

683970



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA**

**FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LA
EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A I
DR. SERGIO HERNANDEZ HERNANDEZ**

ASESOR DE TESIS: DRA. MARIA GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995



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.

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL

CENTRO MEDICO LA RAZA.

*"CON ACREDITACION Y ANUENCIA DEL
DR. JESUS ARENAS OSUNA*

*JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. CENTRO MEDICO LA RAZA"*

DR. ANGEL ZARATE AGUILAR

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL

CENTRO MEDICO LA RAZA.

DRA. MARIA GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ

MEDICO ADSCRITO COORDINADOR DE RESIDENTES DEL CURSO DE

ESPECIALIZACION DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL

CENTRO MEDICO LA RAZA.

CICD

INVESTIGADOR RESPONSABLE ASESOR DE TESIS;

DRA: MARIA GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA.

INVESTIGADOR ASOCIADO DE TESIS

DR: SERGIO HERNANDEZ HERNANDEZ

MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL DEL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA.

Mi agradecimiento

A DIOS: Por prestarme esta vida para prestarla a los demás y devolvérsela después, Por darme más de lo que merezco y sobre todo por dejarme creer en El.

A MI MADRE: Por su amor y apoyo incondicional, Por ser mi MADRE

A MI PADRE: Por su actitud.

A MIS HERMANOS: Por su cariño y confianza.

A MIS ABUELOS: Por sus principios y ejemplo.

A MIS TIOS Y PRIMOS: Por su afecto y buenos deseos.

A MIS SOBRINOS: En especial a Mitzi, por su inocencia y ternura.

Por que les quiero.

A MIS AMIGOS: Y aquellos que me han mostrado su amistad.

SOBRE TODO:

A MIS MAESTROS: También a mis compañeros de profesión y de la especialidad por su enseñanza y su amistad.

A LAS INSTITUCIONES : Que me formaron, La UNAM, El IMSS, -A MI PAIS.

EN ESPECIAL A:

Srita. Enfermera A. Montiel, C. Castañeda, Dra. R.E. González,

Sr. Licenciado A. Velarde, L.A. Cortes, J. Jiménez

Dr: J. Villaseñor, E. Suazo (Q.E.P.D).

MUCHAS GRACIAS

FACTORES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE LA
EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA.

INDICE

JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS	19
TIPO DE ESTUDIO	20
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	22
DISCUSION	34
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFIA	36

JUSTIFICACION

La Eventración Postquirúrgica Tardía es un problema de salud que cobra mayor relevancia día tras día ocasionando incapacidad así como elevados costos en atención de pacientes.

Por lo antes mencionado es preciso conocer los factores y características del problema para hacer mayor énfasis en la prevención y el tratamiento adecuado a fin de optimizar recursos y encaminarlos con mayor efectividad para el bienestar de los pacientes.

OBJETIVOS

1.- Conocer la incidencia de Eventración Postquirúrgica Tardía en el paciente adulto en el Hospital General Centro Médico la Raza.

2.- Identificar el grupo etario donde se presenta con más frecuencia la Eventración Postquirúrgica Tardía.

3.- Identificar los factores de riesgo más comunes para presentar Eventración Postquirúrgica Tardía.

4.- Conocer características de la Eventración Postquirúrgica Tardía.

5.- Identificar el tratamiento más empleado.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Eventración Postquirúrgica Tardía ha sido considerada como un defecto en la pared abdominal de tipo yatrogénico, que sigue representando una complicación frecuente de los procedimientos de cirugía abdominal con morbilidad elevada y pérdida productiva.

Esto hace cambiar en los pacientes sus hábitos y costumbres para no exacerbar su problema (1-4).

Representa un 1.5 por ciento de todas las hernias y 3 a 11 por ciento de las cirugías de abdomen (1-3,5).

Por definición, la Eventración Postquirúrgica Tardía es una desintegración o pérdida de la continuidad de un cierre fascial y se manifiesta con abombamiento en el cierre previo de la pared abdominal. (3,6,7).

La mayoría de los pacientes con eventraciones pequeñas y no complicadas cursan asintomáticos o con quejas menores. Sin embargo los que presentan grandes eventraciones pueden tener dificultad para doblarse, dolor abdominal persistente y obstrucción intestinal intermitente como consecuencia a adherencias al saco herniario más que encarceración intestinal a nivel de la aponeurosis dañada (3 4).

La eventración se manifiesta en la exploración física, pero también se han utilizado métodos tales como la ultrasonografía, la tomografía computarizada para distinguir los defectos con algún proceso que manifieste síndrome doloroso abdominal (3, 8,9).

Se ha observado que la presencia de eventración se manifiesta en el primer año postoperatorio en un 70 por ciento aunque se ha reportado en 4 a 5 y más años posteriores (3,7).

Los factores predisponentes y la técnica quirúrgica han sido mencionados como causas directas, sin embargo como explicar el debilitamiento de la aponeurosis que ha cicatrizado bien. Urshel, y colaboradores demostraron que la aponeurosis a tensión aumenta la síntesis de proteínas de fibroplastos y del DNA, en un tiempo prolongado y aunado a los factores ya mencionados inherentes al paciente, ocasionan el problema (3,10).

La experiencia clínica indica que la mayoría de los pacientes sometidos a reparación de la eventración lo hacen cuando ésta alcanza un gran tamaño o ha empezado a producir sintomatología importante (1,2,4,11,12).

La tasa de recurrencia se ha informado entre un 20 y 50 por ciento, el retraso en el tratamiento ha arrojado complicación tal como encarceramiento o estrangulamiento intestinal en un 17 por ciento (3,6,7).

La mortalidad se eleva en 1.1 por ciento en eventración complicada contra 0.3 por ciento en las no complicadas (3).

Entre los factores predisponentes tendientes a desarrollar eventración, están la obesidad, edad madura, enfermedades pulmonares, ascitis, uremia, ictericia, uso de esteroides, deficiencia vitamínica, el tipo de cierre en la técnica quirúrgica, infección de la herida, formación de abscesos, hematomas. (2,4,11,13,14)

La infección de la herida y otros factores unidos a la técnica, aumentan la incidencia de eventración hasta 10 por ciento ya sea postoperatorio temprano o tardío (1-3,6,7,15).

El uso de drenajes condiciona riesgo para ocasionar eventración, en las técnicas quirúrgicas la sección de haces nerviosos que inervan músculos abdominales propician también el problema, así mismo el material de sutura absorbible (2,5,16,17).

El cierre temprano de una eventración tiene más riesgo de recurrencia y se ha recomendado su cierre seis meses después de la misma (5,7,16,18).

En cuanto al tipo de incisión y técnica de cierre las consideraciones anatómicas indican que las incisiones abdominales transversas tienen menor riesgo de eventración. Las fibras aponeuróticas de la pared abdominal anterior están orientadas transversalmente y una incisión vertical las seccionaría y el cierre de sutura quedaría entre sus fibras. La contracción de la pared abdominal produce tensión de dirección lateral sobre el cierre y podría hacer que la sutura corte los espacios de la fibras orientadas transversalmente. En contraste la incisión transversa abre la aponeurosis a lo largo de las fibras de modo que el cierre de sutura coloca el material alrededor de la fibras aponeuróticas. Al contraerse éstas quedan colocadas unas contra otras y el material de sutura produce una tensión mínima (11,17,19).

Ellis y colaboradores señalan que la incisión en la línea media es más versátil y más usada en cirugía de urgencia con mayor posibilidad de eventración (1,3,7,20).

El uso de sutura con puntos continuos o separados está en controversia así como el cierre en masa o capas individuales (3).

La reparación óptima tiene tres requisitos fundamentales: accesibilidad, distensibilidad, seguridad. (16,19,21,22).

Es importante la reconstrucción anatómica, extirpando tejido cicatrizal y liberando adherencias (6,7,20).

Para un éxito cercano se recomienda individualizar cada caso. Debemos recordar la premisa "No hay un solo procedimiento que sea adecuado para todos los pacientes con eventración postquirúrgica. El cirujano debe ser flexible y conocer todas las técnicas y sus modificaciones para poder seleccionar la que mejor se aplica a cada individuo. Ya que es muy desagradable para el cirujano como al paciente, sobre todo la recurrencia" (7).

El material de sutura se basa en la experiencia y preferencia de cada cirujano, Douglas describió que a 70 días de la incisión la pared recupera la resistencia la tensión, en 90 por ciento al año. Por lo que la sutura

desempeña un papel importante, si es permanente conserva su resistencia a la tensión para toda la vida de la herida. Aunque puede irritar y hasta causar una infección (3,12,13).

El material de sutura debe tener resistencia a la tensión, sería ideal fuera de monofilamento para que las bacterias no se oculten en intersticios y que el material no sea factor de infección (3,16,19,20,22).

Los resultados dependen de factores tales como: incorporación y unión de tejido aponeurótico sano que se une entre si bajo tensión mínima y evitar los factores ya descritos (3).

Las técnicas de cierre primario: los expertos recomiendan colocación adecuada de puntos en la aponeurosis a un centímetro del borde y separados entre si; por otro centímetro. Esto evita protrusión de tejido y contenido abdominal, debe evitarse la necrosis aponeurótica (1,3,19,23).

Cuando se trata de eventración de tamaño pequeño o moderado, se recomienda el cierre aponeurótico

contraponiendo los bordes suturando la herida con una sutura masiva continua o con puntos separados en forma de ocho, equis, u; simples. Hay quiénes manifiestan la opción de puntos invaginantes tipo Lambert o toma de bordes cercano y alejado tipo Smead Jones (1-3,16,23,24).

La técnica de mayo sobrepone bordes aponeuróticos y da resultados más que satisfactorios (1-3,16).

Cuando el defecto es grande, se ha sugerido procedimientos como el de Keel en donde se hacen incisiones relajantes sobre la parte lateral de la vaina anterior del músculo recto y permite a la parte medial de la vaina se aproxime a la línea media.

El procedimiento de Nuttall moviliza la parte inferior del músculo recto del abdomen y su aponeurosis de cobertura separándolo del pubis y se aproximan al hueso contralateral, esta maniobra ofrece cobertura por la vaina anterior del recto para el defecto (1,3,20,23,26).

Las reparaciones con dispositivos protéticos tuvieron auge desde el inicio de los años setentas (15,23,24,27,29).

Usher introduce el uso de monofilamento de polipropileno entretejido para reparar grandes eventraciones (Marlex) (1,3,25,26).

Otras mallas como la de politetrafluoroetileno y la de fibra de poliéster (Mersilene) son utilizadas por su reactividad tisular moderada y no dañan otros tejidos (3,14,30,31).

El material protético ideal debe tener resistencia intrínseca elevada a la tensión y permitir invasión tisular, todos los materiales permanentes tejidos o entretejidos poseen dichas ventajas (3,14,25,30,31).

Además deben tener poca adherencia sobre todo al intestino con poca reacción fibrótica. Sobre todo la malla de politetrafluoroetileno, aunque se puede hacer dependiente de la resistencia a la tensión e integridad de fijación de los puntos de la prótesis a la aponeurosis (14,27,32).

Las técnicas de sobreposición de malla son poco usuales si el cierre de pared es adecuado, aunque se ha propuesto la protección al intestino y órganos intraabdominales, suturando la malla a todas las capas de la aponeurosis con puntos de espesor total bajo visión directa (3,14,26,27,33).

Además se puede colocar de manera extrafascial, subfascial, intraperitoneal según cada caso (3,14,26,27,30).

Las recurrencias se acompañan del caso omiso a disminuir a los factores de riesgo y a las técnicas quirúrgicas empleadas. Sin embargo la tasa de recurrencia con el uso de prótesis disminuye a un 10 por ciento aproximadamente (1,2,10,12,29).

No escapan a este problema las cirugías de mínimo acceso donde habitualmente se encuentra la eventración en el sitio de inserción de trocar, sobre todo en las colecistectomías y en plastias inguinales (8,9,34,36).

Se ha comentado el uso de injertos de piel para reconstrucción de pared en las grandes eventraciones (24,26).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La eventración postquirúrgica tardía se presenta en nuestro medio cada vez más acompañada a factores inherentes al mismo paciente, a su ambiente y al tipo de técnica utilizada en su tratamiento. Trataremos de identificar los mecanismos por los cuales se ha desarrollado el problema a estudiar.

Por lo anterior mencionado sería conveniente preguntarnos:

¿ En qué población es más frecuente la eventración postquirúrgica tardía ?.

¿ Cuáles son los factores de riesgo más conocidos?

¿Cuál es el tratamiento quirúrgico más utilizado ?

HIPOTESIS

1.- La eventración postquirúrgica tardía se observa aproximadamente de dos a diez por ciento entre los pacientes sometidos a cirugía abdominal.

2.- Se observa entre la quinta y sexta década de la vida, predominantemente en mujeres.

3.- Se asocia a factores tales como, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva, cirugías previas, con mayor reelevancia.

4.- Se identifican tempranamente para su programación quirúrgica en la mayoría de los casos para prevenir complicaciones.

5.- La técnica más empleada es la de sutura simple con afrontamiento de bordes aponeuróticos.

TIPO DE ESTUDIO:

ENCUESTA DESCRIPTIVA

RETROSPECTIVO/ PROSPECTIVO

TRANSVERSAL

OBSERVACIONAL

BASICO

MATERIAL Y METODOS

Se estudiarán y analizarán todos los expedientes y se realizará interrogatorio directo en pacientes que ingresen al servicio de cirugía general del Hospital General Centro Médico la Raza.

Deberán ser mayores de veinte años , del sexo masculino o femenino. Que cursen un período postoperatorio mayor de seis meses.

El estudio comprenderá un período de dos años, de enero 1993 a diciembre 1994.

Se analizarán los factores de riesgo, las características de la eventración postquirúrgica y su tratamiento.

RESULTADOS

En el período comprendido del mes de enero de 1993 a diciembre de 1994, se realizaron 100 plastias de pared como tratamiento quirúrgico de Eventración Postquirúrgica Tardía en el servicio de cirugía general del Hospital General Centro Médico la Raza.

Los pacientes intervenidos fueron 10 del sexo masculino y 90 del sexo femenino, el rango de edad fue de 20 a 88 años con una media de 55 ± 5 años (Gráfica 1). ✓

El grupo etario en el que se realizó mayor número de plastias de pared fue el comprendido en el de la séptima década de la vida de los cuales fueron 27 pacientes, ~~(tabla 1)~~, en este grupo de 100 pacientes estudiados por eventración postquirúrgica tardía. (tabla 1) ✓

Entre los factores de riesgo en la Eventración Postquirúrgica Tardía, encontramos que la edad promedio en total fue de 54.8 años, siendo de 55.1 años en hombres y 52.6 años en mujeres.

El peso corporal promedio de todos los pacientes fue de 70.3 Kg, siendo de 81 Kg. en hombres y 69.2 Kg. en mujeres.

La gestación en mujeres se encontró en 75, siendo 32 con 1 a 5 gestas, de 37 con 6 a 10 gestas y 6 con más de 10 gestas. (Tabla 2 y 2A) ✓

La ocupación con aumento de la presión abdominal se observó en 67 pacientes, el tabaquismo en 27, la hipertensión arterial en 26, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 16, la diabetes mellitus en 14, la uremia en 2, la ictericia en 1 y la ascitis en 1 paciente. Los pacientes pudieron tener más de 1 factor de riesgo.

Observamos que los factores más relacionados a eventraciones Postquirúrgicas Tardía fueron la gestación en mujeres, la ocupación y el peso corporal en mayor número. (Tabla 2). ✓

EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
NUMERO DE PACIENTES

GRAFICA 1



EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

TABLA 1

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
20-30	1	5	6
31-40	1	10	11
41-50	2	16	18
51-60	2	21	23
61-70	2	25	27
71-80	1	10	11
+ 80	1	3	4

TABLA 2

FACTORES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EDAD AÑOS <i>promedio</i>	55.1	52.6	54.8
PESO KG. <i>promedio</i>	81	69.2	70.3
GESTACION		75	75
OCUPACION	7	60	67
TABAQUISMO	8	19	27
HIPERTENSION A.	2	24	26
ENF. PULMONAR	1	15	16
DIABETES MELLITUS	1	13	14
UREMIA	0	2	2
ICTERICIA	0	1	1
ASCITIS	1	0	1
CIRUGIA PREVIA	10	90	100

Las cirugías previas como antecedente en la Eventración Postquirúrgica Tardía fueron: cesárea en 32 pacientes, plastia umbilical en ~~27~~²⁸, colecistectomia en ~~21~~²³, apendicectomia en ~~20~~²¹, histerectomia abdominal en 16, salpingoclasia en 16, plastia de pared en ~~20~~¹⁴, laparotomia exploradora ~~12~~¹⁷, otras no conocidas ~~10~~¹⁰, ooforectomia 2, funduplicatura gástrica 1, prostatectomia suprapúbica 1.

Es importante señalar que *varios* pacientes fueron intervenidos previamente de dos o más cirugías. Sobre todo en la ginecológica que es la que se encontró en mayor número. Por lo tanto el número de cirugías previas no es proporcional al numero de pacientes estudiados. (Tabla 3). ✓

La programación quirúrgica para reparación de Eventración Postquirúrgica Tardía se llevo a cabo de manera electiva en 70 pacientes y de manera urgente en 30 pacientes (Gráfica 2). ✓

PARIDAD EN MUJERES

TABLA 2A

NUMERO	TOTAL
0	15
1-5	32
6-10	37
+ 10	6

) 75

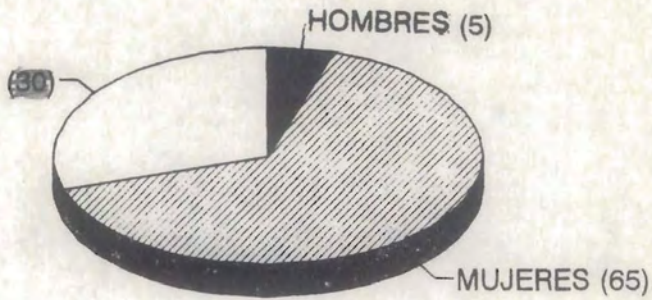
EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
CIRUGIAS PREVIAS

TABLA 3

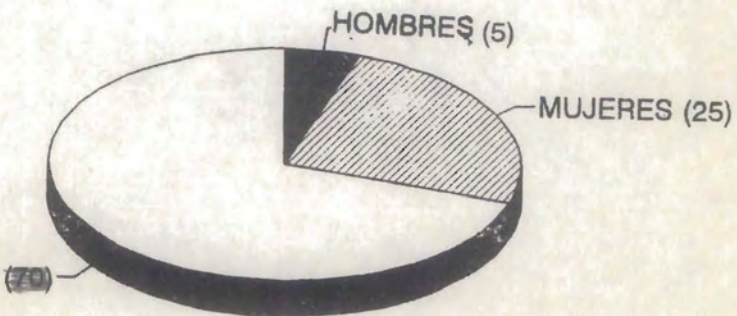
CIRUGIA	HOMBRES	MUJERES
CESAREA		32
PLASTIA UMBILICAL	1	27
COLECISTECTOMIA	2	21
APENDICECTOMIA	1	20
HISTERECTOMIA ABDOMINAL		16
SALPINGOCLASIA		16
PLASTIA DE PARED	1	13
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	5	12
OTRAS	1	9
OFOORECTOMIA		2
FUNDUPLICATURA GASTRICA	0	1
PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	1	

EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
TIPO DE PROGRAMACION

GRAFICA 2



70 ELECTIVAS



30 URGENTES

El sitio de eventración postquirúrgica tardía se observó en 78 pacientes a nivel de la línea media abdominal, en 11 en sitios múltiples, en 7 sobre el flanco derecho y en 4 sobre el flanco izquierdo de abdomen. (Gráfica 3). ✓

Los hallazgos quirúrgicos en la eventración postquirúrgica tardía se observaron en 58 pacientes con defecto aponeurótico de 1 a 5 cm. de diámetro, a 26 con defecto de 6 a 10 cm. y a 16 con defecto mayor a 10 cm. de diámetro. (Gráfica 4). ✓

~~25 pacientes se observaron defectos aponeuróticos~~
~~incluidos en el estudio (Gráfica 4).~~

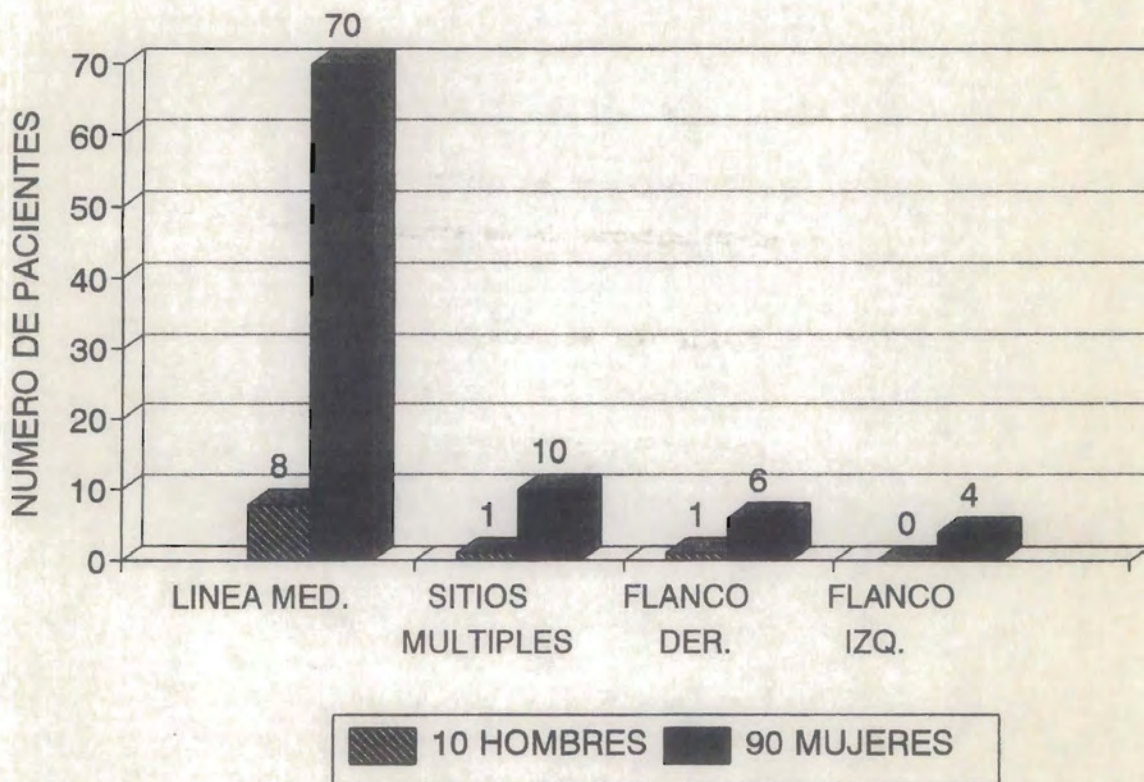
Las complicaciones de la eventración postquirúrgica tardía, se observaron en 25 pacientes con encarcelación y 4 con estrangulación intestinal (Gráfica 5).

El tratamiento quirúrgico de la eventración postquirúrgica tardía se realizó en 42 pacientes con técnica de cierre primario simple, en 23 con técnica de mayo, en 9 con técnica de sutura en "X", en 8 con colocación de prótesis de malla, en 7 con técnica de Lambert, en 4 con técnica de sutura en "U", en 4 sin descripción técnica y en 3 con técnica de Smead J. (Tabla 4). ✓

El uso de sutura en el tratamiento quirúrgico de la eventración postquirúrgica tardía se observó en 54 pacientes con vicryl, en 22 con daxon, en 13 con seda, en 9 con poliéster y en 2 con nailon. (Tabla 5). ✓

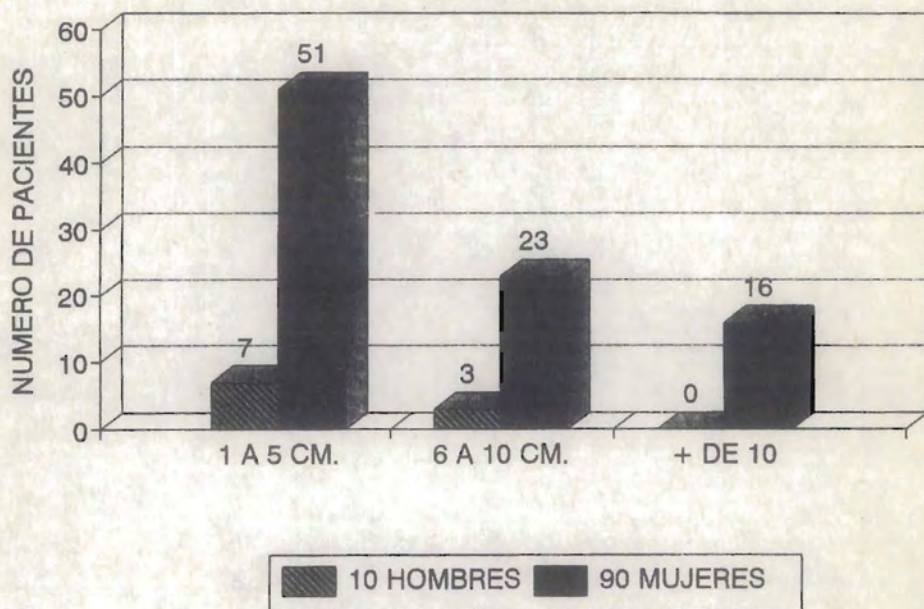
SITIO DE EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA

GRAFICA 3



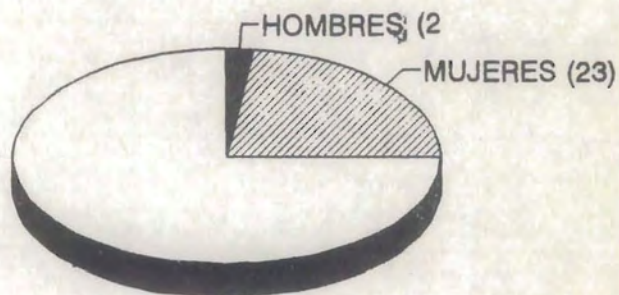
EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
DIAMETRO DEFECTO APONEUROTICO

GRAFICA 4



EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
COMPLICACIONES

GRAFICA 5



25 ENCARCELADAS



4 ESTRANGULADAS

TECNICAS QUIRURGICAS
EMPLEADAS EN EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
TABLA 4

TECNICA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CIERRE 1 ° <i>primario</i>	4	38	42
MAYO	3	20	23
EN "X"	1	8	9
PROTESIS DE MALLA	1	7	8
LAMBERT	0	7	7
EN "U"	1	3	4
OTRA	0	4	4
SMEAD J.	0	3	3

100

MATERIAL DE SUTURA
EMPLEADO EN EVENTRACION POSTQUIRURGICA TARDIA
TABLA 5

MATERIAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
VICRYL	6	48	54
DEXON	2	20	22
SEDA	1	12	13
POLIESTER	1	8	9
NAILON	0	2	2

100

DISCUSION

La Eventración Postquirúrgica Tardía en general ha sido considerada como una yatrogenia que ocurre con frecuencia relativa después de las operaciones abdominales con una presentación del 2 al 11 por ciento, ^{cuando} ~~cuando~~ se manifiesta pronto, otras hasta años después, aunque se han descrito factores predisponentes, sabemos que varios son modificados por el mismo cirujano, incluida la técnica empleada para la reparación (1-5).

La tasa de recurrencia informada en un 30 por ciento nos obliga aún más a tomar en cuenta que este problema amerita cautela y mayor interés en su prevención y tratamiento óptimo. Afortunadamente cada vez se cuenta con mayor recursos de materiales protéticos y de sutura para hacer un reparación sin tensión (3,6,7).

La técnica adecuada es la preferencia de cada cirujano siempre que se individualize cada caso de acuerdo a los factores y características del problema (6,7,16,19-22).

En el presente estudio los factores más comunes relacionados con la Eventración Postquirúrgica Tardía coinciden con los reportados por autores diversos. Sin embargo en lo referente al tratamiento se encontró que el cierre primario simple se utilizó más en nuestro medio en relación al cierre por capas y de colocación de prótesis en otros reportes.

CONCLUSIONES

1.- En el presente estudio se observó una incidencia de 5% de eventración postquirúrgica tardía (en un periodo de 2 años) los cual coincide con los reportes de investigación.

2.- El grupo etario en el que se presentó en mayor frecuencia la eventración postquirúrgica tardía fue el comprendido en la séptima década de vida, sin diferencia a otros reportes.

3.- Los factores de riesgo presentados en mayor grado fueron la gestación en mujeres, la ocupación con aumento de presión intrabdominal y el sobrepeso. No olvidando que se observó más frecuentemente en el sexo femenino, y en la cirugía ginecológica previa, similar a lo reportado en otros estudios.

4.- Las características más comunes de la eventración postquirúrgica tardía fueron, su presentación mayor en línea media abdominal, que el diámetro de 6 a 10 cm. del defecto aponeurótico fue el más común y que en 71 pacientes no hubo complicaciones.

5.- El tratamiento quirúrgico de la eventración postquirúrgica tardía más utilizado fue el de la técnica de cierre primario simple.

BIBLIOGRAFIA

- 1).- Lloyd. Nyhus, George D. Zuidema; Hernia. Shackelford, Cirugía del aparato digestivo. Ed. Panamericana Tercera edición 1993; Tomo V: 158-9, 195-7.
- 2).- Seymour I. Schwartz, Harold Ellis: Hernia. Maingot, Operaciones abdominales. Ed. Panamericana Octava edición 1989; Tomo I: 259,274-5,280-5,326-7.
- 3).- Thomas A. Santora, Joel J. Roslyn; Hernia Incisional, Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Ed. Interamericana 1993; 22: 597-610.
- 4).- Da silva-A, Petroianu-A: Incisional Hernias, Factors influencing development. South-Med-J 1991;84: 1500-4.
- 5).- Loh-Aj, Raj Kumar-Js: Anatomical repair of large incisional of hernia. Ann-R-Coll-Surg-Eng 1992; 74; 100-5.
- 6).- James B. Duke: Hernia. Sabiston, Patología quirúrgica. Ed. Interamericana Treceava edición 1988; Tomo I: 356-7.
- 7).- Arthur H. Keeney: Hernia incisional. Skandalakis Hernias, Anatomía y técnicas quirúrgicas. Ed. interamericana 1991: 13-8.
- 8).- Maio-A, Ruchman-RB: CT diagnosis of postlaparoscopic hernia. J-Comput-Assist-Tomogr 1991; 15: 1504-5.
- 9).- Pantan-ON , Pantan-RJ: Laparoscopic hernia repair. Am-J-Surg 1994; 167: 535-7.

- 10).- Champetier-J, Leutoublon-C, Chaland-P, Et al: The repair of recurrent postoperative incisional hernias. Objectives and therapeutic indications 68 cases. J-Chir. Paris 1990; 127: 191-9.
- 11).- Shaikh-NA, Shaikh-NM: Compative study of repair of incisional hernia. JPMA-J-Pack med-Assoc 1994; 44: 38-9.
- 12).-Hesselinik-V, Luijendl-D, De Wilt-JH. Et al: An evaluation of risk in incisional hernia recurrence. Surg-Gynecol-Obstet 1993; 176: 228-34.
- 13).- Waldrep-D, Shabot-NM, Hiatt-JR: Mature fibrous cyst formation after mesh ventral herniorrhapy, a newly described pathologic entity. Am surg 1993; 59: 716-8.
- 14).-Bleichrodt-Rp, Simmermacher-Rk, Van-Der-Lei, Et al: Expanded polytetrafluoroethylene patch versus polypropylene mesh for the repair of contaminated defects of the abdominal wall. Surg-Gynecol-Obstet 1993; 176: 18-24.
- 15).- Matapurkar-BG, Gupta-AK, Agarwal-AK; A new technique of Marlex peritoneal sandwich in the repair of large incisional hernias. Word-J-Surg 1991; 15: 768-70.
- 16).- Rubio-PA: Closure abdominal wounds with continuous nonabsorbible sutures, experience in 1697 cases. Int-Surg 1991; 76: 159-60.
- 17).- Lord-RS, Crozier-JA, Snell-J, Et al: Transverse abdominal incision compared with midline incisions for elective infrarenal aortic reconstruction, predisposition to incisional hernia in patients with increased intraoperative blood loss. J-Vasc-Surg 1994; 20: 27-33.

- 18).- Manninen-MJ, Lavoniuns M, Perhoniemi-VJ: Results of incisional hernia repair, A restrospective study of 172 unselecte hernioplasties. Eur-J-Surg 1991; 157: 29-31.
- 19).- Sahlin-S, Ahlberg-J, Granstrom-L, Et al: Monofilament versus multifilament absorbable sutures for abdominal closure. Br-J-Surg 1993; 80: 322-4.
- 20).- Kopcayk-Joeris D, Treutner-Kh, Toni-C, Et al: Incisional hernia causes an principles of repair. Zentralbl-Chir 1990; 115: 1161-7.
- 21).- Deitel-M, Alhindawi-R, Yamen-M, Et al: Dexon plus versus Maxon in fascial closure in morbid obesity. A prospective randomized comparison. Can-J-Surg 1990; 33: 302-4.
- 22).- Amid-PK, Shulman-AG, Lichtnstein-IL: Biomaterials for abdominal wall hernia surgery an principles of their applications Langenbecks-Arch-Chir 1994; 379: 168-71.
- 23).- Molloy-RG, Moran-KT, Waldron-RP, Et al: Massive incisional hernia abdominal wall replacement with Marlex mesh. Br-J-Sur 1991; 73: 242-4.
- 24).- Kranich-H: The treatment of large incisional and abdomen at hernias using a modification of E. Rehn's skin-flap. Zentralbl-Chir 1990; 115: 301-9.
- 25).- Pless-TK, Pless-JE: Giant ventral hernias an their repair A 10 years follow up study. Scand-J-Plast-Reconstr-Surg-Hand-S. 1993; 27: 311-5.

- 26).- Young-JS, Goco-I, Pennell-T: A new technique for repair of large hernias using starburst mesh closure technique. Am-Surg 1994; 60:160-2.
- 27).- Monaghan-RA, Mehan-S: Expanded polytetrafluoroethylene patch in hernia repair. J. Review of clinical experience. Can-J-Surg 1991; 34: 502-5.
- 28).- Wanta-GE: Incisional hernioplasty with Mersilene. Surg-Gynecol-Obstet 1991; 172: 129-37,
- 29).- Liakakos-TJ, Karanikas-I, Panagiotidi-H, Et al; Use of Marlex in the repair of recurren incisional hernia. Br-J-Surg 1994; 81: 248-9.
- 30).- Boonetilleke-GC: Synthetic mesh in the repair of incisional hernia. Ceylon-Med-J 1992;37 87-9.
- 31).- George E. Wants, F.A.C.S. : Incisional hernioplasty with Mersilene. Gynecol-Obstet 1991;12 129-36.
- 32).- Stephen Tsang, Robert Normand, Richard Karlin: Small Bowell obstruction. Am-Surg 1992; 5: 332-3.
- 33).- Chih-Hung Hsu, Chih-Chi Wang, Long-Bion Benjamin, Et al: Obturador hernia. A repor of 8 cases. Am-Surg 1993; 59: 709-11.
- 34).- George S. Ferzli, Aziz Massad, Francis A. Dysaiz, Et al: A Study of 101 patientes teated with extraperitoneal endoscopic laparoscopic herniorrhapy. Am-Surg 1993; 59: 707-8.
- 35).- Cheryl Durstein, Wendy Gram, Thomas R, Gadaiz, Et al: Comparison of adhesion formation in transperitoneal lareoscopic herniorrhapy techniques. Am-Surg 1994; 60: 157-9.

36) .- Ormond-NM, Panton-MB, F.A.C.S, Rhona J. Panton, Et al
Laparoscopic hernia repair. Am-Journ-Surg 1994; 167: 535-7.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 2 NORESTE
CENTRO MEDICO LA RAZA
HOSPITAL GENERAL

DR. SERGIO HERNANDEZ HERNANDEZ.
Especialidad: CIRUGIA GENERAL.

La Dirección del Hospital y la División de Educación e Investigación Médica, le extiende una cordial **FELICITACION** al concluir el **Curso de Especialización Médica de la Generación 1992-1995** y le exhorta a esforzarse cada día para que la atención médica que ofrezca sea de excelencia, de acuerdo al prestigio del Hospital donde se formó como Médico Especialista: El Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza. IMSS.

Atentamente.
"Seguridad y Solidaridad Social"


Dr. Emilio Villalobos Cuevas,
Director de la Unidad


Dr. Emilio Escobar Picasso
Jefe de la División de Educación
e Investigación Médica

/sgs.