

- Morson BC. The pathology and results of treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Proc R Soc Med* 1960; 53: 4 14-420.
- Greenall MJ, Quan SHQ, Stearns MW, Urmacher C, DeCosse JJ. Epidermoid cancer of the anal margin. *Am J Surg* 1985; 149: 95-101.
- Beahrs OH, Henson DE, Hutter RVP, Kennedy BJ. Manual for staging of cancer (4.^a ed.). Filadelfia: JB Lippincott, 1992; 83-87.
- Berger DH, Feig BW, Fuhrman GM. The MD Anderson surgical oncology handbook (1.^a ed.). Boston: Little, Brown and Company, 1995; 185-189.
- Mappes HJ. Gibt es noch chirurgische Indikationen in der Therapie des Anal-Karzinoms? *Zentralbl Chir* 2000; 125: 365-369.
- Nigro ND, Sydel HG, Considine B, Vaitkevicius VK, Leichman L, Kinzie JJ. Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1983; 51: 1286-1289.
- Cummings BJ. The role of radiation therapy with 5-fluorouracil in anal cancer. *Semin Radiat Oncol* 1997; 7: 306-312.
- Ryan DP, Compton CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med* 2000; 16: 792-800.

Adhesiolisis laparoscópica

Sr. Director:

El reciente trabajo de Ramia et al¹ sobre adhesiolisis laparoscópica nos ha parecido oportuno e interesante, coincidiendo con los autores en el planteamiento quirúrgico y conclusiones. No obstante, podemos hacer algunas observaciones prácticas de la táctica quirúrgica laparoscópica para este tipo de procesos.

Nuestra larga experiencia en el abordaje laparoscópico de las eventraciones nos ha conducido a tener que hacer múltiples adhesiolisis masivas, en ocasiones con crisis de encarceración y oclusión²⁻⁴. Hemos podido comprobar que el dolor abdominal crónico que muchos pacientes con eventración o hernia abdominal refieren, desaparece después de la liberación de sus adherencias visceroviscerales y visceroparietales. Asimismo, hemos utilizado la vía laparoscópica en el tratamiento de la oclusión postoperatoria, de la suboclusión crónica y del dolor abdominal crónico sin causa orgánica.

Como norma general, el abordaje de estos enfermos debe hacerse en decúbito supino, con una presión abdominal del neumoperitoneo no inferior a 14 mmHg para favorecer la máxima liberación de la pared abdominal de sus conexiones viscerales. La óptica (trocar de 10 mm y ángulo de 30°) y los dos trocares de trabajo (5 mm) deben estar posicionados en el mismo flanco, que será el izquierdo para los procesos cicatrizales medios o derechos y viceversa para los cuadros adherenciales izquierdos. Si introducimos un nuevo trocar en el espacio contralateral para cambiar la óptica, forzosamente hay que acompañar otro trocar de trabajo para evitar la desorientación intracavitaria; sin embargo, esta eventualidad solamente se ha producido en nuestra experiencia cuando existían adherencias por debajo del plano de la óptica y de los trocares de trabajo.

El trocar de Hasson puede inspirar seguridad y confianza, pero no está exento de graves lesiones iatrógenas⁵, no siendo necesaria su utilización siempre que la entrada se produzca por el espacio subcostal izquierdo.

Estamos de acuerdo en no traccionar asas intestinales muy adheridas al plano parietal o cicatrizal. Habitualmente no es necesario salvo en adherencias laterales o pélvicas. Para esto es necesario que la mano izquierda del cirujano presione sobre la pared abdominal en el punto mismo en que está trabajando la tijera con la extremidad opuesta. Recomendamos la utilización de tijeras armónicas ultrasónicas tanto para la disección como para la adhesiolisis, la liberación de vasos epiploicos y la minimización del riesgo de lesión o perforación visceral. Recomendamos, asimismo, no emplear electrocauterio en contacto o proximidad intestinal, así como ser muy prudentes en el control total de la tijera con electrocoagulación para evitar lesiones desapercibidas a distancia. En adherencias muy firmes en las que la serosa intestinal se confunde con el peritoneo parietal, recomendamos la tijera de corte fino, sin cauterio, a ser posible sin tracción del asa, utilizando la disección roma y movilización progresiva con control visual absoluto sobre la superficie de corte. De esta forma, si llega a producirse una lesión intestinal, puede identificarse correctamente y suturarse con seguridad.

La liberación abdominal debe ser total y las antiguas cicatrices operatorias exploradas al completo, poniendo especial cuidado en que las laparotomías xifoumbilicales pueden incluir adherencias patológicas del estómago y del hígado en el ligamento redondo, que asimismo es necesario seccionar pues pueden ser causa de dolor crónico, vómitos y trastornos digestivos no explicados. Una vez completada la operación, introducimos 300 cm³ de solución de hialuronato férrico al 0,5% (Intergel®, Ethicon, Somerville, NJ), que puede ser útil para evitar futuras adherencias⁶, aunque son necesarios nuevos estudios que puedan confirmarlo.

La vía laparoscópica es útil, eficaz y muy beneficiosa para los pacientes con estas enfermedades, reduce significativamente el riesgo de lesión visceral en relación con la cirugía abierta convencional², así como la morbilidad y la estancia hospitalaria, pudiendo abordarse sin restricciones iniciales para cualquier paciente en función del grado de experiencia quirúrgica laparoscópica.

**M.A. Carbajo Caballero, J.I. Blanco Álvarez,
J.C. Martín del Olmo, F. Martín Acebes,**

M. Toledano Trincado y C. de la Cuesta de la Llave

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. M.A. Carbajo Caballero). Hospital de Medina del Campo. Valladolid.

Bibliografía

- Ramía JM, Pardo R, Padilla D, López A, Cubo T, Hernández Calvo J. Adhesiolisis laparoscópica. *Cir Esp* 1999; 66: 546-548.
- Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, De la Cuesta C, Toledano M, Martín F et al. Laparoscopic treatment vs open surgery in the solution of major incisional and abdominal wall hernias with mesh. *Surg Endosc* 1999; 13: 250-252.
- Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, de la Cuesta C, Martín F, Toledano M et al. Laparoscopic treatment of ventral abdominal wall hernias: preliminary results in 100 patients. *JLS* 2000; 16 (en prensa).
- Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, Sastre L, De la Cuesta C, Martín F et al. Volumineuse éventration xipho-pubienne à sacs multiples. La réparation coelioscopique est-elle possible? *Eur J Coelio-Surg* 1998; 26: 41-44.

(*Cir Esp* 2001; 69: 91-92)

5. Hanney RM, Carmalt HL, Merrett N, Tait N. Use of Hasson cannula producing major vascular injury at laparoscopy. *Surg Endosc* 1999; 13: 1238-1240.
6. Rodgers KE, Johns DB, Girgis W, Campeau J, DiZerega GS. Reduction of adhesion formation with hyaluronic acid following peritoneal surgery in rabbits. *Fertil Steril* 1997; 67: 553-558.

Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía

Sr. Director:

El hallazgo del apéndice vermiforme como contenido de un saco herniario es una situación muy poco frecuente en clínica. Haber tenido la oportunidad de intervenir a un paciente afectado de esta enfermedad nos ha impulsado a revisar la bibliografía existente sobre el tema y a dirigirle la presente carta.

Varón de 32 años de edad, con antecedentes patológicos de coartación aórtica y hernia crural derecha de varios años de evolución. Consultó en urgencias de nuestro hospital ante la aparición de tumoración dolorosa inguinal derecha de 3 h de evolución y que él mismo no conseguía reducir. Con la orientación diagnóstica de hernia crural derecha atascada se indicó intervención quirúrgica urgente. En el acto quirúrgico se halló como contenido del saco el apéndice cecal atascado, con signos de isquemia franca. Se procedió a quelotomía sobre el anillo herniario, apendicectomía clásica y hernioplastia crural con tapón de polipropileno. El curso postoperatorio cursó sin incidencias.

La primera revisión amplia del tema nos remonta a 1937 cuando Ryan¹ encuentra en una serie de 537 casos de apendicitis aguda una incidencia del 0,13% contenidas en un saco herniario. Más recientemente, Carey², del Milwaukee Country General Hospital, y Thomas³ publican sus experiencias, el primero sobre 10 casos observados durante 9 años consecutivos con una incidencia de un 1,1% y el segundo sobre los casos recogidos durante un período de 8 años.

No obstante, la primera descripción de un caso de apéndice cecal como contenido de un saco herniario la hace Amyand⁴, en 1736, aceptándose por este motivo como el primer cirujano que realiza una apendicectomía. Claudius Amyand (1681/1740)⁵,

hugonote refugiado en Inglaterra y sargento cirujano del ejército del rey Jorge II fue uno de los fundadores y principales cirujanos del St. George's Hospital, así como uno de los pioneros en la vacunación contra la viruela. Su nombre permaneció en la oscuridad durante el siglo XIX, época en que se desarrolla la apendicectomía. Sólo gracias a Deaver⁶ se reconoce la importancia de este hombre en la historia de la cirugía apendicular. Según dicho autor, Amyand realizó su apendicectomía 144 años antes de la primera generalmente aceptada y realizada por Lawson Tate en 1886, y 150 años antes de la primera extirpada en los Estados Unidos por Hall, y que casualmente también formaba parte de una hernia inguinal derecha estrangulada.

Creese⁶, Shepherd⁷, Hiatt y Hiatt⁸ y, más recientemente, Hutchinson⁹ han reclamado el epónimo "hernia de Amyand" acompañando a los de Richter o Littré cuyas hernias son mucho menos frecuentes pero aceptadas ampliamente¹⁰. Revisada la bibliografía, el hallazgo del apéndice estrangulado en un saco crural nos hace pensar en una variante escasamente comunicada¹¹ de la hernia de Amyand y que decidimos corregir con la colocación de un tapón de propileno en el orificio crural ante la ausencia de signos de infección en la zona¹².

**J.L. Sánchez García, C. Maristany Bienert, E. Espín Basany,
M. López Cano, B. Sáinz Villacampa,
F. de Lara Eisman y M. Armengol Carrasco**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Bibliografía

1. Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg* 1937; 106: 135-139.
2. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery* 1967; 61: 236-238.
3. Thomas WEG, Vowles KDJ, Williamson RCN. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 121-122.
4. Amyand C. Of a inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrusted with stone, and some observations on wounds in the guts. *Phil Trans R Soc Lond* 1736; 39: 329-342.
5. Deaver JB. Appendicitis. Filadelfia: P. Blakiston's Son & Co., 1905.
6. Creese PG. The first apendicectomy. *Surg Gynec Obstet* 1953; 97: 643-652.
7. Shepherd JA. Acute appendicitis. A historical survey. *Lancet* 1954; 2: 299-302.
8. Hiatt JR, Hiatt N. Amyand's hernia [carta]. *N Engl J Med* 1988; 318: 1402.
9. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J R Soc Med* 1993; 86: 104-105.
10. Orr KB. Perforated appendix in an inguinal hernial sac: Amyand's hernia. *Med J Aust* 1993; 159: 762-763.
11. Ottaviani M, Maglio MND, Papa F, Zitarella V, Alario G, Di Marzo A. Appendicite acuta gangrenosa in ernia inguinale strozzata. *Minerva Chir* 1997; 52: 831-833.
12. R. Fernández Lobato, FJ Fradejas, FJ Angulo, R. Tobalina, M. Moreno Azcoitia. ¿No existe morbilidad con el plug de Lichtenstein? *Cir Esp* 1998; 64: 79-80.

(*Cir Esp* 2001; 69: 92)