



P-684 - APENDICITIS AGUDA INCARCERADA EN PUERTO LAPAROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

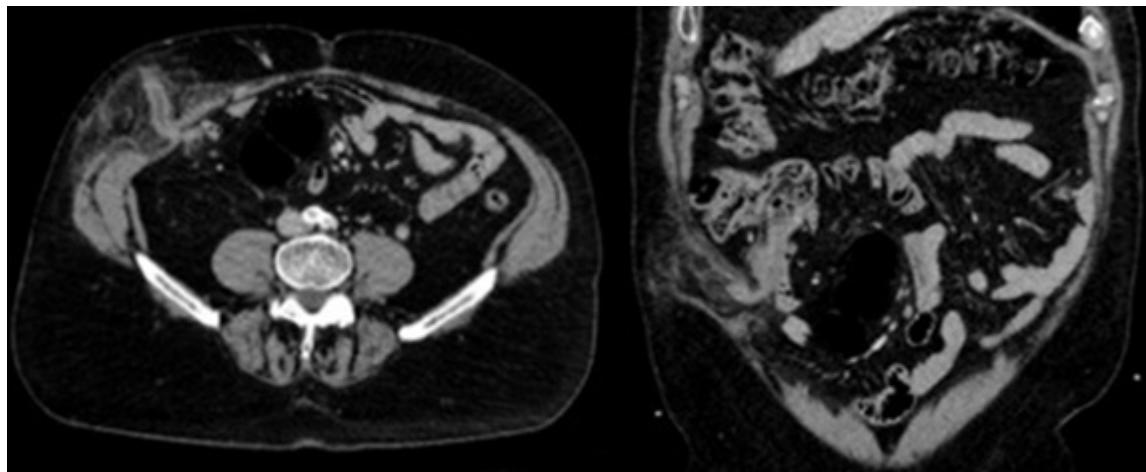
Beut Peris, Nicolás; de Andrés Gómez, Alejandra; Ismail, Ali; Tarrasa Peiró, Francisco Javier; Alfonso García, Fernando; Artigues Sánchez de Rojas, Enrique

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda contenida en orificios herniarios representa una entidad excepcional, con una incidencia estimada de 0,008%. Su aparición en hernias incisionales es aún más infrecuente, con escasos casos descritos en la literatura. Esta condición plantea un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su atípica localización y sintomatología, que puede diferir de los cuadros clásicos. Es esencial una detallada historia clínica, una minuciosa exploración física y el empleo de pruebas complementarias para su correcto diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 no insulinodependiente. Intervenido en 2022 mediante prostatectomía radical laparoscópica. Consulta en urgencias por dolor y tumoración en fosa iliaca derecha de 36 horas de evolución, sin fiebre, náuseas ni vómitos. A la exploración física presenta un buen estado general. Abdomen blando y depresible, no doloroso. A nivel de flanco derecho, tumoración muy dolorosa, no reductible, con defensa a dicho nivel, coincidente con una antigua cicatriz de puerto laparoscópico. Analíticamente, se objetivó leucocitosis (12.000/ μ L), neutrofilia (8.500/ μ L), PCR 3,34 mg/dL y procalcitonina 0,04 ng/mL. Se realiza TC abdominal, que evidencia eventración en flanco derecho conteniendo el apéndice cecal, con signos radiológicos compatibles con apendicitis aguda. Se indicó intervención quirúrgica urgente. Se realizó incisión transversa sobre la tumoración, identificándose un saco herniario con líquido seroso y un apéndice de aspecto flemonoso. Se practicó appendicectomía convencional. El defecto aponeurótico, de aproximadamente 2-2,5 cm, se reparó mediante cierre primario en dos planos con monofilamento absorbible. La evolución posoperatoria fue favorable, iniciando tolerancia oral a las seis horas. Fue dado de alta al tercer día, sin complicaciones. En el seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva herniaria. El estudio anatopatológico confirmó apendicitis aguda.



Discusión: La apendicitis en el interior de una hernia incisional incarcerada constituye una entidad extremadamente infrecuente, sin guías clínicas definidas para su manejo. La literatura médica al respecto es escasa, basada en reportes aislados (Sartelli *et al.*, 2012; da Costa *et al.*, 2009). El diagnóstico preoperatorio puede resultar complejo, dada la variabilidad clínica, siendo clave la sospecha diagnóstica ante masas dolorosas en cicatrices quirúrgicas. Respecto al abordaje quirúrgico, la reparación del defecto herniario con malla es controvertida, especialmente en presencia de infección o riesgo de contaminación. En este caso, se optó por un cierre primario, decisión respaldada por la bibliografía existente, que sugiere evitar el uso de prótesis en contextos contaminados. Este caso pone de manifiesto la necesidad de mantener un alto índice de sospecha ante presentaciones atípicas de apendicitis y resalta la importancia de un enfoque individualizado ante patologías tan infrecuentes.