

Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso

Rafael Contreras Ruiz Velasco,* Jaime A García La Rotta,** José Manuel González Avilés,*** Octavio Rojas Díaz,****Ruth Ivonne Acevedo Estrada,¹ Adrián Murillo Zolezzi²

RESUMEN

La hernia inguinal es una protrusión frecuente; sin embargo, rara vez se observa que el apéndice cecal forme parte del contenido herniado. La hernia de Amyand, como se designa a este padecimiento, generalmente se diagnostica durante una intervención inguinal derecha y se resuelve mediante apendicectomía y plastia de la ingle. Es poco frecuente que afecte la ingle izquierda; por esta razón, se comunica el caso de una paciente de 45 años de edad, que cuatro años antes de acudir al médico notó el crecimiento de una tumoración dolorosa en la ingle izquierda. Tres meses antes del tratamiento, el dolor se intensificó a 5/10. La paciente refirió que el dolor se exacerbaba con la menstruación y los esfuerzos, y disminuía parcialmente con la presión y el cambio de posición. Se le diagnosticó hernia inguinal. En la intervención quirúrgica se encontró en la ingle parte del ciego y del apéndice cecal. Se realizó plastia Shouldice y apendicectomía. La paciente evolucionó favorablemente en el manejo ambulatorio.

Palabras clave: hernia inguinal; hernia femoral; apendicitis; México.

ABSTRACT

Inguinal hernias are common; occasionally the surgeon finds the appendix as part of the herniated contents (Amyand's hernia). Generally Amyand's hernia is diagnosed during repair of a right inguinal hernia. It is less common to find Amyand's hernia in the left inguinal region. Therefore, we communicate the case of a 45 year-old woman with a painful mass in the left inguinal region that grew four years ago. The pain worsened during the last 3 months. The mass was reduced partially due to the changes in position and direct pressure applied. Physical examination revealed a non reducible painful mass. The diagnosis was an inguinal hernia and surgery was done during which the cecum and appendix were found within the inguinal canal. Appendectomy and Shouldice repair were performed. The patient experienced satisfactory results.

Key words: Inguinal hernia; femoral hernia; appendicitis; Mexico.

* Médico adscrito a Cirugía General, Centro de Cirugía Ambulatoria, ISSSTE.

** Residente de Cirugía General. ISSSTE Puebla.

*** Cirugía Oncológica, Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE, Centro Médico ABC.

**** Médico adscrito a Cirugía General, Centro Médico ABC.

¹ Anestesióloga, Centro de Cirugía Ambulatoria, ISSSTE.

² Residente de Cirugía General, Centro Médico ABC.

Correspondencia: Dr. Rafael Contreras Ruiz Velasco. Sur 132 núm. 118-304, colonia Las Américas, México, DF, CP 01120.

E-mail: rafaelcontrerasmd@gmail.com

Recibido: enero, 2008. Aceptado: marzo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Contreras RVR, García LJA, González AJM, Rojas DO y col. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir 2008;13(2):88-92.

La versión completa de este artículo también está disponible en:

La historia de la hernia es tan antigua como la historia de la humanidad y ha sido siempre tema de interés de anatomistas, cirujanos e historiadores de la medicina.¹

La hernia de Amyand es relativamente desconocida, a pesar de haberse descrito por primera vez hace casi 170 años,^{1,2} fue De Garengot, en 1731, el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta.^{1,3} Claudius Amyand realizó, en 1735, la primera apendicectomía en un niño de 11 años de edad con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado; a él se debe la descripción de la enfermedad. Como detalle histórico curioso Hall (1886) fue el primero en realizar

con éxito una apendicectomía en Estados Unidos, precisamente en un paciente con hernia de Amyand.³⁻⁶

Según Deaver, Amyand efectuó una apendicectomía 144 años antes de la que generalmente se conoce como la primera, la de Lawson Tate, y 150 años antes de la mencionada de Hall, y casualmente también formaba parte de una hernia inguinal derecha estrangulada.⁴

Una hernia en la protrusión de un órgano o de una parte de él a través de las paredes de la cavidad que lo contiene. Sigue siendo común en la región inguinal, donde el saco herniario puede incluir el epiplón o el intestino delgado; sin embargo, en él se puede encontrar contenido inusual, por ejemplo la vejiga, un divertículo de Meckel (hernia de Littre) o una porción de la circunferencia del intestino (hernia de Richter). Aunque los anteriores son bien conocidos, incluso por sus epónimos en libros de textos convencionales y en la enseñanza, el término de hernia de Amyand se refiere a un apéndice inflamado, perforado o simplemente no inflamado, dentro de una hernia inguinal irreductible.² Cuando ocurre, casi siempre se diagnostica como hernia inguinal complicada.⁵

Aunque existen pocas referencias bibliográficas, en una se menciona la hernia de De Garengot, que es una hernia femoral que contiene el apéndice.⁶

La incidencia del hallazgo de un apéndice normal dentro de un saco herniario inguinal es aproximadamente del 1%, mientras que sólo 0.1% de todos los casos de apendicitis ocurren en una hernia inguinal, lo que es una muestra de la rareza de este padecimiento. Esto se debe quizá a la posición anatómica normal del apéndice, y a que las hernias inguinales derechas son más comunes que las izquierdas.⁸ La mayoría de los casos divulgados son concomitantes con apendicitis y se caracterizan por una hernia estrangulada.^{2,6}

Las hernias femorales son más frecuentes en mujeres que en hombres, en una proporción levemente menor de 2:1. Las que contienen apéndices perforados también son predominantes en mujeres, en una proporción mayor de 3:1 (77% de mujeres vs 23% de hombres). La edad media de los pacientes es de 69 años, lo que revela una tendencia a formarse en la vejez.⁹ Está reportado que sólo 0.13% de todos los casos de apendicitis aguda se vinculan con estas hernias. Debido a la estrechez y a la

rigidez del canal femoral, es la hernia de la ingle con el índice más alto de encarcelamiento y estrangulación ($5 \pm 20\%$) y, por tanto, requiere reparación quirúrgica oportuna.¹⁰

CUADRO CLÍNICO Y FISIOPATOLOGÍA

El interrogatorio y el examen físico del paciente generalmente derivan en el diagnóstico de hernia inguinal encarcelada o estrangulada con peritonitis local. Los pródromos son los típicos de la apendicitis, con dolor epigástrico ulteriormente localizado en la fosa iliaca derecha. Algunos autores recalcan que el dolor de la apendicitis, cuando se encuentra encarcelada, tiende a ser de tipo cólico, a diferencia del dolor sordo y continuo que es habitual cuando el intestino se estrangula. Afirman también que la fiebre y la leucocitosis no son constantes,⁵ y que la duración de los síntomas es muy variable, de dos días cuando son agudos, y de 15 años cuando son crónicos.^{7,9}

La mayoría de los autores cree que la hipótesis más plausible para explicar la apendicitis es la que afirma que el apéndice es víctima de agresiones continuas causadas por aumento de la presión intraabdominal que reduce o suprime su riego sanguíneo (principalmente en el cuello del saco), lo que genera inflamación y sobrecrecimiento bacteriano.^{5,6,8}

Otros proponen que el dolor y los signos de irritación peritoneal, junto con la hernia encarcelada, deberían hacernos pensar en una apendicitis en el interior del saco herniario.⁸

También se ha reportado apendicitis en una hernia inguinal o femoral del lado izquierdo, aunque es algo sumamente raro que puede estar vinculado con *situs inversus*, malrotación intestinal o ciego móvil.^{2,7}

La apendicitis aguda en una hernia femoral puede ser una consecuencia del encarcelamiento y estrangulación del apéndice, más que de la obstrucción interna causada por hipertrofia de un nódulo linfático o apendicolito. Esto es más común en la hernia femoral que en otros tipos de hernia debido a la estrechez y a la rigidez del canal femoral.⁹ En estos casos, el cuello apretado del canal femoral aísla la enfermedad y a menudo previene los signos abdominales generalizados del apéndice. A pesar de la rotura del órgano, no ocurre peritonitis, y dado que el apéndice no interrumpe

la continuidad del intestino, éste sigue funcionando de manera normal.⁷

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la hernia de Amyand, por lo general, se realiza de manera transoperatoria, al hallar el apéndice cecal dentro del saco herniario.

La tomografía computarizada revela la posición baja del ciego y una estructura tubular alargada y no opacificada en la encalladura de la grasa próxima. Ambos hallazgos tienen una especificidad y sensibilidad del 100% para la apendicitis. En el caso que se comenta aquí, la tomografía computarizada permitió el diagnóstico oportuno, a pesar de la localización anormal del apéndice.¹⁰

El diagnóstico diferencial incluye a las hernias inguinales o crurales estranguladas, omentocele estrangulado, hernia de Richter, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal y epididimitis.⁵

TRATAMIENTO

En condiciones normales, el tratamiento de la hernia de Amyand es la apendicectomía y la herniorrafia inguinal de urgencia.^{5,8} Bajo ningún motivo se debe intentar una maniobra de taxis. La mayoría de los autores coincide en que hay que hacer una sola incisión para la apendicectomía y la herniorrafia, y agregan que es posible realizar la apendicectomía abordando su base a través del saco herniario abierto; otros prefieren un abordaje intraperitoneal, siempre a partir de la herniotomía original, debido a la dificultad de acceder al ciego. Logan recomienda un abordaje preperitoneal mediante una incisión parainguinal para llegar a la región inguinal y a la cavidad abdominal, reduciendo el saco encarcelado por vía preperitoneal. Pans y Desaive eligieron este abordaje, pero con incisión media.⁵

Anjani Thakur mencionó que una de las complicaciones de este padecimiento es el absceso escrotal, por lo que aconsejó la rápida exploración del paciente con hernia encarcelada y signos de inflamación escrotal.

Muchos autores coinciden en no recomendar el uso de malla protésica en defectos contaminados de la pared abdominal, para evitar la posibilidad de sepsis de la

herida y de la malla que obligue a su ulterior extracción; sin embargo, Pans defiende el uso de la malla protésica colocada por vía preperitoneal en las hernias inguinales estranguladas. En el caso específico de la apendicitis estrangulada, la mayoría de los autores desaprueba este proceder, debido al riesgo de ocasionar fístula del muñón apendicular y la posible sepsis de la herida.⁵ Las opciones quirúrgicas para abordar el apéndice en la hernia de Amyand dependen de la presentación. De acuerdo con algunos autores, si el apéndice es normal no se requiere apendicectomía, mientras que si es agudo es necesario hacerla dentro del saco herniario. Los abscesos intrabdominales asociados pueden tratarse de forma percutánea o por drenaje abierto.^{2,8} Otros autores consideran que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos de inflamación, se debería realizar apendicectomía reglada en todos los casos, porque no se puede descartar que existan signos microscópicos de inflamación causados por la compresión e isquemia del cuello herniario, además de que no supone mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco.⁸

El manejo de este tipo de hernias es controvertido, ya que algunos médicos prefieren el abordaje preperitoneal de las hernias estranguladas, pues suponen que de esta forma se consigue realizar la apendicectomía en las mejores condiciones, y se puede tratar una asa encarcelada, así como drenar un posible absceso apendicular. Creen, también, que con este abordaje se minimizan los riesgos de infección de la herida y las probabilidades de recidiva.

De acuerdo con la literatura, estos casos se han tratado con apendectomía diferida o apendicectomía inmediata seguida por la reparación de la hernia. Las técnicas de reparación son diversas e incluyen la corrección del ligamento de Cooper o la restauración preperitoneal.⁹

Factores pronósticos

Los factores que contribuyen a la creciente incidencia de infección son: retraso en el diagnóstico, afectación de múltiples planos tisulares en la reparación, pobre estado nutricional y vejez. Es probable que estos factores también jueguen un papel en las complicaciones graves, como la fascitis necrotizante, y en la muerte.⁹

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 45 años de edad, con carga genética para diabetes y sin otros antecedentes de importancia. Acudió al Centro de Cirugía Ambulatoria con una tumoración dolorosa en la región inguinal izquierda, de cuatro años de evolución. Refirió que la masa creció paulatinamente y que las molestias se exacerbaban tres meses antes, llegando a 5 en la Escala Visual Análoga. Según su impresión, el dolor aumentaba con la menstruación y al hacer esfuerzos (maniobra de Valsalva), y menguaba parcialmente al cambiar de posición. Negó fiebre, síntomas urinarios o alteraciones del tránsito intestinal. Se programó para plastia inguinal electiva.

Los únicos hallazgos relevantes en el examen físico fueron: tumoración inguinal izquierda irreducible y levemente dolorosa a la palpación, sin alteraciones en la piel adyacente ni en los miembros inferiores.

Los exámenes de laboratorio arrojaron los siguientes resultados: hemoglobina, 11.3 g/dL; hematócrito, 35.3%; plaquetas, 305,000; leucocitos, 6:200; tiempo de protrombina, 11.9 segundos; tiempo de tromboplastina, 30 segundos; glucosa, 97 mg/dL; nitrógeno ureico en sangre, 10.9, y creatinina, 0.9 mg/dL.

Se realizó plastia de manera electiva mediante incisión inguinal (figura 1). Se encontró una hernia indirecta ocupada por el ciego, y adherida a él, el apéndice cecal sin cubierta peritoneal, lo que hace pensar que se trató de un tipo de hernia por deslizamiento (figuras 2 y 3).



Figura 1. Realización de la cirugía electiva por hernia inguinal del lado izquierdo.

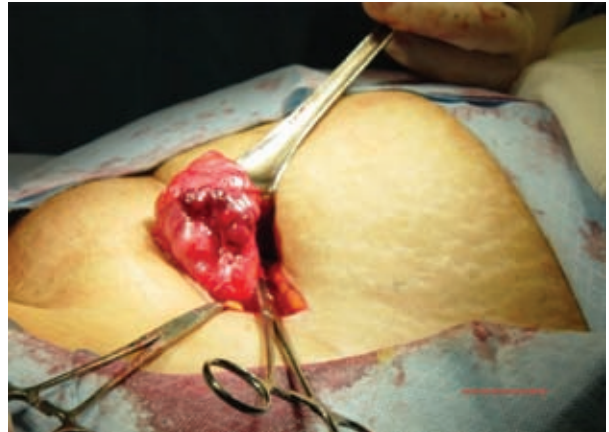


Figura 2. Contenido del canal inguinal, el ciego y el apéndice.

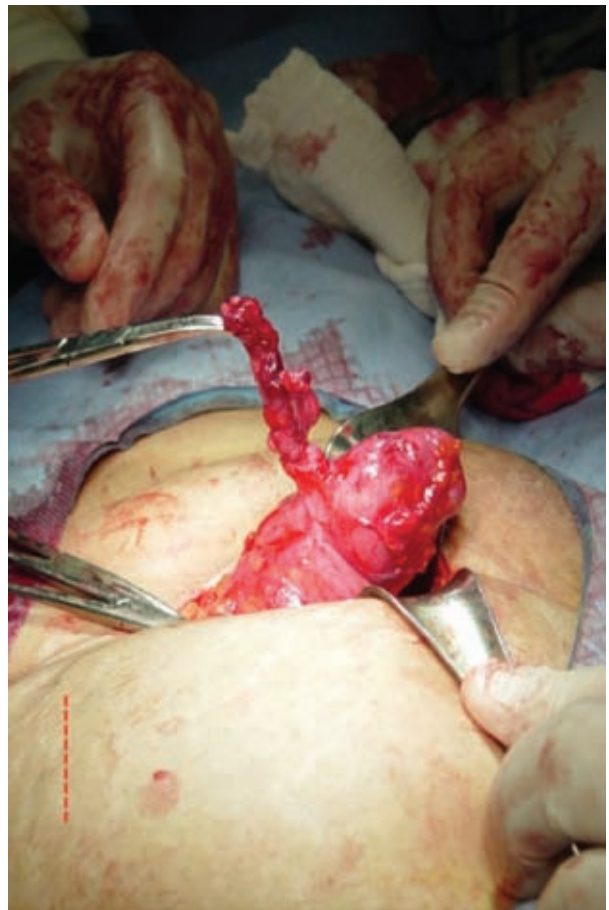


Figura 3. El ciego y el apéndice cecal. Se aprecia claramente el origen de éste, así como signos de congestión y trombosis, pero sin datos de proceso infeccioso activo.

El apéndice salía por el orificio inguinal superficial y corría por el tejido celular subcutáneo, casi hasta el labio mayor izquierdo, con signos de congestión y trombosis, sin colecciones ni indicios de infección. Se realizó apendicectomía Halstead (figura 4); también se redujo el ciego a la cavidad y se hizo plastia tipo Shouldice.



Figura 4. La pieza una vez extirpada: el apéndice cecal, encontrado del lado izquierdo.

Después de la intervención se interrogó a la paciente para ampliar la información respecto a los síntomas. Manifestó que dos meses antes había observado la aparición de un tumor doloroso, rubor y aumento de temperatura en la región inguinal izquierda, cerca del labio mayor, y que había sido tratada satisfactoriamente con antibióticos.

En el transoperatorio se le administró una dosis profiláctica de cefotaxima y se le dio de alta con la única prescripción de analgésicos. En las consultas de revisión se corroboró su evolución favorable y sin complicaciones. El laboratorio de patología al que se envió el espécimen reportó apendicitis aguda y crónica inespecífica, con periapendicitis y necrosis del 30%.

CONCLUSIONES

La apendicitis dentro de un saco herniario estrangulado es rara, y cuando ocurre, casi nunca se diagnostica en el periodo preoperatorio.

Debe sospecharse una hernia de Amyand cuando se detecta hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa iliaca derecha y ausencia de oclusión intestinal.

El tratamiento consiste en apendicectomía y herniorrafia de urgencia por una vía que permita solucionar el problema.

Deben tomarse las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal inguinal.

La apendicitis dentro de un saco herniario puede deberse a los múltiples traumatismos que recibe el apéndice y a la posición de éste. Puede ser congénita u ocurrir por deslizamiento.

La mayoría de los autores coincide en no utilizar malla protésica en la reparación del canal inguinal.

REFERENCIAS

1. Llanos LO. Historia de la cirugía de la hernia inguinal. *Rev Chil Cir* 2004;56:404-9.
2. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J* 2005;46:424-5.
3. López-Rodríguez P, Hernández-Torres L, López-Delgado FR. Hernia de Amyand: presentación de dos casos. *Rev Cubana Cir* 2005;44(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>
4. Bienert M, Basany E, Lara Eximan F. Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía. *Cir Esp* 2001;69:91-2.
5. Torres HD, Roselló FJR, Del Campo AR, Canals PP, Weinman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig* 2003;22:1-5.
6. Vidal GP, Contreras R, Sánchez G, Flores LM, et al. Hernia de Amyand. *Cir Gen* 2005;27:328-9.
7. Voitek AJ, Macfarlane KR. Ruptured appendicitis in femoral hernias: Report of two cases and review of the literature. *Ann Surg* 1974;179:24-6.
8. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S, et al. Apendicitis aguda en una hernia crural encarcerada: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97:707-15.
9. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg* 2004;47:68-9.
10. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *Br J Radiol* 2000;73:1013-4.