

Patología quirúrgica pediátrica más frecuente

Dra. Alba Rocío Barraza León

Cirujano Pediatra

Jefe de la División de Enseñanza, Investigación y Calidad
Hospital Infantil del Estado de Sonora

En este número del *Boletín*, se presentan trabajos que abordan diferentes aspectos de la pediatría, algunos de ellos con la obligada intervención de la cirugía pediátrica: los procedimientos endoscópicos, cirugías neonatales y oncológicas. Sin embargo, es conveniente, y a manera de editorial, comentar sobre las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el niño, realizadas prácticamente día a día; de ellas, las patologías que se localizan a nivel del canal inguinal incluyen hernias inguinales, las cuales son congénitas y sus manifestaciones clínicas pueden iniciar desde los primeros días de vida (por lo común, en pacientes prematuros), o bien, en los primeros años. La principal sintomatología de este padecimiento se caracteriza por aumento de volumen a nivel de la región inguinoescrotal; el tratamiento quirúrgico debe de ser realizado en forma electiva. Como complicación, puede presentarse hernia encarcelada o estrangulada, las cuales deben ser tratadas de manera urgente. Las hidroceles se clasifican en dos grupos: comunicante, es congénito y requiere tratamiento quirúrgico electivo; y no comunicante, se presenta desde el nacimiento y, por lo general, presenta remisión espontánea en el primer año de vida.¹ El otro diagnóstico que se presenta en el canal inguinal es criptorquidia, con mayor frecuencia en forma unilateral, debe ser diagnosticada al nacimiento, ya que el descenso testicular termina entre la semana 32 a 34 de gestación. Su tratamiento quirúrgico debe realizarse de manera temprana. Actualmente, se sugiere desde del sexto mes de vida y, con preferencia, antes del año de edad.

Otra patología frecuente en los niños son hernias umbilicales, caracterizadas por protrusión de las vísceras o partes de éstas a través de un orificio en la cicatriz umbilical, originado por delgadez o ruptura de la capa muscular o de la fascia que las contiene. Por lo general, presentan remisión espontánea, sin embargo, cuando son probólicas, sintomáticas, o bien, persisten después del segundo año de vida, su tratamiento quirúrgico debe ser electivo. Solo 0.2% de los pacientes presenta alguna complicación que requiere tratamiento quirúrgico urgente.

La circuncisión es otro procedimiento quirúrgico que se realiza con mucha frecuencia en los niños. Muchos

padres deciden que sus hijos sean circuncidados en el periodo neonatal por razones de tipo religioso o costumbre familiar. La circuncisión neonatal es motivo de gran controversia, ya que 99% de los recién nacidos presenta fimosis fisiológica. Existen grupos sociales que la rechazan, pero algunos otros, como los judíos, por motivos religiosos la realizan a todos los niños en el séptimo día de vida. La realidad es que son los padres de un recién nacido quienes toman la decisión de realizar el procedimiento y muy pocos son los pacientes que tienen una indicación quirúrgica. Esta última se establece posterior a los 4 años de vida, edad en la que se puede determinar si el niño presenta persistencia de la fimosis. Tal es una de las principales indicaciones de la circuncisión, seguida de balanopostitis de repetición y parafimosis, las otras dos indicaciones principales para la cirugía.²

Por último, la patología quirúrgica abdominal de urgencia más frecuente en la edad pediátrica es apendicitis. El cuadro clínico con mucha frecuencia es modificado por el uso de analgésicos en la etapa inicial del padecimiento, por consiguiente, la progresión del cuadro clínico se modifica y esto incrementa el retraso en el diagnóstico y el número de pacientes con cuadros de apendicitis complicada. El padecimiento tiene cuatro etapas que suceden en forma progresiva, dos de ellas son no complicadas: apendicitis edematosa y supurada; y las otras dos son complicadas: apendicitis necrótica y perforada. Estas últimas se presentan posteriores al primer día de iniciado el cuadro clínico. El diagnóstico debe ser clínico, podemos apoyarnos en escalas de evaluación, como la de Alvarado, que permite tomar en cuenta criterios clínicos, de laboratorio y de imagen para determinar con mayor precisión la certeza diagnóstica. El ultrasonido y la tomografía abdominal deben considerarse solo en caso de duda diagnóstica, cuando el cuadro clínico y los signos apendiculares, aunados a los resultados de laboratorio y hallazgos de la radiografía simple de abdomen no son suficientes para tomar la decisión de intervenir. En cambio, cuando existe duda diagnóstica, el paciente debe ser llevado a intervención quirúrgica para evitar la progresión de la enfermedad a etapas complicadas.³

Las patologías pediátricas que requieren tratamiento quirúrgico son muy diversas, es necesario que los médicos pediatras tengan en cuenta estos diagnósticos durante la evaluación del niño sano que acude a verificar su crecimiento y desarrollo. El diagnóstico tem-

Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2023; 40 (1); 5-6

prano de ellas nos permitirá establecer el momento indicado para la corrección quirúrgica, o lo que es lo mismo, dar continuidad al seguimiento clínico cuando sea el caso.

Referencias

1. Palmer LS. Hernias and Hydroceles. Pediatrics In Rview. 2013, octubre; 34(10): 457-464. De Epistemikos Base de datos.
2. Castro F, Castro F, Rabyb T. Fimosis y Circuncisión. Rev Chil Pediatr. 2010; 81(2): 160-165.
3. Brennan GD. Pediatric appendicitis: pathophysiology and appropriate use of diagnostic imaging. CJEM. 2006, noviembre; 8(6): 425-32.