

# Herniorrafia laparoscópica en niños

Dr. J. García Andrade

Hospital Provincial Docente Ambato, Ambato Ecuador

## Resumen

Entre septiembre de 2002 y junio de 2003 hemos intervenido quirúrgicamente por vía laparoscópica nueve casos de hernia inguinal indirecta en niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 9 meses y 8 años; utilizando abordaje de 5 o 10 mm umbilical para la óptica, otra incisión de 5 mm infraumbilical para manejo de portagujas, y una incisión de 2 mm a nivel del anillo inguinal interno, para pasar la aguja curva con monofilamento 3-0; con el que ligamos el anillo inguinal interno. Cuatro pacientes tenían hernia derecha y otros 4 izquierda. Un paciente tenía hernia bilateral. Encontramos saco herniario contralateral en 3 casos (33,3%), de los cuales 2 correspondieron al lado izquierdo y uno al derecho. Un solo paciente presentó complicaciones (11,1%): una niña de 4 años con hematoma de pared por punción de una vena epigástrica, que evolucionó satisfactoriamente. Relatamos nuestra experiencia con una técnica que consideramos segura y práctica.

**Palabras clave:** Herniorrafia - Laparoscopia

## Summary

Between September 2002 and June 2003 we treated 9 patients with inguinal hernias (IH) by means of a laparoscopic approach. Their ages were 9 months to 8 years. We used a 5 or 10 mm scope through the umbilicus, a 5 mm infraumbilical port (for the needle holder) and a 2 mm incision on the internal inguinal ring in order to close it with a curved needle – monofilament suture. Four patients had right IH, four patients had left IH, and one patient had bilateral IH. We had only one complication (an abdominal wall hematoma due to a laceration of the epigastric vessels that solved spontaneously. We here-in present our experience with this safe and effective technique,

**Index words:** Inguinal Hernia - Laparoscopy

## Resumo

Entre setembro de 2002 e junho de 2003 foram realizadas nove operações de hérnia inguinal, por via videolaparoscópica, em crianças de ambos os sexos, com idades entre 9 meses e 8 anos; utilizou-se abordagem de 5 ou 10 mm umbilical para a óptica, outra incisão de 5 mm infraumbilical para manejo do porta-agulha, e uma incisão de 2 mm ao nível do anel inguinal interno, para passar a agulha curva com fio monofilamentar 3-0; com ele foi ligado o anel inguinal interno. Quatro pacientes tinham hérnia inguinal direita e 4 esquerda. Um tinha hérnia bilateral. Encontrou-se saco herniário contra-lateral em 3 casos (33,3%), dos quais 2 eram à esquerda e 1 à direita. Somente um paciente apresentou complicações (11,1%): uma menina de 4 anos com hematoma de parede por punção de uma veia epigástrica, que evoluiu satisfatoriamente. Relatamos nossa experiência com uma técnica que consideramos segura e prática.

**Palavras chave:** Herniorrafia - Laparoscopia

## Introducción

La hernia constituye una protrusión de órganos o tejido a través de un orificio anormal anatómicamente constituido en la región inguinal; la misma que puede ser indirecta (frecuente en niños) o directa (inguinal o femoral).

Anatómicamente la hernia indirecta protruye el contenido peritoneal a través del anillo inguinal interno, se la cataloga como congénita y es la más frecuente en la edad pediátrica. El saco herniario recorre junto al cordón espermático y en sentido anterior, terminando en ocasiones el fondo de saco a nivel de escroto<sup>1-3</sup>. Las hernias directas se dan por daño de la pared posterior, inclusive luego de reparar quirúrgicamente una hernia indirecta. Las hernias femorales constituyen defectos del canal femoral, y son sumamente raras en los niños. Globalmente se describe una incidencia de hernia inguinal entre 1 a 3 % de recién nacidos a término; hasta de 5% en pretérminos; y en patologías degenerativas del tejido conjuntivo, o situaciones que incrementan la presión intraabdominal, la presencia de hernias alcanza una incidencia del 15% (pacientes portadores de trastornos como fibrosis quística, síndrome de Ehlers Danlos, Hunter Herley (mucopolisacaridosis), pacientes con diálisis peritoneal, derivaciones ventrículo peritoneales)<sup>1,3,4</sup>.

Por considerarse una patología frecuente y riesgosa cuando está sometida a procesos de encarceramiento o estrangulación, la conducta terapéutica constituye la herniorrafia inmediatamente después de realizar el diagnóstico, inclusive en recién nacidos pretérminos de alto riesgo. De la misma manera por la relativa y controversial incidencia de un 16% de sacos contralaterales presentes, la laparoscopia diagnóstica ha cobrado vigencia en muchas instituciones, y de esta manera ha evitado exploraciones contralaterales negativas. Desde 1998 Schier<sup>5</sup> y colaboradores describieron sus primeras casuísticas de herniorrafias por vía laparoscópica en niñas y posteriormente en varones. En la actualidad autores como Lobe y Georgesson han publicado series recientes de este procedimiento, al cual lo consideran seguro y eficaz<sup>6,7</sup>. Nuestro propósito es comunicar la experiencia inicial que tenemos con este tipo de abordaje en niños de ambos sexos.

**Material y método** Nueve niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 9 meses y 8 años con diagnóstico de hernia inguinal fueron sometidos a herniorrafia por vía laparoscópica, utilizando abordaje de 5 ó 10 mm umbilical para la óptica, otra incisión de 5 mm infraumbilical para manejo de portagujas, y una incisión de 2 mm a nivel del anillo inguinal interno, para pasar la aguja curva con monofilamento 3-0; con el que ligamos el anillo inguinal interno.

## Resultados

En nuestra casuística predominó el sexo femenino con 6 casos (66,6%), igual prevalencia ocurrió en pacientes entre 4 y 8 años de edad (66,6%). Respecto al lado de presentación hubo equidad entre derecha e izquierda con 4 casos cada uno (44,4%) y un caso de hernia bilateral. Durante la intervención quirúrgica encontramos la presencia de saco herniario contralateral en 3 casos (33,3%), de los cuales 2 correspondieron al lado izquierdo y uno al derecho. Como complicaciones tuvimos un caso (11,1%) correspondiente a una niña de 4 años con pequeño hematoma de pared posterior por punción de una vena epigástrica, que posteriormente evolucionó sin problemas.

## Discusión

La relación de presentación entre hombre mujer es de 8 a 1; del mismo modo predomina el lado derecho en una relación de 2 a 1; y en un 16 % de los casos se encuentra hernia bilateral.

Clínicamente se presentan como masas inguinales indoloras y reductibles en la mayoría de los casos. Por otro lado cuando hay dolor e imposibilidad de reducir el contenido del saco herniario, se puede catalogar como un episodio de estrangulamiento, que conlleva peligro como la isquemia del testículo, ovario en la mujer o del intestino atrapado<sup>4,5</sup>.

El diagnóstico se lo puede realizar por simple observación, en la mayoría de casos son los padres del paciente quienes detectan el defecto. En casos de duda, se debe buscar un signo sugerente clásico de presencia de saco herniario: palpar el dedo de guante de seda. Coadyuvan en el diagnóstico el ultrasonido, y actualmente se preconiza la laparoscopia para explorar el lado contralateral durante el acto operatorio<sup>4,5</sup>.

La conducta terapéutica esta dada por la cirugía luego de confirmado el diagnóstico, inclusive en casos de recién nacidos pretérmino con alto riesgo, a quienes es recomendable hospitalizar y operar antes de darlos de alta. La técnica quirúrgica para las hernias indirectas se basa en la ligadura del saco herniario, y el reforzamiento de la pared posterior anclando el tendón conjunto al ligamento de Cooper para las hernias directas y femorales. Desde 1998 Schier y colaboradores reportan herniorrafias por vía laparoscópica en niñas, y actualmente el mismo autor describe casuísticas de herniorrafias por vía laparoscópica en varones con excelentes resultados<sup>5-8</sup>.

En nuestra serie encontramos la presencia de saco herniario contralateral en 3 casos (33,3%), algo superior respecto a las otras series que describen hasta de un 20%<sup>4,6</sup>.

La técnica que estamos desarrollando se basa en el abordaje por un puerto de 5 ó 10 mm a nivel umbilical, por el cual ingresa el telescopio y detecta el defecto, inmediatamente a nivel de la línea media supraumbilical colocamos un trocar de 3 ó 5 mm que sirve para introducir el portagujas que gobierna el cerclaje del anillo inguinal interno. En la región inguinal, realizamos una incisión de 2 mm para introducir la sutura noabsorbible, con la que vamos a realizar la herniorrafia. Es necesario identificar y diseccionar con cuidado el saco herniario a nivel del recorrido de los vasos espermáticos y conducto deferente, con el objeto de no involucrarlos y obstruirlos al realizar el cerclaje. Igual cuidado debe tenerse en la mujer con el ligamento redondo, aunque la ligadura de este no trae complicaciones. El anclaje de la ligadura se realiza con la maniobra de Barker a nivel de la fascia del obliquo mayor<sup>2</sup>. Hemos notado con la herniorrafia laparoscópica mayor confort en el paciente y recuperación rápida a su actividad cotidiana.

Consideramos que la herniorrafia laparoscópica en niños de ambos sexos, realizada por cirujanos entrenados es un procedimiento seguro, estético, con alta sensibilidad para diagnosticar y corregir por la misma vía un proceso herniario contralateral.

## Bibliografía

1. Ashcraft K, Holder T: Pediatric Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1995, pp 562.
2. Gonzalez E: Pediatric urology practice. 1ra. Edición, Lippincott Williams, Baltimore, 1999, pp 649-654.
3. Grosfeld J, Minnick K, et al: Inguinal hernia in children: factors affecting recurrence in 62 cases. J Pediatr Surg 26: 283-286, 1991.
4. Grossman P, Wolf S, et al: The efficacy of laparoscopic examination of the internal inguinal ring in children. J Pediatr Surg 30: 214, 218, 1995.
5. Schier F: Laparoscopic herniorrhaphy in girls. J Pediatr Surg 33: 1495-1497, 1998.
6. Prasad R, Lobe T, et al: Early experience with needleoscopic inguinal herniorrhaphy in children. J Pediatr Surg 38: 1055-1058, 2003.
7. Gorsler M, Schier F: Laparoscopic herniorrhaphy in children. Surgery Endoscopic 17: 571-573, 2003.
8. Schier F: Laparoscopic surgery of inguinal hernias in children. Initial experience. J Pediatr Surg 35: 1331-1335, 2000.

---

Trabajo presentado en el 5° Congreso CIPESUR. Noviembre de 2003. Florianópolis, Brasil.

*Dr. J. García Andrade*

*Hospital Provincial Docente Ambato*

*Ambato Ecuador*