

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

República de Guatemala, Centro América

HERNIA ESTRANGULADA

T E S I S

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA -

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

P O R

OSCAR A. LOPEZ PADILLA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.

Julio de 1966.

## I N T R O D U C C I O N

Tema del presente trabajo es un breve pero acucioso estudio sobre 221 casos de HERNIA ESTRANGULADA que se presentaron en un período de tres años consecutivos (1963-1964-1965) en el servicio de Emergencia de Adultos del Hospital General; y tiene como propósito fundamental -- dar a conocer objetivamente qué ocurre con el paciente que presenta una hernia estrangulada, es decir: cómo evoluciona ésta; cual es la gravedad del cuadro clínico; cuáles son sus principales manifestaciones, su frecuencia y finalmente su pronóstico, para concluir que frente a este cuadro agudo, salvo los casos en los cuales la integridad del intestino no se encuentra comprometida y pueden ser susceptibles de tratamiento médico (hernia encarcerada), el único tratamiento efectivo que existe es el quirúrgico, como medio para salvar la vida del paciente. Y corolario de este estudio es prestar mi modesta cooperación para que se dé atención más solícita a los pacientes que sufren la dolencia de que se trata, cuya gravedad no debe subestimarse en ningún caso ni considerarse la intervención como un simple acto operatorio exento de complicaciones; procurando antes bien, observar rigurosamente las precauciones que requiere toda intervención aguda, especialmente en casos como éstos en que los pacientes no han sido previamente preparados; que no se puede postergar su tratamiento; y que, por lo general, las condiciones en que se presentan son físicamente deplorables y de pronóstico reservado.

Es pues mi más ardiente deseo que este pequeño trabajo que, como indiqué antes, resume los casos que se presentaron en tres años en Emergencia de Adultos del Hospital General, logre sentar las primeras bases de un estudio más detenido; y, en todo caso, que sea un llamado de aten-

ción sobre la gravedad del cuadro clínico-quirúrgico que significa para un paciente que sufre de hernia estrangulada; y la necesidad y urgencia de prestarle la atención que corresponde.

### ANTECEDENTES

A mi paso por el Servicio de Emergencia del Hospital General, fué motivo de preocupación de mi parte evaluar la conducta observada con los pacientes que se presentaron con hernia estrangulada en busca de tratamiento; lo mismo que los resultados operatorios y el futuro inmediato de tales pacientes. Para una ilustración de mi trabajo, revisé la literatura nacional en lo referente a hernias; pero únicamente encontré aspectos relacionados con las técnicas operatorias; con las modificaciones que éstas han tenido; y con las complicaciones resultantes del uso de tales técnicas. También encontré estudios generales alusivos a la distribución o frecuencia de las hernias por edades, profesión, tipos, situación, recidivas, tratamiento y pronóstico de las mismas; e igualmente al tiempo de hospitalización de los pacientes; pero nunca pude hallar una información concerniente a los pacientes de hernia estrangulada que acudieron a la Emergencia en demanda de tratamiento. Frente a tan lamentable deficiencia y ante la necesidad de superarla, el presente trabajo tiene así innegable justificación como un paso inicial e inaplazable hacia el estudio formal en nuestro medio del importante tema de que me ocupo, estudio que habrá de redundar en beneficio seguro de los pacientes del tipo mencionado.

### OBJETIVO GENERAL:

Aunque el porcentaje de muertes del paciente de hernia estrangulada

operados en el Servicio de Emergencia del Hospital General no puede calificarse como alarmante, la cifra registrada sí es significativa y amerita tomar las precauciones necesarias para reducir al minimum riesgos que pueden ser prevenidos si se siguen con toda fidelidad las indicaciones de la técnica moderna. Señalar tales indicaciones, es el motivo básico de la tesis que hoy me honro en presentar.

#### MATERIAL:

Para el presente trabajo, se estudiaron los casos que se presentaron a la Emergencia del Hospital General, desde el 10., de enero de 1963 hasta el 31 de diciembre de 1965, es decir: durante tres años, y que fueron 221, a los cuales se les hizo el diagnóstico de HERNIA ESTRANGULADA, siendo sometidos a procedimientos quirúrgicos y al control de su evolución posterior.

#### METODO

Para el estudio de estos casos, se consideró la historia clínica de los adultos comprendidos de los 13 a los 85 años de edad; tipos de hernias; sexo; tratamiento pre y post-operatorio; tipo de operación efectuada; complicaciones; causas de muerte; recidivas; anestesia usada.

#### PLAN DE TESIS

- 1.- Aspecto histórico.
- 2.- Definición; tipos de hernias y su frecuencia.
- 3.- Anatomía de las regiones donde se presentaron las hernias.
- 4.- Cuadro clínico y tratamiento.
- 5.- Aspectos clínicos de los casos revisados atendiendo: a) Edad;

b) Sexo; c) Tipo de hernia; d) Localización de la hernia; e) Duración de la enfermedad; f) Síntomas más frecuentes; g) -- Estudio previo a la operación; h) Estado del paciente; i) -- Anestesia usada; j) Operación efectuada; k) Complicaciones - post-operatorias; l) Causas de muerte; m) Recidivas y su control.

6.- Resultados obtenidos.

7.- Discusión.

8.- Sumario.

9.- Conclusiones.

10.- Bibliografía.

## CAPITULO I

### BREVE RESEÑA HISTORICA

Es un hecho notorio que desde sus comienzos, preocupado el hombre por sus hernias, y careciendo de recursos eficaces para curarlas, se conformó con reducirlas, para lo cual, guiado por su instinto, se ingenió el uso de vendas o fajas para sujetarlas; y cuando no lo conseguía, recurría a la dieta, al reposo, al masaje, al uso de purgantes, a la -- inversión del paciente, a la sangría y a la aplicación de agua fría o -- de emplastos astringentes colocados en el respectivo sitio.

El tratamiento de la hernia comenzó entre los fenicios en el año - 900, antes de J. C., empleando una faja o compresas para sujetar la protrusión. Hipócrates, (400 años antes de J. C.) utilizó emplastos adhesivos. Celso, (siglo I después de J. C.) ligaba y escindía el saco; y extirpaba el testículo. Operaba la hernia umbilical; para las inopera-

bles no estranguladas utilizaba el antiguo "emplastrum contra rupturum", guardando cama el enfermo durante cuarenta días. Su método de vendar las hernias umbilicales en niños, difiere poco de los empleados en la actualidad. Areteo, de Grecia, escribió sobre la hernia en el siglo I: utilizaba métodos iguales a los de Celso. Sorano, de Efeso, (siglos I y II -- después de J. C.) fué el primero en describir la hernia del ovario y de la trompa de Falopio. Heliodoro (siglo II) desprendió el saco del cordón, lo retorció, lo ligó y por último lo extirpó. Oribasio (siglo IV), practicaba la ligadura y escisión del saco, liberándolo; así como la cauterización, a fin de estimular cambios fibróticos y reforzar las paredes de la región. Praxágoras, de Cos, y Celio Aureliano, hablaron de la hernia; el primero practicaba la taxis en casos de hernia estrangulada. Pablo de Egina, escribió sobre el tema; operaba utilizando la incisión abdominal transversa. Haly Abbas (994), operaba bastante la hernia. Avicenna (980-1037), describió el diagnóstico diferencial del enterocele y el epiplocele. Terapión, Avicena y Albucasis, (1122) trataban la hernia por cauterización después de haber puesto el saco al descubierto mediante escisión.

En los siglos XIII y XIV, los más notables cirujanos de hernias fueron: Roger de Salerno, Rolando, Guillermo de Salicet, Teodorico de Boloña, Lanfranc, de París; y Guy de Chauliac, de Montpellier. Este último no estaba conforme con ceder su trabajo a los barberos y hernistas, sino que operaba él mismo. Distinguió la hernia umbilical de la inguinal y la crural; parece que observó ya la hernia de muslo. Plater, fué el primero en dar a conocer la hernia vesical. La hernia diafragmática fué descrita por Fabricus Hildanus; el enterocele parcial, por Paré; y

la operación de hernia estrangulada, por Roussetus. La llamada "sutura real" prendiendo con alambre el saco herniario y separándolo del cordón, para ligarlo aparte en la hernia inguinal, fué practicada por Fabricio de Aquapendente; y el "Punctum aureum", por Ambrosio Paré. Estos estudios de los siglos XIV y XVI experimentaron un fuerte impulso en el siglo XVII. Littré y Méry dieron noticia de casos de hernia del divertículo de Meckel; Gimbernant hizo la descripción del ligamento que lleva su nombre; Mauchart escribió sobre la anatomía de la hernia crural; la Chausse describió la hernia ventral. El siglo XIX fué testigo de las clásicas monografías de Cooper y Scarpa y el inicio de las publicaciones de la era moderna sobre la hernia; además se hicieron rudas tentativas de curación de hernias provocando localmente sepsis, peritonitis y esclerosis mediante sedales y úlceras, inyectando extractos de Quercus alba y de yodo. Lawson Tait, empleó la laparatomía media para operar hernias, proponiéndola en 1933 como cosa corriente. Henry O. Marcy cerraba heridas asépticas por planos sin drenajes; y efectuó ensayos sobre la reconstrucción del conducto inguinal; en 1871, operando hernias estranguladas, reparó el anillo interno con catgut fenicado; y perfeccionó gradualmente la herniorrafia anterior a Bassini.

Largo sería enumerar uno a uno los avances que sobre la cirugía de la hernia se han producido hasta llegar a nuestros días con las técnicas usuales más difundidas y corrientes, como resultado de la preocupación que ha existido por encontrar la cura definitiva de la hernia y sus complicaciones; y evitar recidivas, cosa que es frecuente aún en las mejores manos.

## CAPITULO II

DEFINICION. TIPOS DE HERNIAS Y SU FRECUENCIA

DEFINICION:

"Una hernia abdominal es un defecto en la continuidad de las estructuras musculoponeuróticas de la pared abdominal (diafragma respiratorio y pélvico), congénito o adquirido, que permite la salida de cualquier estructura que no sea la que normalmente pasa a través de las paredes". Debe diferenciarse de "prolapso", término con que se designa a la salida de una víscera por una de las aberturas anatómicas normales; en este caso, la víscera no está cubierta por un saco. (4)

CLASIFICACION:

CONGENITAS: Las que existen al nacer, o inmediatamente después.

ADQUIRIDAS: Las que aparecen después del nacimiento.

POR SU LOCALIZACION:

- a) Hernias externas: Son las que protruyen al exterior, a través de las paredes; el saco y el contenido quedan situados debajo de la piel;
- b) Hernias internas: Son las que se forman en el interior del abdomen;
- c) Hernias inguinales: Son las que se forman en la región inguinal. Se las designa como directas: Cuando pasa a través de la pared inguinal posterior, por dentro de los vasos epigástricos inferiores, en el área limitada por el triángulo de Hesselbach. Es indirecta: la que atraviesa el anillo inguinal; sigue el curso del cordón espermático en el conducto y luego sale por el anillo inguinal subcutáneo; si el saco peritoneal congénito está completo se extiende hasta el escroto comunicándose con la vaginal del testículo; es entonces inguino-escrotal. Hernia por desliza-

niento: Es la variedad de la indirecta, en la cual una víscera (signoide, ciego o vejiga) se "desliza" en el saco y pasa a formar parte del mismo; se caracterizan por ser escrotales, son irreducibles y se estrangulan por excepción. Las hernias inguinales se llaman: directa-indirecta o en pantalón, cuando tienen doble saco herniario separado por los vasos epigástricos inferiores.

d) HERNIAS CRURALES: Son las que se manifiestan a través del anillo cru-  
ral;

e) Localizaciones varias: Ventrals, del obturador, lumbares, perineales, ciáticas, vaginales, pudendas y diafragmáticas;

f) Hernia de Spiegel: Aparece en la línea semilunar o por debajo de ella y por encima del punto donde los vasos epigástricos inferiores cruzan el borde externo del músculo recto abdominal;

g) Hernias intersticiales: Son las que se localizan entre las capas de la pared abdominal.

POR SU CONTENIDO:

Epiplotele: Contiene sólo epiplón.

Enterotele: Contiene intestino delgado.

Cistotele: Formadas por la vejiga urinaria.

Cecocele: Contiene el ciego.

Hernia de Richter: Es la que contiene parte de la circunferencia del -  
intestino.

Hernia de Littre: Es aquella en que el saco herniario contiene divertí-  
culo de Meckel.

Llámase hernia recurrente, a la que vuelve a aparecer después de -  
practicada una operación para combatirla.

Una hernia es reducible, cuando espontáneamente o por manipulaciones adecuadas puede volver a la cavidad abdominal (taxis).

Es irreducible: cuando ni espontáneamente ni por manipulaciones vuelve a la cavidad abdominal: es entonces incarcerada.

Si está comprometido el riego sanguíneo, se le llama estrangulada; y si no se atiende adecuadamente, en unas cuantas horas se vuelve gangrenosa.

Las hernias son susceptibles de estrangularse en cualquier momento; u ocurre que no se puede precisar cuándo se estrangulará una hernia incarcerated recientemente; y es más: este tipo de hernias puede tener obstruido el paso del contenido intestinal sin estar comprometidos el riego sanguíneo y el linfático; a estas hernias se les llama "hernias obstruidas".

Se estrangulan con mayor frecuencia los siguientes tipos de hernias: 1.- Hernias crurales o femorales; 2.- Hernias umbilicales del adulto; 3.- Hernias inguinales indirectas; 4.- Hernias inguinales directas, que son menos susceptibles y su estrangulación depende del tamaño del anillo o del defecto en la pared inguinal posterior. El tipo raro diverticular de hernia inguinal directa, no sólo se incarcerationa frecuentemente sino que puede estrangularse: ello es debido al pequeño anillo rígido a través de la pared inguinal posterior.

#### FRECUENCIA

Un resumen de 3395 hernioplastias practicadas en tres hospitales norteamericanos, (4) estableció la frecuencia de aparición de las hernias en el siguiente orden:

Hernia inguinal indirecta: 60.3% 10 veces más común en el hombre que en la mujer.

Hernia inguinal directa:	15.1%	Rara en la mujer.
Hernia crural:	3.3%	4 veces más frecuente en la mujer que en el hombre.
Hernia umbilical:	9.4%	Más en mujeres que en hombres.
Hernia epigástrica:	1.6%	Más frecuente en hombres que en -- mujeres.
Hernia quirúrgica:	9.1%	Variable.
Hernia diafragmática:	1.2%	Variable.

### CAPITULO III

#### ANATOMIA DE LAS REGIONES DONDE LAS HERNIAS FUERON MAS FRECUENTES

La anatomía de la región donde se presenta una hernia debe conocerse bien antes de cualquier intervención quirúrgica que tienda a su reparación, para lograrlo a cabalidad. A continuación se hace una breve descripción de las regiones donde fueron más frecuentes las hernias, así como de las estructuras anatómicas que se usan para su corrección.

ARCO CRURAL: Es una cinta fibrosa muy fuerte y resistente extendida de la espina iliaca anterosuperior a la espina del pubis; es una dependencia de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor; en su trayecto se encuentran: una porción externa que descansa y se adhiere íntimamente a la fascia iliaca; una porción media, libre, que corresponde a los vasos femorales; una porción interna, que descansa sobre el músculo pectíneo y corresponde a la región en que se refleja la aponeurosis del oblicuo mayor para constituir el ligamento de Gimbernat.

TENDON CONJUNTO: Está formado por la unión de los fascículos aponeuróticos de los músculos oblicuo menor y transversos, que fusionados --

en una estructura fuerte, van a fijarse en el borde superior del pubis, en su espina y en la cresta pectínea.

LIGAMENTO DE COOPER: Es un cordón fibroso, grueso, muy denso y resistente adherido a la cresta pectínea y que se extiende desde la espina del pubis hasta la eminencia iliopectínea. El ligamento de Cooper es el resultado de la unión en un mismo punto de varias láminas fibrosas; la aponeurosis del pectíneo, el ligamento de Gimbernat, el ligamento de Henle, el ligamento de Colles y la fascia transversalis pues todas van a buscar inserción en la cresta pectínea. Sin embargo, los fascículos fibrosos de estas diferentes aponeurosis no constituyen por sí solos todo el ligamento de Cooper; éste tiene además otros elementos y los principales de ellos parecen provenientes de la parte inferior de la línea blanca.

ANILLO CRURAL: Es un ancho orificio que comunica la cavidad abdominal con parte anterosuperior del muslo (triángulo de Scarpa) y da paso a los vasos femorales. De forma oval, redondeado o elíptico, aparece más bien como triangular, de tres bordes y tres ángulos. El borde anterior representado por la parte media del arco crural; el borde postero-externo, formado por la cinta iliopectínea que descansa sobre el psoas; el borde postero-interno, corresponde al borde externo, cóncavo, del ligamento de Gimbernat. Los tres ángulos: el externo corresponde a la separación de la cinta iliopectínea del arco crural; el ángulo interno, redondeado, está formado por el arco crural y la parte correspondiente del ligamento de Gimbernat; el ángulo posterior, corresponde a la eminencia pectínea y al ligamento de Cooper. Por este anillo pasan: la arteria femoral, que ocupa la parte externa aplicada directa-

mente contra la cinta iliopectínea, que la separa del nervio crural y de los fascículos carnosos del psoasiliaco; la vena situada por dentro de la arteria; entre la vena y el ligamento de Gimbernat existe un espacio ocupado por troncos linfáticos que remontan del muslo a la pelvis, encontrándose además el ganglio de Cloquet.

FASCIA TRANSVERSALIS: El músculo transverso del abdomen en su cara interna o profunda, tiene una aponeurosis que la cubre en toda su extensión y la aísla de los órganos más profundamente colocados. Es muy delgada y simplemente celulosa en su porción supraumbilical. Por debajo del ombligo presenta los caracteres anatómicos de otras aponeurosis resistentes. Por arriba se prolonga hasta el diafragma; por los lados se le puede seguir hasta el borde posterior del músculo transverso; por dentro llega hasta la línea media y aquí se fusiona con la del lado opuesto; por abajo termina en un espacio en forma de ángulo diedro que forman la unión de la pared abdominal anterior y la fosa ilíaca. Al lado de la línea media cubre la cara posterior de la vaina del músculo recto desde su extremidad superior hasta el arco de Douglas y por debajo de él cubre la cara posterior del músculo; es en esta región la única aponeurosis que forma la pared posterior de la vaina del recto mayor. Por abajo se inserta en el labio posterior del borde superior del pubis. En su borde inferior, si se examina fuera a dentro, se encuentra que la fascia transversalis se inserta en el labio interno de la cresta ilíaca y de la espina ilíaca anterosuperior. Entre esta espina y el anillo crural se inserta en la fascia ilíaca inmediatamente por detrás de la línea de unión de esta fascia con el arco crural; a nivel del anillo inguinal profundo penetra en él y desciende hasta el escroto formando al

testículo y al cordón una envoltura en forma de dedo de guante. Al --  
llegar al anillo crural encuentra los vasos femorales y se fija en su  
contorno y contrae con ellos, especialmente con la vena íntimas adhe-  
rencias; en el lado interno de ésta hay un espacio destinado a linfá-  
ticos y al ganglio de Cloquet; este espacio es cerrado por la fascia  
transversalis y se inserta esta aponeurosis en la cresta pectínea. -  
Esta porción es denominada septum crural o vaina femoral. Por dentro  
del anillo crural la fascia transversalis se extiende sobre la cara su-  
perior del ligamento de Gimbernat y van ambos a fijarse a la cresta pec-  
tínea; después de llegar a la espina del pubis pasa al lado opuesto se-  
gún se describió antes. Del estudio anatómico hecho por Mc Vay y An-  
son, sobre la región inguinal, según sus propias conclusiones, se des-  
prende que "en el ligamento inguinal no se insertan ni la aponeurosis  
del músculo transverso ni la fascia transversalis, su relación con --  
ellas es de simple contigüidad. Desde el punto de vista anatómico --  
este hecho es suficiente para buscar otra estructura de fijación. Ade-  
más, desde el punto de vista quirúrgico es una estructura débil mante-  
nida suavemente en su posición por la fascia vecina, siendo fácil des-  
prenderlo de su lecho con el dedo o con un instrumento romo, transfor-  
mándose en un simple borde libre de aponeurosis que se extiende de la  
espina ilíaca anterosuperior a la espina del pubis". Cuando se le --  
tracciona hacia arriba, simulando la acción de los músculos suturados  
a él, se desplaza hacia arriba lo suficiente para dejar completamente  
expuesta la parte interior de la región inguinal. En la reparación  
de las hernias indirectas grandes y en las directas, se recomienda que  
los planos inguinales se suturen al ligamento de Cooper y no al liga--

mento inguinal.

La pared posterior del canal inguinal, es un plano complejo, cuya porción más extensa está formada por la aponeurosis del músculo transversal abdominal y su fascia. La fascia transversalis es fácilmente -- separable del músculo transversal en su parte lateral, se va uniendo cada vez, a medida que se acerca a la parte media y la fusión es íntima cuando el músculo se vuelve aponeurótico. La fuerza de la pared posterior del canal inguinal es directamente proporcional al número de fibras aponeuróticas que contiene. En la parte más interna, cuando el músculo transversal es ya aponeurótico y contribuye a formar la vaina del recto, la inserción inferior de estas fibras se hace en el ligamento de Cooper, esta inserción continúa lateralmente hasta la parte interna del anillo crural, aunque las fibras aponeuróticas terminen a este nivel, la fascia transversalis continúa hacia abajo a través de la laguna vascular, y forma parte de la pared anterior de la vaina femoral. Hacia la parte media, a nivel del borde lateral de él, contribuyendo de esta manera sus fibras a formar la vaina del mismo. La fascia transversalis por el contrario pasa por detrás de él y le forma su fascia. "El músculo oblicuo interno, por lo general queda encima de esta área. No es un -- factor importante en la formación de las hernias inguinales y no debe -- entrar en la reparación de las mismas, a menos que sea aponeurótico y entonces debe incluirse en las suturas".

\*Un hecho importante de la anatomía de la región inguino-crural, referente a los tres tipos de hernia (exceptuando la variedad indirecta pequeña), es que todas dependen de un defecto en el mismo plano. Este plano es la aponeurosis del músculo transversal y la fascia que los re-

cubre en el área del triángulo de Hesselbach. Una hernia inguinal directa presiona hacia adelante a través de esta capa fascio-aponeurótica. -- Una hernia inguinal indirecta grande, interesa el área por su parte lateral; en aquellos casos en que la pared media del cuello de la hernia indirecta descansa sobre el músculo recto, la pared posterior está completamente destruída formando parte de la cubierta del saco herniario. En una hernia crural, el anillo se encuentra ensanchado hacia adentro a expensas de la inserción de la pared posterior del canal en el ligamento de Cooper, la parte interna del anillo queda en relación directa con el ligamento de Gimbernat. Esta circunstancia equivoca, pues hace pensar que la pared interna del anillo crural, la forma el ligamento de Gimbernat".

LINEA BLANCA: Lámina fibrosa, tendinosa, que ocupa la línea media del espacio comprendido entre los dos músculos rectos, entre el apéndice xifoides por arriba y el borde superior de la sínfisis pubiana por abajo. Es un rafe tendinoso, formado por entrecruzamientos en la línea media de las hojas aponeuróticas del oblicuo mayor, menor y transverso, este entrecruzamiento dá lugar, a la formación de trecho en trecho de algunos orificios, visibles en la capa peritoneal, que se encuentra en los tramos de unión entre el tejido celular sub-peritoneal y el tejido celular sub-cutáneo, causa de hernias a ese nivel.

OMBLIGO: Situado en la parte media de línea blanca, es el resultado de la obliteración de los vasos umbilicales y la transformación del anillo umbilical en una simple cicatriz. Ofrece el aspecto de una depresión cupuliforme, circunscrita por un rodete cutáneo; el rodete umbilical; - del fondo de la cúpula sale una eminencia llamada mamelón, separado del

rodete por un surco circunferencial, el surco umbilical, y presenta en su vértice la cicatriz umbilical. Comprende tres planos: el formado por la piel y el tejido celular sub-cutáneo; el plano aponeurótico y el tejido celular sub-peritoneal y peritoneal.

#### CAPITULO IV

#### CUADRO CLINICO. TRATAMIENTO

CUADRO CLINICO: El paciente con una hernia estrangulada, se presenta usualmente con una historia de hernia que él mismo se reducía o que se reducía espontáneamente, por cierto tiempo antes de la consulta; dicha masa herniaria no se redujo o no fué posible reducirlo; al mismo tiempo que en la zona de la hernia o en el abdomen se instaló dolor. En otras ocasiones la historia puede no ser tan clara, ha sido descrito, por ejemplo, que una hernia femoral puede estrangularse en su primera aparición.

Los síntomas y signos de la hernia estrangulada dependen desde -- luego de la viscera que ha sido atrapada en la hernia; se considera que la incidencia mayor de vísceras estranguladas le corresponde al intestino delgado.

Los síntomas cardinales de la hernia estrangulada son: náusea, -- vómitos y dolor abdominal; sin embargo estos síntomas le son comunes -- en una variedad de procesos patológicos abdominales (obstrucción intestinal, etc.).

El dolor es usualmente de tipo cólico, referido a veces a la región umbilical y al epigastrio. El dolor puede estar localizado al hipogastrio si se encuentra comprometido al intestino grueso.

Se describe entre la sintomatología de la hernia estrangulada la constipación, la cual no siempre se encuentra presente y se cita que la diarrea puede encontrarse ocasionalmente.

A pesar de lo evidente que resulta una hernia, la tumoración herniaria puede pasar desapercibida o la hernia puede ser considerada únicamente como irreducible sin relacionarla con el cuadro clínico.

Además se encuentra tensión sobre la masa herniaria, lo cual es -- más evidente en las hernias umbilicales e inguinales, siendo menos aparente en las hernias femorales.

Se puede encontrar también distensión, en el abdomen, pero esto -- se hace evidente en la fase tardía, ya que al inicio es sumamente raro.

TRATAMIENTO: El tratamiento se puede dividir en dos fases, a) fase pre-operatoria y b) fase operatoria.

a) Fase pre-operatoria: consiste en: instalar succión gástrica -- continua (sonda nasogástrica) la cual tiene el objeto de evitar distensión gástrica, impedir que haya aspiración de vómito durante la anestesia (situación bastante frecuente), y disminuir dilatación intestinal si ya existía.

Durante esta fase deben tomarse muestras sanguíneas a efecto de -- practicar los exámenes siguientes: hematocrito y Hb, dosificación de -- electrólitos (Na, K y cloruros) urea y N.N.P., y reserva alcalina, así como también una fórmula leucocitaria y una eritrosedimentación.

Dependiendo de cada caso, se administraran líquidos endovenosos ya sea sangre, solución mixta (Dextrosa en solución) salinas, plasma o plasma expansores, con el objeto de corregir el shock hipovolémico y corregir las deficiencias electrolíticas, adicionando potasio se considera --

conveniente.

b) Fase Operatoria: En esta fase del tratamiento se aconseja utilizar incisiones semejantes a las utilizadas en hernias no complicadas, - sin embargo en hernias femorales es aconsejable el acceso a través de una incisión por arriba del arco crural, ya que el cuello de la hernia es de difícil acceso en estas circunstancias (edema, etc.).

Media vez ha sido disecado el saco herniario, debe abrirse éste e inspeccionarse, comprobando que no ha habido perforación o proceso infeccioso en el saco, antes de ser abierta la cavidad peritoneal. El paso siguiente consiste en liberar la constricción a nivel del cuello del saco. Según sea el caso, si la parte visceral herniada es viable o no, se hará una resección intestinal y por último una técnica de reparación herniaria, que se aconseje para el caso.

#### CAPITULO V

##### ASPECTOS CLINICOS DE LOS PACIENTES REVISADOS

Quando en nuestro medio consultan a la Emergencia del Hospital General pacientes que presentan un cuadro de hernia estrangulada, generalmente se trata de personas de más de 35 años de edad, con hernias cuya aparición inicial data de mucho tiempo (ha variado desde los 6 meses hasta -- los 25 años), período durante el cual tuvieron alguna vez síntomas y -- signos de estrangulación pasajera que cedió con reposo y dieta, o por -- maniobras que el propio paciente ha aprendido a practicar. Siempre existe el criterio que la operación de hernia en un paciente de más de 50 -- años es un riesgo quirúrgico que con facilidad puede llevarlo a la muerte y por lo tanto prefiere el tratamiento conservador de eludir o postergar la operación, limitándose a usar bragueros. Por las razones antes apun-

tadas es que el paciente con una hernia estrangulada externa de cualquier tipo, o encarcerada con obstrucción, cuando llega a la Emergencia del Hospital, lleva más de 6 horas de sufrimiento, por lo que su estado general es precario, siendo así que, las condiciones operatorias son riesgosas, a lo que hay que agregar que la condición física del paciente por lo común es deficiente o mala. Se ha dado el caso de que algunos pacientes, teniendo una hernia estrangulada, en situación delicada, se niegan a someterse a la intervención quirúrgica, haciéndose imperiosa la mediación de la familia para conseguir realizarla. El interrogatorio que se le practica es breve.

En el examen físico de los 221 casos evaluados, se dá más importancia al lugar de la hernia y a la diferenciación clínica que a las condiciones generales del paciente, como son: la presión arterial; el pulso; la temperatura; el estado del corazón y el examen pulmonar. Esto, como es natural, no refleja en el estudio clínico la situación real del paciente de Emergencia, que en breve tiempo será sometido a una operación. A lo anteriormente mencionado podemos agregar que los exámenes del laboratorio que se practican, generalmente se limitan a una simple rutina hematológica (hemoglobina, hematocrito, eritrosedimentación, recuento globular y fórmula leucocitaria).

Aunque como podrá verse en el cuadro adjunto, a la mayoría de pacientes mencionados no se les hizo previamente ningún examen de laboratorio, por lo que en personas de más de 50 años de edad se ignoró la posibilidad de que padecieran de insuficiencia renal, diabetes, etc. Se argumenta que tales deficiencias se deben a la cantidad de personas que consultan a la Emergencia por distintos motivos; al poco personal -

para-médico; y a lo tardado que es a veces el informe del laboratorio, todo lo cual no descarta el hecho de que exista cierto menosprecio hacia el cuadro de hernia estrangulada, considerándolo como una cosa sencilla y de fácil solución, esto es: que se corrige con una intervención quirúrgica.

Los síntomas y signos encontrados con mayor frecuencia en el presente estudio han sido: dolor localizado en el área de la hernia, náuseas, muchas veces vómitos, anorexia, debilidad general, constipación, desasosiego, refirieron los pacientes a veces haber tenido febrículas o haber presentado fiebres francas; se quejaron a veces de disuria, no expulsión de gases. En algunos de nuestros casos, el paciente llegó con hipotensión, DHE, íleo paralítico. El diagnóstico fué fácil hacerlo, puesto que se observó una masa protruyendo en la pared abdominal, dolorosa a la palpación profunda e irreducible, con historia de una masa herniaria que anteriormente se reducía.

TRATAMIENTO UTILIZADO: El tratamiento empleado en el servicio de Emergencia del Hospital General, varía según las condiciones de cada caso. Si el paciente tiene pocas horas de evolución, con condiciones generales aceptables y se considera que la viabilidad del intestino no ha sido comprometida, entonces se dá prueba de tratamiento médico, considerándose como caso de hernia encarcerada. El tratamiento utilizado en estos casos consiste en: posición de Trendelenburg, sedación y relajación del paciente (utilizando anti-espasmódicos o sedantes); hielo o calor local (según preferencia personal). También opiáceos I.M.

Si el caso evoluciona favorablemente, es decir la hernia se reduce, entonces, el paciente es ingresado a un servicio interno con la --

indicación de observarlo por no menos de veinticuatro horas.

Si por el contrario después de un tiempo prudencial de tratamiento médico, la hernia no se reduce, entonces se procede a la intervención quirúrgica.

Sólo que el paciente tenga manifestaciones francas de hipotensión, DHE marcado, insuficiencia cardíaca, etc., o que haya referido tener alguna enfermedad asociada, se ha procedido a su tratamiento correspondiente.

La medicación pre-operatoria empleada en todos los casos ha sido: Atropina 0.5 mgs., Demerol 100 mgs., rara vez se utilizó morfina (0.01 g) todos por vía I.M.

Los casos que han tenido una respuesta favorable al tratamiento médico no están incluidos en el presente estudio.

ANESTESIA UTILIZADA: Por lo común se ha utilizado en un 95% de los casos, como anestesia, éter-oxígeno, con inducción a base de surital o pentotal. Rara vez la anestesia raquídea y sólo que las condiciones del paciente hayan sido sumamente graves se utilizó la anestesia local o en algunas oportunidades fué combinada anestesia local y pequeñas cantidades de surital o pentotal goteado.

El período de la operación varió dependiendo del tipo de hernia y las complicaciones técnicas encontradas. Sin embargo, se puede decir que el tiempo promedio osciló de una hora a tres horas.

El post-operatorio fué el adecuado a cada caso, haciéndose notar que de rutina se utilizaron antibióticos, de preferencia penicilina-estreptomicina y a veces cloranfenicol.

## CAPITULO VI

RESULTADOS OBTENIDOS

Estos aparecen incluidos en los cuadros adjuntos donde se analizan los casos presentados de acuerdo a edad, sexo, tipo de hernia, localización, complicaciones, causas de muerte, recidivas, anestesia usada y tipo de operación efectuada.



		15-25 años	26-35 años	36-45 años	46-55 años	56-65 años	66-75 años	76-85 años
Hernia Crural	M	5	4	13	19	12	13	3
	H	2	2	3	4	3	4	1
Hernia Umbilical		1	9	11	8	1	2	
Hernia Inguinal	M	5	3	2	6	1	4	1
	H	10	9	9	5	6	4	
Hernia Inguino-Escrotal		3	3	3	2	1	5	
Hernia Epigástrica	M							
	H			2		1		
Hernia Incisional	M		2	1	3	1	3	
	H							1
Hernia Diafragmática			1					
Hernia Crural Richter	M			1		1	1	
	H							
Hernia Inguinal Richter	M							
	H				1			

RESUMEN DE LAS COMPLICACIONES Y CAUSAS DE MUERTE:

- HERNIA CRURAL I.M.: Muerta. DHE. Shock. 70 años de edad. Anestesia local. Examen físico incompleto. No exámenes de laboratorio. Falleció dentro de las 24 horas post-operatorio. No hubo resección intestinal ni de epiplón.
- HERNIA INGUINAL I.M.: 67 años de edad. Eter. Perforación intestinal suturada. Peritonitis secundaria. Bronconeumonía post-operatoria. No resección intestinal. Rutina hematológica. Post-op. de más de 15 días.
- HERNIA UMBILICAL M: 30 años de edad. Eter. Tos. Examen físico incompleto. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I.M.: 67 años de edad. Eter. Bronconeumonía. Rutina hematológica. Post-op. de más de 15 días.
- HERNIA CRURAL D. M.: 47 años de edad. Eter. Duplicación morfina-demerol en pre-operatorio. Resección intestinal por necrosis del intestino. Laparotomía. Muerte por shock post-op. Examen físico deficiente. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA UMBILICAL M: 60 años de edad. Eter. Infección de la pared de la herida operatoria. Cierre secundario. Post-op. de más de 15 días. Rutina hematológica.
- HERNIA INGUINAL I.M.: 73 años de edad. Eter. Congestión pulmonar bilateral. Rutina hematológica.
- HERNIA CRURAL I.M.: 70 años de edad. Surital goteado. Dx. de neumonía pre-op. Resección de epiplón. Muerta en Sala de Operaciones: paro cardíaco. Rutina hematológica.
- HERNIA CRURAL I.H.: 74 años de edad. Raquia. Retención aguda de orina por hipertrofia prostática (operado posteriormente). Rutina hematológica.
- HERNIA CRURAL D.M.: 55 años de edad. Local. Necrosis intestinal. Resección. Examen físico incompleto. Rutina hematológica. Muerte por shock irreversible post-op. inmediato dentro de las 24 horas.
- HERNIA CRURAL I.M.: 46 años. Eter. Colocación sero-sanguínea herida operatoria, no infectada. Examen de laboratorio incompletos.

- HERNIA INGUINAL D.M.: 35 años. Raquia. Dx. pre-op. Ca gástrico e hipertensión. Resección del ovario derecho y epiplón necrosado. No exámenes de laboratorio. --  
Muerta por shock irreversible durante 3 días --  
post-op.
- HERNIA INGUINAL I.M.: 39 años. Raquia. Cefalea durante tres días. --  
No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I.H.: 40 años. Eter. Tos. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL D.M.: 66 años. Eter. Tos. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA UMBILICAL M: 38 años. Eter. Asma, post-op. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA UMBILICAL M: 27 años. Eter. Gripe. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I. M.: 24 años. Eter. I.R.S. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I.M.: 47 años. Eter. Shock post-op. de 48 horas de duración reversible. No resección. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I.M.: 44 años. Eter. Se abre vejiga durante la operación, por adherencias firmes del saco herniario; fué suturada. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL D.M.: 55 años. Eter. Resección de intestino y epiplón. Herida infectada, cierre por 2a., intención.
- HERNIA UMBILICAL M.: 36 años. Eter. Tos. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL D.M.: 54 años. Eter. Muerta por shock post-op. y sospecha de embolia pulmonar. (48 horas después). --  
Examen físico incompleto. Rutina hematológica.
- HERNIA INGUINAL D.H.: 30 años. Eter. Absceso de la pared abdominal --  
herida operatoria: cierre por 2a., intención. No examen de laboratorio.
- HERNIA INGUINAL I.H.: 75 años. Eter. Resección epiplón. Diarrea --  
post-op. DHE. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA DIAFRAGMATICA  
I. H.: 35 años. Eter. Se presentó dos meses después --  
de herida penetrante de abdomen. Cólón, estómado,  
fleon en torax. Murió paro cardíaco en Sala Operaciones. Paciente en malas condiciones. Sin --  
exámenes de laboratorio.

- HERNIA INGUINAL I.H.: 48 años. Eter. Orquitis.
- HERNIA INGUINAL I. M.: 70 años. Eter. Resección de epiplón. Infección herida operatoria un mes después. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA INGUINAL D.M.: 47 años. Eter. Resección intestinal. Absceso de la pared. Cierre 2a., intención.
- HERNIA INGUINAL I.H.: 55 años. Eter. Absceso de la pared.
- HERNIA CRURAL I.M.: 41 años. Raquia. Hematoma subcutáneo. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA UMBILICAL M: 50 años. Eter. Resección intestinal y epiplón. Retención de orina post-op. por 24 horas.
- HERNIA CRURAL I.H.: 57 años. Raquia. Resección intestinal. Infección de la herida operatoria.
- HERNIA CRURAL I.M.: 84 años. Local Resección epiplón. DHE., y -- shock pre-operatorio que se corrigió.
- HERNIA UMBILICAL M: 39 años. Eter. Tos. Hipotensión. Transfusión sanguínea.
- HERNIA INGUINAL I.M.: 50 años. Eter. Hemorragia en el saco herniario. Laparatomía para cohibir hemorragia.
- HERNIA CRURAL D.M.: 69 años. Local. Oclusión intestinal y necrosis. shock. D.H.E. Muerta dentro 24 horas post-op. Mal estado general. No exámenes previos.
- HERNIA INGUINO ESCROTAL: D: 68 años. Eter. Mal estado general. Muerto -- por D.H.E. Shock post-op. No exámenes previos.
- HERNIA INGUINO ESCROTAL D: 62 años. Eter. Presentó dos meses después infección herida operatoria y eliminación de hilo de sutura. No exámenes.
- HERNIA UMBILICAL M: 33 años. Eter. Tos. Febrícula.
- HERNIA INGUINAL D.H.: 42 años. Eter. Catarro. Edemas del escroto.
- HERNIA INCISIONAL M: 50 años. Eter. Tos. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA INGUINO-ESCROTAL I: 30 años. Eter. Edema del testículo y escroto. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA INGUINAL I.H: 47 años. Eter. Tos. Edema del escroto.

- HERNIA CRURAL I.M.: 61 años. Eter. Laparatomía por hemorragia del epiplón. Muerta por insuficiencia cardíaca -- post-op.
- HERNIA CRURAL I.M.: 24 años. Eter. Cefalea.
- HERNIA INGUINAL I.M.: 40 años. Eter. Retención de orina por 72 horas. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA INGUINAL D.M.: 53 años. Eter. Muerta por bronconeumonía bilateral, microembolias pulmonares más evidentes en el lado izquierdo, (Autopsia) DHE 24 horas post-op. No examen de laboratorio.
- HERNIA INGUINAL D.M.: 15 años. Eter. Perforación intestinal oclusión intestinal por bridas. 7 días después de la hernioplastia, por dejar áreas despulidas en el intestino delgado.
- HERNIA CRURAL D. H.: 65 años. Raquia. Diarrea post-op. No exámenes.
- HERNIA INGUINO-ES--  
CROTAL D: 17 años. Eter. Edema del escroto. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA UMBILICAL M: 55 años. Eter. Resección intestinal. Inconsciente por 3 días. No exámenes de laboratorio.
- HERNIA CRURAL I.M.: 33 años. Eter. Fístula vésico-cutánea post-op. 20 días hospitalización.

CAPITULO VII

DISCUSION

Entre los resultados obtenidos de los 221 casos, se observa predominantemente la mayor frecuencia en la mujer, las que eran multiparas en un 98%, demostrándose así la influencia del embarazo sobre la aparición de hernias en nuestro medio; y en el hombre más que todo, se encontró en personas de edad, que tuvieron oficios pesados. Sin embargo, no podemos subestimar el estado nutricional de estos pacientes, que en su mayoría osciló de regular a malo. Es notoria la tardanza con que el paciente con hernia que se estrangula llega al Hospital, lo cual complica más su situación, pues muchas veces el resultado son cuadros graves que pueden -- ser mortales. Se observa en la evaluación de los casos revisados cierta indiferencia en el interrogatorio, examen físico y la correcta evaluación del riesgo quirúrgico, así como los exámenes de laboratorio, pues en el 64.3% de los casos no se les practicó ni un sólo examen, lo cual es una deficiencia imperdonable, sobre todo si en el interrogatorio no se investigan enfermedades anteriores o presentes concomitantes a la hernia, para tomar las precauciones del caso. Se dejaron pasar muchos casos de DHE, el cual en algunas oportunidades fue <sup>causa</sup> de muerte y bien pudo ser corregido mientras se le preparaba para la operación, e igualmente menciono algunos estados anémicos que requerían transfusión inmediata; pues -- hubo casos cuyo hematocrito o hemoglobina fueron normales o elevados por el DHE y luego al hidratárseles disminuyeron, resultando pacientes anémicos.

En cuanto a la medicación pre-operatoria, considero que la Hmeperidina o sucedáneos debe reservarse a casos donde no existe hipotensión o

mal estado general, pudiendo omitirse o emplear sólo atropina, para no agravar más la condición del paciente.

La anestesia fué con éter casi exclusivamente, aun en casos en que no se debió usar. Llama la atención que no se disponga de otro tipo de anestesia, como epidural, óxido nitroso, ciclo propano o que se utilice la raquídea más frecuentemente, así como la anestesia local cuando el riesgo anestésico sea mayor.

En cuanto a la técnica a utilizarse, ésta varió de acuerdo al caso, siendo la más usada en hernias inguinales y crurales la de Mc Vay, luego Bassini, así como el cierre del anillo crural con puntos del arco crural a la fascia del pectíneo; se utilizó además, el cierre simple del anillo inguinal interno (Mc Vay I) y la técnica de Zimmerman en unos casos y -- Ferguson en otro. En la hernia umbilical sólo se utilizó la técnica de Mayo.

Las recidivas se controlaron solamente por el historial clínico del paciente que no volvió al Hospital a consulta por su hernia, encontrándose sólo 9 recidivas en un tiempo de observación que osciló de 7 meses a 3 años.

Se hace notar que es lamentable la poca importancia que se le dá - al paciente operado por el servicio de Emergencia en los Servicios Internos del Hospital General en cuanto a su cuidado, pues hay servicios en los que ni siquiera anotan en sus registros el ingreso de los pacientes; cuando es a éstos a los que debe prestárseles mayor atención y mejores cuidados de enfermería por su falta de preparación pre-operatoria. Es mi intención que se corrija tal anomalía, no como una crítica mal -- intencionada sino como un propósito sincero de conseguir el efectivo -- bienestar del paciente de Emergencia que ha sido operado.

Los records operatorios, en algunas oportunidades fueron escuetos, sin embargo, se reconoce que sí se anotaron algunos incidentes operatorios casuales, lo cual demuestra responsabilidad y honradez.

El presente trabajo tuvo algunas dificultades en su desarrollo como fue la búsqueda de los registros clínicos: unas veces porque no se anotaron en los libros de los Registros Internos o se hicieron mal, lo cual - entorpece especialmente una labor de investigación. En el caso de mujeres, se confrontó el problema que aparecen con el apellido de casada y en los registros están como solteras.

En los 11 casos fallecidos, se trató de pacientes sumamente graves por el tiempo de estrangulación de la hernia, así como el mal estado general y la edad de los mismos. Sin embargo, podemos decir que debieron tomarse algunas medidas más adecuadas en el pre-operatorio (anestesia) y mayores cuidados de enfermería en el post-operatorio, lo que a veces dificultase por razones que no vienen al caso comentar. Se acepta también que muchos pacientes gravísimos, salieron adelante sin mayores contratiempos, con el mismo procedimiento aplicado a los demás, pero esto no justifica que no se corrija tal anomalía.

#### COMPLICACIONES

El tipo de hernia estrangulada que dió más complicaciones fue la - crural operatoria y post-operatoriamente. De los 88 casos ocurridos, - 21 fueron complicados, correspondieron 17 a mujeres y 4 a hombres. En segundo lugar, la hernia inguinal pues de 64 casos se complicaron 16: - 8 en mujeres y 8 en hombres.

De los 32 casos de hernia umbilical, 10 se complicaron.

De los 14 casos de hernia incisional, 1 se complicó.

En los 17 casos de hernia inguino-escrotal, 3 se complicaron.

### MUERTES

La hernia estrangulada que más muertes ocasionó fué la crural, de 11 casos 8 corresponden a este tipo, especialmente en mujeres.

Hernia inguinal: 1 muerte en mujeres.

Hernia inguino-escrotal: 1 caso (hombre).

Hernia diafragmática (hombres post-traumática): 1 caso.

Causas de muerte más frecuentes: Shock; DHE; y bronconeumonía e - insuficiencia cardíaca.

El porcentaje de defunciones de los 221 casos fué de 4.9%.

Anestesia principalmente usada: Eter-oxígeno en el 98% de los casos.

Tipos de hernioplastia utilizados: Mc Vay II: 124 casos; Bassini: 25 casos; Zimmerman: 3 casos; Ferguson: 1 caso; Cierre anillo crural: 16 casos; Cierre anillo inguinal: 7 casos; Mayo para hernia umbilical: 32 casos.

## CAPITULO VIII

### SUMARIO

El estudio realizado y el análisis de los resultados obtenidos -- demuestran lo siguiente:

Que los casos de hernia estrangulada que se presentan a la Emergencia del Hospital General ocurren en pacientes de más de 35 años, que -- llegan en condiciones precarias, con tiempo de evolución de más de 8 horas y a veces hasta con 8 días de evolución.

RESUMEN DE LOS CASOS REVISADOS

HERNIAS CRURALES (88 casos): 40.8% del total, siendo más frecuentes en un 79.5% en mujeres, correspondiente a hombres el 20.5%.

HERNIA INGUINAL (65 casos): 25.9% del total, de las cuales el 66.2% fueron hombres y el 33.8% mujeres.

HERNIA UMBILICAL (32 casos): 15.4% del total. 100% de los casos correspondieron a mujeres.

HERNIA EPIGASTRICA (3 casos) 1.3% del total. 66.7% hombres y el 33.3% mujeres.

HERNIA INGUINAL RICHTER (1 caso): 0.4%. 100% hombres.

HERNIA CRURAL RICHTER (3 casos): 1.3% del total. 66.7% mujeres y el 33.3% hombres.

HERNIA INCISIONAL (11 casos): 4.9% del total. 99% mujeres y el 1% hombres.

HERNIA INGUINAL ESCROTAL (17 casos): 7.6% del total. 100% hombres.

HERNIA DIAFRAGMATICA (1 caso): 0.4% del total. 100% hombres.

HERNIA BILATERAL (6 casos): 50% hombres y 50% mujeres.

EXAMENES DE LABORATORIO PRACTICADOS: Pacientes a los cuales se les hizo rutina hematológica: 79 casos, equivalente al 35.7% quedando sin ningún examen de laboratorio el 64.3%.

RECIDIVAS: 9 casos; 3 de hernia crural; 2 de hernia umbilical y 4 de hernia inguinal.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: Varió de 7 días hasta los 30.

Es de hacer notar que se utilizaron antibióticos (penicilina y estreptomicina a veces clorafenicol) de rutina en todos los pacientes;

y que a pesar de eso hubo infecciones en la pared abdominal, no determinándose el germen causal.

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES

- 1.- Se han revisado 221 casos de hernia estrangulada que se presentaron a la Emergencia del Hospital General, durante los años 1963-1964-1965.
- 2.- La incidencia mayor con relación al sexo fué:  
Mujeres..... 138 casos ..... 62%  
Hombres..... 84 casos ..... 38%
- 3.- En relación al tipo de hernia estrangulada:  
Hernia crural: 88 casos; Hernia inguinal: 65 casos; Hernia umbilical: 32 casos; Hernia inguino escrotal: 17 casos; Hernia incisional: 11 casos; Hernia epigástrica: 3 casos; Hernia Crural de Richter: 3 casos; Hernia diafragmática: 1 caso; Hernia inguinal de Richter: 1 caso.
- 4.- La hernia estrangulada debe ser considerada como un cuadro de abdomen agudo, cuyo tratamiento es quirúrgico.
- 5.- Toda hernia abdominal es susceptible de estrangularse en cualquier momento. Considerándose como de estrangulación excepcional la inguinal directa.
- 6.- En la realización del presente trabajo fue notoria la forma deficiente en que estos pacientes son manejados en el Servicio de Emergencia del Hospital General, bajo el punto de vista: Laboratorio, exploración clínica del enfermo, en la indicación del anestésico - que se adapte a cada caso en particular y en cuidados de enfermería

post-operatorio.

- 7.- El porcentaje de mortalidad de la hernia estrangulada en los 221 casos estudiados fué del 4.9%. Causas más frecuentes de muerte DHE, shock y bronconeumonía.

#### RECOMENDACIONES

- 1.- El paciente debe ser interrogado y examinado adecuadamente, tomándose en consideración que será sometido a intervención quirúrgica.
- 2.- El pre-operatorio y anestesia deben ser de acuerdo al estado de gravedad del paciente, procurándose que la operación dure el menor tiempo posible.
- 3.- Realizar los exámenes de laboratorio adecuados, debiendo ser de obligación: rutina hematológica (Hb-Ht-fórmula leucocitaria y eritrosedimentación), tiempo de coagulación y sangría, orina. En pacientes de más de 45 años de edad: Química sanguínea, glicemia, RX de torax, EKG. Si fuera necesario placa vacía de abdomen.
- 4.- En los servicios internos del Hospital General debe prestársele mejor atención y cuidados más solícitos a los operados de emergencia; no olvidándose anotar con claridad el nombre del paciente con dos apellidos y número de historia clínica.
- 5.- Bajo el punto de vista archivos hospitalarios es necesario que se les anote el nombre completo y dos apellidos. Cuando sea mujer casada, el primero de soltera y el del esposo para evitar dificultades de control.
- 6.- Al paciente debe lavársele con jabón antiséptico y éter el área

de la pared abdominal donde se practicará la operación quirúrgica con el propósito de disminuir en lo posible las infecciones de heridas operatorias.

- 7.- Debe considerarse la posibilidad de un DHE en pacientes que tienen más de 12 horas de tener estrangulada la hernia, y sobre todo si han vomitado, tienen fiebre, náuseas o que no hayan ingerido líquidos, para corregirlo inmediatamente.

Oscar López Padilla,

Dr. José Ramiro Rivera Alvarez,  
ASESOR.

Dr. Rodolfo Soto Speyer,  
REVISOR.

Dr. Rodolfo Solís H.  
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO  
DE CIRUGIA.

Dr. Ernesto Alarcón,  
SECRETARIO.

Vo. Bo.i

Dr. Julio de León M.  
DECANO.

BIBLIOGRAFIA CITADA Y CONSULTADA

- 1.- Thorek, Max. Técnica Quirúrgica Moderna. 2a. ed. Barcelona, Salvat Editores, S. A. 1953. P.p. 2555-2681.
- 2.- Testut L. y A. Latarjet. Tratado de Anatomía Humana. 9a. ed. Barcelona. Salvat Editores, 1954. P. p. 940-987.
- 3.- Thorek, Philip. Diagnóstico Quirúrgico. México. Editorial - Interamericana, 1957. P.p. 227-237.
- 4.- Mc Vay, Chester B. Hernia. En Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. Ed. Loyal Davis. 8a. ed. México. Editorial Interamericana, 1965. P.p. 457-494.
- 5.- Madden, John. Atlas de Técnicas en Cirugía. México. Editorial Interamericana, 1961. P.p. 72-102.
- 6.- Bailey, Hamilton. Cirugía de Urgencia. 5a. ed. Buenos Aires, Argentina. EMECE. 1943. P.p. 340-365.
- 7.- Principios y Práctica de Cirugía. Harkins, Henry y otros. 2a. Edición. México. Editorial Interamericana. 1965. P.p. -- 844-883.
- 8.- Artz, Curtis; Hardy, James. Complicaciones en Cirugía y su -- Tratamiento. México. Editorial Interamericana. 1965. P.p. 40-54.
- 9.- Silva, M. E. Revisión de 169 casos de Hernia Abdominal. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Noviembre, 1965. 27 p.p.
- 10.- Harders, Z. C. E. Técnica de Mc Vay para las hernioplastias -- inguinales; tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. -- Facultad de Ciencias Médicas. Nov. 1951. 34 p.p.
- 11.- Alvarado, L. F. Una modificación a la técnica de Bassini. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Nov. 1963. 53 p.p.
- 12.- Barillas, A. A. Revisión de 118 casos de hernias inguinales. - Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de --- Ciencias Médicas. Julio, 1958. 16 p.p.
- 13.- Rivera, A. J. R. Sección del cordón espermático en reparación de hernias. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. --- Facultad de Ciencias Médicas. Mayo, 1960. 29 p. p.
- 14.- Palma, M. Hugo. Consideraciones sobre las hernias de Richter. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de - Ciencias Médicas. Febrero 1956. 33 p. p.

- 15.- Lavarreda, R. C. Pre y Post-operatorio en cirugía general. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Octubre, 1961. 76 p.p.
- 16.- Le Quesne, L. P. El Equilibrio hídrico en la práctica quirúrgica. Barcelona. Editorial Noguer, S. A. 1956.
- 17.- Mc Kenzie, Ian. Management of Strangulated Hernia. Surgical Clinica of N. A. Octubre 1960. 40(5) p.p.



/jmc.-