

**Sociedad Valenciana de Cirugía**

**CONSENSO ENTRE CIRUJANOS**

**CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL**

**Junio 2000**

*Coodinación del estudio*

Emilio Morcote Valdivieso

Jefe del Servicio de Cirugía General  
Hospital de Vinarós (Castelló)

*Asesoría Técnica*

Salvador Peiró

Unidad de Gestión de Servicios Sanitarios  
Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

## INDICE

Introducción .....	5
Material y métodos .....	6
Resultados y Discusión .....	7
Hernia inguinal del adulto.....	8
Hernia crural .....	10
Hernia umbilical.....	11
Hernia de pared abdominal infantil .....	11
Hernia inguinal recidivada.....	12
Hernia paraestomal .....	12
Cirugía de la eventracion.....	13
Conclusiones .....	15
Bibliografía .....	16

## **PRESENTACIÓN**

Los *métodos de consenso* entre expertos constituyen una importante herramienta de investigación hoy en día. Las diferentes técnicas existentes en la actualidad han sido ampliamente utilizadas en el sector sanitario más allá de nuestras fronteras, y poco a poco van siendo adoptadas en sus estudios por nuestros investigadores.

*Mckillip* en 1987 considera los siguientes elementos a favor de la utilización de estos métodos: su bajo coste, la orientación del método hacia el problema, la orientación del método hacia la solución, la minuciosidad del análisis efectuado, la generación de ideas, la flexibilidad, la relevancia y, por último, la credibilidad del método.

Por todo lo anteriormente expuesto es doble motivo de satisfacción por una parte, presentar un estudio de este tipo y, por la otra, que haya sido la Sociedad Valenciana de Cirugía y, en especial, el coordinador del proyecto, el Dr. Marcote Valdivieso, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital de Vinaroz quienes hayan impulsado el proyecto. Mi enhorabuena y sincero agradecimiento a todos ellos y, como no, a los 36 expertos participantes.

Espero que la presente obra sea de utilidad a todos los doctores que tengan la oportunidad de estudiarla y contribuya a la necesaria estandarización de las técnicas de pared abdominal.

**JOSÉ EMILIO CERVERA CARDONA**  
**Conseller de Sanitat**

## INTRODUCCION

La hernia es la patología más frecuente de nuestra especialidad. Se calcula que 1 de cada 30 individuos la desarrolla a lo largo de su vida. Además la constatación de que la edad no es una contraindicación quirúrgica ha hecho que todavía aumenten más el número de hernias intervenidas.

Es lógico pues, que las consecuencias sociales, económicas y laborales de una enfermedad tan prevalente sean muy importantes, por lo que el interés por mejorar su tratamiento, tanto por parte de los cirujanos como del propio sistema sanitario han ido progresivamente en aumento durante los últimos años.

Por otra parte su mal ganada fama de “cirugía fácil”, ha llevado en muchas ocasiones a un desinterés por esta patología que se ha traducido en índices de recidiva elevados con las consiguientes repercusiones negativas para el paciente y para su entorno social y económico.

La aparición de eventraciones, mejor denominadas hernias laparotómicas tras cirugía abdominal, es un hecho relativamente frecuente, con una incidencia del 2 al 11% y que aumenta hasta el 40% cuando se asocia a la infección de la herida quirúrgica.

La introducción de la cirugía laparoscópica, así como la disponibilidad de materiales protésicos cada vez más biocompatibles, ha venido a plantear controversias y soluciones nuevas, por lo que es la hora de replantear nuestros conceptos y revisar entre todos nuestra práctica.

Con este interés la Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Cirugía encargó la coordinación de una encuesta sobre la realidad actual de la Cirugía de la Pared Abdominal en nuestra Comunidad. El objetivo era conocer la actitud y las prácticas de nuestros cirujanos en este tema. Esta encuesta se dirigió a las personas más expertas y representativas en este campo en los 24 Hospitales Valencianos.

Anteriormente sólo se había hecho un estudio multicéntrico epidemiológico a nivel nacional en 1993 coordinado por el Dr. Hidalgo, de la Sección de Sutura y Cicatrización de la Asociación Española de Cirujanos, que nos ha servido de referencia en varias ocasiones.

Espero que el resultado nos ayude a reflexionar sobre los cambios en las técnicas utilizadas en los últimos tiempos, así como las posibilidades de mejorar nuestra actividad asistencial.

Concluido este proyecto tengo que agradecer el apoyo recibido tanto de la Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Cirugía inductora del estudio, del IVESP que ha prestado el soporte técnico y la posibilidad de que los resultados sean editados y fundamentalmente de mis compañeros cirujanos que han aportado como siempre sus conocimientos y experiencias para que entre todos vayamos dejando constancia periódica de la evolución de nuestra práctica profesional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño.- Encuesta de opinión a cirujanos de la Comunidad de Valencia

Población y muestra.- Se remitió el cuestionario a 35 cirujanos distribuidos en todos los servicios de Cirugía de la Comunidad Valenciana (**Anexo 1**). Los cirujanos se seleccionaron por el coordinador del proyecto en función de su amplia experiencia quirúrgica, responsabilidad sobre servicios o especialización en cirugía de pared.

Cuestionario.- Se elaboró un cuestionario (**Anexo 2**) con 61 preguntas de respuesta cerrada (aunque ocasionalmente se dejaba alguna respuesta abierta) en relación con los diversos aspectos de la cirugía de pared abdominal. El cuestionario contenía 5 preguntas adicionales sobre experiencia quirúrgica de los respondientes.

Análisis.- Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas. Los resultados se presentan como gráficos de barras para las variables categóricas que representan los porcentajes de las correspondientes respuestas, o diagramas de caja donde se muestra la mediana, amplitud intercuartil y amplitud de las variables continuas. En los **gráficos 1 y 2** se explica la interpretación de los gráficos utilizados.

## RESULTADOS Y DISCUSION

### Participación y características de los encuestados

El 74,3% de los encuestados (26 de 35) cumplimentó y devolvió la encuesta, aunque en algunos casos existen respuestas en blanco. Respecto al tamaño del servicio de los participantes (**gráfico 3**) un 46% trabajaban en servicios entre 20 y 40 camas, y otro 46% en servicios de más de 40 camas; el 8% restante no contestó esta pregunta. El 65% trabajaban en servicios que realizan cirugía sin ingreso (**gráfico 4**), mientras que un 27% trabajaban en servicios que no prestan esta modalidad de atención. Un 8% de los respondientes no contestó a estas preguntas.

El 54% de los encuestados (**gráfica 5**) trabajaba en Servicios de Cirugía que realizan más de 200 reparaciones herniarias anuales y el 38% entre 100 y 200 (resto sin respuesta). El 38% reparaba más de 50 eventraciones, el mismo porcentaje entre 30-50 y el 15% menos de 30. La mediana de intervenciones anuales de los cirujanos encuestados (**gráfico 6**) fue de 45 reparaciones herniarias inguinales, 13,5 no inguinales y 11,5 de eventración. El 77% de los encuestados llevan más de 10 años ejerciendo la cirugía (**gráfico 7**).

## **HERNIA INGUINAL DEL ADULTO**

El 73% de los encuestados dicen utilizar alguna clasificación de hernias inguinales (gráfico 8), siendo las más utilizadas la descrita por Gilbert (31%) y la modificada por Rutkow-Robbins que incluye la hernia mixta y la hernia crural (31%).

En la hernia inguinal primaria del adulto el 38% de los encuestados realiza una misma técnica que resuelve todos los tipos de hernias, mientras que el 62% utiliza una técnica según el tipo de hernia (directa, indirecta) o de pacientes (obesos, con EPOC) (gráfico 9).

En la hernia inguinal indirecta del adulto, el 62% de los encuestados muestran su preferencia por las técnicas protésicas, mientras que el 23% utiliza técnicas clásicas (Marcy, Bassini, Shouldice, Lotheissen-Mc Vay) (gráfico 10). Un 8% adicional seleccionó ambas técnicas.

Los encuestados señalan que en el 75% de los casos (mediana) abren para explorar el saco herniario y luego lo ligan o suturan, mientras que en el 25% lo invaginan dentro del abdomen sin ligarlo, existiendo una gran variabilidad entre ellos (desde cirujanos que abren-exploran-suturan el 100% de los casos hasta los que invaginan sin ligarlo en el 100% de los casos (gráfico 11). *Debido a la presión mecánica ejercida y a los cambios isquémicos que causa, la ligadura del saco peritoneal ricamente innervado es una de las causas principales del dolor postoperatorio de origen visceral. Se ha demostrado que no aumenta la posibilidad de recidiva por omitir la ligadura del saco. Para disminuir los riesgos de orquitis isquémica postoperatoria, en relación con disecciones extensas del cordón, los sacos escrotales completos se seccionan en el punto medio del canal inguinal, dejando abandonada la porción distal.*

En la hernia inguinal directa del adulto el 85% de los encuestados prefieren utilizar material protésico y sólo un 12% prefieren las técnicas clásicas (gráfico 12). El material protésico utilizado con más frecuencia (gráfico 13) es el polipropileno (77%) mientras que el parche de politetrafluoretileno lo es en menor proporción (15%). Es fijado ya sea con sutura continua (58%), puntos sueltos (38%) o grapas (4%). El material de sutura utilizado es irreabsorbible en 77% y reabsorbible de larga duración en un 19%.

La mediana de hernioplastia o herniorrafia ambulatoria entre los encuestados actualmente se sitúa en el 22,5% (amplitud intercuartil: 11,5-33,5%), mientras que consideran que podría situarse en el 70% (gráfico 14). *Es recomendable que esta cirugía se realice en régimen ambulatorio basándose en razones de calidad asistencial (menor impacto psicológico para el paciente, menor riesgo de complicaciones derivadas de la hospitalización y reducción del tiempo de espera para la intervención) y también económicas (abaratamiento de costes). En los últimos años estamos asistiendo a un desarrollo importante de la misma, alcanzando del 50% de los procesos quirúrgicos en USA y el 20% en Inglaterra.*

La anestesia loco-regional es la más utilizada por los encuestados (gráfico 15), aunque con una amplia dispersión (mediana: 50%; amplitud: 10-90%), seguida de la local (mediana: 20%; amplitud: 0-80%) y general (mediana: 20%; amplitud: 0-50%). *La anestesia local aumenta si el procedimiento es ambulatorio. Sin embargo en el estudio multicéntrico nacional realizado hace 6 años predominó la anestesia general (61%) sobre la anestesia locorregional (26%) y la anestesia local (12%). Las ventajas de la anestesia locorregional son: a) limita el área anestesiada a la zona quirúrgica con menor repercusión sobre órganos y sistemas, especialmente sobre el aparato respiratorio; b) disminuye la intensidad de los cuidados de*



*enfermería postoperatorios y c) mediante una selección adecuada de fármacos y técnicas puede aportarse analgesia postoperatoria prolongada.*

La anestesia locoregional (gráfico 16) es la técnica de elección en los pacientes obesos (65%) y con hernias inguino escrotales (69%). En cambio la anestesia general es preferida en pacientes no colaboradores (77%), jóvenes menores de 17 años (50%) y en aquellos con hernias estranguladas o irreductibles (73%). *La anestesia local requiere una cuidadosa selección de paciente y cirujano. Este debe presentar confianza en la técnica y contar con suficiente experiencia para manipular los tejidos con suavidad y seguridad ante un paciente consciente.*

El 81% interviene en presencia o disponibilidad inmediata de anesthesiólogo para la ejecución de maniobras de resucitación cardiocirculatoria o respiratoria si fueran precisas. El 85% premedica al paciente y el 42% utiliza una sedación intraoperatoria con propofol. Un 46% de los cirujanos encuestados combinan el bicarbonato sódico con la mezcla anestésica pues al aumentar el pH de la misma produce una disminución de la sensación de dolor y de quemazón que causa la infiltración intradérmica (gráfico 17).

Los diferentes centros hospitalarios utilizan antibióticos de una manera sistemática en la reparación herniaria con prótesis en el 90% de los casos. Un 73% recibe antibioticoterapia profiláctica mediante una dosis preoperatoria y otro 19% 2 dosis: una pre y otra post operatoria (gráfico 18). El antibiótico más utilizado es la cefalosporina (69%) seguido de la amoxicilina (23%). *En el estudio nacional multicéntrico se utilizaba un antibiótico de manera sistemática en el 66% de los casos, mediante una dosis en el 37,5% y con dos dosis en 28,5%, siendo la cefalosporina el antibiótico usado en el 77, 2% y un grupo heterogéneo en el 22%.*

Hay una gran variabilidad en el uso profiláctico de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) situándose la mediana en el 30%, pero con una amplitud de 0-100% (gráfico 19). Un 35% recibe una dosis en el preoperatorio, un 15% dos dosis y un 35% más de dos dosis. Los centros que menos la utilizan son aquellos donde se realiza esta cirugía de forma ambulatoria. El perfil del paciente candidato es, según la encuesta, aquel con riesgo tromboembólico (46%), mayor de 40 años con riesgo tromboembólico (15%) y mayor de 40 años (12%).

La exploración sistemática del orificio crural durante la cirugía herniaria inguinal solo la realiza un 31% de los cirujanos encuestados (gráfico 20). *La apertura de la fascia cribiforme permite descartar la posible coexistencia de una hernia femoral. Esta circunstancia se presenta en el 5-10% de los casos y si pasa inadvertida planteará la necesidad de una nueva intervención. Si el cirujano no explora el orificio crural no podrá saber si la hernia crural que aparece tras la hernioplastia inguinal existía ya en el momento de la cirugía o si se trata de una recidiva. Lichtenstein abre el saco indirecto para explorar digitalmente el anillo femoral y posteriormente lo invagina dentro del abdomen sin ligarlo. En el caso de las hernias directas el anillo crural es explorado a través de una pequeña apertura en el suelo del canal inguinal.*

En la hernia inguinal bilateral un 81% prefiere el tratamiento simultáneo con anestesia locorregional o general y un 15% el abordaje en dos sesiones bajo anestesia local (gráfico 21). *Se sabe que la reparación bilateral en un tiempo no aumenta el riesgo de recidivas, incluso la recuperación postoperatoria no es mucho más larga que en la hernioplastia unilateral, permitiendo resolver el problema del paciente en un solo tiempo. Los inconvenientes son una mayor duración del acto quirúrgico con la consiguiente incomodidad del paciente en la mesa de intervención y una mayor incidencia de edema a nivel del pene. Es recomendable retrasar*

la cirugía de uno de los lados para un segundo tiempo en aquellos pacientes en los que nos encontramos grandes sacos indirectos donde se realizó una resección completa del mismo así como en las hernias por deslizamiento. En esta encuesta se prefiere el abordaje anterior bilateral (81%). En un 8% se realiza por vía extraperitoneal tipo Stoppa y en un 9% diversas opciones (abordaje anterior o Stoppa o endoscópico).

En la hernia inguinal bilateral asociada a eventración infraumbilical (gráfico 22) se prefiere la técnica de Stoppa (46%) sobre el abordaje anterior simultáneo (42%) mientras que en las hernias dobles situadas en dos regiones anatómicas distintas (inguinal y umbilical etc.) se prefiere el tratamiento simultáneo con anestesia locorregional o general (81%).

En la hernia inguinal estrangulada cuyo contenido sea un asa de intestino delgado con compromiso vascular evidente, difícil de recuperación aun con la apertura del anillo herniario, y se plantea una resección intestinal, está se realiza por vía inguinal en el 50% de las respuestas o a través de una laparotomía media en el 42% asegurando los bordes de resección del anastomosis y la colocación posterior de las asas (gráfico 23).

Los encuestados sitúan la mediana de complicaciones precoces en las hernioplastias (gráfico 24) en el 4% (amplitud: 2-10%). *Los hematomas y seromas aumentan en los pacientes mayores, en los obesos en los que sufren trastornos del gasto cardíaco, en la reparación de una hernia recidivada o en el uso continuado por el paciente de aparatos ortopédicos. En el estudio nacional que nos sirve de referencia, se presentó infección de herida operatoria en el 2,3%, seromas en el 4,5% y hematomas en el 4,5%.* La mediana de complicaciones tardías en las hernioplastias es situada en el 1% (amplitud: 1-3%) La orquitis isquémica es la complicación de la hernioplastia peor asumida por el paciente y la que está provocando un mayor número de demandas judiciales, mientras que la mediana de la intolerancia o infección de material protésico en la cirugía herniaria se sitúa por debajo del 1% (mediana: 0%, amplitud: 0-3%). Ante la supuración crónica postimplante se aconseja la retirada completa.

## **HERNIA CRURAL**

En las hernias crurales la colocación de un tapón de malla es el procedimiento de elección (81%). Esta permite una reparación segura que no requiere suturas en los tejidos adyacentes a la vena femoral. El cierre por técnicas clásicas solo es preferido por el 15% de los encuestados (gráfico 25).

El 62% de los cirujanos encuestados introducen el saco sin abrirlo y un 27% lo resecan (gráfico 26). *Las nuevas tendencias en cuanto al saco herniario, en contra de lo preconizado por los cirujanos clásicos, consisten en no resecarlo si no existe enfermedad, es decir liberarlo y reintroducirlo en la cavidad peritoneal evitando las lesiones en la vejiga urinaria, que se producen con frecuencia.*

Un 58% prefiere el tapón cilíndrico macizo de polipropileno y el 23% un cono de dicho material (gráfico 27); Además el 77% sostiene que la medida del tapón debe ajustarse siempre a la medida del orificio herniario. *Será mayor si hemos tenido que abrir algo el ligamento de Gimbernat y en los sacos crurales recidivados. Los resultados actuales en este tema coinciden con el estudio epidemiológico nacional de 1993, donde la técnica más frecuente fue la colocación de una prótesis en forma de cigarrillo de polipropileno en el orificio crural (88%), fijado con material irreabsorbible.*

A diferencia de la hernia inguinal, en la hernia crural estrangulada que requiera la resección de un asa isquémica esta se prefiere resolver por vía laparotómica en un 62% y por vía crural en 31% (gráfico 28).

### **HERNIA UMBILICAL**

En la hernia umbilical del adulto la mediana de utilización de material protésico se sitúa en el 45% de los encuestados, mostrando una gran variabilidad con cirujanos que no lo utilizan nunca hasta aquellos que lo utilizan siempre (gráfico 29).

En las hernias pequeñas con un anillo menor de 2 cm, el cierre simple lo utiliza el 69% y la malla el 15% (gráfico 30). Pero en las hernias moderadas con anillo mayor de 2 cm la malla es preferida por el 69% y el cierre simple en solo un 19%. *Sin embargo en 1993 la opinión más generalizada mantenía procedimientos más clásicos y la utilización de prótesis representaba solo el 5%, aunque la tasa de recidivas sugería que era preciso encontrar otros procedimientos. La hernia umbilical se puede beneficiar de la aplicación del principio de la hernioplastia sin tensión, como ha ocurrido con la hernia inguinal. Amid utilizó un tapón realizado con malla de polipropileno de 2 cm de ancho y de una longitud variable según el diámetro del anillo herniario. Porrero emplea la técnica de la “espiral” con cierta similitud a la anterior pero que trata de evitar el decúbito de la prótesis sobre la piel del ombligo. Celdran Uriarte publica la hernioplastia en H en los orificios herniarios pequeños (< de 5 cm).*

*La hernia umbilical en el cirrótico presenta connotaciones especiales tanto por su frecuencia como por sus eventuales complicaciones. Es la hernia más frecuente en estos enfermos. Tienen especial trascendencia las hernias umbilicales que se originan o se asocian a ascitis difícilmente controlables. Se debe operar a estos pacientes de forma programada, controlando antes la ascitis.* En estos enfermos, dado el elevado porcentaje de recidivas el 54% de los cirujanos encuestados prefiere el uso sistemático de material protésico y un 35% sigue colocando una malla según el tamaño del anillo (gráfico 31).

### **HERNIA DE PARED ABDOMINAL INFANTIL**

Aunque el 58% opina que en los niños la reparación herniaria inguinal está indicada a partir de los 2 años, un 31% de los cirujanos consideran que las posibles complicaciones que puede ocasionar son lo suficientemente graves como para que esta enfermedad sea corregida quirúrgicamente tan pronto como se diagnostique y no haya que esperar a que evolucione hacia una curación espontánea que nunca sucede (gráfico 32).

En la hernia umbilical del niño con orificio menor de 1,5 cm, el 54% opina que estaría indicada después de los 4 años y un 31% después de los 2 años. *Debido a la posibilidad de cierre espontáneo y a la escasa frecuencia de síntomas y complicaciones se puede adoptar una actitud expectante salvo en el caso de grandes hernias.*

## **HERNIA INGUINAL RECIDIVADA**

En la hernia inguinal recidivada (gráfico 33) la vía de abordaje más utilizada es la anterior (69%) y en menor proporción la vía endoscópica (4%), la preperitoneal (12%) y diversas opciones (12%). *La mayoría de las recurrencias de las hernias inguinales ocurren en dos puntos muy concretos: en la espina del pubis o en el orificio interno. Se utiliza un parche de malla y en escasas situaciones con pequeños defectos puede colocarse un tapón o cilindro de malla suturado a los bordes del defecto.*

El abordaje preperitoneal, bien a través de una incisión infraumbilical, bien por acceso unilateral, alcanza el área de recidiva a través de una zona virgen, evitando las complicaciones relacionadas con la orquitis y la atrofia testicular. Es una vía aconsejable en las hernias inguinales multirecidivadas como también en aquellos pacientes con eventraciones infraumbilicales asociadas a hernias inguino-crurales recidivadas. En esta última situación, aunque el 38% utiliza la reconstrucción anterior, el 54% prefiere la técnica de Stoppa (gráfico 34). El abordaje endoscópico, ya sea abdominal o extraperitoneal, no es un procedimiento sencillo, requiere la anestesia general o la locorregional, un laparoscopista experimentado y el coste es mayor.

En las hernias recidivadas la anestesia locorregional sigue siendo la técnica más empleada (mediana: 55%) seguida de la anestesia general (mediana 30) y la anestesia local (mediana: 5%), aunque manteniendo una amplia variabilidad (gráfico 35).

## **HERNIA PARAESTOMAL**

*El riesgo de desarrollar una hernia paraestomal es acumulativo con el paso del tiempo, aunque la mayoría aparece en los primeros 2 años de la creación del estoma. Se acepta que ocurre entre el 20 al 40% de los pacientes portadores de una colostomía. Los cirujanos encuestados consideran que en un 50% (amplitud: 10-100%) las hernias paraestomales tienen indicación quirúrgica. Los motivos son: a) el difícil manejo de los dispositivos colectores ocasionando fugas inadvertidas y dermatitis; b) la dificultad para el retorno del líquido del lavado en los pacientes que utilizan irrigación; c) la reducción dificultosa del contenido herniario, d) los episodios de encarceración y e) la presencia de un bultoma estéticamente inaceptable (gráfico 36).*

Para el tratamiento de la hernia paraestomal un 31% prefiere cambiar el estoma de sitio cerrando el defecto fascial antiguo. Otro 35% repara la hernia localmente sin cambiar el estoma de 3 formas: a) a través de una incisión circular alrededor de la unión mucocutánea (15%) reparando el defecto fascial a través de la apertura así creada, con una sutura irreabsorbible; b) a través de una incisión lejos del estoma (23%), identificando la fascia y la hernia, reduciendo el contenido y reparando el defecto con la aplicación de una malla abrazando la salida del estoma y c) por medio de una relaparotomía (12%), cerrando el defecto parietal y reforzando con una prótesis colocada en el interior del abdomen. Otro 19% utilizan recolocación del estoma o sol o el cierre fascial sin prótesis (gráfico 37).

## **CIRUGIA DE LA EVENTRACION**

El cierre de la laparotomía más utilizado es la sutura continua con material reabsorbible de larga duración (81%). Solo el 4% emplea sutura con material irreabsorbible (gráfico 38)

La preparación preoperatoria aconsejada de una eventroplastia incluye la retirada del tabaco la prescripción de mucolíticos, la fisioterapia respiratoria en forma de ejercicios costales y diafragmáticos, la asistencia durante la tos y la expectoración mediante clapping. Pero en la práctica, solo el 4% realiza fisioterapia respiratoria previa a la reconstrucción de una eventración moderada de forma sistemática (gráfico 39).

Solo el 8% de los cirujanos encuestados utilizan el neumoperitoneo progresivo previo a la reconstrucción de una eventración gigante (gráfico 40). Esta técnica produce un aumento lento de la presión intraabdominal y una elongación de los músculos del abdomen que hace que aumente la superficie apta para la cirugía reparadora y se recupere el derecho a domicilio del contenido visceral.

La mediana de utilización de prótesis en la eventración, entre los encuestados, se sitúa en el 90%, con muy escasa dispersión (amplitud intercuartil: 80-100%), aunque uno de los respondientes situó esta cifra en el 50% (gráfico 41).

Las eventraciones de la línea media son las más frecuentes. Puede ser supra, infra o supra-infraumbilical. La protrusión del saco se produce entre los músculos rectos del abdomen, aunque también hay transrectales o pararectales. En las pequeñas (diámetro transversal del anillo < de 5 cm) un 38% utiliza una sutura simple después de reintroducir las vísceras y tratar el saco herniario y un 46% una reparación protésica. En las moderadas (diámetro transversal del anillo entre 5 y 10 cm) un 96% emplea generalmente técnicas “ sin tensión” utilizando prótesis (gráfico 42).

El 58% de los cirujanos valencianos encuestados en las eventraciones moderadas colocan la malla en situación premuscular en contacto con el tejido subcutáneo, luego del cierre fascial (gráfico 43). El 35% prefiere situarla debajo del plano muscular, sobre la vaina posterior del recto o en el espacio preperitoneal en los casos de eventraciones situadas por debajo del arco de Douglas. Las prótesis deben colocarse siempre tensas, sin arrugas ni ondulaciones, por encima de la plastia practicada sobrepasándola ampliamente y fijarse la aponeurosis sana o a las superficies óseas (parrilla costal, crestas ilíacas y pubis). El material protésico más utilizado (gráfico 44) es el polipropileno (69%), seguido del PTFE (23%) y se fija ya sea con puntos sueltos (54%), grapas (19%) y sutura mecánica (4%). El polipropileno es infiltrado rápidamente por fibroblastos y fijado por fibrina, siendo imposible de identificar el parche varias semanas después de su colocación. El PTFE produce poca reacción a cuerpo extraño, menos adherencias si debe colocarse sobre las vísceras intraabdominales porque es incapaz de mesotelizarse. Aparece en algunas series con unas tasas de infección mayores que otros materiales, pero esto no ha sido confirmado en otros trabajos.

Las eventraciones laterales son mucho menos numerosas y se producen a través de los músculos anchos del abdomen. Son especialmente graves cuando la incisión ha sido perpendicular a las fibras musculares. En función de la vía de abordaje inicial se clasifican en eventraciones subcostales, ilíacas, lumbares o atípicas. El 62% de los encuestados en este tipo de eventraciones, ya sea pequeñas o moderadas, emplea material protésico y el 35% una sutura simple previo refrescamiento de bordes (gráfico 45). Para el tratamiento de los defectos

de gran tamaño (anillo > de 10 cm) que requieran reparación protésica de sustitución se sigue prefiriendo el polipropileno (58%) al PTFE (23%). Desde el punto de vista práctico, lo ideal es poner interponer un plano de tejido anatómico entre la prótesis y el contenido abdominal, con el fin de proteger las asas intestinales del contacto con un material sintético, lo que podría dar lugar a adherencias y fístulas. No obstante esto último no siempre es posible, en especial cuando el defecto músculo-aponeurótico es de gran tamaño o cuando la destrucción tisular imposibilita la realización de los procedimientos clásicos de plastia parietal; en estos casos el cirujano puede utilizar una prótesis en situación intraperitoneal en contacto directo con el contenido intestinal. La superficie microporosa, suave irregular del parche de PTFE-E hace que sea bien tolerado en contacto con el contenido intestinal, al contrario de lo que ocurre con los otros materiales cuya superficie rugosa y abrasiva puede dar lugar a la aparición de ulceraciones, fístulas y migración de la prótesis por el tubo digestivo, tal y como ha sido puesto de manifiesto en estudios clínicos y experimentales. En la cirugía de urgencia de la eventración moderada asociada a resección intestinal el 65% prefiere el polipropileno al PTFE (23%) como material protésico (gráfico 46).

Para reparar grandes pérdidas de pared con gran contaminación (fascitis necrotizante y asociada a peritonitis grave) se pueden utilizar varios procedimientos. Un 35% emplea prótesis de polipropileno con omento mayor subyacente y fijado a los bordes del defecto; un 23% malla de PTFE temporal y un 12% puntos totales de retención (gráfico 47). Algunos autores utilizan mallas reabsorbibles de ácido poliglicólico como etapa inicial de una reparación en dos tiempos. La segunda etapa, que tiene lugar tras la resolución de la infección incluye la implantación de la prótesis permanente.

En los casos de evisceración asociados a infección el 54% de los encuestados emplea puntos totales de retención, un 12% colocan mallas de PTFE, un 12% de polipropileno y 8% mallas reabsorbibles (gráfico 48).

La mediana de utilización de profilaxis antibiótica en la eventroplastia alcanzó el 95% (amplitud intercuartil: 62-100%), pero un 25% de los encuestados se sitúa por debajo de esta cifra (gráfico 49). El 50% utiliza durante el postoperatorio de la cirugía de la eventración fajas abdominales de contención adaptables mediante Velcro (gráfico 50).

## CONCLUSIONES

- 1) El 80% de los cirujanos encuestados utilizan clasificaciones para las hernias, fundamentalmente la de Gilbert y la de Rutkow-Robbins.
- 2) El uso de material protésico en la cirugía de la pared abdominal se ha generalizado. Comparado con el estudio multicéntrico epidemiológico nacional de hace 6 años el número de cirujanos que adoptan estos materiales ha aumentado significativamente. Los encuestados optan por el material protésico en el 65% de las hernias inguinales indirectas, el 80% de las hernias inguinales directas, el 45% de las hernias umbilicales, el 80% de las hernias crurales, el 100% de las hernias recidivadas, el 35% de las hernias para-estomales y el 90% de las eventraciones.
- 3) El porcentaje de patología herniaria intervenida de forma ambulatoria se sitúa –entre los encuestados- sobre la cuarta parte del total, aunque creen que podría llegar hasta las 3 cuartas partes.
- 4) El tipo de anestesia preferido es la locorreional.
- 5) La profilaxis antibiótica esta generalizada en las hernioplastias y eventroplastias.
- 6) En la hernia inguinal con compromiso de asa que requiera resección, está se efectúa preferentemente por vía inguinal y en la hernia crural por vía laparotómica.
- 7) La técnica de Stoppa se utiliza fundamentalmente en la hernia inguinal recidivada o en la hernia inguinal bilateral asociada a eventración infraumbilical.
- 8) El 65% de los encuestados colocan la prótesis de refuerzo en las eventraciones moderadas en el plano premuscular después del cierre fascial y en contacto con el tejido subcutáneo.
- 9) El polipropileno es el material protésico más utilizado en hernioplastias y eventroplastias, aun en presencia de infección y pérdida de pared contaminadas.
- 10) En casos de evisceración secundaria a infección el 65% de los encuestados emplean puntos totales de retención.
- 11) Existe un amplia variabilidad en diversos aspectos de la cirugía herniaria. Cabe destacar:
  - El tratamiento del saco indirecto
  - La preferencia por los diversos tipos de anestesia
  - El uso de la profilaxis con heparina, incluyendo los pacientes candidatos y las dosis.
  - La preferencia por el material protésico en la hernia umbilical
  - La indicación quirúrgica de la hernia paracolostómica y su tratamiento.
  - El uso de fajas abdominales en el postoperatorio de la eventración.
- 12) La exploración sistemática del orificio crural durante la cirugía de hernia inguinal y el empleo de la fisioterapia respiratoria en la cirugía de la eventración se sitúan por debajo de lo recomendable.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **HERNIA INGUINAL**

AMID, PK; SHULMAN, AG; LICHTENSTEIN, IL: “ Critical Scrutiny of the Open “Tension-Free” Hernioplasty” Am. J. Surg., 1993, 165: 369-371

AMID, PK; SHULMAN, AG; LICHTENSTEIN, IL: “ Estado actual de la hernioplastia abierta sin tensión de Lichtenstein” Cir. Esp., 1994, 55,2: 81-84

AMID, PK; SHULMAN, AG; LICHTENSTEIN, IL: “ Local Anesthesia for inguinal Hernia Repari Step-by Procedure” Ann. Surg., 1994, 220,6: 735-737

AMID, PK; SHULMAN, AG; LICHTENSTEIN, IL; HAKAKHA, M: “Biomateriales y cirugía herniaria. Fundamentos para su empleo” Rev. Esp. Enf. Digest, 1995, 87: 582-586

BARKUN, JS; WEXLER, MJ; HINCHEY, E.J: “ Laparoscopic versus open inguinal herniorrhaphy: Preliminary results of a randomized controlled trial” Surgery, 1995, 118: 703-710

BERLINER, S.D: “ Clinical experience with an inlay expanded polytetrafluoroethylene soft tissue patch as an adjunct in inguinal hernia repair” SGO, 1993, 176: 323-326

BRIBIAN AMENGUAL, J; DEL CAMPO JIMENEZ, R; GIL-ALBARELLOS, R; ALVAREZ RUIZ DE VIÑASPRE, A; POU SANTONJA, G: “ Cirugía de corta estancia en hernias de la ingle. A propósito de 306 casos” Cir. Esp. 1996,60: 103-106

BROOKS, DC: “ A prospective comparison of laparoscopic and tension-free open herniorrhaphy” Arch Surg., 1994, 129:361-366

CANALES BEDOYA, C; SANMARTIN DE CASTRO, G; MARIGOMEZ SANTOS, JL; BOROBIA MELENDO, L; OBISPO, JM; IGLESIAS, M: “La técnica de Marcy es una buena reparación para algún tipo de hernia inguinal” Cir. Esp. 1996, 60: 12-13

CASTAÑO CONESA, S; ZARAGOZA FERNANDEZ, C; VILLALBA CABALLERO, S; ASENSI PEREZ, J; FUSTER DIANA, C.A.; TRULLENQUE PERIS, R: “ Hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno. Modificación personal de la técnica de Lichtenstein” Cir. Esp. 1995, 57,1: 52-55

CELDRAN, A; VORWALD, P; MEROÑO, E; GARCIA UREÑA, M.A: “A single technique for polypropylene mesh hernioplasty of inguinal and femoral hernias” S.G.O., 1992, 175: 359-361

CLARK HOFFMAN, H; VINTON TRAVERSO, A: “Preperitoneal prosthetic herniorrhaphy. one surgeon’s successful technique” Arch Surg., 1993, 128: 964-970

CORNELL, R.B; KERLAKIAN, G.M: “Early complications and outcomes of he current technique of transperitoneal laparoscopic herniorrhaphy and a comparison to he traditional open approach” Am. J. Surg., 1994, 168: 275-279

DELGADO GOMIS, F: “ Cirugía laparoscopica para cirujanos generales” Cap. VII 1ª ed. Madrid, Acirhospe,1995.



FERNANDEZ SELLES, C, ALBAINA, L; VILA, J; GONZALEZ SAEZ, L; GOMEZ MATA, C; GARCIA BRAO, MJ; BERMUDEZ, I; PREGO, E: “ Estudio prospectivo de 104 casos de hernioplastia inguinal con malla de Prolene” Cir. Esp. 1992,51,3: 22-26

FITZGIBBONS, R.J; CAMPS, J; CORNET, D.A; NGYUN, N.X; LITKE, BS; ANNIBALI, R; SALERNO, G: “ Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Results of a Multicenter Trial” Ann. Surg., 1995, 221: 3-13

GALLEGOS, NC; DAWSON, J; JARVIS, M; HOBSELEY, M: “ Risk of strangulation in groin hernias” Br. J. Surg. 1991, 78: 1171-1173

GARCIA GIL, JM: “ Cirugía de la hernias en el anciano” Cir. Esp. 1995,57,2: 98-101

GIANETTA, E; DE CIAN, F; CUNEO, S; FRIEDMAN, D; VITALE, B; MARINARI, G; BASCHIEREI, G; CAMERINI, G: “ Hernia repair in elderly patients” Br. J. Surg. , 1997, 84: 983-985

GILBERT, A.I: “ An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia” Am. J. Surg., 1989, 157: 331-333

GILBERT, A.I: “ Sutureless Repair of Inguinal Hernia” Am J. Surg., 1992, 163: 331-335

GILBERT, A.I; FELTON L.L.: “ Infection in inguinal hernia repair considering biomaterials and antibiotics” SGO, 1993, 177: 126-130

GINER NOGUERAS, M; MARSAL CAVALLE, F; RIVERA GUTIERREZ, J: “Hernioplastia sin tensión con malla de Prolene para el tratamiento de las hernias inguinales y crurales. A propósito de 301 reparaciones consecutivas” Cir. Esp.1992, 51,3: 165-169

GRAU TALENS, EJ; RUPEREZ ARRIBAS, M.P.; PRADO MORALES, A, GARCIA OLIVES, F; PEREZ GARCIA, G; GARCIA CASTILLO, E: “ Indicación quirúrgica selectiva para el tratamiento de las hernias inguinales primarias. Estudio prospectivo de 230 reparaciones” Cir. Esp., 1995, 57, 1: 48-51

HEITHOLD, D.L.; RAMSHAW, B.J.; MASON, E.M.; DUNCAN, T.D.; WHITE, J; DOZIER, A.F.; TUCKER, J.G.; WILSON, J.P.; LUCAS, G.W: “ 500 total extraperitoneal approach laparoscopic herniorrhaphies: a single-institution review” Am. Surg. , 1997, 63, 4: 299-301

HERRERA FERNANDEZ, FA; MARTIN DIAZ, M; SOLER DORDA, G; FERRER GARCIA, J.G.; HIDALGO GARRIDO, J.M.; HERMOSO TORRES, J.C; IZAGOÑOLA DE MIGUEL, J.M., CORRAL SANCHEZ, M.C.; JIMENEZ RIOS, J.A. :“ Abordaje preperitoneal y plastia protésica en la hernia inguinal según técnica de Stoppa. Nuestra experiencia” Cir. Esp. 1994, 55,5: 44-47

HEYDORN, W.H.; VELANOVICH, V.” A five-year U.S. Army experience with 36.250 abdominal hernia repairs ” Am. Surg., 1990, 56, 10: 596-600

HIDALGO, M; HIGUERO, F; ALVAREZ-CAPEROCHIPI, J; MACHUCA, J; LAPORTE, E; FIGUEROA, J; CORDOVA, H: “ Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994)” Cir. Esp., 1996, 59,5: 399-405

HURST, R; BUTLER, B; SOYBEL, D; WRIGHT,H; “ Management of groin hernias patients with ascites” *Ann. Surg.* 1992, 216,6: 696-700

ITURBURU, J.M.; EMPARAN, C; ORTIZ, J; APECECHEA, A; TAIBO, M; MENDEZ, J.J.: “ La profilaxias antibiótica en pacientes de edad avanzada sometidos a cirugía por hernia de la pared abdominal” *Cir. Esp.*,1998,63; 361-364

KALD, A; ANDERBERG, B; SMEDH, K; KARLSSON, M: “ Transperitonea or totally extraperitoneal approach in laparoscopic hernia repair: results of 491 consecutive herniorrhaphies” *Surg. Laparosc. Endosc.*, 1997, 7, 2: 86-89

KARH, A.E; KUZER, M; WATERS, K.J.: “ Tension-free mesh hernia repair: review of 1098 cases using local anaesthesia in a day unit ” *Ann R. Coll Surg. Engl.*, 1995, 77, 4: 299-304

KENNEDY, G; MATYAS, J.A: “ Use of expanded polytetrafluoroethylene in the repair of the difficult hernia” *Am. J. Surg.*, 1994,168: 304-306

KIETUKAKIS, M.J.: NGUYEN, D; VARGAS, H; FOGARTY, T; KLEIN,S; “ Balloon dissection facilitated laparoscopic extraperitoneal hernioplasty” *Am. J. Surg.*, 1994, 168, 603-607

LAPORTE, E; SEMERARO, C; VICENS, C; ARMENGOL, M: “ Reparación de la hernia inguinal por vía laparoscópica. Descripción técnica y resultados preliminares en 159 pacientes controlados durante un año” *Cir. Esp.*, 1996, 59. 287-291

LICHTENSTEIN, I.L: “ Herniorrhapy A personal experience with 6.321 cases” *Am. J. Surg.* 1987,153: 553-559

LICHTENSTEIN, I.L; SHULMAN, A.G. ; AMID, P.K: “ The Tension-free hernioplasty” *Am. J. Surg.* 1989, 157: 188-193

LICHTENSTEIN, I.L; SHULMAN, A.G; AMID, P.K; MONTLLOR, M: “ Cause and prevention of post-herniorrhaphy neuralgia: a proposed protocol for treatment” *Am J. Surg.* 1988, 155: 786-790

LICHTENSTEIN, I.L; SHULMAN, A.G; AMID, P.K: “Twenty question about henioplasty” *Am J. Surg.*, 1991, 57: 730

LIEM, M; HALSEMA, J: “ Cost-effectiveness of extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair: A randomized comparison with conventional herniorrhaphy” *Ann. Surg.*, 1997, 226: 668-676

LOPEZ GIBERT, J: “ Cirugía de las hernias de la ingle” *Cir. Esp.*, 1992, 51, 3: 163-164

MAC-FAYDEN, B.V; ARREGUI, M.E.; CORBITT, J.D; FILIPI, C; FITZGIBBONS, R.J.; FRANKLIN, M.E; MACKERNAN, J.B.; OLSEN D.O.; PHILIPS, E.H.; ROSENTHAL, D:” Complications of laparoscopic herniorraphy” *Surg. Endos.*, 1993, 7,3: 155-158

MANZANET ANDRES, G; MARCOTE VALDIVIESO, E; ADELL CARCELLER, R; TORNER PARDO, A; CANALES LOPEZ, M; GINER NOGUERAS, M: “ Tratamiento de las hernias inguino-cruales mediante la técnica de Lichtenstein” *Cir. Esp.*, 1998, 64: 136-141

MARIN MORALES, J; GALLARDO GARCIA, A; PEREZ RAMIREZ. C; MARTINEZ DIESTRE, M.D.: “ Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal bajo anestesia local más sedación” Cir. Esp. 1994, 55,1: 33-36

MARSAL , F; CAUBET, E; MARTI, E; GINER, M: “ Análisis histológico y biomecánico de materiales protésicos de uso más corriente en el tratamiento de la hernia inguinal. Estudio experimental ” Cir. Esp. 1994, 55,6: 74-77

MARSAL I CAVALLE, F; GINER NOGUERAS, M: “ Tratamiento ambulatorio de la hernia inguinal mediante la técnica de hernioplastia sin tensión. Análisis de resultados” Cir. Esp. , 1994, 55, 4: 62-65

MARTINEZ ALARCON, M; RIVERA VALLEJO, J.M; VILLAR ALVAREZ, S.. “ Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal” Cir. Esp. ,1994, 55, 4: 55-58

MEDINA, M; SILLERO, M; MARTINEZ-GALLEGO, G; DELGADO-RODRIGUEZ, M: “ Risk factors of surgical wound infection in patients undergoing herniorrhaphy” Eur. J. Surg. 1997, 163: 191-198

MEMON, M.A.; RICE, D; DONOHUE, J.H.: “ Laparoscopic herniorrhaphy” J. Am. Coll of Surg., 1997, 184: 325-335

MORENO EGEA A; PEREZ ABAD, J.M, CARRASCO L; LIRON R; AGUAYO. J.L.: “Descripción de una nueva intervención para el tratamiento de las hernias inguino-cruales: Técnica de duplicación del canal inguinal” Cir. Esp., 1997,62. 463-465

MORENO EGEA, A; CANDEL, M.F; AGUILAR, J; MORALES, G; MARTINEZ, D; AGUAYO, J.L: “ Infección en la cirugía de la hernia: corrección con malla frente a sin malla” Cir. Esp. 1998, 63: 358-360

MORENO EGEA, A; CARRASCO L; LIRON, R; PEREZ ABAD, J.M; PELLICER, E; MARTIN, J.G; AGUAYO, J.L.: “ Indicaciones de la hernioplastia sin tension en el tratamiento de la hernia inguinal primaria (273 )” Cir. Esp. ,1997,62: 120-124

NILSSON, E; KALD A, ANDERBERG, BO; BRAGMARK, M; FORDELL, R; HAAPANIEMI, S; HEUMAN, R; LINDHAGEN, J; STUBBEROD, A; WICKBOM, J: “Hernia surgery in a defined population: A prospective three year audit” Eur. J. Surg., 1997, 163: 823-829

NYHUS, LL.M; POLLAK, R; BOMBECK, TH; DONAHUE, PH: “ The preperitoneal approach and prosthetic buttres repair for recurrent hernia” The evolution of a technique” Ann. Surg., 1988, 208, 6: 733-737

OBIOLS ALDOMA, J.A.; GUILLAUMES FURNES, S; TRIAS RUBIES, R: “ La anestesia local permite reducir la morbilidad y la estancia hospitalaria en la cirugía de la hernia inguinal” Cir. Esp., 1994, 56, 4. 307-311

OTHERSEN, H.B.: “ The pediatric inguinal hernia.”Surg., Clin North Am. 1993, 73: 853-859

PAYNE, J; GRININGER, L; IZAWA, M; PODOLL, E: “ Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy. A randomized prospective trial” Arch.Surg., 1994, 129: 973-981

PONCE GONZALEZ, J.F; MORALES MENDEZ, S; GALINDO GALINDO, A; PEREZ BERNAL, J; MARTIN ZURITA, I; MORALES CONDE, S; BARRIGA BELTRAN, R: "Hernia inguinocrural. Nuestra experiencia 333 casos" Cir. Esp., 1993, 54,1: 65-68

PONS TORRA, L.A.; VALL-LLOVERA GAMBUS, J; NAVARRO SANAHUJA, M J; MILE ARASAN, A; BARBA SOPEÑA, S; HERNANDEZ GOMEZ, F: " Mallas preperitoneales en el tratamiento de las hernias inguinales complejas y multirrecidivadas" Cir. Esp. 1994, 55, 6: 465-469-

PORRERO, J.L, DIEZ, M; GALLEGO, J.L.; HERNANDEZ, F; SOLANA, M; ENRIQUEZ, NAVASCUES, J.M.; MARTIN, J; GUTIERREZ, A; NOGUERALES, F; RODRIGUEZ, A; GRANELL, J; LOMAS, M: " Herniorrafia de Shouldice en el tratamiento de la hernia inguinal. Estudio preliminar a propósito de 120 casos (1987-1991)" Cir. Esp. ,1993,54,1:69-71

PORRERO, J.L; DIEZ, M, CAMUÑAS, J; MARTIN DUCE, A; GARCES, G; LOMAS, L: " Herniorrafia de Shouldice. Consideraciones generales y aspectos técnicos" Cir. Esp. 1993, 53, 6: 480-484

POUS SERRANO S; GARCIA ESPINOSA, R; RODERO RODERO, D; PACHECO FERRER, F; MOYA SANZ, A; GARCIA PASTOR, P; GALEANO SENABRE, J; DOLZ LAGO, J.F.: " Herniorrafia inguinal laparoscópica: aspectos técnicos y resultados de 62 procedimientos consecutivos" Cir. Esp., 1995, 57, 4: 313-316

REID, I; DEVLIN, H.B.: " Atrofia testicular como consecuencia de una herniorrafia inguinal" Br. J. Surg. (ed. esp), 1994, 11: 244-246

REVUELTA ALVAREZ, S; BERRIO OBREGON, I; CAYON MARCO, R; GARCIA DIAZ, R; DE LA TORRE CARRASCO, F: " Tratamiento de las hernias inguinocrurales con abordaje endoscópico preperitoneal" Cir. Esp., 1997, 62: 34-38

RIVERA GUTIERREZ, J; GINER NOGUERAS, M: " Cinco años de experiencia en tratamiento ambulatorio de las hernias de la región inguinal" Cir. Esp., 1992, 51, 3: 183-186

RUIZ MORALES, M: " ¿Quimioprofilaxis en cirugía herniaria? " Cir. Esp., 1994, 55, 1: 98-99

RUTKOW, I.M; ROBBINS, A.W. : " Mesh plug hernia repair: A follow-up report" Surgery, 1995, 117: 597-598

RUTKOW, I.M; ROBBINS, A. W.: " Tension-free" Inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the " mesh plug" technique " Surgery, 1993, 114, 1: 3-8

RUTKOW, I.M; ROBBINS, A.W.: " The marlex mesh prefix plug groin hernioplasty" Eur. J. Surg. 1998, 164: 549-552

SHULMAN, A.G; AMID, P.K; LICHTENSTEIN, I.L: " Patch or plug for groin hernia. Wich?" Am. J. Surg., 1994, 167: 331-336

SKANDALAKIS, J.E.; SKANDALAKIS, L.J; COLBORN, G.L: " Testicular atrophy and neuropathy in herniorrhaphy" Am. Surg., 1996, 62, 9: 755-782

SKINNER, M.A.; GROSFELD, J.K.: “ Inguinal and umbilical hernia repair in infants and children” Surg. Clin. North Am, 1993, 73: 439-449

TELLADO, J.M.: “ Profilaxis antibiotica en cirugía electiva por hernia inguinal. Comentario al trabajo del Prof. Vara Thorbeck.” Cir. Esp. , 1993, 54: 377-378

TOPAL, B; HOURLAY, P: “ Totally preperitoneal endoscopic inguinal hernia repair” Br. J. Surg., 1997, 84: 61-63

TOSCANO MENDEZ, R; FELICES MONTES, M; GOMEZ VENEGAS, J; DUBUISSON DUMENY, R; HERRERO REDER, M; SALVI MARTINEZ, M; VARA THORBECK, C: “ Primeros resultados en el tratamiento de la hernia inguinal con laparoscopia por vía preperitoneal pura” Cir. Esp., 1998, 63: 278-281

USERO REBOLLO, S; GARCIA PICAZO, D; PALOMARES ORTIZ, G; CASCALES SANCHEZ, P; GARCIA OLMO, D; CIFUENTES TEBAR, J; LOPEZ FANDO DE CASTRO, J: “ Herniorrafia inguinal ambulatoria y de corta estancia. Estudio comparativo de tres tipos de anestias: local, locorregional y general” Cir. Esp. ,1995, 58,6: 483-487

VARA THORBECK, R; RUIZ MORALES, M; ROSELL PRADAS, J; TOBAR MARTINEZ, J.L; MORENO DELGADO, A; GUERRERO FERNANDEZ-MARCOTE, J.A.; MORALES VALENTIN, O.I: “ ¿Quimioprofilaxis en cirugía hernia? Cir. Esp., 1993, 53,2: 105-107

VOGT, D.M; CURET, M.J.; MARTIN, D.T, ZUCKER, K.A.: “ Preliminary results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorraphy” Am. J. Surg., 1995, 169: 84-89

WILSON, M.S.; DEANS, G.T.; BROUGH, W.A.: “ Prospective trial comparing Lichtenstein with laparoscopic tension-free mesh repair of inguinal hernia” Br. J. Surg., 1995,82. 274-277

YOUNG, D.V.: “ Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorrhaphy” Am. J. Surg., 1987, 153, 560-563

## **HERNIA CRURAL**

CARVAJAL BALAGUERA, J; SANCHEZ-ESTELLA, R; OLIART, S; PEÑA GAMARRA, L; GOMEZ MAESTRO, P; BERTOMEU, A; CAMUÑAS SEGOVIA, J; LIMONES ESTEBAN, M: “ Técnica del plug de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural: análisis de una serie de 80 casos” Cir. Esp., 1997, 62: 125-127

CHAMRY, V.L: “ Femoral hernia intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality” Br. J. Surg., 1993, 80: 230-232

MORENO EGEA, A; PEREZ-ABAD, J.M.; LIRON, R; AGUILAR, J; AGUAYO, J.L.: “ Hernioplastia sin tensión con tapón de polipropileno en el tratamiento de la hernia crural (82 casos)” Cir. Esp. ,1998, 63: 102-104

NAVARRO VALLE, F; NOVO ALONSO, C, GANDARA ADAN, N; PINILLA GUTIERREZ, G: “ Tratamiento de la hernia crural con la técnica de Lichtenstein: nuestra experiencia” Cir. Esp., 1996, 59: 406-408

NORMINGTON, E.Y.; FRANKLIN, D.P.; BROTMAN, S: “ Constriction of the femoral vein after McVay inguinal hernia repair” Surgery, 1992, 111: 343-347

OISHI, S.N.; PAGE, C.; SCHEWESINGER, W.H: “ Complicated presentations of groin hernias” Am J. Surg. 1991, 162: 568-571

ORTIZ DE SOLORZANO AURUSA, F.J; LAMATA HERNANDEZ, F; GARCIA GIL, F.A., PABLO GIMENO, M; JIMENEZ BERNADO, A; GONZALEZ GONZALEZ, M: “Hernia crural estrangulada. ¿Una causa evitable de morbi-mortalidad quirúrgica? Revisión de una serie de 153 intervenciones” Cir. Esp., 1992, 51,3: 194-198

PORRERO, J.L.; DIEZ, M; MARTIN DUCE, A; LOMAS, M: “ Experiencia con la técnica del plug de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural” Cir. Esp. 1993, 53, 2: 97-99

RADCLIFFE, G; STRINGER, M.D.: “ Reappraisal of femoral hernia in children” Br. J. Surg., 1997, 84: 58-60

RICO SELAS, P; IBAÑEZ AGUIRRE, F.J.; BERCEDO MARTINEZ, J; MARCELLO FERNANDEZ, M; GOMEZ SANZ, R; SEOANE GONZALEZ, J; JIMENEZ ROMERO, C, LOINAZ SEGUROLA, CF; MORENO GONZALEZ, E: “ Herniorrafia con cilindro de polipropileno en la hernia crural incarcerada” Cir. Esp., 1992, 51,3: 190-193

SANCHEZ BUSTOS, F; RAMIA, J.M, FERNANDEZ FERRERO, F: “ Prosthetic repair of femoral hernia: Audit of long term follow-up” Eur. J. Surg. 1998, 164: 191-193

## **HERNIA UMBILICAL**

AMID, P.K.; SHULMAN, A.G.; LICHTENSTEIN, I.L: “ Tension-free repair of umbilical, epigastric and incisional hernias.” Contemporary Surgery, 1994, 44. 177-180

BELGHITI, J; RUEFF, B; FEKET, F: “ Umbilical hernia in cirrhotic patients with ascites. Prevalence, course and management. Gastroenterology, 1983, 84: 1363

CELDRAN, A; BAZIRE, P.J.; GARCIA UREÑA, M.A.; MARIJUAN, J.L: “ H-hernioplasty,: a tension free repair for umbilical hernia” Br. J. Surg., 1995, 82: 371-372

GARCIA-UREÑA, M.A.; RICO SELAS, P; SEOANE, J; MARCELLO, M; MORENO GONZALEZ, E; CORRAL SANCHEZ, M.A.; MORENO SANZ, C : “ Hernia umbilical del adulto. Resultados a largo plazo en pacientes operados de urgencia” Cir. Esp. , 1994, 5: 302-306

LEONETTI, J.P.; ARANHA, G.V; WILKINSON, W.A.; STANLEY, M; GREENLEE, HB: “ Umbilical herniorrhaphy in cirrhotic patients” Arch. Surg., 1984, 119: 442-445

PESCOVITZ, M.D: “ Umbilical hernia repair in patients with cirrhosis” Ann Surg. , 1984, 199: 325-327

### **HERNIA INGUINAL RECIDIVADA**

FELIU PALA, X; PEREZ MARTI, X; ENCINAS MENDEZ, X; ALARCON VIANA, J.L., POVEDA GOMEZ, S: “ Hernia inguinal recidivada: factores predisponentes y mejoría de resultados con el uso de malla protésica” Acta Chir. Catal. 1994, 15: 11-14

FELIU, X; POCH, A; MUÑOZ, E, DUQUE, V; COMERMA, J: “ Hernia inguinal recidivada. Cambios de actitud terapéutica y análisis de nuestros resultados” Cir. Esp., 1992, 52 (supl 1) : 167-168

FELIX, E.L.; MICHAS, C; MCKNIGHT, R.L.. “ Laparoscopic repair of recurrent groin hernias” Surg. Laparosc. Endosc. , 1994, 4, 3: 200-204

GINER NOGUERAS, M; PICAS IVERN, J; ROCA CAMPOS, P: “ Tratamiento de las hernias recidivadas de la región inguinal. Análisis de resultados” Cir. Esp. ,1995,57,4:339-343

MANZANET ANDRES, G; MARCOTE VALDIVIESO, E; ROMERO SIMO, M; TORNER PARDO, A; CANALES LOPEZ, M: “ Tratamiento de la hernia inguinal recidivada con malla de Prolene. A proposito de 34 reparaciones” Cir. Andaluza, 1995, 6, 18: 133-136

PORRERO CARRO, J.L., GARCES ORBE, G SOLANA MAOÑO, M; GALLEGO LAGO, J.L.; MARTIN DUCE, A; HERNANDEZ MERLO, F; MARTIN FERNANDEZ, J; GUTIERREZ CALVO, A; LOMAS ESPADAS, M: “ Protesis de politetrafluoroetileno expandido en el tratamiento de las hernias inguinales recidivadas: a propósito de 100 casos” Cir. Esp., 1994, 55,4: 282-284

POSTLETHWAIT, R.W.: “ Recurrent inguinal hernia” Ann. Surg., 1995 , 202, 6: 777-779

RUTKOW, I.M.; FREECHOLD, N.J.: “ The recurrence rate in hernia surgery” Arch. Surg., 1995, 130. 575-576

SHULMAN, A.G; AMID, P.K.; LICHTENSTEIN, I.L: “ The ‘Plug’ repair of 1402 recurrent inguinal hernias. 20 years experience” Arch. Surg., 1990, 125: 265-267

TOBALINA AGUIRREZABAL, E; REY BALTAR BOOGEN, J.M; HERNANDEZ SANCHEZ, M.J.: “ Hernia inguinal recidivada. Tratamiento mediante malla preperitoneal” Cir. Esp., 1996, 59: 292-295

WANTZ, G.E.: “ Complicatios of inguinal hernial repair” Surg. Clin. North Am., 1984, 64: 287-298

### **HERNIA PARAESTOMAL**

BYERS, J.M, STEINBERG, J.B., POSTIER, R.G.: “ Repair of parastomal hernias using polypropylene mesh” Arch. Surg., 1992, 127. 1246-1247

RUBIN, M.S.; SCHOETZ, D.J.; MATTHEWS, J.B.: “ Parastomal hernia. Is stoma relocation superior to fascial repair? “ Arch. Surg. , 1994, 129: 413-418

SUGARBAKER, P.H.: “ Peritoneal approach to prosthetic mesh repair of paraostomy hernias” Ann. Surg., 1985, 201, 3: 344-346

## **EVENTRACION**

BANG, R.L., BEHBEHANI, A: “ Repair of large, multiple, and recurrent ventral hernias: an analysis of 124 cases” Eur. J. Surg., 1997, 163: 107-114

BAUER, J.J., SALKY, B.A.; GELERT, I.M.; KREEL, I: “ Repair of large abdominal wall defects with expanded Polytetrafluoroethylene (PTFE)” Ann. Surg., 1987, 206, 6: 765-769

BELLON CANEIRO, J.M; CONTRERAS ALARCON, L; BUJAN VARELA, J; JURADO MORENO, F: “ Aplicabilidad clínica del estudio experimental de implantes de Politetrafluoroetileno y Polipropileno en pared abdominal” Cir. Esp., 1995, 58,2: 107-112

BELLON CANEIRO, JM; CONTRERAS ALARCON, L; BUJAN VARELA, J; CARRERA SAN MARTIN, A; GIMENO LONGAS, M.J; JURADO MORENO, F.: “ Influencia sobre el proceso cicatrizal de la porosidad de biomateriales protésicos implantados en la pared abdominal” Cir. Esp., 1996, 59: 296-302

BENDAVID, R: “ Incisional parapubic hernias” Surgery 1990, 108, 5: 898-901

BLEICHRODT, R.P.; SIMMERMACHER, R.K.: “ Expanded Polytetrafluoroethylene patch versus Polypropylene mesh for the repair contaminated defects of the abdominal wall” S.G.O. 1993, 176: 18-24

BRANDT, C.P.; MCHENRY, C.R, JACOBS, D.G.; PIOTROWSKI. J.J. ; PRIEBE, P.P: “ Polypropylene mesh closure after emergency laparotomy: morbidity and outcome” Surgery 1995, 118,4: 736-741

BROWN, G.L; RICHARSON, D.; MALANGONI, M.A.; TOBIN, G.; ACKERMAN, D.; POLK, H.: “ Comparison of prosthetic materials for abdominal wall reconstruction in the presence of contamination an infection” Ann. Surg., 1985, 201,6: 705-711

CALDIRONI, M.W.; ROMANO, M; BOZZA, F; PLUCHINOTTA, A.M.; PELLIZO, M.R.; TONIATO, A; RANZATO, R.: “ Progressive pneumoperitoneum in the management of giant incisional hernias: a study of 41 patients” Br. J. Surg., 1990,77, 306-308

CAMPSO, I; SIPES, E: “ Laparoscopic hernia repair: use of a fenestrated PTFE graft withendo-clips” Surg. Laparosc. Endosc., 1993,3: 35-38

CHAND, S.T.; ESUFALI, S.T.: “ Polypropylene mesh closure of the abdominal wall” Br. J. Surg., 1986, 73, 1: 3-6

CITORES PASCUAL, M.A., FERNANDEZ FERNANDEZ, L, GRIS IRAZOZ, F; LLADO BELTRAN, F.J.; LUENGO R. DE LEDESMA, L: “ Nuestra experiencia con protesis de Marlex en el tratamiento de las eventraciones” Rev. Quir. Esp., 1986,13,5: 266-268



CLAVERIA PUIG, R; BESORA CANAL, P; BASAS BACARDIT, J; FELIU PALA, X; CAMPS PUIGCENTELL, J; VIÑAS TRULLEN, X; CODINA LOPEZ, J.A.; FERNANDEZ SALIENT, E: “ Corrección de la eventración por vía laparoscópica. Experiencia inicial.” Cir. Esp., 1994, 56, 4: 299-301

CORRAL SANCHEZ,, M.A.; RICO SELAS, P; MORENO GONZALEZ, E, GARCIA UREÑA, M.A.; MARCELLO FERNANDEZ, M; GONZALEZ CHAMORRO, A; SEOANE GONZALEZ, J; JIMENEZ ROMERO, C; ABRADELO DE USERA, M; HIDALGO PASCUAL, M: “ Análisis y resultados de 564 eventrorrafias. Ventajas e inconvenientes de la malla de Polipropileno” Cir. Esp., 1995, 57,5: 445-451

DAYTON , M.T., BUCHELE, B.A.; SHIRAZI, S.S.; HUNT, L.B.: “ Use of an absorbable mesh to repair contaminated abdominal-wall defects” Arch. Surg. , 1986, 121: 954-960

DEBORD, J.R; WYFFELS, P.L.; MARSHALL, S; MILLER, G; MARSHALL, W.: “ Repair of large ventral incisional hernias with expanded Polytetrafluoroethylene prosthetic patches” Post. G. Surg. , 1992, 4, 2: 156-160

ELORZA ORUE, J.L., PALOMAR DE LUIS, M; ELOSEGUI ALBEA, I. “ La malla de politetrafluoroetileno en la reparación de las grandes eventraciones” Cir. Esp., 1992, 51, 4; 275-277

FERNANDEZ GARCIA, M; PEREZ ANIA, M; FERNANDEZ ALONSO, A; TRELLES MARTIN, A; VIGAL BREY, G; AVILES GARCIA, P; MARTINEZ TORES, M, RODRIGUEZ RUBIO, J. “ Corrección de hernias y eventraciones con prótesis de PTFE-e (Gore-Tex) en un hospital comarcal” Cir. Esp., 1995, 58, 6. 521-523

GILLION, J.F.; BEGIN, G.F.; MARECOS, C; FOURTANIER, G:” Expanded Polytetrafluoroethylene patches used in the intraperitoneal or extraperitoneal position for repair of incisional hernias of the anterolateral abdominal wall” Am. J. Surg.,1997, 174. 16-19

HORHANT, P; LE DU, J; CHAPERON, J; LAVENAC, G; MAMBRINI, A: “Traitement des eventrations abdominales post-operatoires par prothese non resorbable. A propos de 160 observations” J. Chir., 1996, 133: 311-316

JANER TORNE, J; VIDAL SANS, J; FERNANDEZ LLAMAZARES, J; OLSINA PAVIA, J; SANCHEZ-LLORET TORTOSA, J:” El adelgazamiento y la fisioterapia respiratoria como tratamiento previo a la cirugía de las eventraciones” Cir. Esp., 1997, 62.:19-23

LAW, N.W; ELLIS, H: “ A comparison evaluation of polypropylene mesh, expanded polytetrafluoroethylene patch and polyglycolic acid mesh for the repair of experimental abdominal wall defects. An experimental study” Surgery, 1991, 109: 652-655

LEBER, G.E.; GARB, J.L.; ALEXANDER, A.I; REED, W.P.: “Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias” Arch. Surg., 1998, 133: 378-382

LIAKAKOS, T; KARANIKAS, I; PANAGIOTIDIS, H, DENDRINOS, S: “ Use of Marlex mesh in the repair of recurrent incisional hernia” Br. J. Surg., 1994, 81: 248-249

MANNINEN, M.J; LAVONIUS, M.; PERHONIEMI, V: “ Results of incisional hernia repair A retrospective study of 172 unselected hernioplasties” Eur. J. Surg., 1991, 157: 29-31

MARTINEZ GOMEZ, D.A.; GARCIA MARCILLA, J.A.; MORCILLO RODENAS, M.A.; ZARAGOZA ZARAGOZA, C; MARTINEZ RIPOLL, J.F.; NAVARRO GOMEZ, R; VAZQUEZ ROJAS, J.L.: “ Resultados de las prótesis en las eventraciones moderadas y grandes” Cir. Esp., 1997, 62, 1: 24-29

MATAPURKAR, B.G.; GUPTA, A.D.; AGARWAL, A.K.: “ A new technique of Marlex-peritoneal sandwich in the repair of large incisional hernias” World, J. Surg., 1991, 15, 6:668-670

MOLLOY, R.G.; MORAN, K.T.; WALDRON, R.P.; BRADY, M.P., KIRWAN, W.O: Massive incisional hernia: abdominal wall replacement with Marlex mesh” Br. J. Surg. , 1991,78: 242-244

MORENO EGEA, A; AGUAYO ALBASINI, J.L., ZAMBUDIO CARMOMA, G; PARRILLA PARICIO, P: “ Profilaxis de las adherencias peritoneales postoperatorias: valoración de las mallas o prótesis como métodos de barrera” Cir. Esp., 1995, 57,5: 55-58

NAGY, K.K.; FILDES, J.J., MAHR, C; ROBERTS, R.R.; KROSNER, S.M.; JOSEPH, K.T.; BARRETT, J: “ Experience with three prosthetic materials in temporary abdominal wall closure” Am Surg., 1996, 62,5: 331-335

PAREJA CIURO, F; GALINDO GALINDO, A; DOMINGUEZ ADAME, E; PONCE GONZALEZ, J.F.; MORALES MENDEZ, S: “ Reparación de la pared del abdomen con material protésico. Hernias incisionales” Cir. Esp., 1996, 60: 7-11

PAUL, A; KORENKOW, M; PETERS, S; KÖHLER, L, FISCHER, S; TROIDI, H: “Unacceptable results of the Mayo procedure for repair of abdominal incisional hernias” Eur. J. Surg., 1998, 164: 361-367

PONCE GONZALEZ, J.F.; BARRIGA BELTRAN, R; MARTIN ZURITA, I; MORALES CONDE, S; MORALES MENDEZ, S: “ Materiales protésicos en la hernia incisional: Estudio experimental “ Cir. Esp., 1998, 63: 189-194

REVUELTA ALVAREZ, S; GUTIERREZ RUIZ, A; PRIETO SANCHEZ, R: “ Técnica premuscular para el tratamiento de las eventraciones gigantes con protésis de Politetrafluoroetileno expandido” Cir. Esp., 1994, 55, 3: 49-51

RIOS ZAMBUDIO, A; RODRIGUEZ GONZALEZ, J.M.; MUNITIZ RUIZ, V; ALCARAZ LORENTE, P; ORTIZ SEBASTIAN, S; PEREZ FLORES, D; PARRILLA PARICIO, P: “ Importancia de la profilaxis antibiotica en las eventrorrafas con protesis” Cir . Esp. 1999, 65: 495-499

SALVADOR, R; LLAURADO, J.M., PEÑALVA, F; TRIAS, R: “ La malla de Marlex en el tratamiento de las eventraciones. A propósito de 50 casos” Cir. Esp., 1988, 44, 1: 72-77

SANTORA, T.A.; ROSLYN, J.J.; “ Incisional hernia” Surg. Clin North Am. 1993, 73: 557-570

SARMIENTO, C; GOMEZ BUJEDO, L, MARTIN GOMEZ, R; PEREZ DE LA FUENTE, M; ROLDAN, J.P.; SEVILLA, M.P; ORTEGA BEVIA, J.M.; SANCHEZ BLANCO, J.M.; “ El elastómero de silicona reforzado con dacron frente a la malla de Polipropileno en la cirugía de la eventración . Resultados macroscópicos” Cir. Esp., 1997, 62, 459, 462

SCRIPCARIU, V; CARLSO, G; BANCEWICA, G; IRVING, M.H.; SCOTT, N.A.:  
“Reconstructive abdominal operations after laparostomy and multiple repeat laparotomies for severe intra-abdominal infection” Br. J. Surg., 1994, 81: 1475-1478

STOPPA, R: “ The treatment of complicated groin and incisional hernias” W.J. Surg., 1989,13: 545-554

STOPPA, R; MOUNGAR, F; VERHAEGHE, P: “ Traitement chirurgical des éventrations médianes sus-ombilicales” J. Chir., 1992, 129, 6: 335-343

VAN DER LEI, B, BLEICHRODT, R.P., SIMMERMACHER,R.K.J., VAN SCHILFGAARDE, R; “ Expanded Polytetrafluoroethylene patch for the repair of large abdominal wall defects” Br. J. Surg., 1989, 76: 803-805

VIDAL SANS, J; PLANAS GUASCH, J; MORENO AMEZCUA, J.M; JANER TORNE, J; PALACIN CASAL, J.M.; MORA RUIZ, F; AVILA RIVERA, A: “ Tratamiento quirúrgico de las eventraciones. Análisis de 1235 casos intervenidos en un período de 20 años” Cir. Esp. 1993, 54, 2: 30—35

## **ANEXO 1.**

### **LISTA DE CIRUJANOS A QUIENES SE REMITIÓ LA ENCUESTA.**

AGUILÓ LUCIA, Javier

ANDREU GALVEZ, Juan

ARROYO GUIJARRO, Antonio

BALTASAR TORREJON, Aniceto

BARRERAS MATEO, J. Antonio

CALPENA RICO, Rafael

CARBONELL TATAY, Fernando

CARO PÉREZ, Federico

CHECA AYET, Felix

CORELL PLANELLS, Ricardo

DAVILA DORTA, David

DE LA MORENA VALENZUELA, Eduardo

del RIO BARCENILLA, Juan

DELGADO GÓMIS, Fernando

DIEGO ESTEVE, Manuel

ENRIQUEZ VALENS, Pablo

FERNANDEZ JIMENEZ, Fernando

FLICH CARBONELL, Juan Antonio

FLOR CIVERA, Blas

GARCÍA CALVO, Rafael

GARCÍA, Salvador

GINER NOGUERAS, Manuel

LLEDO MATOSES, Salvador

MARTI OBIOL, Roberto

MEDRANO HEREDIA, Justo

PALLAS RUIZ, J.

PALLAS, José Antonio

RIVERA GUTIERREZ, Jesus

RODERO RODERO, David

ROIG VILA, Jose Vicente

RUIZ DEL CASTILLO, Juan

SALVADOR SANCHIS, José Luis

SANCHO RODRIGUEZ FORNOS, Salvador

TRULLENQUE PERIS, Ramón

VAZQUEZ ROJAS, José Luis

ZARAGOZA FERNANDEZ, Cristobal

ANEXO 2.  
CUESTIONARIO.

## ENCUESTA SOBRE CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL

Lea la pregunta y marque  el cuadro que corresponda a su respuesta. En ocasiones hay preguntas encadenadas o con mas de una respuesta.

1. ¿Utiliza algún tipo de clasificación para las hernias inguino-femorales?  
 No  
 Si
2. Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior ¿Qué clasificación utiliza?  
 Nyhus  
 Gilbert  
 Gilbert-Robbins  
 Otra  
(especificar): \_\_\_\_\_
3. En la hernia Inguinal primaria del adulto  
 utiliza una misma técnica que resuelve todos los tipos de hernia  
 emplea una técnica según el tipo de hernia (directa, indirecta) o de pacientes (obesos, con epoc,...)
4. ¿Que tipo de técnica utiliza en la hernia inguinal indirecta del adulto?  
 Clásica (Bassini, Mac Vay-Lotheinsein, Marcy, Shouldice)  
 Con material protésico (Lichtenstein, Gilbert, Ruskow-Robbins)  
 Preperitoneal (Rives-Nyhus-Endoscopica).
5. En el saco indirecto, en que porcentajes
  - a) lo abre-explora-sutura o liga  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
  - b) lo invagina dentro del abdomen sin ligarlo.  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
6. ¿Que tipo de técnica utiliza en la hernia inguinal directa del adulto?.  
 Clásica (Bassini, Mac Vay-Lotheinsein, Shouldice)  
 Con material protésico (Lichtenstein, Gilbert, Ruskow-Robbins)  
 Preperitoneal (Rives-Nyhus-Endoscopica)
7. Si emplea material protésico, utiliza  
 polipropileno (PP)  
 politetrafluoruretano expandido (PTFE)
8. La fijación de la malla la realiza con  
 sutura continua  
 puntos sueltos
9. El tipo de material de sutura utilizado:  
 Reabsorbible de larga evolución (ácido poliglicólico, poliglactin 910)  
 No reabsorbible (polipropileno, poliamida)
10. ¿Que porcentaje de hernioplastia o herniorrafia ambulatoria se podría realizar en su hospital?

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%

11. ¿Que porcentaje de hernioplastia o herniorrafia ambulatoria se realiza actualmente?  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
12. En la cirugía de la hernia inguino-femoral primaria, ¿En que porcentaje emplea cada tipo de anestesia?  
a) Local 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
b) Locorregional 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
c) General 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%
13. En que casos de los siguientes prefiere la anestesia locorregional o general  
a) Jóvenes menores de 17 años.  Locorregional  General  
b) Obesos.  Locorregional  General  
c) Hernias inguino-escrotales.  Locorregional  General  
d) Hernias estranguladas o irreductibles.  Locorregional  General  
e) Pacientes no colaboradores.  Locorregional  General
14. Cuando emplea anestesia local,  
a) ¿premedica al paciente? No  Si   
b) ¿lo hace con la presencia del anestesista intraoperatorio? No  Si   
c) ¿utiliza sedación intraoperatoria con Propofol? No  Si   
d) ¿lo mezcla con bicarbonato para disminuir el dolor? No  Si
15. Si utiliza material protésico, los antibióticos  
 los utiliza de forma profiláctica (1 dosis en el preoperatorio);  
 los utiliza de forma profiláctica (1 dosis en el preoperatorio y otra en el postoperatorio)  
 nunca los emplea.
16. Que tipo de antibiótico utiliza  
 amoxicilina  
 cefalosporinas  
 otros:
17. En que porcentaje utiliza profilaxis con heparina de bajo peso molecular en la cirugía herniaria  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
18. Número de dosis HBPM.  
 1 dosis en el preoperatorio,  
 2 dosis  
 Mas de 3 dosis.
19. La HBPM la utiliza en  
 todos los pacientes intervenidos,  
 los pacientes intervenidos > 40 años.  
 los pacientes intervenidos con AG y ALR > 40 años.  
 los pacientes intervenidos con factores de riesgo tromboembólico.  
 Otras pautas:
20. Explora de forma sistemática el orificio crural en todo paciente intervenido por hernia inguinal  
 Si  
 No
21. Si el paciente presenta una hernia inguinal bilateral prefiere  
 tratar ambas hernias simultaneas con la ALR o AG.  
 tratar ambas hernias simultaneas con anestesia local.  
 tratar las hernias en sesiones distintas bajo anestesia local.

22. En la hernia inguinal bilateral realiza un abordaje  
 anterior bilateral.  
 preperitoneal tipo Stoppa.  
 preperitoneal endoscópico.
23. En la hernia inguinal bilateral asociada a una eventración infraumbilical  
 repara los defectos de forma separada  
 utiliza una reconstrucción conjunta tipo Stoppa.
24. En las hernias dobles (inguinal/crural y umbilical)  
 las repara simultáneamente bajo anestesia local  
 las repara simultáneamente bajo anestesia locorregional o general.
25. En la hernia inguinal estrangulada que requiere resección por isquemia de asa, esta la realiza a  
 través de una laparotomía  
 por vía inguinal previa dilatación del anillo.
26. ¿Qué porcentaje de complicaciones precoces en las hernioplastias (hematomas, equimosis) considera que tiene actualmente. Marque la cifra más cercana?  
0% 2% 4% 6% 8% 10% 12% 14% 16% 18%  >20%
27. Que porcentaje de complicaciones tardías en las hernioplastias (orquitis, atrofas testiculares y neuralgias post-intervención) considera que tiene actualmente. Marque la cifra mas cercana:  
0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9%  >9%
28. Si utiliza material protésico, ¿ que porcentaje de intolerancia de mallas o de retirada existe?.  
0% 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9%  >9%
29. En el tratamiento de la hernia crural, utiliza  
 técnicas clásicas  
 el tapón de Lichtenstein.
30. En el tratamiento de la hernia crural el saco  
 lo reseca  
 lo introduce en la cavidad abdominal
31. ¿En el tratamiento de la hernia crural que tipo de tapón protésico utiliza?  
 cigarrillo  
 cono
32. El tamaño del tapón protésico en el tratamiento de la hernia crural  
 tiene medida estándar 10 x 2 cm  
 debe ajustarse a la medida del orificio herniario.
33. En la hernia crural estrangulada que requiere resección de un asa isquémica, esta se efectúa  
 a través de una laparotomía  
 por vía crural previa dilatación del anillo por su borde interno.
34. En la hernia umbilical del adulto, ¿ en que porcentaje utiliza material protésico?  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
35. En la hernia umbilical pequeña del adulto ( anillo < de 2 cm) el tratamiento empleado es  
 el cierre simple,  
 la reconstrucción con malla  
 la reconstrucción con tapón.
36. En la hernia umbilical moderada del adulto ( anillo > de 2 cm) el tratamiento empleado es  
 el cierre simple,  
 la reconstrucción con malla
37. En el tratamiento de la hernia umbilical asociada a ascitis difícilmente controlable indicaría  
 la reconstrucción con malla sistemática previo tratamiento medico agresivo



la reconstrucción con malla según tamaño de orificio herniario previo tratamiento médico agresivo.

38. En los niños, ¿cuándo está indicada la reparación herniaria inguinal?

cuando se diagnostica.

a partir de los 2 años de edad.

39. En los niños, ¿cuándo está indicada la reparación herniaria umbilical si el orificio es < de 1,5 cm.

después de los 4 años.

después de los 2 años.

40. En la hernia inguinal recidivada, la vía de abordaje utilizada es la:  
 + anterior (Lichtenstein-tapon o malla), Roskow-Robbins, Berliner, Rives.  
 + preperitoneal (Nyhus, Stoppa)  
 + laparoscópica (preperitoneal- transabdominal).
41. En pacientes con hernia inguinal recidivada y eventración infraumbilical, el tratamiento aconsejado es  
 + la reconstrucción inguinal anterior y eventroplastía  
 + la técnica de Stoppa.
42. En la cirugía de la hernia inguinal recidivada en ¿En que porcentaje emplea cada tipo de anestesia?  
 Local 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 Locorregional 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100  
 General 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
43. ¿ En que porcentaje considera que una hernia paracolostómica tiene indicación quirúrgica?.  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
44. ¿Cuáles son los motivos para que una hernia paracolostómica tenga indicación quirúrgica?  
 difícil manejo de los dispositivos colectores ocasionando fugas y dermatitis.  
 dificultad para el retorno del líquido del lavado.  
 episodios de incarceration.  
 dificultad para reducir el contenido herniario).  
 todos los anteriores.
45. El tratamiento de la hernia paracolostómica es  
 la recolocación del estoma.  
 el cierre fascial .  
 el reparo fascial con material protésico. .  
 a través de una incisión semicircular alrededor de la unión mucocutánea.  
 a través de una incisión lejos del estoma.  
 por medio de una relaparotomía.
46. Para el de cierre de laparotomía emplea.  
 sutura continua.  
 sutura a puntos sueltos.  
 material de sutura reabsorbible de larga duración.  
 material de sutura irreabsorbible.
47. Previa a la reconstrucción de una eventración moderada realiza  
 siempre fisioterapia respiratoria.  
 a veces fisioterapia respiratoria.
48. Previa a la reconstrucción de una eventración de gran tamaño realiza neumoperitoneo progresivo  
 No  
 Si
49. En la actualidad, ¿ en que porcentaje utiliza prótesis en la cirugía de la eventración?  
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%  
100%
50. El tratamiento de las eventraciones pequeñas (< 5 cm) de la línea media es  
 + cierre simple  
 + reconstrucción protésica
51. El tratamiento de las eventraciones moderadas (5-10 cm) de la línea media es  
 + cierre simple  
 + reconstrucción protésica

52. Si emplea prótesis, la localización de la malla de refuerzo en las eventraciones moderadas es  
+ retromuscular, por delante del cierre aponeurotico  
+ premuscular, en contacto con el tejido subcutáneo
53. El tipo de prótesis de refuerzo utilizada en las eventraciones moderadas es  
+ polipropileno  
+ PTFE expandido
54. La prótesis la fija con  
+ puntos sueltos de material irreabsorbible  
+ grapas
55. El tratamiento de las eventraciones pequeñas y moderadas (Mc Burney , Kocher) laterales es  
+ el cierre simple  
+ la reconstrucción protésica
56. En el tratamiento de los defectos de gran tamaño (anillo > de 10 cm) que requiere reparación protésica de sustitución prefiere la  
+ malla de polipropileno  
+ malla de PTFE expandido
57. En los casos de cirugía de urgencia de eventración asociada a resección intestinal prefiere la  
+ malla de polipropileno  
+ malla de PTFE expandido
58. Para el tratamiento de las perdidas de pared con gran contaminación (fascitis necrotizante y asociada a peritonitis prefiere  
+ el cierre temporal con malla de PTFE  
+ la malla de polipropileno con omento subyacente  
+ puntos totales de retención  
+ otra técnica
59. Para el tratamiento de las evisceraciones secundarias a infección prefiere  
+ malla de PTFE expandido  
+ puntos totales de retención  
+ malla reabsorbible para soporte temporal  
+ malla de polipropileno  
+ otra técnica
60. ¿En que porcentaje de casos utiliza profilaxis antibiótica en las eventraciones?  
+0% +10% +20% +30% +40% +50% +60% +70% +80% +90% +100%
61. Durante el postoperatorio de la cirugía de eventración utiliza fajas abdominales de contención adaptables mediante Velcro  
+ No  
+ Si

Ahora, le rogariamos que contestará a unas preguntas sobre la actividad de su servicio y su experiencia en cirugía de pared abdominal

90. Aproximadamente, cuantas camas tiene el/los servicio/s de cirugía general de su hospital  
+ < 20            +20-40   +>40
91. Se realiza en su hospital cirugía mayor ambulatoria (en cirugía general y digestiva)  
+ No                + Si
92. Cuantas intervenciones de pared abdominal realiza su servicio anualmente
- a) hernias inguina-femorales    + < 100   +100-200        + >200
  - b) otras hernias                    + <20                +20-50   +>-50
  - c) eventraciones                    + <30                +30-50   + >50
93. Cuantas intervenciones de pared realizó Vd. durante el último año (escriba la cifra aproximada).
- a) hernias inguina-femorales :
  - b) otras hernias :
  - c) eventraciones :
94. Desde hace cuantos años ejerce la cirugía:  
+ <5                +5-10                +>10

**¿Desea añadir algún comentario a cualquiera de las preguntas?**

**MUCHAS GRACIAS  
POR FAVOR, REMITANOS LA ENCUESTA CUANTO ANTES.**