

CASO CLÍNICO - Clinical Case

HERNIA DE AMYAND, REPORTE DE UN CASO: HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Pino Andrade Haldo Raúl

Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Cirujano del Departamento de Trauma y Emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso

Correspondencia: haldopino@hotmail.com

Fecha de Recepción: 01/10/2014
Fecha de Aprobación: 03/12/2015

RESUMEN

La hernia de Amyand es una entidad rara que se caracteriza por la presencia del apéndice vermiforme en el saco herniario de una hernia inguinal. La prevalencia es de aproximadamente el 1% y, por lo general, se presenta en hernias ubicadas al lado derecho; su diagnóstico habitual se realiza durante la intervención quirúrgica. En el presente caso se describe a un paciente de 67 años que acude al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso presentando esta patología y su correspondiente manejo.

Palabras Clave: Hernia Inguinal, Apéndice, epidemiología/prevalencia

ABSTRACT

The Amyand hernia constitutes a rare condition characterized by the presence of the vermiform appendix within the hernia sac of an inguinal hernia. Its rate of frequency approximately reaches 1%, and it is more frequently found on the right side. This condition is usually diagnosed during a surgery. This paper shows the case of a 67 years old patient who was treated this pathology in the emergency service of the Vicente Corral Moscoso Hospital.

Keywords: Hernia, Inguinal, Appendix, epidemiology/prevalence.

INTRODUCCIÓN

La patología herniaria - entendida como la protrusión del contenido intestinal por un defecto de pared - es una de las principales entidades de resolución quirúrgica en un servicio de cirugía. De este conjunto, el subgrupo más frecuente es el de las hernias inguinales; sin embargo no debemos olvidar que existen otras posibilidades como: hernia femoral, lumbar, umbilical, de la pared abdominal, entre otras.

Generalmente, el diagnóstico de una hernia se basa en la constatación de una masa en la región inguinal, reductible o no. El contenido alojado en el saco herniario es variado, pudiendo encontrarse en él omento, vejiga, divertículo de Meckel, intestino, colon (1,2), y en una frecuencia mucho menor el apéndice cecal (3-5).

En este artículo se presenta un caso poco frecuente, el hallazgo de un apéndice cecal en el saco herniario de una hernia inguinal indirecta derecha.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años que acude al servicio de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso por presentar una masa dura de gran tamaño a nivel inguinal derecho, con aproximadamente 24 horas de evolución. A lo expuesto se suma dolor en esta zona, que ha ido progresando en intensidad, presenta también leve distensión abdominal con disminución de producción de flatos. El examen físico revela masa a nivel inguinal derecho, de aproximadamente 10 cm de diámetro, no reductible.

Se realizan los exámenes de laboratorio observándose leucocitosis con neutrofilia y, previo consentimiento informado, se procede a resolución quirúrgica del padecimiento. Durante el transoperatorio se observan los siguientes hallazgos: masa de 15 cm en región inguinal derecha; presencia de saco herniario que contiene ciego y apéndice cecal en su interior (Foto1); anillo herniario aprisionando la base del apéndice que presenta externamente áreas equimóticas en su pared; todo lo anterior sugiere, como diagnóstico presuntivo, apendicitis aguda inflamatoria (foto 2).

Foto 1



Foto 2



Se realiza apendicectomía más jareta e imbricación de muñón apendicular por la incisión de la herniotomía, ligadura alta de saco herniario y colocación de malla de prolene con técnica sin tensión; paciente permaneció hospitalizado por 24 horas luego de lo cual fue dado de alta en buenas condicio-

nes. Su seguimiento se realizó por consulta externa acudiendo a los 15 y 45 días del alta, no presentando ninguna complicación inherente a la cirugía. El resultado de anatomía patológica, informo Periapendicitis (Serositis Periapendicular).

DISCUSIÓN

La presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario inguinal es rara, su incidencia bordea el 1% cuando el hallazgo es un apéndice normal y 0.1% - 0.13% en caso de apendicitis aguda (1, 6-8); se han reportado casos con esta patología en pacientes con rangos de edad tan variable como tres semanas a 88 años (9).

Dado a la localización propia del apéndice y la mayor frecuencia de hernias derechas, no es extraño encontrar que las hernias de Amyand posean esta localización, aunque se han reportado casos en hernias inguinales del lado izquierdo y a nivel de hernias femorales (1).

Aunque puede existir confusión sobre cómo nombrar este tipo de hernias, existen dos hechos que contribuyen a una adecuada denominación: el primer caso reportado de un apéndice en un saco herniario lo realizó Garengot en 1731, en un paciente con diagnóstico de hernia femoral; cinco años después Amyand describe el mismo hallazgo pero en una hernia inguinal (10). De tal forma, se designa hernia de Garengot cuando encontramos el apéndice dentro de un saco femoral y de Amyand cuando lo encontramos dentro de un saco inguinal.

El diagnóstico de este padecimiento es generalmente intraoperatorio. Dado que las características clínicas evidentes de una hernia complicada – como dolor y masa irreductible en región inguinal – se encuentran presentes en el paciente (8, 11), y el reconocimiento de signos apendiculares generalmente no son fáciles de establecer, la determinación precoz de esta patología es extremadamente rara. Casajus Peraza reporta “es excepcional realizar un diagnóstico preoperatorio, encontrándose en una revisión de la literatura un caso de diagnóstico correcto en 40 años” (12).

Se sugiere que la estrangulación del apéndice a nivel del saco herniario, conjuntamente con la contracción muscular y el aumento de la presión abdominal, predisponen al daño vascular del apéndice, favoreciendo el crecimiento bacteriano. Debido a esto, el tratamiento de elección es la apendicectomía, que se la puede realizar por la misma incisión utilizada para la reparación herniaria (11), sin embargo, en caso de existir una apendicitis complicada, puede ser necesario el abordaje transabdominal (12). Este último punto es controvertido y podemos encontrar autores que sostienen que si el apéndice es normal,

no es necesaria la apendicectomía, en tanto que otros la recomiendan merced a que "no se puede descartar que existan signos microscópicos de inflamación causados por la compresión e isquemia del cuello herniario, además de que no supone mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco" (1).

Si bien la clasificación de Losanoff-Basson (Tabla 1) nos da pautas para el tratamiento de esta patología (13) hasta la actualidad no existe estandarización sobre la misma.

Tabla No. 1: Clasificación de hernias de Amyand de Losanoff – Basson

Clasificación	Descripción	Tratamiento Quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal en hernia inguinal	Reducción de la hernia, reparación protésica, apendicectomía en jóvenes.
Tipo 3	Apéndice aguda en hernia inguinal, sin sepsis abdominal	Apendicectomía trans-hernia, reparación primaria de hernia, sin material protésico.
Tipo 3	Apéndice aguda con sepsis abdominal o de pared abdominal	Laparotomía exploratoria, apendicectomía, reparación primaria de la hernia sin material protésico.
Tipo 4	Apéndice aguda con enfermedad abdominal asociada o no asociada.	Manejo igual a tipos 1 y 3, protocolo de estudio de la enfermedad asociada.

Fuente: Losanoff y Basson, 2007.

En el caso que presentamos se optó por la realización de una apendicectomía reglada, extrayendo el apéndice y parte del ciego por el saco herniario abierto, y posteriormente se realizó jareta e imbricación del muñón apendicular más introducción de ciego en cavidad abdominal; la reparación del defecto herniario fue realizada mediante colocación de malla protésica de polipropileno con técnica de Liechtenstein.

El uso de malla para completar la reparación del defecto herniario es controvertido – cuando se trata de un cuadro apendicu-

lar no complicado – algunos autores no rechazan el uso de material protésico tras la apendicectomía (4, 6, 7), mientras que otros prefieren un tratamiento más conservador, evitando su uso (1, 5); otras alternativas son la utilización del material protésico junto a la administración de antibióticos o el uso de mallas biológicas más resistentes a la contaminación (14).

Priego et al, analizó la frecuencia de las hernias de Amyand, reportándose seis casos en un período de 10 años. En todos ellos se realizaron apendicectomías, en tres se realizó

reparación de la hernia con el uso de malla y en los restantes se optó por la reparación con prolene del defecto herniario; se reportó un caso de infección (15). Sancho et al, reporta tres casos en los cuales el comportamiento fue disímil, en dos de ellos al encontrar apéndice de característica no enfermo lo introdujo en la cavidad y cerró el defecto herniario mediante técnica de Rutkow-Robbins, y en la tercera se encontró un apéndice en fase gangrenosa el mismo que fue extirpado por esa vía y finalmente el defecto herniario fue reparado mediante colocación de prótesis de polipropileno mediante técnica de Liechtenstein (14) teniendo como complicación la recidiva de la hernia en la región próxima al pubis.

Patrikakos et al, reporta 12 casos durante un periodo de 15 años, en todos ellos se realizó apendicectomía; en 9 casos la técnica para reparación herniaria fue mediante malla de polipropileno en unos y con tetrafluoretileno en otros, uno presentó infección del sitio ope-

ratorio; los casos restantes fueron reparación mediante técnica sin malla como Bassini (16). La bibliografía existente se centra en la descripción de casos aislados de la patología, y no se cuenta con series de casos extensas con las cuales poder genera un consenso en el manejo de la misma.

CONCLUSIÓN

El encontrar el apéndice en un saco herniario es un hallazgo raro y su diagnóstico generalmente se lo realiza durante el transoperatorio. Debido a la baja frecuencia de este padecimiento, no se encuentran protocolos para su abordaje, sin embargo la gran mayoría de los casos revisados apoyan la realización de una apendicetomía. El uso de mallas protésicas no está estandarizado y muchos autores prefieren no utilizarlas por el riesgo de infección.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz RC, García JA, González JM, Rojas O, Acevedo RI MA. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* [Internet]. 2013 [cited 2013 Jun 24];13(2):88–92. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2013/ti132i.pdf>
2. Voitek a J, MacFarlane JK, Estrada RL. Ruptured appendicitis in femoral hernias: report of two cases and review of the literature. *Ann Surg* [Internet]. 1974 Jan;179(1):24–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1355709&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Rajan SS, Girn HRS, Ainslie WG. Inflamed appendix in a femoral hernial sac: de Garengeot's hernia. *Hernia* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Jun 10];13(5):551–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19225856>
4. Konofaos P, Spartalis E, Smirnis A, Kontzoglou K, Koutrakis G. De Garengeot's hernia in a 60-year-old woman: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011 Jan [cited 2013 Jun 10];5(1):258. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3141709&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. González P V, Contreras R, Sánchez G, Flores L M KW, Menéndez A L CJ. Hernia de Amyand. *Cir Gen*. 2005;27(4):328–9.
6. Arce A, Rojas R, López L, Correa M, Sánchez R SR. Reporte de Caso Apéndice cecal en el saco herniario : Hernia de Garengeot vs Hernia de Amyand . Presentación de casos clínicos Vermiform appendix into the inguinal hernia sac : De Garengeot ' s Hernia vs Amyand ' s hernia . Case report. *An Fac Cienc Méd*. 2009;42(1):51–4.
7. Hernández J R, Pantoja H J REJ. Hernia de amyand. *Med Salud y Soc*. 2013;3(3):1–6.
8. Nicolas M MG, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C, C I D H GG. Hernia de Amyand : presentación de un caso y revisión de la literatura * Amyand hernia . Report of one case. *Rev Chil Cirugía*. 2007;59:142–4.
9. González-Martín RM, Carnerero-Herrera V, Domínguez-Pérez A, Iribarren-Marín MDA. [Amyand's hernia]. *Cirugía española* [Internet]. 2012 Oct;90(8):e30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22844840>
10. Thomas W E, Vowles K D WRC. Appendicitis in external herniae ClinicoalJeatures. *Ann oJ'the R C'ollege oJ'Surgeons Oj'engl*. 1982;64:121–2.
11. Rodríguez P L, Torres L H, Felipe L. Presentaciones de casos. *Rev Cuba Cir*. 2005;44(1).
12. Casajús JP. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio. *Sanid ...* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 22];67(Fig 1):98–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000200006
13. de Oca-Durán EM, Castillo GG, Palafox D, Dévora GM, Oñate LO, Lara RR, et al. Hernia de Amyand gigante. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2013;43(3):235–9.
14. Sancho Muriel J, Torregrosa Gallud A, García Pastor P, López Rubio M, Argüelles BG, Bueno Lledó. JA. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. *Rev Hispanoam Hernia* [Internet]. AEU; 2015;(x x):2–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255267715000365>
15. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S, Gil Olarte M a, Alonso N, et al. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2005 Oct;97(10):707–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16351463>
16. Patrikakos P, Velimezis G, Kapogiannatos G, Georgiou J, Perrakis E, Perrakis A. Vermiform Appendix Inside A Hernia : Our Experience. 2010;26(2):1–5