

11209

45
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

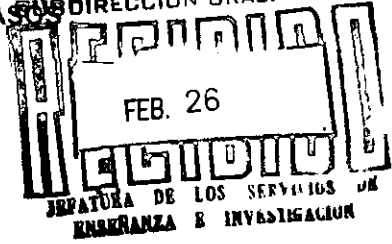


DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

"HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE"

ESTUDIO DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRURGICAS PARA LA
REPARACIÓN DE HERNIA DIRECTA, INDIRECTA, RECURRENTE, E

INDICE DE RECURRENCIA EN LA MISMA S. S. T. E.
PRESENTACIÓN DE 335 CASOS DIRECCION GRAL. MEDICA



TESIS

QUE PRESENTARA PARA OBTENER EL TÍTULO
EN LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. DANIEL MOLINA RAMIREZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ANTONIO LIHO NECOECHA

MÉXICO, D.F.

215737
1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

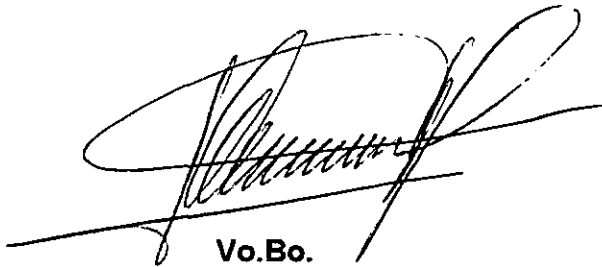


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

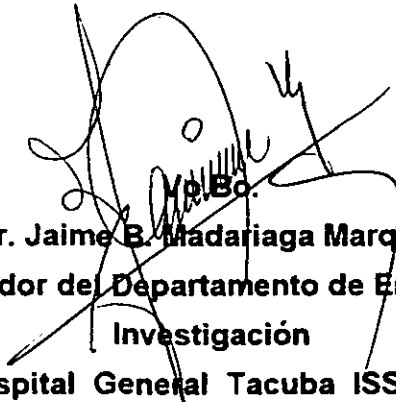
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



Vo.Bo.

Dr. Antonio Liho Necochea
Jefe de la División de Cirugía
Hospital General Tacuba ISSSTE
Profesor Titula del Curso de
Cirugía General UNAM.



Vo.Bo.

Dr. Jaime B. Madariaga Marquez
Coordinador del Departamento de Enseñanza e
Investigación
Hospital General Tacuba ISSSTE.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
★ NOV. 22 1995 ★
HOSPITAL TACUBA
ENSEÑANZA

I.S.S.S.T.E.
Depto. de Investigación
NOV 22 1995
HOSPITAL TACUBA
REVISADO

Dedicación especial a los Doctores:

Dr. Jose Arturo Espinosa Pacheco

Dr. Juan Alberto Amante Blas

Dr. David Juarez Corona

Dr. Jose Luis Hurtado Díaz

Dr. Rubén Gustavo Torres Avila

Dr. Dario Meza Martínez

Dr. Alfonso Flores González

Dr. Alberto González Herrera

Dr. Alfonso Resendiz Rivera

Dr. Genaro Loyo Arnaud

Dr. Cesar Rovelo Díaz

Dr. David Rayo Bustos

Dr. Carlos Gidi Torres

Dr. Miguel Angel Pulido

Dr. Octavio García Viloría

Dr. Efraín Montiel Oviedo

**Por todas sus enseñanzas recibidas.
Gracias.**

A mis compañeros y enfermeras:
**Por el tiempo compartido con todos
y cada uno de ellos, gracias.**

A los pacientes:
**Gracias por su contribución
en pos de la excelencia de la
atención quirúrgica en este
hospital.**

A la Señorita Maricela:
**Por el tiempo y dedicación
para la realización de esta
obra.**

ÍNDICE

	PÁGINA
1.- ANTECEDENTES	1
2.- PROBLEMA	15
3.- HIPOTESIS	22
4.- JUSTIFICACIÓN	23
5.- MATERIAL Y METODOS	24
6.- RESULTADOS	25
7.- DISCUSIÓN	29
8.- CONCLUSIONES	39
9.- BIBLIOGRAFÍA	40

ANTECEDENTES

EVOLUCIÓN DE LA HERNIORRAFIA EN LA HISTORIA

La historia de la cirugía herniaria puede dividirse en dos periodos, el anterior y el posterior al descubrimiento de la antisepsia por Lister en 1867.

(1)

LA ERA PRE-LISTERIANA

La herniación inguinal (del griego "hernios", vástago o yema), que aparece como un bulto en la ingle, fue inmortalizada en mármol por los antiguos griegos y también mencionada en un papiro egipcio en 1500 a. C. en la escuela de Alejandría, para el tratamiento de las hernias se empleaban vendajes muy ajustados, como puede observarse en una estatuilla fenicia 900 a.C. con hernia inguinal bilateral. Los primeros médicos griegos ya conocían la reducción y la transiluminación, que utilizaban para diferenciar las hernias de los hidroceles; para reparar la estrangulación recomendaban la taxis. Celso, enciclopedista griego, emigrado en Roma, en 25 d. C. relata las primeras experiencias de la escuela Hipocrática, que entonces era la base de la medicina romana.

Los enfermos solían llevar bragueros y el dolor era indicación para la cirugía, es especial en el joven, aunque no en las grandes protusiones ni cuando aparecían síntomas de estrangulación. Para la operación se hacía una incisión en el escroto, justo debajo del pubis, se disecaba el saco herniario para separarlo del cordón espermático y eliminarlo dejando la herida abierta para granulación; las heridas grandes se cauterizaban para estimular la formación de cicatriz. El concepto de rotura empezó a concretarse en los escritos de Galeno (130-210), quien sin haber diseccionado el cuerpo humano escribió un tratado de anatomía. Para él, la herniación se producía por la rotura del peritoneo con estiramiento de la aponeurosis y músculos superpuestos. Pablo de Aegina (700), el último de los escritores clásicos griegos, estableció la diferencia entre la herniación inguinal incompleta (bubonocele) y la forma completa (hernia escrotal), recomendando para ésta última la ligadura del saco y cordón espermático con amputación del testículo. (1)

Después de la caída de Roma, la iglesia prohibió el ejercicio de la cirugía ("ecclesia abhorret a sanguine"), que entonces se dejó a cargo de los barberos, verdugos y "cortadores" itinerantes. La ignorancia de estos individuos, autodidactas que transmitían sus secretos de padre a hijo, y su incapacidad para leer el latín o el griego les impidió aprovechar la sabiduría de los antiguos

maestros. De cualquier modo, muchos tratados se perdieron y sólo se recuperaron aquellos que pudieron retraducirse del arábigo, después de la conquista del Islam. En 1478, en Florencia, el Papa Nicolás V, redescubrió la obra de Celso y la publicó en latín. (1)

En la Edad Media, la herniación era tratada principalmente con el porte de bragueros. Sin embargo, también se recurría a la castración junto a la ligadura simple del saco con excisión o sin ella ("operación real", así llamada porque permitía preservar la futura generación de súbditos para el rey). En el mismo concepto estaba basado el "punctum aureum" (o puntada real), que rodeaba el saco y el cordón espermático con un hilo con oro para tratar de detener y empujar hacia dentro la víscera sin sacrificar el riego sanguíneo del testículo. Por último, se aplicaban cáusticos o se cauterizaba la herida para provocar la formación de cicatriz, que se pensaba podría ser fortalecida por la infección. (1)

En 1363, Guy de Chauliac escribió su "Chirurgía Magna" y por primera vez se establece la diferencia entre las hernias inguinal y crural; asimismo, elabora el método de reducción de la incarceración mediante taxis, el cual

realiza con los pacientes en posición de Tredelenburg. Aunque los cirujanos-barberos eran despreciados por la profesión médica, uno de ellos hizo valiosas aportaciones a la herniología en 1556. En este año, Franco, un suizo, recomienda cortar al principio de la estrangulación, la constricción utilizando una guía acanalada para proteger el intestino que volvía a colocarse en abdomen empleando un lino delgado.(1)

Después del Renacimiento, las prácticas de autopsia y de disección anatómica se extendieron por toda Europa, y los conocimientos acerca de la herniación inguinal se acumularon con gran rapidez. En 1700, Littre informa haber observado un divertículo de Meckel en un saco herniario. En 1731, de Garengot describe un caso parecido que afecta el apéndice. Heister en su monografía (1724), hace una diferenciación entre los trastornos inguinales directos e indirectos. Cabe señalar que ésta diferencia ya se había demostrado en 1559 por Caspar Stromayr, un cirujano cortador alemán poco conocido quien insistía en la inutilidad de sacrificar el testículo en caso de herniación inguinal indirecta. Por desgracia, su libro sobre hernias con hermosas ilustraciones no fue publicado sino hasta 1925. En 1793, Gimbernat describe el ligamento que lleva su nombre y aconseja seccionarlo en hernia crural

estrangulada en vez de la incisión hacia arriba del ligamento de Poupart, que en algunos pacientes provocaba hemorragias graves. En 1785, Ritcher publica un caso de enterocele parcial y John Hunter, en la misma época, subraya la naturaleza congénita de algunas hernias inguinales indirectas al observar la continuidad entre el proceso vaginalis (conducto de Nuck) y la túnica vaginalis (túnica serosa del testículo). Por último, en 1814, Scarpa describe la hernia "en glissade" (por deslizamiento).(1)

Esta era "anatómica" culmina, a principios del siglo XIX, con la descripción completa del conducto inguinal. Además de los ya mencionados Ritcher (1778), de Gimbernat (1793), Scarpa (1812) y otros como Pott (1756), Camper (1801), Cooper (1804), Hesselbach (1816), Cloquet (1817) y Morton (1841), también publicaron trabajos en este campo. Hesselbach define su triángulo y hace una descripción del ligamento iliopúbico. Astley Cooper "descubrió" la fascia transversalis (aponeurosis transversal) y señaló que esta capa, y no el peritoneo o la aponeurosis oblicua externa, era la barrera principal para evitar la herniación; además indicó que se situaba por debajo del ligamento inguinal para formar el conducto crural. Cooper también definió la herniación

inguinal directa como un defecto que ocurría a través del triángulo de Hesselbach y describió el ligamento interno o ligamento superior de la sínfisis del pubis (pubicum superius). Gimbernat de limitó las relaciones del anillo inguinal interno y Morton hizo una descripción del tendón conjunto. (1)

A pesar de estos importantes avances y de la introducción de la anestesia en 1846, la reparación quirúrgica no progresó mucho durante la primera mitad del siglo XIX, ya que todos los intentos de abrir el conducto inguinal se complicaban con septicemia grave y recurrencia de la hernia. Con el descubrimiento de la jeringa hipodérmica, varios cirujanos empezaron a inyectar sustancias esclerosantes con resultados desastrosos; también se emplearon agentes cáusticos y clavos insertados (en sedal) en el conducto inguinal para estimular la inflamación (y septicemia); la presión externa se hacía aplicando bloques de madera para mantener la adherencia con la esperanza de que la piel invaginada no se gangrenara. (1)

ERA DE LISTER

El 12 de agosto de 1865, Joseph Lister, de 38 años de edad, profesor de cirugía de la Glasgow Infirmary, trató una fractura abierta de la tibia con apósitos empapados de ácido carbólico no diluido; la herida curó "per priman" (por primera intención), como ocurrió en los siguientes casos tratados de manera similar. Lister empleó el fenol alentado por los trabajos de Pasteur sobre la esterilización de las aguas negras, y en 1867 publicó el resultado de su trabajo. En 1870, Lister operó un caso de unión defectuosa de una fractura de cúbito utilizando pulverizaciones con fenol, la herida curó por primera intención. Al año siguiente se atreve a abrir la articulación de una rodilla intacta. En el servicio de Lister, la mortalidad durante los tres años anteriores a la introducción de la antisepsia, en 35 casos de amputación, llegaba al 46%; después, el índice disminuyó al 15%. Aunque Lister era cirujano ortopedista y nunca abrió una cavidad abdominal, su obra atrajo a estudiosos de todas partes del mundo, y estos fueron los pioneros de la cirugía abdominal moderna en la cual, por supuesto, se incluyó la herniología. (1)

En 1871 en Estados Unidos, Marcy, su primer alumno estadounidense publicó un trabajo original sobre la hemiología antiséptica, "A New Use of Carbolized Cat Gut Ligature". Marcy separó dos hernias inguinales directas incarceradas, subiendo los sacos no abiertos más arriba del anillo externo y luego suturando el anillo. En 1878 el mismo autor informó que la hernia había recidivado en uno de los pacientes que vivió más tiempo. En Inglaterra, Steele (1874), informa haber realizado una operación similar como "curación radical"; en este caso, después de desbridar el anillo externo se hizo una sutura profunda alrededor del cordón espermático con la esperanza de estrechar y fortalecer el anillo inguinal ("los dos anillos estaban muy cerca uno del otro, debido a la presencia prolongada de la hernia"). Aquí también, ante el temor de provocar peritonitis no se abrió el saco peritoneal. (1)

En 1876, en Alemania, Czerny describió un procedimiento que consistía en bajar el saco a través del anillo externo y seccionarlo, dejando que el cuello ligado se retrajera e invirtiera a nivel del anillo interno. En Suiza, Kocher hizo un trasplante anterolateral del saco que estaba muy apretado por la sutura que atravesaba la aponeurosis oblicua externa. Kocher atribuyó la idea de la técnica de Richer, y todo el método se realizó a través del anillo externo dilatado, pero dobló el saco peritoneal fijándolo alrededor del anillo interno para que actuara

como corcho, con algunas suturas profundas para cerrar el conducto inguinal. Lucas Championniere, otro seguidor de Lister introdujo la antisepsia en Francia, fue el primero (1881), en seccionar la aponeurosis oblicua externa, abrir el conducto inguinal e incorporar-imbricar el techo en el cierre. Como otros autores, Lucas Championniere no publicó la descripción de su operación sino hasta después de 1892, en este caso la extirpación del saco se hizo bajo visión directa llevándolo hasta el anillo inguinal interno.(1)

Por desgracia, todos estos procedimientos no cumplían con el objetivo de curación radical de la herniación inguinal, y muchos recordaban las primeras técnicas de los griegos y romanos. Así, por ejemplo, en 1883, Kraske sugirió la castración en algunos pacientes. Cuando en 1890, Billroth hizo una revisión de la experiencia europea y Bull hizo lo mismo para Estados Unidos, la mortalidad por septicemia, peritonitis, hemorragia y algunos errores de técnica operatoria era significativa de (2% a 7%). El índice de recurrencia al cabo de un año oscilaba entre el 30% y 40%, y después de cuatro años aumentaba casi al 100% (130% a 136% en las series del propio Bull).

La mayoría de los cirujanos estaban tan desalentados que, después de la extirpación del saco, solían, como los antiguos, dejar abiertas las heridas para lograr la curación por segunda intención (procedimiento de McBurney), confiando en que la cicatrización impediría la recurrencia. También eran ampliamente utilizadas las inyecciones de corrosivos escaróticos y el porte de bragueros. El mismo año que se publicaron estos deplorables informes, el trabajo de Bassini, que hizo época, dispuso de repente el desaliento de los cirujanos.

CONTRIBUCIÓN DE BASSINI

Eduardo Bassini terminó sus estudios en Pavia, una pequeña ciudad cercana a Venecia, al norte de Italia. A principios de 1870 hizo varios viajes para visitar a Billroth en Viena, Langenbeck en Berlín y Lister en Londres. Al volver a Italia empezó a impulsar la cirugía antiséptica y en 1888 fue nombrado profesor de cirugía clínica en Padua, donde se jubiló en 1919. Bassini, después de intentar las diferentes cirugías para la curación radical de la hernia, incluso la sutura subcutánea de Wood (1863) con disección de la aponeurosis del escroto desde la ingle, encontró que todas eran defectuosas. La solución que propuso no fue la obliteración del conducto

en los anillos sino su reconstrucción fisiológica, volviendo a crear los orificios interno y externo con las paredes anteriores y posteriores. En 1884 efectuó su primera operación, y en abril de 1887 presentó su descripción a la Station Surgical Society en Génova. Más tarde, en el mismo año, presenta un informe sobre 72 operaciones y, en 1888 publica su tercer artículo sobre el tema. En 1889, aparece su libro de 106 páginas con hermosas ilustraciones; su última publicación sobre hernia (1890) fue un artículo, en alemán, que divulgó sus trabajos en todo el mundo. En el cual Bassini describe 206 operaciones, de las que 11 fueron casos de estrangulación; en esta serie no hubo muertes transoperatorias y sólo tres decesos tardíos; se hicieron 35 reparaciones bilaterales y la edad de los pacientes fluctuaba entre uno y 69 años. En 11 heridas se observó infección y casi todos los operados, salvo cuatro se mantuvieron bajo vigilancia durante cinco años. En seis enfermos hubo ocho recidivas y 17 casos se acompañaban de criptorquidia, que fue tratada simultáneamente. (1)

Bassini no sólo suturó el tendón conjunto (aponeurosis del transversario del abdomen y del interno oblicuo) al ligamento inguinal sino que su "triple capa" incluyó también la fascia verticalis Cooper (aponeurosis transversal), que fue dividida desde el pubis hasta 2.5 cm. más allá del anillo inguinal interno.

Para ligadura alta, después de penetrar en el espacio retroperitoneal, se hacia la disección del saco peritoneal hasta la fosa iliaca. En el extremo interno de la reparación las suturas incluían la vaina del recto anterior. Bassini insistía en la necesidad de cerrar el piso desde abajo hacia arriba para restablecer el mecanismo valvuliforme. La técnica quirúrgica tenía muchos aspectos originales como restablecimiento de la oblicuidad del trayecto, uso de la aponeurosis transversal, uso de la vaina del recto, reparaciones bilaterales, tratamiento del criptorquismo y empleo de puntos separados de seda. También fue el primero en presentar un número tan importante de intervenciones quirúrgicas con estrecha vigilancia a largo plazo; sus índices de mortalidad e infección eran los mejores obtenidos hasta la fecha. Sólo raras veces utilizaba drenes y suprimió por completo el porte de bragueros durante el posoperatorio. También aconsejaba a sus pacientes que empezaran a caminar lo más pronto posible después de la operación. Hubo algunos que intentaron arrebatarse la prioridad del procedimiento en favor de Marcy o Halsted; pero, un análisis riguroso de la obra de estos cirujanos no aporta ninguna prueba que apoye estas afirmaciones. (1)

El procedimiento de Bassini fue bien aceptado aunque en seguida - introdujeron algunas modificaciones (más bien corrupciones). La primera, y la más perniciosa, fue la de Bull y Coley (1890), quienes suturaron el músculo y la aponeurosis del oblicuo interno sobre el cordón espermático, procedimiento que fue practicado por Ferguson (1899), quien estaba impresionado por los casos de atrofia testicular e hidrocele consecutivos a la esqueletización del cordón espermático observada con el procedimiento de Halsted tipo I (1889) y por lo tanto, insistía en que : "no debe tocarse el cordón espermático ya que es la vía sagrada a lo largo de la cual viajan elementos vitales indispensables para la perpetuación de nuestra raza". Así, ya no era necesario el examen cuidadoso del piso del conducto inguinal ni seccionarlo. La "triple capa" se convirtió en el músculo interno oblicuo integrado por el cremáster (Brenner, 1898) y además, ya no penetraba en el espacio extraperitoneal con objeto de asegurar la ligadura lo más alta posible del saco peritoneal. Halsted (tipo II, 1903) confiaba que el "recubrimiento de la herida con músculo" permitiría la curación, aunque personalmente adoptó la recomendación de Andrews (1896) de imbricar la aponeurosis oblicua externa por delante del cordón espermático, según la técnica original de Lucas-Championniere (1881).(1)

Halsted, como Bassini, estaba preocupado por la resistencia de la reparación a nivel de ángulo pubiano, en especial cuando el tendón conjunto estaba atrofiado. En su técnica, Halsted también suturaba el músculo recto adyacente, pero adoptó la incisión de relajación anterior a Wolfler (1892), un alumno de Billroth Berger (1902), después de hacer una incisión en la vaina o aponeurosis del recto anterior, suturaba el colgajo externo con el ligamento de Poupart. Hasted fue el primero (1903) en describir la incisión moderna de relajación; pero, a diferencia de Berger, no corregía el efecto de la vaina. En 1940, McVay y Anson señalan que la aponeurosis transversal que se inserta sobre el borde externo del músculo recto, por debajo de la aponeurosis del transverso del abdomen, es lo bastante resistente para prevenir herniaciones posteriores por incisión (hernia de Spigel). Ponka acredita a Farr (1927), Fallis (1938) y Rienhoff (1940) como los continuadores del uso de la incisión de relajación, que adquirió fama en Estados Unidos gracias a McVay y a Tanner (como "deslizamiento") en Europa. (1)

PROBLEMA

La hernia inguinal es uno de los principales motivos de consulta en el servicio de cirugía y una de las principales causas de intervenciones quirúrgicas en nuestro medio. (2)

La hernia inguinal recurrente es una complicación aunque, no tan frecuente, se reporta en una frecuencia mundial aceptada de 5-15%. Prácticamente ningún cirujano o grupo quirúrgico de ningún hospital puede decir que no tienen este tipo de complicación e incluso empleando determinada técnica quirúrgica. (2)

En Estados Unidos, se efectúan cada año 700,000 reparaciones de hernia inguinal, de ellas 50,000 a 100,000 se realizan por recurrencia de este trastorno. En un estudio se concluyó que por lo menos un 10% de las operaciones fracasará. La alta incidencia de hernias recurrentes revela el enorme impacto de las operaciones por hernia en costos de la asistencia a la salud. (2).(6).(9).

Los informes Previos o efectuados por individuos o instituciones han sido imperfectos, por lo general, por: 1) Métodos quirúrgicos distintos y diferencia en las técnicas individuales con el mismo método; 2) Duración insuficiente de la vigilancia (aproximadamente 40-50% aparecen 5 o más años después de la operación original, en tanto 20% de estas 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 (el paciente insatisfecho solicitará servicios médicos en otras partes, y será poco probable que vuelva para la exploración de la vigilancia); 4) Los cuestionarios escritos son notoriamente poco dignos de confianza, porque hasta el 50% de las personas que tienen hernia recurrente no se percatan de su presencia, por último, 5) 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 lo tanto, los cirujanos no suelen percatarse de sus tasas de buenos resultados con la reparación de la hernia.

CAUSAS DE HERNIA INGUINAL RECURRENTE

Se desarrollan recurrencias tempranas (mecánicas) durante los dos primeros años que siguen a la operación inicial. La causa primordial de estos fracasos es la tensión sobre la línea de sutura.(2).(9).

Las recurrencias tardías (metabólicas) suceden muchos años después de la operación inicial. En este grupo las recurrencias son el resultado de un trastorno del metabolismo de la colágena, en particular a nivel de la aponeurosis transversalis. (2).(5).

RECURRENCIA TEMPRANA

Conceptos anatómicos y fisiológicos erróneos sobre la estructura de la ingle:(2).(5).(6).(9).

A menudo se confundió a la aponeurosis con tejido aponeurótico (tendón). La aponeurosis, es simplemente la cubierta delgada y a menudo transparente que encierra a los grupos musculares, y su resistencia es insignificante. Nunca debe dependerse de la aponeurosis transversalis cuando se efectúa reparación de una hernia, puesto que contiene pocas

fibras aponeuróticas del tendón suprayacente del músculo transverso del abdomen. Esta aponeurosis se inserta en ligamento de Cooper.

El concepto del "tendón conjunto" es un mito. Casi invariablemente el llamado músculo oblicuo interno, lo que es en realidad en la ingle hasta que llega a la vaina del músculo recto. Sólo hay una estructura tendinosa por arriba del piso del conducto en la ingle, y esta es la del músculo transverso del abdomen, se inserta en la vaina del recto.

La patogénesis subyacente a las hernias inguinales directa e indirecta es idéntica. No siendo esencial para el tratamiento que el defecto de aponeurosis transversalis sea medial o lateral en relación con los vasos epigástricos.

El saco hemiario consiste en una sola capa de mesotelio delgado, en el paciente adulto, su resección o ligadura no contribuye con nada para la prevención de las recurrencias, y puede ser la causa, al menos en parte, del malestar posoperatorio.

TENSIÓN SOBRE LA LÍNEA DE SUTURA

El ser humano parece haber sido diseñado para andar sobre las cuatro extremidades, cuando decidió caminar en posición ergida por tres motivos (alimentarse, combatir y huir) creó el "Tendón de Aquiles de la Ingle", virtualmente única región de la pared abdominal cubierta por aponeurosis nada más como resultado de su postura erguida el ser humano sufre muchos trastornos, tales como: problemas dorsales, venas varicosas, hemorroides y hernias. El intento por restablecer la anatomía normal, recurriendo al propio tejido defectuoso del paciente está condenado al fracaso, puesto que la simple presencia de hernia, da un testimonio suficiente de lo inadecuado de las estructuras de sosten. Durante más de un siglo, desde que Bassini describió por primera vez su técnica, casi todas las reparaciones de hernia han dependido de la aproximación quirúrgica de los bordes del defecto, que normalmente no están en contacto entre sí.

En la técnica de Bassini, incluidas todas sus modificaciones, se estira de manera forzada el tendón transversal del abdomen y se sutura contra el ligamento inguinal. La línea de sutura resultante siempre está bajo tensión, independientemente de que se haga una incisión de relajamiento Condon,

ha demostrado que el tendón del músculo transverso del abdomen puede insertarse en la vaina del recto hasta 2 cm. por arriba del tubérculo púbico. Esta configuración anatómica explica por que el tubérculo púbico es el sitio más común de la recurrencia a nivel del anillo interno (segundo sitio más frecuente), la presencia del cordón espermático impide la aproximación tisular completa. Cualquier intento por unir el tendón transverso, semirigido de manera forzada contra la tubérculo rígido, la cintilla iliopectínea y los ligamentos de Poupart o de Cooper, ya sea por la reparación de Shouldice o por el acceso de McVay, inevitablemente dará por resultado deformación de la anatomía y tensión sobre la línea de sutura. Por añadidura, como la cintilla iliopectínea y el músculo transverso del abdomen pueden dilatar la abertura crural y crear una hernia crural posoperatoria. Se ha informado que hasta el 45% de todas las hernias crurales se producen como resultado de hemiorrafia inguinal previa.(2).(3).

RECURRENCIA TARDIA

Desde hace mucho se reconoce que los pacientes que tienen enfermedades del tejido conjuntivo, como síndrome de Ehlers-Danlos, requieren cierto apoyo sintético para la reparación de hernia con objeto de evitar recurrencias.

Lo que no se aprecia con tanta amplitud, es el hecho de que la incidencia creciente de hernia con el paso de la edad es atribuible a la disminución del contenido de colágena con el tejido inguinal, secundario, a mayor destrucción o formación reducida de esta proteína. Este metabolismo trastornado de la colágena, particularmente en relación con la fascia transversalis, ofrece pruebas histológicas y bioquímicas firmes de que sería útil la restitución permanente del piso del conducto por material sintético. Un parche de esta clase, además de permitir la reconstrucción del piso del conducto de manera permanente, crea un nuevo anillo interno, lo mismo que un nuevo mecanismo de contención, esto elimina la tensión sobre la línea de sutura y ofrece protección permanente contra las deficiencias metabólicas futuras. (2).(4).(8).

HIPOTESIS

Revisar la incidencia de Hernia Inguinal Recurrente en el Hospital General Tacuba ISSSTE, de acuerdo al tipo de Hernia Inguinal presentado y la técnica quirúrgica de reparación realizada.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio va dirigido a valorar las diferentes técnicas quirúrgicas para la reparación de la hernia inguinal directa, indirecta y recurrente así como el índice de recurrencia de la misma. Realizando un estudio comparativo de las diferentes técnicas de reconstrucción y reparación de la región inguinal, tanto en las cirugías de urgencia, electivas y en los casos de hernia recurrente, para de esta manera conocer en el Hospital General Tacuba del ISSSTE nuestra casuística y compararla con la reportada en la literatura anglosajona que es con la que se cuenta hasta el momento.

El estudio se realizó de forma retrospectiva, comparativa y transversal haciendo un estudio de 335 expedientes de pacientes intervenidos quirúrgicamente en un lapso de dos años y tres meses en el servicio de Cirugía General en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio, retrospectivo, comparativo y descriptivo, se estudiaron los expedientes de 335 pacientes que se operaron de plastia inguinal entre el 1º de marzo de 1993 y el 31 de mayo de 1995 en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.

Se realizó la determinación para el método de reparación de la hernia inguinal directa, indirecta en pantalón y recurrente tanto en adultos niños y ancianos, así como el tipo de cirugía electiva y de urgencia. Se analizó la edad, sexo, signos y síntomas, tipo de operación tiempo de recurrencia.

El estudio realizado , tomo en consideracion a pacientes de todas las edades que fueron intervenidos quirúrgicamente durante el periodo señalado.

RESULTADOS

Del 1º de marzo de 1983 al 31 de mayo de 1995, se intervinieron quirúrgicamente 335 pacientes, revisandose sus expedientes en el Hospital General Tacuba ISSSTE.

De los 335 pacientes, fueron 229 hombres (69.39%), mujeres 106 (32.12%). Con una relación hombre-mujer 2.1:1. Rango 1-94 años. La edad más frecuente de presentación fue entre la 5ª y 6ª década de la vida.

La distribución por edad se presenta en la tabla 1. La distribución de acuerdo al sexo y localización se presenta de la siguiente manera. Correspondiendo en hombres un total de 246 (72.54%) hernias, de las cuales del lado derecho: Indirectas 82 (24.1%); directas 59 (17.4%); Pantalón 8 (2.35%); Crural 3 (0.88%). Del lado izquierdo: Indirecta 45 (13.27%); Directa 35 (10.32%); Pantalón 5 (1.47%); Crural 1 (0.29%); y las de presentación bilateral 8 (2.35%). En las mujeres se presentaron un total de 93 hernias (27.4%), siendo del lado Derecho: Indirecta 18 (5.30%); Directa 20 (5.89%); Pantalón 1 (0.29%); Crural 5 (1.47%); del lado izquierdo: Indirecta 21 (6.19%); Directa 19 (5%); Pantalón 1 (0.29%); Crural 2 (0.58%); y la presentación bilateral que fueron 6 casos (1.76%). (GRAFICA I, II Y III).

Correspondiendo lo anterior a una distribución global de hernias. Indirecta 166 casos, de los cuales en hombres 127 y mujeres 39 (37.75) y (11.4%), respectivamente; Directa 133 casos, hombres 94 y 39 (28.6% y 11.4%), respectivamente; Pantalón 15 casos, hombres 13 y mujeres 2 (3.36% y 0.58%); Crural 11 casos, hombres 4 y mujeres 7 (12.1% y 2.06%) respectivamente. Bilateral 14 casos en hombres 8 y mujeres 6 (2.35% y 1.76%) respectivamente. TABLA II.

TECNICA QUIRURGICA

Se efectuaron un total de 334 reparaciones inguinales con una distribución de acuerdo a la técnica empleada de la siguiente manera: Técnica Madem 1 (80.79%), Shouldice 2 (0.59%), Técnica Mixta 2 (0.59%), Recuperación Anatómica 4 (1.19%) McVay 172 (51.49%), Bassini 93 (27.8%), Ligadura Alta 55 (16.4%), Mercy 3 (0.8%), Malla 2 (0.59%).

Se realizaron 8 exploraciones de la región inguinal: En 3 casos se encontró ganglio aumentado de tamaño, en un caso lipoma, en otro caso, fibrosis del ligamento inguinal, en un caso más tumor desmoide y en dos casos se drenó un absceso frío en esta misma paciente.

RECURRENCIA DE HERNIA INGUINAL

De los 335 pacientes, 19 pacientes presentaron HERNIA inguinal Recurrente, de los cuales 6 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de primera instancia en el Hospital General Tacuba, y los 13 restantes fueron referidos de sus unidades de medicina familiar. La edad media de los pacientes con hernia inguinal recurrente fue de 53.7 años con un rango de 34-78 años, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres y con mayor frecuencia en la 5ª década de la vida. Se consideraron recurrencias tempranas y recurrencias tardías.

RECURRENCIAS TEMPRANAS

Se consideraron tempranas cuando estas recurrían en un lapso de 5 años o menos. Se presentó en 8 pacientes, siendo excluidos de este estudio 2 pacientes, por haber sido intervenidos en otra unidad hospitalaria. De los 6 pacientes restantes esta se presentó desde los 2 meses hasta los 3 años. Correspondiendo a una recurrencia global del 1.79% en 334 plastias.

El tipo de hernia con más frecuencia de recurrencia fué de tipo inguinal directa en 5 pacientes y en una de tipo Crural. La plastía más frecuentemente realizada fue la de plastía tipo McVay con una recurrencia total de 4.2% de las 172 plastías McVay realizadas. En segundo lugar, se empleo la Técnica de Bassini correspondiendo a una recurrencia total de 1.07% de un total de 93 plastias de Bassini realizadas.

El material de más comunmente utilizado fue seda del 1-0 y 0, Nylon, un caso y , Malla de Marlex en otro caso.

La sintomatología más comunmente referida por los pacientes fue: En 4 pacientes, aumento de volúmen y dolor; en un paciente, aumento de volumen y en un caso, dolor únicamente.

RECURRENCIAS TARDÍAS

De estas se consideraron tardías cuando recurrían en un lapso de 5 años o más. Presentándose en 11 pacientes de los cuales fueron excluidos 10, por haber sido intervenidos en otro hospital.

En el único caso esta recurrió después de 9 años, correspondiendo a un índice de recurrencia tardía del 0.29%. La hernia fué de tipo Directo, el tipo de plastia realizado fue McVay y en una segunda ocasión fue necesaria la colocación de una Malla de Marlex.

La sintomatología referida principalmente por el paciente fué aumento de volumen, dolor e hiperestesia.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, comprendido del mes de marzo de 1993 a mayo de 1995, se estudiaron un total de 335 pacientes los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Tacuba del ISSSTE. Se revisaron sus expedientes, encontrándose que la mayor incidencia de hernia inguinal fué en los hombres mayor que en las mujeres, 69.39% y 32.12% respectivamente. Asimismo, es más frecuente en la 5ª y 6ª década de la vida. Siendo más frecuentes del lado derecho en los hombres y en las mujeres de lado izquierdo. En cuanto al tipo de hernia, la que se presenta tanto en hombres como mujeres, con mayor incidencia, es la de tipo indirecto. siendo la técnica quirúrgica más utilizada de McVay y en segundo lugar, la de Bassini (27.85 y 16.4%) respectivamente en pacientes adultos y en niños, ligadura alta del saco hemiario.

RECURRENCIAS

En cuanto a las recurrencias, estas se presentaron en 7 pacientes: las recurrencias tempranas se presentaron en 6, correspondiendo a un porcentaje global del 1.79% y en las de tipo tardío en un caso correspondieron al 0.29%.

Encontrando que la recurrencia reportada por Nyhus 1969 1.7%; Rutledge en 1988, 2.4%; Rignault en 1986 de 1.2%; Chevalley, et. al. en 1986, 10% y de acuerdo al estudio realizado, nos encontramos comparativamente en nuestro Hospital con rangos semejantes de recurrencia a los reportados en la literatura anglosajona. (2).(4).(6).(9).

En cuanto a la recurrencia por tipo de hernias, se reporta en la literatura para la hernia inguinal indirecta del 1.1% al 20.7% (Rutledge, 1988, Asmussen & Jensen 1983), y para hernia Crural 1.2% a 33.1% (Chevalley, et.al. 1986). Y para Hernia Inguinal Directa de 3.5% a 20.9% (Rutledge, 1988).(2).(4).(6).(7).

Comparativamente en nuestra serie de pacientes en el Hospital General Tacuba para la hernia indirecta de 0%, para la hernia directa 1.79% y para la hernia de tipo crural 0.29%. Por lo que podemos afirmar que nuestros resultados son inferiores a lo reportado en la literatura anglosajona y estadísticamente significativos con un $p < 0.0001$.(2).(4).(6).(6).(7).(8).(9).

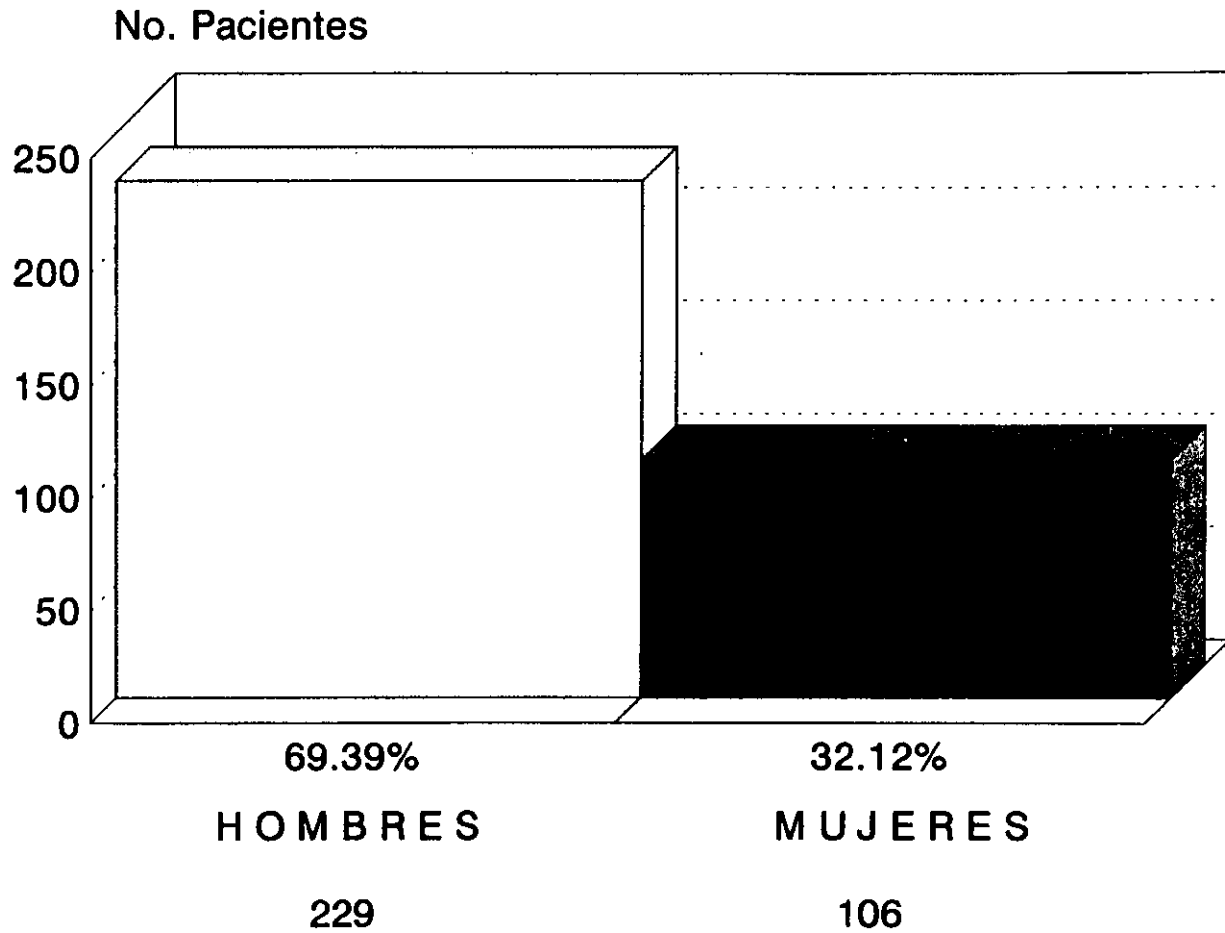
TABLA I.
DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	NUMERO	%
< de 10 años	37	11.2
10 -- 19 años	27	8.18
20 -- 29 años	33	10.0
30 -- 39 años	57	17.0
40 -- 49 años	59	17.6
50 -- 59 años	42	12.53
60 -- 69 años	41	12.23
70 -- 79 años	27	8.18
80 -- 89 años	9	2.72
90 -- 99 años	3	0.90

TOTAL : 335

TABLA. II
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE HERNIAS

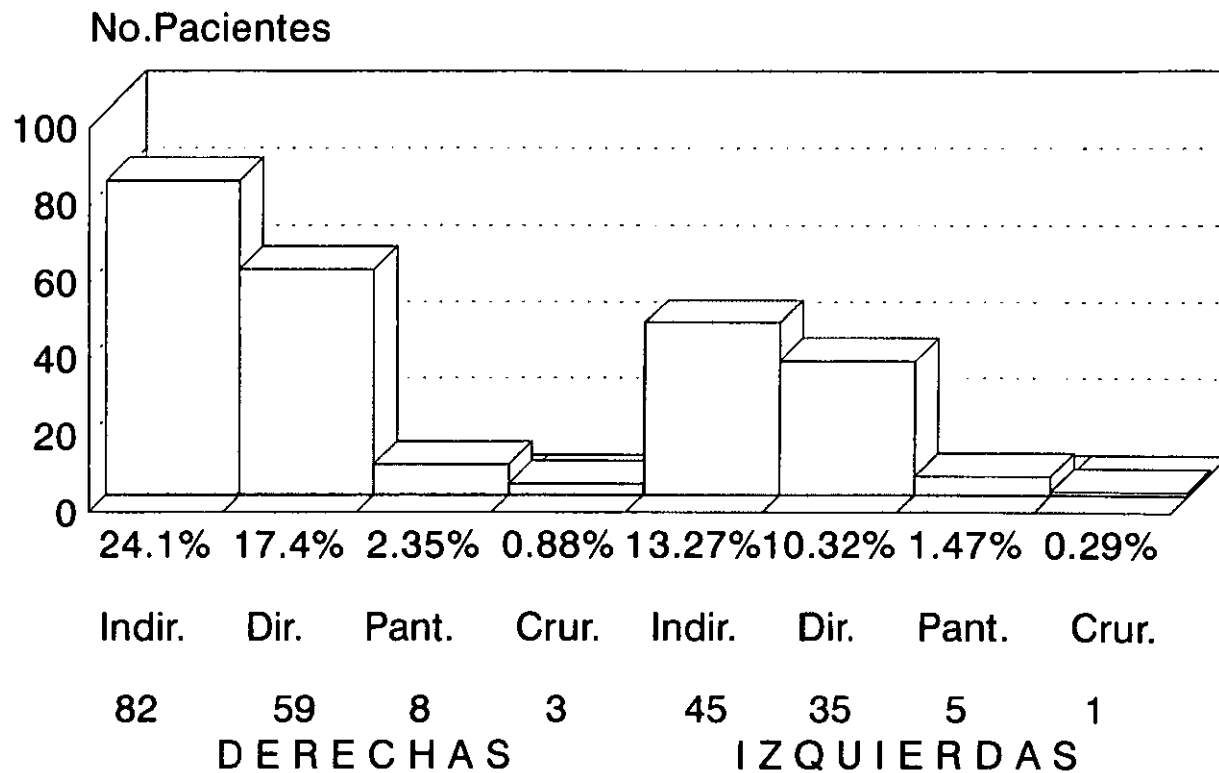
TIPO DE HERNIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
INDIRECTA	127 (38.7%)	39 (11.4%)	166 (50.1%)
DIRECTA	94 (28.6%)	39 (11.4%)	133 (40.0%)
PANTALÓN	13 (8.96%)	2 (0.58%)	15 (4.5%)
CRURAL	4 (1.21%)	7 (2.06%)	11 (3.27%)
BILATERAL	8 (2.35%)	6 (1.76%)	14 (4.11%)
TOTAL:	246 (72.5%)	93 (27.4%)	339(100%)



Gráfica No. 1

LOCALIZACIÓN DE HERNIAS

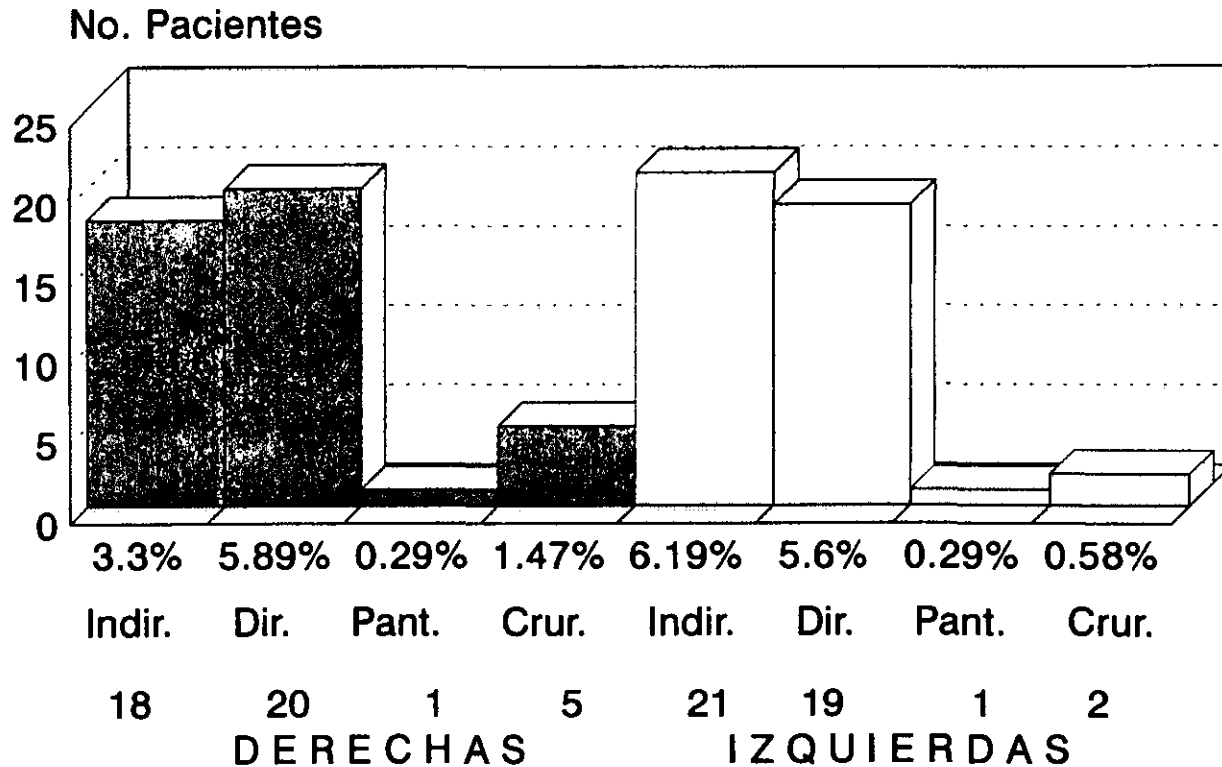
HOMBRES



Gráfica No. 2

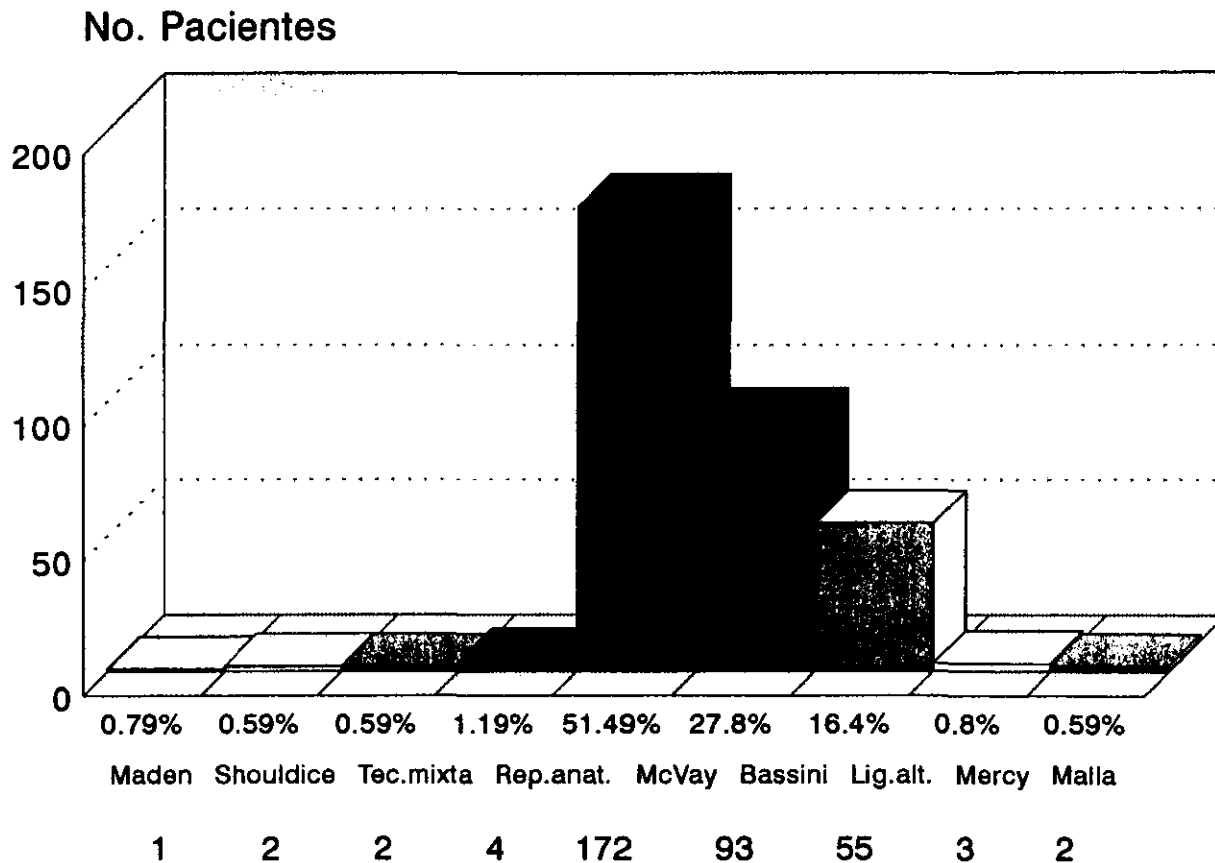
LOCALIZACIÓN DE HERNIAS

MUJERES



Gráfica No. 3

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS DE PLASTA INGUINAL



Gráfica No. 4

TABLA II. HERNIA INGUINAL RECURRENTE EN LAS REPARACIONES PRIMARIAS. RECURRENCIA TEMPRANA.

PACIENTE No.	EDAD	TIPO DE HERNIA	TIEMP. DE RECURR.	TIPO DE PLASTIA *	MAT. DE SUTURA	SIGNOS Y SINTOMAS
						**
8	57a	Der. Crural	1año, 3años. 2 meses	A. A. A	Seda 0 Seda 1-0 Dermalon 0	1 y 2
12	46a	Der. Directa	3 años y 2 meses	B y C	Seda 0 Malla Marlex	1 y 2
13	62a.	Der. Directa	3años, 2años y 1 año	A. A. A	Seda 1 No especific.	1 y 2
16	78a.	Der. Directa	1año y 3 años	A. A	Seda 0	2
17	50a.	Der. Directa	8 años. 2 años y 3 meses	A. A. A	Seda 0	1 y 2
19	53a.	Der Directa	4 meses	A. B	Seda 1 y 0	1

** TECNICAS:

- A: Mc. Vay
- B: Bassini
- C: Colocación de Malla

** SIGNOS Y SINTOMAS:

- 1: Aumento de Volumen
- 2: Dolor
- 3: Asintomático
- 4: Hiperestesia

TABLA III. RECURRENCIA TARDIA

PACIENTE No.	EDAD	TIPO DE HERNIA	TIEMP. DE RECURR.	TIPO DE PLASTIA*	MAT. DE SUTURA	SIGNOS Y SINTOMAS
3	43a.	Izg. Directa	9 años	A y C	Seda 1 - 0 Malla Marlex	1, 2, 4

TABLA. RECURRENCIA EN 334 REPARACIONES DE HERNIA CLASIFICADA POR TIPO DE HERNIA

TIPO DE HERNIA	NUMERO	RECURRENCIA	RECURRENCIA %
Indirecta	166		
Directa	133	6	1.79
Pantalon	15		
Crural	11	1	0.29
Bilateral	14		

TABLA. RECURRENCIA TEMPRANA Y TARDIA EN 334 PLASTIAS INGUINALES

TIPO DE RECURRENCIA	NUMERO DE RECURRENCIA	% RECURRENCIA
TEMPRANA	6	1.79
TARDIA	1	0.29

CONCLUSIONES

Se realizó una investigación retrospectiva, comparativa y descriptiva en una población de 335 pacientes que fueron operados durante un lapso de 2.3 años. La mayor presentación de hernia fue en la 5ª y 6ª décadas de la vida. Es más frecuente en hombres que en mujeres en relación 2.1:1, es más frecuente del lado derecho que en el lado izquierdo. Así mismo, es más frecuente la hernia de tipo indirecto. En cuanto a la técnica quirúrgica más realizada fue la Mc Vay y en 2º lugar la Bassini.

En cuanto a las recurrencias estas se presentaron en 7 pacientes correspondiendo al 2.09%, de un total de 334 reparaciones inguinales las de tipo temprano fueron 6 correspondiendo al 1.79% siendo la plastia más realizada en recurrencias, Mc Vay, fueron 5 hernias de tipo directo y 1 crural, las recurrencias tardias sólo en un caso correspondiendo al 0.29%.

Por lo anterior extrapolando nuestros resultados con los reportados en la literatura anglosajona que son 1.1% al 20.7%, comparativamente, nuestras recurrencias se encuentran en rangos bajos y podemos inferir que presentamos una recurrencia muy baja de acuerdo al tamaño del universo integrado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica. Hernias. "Evolución de la Herniografía en la Historia". 1986. Vol 5. p.p. 177-185.
- 2.- Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica. Hernias. "Hernias. Causas, Prevención y tratamiento de la hernia inguinal recurrente". 1993. Vol. 3 p.p. 567-583, Ed. Interamericana.
- 3.- Rappaport, W. MD, et.al. A Technique for repair of Recurrent Indirect Inguinal Hernias. "The American Journal of Sugery" 1991. Vol. 162: p.p. 484-485.
- 4.- Ijzermans, J.M. MD. et.al. Recurrent Inguinal Hernia Treate by classical hernioplasty". Arch. Surg. 1991. Vol. 1126: p.p. 1097-1100.
- 5.- GHreeng, A.G. et.al. "Revisiting the recurrent groin hernia". The Am. J. Surg. 1987. Vol 154:p.p. 35-40.
- 6.- Shulman, A.G. et.al. "The 'plug' repair of 1402 recurrent inguinal hernias 20-years experience". Arch. Surg. 1990. Vol 125: p.p.265-267.
- 7.- Ruthedge, R. et.al. "Cooper's ligament repair: A 25-year- experience whith a single technique for all grow hernias in adults". Surery 1988. Vol. 103, No. 1: p.p. 1-10.
- 8.- Shulman, A.G et.al. "The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: Results of 3019 operations from flue diverse surgical sources". Am Surg. 1992. Vol. 58. p.256.
- 9.- Postlethwalt, R.W. et.al. "Recurrent inguinal hernia". Am.Surg. 1985. Vol. 202. p.p. 777-9