Revista Médica de Panamá – Digitalizado por Infomedic International– www.revistasmedicas.org -Derechos reservados.

REVISTA MÉDICA DE PANAMÁ

Caso de interés clínico

Hernia de Amyand: Reporte de un caso

Amyand's hernia: A case report

Benavides-Álvarez Anderson, Dussán-Osorio Diego, **Maestre-Serrano Ronald.

*Programa de Cirugía. Universidad Libre Seccional Barranquilla, Facultad de Ciencias de la Salud. Barranquilla, Colombia.
**Docente-investigador, Universidad Libre Seccional Barranquilla, Facultad de Ciencias de la Salud. Barranquilla, Colombia.

Palabras claves:
Hernia inguinal, hernia de amyand, apendicitis, apendicectomia

Keywords:
Inguinal hernia, amyand hernia, appendicitis, appendectomy

Correspondencia a:
Ronald Maestre-Serrano

Correo electrónico:
rmaestre @unilibrebaq.edu.co, ronaldy.maestres @unilibre.edu.co

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflicto de interés alguno asociado a esta publicación.

Resumen

La hernia de Amyand, es una rara presentación de apendicitis aguda, en donde el apéndice se encuentra inflamado y hace parte del contenido de una hernia inguinal. Se presenta en aproximadamente el 0,13 % de los casos de apendicitis aguda. Por lo general, el diagnóstico es realizado de forma intraoperatoria, ya que la incarceración del contenido herniario motivan a llevar a exploración quirúrgica urgente; dentro de la intervención y tras encontrar el apéndice cecal en estado inflamatorio pueden realizarse diferentes técnicas de manejo, las cuáles han sido descritas por Lossanoff y Basson.

Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino, quien manifiesta sensación de dolor de un día de evolución, asociado a náuseas y encarcelamiento del contenido de su hernia inguinal. Ante su tórpida evolución y persistencia del dolor es intervenido quirúrgicamente. Se documenta como contenido herniario el apéndice vermiforme en fase edematosa; realizándole apendicetomía y herniorrafia inguinal derecha con prótesis en ésta.

Abstract

Amyand's hernia is a rare presentation of acute appendicitis, where the appendix is inflamed and is part of the content of an inguinal hernia. It occurs in approximately 0.13% of cases of acute appendicitis. In general, the diagnosis is made intraoperatively, since the incarceration of the hernial content motivates to carry out urgent surgical exploration; Within the intervention and after finding the cecal appendix in an inflammatory state, different management techniques can be performed, which have been described by Lossanoff and Basson.

We present the clinical case of a male patient, who manifests pain of a day of evolution, associated with nausea and imprisonment of the contents of his inguinal hernia. Before his torpid evolution and persistence of the pain he is operated on. The vermiform appendix in the edematous phase is documented as hernial content; performing appendectomy and right inguinal herniorrhaphy with prosthesis in it.

INTRODUCCIÓN

El apéndice vermiforme se encuentra ubicado en la base del ciego, la apendicitis aguda es la causa de abdomen agudo quirúrgico más frecuente en el mundo; se puede presentar a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 20 y 30 años de edad. Es poco frecuente encontrarlo como parte del contenido de una hernia inguinal, su incidencia es aproximadamente el 1% de todas las hernias inguinales y la presencia de apendicitis en un saco inguinal se ha descrito aproximadamente en el 0,13% a nivel mundial.[1] La gran mayoría de los casos son diagnosticados de forma intraoperatoria y el diagnóstico preoperatorio es excepcional; llevando a realizar diferentes tipos de manejo con apendicetomía a través del defecto herniario o en casos de sepsis severa los pacientes requieren laparotomía y lavado completo de cavidad abdominal. [2,3]

El estudio de elección para realizar diagnóstico es la tomografía computada de abdomen. Sin embargo, la mayoría de los pacientes son llevados a intervención quirúrgica sin contar con el estudio por las características clínicas que presentan y que generalmente incluye dolor o encarcelación de la hernia.

En Colombia hay escasos reportes de esta patología y en la región Caribe solo existe una publicación al respecto. [4-7]

Revista Médica de Panamá – Digitalizado por Infomedic International– www.revistasmedicas.org -Derechos reservados.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 48 años de edad; quien consultó al servicio de urgencias de un hospital de la red pública de Barranquilla, Colombia, por sensación de dolor de un día de evolución sobre hernia inguinal derecha. Como antecedente, el paciente presentaba herniorrafia inguinal izquierda, dos años previos a la consulta. Al examen físico del paciente se encontró signos vitales estables; con leve dolor abdominal sobre el hemiabdomen inferior derecho y con hernia inguinal derecha, la cual no se pudo reducir al realizar las maniobras táxicas. Inicialmente el paciente es dejado en sala de observación de dicha institución en donde se le dio manejo médico limitando la vía oral, administrando líquidos endovenosos y analgesia.

Los estudios paraclínicos realizados durante su observación, se encontraron normales. En el hemograma se encontró: leucocitos 7.280 mm3, linfocitos: 10,2%, neutrófilos: 86,0%, hemoglobina: 10,9 gr/dL, hematocrito 33,7%, plaquetas 343.000/mm3, creatinina: 0,98 mg/dL, BUN: 12,3 mg/dL, TP: 9,8 seg, TPT: 23,5 seg, INR: 0,92. Serie de abdomen sin evidencia de niveles hidroáereos, con presencia de gas distal. Durante el tiempo de observación el paciente continuó con dolor en región inguinal derecha, a pesar del manejo médico inicial; sin reducción de su hernia, lo que motivó la realización de herniorrafia inguinal de urgencias en esta misma institución.

En los hallazgos operatorios se documentó hernia inguinal derecha; como contenido se identificó el ciego y el apéndice cecal en fase I, escaso líquido de reacción peritoneal. El abordaje quirúrgico del paciente se realizó bajo anestesia raquídea; se realizó incisión en región inguinal derecha; realizando disección por planos hasta abrir el conducto inguinal derecho; se identificaron elementos del conducto inguinal; además se encontró apéndice cecal en fase edematosa como contenido de la hernia inguinal, posteriormente se procedió a realizar apendicetomía, con manejo del muñón con técnica de Oschner; luego se realizó reducción del contenido herniario a la cavidad abdominal. Se procedió a reparar el conducto inguinal fijando malla de polipropileno con técnica de Lischestein. Se verificó hemostasia, se cerró aponeurosis del oblicuo mayor, tejido celular subcutáneo y piel.

El procedimiento quirúrgico fue tolerado en forma adecuada por el paciente, por lo cual fue llevado a sala de recuperación anestésica y luego de esto fue derivado a sala de hospitalización de esa misma institución, en donde reinició con adecuada peristalsis y luego se le inició tolerancia de la vía oral con buena tolerancia. El paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención. Durante su seguimiento en la consulta externa se documentó adecuada evolución en su posquirúrgico.

DISCUSIÓN

La hernia de Amyand es una rara patología quirúrgica en donde el apéndice cecal hace parte del contenido de la hernia inguinal y este se encuentra en un proceso inflamatorio. Esta infrecuente ubicación del apéndice cecal fue descrita por Garengeot en el año 1731; posteriormente, en 1735 el cirujano francés Cluaudius Amyand realizó una apendicetomía la cual se encontraba perforada en el saco herniario inguinal de un niño de 11 años.

En 1937 se realiza una descripción de serie de casos, en los cuales se hizo manejo del proceso apendicular y reparo de la hernia inguinal, con adecuada evolución de los pacientes. El manejo quirúrgico de esta entidad se realiza según la clasificación de Lossanoff y Basson. [8,9] Para el tipo 1 que consta de apéndice cecal como contenido herniario sin proceso inflamatorio, se propone como manejo realizar apendicetomía y reparo de la hernia inguinal con prótesis con malla; la tipo 2 consta de apendicitis aguda sin sepsis abdominal, en donde el manejo de elección consiste en realizar apendicectomia y reparo de la hernia inguinal sin malla. Para la tipo 3 que consta de apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal con sepsis abdominal, se debe realizar apendicectomia por laparotomía y reparo de la hernia inguinal sin malla.

La clasificación 4 en donde se cursa con apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal, relacionada o no con patología abdominal; se debe realizar laparotomía y manejo de la patología de base. La clasificación 5 está limitada a hernias incisionales y subclasificada en a, b y c, en donde a es un apéndice en hernia incisional y puede ser manejada con apendicectomia y reparo de la hernia con malla. La tipo b cursa con apendicitis aguda sin sepsis abdominal en donde se puede realizar apendicectomia y herniorrafia sin colocación de malla; y la tipo c es la que cursa con apendicitis aguda en la hernia incisional, con sepsis abdominal o patología secundaria; en donde el manejo debe ser igual al tipo 4. Sin embargo, existen estudios que proponen colocación de malla para estadio 2 argumentando que no se presenta un estado séptico y el riesgo de infección de sitio operatorio y de la prótesis es bajo. [1,10-13].

En Colombia, son pocos los casos publicados de esta entidad; únicamente se cuenta con publicaciones en Bogotá, [4], Medellín, [5] Popayán [6] y Cartagena. [7] El caso registrado en la ciudad de Cartagena corresponde a un paciente con leve retardo mental, escaso nivel socio económico; el cual presentaba en forma crónica masa inguinal derecha, la cual había presentado exacerbación del dolor días antes de consultar por servicio de urgencias. Se llevó a cirugía posteriormente a realizar estabilización metabólica. Se realizó abordaje por vía inguinal derecha, encontrando apéndice cecal como contenido herniario, el cual se encontraba perforado por un cuerpo extraño [espina de pescado]; pero, al no poder

Revista Médica de Panamá – Digitalizado por Infomedic International– www.revistasmedicas.org -Derechos reservados.

identificar en forma adecuada la base del apéndice cecal, deciden realizar abordaje por medio de laparotomía infra umbilical y manejar el apéndice cecal con técnica de Pouchet, realizando reparo de la hernia inguinal con técnica sin prótesis[7]. El caso reportado en Popayán corresponde a un paciente de 87 años de edad, de sexo masculino quien consulta por dolor inguinal de tres días de evolución sobre región inguinal derecha; este igualmente es llevado a intervención quirúrgica en donde evidencian apéndice cecal como hallazgo quirúrgico el cual es resecado por defecto herniario sin utilizar prótesis[6].

El paciente registrado en la ciudad de Bogotá, corresponde a un paciente de 63 años quien consulta por hernia inguinal derecha encarcelada igualmente es llevado a intervención quirúrgica, encontrando el apéndice cecal en fase edematosa, le realizan apendicectomia y manejo de la hernia inguinal con prótesis[4].

Por último, el paciente reportado en la ciudad de Medellín, corresponde a un paciente de sexo masculino, de 40 años de edad, con dolor en región inguinal derecha, a quien intraoperatoriamente se le encuentra el apéndice cecal en fase inflamatoria; se le realizó apendicectomia y corrección de su hernia con prótesis[5].

A nivel mundial se cuenta con varios aportes de esta entidad; en donde se documentan pacientes tratados por hernia inguinal encarcelada y durante su intervención quirúrgica encuentran el apéndice cecal como contenido de su saco herniario[9,14-17].

Todos los documentos y publicaciones revisadas están de acuerdo en realizar apendicetomía como parte del manejo de esta entidad y otros apoyan el uso de prótesis con malla para corrección de la hernia inguinal a pesar de estados de contaminación de la herida, pero no describen estados que pueden contribuir al desarrollo de infección como edad del paciente, comorbilidades, estado nutricional.

La intervención temprana de la hernia de Amyand es de vital importancia, ya que evita que el paciente presente complicaciones secundarias como peritonitis, fasceitis necrotizante, abscesos, isquemia testicular, choque séptico; desenlaces fatales como la muerte o que requieran vías amplias de abordaje [laparotomía], o múltiples intervenciones quirúrgicas por presentar peritonitis secundaria generalizada[13,15-17].

En conclusión se reporta por primera vez en la literatura un caso de hernia de Amyand en el departamento del Atlántico, región caribe colombiana. Para el cirujano general es importante conocer la anatomía inguinal y las técnicas de manejo para corregirla; ya que durante el procedimiento quirúrgico, éste puede encontrarse ante un caso de hernia inguinal y apendicitis durante la misma intervención.

REFERENCIAS

[1] Fingerhut A, Pelissier E. Tratamiento quirúrgico e las hernias inguinales. Elección de la técnica. Técnicas quirúrgicas aparato digestivo. 2009; 25(1]:1- 9. Disponible en: https://www.sciencedirect.com /science/article/pii/S1282912909701357.

[2] Guler I, Alkan E, Nayman A, et al. Amyand´s hernia. Ultrasonography findings. Journal of emergency medicine. 2016; 50(1]:5-7. 10.1016/j.jemermed.2015.07.042. Disponible en: http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(15]00817-3/pdf.

[3] Cigsar EB, Karadag CA, Dokucu AI. Amyand´s hernia: 11 years of experience. Journal of pediatric surgery. 2016; 51(8]:1327-9. Disponible en: http://www.jpedsurg.org/article/S0022-3468(15]00765-4/fulltext.

[4] Castro D, Borraez A, Farias A, et al. Variante de una hernia de Amyand. Revista colombiana de cirugía. 2016;31:276-82. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a7.pdf.

[5] Molina J, Jaramillo E, Vergara G, et al. Hernia de Amyand. Presentación de un caso. Revista médica universidad de Antioquia. 2016; 30(4]:443-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v30n4/0121-0793-iat-30-04-00443.pdf.

[6] Muñoz E, Idrobo A, Martínez J, et al. Hernia de Amyand: Reporte de un caso clínico. Revista facultad de ciencias de la salud universidad del Cauca. 2012;14(3]:19-21. Disponible en: http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/66.

[7] De La Peña J, Silgado R, Calderón H. Abdomen agudo por hernia de Amyand. Revista ciencias biomédicas. 2011; 2(1]:106-10. Disponible en: http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1002/913.

[8] Córdova A, Viscido G, Picón-Molino H, et al. Hernia de Amyand. Comunicación de dos casos reparados con técnica de Rutkow-Robbins. Revista hispanoamericana de hernia. 2014; 2(3]; 111-14. Disponible en: https://www.sciencedirect.com /science/article/pii/S2255267714000280.

[9] Coullier B, Pacary J, Broze B. Sonography diagnosis of appendicitis within a right inguinal hernia (Amyand´s hernia]. Journal of clínical ultrasound. 2006;34(9]: 454-57. URL: http://onlinelibrary.wiley.com /doi/10.1002/jcu.20266/abstract.

[10] Morales-Cárdenas A, Ploneda-Valencia CF, Sainz-Escárrega VH, et al. Amyand hernia: Case report and review of the literature. Annals of medicine and surgery. 2015; 4(2]:113-15. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4412911/pdf/main.pdf.

[11] Michalinos A, Morris D, Vernadakis S. Amyand´s hernia: a review. The American Journal of Surgery.

Revista Médica de Panamá – Digitalizado por Infomedic International– www.revistasmedicas.org -Derechos reservados.

2014; 207(6]:989-95. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961013006466.

[12] Ebaugh EP, Hessel K, Udobi K. Appendicular perforation necrotizing groin infection and spermatic cord necrosis in a case of Amyand´s hernia. International Journal of Surgery case reports. 2016; 24:172-74. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908611/pdf/main.pdf.

[13] Prieto-Montaño J, Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J. Hernia de Amyand. Gastroenterología y hepatología. 2011;34 (5]:374-375. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-hernia-amyand-S0210570511000793.

[14] Constantine S. Computed tomography appearances of Amyand hernia. Journal of computer assisted tomography. 2009; 33(3]:359-62.

[15] Luchs J, Halpern D, Katz D. Amyand´s hernia. Prospective CT diagnosis. Journal of computer assisted tomography. 2000; 24(6]:884-6. Disponible en:

[16] House M, Goldin S, Chen H. Perorated Amyand`s hernia. Southern medical journal. 2001; 94(5]:496-8.

[17] Reilly D, Macula B, Brandt C. Primary mesh repair of Amyand´s hernia. Journal of surgery. 2015; 85(1-2]; 93-4.