

## *Deslizamiento apendicular en la hernia inguinal derecha*

Dr. Fabio Croci, Dr. Carmelo Gastambide,  
Dr. Eneas Terra, Br. Adriana Cordal.

Los autores estudian la patología herniaria determinada por el deslizamiento apendicular en las hernias inguinales derechas, encontrando una muy baja incidencia de este hecho. Todos los casos hallados ocurrieron en hombres. En el 89% de los casos se efectuó la apendicectomía sin complicaciones.

*Central de Servicios Médicos, Banco de Seguros del Estado.*

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

### **SUMMARY: Appendicular sliding in right inguinal hernia.**

Authors discuss hernial pathology as determined by appendicular displacement in right inguinal hernias, having found that the incidence of this fact is very low. All cases found occurred in men. In 89% of cases, appendectomy was carried out without complications.

### **RÉSUMÉ: Glissement appendiculaire dans l'hernie inguinale droite.**

Les auteurs étudient la pathologie herniaire déterminée par le glissement appendiculaire dans les hernies inguinales droites, fait qui se produit très rarement. Tous les cas étudiés, se sont présentés dans des hommes. Dans le 89% des cas, on a effectué l'appendicectomie, sans complications.

### **INTRODUCCION**

La presencia del apéndice vermiforme en los sacos herniarios inguinales derechos es conocida desde el siglo XVIII; al parecer, la primera observación se debería a De Garengeot en 1732<sup>(1)</sup>, a pesar de que el apéndice fue reconocido desde siglos antes (Beren-gerius Carpus en 1524; Vesalio en 1543; Falopio en 1560 y en 1561 Viduis Vidius le denomina "apéndix vermiformis"). Incluso, la primera apendicectomía que se reconoce fue efectuada por Claudius Amayand en 1735 en un apéndice localizado en un saco herniario. Sin embargo, Kelly<sup>(7)</sup> en su libro de 1905 da crédito a Morgani en 1751 por el reconocimiento del apéndice en un saco herniario. Watson<sup>(13)</sup> en 1948 dice que el crédito por este descubrimiento debe ser atribuido al citado De Garengeot.

Recién en 1907 De Garmo<sup>(2)</sup> describe el deslizamiento apendicular en un saco herniario inguinal. La presencia del apéndice deslizado en hernias fue luego descrita en hernias inguinales oblicuas externas, e incluso directas, femorales y obturadoras. Por lo tanto, el deslizamiento más frecuente es el que se produce en la hernia inguinal oblicua externa derecha<sup>(10, 11, 12, 13)</sup>.

La mayoría de los trabajos citan apéndices trasladados pero no deslizados. Recién en 1978 Rose y Santulli reportan unos pocos casos<sup>(11)</sup> en que el mesoapéndice forma el saco de una hernia inguinal y le otorgan en su serie una incidencia del 0,1%.

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 de la Central Servicios Médicos B.S.E., Practicante de Medicina.

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

El contenido apendicular en la hernia inguinal sería más frecuente en niños pequeños y en ancianos<sup>(11)</sup>.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de 9 casos de deslizamiento apendicular en hernias inguinales derechas. Todos los casos correspondieron a individuos de sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas entre 35 y 62 años, con una media de 51 años. Todas fueron hernias oblicuas externas. Clínicamente en 2 de los casos, la semiología física mostraba una peculiaridad: pese a una aparente reductibilidad completa del contenido, persistía al tacto una induración alargada del cordón en su sector alto.

En 8 de los casos se practicó apendicectomía; en el caso restante se reintegró el apéndice a la cavidad abdominal.

## RESULTADOS

En la serie no existió ninguna complicación intraabdominal ni infección parietal.

Los 9 casos se encontraron en una serie de 1.200 herniorrafias inguinales derechas, lo que determina una incidencia del 0,75%.

Los datos de esta serie son asimilables a los publicados en niños<sup>(11)</sup>.

El valor de 0,75% citado, aún cuando sea relativo, habla de una incidencia mayor que la descrita para los niños<sup>(10, 11)</sup>.

El total de casos corresponde al sexo masculino, hecho que es compartido en la serie de otros autores.

En la presente serie de sujetos adultos se ve un predominio en la 5ª y 6ª décadas.

En ninguno de los casos se efectuó el diagnóstico en el preoperatorio, pero, sin embargo se ha destacado un hecho semiológico sugestivo ya anotado: un "engrosamiento" alto, posterior de cordón espermático.

En 8 de los 9 casos se efectuó la apendicectomía. Este aspecto táctico está avalado por la conducta de otros autores<sup>(10, 11)</sup>. El caso en el que no se actuó sobre el apéndice, correspondió al paciente de más edad de la serie, con un apéndice atrófico y un deslizamiento distal, por lo cual no se consideró necesaria la exéresis apendicular.

No se observaron complicaciones de ningún tipo en esta serie, lo que está en concordancia con lo afirmado por otros autores<sup>(3, 4, 5, 6, 8, 9)</sup>. En ninguno de los casos se efectuó antibioterapia tópica ni sistémica. El porcentaje de complicaciones infecciosas más elevado en esta situación es el relatado por Eisman<sup>(5)</sup> en 1962 con un 4,7%.

## CONCLUSIONES

El deslizamiento apendicular es un hallazgo ocasional, de muy baja incidencia, en los divertículos peritoneales de la región inguino-crural. La mayoría de los casos se encuentran en hernias inguinales oblicuas externas derechas. Su incidencia en niños ha sido estimada en 0,1%. En la presente serie de adultos la incidencia fue del 0,75%.

El diagnóstico preoperatorio es muy difícil aunque en algunos casos se logra palpar un engrosamiento proximal del funículo.

Los autores proponen la apendicectomía sistemática en el curso de la herniorrafia en esta situación, puesto que sus resultados prácticamente no se ven gravados por complicaciones dependientes de la exéresis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DE GARENGEOT R.: *Traité des opérations de chirurgie*. 2ª ed. Paris, Hunot, V. 1, p. 237, 1731.
2. DE GARMO W.: *Abdominal Hernia*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1907, p. 256.
3. EISEMAN B.: *Herniografía y apendicectomía*. En: Nyhus L. y Harkins H.: *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 976.
4. EISEMAN B., FOWLER W., ROBINSON J.: *Appendectomy during right inguinal herniorrhaphy*. *Ann. Surg.* 149: 110, 1959.
5. EISEMAN B., ROBINSON J., BROWN F.: *Simultaneous appendectomy and herniorrhaphy without prophylactic antibiotic therapy*. *Surgery*, 51: 578, 1962.
6. KEELEY J., SCHAIRER A.: *Incidental appendectomy during repair of groin hernies*. *Surgery* 52: 421, 1962.
7. KELLY H.: *Appendicitis and other diseases of the vermiform appendix*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1905, p. 786.
8. LOVE R.: *Herniorrhaphy plus appendectomy*. *Br. Med. J.* 2: 746, 1948.
9. MYERS W., ROMINGER R.: *Combined appendectomy and inguinal herniotomy*. *Am. J. Surg.* 74: 441, 1947.
10. PONKA J.: *Hernias of the abdominal wall*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1980.
11. ROSE E., SANTULLI T.: *Sliding appendiceal inguinal hernia*. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 146: 626, 1978.
12. WAKELEY C.: *Hernia of the vermiform appendix. A record of sixteen personal cases*. *Lancet*, 2: 1282, 1938.
13. WATSON L.: *Hernia*, 3ª ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1948.