

Nota Clínica

Inguinodinia aguda postapendicectomía

Acute postappendectomy inguinal

Roldán Aviña JP, Merlo Molina S, Serrano Borrero I, Díaz Brito JA, Muñoz Pozo F

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

RESUMEN

Entre las complicaciones de la apendicectomía podemos encontrar el dolor postoperatorio que habitualmente se relaciona con problemas locales de la herida operatoria o a más largo plazo con el desarrollo de una hernia inguinal. Presentamos un caso de un paciente apendicectomizado que presentó un dolor agudo a nivel inguinal derecho sin complicaciones locales ni evidencia de hernia u otra patología intraabdominal en las pruebas de imagen.

Palabras clave: complicaciones apendicectomía, inguinodinia, dolor abdominal.

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña
Hospital de Alta Resolución de Écija
41400 Ecija. Sevilla
jproldan@aecirujanos.es

XREF

Fecha de recepción: 09-02-21

Fecha de aceptación: 15-03-21

ABSTRACT

Among the complications of appendectomy we can find postoperative pain, usually related to local problems of the operating wound or longer term with the development of an inguinal hernia. We present a case of an appendicitis intervened patient who developed acute pain at the right groin without local complications or evidence of inguinal hernia or other intraabdominal pathology in imaging tests.

Key words: appendectomy complication, inguinal pain, abdominal pain.

INTRODUCCIÓN

Si se realiza una búsqueda bibliográfica, existen numerosos trabajos en los que se analiza el dolor crónico persistente en la fosa ilíaca derecha tras una apendicectomía o en los que se describe la aparición de una hernia inguinal derecha tras la intervención. Sin embargo, no hay trabajos que describan la existencia de dolor agudo de características neuropáticas en pacientes apendicectomizados.

CITA ESTE TRABAJO

Roldán Aviña JP, Merlo Molina S, Serrano Borrero I, Díaz Brito JA, Muñoz Pozo F. Inguinodinia aguda postapendicectomía. Cir Andal. 2021;32(2):178-81.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años que se intervino de urgencias con el diagnóstico de apendicitis aguda realizándose apendicectomía abierta (incisión de McBurney) sin incidencias. Fue dado de alta al 2º día postoperatorio para seguimiento en consulta. El informe anatomopatológico confirmó una apendicitis aguda flemonosa.

Acudió a Urgencias a las 72 horas tras el alta, por dolor desde 24 horas antes dolor intenso (ENA 6-7) a nivel del hipogastrio de tipo punzante irradiado a la ingle derecha donde se hizo fijo. No refería fiebre, náuseas, vómitos, o molestias urinarias y presentaba deposiciones normales. El dolor no mejoraba con el tratamiento prescrito al alta con Metamizol 575 mg VO cada 8 horas alternando con Paracetamol 1 g VO.

A la exploración el paciente presentaba postura y marcha antiálgicas. El abdomen era blando, liso y depresible sin signos de irritación peritoneal. La herida operatoria presentaba buen aspecto sin signos inflamatorios. La palpación a nivel inguinal derecho producía dolor, que aumentaba al explorar a través del orificio inguinal sin encontrar patología herniaria.

La analítica de urgencias (hemograma, bioquímica con PCR, y sedimento urinario) no mostró ninguna alteración.

En Urgencias el paciente notó leve mejoría con la administración de Ketorolaco 30 mg IV (ENA 4), lo que permitió que se le pudiese realizar una ecografía de abdomen que se consideró dentro de la normalidad. Tras la realización de la misma el dolor volvió a intensificarse (ENA 7) por lo que se decidió ingreso para tratamiento analgésico IV pautado.

En la planta se reexploró al paciente apreciando que la zona dolorosa se correspondía con el territorio sensitivos de los nervios iliohipogástrico (NIH) e ilioinguinal (NII) (Figura 1). La puntuación en el test DN4 fue de 6 puntos por lo que se clasificó como de origen neuropático (Tabla 1). Para el control rápido del dolor se realizó una infiltración ciega (no ecoguiada) con Mepivacína 0,5% (5 cc) + Lidocaína 2% (5 cc) y Triamcinolona 40 mg, en abanico desde 3 cm por debajo y por dentro de la espina iliaca anterosuperior derecha buscando el plano subaponeurótico.

A las 24 horas el dolor había mejorado sustancialmente (ENA 2-3), pero el paciente refería sensación de tirantez y quemazón a nivel del cordón inguinal derecho que le llegaba hasta el teste. A pesar de que en la exploración física no se apreciaba una hernia inguinal, se solicitó TAC de abdomen y pelvis con contraste en el que sólo se observaban cambios debidos a la cicatriz de la intervención (Figura 2).

El paciente fue dado de alta a las 72 horas del ingreso con el dolor controlado con Tramadol 37,5 mg + Paracetamol 375 mg VO cada 8 horas no tolerando el tratamiento con Amitriptilina iniciado el día anterior por imposibilidad de conciliar el sueño tras su administración.

En las sucesivas revisiones el paciente siguió con dolor controlado con la medicación, desapareciendo por completo con su reincorporación laboral a los 30 días del alta.

DISCUSIÓN

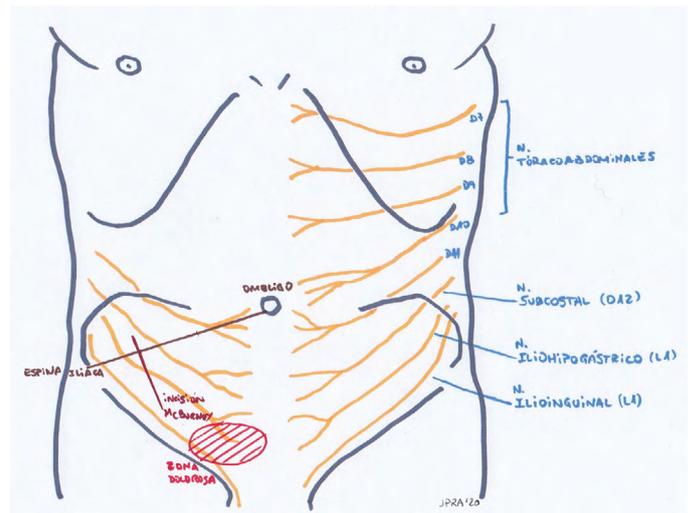


Figura 1

Inervación de la pared abdominal anterior. Se señala la localización de la incisión de McBurney y el territorio sensitivo afectado en el paciente.

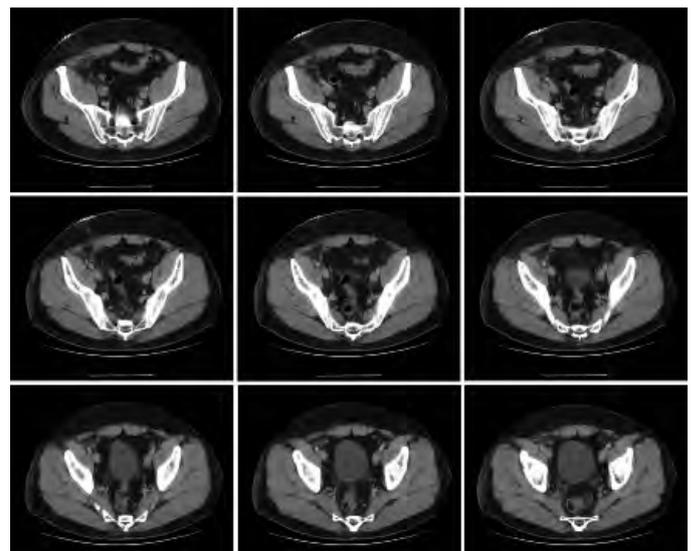


Figura 2

TAC de abdomen sin contraste. Se observan los cambios debidos a la cicatriz de apendicectomía previa. No se aprecian imágenes de hernia inguinal.

Las causas de inguinodinia en pacientes intervenidos de apendicitis pueden ser diversas. En un primer grupo podemos señalar las que tienen un origen anatómico relacionado con la técnica quirúrgica. Ya en el año 1911 Hoguet describió la posibilidad de desarrollar una hernia inguinal derecha tras una apendicectomía¹ señalando como causa probable la sección del NIH y del NII que condicionaban una relajación de la musculatura a nivel del anillo inguinal. Poco después, Pannet desarrolló los principios quirúrgicos de la incisión de McBurney, con especial mención a evitar durante la apertura la sección de los músculos y la sutura a tensión durante el cierre para evitar la lesión de dichos nervios². Este tipo de hernia inguinal puede aparecer en un 1,6-7% de los pacientes intervenidos de

Tabla 1. Cuestionario DN4. Respuestas y puntuación del paciente.

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?	Si	No
1. Quemazón	1	0
2. Sensación de frío doloroso	0	1
3. Descargas eléctricas	1	0
Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?	Si	No
4. Hormigueo	1	0
5. Pinchazos	1	0
6. Entumecimiento	0	1
7. Escozor	1	0
Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?	Si	No
8. Hipoestesia al tacto	0	1
9. Hipoestesia al pinchazo	0	1
Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?	Si	No
10. El roce	1	0
	Puntuación	6

apendicitis, incluyendo aquellos a los que se les realiza un abordaje laparoscópico³. En aquellas ocasiones en las que no encontremos una hernia inguinal (o incisional) durante la exploración física, tendremos que sospechar como causa de la inguinodinia la posibilidad de una hernia intersticial (aquella en la que el defecto herniario afecta a las capas musculares quedando el saco por debajo de la aponeurosis intacta)^{3,4}. De manera muy infrecuente se han descrito como causas de dolor inguinal tras una apendicectomía la existencia de colecciones escrotales⁵⁻⁷ independientemente de que el abordaje haya sido abierto o laparoscópico.

Otras causas que habrá que valorar, no relacionadas a nivel local con la técnica quirúrgica, son los dolores recurrentes en la fosa iliaca derecha con irradiación a la región inguinal (apendicitis del muñón, quiste ovárico, adenitis mesentérica, cólico nefrítico, y causas funcionales)^{8,9}.

Las causas de dolor inguinal agudo postapendicectomía para establecer el diagnóstico diferencial quedan recogidas en la **tabla 2**.

Para poder establecer un diagnóstico de certeza se debe completar una minuciosa anamnesis y una exploración física sistemática. Es fundamental determinar si las características del dolor pueden orientar a un origen neuropático (sensación de quemazón o de calambre, zonas de hipo/hiperestesia, disestesia o incluso alodinia) frente al dolor de características nociceptivas. Para ello podremos usar el cuestionario DN4¹⁰ de fácil uso y excelente correlación clínica. El mapeo por dermatomas es una prueba cómoda y accesible que se emplea en el manejo de la inguinodinia crónica posthernioplastia y que podría resultar de utilidad en casos como el que presentamos¹¹. Siempre que sea posible se deberá revisar el protocolo quirúrgico en la hoja operatoria. Las pruebas complementarias más útiles son la

Tabla 2. Causas de inguinodinia postapendicectomía.

Dolor inguinal agudo postapendicectomía	
Relacionadas con técnica quirúrgica	Miscelánea
Hernia inguinal Hernia incisional Hernia intersticial Lesión directa NIH y/o NII	Dolor crónico FID irradiado Apendicitis del muñón Quiste ovárico Adenitis mesentérica Cólico nefrítico Causas funcionales
Colecciones escroto	
Hematocele Absceso	

ecografía y/o el TAC que ayudarán a confirmar la sospecha diagnóstica y los hallazgos exploratorios.

En nuestro caso y dado que en la apendicectomía abierta no seccionamos los músculos oblicuos y transversos del abdomen, decidimos usar desde el inicio el cuestionario DN4 ante la sospecha de origen neuropático confirmándolo tras la desaparición del dolor con la infiltración con anestesia local y corticoides. Este tipo de infiltración, en la que se suele administrar una mezcla de anestésico local con Triamcinolona, es a la vez una prueba diagnóstica y terapéutica.

Respecto al manejo farmacológico, la Amitriptilina es uno de los fármacos de primera elección (dosis inicial de 25 mg por la noche), y en aquellos casos en las que no sea tolerada por el paciente se puede optar por un tratamiento combinado con AINEs (Paracetamol 1 g cada

8 horas) y un opioide débil (Tramadol 50 mg o Codeína 30 mg cada 8 horas)¹².

El algoritmo diagnóstico-terapéutico queda recogido en la figura 3.

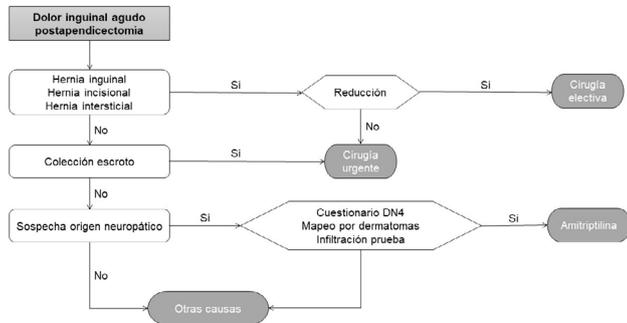


Figura 3

Algoritmo para el manejo de la inguinodinia postapendicectomía.

BIBLIOGRAFÍA

- Hoguet JP. Right inguinal hernia following appendectomy. *Ann Surg* 1911; 54(5): 673-676. DOI: 10.1097/00000658-191111000-00010
- Pannet CA. The selection of the incisión in cœliotomy. *Proc R Soc Med* 1914; 7: 1-15. Disponible en: <http://europepmc.org/article/PMC/2003156>
- Mahmoudvand H, Jafari M, Nadri S, Birjandi M. Study of the relationship between right inguinal hernia and appendectomy with laparoscopic and open surgery by McBurney incision. *Int J Curr Aca Rev* 2015; 3(10): 343353. Disponible en: <http://www.ijcrar.com/vol-3-10/Hormoz%20Mahmoudvand,%20et%20a.pdf>
- Kumar A, Saidha N, Ramakrishnan TS, Sahu S. Interstitial incisional hernia following appendectomy. *MJAFI* 2009; 65: 176-177. DOI: 10.1016/S0377-1237(09)80139-1
- Thakur A, Buchmiller T, Hiyama D, Shaw A, Atkinson J. Scrotal abscess following appendectomy. *Pediatr Surg Int* 2001; 17: 569-571. DOI: <https://doi.org/10.1007/s003830000556>
- Chaudhary S, Bhullar JS, Subhas G, Mittal VK. Hematocele after laparoscopic appendectomy. *JLS* 2012; 16: 660-662. DOI: 10.4293/108680812X13517013316717
- Bingol-Kologlu M, Fedakar M, Yagmurlu A, Dindar H, Gogkçora H. An exceptional complication following appendectomy: acute inguinal and scrotal suppuration. *Int Urol Nephrol* 2006; 38: 663-665. DOI: 10.1007/s11255-005-4027-2
- Lamtur YR, Gajbhiye VP, Shinde RK, Kher K. Impact of post appendectomy pain. *Int Surg J* 2017; 4(9): 2932-2936. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20173873>
- Sarda K, Kher K, Wagh D, Yeola M, Chauhan M, Wani B. Post appendectomy pain in right iliac fossa: a story of olden days or the problema of recent era. *Internet J Gastroenterol* 2009; 9(1): 1-6. Disponible en: <http://ispub.com/IJGE/9/1/4492>
- Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S et al. Validity and reliability of the Spanish versión of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 66. DOI: 10.1186/1477-7525-5-66
- Álvarez R, Anaya R, Malé E. Inguinodinia: mapeo por dermatomas como método diagnóstico. *Cir Gen* 2004; 26: 265-269.
- Rincón AM, Olaya CA, Martínez S, Bernal I. Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo del dolor neuropático (revisión de la literatura). *Rev Soc Esp Dolor* 2018; 25: 349-358. DOI: 10.20986/resed.2018.3673/2018