

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Herniorrafia inguinal en el niño. Análisis de 522 pacientes operados

Por los Dres.:

ALFREDO PORTERO UROQUIZO*, NARCISO HERNANDEZ RODRIGUEZ**,
AURELIO ALVAREZ QUIÑONES***, JULIO OLIVERA SALGADO****,
MANUEL CORDOVI GUTIERREZ***** y DIMAS PERON RODRIGUEZ*****

Portero Urquiza, A. y otros. *Herniorrafia inguinal en el niño. Análisis de 522 pacientes operados*. Rev Cub Ped 56: 5, 1984.

Se hace una revisión de 522 pacientes a los que se les realizó herniorrafia inguinal, en nuestro servicio, por hernia inguinal o hidroceles comunicantes, durante el periodo comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 1982. El 88,70% de los pacientes fueron del sexo masculino y el 62,07% de las afecciones fueron del lado derecho. La técnica quirúrgica utilizada fue la ligadura alta del saco herniario sin abrir el anillo inguinal superficial. Se hace un análisis de los resultados y se profundiza en las hernias atascadas y se compara con la literatura tanto nacional como extranjera. La mortalidad sólo representó el 0,38% de la casuística.

INTRODUCCION

La hernia inguinal es una enfermedad tan vieja como la propia humanidad,¹ y se llega a plantear que es uno de los tributos que paga el hombre por su posición bípeda y erecta.

- * Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Instructor de pediatría de la Facultad No. 1 del ISCM-H. Vicedirector quirúrgico del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".
- ** Especialista de I grado en cirugía pediátrica del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".
- *** Especialista de I grado en urología. Vicedirector técnico del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".
- **** Especialista de I grado en cirugía pediátrica del hospital docente "Pedro Borrás Astorga".
- ***** Residente de 3er. año de cirugía general del hospital general docente "Comandante Manuel Fajardo".
- ***** Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Jefe del servicio de cirugía pediátrica del hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".

Ya en el año 1552 a.n.e., los egipcios describieron el tratamiento de la hernia por presión externa; en el año 176 d.n.e., *Galeno* hace una descripción del *processus vaginalis*, pero no es hasta el siglo V d.n.e. en que *Susruta* describe por primera vez el tratamiento quirúrgico de la entidad.² Sin embargo, el nombre de hernia, que significa "brote", le fue dado por los griegos hace 24 siglos.³ En 1540, *Paré* planteó que la cura operatoria de la hernia inguinal en los niños podía efectuarse "por primera intención" y sin infección. En 1889 *Hamilton Russell* abogó por una operación sencilla en la edad pediátrica.⁴ Este principio terapéutico es válido en la actualidad.⁵⁻⁷

Se conoce que la hernia inguinal no es más que la protrusión de una víscera abdominal a través de la pared anterior del abdomen siguiendo la dirección del conducto inguinal,⁵ debido a un fallo en el cierre del proceso vaginal en el niño.^{3-6,8-13}

Debido a que esta entidad es la afección más frecuente en la infancia que requiere tratamiento quirúrgico,^{4,9} decidimos realizar una revisión de los resultados alcanzados en nuestro servicio.

MATERIAL Y METODO

Para realizar este estudio se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a los que se les realizaron herniorrafias inguinales (tanto por hernias inguinales como por hidroceles comunicantes) en el hospital infantil "Pedro Borrás Astorga", en el período comprendido entre el mes de enero de 1980 y el mes de diciembre de 1982, ambos inclusive, se obtuvo un promedio de 174 pacientes por año.

Se hizo un análisis de los datos obtenidos de las 522 historias clínicas y se encontraron los resultados que a continuación exponemos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se realizaron 362 herniorrafias inguinales en 344 niños por hernia inguinal (18 hernias fueron bilaterales) y 183 en 178 pacientes con hidroceles comunicantes (5 bilaterales): es decir que 23 pacientes (4,41%) presentaban afecciones bilaterales, cifra que aunque superior a la presentada por *Hernández Amador*⁵ es similar a la obtenida por *Donovant*¹⁰ y muy inferior a la informada por otros autores.^{3,4,6,9,11,13,16}

El sexo masculino (88,70%) predominó francamente sobre el sexo femenino (11,30%), hecho que concuerda con la mayoría de los autores revisados^{2-6,8-11,15-17} (cuadro I). Debemos señalar que de las 59 niñas de nuestra serie el 8,70% presentaban hernias bilaterales, lo que concuerda con lo planteado por *Trenberg*.⁹

En relación con el color de la piel, el 70,50% de los pacientes eran de piel blanca, el 13,98% de piel negra y el 15,52% eran mestizos, cifras que coinciden con otros autores cubanos.^{3,5}

CUADRO I

SEXO

Sexo	Casos	%
Masculino	463	88,70
Femenino	59	11,30
Total	522	100

CUADRO II

EDAD

Edad	Casos	%
-1 año	80	15,33
1 a 4 años	184	35,25
5 a 9 años	147	28,16
+10 años	111	21,26
Total	522	100

En nuestra casuística más del 60% de los pacientes fueron operados en la edad comprendida entre 1 y 10 años de edad (cuadro II), lo que concuerda con muchos autores,^{3-6,9,10,17} aunque debemos señalar que *Mc Laughlin*¹¹ presenta su mayor incidencia en niños menores de 3 años de edad.

El 62,07% de los pacientes presentaron la afección en el lado derecho (cuadro III), lo que concuerda con los hallazgos de otros autores.^{2-6,8-10,14-16}

El 5,52% de los pacientes ingresaron en nuestro servicio por presentar hernias inguinales con historia previa de atascamiento herniario en algún momento de su vida, con solución espontánea.

En nuestra casuística ingresaron 83 pacientes de urgencia por presentar atascamiento herniario (cuadro IV), lo que representa el 22,93%. De éstos, 58 correspondían a pacientes menores de un año (69,89%), de los cuales, 41 niños eran menores de 6 meses de edad lo que coincide de forma general con lo planteado en la literatura revisada^{2,4,6,8,10,12,16-18} (cuadro V).

CUADRO III
LADO AFECTO

Lado	Casos	%
Derecho	324	62,07
Izquierdo	175	33,52
Bilateral	23	4,41
Total	522	100

CUADRO IV
ATASCAMIENTO HERNIARIO AL INGRESO

	Casos	%
Atascadas	83	22,93
No atascadas	279	77,07
Total	362	100

CUADRO V
EDAD DE LAS HERNIAS ATASCADAS

Edad en años	Casos	%
— 1 año	52	63,41
1 a 4 años	23	28,05
+ 9 años	7	8,54
Total	82	100

Coincidiendo con lo planteado por muchos autores,^{2-7,11,14,17,19} en los casos de hernias no complicadas se realizó ligadura alta del saco herniario, sin abrir el anillo inguinal superficial, teniendo especial cuidado de no dañar el deferente ni el pedículo vascular del testículo y evitando la compresión de estas estructuras.

Al igual que algunos autores revisados se intentó el tratamiento médico de los pacientes que ingresaron con atascamiento herniario, mediante sedación y posición de Trendelenburg,^{6,8,11,12,14,18} lo que dio como resultado que sólo 46 pacientes (12,78%) fueron operados de urgencia (cuadro VI), de los cuales 37 necesitaron quelotomía (cuadro VII). El contenido del saco de los pacientes operados de urgencia se puede observar en el cuadro VIII.

En los 522 pacientes que fueron objeto de este estudio se presentaron 143 enfermedades asociadas, la más frecuente fue el asma bronquial (cuadro IX).

CUADRO VI
OPERACIONES URGENTES VERSUS ELECTIVAS

Operaciones	Número	%
Urgentes	46	12,78
Electivas	314	87,22
Total	360	100

Nota: dos pacientes no se operaron.

CUADRO VII
TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS ATASCADAS

Tratamiento	Casos	%
Médico	37	45,12
Quirúrgico	46	54,88
Total	83	100

Nota: 37 necesitaron quelotomía.

CUADRO VIII
CONTENIDO DEL SACO EN HERNIAS ATASCADAS

Contenido	Casos	%
Ileon	24	52,17
Ciego	4	8,70
Sigmoides	3	6,52
Ovario	2	4,35
Ileon y ciego	1	2,17
Trompa y ovario derechos	1	2,17
Ciego y apéndice	1	2,17
Ciego y epiplón	1	2,17
Reducidas con la anestesia	9	19,58
Total	46	100

Se complicaron 16 pacientes operados lo que representa el 3,07% de la serie (cuadro X), cifra inferior a la informada por Véliz³ y por Hernández Amador.⁵

El 74,71% de nuestros pacientes tuvo una estadía de 1 a 3 días, lo que coincide con lo planteado por Lynn.¹⁴

En nuestra serie fallecieron dos pacientes (0,38%), uno era un niño prematuro de un mes de edad con una hernia atascada que en el posoperatorio hizo una enteritis necrotizante que no respondió al tratamiento y el otro se trataba de un paciente de 3 años de edad, con una desnutrición de II grado y poliparasitado que se operó por una hernia inguinal estrangulada y en el acto quirúrgico se constató una perforación del íleon con peritonitis y gran cantidad de áscaris libres en cavidad abdominal.

CUADRO IX
AFECCIONES ASOCIADAS

Afección	Casos	%
Asma	72	50,35
Fimosis	20	13,99
Hernia umbilical	11	7,67
Hernia contralateral	8	5,59
Criptorquidia contralateral	7	4,90
Varicoceles	4	2,80
Desnutrición II grado	3	2,10
Labio leporino	2	1,40
CIV	2	1,40
Polidactilia	1	0,70
Catarata congénita	1	0,70
Doble emergencia del VD	1	0,70
Hipospadia	1	0,70
Anemia	1	0,70
Epilepsia	1	0,70
Tumor del teste contralateral	1	0,70
Poliparasitismo	1	0,70
Dengue	1	0,70
Encefalopatía crónica	1	0,70
Estrabismo	1	0,70
Fibroelastosis	1	0,70
Intersexo	1	0,70
Riñón multiquístico	1	0,70
Total	143	100

CUADRO X
COMPLICACIONES

Complicación	Casos	%
Enteritis necrotizante	3	18,75
Retracción testicular	2	12,50
Edema escrotal	2	12,50
EDA	1	6,25
Peritonitis	1	6,25
Atelectasia	1	6,25
Alergia al merthiolate	1	6,25
Intolerancia a la sutura	1	6,25
Síndrome febril	1	6,25
Apertura de la vejiga	1	6,25
Flebitis	1	6,25
Sepsis de la herida	1	6,25
Total	16	100

Nota: sólo se complicó el 3,07% de la serie.

CONCLUSIONES

La hernia inguinal fue la afección quirúrgica electiva más frecuente en nuestro servicio en los tres años estudiados.

El bajo porcentaje de hernias contralaterales en pacientes ya operados, así como la pobre incidencia de bilateralidad de nuestra casuística nos orienta a mantener una política terapéutica de no exploración sistemática de ambas regiones inguinales en todos los pacientes afectos de una hernia inguinal como la que preconizan algunos autores extranjeros.

El 69,89% de los 83 pacientes ingresados de urgencia por atascamiento herniario eran niños menores de un año de edad, lo que confirma el planteamiento de que la hernia inguinal en la infancia es una afección que en un medio adecuado debe ser operada a la edad en que es diagnosticada.

Por otro lado nuestros resultados hablan a favor del tratamiento médico conservador inicial frente a un episodio de atascamiento herniario de menos de 8 horas de evolución.

La herniorrafia inguinal según la técnica descrita por Potts sigue siendo la operación idónea para el tratamiento de la entidad en la edad pediátrica, lo que evita posibles lesiones futuras del testículo.

El sexo masculino presentó un franco predominio en la incidencia de la entidad. A su vez el lado derecho fue el más afecto.

La mortalidad en nuestra serie fue mínima (0,38%), pues sólo fallecieron 2 pacientes con hernias complicadas.

SUMMARY

Portero Urquiza, A. et al. *Inguinal herniorrhaphy in the child. Analysis of 522 operated patients.* Rev Cub Ped 56: 5, 1984.

A review is made of 52 patients to whom inguinal herniorrhaphy was performed at our service by inguinal hernia or communicating hydrocele, from January 1980 to December 1982. Of the patients, 88,70% were males and 62,07% of affections was right side located. Surgical technique used was high hernia sac ligation without opening inguino-superficial ring. An analysis of results is made and it is deepened on incarcerated hernias, comparing in with national and world literature. Mortality only reached 0,38% of the cases.

RÉSUMÉ

Portero Urquiza, A. et al. *Herniorraphie inguinale chez l'enfant. A propos de 522 patients opérés.* Rev Cub Ped 56: 5, 1984.

Une revue est faite de 522 cas de patients qui avaient été soumis à herniorraphie inguinale, dans notre service, pour hernie inguinale ou hydrocèles communicantes, pendant la période comprise entre janvier 1980 et décembre 1982. 88,70% des patients étaient du sexe masculin et 62,07% des affections siégeaient du côté droit. La technique chirurgicale utilisée a été la ligature haute du sac herniaire, sans ouvrir l'anneau inguinal superficiel. Les résultats sont analysés, en mettant l'accent sur les hernies engorgées; on fait la comparaison avec la littérature nationale et étrangère. La mortalité n'a représenté que 0,38% de la casuistique.

BIBLIOGRAFIA

1. Anson, B. J.: Hernia. Surg Clin North Am 51: 1294, 1971.
2. Wooley, M. M.: Inguinal hernia. En: Ravitch, M. M. et al.: Pediatric Surgery. V-II, III Ed., p. 815. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago, 1979.
3. Véliz Olay, I.: Hernia inguinal en los niños. Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en cirugía pediátrica. Ciudad de La Habana, 1980.
4. Celaya Venereo, C. y otros: Hernia inguinal en el niño. Revisión de 200 casos. Rev Cub Ped 49: 455, 1977.
5. Hernández Amador, G. y otros: Hernia inguinal en el niño. Rev Cub Ped 36: 444, 1964.
6. Duckett, J. W.: Treatment of congenital inguinal hernia. Ann Surg 135: 879, 1952.

7. Potts, W. J. et al.: The treatment of inguinal hernia in infants and children. *Ann Surg* 132: 566, 1950.
8. James, P. M.: The problem of hernia in infants and adolescents. *Surg Clin North Am* 51: 1361, 1971.
9. Trenberg, J. L. et al.: A Handbook For Pediatric Surgery. William & Wilkins. Baltimore, 1980. Pp. 136.
10. Dunavant, W. D.; H. Wilson: Inguinal hernias in infants and children. A critical study of 250 patients treated by surgery. *J Pediatr* 44: 558, 1954.
11. McLaughlin, C. W.; C. Kleager: The management of inguinal hernia in infancy and early childhood. *Am J Dis Child* 92: 266, 1956.
12. Nelson, W. E.: Tratado de Pediatría. V-II, 6ta. ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1976. P. 839.
13. Rowe, M. I.; H. W. Clatworthy: The other side of pediatric inguinal hernia. *Surg Clin North Am* 51: 1371, 1971.
14. Lynn, H. E.; W. W. Johnson: Inguinal herniorrhaphy in children. A critical analysis of 1 000 cases. *Arch Surg* 83: 573, 1961.
15. Bock, J. E.; J. V. Soby: Frequency of contralateral inguinal hernia in children. A study of the indications for bilateral herniotomy in children with unilateral hernia. *Acta Chir Scand* 136: 707, 1970.
16. Gross, R. E.: The Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders, Philadelphia, 1962. Pp. 449.
17. Del Cueto Espinosa, H. y otros: Hernia inguinal en el niño. *Rev Cub Ped* 37: 596, 1965.
18. Rowe, M. I.; H. W. Clatworthy: Incarcerated and strangulated hernias in infants. A statistical study of high-risk factors. *Arch Surg* 101: 136, 1970.
19. Keeley, J. L.: Isolation and management of the sac of hernias in infants and small children. *Surg Clin North Am* 51: 1377, 1971.

Recibido: 12 de noviembre de 1983.

Aprobado: 15 de enero de 1984.

Dr. Alfredo Portero Urquiza
Hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga"
Calle F e/ 27 y 29. Vedado.
Ciudad de La Habana.