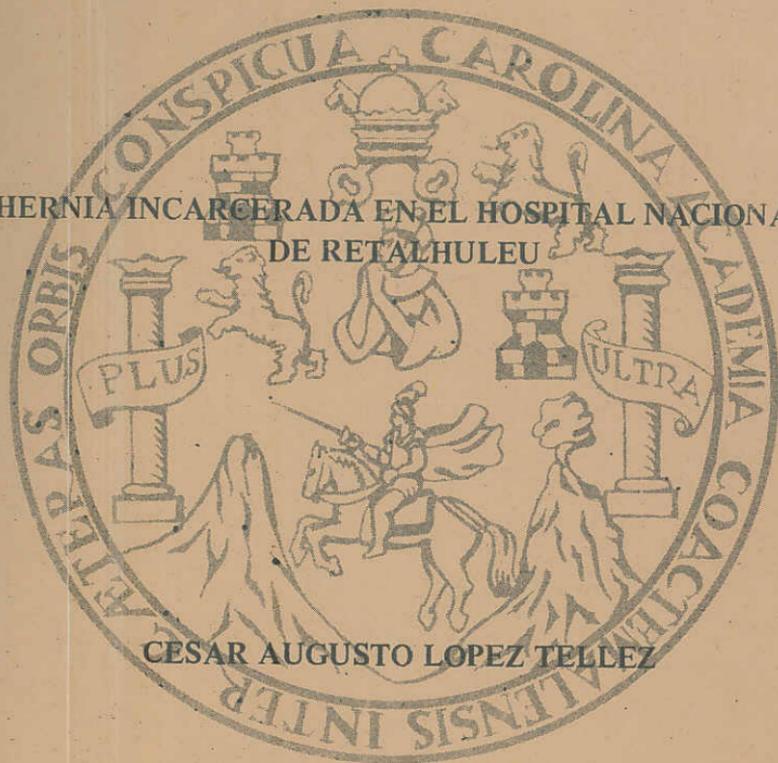


HERNIA INCARCERADA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE RETALHULEU



CESAR AUGUSTO LOPEZ TELLEZ

SUMARIO

- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) ANTECEDENTES
- IV) MATERIAL Y METODO
- V) HISTORIA
- VI) GENERALIDADES SOBRE HERNIA INCARCERADA
- VII) DESARROLLO DEL TRABAJO
- VIII) RESULTADOS
- IX) ANALISIS GENERAL
- X) CONCLUSIONES
- XI) RECOMENDACIONES
- XII) AGRADECIMIENTO
- XIII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La hernia incarcerada ha sido tema de estudio e investigación por parte de numerosos autores extranjeros en su mayoría. Los trabajos a nivel nacional son escasos existiendo a la fecha dos trabajos de Tesis uno realizado en el área capitalina y otro en área departamental, por lo que considero importante los datos estadísticos encontrados ya que contribuirán a conocer la prevalencia, las características más comunes, el tratamiento y el resultado alcanzado en el medio en que se efectuaron.

Gran cantidad de pacientes consultan con cuadro clínico de hernia, pero a cuantos de ellos el Médico les ha indicado la necesidad de resolver quirúrgicamente el problema evitando la encarceración y mayores problemas al paciente.

El presente trabajo es un estudio de 28 casos de hernia incarcerada que se presentaron en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría durante el período de tiempo del primero de Enero de 1980 hasta el treinta y uno de Diciembre de 1980. Efectuando un estudio retrospectivo, para lo cual se revisaron 455 casos de hernia.

OBJETIVOS

Conocer la Incidencia de Hernia Incarcerada en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

Conocer la epidemiología de los casos encontrados

Establecer el tipo de tratamiento efectuado para resolver el caso

Complicaciones presentadas

Conocer la letalidad de los casos.

ANTECEDENTES

En el Hospital Nacional de Retalhuleu no existe ningún trabajo realizado anteriormente sobre el tema investigado.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Archivo del Departamento de Registro y Estadística del Hospital Nacional de Retalhuleu.

Libro de Cirugía Mayor de sala de operaciones.

Libro de Ingresos y Egresos de los servicios de Cirugía de Mujeres y Hombres.

Papeletas de los casos revisados

Papel y lapiz.

METODOLOGIA

Estudio retrospectivo de los años comprendidos del 1/1/73 al 31/12/80 de los casos de hernia incarcerada que fueron atendidos en el Hospital Nacional de Retalhuleu, habiendose encontrado 28 casos entre un total de 455 casos de hernia revisados

HISTORIA

La hernia es una enfermedad que desde la antigüedad ha usado molestias al hombre, ya que por su manifestación es conocida por la vista y el tacto.

En Egipto se efectuaban tratamientos médicos utilizando plastos; En una escultura que data de 2,500 AC, que se encuentra en la necrópolis de Saqqurah se representa una operación de hernia.

Hipócrates, sugiere tratamiento mediante brageros y emplastos; Galeno habla de que la hernia se debe a la ruptura del peritoneo y que la estrangulación de la misma a la impacción fecal; Celso aconsejaba abrir el saco herniario y regresar el intestino a la cavidad abdominal, reparaba el saco, lo ligaba y cortaba el cordón espermático; Heliodoro desprendía el cordón, lo retorció, lo ligó y por último lo extirpó; Praxágoras practicaba la ligadura y escisión del saco, así como la sutura para estimular cambios fibróticos; Praxágoras practicaba la Taxis.

Guy de Chauliac (1300-1368) escribió el libro "Colección de Cirugía" en donde discute seis operaciones diferentes para la corrección de la hernia; aunque consideraba que se debería operar sólo en los casos en que era verdaderamente necesaria; Littré hizo referencia de hernia del divertículo de Meckel; Gimbernant describió el ligamento que lleva su nombre.

En el siglo XX Cooper y Scarpa iniciaron la era moderna del tratamiento de la hernia; Marcy (1837-1882) fué el primero en señalar el valor de reconstruir anatómicamente las estructuras; Bassini (1884-1924) determinó que la técnica de sus colegas fallaban en que no hacían una reconstrucción del canal inguinal, aunque se han hecho modificaciones la operación básica en la actualidad continúa siendo la Bassini.

GENERALIDADES SOBRE HERNIA INCARCERADA

Definición

Hernia; (del latín Hernia) Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o accidental.

Incarceración: (del latín incarceratum), supino de incarcerare, encarcelar). Retención o aprisionamiento anómalo de una parte, que no puede ser devuelto al abdomen.

Hernia abdominal: Es un defecto en la continuidad de las estructuras musculoaponeuróticas de la pared abdominal, congénito o adquirido, que permite la salida de cualquier estructura que no sea la que normalmente pasa a través de las paredes. Diferenciándose del prolapso en donde la víscera no está cubierta por un saco.

Hernia Inguinal: Son las que se forman en la región inguinal, se les designa como directa cuando pasa a través de la pared abdominal posterior, por dentro de los vasos epigástricos inferiores, en el área limitada por el triángulo de Hess y Mach; es Indirecta la que atraviesa el anillo inguinal, siguiendo 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 inguinoescrotal cuando tiene doble saco herniario separado por los vasos epigástricos inferiores recibe el nombre de Directa-Indirecta o Pantalón.

Hernia Crural: Es la que se manifiesta a través del anillo crural. Toda hernia localizada arriba del ligamento inguinal, que además se dirija al escroto o al labio mayor, corresponde a hernia inguinal; las hernias localizadas hacia abajo del ligamento inguinal que se dirijan hacia el muslo y queden dentro del latidofemoral, corresponde a hernia crural.

ernia umbilical: Es la que protuye por el anillo umbilical.

ernia Epigástrica: Es cualquier hernia que se produce en la región del epigastrio.

ernia Diafragmática: Es la que se manifiesta a través del tórax.

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

taxis: Reducción manual de una hernia.

RESUMEN EMBRIOLOGICO

Se considera que todas las hernias tienen un origen común, especialmente las inguinales. Y que el principal factor en la producción de éstas es, la falta de resistencia en alguna parte de la pared abdominal y a la falta de obliteración del conducto peritoneo-vaginal o processus vaginales, que es una especie de divertículo que se aplica al cordón espermático al testículo comunicando a la cavidad abdominal con el escroto. Normalmente este conducto se cierra a los 15-20 días después del nacimiento pero algunas veces puede persistir en el niño nacido por espacio de un mes. En las mujeres el conducto peritoneo vaginal está representado por el canal de Nuck, que da paso al ligamento redondo. Esta obliteración puede fallar total o parcialmente dando origen a la hernia.

En la hernia inguinal el diagnóstico clínico es el de hernia inguinal pero solamente en la exploración quirúrgica se terminará con certeza si es directa o indirecta: en el niño indirecta congénita por persistencia del conducto peritoneo vaginal; en la mujer por lo general es indirecta; y en el hombre puede ser directa o indirectamente indistintamente. La hernia inguinal y crural es más frecuente en el lado derecho a consecuencia de que el testículo derecho desciende después del izquierdo y que normalmente por conducto peritoneovaginal deriva

CLASIFICACION DE LAS HERNIAS POR SU DUCTIBILIDAD

Reducibles: Cuyo contenido puede ser devuelto a la cavidad abdominal espontáneamente o por manipulación. (taxis).

Irreducibles o Incarcerada: Cuyo contenido no puede ser devuelto a la cavidad abdominal, pero no presenta cambios en su circulación sanguínea.

Estrangulada: Hernia que no se reduce y que presenta ya cambios de coloración por disminución del riego sanguíneo del contenido.

MECANISMO DE LA INCARCERACION

Se conocen tres factores que contribuyen a la incarceration.

Una simple irreducibilidad del asa o del epiplón.

Una obstrucción cerrada del asa comprometida.

Edema del asa comprometida.

CUADRO CLINICO

El paciente acude al médico con una historia de masa en región abdominal, dura, no reducible, náusea, vómitos, dolor abdominal referido a región umbilical, epigástrico o hipogástrico. Cuando el intestino grueso es el comprometido puede haber constipación, algunas veces diarrea.

TRATAMIENTO

En la hernia incarcerada es posible inmediatamente la reducción y reparación, pero en ocasiones es sumamente difícil consecuencia del edema y congestión de los tejidos lo que dificulta la identificación de los mismos. Por lo anterior es preferible en general reducir la hernia con medidas conservadoras utilizando hielo, local, sedantes, posición de Trendelenburg, obteniéndose resultados positivos cuando todas las medidas son aplicadas correctamente, es aconsejable esperar de 2 a 8 horas después de haber iniciado el tratamiento.

tratamiento médico y en un lapso de 4 horas la hernia no se reduce se debe de efectuar tratamiento quirúrgico urgente.

Para el tratamiento quirúrgico se aconseja utilizar incisiones similares a las utilizadas en los casos de hernias no complicadas, se disecciona el saco herniario, a continuación debe abrirse éste e inspeccionarlo, comprobando que no hay perforación o proceso infeccioso, antes de ser abierta la cavidad peritoneal, liberandose enseguida la constricción a nivel del cuello del saco lo más alto que permita la estructura. Las asas o parte visceral comprometida deben de observarse y revisarse perfectamente para comprobar su viabilidad. Si se encuentra un asa necrótica, esta se debe reseccionar y hacer una anastomosis termino-terminal cerrada. Finalizando el cierre de pared con una técnica adecuada.

La anestesia general es la de elección, pero se puede utilizar si las condiciones lo permiten, anestesia raquídea y anestesia epidural.

DESARROLLO DEL TRABAJO

El presente trabajo se realizó en forma retrospectiva de todos los casos de Hernia en general que ingresaron y recibieron tratamiento en el Hospital Nacional de Retalhuleu durante los años de 1978-1980. El libro que se utilizó para obtener los datos del trabajo lo constituyó el Libro de Registro de Sala de Operaciones, obteniéndose un total de 455 operaciones de Hernioplastia, de las cuales 28 casos correspondían a hernias incarceradas, en el Departamento de Estadística y Registro se obtuvieron las papeletas que correspondían al caso, las cuales se revisaron siguiendo los objetivos trazados.

Cuando ingresan pacientes con diagnóstico de Hernia Incarcerada se le deja en una sección que se considera de Intensivo pues no se cuenta con una sección específica, pero en ella se le inicia el tratamiento lo más rápidamente posible dependiendo de la gravedad del caso, pero por lo general se le inicia tratamiento médico conservador para tratar de reducir la hernia en un término de más o menos 4 horas, aprovechando en ese lapso de tiempo para obtener por lo menos un examen de Hematología que comprende por lo regular solamente hemoglobina, hematocrito y grupo sanguíneo, si durante ese tiempo la hernia no se logra reducir se le prepara para ser intervenido inmediatamente, pero ya se le ha efectuado previo a ello medidas para mejorar su estado general hidratación intravenosa, succión nasogástrica.

RESULTADOS

Total de Hernias:	455	
Hernias Incarceradas:	28	0.60%

SEXO

Femenino:	18	64%
Masculino:	10	36%

EDAD:

21 - 30 años:	1	3%
30 - 39 años:	2	7%
40 - 49 años:	10	35%
50 - 59 años:	7	25%
60 - 69 años:	5	18%
70 a 79 años	3	11%
Total	<u>28</u>	

La edad mínima fue de 23 años
La edad máxima fue de 74 años

RAZA

Indígena:	21	75%
Ladina:	7	25%
Total	<u>28</u>	

OCUPACION

Oficios Domésticos:	18	64%
Jornalero:	7	25%
Agricultor:	2	7%
Industrial:	1	4%

PROCEDENCIA

Rural:	20	71%
Urbano:	8	29%

TIPO DE HERNIA

Hernia inguinal:	16	53%
Hernia Crural:	12	40%
Hernia Escrotal:	2	7%
Total	<u>30</u>	

HERNIA INGUINAL

Derecha:	9	56%	Del total de Hernias Ingui nales.
Izquierda:	7	44%	
Total	<u>16</u>		

Inguinal Directa:	10	68%	Del total de Hernias ingui nales.
Inguinal Indirecta:	6	37%	
Total	<u>16</u>		

HERNIA CRURAL:

Derecha:	9	75%	Del total de Hernias crura les.
Izquierda:	3	25%	
Total	<u>12</u>		

REDUCCION DE LAS HERNIAS INCARCERADAS

Del total de hernias incarceradas que ingresaron fueron tratadas 13 con medidas médicas conservadoras, operandose posteriormente al mejorar su estado general.

Reducción de Hernias:	13	46%
No se redujeron:	15	54%
Total	<u>28</u>	

TIEMPO DE EVOLUCION

Se refiere al tiempo durante el cual el paciente inició cuadro agudo de irreductibilidad de la hernia hasta el momento de consultar al Hospital.

1 - 2 días	11	pacientes
3 - 4 días	9	días
5 - días	1	
Total	<u>21</u>	

1 - 3 horas	2	pacientes
4 - 6 horas	3	pacientes
7 - 9 horas	2	pacientes
Total	<u>7</u>	

TIPO DE VICERA

En cuanto al contenido del saco herniario.

Intestino Delgado:	18	64%
Epiplon:	5	18%
Intestino Delgado y Epiplon	5	18%
Total	<u>28</u>	

RESECCION DE VICERA

Intestino Delgado:	7	58%
Epiplon:	4	34%
Intestino Delgado y Epiplon	1	8%
Total	<u>12</u>	

TECNICA QUIRURGICA:

Mo Vay:	12
Bassini:	8
Técnica Anatómica:	1
No referida:	7
Total	<u>28</u>

ANESTESIA

Raquídea:	21
General:	7
Total	<u>28</u>

COMPLICACIONES

Complicación quirúrgica: Ninguna

Complicaciones Post-Operatoria:

Inmediata:

Shock hipovolémico:	1
Anemia:	1
Total	<u>2</u>

Mediata:

Infección de herida operatoria	5
Dehiscencia de herida operatoria	1
Bronconeumonía Ortostática:	1
Ninguna	0
Total	<u>7</u>

MORTALIDAD

De los 28 casos de pacientes con tratamiento quirúrgico por hernia incarcerada no se reportó ningún caso de mortalidad.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

1 - 5 días	1 paciente
6 -10 días	18 pacientes
11 -15 días	5 pacientes
16 -20 días	1 paciente

TIEMPO DE EVOLUCION DE HERNIA

Se refiere al tiempo que indicó el paciente de estar presentando cuadro clínico de hernia.

2 meses - 4 años	11 pacientes
5 años - 9 años	3 pacientes
10 años -14 años	2 pacientes
15 años -19 años	2 pacientes
20 años -25 años	1 paciente
No referido	9 pacientes
Total	<u>28</u>

ANALISIS GENERAL

Al realizar un análisis de los resultados se observa que el número de hernias encarceradas es menor del 1%, lo que da una incidencia sumamente baja en relación al total de hernias; hay que hacer notar que no se encontraron 8 papeletas de pacientes que fueron operados con diagnóstico de hernia encarcerada.

El sexo más afectado fue el femenino en 64%, de oficios domésticos en su totalidad, en el sexo masculino todos los pacientes realizaban labores de esfuerzo físico, en ambos casos la encarceración se presentó en adultos ya que no se reportó o encontró ningún niño.

La mortalidad es de cero, aunque de las ocho papeletas que no se encontraron se sabía de dos pacientes que habían fallecido pero no se pudo determinar en que condiciones.

Las complicaciones quirúrgicas no existieron o no fueron reportadas en la evolución del paciente, presentándose únicamente cinco casos de infección de herida operatoria que respondieron al tratamiento médico; el tiempo de hospitalización fue de aproximadamente 7 días.

Un alto porcentaje (39%) de los pacientes que se operaron venían presentando hernia de cualquier tipo desde cuatro años atrás, siendo este factor un predisponente a la encarceración.

En regular número de papeletas revisadas los datos de interés médico no satisficieron completa los datos a investigar.

CONCLUSIONES

- 1) La frecuencia de hernia incarcerada en el Hospital Nacional de Retalhuleu, es de 0.60%.
- 2) El sexo femenino es más afectado que el masculino, a pesar de que todas las pacientes se dedicaban a oficios domésticos.
- 3) La hernia incarcerada en el sexo masculino es más frecuente en los pacientes que realizan trabajos pesados.
- 4) La hernia incarcerada es más frecuente en la 4a. década de la vida.
- 5) Los pacientes provenientes del área rural son los más afectados por hernias incarceradas.
- 6) En las hernias inguinales y crurales es más frecuente su incarceration en el lado derecho.
- 7) La hernia inguinal derecha directa se incarcerationa con mayor frecuencia.
- 8) No se le da importancia a la hernia como posible peligro de vida del paciente, ya que 11 pacientes presentaban el problema desde hacía 4 años, y un paciente desde hace 20 años.
- 9) El intestino delgado es la vícera que se incarcerationa con mayor frecuencia siguiéndole en su orden el epiploon.
- 10) La evolución fue satisfactoria en el 89% de los casos.
- 11) La mortalidad del total de hernias incarceradas fue de 0.
- 12) La complicación post-operatoria más frecuente fue la infección de la herida operatoria en el 10.7%.
- 13) El 42% del total de hernias incarceradas se redujeron.

- 14) La técnica quirúrgica que se empleó con mayor frecuencia fue la de Mc Vay y la anestesia más usada fue la raquídea.
- 15) Por los resultados obtenidos se infiere que el tratamiento médico y quirúrgico de Hernia Incarcerada es altamente satisfactorio si tomamos en consideración las limitaciones del Hospital.

RECOMENDACIONES

A todos los médicos realizar una historia clínica más completa al ingreso del paciente y una nota operatoria más detallada.

Llevar un mejor control de las papeletas en el Departamento de Registro y en el Archivo.

Indicar a todo paciente que consulta por cualquier tipo de hernia el peligro de una incarceration y la conveniencia de corregir el defecto.

AGRADECIMIENTO

A los doctores Raúl Gustavo Lima y Waldemar Alvarado Revisor y Asesor respectivamente por sus enseñanzas.

Al Doctor Gustavo Rosales D. por su colaboración.

Y A todos los médicos que me proporcionaron conocimientos.

BIBLIOGRAFIA

Gross. M. E. Cirugía Infantil. Principios y Técnicas. Versión Española, Juan Picañol Peirato. Barcelona, Salvat Editores 1956.

Harkins. Henry. Principios y Prácticas de Cirugía.
4a. Edición. Editorial Interamericana, México 1968.

Sabinston. David. Tratado de Patología Quirúrgica.
18a. Edición, Editorial Interamericana, México 1974.

Fauliano. Alfredo. Clínica y Terapéutica Quirúrgica.
5a. Edición. Editorial El Ateneo, Argentina 1976.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.
10a. Edición. Salvat Editores, S.A. España, 1974.

Monzón, Ramiro. Hernia Inguinal Incarcerada en el Niño.
Tesis de Graduación. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1974.

González S. Marco A. Hernia Incarcerada en el Hospital Nacional de Mazatenango. Tesis de Graduación. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos. Guatemala, 1978.

Br.

César Augusto López Tellez

Asesor.

Waldemar Alvarado B.

Dr.

Revisor.

Raúl Gustavo Lima

Director de Fase III

Carlos Waldheim

Dr.

Secretario

Raúl A. Castillo R.

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.