

ANOMALÍAS POR PERSISTENCIA DEL CONDUCTO PERITONEO VAGINAL

Hospital Centro Habana

El conducto peritoneo vaginal (CPV) se desarrolla durante el tercer mes de la gestación como una prolongación del peritoneo parietal a través del anillo inguinal profundo. Este conducto se oblitera espontáneamente desde el anillo inguinal profundo (AIP) hasta el testículo después del descenso testicular completo, esto puede ocurrir inmediatamente después del nacimiento, persistir por años o permanecer permeable toda la vida.

ETIOLOGÍA

Los mecanismos de control de este evento son desconocidos, pero algunos factores hormonales relacionados con el descenso del testículo pudieran estar involucrados, como por ejemplo el péptido de calcitonina.

Variantes de persistencia del CPV

- 1.- *Hernia inguinal*: persistencia parcial de la porción proximal del conducto con diámetro suficiente como para permitir la salida de vísceras abdominales. El aumento de volumen se observa en la región inguinal.
- 2.- *Hernia inguinoescrotal*: persistencia total del CPV, las vísceras abdominales llegan al escroto.
- 3.- *Hidrocele comunicante*: persistencia total del CPV con diámetro pequeño que sólo permite la salida de líquido intrabdominal al escroto, cambia de volumen con el reposo y los cambios de posición.
- 4.- *Hidrocele no comunicante*: presencia de líquido en la capa vaginal del testículo que por obliteración del conducto no permite su intercambio con la cavidad abdominal, es llamado también hidrocele tabicado.
- 5.- *Quiste del cordón*: se obliteran las porciones proximal y distal del conducto quedando el líquido retenido en un punto intermedio del canal inguinal, la

tumoración no es reductible. La lesión equivalente en la mujer se denomina quiste o hidrocele del conducto de Nuck.

Factores contribuyentes en el desarrollo de la hernia inguinal congénita

1.- Urogenitales

- .a) Testículo no descendido
- b) Extrofia vesical

2.- Incremento del líquido peritoneal

- a) Ascitis
- b) Cortocircuitos ventrículo-peritoneal
- c) Diálisis peritoneal

3.-Incremento de la presión intrabdominal

- a) Onfalocele y gastrosquisis reparados
- b) Ascitis severa
- c) Peritonitis meconial.

4.- Enfermedad respiratoria crónica

- a) Fibrosis quística

5.- Alteraciones del tejido conectivo

- a) Síndrome de Ehlers-Danlos
- b) Síndrome de Hunter-Hurler
- c) Síndrome de Marfán
- d) Mucopolisacaridosis.

DIAGNÓSTICO

I- *Clínico*. Es imprescindible una anamnesis y examen físico adecuados.

Hernias. Se establece al detectar una masa palpable que emerge a través del anillo inguinal, lateralmente al tubérculo púbico, pueden ser bilaterales, que aumentan a los esfuerzos, como el llanto, los pujos, golpes de tos, puede palparse un tumor o por el contrario sólo un engrosamiento del cordón (signo del guante de seda), que puede reducir espontáneamente o por maniobra de presión gentil. Si llegan al escroto llenan este de arriba hacia abajo. Cuando se hacen dolorosas e irreductibles con cambios de coloración, signos de oclusión intestinal total o parcial, vómitos, evidencian su complicación. Los testículos no descendidos se asocian a hernias generalmente.

Hidrocele. Puede ser evidente desde el nacimiento, unilateral o bilateral. Se caracteriza por un escroto suave, renitente, translúcido, fluctuante alrededor del testículo, mayor en las noches, más pequeño e incluso desaparecer en las mañanas (si es comunicante). El escroto se va llenando de líquido de abajo hacia arriba. Pueden ser irreductible cuando es tabicado, quístico o a tensión.

El diagnóstico de todas estas afecciones es esencialmente clínico.

2- Imagenología. Puede ser útil en algunos casos para establecer el diagnóstico diferencial sobre todo ante las complicaciones. Puede realizarse ultrasonido simple o Doppler, para descartar si existe una torsión testicular con compromiso del órgano.

3- Laboratorio. Hemograma con diferencial,

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las siguientes entidades deben diferenciarse de las anomalías del CPV

1.- *Procesos de la pared y del tejido celular subcutáneo.* Lipomas, quistes sebáceos, quistes dermoides, hemangiomas, traumas, picaduras de insectos, edema angioneurótico, linfadenitis inguinal o femoral (estas últimas en casos de complicaciones).

2.- *Procesos del canal inguinal y/o escrotal.* Testículos no descendidos, tumores del testículo, torsión testicular o de sus hidátides.

Complicaciones de las anomalías del CPV

1.- *Preoperatorias*. Las hernias pueden atascarse, encarcelarse, estrangularse o perder su derecho a domicilio (rara en niños). Debe descartarse su asociación a una torsión de testículo no descendido. Estas complicaciones pueden asociarse a isquemia, necrosis, o ambas, de vísceras intrabdominales. Los hidroceles pueden tener un crecimiento brusco y hacerse dolorosos o evolucionar a la tensión máxima.

2.- *Transoperatorias* Complicaciones relacionadas con la anestesia, sangrado, lesión visceral, de los elementos del cordón producto de deficientes técnicas quirúrgicas.

3.- *Postoperatorias*. Sangrado y hematoma local, dehiscencia de suturas, sepsis, persistencia o recidiva de la anomalía, hidroceles crónicos postquirúrgicos, granulomas seróticos, atrofia testicular, testículo no descendido ascendente o atrapado, esterilidad.

CONDUCTA

1- Recordar que toda hernia inguinal se interviene quirúrgicamente en cuanto se diagnostica, siempre y cuando las condiciones generales del paciente sean buenas.

2- Se realizará cirugía de urgencia en los pacientes con hernias complicadas.

3- Los hidroceles y quistes del cordón se operan a partir del año de edad.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ELECCIÓN

Estas anomalías al ser secundarias a una persistencia del CPV, sólo requieren de una ligadura alta del saco previa torsión, sección de este y apertura del extremo distal (Técnica de Potts) sin abrir el anillo inguinal superficial. En casos de hernias complicadas, se tratarán de forma consecuente según el hallazgo quirúrgico.