

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. José A. Piquinela
(Facultad de Medicina — Hospital Pasteur)

APENDICITIS HERNIARIA (*)

Dr. Roberto Perdomo

La apendicitis herniaria constituye un hallazgo de baja frecuencia y a menudo sorpresivo en la práctica de la cirugía de urgencia. Así lo muestran claramente algunos datos estadísticos:

a) Watson⁽¹⁸⁾, basado en cifras estadísticas de Sonnenburg, Hofman y Fromme, reúne un conjunto de 8692 observaciones de apendicitis de las cuales 11, o sea solamente 0,13 %, eran de topografía herniaria. Rose⁽¹⁴⁾ entre 1.050 apendicectomías, recoge 4 casos de esta localización.

b) Por otra parte, en relación con la presencia del apéndice en el contenido herniario, Watson⁽¹⁸⁾ destaca que ella puede esperarse en una proporción del 1 al 1,5 % de todas las hernias que contienen víscera abdominal. Y en cuanto a la apendicitis herniaria, el mismo autor la halla aproximadamente en el 1 % de las hernias irreductibles. Rose⁽¹⁴⁾ señala el hallazgo del apéndice 4 veces entre 191 hernias inguinales y crurales operadas, entre los cuales 3 eran apendicitis. Del mismo modo, Ryan⁽¹⁵⁾ registra también el apéndice en 4 ocasiones entre 159 hernias del mismo tipo, con 3 casos de apendicitis.

c) En nuestro país, la literatura del tema nos muestra los aportes hechos por De Pena⁽⁴⁾, Lamas⁽⁹⁾ y Blanco Acevedo⁽¹⁾ a propósito, respectivamente, de una observación de apendicitis herniaria.

No obstante su limitada incidencia, la resolución adecuada de esa asociación problemática que configura la apendicitis aguda y la hernia que la aloja, obliga al cirujano a conocer la entidad y poseer un plan táctico y técnico para enfrentar esas circunstancias. Un tal plan merece ser discutido a la luz de los nuevos conceptos y de

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de Junio de 1963.

las nuevas posibilidades de la cirugía moderna, y ella es la intención fundamental de nuestro trabajo que desarrollaremos a propósito de 4 observaciones de apendicitis herniaria.

Procede aclarar desde el comienzo que el título de "apendicitis herniaria" se ajusta, para nuestra exposición, a la definición que de ella hace Reggi (13): "denominación común para los *procesos de índole inflamatoria o de causa mecánica que derivan del alojamiento del apéndice cecal dentro del saco herniario (apendicocele)*". En efecto, se reconoce que el apéndice alojado en el saco herniario, desde el punto de vista fisio e histopatológico, puede experimentar procesos de distinto tipo, que esquemáticamente es posible agrupar en las siguientes denominaciones:

1. *Inflamatorio común*, con sus gradaciones de catarral, supurado o gangrenoso.
2. *Gangrenoso de origen vascular*, por compresión producida por bridas, por el anillo o por el cuello del saco herniario.
3. *Combinación variable* entre ambos procesos anteriores.

Con tales posibilidades sobreentendidas, creemos conveniente unificar el concepto de "apendicitis herniaria" en el sentido de la definición de Reggi (13), y sortear así el escollo de una precisión difícil entre la apendicitis auténtica o la estrangulación apendicular como acto inicial de las alteraciones objetivadas finalmente por el cirujano en la intervención. Ya en 1923, Lamas (*) zanjaba esta cuestión diciendo: "no me parece difícil aceptar que el cuello del saco y el apéndice puedan trabajar por su cuenta, aunque muy a menudo se asocien en el trabajo patológico".

CASUÍSTICA

Obs. 1. — Alvaro C., 22 años. Hospital Pasteur.

Sumario: Apendicitis aguda en canal inguinal derecho. Apendicocele aislado extrasacular ignorado en operación de hernia inguinal anterior. Abordaje inguinal combinado con laparotomía mediante una sola incisión. Apendicectomía y herniorrafia. Curación.

Desde hace 48 horas dolor abdominal difuso, más intenso en región inguino abdominal derecha. Náuseas y fiebre. Deposición normal el primer día.

Antecedentes: Operado 2 años antes de hernia inguinal derecha, de la que evolucionó sin incidentes y sin haber notado recidiva. En el post-operatorio inmediato fue tratado con antibióticos por haber comprobado el cirujano, al decir del paciente, un "cordón grueso" que interpretó como de naturaleza inflamatoria.

Examen: Buen estado general. Lengua húmeda saburral. Temp. 37,5/38°. Pulso 100/min. Abdomen libre e indoloro. **Región inguinal derecha:** cicatriz de herniotomía. Tumefacción dura, irregular y dolorosa que ocupa el canal

inguinal en su parte profunda, no permitiendo llevar la exploración digital más allá del orificio externo. Elementos del cordón y testículo normales.

Diagnóstico clínico: epiplocele estrangulado en una recidiva herniaria inguinal derecha.

Operación: Dr. Perdomo. Pte. Ríos. Anestesia general.

Incisión inguinal derecha con resección de la cicatriz cutánea anterior. No se encuentra saco herniario. La fibrosa del cordón se encuentra íntimamente adherida a una formación cilindroide, del grosor de unos 8 a 10 mm., que ocupa el canal por dentro del cordón, sin recubrimiento seroso aparente. Tal formación se prolonga hacia arriba y afuera hasta alcanzar el orificio interno del canal inguinal, por el cual penetra; recién en este momento de la disección reconocemos tal estructura como un apéndice francamente patológico. El ciego no penetra en la hernia. Se separa el apéndice del cordón hasta el O. I. del canal, a cuyo nivel no existe constricción del órgano. Un intento cuidadoso de tracción para alcanzar la base del apéndice resulta infructuoso y no se insiste. Se prolonga la incisión de piel y oblicuo mayor hacia arriba y afuera, disociando oblicuo menor y transversal por encima del abordaje inguinal. Se penetra en la cavidad abdominal y se aborda el ciego y la base del apéndice que se halla a unos 2 cms. del O. I. del canal inguinal; se liga y se secciona el apéndice y su meso, completando la apendicectomía por la vía inguinal, lo que se logra con suma facilidad. Cierre de la incisión y herniorrafia según técnica de Bassini.

Evolución: sin incidentes. Alta al 5º día. Curación.

Obs. 2. — Josefina S., 60 años. Hospital Británico.

Sumario: Hernia ceco-apendicular crural derecha. Estrangulamiento del fondo cecal (hernia de Richter) y apendicitis crónica herniaria, en actividad. Proceso flemonoso subagudo ínguino-crural. Abordaje ínguino-crural combinado la vía retro-crural y crural mediante una incisión única. Apendicectomía. Resección del fondo cecal gangrenado. Cecostomía. Curación.

Portadora desde muchos años de una pequeña hernia crural derecha. Hace 15 días nota tumefacción y dolor a ese nivel, en tanto el tumor herniario se hace irreductible. En los días siguientes al comienzo su dolor se atenúa, pero persiste la tumefacción crural algo sensible al contacto. No trastornos del tránsito intestinal. No se ha notado febril. No vómitos ni náuseas. Vista por médico varios días después del comienzo, no se da entidad al cuadro por lo que la intervención se retrasa.

Examen: Buen estado general. Apirética. Lengua ligeramente saburral. Abdomen libre e indoloro. **Región ínguino-crural derecha:** Tumefacción situada por dentro y por delante de los vasos femorales, llegando arriba hasta la arcada crural y presentando límites laterales e inferior imprecisos. Se manifiesta con los caracteres de un empastamiento inflamatorio crural de tipo subagudo, en el cual participa la piel, que se halla roja y caliente, y el tejido celular hasta el plano músculo-aponeurótico al cual está fijo, no permitiendo individualizar las estructuras normales a este nivel. El proceso es apenas sensible y no presenta impulsión con la tos ni expansión, aunque sí latidos transmitidos. La región retro-crural se presenta también algo sensible y con cierto grado de reacción muscular antálgica que se opone a la palpación apoyada.

Diagnóstico clínico: Dudamos del diagnóstico, aunque el antecedente claramente relatado por la paciente nos induce a pensar en un proceso herniario crural complicado. De todos modos, la sensación de empastamiento inflamatorio regional nos obliga a rechazar la idea de penetrar directamente en él, por temor a no lograr individualizar las estructuras que lo componen o herir los elementos nobles vecinos de íntima vinculación. Resolvemos realizar de entrada

un abordaje retro-crural, por vía inguinal, y explorar por dentro el orificio crural.

Operación: Dr. Verges, Dr. Perdomo. Anestesia local.

Incisión inguinal derecha que sigue la dirección de la arcada hasta alcanzar el polo superior de la tumefacción crural y se verticaliza entonces hasta llegar a su polo inferior. Se penetra en el canal inguinal incindiendo el oblicuo mayor en la dirección de sus fibras; se desprenden oblicuo menor y transverso de la arcada en su parte externa y se reclinan hacia arriba. Se incinde la fascia transversalis y se comprueba que un infundíbulo peritoneal penetra en el orificio crural. Abierto el peritoneo se observa que unos 2 cms. del fondo cecal, con todo el apéndice implantado a su nivel, se introducen en el anillo crural y es estrangulado nítidamente por este anillo (hernia de Richter cecal). El resto del ciego y la unión ileo-cecal se hallan normales, no existiendo interferencia en el tránsito digestivo. Se protege el peritoneo y se secciona el anillo por dentro a bisturí; aparece la zona de ciego estrangulada, con aspecto de gangrena a cuyo nivel se produce un desgarró, que se obtura de inmediato previa resección de la zona patológica de la pared cecal. Se liga el meso apéndice y recién entonces se penetra en la tumefacción crural encontrando un intenso proceso inflamatorio subagudo de todos los planos y un saco herniario a contenido purulento, con el apéndice patológico en su interior que se extirpa con facilidad. Se coloca sonda Pezzer en la abertura cecal y se ajusta mediante tres jaretas invaginantes, realizando cecostomía a través de contraabertura independiente en la fosa ilíaca derecha. Cierre del anillo peritoneal, previa sección del cuello del saco herniario, a nivel del orificio crural. No se actúa sobre el resto del saco herniario, colocando un dren de goma en el mismo que sale por la comisura inferior de la herida. Reconstrucción por planos del abordaje inguinal con puntos separados de catgut. Piel abierta.

Evolución: sin incidentes. Moviliza el intestino al 4º día. Se retira la sonda de cecostomía al 10º. Curación.

Anatomía patológica: Informe del Dr. Casinelli.

Apéndice de 7 cms., cordonal, fibroso, flexuoso, de 6 mm. de diámetro promedial, de cavidad casi filiforme, recubierto en su mitad distal por tejidos fibro-adiposos inflamatorios (adherencias?). Nódulo de 3 ½ cms., que parece un fragmento de pared (cecal?) arrollado. Dos pequeños pelotones adiposos.

Microscópicamente se observa:

a) **Apéndice.** — Tres cortes transversales en la mitad distal, muestran los caracteres de una **apendicitis crónica inespecífica**, en actividad, con reducción luminal, cavidad ocupada por mucus densificado, y mucosa de epitelio hiperplásico, con zonas ulceradas y contacto del mucus con la submucosa inflamatoria, fibroproductiva. Periapendicitis crónica adherencial organizada, con **focos de lipogranulomatosis** post-esteatonecrosis en el meso.

b) **Ciego.** — Un corte total del nódulo, muestra un segmento de pared cecal plegado, con **proceso inflamatorio crónico, inespecífico, en actividad**, comprometiendo todas sus capas (fibrosis, infiltración mono y polinuclear, espesamiento de la subserosa, adherencias). Hay una amplia zona de **mucosa ulcerada**, sustituida por una **proliferación granulomatosa polipoide**, inespecífica, de superficie úlcero-purulenta.

No hay caracteres de malignidad en las muestras de material examinadas. No hay caracteres actuales de necrosis isquémica (infarto). Esto último invalida la impresión que tuvimos al examinar la lesión cecal durante el acto quirúrgico, en el sentido de que se trataba de una gangrena isquémica por estrangulación.

Obs. 3. — Noila F. de E., 76 años. Hospital Pasteur.

Sumario: Hernia apendicular aislada en canal crural derecho. Apendicitis herniaria. Proceso flemoso agudo crural derecho. Abordaje crural combinado con laparotomía mediante una sola incisión. Apendicectomía y herniorrafia. Curación.

Desde hace tres días nota tumefacción dolorosa en región inguino-crural derecha; los dolores se irradian a hipogastrio. No ha evacuado el intestino desde el comienzo del cuadro. Hoy por la mañana tiene vómitos. La historia no registra antecedentes de un proceso herniario a ese nivel.

Examen: Buen estado general. Lengua húmeda y saburral. Temp. 36,5°/38°. Pulso 104/min P. A. 17/10. Abdomen no distendido, indoloro a la palpación. **Región inguino-crural derecha:** tumefacción intensamente dolorosa a la palpación, con elementos inflamatorios en la piel de la región.

Operación: Dr. Bermúdez, Dr. Machado, Pte. Chossoni. Anestesia general.

Incisión arciforme en fosa ilíaca derecha, tipo Mac Burney-Gosset bajo. Se liga arteria epigástrica. Abierto el peritoneo se reclinan asas intestinales. Se comprueba que el ciego queda bridado en el canal crural, por el que sale el apéndice con su meso que está estrangulado a ese nivel. Se bloquea la pelvis con compresas y se amplía la incisión cutánea hacia abajo. Se disecciona el saco y se atrae la base del ciego, efectuándose apendicectomía típica con encapuchonamiento. Se reseca el saco y cierra el anillo crural, descendiendo la arcada hacia el Cooper. Cierre por planos. No había perforación apendicular y la base del órgano estaba sana.

Evolución: sin incidentes. Alta el 9° día. Curación.

Obs. 4. — Esteban M. C., 79 años. Hospital Pasteur.

Sumario: Hernia apendicular con deslizamiento del ciego, inguinal derecha. Apendicitis herniaria. Abordaje inguinal combinado con laparotomía mediante una sola incisión. Apendicectomía, reducción cecal y herniorrafia. Curación.

Desde hace 3 años padece de hernias inguino-escrotales bilaterales, mayor a derecha y parcialmente reductibles con el decúbito. Desde ayer la hernia derecha se hace dolorosa e irreductible. Dos deposiciones posteriores escasas. Disuria y polaquiuria.

Examen: Estado general conservado. Apirético. Lengua húmeda saburral. Pulso 60/min. P. A. 15/10. **Región inguinal derecha:** hernia inguino-escrotal tensa y dolorosa en su parte superior. No hay modificaciones inflamatorias cutáneas.

Diagnóstico clínico: hernia inguinal derecha estrangulada.

Operación: Dr. Cohen, Pte. Bianchi. Anestesia general.

Incisión de herniotomía inguinal derecha. Liberación y abertura del saco, herniario: viene abundante cantidad de líquido seroso. El contenido visceral comprende el ciego adherente por deslizamiento a la cara posterior del saco, la última asa ileal y el apéndice engrosado, congestivo y edematoso. Apendicectomía in-situ. Dada la imposibilidad de reducir el ciego, se prolonga la incisión cutánea hacia arriba y se realiza una disociación de los músculos anchos a nivel de la fosa ilíaca derecha, tipo Mac Burney. Se penetra en la cavidad abdominal y traccionando el ceco-ascendente se logra su fácil reducción. Resección parcial del saco herniario y cierre de ambas incisiones, con plastia herniaria tipo Potemsky.

Evolución: sin incidentes. Alta el 10° día.

COMENTARIOS

Estas observaciones, aunque distintas entre sí, presentan caracteres comunes a propósito de los cuales deseamos comentar y destacar algunos aspectos que consideramos de importancia dentro del tema, y sobre todo aquellos que condicionan de un modo u otro la resolución quirúrgica en sus directivas.

Edad: de los cuatro pacientes, tres tenían edades superiores a los 60 años. Ello está de acuerdo a los datos estadísticos, que señalan en el adulto una proporción de apéndices herniarios de 1% entre 30 y 50 años, frente a 1,5 % después de los 50 años (Watson¹⁸). No consideramos aquí los casos de apendicoceles infantiles, que según Watson⁽¹⁸⁾ son muy frecuentes antes de los 10 años para la topografía inguinal y excepcional para la crural. De Pena⁽⁴⁾ ha publicado en nuestro país una observación de apendicitis herniario inguinal en un niño de 1 año.

Sexo y Variedad de Hernia: Los dos pacientes hombres presentaban apendicitis herniarias inguinales, en tanto que en los dos de sexo femenino existían procesos crurales. También coincide ello con los datos proporcionados por la estadística de Watson⁽¹⁸⁾, estructurada en base a 924 casos de hernias del apéndice recopilados de la literatura, donde se muestra lo siguiente:

a) un franco predominio de hallazgos del apéndice en hernias inguinales y crurales, aunque por excepción puede vérsese en cualquiera otra variedad, inclusive la diafragmática;

b) una proporción mucho mayor de casos de topografía inguinal del apéndice en el hombre (392 hombres y 44 mujeres), con relación inversa para la crural en la mujer (223 mujeres y 26 hombres).

Tolerancia Clínica: La apendicitis herniaria, al transcurrir como un proceso aislado de la cavidad peritoneal por bloqueo inflamatorio, mecánico o mixto a nivel del orificio interno de la hernia, cuando se produce en forma aislada puede evolucionar con buena tolerancia y poca alteración del estado general. Como lo muestra la observación 2 y lo destacan Jorge y Col.⁽⁷⁾, en esas condiciones "muchos pacientes continúan en actividad por muchos días, consultando por la persistencia del tumor y dolor". De los casos recopilados por Watson, en 145 que correspondían a apendicitis herniaria se menciona la duración de los síntomas del siguiente modo: 85 con menos de 3 días de evolución, 24 con evoluciones entre 3 y 7 días y 36 entre una semana y 6 meses.

Dificultad de Diagnóstico: El diagnóstico no se hace clínicamente. Afortunadamente, como lo expresan Burger y Torbert⁽³⁾, "se hace diagnóstico de hernia estrangulada y se reconoce la condición de ur-

gencia, lo que quita gravedad al error". Esta línea de acción se impone cuando cohabita en el saco alguna asa delgada, junto al apéndice, y aparecen signos y síntomas de oclusión intestinal, pero si el apéndice se encuentra aislado en el saco, aun el diagnóstico de hernia estrangulada puede presentarse dudoso. En estos casos surge el diagnóstico diferencial con hernia epiploica irreductible, adenitis, quiste del cordón o conducto de Nuck, enfermedades del testículo o del cordón espermático, etc.

Evolución del Foco Inflamatorio: El proceso inflamatorio local puede ser de intensidad moderada y adoptar una marcha de tipo subagudo (Obs. 2) o, por el contrario, evolucionar en forma de flemón agudo y grave, que incindido puede dejar atrás de sí una fístula pio-estercoral.

Contenido Visceral Herniario. Deslizamiento Cecal: Este punto y los siguientes se relacionan con los hallazgos operatorios. Se comprobó el apéndice aislado en 2 observaciones (1 y 3); con el fondo del ciego incluido en una (Obs. 2), y junto al ciego y última asa ileal en otra (Obs. 4). Cuando en el adulto el apéndice se encuentra en compañía del ciego, ello se hace habitualmente a expensas de un proceso de deslizamiento de este órgano que se mantiene en parte extraperitoneal por su cara posterior e interna (Obs. 4). El deslizamiento del ciego crea un problema de interés para su reintegración abdominal y para la reparación plástica de la hernia. Watson (¹⁸) señala, en relación a este punto, que el apéndice está casi siempre acompañado por el ciego en el saco herniario, siendo la comprobación de tal hecho tanto más frecuente cuanto mayor es la edad de los pacientes.

Apendicocele Aislado: Por oposición, la hernia del apéndice aislado se considera como de muy baja incidencia. Existía esta situación en dos de nuestras observaciones (1 y 3). Watson (¹⁸) agrega que en las hernias del apéndice aislado una buena cantidad de casos presentan solamente la $\frac{1}{2}$ o los $\frac{2}{3}$ del órgano dentro del saco. Estas hernias incompletas del apéndice serían determinadas por adherencias del órgano al cuello del saco, por un meso apéndice breve o por un ciego inmóvil.

Saco Herniario: El saco de la hernia apendicular puede ser completo o incompleto, único o multilocular. El apéndice puede ser retroperitoneal, yaciendo completamente fuera del saco como en un caso de hernia por deslizamiento del colon. Cabe hacer énfasis en esta última circunstancia, ya que en ella ha habido problemas para la identificación del apéndice en el propio acto quirúrgico. Como ejemplos, son ilustrativos nuestra observación 1, donde en operación previa fue confundido con un deferente patológico, y la observación de Herman (⁶), donde el cirujano con diagnóstico de posible neoplasia practicó una resección de testículo y cordón espermático en un pa-

ciente de 7 años, portador de una apendicitis herniaria de este tipo extraperitoneal.

Adherencias: El apéndice y su meso se hallan, aun sin apendicitis, adherentes al saco y a los otros elementos viscerales del contenido herniario, y ello es tanto más frecuente y extendido cuando se trata de apéndices aislados. Este hecho y la existencia de un anillo herniario estrecho favorecerían el desarrollo de la inflamación e infección apendicular.

Inflamación - Estrangulación: En los procesos inguinales es donde puede observarse más claramente la auténtica inflamación apendicular, en tanto que en nuestras dos observaciones de topografía crural (2 y 3), parecía netamente predominante el fenómeno mecánico de estrangulación como condicionante de la "apendicitis herniaria". Es un hecho relatado por varios autores, y no es en modo alguno absoluto, dependiendo en cada caso de las condiciones anátomo patológicas regionales, esencialmente variables.

Tratamiento Quirúrgico: En cuanto al tratamiento quirúrgico, por diversas consideraciones se realizaron en todas las observaciones herniotomías combinadas con laparotomía mediante una sóla incisión cutánea. En un caso por dificultad para la apendicectomía por vía baja exclusiva (Obs. 1), en otros 2 por haber dudas de diagnóstico frente a procesos inflamatorios agudos o subagudos de la región herniaria (Obs. 2 y 3) y, finalmente, por necesidades de la reducción del deslizamiento cecal y de la plastia herniaria (Ob.4). Nos interesa poner este hecho de relieve, con los fundamentos que llevaron, en distintas circunstancias y a distintos cirujanos, a adoptar una vía de exploración y abordaje similar. Está en ello la motivación y razón principal de este trabajo, que desarrollaremos en capítulo aparte. En todos los casos se realizó la apendicectomía, en tanto que la plastia fue diferida en la Obs. 2 ante el hallazgo de supuración dentro del saco herniario.

Evolución: La evolución post-operatoria se hizo hacia la curación sin incidentes en el conjunto de nuestras observaciones. A este propósito, Watson¹⁸ establece que la mortalidad por apendicitis herniaria, considerada globalmente, es más baja que por apendicitis abdominal, por razón de la limitación y tabicamiento del proceso.

TRATAMIENTO

Vías de Acceso: En este aspecto, la resolución práctica de una apendicitis herniaria tiene puntos de íntimo contacto con las fórmulas aconsejadas para el acceso a las hernias por deslizamiento del colon. Del mismo modo, por tanto, pueden ser aplicables cualquiera de las vías propuestas para tales hernias, que enumeramos y denominamos según lo hacen Zabaleta y Uriburu (en Watson¹⁸):

- a) Herniotomía simple.
- b) Herniolaparotomía.
- c) Herniotomía combinada con laparotomía por medio de una sólo incisión cutánea.
- d) Herniotomía combinada con laparotomía por medio de incisiones cutáneas separadas.

Entendemos que la gran mayoría de los problemas planteados por la apendicitis herniaria, encontrarán su mejor solución técnica a través de accesos de los dos últimos tipos. A efectos de su demostración, pasaremos revista esquemáticamente a las distintas circunstancias clínico-operatorias con que este proceso se ofrece al cirujano.

1. *Cuando el examen regional, inguinal o crural, muestra signos inflamatorios agudos o subagudos preeminentes*, oscureciendo los demás elementos semiológicos de orientación. (Obs. 2 y 3). Las dudas de diagnóstico que estas circunstancias implican, se aclaran de inmediato con la exploración intra-abdominal que, al mismo tiempo, si el ciego no ha explorado hacia la hernia permitirá iniciar correctamente la apendicectomía con la ligadura de la base del órgano y su meso, así como proteger debidamente el peritoneo antes de penetrar en el saco herniario infectado o debridar el anillo de la hernia. La existencia de un foco séptico reconocido a nivel de la hernia, hace en estos casos aconsejable la realización de incisiones cutáneas también independientes: laparotomía previa, herniotomía subsiguiente.

2. *Cuando incidido el trayecto herniario, con o sin diagnóstico de hernia, no se reconoce un saco herniario* (Obs. 1) *y/o se duda sobre la naturaleza del proceso encontrado* (Obs. Herman⁶), la prolongación de la incisión cutánea hacia el abdomen y la exploración intra-peritoneal a través de una laparotomía complementaria por disociación en la fosa ilíaca derecha, dejará los hechos claramente expuestos y resueltos.

3. *Cuando solamente una parte del apéndice se encuentra alojado en la hernia, aún con un correcto debridamiento del orificio interno herniario, resulta con frecuencia difícil maniobrar para atraer el ciego hacia abajo y realizar una apendicectomía correcta y segura.* Este hecho es señalado precisamente por Blanco Acevedo¹, quién a propósito de una apendicitis crural expresa: "constatada la etiología apendicular de la tumoración *se aborda la lesión por una nueva incisión alta, sin insistir en la posibilidad de extirparlo por vía crural*, ya que en estos casos el ciego casi siempre está fijo en la fosa ilíaca derecha". Las posibilidades para la maniobra de descenso por tracción serán tanto más desaconsejables, por otra parte, cuanto más alterado y friable se halle el apéndice y su meso, aumentando el

peligro de contaminación del peritoneo no protegido cuando se actúa por vía herniaria exclusiva.

4. *Cuando se encuentra el ciego deslizado en la hernia*, será naturalmente factible y sin inconvenientes la apendicectomía dentro del saco herniario. Pero en estos casos, la reintegración del ciego al abdomen y la plastia herniaria consiguiente —cuando las condiciones de supuración o gangrena no la contraindiquen— se logrará en condiciones técnicas más eficientes a través de una laparotomía consecutiva, prolongando la incisión de herniotomía o por incisión separada.

Resumiendo nuestra opinión relativa a la elección de la vía de acceso, corresponde reiterar lo dicho en el sentido de que la herniotomía combinada con laparotomía, mediante una amplia y única incisión o dos incisiones cutáneas independientes, solucionará la mayor parte de los problemas de la apendicitis y de la reparación plástica de la hernia que la aloja.

No hemos hallado en la literatura destacado debidamente el valor táctico de esa vía de acceso combinada, que da firmeza a la acción quirúrgica al objetivar en toda su magnitud las lesiones existentes, que facilita una mejor protección de la cavidad peritoneal antes de debridar el cuello de una hernia a contenido infectado, que hace posible la realización técnica bajo la seguridad del control visual de todos los elementos anatómicos y que, finalmente, permite una reparación herniaria más eficaz en los casos —muy frecuentes— de deslizamiento cecal concomitante.

En nuestro medio Blanco Acevedo¹ aconseja utilizar esta técnica para el acceso a propósito de una observación de apendicitis crural; repetimos su expresión, “constatada la etiología apendicular *se aborda la lesión por una incisión alta sin insistir en la posibilidad de extirparlo por vía crural...*” Por otra parte, Watson¹⁸ se refiere escuetamente a este punto y a propósito de una apendicitis herniaria gangrenosa, dice: “no es aconsejable tirar de él para ligarlo en la base. Es mejor efectuar una segunda incisión, sea para-rectal o de Mac Burney, y exteriorizar ciego y apéndice para completar la operación”. El mismo autor menciona técnicas de acceso similares preconizadas por Breglio, que utiliza una incisión separada tipo Mac Burney para tratar el apéndice, y por Kipp, que secciona el oblicuo mayor hacia arriba y extrae el apéndice por incisión separada en el plano profundo; en ambos casos los autores son citados por Watson¹⁸ como comunicaciones personales.

Sibilla¹⁶, que ha formulado un plan táctico muy completo para el tratamiento de la apendicitis herniaria, aconseja también la técnica del acceso combinado con “laparotomía baja” cuando “no se logra exponer bien el ciego y el apéndice con su meso”. Otros autores, como

Ryan¹⁵, han utilizado fortuitamente una vía de acceso similar para tratar pacientes de apendicitis herniaria.

Desde luego, que la fórmula propuesta no pretende ser absoluta. Existen situaciones favorables, aunque de evidente excepción, donde el hallazgo de un apéndice patológico total y aisladamente alojado en la hernia, subceptible de permitir con seguridad su ligadura en la base y la de su meso sin que se requiera una movilización cecal o un debridamiento muy amplio del orificio interno, hacen posible la resolución exclusiva y totalmente adecuada del problema por la herniotomía simple.

La Apendicectomía: Desde luego, se realizará dentro del saco cuando el apéndice se halle contenido completamente en su interior, con o sin la compañía del ciego deslizado. Cuando el apendicocele es parcial y no se logra exponer bien su implantación cecal y su meso, la ligadura de ambas estructuras se realizará por laparotomía. Si esta última condición se diera en una apendicitis purulenta o gangrenosa, obvio será insistir en la necesidad de un riguroso cambio de guantes e instrumental, que separe el tiempo limpio de laparotomía del séptico realizado a nivel de la hernia. El problema se simplifica cuando se ha comenzado por una laparotomía de exploración, pues una vez ligado el apéndice y su meso, la extracción del órgano por vía herniaria será una maniobra sencilla.

También frente a casos de apendicitis purulentas o gangrenosas, convendrá drenar el foco herniario. El drenaje peritoneal no tendrá prácticamente indicación si la acción ha sido llevada correctamente.

La Herniorrafia: La plastia herniaria por herniorrafia hace aconsejable, a los efectos de su mejor realización, la movilización abdominal del ciego cuando se ha producido su deslizamiento dentro del saco. Con esta premisa, el resto de tal tiempo se completará de acuerdo a técnicas de elección por el cirujano. En casos de supuración o gangrena apendicular, con o sin participación del saco herniario o los tejidos circundantes, se contraindicará la plastia, limitándose el procedimiento al cierre del orificio peritoneal y al avenamiento de los planos infectados.

SUMARIO

Se presentan 4 observaciones de apendicitis herniaria, comentando a su propósito los aspectos más salientes del tema en cuanto a frecuencia, sexo y variedad de hernia, tolerancia clínica, dificultad de diagnóstico, evolución del foco inflamatorio, contenido visceral herniario y deslizamiento cecal, apendicocele aislado, saco herniario, adherencias al mismo y relación aparente entre inflamación y estrangulación.

Finalmente, se desarrolla en especial el capítulo de tratamiento quirúrgico de la apendicitis herniaria, para sus localizaciones más frecuentes, la inguinal y crural. Se hace énfasis sobre el valor de la vía de acceso combinada de herniotomía y laparotomía, mediante única o doble incisión cutánea, para la resolución de los distintos problemas que este proceso ofrece al cirujano, destacando las circunstancias prácticas de su aplicación.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO ACEVEDO, E. y MORADOR, J. L. — Apendicitis Tumoral. Clínica Quirúrgica, 1 Vol.: 189-209, 1945. Impr. Berchesi, Montevideo.
2. BLANCHARD, O. y PERSICO, J. C. — Apendicocele Crural Estrangulado. Rev. Méd. Arg., 60:808-811, 1946.
3. BURGER, T. O. and TORBERT, H. C. — The Diagnosis of Acute Hernial Appendicitis. A. J. Surg., 42:429-432, 1938.
4. DE PENA, P. — Hernia Inguinal Derecha Estrangulada con Apendicitis Herniaria. Rev. Méd. Urug., 13:309-314, 1910.
5. GALEANO, F., CASOY, A. y PULLARA, S. — Hernia Inguino Escrotal Derecha Recidivante con Plastron Apendicular y Diverticulitis Ileal Intrasacular. Día Méd. Arg., 30:182-186, 1958.
6. HERMAN, J. R. — Incarcerated Scrotal Appendicitis. J. Urol., 75:811-814, 1956.
7. JORGE, S. M., BERISSO, O. y PAZ, J. R. — Apendicitis Aguda en Saco Herniario. Bol. y Trab. de la Soc. Cir. Bs. As., 20:844-853, 1936.
8. KEYES, T. I. — Presence of Cecum and Appendix in Scrotum in Large Indirect Inguinal Hernia. Am. J. Surg., 74:833, 1947.
9. LAMAS, A. — Un caso de Apendicitis Herniaria Crural. An. Fac. Med., 8:940-942, 1923.
10. LANDIVAR, A. y CANESSA, L. — Estrangulación del Apéndice Cecal en una Hernia Crural. Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. As., 23:153-159, 1939.
11. MULHOLLAND, S. W., MADONNA, H. M. and CORNELLY, D. A. — Acute Scrotal Appendicitis. J. Urol., 69:815-818, 1953.
12. RIOS BRUNO, G., LARGHERO, P. y VENTURINO, W. — Táctica y Técnica Racionales para el Tratamiento de las Grandes Hernias por Deslizamiento. Día Med. Ur., 304:2261-2265, 1958.
13. REGGI, J. P. — Apendicocele Crural. Gangrena Apendicular por Compresión Ejercida a Nivel del Cuello del Saco. Rev. Med. y Cien. Af., 7:640-643, 1945.
14. ROSE, T. F. — The Acutely Inflamed Appendix in a Hernial Sac. Med. J. Australia, 2:216-218, 1954.
15. RYAN, W. J. — Hernia of the Vermiform Appendix. Ann Surg., 106:135-139, 1937.
16. SIBILLA, C. E. — Apendicitis herniaria. Pr. Méd. Arg., 34:2101-2108, 1947.
17. VENENGO, M. — En discusión de Jorge y col. (1)
18. WATSON, L. F. — hernia. 1 Vol. Ed. Artécnica. Buenos Aires, 1952.

Dr. Walter Suiffet: Está de más recalcar el interés del tema que ha tratado el Dr. Perdomo, y la claridad y la ordenación con que ha sido expuesto. Yo quisiera hacerle dos consultas. Cuando se refiere a la táctica quirúrgica, expone una posición: explorar por laparotomía en primer término cuando

existe una tumefacción inguinal. Confieso que es nada más que a título de consulta. ¿En qué situaciones es que aconseja esa conducta? Porque además está decir, que el diagnóstico clínico de apendicitis herniaria es muy difícil realizarlo. ¿En qué tipo de hernia, aconseja hacer un abordaje inicial por vía abdominal?. El segundo punto es el referente a un aspecto de táctica quirúrgica. ¿Que tipo de laparotomía aconseja realizar? ¿Se refiere a laparotomías con la misma incisión cutánea o un nuevo abordaje? Consideramos en estos casos como ideal la técnica de Morestin-La Roque, que es la utilizada cuando realizamos la reducción de las hernias por deslizamiento. No se si en el trabajo está consignado, pero sería interesante que el Dr. Perdomo nos dijera que tipo de laparotomía aconseja, porque es un punto que a mi modo de ver, completaría la técnica y sin entrar al detalle de técnica, precisaría más la conducta a seguir en estos casos. Por lo demás, estamos completamente de acuerdo.

Dr. Bermúdez: Ha hecho muy bien el Dr. Perdomo en traer este problema a la Sociedad de Cirugía, porque indudablemente, en la práctica, la intervención de un proceso inflamatorio a nivel de una región herniaria siempre crea problemas serios, y no es la primera vez que por intervenir directamente en la región herniaria, frente a un proceso inflamatorio, se han producido desastres; especialmente cuando se trata de accidentes herniarios que ya tienen cierto tiempo de evolución como ha pasado en alguno de esos casos, y cuando existe un proceso inflamatorio importante, verdadero estado flemonoso de la región herniaria. Yo he adoptado como conducta, en todo accidente herniario con un plastrón inflamatorio en la región, no entrar directamente por esa región, porque la naturaleza de ese plastrón puede estar en un apéndice enfermo en la región herniaria, cuando se trata del hemi-ventre derecho, o puede estar en una epiploitis ya supurada en un accidente de origen intestinal, aún cuando el cuadro de oclusión no sea manifiesto. Frente a todos esos casos, prefiero entrar por una incisión abdominal adecuada al caso, para solucionar el problema de fondo por vía abdominal, y luego completar, si es necesario, por una hernio-laparotomía. El caso que refiere el Dr. Perdomo, se presentaba con esas características. Una señora de edad, que llevaba varios días de un accidente agudo en la región crural derecha, y que venía con un plastrón con participación de piel, tejido celular, y el tejido lipomatoso arrastrado por el saco, sin cuadro oclusivo. El diagnóstico que yo hice, fue de epiploitis herniaria supurada. En esas circunstancias, lo que cabía era hacer una incisión en la fosa ilíaca derecha, por encima de la arcada, e inventariar las lesiones intraperitoneales. Ello nos permitió ver que el apéndice penetraba en el saco de la hernia crural y estaba estrangulado. Liberamos el ciego seccionando la base del apéndice; cerramos el peritoneo del saco dejando exteriorizado el apéndice y cerramos el abdomen; luego por vía crural extirpamos el foco apendicular.

Dr. Carlos Stajano: No quiero retirarme y no voy a aportar nada nuevo, pero quiero asociarme a las manifestaciones hechas, felicitando al Dr. Perdomo por haber traído un tema tan práctico, tan importante, que evita a la gente sin experiencia tomar falsas rutas y que provoque desastres. De manera que tiene mucho interés para mi juicio.

Dr. Homero Cosco Montaldo: El interesante trabajo del Dr. Perdomo presenta numerosas facetas propicias a la reflexión. Tales las aclaraciones que pidió el Prof. Suiffet y las puntualizaciones que acaba de exponer el Dr. Bermúdez. Haciendo un paréntesis mental previo, cuando en una oportunidad me vi frente a un absceso pioestercoral producido en una hernia umbilical con oclusión intestinal y observé que su apertura espontánea, al drenar el foco, determinó una buena evolución del caso, rubriqué en mi pensamiento la orientación de que no siempre el abordaje directo del proceso está excluido de beneficios y que

la técnica operatoria presenta variantes que dependen del caso en particular. Y eso lo digo refiriéndome a un caso en el que tuve que actuar y que tiene relación con lo que acaba de expresar el Dr. Bermúdez. El Dr. Bermúdez expone como orientación general, ante un proceso flemoso en la hernia, dirigirse por laparotomía. Yo tuve un caso de una hernia con un apéndice supurado. La incidí directamente sobre el foco, comprobando la apendicitis supurada.

Pero, como en el extremo proximal del apéndice, en la parte correspondiente a su base, no era fácilmente accesible, para no propagar la infección al peritoneo, no pretendí romper por esta vía las adherencias que bloqueaban la zona. Luego de aspirar y lavar el foco supurado herniario, practiqué a continuación una laparotomía, ligué la base por vía alta y después extirpé el apéndice por la parte herniaria. Quiere decir que hice tres cosas: entré primero por la hernia, luego por el abdomen y terminé por la hernia. Me pareció que así defendía de manera más positiva al peritoneo que usando exclusivamente la vía peritoneal. Por lo tanto, la orientación general defendida de la vía abdominal tiene sus variaciones de acuerdo a particularidades propias de cada caso. He terminado.

Dr. Abel Chifflet: Deseo hacer una pequeña contribución con una observación de apendicitis herniaria curiosa. Era un enfermo que tenía el ciego dentro del saco herniario, y el apéndice estaba dentro de la cavidad abdominal, y se había provocado un proceso obstructivo de estrangulación sobre esa masa y el proceso inflamatorio con reacción peritoneal era abdominal con una hernia aparentemente sana. Fuera de ese hecho curioso, yo tengo interés en hacer resaltar de la exposición del Dr. Perdomo lo que se refiere a la táctica operatoria. Creo que ha hecho bien en insistir de que la operación por hernia inguinal estrangulada o no estrangulada, no es conveniente hacerla coincidir con una apendicectomía por la misma brecha operatoria de la operación de hernia. No es el momento de fundar esa posición, y sólo voy a recordar que en una oportunidad, hace muchos años, hice una encuesta un poco oculta, investigando a todos los cirujanos, practicantes, enfermeros y Hermanas de Caridad de distintos centros hospitalarios de Montevideo, si sabían de algún enfermo que fue caminando al hospital con el diagnóstico de hernia inguinal y que falleció a consecuencia del tratamiento quirúrgico. Esa búsqueda me llevó a mí a encontrar, en aquella época, en el año 1932 o 1933, 24 muertes por hernia inguinal en frío, y de esas 24 había 3 en que había muerto por haber sacado el apéndice en el curso de una hernia inguinal derecha. El mecanismo de la muerte en esos 3 casos era bastante parecido. En 2, la muerte había sido a consecuencia del desgarro del meso apéndice y hemorragia post operatoria, y en otro había sido traccionada insistentemente por el cirujano, para exteriorizar el ángulo ileo-cecal y poder hacer así la ligadura del apéndice en su base. Lo cierto es que esas 3 muertes fueron para mí, un alerta definitivo. Y desde ese momento, en los casos tentadores de enfermos con sufrimientos crónicos de la fosa ilíaca derecha, que yo opero de hernia, prefiero la operación de hernia y hacer, o la incisión de piel alargada y una nueva incisión en oblicuo menor más arriba, o hacer una incisión independiente para hacer la apendicectomía. Insistimos que el tener el muñon apendicular a la vista en el curso de una hernia, no es tener lo que fundamenta o constituye riesgo para una apendicectomía, que es el meso y que el meso se trabaja llevándolo hacia arriba y no traccionándolo hacia abajo. Por esa razón, me parece que las observaciones del Dr. Perdomo, y la insistencia con que afirma la necesidad de hacer una nueva incisión abdominal, es acompañada totalmente por nosotros.

Dr. Roberto Perdomo: En primer lugar, mi agradecimiento para quienes han hecho uso de la palabra y mi complacencia, porque en general puede decirse

que en este tema, estamos todos de acuerdo. Algunas cosas conviene que aclaremos, y sobre todo lo que tiene relación con lo que pregunta el Prof. Suiffet. En realidad, con lo que dijo ya el Prof. Bermúdez están contestadas las preguntas que él hacía. Nosotros decíamos en forma esquemática, el tiempo no nos permitía nada más, que en caso de encontrar un proceso flemoso, y lo hemos encontrado en la región herniaria, nos parecía, que entrar por ese lugar era arriesgarnos a perdernos y a hacer cosas indebidas. Teníamos en la 2ª enferma que tratamos con este problema, un plastrón de 15 días de evolución, que ocupaba la región herniaria, donde la enferma decía que tenía una hernia, y donde nosotros, en ese momento, no podíamos certificar que aquello era una hernia. Exactamente la misma situación que enfrentó el Prof. Bermúdez. Entonces, decidimos ver si la hernia estaba, entrando por laparotomía. En ese sentido es que creemos que surge una indicación: entrar por laparotomía y ver si existe tal hernia y qué es lo que hay que hacer. Es la misma situación vivida por el Dr. Cosco en el caso que él relata. En otra circunstancia, nos hallamos frente al problema de encontrar algo adentro de una hernia que ya habíamos abordado por herniotomía; encontrar algo que no sabíamos qué era, y finalmente reconocerlo como un apéndice y observar que ese apéndice no podía ser extraído sin riesgo, por la vía herniaria. Y entonces tener, pero ya con conocimiento de causa, que entrar al abdomen. En cuanto a la 2ª pregunta que hace el Prof. Suiffet, nosotros quisimos ser un poco amplios en esta materia; quisimos hacer énfasis en que estas cosas hay que abordarlas por dos caminos, pero no quisimos decir que la laparotomía debe hacerse de un modo o de otro. No quisimos entrar en esto en forma específica, porque no podíamos reflejar en ello una posición personal, porque no la hay tampoco en la literatura. Tal vez si tuvieramos que señalar nuestra preferencia diríamos de hacer una incisión baja en la F. I. D. y entrar por disociación tipo Mac Burney. Pero no siempre ha sido así, y nosotros mismos, en la 2ª enferma, no entramos por esa incisión, sino que lo hicimos por una incisión mucho más baja. Hicimos prácticamente en una hernia crural, una entrada por el canal inguinal. Consideramos que eso no lo haríamos nuevamente, pero esa vez lo hicimos, y entramos incindiendo la fascia transversalis, en el subperitoneo. Y por ahí observamos cómo salía el ciego y el apéndice a introducirse en el anillo crural. De todos modos creemos que hay que hacer una incisión cutánea única, ampliando la herniotomía hacia el abdomen, o dos incisiones, una de herniotomía y otra de laparotomía cutáneas. En cuanto a la entrada en el abdomen, lo mejor será una disociación en la fosa ilíaca derecha, lo más baja posible. Esa es la actitud con que a nosotros nos parece que se puede resolver el problema mejor, pero sin que ello sea algo en que nosotros quisiéramos entrar en forma específica. Lo dejamos un poco librado a la preferencia de cada uno. En lo demás, es evidente, como lo dice el Prof. Bermúdez, que el diagnóstico de esta situación no se hace clínicamente, y que la manera de resolver el problema está en hacer una laparotomía que en todos los casos, dará la pauta clara de lo que sucede. Creo que con eso quedan contestadas las preguntas, y muchas gracias a todos.