

## HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN EL RECIEN NACIDO

Dr. CARLOS ORDOÑEZ CRESPO

*Hospital de Niños Baca Ortíz, Quito.*

### RESUMEN

Tanto las hernias inguinales como las epigástricas tienen que ser operadas en cuanto son diagnosticadas. No así las hernias umbilicales, cuyo tratamiento conservador es el indicado. Tanto el onfalocelo como la laparoscisis son emergencias quirúrgicas en el período neonatal y se benefician del tratamiento según la técnica de Schuster. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10: 45, 1985).

### HERNIAS INGUINALES

#### La hernia inguinal indirecta

Consiste en la protrusión del contenido abdominal a través del anillo inguinal interno, por defecto de obliteración del conducto peritóneo-vaginal, el mismo que puede descender hasta el escroto en el varón y hasta los labios mayores en la niña (1).

Aunque la hernia inguinal indirecta es más frecuente en el primer año de vida, el 80 o/o se diagnostican en los primeros tres meses. Es 9 veces más frecuente en el hombre que en la mujer y dos veces más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo. Las hernias bilaterales se presentan en 15 o/o de casos y son más frecuentes en el sexo femenino y en prematuros.

La hernia inguinal se manifiesta como una masa blanda y renitente con el aumento de la presión intraabdominal, pero también puede presentarse como un hernia encarcerada y muy dolorosa que en la mayor parte de casos es reducida manualmente. En las niñas, el saco herniario contiene el ovario, la trompa y el ligamento redondo.

La hernia inguinal indirecta no complicada, hay que diferenciarla de la hernia directa, del hidrocele no comunicante, quiste de cordón, testículo inguinal superficial, adenitis inguinal y hernia femoral (2).

#### La hernia inguinal encarcerada

Hay que diferenciarla de la torsión de un testículo mal descendido; torsión de un hidátide testicular y de un ganglio inguinal infartado.

Toda hernia inguinal debe ser reparada una vez que ha sido diagnosticada, a menos que el estado general del paciente o la prematuridad lo impidan (7). En las hernias encarceradas y reducidas, la reparación tiene lugar 24 a 48 horas después de su reducción, con el objeto de que disminuya el edema y la reacción inflamatoria local. Durante este tiempo, es mandatorio controlar los signos de peritonitis que pudieran presentarse por una necrosis en placa del intestino lesionado y que obligarían a intervenir inmediatamente.

La hernia estrangulada es una emergencia y el niño será operado en cuanto la reanimación lo haya puesto en condiciones adecuadas. En la intervención, hay que verificar la viabilidad

del intestino y la integridad testicular.

### HERNIA UMBILICAL

Resulta del cierre incompleto de la aponeurosis del anillo umbilical, a través del cual hace prosidencia el saco peritoneal.

Su diagnóstico es sencillo frente a una masa umbilical cubierta por piel, que aumenta con el incremento de presión intraabdominal. La ruptura y estrangulación son complicaciones raras en la infancia (3).

El uso de la faja en los niños no contribuye a la curación de la hernia ya que, en la mayoría de casos, ésta se cierra espontáneamente (4).

La hernia umbilical no se opera en el período neo-natal. La reparación quirúrgica está indicada en hernias mayores de 15 mm. de diámetro en niños mayores de dos años y en varones mayores de 4 años. Igualmente está indicada la operación en hernia encarcerada, reductible o no; hernia supraumbilical; y masa tumoral o cuerda palpable bajo una hernia umbilical.

Es común ver a recién nacidos portadores de granuloma umbilical. Cuando éste es exuberante y presenta pérdidas de líquido, debemos sospechar un uraco permeable o la persistencia de una fístula ónfalo-mesentérica. Como medida de despistaje, en ciertos pacientes con granuloma umbilical secretante, se recomienda la radiografía tangencial del abdomen con el paciente en decúbito dorsal para buscar la burbuja de aire retroumbilical. También se suele investigar el pequeño orificio en el centro del granuloma, el mismo que es cateterizado y la fístula demostrada con Gastrografina.

### HERNIA EPIGASTRICA

Es muy rara en el recién nacido. Se puede presentar como una pequeña masa subcutánea, dependiente del ligamento falciforme del hígado y que se localiza sobre la línea xifo-umbilical. Tratándose de hernias irreductibles, dolorosas y que se estrangulan con facilidad, el tratamiento indicado es el quirúrgico.

### ONFALOCELE

Es la hernia parcial o completa de una o más vísceras abdominales a nivel de la base del cordón umbilical y que está cubierta, parcial o totalmente por el saco amniótico, en el que se inserta dicho cordón.

El onfalocele resulta de la falta de reintegración del intestino dentro de la cavidad abdominal, al término de la décima semana de vida intrauterina (11,12). En consecuencia, los músculos rectos están intactos y no hay deficiencia de la pared abdominal. Existe un anillo herniario desprovisto de piel y más pequeño que el contenido visceral del saco amniótico.

Las anomalías asociadas se observan en el 50o/o de los casos. Las más frecuentes son: malrotación intestinal y prematuridad; esta última, asociada a macroglosia y gigantismo, se conoce como síndrome de Beekwith-Wiedemann. Son menos frecuentemente observadas las anomalías cardio-vasculares severas, labio leporino, extrofia vesical, hernia diafragmática, atresia duodenal, imperforación anal, persistencia del canal ónfalomesentérico y uraco permeable.

El diagnóstico se hace al nacimiento. Los pequeños onfaloceles tienen el aspecto de un cordón umbilical sensiblemente engrosado, que debe ser reconocido por el obstetra, quien puede ligar y seccionar un asa intestinal incluida en el cordón.

El niño portador de esta patología debe ser objeto de una conducta dirigida a proteger el onfalocele de la infección, la ruptura y evisceración, para lo cual debe ser trasladado en las mejores condiciones de reanimación a un centro especializado (5).

En el manejo preoperatorio hay que realizar los siguientes gestos:

- a) Evitar la infección, ruptura, torsión y lesión intestinal con la protección adecuada con compresas estériles embebidas en suero fisiológico.
- b) Colocar una sonda nasogástrica en drenaje libre.

c) Colocar al niño dentro de una bolsa de plástico que llegue hasta las axilas para evitar hipotermia y deshidratación.

d) Canalizar una vena.

e) Enviar de inmediato al centro especializado para el tratamiento quirúrgico, que deberá efectuarse antes de las seis horas de vida.

Se debe evitar el uso de sustancias quelinizantes por el riesgo de infección y ruptura, antes de lograr el cierre del defecto, y se debe investigar una malrotación intestinal u otra malformación digestiva asociada.

Para escoger las técnicas a utilizar hay que relacionar el volumen del onfalocele con el diámetro del anillo, de una parte y el perímetro inferior del tórax, de otra. Mientras más estrecha es esta relación, más grave es el pronóstico y las dificultades operatorias (10).

La malrotación es corregida al dejar el intestino en posición de mesenterio común completo, asociado a apendicectomía, gastrotomía y cierre del defecto parietal con músculo y piel (16) o mediante la colocación de placas de material sintético, según la técnica de Schuster (8,15).

Están condenados los métodos quirúrgicos que producen hipertensión intraabdominal con repercusión respiratoria y cardio-vascular. El tratamiento en dos tiempos y el evitar el uso de curarizantes, durante la reintegración de vísceras al abdomen, evitan este inconveniente.

Está justificada la profilaxia de la infección post-operatoria, más frecuente a pseudomoná aeruginosa, luego de haber tomado las debidas muestras para cultivo y antibiograma.

La mortalidad total del onfalocele es 30o/o, la del onfalocele roto y de la gastrosquisis es 50o/o. La prematuridad y las malformaciones asociadas aumentan sensiblemente la mortalidad. La causa directa de muerte en el 71o/o de casos, es la complicación inflamatoria (neumonía, peritonitis, septicemia) (9,13,14).

#### LAPAROSQUISIS (gastrosquisis)

Es la protrusión visceral a través de un

defecto de la pared abdominal, junto al cordón umbilical, que está normalmente implantado, asociado a un intestino no rotado y anormalmente corto. El defecto de la pared abdominal está generalmente a la derecha de la inserción del cordón umbilical. No hay saco que contenga las vísceras protruidas. El defecto parietal es pequeño y esto es causa importante de edema intestinal (6). A más del intestino delgado, pueden estar protruidos el estómago (gastrosquisis), colon descendente, hígado, útero y vejiga.

La prematuridad se encuentra en la mitad de los casos. El diagnóstico se hace al nacimiento y hay que diferenciarlo del onfalocele roto.

El tratamiento inmediato, realizado por el médico encargado de la reanimación del recién nacido con laparosquisis, está encaminado a proteger la masa visceral protruida (con compresas estériles embebidas de suero fisiológico), cuidando de evitar la torsión del intestino. El niño será transportado inmediatamente a un centro especializado donde se realizará el tratamiento quirúrgico de urgencia, el mismo que es similar al del onfalocele roto (10).

#### Bibliografía

1. Conner, W. T. y Peacock E.: Algunos estudios en la etiología de la hernia inguinal. *Amer. J. Surg.*, 126: 732, 1973.
2. Marchall, D. G.: Femoral hernias in children. *J. Ped. Surg.*, 18: 160, 1983.
3. James, P. M.: Problema de la hernia del niño y del adolescente (umbilical e inguinal). *Surg. Clin. N. Amer.*, 51: 1361, 1971.
4. Angel-Lord, G.: Hernia umbilical en el niño. Comparación del tratamiento con vendaje adhesivo o sin él. *Med. J. Austr.*, 53: 83, 1971.
5. Girvan, D. P., Webster, D. M. y Shandling, B.: El tratamiento del onfalocele y gastrosquisis. *Surg. Gynec. Obstet.*, 139: 222, 1974.
6. Mahour, G. H., Weitzan, J. J. y Rosenkrantz, J. G.: Onfalocele y gastrosquisis. *Ann. Surg.*, 177: 478, 1973.

7. Rowe, M. I. y Marchildon, M. B.: Hernia inguinal e hidrocele en infantes y niños. *Surg. Clin. N. Amer.*, 61: 1173, 1981.
8. Grosfeld, J. L., Dawes, L. and Weber, T. R.: Congenital Abdominal Wall Defects: Current management and survival. *Surg. Clin. N. Amer.*, 61: 1037, 1981.
9. Seashore, J. H.: Defectos congénitos de la pared abdominal. *Clin. Perinat.*, 1: 61, 1978.
10. Pellerin, D. and Bertin, P.: *Técnicas de Cirugía Pediátrica*. Toray Masson, s.a., 1981.
11. De Vries, P. A.: The Pathogenesis of Gastroschisis and Omphalocele. *J. Ped. Surg.*, 15: 245, 1980.
12. Aoki, Y., Ohshio, T. and Komi, N.: An experimental study on Gastroschisis using fetal surgery. *J. Ped. Surg.*, 15: 252, 1980.
13. Knight, P. J., Sommer, A. and Clatworthy, H. W.: Omphalocele: A pronostic classification. *J. Ped. Sur.*, 16: 599, 1981.
14. Stringel, G. and Filler, R. M.: Prognostic factors in omphaloceles and gastroschisis. *J. Ped. Sur.*, 14: 515, 1979.
15. Repse, S., Zakelj, V. et Kornhauser, P.: Notre experience dans le traitement des grandes omphaloceles et du laparoschisis. *Ann. Chir. Inf.*, 15: 195, 1974.
16. Aoyama, K.: A new operation for repair of large ventral hernias following giant omphalocele and gastroschisis. *J. Ped. Surg.*, 14: 172, 1979.