



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 12 No. 2 Abr.-Jun. 2011

Hernia de Amyand en la era de la cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión de la literatura

David Valadéz-Caballero,* Jorge Arturo Enríquez Garibay,* Federico Ramírez Madera,* Jorge González Acosta,* Jorge Obregón Méndez,* Martín Vega de Jesús,* César Decanini Terán*

Resumen

La hernia de Amyand se describe como aquella que contiene el apéndice cecal inflamado a través de un defecto herniario inguinal. Es una enfermedad rara y el diagnóstico generalmente se realiza durante el transoperatorio, ya que en la mayoría de los casos se confunde con una hernia inguinal encarcelada. Presentamos el caso de un paciente con hernia de Amyand con reparación de la hernia y colocación de malla protésica mediante cirugía de invasión mínima.

Palabras clave: Hernia, Amyand, cirugía, laparoscópica.

Abstract

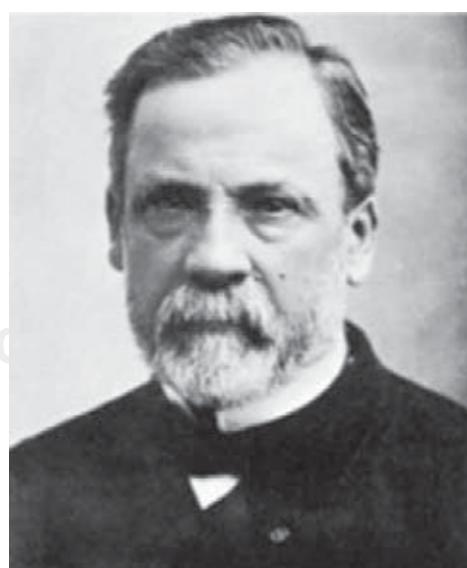
Amyand's hernia is described as that containing the appendix inflamed through an inguinal hernia defect. It is a rare disease and diagnosis is usually made during the perioperative because in most cases are mistaken for incarcerated inguinal hernia. We report a patient with Amyand's hernia with hernia repair and placement of prosthetic mesh by minimally invasive surgery.

Key words: *Hernia, Amyand, surgery, laparoscopic.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la apendicitis aguda continúa siendo la primera causa de síndrome peritoneal y la patología más frecuente que produce abdomen agudo.¹ En 1731 *Garangeot* fue el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta.² La incidencia de ésta se estima en el 1% de las hernias inguinales en los adultos. El descubrimiento de una apendicitis perforada es aún más inusual. En 1973 *Ryan* informó que encontró el apéndice dentro de sacos herniarios indirectos en 11 de 8,962 casos de apendicitis (0.3%).³ *Claudius Amyand* realizó en 1735 la primera apendicitomía 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 y se le acredita por la primera apendicitomía exitosa. En su honor a la hernia

inguinal que contiene el apéndice vermiciforme se le da su nombre. Claudio Amyand (1680-1740), cirujano francés refugiado en Inglaterra, era cirujano sargento del rey Jorge II y el cirujano principal de los hospitales St. George y Westminster en Londres (*Figura 1*).⁴



* Departamento de Cirugía General Centro Médico ABC.

Correspondencia:

David Valadéz-Caballero
Cuernavaca Núm. 124,
Col. Condesa,
Deleg. Cuauhtémoc, 06140, México, DF. Tel. 46113902
E-mail: david_valadez@hotmail.com

Figura 1. Claudio Amyand (1680-1740).

El siguiente caso ilustra cómo la historia se repite en esta era de la cirugía mínimamente invasiva.

REPORTE DE CASO

Paciente del sexo femenino de 56 años de edad, dos días antes del ingreso presenta dolor en la zona inguinal derecha, permanente y creciente, acompañado por anorexia y náuseas, pero sin ninguna queja de vómitos, diarrea o disuria. Al ingreso, la paciente presenta fiebre (38°C) y una masa dolorosa no reducible en la región inguinal derecha con signos de celulitis en esta zona, así como una marcada sensibilidad a la palpación del abdomen inferior derecho. Leucocitosis de 12,000. La placa simple de abdomen, sin evidencia de patología.

Ultrasonido de la región inguinal reporta a nivel del triángulo de Hasselbach imagen sacular de contenido graso que no se reduce a la maniobra de Valsalva (Figura 2).

La paciente es ingresada a quirófano con diagnóstico de hernia inguinal incarcerada y sometida a laparoscopia diagnóstica bajo anestesia general, encontrándose el apéndice cecal y epiplón contenidos en el defecto inguinal indirecto derecho (Figura 3).

Mediante tracción se logra extracción del contenido, identificándose apéndice perforado en su punta así como la salida de abundante material purulento y tejido necrótico (Figura 4). Se realiza disección del colgajo peritoneal con posterior irrigación, aspiración y lavado de cavidad abdominal y el defecto herniario (Figura 5).

El colgajo peritoneal es reconstruido mediante sutura intracorpórea (Figura 6). Se realiza apendicectomía de

forma convencional con disección mediante bisturí armónico y sección de apéndice con engrapadora laparoscópica. Se coloca drenaje cerrado. Se administraron antibióticos por vía intravenosa hasta cumplir esquema (ceftriaxona/metronidazol); la paciente cursa con postoperatorio sin eventualidades y es egresada a su domicilio. Seis semanas después, se realiza un abordaje laparoscó-



Apéndice cecal herniado a través de orificio inguinal derecho.

Figura 3. Hernia de Amyand.

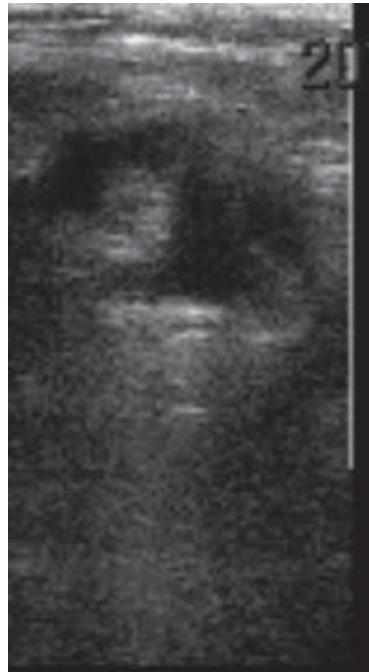


Imagen sacular de contenido graso a nivel de triángulo de Hasselbach.

Figura 2. Ultrasonido región inguinal derecha.

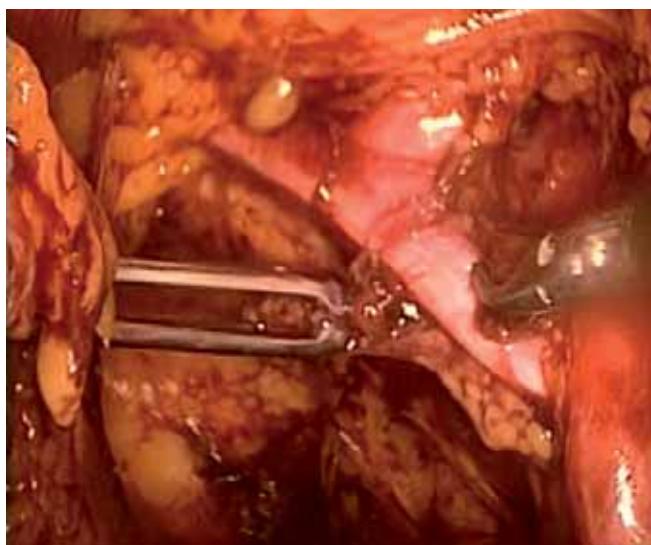


Apendicitis aguda necrótica y salida de material purulento a través de orificio herniario inguinal derecho.

Figura 4. Apendicitis aguda.

pico transabdominal preperitoneal para la reparación de la hernia inguinal.

Se abre el peritoneo parietal a nivel del arco aponeurótico del transverso desde la espina ilíaca antero-superior hasta el ligamento umbilical medial por encima del orificio inguinal interno y se desarrollan dos colgajos peritoneales craneal y caudalmente. El objetivo fundamental de la intervención fue cubrir con una malla todas las zonas potenciales de herniación, esto es, el orificio miopectíneo (orificio de Fruchaud) cuyos límites son, por arriba, los músculos oblicuo menor y transverso del abdomen; lateralmente el músculo iliopsoas y medialmente el músculo recto del abdomen



Región inguinal derecha posterior a lavado de área afectada.

Figura 5. Disección colgajo peritoneal.



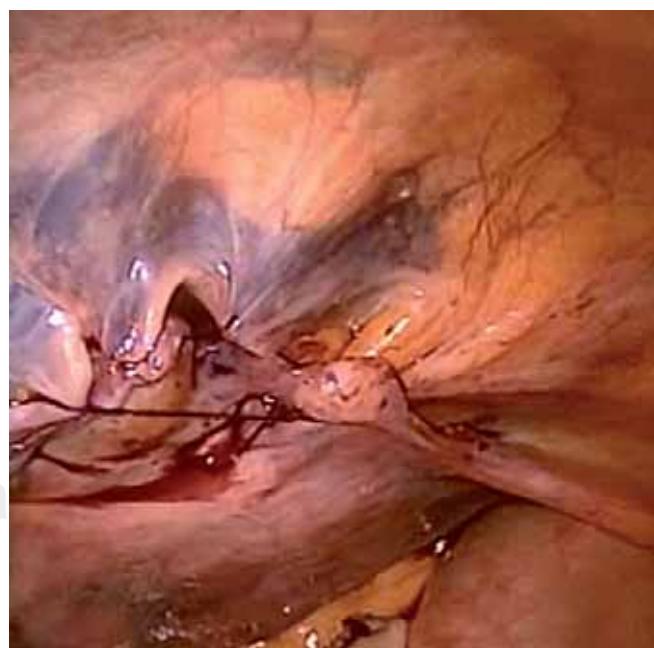
Malla ultraligera parcialmente absorbible (poliglicaprona 25/polipropileno). (Ultrapro mesh Ethicon®).

Figura 6. Material protésico.

y el ligamento pectíneo y el hueso púbico por abajo, colocando una malla ultraligera parcialmente absorbible (ultrapro mesh®) de 15 x 10 cm. La fijación se realiza con un dispositivo de 5 mm de agrafes espirales (ProTack®) al tubérculo púbico, ligamento de Cooper arco aponeurótico del transverso y músculo recto (*Figura 7*). El peritoneo se reconstituye mediante sutura intracorpórea. La paciente no presenta incidentes en el postoperatorio y es egresada 24 horas más tarde.

DISCUSIÓN

La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal es una entidad rara y el diagnóstico preoperatorio es aún más difícil. Se reporta que esta asociación es frecuente en las edades extremas de la vida.⁵ La entrevista y el examen físico por lo general resultan en un diagnóstico de hernia inguinal encarcelada o estrangulada y peritonitis local. La presencia de fiebre y leucocitosis no es frecuente en las etapas tempranas de la enfermedad. Para hacer un diagnóstico preoperatorio se debe estar consciente de la existencia de esta condición y sospechar en el caso de una hernia inguinal derecha encarcelada, que muestra signos de peritonitis locales sin signos radiológicos o clínicos de obstrucción intestinal. El tratamiento es la apendicetomía y la reparación de la hernia inguinal. Bajo ninguna circunstancia se debe intentar una maniobra de reducción. La mayoría de los autores recomienda el uso de una sola incisión para



Observamos cierre peritoneal mediante monofilamento no absorbible (Novafil®).

Figura 7. Reconstrucción peritoneal.

la apendicectomía y la reparación de la hernia, e indican que es posible realizar la apendicectomía a través de saco herniario abierto.⁶ Sin embargo, debido a la dificultad de acceso al ciego el abordaje intraperitoneal se utiliza en la mayoría de los casos. En la actualidad, la cirugía mínimamente invasiva permite realizar ambos procedimientos con un solo abordaje. Muchos autores coinciden en no usar malla protésica en defectos contaminados de la pared abdominal para evitar la posibilidad de infección de la herida y la infección crónica de la malla que requiere la extracción

posterior.⁷ En nuestro caso, se realizó un procedimiento para reducir la hernia, limpiar la cavidad abdominal y la zona inguinal, y un segundo procedimiento para la reconstrucción de la región inguinal y la colocación de material protésico.

CONCLUSIÓN

El manejo de elección de la hernia de Amyand es difícil de definir debido a que los ensayos clínicos controlados son difíciles de establecer en esta rara patología.

REFERENCIAS

1. Vargas DA, López RS, Ramírez TD, Rodríguez BA, Fernández HE. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. *Cir Gen* 2001; 23: 154-15.
2. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 121-122.
3. Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg* 1937; 106: 135-139.
4. Creese PG. The first appendectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 97: 643-652.
5. Ortega-León LH, Ramírez TD, Diéguez J et al. Hernia de Amyand: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2011; 74: 98-100.
6. Ofili OP. Simultaneous appendectomy and inguinal herniorrhaphy could be beneficial. *Ethiop Med J* 1991; 29: 37-38.
7. Falagas ME, Kasiakou SK. Mesh-related infection after hernia repair. *Clin Microbiol Infect* 2005; 11: 3-8.