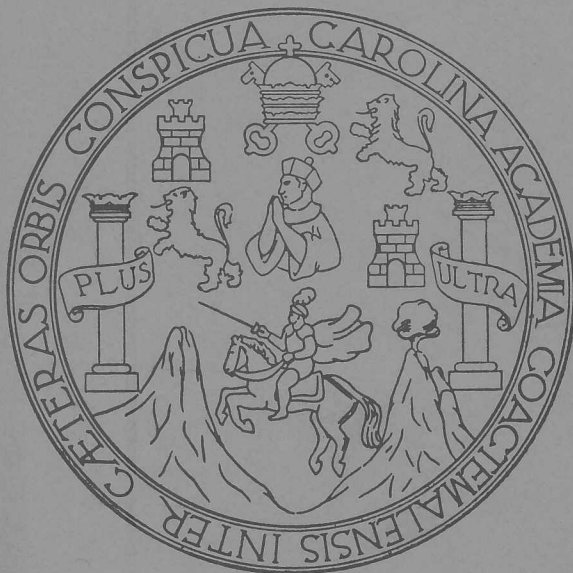


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CONSIDERACIONES SOBRE HERNIAS INCISIONALES  
REVISION DE 254 CASOS"

CARLOS ESCOBEDO PACHECO

Guatemala, Mayo de 1970.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE HERNIAS INCISIONALES,  
REVISION DE 254 CASOS".

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas,  
de la Universidad de San Carlos.

POR

CARLOS ESCOBEDO PACHECO

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1970.

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES GENERALES
- VII. CONCLUSIONES PROPIAS
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

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

Someto a la consideracion del Honorable Tribunal Examinador el presente trabajo de tesis titulado "Consideraciones sobre Hernias Incisionales, revision de 254 casos", con el deseo de colaborar en el estudio de un problema de perenne actualidad para el cirujano en cualquier parte en donde se practique el arte de la cirugía. .Es de hacer notar que el problema ocasionado por la hernia incisional, a pesar de tener una incidencia elevada en las estadísticas de los servicios de cirugía, es visto con relativa indiferencia y se podría considerar como escasa la atención que se le presta, lo poco que se insiste en su prevención y en resumen, siendo un problema que podría obviarse en muchos casos, sigue teniendo el mismo lugar entre las complicaciones quirúrgicas, por el abandono del tema en las aulas y en los quirófanos.



Espero, que la presente colaboración, basada en datos reales de nuestro medio, sean una ayuda para aquel, que interesado en el tema, revise las causas que ocasionan en gran porcentaje la hernia incisional y que poniendo en práctica las consideraciones que aparecen al final de este trabajo, sea un persona que ayude de manera efectiva en la prevención de esta secuela quirúrgica tan común.

### A N T E C E D E N T E S

En la revisión de literatura efectuada con motivo del presente trabajo, tropezamos con la dificultad de no encontrar material específico suficiente al respecto en la literatura mundial.

Encontramos ciertas publicaciones en donde se toca de una manera indirecta el tema que nos ocupa, pero exceptuando dos trabajos de autores extranjeros que se ocuparon de publicar estadísticas sobre la Hernia Incisional en sus servicios de cirugía. ( 5 ), ( 9 ), y hacen consideraciones un poco vagas sobre las causas que colaboran en la incidencia del problema. Es poco lo que al respecto nos puede ayudar las publicaciones de tipo quirúrgico de los últimos años.

Revisamos las publicaciones de S.G.O. de 1940 a 1959, el INDEX MEDICUS de 1960 a 1968, encontrando unicamente tres publicaciones interesan-

tes para nuestro estudio. ( 5 ), ( 9 ), ( 10 )  
Se revisó así mismo, el archivo de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas, encontrando numerosos estudios sobre el problema de las hernias, pero en ninguno de ellos se pudo encontrar material útil para el presente trabajo, pues las alusiones al tema que nos ocupa son poco prácticas y escuetas. No hay ningún trabajo de tesis relacionado con nuestro estudio, publicado con anterioridad.

El único trabajo que me sirvió como una buena base para el desarrollo del tema, me lo proporcionó mi asesor, y es un estudio no publicado que desarrolló el Dr. Carlos Lavarreda, el cual fue presentado en el Congreso Nacional de Medicina de 1961-62. En este estudio se revisaron 35 casos de Hernias Incisionales operados para corregir diferentes tipos de hernias

en el SEGUNDO SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES del Hospital General San Juan de Dios.

Es un trabajo muy completo y a pesar de lo escaso proporcionalmente, del número de casos revisados, los resultados obtenidos concuerdan en muchos puntos con los resultados que dió nuestra revisión reciente.

Quiero hacer notar que este trabajo de tesis se puede considerar como una ampliación o actualización del trabajo de los doctores Lavarreda y Azpuru, poniéndolo a disposición de las personas que buscan en los archivos de nuestra facultad, bases reales para estudios de los problemas médicos nacionales que por las características de nuestro medio social y hospitalario, difieren en muchos aspectos de los datos aprovechables de publicaciones extranjeras.

## OBJETIVOS:

Como quedó indicado anteriormente, nuestro deseo es, que con datos tan claros y evidentes como los que en esta oportunidad presentamos, se aprecie que la hernia incisional es un problema sencillo en su etiología, y en la mayoría de los casos, el tener en mente el problema, puede ser de utilidad para evitar esta complicación.

Por otro lado, la escasez de material publicado al respecto es una causa importante del olvido en que se tiene este asunto. Como la gran mayoría de los problemas médicos, el tratamiento principal de la hernia incisional, es PREVENTIVO.

De ninguna manera nuestro trabajo tratará al respecto de otros puntos relacionados con hernias incisionales o de otros tipos, bajo el aspecto anatómico, de técnica quirúrgica u otros.

Es simplemente una revisión de tipo estadístico al respecto, y exceptuando la definición de her-

nia y algunas consideraciones generales que transcribimos en el siguiente punto, nuestro trabajo quedará circunscrito a la revisión antes mencionada.

## CONCEPTOS GENERALES SOBRE HERNIAS. DEFINICIONES, DE LA HERNIA INCISIONAL.

De los trabajos revisados, nos parecen como más aceptables las definiciones utilizadas por el Dr. Ladimiro Espinoza León ( 5 ), el cual trata de diferenciar con conceptos claros el concepto de Hernia, tratando de utilizar la palabra eventración como un símil más apropiado. El Dr. Espinoza, define la Eventración como una lesión de la pared abdominal caracterizada por una brecha o debilidad de la misma (fuera de las zonas que en anatomía normal se consideran de menor resistencia u orificios naturales), a través de la cual hace salida una viscera fuera de la cavidad abdominal, que arrastra o no la membrana peritoneal y rete-

nida sólo por una pared fibrosa y cutanea. Surge de esta definición, la aceptación de dos términos que etimológicamente se superponen:

Hernia ( 5 ): salida parcial o total de un órgano a través de una cubierta dentro de la cual está normalmente contenido, y Eventración( 5 ): la hernia que sobrevive en un punto cualquiera de la pared abdominal.

Aclarando entonces conceptos, se denomina Hernia y más específicamente Hernia Abdominal a una afección de origen congénito o adquirido constituida por la salida de las visceras abdominales o pelvianas a través de las paredes abdómino-pelvianas, pero siempre en el lugar de una disposición anatómica de debilidad que existe normalmente en dichas paredes y acompañadas siempre de peritoneo. En cambio la Eventración sucede en otras zonas que no sean las ya débiles anatómicas existentes, pues de

jaria de ser eventración para pasar a ser hernia. Es decir, que lo hará por otras zonas de la pared abdominal, que han sido debilitadas por diversas causas: Unas congénitas, otras patológicas, otras traumáticas, otras operatorias y otras post-operatorias. Aquí pues, la debilidad de la pared abdominal es anormal y una vez vencida su resistencia, lo que protruye puede ser el peritoneo sólo o con visceras o visceras sólo y hasta con un tumor.

En cuanto a la evisceración, que no será nunca confundida con la eventración, se la reconoce cuando las visceras salen, por alteración de la pared abdominal (rotura de los puntos, heridas de la pared abdominal) y quedan en contacto directo con el exterior sin cubierta peritoneal.

La Hernia recidivada es la que habiendo sido tratada quirúrgicamente se reproduce, pero siempre dentro de la zona anatómica que originó la hernia primitiva. En cambio, en las hernias umbilicales

recidivadas se reproduce la hernia, pero instalada en zonas vecinas al plano anatómico que motivó el primer acto operatorio de la primera hernia. Por eso es que se considera incorrecto emplear el término de Hernia Recidivada para las hernias umbilicales reproducidas y se les denomina mejor: Eventraciones post-operatorias. De acuerdo con lo expuesto anteriormente podemos hacer una clasificación general de las eventraciones, por su origen ( 5 ): 1. Espontaneas, 2. Cicatriciales o traumáticas.

Las primeras se subdividen en: a) Congénitas: por lesiones anatómicas (aplasia) existentes en el momento del nacimiento y b) Adquiridas: por enfermedad que destruye o debilita zonas de la pared abdominal o por distenciones exageradas o repetidas de dicha pared abdominal. Las segundas se subdividen en: a) Por traumatismo o heridas accidentales (cerradas o abiertas) y

b) Por heridas quirúrgicas, o sea las eventraciones post-operatorias que son las que ahora nos interesan.

Podríamos aquí considerar de manera somera que la sintomatología de las eventraciones sea cual sea su origen tienen más o menos las mismas manifestaciones clínicas, siendo su sintomatología más precóz el dolor. Esto obedece en la mayoría de los casos a las lesiones de epiploitis adherente, que comunmente acompaña a la eventración. Otras veces el dolor toma el carácter de cólico intestinal, siendo esto debido a trastornos en el tránsito intestinal por estenosis, bridas o irregularidades del recorrido de las asas, trastornos que ocasionan en determinadas circunstancias verdaderas crisis obstructivas y en casos más graves al interesar los elementos vasculares del componente eventrado, determinan verdaderas estrangulaciones.

En muchas oportunidades los eventrados no presentan dolor, molestias intestinales y otras manifestaciones, observando sólo, la aparición del tumor clásico en la cicatriz operatoria. Este tumor constituye el signo objetivo característico y único de la afección que nos ocupa y es el motivo de consulta en la mayoría de los casos. Este tumor suele aparecer al principio sólo con los esfuerzos físicos o con la tos, etc. Pero paulatinamente va aumentando hasta adquirir un gran tamaño y no ceder aún ni con el reposo; otras veces es incoercible desde el comienzo y en la que se comprueba, una vez introducidas las vísceras temporalmente en el abdomen, la separación profunda de los labios de la cicatriz o anillo de la eventración y la existencia de masas epilóicas o intestinales (epiplocele o enterocelo) o ambas a la vez ( 5 ).

#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los libros de sala de Operaciones del Hospital General San Juan de Dios, en donde aparecen registradas todas las operaciones electivas practicadas en dicho centro. Nos pareció conveniente utilizar un período de tiempo apropiado para obtener datos que dieran un buen índice estadístico, por lo cual decidimos revisar del año 1959 al año 1968 inclusive y utilizando únicamente las intervenciones practicadas en la Primera y Segunda Cirugía de Mujeres, durante estos 10 años, servicios estos en que se archivan desde hace mucho tiempo los expedientes de los pacientes allí tratados, lo cual facilitaría nuestro trabajo, pues revisar casos de otros servicios de cirugía, implicaba el buscar papeletas en el archivo general del hospital, en donde se encuentran un poco más de un millón de expedientes clasificados. Por otra

parte, el problema de la Hernia incisional, es sabido que tiene una incidencia muy marcada en el sexo femenino, siendo una proporción elevadísima con respecto a la incidencia en las estadísticas de los servicios de cirugía de hombres. Estas causas que colaboran en la mayor incidencia de este tipo de hernia en las mujeres desde ya podemos adelantar que se deben en gran parte a: mayor número de embarazos, más problemas quirúrgicos, operaciones ginecológicas abdominales.

Además, es una rutina observada en estos dos servicios de cirugía clasificar todos los casos con datos como registro del acto quirúrgico, historia clínica completa, post-operatorio y sus complicaciones, Con estos datos se facilita una más rápida revisión de los antecedentes y un buen historial retrospectivo de los procedimientos aplicados en cada caso. Ha-

- 15 -  
cemos un paréntesis para dejar aquí una sugerencia a los encargados del movimiento interno de otros servicios sobre lo conveniente de seguir este sistema, el cual beneficiará indudablemente la labor cotidiana, expeditando el movimiento de pacientes, en especial el de los reingresos. Ya teniendo el total de casos de Hernia Incisional que se presentaron en ese período y que sumaron entre las dos salas 254 casos de este tipo de hernias, se procedió a revisar cada expediente anotando cuidadosamente cada uno de los siguientes datos: Edad de la paciente, su estatura, su peso, el tamaño de su hernia incisional, localización de la misma, operación practicada con anterioridad y que fué causa de la presente hernia incisional, tipo de incisión practicada, técnica quirúrgica utilizada, tipo de material de sutura, características del post-operatorio tanto de la primera intervención quirúrgica,



como el de la corrección del defecto, estado general de la paciente y la patología asociada al problema herniario, los antecedentes que pudieron ser coadyuvantes en la aparición de la complicación, el tiempo en que apareció la hernia después de la operación, paridad, las recidivas, etc., Además, se puso especial atención en tabular cuidadosamente ciertos datos que desde el principio del desarrollo de este trabajo se nota que son comunes en todos los casos o coinciden frecuentemente dando idea desde el comienzo de que el problema tiene raíces comunes en los diferentes pacientes analizados.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son los siguientes

#### INCIDENCIA POR EDAD:

El promedio de edad encontrado estudiando la serie de 254 casos fue de 48 años, siendo la

menor edad encontrada de 21 años y la mayor de 78 años. Podemos deducir de esto, que la década más afectada fue entre los 40 y 50 años, lo cual varía con respecto al resultado encontrado en la estadística anterior, realizada por el Dr. Lavareda la cual indicó una incidencia mayor para la década comprendida entre el 60. y 70, decenios de la vida. Le siguen en importancia las dos décadas comprendidas de 50 a 60 y de 30 a 40 años, respectivamente, sumando entre las tres el 74% del total de pacientes.

#### LA INFECCION:

Señala el Dr. McVay que la infección en una herida operatoria abdominal es una de las causas más importantes predisponentes para aparición de hernia incisional. En nuestro estudio encontramos referido entre los antecedentes de la historia de ingreso de la paciente, 64 casos (25.20%) en los cuales hubo infección secundaria en la



incisión practicada originalmente y en la cual apareció con posterioridad hernia incisional.

En los 190 casos restantes o no hubo infección o el practicante que investigó el caso no interrogó a la paciente al prespecto, al no referirselo ella espontáneamente,. Este grupo nos da un 74.80%.

En el estudio del Dr. Lavarreda encontró historia de infección en la herida operatoria con formación de abscesos en el 8.6% del total de los casos.

#### OPERACIÓN PREVIA PRACTICADA QUE OCASIONO LA HERNIA INCISIONAL:

Se encontró que el número más grande entre estas operaciones fue el de las histerectomías por causas diversas, dandonos un total de 64 casos (25.1%). En segundo lugar, 62 cesareas (24.4%) y en tercer lugar colecistectomía con 36 casos (14.5%) le siguen después, en me-

nor grado 24 apendicectomías, 24 laparatomías exploradoras (9.5% ambas), 20 hernioplastías (7.9%) 2 lipectomías y otras operaciones ginecológicas con incisión mediana longitudinal infraumbilical en número de 22 entre las cuales están incluidas ligadura de trompas, oforectomías etc. (8.6%). Es conveniente señalar que nuestro estudio coincidió en este aspecto con otras estadísticas que tenemos a la mano, nacionales y extranjeras, apuntando hacia el hecho de que las operaciones ginecológicas son las que más complicaciones producen en el aspecto de Hernias Incisionales. El total de la suma de estas operaciones ginecológicas, las Cesareas y las Histerectomías, la mayoría realizadas por gineco-obstetras y no por cirujanos generales da un total de 148 casos o sea el 58.1% (Gráfica No. 2)

En el estudio del Dr. Lavarreda encontró que las Cesareas y las Histerectomías tenían el 28.4% y

14.2% respectivamente, la Apendicectomía 20%,  
Colecistectomía 11.4% y Laparatomías exploradoras 17%.

TIPO DE INCISION PREVIA A APARICION DE HERNIA  
POR ZONA ANATOMICA:

Se agruparon en 6 grandes grupos las incisiones efectuadas, incluyendo en cada uno de ellos algunas diferentes que pueden ser consideradas como variantes de las descritas.

1. Transversa suprapúbica: 6 casos (2.3%) 2. Subcostales: 16 casos (6.3%). 3. Mc Burney: 18 casos (7.0%). 4. Transversas supraumbilical: 20 casos (7.8%). 5. Paramedianas: 36 casos (14.1%) 6. Mediana infraumbilical: 158 casos (62%. (Gráfica No. 3).

El Dr. Lavarreda encontró un 60% de incidencia para la incisión mediana longitudinal y 22.8% en la paramediana.

OBESIDAD:

Es de hacer notar la increíble influencia que tiene la obesidad, según los resultados de nuestro trabajo, en la incidencia de la hernia incisional. Para tener una apreciación más científica de este dato se analizaron las tablas del I.N.C.A.P., para calcular el peso normal de una persona a partir de su estatura, su peso y su edad, parámetros que teníamos en todos los casos. Consideramos mujeres obesas a todas aquellas que excedieran en más del 10% el peso considerado normal. En algunos casos se tuvo que considerar los cambios que en cuanto a peso hay en los extremos de la vida.

Los resultados obtenidos nos dieron los siguientes datos: Las no obesas resultaron ser 66 pacientes (26% del total) y obesas 188 pacientes (74% del total).

Entre las no obesas encontramos el total de las

30 pacientes que estaban descritas en sus historias clínicas como desnutridas desde un principio. Entre ellas también, están comprendidos los 6 casos de tuberculosis encontrados y uno de los 3 casos de pacientes fallecidas en el Post-operatorio de la corrección de la hernia incisional.

También tenemos que apuntar que entre las obesas catalogadas como tales, quedó comprendido el 97% de los 72 casos de Hernia Incisional recidivante, el total de las 6 pacientes con diastasis de los rectos abdominales y 2 de los 3 casos de fallecimiento ocurrido durante el Post-operatorio (Gráfica No. 4).

#### INFLUENCIA DEL EMBARAZO:

Un dato que no encontramos asociado a Hernia Incisional en los estudios ajenos revisados, fue el de la influencia del embarazo como componente etiológico en la aparición de la Her-

nia Incisional. Desde el primer momento de la revisión nos llamó la atención el abrumador número de multiparas que encontramos, algunas de ellas con cifras de embarazos francamente asombrosos. Nos pareció lógico relacionar el embarazo a deterioro de tejidos abdominales parietales, pero tomando en cuenta que muchos de los embarazos en nuestro medio terminan en aborto antes de que actúen como agente de distensión en tejidos de la pared abdominal, tomamos en cuenta únicamente los embarazos a término, fuera su resolución por vías naturales o Cesareas, haciendo caso omiso de aquellos embarazos que no fueron llevados a término, fuera cual fuese el tiempo en que ocurrió su interrupción. Las cifras obtenidas nos dan una gráfica realmente ilustrativa de la relación estrecha que hay entre el embarazo repetido y la debilidad de los tejidos parietales abdominales. La incidencia de Hernia Incisional corre paralela en una cur-

va ascendente directamente proporcional a la paridad de la paciente: así tenemos, que de 254 pacientes, únicamente 18 eran multiparas 28 eran primíparas, 32 habían tenido 2 partos, 38 habían tenido 3 partos, 44 habían tenido 4 partos y de aquí en adelante la curva empieza a decrecer de una manera lógica hasta llegar a aquellas mujeres que habían tenido un máximo de 12 partos, que fue la cifra más alta encontrada.

Una señora cuyo número de partos sumó nueve, había tenido 28 embarazos que no llegaron a término. (Gráfica No. 5).

#### TIEMPO DE APARICION DE LA HERNIA INCISIONAL:

Encontramos un caso precóz de aparición de Hernia Incisional en una paciente a quien se hizo una Colecistectomía y consultó 3 meses más tarde por aparición de masa en la herida operatoria, diagnosticándose Hernia Incisio-

nal. La paciente tenía 32 años de edad. El otro caso extemo encontrado fué una paciente que consultó por masa herniaria en incisión mediana longitudinal infraumbilical de Cesarea practicada a los 21 años de edad, 34 años antes.

La cifra promedio obtenida del tiempo de aparición de la hernia incisional fue de 7.3 años.

El Dr. Lavarreda apunta que en su estudio, el lapso de la aparición de la enfermedad herniaria fue de 2 meses hasta 29 años después. La mayor frecuencia se presentó al año, a los 2 años y a los 3 años con un 20% de incidencia en cada uno de ellos.

#### TAMAÑO DE LA HERNIA INCISIONAL:

El total de Hernias Incisionales encontradas en las 254 pacientes fué de 276, ya que 22 pacientes tenían 2 hernias incisionales.

En los exámenes de ingreso los encargados de hacer la historia clínica de la paciente, anotaron el tamaño de 2 maneras: a) En 56 casos describiéndolas

unicamente con palabras y en 198 casos con medidas en centímetros. Consideramos para este estudio 4 grupos de tamaños incluyendo en cada uno, los 2 tipos antes expuestos, obteniendo los siguientes resultados: 1. Pequeñas: más o menos 3 cms. de diámetro = 102 casos (36.9%). 2. Medianas: más o menos 7 cms. de diámetro = 60 casos (21.7%). 3. Grandes: más o menos 10 cms. de diámetro = 74 casos (26.8%) y 4. Gigantes de más o menos 15 cms. de diámetro = 40 casos (14.4%).

El Dr. Lavarreda encontró anillos de tamaños variables desde 2.5 hasta 12 cms. de diámetro siendo en el 50% de los casos de 5 a 6 cms. (Gráfica No. 7).

#### TIPO DE REPARACIÓN EFECTUADA EN EL DEFECTO HERNIARIO INCISIONAL

En la corrección de las hernias incisionales resultantes, se usó siempre el propio tejido

de la paciente, con técnicas como la de Mayo o Catell, utilizando en algunos casos el procedimiento previo de Gogni-Moreno. No se encontró ningún caso en que se hubiese usado Malla Marlex o similares, aunque consideramos que debió usarse, principalmente en los casos de recidivas repetidas. Tampoco se utilizaron técnicas como la del doble injerto libre cutaneo y sólo en 6 casos se usó material metálico (Surgaloid) como refuerzo. En una paciente obesa en extremo, con antecedentes de lipectomía, se usaron botones de retención.

El Dr. Lavarreda encontró 4 casos en que se utilizó Sirgaloid, y en el resto de los casos Catgut, seda o algodón como en nuestro estudio.

#### PATOLOGIA ASOCIADA:

Se encontraron unicamente 68 casos en los cuales aparecía como único diagnóstico de ingreso el de Hernia Incisional. Los casos restantes

tenían asociación de otra patología, abarcando un sin número de diagnósticos diferentes. Nos llamaron la atención entre ellos 40 casos de asociación de Hernia no incisional en diversas localizaciones, 38 casos de varices en miembros inferiores, 30 casos de desnutrición 6 de diastásis de los rectos, 6 de tuberculosis comprobada, haciendo estas un total de 120 que dan casi el 50% del total de casos siendo el resto enfermedades sistémicas o localizadas que de ninguna manera podemos relacionar al proceso de aparición de la hernia incisional. (Gráfica No. 6).

El Dr. Lavarreda apunta que encontró un 97.2% de hernia uniloculares y en el 2.8% se presentaron 2 anillos herniarios.

#### POST-OPERATORIO:

El Post-operatorio de las correcciones de hernia incisional de nuestro trabajo, lo dividi-

mos en bueno y malo dependiendo de la aparición o no de complicaciones post-operatorias.

El resultado obtenido fue el de 210 post-operatorios buenos y 44 malos. Entre los malos comprendimos 2 tipos principales de complicaciones: a)

La infección, dehiscencia de la herida operatoria y recidiva posterior, b) Enfermedades contraídas o manifestadas durante el post-operatorio (Gráfica No. 8)

Los tres casos de fallecimiento en post-operatorio fueron los siguientes: 1. Paciente de 64 años de edad con asociación a la Hernia Incisional de: Hipertensión arterial, enfisema pulmonar, varices de miembros inferiores, hemorroides externos o internos y aterosclerosis, cuyo fallecimiento fue causado según el informe de anatomía patológica por embolia pulmonar.

2. Paciente de 73 años de edad con T.B.C. pulmonar que falleció de bronconeumonía. (no sabemos por no

existir anotaciones al respecto, por qué fueron operadas las 6 pacientes con T.B.C. pulmonar, por qué fueron ingresadas a esos servicios ni si el diagnostico fue previo o posterior a la intervención.

3. Paciente de 47 años de edad con Hipertensión arterial que presentó 2 días después de la intervención un cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva y posteriormente un A.C.V.

El Dr. Lavarreda, no encontró ningún caso en que hubiesen complicaciones locales. El único caso de lamentar fue el de una señora de 83 años con Angioesclerosis que presentaba una hernia grande con síntomas de oclusión incompleta. Se le preparó con relativa urgencia y se le operó. En el Post-operatorio inmediato presentó insuficiencia cardíaca agravándose hasta el grado de que los familiares pidieron su alta al 5o. día llevándosela en pésimas condicio-

nes generales temiéndose que haya fallecido pues no volvió a saberse de ella.

#### INCIDENCIA DE RECIDIVA:

Hubo recidiva en 72 casos (28.35%) y no se ha encontrado hasta la fecha en 182 pacientes (71.65%).

De las pacientes que recidivaron, 1 recidivó 2 veces, 2 recidivaron 3 veces y 1 recidivó 4 veces. El tiempo en que recidivó la hernia, varió entre 18 meses y 18 años según los casos estudiados. El dato apuntado con anterioridad no es una buena base de comparación o estudio, dado que es sabido que la hernia incisional recidiva en cualquier tiempo, ya sea este corto o largo, y por lo tanto no sabemos si las pacientes que no han recidivado hasta este momento, lo hagan posteriormente. Por otra parte, las pacientes de la recidiva, dejando algunos años de por medio y otras ya no consultan al mismo hospital (Gráfica No. 9).

El Dr. Lavarreda encontró un 11.4% de recidiva.



## CONCLUSIONES:

### 1. Conclusiones generales sobre Hernias Incisionales.

- a) La hernia incisional, es frecuente en personas que presentan patología asociada que implique esfuerzos musculares abdominales como: Tos provocada por infecciones respiratorias crónicas o pasajes, retención urinaria, ileos paralíticos, etc.
- b) La asepsia es indispensable durante y después del acto quirúrgico, para evitar infecciones que predispongan a la aparición de hernia incisional.
- c) El material de sutura utilizado en la reparación debe ser seleccionado cuidadosamente.
- e) Se deben evitar aquellas incisiones practicadas sobre puntos de debilidad en la

en la pared abdominal en caso de ser indispensable el practicarlas, su reparación debe ser muy cuidadosa.

- f) La Hernia Incisional es un problema que el cirujano siempre debe tener en mente, tratando de prevenir el conjunto de factores que aumentan su incidencia.

### 2. Conclusiones propias de este estudio.

- a) El embarazo es en la mujer un factor importantísimo para la producción posterior de defectos parietales abdominales, entre ellos la aparición frecuente de Hernias Incisionales
- b) La obesidad es un factor determinante en el deterioro tisular influyendo de una manera definitiva en el porcentaje de aparición de la Hernia Incisional.
- c) La edad influye en la aparición de Hernia incisional de una manera indirecta o directa según el caso: En la edad avanzada por condi-



ciones de deterioro tisular y en el grupo comprendido entre los 30 y 60 años de edad por ser éste el período de la vida en que la mujer presenta mayor número de afecciones cuya resolución es de tipo quirúrgico,

d) Las intervenciones de tipo ginecológico u obstétrico elevan en un gran porcentaje la incidencia de Hernia Incisional, haciéndose pensar que uno de los factores que pueden colaborar en este aspecto puede ser la premura con que en algunos casos tienen que ser realizadas por depender de la velocidad el salvar una vida. Sin embargo, recomendamos de nuevo, una revisión de las técnicas empleadas.

e) El tamaño de la Hernia Incisional tiene relación directa con: 1. número de embarazos. 2. Factor grado de obesidad. 3. Localización y tamaño de la herida operatoria.

4. Técnica quirúrgica defectuosa, y 6. Enfermedades sistémicas o locales que deterioran los tejidos.

f) La Hernia Incisional es un problema médico-quirúrgico si consideramos que, en la mayoría de los casos, el mejor tratamiento es la prevención de los factores que influyen en su incidencia.

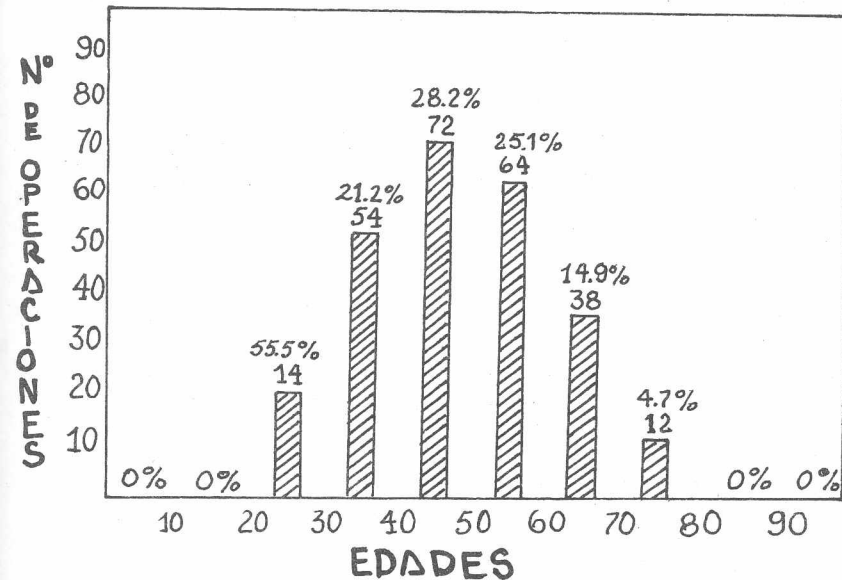
g) Hay casos de Hernia Incisional en donde no se encuentran ninguno de los factores apuntados con anterioridad, como causantes, teniendo que admitir que hay aspectos de tipo constitucional o congénitos que inciden en la aparición de Hernia Incisional u otros tipos de hernia.

h) Por último, insistimos en la necesidad de llenar a cabalidad todos los requisitos indispensables en cuanto a papelería se refiere, relacionados con el paciente, ya sea su afección una hernia o cualquier otro factor patológico, poniendo espe-

cial interés en anotar antecedentes que sean importantes desde el punto de vista etiológico de su enfermedad, sus datos generales, examen físico minucioso y estos casos quirúrgicos, que sean aprovechables en el futuro para estudios similares, al especificarse materiales de sutura, técnicas, etc. etc.

## HERNIAS INCISIONALES

### INCIDENCIA POR EDAD.



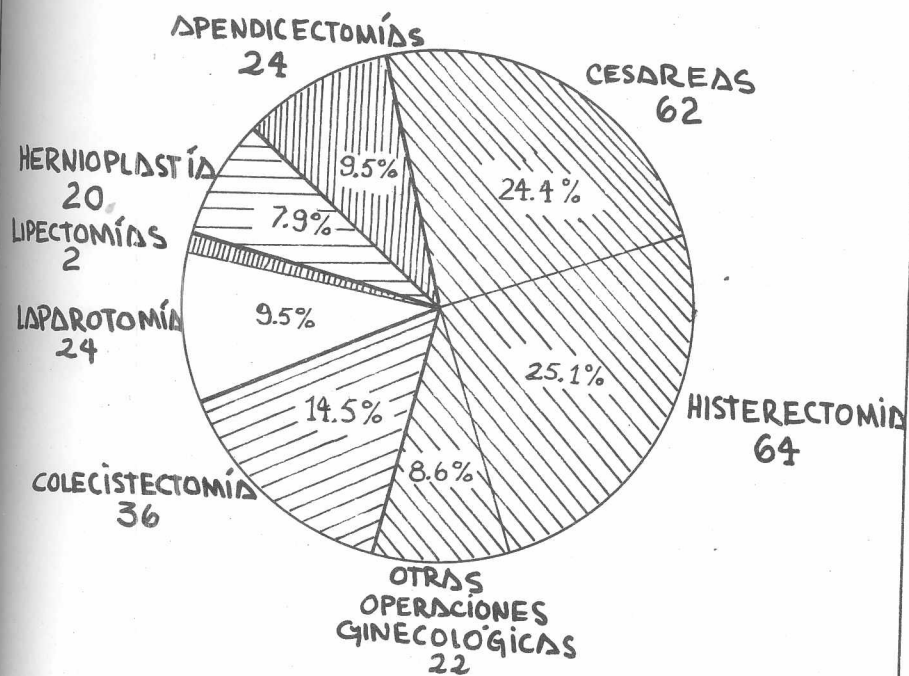
PROMEDIO DE EDAD = 48 AÑOS

PACIENTE MAS JOVEN = 21 AÑOS

PACIENTE MAS VIEJA = 78 AÑOS

GRAFICA Nº 1

# HERNIAS INCISIONALES OPERACIONES PREVIAS



CESAREAS,  
HISTERECTOMÍAS  
Y OTRAS OPERACIONES  
GINECOLÓGICAS,  
SUMAN 148 = 58.1%

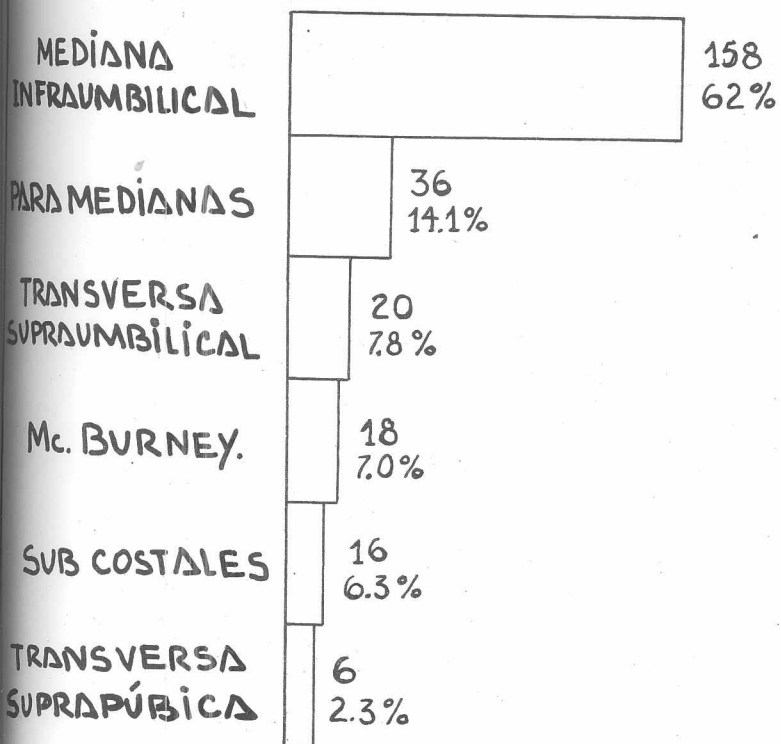


TODAS CON  
INCISIONES  
LONGITUDINALES  
MEDIANAS.

GRAFICA N° 2

# HERNIAS INCISIONALES

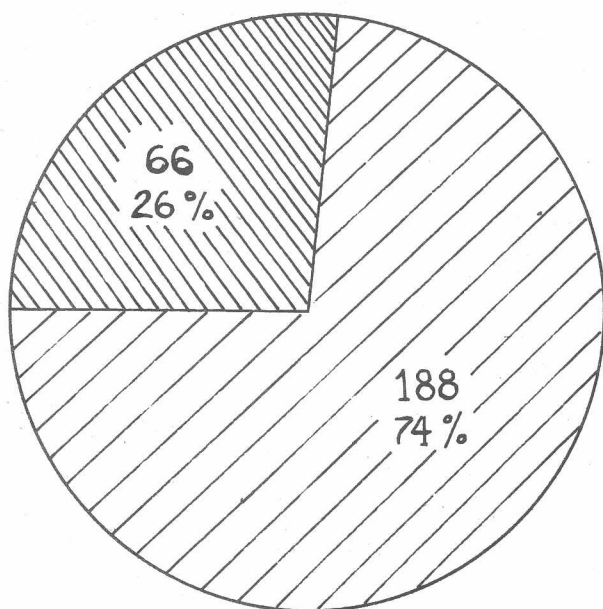
## INCISIONES QUE PROVOCARON LA HERNIA INCISIONAL



GRAFICA N° 3

# HERNIAS INCISIONALES

## INCIDENCIA POR OBESIDAD



20% MAS DE PESO QUE EL  
NORMAL PARA CADA CASO,  
SEGUN TABLAS I.N.C.A.P.

PACIENTES  
NORMALES



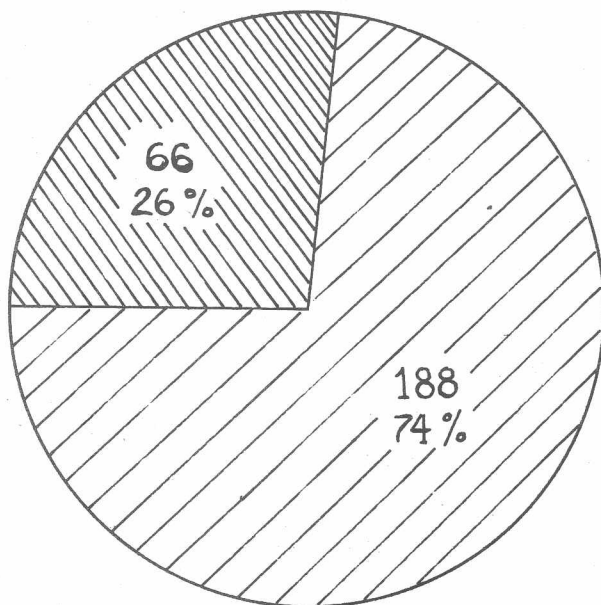
PACIENTES  
OBESAS



GRÁFICA Nº 4

# HERNIAS INCISIONALES

## INCIDENCIA POR OBESIDAD



20% MAS DE PESO QUE EL  
NORMAL PARA CADA CASO,  
SEGUN TABLAS I.N.C.A.P.

GRÁFICA Nº 4

PACIENTES  
NORMALES

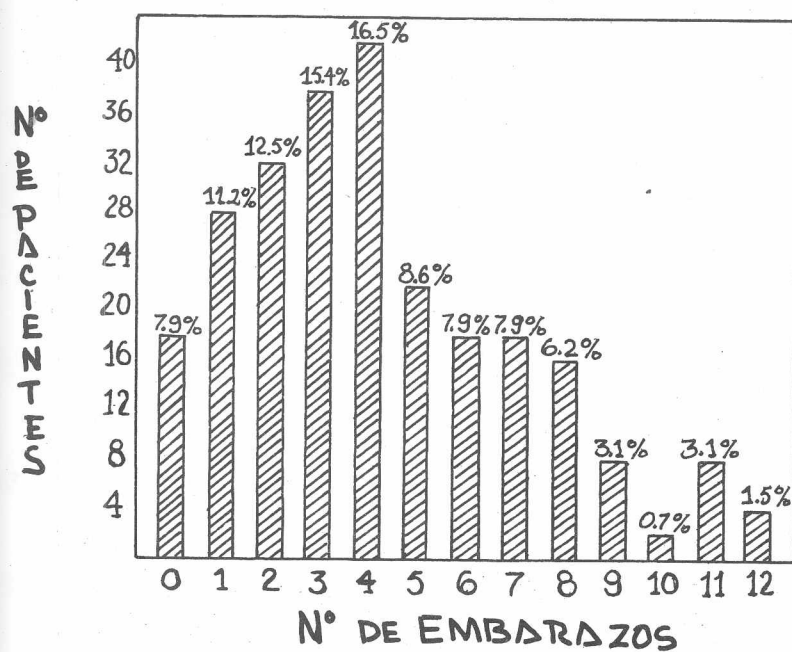


PACIENTES  
OBESOS



# HERNIAS INCISIONALES

## PACIENTES POR NÚMERO DE EMBARAZOS A TÉRMINO



GRAFICA Nº 5

# HERNIAS INCISIONALES

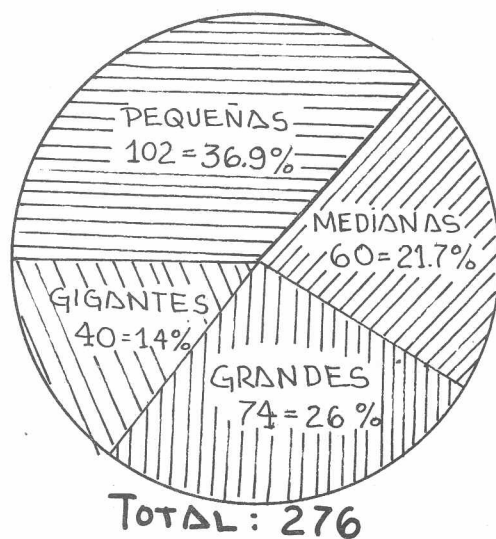
## PATOLOGÍA ASOCIADA

NO	<input type="text"/>	68
HERNIAS	<input type="text"/>	40
T.B.C.	<input type="text"/>	6
DIASTASIS RECTOS	<input type="text"/>	6
VÁRICES MI.	<input type="text"/>	38
DESNUTRICIÓN	<input type="text"/>	30
OTRAS.	<input type="text"/>	130

GRAFICA N° 6



# HERNIOPLASTIAS INCISIONALES TAMAÑOS



GIGANTES      GRANDES      MEDIANAS      PEQUEÑAS  
↔                    ↔                    ↔                    ↔  
150 MAS      10 cm.      7 cm.      3 cm.

22 PACIENTES TENÍAN 2 HERNIAS INCS.

GRAFICA Nº 7

# HERNIAS INCISIONALES

## POST OPERATORIO DE INTERVENCION PREVIA

	BUENO 210 = 82.67%
	MALO 44 = 17.32%

GRAFICA N° 8

## INCIDENCIA DE RECIDIVA

	RECIDIVA 72 = 28.35%
	NO RECIDIVA 182 = 71.65%

RECIDIVA 2 VECES = 1  
RECIDIVA 3 VECES = 2  
RECIDIVA 4 VECES = 1

GRAFICA N° 9

## BIBLIOGRAFIA

1. ANGUIANO G., RODOLFO. "Consideraciones sobre el tratamiento de Hernias Inguinales en el niño" TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala,
2. BARILLAS, ARMANDO. "Revisión de 118 casos de Hernias Inguinales". TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1958.
3. BARTLETT GIORDANO, HORACIO. "El tratamiento de la Hernia Inguinal en infantes y niños". TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1957.
4. CONTRERAS G., JOSE L., "Explicación sobre tela de Acero Inoxidable en Hernias Abdominales". TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1953.
5. ESPINOZA LEON, LADIMIRO. "Eventraciones Post-operatorias" Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 11 (6):184, marzo-abril, 1969.
6. FLORES CUBAS, RAFAEL. "Hernioplastia Inguinal, Correlación entre el defecto". TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1966.
7. HARKINS, HENRY N. "Principios y práctica de Cirugía". 2a ed. México, Editorial Interamericana, 1965, p. 844.

Bibliografia .....

8. LAVARREDA, CARLOS; AZPURU, CARLOS E. "Consideraciones sobre Hernias Incisionales". Trabajo presentado ante el Congreso Médico 1961-62 (no publicado)
9. Mc.Vay, CHESTER B. "Inguinal Hernioplasty, Common Mistakes and Pitfalls". The surgical Clinics Of North América. 46 (5): 1089, October 1966.
10. MUSCA, A.A. "Umbilical and Ventral Herniorrhaphy; a review 1000 cases. The relationships of operative and post-operative technics to complications". Int. Surg. 48: 279-85, sep. 67.
11. ORLOV N.Z. "Remote Results of Alloplasty in recurring and post operative hernias" Klin. Khir. (kiev). 9: 60-3, sep. 65.
12. SILVIA M., EDUARDO. "Revisión de 169 casos de Hernia Abdominal". TESIS. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1955.

Vo.Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria

BR. CARLOS ESCOBEDO PACHECO

DR. EDUARDO AZPURU  
Asesor

DR. GUSTAVO SANTIZO  
Revisor

DR. JULIO DE LEON MENDEZ  
Director de Fase III

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD  
Secretario

V.B.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS  
Decano.