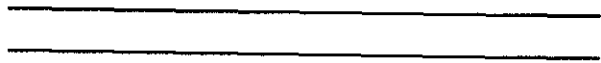


11209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

67

LIBRO DE REGISTRO
N.º 101182

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
TESIS PARA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL.**

TITULO:

**“EL COLGAJO TRIANGULAR DE LA VAINA ANTERIOR DEL
MUSCULO RECTO DEL ABDOMEN ES TAN EFICAZ EN EL
REFUERZO DE LA REGION INGUINAL COMO LA MALLA
PROTESICA DE MARLEX, PERO CON MENOS COSTO.”**

101182

PRESENTA: DR. OSCAR ARMANDO MELHADO ORELLANA.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

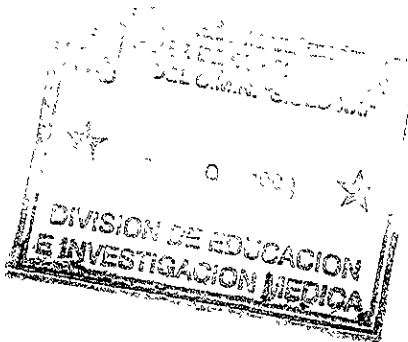


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



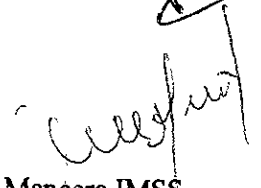
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Niels Wachter Rodarte'.

Dr. Niels Wachter Rodarte.
Jefe de Investigación y Educación Médica.
Hospital Especialidades "Bernardo Sepulveda".
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

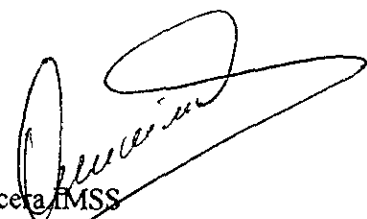
Dr. Roberto Blanco Benavides.
Jefe de Servicio Cirugía General.
Hospital Especialidades CMN Siglo XXI. IMSS



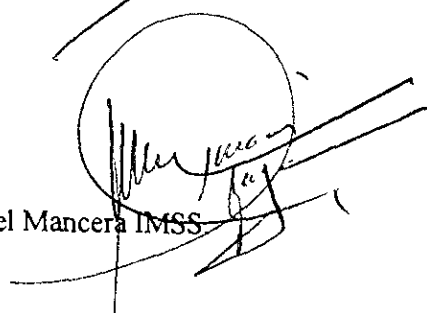
Dr. Gilberto Guzman Valdivia.
Jefe de Servicio Cirugía General.
Hospital General Regional I. Gabriel Mancera IMSS.



Dr. Octavio Medina Ramirez Llaca.
Médico Adscrito Cirugía General.
Hospital General Regional I. Gabriel Mancera IMSS



Dr. Isaac Zaga Minian.
Médico Adscrito Cirugía General.
Hospital General Regional I. Gabriel Mancera IMSS



Dr. Oscar Armando Melhado Orellana.
Residente 4º año Cirugía General.
Hospital Especialidades CMN Siglo XXI . IMSS.

Agradezco a:

Dios, por guiarme.

Valeria, Ximena y Dominique, por aguantar, apoyar y darme su inmenso amor.

Mis padres y hermanos, por el sacrificio para mi educación moral y humana.

Mis maestros y compañeros, por la gran educación quirúrgica

INDICE.

	Página.
1. Resumen de la tesis.....	1
2. Introducción.....	2
3. Objetivo.....	3
4. Variables dependientes.....	5
5. Variables independientes.....	5
6. Universo de trabajo.....	6
7. Duración del estudio.....	6
8. Materiales y métodos.....	7
9 Técnica quirúrgica.....	9
10.Resultados.....	11
11.Tabla de resultados.....	12
12 Análisis de la información.....	13
13.Conclusión.....	15
14 Referencias.....	16

RESUMEN

OBJETIVO.

El objetivo del estudio es demostrar que los pacientes con hernia inguinal a quienes se les refuerza el piso de la región inguinal con un colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen presentan igual índice de recidiva de la hernia sin embargo con menor costo en relación a los que se utiliza malla protesica de Marlex.

ANTECEDENTES.

Existen múltiples técnicas para reparar una hernia las primeras se basaron en afrontar estructuras anatómicamente resistentes para incrementar la resistencia del piso inguinal, estas son las técnicas denominadas plásticas.

El problema con este tipo de reparación es la gran tensión que queda en estas líneas de sutura favoreciendo mayor recidiva y más dolor post operatorio. Con el advenimiento de materiales protesicos para reforzar la región inguinal nacen las técnicas libres de tensión con mejores resultados

Desde 1966 se publicó el primer estudio sobre la reparación de la región inguinal con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen con 0% de recidiva

MATERIALES Y METODOS.

El estudio comprende 86 pacientes con hernia inguinal 70 hombres y 16 mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 85 años, los cuales se someten a plastia inguinal, aleatoriamente se clasifican en dos grupos: el grupo 1, que se realizara colgajo triangular con la vaina anterior del músculo recto del abdomen y el grupo 2 que se colocara malla protesica de Marlex. Tomaremos en cuenta el índice de recidiva, el costo derivado de la malla Marlex, del tiempo quirurgico es decir hora-quiروفano, estancia hospitalaria, medicamentos. Los criterios de inclusión son hernias inguinales no complicadas, aceptar el estudio, no tener cirugía inguinal previa cualquier edad, cualquier sexo

Los criterios de no inclusión son que no acepte el tratamiento, enfermedades de la colágena, tratamiento con esteroides. Los criterios de exclusión son pacientes que abandonen el seguimiento.

Es un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, comparativo. Se utilizara la prueba Chi cuadrada y la $p < 0.05$.

RESULTADOS.

No hubo diferencia significativa en cuanto a edad, sexo, medicamentos analgésicos, estancia hospitalaria, los días de evolución de la hernia varían 547 vs 309 días grupo 1 y grupo 2 respectivamente sin embargo no traducen importancia clínica ni repercute en los resultados de la plastia. Si hubo diferencia significativa en el tiempo quirurgico de 65 4 minutos para el grupo 1 (55-120 mins) y de 45 2 minutos (25-70mins.) para el grupo 2. La recidiva es de 0% para ambos grupos. El seguimiento actual es de 196 días

CONCLUSIONES

El colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen para el refuerzo de la región inguinal es igual de eficaz que la malla protesica de Marlex, el costo no es significativamente menor ya que si bien se ahorra el gasto de la malla Marlex, al aumentar el tiempo quirurgico se incrementa el gasto hora-quiروفano. Consideramos que es una buena técnica para situaciones en que por cualquier motivo de contemos con malla protesica. Una selección adecuada del paciente es recomendable

INTRODUCCION.

La plastia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentemente realizadas por el cirujano. Existen múltiples técnicas para la reparación de una hernia inguinal. Las primeras se basaron en afrontar estructuras anatómicamente resistentes tanto para disminuir el diametro del anillo profundo como para reforzar o incrementar la resistencia del piso inguinal, éstas técnicas son las denominadas plásticas.(1,2)

Desde los años 50's se han utilizado materiales protésicos diversos para el tratamiento de la hernia inguinal recidivante (3,4). El uso de estos materiales posteriormente fue utilizado para hernias primarias (5-7) para sustituir las estructuras débiles de la región inguinal.

El Dr Lichtenstein apuntó que la principal desventaja de las técnicas plásticas es el de afrontar mediante líneas de sutura estructuras que normalmente no estan en aposición, asociado con la elevada tensión de ésta línea de sutura(8) naciendo asi las técnicas libres de tensión, utilizadas actualmente por la mayoría de cirujanos.

En 1996 se publico un estudio preliminar de la reparación de la hernia inguinal mediante un colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen (11), el seguimiento se llevo a 5 años reportando 0% de recidiva. Se aplico la misma técnica a hernias recidivantes reportando recidiva de 2.7% seguimiento a 2 años.

OBJETIVO.

El objetivo del estudio es demostrar que los pacientes con hernia inguinal a quienes se les refuerza el piso de la region inguinal con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen presentan igual indice de recidiva pero con menor costo en comparación a los que se les repara con malla protesica de Marlex.

VARIABLE DEPENDIENTE.

A. Índice de recidiva.

B. Menor costo.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

A. Refuerzo del piso de la región inguinal con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen.

B. Refuerzo del piso de la región inguinal con malla Marlex.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes con hernia inguinal no complicada que acudan al servicio de Cirugía General del Hospital General Regional No.1 , Gabriel Mancera.

DURACION DEL ESTUDIO.

Del 10 de Septiembre de 1998 al 31 de Agosto de 1999.

MATERIALES Y METODOS.

Se incluyen a 86 pacientes, los cuales se presentaron al servicio de Cirugía General con hernia sin complicación , se someteran a plastia inguinal, aleatoriamente se clasifican en dos grupos : El grupo 1 son los pacientes que se repara con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen y el grupo 2 se repara con malla protesica de Marlex. Cada grupo consta de 43 pacientes .

Los criterios de inclusión para el estudio son todas las hernias inguinales sin compromiso que acepten el tratamiento, que no tengan cirugía previa, cualquier edad y cualquier sexo.

Los criterios de no inclusión pacientes con enfermedad de la colágena, tratamiento con esteroides, que no acepten el tratamiento y como criterio de exclusión son pacientes que abandonen el seguimiento

Se tomara en cuenta el indice de recidiva y el menor costo en el que valoraremos el costo de la malla de Marlex, el tiempo quirurgico (hora-quirofano), estancia hospitalaria y medicamentos.

El estudio es prospectivo, longitudinal, comparativo. Escogiendo muestras homogeneas y aleatoriamente. Se utilizara la prueba Chi cuadrada y la $p < 0.05$.

TECNICA QUIRURGICA.

Grupo 1:

Refuerzo del piso con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen.

Mediante abordaje anterior del región inguinal se disecan los elementos del cordón espermático en el hombre y ligamento redondo en la mujer, en caso de hernia indirecta se separa el saco herniario se reduce su contenido y se corta el saco en su cuello o se introduce a la cavidad abdominal, en caso de hernia directa se reseca el excedente de fascia transversalis.

En caso de hernias tipo Gilbert I a IV (7), se procederá:

Se disecciona el área conjunta y se inicia incisión longitudinal desde la espina del pubis hasta el nivel del orificio inguinal profundo en donde la incisión continúa transversalmente quedando un borde adherente y un borde libre. El colgajo es rotado sobre el borde adherente y el borde libre se sutura con monofilamento no absorbible 00, puntos separados en el ligamento inguinal. Se sutura la aponeurosis del oblicuo mayor con Vicryl No. 1 y piel con dermalón 000.(11,12)

Grupo 2:

Refuerzo de la región inguinal con Malla de Marlex.

Mediante abordaje anterior de la región inguinal se disecan los elementos del cordón espermático en el hombre y el ligamento redondo en la mujer, en caso de hernia indirecta se separa el saco herniario, se reduce su contenido y se corta el saco en su cuello o se introduce sin resección a la cavidad, en caso de hernia directa se reseca el excedente de fascia transversalis.

En caso de hernias tipo I a IV de Gilbert, se procederá:

Colocación de cono de malla en el orificio inguinal profundo y fragmento de malla del tamaño del piso de la región inguinal (8,9)

Se sutura la aponeurosis del músculo oblicuo mayor con Vicryl No. 1 , y piel con dermalon 000.

RESULTADOS.

Se incluyeron para el estudio a 86 pacientes, 70 hombres y 16 mujeres, con edades entre 21 y 85 años con una media de 46 años, el grupo 1 que consta de 43 pacientes edad promedio de 50 años distribución por sexo 33 hombres y 9 mujeres, con hernia inguinal de 547 días de evolución en promedio, el tiempo quirúrgico oscilo entre 55 y 120 minutos, promedio de 65.4 minutos , todos los pacientes tuvieron 1 día de estancia hospitalaria , ameritando 42 pacientes solo el uso de analgésicos orales y 1 paciente ameritó analgésico intravenoso, en global para el grupo 1 utilizaron un promedio de 9.1 tabletas de paracetamol de 500 mg en el post operatorio.

Para el grupo 2: 37 hombres y 7 mujeres, edades entre 21 y 83 años media de 42.3 años, con hernia inguinal de 309 días de evolución en promedio, tiempo quirúrgico de 46.27 minutos rango entre 25 y 70 minutos, 41 pacientes tuvieron 1 día de estancia hospitalaria y 2 pacientes necesitaron 2 días. Dentro de este grupo 2 pacientes necesitaron analgésicos intravenosos y en promedio necesitaron 7.5 tabletas de paracetamol de 500 mg.

No se presento recidiva en ninguno de los dos grupos.

Actualmente llevamos un seguimiento promedio de 196 días.

TABLA DE RESULTADOS.

	Grupo 1	Grupo 2
Edad	50 años.	42.3 años
Días de evol. de la hernia	547 días	309 días
Tiempo quirúrgico.	65.4 minutos.	46.2 minutos
Estancia hospitalaria.	1 día.	1.04 días.
Analgésicos.	9.1 tabs. Paracetamol 500mg.	7.5 tabs. Paracetamol 500mg.
Recidiva	0%	0%

ANALISIS DE LA INFORMACION.

Los resultados del estudio nos demuestran que no hay diferencias significativas en la composición de los dos grupos, una menor edad en promedio para el grupo 2 (42 vrs 50) sin esto traducirse en importancia clínica, la distribución por sexo es similar en ambos grupos, los días de evolución de las hernias varia 547 vrs 309 días grupo 1 y grupo 2 respectivamente pero esto no altera los resultados de la plastia, sin embargo en lo que encontramos diferencia significativa es en el tiempo quirúrgico utilizado por el grupo 1 , 65.4 minutos (55-120 mins) contra 46.2 minutos (25-70 mins) del grupo 2. La cantidad de analgésicos Via Oral fue practicamente similar 9.1 vrs 7.5 tabletas, y la estancia hospitalaria fue de 1 día en el 97% de los pacientes.

La eficacia de la plastia en ambos grupos fue del 100% ya que se reporta 0 recidiva a 196 dias de seguimiento promedio.

Los resultados de nuestro estudio nos traducen que la reparación de la hernia inguinal con colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen es igual de eficaz que la reparación con malla protesica de Marlex, sin embargo nos enfrentamos con dos situaciones que merecen sean valoradas, si bien se ahorra el precio de la malla con el colgajo aponeurotico, se necesita de más tiempo operatorio lo que implica un mayor gasto hora-quirofano, además la plastia es dependiente de la calidad de los tejidos y por lo tanto hay que considerar que tipo de actividad realizara nuestro paciente.

Podríamos decir que la importancia de nuestra plastía se traduce a lugares en los que no se cuenta con malla de Marlex, y los pacientes necesitan una plastia libre de tensión, si es posible hay que hacer una selección del paciente para poder determinar que tipo de actividad realizara en el post operatorio mediato , que aunque los estudios previos reportan 0% de recidiva es un punto que si tiene que ser considerado.

CONCLUSION.

El colgajo triangular de la vaina anterior del músculo recto del abdomen para el refuerzo de la region inguinal presentan igual indice de recidiva que los que se refuerza con malla protesica de Marlex , por lo tanto es igual de eficaz, el costo en comparación de los dos grupo es similar ya que con el colgajo aponeurotico se necesita de más tiempo operatono aumentando el gasto hora –quirofano, con lo que asemejaría el gasto de la malla Marlex.

Por lo que la importancia de este tipo de plastia es cuando no se cuente con la malla protesica por cualquiera que fuera el motivo y que se necesite una plastia libre de tensión.

Además recomendamos una selección adecuada del paciente.

Esta técnica no es la panacea en la reparación de la hernia inguinal sin embargo , se integra como un extra del armamento quirúrgico que merece sea del conocimiento de todo cirujano general.

REFERENCIAS

1. Palumbo LT, Sharpe WS. Primary inguinal hernioplasty in the adult. *Surg Clin North Am* 1971;51:1293-1311
2. Nyhus LM, Condon RE, eds. *Hernia*. Philadelphia, J.B Lippincott, 1989:127-250.
3. Usher FC, Gannon JP. Marlex mesh, a new plastic mesh for replacing tissue defects. *Arch Surg* 1959;78:131-37.
4. Kaufman M, Weissberg D, Bider D. Repair of recurrent inguinal hernia with Marlex mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1985;160:505-6
5. Capozzi JA, Berkenfield JA, Cherry JK. Repair of inguinal hernia in the adult with Prolene mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:124-8.
6. Tyrell J, Silberman H, Chandrasoma P, Niland J, Shull J. Absorbable versus permanent mesh in abdominal operations. *Surg Gynecol Obstet* 1989;168:227-32.
7. Gilbert AI. Prosthetic adjuncts to groin hernia repair: a classification of inguinal hernias. *Contemp Surg* 1988;32:28-35.
8. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989;157:188-93.
9. Rutkow I, Robbins A. "Tension free" inguinal herniorraphy: a preliminary report on the "mesh plug" technique. *Surgery* 1993;114:3-8
10. Zaga MI, Guzmán Valdivia GG. *Plastia inguinal libre de tensión*. *Rev Med IMSS(Mex)* 1996;34:201-06.
11. Guzmán Valdivia GG, Guzmán VE. Inguinal hernia repair with flap of the anterior sheath of the rectus muscle. Preliminary study. *Surgery* 1996;120:560-62.
12. Guzmán Valdivia GG. Use of triangular flap of the anterior rectus muscle in repair of recurrent inguinal hernia. *World J Surg* 1998 (en prensa)