

Hernias inguinales en la infancia

J.-F. Lecompte, A. Delarue

La hernia inguinal en la infancia se debe a la persistencia del proceso vaginal. Afecta al 2-5% de los nacidos a término, principalmente a los varones (85%). Su frecuencia es mayor en los prematuros (10%). Su diagnóstico es clínico, con la aparición súbita de una tumefacción inguinal reducible que aumenta con la presión abdominal. Los diagnósticos diferenciales casi siempre se descartan clínicamente con facilidad. La incarceración provoca una isquemia intestinal y testicular y debe tratarse de urgencia. El tratamiento de la hernia inguinal en la infancia es quirúrgico. Consiste en el cierre del proceso vaginal. Se puede realizar mediante una incisión inguinal o laparoscopia. Deben discutirse la exploración y el tratamiento del lado opuesto.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hernia; Proceso vaginal; Incarceración

Plan

■ Definición	1
■ Epidemiología	1
■ Embriología	1
■ Anatomía	2
■ Signos clínicos	2
■ Tratamiento	3
En el varón	3
En la niña pequeña	3
■ Incarceración herniaria	3
Generalidades	3
En el recién nacido	3
Tratamiento	3
Caso particular de la hernia del ovario	3
■ Diagnóstico diferencial	3
Masas inguinales	3
Incarceración	3
■ Técnica quirúrgica	4
Vía de acceso inguinal	4
En la niña	5
Fracaso de la reducción	5
Asociación a un testículo no descendido	5
Corrección laparoscópica	5
Planteamiento de un tratamiento del lado contralateral	5
■ Caso del prematuro	5
■ Seguimiento a largo plazo	6

■ Definición

Una hernia se define por la salida de un órgano completo o de una parte, de la cavidad que lo contiene, a través de un orificio natural normalmente obturado. La hernia inguinal de la infan-

cia es una hernia indirecta por persistencia del proceso vaginal (PV) en el trayecto inguinal, que puede extenderse hasta el saco herniario. Representa la patología quirúrgica más frecuente en la población pediátrica.

■ Epidemiología

Las hernias inguinales afectan al 2-5% de los niños^[1,2]. Son más frecuentes en los niños que en las niñas (85% frente al 15%). El lado afectado es el derecho en el 59% de los casos, el izquierdo en el 29%, y es bilateral en el 12%. En el prematuro menor de 36 semanas de amenorrea (SA), la hernia bilateral es más frecuente (35%), derecha en el 39% e izquierda en el 26% de los casos. Las hernias son indirectas en el 99% de los casos, y directas en el 1% (por debilidad muscular adquirida)^[3] (Fig. 1).

Se observa la incarceración en el 12% de los niños o recién nacidos. La media de edad de los niños que presentan una incarceración herniaria es de 1,5 años, mientras que es de 3,3 años para las hernias no incarceradas. Estas incarceraciones suelen ser reducibles (92%) mediante maniobra externa (llamada taxis). En una incarceración, sólo el 0,2% de los pacientes requiere una resección digestiva. La tasa de incarceración en los prematuros es tres veces superior (39%) a la tasa de la población pediátrica global (12%); en los adolescentes, es sólo del 6%.

En 6.126 pacientes sin exploración contralateral, el 5% desarrolla una hernia del lado opuesto, de los cuales el 57% la desarrolla en el año posterior a la intervención quirúrgica. Parece que este hecho es más frecuente cuando la hernia inicial era izquierda (8% frente al 4% cuando es derecha).

■ Embriología

En el feto, en la octava semana de desarrollo, el peritoneo proyecta un divertículo que atraviesa la pared abdominal y se introduce en el trayecto inguinal para entrar en la bolsa escrotal o en el labio mayor (Fig. 2A). Este divertículo se denomina

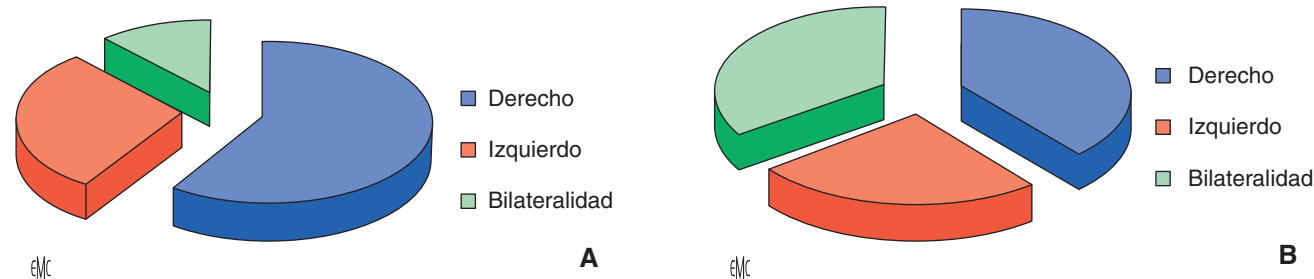


Figura 1. Reparto de la hernia inguinal en función del lado afectado.

A. En la población general.

B. En los prematuros menores de 36 semanas de amenorrea.

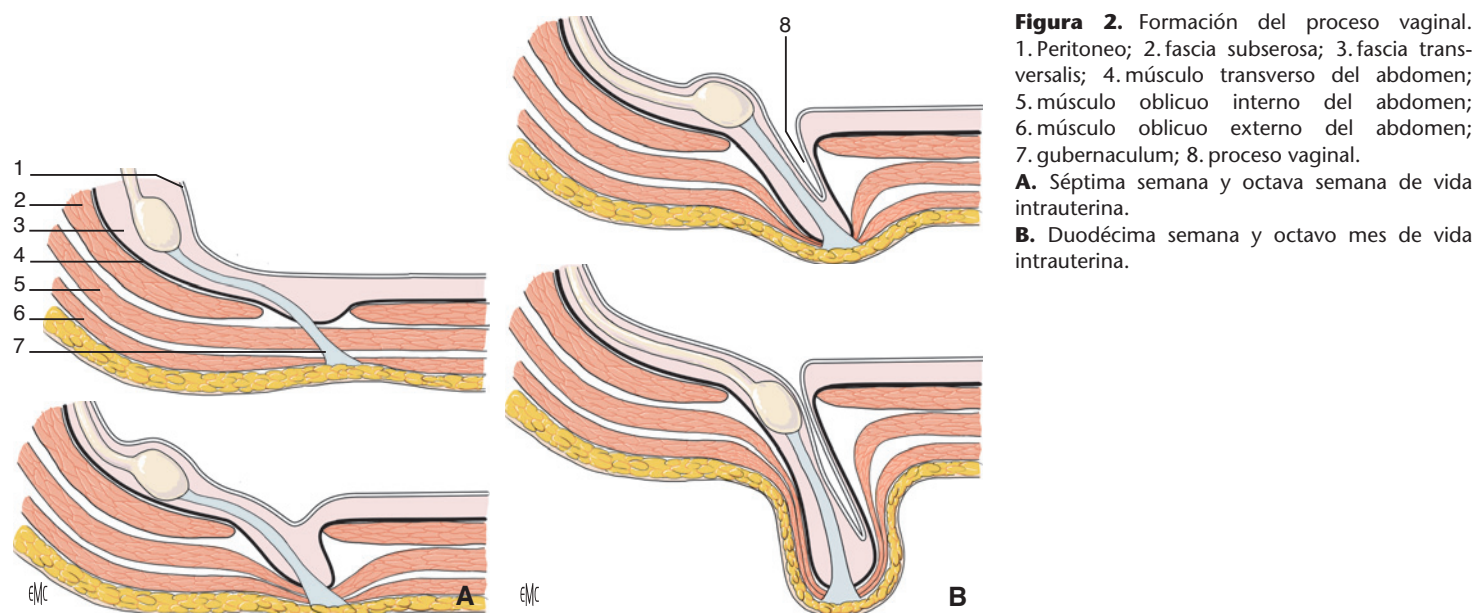


Figura 2. Formación del proceso vaginal.

1. Peritoneo; 2. fascia subserosa; 3. fascia transversalis; 4. músculo transverso del abdomen; 5. músculo oblicuo interno del abdomen; 6. músculo oblicuo externo del abdomen; 7. gubernaculum; 8. proceso vaginal.

A. Séptima semana y octava semana de vida intrauterina.

B. Duodécima semana y octavo mes de vida intrauterina.

PV. La gónada que se desarrolla en el espacio retroperitoneal va a descender progresivamente de su posición inicial para ocupar su posición definitiva. Este descenso se realiza en varias etapas, mediante tracción por el gubernaculum que queda fijo en la prominencia genital por abajo y a la gónada por arriba. Al alargarse, el PV alcanza tres capas de la pared abdominal durante la diferenciación y las rechaza para formar una evaginación en dedo de guante, origen de la formación del trayecto inguinal, con un orificio profundo y un orificio superficial. Al tercer mes de desarrollo, los testículos penetran en el trayecto inguinal por el orificio profundo. Al séptimo mes de vida intrauterina, el testículo atraviesa el trayecto inguinal, para alcanzar su posición definitiva hacia el octavo mes (Fig. 2B). En este estadio, el PV conecta la cavidad peritoneal con la túnica vaginal testicular a través del trayecto inguinal. El PV va cerrándose progresivamente dejando un remanente fibroso en su parte superior, y sólo persiste una zona yuxtatesticular en la cara anterior del testículo, la túnica vaginal. En la niña, el PV (conducto de Nück) conecta de la misma manera el peritoneo con el labio mayor, y se cierra de forma similar.

■ Anatomía

El cordón espermático atraviesa la pared abdominal a nivel del trayecto inguinal.

Este trayecto está formado por cuatro paredes: anterior, posterior, superior e inferior, y presenta dos orificios: profundo lateral y superficial, situado hacia la línea media. Presenta una dirección oblicua de fuera hacia dentro, de atrás hacia adelante y de arriba abajo. Su pared anterior está formada por la aponeurosis del oblicuo mayor, su pared posterior por la aponeurosis del transverso y la fascia transversalis. Su borde superior está formado por el

oblicuo menor, y su borde inferior, por el ligamento inguinal. En el niño pequeño, el orificio superficial del trayecto inguinal está muy cerca de la línea media; se aleja con la edad.

El cordón espermático se encuentra dentro de una túnica fibrosa que rodea al músculo cremáster. En su centro, contiene en su parte superior al PV, cuando todavía es permeable, o a su remanente (ligamento de Cloquet). Por debajo, se sitúan la arteria testicular y las venas testiculares que pasan por delante del conducto deferente junto a sus vasos.

■ Signos clínicos

El modo de aparición más frecuente es la exteriorización herniaria simple, no complicada (Fig. 3). Se trata en este caso de una tumefacción inguinal intermitente que se observa con el aumento de presión abdominal (gritos, llanto, etc.). Esta tumefacción desaparece con frecuencia de forma espontánea cuando el niño se relaja. En el niño pequeño, los padres suelen descubrir la hernia durante el baño o el cambio de pañal. Suelen describirla fácilmente con su carácter intermitente. En la exploración física, con frecuencia la hernia no está visible, y la anamnesis es muy importante. Cuando está exteriorizada, la transiluminación permite observar una opacidad que refleja el contenido no totalmente hídrico de la tumefacción y, por lo tanto, permite diferenciarla del hidrocele o del quiste del cordón espermático.

En consulta, si la hernia es visible en un niño, se observa una tumefacción inguinal o inguinoescrotal blanda, indolora, reducible mediante una suave presión, incluso con sensación de un burbujeo. Al cesar la presión, la hernia puede exteriorizarse de nuevo inmediatamente. En el niño, será importante comprobar la correcta posición del testículo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131779>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131779>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)