

## Apendicitis gangrenosa en un saco de hernia crural

por el doctor

**J. Salarich**

El caso que a continuación exponemos, lo creemos interesante, no sólo por su relativa rareza, sino también por las variantes que presenta sobre el caso corriente de hernia con contenido apendicular.

Dos hechos destacan, como veremos al exponer el caso, en esta observación, hechos que la dan el interés de que hablaba. Uno de ellos la ausencia de síntomas locales de hernia estrangulada con presencia de la sintomatología típica de la apendicitis aguda. Otro, el relativamente buen estado macroscópico del apéndice y el buen curso post-operatorio a pesar de las repetidas purgas y de haber pasado tres días desde la crisis.

Son diversos los casos descritos de lesiones apendiculares provocadas por la estrangulación de una hernia inguinal, crural o lumbar, cuyo contenido comprende el apéndice.

Recordaremos los descritos estos últimos años por Higham, Biollate, Shawan, Altman, Du Bourguet, Giraud, Johnstone, etcétera. Todos ellos demuestran la importancia de esta complicación justificando que insistamos una vez más al exponer el

caso observado por nosotros comentando sus particularidades que creemos de innegable interés.

Se trata de un hombre (R. V.), de 47 años, casado. Sin antecedentes patológicos importantes que según explica hacía 2 años que sufrió después de un esfuerzo violento, una hernia en la región crural derecha, que hizo proeminencia durante unos días y luego desapareció quedando bien contenida. Desde entonces hasta ahora, el enfermo nunca notó la existencia de la hernia, tanto que hasta había olvidado el accidente de que hemos hablado. Pasados 2 años, un día el enfermo empieza a notar de súbito un dolor en la fosa ilíaca derecha que pronto se hace intenso y se extiende a todo el abdomen, toma una purga (una cucharada de sulfato de sosa), no logrando evacuar, el dolor aumenta en intensidad. Pasa así el día, siendo el dolor al día siguiente localizado en la fosa ilíaca derecha, al mismo tiempo se da cuenta de la aparición de un pequeño abultamiento en el lugar de la antigua hernia, del tamaño de una nuez que no hace prominencia, pero es bien



perceptible al tacto, no reducible y sin dolor. El dolor con calor local se ha apaciguado un poco, el enfermo ingiere una nueva cantidad de sulfato sódico, igual que la primera vez y que tampoco surte efecto. El dolor se intensifica progresivamente, no tiene vómitos, tiene fiebre (38°), en este estado pasa otras 24 horas y a los tres días, el enfermo es visto por nosotros de urgencia.

En este momento, el enfermo estaba a 38° de fiebre, pulso a 129, con náuseas, llevaba 3 días sin evacuar ni expelir gases, el vientre era ligeramente abombado, encontrándose una franca contractura localizada en la fosa ilíaca derecha. A la percusión se encontraba un sonido timpanizado, especialmente en la región abdominal periumbilical. A la presión el dolor es bien preciso en fosa ilíaca derecha, el resto del abdomen está sin dolor. En la región crural derecha, palpando, encontramos una tumoración del tamaño que el enfermo nos dijo que tenía desde el primer momento, un poco difícil de apreciar, debido a la grasa circundante y no reductible, al hacer presión sobre el mismo no se causa ningún dolor al enfermo que sólo se queja de un aumento de intensidad en el dolor a fosa ilíaca derecha. Por tacto rectal el dolor de dicha localización es intensísimo. Frente a este cuadro clínico, diagnosticamos la existencia de un proceso apendicular agudo que precisa una intervención urgente, cosa que practicamos inmediatamente.

Anestesia etérea. Incisión de Jalaguier, exteriorización del ciego dificultosa. El apéndice de situación inferior está fijado en la baja pelvis, por lo que alargada la incisión y hecho el campo necesario practicamos una apendicectomía retrógrada. Una vez el apéndice separado del ciego, vemos como penetra en el orificio crural,

en el que está alojado su tercio inferior. Liberación manual relativamente fácil del mismo, ya que no se encuentra ningún anillo resistente en el orificio crural, que se deja dilatar lo suficiente para desprender el apéndice introducido en él y con el cual no lo une ninguna adherencia. Invasión del muñón apendicular, sutura por planos de la pared. En la región crural observamos la desaparición del abultamiento irreductible que se encontraba antes de la intervención. Se deja la cura radical de la hernia para un segundo tiempo.

Examinada la pieza, vemos que el tercio inferior del apéndice es de color de vino, frágil y edematoso, esta porción queda bien limitada del resto completamente sano en el lugar en que el apéndice se convertía francamente en crural. Abierto dicho tercio inferior presenta en la mucosa el tipo de una lesión correspondiente a una apendicitis gangrenosa de dicha porción. El enfermo siguió un curso normal. Curado del todo es dado de alta a los 13 días de haber sido intervenido.

Como hemos dicho, el apéndice se encuentra contenido a veces en un saco herniario siendo el caso más frecuente el de la hernia inguinal congénita, en la que el apéndice a menudo adhiere al testículo en el fondo de un canal vagino-peritoneal que ha persistido; en general, no da sintomatología y sólo se pone de manifiesto al sufrir una estrangulación en la que se observa sobrepuesta a su sintomatología típica la de una apendicitis aguda. Más rara es la existencia de una hernia lumbar, conteniendo el apéndice de posición retrocecal y estrangulado de cuyo tipo es ejemplo el caso observado por Higham y como ésta, excepcional la hernia crural con contenido apendicular como en nuestro caso. La fácil extracción del apéndice y la no existencia de un anillo de estrangulación



que fuese necesario seccionar en el momento de la intervención, nos hacen dudar de que se tratase de una hernia estrangulada en el sentido que solemos dar a la misma y parecen justificar esta manera de pensar, la relativa benignidad de las lesiones apendiculares a los tres días de la supuesta estrangulación herniaria, la invariabilidad de todo ello al lado de un cuadro típico de apendicitis aguda, con dolor localizado y preciso en fosa ilíaca derecha, vómitos, fiebre, paralización de vientre y contractura muscular en fosa ilíaca derecha.

A pesar de lo dicho, no podemos admitir el hecho de una apendicitis ocurrida en un apéndice contenido en el saco herniario independientemente de éste y sin que exista ningún hecho de relación entre la lesión apendicular y la hernia, ya que la limitación de las lesiones de tipo gangrenoso exactamente en el lugar en que el apéndice se introducía en el anillo crural, contrastando con la sanidad y estructura normal del resto del apéndice libre, nos obligan a admitir aquella relación. Hay, pues, que buscar el mecanismo mediante el cual se ha producido la lesión apendicular a lo largo de tres días, lenta y progresivamente, sin que existiese una flogosis apendicular, sin un anillo de estrangulación herniaria.

Según nuestra opinión, la lesión apendicular no debe explicarse por una compresión establecida de una manera brusca por el cuello herniario al penetrar el apéndice en el saco herniario, sino que admitimos el hecho de que dicha penetración haya provocado una dificultad, un estasis en la circulación correspondiente a la porción de apéndice invaginada, cuyo estasis produciendo el consiguiente edema al aumentar el diámetro apendicular hará más intensa la compresión hasta llegar final-

mente a provocar una verdadera estrangulación, que ligera en el momento operatorio hubiera sido más intensa progresivamente hasta conducir a la necrosis y perforación de la zona apendicular comprimida. Se comprende así, como el apéndice se desprenda fácilmente del saco a los tres días de la crisis, cosa no factible si se tratase de una verdadera estrangulación, y se explica también que al no existir un proceso inflamatorio, las abundantes purgas ingeridas por el paciente no provocasen en el grado acostumbrado las catástrofes que alguna vez vemos todavía en las apendicitis agudas.

Frente a casos como el que acabamos de comentar, el cirujano se encuentra en la duda del camino a seguir para solucionar el problema quirúrgico agudo que se presenta, es decir: debe seguir la técnica corriente del tratamiento de toda hernia que se sospeche o sea verdaderamente estrangulada, o bien guiado por la sintomatología bien precisa debe practicar una laparotomía para tratar la lesión apendicular en primer lugar? Noosotros nos inclinamos por esto último, ya que creemos que nos autoriza a ello, por una parte la indiscutible sintomatología y por otra las dificultades técnicas de verificar correctamente la apendicectomía por vía crural en muchos de estos casos. El mismo criterio, hemos visto que ha sido seguido por otros en casos análogos, es un ejemplo bien demostrativo de lo que decimos el caso descrito por Higham en una hernia lumbar, cuyo saco contenía el apéndice afecto de una lesión gangrenosa intensa.

En nuestro caso, hemos seguido también a Higham, dejando para un segundo tiempo el tratamiento radical de la hernia, no prolongando una intervención en enfermos de sí ya débiles y poco resistentes.

En resumen, creemos que la existencia



de una hernia que se encuentre o se sospeche atascada o estrangulada en un individuo que presente una crisis típica apendicular aguda acompañada de la sintomatología característica de esta afección, no tiene que hacer alterar lo más mínimo el tratamiento de la misma, ya que si toda la sintomatología se debe no a un proceso apendicular agudo independiente de la hernia, sino a las alteraciones sufridas por el apéndice contenido en un saco herniario, la vía abdominal es también la técnicamente mejor para solucionar el caso y no debe escogerse la vía de acceso corriente en el tratamiento de la hernia crural, lumbar o inguinal, ya que ésta pasa a ser secundaria ante el tratamiento de la lesión apendicular y por tanto se puede dejar para un segundo tiempo su solución si el estado del enfermo lo hace conveniente. Sólo así nos haremos cargo de la extensión de las lesiones y podremos actuar sobre las mismas con un campo operatorio suficiente sin peligro de ser en nuestra terapéutica poco previsores o insuficientes.

#### RESUM

Describe l'autor un cas d'apendicitis gangrenosa en una hèrnia crural a conseqüència de l'extrangulació de la mateixa. Cita altres casos anàlegs ja descrits, detalla la simptomatologia del cas per ell observat i analitza les seves particularitats. Acaba fent un comentari sobre el bon resultat terapèutic obtingut.

#### RESUME

L'auteur s'occupe d'une appendicite gangreneuse dans un cas d'une hernie crurale produite par la strangulation de celle-ci. Il passe en revue d'autres cas analogues qui ont été déjà décrits. Il donne en détail la symptomatologie du cas qu'il a observé. Il en analyse les particularités et le bon résultat obtenu par le traitement thérapeutique.

#### SUMMARY

The author treats upon a gangrenous appendicitis in a case of a crural hernia caused by the strangulation of the latter. He quotes other analogous cases which already have been described and gives in detail the symptomatology of the case in question. He analyses its particularities and the good results obtained by the therapeutical treatment.

#### RIASSUNTO

L'autore tratta su una appendicite gangrenosa prodottasi in un caso di ernia crurale ed a conseguenza di strangolazione di questa. Passa in rassegna altri casi analoghi già descritti. Spiega poi la simptomatologia ed analizza le particolarità del caso in questioni e commenta esito del trattamento terapeutico adottato.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Verfasser berichtet über einen Fall von gangrenöser Appendicitis in Verbindung mit einer Schenkel-Hernie und als Folge von deren Abschnürung. Er führt andere ähnliche, bereits beschriebene, Fälle an und geht auf die Symptomatologie des von ihm beobachteten Falles in seinen Einzelheiten ein. Er analysiert die Besonderheiten seines Falles sowie die guten durch die therapeutische Behandlung erhaltenen Ergebnisse.



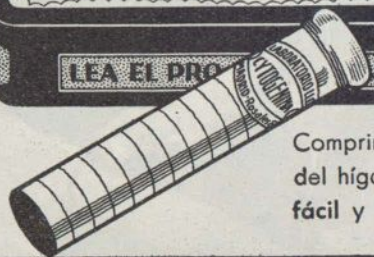
# CYTOGENINA

UN PROGRESO  
EN LA HEPATOTERAPIA

TRATAMIENTO  
EFICAZ DE LAS  
ANEMIAS



DOSIS: De 3 a 8  
comprimidos al día.



Comprimidos de amino-ácidos y vitaminas del hígado y mucosa gástrica, de ingestión fácil y tolerancia perfecta.

LABORATORIO LLOPIS MADRID

# HISTOGENO

## LLOPIS

ELIXIR GRANULADO

INALTERABLE

INALTERABLE

Es el tónico que debe  
recomendar siempre  
que necesite estimu-  
lar un organismo en-  
fermo o debilitado.



ADOPTADO por el  
Patronato para la Lu-  
cha Antituberculosa de  
Cataluña, Sanatorios, y  
Dispensarios de la  
Coruña, Lisboa, etc.