



CASO 1-2015: MASCULINO DE 63 AÑOS CON HERNIA DE AMYAND



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 14/08/2014
Aceptado: 28/11/2014

Irene Mora Quesada¹
Carlos Barrantes León²

¹Médica General. Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: ire.moraq@gmail.com

²Médico Asistente Especialista en Cirugía General. Hospital Max Peralta. C.C.S.S. Cartago Costa Rica.
Correo electrónico: barranleon@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 63 años, vecino de Cartago, con historia personal de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, quien fue referido al hospital Max Peralta Jiménez con el diagnóstico de hernia inguinal derecha. Fue llevado a sala de operaciones y durante la cirugía se documentó una hernia inguinal derecha directa, que contenía el apéndice cecal, sin alteraciones dentro del saco herniario, condición que se conoce con el nombre de hernia de Amyand.

PALABRAS CLAVE

Hernia inguinal. Hernia de Amyand. Apendicitis. Apendicectomía. Hernioplastia.

ABSTRACT

We presented the case of a 63 years old male patient with personal history of hypertension and type 2 diabetes mellitus. He was referred to the hospital with a diagnosis of right inguinal hernia. He was brought to the operating room where a direct inguinal hernia on the right side containing the cecal appendix, unaltered within the hernia sac was observed. This condition is known as Amyand hernia.

KEY WORDS

Inguinal hernia. Amyand's hernia. Appendicitis. Appendectomy. Hernioplasty.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años, vecino de Cartago, con historia personal de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 quien fue referido al servicio de cirugía general del hospital Max Peralta Jiménez, por presentar hernia inguinal derecha no complicada.

Fue visto en el servicio de cirugía general en dónde se confirmó el diagnóstico de hernia inguinal no complicada. No se documentó fiebre, leucocitosis o signos de irritación peritoneal, por lo que fue programado para intervención quirúrgica.

En abril del presente año, fue llevado a sala de operaciones en donde se realizó exploración de la zona inguinal derecha, con abordaje anterior. Se confirmó la presencia de la hernia inguinal derecha indirecta y a la disección del saco herniario, se identificó la presencia del apéndice cecal, sin signos de inflamación y sin acompañarse de otras estructuras. Se realizó hernioplastia sin apendicetomía. El paciente evolucionó de forma satisfactoria y sin complicaciones.



Figura 1. Hernia de Amyand tipo 1.

Fuente propia

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Definición

El término hernia de Amyand se refiere a la condición en la cual, el apéndice cecal se encuentra contenido dentro del saco herniario de una hernia inguinal, sin importar la situación de éste^(1,2). Algunos autores utilizan este epónimo para referirse a otras hernias que contengan un

apéndice vermiforme, sin embargo esta práctica es incorrecta^(2,3).

Fue descrito por primera vez por Claudis Amyand en 1735, en un paciente de 11 años de edad, en lo que correspondió a la primera apendicetomía exitosa de la historia, no obstante el término hernia de Amyand fue sugerido por primera vez hasta 1953 por Creese, en honor a Claudis Amyand^(1,2).

Epidemiología

La hernia de Amyand es una condición médica poco prevalente. Se considera que se encuentra entre 0.4 y 0.6% de las hernias inguinales y es más frecuente en la población pediátrica, pudiendo llegar a ser en este grupo etario hasta de 1%⁽²⁾. La presencia de apendicitis en una hernia de Amyand es todavía más rara. Se presenta en 0.1% de las hernias inguinales⁽²⁾. La mortalidad asociada a esta condición varía entre 14 y 30%, sin embargo, se encuentra principalmente debida a patología asociada y no es directamente ocasionada por esta entidad^(2,4).

Es más frecuente en varones, principalmente en neonatos o mayores de 70 años⁽²⁾. En las mujeres se presenta con mayor frecuencia posterior a la menopausia⁽⁴⁾. Casi siempre se trata de hernias inguinales indirectas, aunque se puede presentar también en hernias directas⁽²⁾. El apéndice se puede encontrar sólo o acompañado de otras estructuras, como el ciego o el colon derecho.

Existen reportes que sugieren que en pacientes jóvenes, se encuentra con mayor frecuencia sólo, mientras que en adultos es más común hallarlo acompañado de otras estructuras⁽²⁾. La mayoría de las veces se presenta en hernias del lado derecho, sin embargo existen varios reportes de casos de hernias de Amyand del lado izquierdo, que se cree están asociadas a *situs inversus*, mal rotación intestinal o movilidad cecal⁽²⁾.

Patofisiología

Se desconoce con certeza si la protrusión del apéndice vermiforme en el saco herniario ocurre de forma accidental, cuando hay un proceso vaginal permeable^(1,2). Sin embargo, se ha reportado la presencia de tejido fibroso en algunas ocasiones, que comunica el apéndice cecal con el



testículo, lo que podría favorecer la ocurrencia de esta condición⁽²⁾.

Se cree que la inflamación apendicular en la hernia de Amyand ocurre de forma secundaria a un aumento de la presión en el cuello de la hernia y no debido a la obstrucción del lumen apendicular⁽⁵⁾.

La contracción muscular o cualquier otra condición que aumente la presión intra abdominal puede generar disminución del aporte sanguíneo, inflamación e isquemia de esta estructura, proceso que el cuello herniario mantiene aislado de la cavidad abdominal, por lo que generalmente se presenta como un cuadro localizado^(1,2).

Diagnóstico

Clínicamente es indistinguible de las hernias inguinales que no contienen en su saco el apéndice vermiforme^(1,2). Sin embargo, en algunos casos el dolor asociado a la hernia se ha descrito como espasmódico, a diferencia del dolor constante típico de las hernias inguinales encarceladas o estranguladas^(2,3).

El cuadro clínico depende principalmente de la situación apendicular, no obstante la presencia de signos como fiebre o leucocitosis que podrían ayudar en el diagnóstico de apendicitis no siempre están presentes^(2,3).

El diagnóstico se realiza por lo general intraoperatoriamente, pero existen reportes en la literatura internacional de casos en los que se ha logrado obtener el diagnóstico pre quirúrgico, mediante tomografía axial computarizada o ultrasonido, principalmente cuando hay presencia de apendicitis, sin embargo estos métodos diagnósticos por lo general no forman parte de los estudios pre quirúrgicos que se realizan en casos de hernias inguinales y muchas veces se realizan únicamente cuando es necesario descartar otros procesos patológicos^(1,3-7).

El diagnóstico diferencial debe incluir hernias estranguladas, omentocoele estrangulado, hernia de Richter, adenitis inguinal, orquiepididimitis, testículo no descendido, hidrocele agudo y tumor testicular, entre otros^(1,2).

Algunas de las complicaciones que han sido descritas asociadas a esta condición son abscesos abdominales, inflamación testicular y/o cordón espermático, isquemia testicular, fascitis necrotizante y trombosis arterial *in situ*, entre otras⁽⁴⁾.

Tratamiento

El manejo adecuado de esta entidad debe considerar tanto la situación apendicular como la reparación del defecto herniario^(1,2,4). Con el propósito de adecuar el tratamiento a las características que presenten las estructuras involucradas, se utiliza la clasificación propuesta por Losanoff y Basson (Tabla I) en la que se dividen estas hernias en cuatro tipos según la presencia o no de apendicitis, sepsis y/o patología abdominal, y se sugiere el manejo de acuerdo a estas condiciones.⁽⁸⁾

Tabla I. Hernia de Amyand. Tipos y manejo.

Clasificación	Descripción	Manejo
Tipo 1	Apéndice normal	Reducción (dependiendo de la edad); hernioplastia con malla.
Tipo 2	Apendicitis aguda; no sepsis abdominal	Apendicectomía a través de hernia, hernioplastia con tejidos endógenos
Tipo 3	Apendicitis aguda; sepsis abdominal	Apendicectomía por laparotomía, hernioplastia con tejidos endógenos
Tipo 4	Apendicitis aguda; patología abdominal relacionada o no.	Apendicectomía a través de hernia o por laparotomía, estudios diagnósticos.

Fuente Fuente modificado de (8).

Existen además algunas controversias en cuanto al manejo de hernias de Amyand sin patología apendicular y con respecto al uso de material protésico en la reparación del defecto herniario^(1,2,4). Hay reportes de casos en la literatura internacional, en los que se llevó a cabo apendicectomías profilácticas o hernioplastias con colocación de malla, sin embargo, la mayoría de autores no recomienda estas prácticas debido a que elevan los riesgos y complicaciones asociadas a los procedimientos^(1,2,4).



CONCLUSIONES

La hernia de Amyand es una condición médica bien definida, que a pesar de su baja incidencia debe ser estudiada y tomada en cuenta como parte de los diagnósticos diferenciales de la patología abdominal y principalmente de las hernias inguinales.

Su adecuado reconocimiento y clasificación son indispensables para realizar el manejo pertinente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singal R Gupta S. "Amyand's Hernia" *Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment*. Journal of Clinical Medicine. 2011;6(4):321-327.
2. Michalinos A Moris D Spiridon V. *Amyand's hernia: a review*. The American Journal of Surgery. 2014;207:989-995
3. Luchs J Halpern D Katz D. *Amyand's Hernia: Prospective CT Diagnosis*. J Comput Assist Tomogr. 2000;24(6):884-886.
4. Ivashchuk G Cesmebasi A Sorenson E Blaak C Tubbs S Loukas M. *Amyand Hernia: a review*. Med Sci Monit. 2014;20: 140-146.
5. Sagar A Sureka J. *Appendix in Inguinal Hernia-Amyand's Hernia*. Indian J Surg 2013. Doi 10.1007/s12262-013-0890-8
6. Gillion J Bornet G Hamrouni A Jullès C Convard J. *Amyand and de Garengeot' hernias (letter to the editor)*. Hernia. 2007;11:289-290.
7. Milanchi S Allins A. *Amyand's hernia: history, imaging, and management*. Hernia. 2008;12:321-322.
8. Losanoff J Basson M. *Amyand Hernia: What lies beneath- A proposed classification scheme to determine management*. The american surgeon. 2007;73(12):1288-1290.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.