

Apendicitis herniaria

Dres. Alberto Valls y Francisco J. Di Leoni*

A propósito de una observación personal, se hacen algunas consideraciones sobre las apendicitis agudas herniarias. Se destaca que en general se hace diagnóstico de hernia estrangulada, aunque hay algunos hechos que llaman la atención: la escasa repercusión general y la ausencia frecuente de fiebre o su poca entidad como en el caso relatado. El tratamiento quirúrgico, cuando el apéndice está íntegro en el saco, es la apendicectomía por vía herniaria. Si su base está dentro del abdomen, es necesario hacer un abordaje abdominal separado, para ligar el meso y la base del apéndice, para retirar luego el mismo por el saco herniario. Si hay una peritonitis apendicular herniaria, se deja drenado el saco y no se reduce el contenido visceral dentro del abdomen, dejándose el tratamiento de la hernia para otra oportunidad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Inguinal hernia/complications. Appendicitis. Appendectomy.

La apendicitis aguda herniaria es una condición de escasa frecuencia, como lo destaca Watson (5), pero para el paciente que la presenta es un cuadro de gran importancia por sus implicancias diagnósticas y de tratamiento, como dice Perdomo (4) en un trabajo muy importante, con comentarios muy buenos de estimados colegas de nuestra Sociedad.

Allí están citados los trabajos nacionales de Blanco Acevedo y Morador (1), De Pena (2) y Lamas (3), cuyo caso se acompañó de diarrea, como el nuestro.

Como destacan los autores el apéndice puede estar totalmente situado dentro del saco herniario, con la base de implantación cecal, el colon en mayor o menor proporción y asas delgadas, como en nuestro caso, o estar su base implantada con el ciego dentro del abdomen. A veces el apéndice es el único contenido del saco, pudiéndose palpar.

Estas dos situaciones llevan a resolver el abordaje en la primera situación (la nuestra) por vía inguinal: apendicectomía y después, reducción del contenido al abdomen, con tratamiento de la hernia.

En la segunda circunstancia se requiere un abordaje abdominal, a menudo previo dadas

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

las circunstancias o a posteriori, después de abrir el saco y reconocer que no se puede dominar la base cecal, con cambio de guantes, para ligar la base del apéndice y el meso, lo que permitirá la extirpación de aquel por el saco, para evitar contaminaciones.

OBSERVACION

R. A. A. Carnet 7.676 (Casmu), 85 años. Ingreso: 25-III-74.

Portador de hernia inguinal derecha, grande, reductible. Comienza hace cuatro días con diarrea e irreductibilidad de la hernia. Desde ayer no evacúa el intestino y tiene dolor intenso en el saco; no trastornos urinarios; no vómitos.

Examen: Estado general bueno, lengua húmeda, sabbural, pulso 76 p.m.; temperatura axilar 37°4, P.A. 14/9.

Abdomen: Moderada distensión, no ruidos hidroaéreos. Gran hernia inguino-escrotal derecha, tensa y dolorosa. Tacto rectal: próstata algo aumentada de tamaño y consistencia. Douglas indoloro.

Diagnóstico: Hernia estrangulada.

Operación: Anestesia general (Dr. Valls, Dr. Di Leoni, Dr. Müller). Incisión inguinal derecha. Abierto el saco, viene pus verdoso. Hay múltiples pseudomembranas recubriendo el contenido herniario, que está formado por ciego móvil, última asa ileal y apéndice, con apendicitis aguda supurada, no perforada, adherido a la parte baja del saco, hacia adelante. Se limpia el saco, se libera el apéndice y se hace apendicectomía. Se reduce el contenido, se deja tubo en el fondo del saco escrotal, que no se reseca; tubo en el Douglas, comprobando la vejiga en retención. Sección del cuello del saco y sutura de éste con surjet de lino. Sutura de transversa a arcada y sutura de gran oblicuo, dejando el cordón subcutáneo. Lino en la piel. Sonda Foley a permanencia.

Postoperatorio: normal. Alta al 5º día. Pasa a Urología.

COMENTARIO

En nuestro caso, pensamos en una hernia inguinal estrangulada, pero llamaba la atención el período de irreductibilidad herniaria con diarrea, es decir, una historia digestiva previa, que precede a la aparición del dolor en la región inguinal.

También nos llamó la atención, que pese a la tensión herniaria, ésta aumentó de tamaño, lo que no es posible en una estrangulación.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Rivera y Santa Ana, Rivera, el 8 de junio de 1974.

* Profesor Adjunto de Cirugía y Médico Auxiliar.

Dirección: Bulevar España 2831, ap. 201, Montevideo. (Dr. Valls).

Es necesario subrayar, que como tenía el diagnóstico de hernia estrangulada y el paciente tiene 85 años, se realizó una maniobra de taxis, antes de ver nosotros al paciente, que felizmente no prosperó.

Creemos que la maniobra de taxis está contraindicada en general, porque no se puede saber el estado anatómico de los sectores viscerales reducidos.

RÉSUMÉ

Appendicite herniaire.

Considérations sur les appendicites herniaires aiguës à partir d'une observation personnelle. Il faut souligner qu'en général on diagnostique une hernie étranglée, malgré certains faits qui attirent l'attention: faible repercussion générale et absence fréquente de fièvre ou fièvre peu élevée comme dans le cas observé. Le traitement chirurgical, quand l'appendice se trouve entièrement dans le sac, est l'appendicectomie par voie herniaire. Si la base de l'appendice se trouve dans l'abdomen, il est nécessaire de procéder à un abord abdominal séparé pour lier l'artère appendiculaire et la base de l'appendice et retirer ensuite ce dernier par le sac herniaire. En présence d'une péritonite appendiculaire herniaire, on laisse le sac drainé et on ne réduit pas le contenu viscéral dans l'abdomen, reportant à plus tard le traitement de la hernie.

SUMMARY

Hernial appendicitis.

Comments are made on acute hernial appendicitis. It is mentioned that, normally, diagnosis is strangulated hernia, although in this particular case mention should be made of the scarce general repercussion and frequent absence or very slight variance in fever. The surgical approach, when the appendix is whole in the sac, is appendectomy through the hernial sac.

If the base is within the abdomen, the approach must be through the abdomen so as to secure the base of the appendix, removing it immediately through the hernial sac. If it is an hernial appendicular peritonitis, the sac is drained and the visceral content is not reduced within the abdomen, leaving the hernia treatment for a future instance.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BLANCO ACEVEDO E y MORADOR JL. Apendicitis tumoral, en *Clínica Quirúrgica*. Montevideo, Berchesi, 1945, p. 189.
2. DE PENA P. Hernia inguinal derecha estrangulada con apendicitis herniaria. *Rev Méd Urug*, 13: 309, 1910.
3. LAMAS A. Un caso de apendicitis herniaria crural. *An Fac Med Montev*, 8: 940, 1923.
4. PERDOMO R. Apendicitis herniaria. *Bolet Soc Cir Urug*, 34: 67, 1963.
5. WATSON LF. *Hernia*. Third Edition, St Louis, CV. Mosby, 1948.