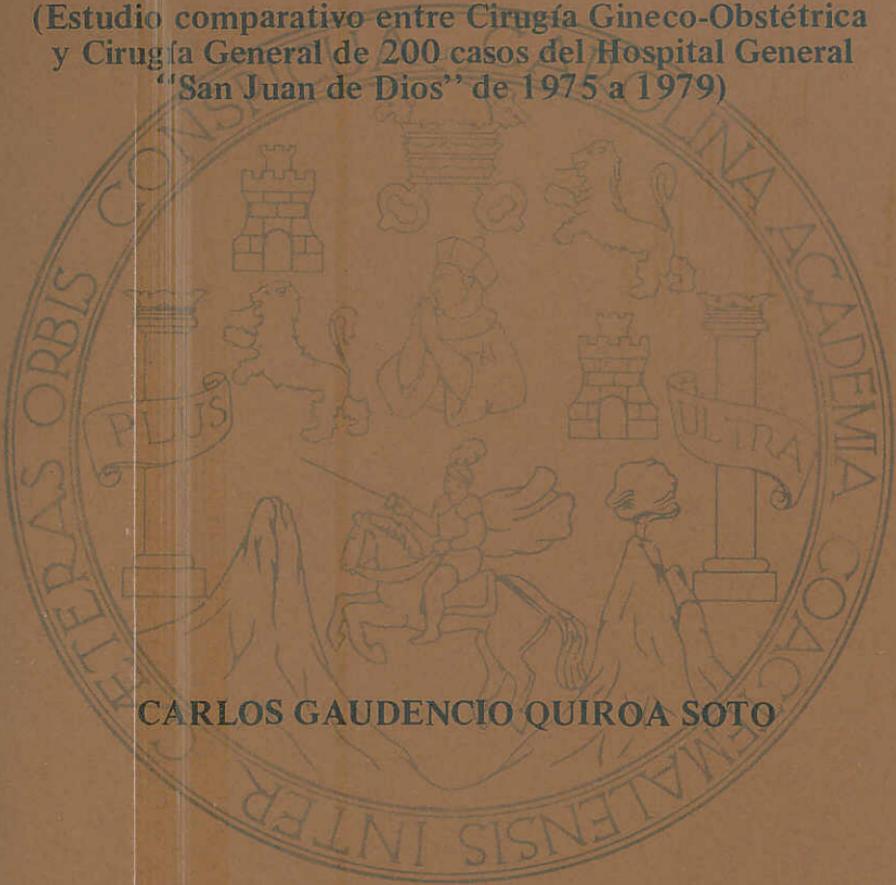


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## HERNIAS INCISIONALES

(Estudio comparativo entre Cirugía Gineco-Obstétrica  
y Cirugía General de 200 casos del Hospital General  
"San Juan de Dios" de 1975 a 1979)

CARLOS GAUDENCIO QUIROA SOTO



## PLAN DE TESIS

- INTRODUCCION
- I. OBJETIVOS
- II. MATERIAL Y METODOS
- V. HERNIAS INCISIONALES. GENERALIDADES
- CAUSAS Y PREVENCION
- I. TRATAMIENTO
- II. PRONOSTICO
- III. ANALISIS Y RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- ANEXOS
- VI. BIBLIOGRAFIA

## HERNIAS INCISIONALES

( Estudio Comparativo entre Cirugía Gineco-obstétrica y Cirugía General de 200 casos del Hospital General "San Juan de Dios", de 1975 a 1979. )

### INTRODUCCION:

Debido a que el problema de HERNIA INCISIONAL es frecuente en el Hospital General "San Juan de Dios", ya sea por pacientes operados en este centro, como por aquellos que acuden tan por una hernia de este tipo y que han sido intervenidos en otros hospitales, por tal motivo se llevó a cabo este estudio sobre HERNIAS INCISIONALES, haciendo una revisión de los casos de pacientes que se les corrigió su hernia electivamente en el citado hospital.

Estos pacientes fueron operados entre la fecha comprendida del 1.º de mayo de 1975 al 30 de noviembre de 1979, teniendo en cuenta pacientes de ambos sexos, ya que hasta la fecha en nuestro medio no existe un estudio que comprenda a los dos sexos, únicamente se ha estudiado al sexo femenino, a lo que se hace una comparación de la frecuencia de hernia incisional entre las cirugías Gineco-obstétrica y la Cirugía General.

y sexo del paciente; respecto a la operación que precedió a la hernia incisional se revisó: tipo de operación (nombre técnico), incisión efectuada, material de sutura empleado (sobre todo en el cierre de la fascia muscular centro hospitalario donde fue intervenido, como también si hubo o no complicaciones post-operatorias. En lo que respecta a la hernia incisional se obtuvo: localización de la hernia, tamaño, tiempo de evolución, si es o no una recidiva de hernioplastia previa, incisión empleada para corregirla, material de sutura empleado. Otra información obtenida en relación a los pacientes femenino fue el número de embarazos a término, considerando que ésto podría ser causa de hernia incisional.

Espero que este trabajo sirva de algo al lector, principalmente al médico dedicado a la cirugía, para que conozca algunas de las causas que en nuestro medio contribuyen a la formación de una hernia iatrogénica como lo son éstas y de este modo tratar en lo posible prevenirlas, mejorando sus técnicas quirúrgicas y materiales usados.

OBJETIVOS:

Generales:

Hacer un estudio de las diversas causas de HERNIAS INCISIONALES de pacientes que consultaron al Hospital General "San Juan de Dios" y hacer una comparación entre los de tipo Gineco-obstétrico y los casos de Cirugía General.

Específicos:

- a. Determinar la edad y el sexo de los pacientes a investigar.
- b. Averiguar el tipo de operación previa a la herniación, tipo de sutura empleado, su localización, como si hubo o no complicaciones de esa operación.
- c. Determinar el tiempo de evolución de la hernia.
- d. Determinar el tamaño de la hernia.
- e. Determinar el número de embarazos a término de cada paciente.
- f. Establecer el tipo de incisión en la reparación de la hernia, material de sutura empleado, así como evolución post-operatoria.

plo diabetes, carcinomas, obesidad, etc.

## MATERIAL Y METODO

### MANO:

Consultas, revisión y supervisión de médicos que colaboraron conmigo, para llevar a cabo la tesis.

Personal de sala de operaciones.

Personal del archivo del Hospital General.

Personal de bibliotecas consultadas.

### SICO:

Edificio del Hospital General.

Libro de estadística de sala de operaciones.

Archivo y papelería del Hospital General.

Edificios de bibliotecas consultadas.

### TODO:

Revisión bibliográfica

Estudio retrospectivo del archivo

Revisión de libro de sala de operaciones

Revisión de expedientes de pacientes consultados.

Tabulación de los datos obtenidos y obtención de resultados a base de porcentajes.

## HERNIAS INCISIONALES

GENERALIDADES:

De acuerdo con el Dr. Lademiro Espinoza León, en su trabajo "Eventraciones post-operatorias", define a la hernia incisional como una lesión de la pared abdominal caracterizada por una brecha ó debilidad de la misma, fuera de las zonas que en anatomía normal se consideran menos resistencia u orificios naturales), a través de la cual hace salida una víscera fuera de la cavidad abdominal que arrastra o no la membrana peritoneal y retenida solo por una pared fibrosa y cutánea. No debiendo confundir esta definición con eventración (2). La incidencia de hernia incisional varía de 0.5% a 13.9% de los pacientes que presentan cirugía abdominal (6).

La hernia incisional es la única de indudable naturaleza iatrogénica, que generalmente es el resultado de una sutura inadecuada, desgarramiento o infección de la herida. Para evitar su formación es preciso el buen cierre apropiado de toda incisión operatoria (5,8,9). Las hernias incisionales son tan variadas como las heridas -

En lo que respecta a síntomas, se dice que el más -  
recoz es el dolor. Esto obedece en la mayoría de las -  
veces a lesiones de epiploitis adherentes, que comúnmen-  
te acompaña a la hernia. Otras veces el dolor toma el -  
carácter de cólico intestinal, lo que se debe a trastor-  
nos en el tránsito intestinal ya sea por estenosis, bri-  
tas o irregularidades del recorrido de las asas, lo cual  
podría llegar a producir verdaderas obstrucciones y aún  
strangulaciones.

En muchos casos no presenta la herniación molestias  
observando solamente la aparición del tumor clásico en -  
la cicatriz operatoria y el que viene a constituir el mo-  
tivo de consulta en la mayoría de las veces. Este tumor  
puede aparecer en el principio solo con los esfuerzos fí-  
sicos ó con la tos. Pero paulatinamente va aumentando -  
tamaño hasta que llega el punto de no ceder ni con el  
reposo. Otras veces es incoercible desde el comienzo y -  
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 hernia (2).

y se hacen más difíciles de tratar, se deben corregir pronto como se hace el diagnóstico (11).

En lo que respecta a complicaciones; las herniaciones pequeñas pueden presentar las mismas complicaciones que las hernias funiculares en otras regiones del cuerpo. Pero en general, la hernia es grande y difusa. A consecuencia del traumatismo producido en el lugar operado, la necrosis es relativamente frecuente en estas hernias. Pero tratándose de hernias difusas, la estrangulación es bastante bien rara. Una complicación temible es la rotura espontánea de una hernia incisional, produciéndose eventración, lo cual se debe a la cicatriz superficial ó las capas que cubren la hernia que son relativamente frágiles (1,9).

## CAUSAS Y PREVENCIÓN

CAUSAS: Muchos factores contribuyen al desarrollo de hernia incisional. Los factores más a menudo responsables son los siguientes:

Edad del paciente: La curación de la herida es usualmente lenta y menos sólida en pacientes ancianos, por

Debilidad general del paciente: Cirrosis, carcinoma y enfermedad degenerativa crónica, hipoalbuminemia - crónica, deficiencia vitamínica son grandes factores adversos (1,6).

Obesidad: Los pacientes obesos tienen aumentada la presión intra-abdominal. La presencia de grasa en la herida abdominal enmascara el lecho de los tejidos y hace que haya una alta incidencia de seromas y hematomas en la herida (1,5,6).

Infección en las heridas post-operatorias: Esta constituye la causa más común de herniación, principalmente por necrosis de la fascia dando como resultado menos integridad en el cierre de la herida - aproximadamente el 35 a 40% de las hernias incisionales son por infección de heridas operatorias lo cual debe tenerse presente al suturar heridas susceptibles a estar contaminadas (1,2,5,6,9).

Tipo de incisión usada: Hay muchos argumentos concernientes al lugar y dirección de la herida incisional.

Muchos cirujanos piensan que las transversas y obli-

explicación del mejor resultado logrado con la incisión transversa es fácil de entender. Con excepción del recto anterior, todas las capas de la pared abdominal están formadas por fibras musculares o aponeuróticas orientadas en sentido horizontal. La tensión ejercida por las capas musculares de la pared abdominal sigue una dirección horizontal o transversa. Por lo tanto las incisiones verticales siempre cruzan las líneas de fuerza producidas por los músculos del abdomen y siempre se encuentran bajo tensión durante la sutura, mientras que en las incisiones transversas la tensión ejercida por los músculos del abdomen antes tiende a aproximar los labios de la herida que a separarlos (1,5,6,9).

Complicaciones post-operatorias: Tenemos las pulmonares que pueden ser secundarias a una enfermedad pulmonar crónica, anestesia o pueden ocurrir como un resultado de permanecer acostado en la mesa de operaciones o en la cama post-operatoria por largos periodos. Otras complicaciones son la retención urinaria,

Lugar de drenajes, colostomía o ileostomía abiertas en la herida operatoria primitiva (1).

Uso de materiales de sutura no absorbibles principalmente en el cierre de fascia muscular (1,6,8).

Falta de observar los principios propios pre-operatorios y nutrición post-operatoria y una adecuada atención a nutrición proteica y vitamina C lo cual es de particular importancia (1,6,8).

Sepsis general del paciente, lo cual tiende a volver lenta la salud de la herida principalmente si se acompaña de debilidad, balance nitrogenico negativo. Como en el caso de abscesos intraabdominales o peritonitis en que es necesario intervenir (1,6).

Influencia del Embarazo: Principalmente en multiparas, lo cual se cree se debe al deterioro que sufren los tejidos abdominales parietales (2).

Intervenciones Gineco-obstétricas: Esto debido a la presencia con que algunos casos tienen que ser realizados con mucha velocidad, como cesareas en que se

presores lo cual hace disminuir la integridad de los tejidos, también contribuye la deficiencia de ácido ascórbico y de zinc, el uso de anticoagulantes que favorece la formación de hematomas en la pared abdominal (6).

## PREVENCION

Los mayores factores de prevención de hernia incisional son los siguientes:

Uso de incisión transversa u oblicuas cuando es factible.

Uso de suturas no absorbibles (1,2,8).

Una adecuada asepsia antes, durante y después del acto quirúrgico, para evitar la infección (2).

Evitar el espacio muerto en las heridas.

Evitar la indebida tensión de los tejidos en el cierre de las heridas, además el buen manejo de los tejidos evitando la desbilitación (1,6).

Asegurar una hemostasis meticulosa, evitando la formación de hematomas y seromas (6).

Reducir el peso del paciente si es posible antes de

indicación para su reparación, salvo en caso de emergencia (1,5,9).

Tratar las enfermedades pulmonares antes de la cirugía y uso de aparatos de presión positiva de respiración, después de la operación (1).

Mantener fluidos, electrolitos y el balance sanguíneo antes de cirugía y durante el período post-operatorio (1).

Colocar los drenajes en una herida, lejos de la incisión principal cuando sea posible e igual forma hacerlo con las colostomias o ileostomias (1,6).

Proteger los bordes de la herida, preparar la piel adecuadamente y uso de antibióticos profilácticos juiciosamente si está indicado para evitar infecciones de la herida (1,6).

Uso de sonda vesical cuando se indica, así como sonda nasogástrica para evitar la distensión abdominal, si amerita (1,6).

Insistir en la ambulación temprana (1).

reparación. El tratamiento consiste en cierre sencillo del defecto, pero requiere en ocasiones de una técnica compleja (9).

Debido a que la herniación se debe siempre a la separación de las suturas empleadas inicialmente para cerrar la incisión quirúrgica, frecuentemente persisten al realizar la segunda sutura. Además cada vez que se abre la herida, el defecto se vuelve mayor y es más difícil de corregir. Así ocurre en particular con las hernias que se presentan a nivel de incisiones verticales. Y no es raro que el cirujano se encuentre frente a un defecto ovalado cada vez más ancho, de eje vertical mayor que debe cerrarse bajo tensión.

Como podría esperarse por la dificultad inherente a la naturaleza del defecto, la falta de tejidos vecinos adecuados para la reconstrucción y la frecuencia relativamente alta de recaídas, se han propuesto muchísimas técnicas quirúrgicas para corregir las herniaciones.

De hecho las mallas de prótesis, los recubrimientos plásticos, los plásticos auto o heterólogos y las técnicas especia-

estas hernias.

Antes de la corrección es necesario corregir el déficit metabólico o nutricional del paciente, reducirse el peso de pacientes obesos y cualquier otra alteración que aumente la presión intra-abdominal y con ello el peligro de una recaída (5,6,7,8,9).

Las herniaciones de gran tamaño pueden ocasionar disfunción pulmonar, impidiendo que la tos cumpla su cometido en un enfermo con bronquitis crónica y enfisema por ejemplo. En estas condiciones se aconseja la corrección quirúrgica de la hernia, no a pesar de la enfermedad respiratoria, sino precisamente porque ésta constituye una indicación para la intervención (9).

A continuación se describen en forma breve algunas técnicas para la reparación de la hernia incisional.

En caso de hernias pequeñas, muchos cirujanos prefieren, reparar únicamente la fascia muscular y por encima de dicho nivel lo cual es suficiente, utilizando material no absorbible en dicha reparación (1,5,9).

Para herniaciones mayores, o en caso de falta de

pejías, una con tejido autógeno y otra con material de prótesis, como una malla metálica o sintética (6,9,10).

Algunos recomiendan antes de la reparación de estas hernias grandes que sean precedidas por inyecciones de aire dentro de la cavidad abdominal (neumoperitoneo), con el objeto de elevar el diafragma y aumentar el espacio intraperitoneal (1,6,7).

Un tipo de reparación consiste: Luego de liberado el contenido herniario de la fascia muscular, este puede ser abierto; si hay encarceración o adherencias, los que se separan y regresan a la cavidad abdominal. El exceso del saco se liga, previa ligadura de su base con sutura no absorbible, luego se cierra por capas; la reparación puede acompañarse por traslape de la fascia en forma transversa o longitudinal, algunos cirujanos prefieren el cierre de todas las capas en una sola sutura como en caso de evisceraciones. Se procura la hemostasis cuidadosa evitando el espasmo y cuando éste se presenta y es grande debe colocarse succión en la herida (1).

Otra manera de reparación en caso de hernias grandes-

siguiente: Después de abierta la piel y el TCSC (tejido celular sub-cutáneo) se exponen los bordes internos de los músculos rectos en ambos lados de la hernia, por medio de una pequeña incisión se separa la vaina anterior de la posterior cuando la hernia es epigástrica, luego se procede hacer una incisión a nivel del borde interno de cada músculo recto, seguidamente se afrontan la vaina anterior con seda, puntos separados, después se cierra TCSC y piel. Si se colecta suero o sangre debe usarse succión. (Este tipo de reparación suele usarse en caso de hernias de la línea media o paramediana) (1,4,6,7,10)

Respecto al uso de malla en la reparación de hernias incisionales, hablaremos respecto a la malla plástica (Marlex<sup>R</sup>).

Existen tres métodos de reparación:

1. Colocación subdérmica, que consiste en la unión músculo-facial traslapando una sobre la otra cuando es posible y suturando la malla encima como un refuerzo.
2. Sub-facial: Consiste en colocar la malla extraperitonealmente por debajo del músculo facial, los cuales

, ya sea uno junto al otro a la misma malla, para disminuir la cantidad de malla que se expone.

Este método que es similar al sub-facial, excepto que la malla es colocada intraperitonealmente, dependiendo de la disponibilidad de fascia y la tensión que se prefiera se traslapan nuevamente las orillas de la fascia y se fijan a la malla con el espacio vacío menos posible.

En todos los casos se aconseja fijar la malla con su a de plástico (marlex).

La complicación más frecuente con el uso de la malla plástica es la acumulación de suero, la cual es minimizada por la colocación de drenaje de succión y compresión, presencia de infección de heridas no parece estar aumentada con la colocación de malla y sutura plástica.

Los riesgos que tiene la colocación de malla plástica son: posible entrar posteriormente a la cavidad peritoneal a través de ella y el cierre de la pared abdominal es posible con solo afrontar los bordes de la malla incidida,

infección o necrosis isquémica, tejido de granulación  
sece a través de la malla y forma una capa como base sa  
insuficiente para poner injertos (3).

#### PROGNOSTICO:

La recurrencia de la reparación de hernia incisional  
varía directamente con el tamaño del defecto cerrado. La  
hernia pequeña tiene una recurrencia de 2.5%. La de tam  
o mediano de 5-15% y las hernias grandes después de un  
cierre bajo tensión de 15-20% (1). Maguire en su estudio  
"Repair of epigastric incisional hernia" (Reparación de  
hernia Incisional Epigástrica), por medio de incisiones  
relajadoras reporta una recurrencia de más o menos 20%.  
con el uso de malla se reporta una recurrencia del 11.3%  
(3,4).

## ANÁLISIS Y RESULTADOS

Este estudio retrospectivo se realizó en el Hospital General "San Juan de Dios" en el período comprendido desde mayo de 1975 al 30 de noviembre de 1979.

A continuación presentamos los resultados obtenidos de acuerdo a los más frecuentes con sus respectivas tablas y gráficas y a continuación haremos un breve análisis de estos resultados:

1:

Los grupos etarios a los cuales corresponden los 8 pacientes masculinos son: de 21-30 años, 2 ptes. (1%); de 31-40 años, 3 ptes. (1.5%) y los 3 restantes al de 30 años (1.5%). Respecto al sexo femenino los grupos más frecuentes fueron: 41-50 años con 66 ptes. (33%); seguido por el de 31-40 años con 53 casos (26.5%); luego por el de 51-60 años con 28 casos (14%). Ya agrupados ambos sexos el orden de frecuencia siguió siendo el mismo que el del sexo femenino con 66 pacientes (33%); seguido de 56 ptes. (28%) y 28 casos (14%) respectivamente.

De los 200 casos investigados, 131 (65.5%) corresponden al grupo gineco-obstétrico y 69 (34.5%) al de cirugía general. Las tres causas más frecuentes que precedieron a la hernia son: cesarias 81 (40.5%); histerectomías abdominales 32 (16%), apendicectomías 20 (10%), habiendo un total de 15 tipos de operaciones efectuadas (Cuadro No.2).

Localización de la Hernia:

Los tres sitios más frecuentes fueron: mediana infra-umbilical 112 casos (56%), transversas infra-umbilicales 34 casos (17%) y sub-costal derecha 13 casos (6.5%) (Cuadro No.3).

Tamaño de la Hernia:

Las hernias menores de 5 cms. constituyeron el grupo más predominante con 37 casos (18.5%), seguidas por las comprendidas entre 6-10 cms. con 28 casos (14%). No fueron descritas en la historia del paciente 106 casos (53%) (Cuadro No.4). Es de hacer mención que la hernia más pequeña fue de 1 cm. y la más grande de 25 cms.

descrita por el médico quien examinó al paciente)

mpo de Evolución:

El grupo más frecuente fue el comprendido entre 1 y años con 85 casos (42.5%), seguidas por los de 3 y 4 - s con 41 casos (20.5%) y luego por los menores de un- con 31 casos (15.5%) (Cuadro No.5).

idad:

El grupo más frecuente fue entre 3 y 4 partos con - casos (29.17%), seguido por el de 1 y 2 partos con 42 os (21.87%), y luego por el de 5 y 6 partos con 33 ca (17.19%) (Cuadro No.6). La mujer que más partos preo tó fue de 16.

toma de Consulta:

El síntoma principal de consulta fue el de dolor en casos (79.5%), seguida por el de presencia de masa - 36 casos (18%) (Cuadro No.7).

olicaciones post-operatorias a la operación que precea a la hernia:

Se encontraron 11 casos con complicaciones según - toria referida por el paciente; siendo la más frecuena de infección de la herida con 10 casos (5%) y un -

ente masculino de 78 años a quién se le efectuó prostata-  
toma suprapúbica. En 189 pacientes no se encontró  
historia de complicación post-operatoria lo cual constituyó  
el 94.5%. (Cuadro No.8).

Recidivas:

Esto corresponde a pacientes que había tenido recidivas  
de la hernia antes de la última reparación (la investiga-  
da), siendo el total de casos de 35, de los cuales  
(11%) habían presentado una recidiva, seguidos por 7  
casos (3.5%) con 3 recidivas. En 165 pacientes no había  
historia de recidivas anteriores (82.5%) (Cuadro No.9).  
Material de sutura empleado en el cierre de fascia muscular  
de la operación que dió origen a la hernia:

Sólo en 61 pacientes fue posible determinar la sutura  
empleada, encontrando 25 casos (40.98%) con algodón, se-  
guido por 19 casos (31.15%) con seda y 15 casos con catgut  
(24.59%) (Cuadro No.10).

No fue posible determinar el material de sutura en  
pacientes de los cuales 54 fueron operados en hospitales  
departamentales (38.85%), en 34 pacientes no se deter-

Patología asociada:

En 76 pacientes se encontró patología asociada a la hernia incisional siendo las tres causas más frecuentes: diabetes mellitus en 23 pacientes (11.5%) de los 200 investigados, luego obesidad 11 casos junto con hipertensión arterial lo cual constituye el 5.5% cada una. El total de pacientes sin patología asociada fue de 124 (62%) (Cuadro No.12).

Incisión efectuada en la reparación:

En 109 casos se hizo una incisión mediana infra-umbilical (54.5%), en 41 casos (20.5%) se efectuó una transversa infra-umbilical y en 12 casos (6%), una incisión sub-costal derecha (Cuadro No.13).

Suturas empleadas en el cierre de la fascia muscular durante la reparación de la hernia:

Fue posible establecer la sutura empleada en 182 casos, siendo la más frecuente la seda en 138 casos (75.82%) seguida por algodón en 31 casos (17.03%). Los 18 pacientes restantes no se determinó por falta de record operativo ó por no estar descritos en el mismo (Cuadro No.14).

La infección de herida operatoria fue la más frecuente en 14 pacientes que constituye el 7% de todos los pacientes (200).

A continuación se hará un análisis de algunos de los resultados obtenidos: De los 200 pacientes revisados en el presente trabajo, se encontró que 192 (96%), corresponden al sexo femenino y solamente 8 (4%) al sexo masculino. Esto podría explicarse, debido a que la mujer es quien más consulta y se preocupa en asuntos de enfermedad, cuando presenta alguna molestia, como también por la alta paridad que las mujeres de clase baja tienden a presentar y la cual es la clase que más consulta a este hospital y por el alto número de cirugía gineco-obstétrica, encontrada que fue del 65.5%.

Se pudo observar también que las cesareas, constituyen en la operación previa más frecuente como causa de hernia incisional, esto puede estar dado no solo por el tipo de incisión que se efectúa en la mayoría de las veces (mediana longitudinal), sino también por la mala técnica con la que algunos obstetras cierran la cavidad abdominal principal.

El síntoma por el cual consultó el paciente fue pre-  
dominantemente el dolor (79.5%), tal como lo describen  
los textos (2), lo cual podría ser originado por algunas  
de las razones ya mencionadas.

A pesar de que no fue posible saber si en todos los  
pacientes hubo complicación de la primera operación, tal-  
vez por una mala historia, se puede observar que la in-  
fección de herida fue poco frecuente con el 5% de los ca-  
sos.

Se pudo notar que el material de sutura utilizado  
para el cierre de fascia muscular, durante la primera  
operación fue en la mayoría de las veces de tipo no ab-  
sorbible (seda, algodón, etc.) y solo en 15 pacientes se  
utilizó catgut. Lo cual podría explicar que la hernia  
pudo ser originada por la sutura empleada, sino por  
otra causa tal como infección de heridas, y el tipo de  
incisión principalmente mediana longitudinal, o por cual-  
quiera de las causas ya mencionadas. Aunque no sabemos  
qué pudo contribuir a la formación de la herniación en  
los 139 pacientes en quienes no se pudo establecer, la

Respecto a la reparación de la hernia considero que se empleó una buena técnica, pues en lo que toca a la sutura se utilizó principalmente material no absorbible, utilizándose únicamente en 4 pacientes catgut, en ningún caso se efectuó colocación de prótesis.

La complicación más frecuente y única de la reparación de la hernia fue la infección de la herida operatoria en 14 pacientes, lo cual es un dato fidedigno, en lo que respecta al post-operatorio del paciente que fue revisado durante su permanencia en el hospital.

En lo que toca a patología asociada a la hernia se puede notar que las várices de miembros inferiores fue la más frecuente en el 11.5% de los casos, esto puede estar dado por la edad del paciente y la alta paridad en la mayoría de los casos.

## CONCLUSIONES

El total de pacientes revisados fue de 200, de los cuales 192 (96%) son del sexo femenino y 8 (4%) del sexo masculino.

El grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 41-50 años de edad con 66 pacientes (33%).

La operación de tipo gineco-obstétrico fue la más frecuente como causa de hernia incisional en el 65.5% de los casos, siendo las cesareas y las histerectomias las predominantes (40.5 y 16%).

La causa más frecuente de hernia incisional en lo que respecta a cirugía general fueron las apendicectomias con 20 casos (10%).

La incisión de tipo longitudinal fue la más frecuentemente utilizada en la primera operación en 141 casos (70.5%).

Las hernias menores de 5 cms. constituyeron las más frecuentes en 37 casos (18.5%).

El tiempo de evolución de la hernia incisional más-

partos fue el más frecuente en 56 pacientes (29.17%).-

El dolor constituyó el síntoma más frecuente en 159 pacientes (79.5%).

La complicación post-operatoria de la primera operación así como en la reparación de la hernia, fue la infección de la herida la que predominó con 11 casos y 14 respectivamente.

35 Pacientes habían presentado recidivas de la hernia hasta antes de la última reparación.

El material de sutura empleado en el cierre de fascia fue predominantemente no absorbible en la primera operación y en la reparación de la hernia.

La patología asociada más frecuente fue várices de miembros inferiores en el 30.26% de los casos, seguida por obesidad e hipertensión arterial con 14.47% cada uno.

En el 68.5% de los casos se efectuó incisión longitudinal durante la reparación de la hernia.

CUADRO No.1

y Sexo de los 200 pacientes que presentaron HERNIA IN  
 UNAL, así como porcentajes de los mismos, y que fueron  
 ados electivamente en la fecha comprendida del 1-5-75-  
 -11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

E D A D	S E X O				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
Menores 10 años	0	0	2	1.0	2	1.0
- 30	2	1.0	24	12.0	26	13.0
- 40	3	1.5	53	26.5	56	28.0
- 50	0	0	66	33.0	66	33.0
- 60	0	0	28	14.0	28	14.0
- 70	0	0	13	6.5	13	6.5
- 80	3	1.5	6	3.0	9	4.5
TOTALES	8	4.0	192	96.0	200	100.0

CUADRO No.2

ero de Operaciones que precedieron a la aparición y fueron el origen de la HERNIA INCISIONAL. Porcentaje de las mismas, fecha comprendida del 1-5-75 al 11-79 (Hospital General "San Juan de Dios")

GINECO - OBSTETRICIA	OPERACION	No. de Casos	%
		Cesárea	81
	Histerectomía	32	16.0
	Ooforectomia	8	4.0
	Pomeroy	6	3.0
	Salpingectomia	4	2.0
CIRUGIA GENERAL	Apendiceptomia	20	10.0
	Hernioplastia Umbilical	19	9.5
	Colecistectomia	15	7.5
	Laparatomia Exploradora	7	3.5
	Resección Tumor de Vejiga	2	1.0
	Reparación Hernia Diafragmática	2	1.0
	Prostectomia Suprapúbica	1	0.5
	Hemicolectomia Derecha	1	0.5
	Vagotomia y Píloroplastia	1	0.5
	Gastrectomia	1	0.5

CUADRO No. 3

ización de la HERNIA INCISIONAL dependiendo si ésta -  
 mediana, transversa, para-mediana, etc., según la cica-  
 de la operación que precedió al origen de la hernia.-  
 entaje de las mismas. Fecha comprendida del 1-5-75 al  
 -79. ( Hospital General "San Juan de Dios" ).

REALIZACION	No. de Casos		%	
<u>MEDIANA</u>				
Para-umbilical	112		56.0	
Para-umbilical	5		2.5	
Para y Supra-umbilical	7	124	3.5	62.
<u>TRANSVERSA</u>				
Para-umbilical		34		17.
<u>PARA-MEDIANA</u>				
Para-umbilical	8		4.0	
Para-umbilical	7		3.5	
Para y Supra-umbilical	2	17	1.0	8.5
<u>ABDOMINAL - COSTAL</u>				
Para-umbilical		13		6.5
<u>ABDOMINAL - UMBILICAL</u>				
Para-umbilical		10		5.
<u>ABDOMINAL - UMBILICAL DERECHA (Inguinal)</u>				
Para-umbilical		2		1.
<b>T A L E S</b>		200	100.0	

CUADRO No. 4

numero de casos en los cuales se presenta el tamaño de -  
HERNIA INCISIONAL, así como aquellas que no fueron -  
descriptas en el expediente del paciente. Porcentaje de -  
las mismas. Fecha comprendida del 1-5-75 al 30-11-79. -  
(Hospital General "San Juan de Dios" ).

TAMAÑO	No. de Casos	%
Menor de 5 cms.	37	18.5
6-10 cms.	28	14.0
11-15 cms.	18	9.0
16-20 cms.	9	4.5
21 y + cms.	2	1.0
No. descriptos en la historia	106	53.0
T O T A L E S	200	100.0

CUADRO No. 5

mero de casos en los cuales se presenta el tiempo de  
plución de las HERNIAS INCISIONALES, de acuerdo a lo  
ferido por el paciente. Porcentaje de las mismas. -  
cha comprendida del 1-5-75 al 30-11-79. (Hospital Ge  
ral "San Juan de Dios").

TIEMPO EN AÑOS	No. DE CASOS	%
Menos de un año	31	15.5
1 - 2	85	42.5
3 - 4	41	20.5
5 - 6	26	13.
7 - 8	7	3.5
9 y más	10	5.
TOTALES	200	100.0

CUADRO No. 6

Número de partos<sup>1/</sup> en pacientes femeninos con HERNIAS  
CISIONALES. Porcentaje de los mismos. Fecha compren-  
da del 1-5-75 al 30-11-79. (Hospital General "San Juan  
de Dios" ).

No. de Emb. a Termino	No. de Casos	%
0	9	4.69
1 - 2	42	21.87
3 - 4	56	29.17
5 - 6	33	17.19
7 - 8	18	9.37
9 - 10	22	11.46
11 y más	12	6.25
TOTALES	192	100.00

<sup>1/</sup> Se habla de partos, que dieron lugar a un niño vivo  
ó mortinatos.

CUADRO No. 7

Síntoma principal de consulta de pacientes con HER--NIAS INCISIONALES. Porcentaje de los mismos. Fecha comprendida del 1-5-75 al 30-11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

SINTOMA	No. DE CASOS	%
Dolor	159	79.5
Presencia de masa	36	18.
Ardor	5	2.5
TOTAL	200	100.0

CUADRO No. 8

Complicaciones post-operatorias, de la operación que  
cedió al aparecimiento de la HERNIA INCISIONAL. Por-  
centaje de las mismas. Fecha comprendida del 1-5-75 a  
30-11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

COMPLICACION	No. DE CASOS	%
Infección He- rida Op.	10	5.
Fístula Vésico Cutánea	1	0.5
Sin complica- ciones	189	94.5
TOTAL	200	100.0

CUADRO No. 9

ro de pacientes que presentaran 2, 2 ó 3 recidivas  
teriores a la reparación de la HERNIA INCISIONAL.  
centaje de las mismas. Fecha comprendida del 1-5-  
0-11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

No. DE RECIDIVAS	No. DE CASOS	%
1	22	11.
2	6	3.
3	7	3.5
Sin recidivas	165	82.5
TOTAL	200	100.0

CUADRO No. 10

mero de pacientes en quienes fue posible establecer material de sutura utilizado para el cierre de la scia Musxular, durante la operación que precedió al arecimiento de la HERNIA INCISIONAL. Porcentaje de s mismos. (Hospital General "San Juan de Dios").

SUTURA	No. de CASOS	%
Catgut	15	24.59
Seda	19	31.15
Algodón	25	40.98
Nylon	2	3.28
TOTAL	61	100.00

CUADRO No.11

Número de pacientes en los cuales no fue posible establecer el material de sutura empleado, en el cierre de la pared abdominal, en la operación que precedió al apareamiento de la HERNIA INCISIONAL, por las causas descritas abajo. Porcentaje de los mismos. (Hospital General "San Juan de Dios").

CAUSA	No. DE CASOS	%
Operado en H. Departamental	54	38.85
Otro Hospital de la Capital	31	22.30
Se ignora el lugar de la Oper.	34	24.46
No descrito en Record Operat.	8	5.75
Papelería extraviada	6	4.32
Sin record operatorio	6	4.32
T O T A L	139	100.00

CUADRO No.12

Número de pacientes quienes en el momento de consult por la HERNIA INCISIONAL, presentaban otra patología asociada a la misma. Porcentaje de los mismos. Fecha comprendida del 1-5-75 al 30-11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

PATOLOGIA ASOCIADA	No. DE CASOS	%
Várices en Ms. Inferiores	23	11.5
Obesidad	11	5.5
Hipertensión Arterial	11	5.5
Diabetes	5	2.5
Enfermedad Péptica	5	2.5
Infección Urinaria	4	2.
Recto-cistocele	4	2.
Diabetes más Obesidad	2	1.
Diabetes más hipertensión	2	1.

Continuación Cuadro No. 12

PATOLOGIA ASOCIADA	No. DE CASOS	%
Hernia Umbilical	1	0.5
Obesidad más Hipertensión	1	0.5
Diastasis de los rectos	1	0.5
Síndrome Depresivo	1	0.5
Celulitis MID	1	0.5
Sin patología asociada	124	62.
T O T A L	200	100.0

CUADRO No.13

ncisiones efectuadas de la piel, para la reparación de  
a HERNIA INCISIONAL. Porcentaje de las mismas. Fecha  
omprendida del 1-5-75 al 30-11-79. (Hospital General -  
San Juan de Dios").

INCISION	No. DE CASOS	%
<u>MEDIANA</u>		
Infra-umbilical	109	54.5
Supra-umbilical	7	3.5
Infra y supra umbilical	6	3.
<u>TRANSVERSA</u>		
Infra-umbilical	41	20.5
Supra-umbilical	3	1.5
<u>PARA-MEDIANA</u>		
Infra-umbilical	6	3.
Supra-umbilical	8	4.
Infra y supra umbilical	1	0.5
SUB-COSTAL DERECHA	12	6.
PERI-UMBILICAL	6	3.
OBLICUA INGUINAL	1	0.5
TOTALES	200	100.0

CUADRO No.14

Número de pacientes en los cuales fue posible establecer el material de sutura empleado, para el cierre de la fascia muscular, durante la reparación de la HERNIA INCISIONAL, como en aquellos en los que no se pudo establecer el Porcentaje de los mismos. Fecha comprendida del 1-5-79 al 30-11-79. (Hospital General "San Juan de Dios").

SUTURA	No. DE CASOS	%
Catgut	4	2.0
Seda	138	69.0
Algodón	31	15.50
Surgaloid	4	2.0
Nylon	5	2.50
No fue posible establecerlo	18	9.00
T O T A L	200	100.00

NOTA

Es de hacer mencionar que los 18 pacientes que aparecen en la lista sin especificar cual fue el material de sutura (Tabla 14), es debido a que 10 de ellos presentaban record operatorio, pero no describieron la sutura empleada y los 8 restantes no tenían record operatorio ó al menos no se halló dentro del expediente del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- hy, J. Engliberth. Surgical Diagnosis Treatment; Incisional Hernia. 2od. Edition, Los Altos California U.S.A., Lange Medical Publications, 1975. p.676-78.
- bedo Pacheco, Carlos. Consideraciones sobre Hernias Incisionales (Tesis). Guatemala USAC, Mayo de 1970.
- on, G.M. et al. Plastic Mesh, Repair of Incisional Hernia. Am. J. Surg. 135 (4): 563. April 78.
- ire, J. et al. Repair of Epigastric Incisional Hernia. Br. J. Surg. 63(2): 125-7. Feb 76.
- , Paul F. Cirugía General Principios y Técnicas. Barcelona, España, Salvat Editores 1975. 1077 p. (p. 690-92).
- s & Condon. Hernias; Incisional Hernia. 2d Edition, Book Company, 1979. p. 329-34
- tch, Mark M. Ventral Hernia. Clinics of North America, Vol. 51 No.6, December 1971. p. 1341-45.
- ds, Jonathan E. et al. Principios y Prácticas de Cirugía Hernias Ventrales Incisionales. 4a. Edición, México D.F. Nueva Editorial Interamericana S.A. Traducido al Español por Dr. Santiago Sapiña, c 1972 p.104

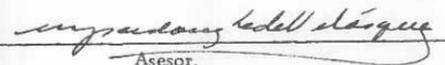
Schwartz, Seymour. Principles of Surgery; Abdominal  
Wall Hernias. 3a. Edition, New York USA.-  
Mc Graw Hill Book Co. c 1979. Vol 2 (p1459  
1473-74).

Wilson, John L. Manual de Cirugía. 3a. Edición. -  
México, D.F. Manual Moderno, 536 p.1975.-

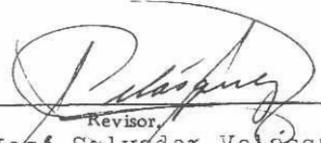
-----

Br. 

Carlos Gaudencio Quiroa Soto

Dr.   
Asesor.

Dra. Mireya Ordoñez de Velásquez

Dr. 

Revisor.

José Salvador Velásquez Bar

Dr. 

Director de Fase III

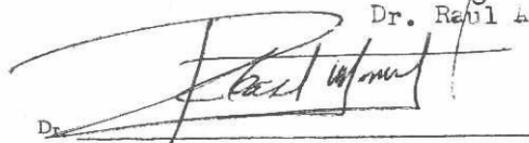
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. 

Secretario

Dr. Raul A. Castillo Rodas

Vo. Bo.

Dr. 

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo