

Caso clínico

Hallazgo de fístula apendicocutánea en hernia incisional M2-M5 W3



Finding of appendico-cutaneous fistula in incisional hernia M2-M5 W3

Ezequiel Mariano Palmisano, Andrés Pérez Grassano, Juan Luis Bernava

Hospital Español de Rosario. Instituto Universitario Italiano de Rosario. Santa Fe (Argentina)

Recibido: 24-06-2020

Aceptado: 26-06-2020

Palabras clave:

Hernia incisional, hernia compleja, fístula apendicocutánea.

Keywords:

Incisional hernia, complex hernia, appendico-cutaneous fistula.

Resumen

Introducción: Las fístulas apendicocutáneas son entidades infrecuentes, asociadas a procesos inflamatorios o tras la reparación de hernias con mallas.

Caso clínico: Mujer de 78 años, con hernia incisional voluminosa, que requiere de cirugía de urgencia y en la cual se encuentra una fístula apendicocutánea.

Discusión: Hay que considerar que la formación de una fístula apendicocutánea después de la reparación de una hernia incisional con malla es un diagnóstico raro, pero posible.

Abstract

Introduction: Appendico-cutaneous fistulas are rare entities associated with the inflammatory processes or after a mesh hernia repair.

Case report: A 78-year-old female patient, with a large incisional hernia, who required emergency surgery in which we found an appendico-cutaneous fistula.

Discussion: We have to consider that the formation of an appendico-cutaneous fistula after the repair of a mesh incisional hernia is a rare diagnosis, but possible.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

***Autor para correspondencia:** Ezequiel Mariano Palmisano. Hospital Español de Rosario. Instituto Universitario Italiano de Rosario. Corrientes 702, S2000 CTT, Santa Fe (Argentina)

Correo electrónico: ezequielmpalmisano@yahoo.com

Palmisano EM, Pérez Grassano A, Bernava JL. Hallazgo de fístula apendicocutánea en hernia incisional M2-M5 W3. Rev Hispanoam Hernia. 2022;10(2):94-96

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de una fístula apendicocutánea es una entidad infrecuente con pocos casos reportados en la literatura¹. La gran mayoría describe una fístula cuyo origen se atribuye a la evolución de un proceso inflamatorio. Su presentación tras la reparación de una hernia incisional es rara, por lo cual nos hemos visto motivados para la publicación del caso y actualizar la literatura.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 78 años, institucionalizada en hogar de ancianos con inadecuada adhesión a tratamientos médicos, múltiples comorbilidades y hernia incisional recidivada de más 20 años.

Refiere histerectomía por incisión mediana infraumbilical asociada a 2 eventroplastias con malla (no se cuenta con información detallada sobre la técnica utilizada por haber sido intervenida en otra institución).

Registra historia de múltiples ingresos a servicio de guardia debido a episodios de dolor y distensión de su hernia que ceden con tratamiento médico.

La presencia de una lesión de piel de aparición reciente de aspecto sobrelevado, irregular y sañoso, motivó al médico dermatólogo a la toma de una biopsia cuyo informe anatomopatológico reveló fragmentos de mucosa intestinal colónica sin signos de transformación maligna.

Durante el lapso de su última internación y como consecuencia de un empeoramiento de su sintomatología tras fracaso de tratamiento médico se decide intervención quirúrgica.

Al examen físico se observa voluminosa hernia incisional (M2-M5), sin posibilidad de reducción de contenido con maniobra de taxis, dolorosa a la palpación, con un tamaño del defecto de difícil evaluación por dolor, pero mayor a 10 cm (W3), índice de Tanaka mayor a 25 y visualización de un *sinus* con escasa secreción de aspecto seroso (fig. 1A-C).

La tomografía axial computada reveló una voluminosa hernia incisional, con un defecto de aproximadamente 13 cm, asociada a una severa distensión de marco colónico y asas delgadas (fig. 2A,B). Es imposible realizar un fistulograma por falta de progresión del catéter.

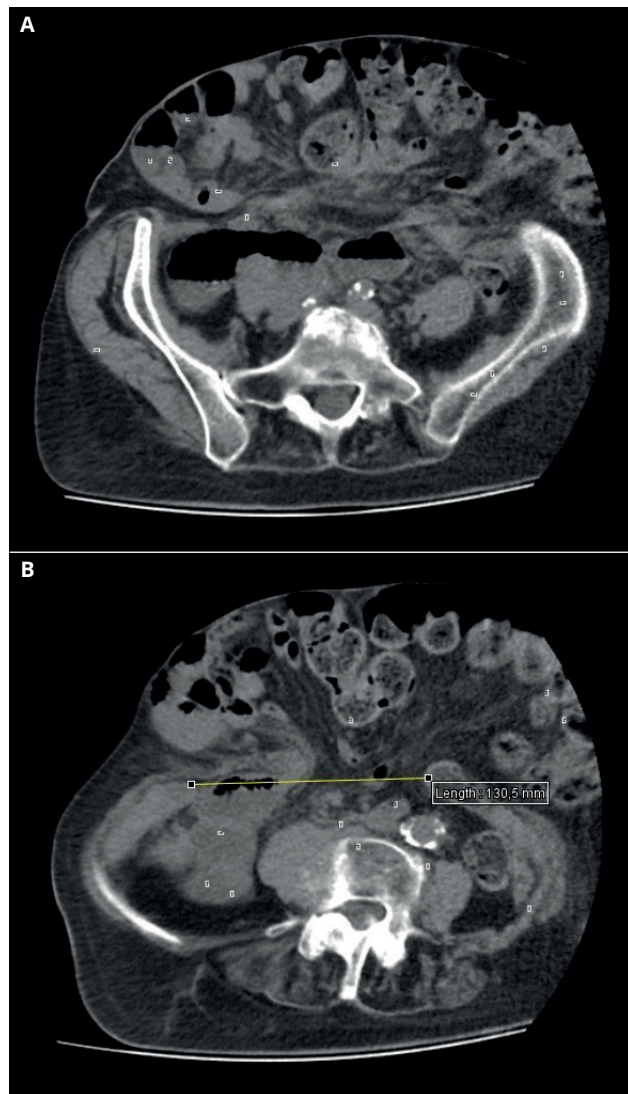


Figura 2. A. Tomografía (corte transversal) donde se visualiza hernia incisional voluminosa y con distensión de asas delgadas y colon. B. Tomografía (corte transversal) donde se visualiza hernia incisional voluminosa y medición de defecto herniario.



Figura 1. A. Foto de frente donde se visualiza hernia incisional voluminosa y localización de orificio fistuloso. B. Foto de perfil izquierdo donde se visualiza hernia incisional voluminosa y localización de orificio fistuloso (nótese cambio de coloración de piel). C. Foto de frente donde se visualiza hernia incisional voluminosa y localización de orificio fistuloso en proyección de cuadrante superior derecho del abdomen (nótese relación con cicatriz umbilical).

Se considera una paciente con necesidad de una resolución quirúrgica urgente, sin apoyo de preparación previa con técnicas adyuvantes y la necesidad de una cirugía con mínima morbilidad por condiciones comórbidas. Debido a riesgo quirúrgico, se decidió apertura de saco y tras la exploración se identifica fistula apendicocutánea (fig. 3); se practica apendicectomía con bloque de piel (informe anatomopatológico sin signos de transformación maligna) y liberación de adherencias múltiples condicionantes de los segmentos intestinales severamente distendidos (obstruidos). Una vez completado el «emprolijamiento de la cavidad abdominal» se restituye el contenido visceral a la cavidad abdominal bajo control estricto de presión intraabdominal a fin de evitar complicaciones asociadas (hipertensión abdominal o insuficiencia respiratoria entre otras), se procede al cierre del saco y posterior malla de polipropileno de refuerzo supraaoneurótica y a la colocación de 2 drenajes aspirativos.

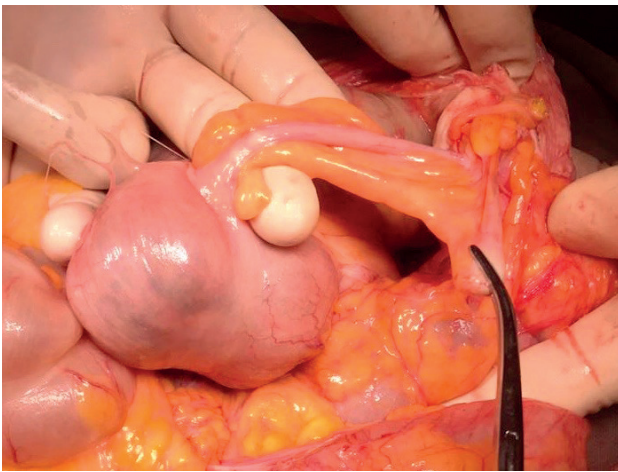


Figura 3. Imagen intraoperatoria en la que se visualiza fistula apendicocutánea.

DISCUSIÓN

Excepcionalmente, las fistulas enterocutáneas son el resultado de la fistulización del apéndice cecal sin mediar proceso inflamatorio previo^{2,3}.

La ubicación de la apertura cutánea no da las suficientes pistas para la sospecha sobre el origen del tracto fistuloso. Se han reportado en el cuadrante inferior derecho de la pared abdominal anterior e incluso en otras localizaciones como el glúteo derecho^{4,5}.

Ratificando lo dicho, en nuestro caso, la ubicación del orificio fistuloso fue en proyección del cuadrante superior derecho haciendo difícil su sospecha.

Para determinar la fuente de la fistula, el fistulograma es el método ideal. Sin embargo no fue posible su realización en nuestro paciente⁶.

En virtud a los hallazgos de nuestro caso tenemos que considerar que la formación de una fistula apendicocutánea después de la reparación de una hernia incisional con malla es un diagnóstico raro, pero posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wijers O, Conijn A, Wiese H, Sjer M. Appendico-cutaneous fistula 20 years after groin hernia repair with a polypropylene plug. *BMJ Case Rep.* 2013. DOI: 10.1136/bcr-2013-009801
2. Skaane P. Spontaneous appendicocutaneous fistula: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 1981;24(7):550-4. DOI: 10.1007/BF02604323
3. Chowdhury DA, Hassan MF, Rahman M, Anwar AB, Khatun S. Spontaneous appendico-cutaneous fistula, after drainage of a right loin abscess - a case report. *Int J Surg.* 2008;6(6):e97-9. DOI: 10.1016/j.ijssu.2007.04.018
4. Tokode OM, Awojobi OA. Spontaneous appendico-cutaneous fistula. A case report. *Ann Ibadan Postgrad Med.* 2004;2:48-50. DOI: 10.4314/aipm.v2i2.39093
5. Hedner J, Jansson R, Lindberg B. Appendico-cutaneous fistula. A case report. *Acta Chir Scand.* 1978;144(2):123-4.
6. Carbonell Tatay F, Carreño Sáenz O, Campos Máñez J, Trallero Anoro M, García Fadrique A, Caballero Soto M, et al. Utilidad del azul de metileno en la cirugía de la pared abdominal: 25 años de experiencia. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(3):125-9.