

Notas clínicas

Hernia de Amyand complicada con necrosis cecal: Presentación de un caso y tratamiento quirúrgico.

Amyand's hernia complicated with cecal necrosis: Presentation of a case and surgical treatment.

Martínez Martínez HG¹, Pulido López RA², Flores Ávila JE¹, Manzano Tamez M¹

¹Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

²Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicano. México.

RESUMEN

Introducción: La presencia del apéndice vermiforme, inflamado o no, dentro de un saco herniario se conoce como hernia de Amyand (HA). Esta representa un 1 por ciento de todas las hernias inguinales y un tercio de estas se asocian con apendicitis aguda. Esta presentación es una entidad poco frecuente y la mayoría de las ocasiones se presenta como hallazgo durante el evento quirúrgico.

Caso clínico: Reportamos un paciente masculino de la quinta década de la vida que consultó por un cuadro de 10 días de evolución con aumento de volumen en región inguinal derecha asociado a dolor e incapacidad a la reducción. Se practicó laparotomía exploradora que requirió hemicolectomía derecha.

Resultados: Durante el transoperatorio se evidencia saco herniario con contenido de ciego y apéndice cecal con necrosis en su base. Se realiza hemicolectomía derecha y elaboración de ileostomía bajo anestesia regional.

Discusión: Los pacientes que presentan este tipo de hernia pueden presentar un cuadro clínico similar al de una hernia inguinal estrangulada acompañado de síntomas clásicos de apendicitis aguda. El diagnóstico se considera un reto, es esencial una historia clínica formal acompañado de exploración física minuciosa; la tomografía computarizada es útil en adultos, así como la ecografía en pacientes pediátricos, sin embargo, el hallazgo intraoperatorio confirmará el diagnóstico.

Conclusiones: La hernia de Amyand representa un reto diagnóstico, en la mayoría de las ocasiones se considera un diagnóstico intraoperatorio incidental. No existe un tratamiento protocolizado, sin embargo, el grado inflamatorio del apéndice es el que guiará el abordaje quirúrgico.

Palabras clave: hernia abdominal, hernia inguinal, apéndice, hernia de Amyand.

CORRESPONDENCIA

XREF

Ricardo Alberto Pulido Lopez
Hospital Central Sur de Alta Especialidad
14140 Ciudad de México, México
rapl-drdsgpnbl@hotmail.com

CITA ESTE TRABAJO

Martínez Martínez HG, Pulido López RA, Flores Ávila JE, Manzano Tamez M. Hernia de Amyand complicada con necrosis cecal: Presentación de un caso y tratamiento quirúrgico. *Cir Andal.* 2024;35(1):46-49. DOI: 10.37351/2024351.8

ABSTRACT

Introduction: The presence of the vermiform appendix, whether inflamed or not, inside a hernial sac is known as Amyand's hernia (AH). This represents 1 percent of all inguinal hernias and one third of these are associated with acute appendicitis. This presentation is a rare entity and most of the times it presents as a finding during the surgical event.

Clinical case: We report a male patient in his fifth decade of life who consulted for a 10-day history of increased volume in the right inguinal region associated with pain and inability to reduce. An exploratory laparotomy was performed, which required a right hemicolectomy.

Results: During the intraoperative period, a hernial sac with cecum content and cecal appendix with necrosis at the tip was evident. Right hemicolectomy and ileostomy preparation are performed under regional anesthesia.

Discussion: Patients with this type of hernia may present with clinical findings similar to that of a strangulated inguinal hernia accompanied by classic symptoms of acute appendicitis. The diagnosis is considered a challenge, a formal clinical history accompanied by a thorough physical examination is essential; Computed tomography is useful in adults, as well as ultrasound in pediatric patients, however, the intraoperative finding will confirm the diagnosis.

Conclusions: Amyand's hernia represents a diagnostic challenge, in most cases it is considered an incidental intraoperative diagnosis. There is no protocolized treatment, however the inflammatory degree of the appendix is what will guide the surgical approach.

Key words: abdominal hernia, inguinal hernia, appendix, Amyand's hernia.

INTRODUCCIÓN

Una hernia inguinal es una protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través del canal inguinal. El saco de una hernia inguinal puede contener cualquier órgano abdominal, incluido el intestino delgado o grueso. La hernia de Amyand (HA) es una forma muy rara e infrecuente de hernia inguinal en la que el apéndice vermiforme está presente dentro del saco herniario¹. Esta condición fue descrita por primera vez por el cirujano francés Claudius Amyand, quien realizó una apendicectomía exitosa en 1735^{1,2}. La HA tiene una incidencia del 1% y solo el 0,8 a 0,13% de los casos se complica con apendicitis aguda^{1,3,4}. Los factores de riesgo para este tipo de hernia incluyen, edad avanzada, sexo masculino, índice de masa corporal disminuido, antecedente de prostatectomía o radioterapia⁵.

El abordaje diagnóstico de la HA puede resultar desafiante, ya que puede ser asintomática, cursar con encarcelamiento o incluso convertirse en apendicitis aguda dentro del saco herniario y esto puede resultar en perforación y/o formación de abscesos^{1,3,4} siendo un hallazgo casual durante una intervención quirúrgica⁶. Las HA se pueden clasificar utilizando el sistema creado por Losanoff y Basson, el cual aborda el tratamiento quirúrgico recomendado para diferentes tipos de HA. Este enfoque permite reconocer y manejar las variaciones de presentación de la HA⁷ (Tabla 1), pero en general, la

apendicectomía dentro del saco herniario aunado a la reparación del defecto y antibioticoterapia es un tratamiento curativo.

Tabla 1. Clasificación de Losanoff y Basson.

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal con hernia inguinal	Reducción de hernias, reparación con malla y apendicectomía
Tipo 2	Apendicitis aguda en saco herniario, sin sepsis abdominal	Apendicectomía por hernia, reparación endógena primaria de hernia sin malla
Tipo 3	Apendicitis aguda dentro de hernia inguinal y peritonitis	Laparotomía, apendicectomía, reparación primaria de hernia sin malla
Tipo 4	Apendicitis aguda dentro de hernia inguinal, con patología relacionada o no relacionada	Manejar como hernia tipo 1 a 3, investigar o tratar patología según corresponda

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años de edad, originario y residente del estado de Nuevo León, acude por medios propios al servicio de urgencias por cuadro de 10 días de evolución, siendo su sintomatología principal dolor y aumento de volumen en región inguinal derecha asociado a fiebre y náusea que llega al vómito de contenido gastrointestinal. Durante su anamnesis se comprobó que no era portador de enfermedades crónicas degenerativas, alergias ni cirugías previas. Al examen físico tenía una temperatura de 38 grados centígrados, normotenso, taquicárdico a 110 latidos por minuto y taquipneico con frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto. A la palpación el abdomen presentaba aumento de volumen doloroso en región inguinal y escrotal derecha el cual no era reducible, sin evidencia de irritación peritoneal. Bioquímicamente se encontró un recuento elevado de glóbulos blancos 26.9 x 10⁹ /L a expensas de neutrofilia de 87 %. Ante hallazgos clínicos se integró sospecha de hernia inguinoescrotal encarcelada, se decide manejo quirúrgico. Entre los hallazgos transoperatorios se observó un saco herniario de contenido asa de ciego y apéndice cecal con cambios isquémicos, necrosis en su base y abundante líquido de reacción inflamatoria (Figura 1), por lo que se decide conversión a laparotomía realizando hemicolectomía derecha más elaboración de ileostomía tipo brooke (Figura 2). El paciente recibió tratamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación y fue dado de alta al tercer día de posoperatorio.

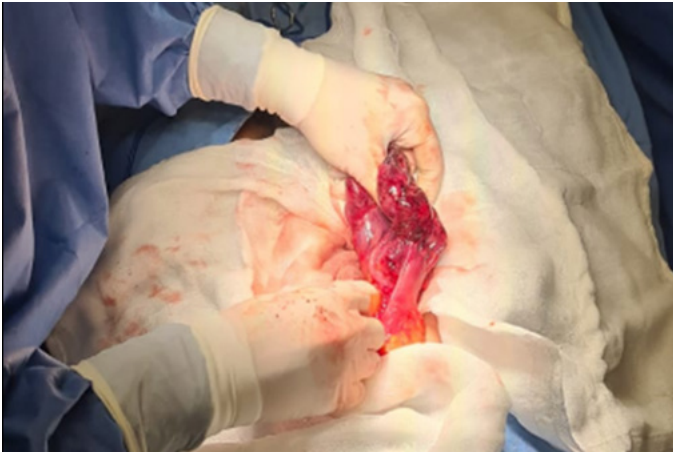


Figura 1 Hallazgos transoperatorios, se muestra necrosis en base apendicular, así como cambios isquémicos a nivel de ciego.



Figura 2 Imagen durante la cirugía, se observa resultado de hemicolecotomía derecha.

DISCUSIÓN

La HA es un tipo raro de hernia inguinal con una prevalencia menor al 1%, se asocia a apendicitis complicada en el 0.1% de los casos⁸. Debe sospecharse ante toda hernia inguinal encarcelada con datos sépticos y signos de peritonitis^{1,6}. El diagnóstico se considera un reto, es esencial una historia clínica formal acompañado de exploración física minuciosa; la tomografía computarizada es útil en adultos, así como la ecografía en pacientes pediátricos⁶, sin embargo se debe enfatizar que el estándar de oro en la detección de este tipo de hernia es una exploración quirúrgica debido a la variedad de diagnósticos diferenciales^{9,10}.

Según el estado del apéndice, la hernia se clasifica en 4 tipos según la clasificación de Losanoff y Basson, dependiendo de los hallazgos transoperatorios, se decidirá un manejo quirúrgico adecuado^{1,6,7}. Además de los hallazgos, la decisión de conservar o no el apéndice dependerá de la edad, y el riesgo de evolución a peritonitis generalizada. Los jóvenes tienen una probabilidad mucho mayor de padecer apendicitis aguda en contraste con la edad adulta o los pacientes añosos¹¹. El Manejo principal es la cirugía abierta, pero en los últimos años el abordaje laparoscópico está sumando casos; dando beneficios de menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida, menor dolor postoperatorio, entre otros^{1,6}. Existe controversia con respecto al uso de malla para la reparación primaria de la hernia. Se han informado tasas de infección de hasta el 50 % con la reparación primaria con malla, lo que hace que su uso se encuentre discutido¹².

En el presente caso se decidió realizar una exploración quirúrgica, encontrándose una HA con apendicitis aguda complicada; ante riesgo de evolución a peritonitis generalizada y/o fuga de muñón apendicular se realizó hemicolecotomía derecha y herniorrafia sin uso de malla, de acuerdo a las recomendaciones de Losanoff y Basson. La evolución posoperatoria fue normal.

CONCLUSIONES

La hernia de Amyand es una presentación rara de hernia inguinal, representa un reto diagnóstico debido a la variedad de síntomas y diagnósticos diferenciales; en la mayoría de las ocasiones se considera un diagnóstico intraoperatorio incidental. No existe un tratamiento protocolizado, sin embargo, el grado inflamatorio del apéndice es el que guiará el abordaje quirúrgico, por lo que el manejo debe ser individualizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chama Naranjo A, Cruz Zarate A, et al. Hernia de Amyand con Apendicitis aguda no complicada: Presentación de un caso y tratamiento quirúrgico. *Cir Andal*. 2021;32(4):514-16.
2. Dogan F, Tutak F, et al. Illustrations of hernia surgery in the early period of the ottoman empire by serefeddin sabuncuoglu, *World J. Surg.* (en línea) 2021; 45(7): 2116-2120, Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-021-06058-8> <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06058-8>.

3. Ramos-Rodríguez J, Cruz-Rodríguez J, Ramírez-León C, O'Farril-Hernández M, et al. Hernia de Amyand. Presentación de un caso. *Medisur*. 2015; 13(2):321-325.
4. Morataya EE, Martínez G. Hernia de Amyand. *Col. Méd. Cir. Guatem* (en línea) 2020;159(2):136-137. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/228/221> <https://doi.org/10.36109/rmg.v159i2.228>.
5. Shakil A, Aparicio K, Barta E, et al. Hernias Inguinales: diagnóstico y tratamiento. *Am Fam Physician*. 2020;102(8):487-492.
6. Ruiz-Funes MAP, Farell Rivas J, Marmolejo Chavira A, et al. Abordaje de hernias poco frecuentes por cirugía de mínimo acceso: serie de casos. *Rev Mex Cir Endoscop.* (en línea) 2020; 21 (1): 6-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97607>.
7. Losanoff, J.E., Basson, M.D. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* (en línea) 2008;12:325-326 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-008-0331-y> <https://doi.org/10.1007/s10029-008-0331-y>.
8. Mora G, Stock R, Vallejos R, Tapia C, Cid H, Guastavino G. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Chilena de Cirugía* (en línea) 2007;59(2):142-144. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000200011&lng=en&nrm=iso&tln g=en <https://DOI:10.4067/S0718-40262007000200011>.
9. Kakodkar P, Neo W, Khan M, et al. An incidental discovery of Amyand's Hernia: a case study and literature review on its intraoperative management, *Cureus* (en línea) 2020;12(12): e11858 Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/46499-an-incidental-discovery-of-amyands-hernia-a-case-study-and-literature-review-on-its-intraoperative-management#!/> <https://doi.org/10.7759/cureus.11858>.
10. Shekhani H, Rohatgi S, Hanna T, Johnson J, et al. Amyand's hernia: a case report, *J Radiol Case Reports*. 2016 31;10(12):7-11.
11. Hina K, Naveed A, Munira A, et al. Amyand's hernia a case report, *Int J Surg Case Rep*. 2021;86: 2210-2612.
12. Holmes K, Guinn J. Amyand hernia repair with mesh and appendectomy. *Surgical Case Reports* (en línea) 2019;5:1-4. Disponible en: <https://surgicalcasereports.springeropen.com/articles/10.1186/s40792-019-0600-2> <http://dx.doi.org/10.1186/s40792-019-0600-2>.