

INFORME DE CASO

Presentación de tres pacientes con hernia de Amyand

Dr. Eduardo Elias Díaz González¹
Dr. Rafael Fleites Pérez²

RESUMEN

Se presentan tres casos operados de una variedad de hernia poco frecuente: hernia de Amyand. Se presenta en el 1% de las hernias inguinales en los adultos y se ha encontrado el apéndice inflamada en 11 de 8 962 casos de apendicitis. El diagnóstico se llevó a cabo en el trans-operatorio en la totalidad de los casos, todos evolucionaron bien y solo en uno de ellos se colocó una prótesis de polipropileno por la técnica de Jeans Rives debido a la gran destrucción de la pared posterior, sin complicaciones sépticas posquirúrgicas más allá de la celulitis y que resolvió de forma ambulatoria. En los tres casos la biopsia es concluyente de apendicitis aguda dentro del saco herniario.

DeCS:

HERNIA INGUINAL
TECNICAS DE DIAGNOSTICO
QUIRURGICO

SUMMARY

Three cases operated on for a rare variety of hernia are reported. It is called Amyand's hernia. It occurs in 1% of inguinal hernias in adults, and the inflamed appendix has been found in 11 out of 8 962 cases of appendicitis. The diagnosis was carried out in the trans-operative in all cases. All patients evolved well and only one of them required a polypropylene mesh using the Jeans Rives technique, due to the vast destruction of the posterior wall, without post-operative septic complications beyond cellulitis, which was resolved on an outpatient basis. In all three cases the biopsy indicated acute appendicitis within the hernia sac.

MeSH:

HERNIA, INGUINAL
DIAGNOSTIC TECHNIQUES, SURGICAL

El primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta fue Garangeot, en 1731. La incidencia de esta hernia se estima en el 1% de las inguinales en los adultos;^{1,2} el descubrimiento de una apendicitis perforada es aún más inusual. En 1973 Ryan³ 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 ejecutada por Hall en 1886, precisamente en una hernia de Amyand. En

Cuba la apendicitis aguda es la primera causa de síndrome peritoneal y la enfermedad más frecuente que produce abdomen agudo.^{6,7}

En un Informe Nacional redactado en 2003 por el doctor Domingo Torres Hernández¹ se describe la operación de un paciente de 82 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica al que se le diagnosticó una hernia inguinal derecha estrangulada que se encontraba dentro del saco y el apéndice cecal perforado en la punta; después de un tratamiento integral fue egresado al séptimo día.

PRESENTACIÓN DE LOS PACIENTES

Paciente uno

Paciente de 84 años, con antecedentes de demencia senil aterosclerótica, al que hacía dos años se le había diagnosticado una hernia inguino-escrotal derecha irreductible. Durante los últimos cinco días presentó un dolor en la fosa ilíaca derecha que se irradiaba a la región inguino-escrotal de ese lado y que estaba acompañado por vómitos alimentarios, anorexia e intranquilidad; los familiares lo trajeron al Cuerpo de Guardia de Cirugía y se decidió su ingreso.

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

Complementarios:

- Hemoglobina: 13g/L
- Hematocrito: 0,40vol%
- Leucocitos: 12 200/10⁹
- Fórmula leucocitaria: 90 polimorfonucleares, nueve linfocitos y un esoinófilo
- Electrocardiograma: 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 abordó el canal inguinal por incisión de Marrow y se constató un intenso edema del cordón, alrededor de la masa encarcelada; se disecó el saco indirecto y se abrió; se encontró el ciego deslizado y el apéndice cecal gangrenoso en la base, con líquido fibrinoso; se realizó la apendicectomía y se suturó la base con punto en bolsa de señora; se dejó sonda de cecostomía y se aspiró la cavidad abdominal. Se decidió realizar una orquiectomía con ligadura y sección alta del cordón espermático y se dejó drenaje Penrose, se realizó el lavado del canal inguinal con hibitane acuoso y solución salina fisiológica; se efectuó la técnica de La Roque para la reducción del ciego; se resecó el saco redundante y se reparó la pared posterior con puntos separados de poliéster 2-0 desde el arco aponeurótico del músculo transversal del abdomen hasta la cintilla iliopubiana. Se indicó antibioticoterapia profiláctica con gentamicina de 80mg y

metronidazol de 500mg endovenoso y se repitió esta dosis cada ocho horas hasta el octavo día del postoperatorio.

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

Paciente dos

Paciente de 46 años de edad al que le diagnosticaron hace seis meses una hernia inguinal derecha, es fumador y refiere haber notado un aumento de volumen de la región inguinal derecha, que se reducía y expandía con los esfuerzos al toser. En esta ocasión refirió que presentaba, desde el día anterior, dolor en la fosa iliaca derecha; dolor que, acompañado de náuseas, se irradiaba a la región derecha y al testículo de ese lado. Acudió al hospital por un turno de cirugía ambulatoria; mientras, el dolor se hizo más intenso y lo remitieron 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 y el hipogastrio. Los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos y en la región inguinal derecha se notó la presencia de una masa de 4cm, dolorosa e irreductible. El pulso era de 100 por minuto y la tensión arterial de 130/80.

Complementarios:

- Hemoglobina: 120g/L
- Hematocrito: 40vol%
- Leucocitos: $12\ 500/10^9$
- Fórmula leucocitaria: 89 polimorfonucleares, nueve linfocitos y dos eosinófilos
- Electrocardiograma: normal
- Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuropulmonares
- Radiografía de abdomen: no hay distensión de asas delgadas ni gruesas, pero sí se observan tres niveles hidroaéreos en la fosa iliaca derecha

Se llevó el paciente al quirófano con el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada: bajo anestesia espinal se abordó el canal inguinal por incisión de Marrow y se abrió por planos; se realizó una quelotomía; se disecó el saco indirecto y se abrió -al abrirlo se encontró líquido seroso y el apéndice cecal engrosado, con bridas de fibrinas y deslizado en el saco-. Se realizaron una apendicectomía (según la técnica habitual), la aspiración local, la maniobra de Ombredane, la técnica de La Roque y se resecó el saco redundante. Se reparó la pared posterior con puntos separados del arco transversal a la cinta iliopubiana. Se aplicó antibióticoterapia preoperatoria con gentamicina de 80mg y metronidazol de 500mg, que se mantuvo hasta el séptimo día, cuando el paciente fue egresado sin signos de sepsis en la herida.

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

Paciente tres

Paciente de 40 años, femenina, que acudió al Cuerpo de Guardia por aumento de volumen a nivel de la región inguinal derecha acompañado de discretos signos inflamatorios dados por rubor, dolor y aumento del calor local; no presentaba fiebre, ni síntomas sugerentes de enfermedad intra-abdominal, por lo que se le

puso tratamiento para una adenitis inguinal, con antibióticos vía oral, así como anti-inflamatorios y medidas generales. (figura a y b)

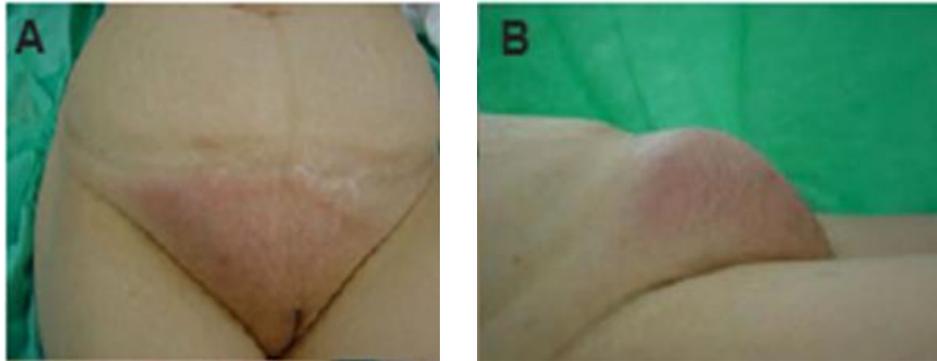


Figura a y b. Se observa eritema y aumento de volumen en región inguinal

Se recogía el antecedente de una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) realizada en su área de salud en esa zona durante el estudio de un síndrome adénico al que era sometida la paciente desde hacía algún tiempo, este procedimiento se había realizado hacía unos quince días y como resultado solo mostró tejido linfoide sin ninguna enfermedad; se concluyó como una adenitis inespecífica. Antes de terminar el tratamiento impuesto por siete días regresó pues los signos inflamatorios locales habían aumentado y a nivel abdominal aparecieron signos de reacción peritoneal. Se realizaron exámenes de rutina y fue llevada al quirófano con el diagnóstico de una apendicitis dentro del saco herniario indirecto (figura c) -la paciente presentaba un saco herniario indirecto ocupado por el apéndice cecal y al realizarle la BAAF se produjo un traumatismo sobre este que provocó su inflamación-.



Figura c. Apéndice cecal y epiploa en región inguinal derecha

Se le realizó una apendicectomía y se reparó la hernia por una técnica protésica por la gran destrucción de la pared posterior; previa limpieza del área quirúrgica se colocó una malla de polipropileno por la técnica de Jeans Rives para la región inguinal. (figura d)



Figura d. *Líquido purulento en región inguinal, secundario a apendicitis aguda*

Se utilizó la antibióticoterapia con cefazolina, gentamicina y metronidazol y se realizó metafilaxis del área quirúrgica con amikacina. Fue egresada a los 10 días y seguida por consulta externa; hizo una celulitis de la herida quirúrgica que resolvió con tratamiento médico ambulatorio.

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

COMENTARIO FINAL

La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal atascada es rara. Una revisión al artículo de Weber⁸ y colaboradores 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 y la totalidad de los pacientes pertenecía 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 el examen físico del paciente usualmente derivan en diagnóstico de hernia inguinal encarcelada o estrangulada y peritonitis local, sin poder precisar la existencia de una apendicitis dentro del saco herniario. 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} 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.^{6,7} Para realizar un diagnóstico preoperatorio correcto se debe tener conciencia de la existencia de esta enfermedad 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.

En el caso número uno se realizó un abordaje independiente de la herniotomía, lo que se considera correcto dada la intensidad de la peritonitis y la posible dificultad para el acceso amplio a la cavidad abdominal a través de la incisión original; en los otros dos casos se abordó a través de una inguinotomía sin mayores dificultades.

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;³⁻⁵ no obstante, en el tercer caso se usó sin complicaciones importantes.

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. La apendicitis dentro de un saco herniario puede deberse a los múltiples traumas que recibe el apéndice y a la posición de este, puede ser congénita u ocurrir por deslizamiento.

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.

DE LOS AUTORES

1. Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.