

Eventraciones del cuadrante inferior derecho abdominal

Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide, Eneas Terra
y Br. Adriana Cordal.

Los autores presentan una serie de 36 eventraciones del cuadrante inferior derecho abdominal, secundarias a incisiones para apendicectomía. Se estudian sus aspectos clínicos, anatomopatológicos, terapéuticos y evolutivos. Se destaca la frecuente necesidad del empleo de materiales protésicos para su resolución.

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

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hernia / Pathology.

SUMMARY: Surgical hernia of the abdominal right inferior quadrant.

The authors present a series of 36 surgical hernia of the abdominal right inferior quadrant, a secondary effect of appendectomy incisions. Studied are its clinical, anatomopathological, therapeutic and evolutive aspects. Special mention is made of the frequency of the necessity of using prosthetic material for the resolution of same.

RÉSUMÉ: Événtrations du quadrant inférieur droit abdominal.

Les auteurs présentent un série de 36 événtrations du quadrant inférieur abdominal, secondaires à des incisions d'appendicectomie. Ils étudient les aspects cliniques, anatomopathologiques, thérapeutiques et évolutifs. Ils émettent sur le besoin d'utiliser, fréquemment, des matérielles prothésiques pour leur réparation.

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es el cuadro agudo de abdomen más frecuente. Ello determina que las incisiones a nivel del cuadrante inferior derecho abdominal (CID) sean muy frecuentes y además están afectadas por una alta tasa de complicaciones^(3, 4, 5, 7, 9). Entre ellas, la más importante es la infección de la herida^(4, 10, 12, 13, 15, 16). A ello se suma la frecuencia de drenajes a través de la herida o en sus proximidades, para sumarse a las causas favorecedoras de eventración^(1, 7, 9). Se dijo durante mucho tiempo que la incisión de Mc Burney no eventraba, o si lo hacía, era en muy contadas ocasiones⁽⁸⁾. Tal vez esta afirmación no sea tan válida^(4, 14). En cambio la incisión de Jalaguiet es altamente eventrante^(2, 8, 10).

En el presente trabajo los autores analizan una serie de eventraciones del CID abdominal y las dificultades que pueden surgir en la reparación de las mismas.

MATERIAL Y METODO

La serie comprende 36 casos de eventraciones del CID abdominal operadas entre 1976 y 1982, en la Central de Servicios Médicos y en el medio hospitalario. De ellas, 20 (55.5%) ocurrieron en hombres y las restantes 16 en mujeres. Las edades de los mismos oscilaron entre 21 y 79 años, con la mi-

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

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Cirujano del M.S.P. y B.S.E. y Practicante Interno.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302, Montevideo (Dr. F. Croci).

tad de los casos entre los 41 y 60 años (Cuadro I).

Cuadro I

EDADES

21 - 30		2.78%
31 - 40	7	19.44%
41 - 50	9	25.00%
51 - 60	10	27.78%
61 - 70	6	16.67%
71 - 80	3	8.33%

El tipo de incisión primaria (Cuadro II) fue la de Mc Burney en 30 casos (83.3%).

En 28 ocasiones (77.77%) existieron complicaciones generales y/o loco-regionales luego de la intervención original. Las mismas se detallan en el Cuadro III. Entre ellas, 5 (13.88%) habían sido reparadas previamente.

El tamaño del defecto se consideró arbitrariamente en 3 grupos: menores de 5 cm en su eje mayor, entre 5 y 10 cm y mayores de 10 cm (Cuadro IV).

Cuadro II

TIPO DE INCISION PRIMARIA

Mc Burney	30	83.33%
Transversa	3	8.33%
Jalaguier	3	8.33%

La extensión de la fibrosis del anillo fue amplia en 23 casos (63.88%). En 10 casos (27.77%) se observó el compromiso de estructuras rígidas (espina ilíaca ántero-superior, cresta ilíaca).

Cuadro III

COMPLICACIONES PREVIAS

TIPO	N°	%
Ileo prolongado	3	8.33
Vómitos	5	13.88
Cuadros respiratorios		2.78
Cuadros urológicos	1	2.78
Hematoma parietal	5	13.88
Infección	26	72.22
Fistula digestiva	2	5.55
Drenajes por herida	4	11.11
Drenajes próximos	5	13.88
Reintervenciones	6	16.66
Recidivas previas	5	13.88

La coexistencia de hernia inguinal homolateral se vio en 4 casos (11.11%) en esta serie (Cuadro V).

El contenido visceral de la eventración se muestra en el Cuadro VI.

La reparación se efectuó con los tejidos propios de la zona en 26 instancias (72.22%) y en los 10 casos restantes (27.77%) fue necesario efectuar una plastia con implante protésico.

En 11 casos (30.55%) fue necesario efectuar operaciones asociadas (Cuadro VII).

Las complicaciones postoperatorias sólo se vieron en 2 pacientes (5.55%); en ambos fueron hematomas del celular.

Hasta el momento actual se ha detectado una sola recidiva (2.78%) en un cierre directo.

Cuadro IV

TAMAÑO DEL DEFECTO

Menor 5 cm	7	19.44%
5 - 10 cm	17	47.22%
Mayor 10 cm	12	33.33%

Cuadro V

HERNIA INGUINO-CRURAL COEXISTENTE

SI	4	11.11%
NO	32	88.88%

TIPO DE HERNIA

Inguinal	2
Inguinal directa O.E.	2
Crural	0

Cuadro VI

CONTENIDO

VISCERA	N°	%
Epiplon	20	55.55
Ciego	2	5.55
Ciego + Epiplon	5	13.88
Ciego + Asa Delgada	3	8.33
Ciego + Delgado + Epiplon	4	11.11
Asas Delgadas	2	5.55

Cuadro VII

OPERACIONES ASOCIADAS		
SI	11	30.55%
NO	25	69.44%
TIPO		
Omentectomía	7	19.44%
Hemicolectomía	1	2.77%
Dermolipectomía	9	25.00%

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Las eventraciones secundarias a las incisiones para apendicectomía fueron muy frecuentes hasta la cuarta década de este siglo (14 a 18%) en razón de la necesidad de drenajes y taponamientos en cuadros apendiculares evolucionados^(1. 3. 7 9), a lo cual se sumaba evidentemente la carencia de antibióticos. Posteriormente los adelantos técnicos fueron disminuyendo el número de eventraciones, aunque no haya disminuido tanto el número de complicaciones infecciosas parietales^(12. 15).

Sin embargo, si bien disminuyó su número absoluto, se siguen observando, evolucionan rápidamente y determinan a menudo problemas parietales de difícil solución por su tamaño, por la asociación relativamente frecuente de hernia inguino-crural⁽¹⁴⁾ y por el compromiso de estructuras rígidas en su sector externo.

Su patogenia puede ser vinculada en general a 3 factores diferentes:

- a) Lesión de la inervación muscular
- b) Defecto de la reparación fascial⁽¹⁴⁾
- c) Infección^(10 12. 13. 15. 16).

Ello explicaría la concomitancia de hernias inguinales^(4 6. 14).

De todas las incisiones empleadas la mayor frecuencia corresponde a la de Mc Burney, pero esto se explica fácilmente porque esta es por lejos la incisión más empleada

para la apendicectomía. Sin embargo, en valores absolutos, la incisión paramediana, hoy prácticamente abandonada, es más eventrante, y en la presente serie, los 3 casos de la misma requirieron reparación con implante protésico por destrucción del recto.

En la serie se destaca asimismo la frecuencia con que estas eventraciones de gran volumen precisan para su resolución el empleo de materiales protésicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BANCROFT F. — Acute appendicitis. JAMA 130: 1635, 1920.
2. BLOMSTEDT B, WELIN-BERGER T. — Incisional hernias. — A comparison between midline, oblique and transrectal incisiones. Acta Chir. Scand. 72: 275, 1972.
3. CARLUCCI G. — Postappendectomy abdominal wall defects. Ann. Surg. 100: 1177, 1934.
4. CROCI F. — Implantes Protésicos en la Reparación Parietal Abdominal. Tesis de Doctorado, Fac. de Med., Montevideo, 1982 (Inédita).
5. CROCI F., BESENZONI R., MONTANDON J., COSTA J. — Complicaciones postoperatorias de la apendicectomía. — Cir. Urug. 50: 316, 1980.
6. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E., CORDAL A. — Recidivas de hernia inguinal. Aspectos patogénicos y terapéuticos. Cir. Urug. 53: 96, 1983.
7. FARR CE. — The Gibson-Mikulicis tampon in acute appendicitis. Ann. Surg. 73: 473, 1921.
8. FERNANDEZ CHAPELA A., BONAVITA PAEZ E. — Estadística sobre eventraciones en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero. Congreso Uruguayo de Cirugía, 3°. 1952, p. 247.
9. FOWLER FE. — Hernia following the use of the Mc Burney incisions in operations for appendectomy. Ann. Surg. 81: 525, 1925.
10. GARCIA CAPURRO R. — Eventraciones postoperatorias. I Congreso Uruguayo de Cirugía, 3°, 1952, p. 151.
11. GARLOCK J. — Appendectomy wound repair and hernia. Ann. Surg. 89: 282, 1929.
12. KOZOLL D. — Eventración. En: Nyhus LM & Harkins HN: Hernia. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 501.
13. LARGHERO P. — Eventraciones. Profilaxis y Tratamiento. Directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas. I Congreso Uruguayo de Cirugía, 3°, 1952, p. 221.
14. MUSSO R. — Comunicación personal.*
15. PONKA J. — Hernias of the Abdominal Wall. Philadelphia, WB Saunders, 1980.
16. WATSON L. — Hernia. Saint Louis, CV Mosby, 1948.