

Hernia de Amyand en la senectud: Reporte de caso

Fabrizio Morales G. ⁽¹⁾ Franklin Jiménez T. ⁽²⁾ Santiago Vásquez S. ⁽³⁾

Resumen

Contexto: La apendicitis constituye un desafío diagnóstico cuando se presenta en una ubicación anómala.

Presentación del caso: Se trató de un varón de 83 años, con antecedentes de herniorrafia inguinal derecha hace cinco años. Acudió al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal agudo de varias horas de evolución. A la exploración física se evidenció la presencia de una masa inguinal derecha, no reducible y dolorosa. Fue sometido a laparotomía, encontrando un apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal indirecto.

Conclusiones: La hernia de Amyand constituye una patología rara, especialmente en adultos mayores. El diagnóstico clínico es difícil y en la mayoría de los casos ocurre durante el intraoperatorio. La colocación de una malla para reparar el defecto herniario se limita a la ausencia de infección intraabdominal.

1 Médico. Jefe de Residentes de Cirugía General; Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Postgradista de Cirugía General, Universidad San Francisco de Quito.

2 Médico. Tratante del Servicio de Cirugía General, Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3 Médico. Residente de cuarto año; Servicio de Cirugía General, Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Postgradista de Cirugía General, Universidad San Francisco de Quito.

Rev Fac Cien Med (Quito) 2012; 37: 65 – 68.

Dirección para correspondencia:

Dr. Fabrizio Morales. Servicio de Cirugía General. Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social "Carlos Andrade Marín". Ayacucho y 18 de Septiembre. Quito-Ecuador.
fabri_morales@hotmail.com

Palabras clave

Tercera edad; Apendicitis; Diagnóstico; Hernia inguinal; Hernia de Amyand; Cirugía.

Recibido:

05 – Abril – 2011

Aceptado:

05 – Mayo – 2011

Introducción

Claudius Amyand (cirujano francés) en 1735 fue el primero en describir y resolver la presencia de un cuadro de apendicitis aguda contenido en el saco herniario inguinal de un niño de 11 años; y es en honor a quien ésta patología lleva su nombre ^[1,2]. Si bien la apendicitis aguda constituye una entidad clínico-quirúrgica de diagnóstico sencillo en su presentación clásica, considerando las características del dolor, irradiación, sintomatología acompañante y hallazgos de irritación peritoneal

durante el examen físico, puede ser un reto diagnóstico para el cirujano cuando las variantes de la normalidad condicionan un cuadro clínico diferente.

La hernia de Amyand es precisamente una de las variaciones más infrecuentes. Es así que el apéndice en el saco herniario inguinal suele ser un hallazgo raro, reportado en alrededor del 1% de los casos y la apendicitis asociada muestra una incidencia aún menor del 0.1% ^[3-5].

Presentación del caso

Se trató de un varón de 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial no controlada y de herniorrafia inguinal derecha cinco años atrás. Acudió al servicio de urgencias del hospital aproximadamente 24 horas luego de presentar en forma súbita, un cuadro de dolor abdominal tipo continuo, con exacerbaciones y difuso; acompañado de náusea y vómito por varias ocasiones, ausencia de canalización de flatos y distensión abdominal. A la exploración física sus cifras de tensión arterial se mantuvieron alrededor de 170/95, sin taquicardia, ni alza térmica. No se identificaron alteraciones en la auscultación pulmonar y cardíaca. El abdomen se mostró distendido, doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal. Se evidenció la presencia de una masa inguinal derecha, no reducible, dolorosa y con el área cutánea involucrada con edema y eritematosa.

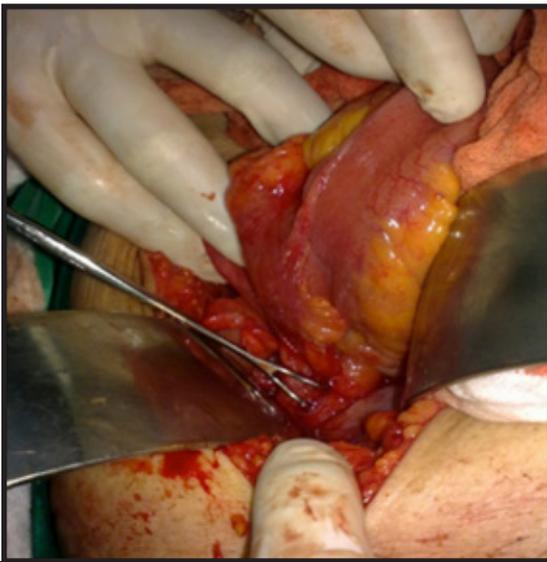


Figura 1. Identificación del apéndice (pinza Babcock) en el orificio inguinal derecho.



Figura 2. Se aprecia el apéndice (pinza Babcock) y el orificio inguinal indirecto (pinza anatómica).

La analítica sanguínea reportó leucocitosis de 15.900/mm³, con conteo porcentual de neutrófilos del 90%; hemoglobina en 15g/dL y hematocrito de 43.8%.

Fue sometido a laparotomía por incisión media infraumbilical. Durante el abordaje se realizó liberación digital del contenido herniario y ampliación del anillo inguinal interno, encontrando un apéndice perforado en su porción media, además de un absceso de alrededor 100 cc, dentro de un saco herniario inguinal indirecto (Nyhus II).

Se procedió a realizar la apendicectomía correspondiente y el drenaje del absceso localizado; además de tracción e inversión del saco herniario hacia la cavidad abdominal, una ligadura en su porción basal y resección del mismo; **fotos 1 y 2**.

La hernioplastia fue diferida para un segundo momento quirúrgico, debido a la contaminación abdominal y ante la necesidad de colocar una prótesis en la reparación definitiva. El paciente recibió terapia antibiótica (ceftriaxone y metronidazol) por vía parenteral durante tres días, evolucionando favorablemente. Durante su seguimiento, no se evidenció infección del sitio quirúrgico, ni recidiva de la hernia en los controles postoperatorios.

Discusión

Constituye un hecho excepcional encontrar un cuadro de apendicitis aguda complicada en un saco herniario inguinal (0.1% de los casos), lo cual conlleva un diagnóstico prequirúrgico difícil y en el mayor número de ocasiones tiene lugar intraoperatoriamente^[3-6]. En pocas ocasiones la presentación es la clásica de la apendicitis aguda, con el dolor abdominal epigástrico y su ulterior ubicación en el cuadrante inferior derecho y aun más raro situado en la región inguinal. La mayoría de reportes describen características clínicas de una hernia inguinal encarcelada o estrangulada, sin ser posible diferenciar – a pesar de la existencia de signos de irritación peritoneal – si el cuadro corresponde a un apéndice vermiforme inflamado, o a un segmento intestinal con su aporte sanguíneo comprometido y con posterior perforación de la pared^[7,8].

La literatura médica reporta pacientes con un rango de edad amplio, desde la niñez hasta la senectud, sin existir un grupo etáreo en el

cual la incidencia sea mayor^[9-11]. Exámenes complementarios de imagen como tomografía computarizada para identificar el apéndice contenido en la hernia inguinal, no resultan de mayor utilidad ya que la alta sospecha de una hernia complicada obliga a una resolución quirúrgica de emergencia^[10].

Son pocos los casos reportados de una hernia de Amyand izquierda y generalmente están en relación con mal rotación intestinal^[11, 12], lo que permite deducir que, en los individuos afectados en la zona inguinal derecha, la causa se asocia con una variación de la normalidad en la posición del apéndice; sin embargo no sabemos si el fenómeno que desencadena la patología es el proceso inflamatorio del apéndice o la estrangulación con compromiso vascular que lleva a la isquemia del apéndice protruido en el saco herniario^[13, 14].

Es importante considerar en su manejo la presencia de inflamación apendicular y contaminación por la peritonitis; por tal razón, al encontrar un apéndice normal, varios autores coinciden en no realizar la apendicectomía y reparar el defecto herniario con o sin prótesis^[14, 16]; por otra parte, la evidencia de una apendicitis aguda por sí misma constituye una indicación para extirpar el órgano y cuando se acompaña de perforación y absceso no es recomendable la colocación de la malla^[17, 18].

En lo referente al abordaje quirúrgico no existe consenso, pero se han descrito a nivel inguinal el acceso anterior y el preperitoneal con buenos resultados. Sin embargo, frente a la sospecha de complicación y perforación resulta prudente la laparotomía, que permite una identificación y manejo apropiados del contenido herniario y del proceso inflamatorio de la cavidad peritoneal^[8, 16-18]. Algunos autores consideran que la laparoscopia permite una adecuada exposición y manejo del cuadro apendicular y la corrección de la hernia al mismo tiempo, por lo que el abordaje endoscópico es una alternativa quirúrgica válida. No obstante, debido a la baja frecuencia de la enfermedad, resulta difícil comparar el beneficio de los procedimientos y determinar el más adecuado para el paciente en términos de morbilidad, mortalidad y costos^[19, 20].

En conclusión, la hernia de Amyand constituye una patología rara, especialmente en adultos mayores, cuyo cuadro clínico es generalmente la presencia de una masa inguinal encarcelada o estrangulada, que necesita un manejo quirúrgico emergente. No se ha determinado si su origen es una apendicitis aguda per se, re-

lacionada con una variación en la localización apendicular, o una afectación en su aporte sanguíneo por compresión a nivel de un orificio inguinal pequeño. La colocación de una malla para reparar el defecto se limita a la ausencia de infección intraabdominal.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

Referencias

1. Orr KB. Perforated appendix in an inguinal hernial sac: Amyand's hernia. *Med J Aust.* 1993; 159: 762 – 63.
2. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J R Soc Med* 1993; 86: 104 – 05.
3. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. *Am Surg* 2001; 67: 628 – 29.
4. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's hernia. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2684 – 85.
5. Sulu B, Isler S. Using the properties of Amyand's hernia in children in the preoperative diagnosis: our experience and review of the literature. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 253 – 59.
6. Ranganathan G, Kouchupapy R, Dias S. An approach to the management of Amyand's hernia and presentation of an interesting case report. *Hernia* 2011; 15: 79 – 82.
7. Sánchez JM, Pérez MC, Rioja P, Gómez J. Amyand's hernia. *Cir Esp* 2008; 83: 44 – 45.
8. Martín N, Mora G, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Cir* 2007; 59 (2): 142 – 44.

9. Meinke AK. Review article: appendicitis in groin hernias. *J Gastrointest Surg* 2007; 11: 1368 – 72.
10. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000; 24: 884 – 86.
11. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J* 2005; 46: 424 – 25.
12. Khan RA, Wahab S, Ghani I. Left-sided strangulated Amyand's hernia presenting as testicular torsion in an infant. *Hernia* 2011; 15: 83 – 84.
13. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50 – 51.
14. Weir CD, Doan SJ, Lughlin V, Diamond T. Strangulation of the appendix in a femoral hernia sac. *Ulster Med J* 1994; 63: 114 – 15.
15. Kueper MA, Kirschniak A, Ladurner R, Granderath FA, Konigsrainer A. Incarcerated recurrent inguinal hernia with covered and perforated appendicitis and periappendicular abscess: case report and review of the literature. *Hernia* 2007; 11: 189 – 91.
16. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterology* 2002; 97: 2684 – 85.
17. Ballas K, Kontoulis T, Skouras Ch, Triantafyllou A, Symeonidis N, Pavlidis T, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia* 2009; 13: 169 – 71.
18. Chatzimavroudis G, Papaziogas B, Koutelidakis I, Tsiaousis P, Kalogirou T, Atmatzidis S, et. al. The role of prosthetic repair in the treatment of an incarcerated recurrent inguinal hernia with acute appendicitis (inflamed Amyand's hernia). *Hernia* 2009; 13: 335 – 36.
19. Baldassarre E, Ferrero C, Da Costa Duarte D, Barone M, Prosperi Porta I. Amyand's hernia in infancy: why laparoscopy? *J Pediatr Surg* 2009; 44: 1673 – 74.
20. Mullinax J, Allins A, Avital I. Laparoscopic Appendectomy for Amyand's Hernia: A modern approach to a historic diagnosis. *J Gastrointest Surg* 2010; 15: 533 – 35.

Amyand's hernia in older age: Case report

Morales F, Jiménez F, Vásquez S.
Rev Fac Cien Med (Quito) 2012; 37: 65 – 68.

Abstract

Keywords

Aged; Appendicitis; Diagnosis; Inguinal Hernia; Amyand's hernia; Surgery

Background: Appendicitis could be a diagnostic challenge when it occurs in an abnormal location.

Case report: The case was a 83 year old male with a history of right inguinal hernia five years ago. He went to the emergency room with symptoms of acute abdominal pain with several hours of evolution. Physical examination showed the presence of a right inguinal mass, not reducible and painful. Laparotomy was performed. A perforated appendix was found inside an inguinal indirect hernia.

Conclusions: Amyand hernia is a rare condition, especially in older adults. The clinical diagnosis is difficult and in most cases occur during surgery. The placement of mesh to repair the hernia defect is limited to the absence of intra-abdominal infection.