

Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio

Peraza Casajús JM.¹, Bodega Quiroga I.¹, Sáinz González F.², Baquedano Rodríguez J.¹, Hernández G.³
y Olmeda Rodríguez J.⁴

Sanid. mil. 2011; 67 (2): 98-99; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

La hernia de Amyand constituye un raro tipo de herniación inguinal en la que su contenido es el apéndice vermiforme, siendo infrecuente encontrarnos con un apéndice inflamado en el interior del saco herniario, y excepcional realizar su diagnóstico preoperatorio, siendo pocos los casos descritos en la literatura. La forma de presentación más frecuente es como una hernia inguinal encarcelada. La sospecha clínica, junto con la realización de pruebas de imagen, fundamentalmente la tomografía computarizada, permitirán una aproximación diagnóstica. El tratamiento depende de los hallazgos intraoperatorios, realizándose apendicectomía transherniotomía o laparotómica, con herniorrafia o hernioplastia inguinales, dependiendo de la presencia de inflamación apendicular o sepsis abdominal. Presentamos el caso de un paciente con una hernia de Amyand diagnosticada preoperatoriamente, con apéndice inflamado y retrocecal, sin evidencias de herniación a la exploración, al que se practicó apendicectomía por vía laparotómica con reparación herniaria en un segundo tiempo.

PALABRAS CLAVE: Hernia de Amyand. Hernia inguinal. Apendicitis. Tomografía computarizada.

Amyand's hernia: description of one case with presurgical diagnosis

SUMMARY

Amyand's hernia is a rare form of inguinal hernia in which the content is the appendix. It is rare to find an inflamed appendix in the inguinal hernia sac and exceptional to perform a presurgical diagnosis, the number of cases described in the literature being small. The most frequent presentation form is as an incarcerated inguinal hernia. The diagnostic approach is based on the clinical suspicion together with imagery techniques, basically computerized tomography. The treatment depends on the intrasurgical findings, either appendix inflammation or abdominal sepsis indicating transherniotomy or laparotomic appendectomy, with inguinal herniorrhaphy or hernioplasty. We present one patient with an Amyand's hernia diagnosed prior to the surgery, with an inflamed retrocecal appendix, without evidence of hernia on clinical examination. A laparotomic appendectomy was carried out and in a second stage the hernia repair.

KEY WORDS: Amyand hernia · Inguinal hernia · Apendicitis · Computed tomography

INTRODUCCIÓN

La presencia del apéndice vermiforme en el interior de un saco herniario inguinal se denomina hernia de Amyand. La incidencia de hernias inguinales conteniendo el apéndice vermiforme se sitúa entorno al 0,28-1%^{1,2}. Todavía es más infrecuente la presencia de apendicitis en el interior de una hernia inguinal, con una incidencia del 0,07-0,13%^{1,2}; y es excepcional realizar un diagnóstico preoperatorio, encontrándose en un revisión de la literatura 1 caso de diagnóstico correcto en 40 años³.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 89 años que acude a urgencias por presentar oliguria, náuseas y dolor localizado en la fosa

ilíaca derecha de 16 horas de evolución. Entre sus antecedentes personales destacan adenocarcinoma de próstata radiado hace 9 años, actualmente en tratamiento con hormonoterapia. En la exploración, el abdomen se encontraba globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha, con signo de Blumberg positivo y dolor en región inguinal derecha sin evidencias de herniación. El paciente se encontraba afebril, con una tensión arterial de 153/65 mmHg y una frecuencia cardiaca de 101 ppm. En la analítica de sangre se muestran los siguientes resultados: leucocitos, 15.780/ul; neutrófilos, 92,2%; linfocitos, 3,8%; glucosa, 166 mg/dl; sodio, 133 mEq/l. Las radiografías de tórax y de abdomen fueron normales. Ante la duda clínica se realiza ecografía abdominal y de la fosa ilíaca derecha con sonda de alta frecuencia, no visualizándose claramente el apéndice, observando a nivel de los vasos ilíacos una lengüeta líquida de aproximadamente 2 cm de tamaño. Al no ser concluyente la ecografía, se realiza TAC abdominopélvico, observando en la fosa ilíaca derecha una evidente alteración de la grasa peritoneal, que muestra un aspecto edematoso y trabeculado, identificándose un apéndice retrocecal que se introduce en el conducto inguinal, donde se observa una afectación similar del tejido adiposo (Fig 1). Ante estos hallazgos, y el diagnóstico radiológico de probable apendicitis aguda, con herniación inguinal indirecta del apéndice inflamado, se decide intervención quirúrgica urgente, practicando laparotomía paramedia derecha, encontrando el apén-

¹ Cte. Médico. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

² Tcol. Médico. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

³ Col. Médico. Servicio de Radiodiagnóstico.

⁴ Tcol. Médico. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa Gómez-Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Dr. Jesús M. Peraza Casajús. Servicio de Cirugía General. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Glorieta del Ejército, s/n, CP. 28047. Madrid. jesusmanuelper@msn.com

Recibido: 25 de mayo de 2010

Aceptado: 16 de diciembre de 2010

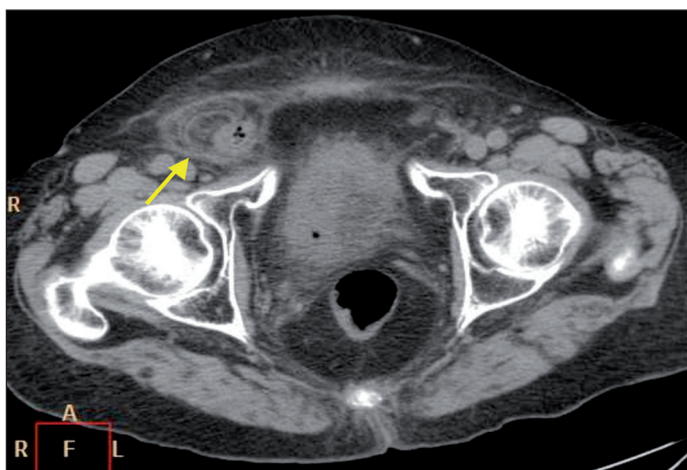


Figura 1. TAC abdominopélvico en el que se visualiza el apéndice vermiforme inflamado dentro del conducto inguinal.

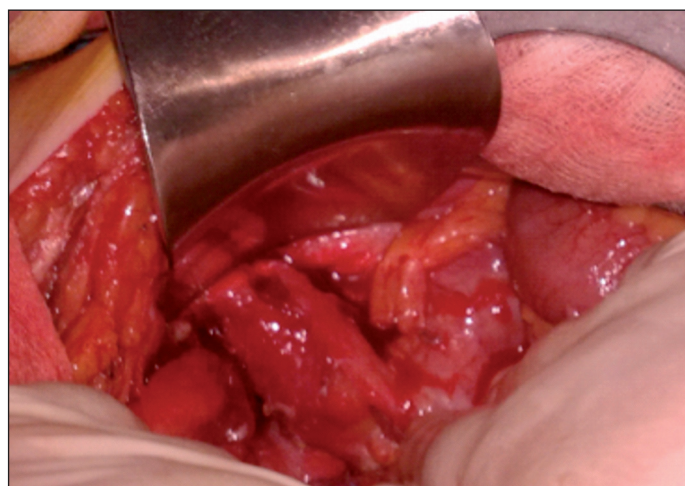


Figura 2. Apéndice vermiforme gangrenoso, largo, introduciéndose en el conducto inguinal derecho.

dice vermiforme gangrenoso, largo, dentro del conducto inguinal derecho (Fig. 2) con presencia de pus periapendicular. Se practica apendicectomía reglada y cierre del peritoneo parietal. El diagnóstico anatomopatológico fue apendicitis aguda gangrenosa. Presentó una evolución postoperatoria satisfactoria y fue dado de alta a los nueve días después de la intervención.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La hernia de Amyand se presenta habitualmente como una masa sensible, tensa e irreductible en región inguinal derecha⁴, aunque también ha sido descrita en el lado izquierdo^{5,6}, acompañada de grados variables de dolor abdominal y vómitos. La presencia de fiebre y leucocitosis no es constante. En nuestro caso, el paciente presentaba dolor en la región inguinal derecha sin evidencias de herniación, estaba nauseoso y tenía leucocitosis con neutrofilia, pero se encontraba afebril. Es más común que la hernia sea indirecta y se presente en varones de más de 60 años⁷, como en el caso que presentamos, habiéndose descrito también en niños. La mayoría de las hernias de Amyand se diagnostican durante la cirugía, porque ésta se indica ante la sospecha de una hernia inguinal complicada, siendo excepcional su diagnóstico preoperatorio. La TC es muy útil para su diagnóstico en adultos, así como la ecografía lo es en niños. La hernia de Amyand ha sido definida y clasificada en cuatro tipos según contenga un apéndice no inflamado, inflamado, perforado o un tumor apendicular o masa abdominal concomitante, proponiéndose como tratamiento la apendicectomía transherniotomía o laparotómica con hernioplastia o herniorrafia, dependiendo de la presencia de inflamación o sepsis abdominal⁸⁻¹⁰.

Nosotros elegimos la vía laparotómica para realizar la apendicectomía en las mejores condiciones, asegurando una buena exposición y control del campo operatorio y para drenar un posible absceso apendicular, minimizando el riesgo de infección de la herida quirúrgica. Asimismo, optamos por realizar la reparación herniaria mediante hernioplastia en un segundo tiempo, en ausencia de contaminación de la pared abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia*. 2003; 7(2): 89-91.
2. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia*. 2007; 11(1): 31-35.
3. Weber RV, Hunt ZC, Kral JG. Amyand's hernia: Etiologic and therapeutic implications of two complications. *Surg Rounds*. 1999; 22: 552-6.
4. Marron CD, Khadim M, McKay D, Mackle EJ, Peyton JW. Amyand's hernia causing necrotizing fasciitis of the anterior abdominal wall. *Hernia* 2005; 9: 381-383.
5. Breitenstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia*. 2005; 9(1): 100-2.
6. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J*. 2005; 46: 424-5.
7. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydin R. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia*. 2006; 10(2): 152-5.
8. Fernando J, Leelaratna S. Amyand's hernia. *Ceylon Med J*. 2002; 47: 71.
9. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath-a proposed classification scheme to determine management. *American Surgeon*. 2007; 73(12): 1288-90.
10. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008; 12(3): 325-6.