

## *Hernia inguinal derecha en pacientes previamente apendicectomizados*

Dr. Fabio Croci, Dr. Carmelo Gastambide,  
Dr. Ernesto Pérez Penco, Br. Adriana Cordal.

Los autores estudian la incidencia de hernia inguinal derecha luego de la apendicectomía. Esta es significativamente superior a la que es dable esperar en la población general. En las recidivas herniarias este factor sería de una gran importancia. Se analizan los probables mecanismos favorecedores de esta situación, los cuales pueden ser evitados en la mayoría de los casos.

**PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:**  
*Hernia, Inguinal / Etiology.*

### **SUMMARY: Right inguinal hernia in appendectomized patients.**

Authors analyse the incidence of right inguinal hernia after appendectomy. This is significantly superior to what could be generally expected. It seems to be a very important factor in hernial recidivation.

Analysed are mechanisms leading to this condition that in most cases could be easily prevented.

### **RÉSUMÉ: L'hernie inguinale droite dans des malades appendicectomisés.**

Les auteurs étudient l'incidence de l'hernie inguinale après l'appendicectomie. Elle est significativement supérieure à celle qu'on devrait attendre dans la popu-

*Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y Clínica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.*

lation générale. Dans les réciclves herniaries ce facteur aurait une grande importance. On analyse les probables mécanismes qui favorisent cette situation, lesquels peuvent être évités dans la plupart des cas.

### **INTRODUCCION**

Es un hecho conocido la frecuencia de hernias inguinales derechas luego de la apendicectomía, aunque no son demasiado numerosos los trabajos publicados al respecto<sup>(1, 3, 5, 7, 8, 10, 13, 14, 15)</sup>. Su vinculación patogénica exacta es difícil de establecer, aunque sí se puede encontrar una significación estadística que vincula un hecho al otro. En 1911, Hoguet<sup>(6)</sup> describe por primera vez el frecuente desarrollo de hernia inguinal derecha luego de la apendicectomía. En 1951, Lichtenstein e Isoe<sup>(10)</sup> demuestran la vinculación entre ambos procesos. Iguales conclusiones obtienen Walker<sup>(17)</sup> en 1954, Gue<sup>(7)</sup> en 1972 y Arnbjorsson<sup>(1)</sup> en 1982.

El objeto de la presente comunicación es corroborar esa vinculación en nuestro medio mediante el análisis de dos series, una de 1.400 operaciones de hernia inguinal y otra de 248 operaciones por recidivas de las mismas.

### **MATERIAL Y METODOS**

Este es un análisis retrospectivo de enfermos operados en la Central de Servicios

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Pte. de Medicina.  
Dirección: Yaguarón 1581 Ap. 302, Montevideo. (Dr. F. Croci).

Médicos del Banco de Seguros y en el Hospital de Clínicas. Por una parte se estudia un grupo de enfermos operados de hernia inguinal, con un total de 1.400 casos. De ellas 728 eran derechas, 587 izquierdas y 105 bilaterales. En este grupo se encontraron 143 apendicectomizados previamente, de los cuales 112 eran portadores de hernia inguinal derecha. Un segundo grupo está constituido por 248 recidivas de hernia inguinal<sup>(4)</sup>; de ellos 48 presentaban apendicectomía previa y 43 de estos en portadores de recidivas a derecha.

Para ambos grupos se obtuvieron los porcentajes relativos de apendicectomizados y no apendicectomizados y se estableció la relación derecha a izquierda en cada caso (Cuadro I para las hernias inguinales y Cuadro II para las recidivas).

Las diferencias entre los grupos de apendicectomizados y no apendicectomizados son estadísticamente significativas para la hernia inguinal derecha y altamente significativas para las recidivas de hernia inguinal derecha.

Cuadro I

	Apendicectomizados (143)			No Apendicectomizados (1257)		
	Derecha	Izquierda	Bilateral	Derecha	Izquierda	Bilateral
Nº Casos	112	20	11	616	547	94
%	78.32	13.99	7.69	49.01	43.52	7.47
Relación D/I		5.60:1			1.13:1	

Cuadro II

	Apendicectomizados (48)			No Apendicectomizados (200)		
	Derecha	Izquierda	Bilateral	Derecha	Izquierda	Bilateral
Nº Casos	43	4	1	117	76	7
%	89.58	8.33	2.09	58.5	38.0	3.5
Relación D/I		10.75:1			1.54:1	

## RESULTADOS

Los resultados de la presente serie, analizados como los de Arnborsson<sup>(1)</sup>, corroboran plenamente los de este autor. La incidencia de hernia inguinal derecha es significativamente mayor en aquellos pacientes con apendicectomía previa con respecto al grupo general de herniados de la población. Esta significación se incrementa marcadamente en el caso de considerar las recidivas de las mismas. Se ha atribuido esta mayor frecuencia a 3 mecanismos básicos:

- 1) Lesión nerviosa<sup>(1, 2, 6, 9, 11, 13, 16)</sup>.
- 2) Defecto de reparación fascial<sup>(12)</sup>.
- 3) Infección<sup>(4)</sup>.

De los 3 mecanismos al que se atribuye mayor importancia, contando con demostración<sup>(1, 2)</sup> es al de la lesión nerviosa. La agresión del nervio abdomino-genital determina una paresia muscular y falla del mecanismo profundo de contención con afloja-

miento de la fascia transversalis. Esto favorece la producción de ambos tipos de hernia. En este aspecto tendría gran influencia la incisión empleada y fundamentalmente las incisiones laterales. En la presente serie las incisiones empleadas para la apendicectomía se detallan en el Cuadro III. La prevención de la lesión del nervio abdomino-genital sería fundamental según los autores<sup>(2, 6, 11)</sup> en la profilaxis de la hernia inguinal derecha.

Cuadro III

	H.I.D.	R.H.I.D.
Mac Burney	89	34
Transversas	19	6
Verticales	4	3

El defecto de reparación de la fascia transversalis no ha sido valorado correctamente aún, pese a que muy probablemente es el mecanismo más frecuente, insistiendo en él Musso<sup>(12)</sup> en nuestro medio. Sus consecuencias son las mismas que las del mecanismo anterior y pueden ser confundidas.

La infección parietal post-apendicectomía, que se observa con una incidencia variable, pero en general elevada, con la destrucción tisular que acarrea, con fusión de planos y fibrosis subsecuente, es un factor clásico pero no evaluado en totalidad para esta patología. No sólo importaría la supuración seguida de necrosis, sino también la presencia del microbismo con trastornos biológicos de las estructuras músculo-fasciales.

En el caso de las recidivas herniarias lo más importante es el daño sectorial consiguiente de la pared.

## CONCLUSIONES

En base a los elementos analizados debe remarcarse la importancia a conceder en el manejo parietal en el curso de la cirugía apendicular, a los efectos de evitar la puesta en marcha de los mecanismos favorecedores de la producción de la hernia inguinal. Esto adquiere fundamental importancia evolutiva cuando aparece el problema de la recidiva herniaria, donde ocurre una sumatoria lesional cuya consecuencia es el daño sectorial parietal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARNBJORNSSON E.: Development of right inguinal hernia after appendicectomy. *Am. J. Surg.* 143: 174, 1982.
2. ARNBJORNSSON E.: A neuromuscular basis of the development of right inguinal hernia after appendicectomy. *Am. J. Surg.* 143: 367, 1982.
3. BRETTE P.: Hernies inguinales droites après appendicectomie. *Mém. Acad. Chir.* 67: 826, 1941.
4. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E., CORDAL A.: Recidivas de hernia inguinal. Aspectos patogénicos y terapéuticos. *Soc. Cir. Urug.* (En Prensa).
5. GALEANO F., TALEISNIK J.: Hernia inguinal derecha post-apendicectomía. *Prensa Méd. Argent.* 47: 32, 1960.
6. GROSZ C.: Iliohypogastric nerve injury. *Am. J. Surg.* 142: 628, 1981.
7. GUE S.: Development of right inguinal herniae following appendicectomy. *Br. J. Surg.* 59: 352, 1972.
8. HOGUET J.: Right inguinal hernia following appendicectomy. *Ann. Surg.* 54: 673, 1911.
9. HOJMAN I.: Complicaciones de la apendicectomía. Congreso Uruguayo de Cirugía, 13º, Montevideo, 1962, p. 205.
10. LICHTENSTEIN M., ISOE I.: Right inguinal herniae following appendicectomy. *Am. J. Surg.* 81: 436, 1951.
11. MOOSMAN D., OELRICH T.: Prevention of accidental trauma to the ilioinguinal nerve during inguinal herniorrhaphy. *Am. J. Surg.* 133: 146, 1977.
12. MUSSO R.: Comunicación personal.
13. ORDA R.: Does appendicectomy predispose to inguinal hernia? A retrospective study and electrophysiological investigations. *Am. Surg.* 40: 349, 1974.
14. OUDART J.: Hernies inguinales droites après appendicectomie. *J. Chir.* 213, 1922.
15. SCOTT J.: Development of inguinal hernia following appendicectomy. *Ill. Med. J.* 1960. (Citado por Arnbjornsson<sup>(1)</sup>).
16. TOBIN G., SCOTT C., PEACOCK E. (Jr): A neuromuscular basis for development of indirect inguinal hernia. *Surgery*, 64: 464, 1976.
17. WALKER F.: Citado por ARNBJORNSSON<sup>(1)</sup>.