

Presentación de caso

Hernia de Amyand. Presentación de caso

Hernia of Amyand. Case presentation

Dr. Arley Armando Guelmes Domínguez¹, Dr. Raimundo Fuentes Díaz¹, Dr. Leonel Albiza Sotomayor¹, Dra. Sadys Llaca Vicents¹.

1. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: La asociación de hernia inguinal encarcelada y apendicitis aguda es algo inusual; se conoce como *hernia de Amyand* y pocos casos han sido descritos en la literatura. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con *hernia de Amyand* atendido en el Hospital General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 62 años de edad, con antecedentes de tener una hernia inguinal derecha diagnosticada, que comenzó con aumento de volumen en dicha zona y dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de dos días de evolución, acompañado de vómitos y fiebre; fue intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcelada, se le encontró una apendicitis aguda dentro del saco herniario durante el acto quirúrgico. **Conclusiones:** El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones posoperatorias, se egresó a los cinco días después de terminado el tratamiento antibiótico de la sala de cirugía.

DeCS: HERNIA INGUINAL/cirugía; HERNIA ABDOMINAL/cirugía; APENDICITIS/cirugía; HERNIORRAFIA.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernia de Amyand, apendicitis aguda, cirugía, herniorrafia inguinal.

ABSTRACT

Background: The association of inguinal hernia imprisoned and sharp appendicitis is something unusual; it is known as *hernia of Amyand* and few cases have been described in the literature. **Objective:** To present the case of a patient with *hernia of Amyand* assisted in the General Hospital Camilo Cienfuegos from Sancti Spiritus. **Presentation of the case:** 62 years old masculine patient, with antecedents of having a right inguinal hernia diagnosed that began with increase of volume in this area and abdominal pain in right grave iliac of two days of evolution, accompanied by vomits and fever; it was surgically intervened with the diagnosis of right inguinal hernia imprisoned, a sharp appendicitis inside the hernia sack during the surgical act was found. **Conclusions:** The patient evolved favorably and without post operator complications, he was discharged five days after having finished the antibiotic treatment of the surgery room.

MeSH: HERNIA INGUINAL /surgery; HERNIA ABDOMINAL/surgery; APPENDICITIS/surgery; HERNIORRHAPHY.

Keywords: Inguinal hernia, hernia of Amyand, sharp appendicitis, surgery, inguinal herniorrafy.

INTRODUCCIÓN

Encontrar una apendicitis aguda en el interior de una hernia inguinal encarcelada es algo inusual y se conoce en la literatura como *hernia de Amyand*^{1,2}.

La historia de la hernia inguinal se remonta a la antigüedad, a tiempos tan remotos como 4000 años a.c en Mesopotamia, donde se hablaba de herniotomía. El papiro de Ebers, escrito en 1550 a.c la describe como una hinchazón en la superficie del vientre que sale hacia afuera provocada por la tos. En griego la palabra hernios significa retoño y fueron los griegos los primeros en diferenciar la hernia del hidrocele mediante la reducción y la transiluminación. Heliodoro en el año 100 a.c fue el primer cirujano que operó una hernia cuya operación consistió en separar el cordón, torcer el saco y ligar los vasos, dejando la herida abierta para que granulara^{1,2}.

Las hernias son un problema común, se estima que aproximadamente el 5 % de la población mundial presenta una hernia de la pared abdominal y la prevalencia va en aumento. Cerca del 75 % de las hernias ocurren en la región inguinal¹⁻⁴.

La apendicitis aguda puede ocurrir a cualquier edad, aunque se presenta con mayor frecuencia en las personas entre 20 y 30 años, siendo la causa más frecuente de dolor abdominal y cirugía abdominal de urgencia en muchos países, incluido el nuestro^{2,4}.

Garangeot en 1731 fue el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia crural. Claudius Amyand realizó en 1736 la primera apendicectomía en un niño de 11 años con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado, a él se debe la descripción de la enfermedad, pero lo que verdaderamente describió este galeno, fue la apendicectomía que realizó a un niño con una fístula crónica de la región inguinal, causada por un alfiler que le perforó el apéndice vermiforme; a partir de entonces dichas hernias se bautizaron con el nombre de Amyand^{1,3,5}.

La incidencia de esta se estima en el 1 % de las hernias inguinales en los adultos, siendo aún más inusual el descubrimiento de una apendicitis perforada dentro del saco. Las adherencias intrasaculares conducen a la irreductibilidad de la hernia^{3,6}.

En 1973 *Ryan* informó que encontró el apéndice dentro de sacos herniarios indirectos en 11 de 8 962 casos de apendicitis (0,3 %). Como detalle histórico curioso, cabe añadir que la primera apendicectomía exitosa realizada en los Estados Unidos fue realizada por *Hall* en 1886 precisamente en una hernia de Amyand⁶.

En Cuba la primera operación por una hernia inguinal complicada fue realizada en 1882 por Tomás Montes de Oca, en un paciente con una hernia estrangulada obteniendo un resultado satisfactorio; Antonio Miya y Alonso Fernández también realizaron reparaciones herniarias, en 1825 y 1829, respectivamente^{1,2}.

En un Informe Nacional, redactado en 2003 por el doctor *Domingo Torres Hernández* describió la operación de un paciente de 82 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, a quien diagnosticó una hernia inguinal derecha estrangulada la que encontró dentro del saco el apéndice cecal perforado en la punta¹.

En esta ocasión se describió el caso de un paciente con hernia de Amyand, entidad muy rara que representó una situación clínica infrecuente, con dificultades para su diagnóstico.

Para la presentación de este caso se obtuvo el consentimiento del paciente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 62 años, con antecedentes de presentar una hernia inguinal derecha diagnosticada cuatro años atrás, el cual fue remitido al servicio de cirugía del Hospital General Camilo Cienfuegos desde su área de salud refiriendo un aumento de volumen doloroso en dicha región y dolor abdominal en fosa ilíaca derecha que se irradiaba al testículo de ese lado de dos días de evolución, acompañado de vómitos y fiebre.

Al examen físico se encontró una masa dolorosa e irreducible en región inguinal derecha, dolor a la palpación profunda en todo el abdomen inferior con reacción peritoneal en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Los ruidos hidroaéreos fueron disminuyendo, el pulso 105 por minuto y la tensión arterial 130/80. Los exámenes complementarios aportaron una leucocitosis a predominio de segmentados y en el Rx de abdomen simple de pie se observaron dos niveles hidroaéreos a nivel de la fosa ilíaca derecha.

Fue intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcelada, se aplicó anestesia espinal. El canal inguinal fue abordado mediante la incisión oblicua de Marrow, se procedió a la disección y apertura del saco herniario indirecto, se encontró el apéndice cecal engrosado e inflamado con bandas de fibrina adheridas. Se realizó herniorrafia inguinal y apendicetomía según la técnica habitual, aspiración local, ligadura alta del saco y reparación de la pared posterior con puntos separados de nylon o del tendón conjunto a la cintilla iliopubiana, se cerró la herida quirúrgica por planos hasta la piel. (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Apéndice cecal inflamado en el saco herniario.



Figura 2. Extracción del apéndice inflamado.

El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones posoperatorias, fue egresado a los cinco días después de terminado el tratamiento antibiótico.

La biopsia realizada a la pieza extraída informó que se correspondía con apendicitis aguda supurada necrotizante con periapendicitis.

DISCUSIÓN

La asociación de hernia inguinal encarcelada y apendicitis aguda es rara, más frecuente en las edades extremas de la vida^{1,2}.

Weber y colaboradores en su estudio muestran el hallazgo de 60 casos de hernias de Amyand, ocurridas en adultos desde 1959 hasta 1999 de los cuales en solo un caso se realizó el diagnóstico preoperatorio correcto, cuya totalidad de los pacientes pertenecieron al sexo masculino¹.

Varios autores cuestionan por qué el apéndice cecal dentro de un saco herniario puede desarrollar apendicitis y añaden que éste es un hallazgo ocasional o que existe seguramente una relación entre la encarcelación y la inflamación del apéndice^{3,7}.

Se sugiere que la presencia del apéndice en el saco herniario lo expone a traumatismos que darían lugar a la presencia de adherencias y que los sucesivos traumatismos y la contracción de los músculos de la pared abdominal junto a aumentos de la presión intraabdominal de otro origen, reducen el riego sanguíneo o lo suprimen totalmente, originando la inflamación del órgano. La causa congénita también ha sido invocada en los pacientes pediátricos ^{3,7,8}.

En la anamnesis y el examen físico del paciente, usualmente encontramos los pródromos típicos de la apendicitis con dolor epigástrico, localizado en la fosa ilíaca derecha y saco herniario encarcelado. De igual modo muchos autores enfatizan que el dolor de la apendicitis encarcelada tiende a ser de tipo cólico, que se exacerba en episodios y que contrasta con el dolor sordo y constante propio del intestino estrangulado; se ha señalado también que la fiebre y la leucocitosis no son constantes. Por lo general este cuadro deriva en el diagnóstico de hernia inguinal encarcelada o estrangulada y peritonitis local ^{3,5,8}.

Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de la existencia de esta patología y sospechar su presencia en caso de una hernia inguinal derecha encarcelada, que presenta signos de peritonitis local sin signos radiológicos ni clínicos de obstrucción intestinal ^{1,3,7}.

El diagnóstico diferencial puede incluir la hernia de Richter, hernia de Littré, omentocele estrangulado, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal y orquiepididimitis ^{2,4}.

El tratamiento de esta entidad es la apendicectomía y herniorrafia inguinal de urgencia, utilizando preferentemente una sola incisión para realizar ambos procedimientos, ya que es posible la extracción del apéndice cecal a través del saco herniario abierto. Ante la dificultad de abordar el ciego por la alta ubicación de éste, se ha utilizado un método intraperitoneal a través de una incisión similar a la de La Roque, siempre a partir de la herniotomía original ^{3,6,9}.

El tratamiento adecuado de la sepsis intraabdominal en estos casos requiere medidas estrictas de aislamiento del campo quirúrgico para proteger así la cavidad abdominal. No se debe intentar realizar la maniobra de taxis ^{6,9}.

Muchos autores coinciden al no recomendar el uso de malla protésica en los defectos contaminados de la pared abdominal, para prevenir la posibilidad de aparición de sepsis de la herida quirúrgica e infección crónica de la malla que obligue a su ulterior extracción, además del riesgo de fístula del muñón apendicular ^{1,5}.

Con el desarrollo de la cirugía moderna de la hernia se ha disminuido la mortalidad y las complicaciones, la infección de la herida continúa siendo la más frecuente de todas, a pesar de que no ocurrió en nuestro caso, otra complicación importante es el absceso escrotal ^{6,8}.

Se sugiere la rápida exploración del paciente con hernia encarcelada y signos de inflamación escrotal, además se deben extremar las medidas de protección del canal inguinal en la apendicectomía herniaria, para evitar los efectos desastrosos de una infección testicular ^{6,8,9}.

CONCLUSIONES

El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones posoperatorias, fue egresado a los cinco días después de terminado el tratamiento antibiótico.

El caso presentado se puede catalogar como una curiosidad en la práctica médica ya que la hernia de Amyand es una entidad rara, constituye este el primer caso atendido en el servicio de cirugía del Hospital General Camilo Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham JF. Cirugía de las hernias de la pared abdominal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Alejandro García Gutiérrez, Cirugía. La Habana: Ciencias Médicas;2006.
3. López Rodríguez P, Hernández Torres L, López Delgado FR. Hernia de Amyand. Presentación de dos casos. Rev Cubana Cir [Internet]. 2005 Ene-mar [citado: Dec 2014];44(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000100010
4. Sabiston DC. Textbook of Surgery, 18th ed. Philadelphia : W.B Saunders Company;2007.
5. Ueda J1, Nomura T, Sasaki J, Shigehara K, Yamahatsu K, Tani A, et al. Prosthetic repair of an incarcerated groin hernia with small intestinal resection. Surg Today [Internet]. 2012 Apr [cited Dec 2014];42(4):359-62. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00595-011-0019-2>
6. Li JF, Lai DD, Zhang XD, Zhang AM, Sun KX, Luo HG, Yu Z. Meta-analysis of the effectiveness of prophylactic antibiotics in the prevention of postoperative complications after tension-free hernioplasty. Can J Surg. [Internet]. 2012 Feb [cited Dec 2014];55(1):27-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3270081/>
7. Zagirov UZ, Salikhov MA, Isaev UM. The new approach to ventral hernia repair: anatomic an functional basis. Khirurgiia [Internet]. 2008 [cited Dec 2014];7:41-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+new+approach+to+ventral+hernia+repair+%3A+anatomic+an+functional+basis.+Khirurgiia+2008>
8. Coetzee E, Price C, Boutall A. Simple repair of a giant inguinoscrotal hernia. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2011 [cited Dec 2014] ;2(3):32-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3199728/>
9. Woods BB, Neumayer L. Open Repair of Inguinal Hernia: An Evidence-Based Review. Surg Clin North Am [Interent]. 2008 [cited Dec 2014];88(1):139-55. Available from: <http://www.surgical.theclinics.com/article/S0039-6109%2807%2900174-0/pdf>

Recibido: 2015-02-22

Aprobado: 2015-08-10