

Artículo de presentación de casos clínicos

Dolor inguinal: un reto diagnóstico en cirugía pediátrica.

Inguinal pain: a diagnostic challenge in pediatric surgery.

Pozo Espín David*, Yépez Yerovi Fabián**, López Beltrán Javier***

*Universidad RUDN, Rusia - <https://orcid.org/0009-0000-5739-992X>

**Hospital General IESS. Ambato- Ecuador - <https://orcid.org/0000-0002-4334-1716>

***UDLA Ecuador - <https://orcid.org/0009-0002-3457-6879>

davidalejandro@hotmial.com

Recibido: 10 de noviembre del 2023

Revisado: 28 de noviembre del 2023

Aceptado: 18 de diciembre del 2023

Resumen.

El diagnóstico diferencial de dolor inguinal en pediatría es controvertido, en su anatomía se encuentran diversas estructuras susceptibles de patología, con sintomatología poco específica por lo cual el manejo semiológico cuidadoso es imprescindible. El objetivo de este caso clínico es evidenciar la rica gama de patologías que se pueden producir en esta zona y su diagnóstico diferencial para un correcto manejo de estos casos. Se obtuvo una historia clínica detallada del paciente, incluyendo síntomas, duración del dolor, actividades que lo exacerbaban o alivian, historial médico previo, y cualquier intervención o tratamiento previo, describimos los métodos de evaluación utilizados, como exámenes físicos, pruebas de imagen (ultrasonido, resonancia magnética), y análisis de laboratorio. Dentro del diagnóstico diferencial encontramos diversas patologías en honor las múltiples estructuras vasculares, nerviosas, óseas, linfáticas, además del canal inguinal propiamente dicho, dentro esta región anatómica, por lo cual se expone a continuación qué patología inguinal no es sinónimo de hernia.

Palabras clave: Dolor Inguinal. cirugía pediátrica, masa inguinal, tendinitis.

Abstract

The differential diagnosis of inguinal pain in pediatrics is controversial, in its anatomy there are various structures susceptible to pathology, with non-specific symptoms, which is why careful semiological management is essential. The objective of this clinical case is to demonstrate the rich range of pathologies that can occur in this area and their differential diagnosis for correct management of these cases. A detailed medical history was obtained from the patient, including symptoms, duration of pain, activities that exacerbate or relieve pain, previous medical history, and any previous interventions or treatments. We described the evaluation methods used, such as physical examinations, imaging tests (ultrasound, MRI), and laboratory analysis. Within the differential diagnosis we find various pathologies in honor of the multiple vascular, nervous, bone, and lymphatic structures, in addition to the inguinal canal itself, within this anatomical region, which is why we explain below which inguinal pathology is not synonymous with hernia.

Keywords: Inguinal Pain, Pediatric Surgery, Inguinal mass, Tendinitis.

Introducción.

El caso de una paciente femenina de 11 años 11 meses que ingresa al servicio de Pediatría presentando dolor leve desde hace 1 año que se exagera hace 48 horas de moderada intensidad sin causa aparente que impide la deambulacion en región inguinal, a la palpación profunda se aprecia una masa de 3x2 cm blanda no móvil dolorosa a la

palpación bordes regulares no edema ni eritema. La ecografía de la región inguinal no evidenció edema de partes blandas, no se observaron lesiones vasculares ni hernias inguinales. En la resonancia magnética de partes blandas mostraba edema inflamatorio y engrosamiento de los tendones abductores del muslo izquierdo no reportó linfadenopatías calcificaciones, lipomas o quistes

en el canal inguinal. Se llegó al diagnóstico de tendinitis de los abductores.

En 1731, René Jacques Croissant de Garengot describió un apéndice cecal no inflamada dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta desde ahí las patologías de la región inguinal son múltiples y poco estudiadas (1-2). El síndrome de dolor inguinal fue descrito por Magee en 1942, refiriéndose al atrapamiento del nervio genitofemoral en pacientes apendicectomizados o con traumas severos de la región inguinal o del abdomen inferior (3). Mardsen, destacó, en 1962, la elevada frecuencia con que los pacientes sometidos a una herniorrafia desarrollaban una neuritis del nervio ilioinguinal o del iliohipogástrico, caracterizado por dolor inguinal que él atribuyó al atrapamiento de los nervios en la sutura de la herniorrafia (4).

Otro cuadro clínico en que el dolor inguinal es el síntoma predominante es aquel que se observa en deportistas de alta rendimiento como consecuencia de lesiones músculo esqueléticas que son muy comunes con una incidencia del 10 % de las patologías relacionadas con los deportes, las tendinopatías de inserción, aunque comunes, tienen una incidencia desconocida, y su etiología sigue siendo objeto de debate, esto se debe a la escasa bibliografía seria y la no existencia de estudios epidemiológicos⁵. Fue Deysine quien describió en el 2002 que el dolor inguinal crónico puede hacerse presente en la población general sin la presencia de hernia, de antecedentes quirúrgicos o de esfuerzos físicos desmedidos, deportivos o laborales (6-7).

Descripción del caso

Presentamos el caso de una paciente femenina de 11 años 11 meses, desarrollo adecuado dentro de los antecedentes personales fué diagnosticada de crisis de ausencia desde hace cuatro años en tratamiento actualmente con Ácido Valproico y Lamotrigina sin crisis desde hace dos años, exéresis de nevo piloso gigante en región frontal derecha que ocupaba desde inicio del cuero cabelludo hasta la ceja hace diez años con injerto extraído de región inguinal izquierda con Antecedente familiar de abuela paterna con epilepsia.

Paciente ingresa al servicio de pediatría presentando dolor leve desde hace 1 año que se exacerba hace 48 horas de moderada intensidad sin causa aparente que impide la deambulacion en región inguinal y borde interno del muslo izquierdo

que se irradia hacia la rodilla aumenta con el movimiento se administra ibuprofeno sin mejoría. Al examen físico eutrófica, álgica vigil activa orientada en TPE, piel pálida, cicatriz de 5x4 cm en región frontal izquierda. Abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda en marco colónico, timpánico, ruidos hidroaéreos disminuidos, región inguinal izquierda presencia de cicatriz de 7 cm de largo por 1 cm de ancho tras procedimiento quirúrgico de extracción e injerto hace nueve años, a la palpación profunda se evidencia una masa de 3x2 cm blanda no móvil dolorosa a la palpación.

Diagnóstico

En la anamnesis en lo concerniente al dolor se estudiaron la antigüedad, localización, irradiación, periodicidad, la intensidad, influencia del grado de actividad física, frecuencia, el tipo (agudo, subagudo, crónico), el carácter del dolor, su presencia durante el reposo nocturno y su alivio mediante posición antálgica, su relación con la tos. Este caso se presenta una paciente pediátrica con diferentes comorbilidades como la toma de antiepilépticos una cirugía superficial con extracción de colgajo realizada a sus 2 años de vida, escasa actividad física peor aún no realizaba actividades deportivas de alta competitividad o esfuerzos físicos desmedidos.

Al examen físico se estudió la región inguinal descartándose herniaciones, se evaluó si existía retracciones cutáneas por antecedente de cicatriz, además si existía relación con patologías de origen abdominal en este caso se presentaba un dolor difuso en la palpación profunda del marco colónico que cedió en la hospitalización sin tratamiento específico

El examen de la articulación coxofemoral se efectuó estudiando la movilidad y sensibilidad de la articulación, llevando la extremidad a abducción forzada a aducción y a rotación interna y externa, comparando ambos lados, se evaluó los músculos abductores que presentaba dolor intenso durante la aducción bajo presión del examinador. La masa inguinal se localizaba a nivel de la abertura del canal inguinal externo y la inserción de los músculos abductores no tenía relación con la tos ni la posición dolorosa a la palpación como se puede evidenciar en la Imagen 1 de radiografía de pelvis. La ecografía (Imagen 2) de la región inguinal se solicitó en ausencia de patología inguinofemoral evidente. Se observó edema de partes blandas, no

se observaron lesiones vasculares ni hernias inguinales. El resultado del examen fue analizado críticamente ya que es muy operador dependiente. Se decidió realizar una resonancia magnética de partes blandas (Imagen 3) la que mostraba edema inflamatorio y engrosamiento de los tendones abductores del muslo izquierdo no reportó linfadenopatías calcificaciones, lipomas o quistes en el canal inguinal. Se llegó al diagnóstico de tendinitis de los abductores, el tratamiento fue analgesia y reposo con lo cual la masa disminuyó hasta desaparecer después de tres días al igual que el dolor, se indicó reposo domiciliario y terapia física.



Imagen 1. Rx Ap de pelvis

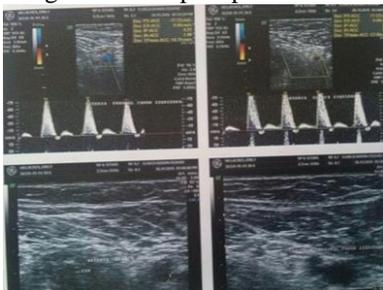


Imagen 2. Ecografía de partes blandas



Imagen 3. RMN de pelvis

Discusión

El diagnóstico diferencial de dolor inguinal es controvertido, en su anatomía se encuentran diversas estructuras susceptibles de patología, con sintomatología poco específica por lo cual el manejo semiológico cuidadoso es imprescindible, encontramos indicios que nos ayudan a llegar al diagnóstico (18). Las hernias inguinales sufren un impulso con la tos y se reducen con la presión directa o al paso de bipedestación a decúbito supino excepto si la hernia está encarcelada la cual presenta una evolución más aguda (9) se describen casos en la literatura como dolor neuropático posterior a hernioplastia laparoscópica en pacientes pediátricos que son tratados con neuromoduladores (15). Las adenopatías inguinales son tumoraciones firmes, no compresibles y nodulares, se buscará patología en la piel del pene, escroto, área perineal y ano, así como en la piel y tejidos blandos de los miembros inferiores, en la literatura se describe un caso de un Melanoma Metastásico, que debuta con adenopatías inguinales(10-11). En la dilatación del extremo proximal de la vena safena, puede confundirse con una hernia inguinal dado que es expandible con la tos y desaparece con el decúbito, la compresión de la vena femoral asociada a quistes intra y extravasculares son difíciles de clasificar debido a que su presentación clínica es poco específica, aunque está relacionado con procedimientos quirúrgicos anteriores(12). La hidrocele de cordón o del canal de Nück en mujeres, es una tumoración inguinal provocada por la persistencia del conducto peritoneo-vaginal a nivel del cordón espermático con cierre proximal y distal del mismo, es una tumoración que no se expande con la tos, compresible, y con transluminación positiva. En 1691 el anatomista holandés Anton Nuck describió por primera vez una pequeña evaginación del peritoneo vaginal que acompaña al ligamento redondo de las mujeres a través del anillo inguinal al que se denominó posteriormente canal de Nuck. Dicha evaginación desaparece habitualmente durante los primeros 8 meses de gestación y su persistencia puede dar lugar a la aparición de hernias inguinales o quistes del canal de Nuck que son infrecuentes, la mayoría de los casos se han descrito en neonatos o niños(12-13). El lipoma de cordón es una tumoración grasa inguinal no compresible, sin expansión ni impulso de la misma con la tos junto con el mixoma intramuscular que es un caso raro de tumor benigno

con tendencia a la compresión de las estructuras vecinas y con potencial de recidiva local, la resección completa con márgenes amplios es el tratamiento indicado para ello s(14). El aneurisma del cordón habitualmente se origina en la arteria femoral común y se localiza por debajo del ligamento inguinal que es palpada como una masa pulsátil inguinal (15-16) otra patología como el absceso del psoas es una colección de pus sospecharemos su presencia en pacientes con mal estado general, fiebre, y con tumoración blanda, fluctuante y compresible a nivel del triángulo femoral en la ecografía pared irregular hipoecoica con contenido ecogénico tipo detritus o gas (15). La tendinitis de los abductores es una patología que en la mayoría de casos no tiene un antecedente firme, el dolor se presenta esencialmente como una molestia, que se instala en forma progresiva en el transcurso de semanas o meses. Luego se vuelve constante durante el ejercicio, persistiendo en ciertas actividades de la vida cotidiana, finalmente está presente en todos los movimientos.

Es un problema común entre muchas personas que son físicamente activas, especialmente en los deportes competitivos y en algunos trabajos. Se relaciona con el dolor a la abducción o con la abducción de la pierna bajo contraposición del examinador y dolor a la palpación sobre la zona de inserción en el pubis, la semiología es el pilar en el diagnóstico adecuado. El reposo, los antiinflamatorios junto a un tratamiento rehabilitador suele ser suficiente para resolver el cuadro. En casos crónicos se puede optar por la infiltración con corticoides junto a un anestésico local 4. La cirugía se requiere en raras ocasiones y consiste en seccionar el tendón del músculo que se suele afectar con mayor frecuencia, es el aductor largo (17).

Actualmente la reparación de las hernias inguinales en pediatría se recomienda la vía laparoscópica disminuyendo el riesgo de dolor neuropático posterior a la misma (19)

Conclusiones

Este artículo analiza un caso clínico de una paciente pediátrica de 11 años con dolor inguinal crónico, que culmina en un diagnóstico de tendinitis de los abductores. A través de un meticuloso proceso diagnóstico que excluye hernias, patologías vasculares y lesiones musculares comunes, el caso ilustra la complejidad de diagnosticar el dolor

inguinal en niños. La paciente, con antecedentes de epilepsia y cirugía de tejidos blandos, experimenta un dolor progresivo que no responde a tratamientos convencionales, lo que lleva a una exploración más profunda mediante ecografía y resonancia magnética. Estas pruebas revelan edema inflamatorio y engrosamiento de los tendones abductores, confirmando la tendinitis.

La importancia de un enfoque integral y una evaluación cuidadosa en pediatría, dado que el dolor inguinal puede tener múltiples etiologías, incluyendo condiciones musculoesqueléticas y neuropáticas. También destaca el valor de las pruebas de imagen avanzadas para un diagnóstico preciso, evitando así intervenciones quirúrgicas innecesarias. La resolución efectiva del caso con tratamientos conservadores como reposo, antiinflamatorios y fisioterapia evidencia la eficacia de un manejo no invasivo en ciertos casos de dolor inguinal pediátrico. Este caso aporta a la literatura médica al resaltar la necesidad de un diagnóstico diferencial exhaustivo y un tratamiento personalizado en la presentación de síntomas inguinales en niños.

Declaración de no conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recomendaciones

En respuesta al caso clínico presentado, recomendaría a la comunidad médica adoptar un enfoque integral y multidisciplinario al abordar el dolor inguinal en pacientes pediátricos. Esto incluye una evaluación detallada del paciente, utilizando diagnósticos por imagen avanzados para identificar condiciones no evidentes a través de exámenes físicos. Es crucial priorizar tratamientos conservadores, como reposo y antiinflamatorios, antes de considerar opciones más invasivas. Además, fomentar la colaboración entre diversas especialidades médicas y la continua educación y revisión de casos clínicos complejos. Finalmente, resaltaría la importancia de la empatía y la escucha activa hacia los pacientes y sus familias, reconociendo el impacto emocional y físico de sus condiciones.

Referencias

1. Ortega L. Hernia de Amyand: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. UNAM. Elsevier [En línea] 2011

- [accesado 04/01/2022]; Vol. 74. Núm. 02. Disponible en:http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90024237&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=325&ty=90&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=325v74n02a90024237pdf001.pdf
2. Vrsalovic Muller Natascha, Aviles Cozzi Adriana Verónica, Ortiz Aparicio Freddy Miguel. Hernia de Amyand, Manejo Quirúrgico ante un Diagnóstico Infrecuente. *Gac Med Bol* [Internet]. 2022 [citado 2023 Ene 09]; 45(1): 60-63. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_text&pid=S1012-29662022000100060&lng=es. doi.org/10.47993/gmb.v45i1.383
 3. Magee, R. Genitofemoral Causalgia: (A New Syndrome). *Canada. Canadian Medical Association Journal*, [En línea] [accesado 04/01/2022]; 46(4), [326–329]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1827240/pdf/canmedaj01689-0088.pdf>
 4. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal hernias: Diagnosis and management. *Am Fam Physician* [Internet]. 2020 [citado el 12 de enero de 2024];102(8):487–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33064426/>
 5. Valent, A. Insertional tendinopathy of the adductors and rectus abdominis in athletes: a review. *Muscles, Ligaments and Tendons Journal*, [accesado 04/01/2022];Vol2(2), Pags [142–148]. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666502/?report=reader>
 6. Deysine M, Deysine Groin pain in the absence of hernia: a new syndrome. *Hernia*; [En línea], [accesado 04/01/2022] Vol6: Pags [64–67]. Disponible en:<http://link.springer.com/article/10.1007/s10029-002-0057-1>
 7. Calzolari F, Del Rossi C, Maffini V, Scarpa AA, Lombardi L, Vaienti E, et al. Chronic inguinal pain in children. *Ann Ital Chir* [Internet]. 2018 [citado el 12 de enero de 2024];89:479–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665212/>
 8. Hoshino, M. et al. “Prediction of Contralateral Inguinal Hernias in Children: A Prospective Study of 357 Unilateral Inguinal Hernias.” *PMC. Hernia* (2014), [En línea] [accesado 04/01/2022] Vol18.3 : Pags [333–337]. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-013-1099-2>.
 9. García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. Pags.[31-42]. http://www.aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/adenopatias.pdf.
 10. Hoshino M1, Sugito Prediction of contralateral inguinal hernias in children: a prospective study of 357 unilateral inguinal hernias. En línea] 2014 [accesado 04/01/2022]; Vol(3):333-7. doi:10.1007/s10029-013-1099-2 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/23644774/>
 11. Caviezel A, Female Hydrocele: The Cyst of Nuck. *Urol Int* [En línea] 2009; [accesado 04/01/2022]; Vol82:Pags[242-245] <http://www.karger.com/Article/Abstract/200808>
 12. Leiva H. Compresión de la vena femoral asociada a quistes intra y extravasculares Elsevier. [En línea] Vol. 59. Núm. 01. 01 Enero 2007 - 01 Febrero 2007 . [accesado 06/01/2022]; Vol. 19: Pg. [8]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189523&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=294&ty=122&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=294v59n01a13189523pdf001.pdf
 13. Trigás M. Diagnóstico de masa inguinal, más allá de la hernia inguinal Servicio de Medicina Interna. Hospital Arquitecto Marcide. SERGAS .Dialnet, [En línea] 2012 [accesado 04/01/2022]; Vol. 73, Nº. 4, Págs. [175-177].Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4095461>.
 14. Quevedo Orrego E, Robla Costales J, Rodríguez Aceves C, Diana Martín R, González Álvarez A, Socolovsky M. Neuropathic inguinal pain due to nerve injury after a laparoscopic appendectomy: first pediatric case described in the literature. *Childs Nerv Syst* [Internet]. 2021;37(6):1825–30. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1007/s00381-021-05177-w>
 15. Arango-Díaz A, Trujillo-Ariza MV, Liñares-Paz MM, Baleato-González S, García-Palacios M. Lesiones inguinales pediátricas: hallazgos radiológicos. *Radiología* [Internet]. 2020;62(3):188–97. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833820300138>

16. Reyes D, et al. Aneurisma único de arteria femoral común: Caso clínico. *Santiago Rev Chil Cir*, [En línea] 2011 [accesado 05/01/2022] vol. 63, n. 2, Pags. [207-210]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000200014>.

17. Dojčinović, B. Surgical treatment of chronic groin pain in athletes. *International Orthopaedics*, [En línea] 2012 [accesado 05/01/2022] Vol36(11), Pags[2361–2365]. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s00264-012-1632-4>

18. Chica Alvarracin, P. A., Carrera Chinizaca, V. M., Sagñay Cujilema, J. C., & Sinchiguano Chiluisa, J. Y. Hernia de pared abdominal, diagnóstico y tratamiento. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, [En línea] 2022 [accesado 05/01/2023] Vol6(3), Pags[128–135]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8507996>

19. Quevedo Orrego E, Robla Costales J, Rodríguez Aceves C, Diana Martín R, González Álvarez A, Socolovsky M. Neuropathic inguinal pain due to nerve injury after a laparoscopic appendectomy: first pediatric case described in the literature. *Childs Nerv Syst* [Internet]. 2021;37(6):1825–30. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1007/s00381-021-05177-w>.