

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGÍA GENERAL

**"PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN, FIJACION CON MATERIAL DE
SUTURA VS 2 OCTIL CIANOACRILATO"**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUIRÚRGICA

PRESENTA
DR. JORGE ALBERTO GAMA HERRERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL

DIRECTORES DE TESIS
DRA. IRIS ESPERON LORENZANA
DR. JOSE TREJO SUAREZ



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

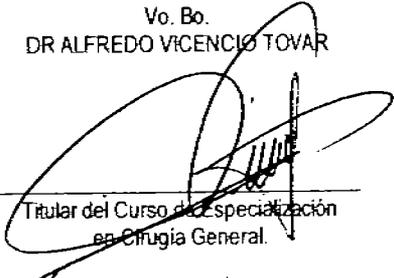
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN , FIJACION CON MATERIAL DE SUTURA VS 2
OCTIL CIANOACRILATO

Dr. JORGE ALBERTO GAMA HERRERA

Vo. Bo.
DR ALFREDO VICENCIO TOVAR


Titular del Curso de Especialización
en Cirugía General.

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez


Director de Educación e Investigación


DIRECCION DE EDUCACION
e INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Vo. Bo.

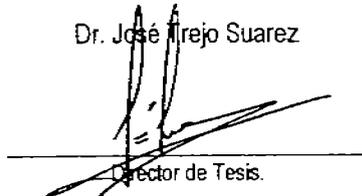
Dra. Iris Esperón Lorenzana.



Director de Tesis.

Vo. Bo.

Dr. José Orejo Suarez



Director de Tesis.

AGRADECIMIENTOS

"Saber no es suficiente; tenemos que aplicarlo. Tener voluntad no es suficiente; tenemos que implementarla. (Goethe)"

A Dios y la vida por colocarme en este maravilloso camino de la cirugía.

A mi madre que ha sido el más grande apoyo.

A la memoria de mi padre la persona más importante en mi vida y mi desarrollo profesional, siempre serás mi héroe y ejemplo.

A mis hermanos por confiar en mí e impulsarme cada día.

A esa linda persona que día con día me da su cariño y amor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	17
CONCLUSIONES.....	19
ANEXO.....	21
REFERENCIAS.....	22

RESUMEN

La plastia de Lichtenstein actualmente es un método muy popular para la reparación de hernias inguinales, así mismo el 2-octil-cianoacrilato es un adhesivo, de fácil uso, atóxico y elástico.

Objetivo: Comparar la utilización del 2-octil-cianoacrilato vs. Suturas para la fijación de la malla en la plastia de Lichtenstein y la disminución de las molestias postoperatorias así como el tiempo de retorno a actividades normales del paciente.

Material y Métodos : Se realizó un estudio prospectivo, comparativo y transversal mediante encuesta a los pacientes sometidos a plastia inguinal tipo Lichtenstein con fijación de malla de polipropileno con 2 octil cianoacrilato o suturas en el postoperatorio inmediato y posteriormente en consulta externa 7 días después del evento quirúrgico , durante un periodo de tres meses , se registraron las variables de edad, sexo, ocupación , peso , diagnostico posquirúrgico , material de fijación de malla , dolor postoperatorio inmediato , dolor postoperatorio mediano y días de regreso a actividades cotidianas.

Resultados: En lo que corresponde al dolor posquirúrgico inmediato referido por los pacientes postoperados de plastia inguinal con fijación con suturas y 2 octil cianoacrilato de acuerdo a la escala de medición de EVA descrita en el anexo I se observaron de 7 (50%) pacientes con fijación con sutura los 7 (50%) refirieron dolor moderado, así mismo de los 7 pacientes con fijación con 2 octil cianoacrilato 5 (35.71%) refirieron dolor leve y 2 (14.28%) moderado.

Dolor mediano de los 7 (50%) pacientes con fijación con material de sutura los 7 (50%) reportaron dolor moderado y de los 7 (50%) pacientes con fijación con 2 octil cianoacrilato los 7 (50%) reportaron dolor moderado.

El mínimo de días de regreso a actividades habituales fue de 2 en y el máximo de 6.

Conclusión: Este estudio nos muestra resultados alentadores en el uso de adhesivos titulares para la fijación de malla en la plastia inguinal tipo Lichtenstein mostrando una clara disminución del las molestias postoperatorias inmediatas a pesar de que las mediatas y el regreso a actividades normales no

se modificaron los resultados se muestran similares a el estudio previo a pesar de que en el anterior no se describe en que momento postoperatorio se toman los resultados.

Palabras Clave: Hernia Inguinal, 2 octil cianoacrilato, Suturas, Dolor.

INTRODUCCIÓN:

En nuestro país así como en el mundo, la hernia inguinal es un problema de salud común, así mismo la plastía inguinal es uno de los procedimientos que se realizan más comúnmente, se estima que en el mundo se operan más de 20,000 millones de portadores de hernia inguinal. (1)

Por lo tanto a través de la historia se han buscado las mejores técnicas quirúrgicas con el fin de disminuir la tasa de recurrencia, así como molestias postoperatorias y retorno prematuro a actividades normales.

La tensión en la línea de sutura es uno de los factores que se han invocado en el alto índice de recidiva que exhiben las técnicas usadas tradicionalmente; por tal motivo, es consenso actual el uso de las llamadas técnicas libres de tensión, y más específicamente aquellas que utilizan prótesis para tratar hernias inguinales voluminosas y reproducidas; a propósito, estas últimas cuando se tratan con aproximación primaria tienen una recurrencia que oscila entre el 5% y el 35%.(2)

En 1989 Lichtenstein publicó sus resultados con 1,000 plastías inguinales de hernias primarias con el uso de malla de polipropileno con cero recidivas, cero infecciones, dos hematomas, menos molestias postoperatorias, menor estancia intrahospitalaria y una integración más rápida del paciente a sus actividades cotidianas(3). En 1992 publicó la continuidad de su trabajo con 1552 plastías con un porcentaje de recidiva del 0.13% y cero infecciones. (3) Demostrando ser una técnica, segura, efectiva y con una baja tasa de recurrencia.

Además de haberse demostrado que en la reparación primaria tipo lichtenstein en pacientes de bajo riesgo, la profilaxis con antibióticos no está indicada. (4)

La técnica descrita para la realización de la plastia de Lichtenstein comprende los siguientes pasos: Se inicia incidiendo en la piel 5 cm. desde la sínfisis púbica siguiendo un plano paralelo al conducto inguinal, una vez abierta la piel se incide la aponeurosis del oblicuo mayor y se disecciona en forma roma el plano avascular entre la hoja superior de la aponeurosis del oblicuo mayor y el plano muscular por debajo, compuesto por el oblicuo menor y el transversario dejando un espacio amplio donde posteriormente se instalará la malla, en este plano es importante identificar el nervio ilioinguinal que se intenta preservar, a continuación en el borde inferior de la hoja aponeurótica del oblicuo mayor se disecciona el cordón y el cremáster hasta la sínfisis púbica sobrepasándola en al menos 2 cm, las fibras del cremáster se van dividiendo longitudinalmente hasta visualizar el anillo inguinal profundo y se va separando el saco hemiario de los elementos del conducto inguinal.

Una vez liberado, el saco hemiario se invagina sin ligadura. En el caso de hemias directas de gran tamaño se realiza una jareta invaginante del saco hemiario con sutura reabsorbible, completada la etapa de disección se prepara la malla de Polipropileno de 8 x 16 cm. recortando los bordes y dejándolos romos, luego se introduce sobre el piso del conducto inguinal y se fija 1,5 a 2cm sobre la sínfisis púbica con sutura no absorbible de Polipropileno 2.0 que se continúa en forma continua fijándola a la cintilla iliopúbica o ligamento inguinal hasta llegar al punto del orificio inguinal superficial. Se confeccionan las colas cortando la malla y dejando un tercio de ésta para la cola inferior y dos tercios para la superior. Se entrecruza la cola superior sobre la inferior fijándolas al ligamento inguinal con la misma sutura y dejando pasar el cordón para crear un neoanillo, se dejan 5 cm. de malla más allá del neoanillo inguinal superficial recortando el exceso e introduciendo el remanente por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, finalmente, se ponen dos o tres puntos de fijación de Polipropileno 2.0 o Nylon 2.0 al transversario u oblicuo menor y se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor sobre el cordón con el mismo material de sutura, el tejido celular subcutáneo es suturado con material reabsorbible, terminando con sutura intradérmica de la piel con nylon 3.0. (5)

A través de los años la técnica de lichtenstein no ha tenido grandes modificaciones de la originalmente descrita, uno de los pasos cruciales en ella es la fijación de la malla hacia el área conjunta y ligamento inguinal, lo que originalmente se describe con suturas existen estudios preeliminares con uso de otros materiales de fijación como son grapas, taquetes y adhesivos titulares. (2)

Por décadas los análisis de los resultados de reparaciones de hernias se han concentrado en sus tasas de recurrencia, mas recientemente existen estudios que se han enfocado en el dolor crónico y la calidad de vida del paciente con reparación de hernia. (6)

En estudios comparativos sobre el uso de plastias con tensión (Shouldice) vs Libres de Tensión (Lichtenstein), se demuestra que la tasa de recurrencia es menor en el segundo grupo y que las infecciones y el dolor crónico que generalmente son mal asociados al uso de mallas no presentan un aumento con su uso. (7)

El cianoacrilato es un adhesivo líquido descubierto por Ardis en 1949 producto de una reacción entre el formaldehído y un alquilciano acetato, en 1959 Coorver modifica el compuesto de cadena corta, intercalando una molécula del grupo alcóxicarbonil ; sintetizando algunos compuestos menos tóxicos, al que le descubren propiedades adhesivas (RCH₃ metil) que es el metil-2-cianoacrilato (Eastman 910 monómero) y sugiere su aplicación en la medicina humana, se aplica en forma tópica, polimeriza en aproximadamente 10 segundos y se adhiere a la mayoría de los tejidos orgánicos, solamente puede ser empleado en heridas perfectamente secas y en sitios que no estén expuestos a movimiento. En heridas pequeñas no se requiere anestésico local y en heridas más profundas, es necesario suturar puntos profundos que controlen la tensión.

Por lo que se emplea en diversas áreas de la medicina aplicándose desde 1988 en la reparación de laceraciones dérmicas y faciales. (8)

Este compuesto sufrió modificaciones en el transcurso del tiempo. R=CH₂H₅-etil-2-cianoacrilato o Kola loka, el siguiente producto fue R=C₄H₉-isobutil 2 cianoacrilato o Bucrilato y el R=C₄H₉-butil-2 cianoacrilato con tono azul por la adición de 0.1% de hidroxí-4 (-P-toluidíon)- Antracción o Histoacril, este último para su conservación requiere una temperatura menor de 4 grados centígrados. Otros monómeros de cadena larga que han surgido son el heptil-alfa-cianoacrilato y el N-2-butil-cianoacrilato o Nexaband. (8)

Actualmente se ha demostrado la eficacia de una nueva generación de derivados de cianoacrilato de cadena larga, que provoca mínimos a nulos efectos citotóxicos, este producto es el octilcianoacrilato (Dermabond, Ethicon inc. Summerville, N.J.) resultado de una fórmula de monómeros de cianoacrilato de cadena larga patentada y que de acuerdo a los estudios han demostrado ser más resistente y flexible que su predecesor el 2-butil-cianoacrilato y que se conserva a temperatura ambiente. (8)

Se ha empleado en múltiples áreas de la medicina: como adhesivo en fracturas dentales, en otorrinolaringología se ha utilizado para la estabilización de cartílagos, en oftalmología para el cierre de pequeñas incisiones en cirugía de cataratas; en el cierre de fístula bronco esofágica, en el tratamiento quirúrgico por rotura de ventrículo izquierdo con aplicación de parche de pericardio. También se ha utilizado para realizar escleroterapia endoscópica en hemorragias del tracto gastrointestinal alto, en sangrados por várices esofágicas; así como en inyección percutánea en hemangiomas paravertebrales. En el campo dermatológico, en la Universidad de San Francisco California, se están desarrollando investigaciones para su uso en cremas, como barrera de piel humana. (9)

Hay reportes de su uso desde 1988 en reparación de laceraciones dérmicas en niños y en laceraciones faciales, más recientemente se notificó la aplicación de cianoacrilato por cirugía plástica y reconstructiva en reducción para mamoplastia bilateral. (9)

En 1995 se reportó el uso de cianoacrilato en 10 pacientes con heridas quirúrgicas suprapúbicas por cesáreas e histerectomías, también se reportaron estudios de intervenciones quirúrgicas electivas y laceraciones en los que se compararon la sutura de piel con seda y el cierre con cianoacrilato. En Inglaterra se reportó el uso de cianoacrilato en heridas libres de tensión. (9)

En México, se aplicó en 1997 en pacientes a quienes se les realizó oclusión tubaria bilateral (OTB) con heridas de 2 a 6 centímetros de longitud, y se observó que el cianoacrilato utilizado en casos seleccionados es un método barato, rápido y fácil de aplicar. (4).

En estudios comparativos sobre el uso de cianoacrilato vs grapas adhesivas en el cierre de laceraciones pediátricas no se encuentran diferencias ni en la eficacia de alguno ni en la estética. (10)

En México se han realizado estudios comparativos sobre el cierre cutáneo en plastias inguinales, con suturas y cianoacrilato dando como resultados que con sutura cutánea adhesiva el cierre de las heridas quirúrgicas resultó más rápido que con nylon, y el dolor postoperatorio menor; en cuanto al aspecto estético no hubo diferencia estadística pero se observaron mejores resultados.

De acuerdo a un estudio comparativo en el 2004 entre la fijación de malla en plastia de Lichtenstein con grapas vs sutura de polipropileno, se encuentra que existe solo una diferencia en el tiempo de realización del procedimiento no existiendo diferencias en la apreciación del regreso a actividades normales y complicaciones(11).

En un estudio similar comparando la fijación con 2-butil-cianoacrilato vs suturas se observa que los pacientes en los que se uso adhesivo tisular presentan menor dolor postoperatorio lo que se traduce en un pronto retorno a actividades normales, sin embargo en la revisión a una semana no se encuentran diferencias significativas con los paciente de fijación de malla con sutura. (12)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, comparativo y transversal mediante encuesta a los pacientes sometidos a plastia inguinal tipo Lichtenstein, con fijación de malla de polipropileno con 2 octil cianoacrilato o suturas en el postoperatorio inmediato y posteriormente mediante consulta externa 7 días después del evento quirúrgico del periodo del 1o de abril de 2006 al 30 de Julio del 2006 utilizando como criterios de inclusión paciente de ambos sexos, mayor de 18 años con hernia inguinal no complicada, unilateral, no recidivante programado para realización de plastia inguinal, que acepte colocación de malla de polipropileno por cualquiera de los dos métodos de fijación, que acepte participar en el protocolo de investigación mediante firma de consentimiento informado; se excluyeron aquellos pacientes con hernia inguinal complicada, con hernia inguinal recidivante, con hernia inguinal bilateral, paciente que requirió manejo quirúrgico de urgencia, que no cuente con hoja de consentimiento informado.

Se eliminaron los pacientes que requirieron alguna técnica distinta a la plastia de Lichtenstein para el manejo de la hernia inguinal, que presentó alguna complicación no ligada al procedimiento quirúrgico en el trans o postquirúrgico, que presentó negativa del paciente para realización de procedimiento.

Las variables en estudio fueron: edad, sexo, ocupación, peso, diagnóstico posquirúrgico, material de fijación de malla, dolor postoperatorio inmediato, dolor postoperatorio mediato y días de regreso a actividades cotidianas, las cuales fueron recabadas mediante encuesta en un formato de recolección de datos (Figura 1), que posteriormente se vació a una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel XP para su tabulación y graficado,

En la realización del análisis estadístico se utilizaron elementos de estadística descriptiva de acuerdo al tipo de variables. En el caso de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media), así como de dispersión (rango, desviación estándar) y se hicieron gráficas en forma de histograma y polígono de frecuencias. En el caso de las variables cualitativas se utilizó la distribución de frecuencias y porcentaje y se elaboraron gráficas de columnas separadas y de sectores con la ayuda del programa Microsoft Excel XP.

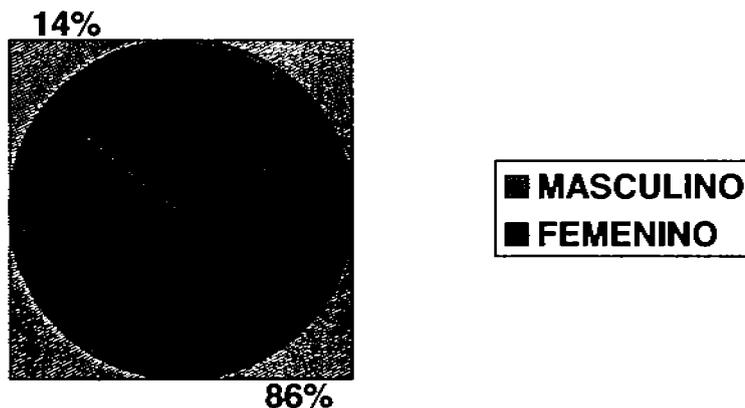
No existieron riesgos dentro de la investigación.

RESULTADOS.

Se realizaron 14 encuestas de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión mencionados previamente de los cuales 12 correspondieron al sexo masculino (86%) y 2 al sexo femenino (14%).

Figura 1

DISTRIBUCION POR SEXO



Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

La distribución en grupos de edad fue la siguiente: (Tabla 1)

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN, FIJACIÓN CON MATERIAL DE SUTURA O 2 OCTIL CIANOACRILATO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y JULIO 2006.

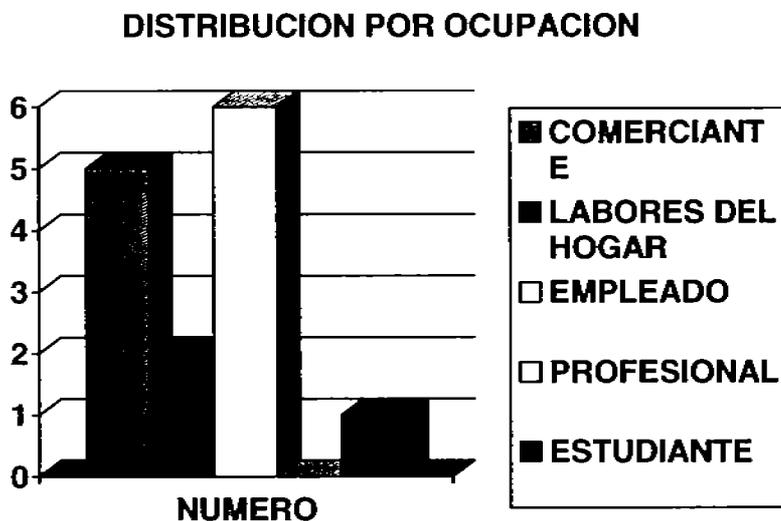
AÑOS	No	%
18 a 20	1	7.14%
21 a 30	0	0%
31 a 40	3	21.42%
41 a 50	4	28.57%
51 a 60	2	14.28%
61 a 70	3	21.42%
71 a 76	1	7.14%
Total	14	100.00%

Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

La media de edad el grupo de pacientes fue de 50, con una edad máxima de 76 años y mínima de 18 y una desviación estándar de 57.8 años de vida.

La ocupación predominante en estos pacientes fue empleado 6 pacientes 42.85 %, posteriormente comerciante 5 pacientes 35.71 %, labores del hogar 2 pacientes 14.28%, estudiante 1 paciente 7.14%

Figura 2



Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

En la distribución de acuerdo a peso se encontró que el menor fue de 48 kg y el mayor de 89kg, con una media de 50 kg.

La distribución en grupos de acuerdo a peso fue la siguiente: (Tabla 2)

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR PESO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN, FIJACIÓN CON MATERIAL DE SUTURA O 2 OCTIL CIANOACRILATO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL Y JULIO 2006.

PESO	Número	Porcentaje
48 a 65 kg	1	7.14%
66 a 85 kg	11	78.57%
86 a 95 kg	1	7.14%
TOTAL	14	100%

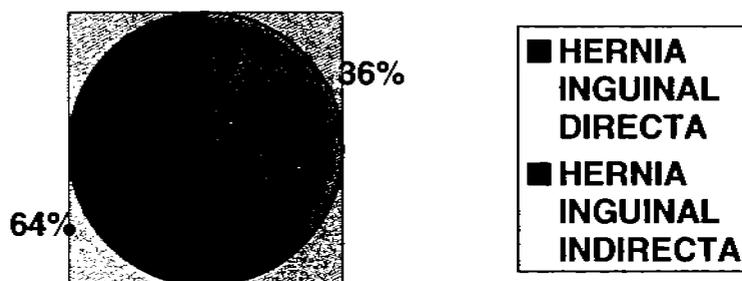
Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

Encontrando el rango de peso con mayor numero de pacientes de 66 a 85 kg.

La distribución de los pacientes de acuerdo a su diagnostico posquirúrgico fue la que se expone a continuación, donde se observa un predominio de hernias inguinales indirectas en 9 pacientes y 5 con hernia inguinal directa.

Figura 3

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO



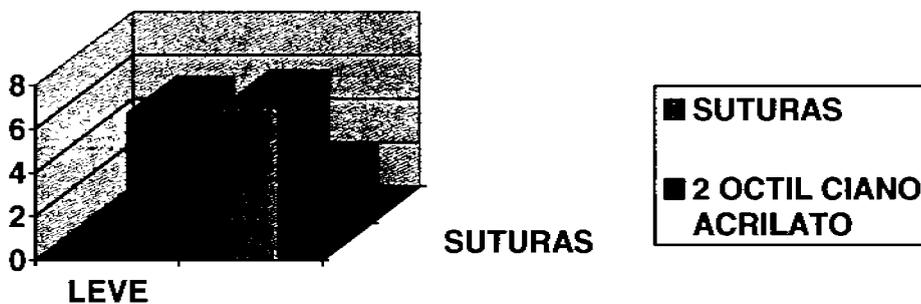
Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

De los 14 pacientes que se incluyeron en el estudio se realizo fijación de malla con suturas a 7 pacientes (50 %) y con 2 octil ciano acrilato a 7 pacientes (50 %).

En lo que corresponde al dolor posquirúrgico inmediato referido por los pacientes postoperados de plastia inguinal con fijación con suturas y 2 octil ciano acrilato de acuerdo a la escala de medición de EVA descrita en el anexo I se observaron de 7 (50%) pacientes con fijación con sutura los 7 (50%) refirieron dolor moderado, así mismo de los 7 pacientes con fijación con 2 octil ciano acrilato 5 (35.71%) refirieron dolor leve y 2 (14.28%) moderado.

Figura 4

GRADO DE DOLOR POSOPERATORIO INMEDIATO Y MATERIAL DE FIJACIÓN

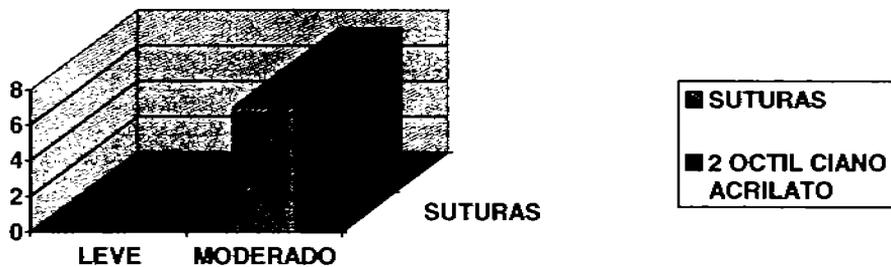


Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

De acuerdo a los datos recabados del dolor posquirúrgico inmediato los resultados fueron los siguientes, de los 7 (50%) pacientes con fijación con material de sutura los 7 (50%) reportaron dolor moderado y de los 7 (50%) pacientes con fijación con 2 octil cianoacrilato los 7 (50%) reportaron dolor moderado.

Figura 5

GRADO DE DOLOR POSOPERATORIO MEDIATO Y MATERIAL DE FIJACIÓN



Fuente: Encuesta realizada en hospital general Xoco

El resultado correspondiente a los días de regreso a actividades normales en pacientes postoperados de plastia inguinal tipo Lichtenstein con fijación con suturas o 2 octil cianoacrilato muestra que el mínimo de días fue de 2 en y el máximo de 6.

Figura 6

RELACION DE DIAS DE REGRESO A ACTIVIDADES COTIDIANAS



La relación de días de regreso a actividades cotidianas según material de fijación fue el siguiente , Suturas 2 días 2 (14.28%) pacientes, 3 días 1 (7.14%) paciente, 5 días 2 (14.28%) pacientes, 6 días 2 (14.28%) pacientes, 2 Octil Cianoacrilato 2 días 2 (14.28%) pacientes, 4 días 2 (14.28%) pacientes, 5 días 2 (14.28%) pacientes, 6 días 1(7.14%) paciente.

DISCUSION.

Se encontró que la distribución por género se encuentra hacia el sexo masculino, a pesar de también contar con pacientes de sexo femenino a diferencia del estudio previo reportado en el hospital St. Vincent , Polonia 2004, en el que solo se incluyeron pacientes del sexo masculino lo cual es directamente proporcional a lo mostrado en la distribución de pacientes de acuerdo a diagnóstico en donde se puede observar una clara tendencia hacia el diagnóstico de hernia inguinal indirecta que se presenta mas comúnmente en pacientes masculinos.

La distribución por edad nos mostró una tendencia hacia los pacientes del grupo de edad entre los 41 a 50 años (28.57%) presentando disminución clara hacia los pacientes mas jóvenes y mas ancianos, en este punto no existe un consenso general de acuerdo a la literatura reportada, queda claro que la etiología de la formación de las hernias inguinales es proporcional a la bipedestación así como el estado de los tejidos del paciente , presión intraabdominal así como otros múltiples factores que se observan en la población activa de este grupo de edad, así mismo, podemos comparar la distribución de acuerdo a ocupación en la que se reportan los mas altos porcentajes entre los catalogados, como empleados (42.84%) y comerciantes (35.71%), mostrando una tendencia hacia la población que realiza los trabajos físicamente más requerientes.

En lo correspondiente al peso a pesar de que estudios anteriores muestran una predisposición de los pacientes obesos para padecer hernias inguinales, podemos observar que la estadística nos muestra un mayor porcentaje en el grupo entre 65 a 85kg (78.57%). Seria importante correlacionar estos datos con la estatura de los pacientes en el estudio, ya que para la estura media del paciente en nuestro país podríamos realizar el diagnostico de obesidad en los mismos.

En lo referente al dolor postoperatorio inmediato a pesar de contar con menos pacientes que en el estudio previo del hospital St Vincent, podemos observar que la mayoría que presentaron fijación con 2 octil ciano acrilato , 7 pacientes (50%), presentaron este referido como leve 5 (35.71%) pacientes y 2 (14.28%) lo refieren como moderado , en contraste con los pacientes que presentaron fijación con sutura 7 (50%) pacientes los cuales todos refirieron el dolor como moderado a diferencia con lo reportado en el estudio previo en el que se reportan todos los pacientes tanto con fijación con adhesivo tisular o sutura con dolor posquirúrgico moderado.

Los resultados del dolor postoperatorio muestran que el 100% de los pacientes tanto con fijación con adhesivo tisular o suturas refieren dolor moderado, no existe un rubro similar en el estudio previamente citado.

El regreso a actividades normales no muestra una marcada diferencia en los pacientes con fijación con sutura de los cuales se reportan variados resultados ya que 2, 4 y 6 días muestran el mismo porcentaje de pacientes (14.28%) y de la misma manera en los pacientes con fijación con 2 octil cianoacrilato , 2, 4 y 5 días podemos observar el mismo porcentaje (14.28%).

CONCLUSIONES

Las características de la población que presentan en este estudio son similares a las reportadas con anterioridad en otros hospitales del área metropolitana de la Ciudad de México, presentándose de forma principal en pacientes masculinos y en su gran mayoría adultos, el diagnóstico predominante fue hernia inguinal indirecta así mismo población que presenta ocupaciones de alto requerimiento físico predominantemente y obesidad de grados variables.

Podemos observar que se obtuvieron buenos resultados en lo correspondiente a la disminución del dolor postoperatorio inmediato presentando un alto porcentaje de pacientes con fijación con adhesivo tisular con disminución del dolor en comparación con los pacientes de fijación con suturas en los cuales se reporta un más alto grado de dolor posquirúrgico inmediato.

El reporte del dolor posquirúrgico mediato no nos muestra diferencia entre ambos grupos de pacientes, reportando el 100% con el mismo grado de dolor mediato.

El regreso a actividades cotidianas tampoco presentó modificaciones importantes en ambos grupos de estudio a pesar de tener una variación importante que va desde 2 a 7 días para este rubro, que probablemente se encuentre mas relacionado con el tipo de actividades que realiza cada paciente.

Este estudio nos muestra resultados alentadores en el uso de adhesivos tisulares para la fijación de malla en la plastia inguinal tipo Lichtenstein mostrando una clara disminución del las molestias postoperatorias inmediatas a pesar de que las mediatas y el regreso a actividades normales no se modificaron los resultados se muestran similares a el estudio previo a pesar de

que en el anterior no se describe en que momento postoperatorio se toman los resultados.

Este tipo de plastia inguinal es un procedimiento rápido y seguro con el cual debemos tener seguimiento así como incluir nuevos pacientes a este estudio.

ANEXO I
ESCALA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
APLICAR EN EL POSQUIRÚRGICO INMEDIATO Y CONTROL DE CONSULTA EXTERNA A
LOS 7 DIAS.

Edad: _____ años Sexo 1 M 2 F Ocupación 1 Comerciante 2 Labores del Hogar 3 Empleado
 4 Profesional Folio _____ Peso: _____ kg.

Diagnóstico Posquirúrgico 1 Hernia inguinal directa. Fijación de malla 1 Suturas
 2 Hernia inguinal indirecta. 2 2-

Oclicianoacrilato.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DOLOR POSOPERATORIO INMEDIATO, 1,2										
DOLOR EN CONTROL DE CONSULTA EXTERNA, 1,2										
DIAS DE REGRESO A ACTIVIDADES COTIDIANAS										

1.-Escala visual análoga de EVA para valoración de dolor

2.- Escala facial de Mc. Grath

Escala de medición de EVA

1-3 Leve

4-7 Moderado

7-10 Severo

REFERENCIAS

- 1.- Dr. Juan Carlos Mayagoitia González, Hemioroplastia inguinal tipo Lichtenstein , *Cirujano General* 2000 , Vol. 22 Núm. 4
- 2.- Dr. Raudel García Pulido, Hemiorrafia inguinal libre de tensión con la técnica de Lichtenstein. Experiencia en 72 pacientes. *Cirujano General* 2002 Vol. 24 Núm. 3
- 3.- Dr. Eduardo Reyes Pérez. Plastia inguinal tipo Lichtenstein. Estudio prospectivo a cinco años. *Cirugía y Cirujanos* 2002; No 1, Vol. 70 ene-mars: 14-17.
- 4.- Theo J. Aufenacker, MD, The Role of Antibiotic Prophylaxis in Prevention of Wound Infection After Lichtenstein Open Mesh Repair of Primary Inguinal Hernia, *Annals of Surgery*, Vol 240, No 6, Diciembre 2004
- 5.- Dr. SUSANA BENÍTEZ S , Resultados en 196 hemioplastias con técnica de Lichtenstein, *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 55 - N° 5, Octubre 2003; págs. 496-499
- 6.- S. Post, B. Weiss, Randomized clinical trial of lightweight composite mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair, *British Journal of Surgery* 2004; No 91: 44-48
- 7.- P. Nordin, P. Bartelmeß, Randomized trial of Lichtenstein versus Shouldice hernia repair in general surgical practice , *British Journal of Surgery* 2002, No 89, Aug , 45-49
- 8.- Dr. Juan José López Martínez, CIANOACRILATO EN LA SÍNTESIS PRIMARIA DE HERIDAS QUIRÚRGICAS LIMPIAS DE 15 CM DE LONGITUD. UN ESTUDIO EXPERIMENTAL , *Educ Invest Clin* . Vol. 1, Núm. 1 , 52-58
- 9.- Dr. Luis Fernando Orozco, CIANOACRILATO COMPARADO CON CIRUGÍA TRADICIONAL EN EL CIERRE DE HERIDAS EN ZONAS LIBRES DE TENSIÓN, *Gaceta Médica de México*, 2002, Vol.138 No 6 México, D.F. nov-dic
- 10.- A Mattick, G Clegg, A randomised, controlled trial comparing a tissue adhesive (2-octylcyanoacrylate) with adhesive strips (Steristrips) for paediatric laceration repair , *Emerg. Med. J.* 2002; Vol 19;405-407.
- 11.- Chaitanya P. Garg, Ashok M. Bhatnagar, Comparative study of skin staples and polypropylene sutures for securing the mesh in lichtenstein's tension free inguinal hernia repair: A Prospective randomized controlled clinical trial. *Indian Journal of Surgery*, 2004; No 66:152-155.
- 12.- W. Nowobilski , Lichtenstein Inguinal Hemioplasty Using Butyl-2-Cyanoacrylate versus Sutures , *Eur Surg Res* 2004; Vol 36: 367-370
- 13.- Daniel Orea Estudillo, Sutura cutánea adhesiva en pacientes con plastia inguinal, *Rev Med IMSS* 2002; Vol 40 (1): 11-14
- 14.- George H Sakorafas, Ioannis Halikias, Open tension free repair of inguinal hernias; the Lichtenstein technique , *BMC Surgery* 2001, Vol 1 No 3 , Aug-Oct
- 15.- R. G. Holzheimer , FIRST RESULTS OF LICHTENSTEIN HERNIA REPAIR WITH ULTRAPRO®-MESH AS COST SAVING PROCEDURE, *Eur J Med Res* (2004) Vol 9 , Jun : 323-327