

Hernia de Amyand gigante

Edgar Montes de Oca-Durán, Gabriel García Castillo, Damián Palafox,
Gerardo Miranda Dévora, Luis Ornelas Oñate, Rodolfo Ríos Lara y López

Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, México DF, México.
Acta Gastroenterol Latinoam 2013;43:235-239

Resumen

Se denomina “hernia de Amyand” a la presencia del apéndice dentro del saco de una hernia inguinal. La incidencia global de la hernia de Amyand es de 0,28 a 1%. La presentación clínica suele ser la de un paciente con una masa inguinal inflamada, tensa, hipersensible, de dimensiones variables, irreductible, asociada a dolor abdominal y vómitos. Excepcionalmente existe un cuadro franco de apendicitis. El tratamiento quirúrgico depende de la presentación del caso y los hallazgos intraoperatorios. Presentamos a continuación un caso de hernia de Amyand gigante en el que se realizó satisfactoriamente una plastia inguinal con técnica de Bassini y una apendicectomía transherniotomía.

Palabras claves. Hernia de Amyand, hernia inguinal, apendicitis.

Giant Amyand hernia

Summary

The finding of the appendix inside an hernial sac is called “Amyand hernia”. The global incidence is 0.28 to 1%. Clinical manifestations are the presence of an inflamed inguinal mass, tense, hypersensitivensible, with variable size, non-reducible, and associated to abdominal pain, vomit and very rarely true appendicitis manifestations. Surgical treatment depends on the case presentation and the intraoperative findings. We present a case of a giant Amyand’s hernia successfully treated with surgery by performing the hernia repair with Bassini technique and transherniotomy appendectomy.

Key words. Amyand hernia, inguinal hernia, appendicitis.

Se denomina “hernia de Amyand” a la presencia del apéndice dentro del saco de una hernia inguinal. La incidencia global de la hernia de Amyand es de 0,28 a 1%.¹ La incidencia del proceso inflamatorio agudo apendicular en el saco es de 0,07 a 0,13%.¹ Generalmente, debido a que el cuadro clínico orienta hacia una hernia encarcelada y no al de un cuadro inflamatorio apendicular típico, el diagnóstico se establece en el momento intraoperatorio y es excepcional la posibilidad de realizar un diagnóstico oportuno preoperatorio.² Usualmente es diagnosticada en el lado derecho, lo cual obedece a la posición anatómica del apéndice. Sin embargo, han sido reportadas hernias de Amyand en el lado izquierdo.³ La presentación clínica suele ser la de un paciente con una masa inguinal inflamada, tensa, hipersensible, de dimensiones variables, irreductible, asociada a dolor abdominal y en ocasiones a vómitos. En pocas ocasiones se hallan datos sugestivos de apendicitis tales como leucocitosis y fiebre.⁴ El mejor tratamiento, ampliamente aceptado, constituye la apendicectomía transherniotomía y la plastia de la hernia,⁵ pero hay que considerar que el tratamiento debe ser individualizado. Debido a la relativamente baja frecuencia de casos de hernia de Amyand, particularmente en hernias complejas y de grandes dimensiones, presentamos a continuación el caso de un paciente con hernia de Amyand gigante tratado exitosamente mediante una apendicectomía transherniotomía y una plastia inguinal con técnica de Bassini.

Descripción del caso

Se trata de un paciente varón de 52 años de edad, con antecedente de etilismo desde los 18 años de edad, con frecuencia semanal llegando a la embriaguez ocasionalmente. No refirió tabaquismo ni otras toxicomanías. Refirió tener una hernia ínguino-escrotal derecha de alrededor de 12 años de evolución y crecimiento progresivo desde su aparición. Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un dolor intenso en región ínguino-escrotal derecha y 4 días con signos de oclusión intestinal. A la exploración física, la hernia poseía una dimensión

Correspondencia: Damián Palafox
Servicio de Cirugía General. Unidad 307 Dr Balmis N° 148. Colonia
Doctores. Delegación Cuauhtémoc. (CP 06726) México DF, México.
E-mail: palafosdamian@yahoo.fr

aproximada de 50 x 30 cm, no era reductible y no tenía signos clínicos de estrangulamiento. Fue manejado con tratamiento médico, lográndose la remisión del cuadro de oclusión, una notable mejoría de la sintomatología y el trasladado a nuestra unidad para incluirlo en el protocolo quirúrgico (Figura 1). En el momento de ingreso a nuestro servicio los estudios de laboratorio se encontraban dentro de los parámetros normales, incluyendo biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa, lipasa y electrolitos séricos. La preparación preoperatoria consistió en las valoraciones anestésica, cardiovascular y respiratoria. Le fue otorgado un riesgo de Goldman 2. Los resultados de la espirometría fueron normales. La tomografía axial computada de doble contraste demostró un duodeno parcialmente distendido, sin alteración aparente; una notable elongación de mesenterio; y un colon transversal colapsado con residuo en su interior, no valorable (Figura 2). A nivel pélvico se observó un defecto del anillo inguinal con evidencia de protrusión de mesenterio, asas de intestino delgado, porción terminal de íleon y tercio

inferior del colon ascendente, así como elongación del paquete neuro-vascular del cordón espermático. Se evidenció, además, una colección homogénea en el borde ántero-medial de la bolsa escrotal, con una dimensión de 13 x 8 cm en sus ejes mayores. El resto de las estructuras abdominales y pélvicas estaban en situación normal (Figura 3).

Hallazgos quirúrgicos.

Se encontró una hernia inguinal derecha (ínguino-escrotal gigante) de aproximadamente 30 x 35 x 40 cm, conteniendo colon y asas intestinales, con una apendicitis complicada con perforación y un absceso loculado de 200 cc, con dilatación del orificio inguinal de aproximadamente 12 cm de diámetro. Se efectuó satisfactoriamente drenaje del absceso, omentectomía, apendicectomía, lisis de adherencias, orquiectomía derecha y plastia inguinal derecha con técnica de Bassini (Figuras 4 y 5). Posteriormente fue colocado un drenaje cerrado en la región escrotal inferior derecha. No existieron eventualidades durante el procedimiento quirúrgico y el paciente fue egresado a una sala de recuperación quirúrgica en cuidados generales (Figura 6).

Figura 1. Preoperatorio.



Figura 2. Tomografía axial computada con doble contraste: evidencia de elongación del mesenterio y colección heterogénea.

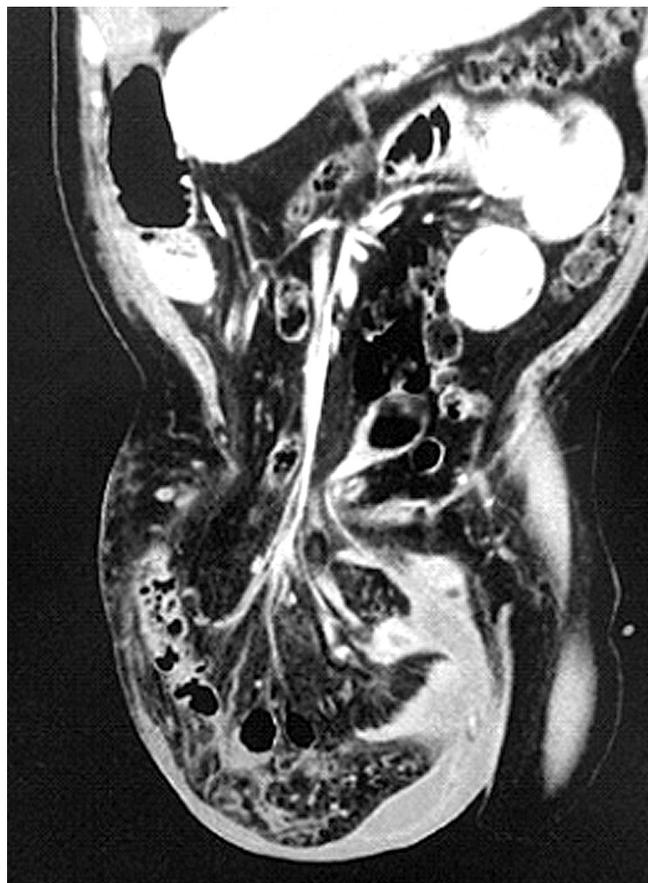


Figura 3. Tomografía axial computada con doble contraste: contenido herniario y colección heterogénea en el borde anteriomedial de la bolsa escrotal.

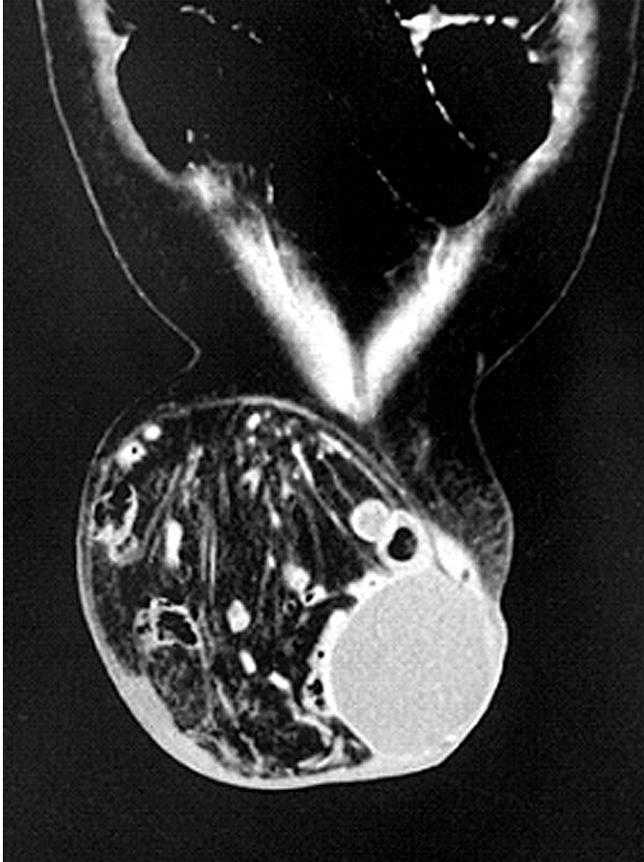


Figura 4. Contenido herniario con epiplón y apéndice vermiforme.

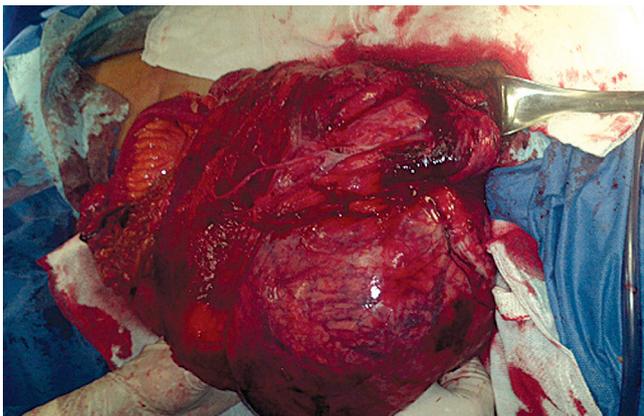


Figura 5. Apendicectomía transherniotomía con uso de bisturí ultrasónico.

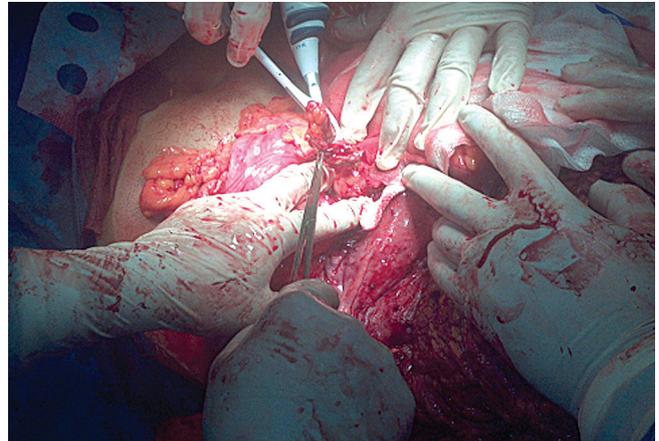


Figura 6. Posoperatorio 5 días después.



Discusión

El tratamiento quirúrgico se encuentra normado de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, de tal manera que, cuando se encuentra un proceso inflamatorio apendicular, se está obligado a realizar una apendicectomía. Además, si las condiciones lo permiten, se encuentra ampliamente recomendado realizar una plastia inguinal sin colocación de material protésico, ya que la apendicitis podría estar relacionada ulteriormente con la infección asociada a la colocación de una malla y a la infección de la herida quirúrgica, entre otras complicaciones.⁶ En términos generales, se opta por realizar la apendicectomía a través de la hernia. En algunos casos selectos, algunos cirujanos consideran que es posible adquirir una actitud conservadora y no efectuar la apendicectomía, realizando un cierre e invaginación si no existe afección del apéndice vermiforme. Esto permitiría la colocación de material protésico sin complicaciones. Como contraparte, existe quien recomienda la realización de la apendicectomía, independientemente de la existencia del proceso inflamatorio. Otros abordajes descritos son el pre-peritoneal, el inguinal y el laparoscópico.^{6,7} Existen expertos que defienden el uso y la colocación de una malla incluso en presencia de apendicitis o proceso de estrangulación.

En 2007, Losanoff y Basson desarrollaron una clasificación para la hernia de Amyand asociando la descripción del cuadro apendicular y el manejo quirúrgico correspondiente.^{8,9} De acuerdo a esta clasificación, que comienza a adquirir mayor aceptación por algunos grupos de cirujanos, existen cuatro tipos a partir de los cuales se decide el tratamiento quirúrgico (Tabla 1).

El diagnóstico de hernia de Amyand se establece de modo habitual en el intraoperatorio y es excepcional la posibilidad de realizar un diagnóstico oportuno preoperatorio. En cuanto al uso de la tomografía computada, los cortes sagital y coronal son de particular relevancia para identificar al apéndice como una estructura tubular que se introduce en el canal inguinal. La gran mayoría

de casos diagnosticados en el preoperatorio se han valido de la tomografía como método auxiliar principal de diagnóstico.¹⁰

Los otros tipos de hernias, según el contenido, son: Littre (Divertículo de Meckel), De Garengot (hernia femoral con contenido apendicular) y Richter (porción de la circunferencia del intestino). En el caso particular de las hernias femorales, con frecuencia la estrechez del canal femoral logra aislar el padecimiento inflamatorio incluso ante la presencia de una ruptura apendicular y solo en algunos casos sobreviene una peritonitis franca. Pans describe una serie de 35 casos con hernia de De Garengot en quienes colocó una malla preperitoneal.¹¹ Los casos de hernias de Garengot han sido reportados con frecuencia relativamente mayor en mujeres que en varones y con incidencia directamente proporcional a la edad del sujeto.³ En nuestra unidad hospitalaria, colegas nuestros realizaron satisfactoriamente la liberación del contenido del saco, el cierre y la invaginación; la plastia con técnica de Liechtenstein con colocación de material protésico y sin realización de apendicectomía; no presentándose complicaciones durante el procedimiento, con egreso de su paciente sin eventualidades 72 horas más tarde.¹² El retiro del drenaje escrotal se realizó en el momento del egreso sin eventualidades. En nuestro caso en particular, cuando se recibió al paciente se consideraron diversos protocolos quirúrgicos, incluyendo la aplicación del neumoperitoneo preoperatorio progresivo. Sin embargo, el paciente presentó deterioro clínico y se optó por realizar la cirugía antes de que sobrevinieran complicaciones severas como la oclusión intestinal o el estrangulamiento del asa. El tratamiento elegido en este caso fue realizado en base a la clasificación de Losanoff-Basson que correspondió al tipo 3.

En el caso de que no exista afección apendicular (tipo 1 de la clasificación de Losanoff-Basson), se encuentra indicado realizar la plastia inguinal con uso de material protésico. Si existe un proceso inflamatorio apendicular (tipos 2 y 3 de Losanoff-Basson), está indicado realizar la

Tabla 1. Clasificación de hernias de Amyand de Losanoff-Basson.

Clasificación	Descripción	Tratamiento quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal en hernia inguinal.	Reducción de la hernia, reparación protésica, apendicectomía en jóvenes
Tipo 2	Apendicitis aguda en hernia inguinal, sin sepsis abdominal.	Apendicectomía trans-hernia, reparación primaria de hernia, sin material protésico.
Tipo 3	Apendicitis aguda, con sepsis abdominal o de la pared abdominal.	Laparotomía exploradora, apendicectomía, reparación primaria de la hernia, sin material protésico.
Tipo 4	Apendicitis aguda, con enfermedad abdominal asociada o no asociada.	Manejo igual a tipos 1 y 3, protocolo de estudio de la enfermedad asociada.

plastia inguinal con tensión, con técnicas como Bassini o Shouldice, ya que el riesgo de contaminación e infección del material protésico se incrementa.

Concluimos que la hernia de Amyand es una entidad clínica poco común que debe sospecharse en todo paciente que se presente con un aumento de volumen en la región inguinal inflamada, tensa e hipersensible; de dimensiones variables, irreductible y asociado a dolor abdominal. La cirugía puede efectuarse de manera segura realizándose la apendicectomía a través de una herniotomía, seguida de la reparación primaria del defecto herniario, empleándose para ambos procedimientos la misma incisión y el mismo abordaje.

Referencias

1. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15 year period. *Hernia* 2007;11:31-35.
2. Peraza-Casajús JM, Bodega-Quiroga I, Saínz-González F, Baquedano-Rodríguez J, Hernández G, Olmeda-Rodríguez J. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio. *Sanid Mil* 2011;67:98-99.
3. Contreras-Ruíz Velasco R, García-La Rotta JA, González-Áviles JM, Rojas-Díaz O, Acevedo-Estrada RI, Murillo-Zolezzi A. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Rev Esp Med Quir* 2008;13:88-92.
4. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000;24:884-886.
5. Thakur A, Buchmiller T, Hiyama D, Shaw A, Atkinson J. Scrotal abscess following appendectomy. *Pediatr Surg Int* 2001;17:569-571.
6. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003;7:50-51.
7. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, Di Giuseppe G, Pagano D, Sturniolo G. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia* 2003;7:89-91.
8. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath- a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg* 2007;73:1288-1290.
9. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2008;12:325-326.
10. Constantine S. Computed tomography appearances of Amyand hernia. *J Comput Assist Tomogr* 2009;33:359-362.
11. Pans A, Desai C, Jacquet N. Use of preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *Br J Surg* 1997;84:310-312.
12. Ortega-León LH, Ramírez-Tapia D, Dieguez-Jiménez CM, Cruz-Melgar LM, García-Puig MA, Chávez-Gómez A, Montalvo-Javé EE. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2011;74:98-100.