

Medicent Electrón. 2016 abr.-jun.;20(2)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
«ARNALDO MILIÁN CASTRO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Hernia de Amyand con divertículo apendicular: presentación de un paciente

Amyand's hernia with appendicular diverticulum: a case report

Dr. Joel Ramos Rodríguez¹, MSc. Dr. Javier Cruz Rodríguez², Dra. Marcia O´farril Hernández³

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: joelrr@hamc.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: javiercr@hamc.vcl.sld.cu
3. Especialista en Medicina General Integral. Residente de Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: divertículo/cirugía, hernia inguinal/cirugía.

DeCS: diverticulum/surgery, hernia, inguinal/surgery.

Una hernia abdominal externa consiste en la salida anormal de uno o más órganos (o de una parte de ellos), a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdomino-pélvica.¹ Las hernias pueden aparecer en cualquier localización del cuerpo, pero son más frecuentes en el área abdominal. Algunas veces se presentan tipos de hernias poco comunes que ofrecen dificultad diagnóstica, como la hernia de Amyand.

En 1731, Rene Jacques Croissant de Garangeot, cirujano francés, fue el primero en hallar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta.²⁻⁵ Fue un cirujano inglés, Claudius Amyand, quien realizó, en 1735, la primera apendicectomía exitosa en un paciente de 11 años de edad con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado; a él corresponde la descripción de la enfermedad.²⁻⁷ Se ha definido esta hernia como la presencia de un apéndice cecal perforado en un saco inguinal, aunque en la actualidad lo utilizan para calificar un apéndice inflamado, perforado o simplemente no inflamado, dentro de una hernia inguinal irreductible.²

Como curiosidad histórica, es justo señalar que la primera apendicectomía exitosa efectuada en los Estados Unidos fue realizada por Hall en 1886, precisamente en una hernia de Amyand.^{2-5,7}

El hallazgo de divertículos en el apéndice cecal constituye una alteración infrecuente, descrita por vez primera en 1893 por Kelynack.⁸

En este artículo, se presenta a un paciente que fue intervenido quirúrgicamente con diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada, a quien se le diagnosticó, en el acto operatorio, una hernia de Amyand y, posteriormente, el estudio anatomopatológico reveló la existencia de un divertículo apendicular.

Presentación del paciente

Paciente masculino, de 83 años de edad, piel blanca, con antecedentes de hipertensión arterial sistodiastólica, diagnosticada hace 10 años, para lo que mantenía tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso con Nifedipino de 10 mg (una tableta diaria).

Antecedentes patológicos personales: El paciente fue operado en su juventud de hernia inguinoescrotal derecha. Comenzó con un aumento de volumen de varios meses de evolución y crecimiento progresivo en la región inguinal derecha, que aumentaba con el ejercicio o la tos y desaparecía con el decúbito o mediante la aplicación de maniobras digitales para su reducción. En esta oportunidad, acudió al cuerpo de guardia por presentar aumento de volumen doloroso en esa localización. Algunas horas antes, manifestaba la imposibilidad para reducirlo y dolor. Al realizar el examen físico, se evidenció aumento de volumen en la región inguinal derecha, doloroso a la palpación e irreductible; también se constató el dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha.

Se le realizaron los siguientes exámenes complementarios: Hb: 123 g/L; leucograma: $11,2 \times 10^9/L$ (polimorfonucleares: 63 %; linfocitos: 27 %; eosinófilos: 10 %); coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 8 minutos; conteo de plaquetas: $200 \times 10^9/L$; glucemia: 6,9 mmol/L; electrocardiograma: signos de hipertrofia ventricular izquierda; radiografía simple de tórax anteroposterior: índice cardiotorácico aumentado.

Descripción del acto operatorio: Paciente en decúbito supino. Se aplicó anestesia espinal, y se realizó antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocaron paños para campos estériles. Se realizó incisión de Marrow derecha profundizando por planos. Se encontró aumento de volumen protruido a través de la pared posterior (la cual se encontraba muy deteriorada), saco herniario que contenía al apéndice cecal (de características normales) y parte del ciego. Se liberó el ciego y apéndice de las adherencias. Se realizó apendicetomía desde la punta hacia su base, y se ligó esta y el mesoapéndice con poliéster 0. Se efectuó antisepsia del muñón apendicular con iodopovidona y alcohol. Se redujo el ciego hacia el interior de la cavidad abdominal y se efectuó la ligadura alta del saco herniario. Se realizó hernioplastia inguinal por técnica de Lichtenstein, se realizó hemostasia y se cerraron las fascias de Scarpa y de Camper con catgut crómico 2-0. Finalmente, se suturó la piel con nylon 3-0.

En la figura 1 se muestran el ciego y el apéndice cecal exteriorizados a través de la incisión de Marrow.

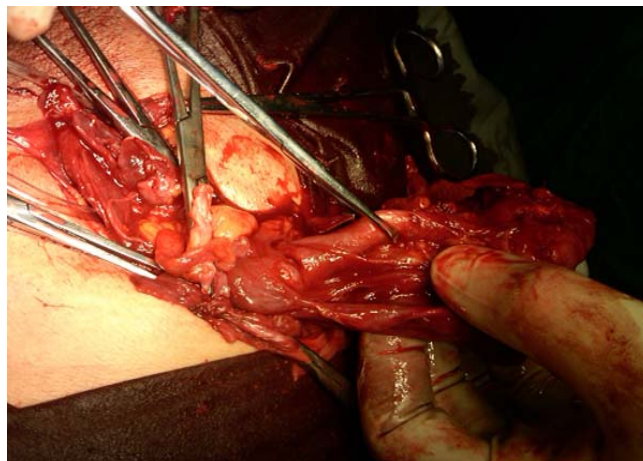


Figura 1. Ciego y apéndice cecal exteriorizados a través de la incisión de Marrow.

(Fotografía tomada con teléfono celular BlackBerry 9650).

El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado a las 72 horas de intervenido. En la biopsia (8373/2014) se informó: divertículo apendicular adquirido.

Comentario

La hernia de Amyand usualmente se diagnostica durante la intervención quirúrgica. Su presentación clínica se relaciona comúnmente con un proceso herniario encarcelado.^{3,9} La incidencia de las hernias de Amyand se encuentra entre el 0,28-1 %, y es más infrecuente la presencia de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0,07-0,13 %.⁹ En un seguimiento efectuado durante cuarenta años, de la Peña³ y Ortega⁵ mencionan 60 casos de hernia de Amyand, todas en pacientes del sexo masculino, de las que solo en uno se realizó el diagnóstico antes de efectuar el acto quirúrgico. Peraza¹³ informó también un paciente en el que se realizó un diagnóstico preoperatorio.

La incidencia de divertículos en el apéndice cecal es bajísima y oscila de 0,004 % a 2,1 %, según varias series.⁸ Los divertículos pueden ser únicos o múltiples; se localizan más frecuentemente en el tercio distal apendicular, (60 %) en su borde mesentérico (60 %), y su tamaño suele ser inferior a 0,5 cm.⁸ Estas afecciones, atendiendo a criterios histológicos, se clasifican en congénito (divertículo verdadero) y una forma adquirida (falso divertículo o pseudodivertículo).

Entre los factores predisponentes de la hernia de Amyand, se incluyen un cierto grado de malrotación intestinal, así como la presencia de un ciego anormalmente largo y móvil, con extensión a la pelvis.⁴ El desarrollo de apendicitis en una hernia inguinal se debe fundamentalmente a la continua agresión que produce el aumento de la presión intrabdominal, la cual genera mayor vulnerabilidad al trauma del apéndice en esa localización, daño vascular, inflamación y traslocación bacteriana.^{3,6} Si no se trata tempranamente, el cuadro puede evolucionar hacia complicaciones, como abscesos, fístulas, peritonitis, isquemia testicular, fascitis necrotizantes, necrosis del contenido herniario, desarrollo de obstrucción intestinal, choque séptico e, incluso, la muerte.^{3,4,6}

Dentro de la amplia gama diagnóstica, se debe diferenciar la hernia de Amyand de otros procesos, como hernia inguinal estrangulada con omentocele, hernia de Richter, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal, epididimitis y la hernia femoral, que es más frecuente en el sexo femenino.³ Aunque el diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil, en caso de sospecha⁶, la ecografía y la tomografía abdominal-inguinal han demostrado utilidad. Según Peraza,⁹ la tomografía computarizada es muy útil para su diagnóstico en adultos, así como la ecografía lo es en niños.

El diagnóstico de divertículos apendiculares también suele ser casual; en este caso, tras el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica y es proporcional al esfuerzo del patólogo en su búsqueda.⁸

El tratamiento de elección propuesto para la solución de la hernia de Amyand es la apendicectomía, a través de una herniotomía con reparación primaria de la hernia, utilizando la misma incisión.^{3,6,7} Este es el procedimiento que efectuamos en el paciente y el que recomendamos siempre que sea posible. No obstante, están descritas varias formas de acceso quirúrgico para esta afección: la preperitoneal consigue la apendicectomía en las mejores condiciones: la manipulación de asas encarceladas, drenaje de absceso y disminución de los riesgos de infección de la herida. Para este acceso preperitoneal, se proponen dos incisiones: la parainguinal, propuesta por Logan, y la incisión mediana recomendada por Pans para este fin.³ La vía combinada inguinal y abdominal (laparotomía media infraumbilical) se prefiere cuando el proceso de contaminación y la peritonitis no se pueden tratar por un solo acceso.^{3,6} Hay autores que recomiendan la apendicectomía laparoscópica combinada con herniotomía abierta, y también se ha descrito la técnica laparoscópica extraperitoneal.⁶

El tratamiento del divertículo apendicular complicado no difiere del de la apendicitis aguda común, y debe ser la apendicectomía. La apendicectomía laparoscópica es factible en estos casos. En los pacientes asintomáticos, que sean diagnosticados incidentalmente en una laparotomía o mediante radiografía, se recomienda la apendicectomía profiláctica ante el mayor riesgo de perforación apendicular y la mortalidad que se asocia a la forma complicada de este proceso.⁸

La mayoría de los autores no aconsejan el uso de malla protésica para prevenir la infección del sitio operatorio y la contaminación crónica de la malla que obligue a su posterior retiro;^{6,8} asimismo, aumenta el riesgo de fístula del muñón apendicular.¹⁰ No obstante, su uso es motivo de discusión.⁴

Aunque los autores del presente informe consideran que es más prudente la reparación de la hernia sin emplear mallas, por las mismas razones explicadas en la literatura consultada, en este caso fue necesario emplearla por el notable nivel de deterioro de las estructuras anatómicas que se involucran en la herniorrafia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham Arap JF, Mederos Curbelo ON, García Gutiérrez A. Características generales de las hernias abdominales externas. En: Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Temas de Cirugía. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p. 503-13.
2. Hernández Centeno JR, Pantoja Gómez HX, Ramírez Barba EJ. Hernia de Amyand. Rev Electrón Med Salud Soc. 2013 mayo-ago.;3(3):1-6.
3. De la Peña López J, Silgado Kerguelen R, Calderón Morón H. Abdomen agudo por hernia de Amyand. Rev Cienc Bioméd. 2011;2(1):106-10.
4. Arce Aranda C, Rojas R, López L, Correa M, Sánchez R, Soskin Reidman A. Apéndice cecal en el saco herniario: hernia De Garengéot vs hernia de Amyand. Presentación de casos clínicos. An Fac Cienc Méd. (Asunción). 2009;42(1):51-4.
5. Ortega León LH, Ramírez Tapia D, Dieguez Jiménez CM, Cruz Melgar LM, Montalvo Javé EE. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Cir Aparato Dig. 2012;1(1):59-61.
6. Armas Alvarez AL, Taboada Santomil P, Pradillos Serna JM, Rivera Chávez LL, Estévez Martínez E, Méndez Gallart R, *et al.* Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo. Cir Pediatr. 2010;23(4):250-2.
7. Martínez Valenzuela N, Alfonso Alfonso L, Sosa Martín JG. Hernia De Garengéot. Rev Cubana Med Mil [internet]. 2013 ene.-mar. [citado 21 mayo 2014];42(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Manzanares Campillo MC, Martín Fernández J. Pseudodivertículos apendiculares y apendicitis aguda. Nuestra experiencia en 12 años. Rev Esp Enferm Dig. 2011; 103(11):582-5.
9. 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. Sanidad Mil. 2011;67(2):98-9.
10. Nicola M, Mora G, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C, *et al.* Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir. 2007;59(2):142-4.

Recibido: 30 de diciembre de 2015

Aprobado: 28 de enero de 2016

Dr. Joel Ramos Rodríguez. Residente de Cirugía General. Instructor. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: joelrr@hamc.vcl.sld.cu