



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2005; 9(3):

ARTÍCULO ORIGINAL

Hernia inguinal. Estudio de 2 años

Inguinal hernia. A two-year study

Carlos A. Sánchez Portela¹, Martha A. Oriolo Estrada², Ivanis Ruizcalderón Cabrera³, Roberto Sosa Hernández⁴, Lisset Humarán Rodríguez⁵.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Dispensa Docente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Cirugía General. Dispensa Docente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Cirugía General. Dispensa Docente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Residente de Cuarto Año de Cirugía General. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

La hernia inguinal representó el 3,42 % de las operaciones del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" durante los años 2002 y 2003. De estas operaciones, más de la tercera parte (36%) de los pacientes tenían entre 41 y 50 años al ser intervenidos quirúrgicamente. El sexo masculino predominó sobre el femenino en una proporción de 16 a 2 y además, se observó en todo el estudio un ligero predominio del lado derecho sobre el izquierdo en proporción de 3 a 2. El 48,5% de los pacientes con hernia inguinal realizaron un esfuerzo físico antes de la aparición de la hernia y el 57% de los estudiados asistió al cirujano antes del año de haberse presentado la enfermedad. La hernia inguinal indirecta predominó sobre la directa en proporción de 4 a 1. La incarceration fue la complicación más frecuente encontrada. Entre las complicaciones postoperatorias locales encontradas las más destacadas fueron la sepsis de la herida, el hematoma y el seroma. La mortalidad global fue de un 0,39%. Con el objetivo de realizar un estudio del comportamiento de la hernia inguinal en nuestro hospital durante un período de dos años nos propusimos realizar este trabajo.

Palabras clave: HERNIA INGUINAL.

ABSTRACT

Inguinal hernia represented 3.42 % of surgeries from the General Surgery Service at Abel Santamaria Cuadrado General Hospital during years 2002 and 2003. in this surgeries, more than the third (36 %) of patients ranged 41 ? 50 years of age when being operated on. Masculine sex prevailed over feminine sex with a ratio 16/2 and, moreover, throughout the whole study it was observed a slight predominance of the right side over the left one with a ratio 3/2. 48.5 % of herniated patients performed a physical strain before the occurrence of the hernia and 50 % of the studied ones went to the surgeon before 1 after the onset of the disease took place. Indirect inguinal hernia prevailed over the right one with a ratio 4/1. Incarceration was the most frequent complication found. Among local postoperative complications found, the most significant were sepsis of the wound, hematoma and seroma. Total mortality was 0.39 %. We decided to carry out this work in order to perform a study of the behaviour of inguinal hernias in our hospital during a period of two years.

Key words: INGUINAL HERNIA.

INTRODUCCIÓN

La hernia como enfermedad aparecía descrita en el papiro de Eber en 1500 a .n.e. y desde la época de Hipócrates había sido denominado por los griegos "brote". El propio Hipócrates en aquella época realizó un intento para su tratamiento utilizando emplastos.¹

Las hernias de la pared abdominal son muy frecuentes y en particular en la región inguinal y constituyen la afección que aporta el mayor número de intervenciones electivas en el mundo.^{2,3}

Hoy en día constituye por su elevada incidencia un problema social y desde el punto de vista quirúrgico, una de las intervenciones que más llevan a cabo los cirujanos generales tanto en nuestro país como en el resto del mundo.²

Con el objetivo de conocer la incidencia de esta patología en nuestro medio, así como las técnicas quirúrgicas empleadas, complicaciones que puedan presentarse y la mortalidad presentada como consecuencia de las complicaciones, nos motivo a presentar las estadísticas de 688 pacientes operados en el servicio de cirugía general de nuestro hospital durante un período de dos años.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo de 688 pacientes operados de hernia inguinal en el Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" en el período comprendido de enero de 2002 a diciembre de 2003 (ambos inclusive). Se confeccionó una planilla que recogiese diferentes variables a fin de procesarlo y obtener del mismo los resultados para extraer las conclusiones. Los datos se procesaron en, microcomputadoras y tomamos la frecuencia absoluta y el porcentaje como medidas relativas de resumen de nuestra investigación y para ello se utilizó el paquete Microstat. Los resultados se expresan en tablas y gráficos.

RESULTADOS

En nuestro centro fueron operados 688 pacientes por hernia inguinal en el período analizado, dentro del cual se enmarca nuestro estudio. En la tabla 1, se presenta el universo de la muestra de acuerdo a grupos de edades, donde observamos que el 36 % de los enfermos tenía entre 41 y 50 años de edad al ser intervenidos, el más joven del grupo sólo tenía 16 años y el de mayor edad 92 años.

Tabla 1. Distribución según las edades. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" .2002- 2003.

Grupos de edades.	No.	%
15 - 20	63	9,2
21 - 30	74	10,8
31 - 40	109	15,9
41 - 50	247	36
51 - 60	92	13,3
61 - 70	81	11,8
Más de 70	22	3
Total	688	100,0

Fuente: Encuestas.

La distribución según el sexo se muestra en el gráfico 1 donde apreciamos que hubo un predominio evidente del sexo masculino 613 pacientes para 89,09% con una proporción de 16 a 2 en relación con el sexo femenino que sólo represento el 10,90 % de los pacientes.

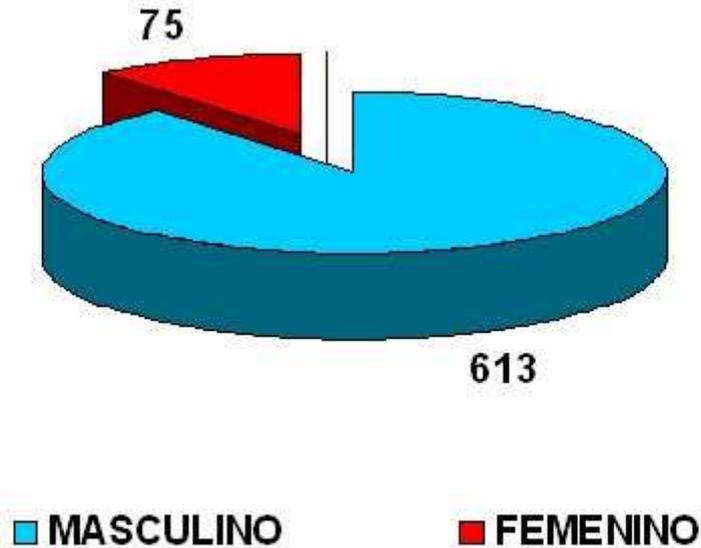


Gráfico 1. Distribución según sexo. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". 2002-2003.
Fuente: Encuestas.

La hernia inguinal del lado derecho es más frecuente, y guarda una relación de 3 a 2 con la izquierda (gráfico 2), en el que se muestra que el lado derecho fue afecto en el 58,72 % (404 enfermos).

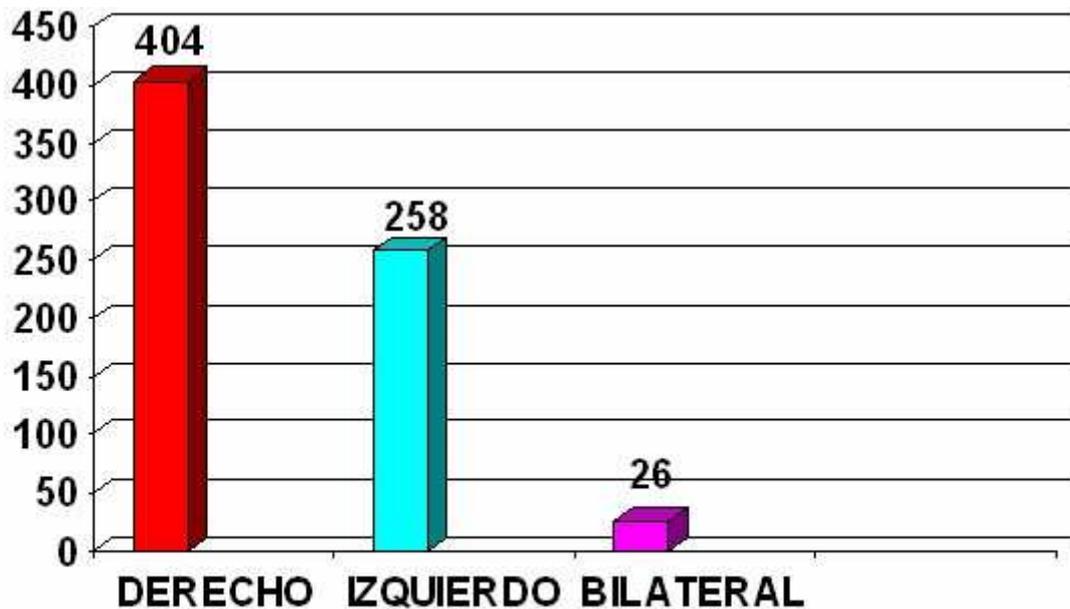


Gráfico 2. Distribución según lado afecto. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". 2002-2003.
Fuente: Encuestas.

El 48,5% (334) de los pacientes tuvo como antecedentes un esfuerzo físico previo a la operación de su hernia. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según tipo de trabajo. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado".
2002-2003

Tipo de trabajo	No	%
Con esfuerzo físico	334	48,5
Sin esfuerzo físico	218	31,7
Ama de casa.	95	13,8
Jubilados	41	5,9
Total.	688	100

Fuente: Encuestas.

Más de la mitad de los pacientes (57%) acudieron al médico antes del primer año de evolución de su hernia y el 87,4% de los mismos lo hizo antes del quinto año de iniciada su enfermedad, debido al conocimiento que tienen de esta enfermedad, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución según el tiempo de evolución. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado".
2002-2003.

Tiempo de evolución en años	No	%
Menos 1 de año	392	57
1- 5 años	209	30,4
Más de 5 años	57	8,3
Sin precisar	29	4,2
Total	688	100

Fuente: Encuestas.

Se evidenció un predominio de la hernia inguinal indirecta sobre la directa en proporción de 4 a 1 como se observa en la gráfico 3. De los 541 (78,63 %) pacientes con hernia inguinal indirecta, hubo 15 casos con hernias deslizadas, todas en pacientes del sexo masculino, la vejiga fue el órgano deslizado con más frecuencia y el lado izquierdo el más afectado.



Grafico 3. Distribución según tipos de hernia. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", 2002- 2003.

Fuente: Encuestas.

Otra de las variables estudiadas lo constituyó el tipo de intervención, como se expresa en el gráfico 4, el 76,3 % de las intervenciones se realizaron de forma electiva y sólo el 23,7 % fueron urgencias.

Entre las complicaciones locales encontradas en nuestro trabajo se observó un 13,08% de incarceration, el 6,25% de atascamiento y el 2,18% de estrangulamiento entre otras complicaciones (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las complicaciones. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", 2002- 2003.

Complicaciones	No	%
Incarcerada	90	13,1
Atascada	43	6,25
Estrangulada	15	2,18
Oclusión intestinal	10	1,45
Perdida derecho a domicilio.	5	0,72
Total	163	23,7

Fuente: Encuestas.

Las técnicas quirúrgicas más empleadas en nuestro estudio fueron las técnicas de Goderich (75%), Zimmerman (11,8%) y la de Mc Vay (5,6%), como se aprecia en la tabla 5, porque las técnicas faciales son las más utilizadas actualmente, a pesar de que las técnicas tradicionales son de conocimiento de nuestros profesionales.

Tabla 5. Distribución según técnica quirúrgica. Hospital Abel Santamaría Cuadrado".
2002- 2003.

Técnica quirúrgica	No	%
Goderich	516	75
Zimmerman	81	11,8
Mc VAY	39	5,6
Shouldice	23	3,4
Bassini	19	2,8
Otras	10	1,4
Total	688	100,0

Fuente: Encuestas.

Las complicaciones locales que se relacionan en la tabla 6, señalan la infección de la herida quirúrgica (7,5%) y el hematoma de la herida (7%) como las más representativas, de las observadas en la serie estudiada en nuestro centro.

Hubo 3 fallecidos en el estudio (0,39%) a pesar de que 103 pacientes tenían 60 años o más de edad.

DISCUSION

Observamos que la hernia inguinal representó el 3,42 % de las operaciones del servicio de cirugía general en un período de dos años. Para Nyhus este tipo de hernia representa el 75% de todas las hernias y para Watson el 92%. Su frecuencia es tal que en algunos países se lleva a cabo más de medio millón de este tipo de operaciones al año.⁴

En la revisión realizada para la realización de este trabajo se encontró que las estadísticas revisadas ⁴⁻⁹ reportan edades similares a las encontradas en nuestra revisión, lo cual esta en relación con que estas son las edades más productivas de la vida.

El predominio del sexo masculino parece guardar relación entre otras causas con las diferencias anatómicas de la región inguinal en el hombre, hecho este comparable con las más recientes publicaciones extranjeras.⁶⁻¹⁰

En estadísticas consultadas, la relación de la hernia inguinal del lado derecho con respecto al izquierdo fue de 2 a 1 ^{3,5} y de 4 a 3, respectivamente. ^{4,8,9}

Como se pudo observar en la literatura revisada el mayor número de pacientes con hernias inguinales tanto en uno como otro sexo guarda relación con el antecedente de esfuerzo físico previo, pues esto hace más evidente la salida de algún órgano por un orificio natural o adquirido por los pacientes. ⁵⁻⁸ Este hecho en mayor o menor grado ha sido señalado desde el pasado siglo.⁸

En nuestro estudio se pudo constatar que el 57% de los pacientes acudieron a consulta especializada de cirugía general antes del primer año de evolución de su enfermedad y esto es debido a la divulgación que existe en nuestro país con

relación a la salud y la facilidad de los pacientes para poder asistir a los centros hospitalarios, lo cual no coincide con otros estudios revisados sobre todo de países extranjeros.⁴⁻⁶

Existió un predominio evidente de la hernia inguinal indirecta sobre la directa en proporción 4 a 1. Para algunos autores la hernia directa obedece a una expresión tardía de una predisposición congénita y para otros a anomalías del desarrollo del colágeno que produce debilidad de la fasciaaponeurótica de la pared posterior del canal inguinal.

Consideramos que el índice de intervenciones quirúrgicas urgentes fue elevado en relación con otros estudios realizados,^{3,7-9} a pesar de la divulgación y de los programas de promoción de salud existentes en nuestro país. En estadísticas consultadas^{5, 8} se expresa que el 3% de los casos requirió una intervención quirúrgica de urgencia, no coincidiendo con nuestro trabajo.

El 85% de las incarceraciones ocurrió en hernias primarias y el 90% en hernias de tipo indirecto. Independientemente que en otros análisis estadísticos se señalan un menor índice de complicaciones por incarceración y atascamiento en hernias recurrentes.^{6, 7,11}

Las técnicas quirúrgicas para la reparación de las hernias inguinales son múltiples y en nuestro estudio la más utilizada fue la técnica de Goderich, descrita por un profesor nacional y muy difundida en nuestro país, además de presentar muy buenos resultados con su utilización, no coincidiendo con algunos autores revisados pues existen técnicas como la utilizada por nosotros que se han difundido más en nuestro país y en las cuales nuestros cirujanos están más adiestrados.^{5, 8, 12-16}

Las complicaciones postoperatorias inmediatas locales se describen desde los inicios en que fue tratada quirúrgicamente esta patología y nuestro estudio no está exento de estas y al igual que en la literatura revisada se muestra la sepsis de la herida quirúrgica como la complicación más frecuente entre otras que se pueden presentar. Algunas estadísticas nacionales y extranjeras señalan índices de sepsis alrededor de 7,7 %.^{9-13, 15, 16}

Concluimos que la hernia inguinal es una patología frecuente que se observa con más frecuencia en hombres, el lado más afecto es el derecho y la sepsis de la herida quirúrgica es la complicación más encontrada, además de presentarse una baja mortalidad por la misma.

Podemos concluir que la hernia inguinal es más frecuente en hombres que en mujeres (16 a 2) y se desarrolla con ligera más frecuencia del lado derecho que en el izquierdo (3 a 2). Que en nuestro estudio más de la mitad de los enfermos (57 %) acudió al cirujano para ser operados antes del año de evolución de su hernia y el 87,4% lo hizo antes del quinto año de iniciada la enfermedad. Las hernias inguinales indirectas predominaron sobre las directas (4 a 1), y la incarceración fue la complicación local más frecuente encontrada con un 13,1 %. La técnica de Goderich fue la técnica más empleada en nuestro hospital para la corrección de las hernias. La infección de la herida quirúrgica (7.5 %) constituyó la complicación más frecuente desde el punto de vista local. Hubo una mortalidad de 0,39 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capellini D, Cutanda R, Ianniello JG. Evolución histórica de los conceptos anatómicos, técnicos y quirúrgicos en el tratamiento de la hernia inguinal. Arch Hosp Vargas 2001; 43(3/4):229-38.
2. Elizarde Di Martino A, Cervantes Castro J. Hernioplastia inguinal abierta en tiempos de cirugía de mínima invasión. Análisis en un hospital público y uno privado. An Med Asoc Med Hosp ABC 2001; 46(4):169-175.
3. Torregrosza L, Pulido H, Rogeles S, Henao F. Herniorrafia inguinal: diez años de seguimiento. Rev Colomb Cir 2001; 16(4):197-201.
4. Lima N, Edgar V. Classificação de Nuhus e a opção técnica para o reparo das hérnias inguinais: a t´nue linha de fronteira entre as próteses e o reparo convencional das hérnias inguinais. Acta Cir Bras 2004; 19(2):164.
5. González Arreaza O. Hernioplastia ambulatoria. Experiencia en el HALF, enero 2001 a enero 2003. Managua:sn; 2003.
6. Labbé E, Ossando D, Muñoz P, Navarrete JM, Labarre R. Hernias complicadas: estudio retrospectivo de 369 casos. Clin Cienc 2002; 1(4):43-45.
7. Cardona I, Castaneda E, Benitez C, Carrillo M, Chauban J. Cura operatoria de la hernia inguinoescrotal: epidemiología y factores asociados: Hospital Dr. Elpidio Montesinos El Tucuyo, enero 1991- junio 1998. Salus Militae 2000; 25(1):85-90.
8. Caso Morales M R. Recurrencia de Hernia inguinal según técnica quirúrgica empleada en pacientes ingresados en el servicio de cirugía general del Hospital Antoni Lenín Fonseca: Managua durante el periodo comprendido de enero 1994-diciembre 2000. Managua: sn; 2000.
9. Baptista C, Rivas N, Zambrano A, Batour S, Morales J, Narváez M, et-al. Reparación de la hernia inguinal directa por la técnica shouldice: estudio preliminar de 100 casos. Arch Hosp Vargas 1994; 36(1/2):65-7.
10. Lima N, Edgar V, Goldenberg A, Jucá M J. Resultados inmediatos da herniorrafia com anestesia local associada com sedação. Acta Cir Bras 2003; 18(5):478-84.
11. Caran E, Brain F, Noguera M, García Toro G, Antenucci G, Bossi C. Hernioplastia sin tensión de Lichtenstein. Análisis sobre 117 reparaciones primarias ambulatorias. Rev Argent Resid Cir 1999; 4(1):21-26.
12. Szaver Troconis J, Sustacha Ortega P. Tratamiento de la hernia inguinal: utilización de la técnica de Lichtenstein en 179 casos consecutivos. Clin Med H.C.C 1999; 4(3):159-62.
13. Gac E P, Uherek P F, Del Pozo L M, Oropesa C A, Rocco R E. Hernia inguinal: un desafío quirúrgico permanente. Cuad Cir 2001; 15(1): 96-106.
14. Bezama Murra J. Hernia inguinal: técnica shouldice opción de reparación sin malla. Rev Chil Cir 2001; 53(2):175-82.

15. Jiron S A, Miranda G, Molina J L, Droguet M, De Giorgis M. Hernioplastia inguinal: estudio comparativo de diferentes técnicas quirúrgicas. Bol Hosp San Juan de Dios 1999; 46(6):375-80.

16. Ortiz de la Peña Rodríguez J, Orozco Obregón P, de la Fuente Lira M, Moreno Moeller M. Una opción más en la reparación de la hernia inguina. An Med Asoc Med Hosp 2001; 46(3):122-125.

Recibido: 15 de julio de 2004

Aprobado: 20 de septiembre de 2004

Dirección: Dr. Carlos A. Sánchez Portela. Rafael Peña # 87 E/ Martí y Línea. San Cristóbal. Pinar del Río. E-mail: carlosap@has.pri.sld.cu