



P-452 - APENDICITIS AGUDA EN LOCALIZACIONES INSOSPECHADAS

I. del Hoyo Aretxabala, P. Gómez García, I. Vilar Achabal, A. Zorraquino González, M. Elías Aldama, A.I. Gutiérrez Ferreras, M. García Carrillo, P. Pérez de Villarreal Amilburu, I. Bengoetxea Peña, I. Losada Docampo y A. Gómez Palacios

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es una patología habitual dentro de la urgencia quirúrgica. Fue McBurney en 1889 quien describió las manifestaciones clínicas, el punto de mayor dolor abdominal y la incisión adecuada para exponer y extirpar el apéndice patológico. El dolor epigástrico que más tarde se sitúa en FID, con defensa a ese nivel y un aumento de reactantes inflamatorios-infecciosos en la analítica nos hace sospechar este diagnóstico. ¿Pero son estos signos y síntomas patognomónicos? ¿Hay que descartar una apendicitis aguda ante otra clínica diferente? Presentamos un caso clínico de una apendicitis aguda en el interior de una hernia lumbar encarcelada.

Caso clínico: Mujer de 70 años, que acude a urgencias por fiebre de 39°, vómitos y una tumoración dolorosa en la zona lumbar derecha con flogosis local. Entre sus antecedentes personales resalta una fractura lumbosacra por accidente de tráfico, que para su reconstrucción fue necesaria la utilización de un injerto óseo de la palpa iliaca derecha. El TAC muestra una herniación del colon derecho a través del defecto óseo adquirido en la pala iliaca, y un absceso secundario a una apendicitis aguda perforada en el interior del saco herniario. Se interviene de forma urgente, realizando apendicectomía abierta a través de una laparotomía media, drenaje del absceso lumbar y reparación del defecto mediante una herniorrafia. Resultado AP: apendicitis aguda necrotizante y perforada. Al mes se remite a consultas externas, donde presenta una recidiva de su eventración lumbar, por lo que se decide realizar cirugía programada por la Unidad de Pared Abdominal. Por vía laparoscópica se reduce el contenido herniario, liberando las adherencias e identificando los bordes del anillo. Utilizamos una malla de polipropileno recubierta por ambas caras por monocril para la reparación del defecto. Debido a la imposibilidad de la fijación ósea de la malla con grapas helicoidales irreabsorbibles, decidimos acceder por vía lumbar abierta, realizando la hernioplastia con puntos sueltos de PPL. Finalizamos la intervención accediendo nuevamente por vía laparoscópica, para comprobar la ubicación de la misma. La paciente evoluciona de forma favorable, sin recidiva herniaria en controles posteriores.

Discusión: En la literatura existen unos 300 casos de hernia lumbar, de los cuales el 25% son secundarios a traumatismos, infecciones o antecedentes quirúrgicos. En un 10% se presentan de forma aguda, siendo la oclusión intestinal la forma más frecuente de éstas. No hay casos descritos de apendicitis aguda en el interior del saco herniario lumbar. La existencia de antecedentes quirúrgicos es importante de cara a las eventraciones que puedan alojar el colon y apéndice en el saco herniario. En tales casos, además de descartar complicaciones propias como son la hernia encarcelada o estrangulada, ¿por qué no descartar una patología apendicular? La cirugía combinada es una nueva vía de abordaje propuesta en el año 2010 para la reparación de la hernia lumbar: laparoscopia de inicio para adhesiolisis y definición del defecto, vía lumbar abierta posteriormente para la fijación de la malla, y laparoscopia final para revisión de la reparación.