

HERNIA INGUINAL INDIRECTA EN EL NIÑO

Dr. Luis Camarena Luviano¹

¹Cirujano pediatra, Capítulo León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(2):20-22



Cuando el testículo desciende en el tercer trimestre del embarazo, arrastra una porción del peritoneo a través del canal inguinal, desde su ubicación intraperitoneal hasta el escroto, dicha prolongación formará la túnica vaginal, obliterándose el resto. Cuando no se oblitera, esa estructura puede permitir el paso del intestino, apéndice cecal y en las niñas puede contener trompa de falopio y excepcionalmente parte de útero o vejiga urinaria. La hernia indirecta es la más frecuente en el niño y su tratamiento siempre es quirúrgico.

EPIDEMIOLOGÍA

La hernia indirecta es más frecuente en el sexo masculino con una relación 6:1. Representan el 98.6%, directas 0.2% y femorales 0.2%. Es más frecuente en los prematuros con una incidencia del 16 a 25% y de 0.5 al 1% en los pacientes de término. En el 60% de los casos se presenta del lado derecho, 30% izquierdo y 10% son bilaterales.

PATOGENIA

En diversos estudios se ha encontrado que el vaginal se encuentra permeable entre el 57 al 94% al momento del nacimiento, lo cual es un factor para el desarrollo de la hernia inguinal indirecta. Se

consideran como factores de riesgo para su desarrollo, alteraciones en la cicatrización como enfermedades del tejido conectivo, aumento en la presión intraabdominal como en la reparación de gastrosquisis, onfalocle, presencia de diálisis peritoneal, derivación ventrículo peritoneal y la fibrosis quística.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se fundamenta con los datos de la historia clínica y la exploración física. Los padres frecuentemente refieren notar un aumento de volumen a nivel inguinal y/o escrotal que es mayor cuando hay aumento en la presión intraabdominal. Cuando no es visible, se puede palpar un engrosamiento del cordón espermático. Cuando es palpable una masa firme y se le aplica presión y desaparece, se considera que se trata de una hernia reductible no complicada, mientras cuando no es posible reducirla sugiere la presencia de una hernia encarcerada que suele acompañarse de dolor, irritabilidad, vómitos de contenido biliar, ausencia de evacuaciones o presencia de evacuaciones sanguinolentas cuando existe estrangulación intestinal. A nivel local observamos edema o eritema en la región de la hernia, puede además encontrarse distensión abdominal.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

La radiografía simple de abdomen puede mostrar datos compatibles con obstrucción intestinal

como niveles hidroaéreos y presencia de gas a nivel escrotal.

El ultrasonido puede ser útil para el diagnóstico diferencial con hidrocele, torsión testicular, linfadenitis principalmente.

TRATAMIENTO

Para el tratamiento se requieren estudios preoperatorios: Biometría hemática completa y pruebas de coagulación.

La decisión del momento de la cirugía dependerá si se trata de una **HERNIA INGUINAL NO INCARCERADA**. Las hernias inguinales tienen mayor probabilidad de incarceration entre menor es la edad del paciente, y se presentan con mayor frecuencia antes de los 6 meses de edad, la mayoría pueden ser reducidas con maniobras externas como es colocar la paciente en decúbito dorsal con elevación de la cadera, con la mano izquierda inmovilizar la hernia y con la derecha comprimir la hernia hacia arriba en dirección del canal inguinal y de la parte inferior del abdomen, se debe de comprimir en forma constante pero sin ser excesivamente intensa, se puede aplicar presión durante 5 minutos o realizar varios intentos con menos duración. Si no es posible reducirla, el paciente debe ser hospitalizado y solicitar una interconsulta a cirugía pediátrica. Cuando se logra reducir se puede admitir al paciente para ser observado, para favorecer disminuya el edema y pueda ser intervenido en las siguientes 48 horas.

Durante la pandemia de COVID19, el diferir las cirugías

electivas como hernias no complicadas, no mostro un aumento en la morbi-mortalidad.

En los casos de **HERNIA INGUINAL NO REDUCTIBLE**, cuando no es posible reducir la hernia inguinal incarcerada, se considera una urgencia quirúrgica, debido a que el intestino puede presentar isquemia que lleva a la necrosis. En las niñas puede encontrarse incarcerada la trompa de Falopio y el ovario y aunque no es frecuente, si se han reportado casos de daño del ovario por estrangulación.

SITUACIONES ESPECIALES:

Hernias en niños prematuros no complicadas

Cuando un niño prematuro presenta una hernia no complicada, deben de resolverse las comorbilidades que presenta en ese momento, y si es posible debe de ser intervenido antes del egreso del hospital. Los niños prematuros son los que presentan más asociación a daño testicular (atrofia) daño al conducto deferente y mayor porcentaje de recurrencia después de la reparación de la hernia. Si no es posible intervenirle por la presencia de comorbilidades y es dado de alta, se deberá de intervenir en cuanto su estado general mejore e informar a los padres sobre los factores de riesgo, así como los síntomas y signos de una hernia incarcerada.

Exploración bilateral o reparación del lado unilateral detectado. Reparación abierta o por Laparoscopia.

En los niños menores de 2 años cuando presentan una hernia inguinal indirecta clínicamente unilateral, el 10

reintervención para realizar orquidopexia.

al 15% desarrollaran una hernia inguinal contralateral, de este porcentaje, la mayoría se presenta en niñas cuando el lado inicial es el izquierdo, y tienen además antecedente de prematuridad. Estudios hechos en pacientes con hernias metacrónicas (que ocurren al mismo tiempo), demuestran que solo el 8 al 30% desarrollaran hernia contralateral, por lo que puede solicitar bajo estos criterios una ecografía preoperatoria, o recurrir a la reparación laparoscópica, ya que permite la identificación del hernia contralateral y permite su reparación en el mismo acto quirúrgico.

Las tasas de complicaciones postoperatorias son muy similares entre la técnica abierta y la laparoscópica, sin embargo, todo esto depende de la experiencia del cirujano, de la tecnología con que se cuenta en el medio en donde se ejerce la cirugía pediátrica.

La recurrencia en las hernias complicadas intervenidas es hasta del 20%, mientras en las hernias no incarceradas es de 1%.

Las lesiones que se pueden producir al reparar una hernia inguinal son: lesión intestinal, lesión a los vasos espermáticos o que se produzca un testículo no descendido iatrogenico debido a que durante el procedimiento quirúrgico se tracciona el testículo hacia el canal inguinal, quedando atrapado a ese nivel, o debido a la tracción por fibrosis alrededor del cordón espermático, en cuyo caso requerirán de realizar

BIBLIOGRAFÍA

C. de la Sen Maldonado, N. Albertos Mira-Marcellí, V. Díaz Díaz, M.G. Toro Rodríguez, J. González Piñera. Impacto de la pandemia en el manejo de la hernia inguinal en lactantes. *Cir Pediatr.* 2022; 35: 10-13

Weber TR, Tracy TF. Groin hernias and hydroceles. En: Aschcraft KW, Murphy JP, Sharp RS, et al, editor. *Textbook of pediatric surgery.* Philadelphia (PA): Saunders; 2000.p.654 p. 208-62.

Wang, K., Tan, S.S., Xiao, Y. *et al.* Characteristics and treatments for pediatric ordinary and incarcerated inguinal hernia based on gender: 12-year experiences from a single center. *BMC Surg* 21, 67 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12893-020-01039-5>

Esposito C, Escolino M, Turrà F, Roberti A, Cerulo M, Farina A, Caiazzo S, Cortese G, Servillo G, Settimi A. Current concepts in the management of inguinal hernia and hydrocele in pediatric patients in laparoscopic era. *Semin Pediatr Surg.* 2016 Aug;25(4):232-40.