

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

*El Tratamiento de la Hernia Inguinal
en Infantes y Niños*

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

HORACIO BARTLETT GIORDANO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1957.

INTRODUCCION

En la voluminosa literatura sobre la hernia, el principio básico del tratamiento de la hernia inguinal en infantes y niños ha recibido una consideración insuficiente, debido, a que la mayoría de los tratados se refieren únicamente a la hernia del adulto.

En los libros de texto o en los tratados de técnica quirúrgica, el problema de la hernia en niños se trata someramente, o se aplican los principios que rigen para la hernia en el adulto.

Consideramos en este trabajo sólo la hernia inguinal indirecta, porque la variedad directa tiene en el niño una frecuencia extremadamente baja. COLEY y HOGUETT (11), hallaron 21 casos de hernia directa en 4,114 operaciones en niños menores de 14 años. HOGG (12), encontró una hernia directa en 150 operaciones de hernia inguinal en infantes y niños.

La causa determinante de la hernia inguinal indirecta durante la niñez, no es la debilidad muscular, sino la falla en la obliteración del *processus vaginalis* o conducto peritoneo-vaginal. Las causas predisponentes más frecuentes son: el peso bajo, la premadurez; la presión abdominal aumentada por: el llanto, cólico, flatulencia, meato estrecho, fimosis, estreñimiento, etc.; todos son factores que contribuyen a la aparición de la hernia sólo y cuando el canal peritoneo-vaginal permanece permeable u obliterado parcialmente. Basándonos en ésto, es lógico concluir que el tratamiento debe consistir únicamente en la extirpación quirúrgica del saco.

HISTORIA

FERGUSON, (5) en 1899, fue uno de los primeros en intentar la simplificación del tratamiento de la hernia inguinal, especialmente en niños; aconsejó no elevar las estructuras del cordón de su posición normal durante la reparación quirúrgica, pero sí, la reparación de las estructuras inguinales.

TURNER, (25) en 1912 y MCLENNON en 1914, aconsejaron la extirpación del saco hasta el anillo inguinal profundo, a través de una incisión pequeña.

RUSSELL, (22) en 1925, insistió en su doctrina ya aceptada, de la extirpación quirúrgica del saco en el tratamiento de la hernia en infantes y niños.

HERZFELD, (10) en 1938, en una comunicación del Royal Edinburgh Hospital for Sick Children, aconsejó una incisión pequeña sobre el anillo inguinal superficial, traccionando el saco, ligándolo y cerrando el anillo superficial con un punto.

COLES, (2) en 1945, aconsejó trans-sección del saco, transfixión y ligadura del extremo proximal, tan alta como fuera posible y dejando *in situ* el segmento distal.

Contra estos principios simples en el tratamiento de la hernia en los niños, hay innumerables artículos aconsejando tratamiento prolongado con braguero, retardo de la operación hasta que el niño tenga 2 ó 3 años de edad y toda clase de complicados métodos plásticos para reconstruir los músculos y la aponeurosis.

La extirpación simple del saco ha sido efectuada en 600 casos en el Children's Memorial Hospital de Chicago, con excelentes resultados (21).

RESUMEN EMBRIOLOGICO

DESCENSO DE LOS TESTICULOS:

Los testículos están situados retroperitonealmente y los constituyentes acompañantes del cordón espermático, están situados por fuera de la bolsa peritoneal que se extiende hasta el escroto. Al final del 4º mes de la vida fetal, el pliegue peritoneal se extiende desde el epidídimo y los testículos hacia abajo, a lo que será el anillo inguinal profundo. Este pliegue envuelve los haces de tejido muscular liso, que se hipertrofia en el siguiente mes y forma el gubernáculo, con su extremidad fuerte y gruesa unida al testículo. Hacia el final del 5º mes y en todo el 6º mes, el peritoneo y en especial el tejido subperitoneal, evagina la pared abdominal adyacente y desciende hacia la ingle. El canal inguinal está entonces formado por el gubernáculo. Aproximadamente al 7º mes, el gubernáculo llega a su mayor desarrollo y luego comienza a decrecer hasta el nacimiento, en que las fibras musculares lisas desaparecen, excepto las fibras largas que pasan al escroto. Durante este mes, el testículo desciende pasiva pero progresivamente hacia el anillo inguinal profundo (Figura Nº 1). Permaneciendo conectado con su punto de origen, por medio de los vasos espermáticos. Los vasos deferentes, el extremo distal de los cuales están unidos a la próstata, son traccionados hacia afuera y hacia abajo, pasando en frente y anclándose al uréter.

Al 8º ó 9º mes siguiendo al gubernáculo, el testículo atraviesa la pared abdominal, migrando a través del canal inguinal y del anillo inguinal superficial, hacia el escroto (Figuras Nos. 2 y 3). El testículo desciende por detrás del *processus vaginalis* o conducto peritoneo-vaginal y no por dentro de él como generalmente se cree, rodeándolo par-

cialmente forma la túnica vaginal. La porción superior del *processus vaginalis* descansa paralela al cordón espermático en el hombre y al ligamento redondo en la mujer.

PROCESSUS VAGINALIS (o Conducto Peritoneo-Vaginal):

Toma este nombre la porción de peritoneo que acompaña a los testículos y al cordón, que puede dividirse en dos porciones: uno que rodea al cordón y que se llama *proceso funicular*, y la otra que rodea a los testículos y que constituye la túnica vaginal.

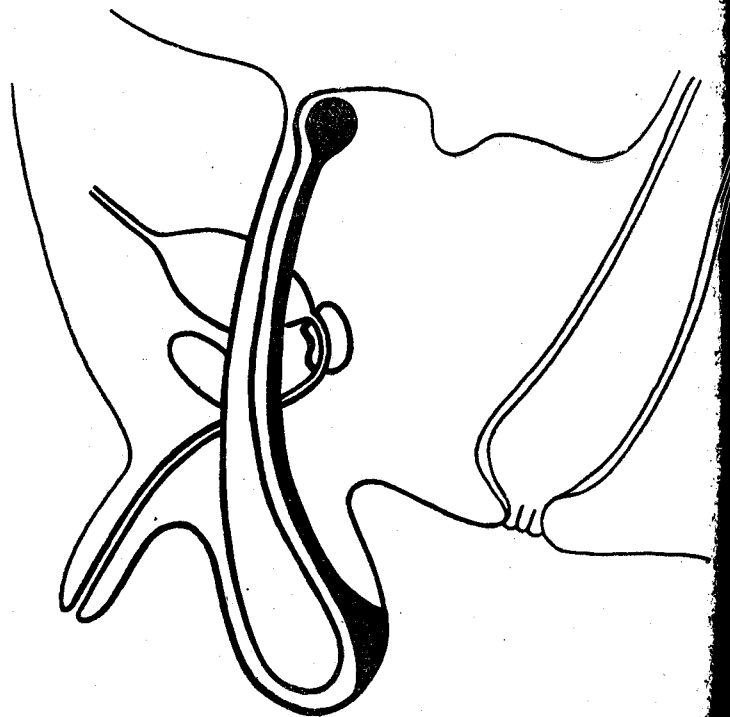


Figura N° 1.—El testículo entrando en el anillo inguinal profundo.
(Alrededor del 7º mes de la vida intrauterina).

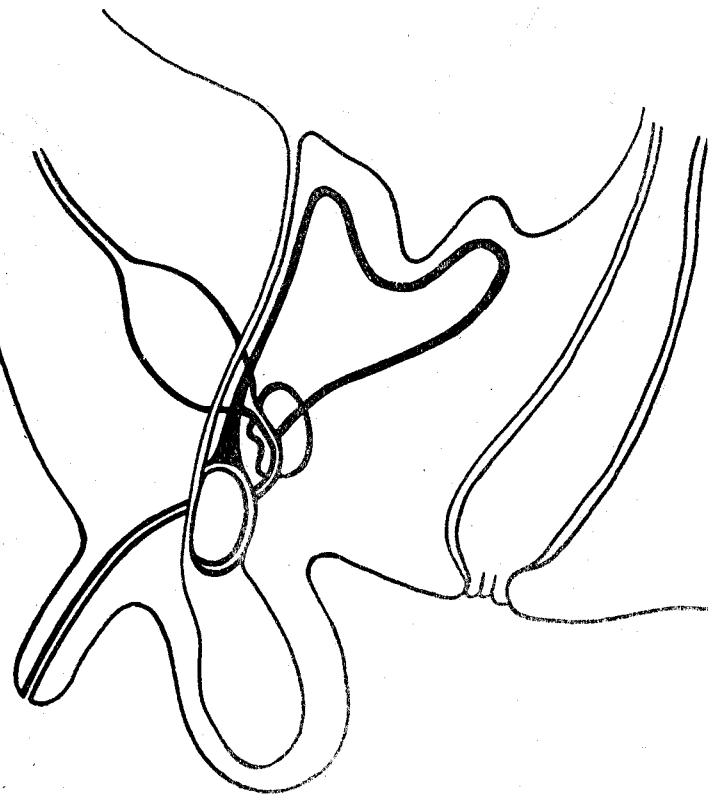


Figura N° 2.—El testículo en el anillo inguinal superficial.
(Alrededor del 8º mes de la vida intrauterina).

El *processus vaginalis* aparece al tercer mes de la vida fetal, existiendo antes del descenso de los testículos, el cual llega al fondo del escroto por delante de los mismos, estando en comunicación con la cavidad peritoneal hasta el 9º mes, a partir del cual se inicia la obliteración y que se completa 15 ó 30 días después del nacimiento. Esta obliteración ocurre en dos puntos; primero, en el anillo inguinal profundo y un poco más tarde en un punto justo por encima.

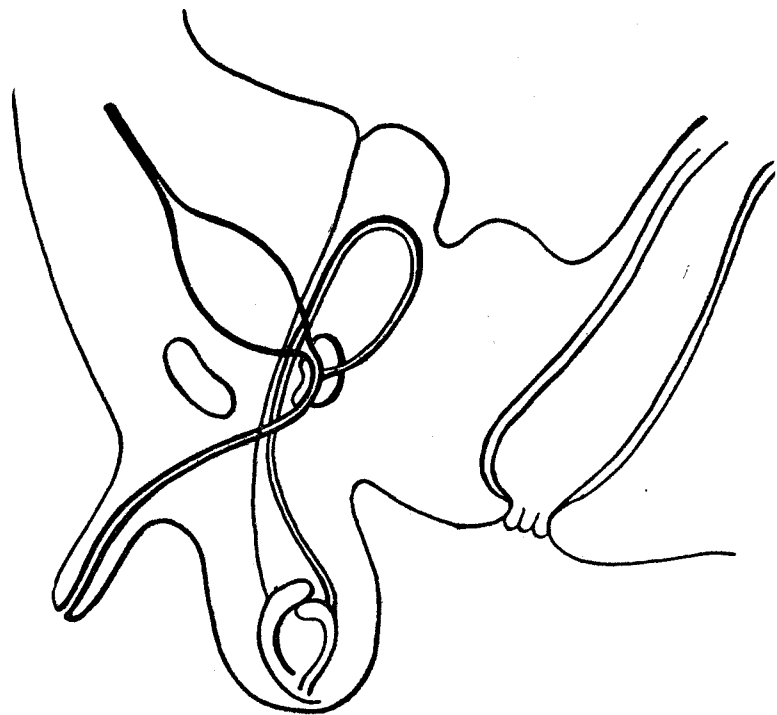


Figura N° 3.—El testículo en el escroto en el 9º mes de la vida intrauterina, mostrando normalmente cerrado el proceso vaginal.

ma del epidídimo. Entre estos dos puntos el *processus vaginalis* es un tubo aislado que va siendo cada vez menor, sus paredes se ocluyen y finalmente termina por constituir un cordón fibroso pequeño que es reconocible durante la intervención quirúrgica. Pero debemos tener presente que el descenso del testículo derecho como la obliteración del *processus vaginalis* de dicho lado se efectúa más tarde que la del izquierdo, lo que permite formular una razonable explicación acerca de la mayor frecuencia de las hernias en el lado derecho. Debido a que la obliteración del *pro-*

cessus vaginalis puede ser total o parcial, se explica el origen de las hernias inguinales, inguino-escrotales, funiculares y de los hidroceles (Figura N° 4)*.

CAMPER, (3) en 1785, en una serie de disecciones en niños, encontró abierto el *processus vaginalis* en un sólo lado en 31.5% de los casos, y en ambos lados en 45%.

FÉRÉ, (7) examinó 72 niños y halló obliterado el *processus* en 34 de ellos.

KEITH (15), afirmó que en niños de 3 a 4 meses de edad, el *processus vaginalis* se encontraba abierto en el 30 al 40% de los casos.

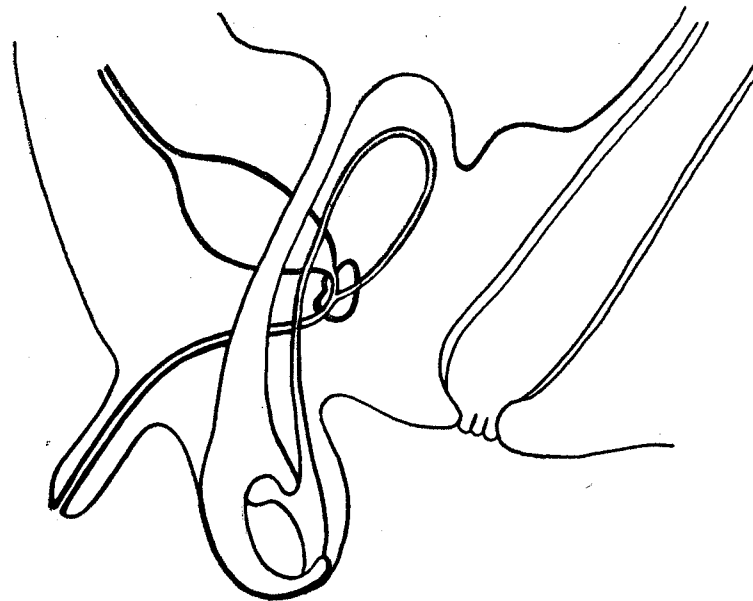


Figura N° 4.—Completamente abierto el *processus vaginalis*, causando una gran hernia escrotal.

* Los dibujos fueron tomados de Iason, A.: "Hernia". The Blakinston Co., 1941.

ANATOMIA QUIRURGICA

Conducto Inguinal.—Es una abertura oblicua que mide aproximadamente un centímetro al nacer y cuatro centímetros en el niño. Situado inmediatamente por encima del arco crural. Se extiende longitudinalmente desde el centro del arco, hasta la espina del pubis, siendo su dirección oblicua hacia adentro y abajo. Su pared anterior está constituida por la aponeurosis del oblicuo mayor, así como por los fascículos más inferiores del músculo oblicuo menor, tejido celular subcutáneo y piel; su pared posterior por la fascia transversalis; su pared superior por las fibras arqueadas del músculo oblicuo menor y transverso, y su pared inferior por el ligamento inguinal que da lugar a la inserción de la fascia transversalis.

Anillo Profundo.—Es una abertura oval, situada a la mitad de distancia entre la espina iliaca antero-superior y la sínfisis del pubis, está limitado hacia arriba y afuera, por las fibras arqueadas del músculo transverso y oblicuo menor y hacia abajo y adentro, por la porción refleja de la fascia transversalis, repliegue semilunar y vasos epigástricos profundos.

Anillo Superficial.—Es una abertura en la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, que está situado hacia arriba y afuera de la cresta del pubis, mide medio centímetro en el niño, está limitado por abajo por la cresta del pubis, por arriba, por las fibras intercolumnares que son frágiles y mal desarrolladas y a los lados: por los pilares interno y externo.

Cremaster.—Sus fibras rodean al cordón. Está poco desarrollado antes de la pubertad.

Cordón Espermatóico.—Está constituido por el conducto deferente, arteria diferencial, dos grupos venosos, uno anterior y otro posterior; la arteria espermática, linfáticos procedentes del testículo y epidídimo, arteria funicular. En las hernias el saco se encuentra generalmente adelante y adentro del deferente.

Nervios.—Todos los elementos del cordón, reunidos entre sí por tejido conjuntivo, están envueltos por una vaina común de naturaleza fibrosa. Por la superficie exterior corren tres filetes nerviosos; la rama genital del gónito-crural que se encuentra por detrás del cordón; la rama genital del abdómino-genital mayor, en relación con el borde inferior del oblicuo menor; y la rama genital del abdómino-genital menor que acompaña al cremáster en la cara anterior del cordón.

Saco Herniario.—Está constituido por el peritoneo parietal, cuyas paredes son muy delgadas y esto debemos recordarlo al hacer la disección, para evitar que se nos rompa; la longitud y posición del saco, varía según el grado de anomalía en el proceso evolutivo del conducto peritoneo-vaginal. El contenido del saco, es en el 90% de los casos el intestino delgado.

El siguiente en frecuencia, es el epiplón, otras vísceras pueden también encontrarse, aunque raramente, a saber: ciego, apéndice, sigmoide, colon, vejiga, ovarios, trompas, etc., etc.

DATOS CLINICOS:

La hernia frecuentemente se descubre al nacer el niño o poco después. Sin embargo, la mayoría se descubren

durante los primeros meses de la vida, cuando el niño es más grande; con los esfuerzos o el llanto el intestino penetra en el conducto preexistente.

Los diversos grados de la sintomatología, dependen del estado de compresión en que se encuentran los órganos en tan reducido espacio.

En algunos niños se producen muy pocas molestias, mientras que otros son irritables, presentan pérdida del apetito y escaso aumento de peso. En la mayoría de los casos, el único síntoma objetivo es la presencia de una tumefacción en la ingle o en el escroto, que aparece con el esfuerzo y que desaparece a la presión local o al adoptar el niño la posición de decúbito dorsal.

EXAMEN FISICO:

En el niño, el examen de la hernia inguinal debe efectuarse de un modo distinto al que se emplea generalmente en el adulto.

Antes de palpar al niño debe obtenerse toda la información posible de la inspección. El aspecto de la hernia y sus variaciones por el llanto, la tos, o si el niño desea incorporarse, se dejará que lo haga, ya que de este modo se produce una presión intraabdominal suficiente para que aparezca la hernia.

A la palpación no es aconsejable invertir el escroto e introducir un dedo a través del anillo superficial con el objeto de palpar el saco herniario. Porque tales maniobras producen trastorno al niño y raras veces proporcionan datos importantes. Si se encuentra una masa herniaria, se ejercerá una ligera presión de abajo arriba para ver si se reduce. En este caso queda establecido el diagnóstico, ex-

cluyéndose otras lesiones como adenitis inguinal, adenitis ilíaca supurada o quiste del cordón. En muchos casos los padres refieren la historia de repetidas apariciones de una masa en el escroto o en el área inguinal, pero al médico le es imposible observarla. En tales casos puede obtenerse una información muy valiosa colocando un dedo, (preferible el medio), sobre el conducto inguinal y en su dirección, y deslizándolo suavemente sobre la piel, de modo que vaya de uno a otro lado del cordón. Esta maniobra permite apreciar el espesor de los tejidos contenidos en el conducto y no se molesta al niño. Comparándolo con el lado normal se nota el aumento de grosor, aunque el saco herniario esté vacío en el momento del examen; si no fuera posible por este medio establecer la presencia de hernia, es aconsejable hacer un examen ulterior del niño.

DISCUSION DE LA CONDUCTA A SEGUIR EN UN CASO DE HERNIA:

La evolución natural de las hernias es a crecer o a sufrir una complicación, entre las cuales la estrangulación es la más grave.

Las estadísticas demuestran y por observación propia, que hay sin embargo, algunos casos que curan espontáneamente. Esto sucede en infantes menores de 6 meses con hernia muy pequeña; pero sólo y cuando la hernia se mantiene permanentemente reducida. Esta curación puede ser sólo temporal, ya que si la obliteración del conducto peritoneo-vaginal no es completa, la hernia puede reaparecer en el futuro.

Nuestra conducta es la siguiente: aconsejar la operación hasta que el infante tenga 6 meses de edad, en vista de lo ya mencionado, para darle la oportunidad de que se

cure espontáneamente y también, el crecimiento del niño facilita técnicamente la operación.

Siempre que no haya contraindicaciones de orden general, como desnutrición, anemia, infecciones respiratorias, etc.; se hace excepción a la regla anterior, en los casos siguientes:

- 1) Hernia bilateral, porque es más difícil que curen solas;
- 2) Hernia muy grande, que no se mantiene permanentemente reducida;
- 3) Hernia asociada con fimosis, éste es un factor que favorece la aparición de la hernia, necesitando una operación más;
- 4) Quiste del cordón que dificulta la colocación de un braguero;
- 5) Complicaciones (hernia irreductible, estrangulada);
- 6) Cuando el pediatra juzgue que la hernia cause problemas alimenticios, dolor o irritabilidad;
- 7) Dificultad para aplicar el braguero, por falta de colaboración de los padres, porque el niño no lo tolera y por el clima;
- 8) Pacientes que viven en lugares donde no es posible tratar adecuadamente las complicaciones; y
- 9) Actitud ante el deseo de los padres de que el niño se opere pronto.

PRE-OPERATORIO:

En todos debe hacerse un examen físico cuidadoso, investigando en especial signos de infección respiratoria superior, o antecedentes de exposición al contagio, y teniendo los exámenes complementarios de rutina (orina, heces, y sangre en especial, y en presencia de un nivel por debajo de 12.5 gm. de Hb., ninguno fue sometido a la intervención

quirúrgica); se hizo estudio radiográfico para determinar la presencia de timo hipertrofiado.

ALIMENTACION:

En niños menores de 3 años el ayuno es de 4 horas antes de la intervención; en los niños mayores de esta edad, 6 horas antes no debe darse alimento alguno. En el lactante, (siempre que no exista obstrucción), el estómago es tan activo que queda vacío generalmente a las 2 horas, por lo que la posibilidad de vómitos durante la anestesia es muy pequeña.

MEDICACION PRE-OPERATORIA:

En los niños mayores de 1 año, usamos el sulfato neutro de atropina asociado con morfina. En niños menores de esta edad, se omitió la morfina, debido a la depresión respiratoria que provoca; algunos anestelistas prefieren usar la escopolamina.

A continuación indicamos las dosis medias que se emplean en el Servicio de Cirugía Infantil, y que fueron tomadas de GROSS (8).

MEDICACION PRE-OPERATORIA EN LOS NIÑOS:

Edad	Peso medio Kilos	Fenobar- bital mg.	Morfina mg.	Atropina mg.	Escopo- lamina mg.
Recién nacido	3.175	—	—	0.1	—
6 meses	7.25	30	—	0.2	—
1 año	9.5	50	1	0.3	0.1
2 años	12.5	60	1.4	0.3	0.2
4 años	15.9	90	2.3	0.4	0.2
6 años	20	100	4	0.4	0.2
8 años	24.9	120	5.4	0.4	0.3
10 años	29	150	6	0.4	0.3
12 años	36.2	200	8	0.6	0.4

Los medicamentos antes mencionados y previa elección al caso en especial, deben darse una hora antes para que el efecto de las mismas sea completo. Cuando se dan muy cerca del tiempo de inducción el efecto depresivo de las mismas se presentará después de iniciada la anestesia, lo cual puede ser dañino para el niño.

ANESTESIA:

Es muy importante contar con los servicios de un anestesista competente. En todos nuestros casos usamos el éter por método abierto.

TECNICA:

En esta serie de casos, al principio se usó la técnica de FERGUSON modificada (6), pero en la mayoría de los casos fueron tratados únicamente por la ligadura alta del saco y extirpación total del mismo.

1) *Preparación* de la piel de la región inguinal, pene y escroto, de acuerdo con los principios generales de cirugía.

2) *Incisión*: En infantes se hace una incisión transversal de 4 cms. de longitud en el pliegue suprapúbico, en niños mayores también se prefiere la incisión transversal.

Una incisión como la descrita es fácil de cerrar, se infecta más difícilmente, y por seguir las líneas de Langue dejan una cicatriz menos visible y da menos oportunidad a la formación de queloides.

3) *Incisión de la fascia del oblicuo mayor* a lo largo de la dirección de sus fibras, sin seccionar el anillo superficial, en los casos ordinarios. Se descubre el músculo oblicuo menor y se identifican los nervios (la rama genital del abdómino-genital mayor y la rama genital del abdómino-genital menor).

Con una pinza de forcipresión se separan las fibras del cremáster paralelamente a la dirección del cordón, se busca el saco al que se reconoce por su color blanco grisáceo y, tomándolo con pinzas se lleva suavemente hacia arriba.

4) *Disección y ligadura del saco*: Se abre el saco herniario y se introduce el dedo índice izquierdo y se deja en esa posición, se toma el extremo del saco con pinzas hemostáticas para que no pueda zafarse; se cubre el dedo índice de la mano derecha con gasa para continuar una disección roma, y con gran suavidad se separan los vasos y el deferente del saco llevando esta disección lo más alto que sea posible.

Hay que manejar el saco con gran cuidado, pues en los infantes, es muy frágil y si se rompe se dificulta mucho su identificación y el cierre perfecto. Ya disecado el saco, se explora para cerciorarse de que no hay en su interior intestino, epiplón, ovario o trompa; hecho ésto se retuerce el saco sobre su eje, hasta que aparezca la grasa preperitoneal o que el orificio del cuello esté completamente cerrado; el saco se tira hacia arriba, el cuello es atravesado por una sutura de transfixión de algodón N° 60 lo más alto que sea posible, extirpando luego el resto del saco. Los intentos de ligadura y transfixión del cuello sin la torsión previa del saco, tiene muchas veces por resultado que éste se rompa, y el cierre sea imperfecto.

5) *Cierre de la pared*: Se coaptan las fibras del oblicuo mayor por medio de puntos interrumpidos con algodón N° 60; se sutura luego la fascia superficial de Scarpa y Camper, tejido celular subcutáneo y puntos intradérmicos.

En la técnica de FERGUSON modificada (6), las fibras del oblicuo mayor se suturan con puntos interrumpidos al ligamento inguinal, luego se imbrica el colgajo inferior de la fascia del oblicuo mayor hacia arriba y se sutura con puntos separados.

En infantes se hace la sutura de la piel con puntos intradérmicos interrumpidos de seda 00000 ó hilo de algodón Nº 150. En niños mayores se usa la sutura con puntos interrumpidos de colchonero vertical.

6) La herida operatoria se cubre con una capa delgada de colodión.

POST-OPERATORIO:

La dieta debe darse como sea tolerada, ninguna restricción se indica a los niños por debajo de los 5 años. La operación no trastorna la alimentación del infante, y en general transforma a niños irritables y mal nutridos constantemente molestos, en niños contentos.

La actividad debe ser completa a juicio del cirujano. En niños mayores es aconsejable proscribir la ejecución de ejercicios violentos durante una o dos semanas, según la edad y características personales.

La evolución del post-operatorio es regularmente benigna y libre de complicaciones, por lo cual la estancia post-operatoria en todos nuestros casos fue de un promedio de 3 días.

En los casos corrientes, no complicados, no se encontró hematoma del escroto, debido posiblemente a que no se cortó el anillo superficial, ni se transplanta el cordón y por la hemostasis cuidadosa. Al no abrir este anillo se evita obviamente la necesidad de cerrarlo, y por consiguiente el peligro de dejarlo muy apretado que interfiera con la circulación de retorno. Ahora bien, si dicho anillo es muy grande se puede cerrar con uno o dos puntos.

En nuestros casos se observó únicamente ligero edema de la región inguinal y escroto, desapareciendo al segundo o tercer día de post-operatorio. En infantes que presentan hernias enormes, después del nacimiento, tan grandes que muchas asas intestinales descienden al escroto, y con

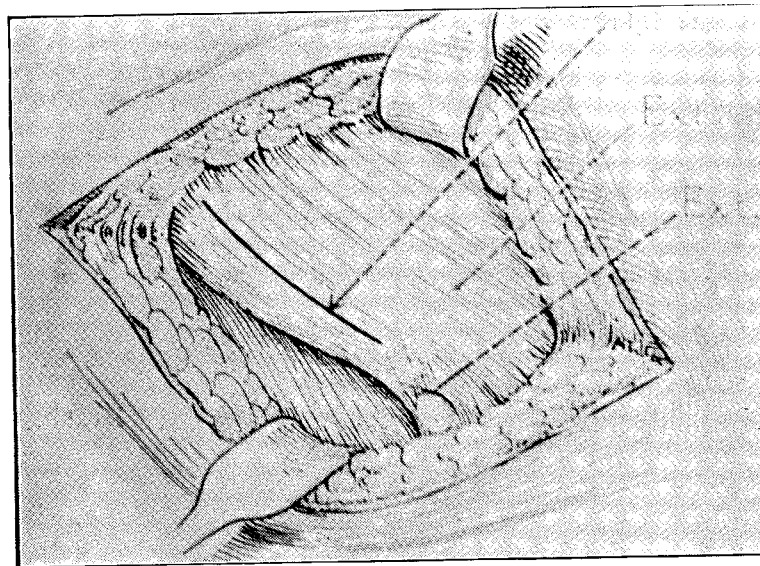


Figura Nº 5.—Abertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, sin seccionar el anillo superficial.

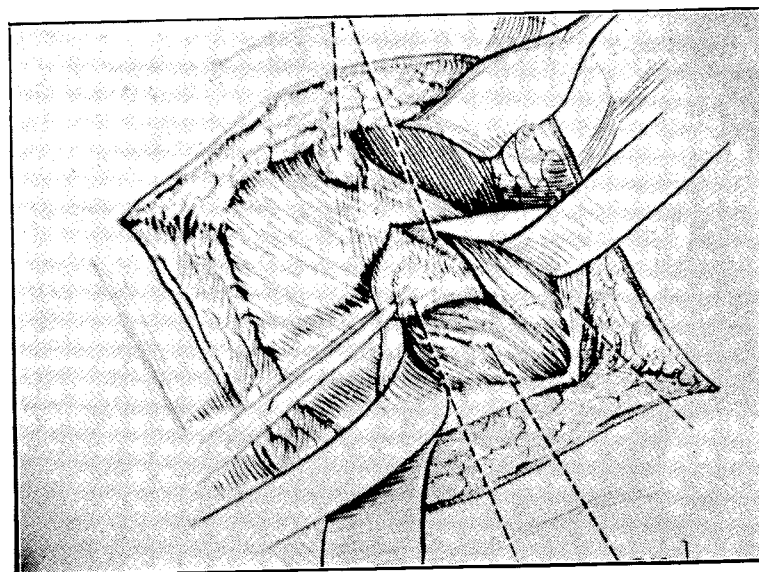


Figura Nº 6.—Hallazgo del saco.

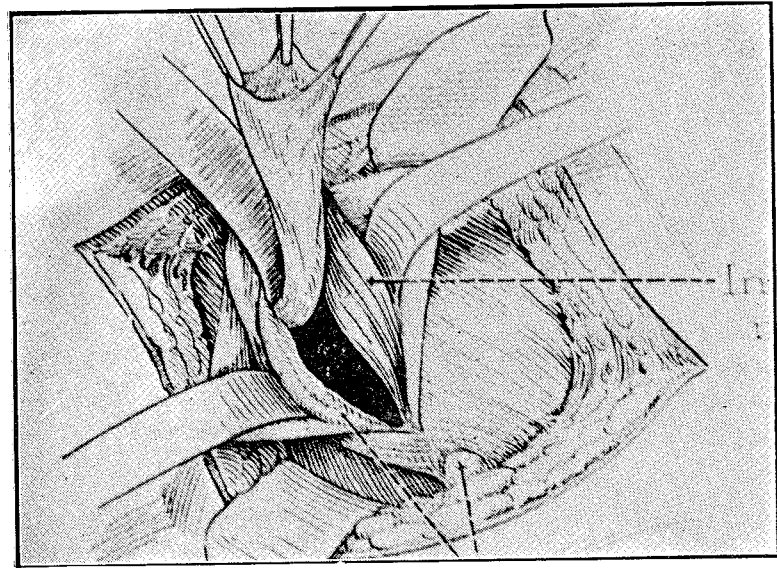


Figura N° 7.—Disección alta del saco.

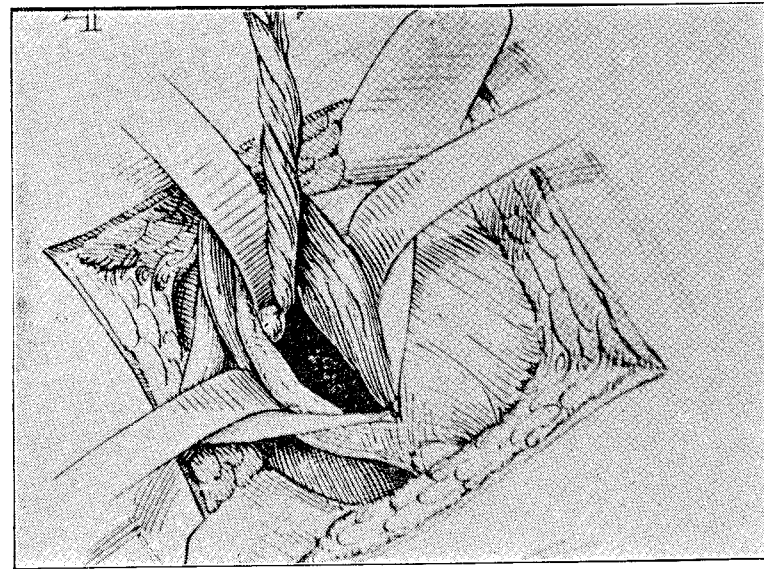


Figura N° 8.—Torsión, transfixión y ligadura del saco.

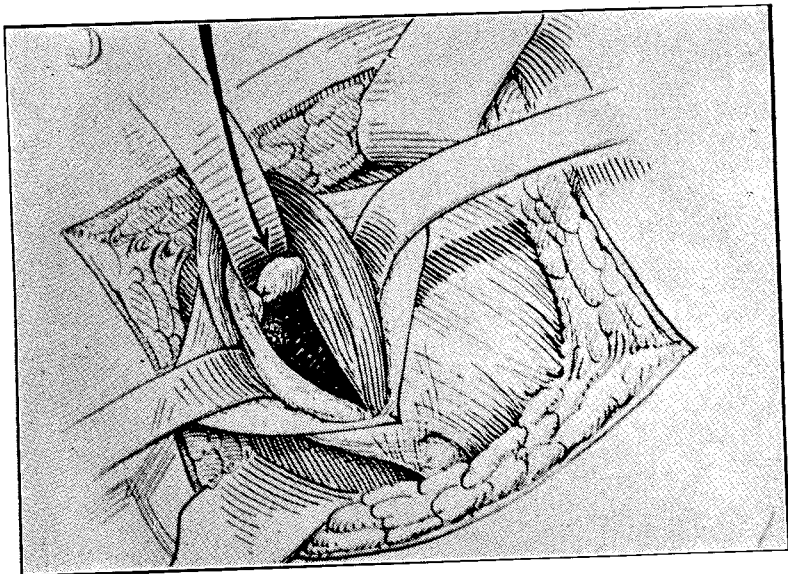


Figura Nº 9.—Retracción del muñón del saco.

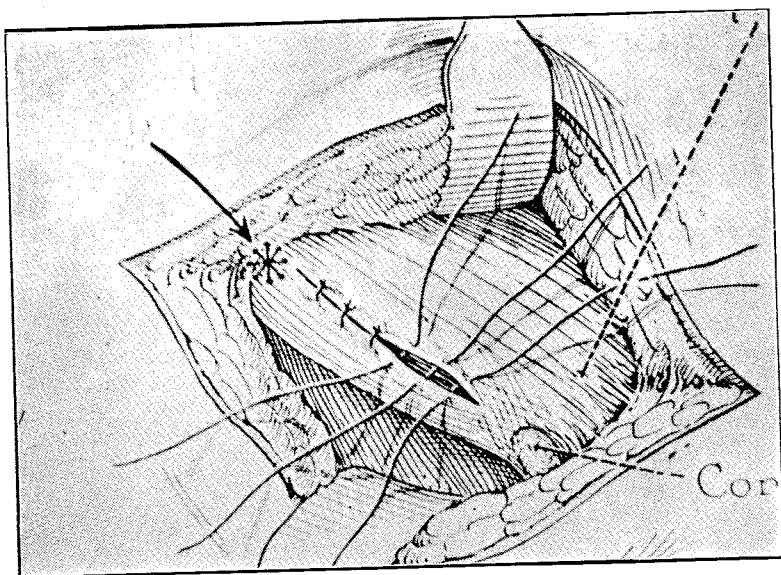


Figura Nº 10.—Cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor.

* Las ilustraciones de la técnica operatoria, fueron tomadas de Potts, W. J., Rinker, W. L., and Lewis, S. E.: ann. Surg. 132:566, 1950.

defecto tan marcado en la región inguinal, que permite el paso de dos dedos. En estos casos sí es necesario cerrar el anillo profundo con uno o dos puntos (técnica de McVay), y reparación plástica de la pared abdominal. Cuando los niños presentan hernia bilateral no hay objeción a operar ambos lados en la misma sesión.

RESULTADO:

Los resultados inmediatos han sido satisfactorios, sin complicaciones de anestesia, de infección de la herida operatoria, hematoma y de atrofia del testículo.

La mayor parte de los casos se han observado por 2 años. Los padres han quedado invitados a traer a los niños a controles repetidos. De los controles post-operatorios un caso (Nº 15), presentó recidiva de la hernia (debiéndose éste, a la difícil disección y sutura del saco).

BRAGUEROS:

Durante mucho tiempo el braguero fue el único medio para tratar las hernias de infantes y niños.

Hoy día se puede decir que los bragueros viven de las contraindicaciones de la cirugía. El único uso justificable del braguero es para la retención paliativa de la hernia, en aquellos niños que están pendientes de su reparación operatoria, cuando hay contraindicaciones de orden general, como desnutrición, anemia, etc., y con la posibilidad de la curación espontánea antes de que el infante tenga 6 meses de edad, a este respecto son muchos los padres que preguntan al médico si puede curarse la hernia inguinal con un vendaje. Es innegable que la obliteración del conducto peritoneo-vaginal que debiera completarse en la vida fetal, puede continuar durante los primeros meses después del nacimiento, pero la oclusión espontánea de la hernia es muy poco frecuente. Algunas de las hernias más pequeñas

del lactante desaparecen, pero es en extremo raro observar la desaparición de hernias grandes en los niños menores de 6 meses, o de cualquier clase de hernia en los que exceden de esta edad. Por consiguiente, no es conveniente prescindir del tratamiento quirúrgico con la esperanza que la hernia se cure por sí sola.

Nosotros aconsejamos en todo infante con hernia pequeña, el uso del braguero hasta los 6 meses de edad, dada la posibilidad de curación.

Desde el punto de vista de la evolución embriológica del canal peritoneo-vaginal, los niños pueden clasificarse en tres clases. El diagrama de RUSSELL (22), muestra con claridad esta clasificación (Figura N° 11).

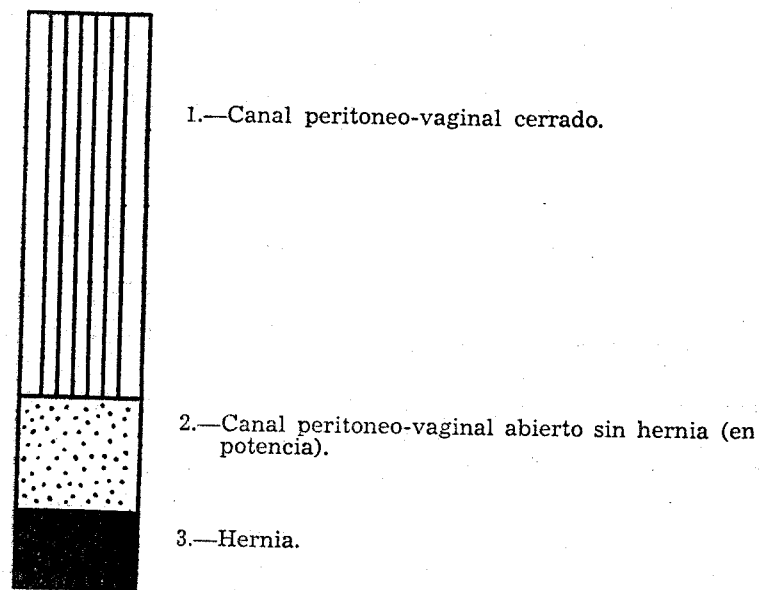


Figura N° 11.

La aplicación de un braguero puede transferir un niño de la clase 3 al de la clase 2, pero no curarlo completamente.

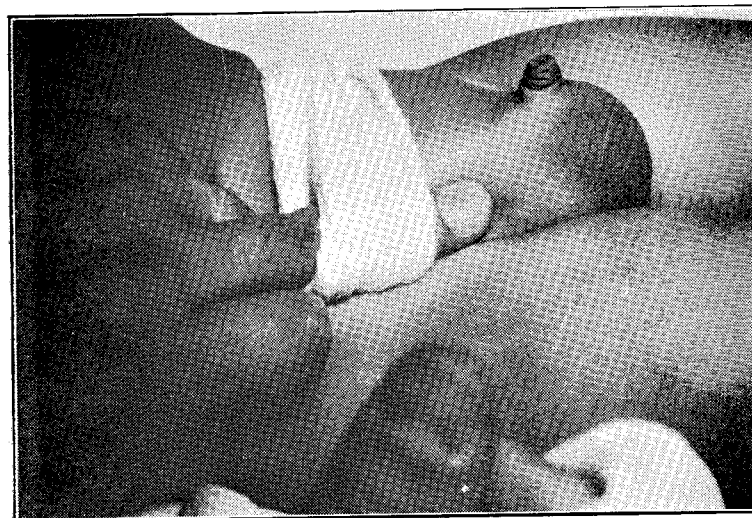


Figura N° 12.

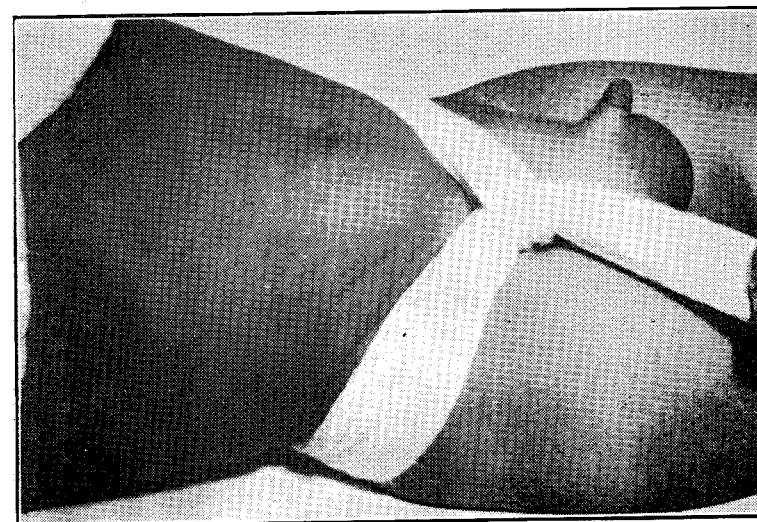


Figura N° 13.

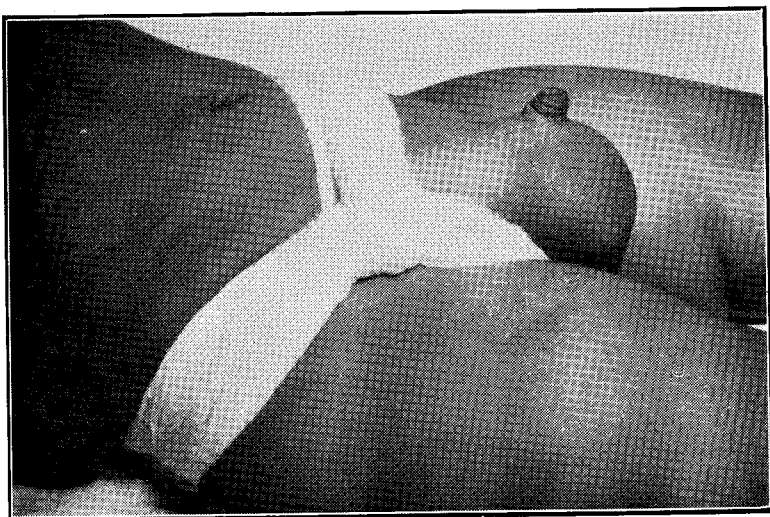


Figura Nº 14.

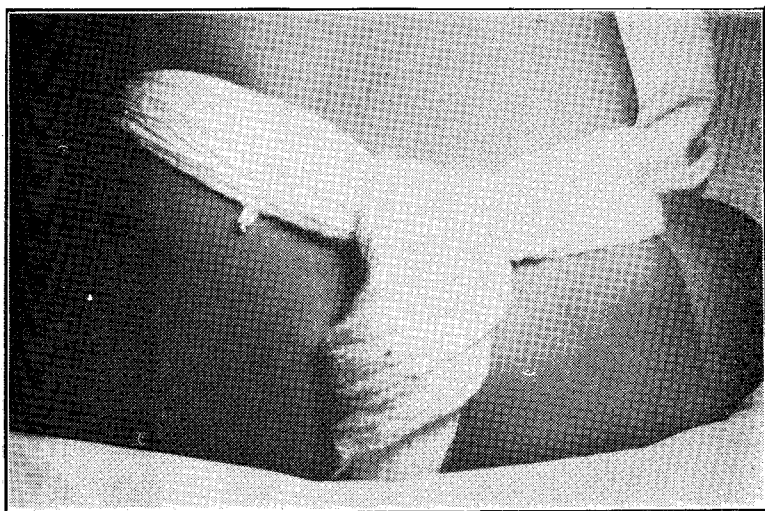


Figura Nº 15.

Mientras que la operación o sea la simple extirpación del saco, transfiere rápidamente un caso de la clase 3 a uno de la clase 1, que se considera definitivamente curado. Por esta razón decía RUSSELL (1925), que en el Hospital de Niños de Melbourne desde hace muchos años no se usan los bragueros.

Varios tipos de bragueros han sido aconsejados, pero pocos se han encontrado satisfactorios. Los bragueros de metal, de cuero o de hule son difíciles de retener en su lugar, en los niños muy jóvenes, y pueden causar daño debido a una presión indebida. Es imposible excluir su contacto con la orina o las heces, y frecuentemente producen irritación cutánea; además de que el crecimiento rápido del niño hace necesario cambios en dichos bragueros. Un método que ha pasado la prueba del tiempo para la retención de hernias en los niños hasta que éstas sean operables es el bragueros de lana; pero la lana tiene la desventaja de producir irritación cutánea o reacciones alérgicas, por lo cual es preferible usar una madeja de hilo de cantel de 40 hebras, cuya longitud varía según el tamaño del niño, colocado alrededor de la cintura y a través de la ingle, con los hilos cruzados sobre la región inguinal y atados en la parte media del dorso (Figuras Nos. 12, 13, 14 y 15), es todo un soporte confortable que va a retener la mayoría de las hernias infantiles. Tales bragueros son baratos, y fáciles de aplicar por la enfermera o la madre. Pueden mantenerse varios a mano y ser lavados al ensuciarse.

Respecto a la opinión de los autores en cuanto a indicaciones y porcentajes de éxito, como con respecto al tipo de bragueros más efectivo, es muy contradictoria.

De nuestra serie de casos, 4 niños habían usado bragueros después de los 6 meses de edad, por período más o menos largo, sin ningún resultado satisfactorio.

HERNIA IRREDUCTIBLE:

Es aquella en que no está comprometida la circulación, por lo tanto se limita a causar dolor y a dificultar un poco el tránsito intestinal; esto obliga a una intervención no de urgencia.

HERNIA ESTRANGULADA:

Entre las complicaciones es la más grave. Se produce con gran frecuencia, pero, es máxima en dos épocas: la primera, durante los 6 primeros meses de la vida; la segunda, entre los 12 y 15 meses y es relativamente rara pasados los 5 ó 6 años.

Síntomas.—En esta complicación, se percibe en el conducto inguinal una tumefacción, que por lo general se extiende más allá del anillo inguinal pudiendo llegar hasta el escroto, la cual es muy dolorosa a la presión y los tejidos subcutáneos pueden estar edematosos. Si la estrangulación data de varias horas aparecen signos de obstrucción intestinal: vómitos, distensión, dolor cólico y paro de materias fecales.

Conducta a Seguir.—Está sujeta a discusión pero, nosotros hemos seguido la siguiente; si se sabe la evolución, si el intestino no está muy apretado, con buen estado general y que date de muy poco tiempo (6 horas), entonces se recurre a la sedación para aliviar el dolor, inducir el sueño y relajar la pared abdominal. El enfermito es colocado en decúbito dorsal en una cuna, cuyos pies se hallan elevados de manera que el colchón forme un ángulo de 20 grados con la horizontal; se coloca una bolsa de hielo protegida, sobre la región inguinal y escroto, para reducir el edema local, administrándose a la vez antibióticos.

Generalmente al cabo de pocas horas el intestino puede reducirse espontáneamente, este tratamiento da muy buenos resultados en el 80% de las hernias estranguladas.

Una conducta que no debe olvidarse, después de obtener la reducción de una hernia estrangulada, principalmente si data de varias horas, es la de auscultar el abdomen. Si el segmento de intestino reducido es normal, se auscultarán nuevamente ruidos intestinales normales, de lo contrario, el abdomen seguirá en silencio.

La taxis es un procedimiento muy delicado, salvo que se tenga experiencia en él; en ninguno de nuestros casos fue usado.

Si la reducción ha tenido éxito, se esperan 2 ó 3 días para el procedimiento quirúrgico; en este lapso ha disminuido el edema de los tejidos y en especial el del saco, lo cual facilita la operación, de no ser posible la reducción, debe operarse de urgencia.

De nuestra serie de 149 casos, 11 sufrieron estrangulación herniaria, lo que hace un porcentaje de 7.3%; de estos 11, el período de estrangulación varió de 2 a 96 horas; 3 se redujeron con el tratamiento de sedación, reposo y bolsa de hielo; en los otros no se intentó dicho tratamiento, por no saberse el tiempo exacto de la estrangulación y retardo a su ingreso, entre los cuales 2 fueron operados a las 48 y 96 horas. Es importante hacer notar que a pesar de que la estrangulación tardó varios días, el intestino se encontró normal, no habiendo necesidad de hacer resección intestinal.

Todos fueron varones y la estrangulación fue del lado derecho en todos los casos, excepto uno.

HERNIOPLASTIA BILATERAL:

Es frecuente ver que, después de operar una hernia inguinal indirecta, aparezca en el lado opuesto. Esta segunda hernia se debe a la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, y la imposibilidad de encontrarla clínicamente, se explica por el hecho de que no se halla contenido en el saco.

WATSON (26), ha encontrado en 50 operaciones por hernia unilateral, un saco potencial del lado opuesto en 22 casos, ha usado la operación combinada gran número de veces y ocasionalmente se ha sorprendido de hallar un saco mayor en el lado opuesto, cree siempre aconsejable operar el lado opuesto cuando se encuentra un anillo agrandado o un impulso exagerado.

IASON (14), estima que el 25% de los pacientes con hernia inguinal indirecta en un lado, desarrollarán eventualmente una hernia inguinal indirecta en el otro.

GROSS (9), dice que ocurren hernias inguinales bilaterales en los niños con cierta frecuencia, no cree que la incidencia sea tan alta y opina que cuando existe hernia inguinal indirecta en el lado izquierdo, en un 80% hay hernia en el lado derecho. En este caso aconseja la exploración y que cuando la hernia es derecha sólo en un 20% aparecerá en el lado izquierdo (1954).

ROTHENBERG (23), opina que la exploración debe hacerse bilateral; este concepto lo expresó en 1952, después de operar por segunda vez a 6 niños, que al tiempo de la primera operación, no presentaban evidencia de hernia bilateral, con esta conducta se evita un segundo riesgo quirúrgico y por consiguiente una segunda hospitalización y anestesia.

En 1955 reportó un estudio de 50 casos de exploración bilateral, habiendo encontrado hernia del lado opuesto en un 70% para ambos lados.

En vista de la discrepancia entre las opiniones de los diferentes autores, se decidió en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital General hacer un estudio, y de nuestra serie de 149 casos, en 45 se hizo exploración del lado opuesto, de los cuales, 24 con el diagnóstico clínico de hernia inguinal derecha, se encontraron 4 hernias del lado izquier-

do, lo que hace un porcentaje de 16.6%; en los 21 pacientes restantes explorados con el diagnóstico de hernia inguinal izquierda se encontraron 9 que tenían hernia derecha, lo que hace un porcentaje de 42.8%.

FRECUENCIA DE HERNIA CONTRALATERAL SEGUN LA EDAD:

Edad:	Nº de Pacientes:
1 mes a 1 año	19
1 año a 4 años	23
4 años a 6 años	2
6 años a 8 años	1
8 años a 12 años	0
Total	45

HERNIA CONTRALATERAL ENCONTRADA EN LA SALA DE OPERACIONES:

	Nº de casos:	Contralateral encontrada:	Porcentaje:
Hernia derecha al examen pre-operatorio	24	4	16.6%
Hernia izquierda al examen pre-operatorio	21	9	42.8%
Totales:	45	13	28.8%

De nuestra corta experiencia se concluye que un 28.8% presentan hernia contralateral; notándose además que a la exploración es más frecuente la hernia derecha, concordando ésto, con la opinión de ciertos autores.

CIENTO CUARENTA Y NUEVE CASOS OPERADOS AL GENERAL Y CENTRO MEDICO DE GUATEMALA*

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
1	7-VI-55	J.G.Ch.	1a. 10m.	♂	Hernia inguinal estrangulada.	Sutura alta del saco.		Operado a las 48 h. de estrangulación. Contenido del saco: ciego y apéndice.
2	9-VI-55	M.L.M.	10m.	♀	Hernia inguinal	Ca de Ferguson.		
3	9-VI-55	J.F.Ch.	1a. 8m.	♂	Hernia inguinal	" "		
4	28-VI-55	E.R.R.	6m.	♂	Hernia inguinal	" "		
5	12-VII-55	F.C.D.	8m.	♂	Hernia inguinal Quiste del cordón	" "	del quiste.	
6	12-VII-55	E.G.S.	3a. 3m	♂	Hernia inguinal Hidrocele.	" "	Eversión.	
7	19-VII-55	H.A.G.	1a. 8m.	♂	Hernia inguinal estrangulada.	" "		Operado 144 h. de reducida la estrangulación.
8	19-VII-55	A.R.L.	4a.	♂	Hernia inguinal	Sutura alta del saco.		
9	22-VII-55	S.A.G.	8m.	♂	" "	" " "		
10	22-VII-55	M.M.P.	2a.	♂	" "	" " "		
11	9-VIII-55	C.R.E.G.	9m.	♂	" "	Ca de Ferguson.		
12	12-VIII-55	R.V.A.	2m. 13d.	♂	" "	Sutura alta del saco.		
13	19-VIII-55	E.R.P.	2m.	♂	" "	Ca de Ferguson.		
14	26-VIII-55	J.B.V.	2a. 10m	♂	" "	" "		
15	30-VIII-55	L.R.S.	4m.	♂	" "	Sutura alta del saco.		Saco delgado, difícil disección y sutura.
16	2-IX-55	O.R.A.	1a. 5m.	♂	Hernia inguinal	Ca de Ferguson.		Usó braguero sin resultado satisfactorio.
17	9-IX-55	E.R.E.R.	1a. 7m.	♂	Hernia inguinal	Ca de Ferguson.		Usó braguero, al año sin resultado.
18	9-IX-55	F.A.R.	5m.	♂	" "	Sutura alta del saco.		
19	26-IX-55	L.R.S.	4m. 27d.	♂	Hernia inguinal Recidivada.	Ca de Ferguson.		Hernia derecha aparece 27 días después de la primera operación.
20	27-IX-55	S.L.G.	2a.	♂	Hernia inguinal	Ca de Ferguson.		
21	27-IX-55	R.G.F.G.	1m. 15d.	♂	" "	Ca de Ferguson.		Contenido del saco derecho: Ciego.
22	30-IX-55	D.M.M.A.	1a. 15d.	♂	Hernia inguinal Hidrocele.	Ca de Ferguson.	Eversión.	
23	4-X-55	A.R.A.C.	10m.	♂	Hernia inguinal	" "		
24	4-X-55	J.M.P.	2a. 4m.	♂	Hernia inguinal	Sutura alta del saco.		

* En todos los casos se usó como anestesia: Eter abierto.

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
25	14-X-55	M.T.F.C.	2a. 9m	♂	Hernia inguinal	adura alta del saco.	del quiste.	
26	18-X-55	N.C.M.	3m	♂	Quiste del cordón	" " "		
27	4-XI-55	E.M.F.	2a. 8m.	♂	Hernia inguinal	" " "		
28	15-XI-55	J.F.A.R.	6m	♂	" " "	" " "		Operado a los 2 días de reducida.
29	22-XI-55	J.A.M.P.	2m.	♂	Hernia inguinal estrangulada.	eral.		
30	22-XI-55	L.A.A.R.	1a. 2m	♂	Hernia inguinal estrangulada.	ica de Ferguson.		Operado a los 6 días de reducida.
31	25-XI-55	J.G.S.M.	2m.	♂	Hernia inguinal	adura alta del saco.		
32	29-XI-55	C.M.G.	6a.	♂	" "	" " "		
33	29-XI-55	O.S.L.F.	8a.	♂	" "	" " "		Operado a los 2a. 3m. de hernia inguinal izquierda.
34	9-XII-55	E.I.M.O.	7a.	♂	" "	ica de Ferguson.		
35	9-XII-55	J.E.P.	8m.	♀	" "	adura alta del saco.		
36	13-XII-55	E.R.G.O.	2m.	♂	" "	" " "		
37	13-XII-55	J.R.A.V.	2m	♂	Hernia inguinal estrangulada.	" " "		Operado a las 24 h. de iniciada la estrangulación.
38	20-XII-55	J.F.M.	5a. 8m.	♂	Hernia inguinal	" " "		
39	27-XII-55	C.H.L.M.	2m	♂	" "	ica de Ferguson.		
40	2-I-56	G.A.V.R.	1a. 7m.	♂	Hernia inguinal estrangulada.	adura alta del saco.		Operado a las 96 h. de estrangulación.
41	3-I-56	C.D.H.	10m.	♂	Hernia inguinal	ica de Ferguson.		
42	24-I-56	N.A.G.A.	1a.	♂	" "	adura alta del saco.		
43	27-I-56	R.R.G.	2m.	♂	Hernia inguinal	" " "	Eversión.	
44	13-IV-56	C.A.	2m.	♀	Hidrocele.	" " "	Hernioplastía umbilic.	
45	17-IV-56	B.A.R.S.	2m.	♂	Hernia inguinal	ica de Ferguson.	del quiste.	
46	24-IV-56	J.M.F.J.	5m.	♂	Quiste del cordón	adura alta del saco.		
47	8-V-56	S.I.M.G.	1a. 6m.	♂	Hernia inguinal	eral.	del quiste.	
48	8-V-56	J.R.A.G.	2m. 15d.	♂	Quiste del cordón	adura alta del saco.		
49	8-V-56	C.O.P.C.	1a. 5m.	♂	Hernia inguinal	" " "		
50	22-V-56	O.M.G.P.	1a.	♀	" "	" " "		
51	25-V-56	J.A.G.C.	1a. 2m.	♀	" "	" " "		
52	5-VI-56	E.O.R.	1a. 7m.	♂	Hernia inguinal	" " "		

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
53	8-VI-56	R.D.B.	1a. 8m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	cura alta del saco.	Postectomía.	
54	15-VI-56	L.C.R.	1a.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	cura alta del saco. Fimosis.		
55	15-VI-56	M.Ch.B.	1a. 5m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	cura alta del saco.		
56	15-VI-56	L.R.S.M.	6a.	♂	" " izq.	" " "		
57	19-VI-56	J.J.M.T.	2m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "	Postectomía.	
58	22-VI-56	M.T.A.	1a. 7m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		
59	6-VII-56	J.S.S.	10a.	♀	" " izq.	" " "		
60	13-VII-56	F.L.E.	2a. 6m.	♂	" " de Fimosis.	" " "		
61	20-VII-56	O.R.G.	4a.	♂	" " de Fimosis.	" " "		
62	3-VIII-56	E.M.P.	3a.	♂	Hernia inguinal de Hernia umbilical de Fimosis.	cura alta del saco. Fimosis.	Hernioplastia umbilic. Postectomía.	
63	7-VIII-56	J.L.L.	4a. 6m.	♂	Hernia inguinal izq. Fimosis.	cura alta del saco.		
64	10-VIII-56	L.F.G.R.	2a. 2m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "	Postectomía.	
65	28-VIII-56	E.R.D.M.	1a. 6m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		Quedó pendiente operación lado izquierdo.
66	2-IX-56	G.G.A.G.	11m.	♂	Hernia inguinal de estrangulada.	" " "		Operado a las 24 h. de es- trangulada.
67	25-IX-56	H.R.G.F.	3a. 11m.	♂	Hernia inguinal de estrangulada.	" " "		
68	15-XI-56	O.J.B.	1a. 10m.	♂	" " de estrangulada.	" " "		Operado 25 h. de estrangu- lación.
69	11-I-57	D.N.H.	8a	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		
70	1-II-57	D.L.P.	2a. 5m.	♂	" " de Fimosis.	" " "		Al año usó braguero sin re- sultado.
71	8-II-57	E.H.S.D.	1a.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	cura alta del saco. Fimosis.		
72	8-II-57	M.A.J.	2a.	♂	Hernia inguinal de estrangulada.	cura alta del saco.		Operado a las 2½ h. de es- trangulación?
73	19-II-57	L.A.	1a. 4m.	♂	Hernia inguinal izq. Fimosis.	" " "		
74	19-III-57	C.A.B.G.	6a.	♂	Hernia inguinal izq. Fimosis.	" " "	Postectomía.	
75	22-III-57	J.A.M.B.	1a. 11m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		
76	12-IV-57	W.E.A.G.	1a.	♂	" " de Fimosis.	" " "		
77	12-IV-57	L.R.	2a.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		
78	30-IV-57	N.F.R.	1a.	♂	Hernia inguinal de estrangulada.	" " "		Operado a las 4 h. de es- trangulación?
79	19-V-57	L.F.A.	8m.	♂	Hernia inguinal de estrangulada.	" " "		Operado a las 6 h. de es- trangulación?
80	7-V-57	J.R.S.C.	3a. 3m.	♂	Hernia inguinal de Fimosis.	" " "		

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
81	8-V-57	R.L.A.	6a.	♂	Hernia inguinal Hidrocele.	dura alta del saco.	Eversión.	
82	10-V-57	V.C.M.	2a.	♂	Hernia inguinal	" " "		
83	14-V-57	H.O.G.C.	2a.	♂	" "	" " "		
84	17-V-57	G.L.T.R.	1a. 8m	♂	" "	" " "		
85	24-V-57	E.R.S.R.	6a.	♂	" "	" " "		
86	24-V-57	H.R.G.T.	5m	♂	" "	" " "		
87	10-VI-55	M.A.R.	3m	♂	" "	" " "		
88	13-IX-55	I. Ll.	2m.	♂	" "	lica de Ferguson.		
89	8-X-55	E.M.M.	6m.	♀	" "	dura alta del saco.		
90	11-X-55	D. de P.	11m	♂	" "	" " "		
91	14-XII-55	R.A.	12a.	♂	" "	lica de Ferguson.		
92	10-I-56	H.C.	5a. 8m	♂	Hernia inguinal Testículo no de	dura alta del saco.	Orquidopexia.	
93	10-I-56	B.M.	14a.	♂	Hernia inguinal Hidrocele.	" " "	Eversión.	
94	16-I-56	L.N.	8m	♀	Hernia inguinal	" " "		Contenido del saco: trompa y ovario derecho.
95	20-II-56	A.T.	2a. 5m	♂	" "	" " "		
96	16-III-56	A.R.P.	1a. 9m.	♀	" "	" " "		
97	10-IV-56	G.R.	1a.	♂	" "	" " "		
98	3-V-56	I.P.P.	5a.	♀	" "	" " "		
99	26-I-57	W.K.	4a. 6m.	♂	Hernia inguinal Quiste del cordón Fimosis.	" " "	del quiste. Postectomía.	
100	2-II-57	C.A.H.	11m. 15d.	♂	Hernia inguinal	lica de Ferguson.		Este caso sufrió accidente de estrangulación el 15-VIII- 55. Usó braguero sin re- sultado.
101	7-III-57	J.G.O.	3a. 6m.	♂	Hernia inguinal Fimosis.	dura alta del saco.	Postectomía.	
102	28-III-57	E.T.	6m.	♂	Hernia inguinal	dura alta del saco. lateral.		
103	9-V-57	M.O.M.	2a. 9m.	♀	Hernia inguinal	dura alta del saco. lateral.		
104	13-V-57	J.M.O.	1m.	♂	Hernia inguinal Fimosis.	dura alta del saco. lateral.	Postectomía.	

CUARENTA Y CINCO CASOS DE HERNIA CONTRALATERAL*

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
1	25-XI-55	J.H.M.	6m	♂	Hernia inguinal izq.	adure alta del saco.	Explorac. lado der. +	
2	7-II-56	R.O.P.	6a.	♂	" "	" " "	" " " —	
3	24-II-56	M.A.P.G.	1a. 3m.	♂	" "	ónica de Ferguson.	" " izq. —	
4	3-III-56	E.C.H.	1a. 8m	♂	" "	adure alta del saco.	" " der. +	Saco de 3 cms. de longitud, permeable.
5	9-III-56	M.T.T.F.	1a. 3m.	♂	" "	ónica de Ferguson.	" " izq. +	Saco de 1 cm. de longitud, permeable.
6	28-III-56	L.F.C.C.	2m.	♂	Hernia inguinal izq.	" "	" " der. —	
					Hernia umbilical.		Hernioplastia umbilic.	
7	20-IV-56	J.A.S.L.	2a. 1m.	♂	Hernia inguinal der.	" "	Explorac. lado izq. —	
8	20-IV-56	C.N.L.	2a. 8m.	♀	" "	adure alta del saco.	" " der. —	
9	8-V-56	J.L.L.G.	2a.	♂	" "	" " "	" " izq. —	
10	2-V-56	A.R.	1a.	♂	Hernia inguinal der.	" " "	" " " —	
					Fimosis.		Postectomía.	
11	1-VI-56	O.G.A.F.	3m.	♂	Hernia inguinal izq.	" " "	Explorac. lado der. —	
12	12-VI-56	M.O.B.	2a. 11m.	♂	" "	" " "	" " izq. —	
13	19-VI-56	E.R.M.	7m.	♂	" "	" " "	" " " —	
14	6-VII-56	A.R.A.	5m.	♂	" "	" " "	" " " —	
15	10-VII-56	R.A.S.G.	6m	♂	" "	ónica de Ferguson.	" " " —	
16	10-VII-56	J.R.L.	1a. 5m	♂	" "	adure alta del saco.	" " " —	
17	20-VII-56	J.L.A.O.	2m	♂	" "	izq. "	" " der. —	
18	27-VII-56	I.Y.G.G.	2m.	♀	" "	der. "	" " izq. —	
19	27-VII-56	J.R.J.S.	5m	♂	" "	izq. "	" " der. —	
20	3-VIII-56	M.P.A.C.	2a.	♂	" "	" " "	" " " —	
21	14-VIII-56	B.G.R.	2a.	♂	" "	" " "	" " " +	
22	19-VIII-56	E.S.R.	8m.	♂	" "	" " "	" " " +	
23	24-VIII-56	C.A.D.	2a. 3m	♂	" "	" " "	" " " —	
24	14-IX-56	G.P.S.	1a. 8m.	♂	" "	der. "	" " izq. —	
25	25-IX-56	R.R.T.	7m.	♂	" "	" " "	" " " —	
26	8-X-56	B.M.S.C.	2a.	♂	" "	" " "	" " " —	
27	9-X-56	O.B.M.	2a.	♂	Hernia inguinal izq.	" " "	Explorac. lado der. —	
					Hidrocele.		Eversión.	
28	26-X-56	C.T.P.	2a. 2m	♂	Hernia inguinal izq.	" " "	Explorac. lado der. +	
29	26-X-56	C.A.E.C.	2a 2m.	♂	" "	" " "	" " izq. —	
30	6-XI-56	J.R.M.R.	1a. 3m	♂	Hernia inguinal izq.	" " "	" " der. +	
					Fimosis.		Postectomía.	
31	16-XI-56	V.E.A.	1a. 6m.	♂	Hernia inguinal izq.	" " "	Explorac. lado der. —	
32	7-XII-56	J.F.M.	5m.	♂	Hernia inguinal der.	" " "	" " izq. —	
					Fimosis.		Postectomía.	

* En todos los casos se usó como anestesia: Eter abierto.

Nº	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Otra Operación	Notas
33	14-XII-56	H.I.L.	1a.	♂	Hernia inguinal	dura alta del saco.	Explorac. lado izq.	+
34	8-II-57	C.A.M.M.	2m.	♂	" "	" " "	" " "	+
35	12-II-57	J.A.F.A.	2a. 4m.	♂	" "	" " "	" " "	+
36	15-II-57	E.A.L.	1a. 1m.	♂	" "	izq. " " "	" " der.	+
37	22-II-57	J.C.R.	6m.	♂	" "	" " "	" " "	—
38	22-II-57	P.H.	8a.	♂	" "	" " "	" " "	+
39	1-III-57	G.A.M.C.	1a. 2m.	♂	" "	der. " " "	" " izq.	—
40	19-III-57	M.T.N.G.	1a. 2m.	♂	" "	" " "	" " "	—
41	23-IV-57	J.A.M.	7m.	♂	" "	" " "	" " "	—
42	2-V-57	J.T.B.	1m. 25d.	♂	" "	izq. " " "	" " der.	—
43	16-V-57	C.H.G.G.	5a.	♂	" "	der. " " "	" " izq.	—
44	31-V-57	H.E.L.L.	7m.	♂	" "	" " "	" " "	—
45	31-V-57	M.A.R.R.	1a. 6m.	♂	" "	izq. " " "	" " der.	+

ESTUDIO ESTADISTICO:

Los datos estadísticos que a continuación se presentan, se tomaron del análisis de 149 casos operados en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital General y en el Centro Médico de Guatemala. Comprendidos desde junio de 1955 a mayo de 1957.

FRECUENCIA DE HERNIA SEGUN LA EDAD:

Edad:	Nº de Pacientes:
1 mes a 1 año	64
1 año a 4 años	66
4 años a 6 años	12
6 años a 8 años	4
8 años a 12 años	2
12 años a 14 años	1
Total	149

FRECUENCIA DE HERNIA SEGUN EL SEXO:

Varones	92%
Hembras	8%

FRECUENCIA DE HERNIA SEGUN LOCALIZACION:

Lado derecho	60%
Lado izquierdo	30%
Bilateral	10%

En esta serie notamos la mayor frecuencia de la hernia, en los primeros 4 años de edad, siendo su predominio en los varones y en el lado derecho.

Además de la operación de hernia inguinal, 3 fueron operados de hernia umbilical, 6 de hidrocele, 5 de quistes del cordón, 11 de fimosis y 1 que además de la hernia presentaba el testículo derecho no descendido y a quien se le hizo orquidopexia, 15 presentaban hernia bilateral, de los cuales en 12 se hizo la operación en una sola sesión.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1ª—En este trabajo se presentan los aspectos clínicos y operatorios más importantes de la hernia inguinal en infantes y niños, para ayuda del pediatra y del residente quirúrgico, en la solución del problema de la hernia en la infancia.
- 2ª—Para el logro de estos fines, se presentan datos de embriología y anatomía, para una fácil y lógica comprensión del tratamiento de la hernia.
- 3ª—La causa determinante de la hernia inguinal indirecta en el niño, es la falla en el cierre del conducto peritoneo-vaginal y no la debilidad muscular.
- 4ª—El examen de la hernia inguinal en el niño, debe efectuarse de un modo distinto al que se practica en el adulto, existiendo métodos simples, como los ya indicados, evitándose de esta manera molestias innecesarias al infante.
- 5ª—Nuestra conducta es aconsejar la operación hasta que el infante tenga 6 meses de edad, dada la posibilidad de que algunos casos curan espontáneamente. Haciéndose excepción en los que presentan hernia bilateral; hernia muy grande; hernia asociada con fimosis; quiste del cordón que dificulte la colocación de un braguero; complicaciones (hernia irreductible, estrangulada); cuando el pediatra juzgue que la hernia cause problemas alimenticios; actitud ante el deseo de los padres de que el niño se opere pronto, etc.

- 6ª—En las ilustraciones de la técnica descrita, se demuestra que el tratamiento debe consistir únicamente en la ligadura alta del saco y en la extirpación total del mismo, sin recurrir a métodos de reparación plástica de las estructuras inguinales; siendo por consiguiente una técnica sencilla, segura y rápida.
- 7ª—Los resultados inmediatos han sido satisfactorios, sin complicaciones de anestesia, de infección de la herida operatoria, hematoma y atrofia del testículo en esta serie de casos.
- 8ª—Al braguero debe considerársele como un recurso temporal, en aquellas hernias que no deben ser operadas, porque el estado general de los niños no lo permite y con la posibilidad de la curación espontánea antes que el infante tenga 6 meses de edad, cuando éste presente una hernia muy pequeña.
- 9ª—De nuestra serie de 149 casos, la mayor frecuencia de la hernia, fue en los primeros 4 años de edad, siendo su predominio en los varones y en el lado derecho, lo que concuerda con las estadísticas extranjeras.
- 10ª—La conducta que seguimos en la hernia estrangulada, es la sedación del niño, reposo en Trendelenburg, antibióticos y bolsa de hielo. Si la reducción ha tenido éxito, se esperan 2 ó 3 días para el procedimiento quirúrgico, de no ser posible la reducción espontánea debe operarse de urgencia. Su porcentaje fue de 7.3%; siendo todos varones y su predominio en el lado derecho.
- 11ª—En los 45 niños, en los cuales pre-operatoriamente sólo pudo demostrarse hernia en un solo lado, se encontró que 13 presentaban hernia del lado opuesto, lo que hace un porcentaje de hernia contralateral de 28.8%.

- 12ª—Ahora bien, en los 45 niños de exploración por hernia unilateral, se encontró que, de 24 con el diagnóstico clínico de hernia inguinal derecha, 4 presentaban hernia del lado izquierdo, lo que hace un porcentaje de 16.6%, el cual por ser tan bajo, no justifica la exploración del lado opuesto; en los 21 pacientes restantes con el diagnóstico de hernia inguinal izquierda, se encontraron que 9 tenían hernia del lado derecho, lo que hace un porcentaje de 42.8%, de donde se concluye que, aunque no llega a un 50%, justifica la exploración rutinaria contralateral.
- 13ª—La exploración contralateral, obvia la necesidad de una segunda hospitalización, segunda anestesia, segunda operación y generalmente no aumenta el tiempo de la estancia post-operatoria.

HORACIO BARTLETT GIORDANO.

Vº Bº,

Dr. Eduardo Lizarralde A.

Imprimase,

Dr. José Fajardo,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Anson, B. J. & Maddock, W. G.*—Callender's Surgical Anatomy. W. B. Saunders Co., 1952.
- 2.—*Coles.* Citado por Potts, W. J. (21).
- 3.—*Camper.* Citado por Watson, L. F. (26).
- 4.—*Duhamel, B.*—Chirurgie Du Nouvea-une Et Du Nourrisson. Masson y Cie. 1953.
- 5.—*Ferguson.* Citado por Potts, W. J. (21).
- 6.—*Ferguson.* Citado por Gross, R. E. (8).
- 7.—*Féré.* Citado por Watson, L. F. (26).
- 8.—*Gross, R. E.*—The Surgery of Infancy and Childhood. Its Principles and Techniques. W. B. Saunders Co. 1953.
- 9.—*Gross.* Referencia personal al Dr. Eduardo Lizarralde A. 1954.
- 10.—*Herzfeld.* Citado por Potts, W. J. (21).
- 11.—*Hoguett & Coley.* Citados por Watson, L. F. (26).
- 12.—*Hogg.* Citado por Watson, L. F. (26).
- 13.—*Harkins, H. N.*—Hernia. Surgery Principles and Practice. J. B. Lippincott Co. 1957.
- 14.—*Iason, A. H.*—Hernia. The Blakinston Co. Philadelphia. 1941.
- 15.—*Keith.* Citado por Watson, L. F. (26).
- 16.—*Kiesewetter, W.*—Pre and Postoperative Care in the Pediatric Surgical Patient. The Year Books Publishers Inc. 1956.

- 17.—*Ladd, W. E. & Gross, R. E.*—Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders Co., 1941.
- 18.—*Lizarralde, A. E.*—Algunas Observaciones sobre la Cirugía de la Hernia Inguinal en el Niño. Revista del Colegio Médico de Guatemala, IV:149, 1953.
- 19.—*Mair, G.*—The Surgery of Abdominal Hernia. Edward Arnold Co. 1948.
- 20.—*Obredanne, L.*—Precis Clinique et Operatoire de Chirurgie Infantile. 482 Masson y Co. Editores. París, 1925.
- 21.—*Potts, W. J.; Rinker, W. L. & Lewis, S. E.*—The Treatment of Inguinal Hernia in Infants and Children. Ann. of Surg. 132:566, 1950.
- 22.—*Russell, H.*—Inguinal Hernia and Operative Procedure. Surg., Gynec. and Obst. 41:605, 1925.
- 23.—*Rothenberg, R. E. & Barnett, T.*—Bilateral Herniotomy in Infants and Children. Surgery, 37, Nº 6, June, 1955.
- 24.—*Testut, L. & Latarjet.*—Tratado de Anatomía Humana. 9ª Ed. Salvat Editores S. A. 1949.
- 25.—*Tuener.* Citado por Potts, W. J. (21).
- 26.—*Watson, L. F.*—Hernia. 3ª ed. The C. V. Mosby Co. 1948.
- 27.—*Zimmerman & Anson.*—Anatomy and Surgery of Hernia. Williams and Wilkins. 1953.