

## HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA EN EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

Por el Dr. RUBEN ACUSA RIQUELME

Servicio de Cirugía. Prof. C. Urrutía C.—Hospital "L. Calvo Mackenna"

En el niño menor, en general, la estrangulación herniaria es rara, siendo más frecuente en el lactante y en especial en el menor de 6 meses.

Este trabajo tiene por objeto presentar 10 casos de hernias inguinales estranguladas en el niño menor de 2 años, observados en el Servicio de Cirugía del Hospital L. Calvo Mackenna, en los años 1948-1949.

La estrangulación se presenta más o menos en el 2% de las hernias inguinales operadas en el niño.

No en todas las hernias inguinales se indica el tratamiento quirúrgico, en cambio, todas las hernias estranguladas deben ser operadas.

Como de las hernias, la inguinal es la variedad más frecuente; 90% aproximadamente, la estrangulación ocupa en ella también la mayor frecuencia. Lo dicho tiene especial interés para los niños hombres, pues la proporción por sexos es de 8 : 1 (según algunos autores).

La hernia inguinal estrangulada es aquella que contiene una o más vísceras abdominales, cuya vascularización está parcial o totalmente obstruída. La estrangulación se debe a alguna constricción, producida generalmente a nivel del cuello del saco (anillo inguinal externo, rara vez en el interno), que comprime su contenido y compromete su circulación. Otras causas pueden ser las adherencias intrasaculares, la presión que hace el epiplón sobre las asas intestinales, etc. Pero la causa determinante de la penetración de vísceras al saco herniario y, por lo tanto, de la estrangulación, es en general, el aumento de la presión intraabdominal, frecuente cuando el niño grita, llora o presenta accesos de tos (coqueluche) o cuando por una atresia prepucial, por una malformación ano-rectal o por hábito estreñido, necesita esforzarse para miccionar o defecar. Todo esto favorecido, muchas veces, por paredes abdo-

minales débiles, frecuentes en niños mal alimentados.

*Clinicamente* se sospechará la estrangulación herniaria cuando exista sintomatología de oclusión intestinal (vómitos, retención de gases o de deposiciones, meteorismo, etc.) o cuando el tumor herniario ya conocido adquiriera nuevos caracteres (doloroso, tenso, irreductible, etc.). Teniendo presente estas consideraciones, el diagnóstico resultará fácil; sin embargo, valdrá la pena tener en cuenta otros cuadros que, si bien tienen su sintomatología propia, suelen ser responsables de algunos errores de diagnóstico. Analicemos las dos alternativas siguientes:

a) Diagnosticar una hernia inguinal estrangulada cuando se trata de otra lesión, y

b) Diagnosticar la existencia de una hernia inguinal estrangulada cuando existe.

Al primer grupo pertenecen aquellas lesiones en las que coincide el cuadro de oclusión intestinal con la presencia de una tumoración inguinal más o menos irreductible: apendicitis herniaria, torsión de un testículo ectópico, hernia crural estrangulada, oclusión intraabdominal que coincide con una hernia, etc. El error, en este caso, no tiene mayores consecuencias si el cirujano prosigue la intervención en busca de la causa de la oclusión intestinal, cuando la exploración no confirma la existencia de una hernia estrangulada. En general, esta confusión hay que atribuirla al examen clínico insuficiente. Más rara vez se diagnostica una hernia estrangulada ante un tumor irreductible, sin que haya síntomas de oclusión intestinal, tratándose en estos casos de una adenitis inguinal o ilíaca, quiste del cordón, hidrocele funicular agudo, etc.

En lo que se refiere al segundo punto, con relativa frecuencia no se diagnostica una hernia estrangulada o se hace tardíamente, aun habiendo sintomatología local suficiente, sólo por considerar incompleto

el cuadro clínico. Por esta razón siempre habrá que tener presente esta posibilidad. Además, debe recordarse que también es posible la presencia de hernias intraparietales, que pueden ser properitoneales, intersticiales y subcutáneas.

Desde el punto de vista *anátomo-patológico*, el saco herniario aparece como un bulto redondeado, tenso y firme a la palpación, cubierto de peritoneo edematoso. Si se trata de una estrangulación muy avanzada el saco suele presentarse gangrenado. Al abrirlo, aparece líquido, cuyo aspecto y cantidad varía según el tiempo transcurrido: de color transparente y estéril en un comienzo, se hace turbio y puede infectarse con *Echerichia coli* u otros gérmenes, posteriormente. Esto último habrá que tenerlo en cuenta en el acto quirúrgico, a fin de no infectar el campo operatorio. La pared intestinal, en un comienzo, presenta signos de congestión, advirtiéndose al cabo de algunas horas, caracteres inflamatorios francos, que fácilmente pueden llegar a la gangrena.

El contenido de la hernia inguinal estrangulada es de lo más variado. El órgano que con más frecuencia se encuentra es el intestino, sea solo o asociado a otros órganos, como epiplón, por ejemplo. Le siguen en frecuencia el epiplón solo, el ciego y apéndice (por falta de coalescencia del mesocolon ascendente), el ovario, la trompa, la vejiga, el divertículo de Meckel, etc.

*Diagnóstico diferencial.* Habrá que hacerlo con los siguientes cuadros:

a) Hernia crural. La hernia inguinal está situada por arriba del ligamento de Poupart; la hernia crural, por debajo.

b) Torsión del cordón o inflamación de un testículo ectópico. Frente a una hernia inguinal estrangulada no deberá prescindirse del examen del escroto. Si falta el testículo del lado enfermo habrá que pensar en la posibilidad de una torsión o de un proceso inflamatorio de la glándula ectópica, aun cuando podrá haber concomitancia de ambos cuadros.

En la torsión testicular, a pesar de que los caracteres del tumor suelen ser similares a los de la hernia inguinal estrangulada, el dolor local es más intenso, los vómitos precoces y el estado de shock son frecuentes. Por lo demás, la precisión diagnóstica en el caso contemplado tiene un valor relativo, pues ambos son procesos tributa-

rios de una intervención inmediata y tienen una vía de acceso común.

c) Linfadenitis inguinal aguda. En este caso prima la sintomatología local, es decir, los caracteres inflamatorios del tumor, sin compromiso del estado general del enfermo. Además, es frecuente encontrar la puerta de entrada de la infección: extremidades inferiores, genitales externos, ano, etc. Sin embargo, cuando la hernia inguinal estrangulada está avanzada, fácilmente puede confundirse con el cuadro a que hacemos referencia.

d) Hidrocele agudo y quiste del cordón. Un hidrocele puede dar sintomatología de proceso agudo (dolor, edema, aumento de volumen), pero no se presentan síntomas de obstrucción intestinal, faltando, además, a la palpación cuidadosa, la prolongación abdominal del polo superior de dicho tumor. Con la transiluminación podrá descartarse, finalmente, la presencia de un órgano macizo.

Lo dicho para el hidrocele vale para el quiste del cordón, el que cuando sufre un proceso inflamatorio, suele confundirse también con la hernia inguinal estrangulada.

e) Hernia inguinal atascada o irreducible es aquella cuyo contenido puede o no devolverse a la cavidad abdominal, pero sin acompañarse de un cuadro intestinal oclusivo. Esta complicación puede deberse a adherencias entre el contenido de la hernia y el saco, a materias fecales o gases que se acumulan en la porción del intestino herniado o a otras causas. El atascamiento, generalmente guarda relación con los esfuerzos del niño.

Estos enfermos constituyen la mayoría de los que se llevan a la mesa operatoria con el diagnóstico de hernia estrangulada y que, con sorpresa del cirujano, se reducen espontáneamente durante la anestesia o al iniciar la intervención. De aquí se desprende lo difícil que es diferenciar este cuadro con el de hernia estrangulada, sobre todo cuando ésta tiene pocas horas de evolución.

*Tratamiento.* De un modo general, puede decirse que la hernia inguinal estrangulada debe tratarse siempre quirúrgicamente. Sin embargo, cuando ésta es reciente, de pocas horas y el enfermo es un niño, se aconseja intentar la reducción, pero con maniobras suaves, prudentes y poco prolongadas, las que pueden complementarse con la suspensión del niño, tomándolo de

sus extremidades inferiores abducidas. También es de gran utilidad el baño tibio (36° durante 20 minutos), que tranquiliza al niño y le permite una mayor relajación de su pared abdominal. Si todo esto resultara insuficiente, se tratará como a la hernia inguinal estrangulada de varias horas, es decir, mediante la intervención quirúrgica, la que, en estas circunstancias no admitirá discusión, aun en aquellos casos de sintomatología frustrada.

La intervención propiamente tal, que en el niño se hará siempre bajo anestesia general, es casi en todo similar a la técnica usada en la hernia inguinal corriente (tratamiento del saco, reparación prefunicular por planos). Sólo que en ella, además de hacer una incisión más grande de los pla-

nos superficiales, se evitará su reducción espontánea, a fin de examinar y tratar las lesiones de los órganos herniados. Si a pesar de las precauciones tomadas se redujera espontáneamente y existiera la menor sospecha de lesión visceral, deberá proseguirse la intervención practicando una herniolaparotomía, que permitirá apreciar el estado de los órganos, es decir, su grado de vitalidad, lo que decidirá su reducción inmediata o su eliminación quirúrgica (resección intestinal, sutura de perforación, salpingooforectomía, orquiectomía, etc.).

El tratamiento postoperatorio, destinado a combatir el shock, la toxemia e infección, será hecho a base de transfusiones, plasma o sueros y de antibióticos (sulfas, penicilina y estreptomina).

CASUÍSTICA

Observación Nombre	Edad Sexo	Lado	Tiempo estrang.	Contenido	Tratamiento	Días hospital
J. C. V. 18-1252	1 año M	D	20 hrs.	Ciego Apéndice	Hernioplastia	5
P. D. G. 48-2288	4 ms. F	I	2-3 ds.	Ovario Trompa	Salpingooforec. Hernioplastia	4
L. V. A. 18-3046	2 ms. M	I	—	Intestino delgado	Hernioplastia	4
P. G. Z. 18-3824	1 a 3m. M	I	12 hrs.	Ciego Apéndice	Hernioplastia	4
L. G. L. 48-6821	27 ds. F	I	15 hrs.	Ovario	Hernioplastia	4
M. C. G. 49-292	2 años F	D	16 hrs.	Intestino delgado	Hernioplastia	4
M. G. V. 49-2986	1 a hrs. M	D	16 hrs.	Reducción	Hernioplastia	4
R. J. P. 49-3973	2 ms M	D	30 hrs.	Ciego Apéndice	Hernioplastia	6
H. G. O. 49-4383	1m M	D	20 hrs.	Intestino delgado	Hernioplastia	5
C. G. P.	4 ds.	D	3 ds.	Testículo Intes. delg. gangrenado	Herniop. Sutura II perf. orquiectomía	11

*Resumen y explicación del cuadro.* Se presentan 10 casos de hernias inguinales estranguladas, correspondientes a 2 años de experiencia (1948-1949) en el Servicio de Cirugía del Hospital L. Calvo Mackenna.

La edad de los niños fluctuó entre 4 días y 2 años.

En la distribución por sexos, 7 correspondieron a varones y 3 a mujeres, siendo 7 hernias inguinales derechas y 3 izquierdas. El promedio de hospitalización fué de 5 días, tiempo igual al empleado por las hernias inguinales corrientes.

Todos los enfermos fueron intervenidos después de 12 horas de estrangulación y 2 de ellos, que se operaron después de 3 días, presentaron graves lesiones de los órganos contenidos en el saco.

Los 10 niños fueron dados de alta en perfectas condiciones locales y generales y controlados más tarde presentaban buen estado de salud. En los años 1948-1949 se operaron 424 hernias inguinales, presentándose 10 casos estrangulados.

Finalmente, haré notar que nuestro Servicio de Cirugía, sin ser de Primeros Auxi-

lios, nos brinda la oportunidad de ver estos cuadros con relativa frecuencia, gracias a la atención de Policlínico permanente que mantienen sus médicos full-time.

### Resumen

Se presentan 10 casos de hernias inguinales estranguladas, correspondientes a 2 años de experiencia (1948-1949) en el Hospital Calvo Mackenna, de un total de 424 hernias inguinales operadas.

La edad de los niños fluctúa entre 4 días y 2 años, 7 corresponden a varones y 3 a mujeres, siendo 7 hernias inguinales derechas y 3 izquierdas.

Todos los enfermos son intervenidos después de 12 horas de estrangulación y 2 que se operan después de 3 días de estrangulación, presentan graves lesiones en los órganos contenidos en el saco. Sin embargo, el promedio de hospitalización es de 5 días.

La estrangulación se presenta más o menos en el 2% de las hernias inguinales operadas en el niño.

### Summary

10 cases of strangled inguinal hernias are reported, corresponding to two years of experience (1948-1949) in the Calvo Mackenna Hospital, from a total of 424 operated inguinal hernias.

The age of the children fluctuated between 4 days and 2 years, 7 corresponding to boys and 3 to girls, being 7 right inguinal hernias and 3 left.

All patients are operated after 12 hours of strangulation, and 2 which are operated after 3 days of strangulation, present serious lesions of the organs contained in the sack, yet the average time of hospitalization is 5 days.

Strangulation is present in more or less 2% of operated inguinal hernias in children.

### BIBLIOGRAFIA

DOMENECH y ALSINA.—"Diagnóstico y terapéutica de urgencia". 748-771, 47.

CHRISTMANN, F. y OTTOLENGHI, C.—Técnica quirúrgica. 1943.

LEJARS, F.—Les hernies étranglées. In Chirurgie d'urgence. Vol. II. págs. 829-874.

SPIVACK, J. L.—Tratamiento quirúrgico urgente de las hernias. 677-790, 49.

WATSON, L. E.—Complications of strangulation. In hernia, págs. 84-91, 1938.

WILLIAN E. LADD y GROSS, ROBERT E.—Abdominal Surgery of infancy and children.

ZAVALETA, D. E.—Hernia estrangulada; quelotomía simple. Prensa Méd. Argentina 31: 2012-2016, 41.

OMBREDANNE P., MATHIEU.—Traité de Chirurgie Orthopédique.