

## Hernia inguinal complicada.

Dr. Guillermo Robles\* y Dr. Verne Lizano\*\*

La hernia inguinal es uno de los padecimientos de tratamiento quirúrgico más frecuentes en la niñez y el presente estudio, es una revisión de los casos con ese diagnóstico, atendidos en el Hospital Nacional de Niños desde que inició sus labores.

El total de 1.831 pacientes egresados del Departamento de Cirugía con diagnóstico de hernia inguinal en alguna de sus modalidades clínicas, representa el 6,9 % del total de 26.457 egresos en cinco años de funcionamiento de dicho Departamento.

De esos 1.831 casos hemos tomado para el presente trabajo, los 33 que presentaron alguna complicación relacionada directamente con la hernia misma o con la hernioplastía.

Por tratarse de una anomalía congénita (1, 2, 3, 4), es lógico que el niño la presente desde el nacimiento mismo y de ahí que ocupe un lugar muy importante en la patología quirúrgica del lactante, especialmente en el lactante menor, en quien reviste caracteres de gravedad cuando se complica.

Como por otro lado no cabe la posibilidad de una curación espontánea, es necesario pensar en operar en cuanto el niño esté en condiciones de ser intervenido y no posponer la solución para cuando el paciente tenga más edad, ya que la hernia inguinal es un padecimiento que debe resolverse quirúrgicamente tan pronto como sea hecho el diagnóstico. Esta posición puede evitar muchas complicaciones y es posible que hasta algunas muertes.

Es bien conocido el progreso que se ha logrado en la anestesiología del niño lactante y la sencillez y facilidad con que se practica la hernioplastía en estos pacientes (1, 2, 3, 4), lo que ofrece a los padres absoluta seguridad en cuanto al pronóstico y resultados quirúrgicos.

---

\* Jefe de Clínica, Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

\*\* Residente, Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

## MATERIAL Y METODOS

Se presenta la revisión de 33 casos de hernia inguinal con alguna complicación durante el pre, trans y post operatorio y que representan el 1,8 % del total de egresos con ese diagnóstico.

Se hace un estudio poniendo especial énfasis en la edad y relacionamos ésta con las complicaciones y los resultados.

## RESULTADOS

Edad: Encontramos que a menor edad del niño el padecimiento es más grave, lo cual coincide con lo observado por otros autores (1, 2, 3, 4). En nuestra serie, 28 casos, o sea el 84,8%, son menores de dos años y de éstos 22, es decir el 78,6 %, menores de cinco meses (Cuadro 1).

CUADRO 1

*Distribución por edad*

EDAD	Nº DE CASOS
Total	33
0 a 1 mes	8
1 a 2 meses	8
2 a 3 meses	4
3 a 4 meses	1
4 a 5 meses	1
5 a 12 meses	2
1 a 2 años	4
6 años	1
7 años	2
9 años	1
12 años	1

Los 5 casos restantes corresponden a niños mayores, con edades de 6, 7, 7, 9 y 12 años, uno para cada edad.

Otro dato importante es que en nuestra serie, aproximadamente la mitad de los casos, 16, son niños entre diez días y dos meses de edad.

Sexo: Hubo predominio del sexo masculino como era lógico esperar, de acuerdo con todos los autores (1, 2, 3, 4). Se anotan únicamente 5 casos del sexo femenino.

*Estado nutricional:* Aunque no tenga relación directa con el padecimiento que nos ocupa, vale la pena señalar que 4 presentaron desnutrición de primer grado y el resto estaban en buen estado nutricional.

Cuadro clínico: En la mayoría de los pacientes estudiados se inició brusca y violentamente, oscilando la duración de ese período desde unas pocas horas hasta un día en 23 casos. En los restantes fue más prolongado; en 3 se anota evolución de ocho días antes del ingreso (Cuadro 2).

CUADRO 2

*Inicio de los síntomas antes del ingreso.*

TIEMPO EN DIAS	Nº DE CASOS
Total	33
Menos de 1	9
1	14
2	6
3	1
8	3

La sintomatología en todos los casos es lógicamente la tumoración; el dolor ocupa el segundo lugar y estuvo presente en 24 casos, 72,7 %; le sigue el vómito, presente en 10 pacientes, 30,3 %. El estreñimiento es ocasional y 5 de nuestros enfermos ingresaron con síntomas evidentes de oclusión intestinal; uno, en estado de shock.

En la exploración física siempre es evidente la tumoración, de distinta localización, derecha, izquierda, bilateral y la característica de que no es reducible en forma fácil durante la misma. En los casos de localización bilateral se presentaron signos de estrangulamiento o incarceration derecha en 6, izquierda en 3 y bilateral en 1 (Cuadro 3).

El dolor durante la exploración fue inconstante, se le encontró en 18, es decir en poco más de la mitad de los casos.

CUADRO 3

*Características de la tumoración ballada.*

CARACTERISTICAS	Nº DE CASOS
Doloroso	18
Lado derecho	15
Lado izquierdo	8
Bilateral	10
Irreducible	25

Diagnóstico de ingreso: Con el diagnóstico de *hernia inguinal estrangulada o encarcerada*, ingresaron 32 de los pacientes, de los cuales, 2 tenían también diagnóstico de *oclusión intestinal*. El otro ingresó como problema social, con *hernias inguinal y umbilical* y presentó la complicación durante la estancia en el Hospital.

Técnica quirúrgica y hallazgos operatorios: La técnica no tuvo ninguna particularidad, ya que no se empleó ninguna en especial. Cada cirujano usó la que en su criterio era la adecuada para el caso. En casi todos nuestros pacientes se usó la descrita por POTTS (3), con incisión transversa.

En el post operatorio 4 de nuestros casos requirieron evacuador gástrico; en todos los demás transcurrió sin ningún problema y no hubo necesidad de emplear ningún procedimiento determinado.

Los hallazgos operatorios fueron muy variados: *necrosis, edema, cianosis de los órganos incluidos dentro del saco*; a veces no se halló lesión alguna en el contenido herniario. Todas las niñas presentaron deslizamiento del ovario y trompa correspondientes. En los 2 fallecidos se encontró perforación del colon y gangrena intestinal con peritonitis.

#### CUADRO 4

##### *Hallazgos operatorios.*

HALLAZGOS	Nº DE CASOS
Total	33
Sin lesión aparente	10
Congestión, edema o cianosis de intestino o epiplón	10
Necrosis de ciego, apéndice o epiplón	5
Deslizamiento de ovario y trompa	5
Torsión testicular	1
Amplia gangrena intestinal	1
Necrosis de testículo o intestino (+ Diver-tículo de Meckel)	1

Estancia hospitalaria: 28 casos se intervinieron durante las 24 horas siguientes al ingreso. En los demás se pospuso la intervención por diferentes razones, lo cual no tuvo consecuencias sino en un caso, que se analiza separadamente. El promedio de estancia fue de 1,8 días.

Con respecto a la estancia post operatoria sucedió algo parecido, pues 14 pacientes abandonaron el hospital en el primer día y 10 antes de cuatro días. El

promedio se elevó, debido a que algunas estancias se prolongaron por varios días, por complicaciones del proceso o porque el paciente procedía de zonas lejanas y sus familiares no se presentaron oportunamente a recogerlo. El promedio de estancia post operatorio fue de 4,5 días.

Complicaciones: En 5 pacientes la estancia se prolongó muchos días, hecho que como vimos antes, aumentó significativamente nuestro promedio de estancia post operatoria. En un caso, por enfermedad diarreica muy severa y cuadro oclusivo posiblemente por ileo paralítico (9 días); en otro porque al terminar la operación presentó una neumonía muy grave debida a broncoaspiración, de la cual se recuperó totalmente después de una larga estancia (33 días), determinada por el serio deterioro de su condición general y nutricional. Este fue el paciente en quien se encontró la necrosis del intestino y del testículo.

El tercero, (6 días), presentó edema y reacción inflamatoria de la región inguino-escrotal. Los 2 casos restantes constituyen la mortalidad en nuestra serie. El primer caso corresponde a un niño de 2 meses de edad, de procedencia muy lejana, que ingresa con hernias inguinal y umbilical, moderadamente desnutrido y con anemia hipocrómica; se mejora su estado general y al sexto día presenta súbitamente un cuadro obstructivo, por el que se le opera al día siguiente, encontrando un vólvulo intestinal con necrosis extensa de intestino delgado, del que se reseca más de la mitad de las asas; tras un post operatorio tormentoso (10 días), con peritonitis grave, absceso de pared, eventración y fistulización intestinal posterior, fallece con evidentes signos neurológicos. El segundo caso, de tres meses de edad, ingresó con hernia inguinal estrangulada y se le operó de emergencia el mismo día. Por tratarse de una hernia izquierda, se encontraron en el saco herniario, el apéndice y el ciego, el cual presentaba una pequeña perforación, anomalía que fue corregida mediante una laparotomía derecha, con cierre en dos planos de la pared del ciego. El curso del post operatorio fue muy grave y turbulento. Finalmente presentó absceso en la pared abdominal, eventración y fístula estercorácea. Se reintervino al niño, hallando entonces grave reacción peritoneal y necrosis parcial del ciego, por lo que se procedió a realizar una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica término terminal. A pesar de todos los esfuerzos, falleció en el post operatorio inmediato (8 días).

### COMENTARIOS

Se estudian los casos de hernia inguinal en alguna de sus variantes clínicas, que presentaron manifestaciones de complicación importante.

La edad es el factor de más valor en el pronóstico de estos enfermos. Fallecieron dos pacientes, de dos y tres meses de edad.

El cuadro clínico es de instalación violenta en la mayoría de los casos; en muy pocos fue lenta, insidiosa.

La tumoración y el dolor, obviamente son los síntomas más importantes, así como los vómitos y el estreñimiento, que tampoco fueron raros. Durante la exploración, el sitio más frecuente de localización fue el lado derecho y no obstante las características de nuestros pacientes, el dolor no estuvo presente siempre. Como dato importante cabe mencionar el hecho, de que la hernia fue irreductible casi siempre.

El diagnóstico se hizo al ingreso del paciente al Hospital y en la mayoría de los casos se operó de emergencia, encontrando distintos y muy variados tipos de lesiones en el contenido herniario: edema, inflamación, necrosis o gangrena. Todas las niñas presentaron *deslizamiento e incarceration del ovario y trompa correspondientes*.

En general la evolución del post operatorio fue muy buena. El aumento en el promedio de estancia, lo determinaron los casos en que hubo complicación post operatoria o que procedían de muy lejos.

Dos niños de nuestra serie fallecieron; uno presentó vólvulo intestinal con extensa necrosis y el otro perforación del ciego con peritonitis. Al primero se le practicó amplia resección intestinal y al segundo, una hemicolectomía derecha.

### RESUMEN

Se presentan 33 casos de niños con hernias inguinales complicadas de los cuales dos, de dos y tres meses de edad respectivamente, fallecieron por complicaciones muy graves en el post operatorio.

Se analizan el cuadro clínico de nuestros pacientes, los hallazgos operatorios y los resultados obtenidos.

Se demuestra la gravedad del padecimiento en los niños menores y la gran incidencia en esas edades, circunstancias que convierten una enfermedad de muy buen pronóstico, como lo es la hernia inguinal, en otra de grave pronóstico y que pone en peligro inminente la vida del niño.

Para concluir insistimos en la necesidad de que la hernia inguinal en el niño, se opere cuanto antes sea posible, una vez que se haya hecho el diagnóstico y tanto más pronto cuanto menor sea el niño.

### BIBLIOGRAFIA

1. GELIS, S. T. y B. KAGAN.  
Pediatria 1966; Terapéutica XXXV + 1.148 p. p. Trad. de la 2ª edición de Current Pediatric Therapy Salvat. Ed. Barcelona, 1966.
2. KOOP, E.  
Clinical advances in pediatric surgery. The Pediatric Clin. of North Amer. 11: 42, 1964.
3. POTTS, W.  
Hernia Inguinal. La Cirugía en el Niño: 255. Librería y Editorial Bernades, S. R. L., Bos. Aires, 1960.
4. VIGIL, D., E. NASRALLAH y H. ORTIZ.  
Torsión del testículo en niños. Pediat. Quirúrg. Panameric. 2: 152, 1968.