CORREO CIENTÍFICO MÉDICO
DE HOLGUÍN

CCM

ISSN 1560-4381
CCM 2015; 19 (1)

PRESENTACIÓN DE CASO

Reporte de un paciente con Hernia de Amyand

Report of a Patient with Amyand Hernia

Fidel López La O

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Holguín. Cuba.

RESUMEN

La hernia de Amyand es un padecimiento muy raro, que se reconoce ante la presencia de apendicitis aguda dentro de un saco herniano. El diagnóstico preoperatorio es excepcional. El tratamiento recomendado es la apendicectomía y reparación de la hernia en el mismo tiempo operatorio. Se presentó el caso de un paciente de 56 años de edad con antecedentes de hernia inguinal derecha desde hace 10 años que acudió con dolor abdominal relacionado con la presencia de esta, que se encontraba en esos momentos irreductible, el dolor se irradiaba a todo hemiabdomen inferior, con defensa muscular hacia fosa iliaca derecha. Se realizó intervención quirúrgica detectándose en el transoperatorio la presencia de epiplón y apéndice cecal edematoso dentro de saco herniano. Se procedió a la realización de la apendicetomía y reparación de la hernia inguinal en el mismo tiempo quirúrgico, se decidió la colocación de malla de Marlex. La evolución fue satisfactoria.

Palabras clave: hernia de Amyand, apendicitis aguda, hernia encarcelada.

ABSTRACT

Amyand's Hernia is a very rare pathology that is recognized by the presence of inflamed appendix inside an inguinal hernia. The pre-operative diagnosis is exceptional. The recommended treatment

is the appendectomy with herniotomy in the same operative time. A 56 –year- old male patient with history of right inguinal hernia of approximately 10 years of evolution was presented. He was attended because of abdominal pain related to the presence of an inflamed inguinal mass, non-reducible, associated to muscular defense to the right inguinal region. Surgical intervention was performed detecting the presence of epiplon and edematous vermiform appendix within the hernia sac. An Appendectomy and reparation of the inguinal hernia were done in the same surgical time, Marlex mesh was decided to use. The patient´s evolution was satisfactory.

Keywords: Amyand hernia, acute appendicitis, incarcerated hernia.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Amyand recibe su nombre al ser descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1736, como apendicitis aguda incluida en un saco herniado; es una enfermedad muy rara con una incidencia del 0,13 %. Puede deberse a los múltiples traumas que recibe el apéndice ubicado en esta posición.

Abu-Dalu y Urca sugieren que la entrada del apéndice en el saco herniano lo va a exponer a una serie de traumatismos que dan lugar a la formación de adherencias intrasaculares del apéndice. Los sucesivos traumatismos, la contracción de la musculatura abdominal, así como, otras causas de aumento de la presión intrabdominal, reducen o suprimen el riesgo sanguíneo, dando lugar a la inflamación y sobrecrecimiento bacteriano que desemboca en una apendicitis aguda[1,2].

La clínica en ocasiones es muy típica y no ofrece dudas en el diagnóstico, pero otras veces, es muy atípica. El dolor de la apendicitis aguda en un saco herniano encarcerado es de tipo cólico, al contrario que el dolor sordo y constante que aparece cuando el intestino está estrangulado. La fiebre y la leucocitosis no son constantes en la mayor parte de los pacientes, por lo que se requiere de la ayuda de otros métodos de diagnóstico por imagen como la tomografía axial (TAC) abdominal, de ahí que, el diagnóstico preoperatorio sea excepcional[3, 4].

El tratamiento recomendado es la apendicectomía y la reparación de la hernia en el mismo tiempo operatorio. No se debe utilizar prótesis por el riesgo de infección y fístula del muñón apendicular[4,5].

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino, de la raza blanca, de 56 años de edad, obrero agrícola, con antecedente de sufrir de hernia inguinal derecha desde hace más o menos diez años, que fue remitido con el diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada al Cuerpo de Guardia del Centro de Diagnóstico Integral José Martí, del municipio Panamericano del Estado Táchira, atendido por la Misión Médica Cubana en la República Bolivariana de Venezuela.

Al interrogatorio refirió dolor a nivel de la región inguinal derecha desde hacía aproximadamente un día y medio, el dolor se irradiaba hacia todo el hemiabdomen inferior; no podía "introducir el contenido de la hernia" que usualmente se le reducía al acostarse, manifestó además, toma del estado general y anorexia.

Al examen físico se constató aumento de volumen a nivel de región inguinal derecha, ovalado, con enrojecimiento local, muy doloroso a la palpación e irreductible, además presenta taquicardia (frecuencia cardíaca: 106 latidos por minuto) y ruidos hidroaéreos aumentados. El hemiabdomen inferior se encuentra doloroso a la palpación profunda con defensa muscular hacia fosa ilíaca derecha.

Se realizaron exámenes complementarios de urgencia: hemograma completo que evidenció:

Hb: 160 g/L

Leucocitos: 12,3 $x10^9$/L

Polimorfonucleares: 0,85

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: positivo

Rayo x posteroanterior de tórax sin alteraciones y electrocardiograma no patológico.

Se anunció para tratamiento quirúrgico de urgencia con el diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada.

Se realizó la preparación preoperatoria y fue llevado al quirófano donde se efectuó inguinotomía oblicua derecha. Al disecar el saco herniario y abrirlo se hizo visible epiplón (fig.1) y apéndice cecal edematoso, enrojecido, con aumento de la vascularización (fig. 2).

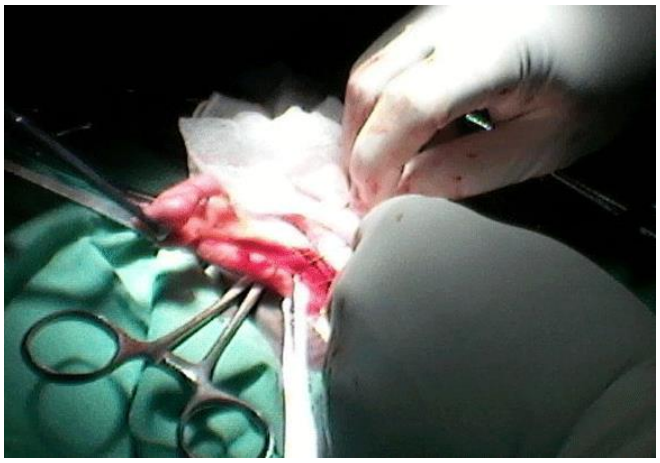

Fig. 1. Saco herniano abierto, ligadura del mesoapéndice

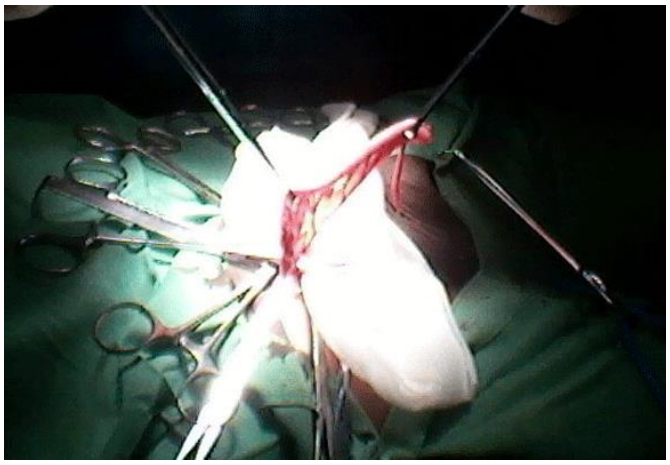

Fig. 2. Apéndice cecal inflamado, una vez abierto el saco herniano y ligado el mesoapéndice

Se procedió a realizar apendicetomía y reparación de la hernia inguinal en el mismo tiempo quirúrgico, con la colocación de malla de Marlex y con la técnica de Liechtenstein que fue fijada con sutura de polipropileno 00, y se cerraron los planos superficiales con sutura absorbible de cromado 00. Se dejó hospitalizado tres días cubierto con antimicrobianos (cefazolina 1 g cada 8 h y metronidazol 500 mg cada 8 h). Egresó y se siguió en consulta durante tres meses, evolucionando satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

La ausencia de signos de oclusión intestinal conjuntamente con antecedentes de hernia inguinal derecha irreducible, con signos de dolor en fosa iliaca derecha y defensa muscular o reacción peritoneal puede hacer sospechar la existencia de una hernia de Amyand, pero en la mayoría de los casos resulta ser un hallazgo transoperatorio[1, 6]. El diagnóstico diferencial de esta enfermedad va dirigido a padecimientos como son: hernia estrangulada, hernia de Richter, hidrocele agudo, linfadenitis general, epididimitis y torsión testicular [7].

La hernia de Amyand es definida y clasificada en cuatro tipos según contenga un apéndice: no inflamado, inflamado, perforado o un tumor apendicular o masa abdominal concomitante, proponiéndose como tratamiento la apendicectomía transherniotomía o laparotómica con hernioplastia o herniorrafia, dependiendo de la presencia de inflamación o sepsis abdominal[6, 8].

La mayoría de los autores coinciden en que hay que hacer una sola incisión para la apendicectomía y la herniorrafia. De acuerdo con algunos autores, si el apéndice es normal no se requiere apendicectomía, mientras que si es agudo es necesario hacerla dentro del saco herniario.

Otros autores consideran que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos de inflamación, se debe realizar apendicetomía reglada en todos los casos, porque no se puede descartar que existan signos microscópicos de inflamación causados por la compresión e isquemia del cuello herniario, además, que no supone mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco[9].

El uso de material protésico es un tema controvertido entre los autores quienes en su mayoría desaprueban este proceder. No obstante Pans AD, Jacquetn reporta 12 casos, con su uso, de los cuales no reporta mortalidad, plantea: ocurren tres sepsis de la herida que en ningún caso obliga a retirar la malla. Señala que cuando se toman medidas para minimizar la infección se puede utilizar el refuerzo protésico en las hernias estranguladas, incluso en presencia de resección intestinal[1, 4,9].

Basándonos en este postulado se aplicó en este paciente antibioticoterapia profiláctica, decidido por el empleo de la malla protésica para evitar recidivas de la hernioplastia teniendo en cuenta la ocupación del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocabado R, Gutiérrez H. Hernia de amyand: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Gac Med Bol.2007 [citado 22 nov 2013]; 30(2) Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v30n2/a14.pdf

2. Armas Álvarez AL, Taboada Santomil JM, Pradillos Serna P, Rivera Chávez LL, Estévez Martínez E, Méndez Gallart R, et al. Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo. Cir Pediatr. 2010 [citado 22 nov 2013]; 23(4). Disponible en: http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2010_23-4_250-252.pdf

3. Montes de Oca Durán E, García Castillo G, Palafox D, Miranda Dévora G, Ornelas Oñate L, Ríos Lara, López R. Hernia de Amyand gigante. Acta Gastroenterol Latinoam. 2013 [citado 22 nov 2013]; 43(3). Disponible en: http://www.actagastro.org/actas/2013/n3/caso_clinico_hernia.pdf

4. Contreras Ruiz Velasco R, García La Rotta JA, González Avilés JM, Rojas Díaz O, Acevedo Estrada RI, Murillo Zolezzi A. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir. 2008 [citado 22 nov 2013]; 13(2) Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=47311448008

5. De la Peña López J, Silgado Kerguelen R, Calderón Morón H. Abdomen agudo por hernia de Amyand. Rev Cienc Biomed. 2011 [citado 22 nov 2013]; 2(1). Disponible en: http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/view/67

6. 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 [citado 22 nov 2013]; 67 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712011000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

7. Laguna Rada R, Águila Gómez MV. Hernia de Amyand: Presentación de caso. Rev Med La Paz. 2011 [citado 22 nov 2013]; 17(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000200006&script=sci_arttext

8. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management.Hernia .2008 [citado 22 nov 2013]; 12(3). Disponible en: http://www.jmedicalcasereports.com/content/5/1/463

9. Martínez Valenzuela N, Alfonso Alfonso L, Sosa Martin JG. Hernia De Garengeot. Rev Cub Med Mil. 2013[citado 22 nov 2013]; 42(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100014

Recibido: 18 de diciembre de2013
Aprobado: 23 de enero de 2015

Dr. *Fidel López La O*. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: flopez@hcqho.hlg.sld.cu