



CASOS CLÍNICOS

HERNIA DE AMYAND: PRESENTACIÓN DE CASO

AMYAND'S HERNIA: REPORT OF CASE

Dr. Roger Laguna Rada*, Dr. Mauricio Vicente Aguila Gómez**

Recibido: 07/09/2011

Aceptado: 23/11/2011

RESUMEN

La entidad más frecuentemente conocida como causa de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda. La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal atascada es rara es conocida como Hernia de Amyand, el diagnóstico de la misma se realiza durante el transoperatorio. El tratamiento de elección es la apendicectomía y la herniorrafia de urgencia sin material protésico por el riesgo de infección de sitio operatorio. Por la atipia de esta patología se realiza la presentación de un caso clínico de un paciente de sexo masculino de 78 años de edad, el cual fue diagnosticado de hernia inguinal derecha no reductible complicada, estrangulada y el diagnóstico de hernia de Amyand fue posterior a la apertura del saco herniario.

Palabras Claves: Hernia, Amyand, Apendicitis

ABSTRACT

The organization more frequently well-known as cause of surgical acute abdomen is the acute appendicitis. The association of inguinal acute appendicitis and hernia clogged is rare is well-known like Hernia de Amyand, I diagnose of the same one is made during Trans operative. The election treatment is apendicectomy and herniorrafy of urgency without protésic material by the risk of infection of operating site. By atipy of this pathology the presentation of a clinical case of a patient of masculine sex of 78 years of age is made, which was diagnosed of hernia inguinal complicated nonredoubtible right, strangled and I diagnose of hernia of Amyand was subsequest to the opening of the herniary coat.

Key words: Hernia, Amyand, Apendicitis

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos la entidad más frecuentemente conocida como causa de abdomen agudo quirúrgico es la apendicitis aguda, ocupa el primer lugar de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en los servicios de urgencias en todo el mundo; también ocupa el primer lugar en la mente del cirujano de urgencias cuando evalúa un paciente con dolor abdominal⁵. El diagnóstico de la misma es fácil cuando se presenta el cuadro clínico clásico y está al alcance

de cualquier médico teniendo en cuenta un adecuado interrogatorio, examen físico e interpretación de los estudios complementarios; sin embargo en algunos casos las dificultades se encuentran en el reconocimiento de las presentaciones atípicas el cuadro clínico se presenta en forma tal que puede escaparse aún al médico más experimentado. La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal atascada es rara. La literatura

* Cirujano General. Jefe de Servicio Cirugía General. Hospital Obrero N° 1

** Cirujano General. Jefe de Residentes de Cirugía General Hospital Obrero N°1. Gestión 2010

internacional reporta una incidencia de 1% del apéndice normal dentro el saco de una hernia inguinal y aún más infrecuente es la apendicitis con un 0,13%. Esta condición según datos históricos fue descrita por primera vez por Claudius Amyand cirujano francés refugiado en Inglaterra quien realizó en 1735 la primera apendicectomía en un niño de 11 años llamado Håvil Handerson mismo que padecía de una hernia inguinal derecha encarcelada. En la operación realizada encontró dentro del saco herniario el apéndice cecal perforado. Así por el hallazgo que realizó lleva su nombre **Hernia de Amyand**. La revisión del artículo publicado por Weber y Col., 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 correcto⁶⁻⁹⁻¹⁰.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 78 años de edad que inicialmente consulto en el Servicio de Emergencias de medicina interna y es internado en dicho servicio con el diagnóstico de infección de tracto urinario y enfermedad ulcero péptica recibe tratamiento para dicho cuadro clínico previos. Estudios solicitados; dentro de sus antecedentes patológicos de importancia destaca haber sido diagnosticado por endoscopia hace 20 años atrás de ulcera gástrica también recibió tratamiento con omeprazol vía oral. Posterior al tercer día de internación se exacerba signo sintomatología presentando dolor abdominal difuso, estado nauseoso que llega al vomito de tipo porraceo en varias oportunidades, malestar general además de aumento de volumen en región inguinal derecha de tipo progresivo. Se solicita interconsulta con cirugía general.

Paciente durante la valoración, en regular estado general, conciente lúcido, orientado en las tres esferas, álgido, febril, con piel y mucosas deshidratadas pálidas, signos vitales de frecuencia cardiaca 90 latidos por

minuto, presión arterial 90/50 mmHg, frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minuto y temperatura 38.5°C. Examen cardiovascular y pulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen globoso a expensas de tejido celular subcutáneo, RHA (+) normoactivos blando depresible doloroso a la palpación profunda de forma difusa, no signos de irritación peritoneal. En región inguinal derecha presencia de masa de +/-6x5cm bordes regulares no reductible móvil dolorosa a la palpación RHA (+) en la misma. El diagnóstico de cirugía general fue hernia inguinal derecha no reductible estrangulada.

Se realizan laboratorios de urgencia mismos reportan: glóbulos rojos 3.970.000mm³, Hematocrito 37%, Hemoglobina 12.3g/dL, glóbulos blancos 16.300mm³, cayados 2, segmentados 92, glicemia 114 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl.

Se programa cirugía de urgencias previa valoración cardiologica y anestésica preoperatorio. Se realiza un abordaje anterior en región inguinal derecha; se escinde el saco herniario mismo de contenido epiploico adherido a saco herniario con sufrimiento vascular áreas de necrosis, se realiza liberación digital, en la misma presencia de debito purulento fétido en cantidad de +/-100ml, además en su interior apéndice cecal aumentado de tamaño gangrenado perforado a nivel de la punta, en su interior presencia de 2 coprolitos. Dentro del procedimiento quirúrgico se realiza homentectomía parcial, apendicectomía típica a través de la incisión, herniorrafia inguinal derecha posterior técnica de McVay lavado, drenaje de cavidad y cierre parcial de herida operatoria. (Figura N° 1)

El reporte anatomopatológico es apéndice cecal gangrenado necrosado con infiltrado linfocitario.

DISCUSIÓN

La relación entre la apendicitis aguda y una hernia atascada es rara. El diagnóstico de Hernia de Amyand por lo general se realiza durante el acto

Figura N° 1



operatorio tal es nuestro caso posterior a la apertura del saco en una hernia inguinal complicada⁸.

Se define a la Hernia de Amyand como una hernia inguinal o crural estrangulada atascada o irreductible de lado derecho y en el interior del saco se halla el apéndice cecal mismo perforado o con cambios inflamatorios. Es difícil dar un cálculo de prevalencia de esta patología ya que su hallazgo es intraoperatorio. Algunos estudios realizados por algunos autores entre ellos Weber y Col. en el periodo de 1959 a 1999 hallaron 60 casos de apendicitis aguda y hernia de Amyand así haciendo un porcentaje de frecuencia de 0.63% en lo que refiere hernia y apendicitis aguda y en lo que refiere hernia y apéndice normal es el 1% dentro de los grupos etareos en este estudio se vio que es mas frecuente en el sexo masculino y en los extremos de la vida es decir niños y ancianos⁷.

La fisiopatología de La Hernia de Amyand aun esta en controversia ya que su hallazgo es ocasional y la pregunta en relación a la misma es ¿la encarcelacion conlleva a la inflamación?; su mecanismo aparentemente sigue la siguiente cronología³⁻⁴ (Figura N° 2).

La signo-sintomatología posterior a la revisión de varios artículos sigue dos

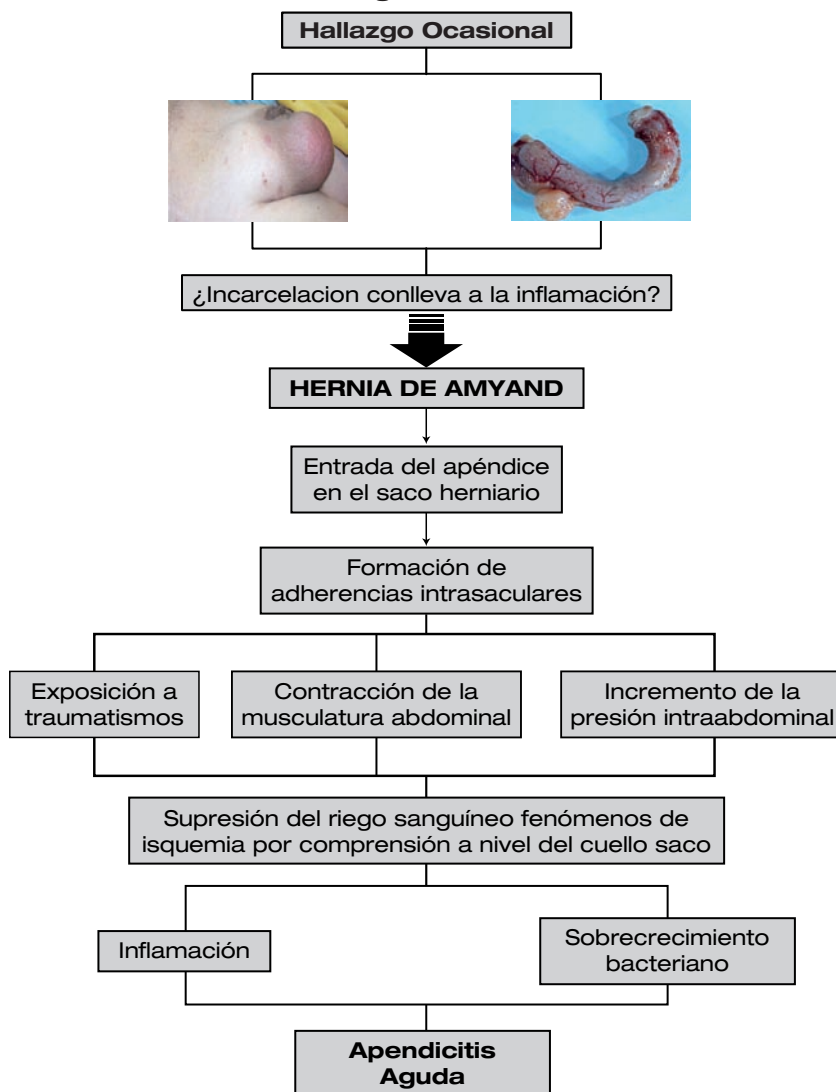
caminos tal el caso de la cronología de Murphy es decir sintomatología clásica de una apendicitis aguda, o datos clínicos sugerentes de una hernia estrangulada.

El diagnostico es difícil realizarlo durante el preoperatorio, como ya se dijo es concluyente durante el transoperatorio. Pero para un diagnostico orientado a esta patología están los estudios imagenologicos tal el caso de la tomografía computarizada al tener esta mayor sensibilidad y especificidad la desventaja de la misma es que no es un estudio de rutina en los servicios de urgencias, y los pacientes van directamente a cirugía con el diagnóstico de hernia inguinal complicada¹⁻².

El diagnostico diferencial de esta entidad va dirigido a patologías como ser: hernia estrangulada, hernia de Richter, hidrocele agudo, linfadenitis general, epididimitis y torsión testicular. Entre algunas complicaciones descritas de la Hernia de Amyand esta la peritonitis generalizada, abscesos secundarios y fasciitis necrotizante.

Otra pregunta planteada que debe estar en la mente del cirujano de urgencias se basa en: ¿Qué conducta quirúrgica de urgencia se debe tomar?, ¿la apendicectomía o la herniorrafia? Inicialmente no se

Figura N° 2



debe intentar una maniobra de taxis. El tratamiento de elección según la literatura hallada es la apendicectomía y la herniorrafia de urgencia, es decir un abordaje combinado tanto inguinal como abdominal. En el primer caso la herniorrafia de Shouldice o MacVay sin material protésico por el riesgo de infección de sitio operatorio o fístula del muñón apendicular y en el segundo caso el abordaje abdominal por una laparotomía infraumbilical formal para una mejor exposición del campo operatorio. Ambos

aspectos son los pasos recomendados dentro la técnica quirúrgica que debe tomar el cirujano cuando se ve frente a una Hernia de Amyand.

Posterior al presente caso se pudo observar 2 casos más de Hernia de Amyand en nuestro servicio de igual forma se tomaron otros aspectos técnicos en la cirugía según los hallazgos transoperatorios de acuerdo a criterio del cirujano con una adecuada evolución post operatoria de los pacientes.

REFERENCIAS

1. 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: 231232
2. Logan MTBS, 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.
3. López Cano M, Sainz Villacampa B, et al. Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía. *Cir. esp.* 2006; 69: 92.
4. Martin F. Ronald "Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica - ¿la valoración y el tratamiento de apendicitis aguda han cambiado con la nueva tecnología?" McGraw Hill Interamericana 1997
5. Osorio JK, Guzman-Valdivia G. Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia* 2006; 10: 443-446.
6. Rodríguez Montes JA. Historias de la cirugía. AstraZeneca, 2003. p. 87-102
7. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50-51
8. Torres Hernández D, Roselló Fina JR, del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Enríquez Weinmann ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig* 2003; 22 Sep.
9. Vidal González Pablo Hernia de Amyand entro medico ABC México Rev. Cirujano general Vol. 27.Num. 4 2007
10. Weber RV, Hunt ZC, Oral JG. Amyand's hernia: etiologic and therapeutic implications of two complications. *Surg Rounds.* 1999; 22:552-6