

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MARIA CRISTINA MORALES DE HERNANDEZ

Guatemala, Abril de 1981.

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- HISTORIA
- 6.- CLASIFICACION
- 7.- GENERALIDADES
- 8.- DISCUSION DE RESULTADOS
- 9.- CONCLUSION
- 10.- BIBLIOGRAFIA

En mi práctica de electivo, efectuada en el Departamento de cirugía en el Hospital Nacional de Escuintla durante los meses de Abril y Mayo de 1,979, tuve la oportunidad de observar la alta incidencia de hernias de la pared abdominal que consultan al hospital para tratamiento quirúrgico.

Pude observar durante éste tiempo que la mayor frecuencia de las mismas corresponde a hernias inguinales, crurales e insiccionales, pero también tuve la suerte de observar un caso de hernia de la región lumbar superior o de Grynfelt, lo cual por su rareza me motivó a investigar sobre esta patología, explicándoseme por los cirujanos jefes de servicio, que ya se habían tratado otros pacientes por el mismo problema dándome la oportunidad para efectuar un estudio retrospectivo y revisión de la patología, el cual hoy pongo a consideración como trabajo de tesis previo a optar el título de médico y cirujano.

II.- ANTECEDENTES

Las hernias de la región lumbar de los triángulos de Grynfelt y de Petit son una identidad rara.

En la literatura mundial hay 31 artículos sobre éste tema publicados en los últimos 15 años.

En la literatura Nacional no hay ningún reporte escrito sobre el mismo. En el año 1,975 en el 5o. congreso Nacional de Cirugía, el Dr. Rodolfo Solis Heguel presentó un reporte sobre 3 casos de hernia de Grynfelt tratados en el Hospital Roosevelt de Guatemala; casos que fueron encontrados en un período de 20 años y entre un número aproximado de 5,000 hernioplastias operadas en ese hospital durante ese período de tiempo.

III.- OBJETIVOS QUE SE PROPONE LA INVESTIGACION

Considerando la baja incidencia de éste tipo de hernias, me pareció de importancia hacer un estudio de los cuatro casos que se presentaron en el Hospital Nacional de Escuintla. Por lo que éste trabajo se trata de:

- 1.- Hacer una revisión de la literatura sobre éste tema.
- 2.- Investigar la casuística en el Departamento de Escuintla.
- 3.- Investigar las causas etiológicas.
- 4.- Hacer una revisión sobre los tratamientos indicados para éste problema.
- 5.- Conocer la morbi mortalidad.

IV.- MATERIAL Y METODOS

Cuatro casos de hernias lumbar que fueron manejados en el Hospital Nacional de Escuintla en un período de 4 años, 1,976 a diciembre de 1,980, entre un promedio aproximado de 501 hernioplastias de la pared abdominal operadas en ese período de tiempo.

Este es un trabajo retrospectivo de cuatro años (no se pudo hacer una revisión más amplia por falta de archivo - de fechas anteriores a 1,976 en el hospital).

Para hacer la investigación se revisó el libro de sala de operaciones, registro clínico de los cuatro pacientes. Revisión de bibliografía; orientación y supervisión directas por asesores y revisor del estudio. En cada paciente se investigó su edad, sexo, procedencia, ocupación u oficio, - motivo de consulta, historia, investigación de antecedentes quirúrgicos o traumáticos, examen físico, laboratorio y Rx, manejo pre operatorio, técnica quirúrgica, evolución post operatoria, condición de egreso, control post operatorio.

V.- ANALISIS ESTADISTICO

Para éste trabajo se utilizán cuadros estadísticos para representar los diferentes datos del estudio.

VI.- DURACION DEL TRABAJO Y LUGAR DONDE FUE EFECTUADO

Hospital Nacional de Escuintla. cuatro años.

DEFINICION

Llamamos hernia a la salida anómala de algún órgano o porción del mismo a través de la pared de su cavidad allende sus confines normales.

RESEÑA HISTORICA

La hernia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo. La lesión es accesible a la vista y al tacto, por lo que probablemente fue una de las primeras enfermedades que se reconocieron.

Egipto es el primer pueblo del que tenemos noticia en el que se efectuó tratamiento médico para la hernia mediante diferentes emplastos. En el papiro de Ebers, (2,000 A. C.) ya se mencionaron - las enfermedades del abdomen, incluyendo la hernia. Se considera el papiro de Ebers como el libro más antiguo que existe en medicina.

Con respecto al tratamiento quirúrgico se encontró en una tumba del período de 2,500 A. C. en la necrópolis de Saquarah una es cultura representando una operación de hernia con cuchillos de pie-

dra. (con una inscripción referente al dolor que el paciente sentía durante la operación).

Los restos momificados de Meneptha (1,215), presentan ausencia de escroto y una cicatriz transversa desde la raíz del pene hasta el ano, demostrando la resección del escroto como una posible cura para la hernia.

En el Talmud encontramos referencias de la hernia umbilical recomendando como tratamiento el vendaje comprensivo.

En China se efectuaba la castración como tratamiento para la hernia además se usó la cauterización, hasta llegar al hueso del pubis y dejando que la hernia se cerrara con tejido de granulación para evitar así la recidiva.

En Grecia, Hipócrates habla de la hernia y sugiere el tratamiento mediante bragueros y emplastos. Es en esta época cuando se hace sátira de la persona con hernia, considerándola impotente. Se hicieron en esa época algunas hernioplastías, aunque muy escasas.

Galeno en Roma (130 - 200 A.C.), habla que la hernia se debe a la ruptura del peritoneo y que la estrangulación de las mismas se debe a la impactación fecal. Describe también una técnica para la reparación de la hernia umbilical mediante la ligadura del saco.

Celsus en Roma (Circa, 100 A.C.), es el primero que describió una técnica para la hernioplastia. Aconsejaba abrir el saco herniario con un cuchillo y regresar el intestino a la cavidad abdominal, separaba el saco, lo ligaba, y cortaba el cordón espermático y extirpaba el testículo y

luego suturaba el escroto. Sus métodos eran: Transfixión y ligadura, escisión de la masa y unión de los bordes con sutura, taxis y operación. Indicaba que no se debía operar a no ser que la hernia fuera sumamente dolorosa o muy molesta. Habla también de las hernias en las que sólo se encontraba epiplón y da indicaciones para su reparación. Después de Celsus no hubo ningún adelanto en la cirugía de la hernia en 200 años, al contrario hubo regresión hacia la época de los emplastos.

Heliodorus 900 A. C. efectuaba una nueva técnica, la cual consistía en disección del saco, torsión del mismo, ligadura y extirpación. Nos habla ya del tratamiento post operatorio y de sus complicaciones. Después vino la época de la edad media en la que no hubo ningún adelanto en la cirugía de la hernia.

En el siglo XIII en Italia, la familia Norsi se dedicó a la curación radical de la hernia. Lanfrac fue el gran cirujano de este siglo, con descripciones muy acertadas de la hernia, a pesar de los cirujanos bárbaros que hicieron que decayera la cirugía de la hernia, ya que aparecían en los mercados, efectuaban la cirugía y huían antes de que se observarían los desastrosos resultados.

Guy de Chayliac (1,300 a 1,368) escribió el libro llamado "Colección de Cirugía", en donde discute seis operaciones diferentes para la corrección de la hernia, aunque consideraba la hernioplastia necesaria solo en los casos en que era verdaderamente molesta.

Pierre Franco (1,553) y Maupasius hablan de una técnica para operar la hernia estrangulada. Ambos se limitaban a abrir el saco con una incisión alta por arriba del anillo abdominal externo. En la hernia unilateral precisaban la extirpación en masa del saco y el testículo aplastando el cuello y cauterizando el muñón. En las hernias bilaterales preferían la operación en la que

se empleaba un hilo de oro para ligar el saco sin resecarlo, "Punctus Aureus".

Ambrosio Paré (1,510 - 1,590), que era partidario del tratamiento médico de la hernia hizo diferentes diseños para bragueros. Modificó la hernioplastia en la que el hilo de oro que se utilizaba para efectuar la ligadura del saco, era extraído posteriormente.

Morgagni, (1,682 - 1,772) fue el primero en usar el término "Hernia Estrangulada", y en hablar de las diferentes que existen entre el divertículo estrangulado y el intestino.

Championere (1,843 - 1,913), fue el primero que hizo una operación radical de la hernia bajo condiciones de antisepsia, (seguido de Lister se sacaba el saco y el epiplón si éste estaba comprometido. Además fue el primero en abrir la aponeurosis del oblicuo mayor para la reparación de la hernia.

Marcy (1,937 - 1,882) fue el primero en señalar el valor de reconstruir anatómicamente las estructuras, así como ligadura y sección del saco. Usaba tendón de cangrejo en condiciones de asepsia y antisepsia.

Bassini (1,844 - 1,924), encontrando que el paciente con hernia debía usar braguero profilácticamente después de la operación, determinó que las técnicas de sus antecesores fallaban en que no hacía una reconstrucción del canal inguinal, aunque se han hecho nuevas modificaciones, más que nada en cuanto a material de sutura. Sin embargo la operación básica con sus modificaciones en la actualidad es la de Bassini.

CLASIFICACION

1.- EN CUANTO A TIEMPO

a.- Congénitas:

Hernias que existen al nacer.

b.- Adquiridas:

Hernias que aparecen después del nacimiento.

2.- EN CUANTO A CAUSA:

a.- Traumáticas:

b.- Post operatorias.

3.- EN CUANTO A SU REDUCTIBILIDAD:

a.- Reducibles:

Es decir, cuyo contenido puede volver a la cavidad abdominal espontáneamente o por manipulación.

b.- Irreducibles:

Es decir, cuyo contenido no puede ser devuelto al abdomen. (a éstas hernias algunos les denominan hernia encarcerada).

c.- Hernia Estrangulada:

Es aquella en la que el riego sanguíneo está comprometido y si no se atiende adecuadamente en corto tiempo se vuelve gangrenosa.

4.- POR SU LOCALIZACION:

a.- Hernias externas:

Son las que protruyen al exterior a través de 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 dividen en: directas e indirectas. directas las que van por dentro de los vasos epigástricos e indirectas, cuando van por afuera de éstos.

d.- Hernias Crurales:

Son las que se manifiestan a través del anillo crural.

e.- Hernia Epigástrica:

Es cualquier hernia que se produce en la región del epigastrio en la línea media.

f.- Hernia umbilical:

Es la que pasa a través del anillo umbilical.

g.- Hernia del triángulo de Petit:

Es la que se manifiesta en el espacio lumbar inferior.

h.- Hernia de Grynfelt:

Es la que se presenta en el espacio lumbar superior.

i.- Hernia Diafragmática:

Es la que se manifiesta a través del diafragma.

5.- EN CUANTO AL CONTENIDO:

a.- Epiclocele:

Hernia que solo contiene epiplón.

b.- Enteroccele:

La que contiene intestino.

c.- Cistocoele:

Formado por la vejiga urinaria.

d.- Cecocoele:

Hernia que contiene el ciego.

e.- Hernia de Richter:

Es la que contiene únicamente parte de circunferencia del intestino.

f.- Hernia de Littre:

En la cual el saco herniario contiene un divertículo de Meckel.

MECANISMOS DE LA INCARCERACION

En la fisiología de una hernia incarcerada intervienen tres factores:

- 1.- Una simple irreductibilidad del asa.
- 2.- Una obstrucción cerrada del asa comprometida.
- 3.- Edema del asa comprometida.

Cuando en una hernia de estas condiciones se establecen interferencia en la circulación del contenido, hablamos entonces de una hernia estrangulada.

HERNIAS DE LA REGION LUMBAR

GENERALIDADES:

Las hernias de la región lumbar son una entidad rara; según el Dr. Harkings las hernias lumbares ocupan por su frecuencia el tercer lugar entre las hernias poco frecuentes.

1.- Ciática

2.- Perineal

3.- Lumbar

4.- Obturatriz

Solamente hay 31 artículos publicados en la literatura mundial sobre éste tema en los últimos 15 años.

Thorek menciona el 1er. caso sugestivo de una hernia lumbar tratada por Barbette en 1,672.

El primer caso de hernia lumbar fue reportado por el Dr. Garengeot en 1,731.

En 1,733 el Dr. Petit, describe el triángulo anatómico que lleva su nombre (espacio lumbar inferior), y hace el reporte de un caso en un niño de 3 años.

En 1,866 el Dr. Grynfeldt describe el triángulo anatómico lumbar superior que lleva su nombre.

El Dr. Watson reporta en la literatura 146 casos de hernia lumbares, de los cuales 107 se presentaron en varones y 39 en mujeres, ninguna edad estuvo libre, pero fueron pocos entre los niños, casi todos tenían saco herniario y en el 9% se encontró incarceration y estrangulación.

En Guatemala el Dr. Rodolfo Solis Heguel presentó en el 5o. Congreso Nacional de Cirugía en el año 1,975 un reporte sobre 3 casos de hernia lumbar de triángulo de Grynfelt encontrados en el hospital Roosevelt en un período de 20 años entre un promedio de 5,000 hernioplastias operadas en ese intervalo de tiempo.

En un reporte publicado en la revista Minerva Chirúrgica por el Dr. F. Rolli presenta un cuadro de 3202 hernioplastias, las cuales las presenta por su frecuencia así:

Hernia Inguinal	2488	-	77.7%
Hernia Crural	243	-	7.58%
Hernia Umbilical	226	-	7.06%
Hernia Epigástrica	103	-	3.20%
Hernia Incisionales	137	-	4.24%
Hernia Spiguel	3	-	0.10%
Hernia de Grynfelt	1	-	0.03%
Hernia Obturatriz	1	-	0.03%

Total de Hernioplastias 3,202.

Se puede observar en éste cuadro la baja incidencia de la hernia lumbar.

Las hernias lumbares se pueden localizar en 2 espacios:

- a.- Espacio superior de Grynfelt.
- b.- Espacio inferior de Petit.

Los límites anatómicos del espacio superior de Grynfelt son:

- a.- Por arriba la última costilla.
- b.- Por delante el borde posterior del musculo oblicuo menor.
- c.- Por detras el borde externo de los musculos lumbares.
- d.- Sirviendo de techo a éste rectángulo el musculo transverso.
- e.- El piso ésta conformado por la fascia del musculo transverso.

El espacio inferior de Petit esta delimitado así:

- a.- Por delante con el borde posterior del musculo oblicuo mayor.
- b.- Por atras, el musculo dorsal ancho.
- c.- Por debajo, la cresta iliaca.
- d.- El piso de éste triángulo ésta formado por la fascia lumbo dorsal y el musculo oblicuo menor con participación del transverso del abdomen.

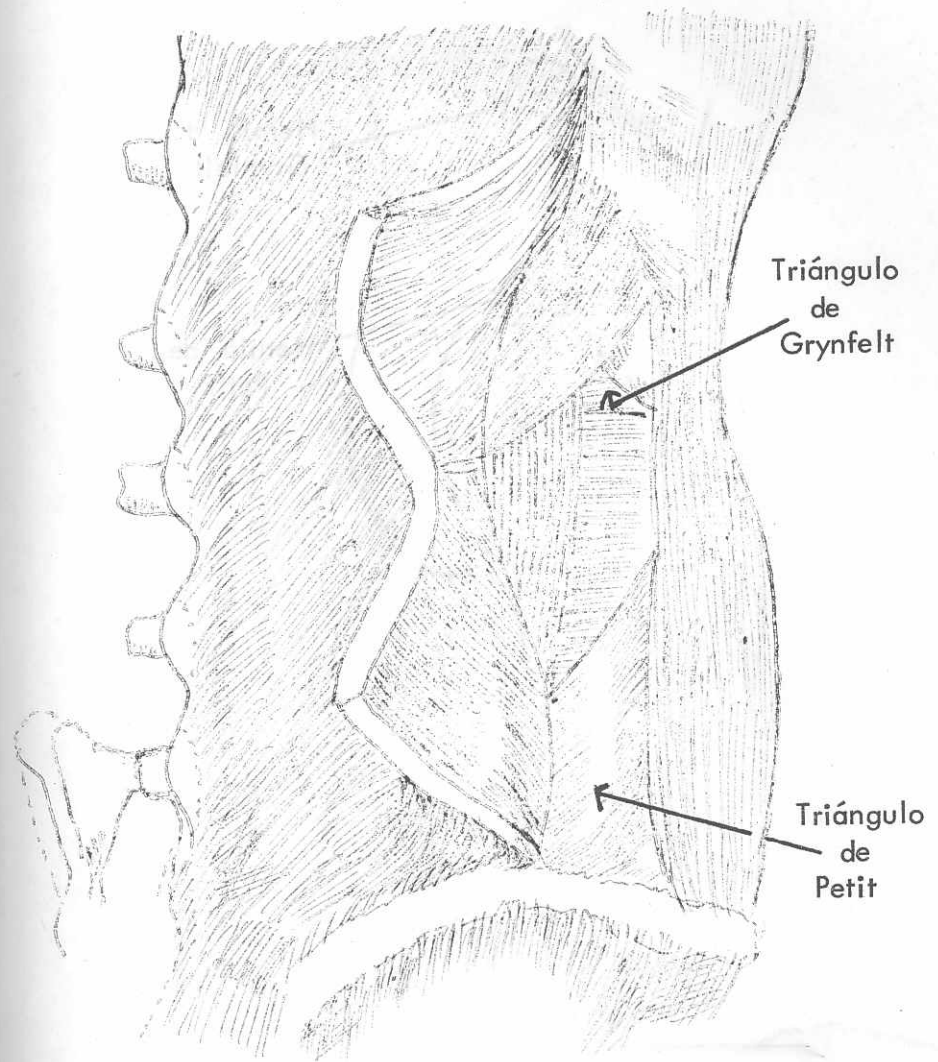
ETIOLOGIA

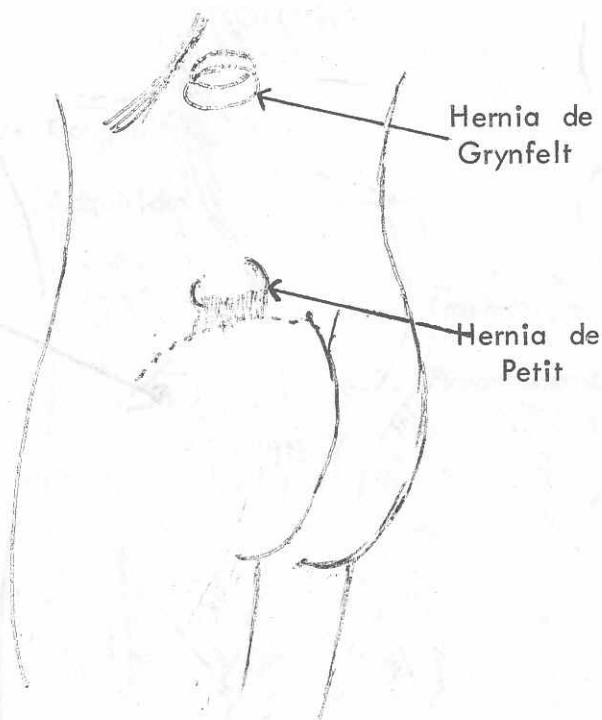
a.- Congénitas.

b.- Adquiridas

b.1. Traumáticas.

b.2. Expontáneas.





Las congénitas son las más raras y generalmente van asociadas a otras malformaciones.

El mecanismo embriológico que los origina aún es discutido. Nachot sugiere que éste tipo de hernias es producido por trauma a los músculos de la región lumbar durante la vida intrauterina sin embargo ésta teoría no es aceptada por los embriólogos modernos.

Las traumáticas pueden ser resultado de heridas penetrantes, lesiones por aplastamiento, cirugía renal, drenaje de absesos de la región lumbar, resección quirúrgica de cresta iliaca para fines ortopédicos.

Las hernias espontáneas se presentan generalmente en la edad media o después y son probablemente secundarias a trauma indirecto, como grandes esfuerzos, tos persistente, etc.

CUADRO CLINICO

Las hernias lumbar se caracteriza por la presencia de una tumefacción en la región lumbar ya sea por abajo de la última costilla o por arriba de la cresta iliaca superior.

Se hace más evidente en la posición de pié o durante un esfuerzo. Esta masa es blanda y reductible; y generalmente al hacer la reducción manual de la hernia da la sensación de un gorgoteo.

En aproximadamente 10% de los casos puede haber incarceration en cuyo caso se encuentra una masa firme dolorosa a la palpación e irreductible.

En conclusión del diagnóstico de ésta patología es eminentemente clínico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe incluir cualquier masa a nivel de esa región, pero los más importantes son: Abscesos, Lipomas y Neoplasias.

TRATAMIENTO

El tratamiento ordinario consiste en reintroducir el -saco e inbricar capas musculares o aponeurosis sobre el defecto.

Swartz (1,954) aconseja suturas aponeuróticas libres para reparar ésta hernia, pero en la mayoría de los casos -son adecuados la seda o el alambre.

Koontz describe la operación que aplicó con éxito en 5 casos:

- 1.- Liberación del saco.
- 2.- Invertir y fruncir el saco con sutura de colchonero interrupta.
- 3.- Reflejar hacia delante un colgajo de la fascia lumbar para cubrir la porción anterior del defecto.
- 4.- Reflejar hacia delante un colgajo de la fascia lumbar para cubrir la porción posterior del defecto.

Dowd recomienda cerrar el defecto empleando un colgajo del tensor de la fascia lata y del gluteo mayor.

En las hernias pequeñas (Sabinston) la reconstrucción quirúrgica mediante sutura del oblicuo mayor al dorsal ancho, con o sin refuerzo de la fascia lata han dado buenos resultados. Para la reparación de la hernia de Petit.

Actualmente se recomienda que para defectos pequeños -se practique afrontamiento de bordes musculares con material inabsorbible y en defectos grandes utilizar colgajos libres de fascia lata y otro tipo de mala sintética.

DISCUSION DE RESULTADOS

En el hospital Nacional de Escuintla se han practicado en los últimos cuatro años (Junio de 1,976 a Diciembre de 1,980) un total de 501 hernioplastias, de las cuales se presentaron por orden de secuencias así:

Inguinales	350	-	69.8%
Crurales	64	-	12.7%
Umbilicales	45	-	8.9%
Incisional	27	-	5.3%
Epigástrica	11	-	2.1%
De Grynfeld	2	-	0.3%
De Petit	1	-	0.19%
De espiguel	1	-	0.19%

Lo que evidencia que las hernias de la región lumbar en éste estudio es el 0.49%.

Estos cuatro casos fueron ingresados al hospital para tratamiento y se describen a continuación:

CASO NUMERO UNO

Paciente de 35 años de edad sexo masculino, ingresa al hospital por historia de 30 años de evolución de presentar una masa reductible en la región lumbar del lado derecho la cual apareció después de un esfuerzo físico.

Al exámen físico se le encuentra una hernia reductible del espacio lumbar inferior (Hernia de Petit).

TRATAMIENTO:

Se le efectúa exploración quirúrgica con una incisión

oblicua sobre el defecto encontrándose una hernia con deslizamiento del ciego, se repara haciendo cierre del saco herniario y practicando afrontamiento de los bordes musculares del músculo oblicuo mayor al musculo dorsal ancho con puntos separados de material inabsorvible.

La evolución post operatoria fue satisfactoria, hasta un año más tarde que presenta recidiva de la hernia.

CASO NUMERO DOS

Paciente de 50 años de edad, sexo masculino, ingresa al hospital por tumefacción blanda y dolorosa en la región lumbar izquierda de 3 años de evolución, la cual apareció después de lumbotomía por litiasis renal.

Al exámen físico se encuentra hernia del triángulo lumbar superior (Grynfeld).

TRATAMIENTO:

Se le practica exploración quirúrgica sobre la misma insición de lumbotomía. Hallazgos: Hernia post quirúrgica en el espacio de Grynfeld, se practica cierre del anillo con sutura interrumpida con material inabsovible.

Evolución post operatoria buena.

CASO NUMERO TRES

Pacientes de 30 años de edad, sexo masculino, ingresa al hospital con historia de un año de evolución de presentar tumefacción en región lumbar derecha, la cual se hace presente en la posición -

de pié y durante el ejercicio y desaparece durante el reposo. Esta masa se hizo presente después de un gran esfuerzo físico.

Al examen físico se hace diagnóstico de una hernia del triángulo lumbar superior de Grynfelt.

TRATAMIENTO:

Se aborda con incisión oblicua en el espacio lumbar superior, se hace invaginación del saco y se practica afrontamiento de los bordes musculares del musculo oblicuo menor a los musculos lumbares con puntos separados de material inabsorbible.

Evolución post operatoria buena.

CASO NUMERO CUATRO

Paciente de 43 años de edad, sexo femenino, diabética, ingresa al hospital por un cuadro de colecistitis aguda por lo que se efectua colesistectomia de urgencia.

Como hallazgo de examen físico se encuentra una hernia del espacio lumbar superior izquierdo, secundaria a herida por arma blanca 4 años antes de su ingreso.

Esta paciente hasta el momento de concluir el estudio no ha sido intervenida.

MANEJO PRE-OPERATORIO

Todo éste grupo de pacientes con excepción de la última fue operado en forma electiva, lo cual dió la oportunidad de efectuar examen de laboratorio de rutina (he-

matología, heces, orina) en algunos casos Rx. de tóras.

Los 3 pacientes se encontraron en buenas condiciones generales por lo que no ameritaron ningún tratamiento especial.

MANEJO OPERATORIO

Los 3 pacientes fueron operados con anestesia general, se practicó insición oblicua sobre el defecto herniario, se efectuó disección e identificación de los bordes musculares. En dos de éstos casos se abrió el saco herniario para luego cerrarlo con sutura continua y en el otro solo se práctico invaginación del mismo.

El cierre del defecto se llevó a cabo afrontando los bordes musculares con puntos de seda número uno puntos separados.

En uno de los pacientes se dejó penrose al tejido celular subcutáneo por que la disección fue cruenta debido al grueso espesor del panículo adiposo.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

Ninguna

MANEJO POST OPERATORIO

A todos los pacientes se les ordenó reposo gástrico en las primeras 24 horas de post operatorio sin succión nasogástrica.

Analgésico y soluciones I.V.

Al primer día post operatorio se les inició dieta líquida, y se les moviliza.

Se les retira puntos de piel al 8o. día post operatorio.

En el caso del drenaje de penrose éste fue retirado al 2o. día post operatorio.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Ninguna

COMPLICACIONES TARDIAS

Un caso de recidiva un año después de la operación

MORTALIDAD

Ninguna

CONCLUSIONES

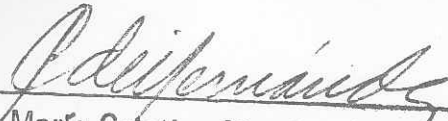
- 1.- Se presentan cuatro casos de hernias lumbar manejados en el Hospital Nacional de Escuintla en un período de 4 años.
- 2.- El porcentaje de éstas hernias en esta estadística es de - 0.49%.
- 3.- De los 4 casos 3 corresponden al espacio superior de Grynfelt y una al espacio inferior de Petit.
- 4.- El sexo más afectado es el masculino.
- 5.- Dos casos corresponden al lado derecho y dos al lado izquierdo.
- 6.- La edad afectada oscila entre los 30 y los 50 años.
- 7.- Dos de éstos casos fueron de origen espontáneo, una post traumática y una post quirúrgica.
- 8.- Complicaciones operatorias: Ninguna.
- 9.- Mortalidad: 0
- 10.- Un caso pendiente de cirugía.

BIBLIOGRAFIA

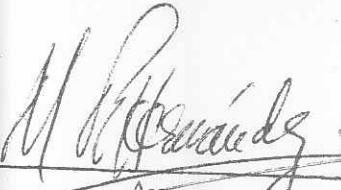
- 1.- Lumbar Hernias. Koczorowski, S; et al. Plo Przegl Chir 49 (10) 935-6 Oct. 1977.
- 2.- Lumbar hernia of Petit seen at Lagos University Teaching Hospital Akinsaya, B. West Afr Med J 22 (2): 37: - 8 Apr. 1973.
- 3.- Hernia Trigoni Petiti. Nahodil, V; et al. Rzh Chir 55 (6): 399 401 Jun 1976.
- 4.- Latter: lumbar hernia. Hegemann, G, Dtsch Medochenscgr 98: 1783. Sep. 1973.
- 5.- Traumatic lumbar hernia. Evertt, WG Injury 4, 354-6. May 1973.
- 6.- Petits Triangle (petits trigonum lumbale) in liberian population Muti R; et al Minerva Chir 26: 1245 -8 30 Nov. 1971.
- 7.- Anatomía y embriología quirúrgicas. Clínicas Quirúrgicas de Norte America. Pág., 1234 - 1235. Dic. 1974..
- 8.- Tratado Anatomía Humana. Dr. Fernando Quiroz -- Gutierrez. Tomo I Pág., 363. 1959.
- 9.- Complicaciones de la Hernia inguinal en el niño. Tesis del Dr. Raúl Padilla. Mayo de 1975.
- 10.- Hernia Inguinal encarcerada en el niño. Tesis del Dr. Ramiro Rolando Monzon Serra. 1974.

- 11.- Hernia Lumbar o del Espacio de Grynfelt. Reporte de 2 casos en el Hospital Roosevelt de Guatemala, presentado en el 5o. Congreso Nacional de Cirugía por el Dr. Rodolfo Solis Hegel' en 1975.

Br.


Marfa Cristina Morales de Hernández

Asesor.

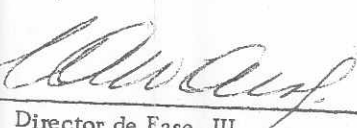

Mario Rolando Hernández

Dr.

Revisor.


Susarte E. Hernández

Director de Fase III


Carlos Wadlheim C.

Dr.

Secretario


Dr. Raúl A. Castillo Rodao

Dr.

Decano.


Dr. Rolando Castillo Montalvo