

Impacto Fecal de Recto Sigmoides como manifestación de Hernia Inguinal Incarcerada **Presentación poco usual en un lactante de 2 meses y revisión de la literatura**

Miguel Angel Medina-Andrade, Antonio Francisco Gallardo-Meza,
Miguel Ánge Piña-Garay I, José Manuel González-Sánchez.

Institución:

Hospital General de Occidente
Servicio de Cirugía Pediátrica
Guadalajara, Jalisco, México.

Solicitud de sobretiros: Medina Andrade Miguel Angel
Av. Zoquipan #1050, Colonia: Seattle
Zapopan, Jalisco, México C.P. 45170
e-mail: miguelcpx@yahoo.com.mx

Resumen

Se presenta el caso de un masculino de 2 meses de edad con cuadro de hernia inguinal incarcerada de 20 horas de evolución sin historia previa de estreñimiento, asociada con vómitos; se intenta reducción manual sin éxito. Durante la cirugía encontramos recto sigmoides sin compromiso isquémico conteniendo una masa fecal compacta causante de la incarceration la cual, se resuelve con taxis caudocefálica, enemas y herniorrafia, mostrando buena evolución postoperatoria. Este caso es una rara manifestación de incarceration; no encontramos otros casos similares en la literatura.

Palabras clave: Hernia inguinal incarcerada; Estreñimiento; Impactación fecal.

Fecal Impact Recto Sigmoid as a manifestation of incarcerated inguinal hernia **Unusual presentation in an infant of two months and review of literature**

Abstract

A case of a male 2 months old with incarcerated inguinal hernia box 20 hours old with no history of constipation, associated with vomiting, manual reduction is attempted without success. During surgery we found no ischemic compromise sigmoid rectum containing a compact fecal mass causing the incarceration which was resolved with caudocephalica taxis, enemas and herniorrhaphy, showing good results. This case is a rare manifestation of incarceration, we found no similar cases in the literature.

Index words: Incarcerated inguinal hernia; Constipation; Fecal impaction.





1 A. Saco herniario inguinal izquierdo

Introducción

La hernia inguinal en menores de dos años tiene un alto riesgo de complicaciones que llega a ser hasta 11.8%; siendo la incarceration la más frecuente con 23.8%.¹

Es importante señalar que el mayor riesgo se presenta los primeros dos meses de vida.

En estos pacientes es indicación absoluta realizar hernioplastia abierta con ligadura alta que ha demostrado menor riesgo de complicaciones.²

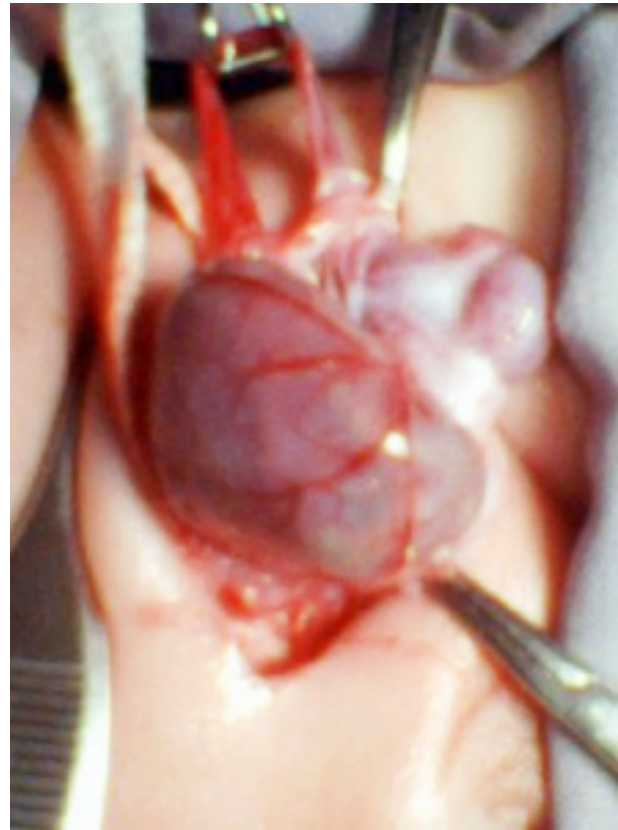
Solo se recomienda la reducción por taxis en aquellos pacientes que así lo permitan bajo sedación.³⁻⁵

Algunos casos reportados como la hernia de Littre,⁶ o la descrita por Amiand en 1735 pueden presentarse a edades tempranas y deben considerarse en el diagnóstico diferencial.^{7,8}

Reporte del caso

Se presenta masculino de dos meses de edad con tumoración inguinal izquierda de 20 horas de evolución asociado a vómitos de contenido alimentario con residuos de fórmula láctea no digerida.

Refiere la abuela que la madre del paciente padece alteraciones mentales, la cual al alimentar al bebé preparaba la fórmula al doble de concentración (28%), manifestada con acúmulo de materia fecal sólida intraluminal a nivel del sigmoides sin historia de estreñimiento previa.



1 B. Masa fecal compacta provocando incarceration de recto sigmoides.

Exploración física con tumoración de aproximadamente 2.5 cm de diámetro, sin cambios de coloración, ni eritema local, indurada dolorosa a la palpación, no móvil, transluminación negativa, no redúctil, sin datos de irritación peritoneal, testículos descendidos, no se detectó alteración anal durante la inspección y canalización de gases al tacto rectal.

Previo consentimiento informado se decide cirugía urgente por hernia inguinal izquierda incarcerada.

Los hallazgos fueron edema tisular importante y sigmoides dentro del saco herniario sin compromiso isquémico, ocupado por masa fecal dura que impedía su retorno a la cavidad abdominal. (Imagen 1)

Se amplía el anillo inguinal interno para inspección sigmoidea la cual fue normal y se realiza taxis caudocefálica de la masa fecal con reintroducción del asa intestinal a cavidad abdominal completando el manejo con hernioplastia con técnica de Ferguson modificada.

La evolución postoperatoria sin complicaciones se manejó en ayuno por 2 horas, enemas con fosfato de sodio 10 ml/Kg, presenta evacuaciones



pétreas sin sangrado logrando expulsar la masa fecal impactada. Inicia alimentación con fórmula a dilución normal y egresa por mejoría 24 horas posteriores a la cirugía.

Durante el seguimiento a 8 días los familiares reportan evacuaciones blandas dos veces diarias desde el egreso hospitalario.

Discusión y análisis

Este es un caso raro, de incarceration de recto sigmoideos por impacto fecal, el cual se hizo notorio hasta el momento de la cirugía, reduciendo manualmente por taxis una vez abierto el anillo inguinal profundo.

Se describe en la literatura que el mayor riesgo de incarceration se presenta los primeros dos meses de vida como el caso que presentamos.⁹

Su resolución quirúrgica fue satisfactoria.

Respecto a las evacuaciones, éstas resolvieron al momento de corregir la concentración de la fórmula láctea utilizada.

Algunos autores sugieren alimentos ricos en sorbitol¹⁰ como tratamiento de inicio en la constipación del lactante, otros sugieren manejos con enemas, laxantes, polietilenglicol en caso de constipación refractaria a manejo, pero esto implica un costo considerable.^{11,12}

Sin embargo, en nuestro paciente esto no fue necesario ya que al identificar y corregir la dilución de la fórmula de inicio, tuvo un patrón de evacuaciones normal.

Conclusión

Este caso es presentado como una rara manifestación de hernia inguinal incarcerada, no encontramos otros casos parecidos en la literatura donde se involucre bolo fecal compactado en recto sigmoideos como causa de incarceration en una hernia inguinal.

Referencias

1. Zamakhshari M, To T, Guan J, et al. Risk of incarceration of inguinal hernia among infants and young children awaiting elective surgery. *CMAJ* 2008;179(10):1001-5.
2. Brandt ML. Pediatric hernias. In: *Surg Clin N Am* 88 (2008) 27-43.
3. Glick PL, Boulanger SC: Inguinal hernias and hydroceles in: Grossfeld JL, O'Neill JA, Coran AG, Fonkalsrud EW: *Pediatric Surgery Sixth ed.* Philadelphia, Mosby, 2006, pp1184-92.
4. Lloyd D. Inguinal and femoral hernia. In: Ziegler M, Azizkhan R, Weber T, editors. *Operative pediatric surgery*. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 543-54.
5. McCollough M, Sharieff GQ. Abdominal pain in children. In: *Pediatr Clin N Am* 53 (2006) 107-37.
6. Akin M, Kurukahvecioglu O, Tezcaner T, et al. Acute hemiscrotum due to inguinoscrotal Littre hernia: a case report. *American Journal of Emergency Medicine* (2008) 26, 973.e3-973.e4.
7. Dilley A, Adams S. Acute scrotum caused by appendicitis. *J Pediatr Surg* 1999;34: 1183.
8. Doyle GS, McCowan C. Amyand hernia: a case of an unusual inguinal herniace. *Am J Emerg Med* 2008;(26), 637.e5-636.e6.
9. Louie JP, Essential diagnosis of abdominal emergencies in the first year of life. In: *Emerg Med Clin N Am* 25 (2007) 1009-40.
10. Loening BV. Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146:359-63.
11. Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. *Am Fam Physician* 2006;73:469-77.
12. Iem O, Harman J, Benninga M, et al. Health utilization and cost impact of childhood constipation in the United States. *J Pediatr* 2009;154:258-62.

