

Hernia de Amyand: a propósito de un caso

Amyand´s hernia: a propos of a case

MSc. Dr. Jaime Monteagudo Ramírez, MSc. Dr. Javier Cruz Rodríguez, Dr. José Jacinto Toctaguano Chuñir, Dr. Carlos Ramírez León, Dr. Joel Ramos Rodríguez, Dra. Marcia O´Farril Hernández

Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La hernia de Amyand es una enfermedad generalmente diagnosticada durante el acto quirúrgico. Su incidencia se encuentra entre 0,28 y 1 %. El objetivo de este trabajo es presentar un tipo de hernia poco frecuente. Se presenta un paciente masculino de 82 años, que fue hospitalizado para tratamiento quirúrgico con diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada y en el acto operatorio se le diagnosticó hernia de Amyand. El tratamiento de elección propuesto es la apendicectomía a través de una herniotomía con reparación primaria de la hernia por medio de la misma incisión. Por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad es importante realizar una correcta anamnesis y examen físico.

Palabras clave: hernia de Amyand, cirugía, hernia abdominal.

ABSTRACT

Amyand´s hernia is generally diagnosed during the surgical act. Its incidence rate ranges from 0.28 to 1 %. The objective of this paper was to present an infrequent type of hernia. This is a report on a 82 years-old male patient who was hospitalized for surgical treatment with diagnosis of right stuck inguinal hernia and he was diagnosed with Amyand´s hernia in the surgical act. The recommended treatment is appendectomy through an inguinal incision with primary repair of the hernia using the same incision. Due to the diagnostic difficulties that this disease presents it is important to carry out correct anamnesis and physical examination.

Keywords: Amyand´s hernia, surgery, abdominal hernia.

INTRODUCCIÓN

Las hernias pueden aparecer en cualquier localización del cuerpo pero son más frecuentes en el área abdominal. Una hernia abdominal externa consiste en la salida anormal de uno o más órganos (o de una parte de ellos) a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdomino-pélvica.¹⁻³ La enfermedad herniaria constituye el grupo de afecciones quirúrgicas que con mayor frecuencia enfrenta el cirujano general. Sin embargo, algunas veces su presentación clínica tiene algunas variantes poco comunes que ofrecen dificultades diagnósticas tales como la hernia de Amyand.

En 1731 fue Rene Jacques Croissant de Garangeot, cirujano francés, el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta.⁴⁻⁷ En 1735 Claudius Amyand realizó la primera apendicectomía exitosa en un paciente de 11 años de edad con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado; a él corresponde la descripción de la enfermedad.⁴⁻⁹ Esta hernia constituye un apéndice cecal perforado en un saco inguinal. Aunque en la actualidad lo utilizan para calificar un apéndice inflamado, perforado o simplemente no inflamado, dentro de una hernia inguinal irreductible.⁴

Como curiosidad histórica, es justo señalar que la primera apendicectomía exitosa efectuada en los Estados Unidos fue realizada por Hall, en 1886, precisamente en una hernia de Amyand.^{4-7,9}

*Peraza*¹⁰ citando a D'Alia (2003) y a Sharma (2007) plantea que la incidencia de hernias de Amyand se encuentra entre el 0,28-1 % y que es más infrecuente la presencia de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0,07-0,13 %. Según *De la Peña*⁵ y *Arce*⁶ se ha reportado este tipo de hernia del lado izquierdo asociadas a *situs inversus*.

El objetivo del trabajo es presentar un tipo de hernia poco frecuente: la hernia de Amyand; a través de la revisión bibliográfica actualizada sobre la enfermedad y la presentación de un caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino, de 82 años de edad, piel blanca y procedencia urbana con antecedentes de hipertensión arterial sisto-diastólica moderada; diagnosticada hace 20 años. Mantenía tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso con enalapril (20 mg): 1/2 tableta cada 12 horas, e hidroclorotiazida (25 mg): 1/2 tableta diaria. En esta oportunidad acudió a cuerpo de guardia de cirugía general por presentar aumento de volumen y dolor en la región inguinal derecha.

Datos positivos al interrogatorio: Antecedentes desde hacía varios años de aumento de volumen de crecimiento progresivo en región inguinal derecha, que aumentaba con el ejercicio o la tos y desaparecía con el decúbito o mediante la aplicación de maniobras digitales para su reducción.

Una semana previa al ingreso, el paciente había manifestado imposibilidad para reducir el aumento de volumen inguinal derecho y el dolor se incrementó paulatinamente, para lo que se automedicó con antiinflamatorios no esteroideos. Durante las 24 horas previas al ingreso presentó exacerbación del dolor y náuseas.

Datos positivos al examen físico: Se evidencia a la palpación en región inguinal derecha un aumento de volumen doloroso a la palpación, irreductible, de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Exámenes complementarios: Hb: 112 g/L, leucograma: $13,8 \times 10^9/L$ (polimorfonucleares: 80 % y linfocitos: 20 %), coagulograma: tiempo de sangramiento 1 minuto, tiempo de coagulación 8 minutos, conteo de plaquetas $291 \times 10^9/L$; glicemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 102 mmol/L; grupo sanguíneo y factor Rh: A positivo; EKG: signos de hipertrofia ventricular izquierda, radiografía simple de tórax antero-posterior: índice cardiotorácico aumentado; radiografía simple de abdomen antero-posterior: sin alteraciones.

Descripción del acto operatorio: Paciente en decúbito supino. Se aplicó anestesia general endotraqueal. Se realizó antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Colocamos campos estériles. Hicimos incisión de Marrow derecha profundizando por planos. Se encontró aumento de volumen protruido a través de dilatación del anillo inguinal profundo, saco herniario que contenía al apéndice cecal (engrosada, eréctil y marcadamente enrojecida) y parte del ciego, así como adherencias intrasaculares en ambas estructuras. Liberamos ciego y apéndice de las adherencias. Se realizó apendicectomía desde la punta hacia su base ligando la misma y su meso con poliéster 0. Se llevó a cabo antisepsia del muñón apendicular con iodopovidona y alcohol. Al reducir el ciego hacia interior de cavidad abdominal, se efectuó una ligadura alta del saco herniario. Se reconstruyó la pared con técnica de Bassini, utilizando poliéster 0. Se realizó hemostasia y se cerró las fascias de Scarpa y de Camper con catgut crómico 2-0. Por último, se suturó piel con nylon 3-0.

Posoperatorio hospitalario: El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado antes de las 72 horas de operado.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la hernia de Amyand se hace usualmente durante la intervención quirúrgica. Su presentación clínica se relaciona frecuentemente con un proceso herniario encarcerado.^{5,10}

De la Peña⁵ y Ortega⁷ citando a Weber y otros (1999) plantearon que en un seguimiento efectuado durante cuarenta años, este autor reportó 60 casos de hernia de Amyand. Todas ellas en pacientes del sexo masculino, en las que solo en un caso se realizó el diagnóstico antes de efectuar cirugía. Peraza¹⁰ informó un caso con diagnóstico preoperatorio.

Entre los factores predisponentes a esta condición, se incluyen un cierto grado de mal rotación intestinal, así como la presencia de un ciego anormalmente largo y móvil con extensión a la pelvis.⁶ El desarrollo de apendicitis en una hernia inguinal se debe fundamentalmente a la continua agresión que produce el aumento de la presión intrabdominal; la cual genera mayor vulnerabilidad al trauma del apéndice en esa localización, compromiso vascular, inflamación y traslocación bacteriana.^{5,8}

Si no se trata oportunamente, el cuadro puede evolucionar hacia complicaciones como abscesos, fístulas, peritonitis, isquemia testicular, fascitis necrotizantes, necrosis del contenido herniario, desarrollo de obstrucción intestinal, shock séptico e incluso la muerte.^{5,6,8}

Dentro de la amplia gama diagnóstica se debe diferenciar esta entidad de procesos como hernia inguinal estrangulada con omentocele, hernia de Richter, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal, epididimitis y la hernia femoral que es más frecuente en el sexo femenino.⁵

*Armas*⁸ plantea, que aunque el diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil, en caso de sospecha, la ecografía y la tomografía abdominal-inguinal han demostrado utilidad. Según Peraza,¹⁰ la tomografía computarizada es muy útil para su diagnóstico en adultos, así como la ecografía lo es en niños. *De la Peña*⁵ planteó, que no obstante su utilidad, la clínica determina el proceder quirúrgico y se continúa el diagnóstico en el acto operatorio, por lo que la tomografía no constituye un estudio de rutina.

El tratamiento de elección propuesto es la apendicectomía a través de una herniotomía con reparación primaria de la hernia utilizando la misma incisión.^{5,8,9} Este es el procedimiento que efectuamos en el paciente y el que recomendamos, siempre que sea posible. No obstante, están descritas varias formas de acceso quirúrgico para esta entidad. El abordaje preperitoneal consigue la apendicectomía en las mejores condiciones, con adecuado manejo de las asas incarceradas, drenaje de absceso y disminuye los riesgos de infección de la herida. Para este abordaje, se proponen dos incisiones: la parainguinal propuesta por *Logan* (2001) y la mediana propuesta por *Pans* (1997).⁵ La vía combinada inguinal y abdominal (laparotomía media infraumbilical) se prefiere cuando el proceso de contaminación y la peritonitis no se pueden manejar por un solo abordaje.^{5,8} Hay autores que recomiendan la apendicectomía laparoscópica combinada con herniotomía abierta, y también se ha descrito el abordaje laparoscópico extraperitoneal.⁸

La mayoría de los autores desaprueban el uso de malla protésica, para prevenir la infección del sitio operatorio y la contaminación crónica de la malla que obligue a su posterior retiro,^{5,7} también aumenta el riesgo de fístula del muñón apendicular,¹¹ no obstante su uso en motivo de discusión.⁶ Consideramos que es más prudente la reparación de la hernia sin emplear mallas por las mismas razones expuestas en la literatura consultada.

La hernia de Amyand es un defecto poco frecuente de la pared abdominal. Por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad, es importante realizar una correcta anamnesis y examen físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merello Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. p. 417-49.
2. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, García Gutiérrez A. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Temas de Cirugía. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p. 503-13.

3. Malangoni MA, Gagliardi RJ. Hernias. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery. 17th ed. Philadelphia (Pennsylvania): Elsevier; 2004. p. 1199-218.
4. Hernández Centeno JR, Pantoja Gómez HX, Ramírez Barba EJ. Hernia de Amyand. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [serie en internet]. 2013 mayo-agosto[citado mayo 2014]; 3(3): Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com/site/volumen-3-no-3-may-ago-2013/78-hernia-de-amyand>
5. De la Peña López J, Silgado Kerguelen R, Calderón Morón H. Abdomen agudo por Hernia de Amyand. Revista Ciencias Biomédicas. 2011;2(1):106-10.
6. Arce Aranda C, Rojas R, López L, Correa M, Sánchez R, Soskin Reidman A. Apéndice cecal en el saco herniario: Hernia de Garengéot vs Hernia de Amyand. Presentación de casos clínicos. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción). 2009;42(1):51-4.
7. Ortega León LH, Ramírez Tapia D, Dieguez Jiménez CM, Cruz Melgar LM, Montalvo Javé EE. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. 2012;1(1):59-61.
8. Armas Alvarez AL, Taboada Santomil P, Pradillos Serna JM, Rivera Chávez LL, Estévez Martínez E, Méndez Gallart R, et al. Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo. Cir Pediatr. 2010;23(4):250-2.
9. Martínez Valenzuela N, Alfonso Alfonso L, Sosa Martin JG. Hernia De Garengéot. Revista Cubana de Medicina Militar. 2013;42(1):110-5.
10. Peraza Casajús JM, Bodega Quiroga I, Sáinz González F, Baquedano Rodríguez J, Hernández G, Olmeda Rodríguez J. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio. Sanid Mil. 2011;67(2):98-9.
11. Nicola M, Mora G, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chilena de Cirugía. 2007;59(2):142-4.

Recibido: 12 de septiembre de 2014.

Aprobado: 15 de octubre de 2014.

Javier Cruz Rodríguez. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: javiercr@hamc.vcl.sld.cu