

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL. "FÉLIX LUGONES RAMÍREZ".
PILON**

**HERNIA DE AMYAND. PRESENTACION DE UN CASO. AYMAND'S
HERNIA.CASE REPORT**

Ernesto Sánchez Castillo¹ ; Balbina Domínguez Viltres² ; Francisco Vargas La O³ .

Resumen

La presencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con un 0,13% de los casos. Esta rara condición se conoce como Hernia de Amyand. La forma de presentación habitual es la de una hernia inguinal complicada. Es por este motivo que el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda requiere de una alta sospecha clínica, realizándose mayoritariamente durante la cirugía. El estudio de imágenes, en particular la Tomografía Axial Computada, ha sido utilizado para plantear este diagnóstico. El tratamiento recomendado es la apendicetomía y la reparación primaria de la hernia en el mismo tiempo operatorio. No se debe utilizar prótesis por el riesgo de infección y fístula del muñón apendicular. Debido a lo excepcional de esta patología, presentamos el caso de un hombre de 75 años que se manifestó como una hernia inguinal complicada y cuyo diagnóstico de apendicitis se realizó en el Salón de Operación luego de abrir el saco Herniario.

Descriptor DeCs: HERNIA INGUINAL/ cirugía; APENDICECTOMIA/ métodos; APENDICITIS AGUDA; HERNIA DE AMYAND; HERNIA INGUINAL/ complicaciones; APENDICITIS/ complicaciones.

Abstract.

The presence of acute appendicitis in an inguinal hernia is an unfrequent fact with 0.13% of the cases. This weird condition is known as Amyand's hernia. The way of habitual presentation is a complicated inguinal hernia, for this reason the preoperative diagnosis of acute appendicitis requires a serious clinical suspicion. The recommended treatment is the appendectomy and primary restoration of the hernia at the same operative time, it is presented a 72 year old patient who showed a complicated inguinal hernia and whose appendicitis diagnosis was performed in the transoperative. The cecal appendix had inflammatory changes inside the hernia sac. It was developed a consistent surgical treatment in the appendectomy with histological confirmation and herniorrhaphy by La Roque technique. The patient was discharged after five days with a good evolution.

Key Words: INGUINAL HERNIA/surgery; APPENDECTOMY/ methods; ACUTTE APPENDICITIS; AMYAND'S HERNIA; APPENDICITIS/ complications.

Introducción

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de mayor frecuencia a la que se ve

enfrentado el cirujano general.^(1, 2) Su diagnóstico no presenta dificultad cuando se manifiesta con náuseas, vómitos y la clásica migración del dolor abdominal hacia la

1

Especialista en 2do Grado en Cirugía General.

2

Lic: Enfermería.

3

Especialista en 1er Grado en Cirugía General.

fosa ilíaca derecha.⁽²⁻⁴⁾ Sin embargo, por las múltiples localizaciones del apéndice⁵, su diagnóstico siempre representa un desafío. La literatura reporta una incidencia de 1% del apéndice normal en el saco de una hernia inguinal y aún más infrecuente es la apendicitis con un 0,13%⁽³⁻¹²⁾. Esta rara condición fue descrita por primera vez en el año 1735 por Claudius Amyand, y por su descripción en el saco inguinal es que esta localización lleva su nombre.^(4, 6, 8-10,12-15)

Por lo excepcional de la Hernia de Amyand y los pocos reportes que existen a nivel internacional, hemos querido presentar un caso clínico de esta condición y la revisión de la literatura.

Caso clínico

Paciente masculino de 75 años que consultó al Servicio de Urgencia del Cuerpo de Guardia de nuestro Hospital F.L.R de 2 días de dolor abdominal difuso, asociado a vómitos y falta de eliminación de gases. Entre sus antecedentes destaca el alcoholismo y no tener cirugía abdominal previa. Al ingreso destacaba un paciente afebril, con taquicardia de 121 por minuto y Presión Arterial 140/90 mmHg, con deshidratación moderada. Examen cardiovascular y pulmonar sin hallazgos patológicos. El abdomen estaba distendido en forma moderada y simétrica, blando, depresible e indoloro, con ruidos intestinales disminuidos. A nivel inguinalEscrotal derecha se consignó un aumento de volumen inquino-escrotal tenso, sensible e irreducible. En la radiografía de abdomen simple sobresale la distensión de asas de intestino delgado y no se visualiza aire rectal. El diagnóstico de hospitalización fue el de hernia inquino-escrotal derecha complicada con obstrucción intestinal.

El paciente es llevado al Quirófano, Se realiza un abordaje anterior. Se escinde el saco herniario, el que contiene el ciego y epiplón mayor aplastrado. Se realiza liberación digital y la exploración revela el apéndice cecal inflamado. Se realiza apendicectomía a través de esta incisión y posteriormente se repara la pared posterior según la técnica de McVay. Se deja drenaje.

La anatomía patológica informó apendicitis aguda flegmonosa.

Evolucionó en buenas condiciones, realimentándose al segundo día postoperatorio. El drenaje se retira al cuarto día y es dado de alta. Los controles posteriores no han detectado infección de herida ni recidiva de la hernia. Con un Postoperatorio Mediato

Discusión

El diagnóstico preoperatorio de una apendicitis aguda no debiera en general presentar dificultades. Sin embargo, esto puede ocurrir en localizaciones atípicas.^(4, 5) Una rara ubicación es la del saco inguinal o Hernia de Amyand, cuyo diagnóstico quirúrgico es inusual y generalmente, como ocurrió en nuestro caso, es realizado en la mesa operatoria luego de escindir el saco de una hernia complicada.^(4-6, 8, 10-12)

La característica típica que permite sospechar este tipo de hernia es el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, asociado a una masa sensible, tensa e irreductible en la región inguinal homolateral¹³. Sin embargo, con esta presentación clínica el diagnóstico fácilmente es confundido con una hernia inguinal complicada¹¹⁻¹³, siendo esta entidad el diagnóstico diferencial más importante.^(4-6, 8, 10, 13) En ocasiones es posible reconocer los síntomas prodrómicos típicos de una apendicitis como son el dolor epigástrico o periumbilical, que posteriormente migra hacia la fosa iliaca derecha y/o a la región inguinal.⁽¹¹⁾ Otras alternativas diagnósticas que debemos reconocer y diferenciar, son: la epididimitis aguda, hidrocele agudo, torsión testicular, adenitis

inguinal, hernia de Richter y la hernia femoral.^(11, 12)

El reconocimiento precoz de la naturaleza de la hernia es fundamental para el pronóstico, ya que se han descrito algunas complicaciones, como la peritonitis difusa y la formación de abscesos secundarios a la perforación del apéndice dentro del saco⁽¹¹⁾, e incluso tan graves como la fasciitis necrotizante.^(12, 13)

Para un diagnóstico etiológico correcto y oportuno, el estudio de imágenes, en particular la Tomografía Axial Computada (TAC), ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de apendicitis aguda en casos de dolor

abdominal agudo.^(2, 5, 9, 16) Ante la sospecha de Hernia de Amyand ha sido demostrada su utilidad al visualizar el apéndice dentro del saco.^(5, 7-9, 11, 13) Sin embargo, este no es un examen de rutina para esta patología, debido a que los pacientes van directamente a cirugía con el diagnóstico de hernia inguinal complicada.^(11, 12, 14) En esta situación clínica, como sucedió con nuestro paciente, la imagen solicitada es la radiografía de abdomen simple por la sospecha de obstrucción intestinal, la que no es de utilidad para establecer el diagnóstico etiológico correcto.^(3, 9)

En cuanto a su mecanismo fisiopatológico, es difícil determinar si la apendicitis es el fenómeno primario o es debido a una estrangulación de un apéndice herniado, secundario a la contracción muscular y el aumento de presión intraabdominal.^(4, 5, 7, 14) Se postula que el apéndice en el canal inguinal se hace más vulnerable al trauma y el flujo sanguíneo disminuye, lo que resultaría en sobrecrecimiento bacteriano e inflamación de dicho órgano.¹¹

El tratamiento de elección es realizar la apendicectomía a través de una herniotomía con reparación primaria de la hernia utilizando la misma incisión.^(4, 6, 7, 9, 11, 12) criterio que utilizamos en esta situación. Sin embargo, en la literatura las vías de acceso son

variables, así se menciona el abordaje preperitoneal^(4, 12) o inguinal^(8-10, 12, 14) para tratar ambas

patologías, el abordaje combinado (inguinal y abdominal para la apendicectomía)^(4,7,8) y la vía laparoscópica^(6,9,10,12) La vía abdominal a través de una laparotomía media inferior exclusiva, ha sido recomendada para obtener una mejor exposición y control del campo operatorio, en el caso de un proceso inflamatorio extenso de la fosa ilíaca derecha^(11,12) La técnica de reparación de la hernia mencionada con mayor frecuencia en la literatura es la clásica de Shouldice.^(4, 10, 11,14) No se recomienda la hernioplastia con malla, porque al utilizar un material protésico en una pared abdominal contaminada, aumenta el riesgo de infección de la herida operatoria y de fístula del muñón apendicular.^(4, 6, 11,14)

La presentación de este caso nos parece de interés a quienes nos vemos enfrentados a la atención de urgencia. El hecho de conocer esta situación, y saber como tratarla permitirá evitar las complicaciones derivadas de un diagnóstico etiológico tardío, de nuevas incisiones y del uso de prótesis, con la consiguiente estadía hospitalaria prolongada.

Referencias Bibliográficas

1. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *British Journal of Surgery* 1989; 76: 1121-1125.
2. Poh ACC, Lin M, Teh HS, Tan AGS. The role of Computed Tomography in clinically-suspected but equivocal acute appendicitis. *Singapore Med Journal* 2004, 45: 379-384.
3. Lawrence I, Chad F. Acute appendicitis in a femoral hernia: an unusual presentation of a groin mass. *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 23: 15-18.
4. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50-51.
5. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *The British Journal of Radiology* 2000; 73: 1013-1014.
6. Saggar VR, Singh K, Sarangi R. Endoscopic Total Extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia* 2004; 8: 164-165.
7. Ash L, Hatem S, Motta GA, Veniero J. Amyand's hernia: a case report of prospective CT diagnosis in the emergency department. *Emergency Radiology* 2005; 11: 231-232.
8. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterology* 2002; 97: 2684-2685.
9. Luchs J, Halpern D, Katz D. Amyand's Hernia: Prospective CT Diagnosis. *Journal of Computer Assisted Tomography* 2000; 24: 884-886.
10. 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: 89-91
11. Salemis N.S, Nisotakis K, Nazos K, Stravrinou P, Tsohataridis E. Perforated appendix and periappendicular abscess within an inguinal hernia. *Hernia* 2006. Disponible en: www.springerlink.com (Consultado el 12 de septiembre del 2006).
12. Osorio JK, Guzman-Valdivia G. Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia* 2006; 10: 443-446.
13. 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.
14. Breitenstein S, Eisembach, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia* 2005; 9: 100-102.

14. 15. Powell JL. Historical Notes in Pelvic Surgery: Anecdotes on Appendicitis. *Journal of Pelvic Surgery* 2001; 7: 39-41.
15. 16. Bendeck S, Nino-Murcia M, Berry G, Jeffrey B. Imaging for suspected appendicitis: Negative appendectomy and perforation rates. *Radiology* 2002; 225: 131-136.