

Reporte de caso



Hernia de Amyand

Amyand's hernia

Fecha recepción: 15-02-2023

Fecha aceptación: 27-03-2023

Fecha publicación: 25-04-2023

Dr. Segundo Santiago Bueno M. ¹; Dra. Marcía Flor Lara H. ²;
Dra. Mariuxi Gardenia Ruiz C. ³; Lcda. Kerly Rocio Vera T. ⁴

¹ Especialista en Atención Primaria de la Salud Hospital Ceibos IESS, Guayaquil, Ecuador.

² Especialista en Medicina Interna Hospital TMC, Guayaquil, Ecuador.

³ Especialista en Medicina General Integral Hospital Ceibos IESS Guayaquil Ecuador.

⁴ Lcda. Terapia respiratoria Hospital Ceibos IESS, Guayaquil, Ecuador.

RESUMEN

La hernia de Amyand (Claudius Amyand 1680 - 1740), presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario inguinal, es una patología infrecuente, constituye menos del 1% de todas las hernias en adultos. El apéndice puede encontrarse perforado, con signos de inflamación en el 0.08% - 0.13%, o normal. Los pacientes presentan un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad localizado en región inguinal, con presencia de masa. Al realizar el examen físico, podemos encontrar una hernia inguinal estrangulada o encarcerada, además de tener sintomatología inespecífica para un diagnóstico de apendicitis aguda. Es recomendable que todos los pacientes con dolor y protrusión inguinal acudan a los controles para la respectiva valoración y programación quirúrgica de su patología, y con mayor razón aquellos pacientes con comorbilidades. El realizar una intervención quirúrgica programada reduce complicaciones, estancia hospitalaria y costo económico para el Estado. El personal de salud debe realizar una valoración completa prequirúrgica de emergencia para tener un diagnóstico claro y evitar errores al no considerar esta patología por ser poco frecuente.

PALABRAS CLAVE:

Hernia Amyand, apéndice cecal, hernia inguinal

1. E-mail: msgt_97@hotmail.com

 ORCID iD: 0000-0002-0290-6194

ABSTRACT

Amyand's hernia (Claudius Amyand 1680-1740), meaning the presence of the cecal appendix within an inguinal hernia sac, is an uncommon condition constituting less than 1% of all hernias in adults. The appendix may be perforated, with signs of inflammation in 0.08% - 0.13% or normal. The clinical presentation is characterized by abdominal pain of great intensity, localized in the inguinal region with the presence of a mass. Physical examination can show an inguinal hernia strangled or incarcerated, and also have non-specific symptomatology for a diagnosis of acute appendicitis. It is recommended that all patients with pain and inguinal protrusion are controlled and thoroughly evaluated for surgical resolution of their pathology and with greater reason those patients with comorbidities. Performing a scheduled surgical intervention represents reducing complications, hospital stay and economic cost for the state. The health personnel should perform a full pre-surgical assessment of the patient to have a clear diagnosis, and avoid making mistakes considering the rarity of this disease.

KEYWORDS:

Amyand's Hernia, Cecal Appendix, Inguinal Hernia

INTRODUCCIÓN

La hernia de Amyand (Claudius Amyand 1680- 1740) se define como la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario inguinal. Es una patología infrecuente, constituye menos del 1% (1) de todas las hernias en adultos; el apéndice puede encontrarse perforado, con signos de inflamación en el 0.08% - 0.13% (1) (2) (3) o normal. El diagnóstico de hernia de Amyand es raro en el preoperatorio, comúnmente el diagnóstico es intraoperatorio (4); adicionalmente, la escasa bibliografía médica publicada y su baja incidencia hacen difícil la unificación de criterios, tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. La mayoría de los pacientes presentan un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad localizado en región inguinal, con presencia de masa. Al realizar el examen físico, podemos encontrar una hernia inguinal estrangulada o incarcerada (5) (6) y un 83% presenta hernia inguino-escrotal (7), además de tener sintomatología inespecífica para un diagnóstico de apendicitis aguda.

Clasificación de la hernia de Amyand (8) (9)

Clasificación según los hallazgos intraoperatorios, propuesta por Losanoff y Basson: tipo 1, apéndice

cecal normal; tipo 2, apéndice cecal con algún grado de apendicitis aguda; tipo 3, apéndice cecal con apendicitis aguda más sepsis abdominal o apendicitis aguda perforada; y, tipo 4, apéndice cecal con apendicitis aguda y otras enfermedades de origen abdominal no asociadas (10).

Tipo 1. La hernia de Amyand contiene el apéndice normal manejado por la reparación de la hernia con malla, sin realizar apendicectomía a menos que el paciente sea joven.

En las hernias tipo 2 a 4, se realiza la apendicectomía de forma rutinaria, además de la reparación primaria de la hernia. Las de tipo 3 requieren de laparotomía para irrigación abdominal, y, las de tipo 4, de investigaciones adicionales de la patología asociada (9) (11).

Es recomendable que todos los pacientes con dolor y protrusión inguinal acudan a los controles para la respectiva valoración y programación quirúrgica de su patología, vía abierta o laparoscópica (12) (13) (14) y mucho más aquellos pacientes con comorbilidades e infección (15). El personal de salud debe realizar una valoración prequirúrgica de emergencia com-

pleta para tener un diagnóstico claro y evitar equivocarse al no considerar esta patología por ser poco frecuente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 30 años, género masculino, con antecedente de VIH diagnosticado hace 4 años, con tratamiento retroviral esquema Tenofovir (TDF)-Entricitabina(FTC)-Efavirenz (EFV), sin antecedentes quirúrgicos, hernia inguinal bilateral. Acude a emergencia con cuadro clínico de 8 horas de evolución, dolor abdominal en epigastrio y posterior localización en fosa iliaca derecha, intensidad 9/10, tipo cólico que se exacerba con el aumento de la presión intraabdominal; no cede con cambio de posición ni con analgésicos antiespasmódicos, protrusión a nivel inguinal derecho no reducible, estrangulada, náuseas, vómitos en 3 ocasiones y alza térmica no cuantificada.

Al examen físico FC 80, FR 17, PA 120/70 mmHg, abdomen suave, doloroso en forma difusa, dolor y masa no reductible en región inguinal derecha, signo de Blumberg positivo. Los exámenes de laboratorio realizados muestran 14400 leucocitos, neutrófilos 84.4 %, ecografía abdominal reporta imagen tubular dolorosa, que no se modifica a la compresión, mide 41 x 13 mm, lo que corresponde a apendicitis aguda.

Se admite al paciente con diagnóstico de abdomen agudo CIE 10 R100, con el respectivo llenado de formularios, historia clínica única, consentimiento informado, parte operatorio, profilaxis antibiótica con ceftriaxona 1 g. iv. Se realiza laparotomía exploratoria preperitoneal por abdomen agudo más herniorrafía inguinal derecha encarcelada más apendicetomía, encontrándose como hallazgos líquido purulento 100 cc, peritonitis generalizada, hernia inguinal derecha encarcelada conteniendo apéndice cecal perforada; se realiza lavado de cavidad y región inguinal derecha. En el estudio histopatológico, apéndice subserosa grado III de implan-

tación a alta, perforada con plastrón apendicular. El paciente egresa despierto de quirófano, estable hemodinámicamente, se realiza terapia para el dolor con infusión de tramadol a 10 ml/hora; luego de 4 días de posoperatorio, el paciente es dado de alta.

DISCUSIÓN

La hernia de Amyand, una patología poco frecuente, se encuentra en menos de 1% de las hernias inguinales operadas, la prevalencia varía en las diferentes series entre el 0.19 y 1.7% del total de hernias inguinales intervenidas. La presencia de apendicitis dentro del saco herniario es menor: 0.08 al 0.13 % de total de apendicitis operadas.

La presentación frecuente es de una hernia inguinal no reducible encarcelada o estrangulada, con dolor intenso en fosa iliaca derecha. El diagnóstico de hernia de Amyand se realiza intraoperatoriamente de forma incidental⁽¹⁶⁾, el apéndice cecal se encuentra formando parte del contenido herniario inguinal, sea directo o indirecto, puede encontrarse normal, inflamado o perforado, de lo que dependerá el cuadro clínico, complicaciones y tratamiento médico y quirúrgico. Para el presente caso, se clasifica hernia de Amyand tipo 3, apéndice cecal con apendicitis aguda más sepsis abdominal o apendicitis aguda perforada.

En el 2015, realizó la publicación de 3 casos en adultos mayores.

Caso 1.- Paciente de 85 años que ingresó con cuadro clínico de hernia inguinal derecha irreductible, no fiebre, no náuseas, no vómitos, se indicó cirugía urgente donde se encontró los siguientes hallazgos: hernia inguinal indirecta, hidrocele, apéndice cecal gangrenado y absceso localizado en el interior del saco herniario⁽¹⁷⁾.

Caso 2.- Paciente de 67 años con tumoración inguinal derecha reducible, no evidencia de fiebre o dolor, fue intervenido y se evidenció saco herniario voluminoso con componente escrotal, se abrió en

saco herniario y se evidenció el contenido del apéndice cecal sin signos de inflamación ⁽¹⁸⁾.

Caso 3.- Paciente de 64 años, hernia inguinal derecha reducible fue intervenida quirúrgicamente encontrándose saco herniario indirecto con contenido de apéndice cecal sin signo de inflamación ⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Es recomendable que todos los pacientes con dolor y pro-

trusión inguinal acudan a los controles para la respectiva valoración y programación quirúrgica de su patología, y con mayor razón aquellos pacientes con comorbilidades. El realizar una intervención quirúrgica programada representa reducir complicaciones, estancia hospitalaria y costo económico para el Estado. El personal de salud debe realizar una valoración prequirúrgica de emergencia completa para tener un diagnóstico claro, con el fin de evitar errores al no considerar esta patología por ser poco frecuente.

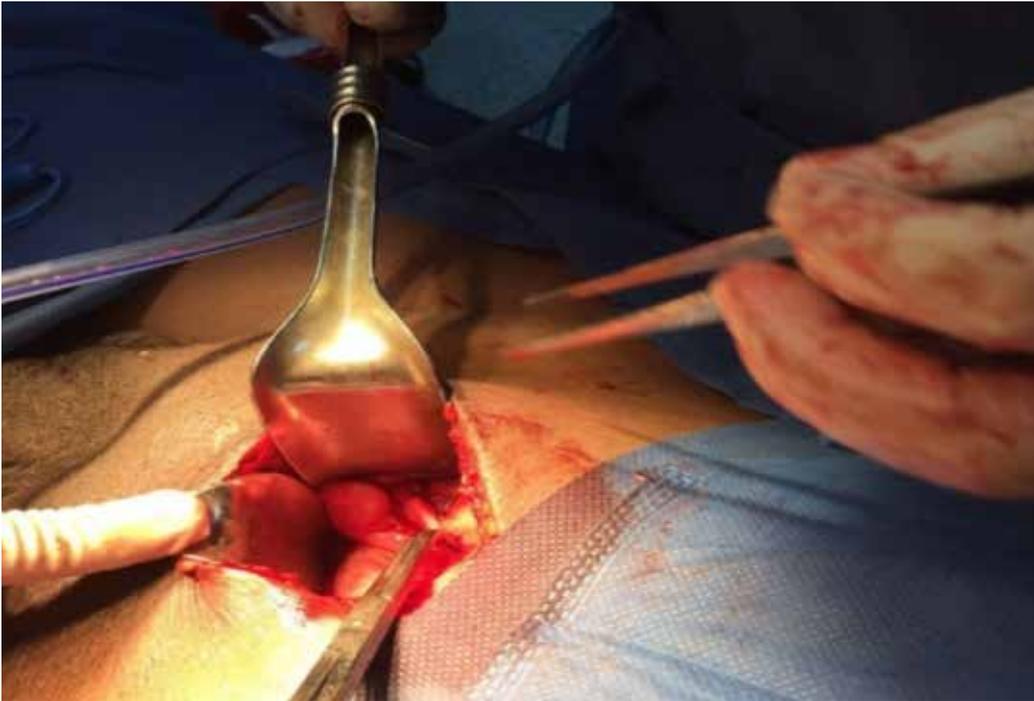


Imagen 1. Hernia inguinal indirecta con contenido y continente



Imagen 2. Hernia inguinal indirecta y apéndice cecal en el trayecto del conducto inguinal

BIBLIOGRAFÍA

1. C. A. De una ruptura inguinal, con un alfiler en el apéndice Coeci, piedra incrustada. Algunas observaciones sobre heridas en las tripas. 1736 Octubre 31; 39(329-342).
2. Kevorkian N Rcaapp. Left inguinal appendix in an HIV patient: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2013 Enero 7; 4(293-5).
3. Michalinos A MDS. Amyand's hernia: a review. Am J Surg. 2014 June; 207(989-995).
4. Kueper MA Kalrgfka. Incarcerated recurrent inguinal hernia with covered and perforated appendicitis and periappendicular abscess: case report and review of the literature. Hernia. 2007 April 11;(189-191).
5. Park J HMMSRRNEAJ. Incarcerated Amyand's hernia in a premature infant associated with circumcision: a case report and literature review. Hernia J. Hernias Abdom. 2010 Diciembre 14;(639-42).
6. Mewa Kinoo S Amrasb. "Amyand's Hernia: A Serendipitous Diagnosis". 2013; 2013: p. 3.
7. Sharma H Gasnsmbmm. Amyand's hernia:a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. Hernia: J. Hernias Abdom. Wall Surg. 2007 Feb 11; 2007;11(31-5).
8. Losanoff JE aBMD. Amyand hernia: what lies beneath--a proposed classification scheme to determine management. Am Surg. 2007 Dec; 73(12)(1288-90).
9. Losanoff JE BM. Amyand hernia: a classification to improve management. Hernia. 2008 Jun; 12(3)(325-6.).
10. Villarreal R,LC,CL,&VE. Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2016; 31(4): p. 283-288.
11. Green J GL. Amyand's hernia: a rare inguinal hernia. J Surg Case Rep. 2013 Sep 11; 2013.
12. Pun A KR. Left sided Amyand's hernia with sliding component. JNMA J Nepal Med Assoc. 2013 Jan-Mar; 52(189)(285-7).
13. Vermillion JAS&SS. *Reducción laparoscópica de la hernia de Amyand*. *Hernia* 3. 199 April;(159-160).
14. KASSIR R,BM. Manejo de la Hernia de Aymand en Laparoscopia. Journal of Current Surgery, América del Norte. 2013 3 de Octubre; 3(92-94).
15. Johari HG PSDSESJM. Left-sided Amyand hernia. Ann Saudi Med. 2009 Jul-Aug;29; 4(321-2).

16. Anagnostopoulou S DDTTAMPAMANNKA. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol.* 2006 Aug; 12(29)(4761-3).
17. Muñoz WLIBMSAOC&MA. *Hernia inguinoescrotal reincidente con megauréter. Presentación de caso.* 2020; 20(3).
18. Andrade R. *Hernia de Amyand, reporte de un caso: Hospital Vicente Corral Moscoso.* 2015; 33(3): p. 75-9.
19. Priego P,LE,MI,SS,G,MAN,&FV. *Apendicitis aguda en una hernia crural incarcerada. Análisis de nuestra experiencia.* 2005; 97(10): p. 707-715.

Como citar el presente artículo:

Bueno S, Lara M, Ruiz M, Vera K. Hernia de Amyand. Reporte de caso. *Indexia.* Abril 2023.