



Hernia de Amyand: una entidad poco frecuente. Reporte de caso

Alexis Oliveros Griman ¹.

Sailu Bravo ².

Bárbara Durán Aguilarte ³.

Daniela Vieira Fernandes ⁴.

Miguel Vassallo Palermo ⁵.

¹Servicio II de cirugía General. Hospital Universitario de Caracas. Distrito Capital, Caracas, Venezuela

²Servicio II de cirugía General. Hospital Universitario de Caracas. Distrito Capital, Caracas, Venezuela.

³Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Caracas, Venezuela

⁴Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela. Distrito Capital, Caracas, Venezuela

⁵Servicio II de cirugía General. Hospital Universitario de Caracas. Distrito Capital, Caracas, Venezuela

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 01 de Julio del 2024 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

La Hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice cecal en el interior del saco de una hernia inguinal, es una entidad poco frecuente representando el 1% del total de casos de hernias inguinales. En la actualidad sigue existiendo controversia si se debe realizar apendicectomía ante la aparición del apéndice sano o sólo hernioplastia. Se trata de paciente masculino sin antecedentes patológicos conocidos quien refiere inicio de enfermedad actual hace 8 años cuando posterior a esfuerzo físico presenta aumento de volumen en región

inguinoescrotal derecha, 7 días previos a su ingreso se asocia al cuadro clínico dolor de fuerte intensidad y cambios en el patrón evacuatorio con tendencia al estreñimiento; al examen físico se evidencia aumento de volumen en región inguinal derecha de 15x10cm que se extiende a región escrotal, doloroso a la palpación profunda, parcialmente reductible que exacerba con maniobras de Valsalva. Diagnóstico: Hernia inguino-escrotal derecha, se realizó hernioplastia inguinal derecha logrando evidenciar el apéndice dentro del saco herniario; por lo cual se anexó a la intervención quirúrgica la apendicectomía apicobasal. El paciente fue conferido de alta en estables condiciones y en controles posoperatorios a los 8 y 15 días de la cirugía no presentó complicaciones. Considerando los hallazgos intraoperatorios se utilizó la clasificación de Losanoff para catalogar la Hernia de Amyand del presente caso como Tipo 1. Según Losanoff la conducta sería preservar el apéndice cecal, sin embargo, se realizó apendicectomía planteando que dicha conducta puede reducir el riesgo de una futura intervención quirúrgica en el paciente.

PALABRAS CLAVE: Apéndice, Cirugía general, Hernia Inguinal, Caso clínico

AMYAND'S HERNIA: A RARE ENTITY. CASE REPORT

SUMMARY

Amyand's hernia is defined as the presence of the cecal appendix inside the sac of an inguinal hernia, it is a rare entity representing 1% of the total cases of inguinal hernias. Currently, there is still controversy as to whether an appendectomy should be performed in the presence of a healthy appendix or only hernioplasty. This is a male patient with no known pathological history who reports the onset of current disease 8 years ago when, after physical exertion, he presented an increase in volume in the right inguino-scrotal region, 7 days prior to admission, the clinical picture was associated with pain of strong intensity and changes in the evacuation pattern with a tendency to constipation; Physical examination showed an increase in volume in the right inguinal region of 15x10cm that extended to the scrotal region, painful on deep palpation, partially reducible that was exacerbated by Valsalva maneuvers. Diagnosis: Right inguino-scrotal hernia, right inguinal hernioplasty was performed, evidencing the appendix within the hernia sac; therefore, apicobasal appendectomy was added to the surgical intervention. The patient was discharged in stable condition and in postoperative controls 8 and 15 days after surgery he did not present complications. Considering the intraoperative findings, Losanoff's classification was used to classify the Amyand's hernia in the present case as Type 1. According to Losanoff, the procedure would be to preserve the cecal appendix, however, an appendectomy was performed, suggesting that this procedure may reduce the risk of future surgical intervention in the patient.

KEY WORDS: Appendix, General surgery, Inguinal hernia, Case report

HERNIA DE AMYAND: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO

INTRODUCCIÓN

Las hernias inguinales son una de las entidades clínicas más comunes en el área de la cirugía

general(1), existiendo variaciones en su presentación siendo la más común la presencia de intestino delgado o grueso, o sólo epiplón en el saco herniario, sin embargo, menos frecuente y a menudo diagnosticada en el intraoperatorio encontramos la Hernia de Amyand definida como la presencia total o parcial del apéndice cecal con o sin signos de inflamación dentro del saco herniario(2,3), con una prevalencia del 1% de todos los casos de hernias inguinales. La complicación con apendicitis se reporta en el 0,07- 0,13% de los casos y en menor incidencia 0,1% el apéndice perforado; acoplado a una mortalidad que oscila entre 15-30% debido a peritonitis en estos casos (3). Debido a lo infrecuente de la patología y lo inespecífico del cuadro clínico el diagnóstico suele ser intraoperatorio y en la actualidad aún existe controversia sobre la conducta quirúrgica en estos casos considerando si es favorable o no la apendicectomía profiláctica en los casos de Hernias de Amyand tipo 1. El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia con esta entidad clínica mediante el abordaje y resultado de un caso clínico.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años sin antecedentes patológicos conocidos quien refiere inicio de enfermedad actual hace 8 años cuando posterior a esfuerzo físico presenta aumento de volumen en región inguinal derecha, 7 días previos a su ingreso se asocia al cuadro clínico dolor de fuerte intensidad en el área que no cede con el uso de analgésicos, persistencia del aumento de volumen en región inguinal derecha y cambios en el patrón evacuatorio con tendencia al estreñimiento, motivo por el cual acude a este centro y se decide su ingreso. Los hallazgos clínicos encontrados fueron un abdomen plano con ruidos hidroaéreos presentes sin alteraciones, blando, deprimible, no doloroso a la palpación superficial; doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal, se evidencia aumento de volumen en región inguinal derecha de 15 x 10 cm que se extiende hasta la región escrotal y exacerba con maniobras de Valsalva, parcialmente reductible con maniobra de taxis. Genitales masculinos normoconfigurados, doloroso a la palpación de testículo derecho, tacto rectal impresiona próstata discretamente aumentada de tamaño. Se realizaron estudios preoperatorios incluyendo radiografía de tórax y electrocardiograma cuyo resultados no contraindicaban la intervención quirúrgica, analítica de sangre Hb: 13.5g/dl; Hto: 39%; GB: 12000UL; Neu: 67%; Plaq: 225000UL, reactantes de fase aguda sin alteraciones y una ecografía de piel y partes blandas en región inguinal derecha que reveló dilatación del anillo inguinal profundo con protrusión de saco herniario.

Tratamiento realizado:

Se realiza abordaje quirúrgico según técnica de Lichtenstein logrando evidenciar anillo inguinal derecho profundo dilatado de 5cm y saco herniario de 10x8cm encontrándose en su interior apéndice cecal sin cambios de coloración (figura 1,2), se realiza exéresis del mismo (figura 3) y la pared inguinal es reconstruida con una malla fija de polipropileno de 8x8cm, el procedimiento quirúrgico finalizó sin complicaciones perioperatorias. El paciente fue conferido de alta hospitalaria 24hrs después de la intervención quirúrgica en buenas

condiciones generales y en el seguimiento postoperatorio a los 8 y 15 días no hubo complicaciones de la herida quirúrgica.

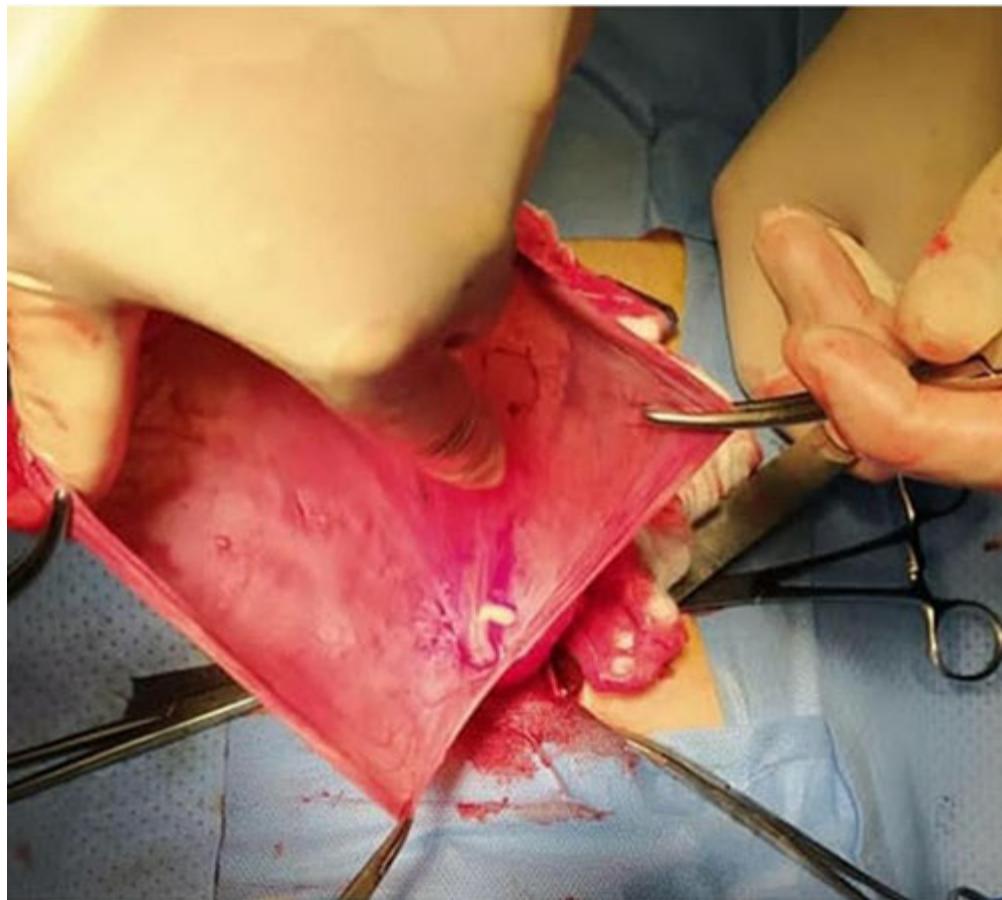


Figura 1: Diagnóstico intraoperatorio de Hernia de Amyand. Apéndice cecal como contenido de saco herniario.

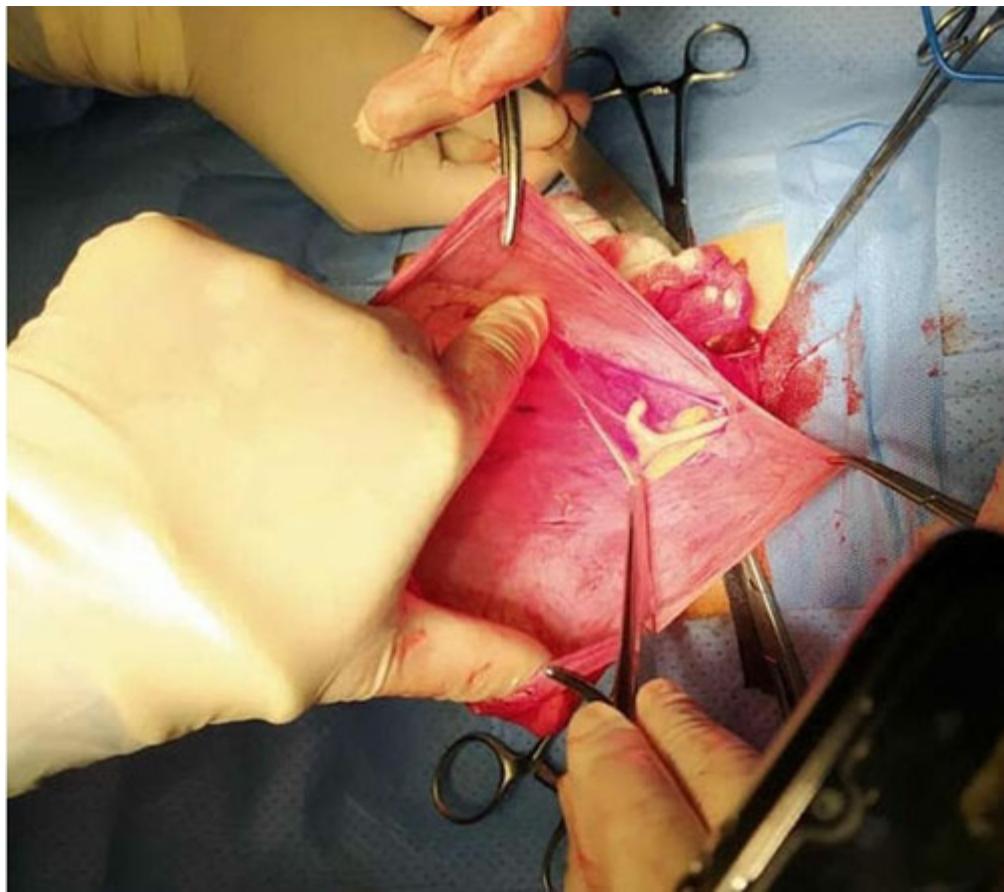


Figura 2: Hernia de Amyand. Imagen intraoperatoria de saco herniario abierto con apéndice cecal en su interior.

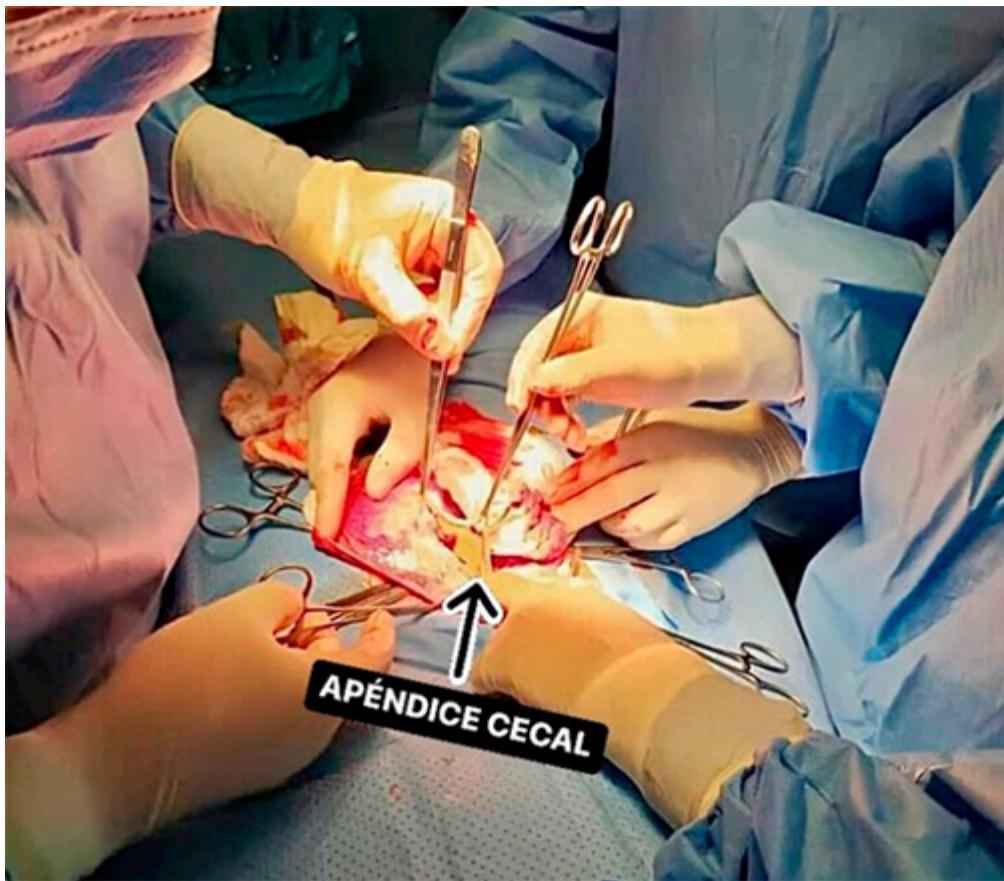


Figura 3: Exéresis del apéndice cecal cecalcecalcecal

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico de la Hernia de Amyand habitualmente se realiza intraoperatoriamente ya que su presentación clínica es inespecífica de una hernia inguinal complicada por lo que debe ser conocida por el cirujano general, esta entidad clínica tiene baja prevalencia representando el 1% del total de casos de hernias inguinales y sólo el 0,07- 1.2% reportan apendicitis con unamortalidad del 15-30% en casos donde el apéndice se encuentre perforado (4). Actualmente no se ha definido un manejo estándar; el enfoque del tratamiento debe individualizarse en cada paciente tomando en consideración la integridad del apéndice, la edad y las comorbilidades del paciente y los hallazgos quirúrgicos son determinantes a la hora del cirujano tomar una decisión que resulte favorecedora para el paciente (5,6). En el año 2007 Losanoff y Basson propusieron una clasificación (Tabla I) (7).

Clasificación	Descripción	Manejo
Tipo 1	Apéndice normal en una hernia inguinal	Reducción de la hernia, reparación con malla
Tipo 2	Apendicitis aguda en una hernia inguinal sin sepsis abdominal	Apendicectomía, cierre primario de la hernia sin malla
Tipo 3	Apendicitis aguda en una hernia inguinal con absceso de pared abdominal o sepsis peritoneal	Laparotomía exploratoria, apendicectomía, reparación primaria de la hernia sin malla
Tipo 4	Apendicitis aguda en una hernia inguinal más cualquier patología intraabdominal	Manejo como tipo 1-3, investigar la patología según sea necesario

asociando el tipo de Hernia de Amyand con el tratamiento a nivel del apéndice cecal y la reparación herniaria a realizar; aun cuando se base en la experiencia personal del autor; es la única estandarización de esta entidad clínica y utilizada por los cirujanos generales como orientación a la hora de toma de decisiones en estos casos. Existe controversia acerca de la realización o no de apendicectomía ante hallazgos del apéndice cecal sano y el uso o no de mallas para la reparación del saco herniario en casos de apendicitis (8,9); en la literatura algunos autores describen que la apendicectomía proporciona una menor tasa de morbilidad basándose en la teoría de que la manipulación del apéndice durante la intervención quirúrgica puede dar lugar a la evolución de una futura apendicitis y que el uso de malla resulta seguro en ausencia de apendicitis, en los casos que el apéndice presente algún grado de inflamación estaría indicado la apendicectomía y evitar el uso de malla en la reparación del defecto herniario debido al riesgo de infección de la herida quirúrgica(10,11). Considerando los hallazgos intraoperatorios del presente caso se clasifica la Hernia de Amyand en Tipo 1 al evidenciarse dentro del saco herniario el apéndice cecal sano; aun cuando la clasificación de Losanoff y Basson indica que la conducta a seguir es reparación de la hernia sin realización de apendicectomía, en el presente caso se realizó apendicectomía planteando que esto disminuye el riesgo en el paciente de un futuro procedimiento quirúrgico. Concluyendo los cirujanos generales deben conocer esta infrecuente condición clínica en casos de hernia inguinal derecha complicada y también deben conocer las diferentes perspectivas de manejo quirúrgico (12); considerando que la Hernia de Amyand es una entidad clínica de baja prevalencia y pocos estudios publicados, no existen protocolos estándar de tratamiento para la hernia de Amyand por lo cual se recomienda considerar la edad del paciente, el riesgo de desarrollar una futura apendicitis, el tamaño y las características anatómicas del apéndice y el papel importante del buen juicio del cirujano general orientándose en la clasificación de Losanoff y Basson para el manejo quirúrgico de esta patología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se obtuvo el consentimiento informado del participante incluido en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dragustinovis-Hinojosa G, Gutiérrez-González JA, Medina-Muñoz DE, Romero-Gárza HH. Amyand's Hernia:a case report. CIR PARAGUAYA 2022;46:29-31. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2022.abril.29>.
2. Gupta B, Hatwar G, Tiwari C, Gupta S. Our experience with Amyand's hernia. Int Surg J 2019;6:4572. <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.ij20195436>
3. Vrsalovic Muller N, Aviles Cozzi VA, Ortiz Aparicio FM. Hernia de Amyand. Manejo Quirúrgico ante un Diagnóstico Infrecuente. Gac médica boliv 2022;45:60-3. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.320>.
4. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.320>
5. Wagh A Dr, Tandur A Dr, Ganesan B Dr, M Hegade A Dr, Jawale H Dr, Reddy K Dr, et al. Amyand's hernia - a continuum of clinical presentation and literature review. Ijsr 2022;47-50. <https://doi.org/10.36106/ijsr/6204564>.
6. Molina JD, Jaramillo ET, Vergara G, Marín JC, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso. Universidad de Caldas IATREIA 2017;30:443-7. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n4a08>.
7. Jaramillo Bolívar YE, Galíndez Girón LB, Freites Morales A, Soto Díaz GJE, Guevara Pérez DA, Yoris Marín CE. HERNIA DE AMYAND TIPO 3. REPORTE DE CASO. Rev Venez Cirugía 2020;73:14-7. <https://revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/265>
8. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. Hernia 2008;12:325-6. <https://doi.org/10.1007/s10029-008-0331-y>.
9. Servide-Staffolani MJ, Perfecto-Valero A, Cervera-Aldama J, Anduaga-Peña MF, GarcíaGonzález JM, Colina-Alonso A, et al. Controversias en el tratamiento de la hernia de Amyand. Rev Colomb Cir 2018;33:107-10.
10. <https://doi.org/10.30944/20117582.52>
11. Perrotti S, Bosco D, Miano D, Amico A, Latino R, Di Cataldo A. Incarcerated Amyand's hernia: A case report. Int J Surg Case Rep 2018;51:265-7.
12. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.08.064>
13. Manatakis DK, Tasis N, Antonopoulou MI, Anagnostopoulos P, Acheimastos V, Papageorgiou D, et al. Revisiting Amyand's hernia: A 20-year systematic review. World J Surg 2021;45:1763-70. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-05983-y>.
14. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a case series with critics of role of appendectomy. Hernia 2015;19:987-90. <https://doi.org/10.1007/s10029-013-1209-1>.
15. Noguera-Arzamendia J, Fretes-Gomez A, Caballero-Rodrigues A. Reporte de Caso: Hernia de Amyand. CIR PARAGUAYA 2020;44:37-8.
16. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2020.diciembre.37>