosta..

Dr. Francisco Díaz de León Fernández de Castro.

Dr. Hipolito Santiago Cruz.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## INTRODUCCION

Las hernias inguinales son una especie de tributo que el organismo humano paga a la naturaleza por la bipedestación; este no es desde luego, el único factor que puede invocarse a la génesis de la hernia inguinal. La migración testicular desde el abdomen hasta el escroto tiene también una parte importante en el ulterior desarrollo de las hernias, pues implica la consecuencia de un rastro anatómico en su desplazo. Las mujeres, en quienes las hernias inguinales son hasta 10 veces menos frecuentes que en los hombres, pagan también una misma cuota tributaria a la bipedestación, porque aunque no tengan gónadas que emigren, el canal de Nuck (Anton Nuck 1650-1692) es el equivalente embrionario para el sexo femenino del llamado proceso vaginal y precisamente hace el túnel por donde pasará la gónada testicular. (6).

En 1922, Harrison enuncia que la causa de las hernias tanto directas como indirectas es el fallo de la fascia transversalis que soporta la presión intraabdominal a la que es sometida; Keith en 1924 agrega que las hernias se presentan por cambios patológicos en el tejido conectivo del abdomen que los seres humanos van adquiriendo a lo largo de la vida y los predispone a la herniación. (5, 18).

La hernia inguinal fue inmortalizada en mármol por los griegos y también mencionada por los egipcios en sus papiros en el año 1.500 a.C. . Los primeros médicos griegos ya conocían la reducción y la transiluminación que se utilizaba para diferenciar entre la hernia y el hidrocele. En la edad media, la hernia era tratada principalmente con el porte de bragueros; sin embargo, también se recurría a la castración, junto con la ligadura simple del saco sin escisión.

En la actualidad, el 15% de intervenciones quirúrgicas de un hospital general, lo constituye la reparación de una variedad de hernias, de ellas, el 70% son de tipo inguinal; considerando cifras estadísticas, la plastia inguinal es uno de los procedimientos mas frecuentemente realizados en los Estados Unidos de Norteamérica, con índices informados de aproximadamente 500.000 cirugías al año. (1, 11).

La evolución histórica del manejo de la hernia inguinal es interesante, pues esto permite comprender las bases anatómicas y fisiológicas que se deben seguir para un correcto tratamiento de ésta patología; se ha dicho que no existe campo de la cirugía donde se requiera más conocimiento anatómico y mayor habilidad quirúrgica que la hernia en todas sus variedades y referente a la inguinal, en ningún otro campo de la cirugía hay tal número de operaciones para un defecto anatómico dado. (4, 18).

Existe una gran variedad de procedimientos quirúrgicos con resultados variables de acuerdo a cada autor, éstas técnicas se conocen con los nombres de los cirujanos que las describieron, tal es el caso de Bassini, Madden, Mc Vay, Shouldice, etc. . En nuestra institución hospitalaria, sobresale en frecuencia el empleo de la técnica de Mc Vay; referente a ésta, en 1942 Chester B. Mc Vay y Barry J. Anson, (1949) después de detallados estudios anatómicos, concluyen que es en el Ligamento de Cooper y no en el Ligamento Inguinal donde debía anclarse el Tendón Conjunto para realizar una plastia adecuada del canal inguinal; con ello no sólo se reforzaría el piso del canal, sino que además se reforzaría el orificio Inguinal Profundo y el Conducto Femoral, lo que hace el procedimiento útil en los tres tipos más frecuentes de hernias. (1, 7, 12, 13, 18).

Tradicionalmente la reparación de una hernia de cualquier tipo y en particular la inguinal, se ha practicado con material de sutura del tipo no absorbible, como la seda, sin embargo la producción de infecciones, granuloma y fistulas persistentes de partes blandas ha renovado el interés en los materiales de suturas absorbibles, las cuales brindan una fuerza tensil adecuada, mínima reacción tisular, ausencia de manifestaciones alérgicas y absorción eventual cuando la reparación del tejido ya es completa. (1, 2, 3 10, 16).

Con respecto a los materiales de sutura a comparar, la SEDA se ha clasificado como un material no absorbible, aun cuando se ha demostrado que al cabo de 2 meses pierde gran parte de su resistencia tensil y pasados 6 meses se encuentra tan deteriorada que no ejerce efecto alguno; su principal desventaja es la gran reacción inflamatoria que produce y consecuentemente su asociación con una mayor frecuencia de infecciones de heridas limpias. Uno de los avances más importantes en la industria de las suturas se produjo a partir de 1969 con el desarrollo de los materiales sintéticos absorbibles. Inicialmente surgió el ácido poliglicólico y poco después la POLIGLACTINA 910, sus propiedades son similares, aunque la poliglactina es de más fácil manejo y se absorbe más lentamente. Ambas suturas se presentan en forma multifilamentosa, trenzadas y revestidas, son suaves, poco reactivas y muy resistentes. (15).

## MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General Dr. Gonzálo Castañeda del ISSSTE, durante el período comprendido de Junio de 1994 a Octubre de 1996, se estudiaron un total de 120 pacientes con Diagnóstico de Hernia Inguinal, realizándose para su tratamiento plástia con Técnica de Mc Vay; se subdividieron en dos grupos al azar de 60 pacientes cada uno, en los cuales la plástia se realizó con SEDA (Grupo I) y POLIGLACTINA 910 (Grupo II) respectivamente.

Se efectuó un estudio prospectivo, en el cual se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, variedad de hernia inguinal, lado anatómico afectado y complicaciones postquirúrgicas.

El seguimiento se estableció de la siguiente manera: a la semana, a las 4 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses a través del expediente, entrevista y exploración clínica del universo de pacientes.

## RESULTADOS

En los pacientes intervenidos quirúrgicamente, la edad promedio para el Grupo I fué 51 años (extremos 21 a 81 años) y 52.5 años (extremos 23 a 82 años) en el Grupo II. Fig. 1. Predomino el sexo masculino en ambos grupos con 49 pacientes en el Grupo I (81.6%) y 44 pacientes en el grupo II (73.3%) Fig. 2. . El lado anatómico afectado fué similar para ambos grupos, correspondiendo al Grupo I (50%) el lado derecho (n=30-30) y en el Grupo II predominó ligeramente con 55% el lado derecho (n=33-27). En relación al tipo de hernia encontrada varió de la siguiente forma: Grupo I 50% (n=30), 46.6% (n=28) y 3.3% (n=2); Grupo II 40% (n=24), 56.6% (n=34) y 3.3% (n=2) para las variedades directa, indirecta y mixta respectivamente, Tabla I. El rubro de mayor importancia son las complicaciones, y del total de pacientes estudiados, solo un 13.3% presentó alguna complicación en su evolución postquirúrgica; éstas predominaron en el Grupo I con 12 pacientes (75%) y Grupo II, 4 pacientes (25%), Tabla 2.

## MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General Dr. Gonzálo Castañeda del ISSSTE, durante el período comprendido de Junio de 1994 a Octubre de 1996, se estudiaron un total de 120 pacientes con Diagnóstico de Hernia Inguinal, realizándose para su tratamiento plástia con Técnica de Mc Vay; se subdividieron en dos grupos al azar de 60 pacientes cada uno, en los cuales la plástia se realizó con SEDA (Grupo I) y POLIGLACTINA 910 (Grupo II) respectivamente.

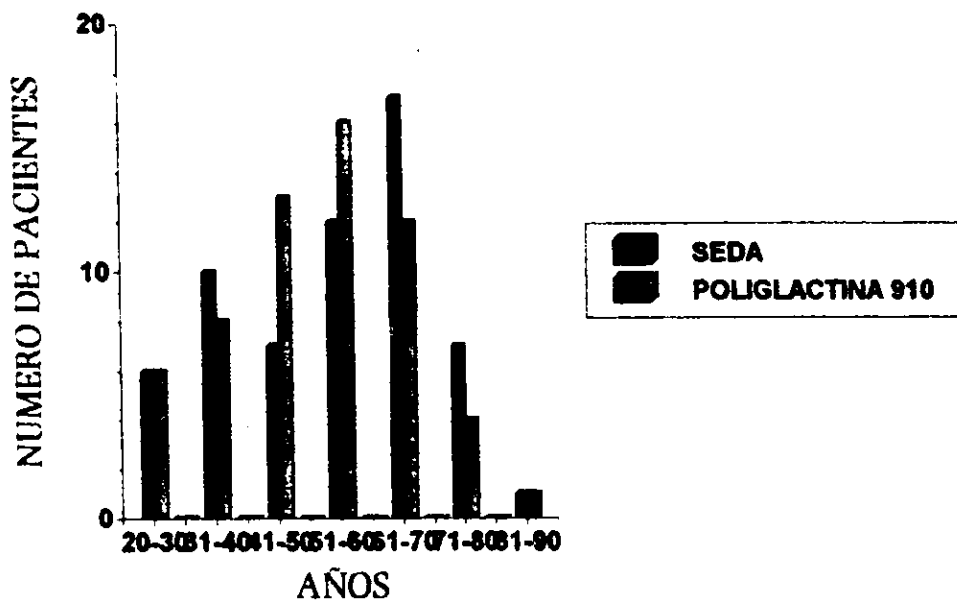
Se efectuó un estudio prospectivo, en el cual se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, variedad de hernia inguinal, lado anatómico afectado y complicaciones postquirúrgicas.

El seguimiento se estableció de la siguiente manera: a la semana, a las 4 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses a través del expediente, entrevista y exploración clínica del universo de pacientes.

## RESULTADOS

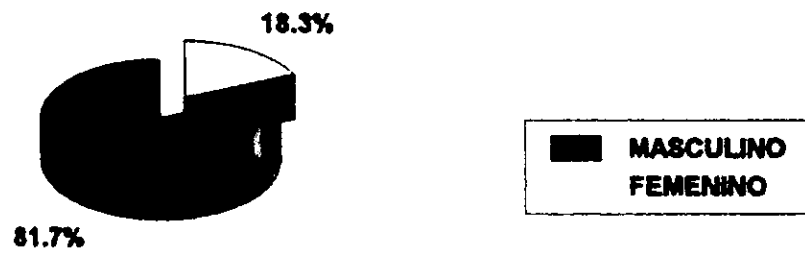
En los pacientes intervenidos quirúrgicamente, la edad promedio para el Grupo I fué 51 años (extremos 21 a 81 años) y 52.5 años (extremos 23 a 82 años) en el Grupo II. Fig. 1. Predomino el sexo masculino en ambos grupos con 49 pacientes en el Grupo I (81.6%) y 44 pacientes en el grupo II (73.3%) Fig. 2. . El lado anatómico afectado fué similar para ambos grupos, correspondiendo al Grupo I (50%) el lado derecho (n=30-30) y en el Grupo II predominó ligeramente con 55% el lado derecho (n=33-27). En relación al tipo de hernia encontrada varió de la siguiente forma: Grupo I 50% (n=30), 46.6% (n=28) y 3.3% (n=2); Grupo II 40% (n=24), 56.6% (n=34) y 3.3% (n=2) para las variedades directa, indirecta y mixta respectivamente. Tabla I. El rubro de mayor importancia son las complicaciones, y del total de pacientes estudiados, solo un 13.3% presentó alguna complicación en su evolución postquirúrgica; éstas predominaron en el Grupo I con 12 pacientes (75%) y Grupo II, 4 pacientes (25%). Tabla 2.

FIG. 1. EDAD AL MOMENTO QUIRURGICO



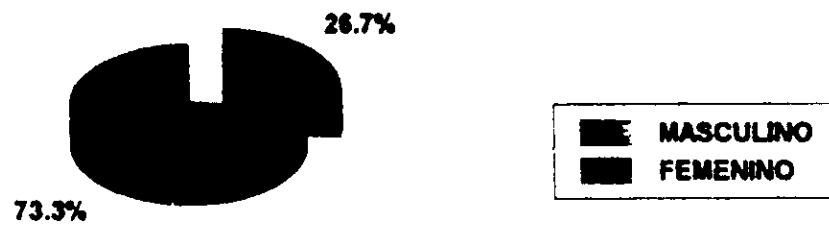


**FIG. 2. GRUPOS POR SEXO**



**SEDA**

FIG. 2. GRUPOS POR SEXO



POLIGLACTINA 910

Tabla 1.- Relación Variedad Hernia/Región Afectada

Variedad de hernia	Pacientes		Porcentaje		Región afectada	Pacientes		Porcentaje	
	V	S	V	S		V	S	V	S
Directa	24	30	40%	50%	Derecha	33	30	55%	50%
Indirecta	34	28	56.6%	46.66%	Izquierda	27	30	45%	50%
Mixta	2	2	3.3%	3.3%					

V=Vicryl      S=Seda

Tabla 2.- Complicaciones postquirurgicas

Complicación	Material empleado	
	Seda	Poliglactina
Orquitis	3	1
Hematoma	2	1
Rechazo de sutura	2	0
Dehiscencia (piel y tcs)	2	0
Seroma	1	1
Granuloma	1	1
Edema de Ms Is	1	0
Recidiva	0	0

## CONCLUSIONES

-La edad promedio fué semejante en ambos Grupos 51 y 52.5 años para el Grupo I y II respectivamente. (Fig. 1).

-En ambos Grupos predominó el sexo masculino. (Fig. 2).

-El lado afectado fué semejante en los Grupos estudiados.

-La variedad de hernia indirecta predominó en el grupo II y la directa en el Grupo I. (Tabla 1).

-El mayor número de complicaciones postquirúrgicas se presentó en el grupo de pacientes en quienes se empleó SEDA para realizar la plastía. (Tabla 2).

-Hasta el momento no se ha presentado recidiva en los pacientes estudiados, de ambos grupos. (Tabla 2).

-En el resultado final de cualquier operación, es más importante la excelencia de la técnica quirúrgica, que el material de sutura.

-La poliglactina 910 ofrece un menor número de complicaciones postquirúrgicas comparativamente con la seda, incluyendo la incidencia de recidiva.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Arenas Osuna Jesús. Uso de material absorbible. Acido poliglicólico en hernioplastia inguinal. *Cirujano general*. 1989; 9 (3): 64-7.
- 2.-Dayton Merrill T. Use of absorbable mesh to repair contaminated abdominal wall defects. 1986; *Arch. Sur.* 121:954-60.
- 3.-Dent Thomas. Hernia Inguinal. *Tips en cirugía*. 1991: 125-34.
- 4.-Flores Rivera Alejandro R. Cirugía de la hernia inguinal. *cirujano general*. 1989; 9 (4) : 81-5.
- 5.-Freedman David W. Increases in type III collagen gene expresion an protein synthesis in patients with inguinal hernias. 1993; *Ann. Srg.* 218 (6): 754-60.
- 6.-Gamboa Ojeda Ivanhoe A. Factores genéticos en al hernia inguinal. *Cir. Ciruj.* 1995; 63 (4) : 141-6.
- 7.-Gilbert Arthur I. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am Journal Surg.* 1992. 163: 331-5.
- 8.-Gilbert Arthur I. Suturless repair of inguinal hernia. *Am. Journal Surg.* 1992; 163: 331-3.
- 9.-Lichtenstein Irving L. The tension-free hernioplasty. *Am Journal Surg.* 1989; 157: 188-93.
- 10.-Jenkins Scott D. A comparison of prosthetic material used to repair abdominal wall defects. *Surgery.* 1983, 94 (2) : 392-97.
- 11.-Martín Mandujano Salvador. Hernia inguinal recidivante en el Hosp. Gral. de México. *Cirujano Gral.* 1996; 18 (3) : 186-9.
- 12.-Morales Reyes Jorge. Estudio comparativo de las diferentes técnicas de plastia inguinal. *Paracelso* 1995; 5 (2) : 34.
- 13.-Nyhus Lloyd M. Individualization of hernia repair: A new era. *Surgery* 1993; 114 (1) : 1-2.
- 14.-Rutledge Robb H. Cooper's ligament repair for adult groin hernias. *Surgery* 1980; 87 (6) : 601-10.
- 15.-Soto Granados Mauro. Materiales de sutura: Evolución y estado actual. *Cirujano Gral.* 1995; 17 (3) : 187-8.
- 16.-Tyrell Jen. Absorbable versus permanent mesh in abdominal operations. *Surgery, gynecology and obstetrics.* 1989; 168 : 227-32.
- 17.-Wantz George E. Complicaciones de las reparaciones de hernias. *CMQNA* : 279-89.
- 18.-Zamora Resendíz Javier. La hernia inguinal: Breve repaso de su historia y evolución. *Cirujano Gral.* 1995; 17 (3) : 187-88.