

## Cartas al Editor

### A propósito de un caso: hernia de Amyand, diagnóstico a considerar en un procedimiento de rutina

---

*Palabras clave: Hernia de Amyand. Hernia inguinal. Hernioplastia inguinal.*

---

*Sr. Editor:*

La presencia del apéndice vermiforme en el saco de una hernia inguinal fue definida por primera vez por Claudius Amyand, un cirujano inglés del siglo XVIII, que describió un caso en el cual practicó por primera vez una apendicectomía por apendicitis aguda hallada en la hernia inguinal de un niño de 11 años (1). Presentamos el caso de un paciente en el cual encontramos una hernia de Amyand durante la realización de una hernioplastia inguinal de forma electiva.

#### Caso clínico

Paciente de 71 años que ingresa para intervención programada de hernia inguinal derecha. Antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y fibrilación auricular por lo cual se encuentra en tratamiento con Sintrom®. Durante la disección del saco herniario se encuentra estructura tubular correspondiente al apéndice sin signos de inflamación. Bajo estricta protección del campo se decide realizar apendicectomía, posterior cierre del saco y reducción del mismo a cavidad. Previa limpieza del campo y cambio de instrumental y guantes, se prosigue con la reparación de la hernia con material protésico. El postoperato-

rio transcurre sin incidencias, siendo dado de alta el paciente a las 48 horas de la intervención. En los controles posteriores, el paciente no refirió haber presentado complicaciones de la herida y no se evidenciaron signos de recurrencia de la hernia.

#### Discusión

La hernia de Amyand, definida como el hallazgo del apéndice vermiforme en el saco de una hernia inguinal o crural, es un hallazgo infrecuente con una incidencia de 1% (2-5). De manera más excepcional, se presenta el caso de una apendicitis aguda complicando una hernia inguinal. Su incidencia varía entre 0,13% a 1% según diferentes estudios. D'Alia y cols. describieron un único caso de hernia de Amyand complicada con apendicitis, en una revisión de más de 1.300 casos de intervenciones de hernias (3). En la mayoría de los casos es un hallazgo en la mesa de quirófano, dado que el diagnóstico de hernia estrangulada o encar-

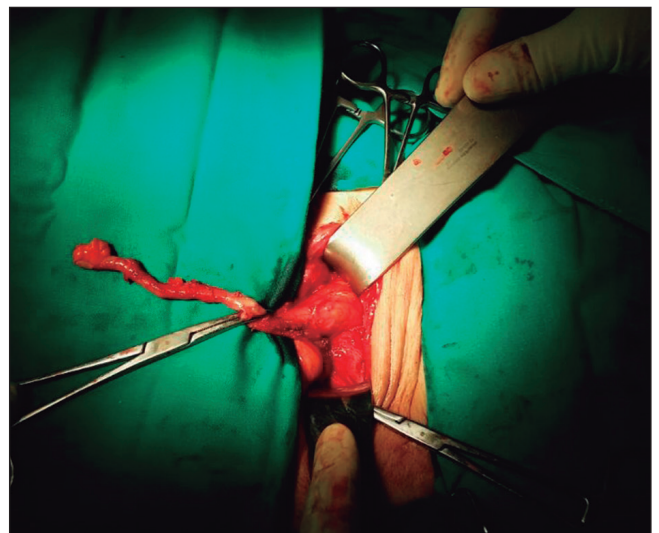


Fig. 1. Apéndice vermiforme en el saco de una hernia inguinal indirecta.

cerada, por el cual se plantea la intervención, no requiere habitualmente pruebas diagnósticas por imagen. El manejo de este tipo de hernias viene orientado por la clasificación creada por Losanoff y Basson (3,4) que describe 4 tipos distintos. Recomienda la apendicectomía y reparación de la hernia con malla, en el tipo 1, en el cual el apéndice es normal. Para el tipo 2 y 3 en los cuales ya se encuentran signos de apendicitis, sin o con peritonitis, respectivamente, se recomienda la apendicectomía través de hermiotomía o laparotomía, con cierre primario de la hernia mediante técnicas sin prótesis. Finalmente, en el tipo 4, está indicada la laparotomía ya que coexiste otra patología abdominal que debe ser identificada y tratada con reparación de la hernia sin malla. Parece haber acuerdo en la conducta terapéutica en el caso de apendicitis complicando la hernia de Amyand, sin embargo, la realización de apendicectomía profiláctica ante el hallazgo incidental, durante una intervención programada, es controvertida. Quienes la defienden impugnan que una resección cuidadosa de la pieza evitando la contaminación del campo, prevendría la morbilidad, mortalidad y costo de una futura apendicitis, sin aumentar el riesgo anestésico (1). Por otro lado, los detractores de la apendicectomía profiláctica argumentan que la violación de una técnica quirúrgica aséptica de un procedimiento limpio en principio, incrementa la morbilidad por complicaciones infecciosas, que además aumentaría la probabilidad de recurrencia de la hernia (4).

En conclusión, la hernia de Amyand es una rara entidad que generalmente es un hallazgo intraoperatorio inesperado. La decisión de realizar la apendicectomía profiláctica, como en nuestro

caso, debe realizarse teniendo en cuenta factores individuales que puedan incrementar la morbilidad en un futuro a corto, medio o largo plazo.

Diana Fernanda Benavides de la Rosa, Íñigo López de Cenarruzabeitia, Francisca Moreno Racionero, Luis María Merino Peñacoba y Juan Beltrán de Heredia

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid*

### Bibliografía

1. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J R Soc Med* 1993;86:104-5.
2. Kouskos E, Komaitis S, Kouskou M, et al. Complicated acute appendicitis within a right inguinal hernia sac Amyand's hernia: Report of a case. *Hippokratia* 2014;18:74-6.
3. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, et al. Amyand's hernia; case report and review of the literature. *Hernia* 2003;7:89-91. DOI: 10.1007/s10029-002-0098-5
4. Mishra VK, Joshi P, Shah JV, et al. Amyand's hernia: A case of an unusual Herniace. *Indian J Surg* 2013;75(Supl. 1):S469-71. DOI: 10.1007/s12262-013-0834-3
5. Priego P, Lobo E, Moreno I, et al. Acute appendicitis in an incarcerated hernia: Analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97:707-15. DOI: 10.4321/S1130-01082005001000004
6. Milanchi S, Allins AD. Amyand's hernia: History, imaging, and management. *Hernia* 2008;12:321-2. DOI: 10.1007/s10029-007-0304-6