



Original breve

Hernias atípicas en la infancia

C. Montalvo Ávalos^a, V. Álvarez Muñoz^b, L. Fernández García^a, A. J. López López^a,
M. Oviedo Gutiérrez^a, C. Lara Cárdenas^a, N. Vega Mata^b

^aMIR-Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España • ^bCirugía
Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias. España.

Publicado en Internet:
10-abril-2015

Cristina Montalvo Ávalos:
cristinamontalvo_avalos@hotmail.com

Resumen

Objetivos: presentar nuestra experiencia con los defectos herniarios atípicos en edad pediátrica y revisar la bibliografía al respecto.

Material y métodos: estudio retrospectivo descriptivo de pacientes diagnosticados de hernia entre el año 2002 y 2012 en nuestro centro. Se excluyeron los diagnósticos de hernia inguinal, umbilical y epigástrica.

Resultados: se registraron seis pacientes: cuatro diagnosticados de hernia crural, uno de hernia de Spiegel y uno de hernia lumbar. El diagnóstico se realizó mediante la exploración física de tumoración reductible en diferentes regiones anatómicas. Se solicitó ecografía en el caso de hernia de Spiegel por teste izquierdo no palpable asociado y en dos casos de hernia crural por sospecha de incarceration. Como antecedentes personales, dos pacientes con hernia crural asociaban hernia inguinal y un paciente con hernia crural presentó quiste de cordón ipsilateral. Se realizó cierre primario en todos los casos, salvo en el paciente con hernia de Spiegel, en el que fue preceptiva la laparoscopia para el descenso del teste intraabdominal izquierdo, no precisando herniorrafia por interposición de plano muscular que reforzaba el defecto. Dos casos de hernia crural recidivaron, por lo que precisaron la colocación de una malla de polipropileno en el defecto, y en otro caso de hernia crural se constató hernia crural contralateral.

Conclusiones: los diferentes tipos de hernias se diagnostican por la localización anatómica de una tumoración reductible que se palpa en exploración física, siendo su tratamiento quirúrgico una indicación tras su diagnóstico debido a un mayor riesgo de complicaciones que en adultos.

Es necesaria la valoración de un cirujano pediátrico ante cualquier defecto de pared abdominal independiente de su localización.

- Palabras clave:**
- Hernia de Spiegel
 - Hernia lumbar congénita
 - Hernia femoral
 - Pediatría

Atypical hernia defects in childhood

Abstract

Objectives: to present our experience with atypical hernia defects in pediatric patients and review of the literature.

Material and methods: a retrospective analysis of patients diagnosed with hernia between 2002 and 2012 in our Center. Patients with inguinal, umbilical and epigastric hernia were excluded.

Results: we treated six patients: four femoral hernias, a Spigelian hernia and a lumbar hernia. The diagnosis was made by physical examination of a reductible mass in different anatomical locations. Ultrasound was used in the Spigelian hernia because it is associated to undescended testis, and in two cases of femoral hernia for suspected incarceration. Two patients with femoral hernia presented with an associated inguinal hernia and one patient with femoral hernia presented same side cord cyst. Primary open closure was performed in all cases except in the Spigelian hernia where a laparoscopy was performed in order to descend the testicle. Two cases of femoral hernia recurrence needed a polypropylene mesh placement into the defect and in one case of femoral hernia, another femoral hernia was found on the other side.

Conclusions: different types of hernias are diagnosed by the anatomical location of a reductible mass seen in the physical examination. Surgery is the treatment of choice right after diagnosis due to a higher risk of complications compared with adults. Pediatric surgical consultation is thereby mandatory.

- Key words:**
- Spigelian hernia
 - Congenital lumbar hernia
 - Femoral hernia
 - Pediatrics

Cómo citar este artículo: Montalvo Ávalos C, Álvarez Muñoz V, Fernández García L, López López AJ, Oviedo Gutiérrez M, Lara Cárdenas C, et al. Hernias atípicas en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:139-43.

INTRODUCCIÓN

Existe patología herniaria habitual en adultos, pero también se puede observar en niños, aunque más raramente. Este hecho genera situaciones de diagnóstico tardío y aumento de las complicaciones. Algunas no se manifiestan por sacos palpables o emergen a través de anillos distantes de los planos superficiales. Nos referimos a las hernias femorales o crurales (que constituyen menos de un 1% de las hernias de la edad pediátrica)¹, a las hernias lumbares (existen pocos casos pediátricos en la literatura médica)² y a la hernia de Spiegel (que se ve fundamentalmente en adultos)³.

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia con los defectos herniarios atípicos en la edad pediátrica, y revisar la bibliografía al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de hernia del año 2002 al 2012 en nuestro centro.

Los pacientes se identificaron a partir de la revisión de historias de la base de datos del Hospital Central de Asturias, codificados por el CIE-9. Se recogieron variables de edad, sexo, localización de la hernia, tiempo de evolución, tratamiento recibido y complicaciones postoperatorias, así como recidivas. Se excluyeron los diagnósticos de hernia inguinal, epigástrica, umbilical y otros defectos congénitos de la pared abdominal, como gastrosquisis y onfalocele.

RESULTADOS

Entre enero de 2002 y diciembre de 2012 se obtuvo un total de seis pacientes (Tabla 1): cuatro diagnosticados de hernia crural, uno de hernia de Spiegel y uno de hernia lumbar. De los cuatro casos con hernia crural, dos eran mujeres y los otros dos varones; la localización fue derecha en tres de los cuatro casos. Como antecedentes personales, dos casos con hernia crural asociaban hernia inguinal y un paciente presentó quiste de cordón ipsilateral. En todos los casos el diagnóstico se realizó

Tabla 1. Pacientes con hernias atípicas

Tipo de hernia	Localización	Sexo	Edad	Clínica	Tratamiento	Complicaciones
Crural	Derecha	F	1 año	Tumoración que aumenta con el llanto por debajo de cicatriz de hernia inguinal intervenida	Herniorrafia laparoscópica	Sí, (precisó colocación de malla)
Crural	Derecha	M	6 años	Tumoración irreductible y dolorosa	Herniorrafia	No
Crural	Izquierda	F	23 meses	Tumoración intermitente con los esfuerzos en pliegue inguinal inferior a cicatriz de hernia inguinal intervenida	Hernioplastia con malla	Sí (contralateral que precisó malla)
Crural	Derecha	M	3 años	Tumoración reductible y asintomática en región crural	Herniorrafia	No
Spiegel	Izquierda	F	1 mes	Teste izquierdo intraabdominal herniado en pequeño defecto de pared (hernia de Spiegel) observado en ecografía	Orquidolisis y pexia izquierda por laparoscopia	No
Lumbar	Izquierda	M	23 días	Tumoración en flanco que aumenta con el llanto, reducción espontánea. Tórax en campana	Cierre primario y refuerzo con colgajo muscular	No

mediante exploración física de tumoración reducible en pliegue inguinal, aproximadamente a 1 cm por encima de los vasos femorales, con historia clínica compatible de tumoración que protruye con el llanto o el esfuerzo.

Se solicitó ecografía en dos pacientes por sospecha de incarceration. El tratamiento quirúrgico que se realizó fue herniorrafia en todos los casos. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias. En el control ambulatorio posterior se detectó recidiva en dos pacientes, que precisaron una reintervención y la colocación de una malla de polipropileno en el defecto; en un paciente con hernia crural se constató la aparición de hernia contralateral, que se reparó mediante herniorrafia.

El paciente con hernia de Spiegel era varón, sin antecedentes de interés. La localización fue izquierda. El diagnóstico se realizó mediante exploración física de tumoración reductible lateral a los rectos abdominales y por debajo del nivel umbilical. Se solicitó ecografía por teste izquierdo no palpable asociado. El tratamiento quirúrgico realizado fue mediante laparoscopia para el descenso del teste intraabdominal y sin precisar herniorrafia por la interposición del plano muscular que reforzaba el defecto. El postoperatorio cursó sin incidencias y en el control ambulatorio posterior no se ha observado recidiva hasta el momento actual.

El paciente diagnosticado de hernia lumbar era varón y la localización era izquierda. En los antecedentes personales, destacamos que era segundo gemelo de 35 semanas de gestación e ingresó al nacimiento por bajo peso. El diagnóstico se realizó a los 23 días de vida por tumoración en flanco izquierdo que aumentaba con la tos y el llanto y que se reducía de forma espontánea. Se visualizaba tórax en campana. Se solicitaron radiografías toracoabdominales posteroanteriores y laterales, que fueron normales. El paciente se controló ambulatoriamente y se constató un aumento del defecto con el crecimiento del niño, por lo que al año de vida se realizó una intervención quirúrgica mediante incisión subcostal izquierda. Esta puso de manifiesto un defecto de 2 cm en el triángulo lumbar superior, con contenido intestinal protruyente.

Se realizó cierre primario con cobertura musculoa-poneurótica en tres planos. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Actualmente el paciente está asintomático.

DISCUSIÓN

Las hernias constituyen una de las patologías quirúrgicas más prevalentes en Pediatría, siendo su localización habitual la zona umbilical, epigástrica o inguinal. Pero existen otras zonas de debilidad de la pared abdominal, como las hernias crurales, la hernia de Spiegel y la hernia lumbar, propias de los adultos^{1,4}. La incidencia de estos tipos de hernias en la edad pediátrica es muy baja. En nuestra serie obtuvimos un total de seis casos en diez años. Su diagnóstico muchas veces se retrasa, al no ser una patología que se vea habitualmente en la consulta de Pediatría, con el agravante de que existe mayor riesgo de complicaciones que en adultos.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por la localización anatómica de una tumoración reducible que aparece con los esfuerzos.

Los principales tipos de hernias inguinocrurales en los niños son las hernias inguinales indirectas, que salen por el anillo inguinal interno y se originan por una obliteración deficiente del proceso peritoneo-vaginal con una incidencia de hasta el 30% en pacientes prematuros¹. En las hernias femorales o crurales, la protusión es a través del foramen femoral, entre el arco de la crura y el ligamento de Cooper, observándose la tumoración por debajo del ligamento inguinal, es decir, por debajo del pliegue de la ingle quedando distal y lateral a la localización de las hernias inguinales indirectas. Su incidencia es menor del 1% del total de hernias de la región genital. Se afecta más frecuentemente el lado derecho (58-74% de los casos según la serie)^{1,5,6}, igual que en nuestra casuística, que en tres de los cuatro casos la localización fue derecha.

Los pacientes con hernia crural suelen diagnosticarse y tratarse erróneamente de hernia inguinal, acudiendo posteriormente por recurrencias; la tasa de errores alcanza el 45-75%⁵. En nuestra

serie, dos pacientes se trataron de hernia inguinal y posteriormente se les diagnosticó de hernia crural por exploración física de tumoración inferior y lateral al tubérculo del pubis y que no se reducía al ocluir el anillo inguinal interno. El diagnóstico diferencial debe realizarse con lipomas o adenopatías inguinales⁵, mucho más frecuentes que las hernias crurales.

En estos casos no es necesaria la realización de pruebas complementarias. Solo si existe sospecha de incarceration herniaria y puede coexistir complicación secundaria a la misma se recomienda realizar una ecografía previa al tratamiento, que siempre es quirúrgico. Existen diferentes técnicas quirúrgicas: herniorrafia inguinal anterior (técnica de McVay) o hernioplastias con prótesis; también se ha descrito el abordaje laparoscópico con buenos resultados^{7,8}.

Nosotros optamos por el abordaje inguinal anterior, realizando herniorrafia y en casos de recidiva preferimos realizar hernioplastia con malla de polipropileno para evitar recurrencias.

En relación a las hernias de Spiegel, son muy raras en niños. Existen unos 50 casos descritos en la literatura médica^{3,9}. La proporción entre el lado derecho e izquierdo es similar y son más raras las bilaterales. Este tipo de hernias se localizan en el borde externo de la línea semilunar descrita por Spiegel en 1645¹⁰, en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. Se han descrito casos en los que el defecto era congénito, pero en la mayoría es adquirido. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y variables, como dolores abdominales mal localizados que aumentan con la tos y el ejercicio y desaparecen con el decúbito. El diagnóstico de sospecha se establece al palpase tumoración en la región de Spiegel. No obstante, en ocasiones no se detectan porque el saco herniario se oculta bajo la aponeurosis del oblicuo mayor. En casos de duda se recomienda realizar ecografía o tomografía computarizada, con una sensibilidad del 90-100%^{11,12}; además aportan información de

la localización, tamaño y contenido del saco herniario. La laparoscopia se postula como medio diagnóstico con la ventaja de poder tratar la hernia mediante este abordaje^{13,14}. En nuestro caso, se realizó laparoscopia exploradora por asociación de teste no palpable ipsilateral. Aproximadamente el 75% de los varones con hernia de Spiegel asocian criptorquidia, lo que sugiere que un defecto en la fascia de Spiegel junto con criptorquidia ipsilateral puede constituir un nuevo síndrome^{15,16}. El tratamiento de este defecto también es quirúrgico, mediante abordaje tradicional abierto o laparoscópico para evitar complicaciones, que oscilan entre el 21 y el 33%³.

Dentro de los defectos de pared abdominal, las hernias lumbares son las menos frecuentes. Se localizan en la región lumbar, entre la duodécima costilla por arriba, la cresta ilíaca por abajo, la columna vertebral y los músculos espinales por detrás, y el borde posterior del músculo oblicuo mayor por delante. Esta área se divide en dos zonas débiles: el triángulo lumbar inferior o de Petit, y el triángulo lumbar superior o de Grynfelt. Pueden ser hernias congénitas (nuestro caso), o adquiridas (más frecuentes en adultos). El 10% del total son congénitas y se asocian a defectos musculoesqueléticos de la región lumbar como el síndrome lumbocosto-vertebral^{2,17,18}. Se deben a alteraciones del desarrollo embrionario entre la tercera y la novena semana de gestación y producen alteraciones anatómicas que predisponen a la herniación. En general, son más frecuentes en varones y en el lado izquierdo; pueden contener peritoneo y órganos como el intestino o el epiplón, el bazo, el estómago o el apéndice. El diagnóstico es clínico, al constatare una masa reductible en la región lumbar. Pueden solicitarse radiografías simples o tomografía computarizada para descartar defectos congénitos asociados. El tratamiento es siempre quirúrgico, mediante cierre primario del defecto o por interposición de colgajos o malla en casos de gran tamaño. Se recomienda intervenir en el primer año de vida por el aumento del defecto con el crecimiento del niño.

CONCLUSIÓN

Los diferentes tipos de hernias se diagnostican por la localización anatómica de una tumoración reductible que se palpa en exploración física. Es recomendable la valoración por un cirujano pediátrico ante cualquier defecto de pared abdominal, inde-

pendientemente de su localización, para realizar un tratamiento precoz, por el mayor riesgo de complicaciones que en adultos.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Kelly KB, Ponsky TA. Pediatric abdominal wall defects. *Surg Clin North Am.* 2013;93:1255-67.
- Sharma A, Pandey A, Rawat J, Ahmed I, Wakhlu A, Kureel SN. Congenital lumbar hernia: 20 years' single centre experience. *J Paediatr Child Health.* 2012;48:1001-3.
- Moles Morenilla L, Docobo Durántez F, Mena Robles J, De Quinta frutos R. Hernia de Spiegel en España. Análisis de 162 casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:338-47.
- Elías Pollina J. Diagnóstico visual en patología quirúrgica infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:349-58.
- Wright MFA, Scollay JM, McCabe AJ, Munro FD. Paediatric femoral hernia. The diagnostic challenge. *Int J Surg.* 2011;9:472-4.
- Ohene-Yeboah M, Abantanga F, Oppong J, Togbe B, Nimako B, Amoah M, et al. Some aspects of the epidemiology of external Hernias in Kumasi, Ghana. *Hernia.* 2009;13:529-32.
- Adibe OO, Hansen EN, Seifarth FG, Burnweit CA, Muensterer OJ. Laparoscopic-Assisted Repair of Femoral Hernias in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009;19:691-4.
- Tan SY, Stevens MJ, Mueller CM. A novel laparoscopic-assisted approach to the repair of pediatric femoral hernias. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2013;23:946-8.
- Inan M, Basaran UN, Aksu B, Dortdogan Z, Dereli M. Congenital Spigelian hernia associated with undescended testis. *World J Pediatric.* 2012;8:185-7.
- Spiegel A. *Opera quae extant omnic.* Ámsterdam: John Bloew; 1645. p. 103.
- Light D, Chattopadhyay D, Bawa S. Radiological and clinical examination in the diagnosis of Spigelian hernias. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:98-100.
- Turatti RC, Moura VM, Cabral RH, Simionato-Netto D, Sevillano MM, Leme PL. Sonographic aspects and anatomy of the aponeurosis of transverses abdominalis muscle. *Arq Bras Cir Dig.* 2013;26:184-9.
- Barker R, Gill RS, Brar AS, Birch DW, Karmali S. Emergent laparoscopic repair of a Spigelian hernia: case report and review of the literatura. *Case Rep Med.* 2013;2013:197561.
- Moreno-Egea A, Campillo-Soto A, Morales-Cuenca G. Which should be the gold standard laparoscopic technique for handling Spigelian hernias? *Surg Endosc.* 2015;29:856-62.
- Rushfeldt C, Oltmanns G, Vonon B. Spigelian-cryptorchidism syndrome: a case report and discussion of the basic elements in a possibly new congenital syndrome. *Pediatr Surg Int.* 2010;26:939-42.
- Mirilas P. Congenital Spigelian hernia and undescended testis: pit falls in the transformation of a "coexistence" to "sequence" and "new syndrome". *Eus J Pediatr Surg.* 2013;23:167-8.
- Cavallaro G, Sadighi A, Paparelli C, Miceli M, D'Ermo G, Polistena A, et al. Anatomical and surgical considerations on lumbar hernias. *Am Surg.* 2009;75:1238-41.
- Jones SL, Thomas I, Hamill J. Laparoscopic lumbar hernia repair in a child with lumbocostovertebral syndrome. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2010;20:97-8.