

Contenido inusual del saco herniario. Hernias raras o poco comunes

Mario Andrés González-Chávez,* Ricardo Ray Huacuja-Blanco,* Carlos López-Caballero,*
Ramón Ignacio Lemus-Ramírez,* Eduardo Villegas-Tovar,* Francisco Manuel Vélez-Pérez,*
Angélica Yanine López-Ramírez,** José Manuel Correa-Rovelo,** Gonzalo Manuel Torres-Villalobos****

RESUMEN

La hernia es uno de los padecimientos quirúrgicos más comunes. Ocasionalmente, el cirujano se enfrenta a las llamadas hernias raras. Las hernias raras de pared abdominal se denominan así por lo infrecuente de su presentación y por el contenido inusual de su saco. El cirujano general debe saber cómo proceder al enfrentarse a hernias de este tipo. Dentro de esta clasificación se incluyen las hernias de Amyand, de Garegeot, de Littre, de Petit, de Grynfeltt-Lesshaft, de Richter, de Spiegel y la de Romberg. Se presenta el caso de un paciente de 75 años de edad, con antecedente de procedimiento quirúrgico para colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal por síndrome de Hakim Adams, acudió a consulta refiriendo aumento de volumen a nivel de región inguinal derecha, sin sintomatología acompañante. Se estableció el diagnóstico de hernia inguinal derecha y se corroboró con ultrasonido de la región. Se decidió manejo quirúrgico. Como hallazgos transoperatorios se reportó: saco herniario con contenido de asas de intestino y catéter de derivación ventrículo peritoneal. El saco herniario ofrece un sinnúmero de retos que requieren de un cirujano general para su resolución efectiva.

Palabras clave. Hernia de Amyand. Hernia de De Garegeot. Catéter de derivación ventrículo peritoneal.

ABSTRACT

Hernia surgery is one of the most frequent procedures done by surgeons - pediatric and general surgeons. Hernias are sometimes unusual because of the contents of their sacs. The General Surgeon should know how to proceed when faced with this type of hernia. Within this category we can include the Amyand's hernia, De Garegeot's hernia, Littre's hernia, Petit's hernia, Grynfeltt-Lesshaft hernia, Richter's hernia, Spigelian hernia and Romberg's hernia. We report the case of a 75 years old patient with a history of surgical procedure for placement of ventriculoperitoneal shunt to treat a Hakim Adams syndrome. He seeks medical help, it refers increasing volume at the right groin without accompanying symptoms. The diagnosis of right inguinal hernia is established and corroborated by an ultrasound of the region. Surgical management was decided. As surgical findings were reported: hernia sac containing bowel loops and ventriculoperitoneal shunt catheter. The hernia sac offers endless challenges that require a General Surgeon for effective resolution.

Key words. Amyand's hernia. De Garegeot's hernia. Ventriculoperitoneal shunt catheter.

INTRODUCCIÓN

"No disease of the human body, belonging to the province of the Surgeon, requires in its treatment, a better combination of accurate, anatomical knowledge with surgical skill than hernia in all its varieties":
Sir Astley Paston Cooper, the Anatomy and Surgical

Treatment of Inguinal and Congenital Hernia, Cox, London, 1804.

La hernia es uno de los padecimientos quirúrgicos más comunes. Hernia se define como un defecto en la continuidad de las estructuras fasciales y/o músculo-aponeuróticas de la pared abdominal que permiten la salida o pro-

* Cirugía General, Fundación Clínica Médica Sur. Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle.

** Servicio Social, Fundación Clínica Médica Sur.

*** Dirección de Cirugía, Hospital Médica Sur. Curso de Posgrado de Cirugía General, Fundación Clínica Médica Sur/Universidad La Salle.

**** Cirugía General-Cirugía Laparoscópica Avanzada-Cirugía Bariátrica, Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Dr. Mario Andrés González-Chávez

Torre de Hospitalización primer piso, residencia de Cirugía General

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, México, D.F. Tel.: 5424-7200.

Correo electrónico: medicina00@gmail.com

trusión de estructuras que normalmente no pasan a través de ellas.¹ La reparación de hernias en general es una de las dos principales intervenciones quirúrgicas electivas en los Servicios de Cirugía General y Cirugía Pediátrica y la segunda causa más común de consulta en Cirugía General.¹ La localización de las hernias por orden de frecuencia es: inguinal, umbilical, incisional, femoral, epigástrica para-media, lumbar, subcostal, Spiegel y del piso pélvico. Ocasionalmente, el cirujano se enfrenta a las llamadas hernias raras.

Las hernias raras de pared abdominal se denominan así por lo infrecuente de su presentación y por el contenido inusual de su saco. No todas ellas son excepcionales y deben tenerse en cuenta. El cirujano general debe saber cómo proceder al enfrentarse a hernias de este tipo. Dentro de esta clasificación se incluyen las hernias de Amyand, de Garegeot, de Littre, de Petit, de Grynfeldt-Lesgaft, de Richter, de Spiegel y la hernia en pantalón.

CASO CLÍNICO

Masculino de 75 años de edad. Antecedentes de importancia: diagnosticado desde 2003 con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con linagliptina, metformina e insulina LEVEMIR®. Diagnosticado desde 2012 con síndrome de Hakim Adams (hidrocefalia de presión normal) y dislipidemia en tratamiento con ezetimiba. Diagnosticado desde 2013 con hiperplasia prostática benigna en tratamiento con dutasterida y tamsulosina. Quirúrgicos: 2012, derivación ventrículo-peritoneal. 2013, colocación de Stent carotídeo por estenosis > 70% de la arteria (no especificó lateralidad). Inició padecimiento actual en abril 2013. Sus cuidadores, al bañarlo, notaron una protuberancia a nivel de la región inguinal derecha, no asociada a ninguna sintomatología en particular. Acudieron a consulta médica; tras ser valorado se estableció el diagnóstico de hernia inguinal derecha. Se solicitó ultrasonido de la región inguinal derecha que reportó hernia inguinal derecha con contenido de epiplón y asas de intestino, motivo por el cual se decidió manejo quirúrgico. Acudió programado para plastia inguinal derecha. Se realizó plastia inguinal derecha tipo Lichtenstein, bajo anestesia general de 1 h-45 min, con tiempo quirúrgico de 1 h-15 min, con sagrado mínimo, balance total positivo (+680), sin accidentes, ni incidentes, con hallazgos de hernia inguinal directa, saco herniario con contenido de asas intestinales y catéter de derivación ventrículo peritoneal, mismo que se redujo a la cavidad abdominal sin mayores contratiempos. Ingresó al área de hospitalización hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales,

refiriéndose asintomático. Curso postoperatorio sin eventualidades, se decidió egreso tras 24 h de hospitalización.

DISCUSIÓN

Hernia de Amyand

René Jacques Croissant de Garegeot describió por primera vez en 1731 el hallazgo del apéndice vermiforme no inflamado dentro del saco peritoneal dentro de una hernia inguinal indirecta. Su incidencia se estima en aproximadamente 1% de las hernias inguinales en adultos.

Claudius Amyand (cirujano inglés y médico del rey Jorge II) describió el hallazgo del apéndice vermiforme inflamado dentro de un saco herniario inguinal. Amyand realizó en 1735 la primera apendicectomía en Hanvil Anderfon, un niño de 11 años de edad con el apéndice perforado (por un alfiler), el cual se encontraba dentro de un saco herniario inguinal encarcelado. Su incidencia se estima en aproximadamente 0.13% de las hernias inguinales en adultos.

Estrictamente hablando, el hallazgo del apéndice cecal no complicado dentro del saco de una hernia inguinal se denominaría hernia de De Garegeot; sin embargo, la mayoría de los reportes en la literatura mundial mencionan a la hernia de De Garegeot como la asociación de apendicitis dentro de un saco herniario femoral, y a la hernia de Amyand se le asocia con el hallazgo del apéndice cecal inflamado o no dentro del saco de una hernia inguinal^{2,3} (Cuadro 1).

Hernia de De Garegeot

Condición descrita por primera vez en 1731 por el cirujano francés René Jacques Croissant de Garegeot.

- Apéndice vermiforme agudamente inflamado contenido en el saco de una hernia femoral.^{6,7}
- Presencia del apéndice vermiforme en una hernia femoral. Incidencia: 0.5-5% de todas las hernias femorales. Incidencia de apendicitis en una hernia femoral: 0.08-0.13%.⁸

Hernia de Littre

Divertículo de Meckel (persistencia de la parte intestinal de conducto onfalomesentérico, comunicación entre el saco vitelino y el intestino primitivo medio) en el interior de cualquier orificio herniario. El primero en describir el divertículo de Meckel dentro de un saco herniario fue

Cuadro 1. Hernia de Amyand. Clasificación de Lossanoff y Basson.

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal en una hernia inguinal	Reducción de la hernia, reparación con malla.
Tipo 2	Apendicitis aguda en una hernia inguinal, sin sepsis abdominal	Apendicectomía, reparación primaria de la hernia sin malla.
Tipo 3	Apendicitis aguda en una hernia inguinal, con sepsis abdominal o contaminación de la pared	Laparotomía, apendicectomía, Reparación primaria de la hernia sin malla.
Tipo 4	Apendicitis aguda en una hernia inguinal, con patología abdominal	Manejo como tipos 1-3, investigar patología según sea necesario.

Modificada de Losanoff (2007)⁴ y Losanoff (2008).⁵

Alexis Littré en 1700. Posteriormente en 1897 Sir Frederick Treves distinguió entre la hernia de Richter y la de Littré.⁹

Hernias lumbares

Pueden ser congénitas (raras, asociadas a otras anomalías como criptorquidia, agenesia renal bilateral y síndrome lumbocostovertebral) o adquiridas.¹⁰ Las adquiridas representan 80% de los casos y pueden clasificarse en primarias¹¹ (no traumáticas, representan más de la mitad de las hernias adquiridas) y secundarias^{12,13} (25%, relacionadas con eventos traumáticos, accidente automovilístico, caídas, trauma contuso, o bien, con eventos quirúrgicos, cirugía renal, incisiones en los flancos y procuración de injertos de hueso iliaco).

- **Hernia de Petit.** Evaginación de peritoneo o saco, con o sin contenido visceral (grasa retroperitoneal, colon, intestino delgado o riñón) a través del triángulo de Petit o triángulo lumbar inferior (más pequeño que el superior). La cresta iliaca forma la base, el músculo oblicuo externo el borde lateral y el dorsal ancho el borde medial.
- **Hernia de Grynfeltt-Lesgaft.** Evaginación de peritoneo o saco, con o sin contenido visceral (grasa retroperitoneal, colon, intestino delgado o riñón) a través del triángulo de Grynfeltt-Lesgaft o triángulo lumbar superior (sitio más común de localización de las hernias lumbares). Tiene una morfología inconstante y puede tener forma deltoidea, trapezoide, poliédrica o de cuadrilátero. La descripción más consistente en la literatura es un triángulo invertido, de ápice caudal por debajo de la doceava costilla. El borde medial es el músculo erector de la columna y el músculo oblicuo interno forma el borde lateral.¹⁴

Hernia de Richter (enteroceles parciales)

Protrusión y/o estrangulación de sólo una parte de la circunferencia del borde antimesentérico del intestino a través de un defecto de pared abdominal pequeño y rígido. Fabricius Hildanus reportó el primer caso en 1696. La primera descripción científica de esta hernia fue hecha por August Gottlob Richter en 1778. El segmento de intestino comprometido es casi siempre la porción distal/terminal del íleon, pero hay reportes de hernias de Richter con compromiso gástrico, colónico, apendicular, etc. Las hernias de Richter tienden a progresar más rápidamente a la gangrena que el resto de las hernias estranguladas.^{15,16}

Hernia de Romberg

- **Hernias en pantalón o hernias inguinales mixtas.** Representan aproximadamente 15% de los casos. Es una combinación de ambas (directa e indirecta). También se le conoce como hernia en pantalón por la separación que dejan los vasos epigástricos entre ambos sacos.

Hernia de Spiegel

La hernia de Spiegel ocurre por debilidad de la fascia semilunar, situada entre el borde lateral del músculo recto anterior y el margen medial de la musculatura lateral de la pared abdominal, lo que permite a los contenidos abdominales atravesar la aponeurosis de los músculos transversos y oblicuo interno, quedando cubiertos por el músculo oblicuo externo intacto. El contenido herniario puede ser grasa preperitoneal, grasa peritoneal o intestino tanto delgado como grueso.¹⁷

Al abrir o explorar un saco herniario es posible encontrar un contenido inusual, inesperado o sorpresivo, que puede tener implicaciones quirúrgicas relevantes. En los sacos herniarios se han encontrado apendagitis epiplóica, trompa de Falopio y ovario,¹⁸ vejiga urinaria,¹⁹ intususcepción del íleon terminal,²⁰ útero atrofiado,²¹ metástasis de cáncer gástrico,²² absceso diverticular,²³ fuga de un aneurisma aórtico abdominal,²⁴ colon sigmoides,²⁵ divertículo perforado del sigmoides,²⁶ carcinoma colónico,²⁷ carcinoma perforado del sigmoides,²⁸ diverticulitis del colon transversal,²⁹ granulomas tuberculosos,³⁰ válvula de derivación ventrículo peritoneal, implantes gliales,³¹ un alfiler,^{32,33} una uña,³⁴ etc., las posibilidades son tan variadas como lo es el contenido abdominal.

En este caso se encontró en el saco herniario de una hernia inguino-escrotal, asas intestinales e inesperadamente el catéter de derivación ventrículo-peritoneal que se colocó para tratamiento del síndrome de Hakim-Adams.

CONCLUSIONES

Es posible pensar que la reparación quirúrgica de una hernia es un procedimiento rutinario y fácil; sin embargo, dicho procedimiento puede llegar a complicarse significativamente debido a hallazgos inusuales en el transoperatorio. La toma de decisiones en este tipo de escenario pudiera ser desafiante incluso para cirujanos experimentados. Los cirujanos deben estar conscientes de que algo así puede ocurrir y deben estar preparados para tomar las decisiones correspondientes para dar solución definitiva al problema. El saco herniario ofrece un sinnúmero de retos que requieren de un cirujano general para su resolución efectiva.

REFERENCIAS

1. Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. Mayo 2009. Asociación Mexicana de Hernia A.C. Disponible en: <https://amcgm.files.wordpress.com/2012/05/guias-hernias.pdf>
2. 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 de Cirugía del Aparato Digestivo* 2012; 1(1): 59-61.
3. Philosophical Transactions of the Royal Society of London Of an Inguinal Rupture, with a Pin in the Appendix Coeci, Incrusted with Stone; And Some Observations on Wounds in the Guts; By Claudius Amyand, Esq; Serjeant Surgeon to His Majesty, and F. R. S.
4. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg* 2007; 73: 1288-90.
5. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2008; 12: 325-6.
6. Kalles V, et al. De Garegeot's hernia: a comprehensive review. *Hernia* 2013; 17(2): 177-82.
7. Salkade PR, Chung AY, Law YM. De Garegeot's hernia: an unusual right groin mass due to acute appendicitis in an incarcerated femoral hernia. *Hong Kong Med J* 2012; 18(5): 442-5.
8. Theodoros Piperos, et al. Clinical significance of de Garegeot's hernia: A case of acute appendicitis and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 2012; 3(3): 116-7.
9. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Littre Hernia: Surgical Anatomy, Embryology, and Technique of Repair. *Am Surg* 2006; 72(3): 238-43.
10. Parihar S, Bali G, Sharma S, Koul N. Congenital lumbar hernia. *JK Science* 2008; 10(3): 144-5.
11. Loukas M, Tubbs R, El-Sedfy A, Jester A, Polepalli S, Kinsela C. The clinical anatomy of the triangle of petit. *Hernia* 2007; 11(5): 441-4. Epub 2007 May 10.
12. Loukas M, Tubbs RS, Shoja M. Lumbar hernia, anatomical basis and clinical aspects. Letter to the editor. *Surg Radiol Anat* 2008; 30: 609-10.
13. Naidoo M, Singh B, Ramsaroop L, Satyapal KS. Inferior lumbar triangle hernia: a case report. *East Afr Med J* 2003; 80(5): 277-80.
14. Lillie GR, Deppert E. Inferior lumbar triangle hernia as a rarely reported cause of low back pain: a report of 4 cases. *J Chiropr Med* 2010; 9(2): 73-6.
15. Steinke W, Zellweger R. Richter's Hernia and Sir Frederick Treves: An Original Clinical Experience, Review, and Historical Overview. *Ann Surg* 2000; 232(5): 710-8.
16. Skandalakis PN1, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Richter hernia: surgical anatomy and technique of repair. *Am Surg* 2006; 72(2): 180-4.
17. Rangel Villalobos E, Fernández Usagre FJ, Marín Lapeira Y, Refolio Sánchez F. Hernia de Spiegel que contiene un liposarcoma intraabdominal. *Radiología* 2006; 48(6): 401-3.
18. Ballas K, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: Report of 6 rare cases. *Hippokratia* 2009; 13(3): 169-71.
19. Machado NO, Machado NN. Unusual Contents of Inguinal Hernia Sac. An Approach to Management. *Surgical Science* 2011; 2: 322-5.
20. Sri Vengade Sh Gopal, Solomon A. A Rare Content in Inguinal Hernial Sac, Masquerading as Scrotal Tumour. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013; 7(12): 2988-9.
21. Khanna S, Prakash S, Singh S, Gupta SK. Rare Presentation of Inguinal Hernia in Female: A Case Report. *World Journal of Surgical Research* 2013; 2: 2.
22. Oruc MT, Kulah B, Saylam B, Moran M, Albayrak L, Coskun F. An Unusual Presentation of Metastatic Gastric Cancer Found during Inguinal Hernia Repair: Case Report and Review of Literature. *Hernia* 2002; 6: 88-90.
23. Andrabi SI, Pitale A, El-Hakeem AA. Diverticular Abscess presenting as a Strangulated Inguinal Hernia: Case Report and Review of the Literature. *Ulster Medical Journal* 2007; 76: 107-8.
24. Abulafi AM, Mee WM, Pardy BJ. Leaking Abdominal Aortic Aneurysm Presenting as an Inguinal Mass. *Eur J Vasc Surg* 1991; 5: 695-6.
25. Christina Bali, et al. An unusual case of a strangulated right inguinal hernia containing the sigmoid colon. *Int J Surg Case Reports* 2011; 2(4): 53-5.
26. Tufnell MLA, Abraham-Igwe C. A perforated diverticulum of the sigmoid colon found within a strangulated inguinal hernia. *Hernia* 2008; 12: 421-3.
27. Slater R, Amatya U, Shorthouse AJ. Colonic carcinoma presenting as strangulated inguinal hernia: report of two cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2008; 12: 255-8.

28. Kouraklis G, Kouskos E, Glivanou A, Raftopoulos J, Karatzas G. Perforated carcinoma of the sigmoid colon in an incarcerated inguinal hernia: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 707-8.
29. Yahchouchy-Chouillard EK, Aura TA, Lopez YN, Limot O, Fingerhut AL. Transverse colon diverticulitis simulating inguinal hernia strangulation: a first report. *Dig Surg* 2002; 19: 408-9.
30. Neeraj K. Dewanda, Manojit Midya, Naresh N. Rai. Hernial Sac Tuberculosis- An Unusual Presentation of Gastrointestinal Tuberculosis: Case Report with Review of Literature. *International Journal of Scientific and Research Publications* 2014; 4(2): 1-3.
31. Magee JF1, Barker NE, Blair GK, Steinbok P. Inguinal herniation with glial implants: possible complication of ventriculoperitoneal shunting. *Pediatr Pathol Lab Med* 1996; 16(4): 591-6.
32. Miyano G, et al. An unusual foreign body in an inguinal hernia sac: case report and literature review. *Afr J Paediatr Surg* 2012; 9(1): 66-7.
33. Salaman R, Foster M. Ingested foreign body presenting as an irreducible inguinal hernia in a baby. *J Pediatric Surg* 1993; 28(2): 262-3.
34. Langley RW. Hernia of the appendix with foreign body perforation of the hernial sac. *JAMA* 1993; 28(2): 262-3.