

La ecografía en el estudio del dolor inguinal sin alteraciones concluyentes al examen físico

Echography in the study of groin pain with no conclusive alterations in the physical examination

Dr. C. Santiago Luis Solís Chávez, Dr. Hansel Andreus Rodríguez, Dra. Lesly Solís Alfonso

Hospital Militar Central Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" consultan pacientes, fundamentalmente jóvenes con dolor inguinal sin alteraciones al examen físico y resulta complejo tratarlos adecuadamente al no poder precisarse la causa del dolor.

Objetivo: determinar la utilidad de la ecografía en la determinación de las causas del dolor.

Métodos: se desarrolló un estudio prospectivo y longitudinal con 30 pacientes que consultaron por síndrome doloroso inguinal. Se les realizó ecografía inguinal, crural, del cordón, del escroto con su contenido o labios mayores de la vulva, y se relacionaron los hallazgos con lo encontrado en la intervención quirúrgica o la evolución clínica si no fueron intervenidos durante los tres meses posteriores a la primera consulta.

Resultados: el promedio de edad fue de 21,2 años con predominio de los hombres (96,7 %). Se sospecharon por ecografía enfermedades en 29 regiones inguinocrurales (93,5 %) en las que no se habían encontrado alteraciones al examen físico y dos cuyo ecograma se consideró normal. De ellas, en 18 se informó sospechas de hernias inguinales, siete adenomegalias, dos varicoceles, un quiste del cordón y uno de Nuck. Se operaron todos los pacientes con hernias, uno con varicocele y dos con quiste, en los que se confirmó el diagnóstico.

Conclusiones: la ecografía constituye una herramienta útil cuando el examen físico no justifica el dolor inguinal.

Palabras clave: dolor inguinal, hernia inguinal, hernia del deportista, ecografía inguinal.

ABSTRACT

Introduction: Patients, most of them young, present at Dr. Carlos J. Finlay Central Military Hospital with groin pain without any alterations in the physical examination. Since the source of the pain cannot be determined accurately, it is difficult to indicate an effective treatment.

Objective: Determine the usefulness of echography in establishing the causes of the pain.

Methods: A prospective longitudinal study was conducted with 30 patients presenting with groin pain syndrome. Echography of the groin, crus, cord and scrotum was performed, including its content or vulvar labia majora. Results were compared with those found in surgical interventions or the clinical evolution or those who were not operated on during the three months following the first consultation.

Results: Mean age was 21.2 with a predominance of the male sex (96.7 %). Echography revealed 29 cases of suspected inguino-crural disease (93.5 %) in which no alterations had been found in the physical examination, and two whose echogram was considered to be normal. Of these, 18 were reported as suspected groin hernia, seven as adenomegaly, two as varicocele, one as a cord cyst and one as a Nuck cyst. All patients with hernias, one with varicocele and two with cysts underwent surgery, and the diagnosis was confirmed.

Conclusions: Echography constitutes a useful tool when the physical examination does not reveal the cause of groin pain.

Key words: groin pain, groin hernia, sportsman's hernia, inguinal echography.

INTRODUCCIÓN

El dolor inguinal inexplicable al examen físico es relacionado desde su primera publicación en 1966 por *Cabot*, según *Morelli*,¹ con la práctica de deportes en que la cintura pélvica es sometida a esfuerzos físicos intensos, y se atribuye a causas como la insuficiencia de la pared posterior inguinal (hernia del deportista), a la osteítis del pubis, bursitis del iliopsoas, fracturas de estrés y otras enfermedades relacionadas con los tendones, cartílagos y nervios de la zona.

En las consultas externas se atienden pacientes, principalmente jóvenes, que aquejan dolor inguinal, pero en los cuales el médico no puede demostrar ninguna alteración, lo que retrasa una conducta terapéutica específica, afecta la vida estudiantil y laboral, por la limitación que el dolor provoca en la realización de ejercicios y por las ausencias repetidas a consultas médicas.

La presente investigación tiene el objetivo de determinar la utilidad de la ecografía como medio diagnóstico para esclarecer las causas de dicho dolor antes de que aparecieran datos al examen físico.

MÉTODOS

Se estudiaron prospectivamente a todos los pacientes que consultaron entre septiembre de 2007 a diciembre de 2008 en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" por presentar dolor inguinal y cuyo examen físico no demostraba alteraciones que lo justificaran. Previo consentimiento informado, se les realizó ecografía inguinal, crural, del cordón, del escroto con su contenido o labios mayores de la vulva, relacionando los hallazgos con lo encontrado en la intervención quirúrgica o la evolución clínica si no fueron intervenidos, durante los tres meses posteriores a la primera consulta.

Se consideró agudo el dolor cuando tuvo una duración de menos de seis semanas y crónico aquel igual o mayor que ese tiempo;² mientras que para la clasificación de la intensidad se empleó la de *Ziprin* y otros,³ en que el dolor es ligero cuando aparece durante la actividad física pero no la limita; moderado cuando el dolor aparece durante la actividad y la limita pero no tiene que detenerla; y severo si el dolor aparece durante la actividad física y tiene que detenerla.

RESULTADOS

La serie, conformada por 30 enfermos (29 hombres; 96,6 %), tuvo un promedio de edad de 21,2 años y el 80 % estaba por debajo de los 29. No hubo enfermos en la sexta década de vida ni por encima.

El motivo de consulta en todos los pacientes fue el dolor de la zona inguinal, unilateral en 29 (96,7 %) y bilateral en dos, lo que representó 31 zonas inguinales estudiadas. En 12 enfermos el dolor había comenzado entre tres y hasta seis semanas previas a la primera consulta, y en el resto (que incluía a la mujer) más de seis y hasta catorce semanas. Fue descrito como quemante en 23 pacientes (76,7 %) y se localizaba sobre la región inguinal sin irradiación en 18 pacientes (60,0 %) mientras que en ocho la hacía en el pubis y escroto. En cuatro enfermos la raíz del muslo era el área a donde irradiaba. Se clasificó como ligero en 7 ocasiones (23,4 %), moderado en 14 (46,7 %) y severo en 9 (29,9 %).

De las 31 zonas inguinales exploradas (tabla), la ecografía sugirió alteraciones en 29 (93,5%): 18 de ellas interpretadas como hernias inguinales, diez indirectas por la posición del saco en relación al anillo inguinal profundo (Fig. 1) y ocho directas; siete adenomegalias (Fig. 2); dos varicoceles; un quiste del cordón y un quiste de Nuck. En dos pacientes no se pudieron demostrar alteraciones ecográficas.

Tabla. Distribución de las enfermedades según hallazgos ecográficos en pacientes operados y no operados de zonas inguinales con dolor inguinal inexplicable

Enfermedad sospechada	Por ecografía		Operados		No operados	
	n	%*	n	%*	n	%*
Hernia inguinal indirecta	10	32,3	9	90,0	1	10
Hernia inguinal directa	8	25,9	7	87,5	1	12,5
Adenomegalias	7	22,6	0	0,0	7	100
Varicocele	2	6,4	1	50	1	50
Quiste del cordón	1	3,2	1	100	0	0,0
Quiste de Nuck	1	3,2	1	100	0	0,0
Sin alteraciones	2	6,4	0	0,0	2	100
Total	31	100	19	61,2	12	38,8

*Referido a los hallazgos ecográficos según las zonas inguinales con dolor

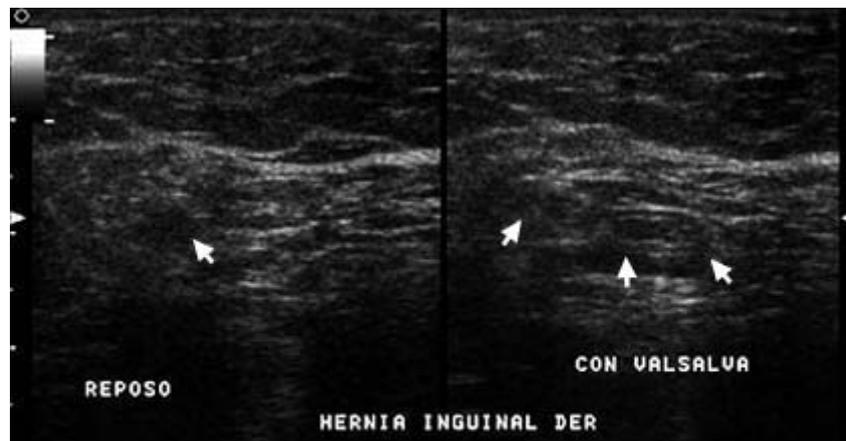


Fig. 1. Obsérvese el anillo inguinal profundo en reposo y la salida de un saco indirecto con contenido bajo esfuerzo.

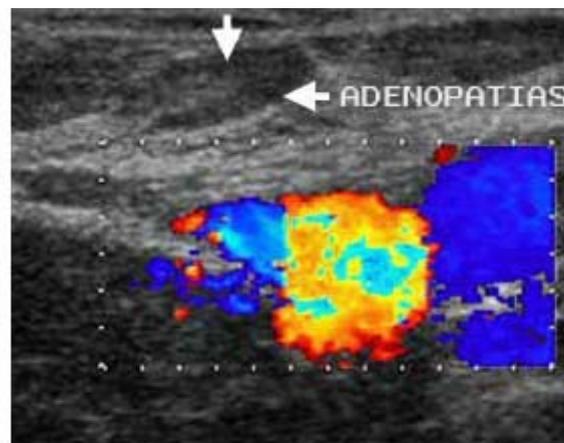


Fig. 2. Múltiples adenopatías por encima de los vasos femorales. Obsérvese el tamaño con el diámetro de los vasos femorales.

La intervención quirúrgica se decidió como promedio 11,3 semanas después que la ecografía había sospechado alguna lesión, y se constataron de las 16 sospechas de hernias operadas, que el 93,7 % había sido correctamente clasificada en indirecta o directa. Se realizaron 14 herniorrafias y dos hernioplastias.

En la intervención se demostró un saco indirecto en siete ocasiones, el cual fue ligado y resecao. En todos se describió debilidad de la pared posterior inguinal sin saco apreciable, reparándose once de ellas a puntos separados con sutura no absorbible mediante plicatura de la fascia transversalis y la cintilla iliopúbica, que partiendo del tubérculo del pubis llegaba hasta el anillo inguinal al cual estrechaba, mientras que en los tres restantes se empleó una técnica de Shouldice modificada en dos planos con sutura continua no absorbible. En las dos hernioplastias se utilizó la técnica de Lichtenstein.

También fueron intervenidos los quistes, un varicocele (en ambos se comprobó el diagnóstico con angiodoppler); mientras que en las adenomegalias se encontraron lesiones en los miembros inferiores que las justificaban, desapareciendo todas con tratamiento médico. Los dos enfermos sin alteraciones ecográficas se trataron con antiinflamatorios no esteroideos, desapareciendo los síntomas.

No hubo recidiva del dolor en los tres meses posteriores de seguimiento en ningún paciente.

DISCUSIÓN

El sexo, la distribución por grupos de edad y su promedio coincidieron con otros autores en que este síndrome aparece en varones jóvenes y con un estilo de vida que implique actividad física no sedentaria.¹

El dolor, al igual que señalan otros autores, fue el síntoma presente en todos los enfermos estudiados y coincidió en la irradiación hacia pubis, escroto y raíz del muslo, lo cual limita total o parcialmente la actividad física en las dos terceras partes de los pacientes.

Se ha señalado como principal causa de este cuadro doloroso inguinal a la hernia del deportista que es una insuficiencia de la pared posterior sin evidencias clínicas de una hernia,³ y se expresa por dolor en la parte más baja de la región inguinal con irradiación hacia escroto o raíz del muslo. Su diagnóstico ecográfico se establece al demostrar que la pared inguinal posterior se hace convexa a los esfuerzos sin que exista un saco demostrable con asas en su interior, lo que ocurrió en todos los enfermos además de un saco indirecto en siete ocasiones.^{4,5} Por el poco grado de destrucción de la pared posterior en todos los pacientes excepto dos por otras causas, se pudo reparar la pared mediante herniorrafias.

El resto de las enfermedades halladas también coinciden con las publicaciones de otros investigadores excepto las adenomegalias a las que no se identifican como causa de dolor.⁶⁻⁸ Después de tratados los pacientes no hubo recidivas de dolor.

Se concluye que la ecografía es una herramienta útil para precisar la causa de dolor inguinal en aquellos enfermos en los cuales no puede demostrarse mediante el examen físico una causa que lo justifique.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morelli V, Weaver V. Groin injuries and groin pain in athletes: Part 1. Prim Care Clin Office Pract. 2005;32:163-83.
2. Verrall GM, Slavotinek JP, Fon GT, Barnes PG. Outcome of conservative management of athletic chronic groin injury diagnosed as pubic bone stress injury. Am J Sports Med. 2007;35:467-73.
3. Ziprin P, Shirish G, Prabhudesai M, Solomon A, Chadwick S, Transabdominal Preperitoneal Laparoscopic Approach for the Treatment of Sportsman's Hernia. J Lapar Adv Surg Tech. 2008;18(5):123-8.
4. Jamadar D, Franz M. Inguinal Region Hernias. Ultrasound Clinics 2007;2(4):711-25.
5. Swan Jr. KG, Wolcott M. The athletic hernia. A systematic review. Clin Orthop. 2006 Jul;455:78-87.
6. Macintyre J, Johson C, Schroeder EL. Groin pain in athletes. Curr Sports Med Reports. 2006 Jan;5:293-9.
7. Moeller JL. Sportsman's hernia. Curr Sports Med Reports. 2007 Apr;6:111-4.
8. Swan Jr. KG, Wolcott M. The athletic hernia. A systematic review. Clin Orthop. 2006 Jul;455:78-87.

Recibido: 16 de abril de 2012.
Aprobado: 14 de junio de 2012.

Santiago Luis Solís Chávez. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: ssolis@infomed.sld.cu