

HERNIA INGUINAL BILATERAL: REPORTE DE UN CASO BILATERAL INGUINAL HERNIA: CASE REPORT

Dr. Anaisy Rodríguez Camacho ¹ y Dr. Noelio Rafael Poza Carmona ²

¹ M. Sc. en Salud de los niños y adolescentes, Especialista de Primer Grado en Pediatría, Hospital Pediátrico José Martí, Sancti Spiritus-Cuba.

<https://orcid.org/0000-0002-7218-246X>.

² M.Sc. en atención integral al niño, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico José Martí, Sancti Spiritus-Cuba.

<https://orcid.org/0000-0002-9935-0777>.

Resumen

Las hernias abdominales constituyen una protrusión de uno o más órganos de la cavidad abdominal o parte de ellos a través de una abertura natural o accidental de las paredes abdominales, las hernias inguinales a su vez se denominan a las que se producen en la pared abdominal anterior específicamente en la región inguinocrural por encima de la arcada crural, tiene su génesis en fallos de la obliteración del conducto peritoneo vaginal, lo que permite el descenso a través de dicho conducto de algunos órganos abdominales, parte de ellos o del líquido que la cavidad abdominal que contiene. Las hernias de la pared abdominal son las entidades patológicas a que más se enfrentan los cirujanos pediátricos en el mundo. Se reporta un caso de una lactante de 9 meses de la provincia de Sancti Spiritus que durante la consulta de evaluación pediátrica en su área de salud se constata aumento de volumen de ambas regiones inguinales, se realizan estudios ultrasonográficos y valoración por cirugía pediátrica diagnosticándose hernia inguinal bilateral congénita. Es de vital importancia realizar una evaluación oportuna ante cualquier tumoración presente en la etapa neonatal con el objetivo de hacer un diagnóstico oportuno de aquellas entidades nosológicas que requieran de un manejo temprano con el objetivo de evitar complicaciones futuras en estos niños.

Palabras clave: hernia inguinal, cirugía pediátrica, tumores abdominales

Abstract

Abdominal hernias are the protrusion of one or more organs, or parts thereof, from the abdominal cavity through a natural or accidental opening in the abdominal walls. Inguinal hernias, specifically those occurring in the anterior abdominal wall, in the inguino-crural region above the inguinal ligament, originate from a failure of the processus vaginalis to close, allowing the displacement of abdominal organs, parts of them, or the fluid contained within the abdominal cavity through this opening. Abdominal wall hernias are among the most common pathologies encountered by pediatric surgeons

worldwide. A 9 month-old infant case from the province of Sancti Spíritus was reported. During a pediatric evaluation in her local health center increased volume was found in both inguinal regions. Ultrasound studies and a pediatric surgical evaluation were performed, resulting in a diagnosis of congenital bilateral inguinal hernia. It is vitally important to perform a timely evaluation of any tumor present in the neonatal stage in order to make a timely diagnosis of those nosological entities that require early management with the aim of avoiding future complications in these children.

Keywords: Inguinal hernia, pediatric surgery, abdominal tumors

Introducción

Como concepto la hernia de la pared abdominal es una protrusión de uno o más órganos de la cavidad abdominal o parte de ellos a través de una abertura natural o accidental de las paredes abdominales, incluye los órganos de la cavidad pélvica y diafragmática. ^(1,2)

Las hernias inguinales son las que se producen en la pared abdominal anterior, en la región inguinocrural, por encima de la arcada crural, tiene su génesis en fallos de la obliteración del conducto peritoneo vaginal, lo que permite el descenso a través de dicho conducto de algunos órganos abdominales, parte de ellos o del líquido que la cavidad abdominal que contiene.

Las hernias de la pared abdominal son las entidades patológicas a que más se enfrentan los cirujanos pediátricos en el mundo. Las hernias de la región inguinal es una afectación peculiar de la especie humana al adoptar la posición erecta en su periodo evolutivo.

La más antigua referencia sobre hernias inguinales aparece en el papiro de Ebers (uno de los más antiguos tratados médicos) descubierto en el año 1873, ⁽³⁾ en él se decide tratamiento mediante vendajes. La hernia inguinal es la variedad más frecuente de las hernias de la pared abdominal en un 80 %. Su incidencia mayor es en niños de sexo masculino nacidos antes de las 37 semanas y con un peso menor a los 2500 gramos, ⁽⁴⁾ la afección bilateral es más frecuente y cuando es unilateral el lado derecho predomina, no hay diferencias étnicas.

Hay familias en que aparecen con mayor frecuencia, pero no hay un patrón de transmisión hereditaria que pueda explicar todos los casos, no obstante, se han identificado condiciones diversas y algunos síndromes genéticos en los cuales está presente la hernia inguinal con mayor frecuencia (Síndrome de Marfán, Síndrome de Ehlers-Danlos, Osteogénesis imperfecta, en algunos trastornos genéticos o cromosómicos y muchos otros). Con el desarrollo de la Imagenología actualmente el diagnóstico de las hernias abdominales han revolucionado donde la Tomografía axial computadorizada (TC) se ha convertido en la técnica más utilizada debido a la extensa información que proporciona de la cavidad abdominopélvica, así como por su rapidez de adquisición. ⁽⁵⁾

La TC ayuda a establecer un diagnóstico eficaz de las hernias de pared abdominal y región inguinal, diferenciándolas de otras situaciones que simulan hernias.⁽⁵⁾ Además, es útil para determinar con exactitud el tamaño y la morfología del orificio herniario gracias a las reconstrucciones multiplanares, lo que permite realizar la clasificación de la patología herniaria de acuerdo a los criterios de la European Hernia Society.⁽⁵⁾ Por otra parte, la TC permite una valoración completa de la musculatura de la pared abdominal, identificando zonas de atrofia, rotura, desinserción muscular u otras complicaciones. También puede demostrar falsas eventraciones que no requieran de intervención quirúrgica, como diástasis de los rectos en línea media o debilidades de la pared.⁽⁵⁾

DESCRIPCION DEL CASO

Lactante de 9 meses con antecedentes familiares de madre con aracnoidocele sin tratamiento, no hábitos tóxicos, padre sano, antecedentes prenatales de haber presentado la madre a las 20 semanas de gestación hipertensión arterial para la cual se le administra nifedipino , a las 22 semanas en el ultrasonido de control de Genética se observa una arteria umbilical única y placenta previa oclusiva total por lo que se mantiene bajo el régimen de ingreso hospitalario , se realizó maduración fetal a las 28 y 32 semanas, en el curso de las 33 semanas presentó infección cérvico vaginal siendo necesaria la administración de antibiótico parenteral (Gentamicina) con antecedentes perinatales de haber nacido producto de un parto distócico por cesárea por preeclampsia a las 34. 1 semanas, con un peso de 1486 gramos, con un Apgar de 8/9. Antecedentes posnatales de una estadía hospitalaria por bajo peso y pretérmino durante 7 semanas.

Se le realizó el tamizaje neonatal en el cual todos los parámetros estuvieron en rangos normales. Se le da el alta hospitalaria a los 2 meses con un peso de 2534 gramos. En la consulta de evaluación de pediatría del Grupo Básico de Trabajo, al examen físico se observa aumento de volumen en ambas regiones inguinales, no se reduce, no tiene cambio de coloración, impresiona que ocupa la región púbica y hacia ambos labios mayores, no es dolorosa a la palpación, se observa introito vaginal. No existen otros elementos positivos al examen físico.

Se le orienta realizar ultrasonido de partes blandas y valorar por cirugía pediátrica. Se recibe el US en el cual se informa hernia inguinal bilateral congénita, impresiona que el saco herniario contiene el ovario bilateralmente, ovario derecho 3.4 mm, ovario izquierdo 2.4 mm, orificio herniario estrecho. No protrusión de asas, vejiga, útero normal, hígado, vesícula, bazo, riñones y páncreas normales.

Se valora por Endocrinología que al examinar en los genitales observa hipertrofia del capuchón del clítoris, (clitorimegalia , TANNER II-III), labios mayores normales y menores visibles, se observa introito vaginal por lo que se plantea por dicha especialidad la posibilidad de encontrarse ante un Síndrome

de hiperandrogenización y se le indican complementarios: 17(OH)progesterona, cariotipo humano, radiografía de ambas rodilla (núcleos de osificación), progesterona y estrógenos basal, LH, FSH. Se valora por genética el cual indica estudio molecular de sexo AMxy, SRy, para descartar por estudios genéticos específicos que se trate de caso clínico de hermafroditismo. Todos los estudios hormonales indicados por endocrinología fueron normales y se recibe la confirmación por parte de los estudios genéticos que se trata de una lactante de sexo femenino, por lo que se descartó también la posibilidad diagnóstica que el contenido herniario fuera testicular y por ende el Hermafroditismo.

En la paciente se tomaron medidas nutricionales que le permitieron la recuperación nutricional para realizar la intervención quirúrgica correctora la cual se realiza a los 11 meses de edad resultando en el cierre del defecto congénito herniario colocándose ambos ovarios en posición anatómica, en estos momentos la niña evoluciona favorablemente con buen crecimiento y desarrollo acorde a su edad.

Discusión

Las hernias han constituido un tradicional foco de interés para los cirujanos, y continuará siéndolo. Su estudio y tratamiento representa un magnífico ejemplo de anatomía aplicada; pero también ha merecido un enfoque de biología quirúrgica. Una hernia es la protrusión de un órgano a través de la pared de la cavidad que lo contiene. Pueden ser congénitas o adquiridas.

Las hernias suelen ocurrir en una gran variedad de sitios anatómicos, pero la gran mayoría se presenta en la región inguinal. La incidencia de hernias inguinales en pacientes de sexo masculino es mayoritaria (75 %); lo cual se debe a múltiples causas, entre las cuales sobresale la diferencia anatómica del canal inguinal del hombre respecto al de la mujer. ⁽⁶⁾

El diagnóstico de las hernias inguinales se realiza por el examen físico y en algunas ocasiones por la descripción de los síntomas que la familia aporta con fotos y/o videos. A través de la exploración física del niño se observa en la zona de la región inguinal un aumento de volumen, que puede ser bilateral siendo más difícil de identificar antes la similitud de ambas regiones, que se hace más evidente durante el llanto del niño, el esfuerzo al defecar, al toser, al ponerse de pie y desaparece cuando adopta la postura en decúbito supino o esta relajado.

Es una masa blanda, a veces dolorosa durante la manipulación, que se reduce manualmente realizando un gorgoteo perceptible con los dedos del examinador si el contenido es de asa intestinal. En las niñas el aumento de volumen se observa en región inguinal y en labios mayores y en el varón puede progresar oblicuamente hacia el escroto.

Se debe realizar diagnóstico diferencial de algunas entidades que producen aumento de volumen en la región inguinal como son más frecuentemente en pediatría la presencia de adenopatías

inflamatorias, testículos no descendidos, quistes sebáceos, lipomas, varicoceles, tumor de testículos, etc. La solución quirúrgica de las hernias inguinales siempre ha supuesto desafíos prácticos para los cirujanos, entre otras razones por ser traumática y por los riesgos de recidivas.

De ahí las modificaciones frecuentes de las técnicas descritas en los manuales, para realizar abordajes laparoscópicos o combinar estos con el tradicional, y usar materiales protésicos. ^(7,8) con resultados muy superiores para el abordaje laparoscópico en cuanto a un mejor postoperatorio precoz, menos dolor crónico y una mayor tasa de satisfacción de los pacientes. ⁽⁹⁾

En el caso presentado, no fue necesario la colocación de material protésico pues la propia edad de la paciente y los tejidos nobles sin estar sometidos a fuerzas y tensiones permitieron una reparación de los canales inguinales sin complicaciones. En estos momentos la paciente se encuentra en el sexto mes postintervención quirúrgica con una evolución favorable.

Conclusiones

Todo paciente pediátrico, independientemente de la edad, que presenta aumento de volumen en región inguinal debe ser valorado después de realizar los diagnósticos diferenciales anteriores por parte de pediatría, por la especialidad de cirugía pediátrica para definir diagnóstico confirmatorio de hernia inguinal con el objetivo de realizar intervención quirúrgica lo antes posible evitando las complicaciones propias del saco herniario, así como de los órganos involucrados en el mismo.

Referencias Bibliográficas

1. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Información sobre la cirugía de hernia quirúrgica abdominal. Manhattan: Memorial Sloan Kettering Cancer Center; 2020.DOI: 10.4103/1319-3767.41730.
2. Desarda MP. No-mesh inguinal hernia repair with continuous absorbable sutures: a dream or reality? (A study of 229 patients). Saudi J Gastroenterol. 2008;14(3): 122-7.DOI: 10.4103/1319-3767.41730.
3. Alfaro-Alonso R, Escaig-Olivares RL, Ramos-Herrera O. Hernioplastia inguinal con tejido autólogo. Técnica de Mohan Desarda. Rev Méd Electrón [Internet]. 2023,Nov.Dic.[citado:fechadeacceso];45(6).Disponible en:<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5217/5718>
4. Berndsen A, Gudbjartansson T, Berdsen F. Inguinal hernia-review. Laeknabladid. 2019; 105 (9): 385-391.
5. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E Et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Hernia. 2009; 13 (4): 407-414.

6. Bejerano-García RJ. Caracterización de pacientes operados de hernias abdominales externas en un centro de diagnóstico venezolano. MEDISAN [Internet]. Dic 2018 [citado 8 Jun 2024];22(9):920-30. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n9/1029-3019-san-22-09-920.pdf>
7. Ruiz-Velasco-Cisneros RA, Velásquez-Vera JS, Costales-Montalvo BP, Arcos-Valencia MD, Correa-Andrade AF, Guailacela-Gómez AP, et al. La cirugía a través de las décadas: una mirada a su evolución, logros y desafíos. Salud ConCienc [Internet]. 2023 [citado 8 Jun 2024];2(2):e55. Disponible en: <https://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/download/55/58/96>
8. Zaga-Minian I, Guzmán-Valdivia G, Romero-Arredondo E, Miranda A. Evaluación. Resultados a 16 años de las dos técnicas más comunes de hernioplastia inguinal abierta. Cir. gen [Internet]. Jun 2011 [citado 8 Jun 2024];33(2):7985. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n2/v33n2a2.pdf>
9. Elmessiry MM, Gebaly AA. Laparoscopic versus open mesh repair of bilateral primary inguinal hernia: A three-armed Randomized controlled trial. Ann Med Surg 2020; 59: 145-150