PRESENTACIÓN DE CASO

Hernia de Amyand en el lactante

Amyand's hernia in a nursing child

Dr. Víctor Cabo Rodríguez, Dr. Ruperto Llanes Céspedes, Dr. Luis Alexis Graverán Sánchez

Hospital Pediátrico Universitario “William Soler”. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La presencia de un saco herniario inguinal ocupado por un apéndice cecal inflamado es conocida en la literatura como hernia de Amyand. La descripción data del 1735 por *Claudius Amyand*, quien realiza la primera apendicetomía satisfactoria en un niño de 11 años. Su incidencia en la edad pediátrica es rara, y usualmente es diagnosticada en el curso de la evaluación de una hernia inguinal complicada. Se presenta un paciente de 7 meses de vida que recibió atención médica en nuestra institución, y se realizó, además, una revisión de la literatura en relación con esta entidad.

Palabras clave: hernia de Amyand, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

The presence of an inguinal hernial sac occupied by an inflamed cecal appendix is known in scientific literature as Amyand's hernia. The description dates back to 1735 when Claudius Amyand performed the first satisfactory appendicectomy in a 11 years-old boy. The incidence of this disease is rare at pediatric ages and is usually diagnosed in the course of evaluation of a complicated inguinal hernia. This is a 7 months-old patient who was attended to and treated in our institution and additionally, a literature review on this entity was made.

Keywords: Amyand's hernia, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la incidencia no despreciable de la hernia inguinal encarcerada en la edad pediátrica, el hallazgo de un apéndice cecal inflamado en el interior de un saco herniario constituye un evento raro. La primera descripción de la presencia de este órgano dentro de un saco herniario data de 1731, cuando *René Jacques de Garangeot*[1] describe la presencia de un apéndice cecal no inflamado en un saco de una hernia femoral. Sin embargo, la descripción de la enfermedad se le atribuye a *Claudius Amyand*, quien, en 1735, publica el tratamiento satisfactorio de un niño de 11 años de edad en el hospital St. George, en Londres, con una hernia inguinal encarcerada, cuyo contenido era un apéndice cecal perforado.[2-5]

En la actualidad, una parte importante de las publicaciones relacionadas incluyen en la conceptualización de la entidad, la presencia del apéndice cecal dentro del citado saco herniario, independientemente de su estado,[6] incluso para algunos, el diagnóstico es coincidente con la presencia del órgano dentro de un saco inguinal o crural.[7]

Como un detalle histórico curioso, la descripción de la operación de *Claudius Amyand* es realizada 144 años antes de la que es reconocida como la primera apendicetomía en la historia, por *Lawson Tate,* y 150 años antes de la que realiza *Hall* (1886) en los Estados Unidos, considerada la primera realizada con éxito en ese país, la cual era precisamente en el curso de una hernia inguinal derecha complicada.[8] En nuestro país, aunque existen reportes de casos, ninguno se encuentra dentro de la edad pediátrica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 7 meses de edad, con antecedentes de salud, que acude con aumento de volumen en la región inguinal derecha de 2 horas de evolución. Además, presentó vómitos e irritabilidad.

Examen físico: aumento de volumen en la región inguinal derecha, de consistencia dura, no reductible, con signos inflamatorios locales y dolorosos a la palpación. El paciente se anuncia para tratamiento quirúrgico con diagnóstico presuntivo de hernia inguinal derecha complicada.

Informe operatorio: paciente bajo los efectos de anestesia general. Se realiza incisión oblicua de Marrow en el canal inguinal derecho. Se profundiza por planos hasta identificarse saco herniario ocupado, que protruye por el anillo inguinal profundo. Luego de la apertura del saco, se obtiene líquido peritoneal seropurulento, y se identifica apéndice cecal en estado flemonoso. Se realizó apendicectomía y ligadura alta del saco herniario (Figs. 1 y 2). Se termina el tratamiento quirúrgico según procedimiento habitual. Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro. El paciente cumple ingreso por 10 días con evolución satisfactoria.

Fig. 1. Apéndice cecal exteriorizado a través del saco herniario con exudado fibrino purulento.

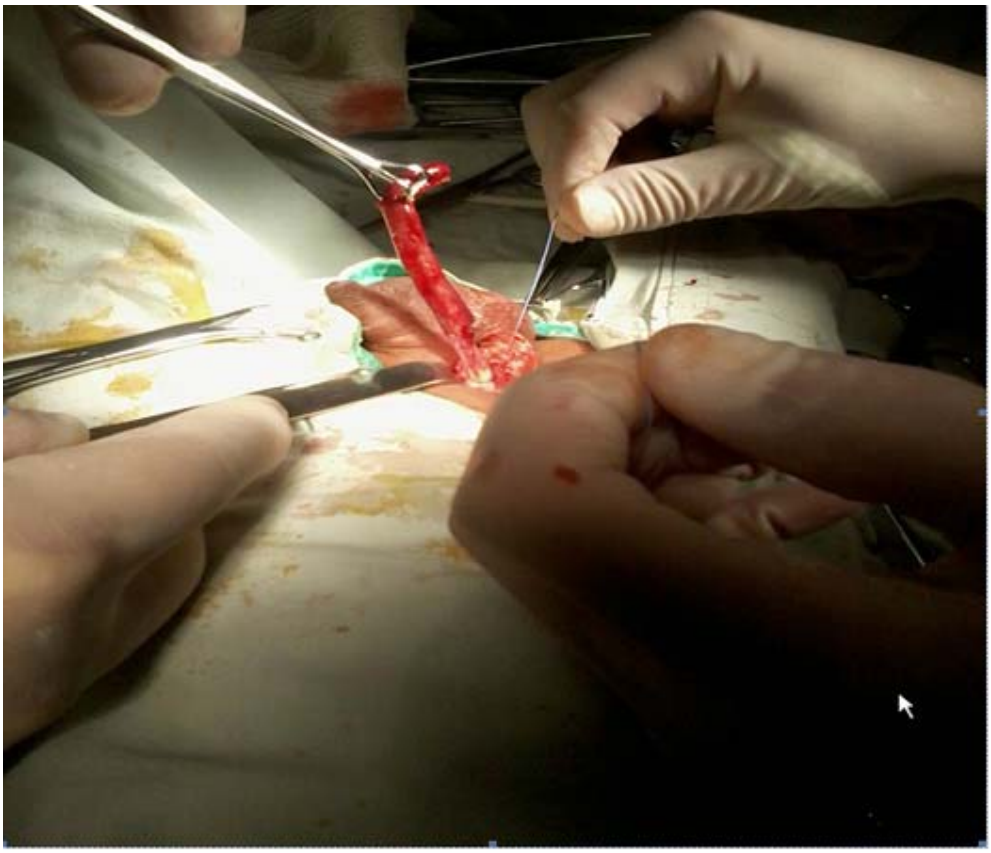

Fig. 2. Apendicectomía (ligadura de la base apendicular).

DISCUSIÓN

La hernia inguinal constituye uno de las enfermedades más comunes en la edad pediátrica. La estrangulación de un órgano en el interior del saco herniario constituye, sin dudas, su principal complicación.

De forma habitual el contenido del saco está dado por la presencia de asas intestinales delgadas, una porción de la vejiga y el ovario en el caso del sexo femenino, entre otros órganos que pudieran ser identificados. La presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario es un evento raro, según lo reportado en la literatura. Su incidencia real no es conocida; esta variedad de hernia constituye el 1 % dentro de los casos apendicitis agudas,[3,5,9-11] y hasta el 1 % dentro de las hernias inguinales.[8,12-14] Su rareza influye en que en un número importante de los casos este cuadro sea confundido con una hernia complicada en el periodo preoperatorio.[2,15]

El mecanismo de desarrollo de la enfermedad no es totalmente conocido. Algunos autores plantean que el inicio del proceso está dado por la protrusión del apéndice cecal dentro del saco herniario inguinal. La compresión del órgano a nivel del anillo inguinal profundo, determinará la aparición de fenómenos inflamatorios y vasculares semejantes a una apendicitis aguda intraabdominal, que terminará en la necrosis y perforación del órgano.[16] En tanto, para otros, el proceso pudiera desencadenarse por las mismas causas que producen la obstrucción de la luz del órgano en su posición

habitual.[17] Finalmente, como un fenómeno raro, se describe en un reporte médico la posible causa congénita de la entidad nosológica en cuestión.[18]

Los síntomas del paciente usualmente están dados por la presencia de un aumento de volumen en la región inguinal o inguino escrotal, que simula un cuadro de hernia inguinal encarcerada,[10] acompañado de vómitos e irritabilidad. No es común, cualquiera que sea la edad del paciente, que se pueda lograr el diagnóstico fidedigno de la afectación apendicular en el periodo preoperatorio, dado lo inespecífico de los síntomas. A ello se suma la variabilidad del cuadro clínico y la baja incidencia de la apendicitis aguda en niños con edades inferiores al año de vida.

Esta enfermedad, aunque se presenta normalmente con afectación del canal inguinal derecho, ha sido reportada en casos que afectan el lado izquierdo, asociado a la presencia de *situs inversus*, alteraciones de la fijación y la rotación intestinal y con el ciego móvil.[10,19]

El diagnóstico positivo del cuadro agudo es eminentemente clínico, y en un por ciento alto solo se llega al diagnóstico presuntivo preoperatorio de la hernia inguinal encarcerada, pero casi nunca a la identificación de la afectación apendicular.[15]

El posible beneficio de la utilización de la tomografía axial computarizada (TAC) y el ultrasonido (US) en el diagnóstico preoperatorio ha sido descrito con mayor fuerza en los últimos años;[10] sin embargo, la confirmación diagnóstica sigue siendo difícil.[20-24]

El tratamiento de la enfermedad es por consenso quirúrgico. Las diferencias de criterios aparecen en el momento de seleccionar la técnica quirúrgica a realizar. Un grupo de cirujanos opta por la reparación primaria de la hernia encarcerada, y la realización de una apendicectomía a través del anillo inguinal profundo, corriendo el riesgo de infección del sitio quirúrgico y reproducción de la hernia. Otro grupo de galenos prefieren realizar la reparación del defecto herniario, y la apendicetomía por incisiones quirúrgicas diferentes. Un tercer grupo utiliza un acercamiento preperitoneal,[25,26] o una ampliación de la inguinotomía como única incisión; y un último grupo, luego de la confirmación de estadios no avanzados de inflamación del apéndice cecal, reintroducen el órgano a la cavidad abdominal y realizan la corrección inguinal en un sitio quirúrgico supuestamente menos contaminado, corriendo el riesgo del desarrollo de una apendicitis aguda ulterior. A nuestro juicio, esta última opción de tratamiento quirúrgico asume un riesgo de complicaciones elevado, dependientes de la afectación apendicular, por lo que se prefiere asumir el reto de la reintervención, luego de la reproducción herniaria.

El contradictorio uso de materiales protésicos, no suele ser un problema en la edad pediátrica, ya que en casi la totalidad de los casos el origen del defecto herniario es una persistencia del conducto peritoneo vaginal.

En el caso de la hernia de Garangeot, o en las restantes con un apéndice cecal normal dentro del saco herniario, el dilema quirúrgico es quizás mayor, pues la normalidad del órgano pudiera no justificar la conversión de una cirugía mayor limpia ambulatoria, como es el caso de la herniorrafia inguinal, en un procedimiento contaminado tras la realización de la exéresis del llamado órgano vestigial.[27]

El advenimiento de la cirugía mínimamente invasiva como herramienta de trabajo en el paciente pediátrico, brinda la posibilidad de lograr un diagnóstico positivo de la nosología, pero tiene un valor limitado en la resolución definitiva, a menos que se logre el diagnóstico preoperatorio de la enfermedad. Se puede realizar una

laparoscopia diagnóstica y terapéutica[28,29] durante la cual se practique la exéresis apendicular, y se decida la realización de herniorrafia primaria por la vía mejor documentada por el cirujano, o se difiera el proceder para cuando existan mejores condiciones del sitio quirúrgico.[30]

Dada la baja incidencia de la enfermedad, existe un pobre índice de sospecha clínica preoperatoria por parte del cirujano, quien, pensando en el cuadro herniario, opta por un acercamiento convencional de la región inguinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external hernias. Ann R Coll Surg Engl. 1982;64:121-2.

2. Creese PG. The first appendectomy. Surg Gynecol Obstet. 1953;97:643-52.

3. Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med. 1993 Feb;86(2):104-5.

4. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg. 2001;67:628-9.

5. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's hernia. Am J Gastroenterol. 2002;97(10):2684-5.

6. Yazici M, Etensel B, Gursoy H. Infantile Amyand's hernia. Pediatr Int. 2003;45(5):595-6.

7. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S, Gil Olarte MA, Alonso N. Apendicitis aguda en una hernia crural incarcerada: análisis de nuestra experiencia. Rev Esp Enferm Dig. 2005;97(10):707-15.

8. Torres HD, Rosello FJR, del Campo AR, Canals RP, Enriquez WES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig [serie en Internet]. Sep 22 © Cirugest [citado 15 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.cirugest.com/htm/revista/2003-09-22/2003-09-22.htm

9. Gupta S, Sharma R, Kauushik R. Left sided Amyand's hernia. Singapore Med J. 2005;46(8):424-5.

10. Sharma H, Gupta A, Sheekhawat NS. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 16 year period. Hernia. 2007;11(1):31-5.

11. Saggar VR, Singh K, Sarangi R. Endoscopic total extraperitoneal management of Amyand's hernia. Hernia. 2004;8(2):164-5.

12. Inan I, Myers PO, Hagen ME. Amyand's hernia: 10 years' experience. Surg J R Coll Surg Edinb Irel. 2009;7:198-202.

13. Cankorkmaz L, Ozer H, Guney C. Amyand's hernia in the children: a single center experience. Surgery. 2010;147:140-3.

14. Okur MH, Karacay S, Uygun I. Amyand's hernias in childhood (a report on 21 patients): a single-centre experience. Pediatr Surg Int. 2013;29:571-4.

15. Powell JL. Anecdotes in appendicitis Charles Mc Burney MD (1845-1913). J Pelvic Surg. 2001;7:39-41.

16. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin North Am. 2003;83:1235-53.

17. González PV, Contreras R, Sánchez G, Flores LM, Kunz W, Menéndez AL, et al. Hernia de Amyand. Cirujano General. 2005;27(4):328-9.

18. Oguzkurt P, Kayaselcuk F, Serdar AL, Oguskurt L. Sliding appendiceal inguinal hernia with a congenital fibrovascular band connecting the appendix vermiformis to the right testis. Hernia. 2001;5(3):156-7.

19. Bing Li, Jia-yang Z, Ye-bo W, Wei-bing C, Shou-qing W, Li-gong J, et al. Laparoscope-assisted diagnosis and treatment for Amyand's hernia in children-report of six cases. Pediatr Surg Int. 2013;29:525-8.

20. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. J Comput Assist Tomogr. 2000;24(6):884-6.

21. Coulier B, Pacary J, Broze B. Sonographic diagnosis of appendicitis within a right inguinal hernia (Amyand's hernia). J Clin Ultrasound. 2006;34(9):454-7.

22. Ash L, Hatem S, Ramirez GA. Amyand's hernia: a case report of prospective CT diagnosis in the emergency department. Emerg Radiol. 2005;11(4):231-2.

23. Ranganathan G, Kouchupapy R, Dias S. An approach to the management of Amyand's hernia and presentation of an interesting case report. Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2011;15:79-82.

24. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A. Amyand's hernia: case report and review of the literature. Hernia. 2003;7(2):89-91.

25. Nicola MM, Mora G, Stock R. Hernia de Amyand. Reporte de un caso. Rev Chilena de Cirugía. 2007;59(2):142-4.

26. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. Can J Surg. 2004;47:68-9.

27. Tycast JF, Kumpf AL, Schwartz TL, Coln CE. Amyand's hernia: a case report describing laparoscopic repair in a pediatric patient. Journal of Pediatric Surgery. 2008;43:2112-4.

28. Armas Álvarez AL, Taboada Santomil P, Pradillos Serna JM, Rivera Chávez LL, Estévez Martínez E, Méndez Gallart R. Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo. Cir Pediatr. 2010;23:250-2.

29. 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.

30. Adamantios M, Demetrios M, Spiridon V. Amyand's hernia: a review. The American Journal of Surgery. 2014;207(6):989-95.

Recibido: 1ro. de octubre de 2014.
Aprobado: 22 de octubre de 2014.

Víctor Cabo Rodríguez. Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". San Francisco No. 10 112, Reparto Altahabana, municipio Boyeros. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: victor.cabo@infomed.sld.cu