



P-557 - ABSCESO INGUINAL SECUNDARIO A HERNIA DE AMYAND

Álvarez Alcalde, Antonio; Romero Pérez, Luis Francisco; Ulecia Moreno, Javier; Valle Carbajo, Marta

Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción, La Línea de Concepción.

Resumen

Objetivos: Informar sobre un caso de absceso inguinal derecho secundario a hernia de Amyand así como la estrategia empleada para su resolución.

Caso clínico: Paciente varón de 92 años con HBP, bloqueo AV completo con marcapasos y ERGE sin historia de intervenciones quirúrgicas previas que acude a Urgencias de nuestro Hospital por dolor progresivo de 4 días de evolución a nivel de fosa ilíaca y región inguinal derechas asociado a tumoración con signos flogísticos a dicho nivel. Niega presencia de hernia previa en dicha localización, fiebre, estreñimiento u otra sintomatología digestiva. A la exploración el paciente se encuentra afebril, estable y colaborador, llamando la atención gran tumoración dolorosa en región inguinal derecha que alcanza la FID con evidentes signos flogísticos y leve peritonismo a la palpación. El tacto rectal demuestra presencia de heces en ampolla rectal. En analítica destaca ligera anemia microcítica así como leucocitosis leve (11,70) con neutrofilia (83%), resto dentro de parámetros normales. El Rx de abdomen simple muestra un luminograma normal sin dilatación de asas intestinales. Dados los evidentes signos flogísticos y ausencia de signos de oclusión intestinal se realiza TAC abdomino-pélvico donde se describe formación heterogénea en FID que se extiende hacia pared abdominal e inguinal en probable relación con absceso, sin observarse implicación ni dilatación de asas intestinales. Se realiza laparotomía exploradora urgente mediante incisión media infraumbilical, observándose plastrón apendicular que afecta al ciego y se introduce hacia orificio inguinal profundo, asociado a extenso absceso contenido de pared abdominal, sin líquido libre en cavidad. Se procede a realizar disección de plastrón y resección ileocecal con anastomosis mecánica íleo-cólica asociado a desbridamiento y drenaje de absceso de pared por vía inguinal, dejándose colocado drenaje previa herniorrafia simple y cierre habitual de laparotomía. Dada la edad del paciente y las condiciones locales se desestimó la reparación herniaria con material protésico. El paciente presentó buena evolución postoperatoria, siendo dado de alta al 6º día con buena tolerancia a dieta oral progresiva así como correcto tránsito intestinal y retirada de drenaje de pared. El paciente ingresa en nuestro Hospital al 7º día del alta por neumonía nosocomial que es tratada y resuelta a cargo del Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital, sin incidencias a nivel de cicatriz quirúrgica.

Discusión: Aunque se desconoce con exactitud su prevalencia, la presencia del apéndice cecal inflamado o no, dentro de un saco peritoneal herniario, conocida como hernia de Amyand es una entidad muy infrecuente, más aún cuando el apéndice presenta signos inflamatorios. Aunque habitualmente se diagnostica como hallazgo incidental en el abordaje urgente de una hernia inguinal

incaerada, en nuestro caso se excluyó esta posibilidad dado que la presencia del absceso de pared así como la ausencia de signos oclusivos obligaron a ajustar el diagnóstico mediante pruebas de imagen que aunque sus resultados no fueron finalmente concluyentes derivaron hacia la necesidad de revisión quirúrgica. Consideramos que aún siendo una entidad excepcional debería tenerse en cuenta ante la presencia de hernia inguinal incaerada con peritonismo y/o sin signos oclusivos asociados.