

Viernes 11 de febrero de 2011
Seminario:
“Diagnóstico visual en patología quirúrgica”

Moderador:

José Luis Montón Álvarez
Pediatra. CS Mar Báltico SERMAS. Madrid.

Ponentes/monitores:

- **Juan Elías Pollina**
*Jefe de Sección. Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Elías Pollina J. Diagnóstico visual en patología quirúrgica infantil. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 223-34.

Diagnóstico visual en patología quirúrgica infantil

Juan Elías Pollina

*Jefe de Sección. Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.
jelias@salud.aragon.es*

RESUMEN

Hay una serie de lesiones (quiste dermoide, frenillo vestibular; frenillo lingual, orejas alatas, apéndices preauriculares, fístulas preauriculares, hendidura cervical media, linfangioma quístico cervical, fístulas y quistes branquiales, quistes del conducto tirogloso, politelia, *pectus excavatum*, *pectus carinatum*, hernia umbilical, hernia epigástrica, granuloma umbilical, hernia inguinal, hidrocele, criptorquidia, varicocele, fimosis, sinequia vulvar; himen imperforado, hidrometrocolpos, quistes de Skene, prolapso de uretra, carúnculas himeneales, sarcoma botrioides, etc.) cuyo diagnóstico es esencialmente visual y con un tratamiento que puede ser quirúrgico. Se plantean sus características para el diagnóstico clínico y se indica si el tratamiento debe ser quirúrgico, cuál es el adecuado para cada una de ellas, así como el momento idóneo de intervención.

DIAGNÓSTICO VISUAL EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA INFANTIL

Este es el resumen de un seminario eminentemente práctico que se basa en el examen visual de una serie de lesiones, relativamente superficiales, que requieren tan solo, como máximo, una buena exploración manual para llegar a su diagnóstico. Hace poco publicamos un trabajo muy parecido, resumen de una conferencia sobre el mismo tema¹.

Cuando el pediatra ve una lesión cuya solución puede ser quirúrgica, lo cual ocurre con mayor frecuencia de lo que parece, se plantea fundamentalmente tres preguntas: *¿qué es?*; *¿qué debo hacer?* y *¿qué le digo a la familia?* Ahora repasaremos algunas patologías frecuentes e intentaremos responder a las tres preguntas, basándonos solo en el aspecto de la lesión y en su exploración clínica, intentando huir al máximo de las pruebas complementarias. Prácticamente todos los diagnósticos de este seminario pueden hacerse a nivel de Atención Primaria sin más recursos que la vista y las manos.

Una tumoración redondeada, bien delimitada, relativamente móvil, en la parte interna o, con mayor frecuencia, en la parte externa de la ceja: probablemente se trata de un **quistes dermoide** de "cola de ceja", que irá creciendo lentamente. A veces a los padres les da la sensación de que ha aparecido bruscamente, ya que antes estaba casi por debajo del arco superciliar y al crecer aparece bruscamente por encima, protruyendo en la zona de la ceja. Lo aconsejable es la exéresis programada y sin prisas. Los quistes dermoides, siempre redondeados, indoloros, móviles y de crecimiento lento, pueden encontrarse en todas las "zonas de sutura" y en toda la línea media (por ejemplo, en el cuello y en el ombligo).

El **frenillo vestibular o labial** es un frenillo normal, que algunas veces es un poco corto y grueso, lo que no tiene importancia clínica si no produce diástasis de los incisivos superiores, con una zona de inserción alveolar gruesa o fija demasiado el labio superior. En este caso, puede ser preciso realizar una plastia de ampliación del frenillo (a veces para facilitar la colocación de algún aparato de ortodoncia) así como desinsertar la banda fibrosa entre los incisivos que dificulta su aproximación. Esta intervención hay que realizarla a partir de los seis años, cuando ya han irrumpido los incisivos definitivos –tanto el primero como el segundo–, y no antes, ya que existe la posibilidad de corrección espontánea.

El **frenillo sublingual** suele ser muy fino, y si es realmente corto puede seccionarse en el periodo neonatal, ya que tiene poca vascularización. Es muy raro que genere trastornos en la ingestión de alimentos. Si es más grueso y produce retracción de la lengua, evitando su movilidad

normal, puede alterar la pronunciación de las consonantes palatinas "r" y "l". En este caso se debe realizar una plastia de liberación². Recientemente, se ha propuesto también la escisión del frenillo sublingual mediante láser Nd:YAG, con buenos resultados³.

Las **orejas aladas** suelen ser bilaterales, aunque la afección no sea igual en ambas. No solo hay que considerar el despegamiento, sino también la desestructuración del hélix y el antihélix, que pueden deformar el pabellón auricular. Su único problema es estético. De ser necesaria la intervención, el momento más adecuado es alrededor de los seis años, para corregir el despegamiento del pabellón auricular y además dar una forma lo más normal posible al hélix. El resultado estético postquirúrgico suele ser bueno.

Los **apéndices preauriculares** (figura 1) son pequeñas tumoraciones cutáneas junto al trago, en general con cartilago en su interior. Pueden ser únicos o múltiples y unilaterales o bilaterales. Solo tienen repercusión estética. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica. Cuanto antes se realice, menos cicatriz residual quedará, aunque no suelen dejar cicatrices antiestéticas.

Figura 1. Mamelón preauricular



Figura 2. Fístula preauricular

Las **fístulas preauriculares** (figura 2) son trayectos fistulosos que desembocan por delante del pabellón auricular. Son residuos de la primera o la segunda hendidura branquial y a veces terminan en un fondo de saco quístico. Pueden infectarse, lo que dificultará su exéresis quirúrgica. Lo ideal es intervenirlos en los primeros años de vida, antes de que se produzca ninguna infección.

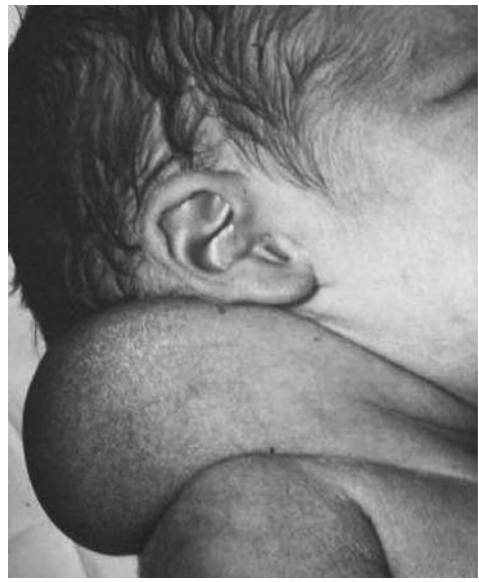
Estas lesiones preauriculares pueden asociarse con trastornos renales, por lo que en estos pacientes se recomienda la práctica de una ecografía renal en periodo neonatal.

En el cuello hay una gran cantidad de patología tanto congénita, aunque a veces sea de aparición clínica tardía, como adquirida.

En la línea media puede aparecer una especie de cicatriz fibrosa, un poco retráctil, que se extiende varios centímetros; se trata de la **hendidura cervical media** (figura 3), que es más un defecto estético, a veces alarmante, que funcional, y se debe probablemente a la fusión incompleta de los arcos branquiales en la línea media. Su solución es quirúrgica, mediante la extirpación y una plastia de elongación.

Figura 3. Hendidura cervical media

El **linfangioma quístico cervical** (figura 4) se presenta como una tumoración relativamente blanda, a veces no muy bien delimitada, de tamaño variable, laterocervical.

Figura 4. Linfangioma quístico

En general, su diagnóstico es prenatal. Su tamaño es muy variable, desde pequeñas tumoraciones que pasan desapercibidas al nacimiento y luego crecen haciéndose visibles y palpables, hasta los linfangiomas quísticos gigantes que pueden desplazar estructuras cervicales importantes, afectando a todo el suelo de la boca y pudiendo producir graves trastornos respiratorios ya en el periodo neonatal. Por lo tanto, son el tamaño y la localización los que condicionarán su clínica. Su regresión espontánea es rara, así como también es muy rara su malignización. El tratamiento es quirúrgico, a veces en varias intervenciones, o mediante sustancias esclerosantes. Existe la posibilidad de recidiva local.

Las **fistulas** (figura 5) y los **quistes branquiales** son restos embrionarios de las hendiduras branquiales, siendo los más frecuentes los de la segunda hendidura. Pueden tener una fistula cuyo orificio está en el borde anterior del esternocleidomastoideo, que a veces es difícil de ver en el periodo neonatal, y por la cual sale un líquido transparente. Estas fistulas se extienden desde el orificio cutá-

neo hasta la región de la fosa amigdalal; pasando por la bifurcación de las carótidas. Los quistes, que se localizan también por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo, no suelen estar presentes en el periodo neonatal, apareciendo a veces varios años después. Según su tamaño, es necesario hacer el diagnóstico diferencial con los linfangiomas quísticos y con otras patologías mucho más raras, como los timomas. Tanto las fistulas como los quistes tienen un tratamiento quirúrgico.

En la línea media del cuello pueden aparecer varios tipos de tumoraciones; las tres más frecuentes son los ya mencionados quistes dermoides, las adenopatías⁴ y el **quiste del conducto tirogloso** (figura 6). Este último se localiza a lo largo del conducto tirogloso, que va desde la base de la lengua hasta la escotadura supraesternal; suele ser indoloro, bien delimitado, redondeado, y asciende con los movimientos deglutorios, ya que está unido al hueso hioides por un trayecto fistuloso. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica, en primer lugar para evitar su sobreinfección y fistulización posterior; que es relativamente fre-

Figura 5. Fístula branquial

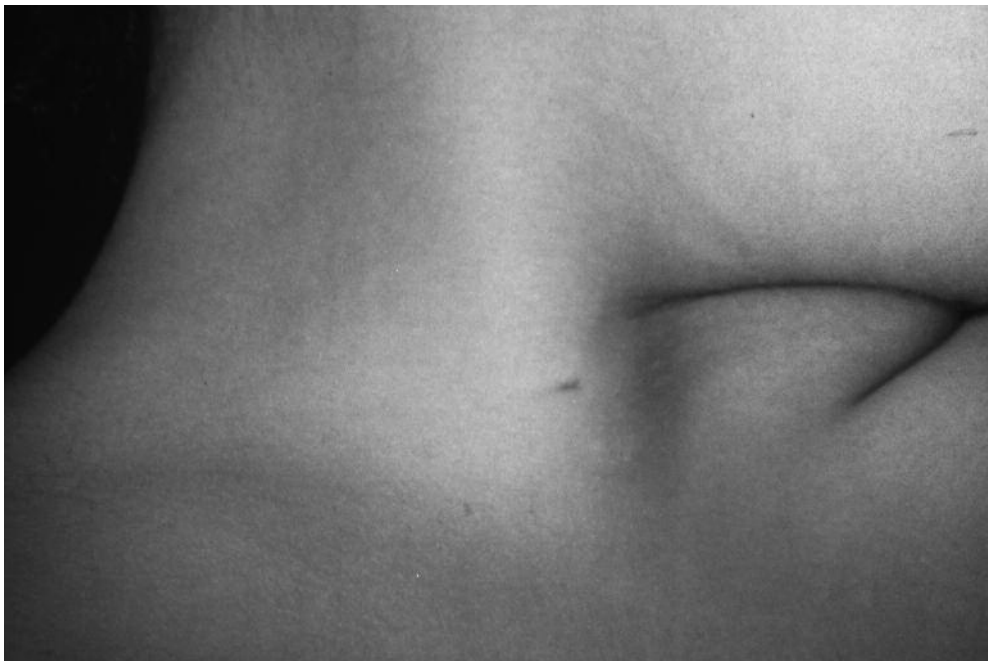


Figura 6. Quiste del conducto tirogloso

cuenta, y en segundo lugar, dadas las posibilidades de malignización que tiene a partir de la tercera o cuarta década de la vida⁵.

En el tórax hay una serie de lesiones cutáneas cuyo diagnóstico visual es muy fácil, como la **politelia**, o *mamilas supernumerarias*. Se encuentran en un trayecto desde la región axilar hasta la ingle. Parecen desde una mamila completamente desarrollada con su areola, hasta lesiones mínimas, que pueden confundirse con un pequeño *nevus*. Si son muy pequeñas, en el varón pueden dejarse, pero en las niñas, en especial si hay areola o tejido mamario debajo, deben extirparse, ya que en la pubertad puede desarrollarse el tejido mamario que contienen.

La **ginecomastia** es de diagnóstico visual inmediato y debe tratarse siempre que produzca problemas estéticos.

Las alteraciones de la pared torácica, como el **pectus excavatum** (deformidad por depresión en la pared ante-

rior del tórax, simétrica o asimétrica) o el **pectus carinatum** (deformidad protrusiva, simétrica o asimétrica) son de fácil diagnóstico visual. Son deformidades poco fáciles de sistematizar dada la gran variedad de alteraciones tanto costales como esternas que tienen; por lo tanto, su presentación clínica puede ser muy distinta dentro del mismo tipo de deformidad. Suelen ir en aumento con la edad. Se aconseja la práctica de deportes que refuercen la cintura escapular y la musculatura torácica (natación), aunque muchos de ellos precisarán tratamiento quirúrgico (a partir de los 8-10 años) por problemas estéticos o, en el caso del *pectus excavatum grave*, por causar trastornos respiratorios restrictivos o cardiacos, al ocupar el mediastino y desplazar el corazón.

En la pared abdominal, la lesión más frecuente es la **hernia umbilical**. Hay que tener en cuenta que más de la mitad de las hernias umbilicales cerrarán solas antes de los cuatro años de edad; por lo tanto, no está indicada su intervención precoz. Además, es extremadamente rara la incarceration y la estrangulación de estas hernias.

La **diástasis de los rectos anteriores del abdomen** se debe a que no se han unido en su parte central y dejan una zona de debilidad, por debajo de la línea alba, que pasa desapercibida con el niño tumbado o en bipedestación, pero que se aprecia como una tumoración alargada cuando pasa de decúbito a intentar sentarse. Suele mejorar con el tiempo y no requiere ningún tipo de intervención quirúrgica.

En el ombligo pueden aparecer otras tumoraciones, como los ya citados **dermoides**, o los **granulomas**, que aparecerán al poco de la caída del cordón y son una reacción granulomatosa a la cicatriz umbilical. Pueden segregar un poco de líquido sanioso. Los dermoides deberán intervenirlos quirúrgicamente, mientras que los granulomas suelen reducirse bien con toques de nitrato de plata y, si no se consigue su desaparición total, deben researse.

La presencia de un orificio central en el ombligo por el que sale orina es sugestivo de una malformación relativamente rara, el resto del **uraco**, que deberá ser intervenido. Si la secreción es de un líquido verdoso o marrónáceo, también rara, habrá que pensar en la **fístula onfalotérica**, que requiere, evidentemente, una intervención quirúrgica para su resección. Estas dos patologías son muchísimo más raras que el granuloma umbilical, por lo que la exploración de estos ombligos deberá ser enormemente cuidadosa para no inducir a alarma familiar: Lo más frecuente es que la secreción umbilical se deba a una infección, o bien simplemente a que, después del baño, quedan pequeñas cantidades de agua jabonosa dentro del ombligo que no son secadas adecuadamente y producen un poco de inflamación en la delicada pared umbilical que acaba por tener una reacción eczematosa. Lo adecuado es secar bien el ombligo y curarlo con toques de alcohol de 70°.

Por encima del ombligo, y en toda la línea media, puede aparecer una tumoración blanda, que puede ser dolorosa al tacto, con sensación de lipoma, pero que a veces se reduce; se trata de una **hernia epigástrica**. Así como las hernias umbilicales pueden evolucionar a la curación espontánea, las hernias epigástricas casi nunca se resuelven solas y requieren tratamiento quirúrgico, para cerrar el

orificio herniario (fallo en la fascia de la línea alba) y extirpar el frecuente lipoma preherniario que presentan.

En la región inguinal, el principal reto es el diagnóstico diferencial entre la hernia inguinal, el hidrocele y el quiste de cordón en el niño y el quiste de Nuck en la niña. Tanto el hidrocele como el quiste de cordón se transiluminan de forma manifiesta. Aquí cabe destacar que algunos tumores testiculares también se transiluminan con cierta intensidad y a veces es difícil establecer un diagnóstico diferencial, si bien la clínica, la edad de presentación, el tacto y la consistencia son distintos.

La aparición de una tumoración por el orificio inguinal superficial, causada por un aumento de la presión intraabdominal, ya sea un esfuerzo, tos, risa, defecación, etc. y que va desde una pequeña tumoración ("punta herniaria") hasta una masa que ocupa todo el escroto o rellena parte del labio mayor; es sugestiva de **hernia inguinal**. La tumoración suele ser reductible, aunque puede reaparecer con facilidad. Hay que enseñar a los padres a reducir la hernia, teniendo en cuenta que la reducción de la misma es una cuestión de habilidad y no de fuerza. El tratamiento es siempre quirúrgico, y es urgente en los casos de hernia estrangulada. En las niñas, la hernia puede contener una masa dura, móvil, dolorosa al tacto, que es el ovario, que puede encarcelarse o estrangularse. En este caso, la intervención también debe ser urgente para evitar la lesión del ovario y/o de los anejos. La recidiva herniaria es rara, aunque puede darse con más facilidad en pacientes prematuros, en las grandes hernias o si se ha abierto el saco inadvertidamente durante la disección⁶.

Se ha planteado si es preciso intervenir de ambos lados a los pacientes que presentan una hernia inguinal unilateral. En un reciente trabajo, parece que esto solo sería aconsejable en los pacientes en los que la hernia ha aparecido antes de los dos meses de edad⁷.

El **hidrocele**, el **quiste de cordón** (en el niño) y el **quiste de Nuck** (en la niña) son una colección de líquido en alguna parte del trayecto del conducto inguinal. Suele ser liso a la palpación, bien delimitado y se transilumina perfectamente (figura 7). El hidrocele comunicante, el más frecuente, es de tamaño variable, mayor por la noche que

Figura 7. Hidrocele transluminado

por la mañana, dado el paso de líquido a través de la comunicación durante la actividad diaria. En el neonato y el lactante pequeño, a veces el hidrocele es simplemente residual y desaparece en unos pocos meses. Otras veces el hidrocele puede ser reaccional a un traumatismo, un tumor o una intervención de varicocele. En estos casos, el antecedente y la clínica orientarán el diagnóstico. Excepto en los casos secundarios a un tumor, se puede permanecer expectante durante unos meses, ya que a veces desaparecen espontáneamente, en especial los residuales; sin embargo, si pasados unos meses no ha desaparecido, es manifiestamente comunicante o el hidrocele se convierte en un hidrocele a tensión, es aconsejable la exéresis quirúrgica.

Si la tumoración, en vez de aparecer a partir del orificio inguinal superficial, aparece justo en el pliegue inguinal, nuestro primer diagnóstico de sospecha será una **adenopatía inguinal** (dura, irreductible, bien delimitada y frecuente) o una **hernia crural** (que será reductible como cualquier hernia, aunque resulta relativamente rara en la infancia).

La ausencia de teste en el escroto (síndrome del escroto vacío) puede deberse a una falta del teste por **agenesia** –raro–, por **atrofia** –que puede haber ocurrido en cualquier momento del desarrollo tanto intra- como extrauterino–, por un mal descenso del teste (**retención testicular, criptorquidia**), que queda retenido en algún punto de su trayecto de migración normal, o por una **ectopia del testículo**, que ha ido a una zona fuera de su trayecto de descenso normal (ectopia perineal, superficial, etc.). En la exploración, hay que intentar palpar el teste en algún lugar de su trayectoria de descenso o en las zonas de probable ectopia. A veces, un reflejo cremastérico importante hace que el teste ascienda en el momento de la exploración, siendo difícil su localización y dando una falsa sensación de retención testicular. La exploración con el paciente en cuclillas elimina el reflejo cremastérico y muchas veces permite palpar el teste en su lugar real.

El tratamiento será quirúrgico, en las ectopias para colocar el teste en su sitio, en las retenciones para conseguir el descenso testicular; y en las atrofas para valorar el esta-

do del testículo y extirparlo ante la posibilidad de malignización futura⁸. Además, la intervención quirúrgica permite el cierre de un conducto peritoneo-vaginal, que en la mayoría de los casos permanece abierto dando lugar a una hernia inguinal acompañante. Aunque la elección del momento más adecuado para la intervención sigue estando en controversia, se considera que alrededor de los dos años es una buena fecha. El tratamiento hormonal con gonadotropina coriónica humana (HCG) se utiliza cada vez menos; además, recientemente se han publicado trabajos que presentan algunos efectos secundarios de este tratamiento⁹.

A veces, en el hemiescrotulo izquierdo se aprecia un aumento de la vascularización venosa, que puede generar una cierta incomodidad en el paciente, apreciándose unas varicosidades con un tacto llamado en "gusanera", que aumenta con la maniobra de Valsalva. Suele aparecer durante el desarrollo puberal. Se trata de un **varicocele** (figura 8). En general, suele ir en aumento y puede perjudicar el desarrollo del testículo afecto; de hecho, en estos casos el testículo izquierdo es más pequeño que el contralateral. La solución puede ser quirúrgica, mediante ligadura venosa o bien por embolización venosa bajo control radiológico.

Figura 8. Varicocele



Hay que recordar que la **fimosis** es fisiológica hasta los tres años; por lo tanto, si no existe clínica urológica hay que dejar que el prepucio evolucione espontáneamente. No está indicado forzar el despegamiento de las adherencias balanoprepuciales, aunque existan quistes de esmegma que se transparentan como una colección amarillenta a nivel del prepucio, ya que muchas veces estos despegamientos forzados producirán balanopostitis, que aumentará el grosor y la fibrosis prepucial conduciendo a una fimosis cicatricial. No hay que forzar la retracción del prepucio en caso de anillos fimóticos importantes, puesto que se puede producir una parafimosis que requerirá una solución urgente. A partir de los tres años se puede intentar el tratamiento con una crema de betametasona, aunque algunas fimosis no se librarán del tratamiento quirúrgico. En la actualidad, hay una tendencia a aumentar el número de circuncisiones, no solo por razones étnicas, culturales o religiosas, sino como mecanismo para disminuir el contagio de determinadas enfermedades venéreas, lo que está en controversia en la actualidad^{10,11}. Por otro lado, los detractores de la circuncisión rutinaria sugieren un aumento de las neoplasias de pene en los pacientes circuncidados.

El **hipospadias** se produce cuando el meato uretral no ha llegado en su desarrollo embrionario al extremo distal del pene y, por lo tanto, aboca en alguna parte previa de su recorrido. Se distinguen, según donde esté abocado el meato, los hipospadias granular, en surco, peneano o escrotal. Se debe valorar el calibre del meato (descartar que no exista meatoestenosis), y la existencia de *chordée* que produzca incurvación (hay que valorar el pene en erección para estar seguros de que podemos descartar la *chordée*). Cuanto más posterior sea el hipospadias, más posibilidades hay de que se acompañe de malformaciones renales, por lo que estará indicada la práctica de una ecografía renal. La intervención de la meatoestenosis debe realizarse pronto; la corrección definitiva del hipospadias puede esperar hasta el segundo año de vida. No es una intervención exenta de complicaciones y, según el tipo de hipospadias y la técnica elegida, puede haber estenosis y/o fistulas que requerirán una segunda intervención.

En la niña, pueden verse distintos tipos de alteraciones genitales:

Figura 9. Himen imperforado



Figura 10. Quiste de Skene



Figura 11. Prolapso de uretra**Figura 12.** Sarcoma botrioides