



P-312 - HERNIA DE AMYAND ASOCIADA A CISTOADENOMA MUCINOSO APENDICULAR

A. Moreno Serrano, P. Moreno Marín, M. Ferrer Márquez, C. Barrera Casallas, D. Rodríguez Morillas y L. García Balart

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: En nuestro país, la apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo con una incidencia del 8%. Sin embargo, el hallazgo de un apéndice dentro del saco de inguinal es muy raro, suponiendo un 0,13%.

Caso clínico: Varón de 92 años que acude al servicio de urgencias por tumoración inguinal derecha irreductible y dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos. A la exploración destaca masa en región inguinal derecha dolorosa, no reductible. El abdomen se encuentra discretamente distendido, sin signos de irritación peritoneal. En la muestra sanguínea, discreta leucocitosis. Se deriva a quirófano con diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada. Bajo anestesia general se aborda el canal inguinal. Se diseña el saco herniario y se abre objetivando ciego y apéndice sin signos inflamatorios pero en contacto íntimo con masa con contenido mucoide. Se realiza la apendicetomía y resección de la tumoración adherida. Se reintroduce el ciego en el interior de la cavidad abdominal y se corrige el defecto herniario mediante la técnica de Lichtenstein. En el postoperatorio, el paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta el segundo día. El informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica es cistoadenoma mucinoso apendicular.

Discusión: La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal incarcerada es rara. Solo el 0,1% de las hernias inguinales contienen el apéndice inflamado. Es más frecuente en varones y en las edades extremas de la vida. Suele tratarse de hernias derechas por la posición anatómica del apéndice. Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de esta patología. Se recomienda la ecografía al TAC por su bajo coste y menos riesgo de irradiación. Losanoff y Basson clasifican la hernia de Amyand en 4 subtipos: (1) apéndice normal en el interior del saco, (2) apéndice con signos inflamatorios, (3) perforación y (4) patología intraabdominal complicada(abceso). Cada subtipo tiene diferente tratamiento quirúrgico. En muchas ocasiones el abordaje va a depender de la sospecha diagnóstica. Como el diagnóstico normalmente se hace intraoperatoriamente, la técnica quirúrgica puede variar desde realizar una apendicetomía y herniorrafia vía inguinal, con colocación de material protésico o no, hasta una laparoscopia, siendo esta una buena opción. La presentación de un mucocele apendicular como hernia inguinal incarcerada es un hallazgo accidental sorprendente. Existen cuatro tipos: mucocele simple, hiperplasia mucosa, cistoadenoma (más frecuente) y cistoadenocarcinoma. La sintomatología es inespecífica. El diagnóstico incluye radiografía, ecografía y TAC, siendo éste último el más específico. El tratamiento de elección es la cirugía, sin embargo, no existe un acuerdo sobre cuál es la técnica más adecuada. Generalmente suele ser suficiente con la apendicetomía, salvo en casos de malignidad o cuando el tumor se encuentra muy próximo a la base apendicular, en los que se defiende la hemicolecetomía derecha. Como en nuestro caso sólo afecta a la base, el tratamiento realizado se

considera el definitivo.