

11237
72
293



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

Hospital Central Sur de Alta Especialidad

"TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL DE
LA HERNIA INGUINAL EN NIÑOS"

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener la Especialidad en

PEDIATRIA MEDICA

p r e s e n t a

Dr. Leopoldo Huitrón Padilla

Asesor de Tesis: Dr. Leopoldo Torres Contreras



México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.-INTRODUCCION.....	1
2.-ANTECEDENTES.....	4
3.-DEFINICION DEL PROBLEMA.....	6
4.-JUSTIFICACION.....	7
5.-OBJETIVOS.....	7
5.1.-GENERALES.....	7
5.2.-ESPECIFICOS.....	7
6.-HIPOTESIS.....	7
7.-METODOLOGIA.....	7
7.1.-DISEÑO DE INVESTIGACION.....	7
7.2.-DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA.....	8
7.3.-DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.....	8
7.4.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.....	8
7.4.1.-CRITERIOS DE INCLUSION.....	8
7.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSION.....	8
7.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACION.....	8

7.4.4.-UBICACION ESPACIO TEMPORAL.....	9
7.5.-DISEÑO ESTADISTICO.....	9
7.5.1.-MARCO DE MUESTREO.....	9
7.5.2.-UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO.....	9
7.5.3.-METODO DE MUESTREO.....	9
7.5.4.-TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	9
7.6.-DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION.....	10
7.7.-RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS....	10
7.8.-ETICA.....	11
8.-RESULTADOS.....	11
9.-DISCUSION.....	12
10.-CONCLUSIONES.....	14
11.-ANEXOS (GRAFICAS).....	14
12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	15

"TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL DE LA HERNIA INGUINAL EN NIÑOS"

1.-INTRODUCCION

La hernia inguinal en niños es la protrusión del contenido de un compartimento corporal a través de la pared que normalmente lo envuelve. La hernia inguinal en los pacientes pediátricos se divide en directa e indirecta, de éstas la más frecuente es la indirecta y por lo tanto la directa muy rara.

La hernia inguinal indirecta consiste en la formación de un saco herniario fuera del peritoneo, pasando a través del anillo inguinal interno y desciende a través del anillo inguinal hasta llegar al escroto (proceso vaginalis), se encuentra en el 99% de los casos. 1,2,7,8,9,18

La hernia inguinal directa consiste en la protrusión de órganos intraabdominales a través de un defecto o debilidad de la fascia transversalis hacia el canal inguinal.

La anatomía básica del canal inguinal es la misma en adultos que en niños, solo que es más corto, de 1 a 1.5 cm, interponiéndose ambos anillos. El anillo interno es superior y lateral al anillo externo produciéndose un mecanismo protector cuando hay un aumento de la presión intraabdominal, siendo forzada la pared posterior hacia la anterior obliterando el espacio.

El anillo interno esta localizado en la fascia transversalis, el cual esta abierto en estado de reposo, de repente se transforma en una rendija estrecha debido a la tracción oblicua de las fibras del músculo transverso del abdomen. 1,2,6,10

El anillo externo superficial es subcutáneo formado por un orificio en la aponeurosis del oblicuo mayor, sus límites estan formados por fuera con el pilar externo del oblicuo mayor, por dentro por el pilar interno del mismo, por arriba por las fibras arciniformes, y por abajo por el ligamento de Colles.

A través del anillo externo emerge el cordón espermático conteniendo:conducto deferente,tres arterias,venas del plexo pampiniforme,tres filetes nerviosos y linfáticos.

El conducto inguinal esta formado en su pared anterior por la aponeurosis del oblicuo mayor,así como el fascículo externo del cremáster.Su pared posterior o piso por la fascia transversalis,ligamento de Hasselbach,ligamento de Henle,ligamento de Colles y tendón conjunto.Su borde inferior por la porción interna del arco crural o ligamento inguinal.Su borde superior por las fibras más bajas del oblicuo menor y transverso.1,2,8,15

Al envolver las estructuras del cordón,la fascia transversalis va a formar la fascia espermática interna,y al descender al testículo por el anillo externo adquiere la fascia espermática externa originada de la aponeurosis del oblicuo mayor.

El cordón espermático y el ligamento redondo en la mujer,siguen una curvatura lateral y anterior a los vasos epigástricos.8,14

El canal inguinal en la mujer es muy estrecho y contiene el ligamento redondo con su arteria, así como el proceso vaginalis que si es permeable forma el conducto de Nuck.1,2,8,13

La frecuencia de la hernia inguinal en niños varía entre el 1 al 5% en la población infantil en general, aumentando entre el 4 al 8% en los prematuros.1,2,4,5,6,16,17

El proceso vaginalis esta permeable en aproximadamente 80 a 90% de los lactantes y RN, en un 60% durante el primer año de vida,y a los 2 años en un 40%, ocasionalmente puede permanecer abierto el proceso vaginalis sin manifestarse en la edad adulta.La presencia de proceso vaginal permeable no corresponde a hernia evidente.1,2,5,10,18

La predisposición de hernia inguinal en niños parece ser congénita, y ciertas condiciones pueden existir para que algunas hernias se produzcan o se hagan más rápidamente aparentes tales como:prematuridad,historia familiar positiva,ascitis,defectos de la pared abdominal,derivación ventriculoperitoneal.19

La frecuencia es de 9 masculinos por 1 femenino, y el sitio de presentación en los pacientes masculinos es de 60% derechas, 25% izquierdas y 15% bilaterales. En cambio en las mujeres el sitio de presentación es más frecuentemente bilateral.¹⁸

El diagnóstico de hernia inguinal puede descubrirse desde el momento que el niño nace, sin embargo es más frecuente que pase una semana o meses antes de hacerse presente.

La madre, los familiares, o el personal que cuida al niño son los que reportan durante un período de llanto o inquietud, la aparición de una tumoración inguinal, la cual desaparece con el reposo. El dolor puede ser uno de los principales síntomas o puede manifestarse como un cuadro de obstrucción intestinal cuando una asa de intestino queda atrapada (encarcelada).

Si la hernia no es reducible puede ocurrir perforación y peritonitis.^{1,2,5}

La hernia puede llegar a través del canal inguinal hasta el escroto, y por lo tanto sentirse el contenido del saco (ciego, ileón o sigmoides).

En las niñas puede aparecer en los labios mayores una hernia por deslizamiento en donde una porción de la pared del saco esta compuesta por la salpinge o el ovario en forma de una masa dura de 1.5 cm no dolorosa.

Cuando hay una tumoración inguinal evidente se puede palpar engrosamiento del cordón comparativamente con la región del lado sano, así como el llamado signo de la seda, que consiste en rodar entre los dedos las estructuras del canal inguinal perpendicularmente, teniendo la sensación de frotar dos trozos de seda cuyas superficies estan opuestas.^{1,2,5,6}

Dentro de los métodos auxiliares de diagnóstico algunos autores han utilizado la herniografía que consiste en la introducción de material de contraste hidrosoluble al peritoneo para visualizar el piso mediano y la región inguinal, reportándose hasta un 95% de efectividad.⁵

Las complicaciones se clasifican en 3 grupos:

a) El encarcelamiento no implica la obstrucción ni el estrangulamiento intestinal. En sí no es una complicación.

b) La obstrucción del intestino en el saco herniario tiene las características clínicas de cualquier otra forma de obstrucción del intestino delgado o del colon. El

estrangulamiento constituye un riesgo con el intestino obstruido, pero no está necesariamente presente.

c) La estrangulación provoca signos y síntomas de obstrucción intestinal si la viscera estrangulada es intestino. También puede estrangularse el epiplón. Puede haber eritema, edema y dolor sobre la hernia, pero a menudo los hallazgos abdominales enmascaran las manifestaciones inguinales.

En cuanto al tratamiento este indudablemente es quirúrgico, sin embargo es muy discutida en la actualidad la exploración quirúrgica del llamado lado silencioso contralateral. La hernia con encarcelamiento agudo debe reducirse u operarse de inmediato. La obstrucción o el estrangulamiento requiere una operación de urgencia.

2.- ANTECEDENTES:

Rothener y Barnet en 1955 fueron algunos que iniciaron el manejo bilateral en niños con hernia inguinal única.¹²

Sparkman en los sesentas estuvo de acuerdo en la corrección quirúrgica temprana indicando los riesgos de la cirugía contralateral y sus complicaciones.¹¹

En 1961 Lynn y Johnson revisaron 1000 casos, encontrando hernia bilateral en una tercera parte de este grupo, incluyendo 136 con hernia clínica bilateral, 87 con hernias del lado derecho, y 111 con hernias del lado izquierdo.

Holcomb revisó 433 casos en 1965 favoreciendo el abordaje contralateral.

En 1965 Mc Gregor Halverson y Mc Vay en una experiencia de 32 años con 160 niños no estuvo de acuerdo con la exploración contralateral,refiriendo que las complicaciones por este procedimiento son trauma de las estructuras del cordón y atrófia testicular.³

Rowe y colaboradores en 1969 y Rowe y Clatworthy en 1971 demostraron el cierre del proceso en el 40% durante los primeros 2 meses de edad, 20% se cerró el proceso vaginalis durante los primeros 2 años de edad, permaneciendo abierto el 40% restante, desarrollando hernia la mitad de estos últimos.

Bronsther y colaboradores publicaron una revisión de 1000 casos en 1972 y propugnaron por la corrección temprana. Kieseletter en 1980 concluye que con el auxilio de la herniografía no esta justificado realizar exploración contralateral,refiriendo que las complicaciones por este procedimiento son poco frecuentes,benignas y menores que el daño gonadal al conducto deferente.

Rathauser revisó 440 casos en 1985 encontrando en la exploración del lado contralateral hernia en el 90% de las mujeres y 75% en los hombres cuando el lado inicial de presentación fué el derecho y 78% positivas para el lado contralateral,cuando se presentó inicialmente del lado izquierdo.¹²

En 1986 Glasson y Vutukuri apoyaron el siguiente régimen de exploración contralateral:

a)Niñas menores de 3 meses de edad.

b)Niños menores de 2 meses de edad con hernia inguinal izquierda.

Given y Rubín en 1989 revisaron 904 pacientes:fueron 758 hernias unilaterales en niños (500 derechas y 258 izquierdas), y 89 en niñas (59 derechas y 30 izquierdas),hubo 52 hernias inguinales contralaterales en niños (25 derechas y 27 izquierdas), y 5 en niñas (2 derechas y 3 izquierdas),siendo el porcentaje total de presentación de hernia inguinal contralateral en esta serie de 5.6%

En 1980 McGregor, Halverson y McVay revisaron 32 años de experiencia en 160 niños con hernia inguinal, 96% de estos pacientes tuvieron un seguimiento durante 20 años, siendo descubierto que el 29% de estos pacientes desarrollaron hernia contralateral en alguna época de su vida, pero esto no se relacionó con la edad en que se realizó la primera reparación, sino que se vió más relacionado con el lado inicial de la reparación; si la primera reparación fué del lado izquierdo, el desarrollo de hernia contralateral fué del 41%; si la reparación inicial fué del lado derecho, el riesgo de hernia contralateral fué del 14%.

Los autores concluyen que después del 29% de riesgo de desarrollar hernia contralateral, la exploración bilateral no se justifica por 2 razones: Primero, que un número de procedimientos es innecesario, dos operaciones para prevenir una subsecuente hernia derecha, y seis operaciones para prevenir la ocurrencia de hernia del lado izquierdo; Segundo, que el riesgo de trauma testicular bilateral, así como la atrofia de los mismos es muy alta.

3.-DEFINICION DEL PROBLEMA:

La hernia inguinal en niños es un padecimiento congénito del cual su manejo ha sido controversial hasta la fecha, ya que la exploración contralateral es muy discutida por varios autores, por lo que en el presente estudio se pretende identificar si realmente se justifica dicho procedimiento, con base en un seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico unilateral.

4.-JUSTIFICACION:

Se conoce bien la necesidad de realizar una intervención quirúrgica lo más pronto posible en los niños con hernia inguinal, por las complicaciones que se pueden presentar en estos pacientes y debido a la alta frecuencia de presentación de hernia contralateral se debe investigar si se justifica realizar una exploración contralateral con objeto de evitar una segunda intervención quirúrgica.

5.-OBJETIVO:

5.1.-OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia real de hernia inguinal en nuestra población, así como de conocer la incidencia de hernia contralateral no diagnosticada previamente.

5.2.-OBJETIVO ESPECIFICO:

Apoyar o no la revisión contralateral en un primer tiempo quirúrgico.

6.-HIPOTESIS:

Determinar si a más temprana edad de aparición de hernia inguinal, predispone a estos pacientes a la posibilidad de presentación de una hernia contralateral.

7.-METODOLOGIA:

7.1.-DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

El presente es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

7.2.-DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA:

La hernia inguinal es un padecimiento congénito que se presenta en la población pediátrica y el cual requiere corrección quirúrgica en forma inmediata, e incluso en ocasiones en forma urgente por las complicaciones que pueden poner en peligro la vida de los pacientes.

7.3.-DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO:

Todos los pacientes pediátricos de ambos sexos, a los cuales se les haya diagnosticado hernia inguinal ya sea derecha o izquierda, independientemente de las malformaciones asociadas en ambos grupos.

7.4.-CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION:

7.4.1.-CARACTERISTICAS GENERALES DE INCLUSION:

- a) Pacientes de RN a 14 años de edad.
- b) Pacientes de ambos sexos.
- c) Con diagnóstico de hernia inguinal unilateral.
- d) Con indicación médica de tratamiento quirúrgico.

7.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a) Pacientes de RN a 14 años de edad sin hernia inguinal.
- b) Pacientes portadores de hernia inguinal bilateral.
- c) Pacientes con antecedentes de corrección unilateral.

7.4.3.-CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a) Pacientes fallecidos.
- b) Pacientes que no hayan acudido a su seguimiento postoperatorio.

7.4.4.-UBICACION DE ESPACIO TEMPORAL:

El estudio se llevó a cabo del mes de enero de 1991 a diciembre de 1992, en pacientes pediátricos del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, portadores de hernia inguinal unilateral y que requirieron para su manejo de corrección quirúrgica unilateral.

7.5.-DISEÑO ESTADISTICO:

7.5.1.-MARCO DE MUESTREO:

Consulta externa de pediatría y Cirugía pediátrica del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

7.5.2.-UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO:

Pacientes con diagnóstico clínico de hernia inguinal unilateral.

7.5.3.-METODO DE MUESTREO:

No se realizó ningún método de muestreo, ya que se incluyeron a todos los pacientes portadores de hernia inguinal, en edad pediátrica.

7.5.4.-TAMAÑO DE MUESTRA:

Se estudiaron 35 pacientes de ambos sexos.

7.6.-DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION:

Sexo: la asignación fué en base al fenotipo.

Edad: se tomo en cuenta en base al interrogatorio, tomando en cuenta la fecha de nacimiento, se describió en base a años y meses.

Diagnóstico: se tomo del expediente clínico.

7.7.-RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS:

Los pacientes sometidos a corrección quirúrgica fueron evaluados durante el postoperatorio inmediato y mediato, así como el seguimiento postoperatorio en la consulta externa de cirugía pediátrica, siendo la corrección quirúrgica unilateral en ambos sexos e independientemente de la edad de los pacientes. Los datos de edad, sexo, diagnóstico, fecha de intervención quirúrgica, hallazgos y complicaciones de la cirugía fueron anotados por el médico residente o por el cirujano encargado de la corrección quirúrgica.

La hoja de vaciamiento de datos constó de los siguientes puntos:

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____
FICHA _____
DIAGNOSTICO _____
OPERACION _____
EFECTUADA _____
CIRUJANO _____
AYUDANTE _____
TIPO DE ANESTESIA _____
MALFORMACIONES AGREGADAS _____
HALLAZGOS _____
FECHA DE LA CIRUGIA _____
SEGUIMIENTO _____

7.8.-ETICA:

Se contó con el consentimiento del comité de ética del HCSAE y con el consentimiento de los padres.

8.-RESULTADOS:

Se estudiaron 35 pacientes de ambos sexos, de los cuales fueron 23 masculinos (65.7%), y 12 femeninos (34.3%)Fig.1

La edad de presentación comprendió desde 1 mes hasta 10 años, con una media de 3 años.Fig.2

La hernia inguinal derecha es la más frecuente con un total de 18, de las cuales todas fueron indirectas (51%).Fig.3

Las hernias inguinales izquierdas fueron en total 17, con 15 indirectas (43%) y 2 directas (6%).Fig.3

Fueron intervenidos bajo bloqueo peridural 29 pacientes (82.9%), se operaron bajo anestesia general endovenosa 5 pacientes (14.3%), y solamente 1 paciente (2.9%) fué operado bajo anestesia general inhalatoria.Fig.4

Se valoró en forma subjetiva el tamaño del saco herniario clasificándolo en tres grupos:

- a)Saco herniario grande, 24 pacientes.
- b)Saco herniario mediano,10 pacientes.
- c)Saco herniario pequeño, 1 paciente.Fig.5

Treinta pacientes tuvieron el saco herniario vacío, y únicamente 5 pacientes con el saco herniario grande presentaron los siguientes hallazgos:

- a)1 paciente con epiplón dentro del saco herniario (2.9%)
- b)1 paciente con líquido peritoneal dentro del saco (2.9%)
- c)1 paciente con un ovario dentro del saco herniario (2.9%)
- d)2 pacientes con salpinx y ovario dentro del saco herniario (5.7%).Fig.6

Las malformaciones asociadas se clasificaron en los siguientes grupos:

- a) Genitourinarias en 4 pacientes (11.4%)
- b) Cardiovasculares en 3 pacientes (8.6%)
- c) Musculoesqueléticas en 2 pacientes (5.7%)
- d) Neurológicas en 2 pacientes (5.7%)
- e) Digestivas en 1 paciente (2.9%)
- f) Oculares en 1 paciente (2.9%)
- g) Ninguna en 22 pacientes (62.9%) Fig.7

Únicamente se observaron complicaciones locales en 3 pacientes que fueron edema escrotal que cedieron con tratamiento antiinflamatorio.

La evaluación postoperatoria de los pacientes se ha llevado a cabo en la consulta externa de cirugía pediátrica con un promedio de 2 consultas por paciente, de los cuales 2 se llevó su seguimiento en su lugar de origen. Fig.8

No se han presentado recidivas de las hernioplastias realizadas hasta el momento, así como no se han presentado hernias contralaterales.

9.-DISCUSION:

En nuestro estudio predominó el sexo masculino sobre el femenino, en una relación 2 a 1, lo cual coincide con lo reportado en la literatura mundial, aunque la relación en dichos reportes es de hasta 8 a 1.^{18,19,20}

La localización en general fué mayor en el lado derecho que en el izquierdo, lo cual va en contra de lo reportado por las series americanas y europeas en las cuales predomina el lado izquierdo.^{18,19,20,21,22}

En el sexo masculino predominó el lado derecho sobre el izquierdo, lo cual es similar a lo reportado por Mejdahl, Cox y Powell.^{4,18,22}

Por lo que respecta al sexo femenino no hubo diferencias en la localización, contrariamente a lo reportado en la literatura en donde hay un predominio franco del lado derecho.^{4,16,18,22}

La edad de presentación más frecuente en nuestra serie fué en los lactantes y preescolares, lo cual es similar a lo reportado por la mayoría de los estudios sobre hernia inguinal.^{11,16,18}

Solamente hubo una complicación anestésica y ésta fué secundaria al manejo con anestesia general endovenosa, habiendo sido manejados cinco pacientes con este tipo de anestesia. En cuanto al bloqueo caudal se operaron 29 pacientes por este método y no hubo complicaciones.

En cuanto a los factores de riesgo predisponentes para la aparición de hernia inguinal solamente un paciente era portador de hidrocefalia lo cual muy probablemente condicionó aumento de la presión intraabdominal y por lo tanto el desarrollo de hernia inguinal.¹⁹

Todas las correcciones quirúrgicas fueron electivas, ya que ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones de estrangulación ni de obstrucción intestinal.^{4,11,17}

No se han presentado hernias contralaterales así como recurrencias de las hernioplastias realizadas hasta el momento, contra lo reportado por Grosfeld el cual habla de un 50% de recurrencia en los primeros 6 meses y de hasta un 76% de recurrencia dentro de los 2 primeros años de la reparación inicial.²¹

En cambio el grupo de Mc Gregor reporta 29% de riesgo global de futuro desarrollo de hernia contralateral.³

Por lo tanto hay que considerar las complicaciones de la revisión contralateral y compararlas con el riesgo de posible desarrollo de hernia y sus complicaciones.^{3,16}

10.-CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos hasta el momento, no se reporta la aparición de hernia contralateral.

El seguimiento de los pacientes es desde 2 meses hasta 2 años.

Se presentan resultados preliminares ;sin embargo con esto estamos demostrando que sí hay aparición de hernia contralateral esta debe ser muy baja y por lo tanto no se justifica la exploración quirúrgica contralateral.

11.-ANEXOS (GRAFICAS)

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

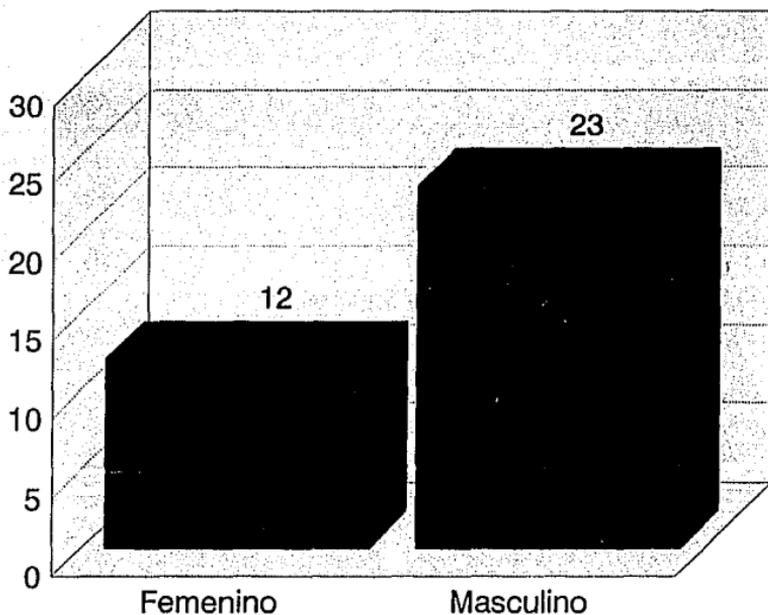


FIG.1

■ SEXO

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

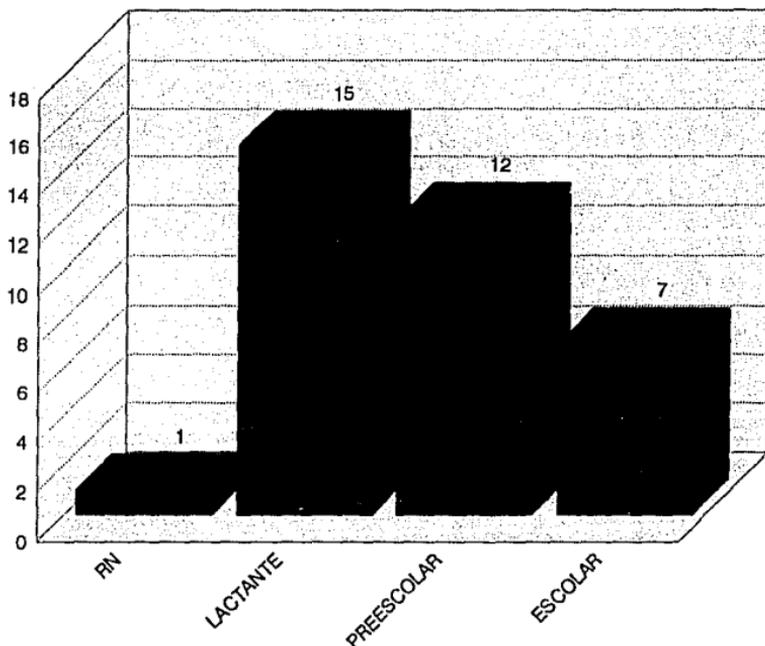


FIG.2

■ EDAD

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

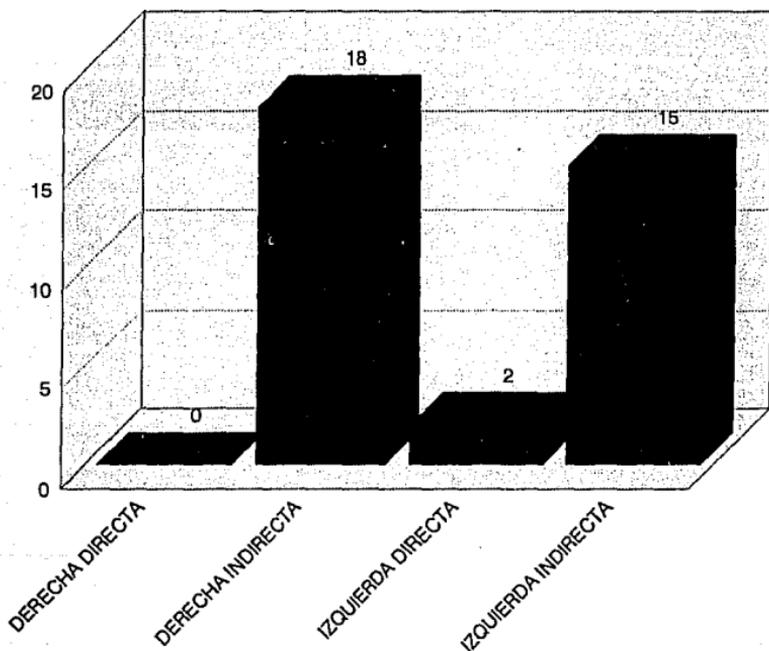


FIG.3

■ LOCALIZACION

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

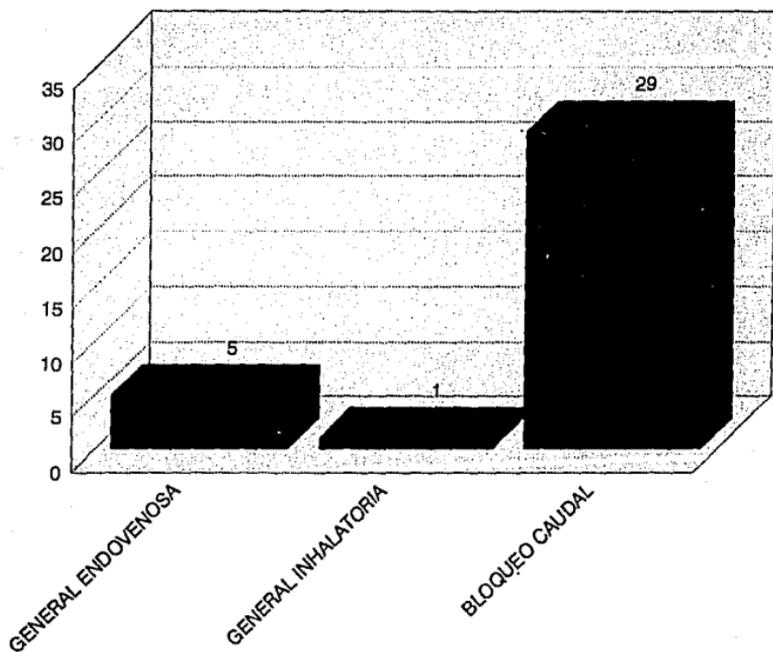


FIG.4

■ ANESTESIA

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

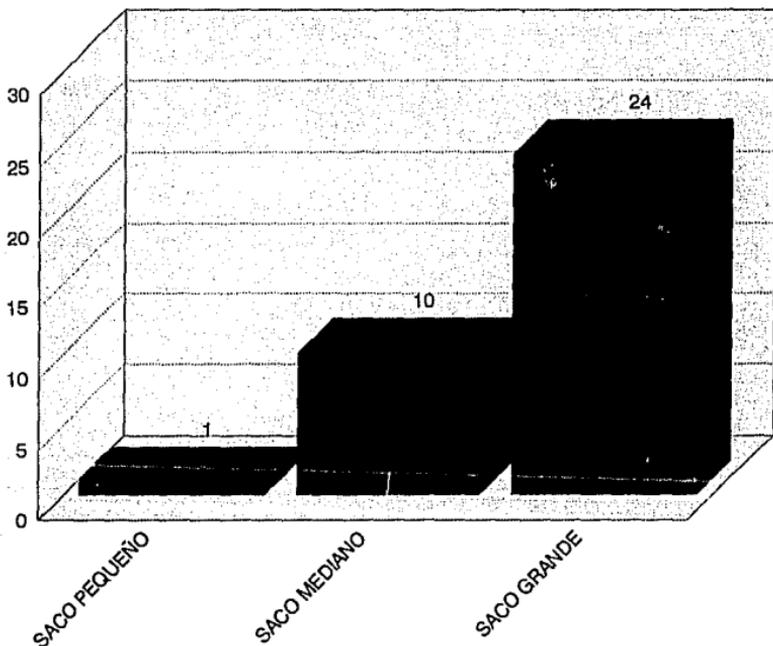


FIG.5

■ HALLAZGOS

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

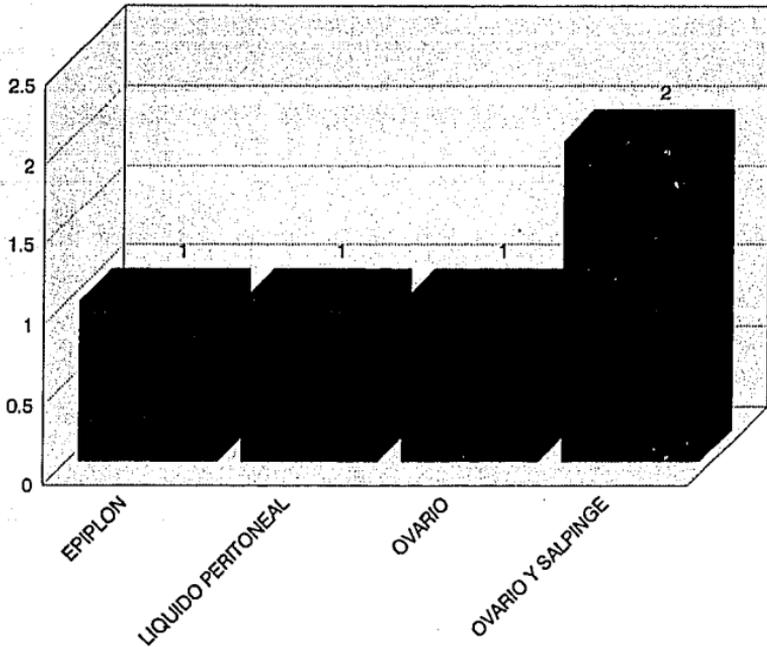


FIG.6

■ SACO GRANDE

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

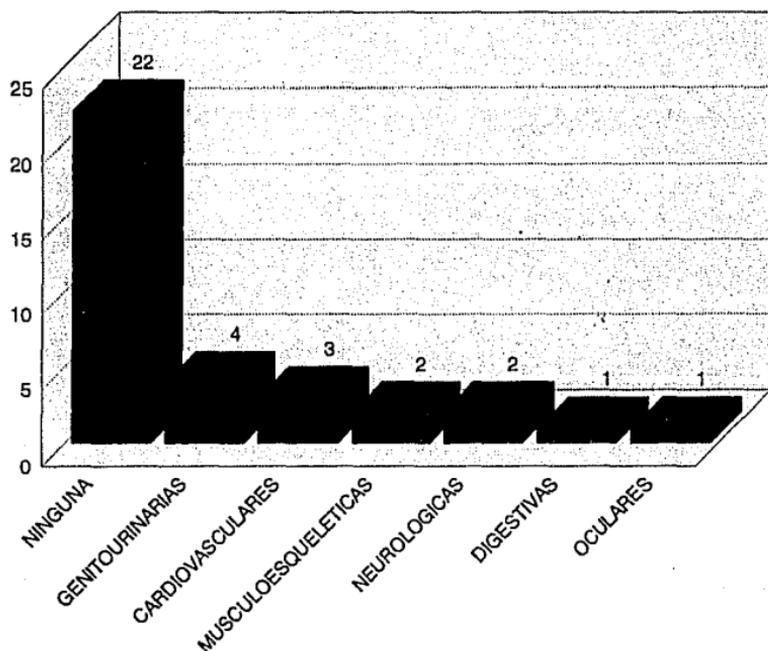


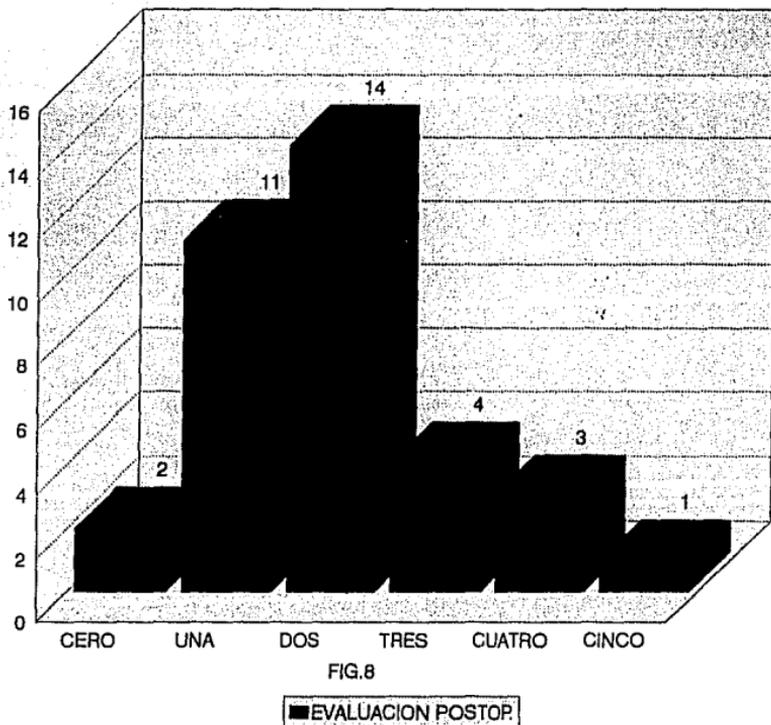
FIG.7

■ MALFORMACIONES

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL



REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

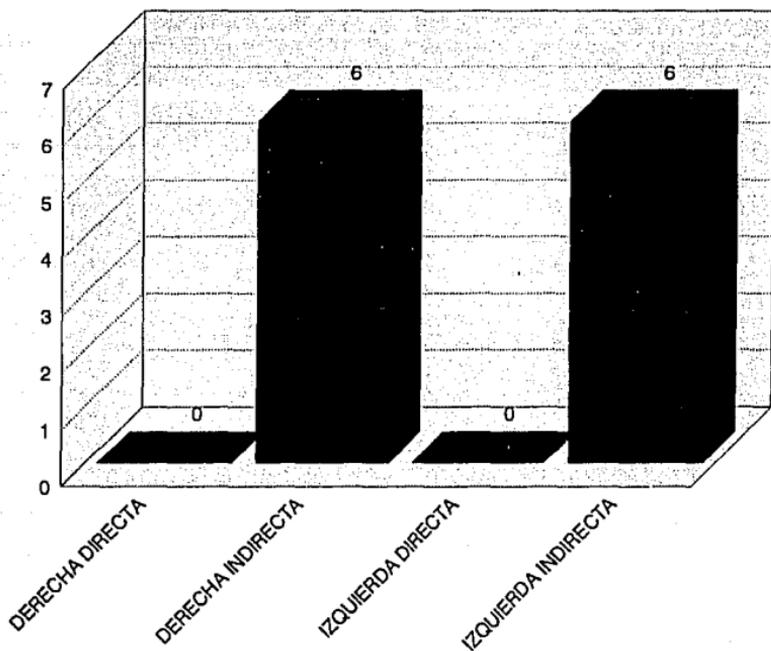


FIG.9

■ FEMENINO

REPORTE PRELIMINAR

HERNIA INGUINAL

TRATAMIENTO QUIRURGICO UNILATERAL

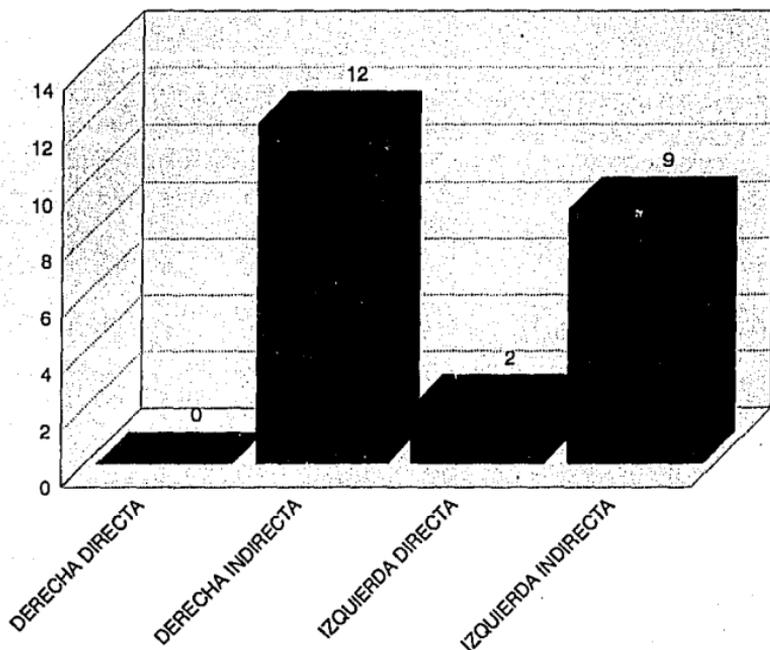


FIG. 10

■ MASCULINO

REPORTE PRELIMINAR

12.-BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Kohon G. Raddwmsperger, Swensons Pediatric Surgery, fourth edition, Appleton-Century-Crofts, cap.13, pág.117-119, 1980.
- 2.-Holder T.M., K.W.Ashcraft, Hernias inguinales e hidrocele cap.49, pág.651, Interamericana 1985.
- 3.-D.B.Mc Gregor K.Halverson, Mc Vay, The unilateral pediatric inguinal hernia; Should the contralateral side be explored? Journal of Ped.Surgery, vol.15, Núm.3, 1980.
- 4.-Cox J.A. Cirugía pediátrica, Hernia inguinal en la infancia. Clínicas quirúrgicas norteamérica, vol.65, Núm.5 Interamericana, 1373-1384, 1975.
- 5.-White J.J.Haller J.A. Jr., Cirugía pediátrica. Clínicas quirúrgicas de norteamérica. Interamericana, 823, 1970.
- 6.-Beltran Brown Francisco, Cirugía pediátrica, Ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1969.
- 7.-Shrock Peter, Conducto peritoneovaginal y gubernaculum testis. Clínicas quirúrgicas de norteamérica, 1263-1268 diciembre 1971.
- 8.-Skandalakis E.Jhon, Complicaciones anatómicas de cirugía general, cap 13 y 14 Mac Graw Hill, 1a edición 1985.
- 9.-Nyhus L.H. and Condon R.E., Hernia J.B.Lipincott 132-133 1978.
- 10.-Sparkman R.S., Bilateral exploration in inguinal hernia in juvenile patients, Surgery 51:393, 1962.
- 11.-Rathauer F. Historical Overview of bilateral approach to pediatric inguinal hernias. Am. Journal Surgery 72, 485-487, 1985.
- 12.-Madden J.L. et al, The anatomy and repair of inguinal hernias. Surg. Clin. North Am. 51, 1269, 1971.
- 13.-Gray, S.W., and Skandalakis, J.E. Embriology for Surgeons Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1972.
- 14.-Testit, Anatomía topográfica, Tomo 1, Espasa-Calpe.

- 15.-Steward D.J. Preterm infants are more prone the complications following minor surgery than are term infants, *Anesthesiology* 56;304-306,1982.
- 16.-Given and Rubin. Occurrence of contralateral inguinal hernia following unilateral repair in a pediatric hospital. *Journal of Pediatric Surgery*, 24;963-965,1989.
- 17.-Theodore Schrock. Manual de cirugía. Manual moderno, 5a edición, 403-405, 1984.
- 18.-Mejdahl; Gytrup. Out-patient operation of inguinal hernia
- 19.-Moss; Hatch. Inguinal hernia repair in early infancy. The
- 20.-Rescorla; Grosfeld. Inguinal hernia repair in the perinatal
- 21.-Grosfeld et al. Inguinal hernia in children: Factors
Surgery. 26, 283-287, 1991.
- 22.-Powell et al. Why do so many small infants develop an
61, 991-995, 1986.