



Revista Cubana de Cirugía

ISSN: 0034-7493

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Cirugía

Cuba

López Rodríguez, Pedro; Hernández Torres, Leonel; López Delgado, Felipe R.

Hernia de Amyand: presentación de dos casos

Revista Cubana de Cirugía, vol. 44, núm. 1, enero-marzo, 2005

Sociedad Cubana de Cirugía

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281222989010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Presentaciones de casos

Hospital General Docente “Enrique Cabrera”

Hernia de Amyand: presentación de dos casos

Dr. Pedro López Rodríguez,¹ Dr. Leonel Hernández Torres² y Dr. Felipe R. López Delgado³

En 1731 fue *Garangeot* el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta. La incidencia de ésta se estima en el 1 % de las hernias inguinales en los adultos.^{1,2} El descubrimiento de una apendicitis perforada es aún más inusual. En 1973 *Ryan*³ informó que encontró el apéndice dentro de sacos herniarios indirectos en 11 de 8 962 casos de apendicitis (0,3 %).

Clandius Amyand realizó en 1735 la primera apendicectomía en un niño de 11 años con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado.^{4,5} A él se debe la descripción de la enfermedad. Como detalle histórico curioso, cabe añadir que la primera apendicectomía exitosa realizada en los Estados Unidos fue realizada por *Hall* en 1886 precisamente en una hernia de Amyand. En nuestro país la apendicitis aguda es la primera causa de síndrome peritoneal y la patología más frecuente que produce abdomen agudo.^{6,7}

Hemos encontrado un Informe Nacional, redactado en 2003 por el doctor *Domingo Torres Hernández*,¹ donde se describe la operación de un paciente de 82 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, a quien se diagnosticó una hernia inguinal derecha estrangulada que se encontraba dentro del saco y apéndice cecal perforado en la punta. Después de un tratamiento integral fue dado de alta hospitalaria al séptimo día.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Se trata de un paciente de 84 años, historia clínica 846 154, con antecedentes de demencia senil aterosclerótica, a quien hace dos años se le diagnosticó una hernia inguinoescrotal derecha irreductible en los últimos 15 días. Durante los últimos 5 días el paciente presenta un dolor en la fosa iliaca derecha que se irradia a la región inguinoescrotal de ese lado, acompañado por vómitos alimentarios, anorexia, intranquilidad. Los familiares lo trajeron al Cuerpo de Guardia de Cirugía, donde se decide su ingreso.

Al examen físico se constata murmullo vesicular disminuido globalmente y una masa de 8 cm en la región inguinoescrotal derecha, dolorosa e irreducible. En el examen físico del abdomen se encuentra dolor a la palpación profunda en todos los cuadrantes, con reacción peritoneal en la fosa iliaca derecha. Los ruidos hidroaéreos están disminuidos; el pulso es de 100 por minuto, arritmico, y la tensión arterial de 150/90.

Complementarios:

- Hemoglobina: 13 g/L
- Hematocrito: 0,40 vol/L
- Leucocitos: 12 200
- Fórmula leucocitaria: 90 polimorfonucleares, 9 linfocitos y 1 esoinófilo.
- Electrocardiograma: arroja bloqueo completo de rama derecha.
- Radiografía de tórax: aorta dilatada y ateromatosa, ligera cardiomegalia, sin alteraciones pleuropulmonares.
- Radiografía de abdomen: no distensión de asas delgadas ni gruesas, ni niveles hidroaéreos.

El paciente fue llevado al quirófano con diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada. Bajo anestesia general endotraqueal se aborda el canal inguinal por incisión de Marrow y se constata un intenso edema del cordón, alrededor de la masa encarcelada. Se disea el saco indirecto y se abre. Se encuentra el ciego deslizado y el apéndice cecal gangrenoso en la base, con líquido fibrinoso.

Se realiza la apedicectomía y se sutura la base con punto en bolsa de señora. Se deja sonda de cecostomía y se aspira la cavidad abdominal.

Se decide realizar una orquiectomía con ligadura y sección alta del cordón espermático y se deja drenaje Penrose. Se realiza el lavado del canal inguinal con hibatane acuoso y solución salina fisiológica. Realizamos la técnica de La Roque para la reducción del ciego y resecamos el saco redundante. Reparamos la pared posterior con puntos separados de poliéster 2-0, desde el arco aponeurótico del músculo transversal del abdomen hasta la cintilla iliopubiana.

Se realizó antibioticoterapia profiláctica con gentamicina de 80 mg y metronidazol de 500 mg endovenoso, y se repitió esta dosis cada 8 h hasta el octavo día del posoperatorio.

La sonda de la cecostomía fue retirada al sexto día y la evolución fue satisfactoria, sin complicaciones hasta el alta hospitalaria, al octavo día sin signos de sepsis en la herida. El informe anatomopatológico fue el de apendicitis aguda perforada y atrofia testicular.

Caso 2

Se trata de un paciente de 46 años de edad, historia clínica 867 108, a quien diagnosticaron hace 6 meses una hernia inguinal derecha. El paciente es fumador y refiere haber notado un

aumento volumen de la región inguinal derecha., que se reduce y expande con los esfuerzos al toser.

En esta ocasión refiere que presenta, desde el día anterior, dolor en la fosa iliaca derecha. El dolor, acompañado de náuseas, se irradiaba a la región derecha y al testículo de ese lado.

El paciente acudió a nuestro centro por un turno de cirugía ambulatoria, mientras el dolor se hizo más intenso y lo remiten al facultativo de guardia en el Centro de Urgencias.

Durante el examen físico se encontró dolor a la palpación profunda en todos los cuadrantes inferiores del abdomen y reacción peritoneal en la fosa iliaca derecha e hipogastrio. Los ruidos hidroaéreos están disminuidos y en la región inguinal derecha notamos la presencia de una masa de 4 cm, dolorosa e irreductible. El pulso era de 100 por minuto y la tensión arterial de 130/80.

Complementarios:

- Hemoglobina: 120 g/L
- Hematocrito: 40 %
- Leucocitos: 12 500
- Fórmula leucocitaria: 89 polimorfonucleares, 9 linfocitos y 2 eosinófilos.
- Electrocardiograma: normal
- Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuropulmonares
- Radiografía de abdomen: no hay distensión de asas delgadas ni gruesas, pero sí se observan 3 niveles hidroaéreos en la fosa iliaca derecha.

Se lleva el paciente al quirófano con el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada. Bajo anestesia espinal se aborda el canal inguinal por incisión de Marrow y se abre por planos. Se realiza quelotomía, se diseca el saco indirecto y se abre. Al abrirlo encontramos líquido seroso y el apéndice cecal engrosado, con bridas de fibrinas y deslizado en el saco.

Se realiza apendicectomía según la técnica habitual y aspiración local. Realizamos maniobra de Ombredane, técnica de La Roque y se reseca el saco redundante. Se repara la pared posterior con puntos separados del arco transversal a la cinta iliopubiana.

Se aplica antibioticoterapia preoperatoria con gentamicina de 80 mg y metronidazol de 500 mg, que se mantuvo hasta el séptimo día cuando el paciente fue dado de alta, sin signos de sepsis en la herida.

El resultado de la biopsia del apéndice cecal mostró apendicitis aguda.

DISCUSIÓN

La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal atascada es rara. Una revisión al artículo de *Weber* y colaboradores⁸ muestra el hallazgo de 60 casos de apendicitis aguda en hernias de Amyand, ocurridas en adultos desde 1959 hasta 1999. De todos estos casos solamente uno refirió un diagnóstico preoperatorio correcto. La totalidad de los pacientes perteneció al sexo masculino.

Se señala igualmente que esta asociación es frecuente en las edades extremas de la vida: niños y ancianos.^{1-3,5,9}

El interrogatorio y examen físico del paciente usualmente derivan en diagnóstico de hernia inguinal encarcelada o estrangulada y peritonitis local. Se recoge igualmente en la literatura revisada que los pródromos son los típicos de la apendicitis con dolor epigástrico, localizado en la fosa iliaca derecha y saco herniario encarcelado.^{2,5,10,11} De igual modo muchos autores enfatizan que el dolor de la apendicitis atascada tiende a ser de tipo cólico, que se exagera en episodios y que contrasta con el dolor sordo y constante propio del intestino estrangulado.^{1,9,10} Se señala también que no son constantes la fiebre y la leucocitosis.¹¹

Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de la existencia de esta patología y sospechar su presencia en caso de una hernia inguinal derecha encarcelada, que presenta signos de peritonitis local y sin signos radiológicos ni clínicos de obstrucción intestinal.

El diagnóstico diferencial puede incluir la hernia de Amyand, omentocele estrangulado, hernia de Richer, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal y epididimitos.

El tratamiento de la hernia de Amyand es la apendicectomía y herniorrafia inguinal de urgencia. Bajo ningún concepto se debe intentar una maniobra de taxis. La mayoría de los autores defienden el uso de una sola incisión para la apendicectomía y la herniorrafia^{8,10,11} y señalan que es posible realizar la apendicectomía a través del saco herniario abierto. Otros ante la dificultad de abordar el ciego por la alta ubicación de éste, han utilizado un método intraperitoneal a través de una incisión similar a la de La Roque, siempre a partir de la heriotomía original.¹²

Logan recomienda el abordaje peritoneal por una incisión parainguinal para acceder a la región inguinal y a la cavidad abdominal, y reducir el saco encarcelado por vía preperitoneal.¹³ *Pans* y *Desaive* utilizaron una incisión media para el abordaje preperitoneal.¹⁴

En nuestros casos se realizó un abordaje independiente de la herniotomía, lo cual consideramos correcto dada la intensidad de la peritonitis de nuestros casos y la posible dificultad para el acceso amplio a la cavidad abdominal a través de la incisión original. Esta incisión secundaria permitió la adecuada aspiración y drenaje de la cavidad abdominal. *Schowonbeck*¹⁵ hace referencia a la necesidad del tratamiento adecuado de la sepsis intraabdominal en estos casos y sugiere medidas estrictas de aislamiento del campo quirúrgico en el caso de apendicectomía en una hernia de Amyand para proteger así la cavidad abdominal.

*Anjani Thakur*¹⁶ menciona el absceso escrotal como complicación de estos casos y sugiere la rápida exploración del paciente con hernia encarcelada y signos de inflamación escrotal. Sugiere además extremar las medidas de protección del canal inguinal en la apendicectomía herniaria, para evitar los efectos desastrosos de una sepsis testicular.

Muchos autores coinciden al no recomendar el uso de malla protésica en los defectos contaminados de la pared abdominal, para prevenir la posibilidad de sepsis de la herida y sepsis crónica de la malla que obligue a su ulterior extracción.¹⁵⁻¹⁷ Sin embargo, *Pans*¹⁴ defiende el uso de la malla protésica colocada por vía preperitoneal en las hernias inguinales estranguladas. En 1997 este autor informó una serie en Gran Bretaña de 35 pacientes, de los cuales 9 requirieron resección intestinal por necrosis irreversible del asa encarcelada y 3 requirieron apendicectomía tras el diagnóstico de hernia de Garangeot. No reportó mortalidad. Según el autor, ocurrieron 3 sepsis de la herida ninguna en los pacientes con resección intestinal, y en ningún caso ocurrió sepsis crónica que obligara a retirar la malla. Señala además que cuando se toman medidas para minimizar la infección se puede utilizar el refuerzo protésico en las hernias estranguladas, incluso en presencia de resección intestinal.

En el caso específico de la apendicitis estrangulada, la inmensa mayoría desaprueba este proceder y señala el posible riesgo de la fístula del muñón apendicular y sepsis de la herida.^{5,8,12,13,17,18}

En 1967 *Carey*¹⁰ informó en su revisión haber encontrado una tasa de mortalidad elevada, que osciló entre el 14 y 30 %. Sin embargo, los informes posteriores señalan que han disminuido la mortalidad y las complicaciones.^{5,8,12,13} La sepsis de la herida continúa siendo la más frecuente de todas, a pesar de que no ocurrió en nuestros casos.

Varios autores^{13,19} cuestionan por qué el apéndice cecal dentro de un saco herniario puede desarrollar apendicitis y añaden que éste es un hallazgo ocasional o que existe seguramente una relación entre la encarcelación y la inflamación del apéndice.

Se sugiere que la entrada del apéndice en el saco lo expone a traumatismos que darán lugar a la presencia de adherencias y que los sucesivos traumatismos y la contracción de los músculos de la pared abdominal junto a aumentos de la presión intraabdominal de otro origen, reducen el riego sanguíneo o lo suprimen totalmente. Ello origina la inflamación y sobrecrecimiento bacteriano.

En un sugestivo artículo, *Oguzkurt*²⁰ menciona el caso de un niño con apéndice cecal deslizado dentro del saco herniario y firmemente adherido al polo superior del testículo derecho, por una banda fibrosa remanente del conducto peritoneo-vaginal. Este informe añadió a la causa congénita a la fisiopatología de la hernia de Garangeot.

Conclusiones :

- La apendicitis dentro de un saco herniario estrangulado es rara. Cuando ocurre, casi nunca es diagnosticada.
- Debe sospecharse la presencia de una hernia de Amyand cuando se detecta hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa iliaca derecha y ausencia de signos de oclusión intestinal.
- El tratamiento consiste en apendicectomía y herniorrafia de urgencia, por una vía que permita solucionar el problema y acorde con la envergadura de la patología. Han de tomarse las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal inguinal.
- La apendicitis dentro de un saco herniario puede deberse a los múltiples traumas que recibe el apéndice y a la posición de éste. Puede ser congénita u ocurrir por deslizamiento.
- La mayoría de los autores coincide en no utilizar malla protésica en la reparación del canal inguinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Hernández D, Rosello JR, Del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Enrique Weiman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig. 2003;22:1-5.
2. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. Ann Coll Surg Engl. 1982;64(2):121-2.
3. Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. Ann Surg. 1937;106:135-9.
4. Creese PG. The first appendectomy. Surg Gynecol Obstet. 1953;97:643-52.
5. Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med. 1993;86(2):104-5.
6. Ojeda Ojeda MJ, Rondon Espino JG, García Baez J. Abdomen agudo quirúrgico. Multimed. 1997;2: 193-5.
7. Morales Díaz IA, Pérez Migueles L, Pérez Jomarrón E. Peritonitis bacteriana difusa. Análisis de 4 años (1995-1998). Rev Cubana Cir. 2000;39(2):160-2.
8. Weber RV, Hunt ZC, Oral JG. Amyand's hernia: etiologic and therapeutic implications of two complications. Surg Rounds. 1999;22:552-6.
9. Burgert TH. The diagnosis of acute hernial appendicitis with reports of two cases occurring at both extremes of life. Am J Surg. 1938;42:429-32.
10. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias. A report of 10 cases. Surgery. 1967;61(2):236-8.
11. Davies MG, O'byrne P. Perforated appendicitis presenting as an irreducible inguinal hernia. BR J Clin Pract. 1990;44(11):494-5.
12. Lyass S, Kim A, Bauer J. Perforated appendicitis within an inguinal hernia: case report and review of the literature. Am J Gastroenterol. 1997;92(4):700-20.
13. 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(7):628-9.

14. Pans AD, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *Br J Surg.* 1997;84(3):310-12.
15. Schowonbeck M, Goken I. Perforated appendiceal apex in an inguinal hernia as the cause of chronic abdominal wall abscess. *Chirurg.* 1998;69(12): 1386-7.
16. Thakur A, Buchmiller T, Hiyama D, Shaw A, Atkinson J. Scrotal abscess following appendectomy. *Pediatr Surg Int.* 2001;17(7):569-71.
17. Bleichrodt RP, Simmermacher RK, Van Der LB, Schakernraed JM. Expanded polytetrafluoroethylene patch versus polypropylene mesh for the repair of contaminated defects of the abdominal wall. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;176(1):18-24.
18. Hidalgo M, Castellón C, Figueroa JM, Eymara JL. Complicaciones de la cirugía de hernias. *Cir Esp.* 2001;69(3):217-23.
19. Abu-Dalu J. Incarcerated inguinal hernia with a perforated appendix and periappendicular abscess: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 1972;15(6):464-5.
20. Oguzkurt P, Kayaselcuk F, Serdar AL, Oguskurt L. Sliding appendiceal inguinal hernia with a congenital fibrovascular band connecting the appendix vermiformis to the right testis. *Hernia.* 2001;5(3):156-7.

Recibido: 20 de septiembre de 2005. Aprobado: 30 de septiembre de 2005.

Dr. Pedro López Rodníguez. Calzada de Aldabó y Calle D, Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana.

¹Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar de Cirugía General.

²Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

³Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.