Image not found https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/themes/enfamilia/images/enfamilia_logo

Image not found https://enfamilia.aeped.es/sit

Image not found https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/themes/enfamilia/images/enfamilia_logo

Image not found https://enfamilia.aeped.es/sit

Hernia inguinal

¿Qué es?

La mayoría de las hernias en niños son "indirectas" y se diferencian de las hernias "directas" de los adultos en que no hay una rotura de la pared abdominal.

Durante el embarazo, los testículos del feto se desarrollan en el interior del abdomen. Es a partir del 7º mes de gestación cuando inician su camino hacia las bolsas escrotales, a través de un tubo, que en cierto momento tienen tanto los niños como las niñas, y que se denomina *conducto peritoneovaginal*. El tubito que finaliza en el escroto de los niños, y en los labios mayores de las niñas, habitualmente se cierra antes del nacimiento. Si no fuera así, el intestino (una tripa o la trompa/ovario en las niñas) puede deslizarse por su interior y producir un bulto en la ingle, tanto del niño como de la niña afectada.

La hernia inguinal ocurre entre 1 y 4 de cada 100 niños, es mucho más frecuente en varones que en niñas (6/1) y afecta sobre todo al lado derecho (60%). También es más habitual en los prematuros (16-25%), ya que el cierre natural del conducto peritoneovaginal se produce hacia el final del embarazo normal a término.

¿Cuáles son los síntomas?

La mayoría de hernias no producen molestias. Lo más frecuente es que los padres noten un bulto en la ingle del niño, que se puede extender hacia la bolsa de los testiculos (escroto). En las niñas puede notarse un bulto en los genitales, en los labios mayores. El bulto es más visible cuando el niño llora, tose o hace movimientos que aumentan la presión del abdomen.

A veces se puede notar el bulto en un niño que está irritable y tiene dolor. Si la hernia no se puede reducir (volver a su sitio) hay que sospechar que la hernia esté *incarcerada*.

¿Cuándo debo consultar?

Ante la aparición de un bulto se debe consultar, y de forma urgente si el bulto es doloroso o si hay vómitos y afectación general.

El principal riesgo de la hernia es que el intestino deslizado quede atrapado en el canal inguinal y no se reintroduzca en la cavidad, cosa que puede ocurrir de forma espontánea. A esta situación se le denomina ***incarceración* o hernia incarcerada**. El intestino atrapado tiene dificultad para que la sangre que lo irriga pueda volver por sus venas por lo que, de mantenerse durante horas esta situación, se ingurgita progresivamente hasta que, finalmente, el aumento de presión en los vasos sanguíneos impide que la sangre pueda irrigar el intestino, produciéndose la necrosis (gangrena) del intestino incarcerado (hernia estrangulada).

El riesgo de incarceración es mayor en el primer año de vida: 30% en los menores de 3 meses, un 24% a los 6 meses, y un 14% al año de vida. Curiosamente, es menor en prematuros, que también presentan una mayor tasa de curación espontánea, posiblemente por el cierrre natural que se produce con la maduración del niño.

Otro riesgo que se presenta en las niñas con hernia inguinal es que un ovario se introduzca en la hernia y pueda resultar dañado.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la hernia es el cierre quirúrgico de esta comunicación anómala (*herniorrafia*). En la cirugía se procede a separar el conducto de los elementos del cordón inguinal (vasos gonadales y conducto deferente) y cerrarlo mediante un punto. El hecho de que en las niñas no existan vasos gonadales ni conducto deferente simplifica el procedimiento, aunque es necesario conservar la fijación uterina.

Una pregunta habitual ante esta intervención es si se va a poner malla La respuesta es que no, puesto que a la pared muscular del niño no le pasa nada (¡son indirectas!). Una vez cerrado el conducto anómalo desaparece el riesgo. Esto no significa que al cabo de unos años el paciente no pueda desarrollar una hernia del tipo adulto. El procedimiento se suele realizar mediante cirugía sin ingreso y la recuperación es rápida, reincorporándose a sus actividades en 48-72 horas. La laparoscopia puede emplearse para cerrar las hernias desde el interior.

En ocasiones (un 15%), el niño al que se ha operado un lado puede tener al cabo de unos meses una hernia en el lado contrario. A pesar de ello no se exploran quirúrgicamente ambos lados a no ser que exista una historia clínica de bulto en la ingle en ambos lados, ya que, si se hiciera de forma rutinaria, se estima que solo en 1 de cada 6 operaciones se encontraría una persistencia del conducto en el lado contrario.

Artículo publicado el 22-5-2012, revisado por última vez el 20-6-2023

La información ofrecida en En Familia no debe usarse como sustituta de la relación con su pediatra, quien, en función de las circunstancias individuales de cada niño o adolescente, puede indicar recomendaciones diferentes a las generales aquí señaladas.

Este texto, perteneciente a la Asociación Española de Pediatría, está disponible bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 España.

Más referencias sobre el tema e información sobre los autores en:

https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/hernia-inguinal