

## Hernia inguinal en el niño.

### Revisión de 200 casos

Por los Dres.:

CARLOS CELAYA VENEREO,\*\* ANGEL MORANDEIRA MARTIN,\*\*\*  
ARISTIDES MARTINEZ CANALEJO\*\*\*\* y CARLOS DELGADO HERRERA\*\*\*\*\*

Celaya Venereo, C. y otros. *Hernia inguinal en el niño. Revisión de 200 casos.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Se estudiaron 200 casos operados de hernia inguinal. Se encontró la mayor frecuencia en menores de 1 año de edad. Hubo predominio en los del sexo masculino. Prevalció la localización unilateral y entre ésta, la del lado derecho. Se plantea que la operación electiva predominó. Se señala que ocurrieron 9 complicaciones: 5 hernias reproducidas y 4 infecciones de la herida. Se concluye que en 12 pacientes hubo aparición de hernia contralateral, y que predominó la aparición en el lado derecho.

#### INTRODUCCION

La hernia inguinal constituye una de las afecciones quirúrgicas más frecuentes en los niños. Este trabajo se basa sólo en 200 casos, ello es debido a que el servicio de cirugía se inauguró en el 2do. semestre de 1973, y hemos querido dar dos años de evolución posoperatoria; este sería pues, el trabajo preliminar de una ampliación en el futuro.

#### Historia

Galeno, en el año 176 dñe, estableció que el conducto de descenso del tes-

tículo es una simple dependencia del peritoneo. *Paré*, aproximadamente en el año 1540, planteó que en los niños la cura operatoria podía efectuarse "por primera intención" sin infección, pero que después de la infancia ello no era posible.

En 500 autopsias practicadas en lactantes durante los siglos XVIII y XIX, se observó un 56% de hernias en potencia.

*Banks* describió su técnica en el año 1884.

En 1889, *Hamilton Russell* defendió la teoría sacular de la hernia contra la violenta oposición de los anatomistas de su tiempo, y abogó por la operación sencilla.

En 1950, *Potts, Riker y Levis* apoyaron enérgicamente el principio de la ligadura simple y la extirpación del saco para la reparación de las hernias infantiles.

\* Trabajo presentado en la II Jornada Provincial de Pediatría, Noviembre de 1976.

\*\* Especialista en cirugía pediátrica. Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana.

\*\*\* Especialista. Jefe de cirugía pediátrica. Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana.

\*\*\*\* Residente de 2do. año de cirugía pediátrica. Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana.

## Embriología

En el tercer mes de vida fetal, el peritoneo reviste la pared abdominal y es empujado hacia afuera, en el anillo profundo, para formar el proceso vaginal; éste se encuentra en comunicación con la cavidad abdominal durante el desarrollo intrauterino del niño. Al momento de nacer permanece abierto en algunos niños, y su cierre se efectúa, por lo general, en los primeros meses después del nacimiento, aunque puede retardarse hasta el año de edad. Durante todo este proceso está ocurriendo el descenso de los testículos situados en posición alta en la cavidad abdominal, para atravesar aproximadamente al 7mo. mes el conducto inguinal y con posterioridad descender al escroto. Es de señalar que el testículo izquierdo efectúa esta operación primero que el derecho.

## MATERIAL Y METODO

Nuestro estudio se basó en la obtención de los datos de 200 pacientes operados de hernia inguinal en el período

comprendido entre el 2do. semestre de 1973 y el año 1974. Este lapso se escogió, con el propósito de que dichos pacientes tuvieran 2 años, aproximadamente, de haber sido operados. Para este trabajo se confeccionó un modelo con los datos que debían obtenerse y se citó a los pacientes por vía telefónica y telegráfica para que asistieran a un consultorio habilitado al efecto.

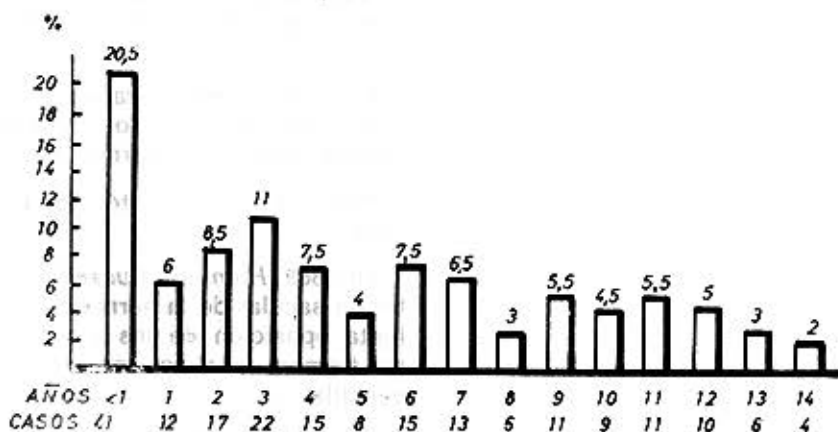
## RESULTADOS

Al analizar la edad en que fueron diagnosticados (gráfico 1), vemos que predominó el grupo de menos de 1 año con 41 casos (20,5%); seguidos por los pacientes comprendidos en la edad de 3 años con 22 casos (11%). En el grupo de 14 años sólo hubo 4 casos (2%). El paciente más pequeño tenía 24 días y el mayor 14 años.

Predominaron los pacientes de la raza blanca (gráfico 2) con 156 casos (78%); de la negra hubo 35 casos (17,5%); y 9 pacientes eran de la mestiza (4,5%).

Gráfico 1

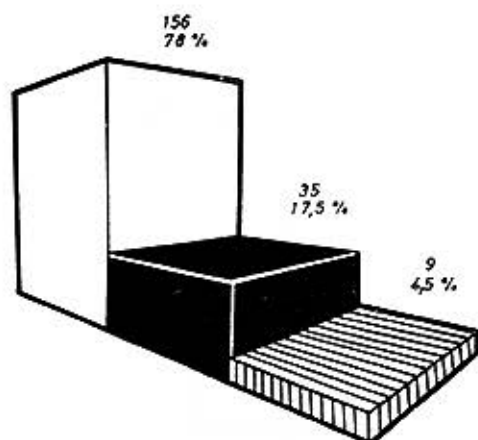
HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO  
EDAD  
HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA  
2º SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Docente Pediátrico de Centro Habana (HPCH)

Gráfico 2

HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO  
RAZA  
2º SEMESTRE 1974 Y AÑO 1974



Fuente: Departamento de Estadística (HPCH)

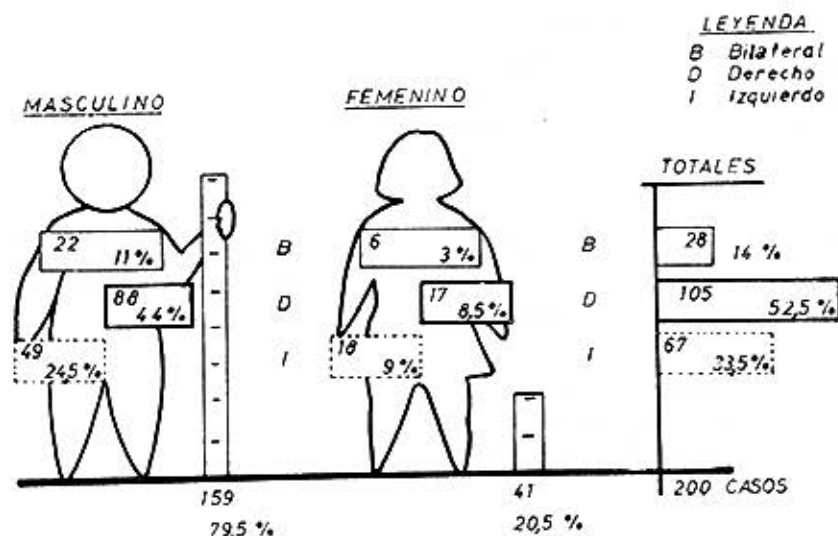
Los del sexo masculino predominaron sobre los del femenino (gráfico 3) con 159 (79,5%) y 41 pacientes (20,5%), respectivamente.

La localización de la hernia y su predominio según el sexo se ve representado en el gráfico 3, en el que se observa la prevalencia de las hernias unilaterales sobre las bilaterales, con 172 casos (86%) contra 28 (14%). Entre las unilaterales predominó la derecha con 105 casos (52,5%), seguida de la izquierda con 67 casos (33,5%), y prevaleció en pacientes del sexo masculino sobre los del femenino en ambos lados con 137 casos (68,5%) contra 35 (17,5%), respectivamente.

En el grupo de las hernias bilaterales hubo 22 pacientes (11%) del sexo masculino y 6 (3%) del femenino.

Gráfico 3

HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO  
SEXO Y LOCALIZACION  
HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA  
2º SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



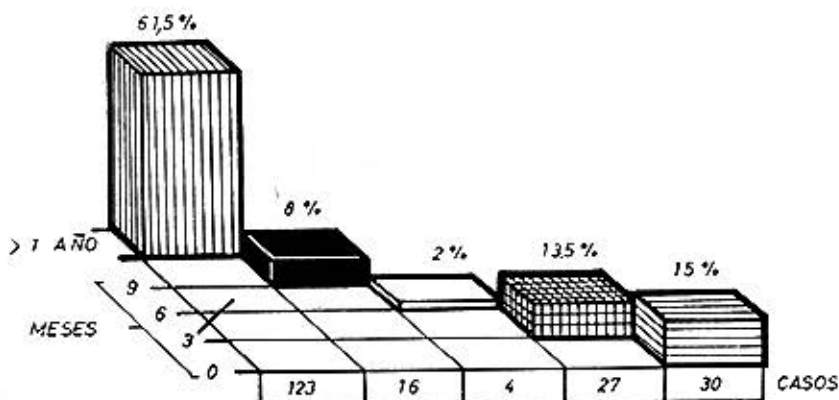
Fuente: Departamento de Estadística (HPCH)

#### Gráfico 4

##### HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA APARICIÓN DE LOS SINTOMAS Y LA OPERACION

HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA  
2° SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



Fuente: Departamento de Estadística (HPCH)

Se analizó el tiempo que había transcurrido entre la aparición de los síntomas y la operación (gráfico 4), y el resultado fue como sigue: un predominio del grupo en que transcurrió más de 1 año, con 123 casos (61,5%); de menos de tres meses hubo 30 casos (15%); de 3 a 6 meses, 27 (13,5%); de 6 a 9 meses, 4 (2%); y de 9 meses a 1 año, 16 casos (8%).

Entre las anomalías asociadas (gráfico 5) predominó la hernia umbilical con 25 casos, la fimosis con 16, la hernia epigástrica con 9 y la criptorquidia con 2 casos.

El tipo de operación (gráfico 6) que se realizó con mayor frecuencia fue la electiva, con 191 casos (95,5%); mientras que la urgente estuvo representada con 9 casos (4,5%).

Durante la evolución posoperatoria (gráfico 7) no hubo complicaciones en

191 pacientes (95,5%); 9 presentaron complicaciones (4,5%), y de éstos, 4 (2%) fueron debidas a infección de la herida, mientras que 5 pacientes (2,5%) presentaron hernias reproducidas en un período posoperatorio de 15 días a 6 meses, los cuales posteriormente fueron operados con evolución favorable. De los 172 pacientes operados unilateralmente, 12 (6,9%) presentaron posteriormente hernia contralateral; 9 de ellos en el lado derecho (5,2%) y 3 en el izquierdo (1,7%). En nuestra serie no hubo fallecidos.

#### COMENTARIOS

Los 200 pacientes operados presentaron hernia indirecta; ésta es debida a la no obliteración del conducto peritoneo-vaginal, y su mayor frecuencia en el lactante es favorecida por factores, tales como son: llanto, tos, constipación,

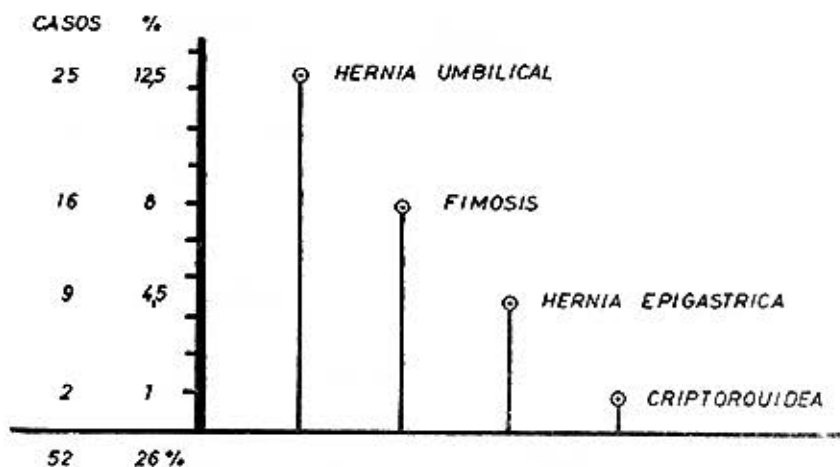
Gráfico 5

HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO

ANOMALIAS ASOCIADAS

HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA

2º SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



Fuente: Departamento de Estadística (HPCH)

fimosis, los cuales tienden a aumentar la presión intrabdominal y a que se desplacen órganos intrabdominales a través de la persistencia del conducto peritoneo-vaginal.

Sexo y localización

Como señalamos anteriormente, hubo mayor preponderancia de pacientes del sexo masculino sobre los del femenino; ello se explica por el descenso de los testículos a las bolsas escrotales: el izquierdo lo hace primero que el derecho, lo que hace comprensible la mayor frecuencia sobre el lado derecho en el sexo masculino. Esto concuerda con lo informado por otros autores.<sup>1,2</sup>

Tuvimos 12 casos (6,9%) con aparición de hernia contralateral. Existen en la literatura médica criterios sobre si se debe explorar bilateralmente a todos los pacientes, o no se debe.

Simpson,<sup>6</sup> en su trabajo sobre 300 hernias unilaterales, realizó la exploración de rigor a 218, y halló un 59% de posi-

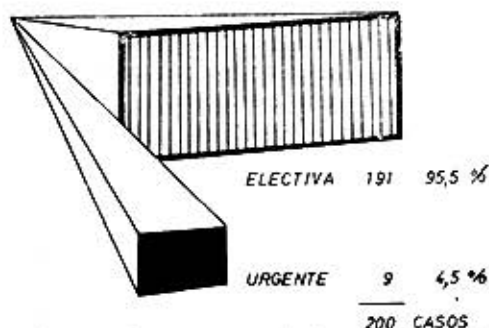
Gráfico 6

HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO

TIPO DE OPERACION

HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA

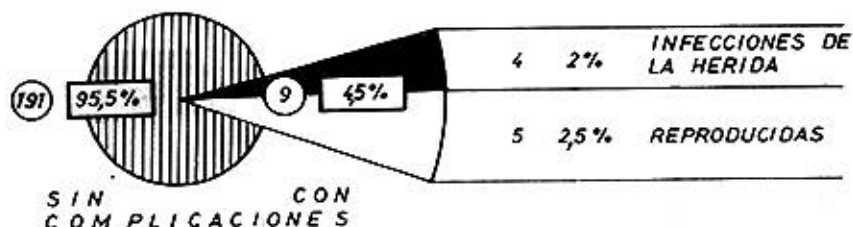
2º SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



Fuente: Departamento de Estadística HPCH.

Gráfico 7

HERNIA INGUINAL EN EL NIÑO  
EVOLUCION POSOPERATORIA  
HOSPITAL DOCENTE PEDIATRICO DE CENTRO HABANA  
2º SEMESTRE 1973 Y AÑO 1974



APARICION DE HERNIA EN EL LADO CONTRALATERAL



Fuente: Departamento de Estadística (HPCH)

tividad, lo cual, según él, justifica la exploración bilateral.

Lynn,<sup>7</sup> exploró bilateralmente a 198 pacientes, y en sólo 18 (9%) no se demostró hernia contralateral; este autor también es defensor de la exploración bilateral, criterio que también sustenta Rowe.<sup>8</sup>

Del Cueto y colaboradores<sup>1</sup> estudiaron 409 casos, y constataron aparición de la hernia en el lado contralateral en 6 pacientes. Estos autores no están de acuerdo con la exploración bilateral, lo que concuerda con lo planteado por Loutf,<sup>9</sup> Benson,<sup>10</sup> Gross<sup>10</sup> y Nelson.<sup>11</sup>

Nosotros no somos partidarios de la exploración bilateral establecida en casos de hernias unilaterales. Vemos que existen estadísticas aparentemente impresionantes con un porcentaje altísimo

de positividad, pero se debe tener muy bien clara la diferencia existente entre una hernia contralateral detectable clínicamente y un proceso vaginal hallado en el acto quirúrgico, pues las estadísticas pueden variar según se tenga presente este dato, o no se tenga.

Coincidimos con lo informado por Swenson<sup>12</sup> en el sentido de que es más frecuente la aparición de la hernia contralateral derecha en los que habían sido sometidos a una herniorrafia izquierda; sin embargo, Moscarella<sup>13</sup> informa una mayor frecuencia de aparición en el lado izquierdo.

El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la operación fue mayor de 1 año en 123 pacientes. Esto puede entenderse por el hecho de que hubo demora por parte de los familiares

en acudir al consultorio médico desde el comienzo de sus síntomas.

De las operaciones urgentes realizadas (9 casos), 8 fueron realizadas a pacientes comprendidos en edad de lactante, y de éstos, 7 fueron del sexo masculino y uno del femenino. Esta última tenía como contenido del saco herniario, trompa y ovario que se revisaron y se introdujeron de nuevo en la cavidad abdominal. El otro paciente tenía 1 año y 4 meses.

Concordamos con Potts<sup>14</sup> y otros autores, cuyos trabajos fueron revisados, quienes plantean una mayor preponderancia de incarceration herniaria en los menores de 1 año. Nuestro criterio es que siempre que podamos reducir una hernia incarcerationada —lo que depende de su evolución y el cuadro clínico— lo debemos hacer, aunque con ingreso del paciente y operación "dentro de una o dos semanas"; esto lo planteamos sobre la base de que estos pacientes en su inmensa mayoría tienen catarro, y el edema existente en la zona herniaria puede hacer fallar la operación. De los 5 pacientes con hernias reproducidas, 3 habían sido sometidos a operaciones urgentes, y los 2 restantes a operaciones electivas.

El diagnóstico diferencial de la hernia debe realizarse principalmente con el quiste del cordón espermático, el hidrocele congénito y la criptorquidia con testículos en la región inguinal. Al realizar el diagnóstico debemos recordar que es incorrecto tratar de invertir el escroto para introducir el índice a través del orificio inguinal superficial, pues este orificio es de diámetro pequeño y esta maniobra resulta dolorosa. En su lugar se debe palpar la región inguinal con el pulpejo del dedo índice, siguiendo un curso paralelo y por encima del ligamento inguinal en dirección a la espina del pubis e impartándole un movimiento lateral, se puede rotar, al palpar, un cordón engrosado, y quizás se advierta sensación de que algo se desliza; ello se debe a que los tejidos del cordón se desplazan sobre las paredes del saco herniario.

La técnica operatoria realizada en los 200 casos se basó en la no apertura del anillo superficial, y en la disección y ligadura alta del saco herniario sin elevar las estructuras del cordón, ni realizar ninguna reparación sobre la pared posterior del conducto inguinal. Nuestro trabajo demuestra los grandes beneficios de la técnica empleada a corto y largo plazos con un mínimo de complicaciones.

#### CONCLUSIONES

1. Con respecto a la edad predominaron los menores de un año (20,5%).
2. Los pacientes del sexo masculino (79,5%) predominaron sobre los del femenino (20,5%).
3. En la localización de la hernia predominó la unilateral (86%), derecha (52,5%), sobre las bilaterales (14%), y la más frecuente fue la unilateral derecha en pacientes del sexo masculino (44%).
4. La operación urgente por incarceration herniaria representó el 4,5%.
5. Tuvimos un 95,5% de evolución posoperatoria sin complicación y un 4,5% con complicación.
6. La complicación más frecuente fue la de hernias reproducidas (2,5%) e infección de la herida (2%).
7. Tuvimos un 6,9% de aparición de hernia contralateral, con una mayor frecuencia en el lado derecho (5,2%) que en el izquierdo (1,7%).
8. No somos partidarios de operaciones quirúrgicas bilaterales, por estar establecido en casos de hernias diagnosticadas unilateralmente.
9. Defendemos la operación electiva sobre la urgente, siempre que no exista contraindicación para la reducción manual de la hernia.

## SUMMARY

Celaya Venereo, C. et al. *Inguinal hernia in children. Review of 200 cases.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Two hundred patients operated for inguinal hernia were studied. The highest frequency was found in children under one year. There was a prevalence in male patients. Unilateral localization was predominant, particularly in the right side. Selective surgery prevailed. Nine complications were observed: 5 hernias, and 4 wound infections. We concluded that 12 patients developed ulteriorly contralateral hernia, mainly in the right side.

## RESUME

Celaya Venereo, C. et al. *Hernie inguinale chez l'enfant. Révision de 200 cas.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Ce travail porte sur l'étude de 200 cas opérés d'hernie inguinale. La plus grande fréquence a été trouvée chez des enfants âgés de moins d'un an. Il y a eu une prédominance chez ceux du sexe masculin. La localisation prédominante a été l'unilatérale et de celle-ci, celle du côté droit. On signale qu'il y a eu une prédominance de l'opération élektive. Il y a eu 9 complications: 5 hernies reproduites et 4 infections de la blessure. Pour conclure les auteurs signalent que chez 12 patients il est apparue une hernie controlatérale, et que l'apparition la plus fréquente a été celle du côté droit.

## RESUMÉ

Селая Венерео, С. и др. *Паховая грыжа у детей. Обзор 200 случаев.* Rev Cub Ped 49: 4, 1977.

Изучается 200 случаев, оперированных по поводу паховой грыжи. Обнаружена наибольшая частота у детей в возрасте до 1 года. Преобладала у детей мужского пола, преимущественно с одной стороны и среди этих больных — правосторонняя. Указывается, что преобладают плановая операция, 4 — инфекции раны. В заключение указывается, что у 12 пациентов наблюдалось подвешенные грыжи с другой стороны и что это явление преобладает с правой стороны.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cueto, H. del y otros. Hernia inguinal en el niño. Rev Cub Ped 37: 596, septiembre-diciembre, 1965.
2. Díaz Arrastía, R. y otros. Hernia inguinal en el niño. Rev Cub Ped 36: 440, agosto 31, 1964.
3. Loutfi, A. H. Inguinal hernia in infancy and childhood (a review of 1 053 cases). J Egypt Med Ass: 50: 655, 1967.
4. Mestel, A. L.; Turner, H. A. Recurrent inguinal hernia in infants and children. Int Surg 45: 575, May 1966.
5. Normas de Pediatría. Pág. 927. Grupo Nacional de Pediatría. Ministerio de Salud Pública. Ed. Científico-Técnica. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1975.
6. Simpson, I. E. et al. Further experience with bilateral operations for inguinal hernia in infants and children. Ann Surg 169: 3, Mar. 1969.
7. Lynn, H. B.; Johnson, W. W. Inguinal herniorrhaphy in children. Arch Surg 83: 573, Oct. 1961.
8. Rowe, M. I.; William, H. Clatworthy. Incarcerated and strangulated hernias in children: a statistical study of high-risk factors. Arch Surg 101: 136, Aug. 1970.



9. *Benson, C. D. y otros.* Cirugía Infantil. Tomo 1. Pág. 634. Ed. Revolucionaria. Instituto Cubano del Libro. La Habana. 1967.
10. *Gross, R. E.* Cirugía Infantil. Pág. 472. Salvat Ed. S.A. Barcelona. 1956.
11. *Nelson, W. E. y otros.* Tratado de Pediatría. 6ta. Ed. Tomo II. Pág. 839. Salvat Ed. S.A. Barcelona. 1971.
12. *Swenson, O.* Cirugía Pediátrica. Pág. 217. Ed. Interamericana S.A. México D.F. 1960.
13. *Moscarella, A. A. et al.* Inguinal hernia in infants and children. *Am J Surg* 103: 453. Apr. 1962.
14. *Potts, W. J. et al.* The treatment of inguinal hernia in infants and children. *Ann Surg* 132: 506, 1950.

Recibido: diciembre 20, 1976.

Aprobado: marzo 25, 1977.