

Apendicitis perforada en una hernia incisional recidivante

Perforated appendicitis in a recurrent incisional hernia

Luis Omar Flores Salazar^{1*}
Martha Janeth López Chávez¹
Gerardo Enrique Muñoz Maldonado¹
Mauricio Manuel García Pérez¹

¹ Hospital Universitario “Dr. José E. González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México.

*Autor de correspondencia: Correo electrónico: lfloresuanl@gmail.com

RESUMEN

Las hernias incisionales son la complicación más común a largo plazo en las laparotomías con una incidencia hasta 20 %. Se ha descrito la presencia de casi todos los órganos intrabdominales en el interior de una hernia. Presentamos el caso de un paciente con apendicitis aguda en una hernia incisional recidivante, su presentación clínica y una revisión de la literatura acerca de esta patología. Femenino de 75 años de edad presentó una hernia incisional recidivante estrangulada, se realizó una laparotomía exploradora, encontrando el apéndice cecal perforado. Se realizó la apendicectomía y una desbridación amplia de la piel y la grasa alrededor de la herida. Durante el internamiento se colocaron 4 sistemas de cicatrización asistida con presión negativa. Se tomó un injerto de espesor parcial del muslo izquierdo y se cubrió el defecto. Es importante estar consciente de las posibles complicaciones para determina la mejor estrategia en la cirugía.

Palabras clave: hernia incisional; cirugía; colorrectal.

ABSTRACT

Incisional hernia is the most long-term common complication in laparotomies with an incidence rate up to 20 %. The presence of almost all intra-abdominal organs inside a hernia has been described. Here is a 75 years-old female patient with acute appendicitis in a recurrent incisional hernia, its clinical presentation and the literature review about this pathology. This patient had strangulated recurrent incisional hernia and she underwent exploratory laparotomy to find perforated cecal appendix. Appendectomy and extensive debridement of skin and fat around the wound were performed. During the hospitalization period, four negative pressure-assisted wound closure systems were placed. A partially thick graft was taken from the left thigh to cover the defect. It is important to be aware of the possible complications in order to determine the best surgical strategy.

Keywords: incisional hernia; surgery; colorectal.

Recibido: 25/9/2017

Aceptado: 24/10/2017

INTRODUCCIÓN

Las hernias incisionales aún representan un problema mayor para los servicios de salud. Estas hernias son la complicación más común a largo plazo en las laparotomías, con una incidencia que se encuentra desde 3,8 hasta 20 %. Se han descrito la presencia de casi todos los órganos intrabdominales en el interior de una hernia, que incluye el estómago, intestino delgado, colon, ovarios y trompas de Falopio.⁽¹⁾ A continuación presentamos un caso de apendicitis aguda en el interior de una hernia incisional recidivante, su presentación clínica y una revisión de la literatura acerca de esta patología.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 75 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica de larga evolución. Sus antecedentes quirúrgicos fueron: 3 cesáreas y una hernioplastia con malla por una hernia incisional hace 5 años. Hace 4 días inició previo a su ingreso con dolor abdominal, náusea, vómito en varias ocasiones y ausencia de evacuaciones. Posteriormente, el dolor aumentó en intensidad por lo cual acudió al servicio de Urgencias. Los signos vitales a su llegada eran T 38,1 °C, TA 130/85 mmHg, FC 112, FR 23. En la exploración física se encontró un abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con una gran hernia incisional no reductible con eritema y cambios de

coloración en la piel alrededor, con ruidos peristálticos ausentes en la auscultación y dolor intenso a la palpación en todos los cuadrantes del abdomen.

Los exámenes de laboratorio presentaban una cuenta de células blancas de 14,100 con 85 % de polimorfonucleares. En las radiografías de abdomen se observaban múltiples asas intestinales dilatadas y niveles hidroaéreos. En este momento, nuestro diagnóstico inicial era el de una hernia incisional encarcerada, de manera que sabíamos que nos encontrábamos frente a un paciente quirúrgico; sin embargo, con una hernia tan grande y por las condiciones de la paciente decidimos realizar una Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple de abdomen para observar el tamaño del defecto, el saco herniario y planear de mejor manera la cirugía. En el estudio encontramos una hernia incisional estrangulada con múltiples asas intestinales en su interior (**Fig. 1**) y un defecto de 12 x 8 cms, posteriormente la paciente se ingresa a quirófano para la cirugía.



Fig. 1. Tomografía Axial Computada de abdomen donde se observa hernia incisional con múltiples asas intestinales en su interior, dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos.

Se realizó una incisión sobre la cicatriz previa, se disecó por planos hasta encontrar el saco herniario el cual se abrió. Se encontró en su interior líquido intestinal, pus, asas de intestino delgado y colon derecho (**Fig. 2**). Además, como hallazgo importante, encontramos el apéndice cecal perforado (**Fig. 3**). Hasta este momento, el diagnóstico fue: una apendicitis perforada en una hernia incisional recidivante.

Se aspiró una muestra del líquido para realizar pruebas bacteriológicas, se realizó la apendicectomía, posteriormente se lavaron e inspeccionaron las asas intestinales encontrando todos los segmentos viables. Se resecó el saco herniario y al estar frente a un abdomen contaminado sin posibilidad de colocar una malla nuevamente, decidimos cerrar la fascia anterior con puntos separados de polipropileno 1.

Luego se realizó una desbridación amplia del tejido celular y la piel alrededor de la herida y finalmente se colocó un sistema de cicatrización asistida con presión negativa. La paciente fue extubada al término de la cirugía sin complicaciones. Se mantuvo con doble esquema de antibióticos, el resultado bacteriológico reportó patógenos aerobios y anaerobios sensibles a los antibióticos utilizados.



Fig. 2. Imagen transoperatoria donde se observa saco herniario abierto con asas intestinales en su interior.



Fig. 3. Fotografía transoperatoria de apéndice cecal perforado encontrado en el interior del saco herniario.

Durante el internamiento se realizaron 4 recambios del sistema de cicatrización asistida hasta lograr una herida limpia con buen tejido de granulación. Por parte del servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva se realizó una toma de injerto de espesor parcial del muslo izquierdo para cubrir el defecto (**Fig. 4**). Finalmente, la paciente fue dada de alta al 16vo. día de internamiento y logró la integración completa del injerto en el seguimiento en las consultas posteriores.



Fig. 4. Herida cubierta con injerto de espesor parcial de muslo izquierdo.

DISCUSIÓN

La posición del apéndice vermiforme en relación con el ciego es variada, siendo la más común en orientación pélvica. El apéndice puede presentarse en todos los tipos de hernias abdominales. Las dos más frecuentes son la hernia inguinal y la femoral, conocidas como hernias de Amyand y Garengeot, respectivamente.⁽¹⁾ En la literatura se estima que la incidencia total en una hernia inguinal, femoral o incisional es entre 0,08 al 1 %.⁽²⁾ Nuestro caso es de los pocos reportados de una apendicitis aguda en una hernia incisional, hacer el diagnóstico en este paciente fue de gran dificultad y se hizo hasta el momento de la cirugía, ya que al estar el apéndice atrapado en el interior del saco herniario su presentación clínica fue atípica.

Meinke demostró que la mayoría de las hernias con apendicitis presentaban los síntomas de una hernia incarcerada, retrasó el diagnóstico, y lo asoció a perforación (41 %) o gangrena (26 %).⁽²⁾ Realizar una TAC del abdomen antes de la cirugía puede ser de ayuda para hacer el diagnóstico.⁽³⁾ El método de reparación primaria en estos pacientes continua en debate y se determina por la extensión de los tejidos afectados. Utilizar una malla sintética para la reparación de la hernia disminuye las recurrencias, pero aumenta el riesgo de infección de la herida cuando se compara contra el cierre primario con sutura.

Las nuevas mallas biológicas han sido evaluadas en heridas contaminadas con resultados prometedores; sin embargo, un estudio con 1452 pacientes reveló que no existe diferencia significativa entre el uso de mallas sintéticas o biológicas en la prevención de infección.⁰ Aun así, en nuestro paciente decidimos realizar el cierre primario del defecto donde se obtuvo un buen resultado.

CONCLUSIONES

La apendicitis es una hernia incisional es una presentación muy rara que es difícil de diagnosticar preoperatoriamente y generalmente se diagnostica durante la cirugía. El

tratamiento estándar es la apendicectomía y la reparación de la hernia.⁽⁵²⁾ Existen muchas formas diferentes de reparar la hernia. Como se demuestra en este caso, estar consciente de las posibles complicaciones en estos casos determina la mejor estrategia en la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sugrue C, Hogan A, Robertson I, Mahmood A, Khan W H, Barry K. Incisional hernia appendicitis: A report of two unique cases and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2013[citado 15 Agosto 2017];4:256-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23333806>
2. Galiñanes EL, Ramaswamy A. Appendicitis found in an incisional hernia. *J Surg Case Rep.* 2012[citado 15 Agosto 2017];8:3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649585/>
3. Singal R, Mittal A, Gupta A, Gupta S, Sahu P, Sekhon MS. An incarcerated appendix: report of three cases and a review of the literatura. *Hernia.* 2012[citado 15 Agosto 2017];16:91-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20740297>
4. Al-Hadithy N, Erotocritou P, Portou MJ, Hamilton H. Appendicitis in an incisional hernia after radical nephrectomy: a case report. *Ann Royal Coll Surg Engl.* 2010[citado 15 Agosto 2017];92:1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20566028>
5. Huntington JT, Mansfield SA, Drosdeck JM, Zhang G, Evans DC. A case of a strangulated umbilical hernia causing gangrenous apendicitis. *Int J Colorectal Dis.* 2016[citado 15 Agosto 2017];31:1075–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282646019_A_case_of_a_strangulated_umbilical_hernia_causing_gangrenous_appendicitis