



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Nota clínica

Fascitis necrosante por apendicitis evolucionada en saco eventrógeno

Carlos A. Cano*

Servicio de Cirugía General, Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy (República Argentina)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de mayo de 2016
Aceptado el 30 de junio de 2016
On-line el xxx

Palabras clave:

Fascitis
Apendicitis
Eventración

Keywords:

Fasciitis
Apendicitis
Hernia

RESUMEN

La presencia del apéndice cecal en un saco eventrógeno es infrecuente. Comunicamos un caso tratado: mujer de 62 años de edad, con abdomen agudo de 7 días de evolución. Presenta eventración complicada, fascitis necrosante por una apendicitis gangrenosa en el saco y perforación cecal. Motivó una ileostomía y diferir el cierre del defecto.

Una apendicitis dentro de un saco eventrógeno y una fascitis necrosante ponen en riesgo la vida, por lo que se debe priorizar su tratamiento al del defecto incisional.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Necrotizing fasciitis for appendicitis evolved in hernial sack

ABSTRACT

The presence of the cecal appendix in a hernial sack is rare. We report a treated case; 62 years-old woman with acute abdomen 7 days of evolution. A complicated hernia, necrotizing fasciitis due to gangrenous appendicitis in the sack and cecal perforation, led to an ileostomy and deferred the closure of the defect.

Appendicitis within a hernial sack and necrotizing fasciitis are life threatening so priority should be given to their treatment before that of the incisional defect.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El británico Claudio Amyand describió en 1735 una hernia inguinal cuyo saco contenía el apéndice vermiforme perforado. Fue entonces el primer cirujano en realizar una

apendicetomía, 144 años antes de la primera aceptada y realizada por Lawson Tate¹.

René Croissant de Garengot, cirujano parisino del siglo XVIII, encontró también un apéndice vermiforme en un saco herniario de una hernia femoral.

* Pasini Bonfanti 2488. Barrio Bajo La Viña. San Salvador de Jujuy (Argentina). Código Postal: 2488.

Correos electrónicos: canojuj@gmail.com, carloscano119@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2016.06.003>

2255-2677/© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1 – Tumoración de la fosa ilíaca derecha.

Estos infrecuentes hallazgos en la cirugía de la hernia inguinal no superan el 1%, y requieren una sospecha clínica y diagnóstico imagenológico para su tratamiento oportuno.

Más infrecuente aún es la presencia de un apéndice vermiforme complicado en el saco de una eventración, situación que nos estimula a presentar el caso.

Caso clínico

Paciente mujer de 62 años de edad con un IMC mayor de 30 kg/m², que consulta por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución, difuso al momento de la consulta, pero localizado en la fosa ilíaca derecha en el inicio del cuadro clínico.

El episodio se acompaña de vómitos biliosos escasos e hipertermia de 38 °C, lo que lleva a la paciente a la ingesta de analgésicos y antibióticos sin realizar consulta médica respectiva.

Al ingreso presenta mal estado general, facie tóxica, taquicardia y mucosas secas, lo que expresa cuadro de deshidratación moderada.

Como antecedentes quirúrgicos tenía colecistectomía por litiasis vesicular, tres cesáreas anteriores e histerectomía por miomatosis uterina (cirugía realizada 10 años antes). Refiere también una eventroplastia con prótesis, sin recordar la fecha en que fue realizada.

El examen físico pone en evidencia una cicatriz media supra- e infraumbilical y, a nivel de fosa ilíaca derecha, una tumoración dolorosa espontáneamente y a la palpación superficial, y con evidentes signos inflamatorios con rubor, color violáceo, piel tensa y con temperatura local elevada (fig. 1).

El examen analítico de sangre revela leucocitosis con neutrofilia, 18 000/mm³ con granulaciones tóxicas, urea y creatinina levemente elevadas, esta última con valores de 2 mg/ml.

La radiografía de tórax es normal, mientras que en la de abdomen llama la atención la aerocolia y la posible presencia de aire en retroperitoneo (fig. 2).

El estudio tomográfico estándar de abdomen y pelvis demuestra una hernia incisional voluminosa que ocupa la



Figura 2 – Aire extraperitoneal y aerocolia.

mayor parte de la fosa ilíaca derecha, con contenido de asas intestinales y con gran componente aéreo interasas (fig. 3).

Con diagnóstico de eventración recidivada estrangulada se decide el abordaje quirúrgico, que se realiza a través de una incisión media supra- e infraumbilical sobre la cicatriz anterior hasta llegar a la cavidad abdominal. La exploración de esta descarta colecciones abdominales libres, y pone de manifiesto un gran plastrón que ocupa la fosa ilíaca derecha, difícil de interpretar y dificultoso a la digitoclasia.

Se decide abordar por incisión lateral sobre la tumoración eventrógena. La apertura permite una salida abundante de gas y una copiosa secreción saniosa fétida y purulenta. Una fascitis necrosante compromete ambas fascias del tejido celular subcutáneo, con el saco eventrógeno totalmente esfacelado. Después del lavado profuso y la extirpación de tejidos desvitalizados, se constata la presencia de un coprolito libre (que se



Figura 3 – Tac. Aire libre interasas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836592>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836592>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)