

HERNIA DE AMYAND TIPO 3. REPORTE DE CASO

JARAMILLO BOLÍVAR, YOSSELIN ELIENAI¹
GALINDEZ GIRON, LOYDA BRUNILDE¹
FREITES MORALES, ALIUBA²
SOTO DÍAZ, GISELMAR JOSE ESTEFANY³
GUEVARA PÉREZ, DAVID ABRAHAM³
YORIS MARÍN, CARLOS ENRIQUE³

AMYAND'S HERNIA TYPE 3. CASE REPORT

RESUMEN

Se describe a la hernia de Amyand como la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario inguinal con un proceso inflamatorio-infeccioso o no, cuya frecuencia <1% de los casos de hernias inguinales. Exponer caso clínico y revisión bibliográfica de la hernia de Amyand tipo 3. Paciente masculino de 65 años de edad con enfermedad actual de inicio 10 días previo a su ingreso cuando posterior a esfuerzo físico presenta aumento de volumen no reductible en región inguinal derecha dolorosa, posteriormente 24 horas previo a su ingreso presenta dolor de fuerte intensidad en región inguinal derecha, persistencia del aumento de volumen y signos de flogosis, náuseas y alzas térmicas no cuantificadas, por lo cual acude a nuestra institución. Examen físico: Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, se apreciaba aumento de volumen en región inguinal derecha, no reductible, doloroso a la palpación con rubor y calor local, genitales masculinos con dolor a la palpación del testículo derecho. Hernia inguinal derecha atascada. Intervención quirúrgica: Hernioplastia inguinal por técnica de cierre preperitoneal, sin colocación de malla, apendicectomía atípica por técnica de Pouchet. La hernia de Amyand es una patología poco frecuente, que se presenta <1% y acompañada de complicaciones <0,1%, debe sospecharse en pacientes que presente una patología herniaria derecha con leucocitosis y neutrofilia sin otro foco infeccioso demostrado, donde el diagnóstico principalmente se hace intraoperatorio como lo expone el presente caso.

Palabras clave: Hernia de Amyand, Losanoff y Basson, hernioplastia, apendicectomía, hernia inguinal.

ABSTRACT

Amyand's hernia is described as the presence of the cecal appendix within an inguinal hernial sac with an inflammatory-infectious process or not, the frequency of which is <1% of cases of inguinal hernias. To present a clinical case and a bibliographic review of Amyand hernia type 3. A 65-year-old male patient with current disease that started 10 days before admission when, after physical effort, he presented a non-reducible increase in volume in the right inguinal region. Painful, later 24 hours before admission, he presented pain of strong intensity in the right inguinal region, persistence of increased volume and signs of phlogosis, nausea and thermal increases not quantified, for which he came to our institution. Physical exam: painful depressible soft abdomen on deep palpation in the right iliac fossa without signs of peritoneal irritation, volume increase was observed in the right inguinal region, not reducible, painful on palpation with flushing and local heat, male genitalia with pain on palpation of the right testicle. Stuck right inguinal hernia. Surgical intervention: Inguinal hernioplasty by preperitoneal closure technique without mesh placement, atypical appendectomy by Pouchet technique. Amyand's hernia is a rare pathology, which presents <1% and accompanied by complications <0.1%, it should be suspected in patients presenting a right hernia pathology with leukocytosis and neutrophilia without another proven infectious focus, where the diagnosis is mainly made intraoperatively as exposed in the present case.

Key words: Amyand's hernia, Losanoff and Basson, hernioplasty, appendectomy, inguinal hernia.

1. Especialista en Cirugía General. Cirujano General, Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" Valencia- Venezuela. Correo-e: Yjaramillo.eb@gmail.com ;
2. Especialista en Cirugía General. Subdirector Docente. Cirujano General Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde, Valencia- Venezuela.
3. Médico Cirujano, Residente Postgrado Cirugía General. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" Valencia Venezuela.

INTRODUCCIÓN

En 1753, el Dr. Claudio Amyand realizó la primera apendicectomía exitosa del mundo en el Hospital St. George a un niño de 11 años que presentó una hernia inguinal con un apéndice dentro con inflamación aguda; La incidencia de encontrar un apéndice en el saco herniario es rara (<1% de los pacientes con hernia inguinal) y cuando surgen complicaciones como inflamación, perforación, o abscesos posee una incidencia de alrededor 0.1%. Generalmente su hallazgo es intraoperatorio, siendo más frecuente en el hombre. (1)

Suele ser asintomática o presentar clínica de una hernia encarcelada o estrangulada con o sin abscesos de pared, inflamación aguda, perforación, orquitis, epididimitis, o fascitis necrotizante con mortalidad de 14-30%. (2)

La fisiopatología no se ha establecido de manera definitiva. Generalmente es causada por una obstrucción extraluminal. La contracción muscular o cualquier otro aumento repentino de la presión intraabdominal puede causar compresión del apéndice, lo que resulta en una mayor inflamación, que posteriormente se traduce en isquemia, resultando en un crecimiento excesivo de bacterias.

El algoritmo más aceptado de tratamiento para la hernia de Amyand es el realizado por Losanoff y Basson donde la conducta es determinada esencialmente por la condición del apéndice dentro del saco herniario. Tabla 1

El éxito depende del tratamiento quirúrgico correcto, plan que se realiza predominantemente intraoperatorio. Entre los factores que dictan el tratamiento quirúrgico adecuado se encuentra: la condición del apéndice, las características de la hernia, las comorbilidades de los pacientes y otras circunstancias no bien identificadas debido a la falta de investigación disponible para esta enfermedad.

Debido a la rareza de esta enfermedad y la falta de estudios controlados aleatorios, no hay enfoques estandarizados basados en la evidencia. Además, sigue existiendo controversia sobre si se debe realizar una apendicectomía para una aparición normal del apéndice o si se debe usar malla para la reparación de la hernia si la apendicectomía se realiza por presentar un proceso inflamatorio. Sin más investigaciones, los cirujanos pueden tomar decisiones subóptimas, lo que potencialmente aumenta la morbilidad.(3)

Información del Paciente

Paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes morbosos de diabetes mellitus tipo II metabólicamente compensada e hipertensión arterial sistémica primaria controlada, quien refiere inicio de enfermedad actual 10 días previo a su ingreso cuando posterior a esfuerzo físico presenta aumento de volumen no reductible en región inguinal derecha doloroso a la palpación sin signos de flogosis, por lo cual automedica tratamiento analgésico y antiinflamatorio no especificado, posteriormente 24 horas previo a su ingreso

comienza a presentar dolor de fuerte intensidad en región inguinal derecha que no cede con el uso de analgésicos con persistencia del aumento de volumen, signos de flogosis en región antes descrita, náuseas y alzas térmicas no cuantificadas, motivo por el cual acude a nuestra institución.

Hallazgos Clínicos

Abdomen plano con ruidos hidroaéreos presentes sin alteraciones, blando depresible doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal, se apreciaba aumento de volumen en región inguinal derecha de 10x15cm aproximadamente, no reductible, doloroso a la palpación con rubor y calor local, genitales masculinos de aspecto y configuración normal con dolor a la palpación del testículo derecho; al tacto rectal no se evidenciaron alteraciones pertinentes.

Estudios Diagnósticos

Hb: 9.3g/dl; Hto: 29%; GB: 18900UL; Neu: 69%; Plaq: 390000UL; Examen de orina: no patológico.

Impresión diagnóstica:

- Hernia inguinal derecha atascada

Tratamiento Realizado

- Hernioplastia inguinal derecha. Abordaje por incisión de Gregorie.

Hallazgos operatorios:

1. Absceso en pared inguinal con exudado purulento fétido de 60cc aproximadamente
2. Cremáster y cordón espermático derecho desvitalizados con exudado purulento fétido
3. Hernia inguinoescrotal que protruye por fuera de los vasos epigástricos inferiores, anillo inguinal profundo de 4cm aproximadamente con contenido de apéndice cecal perforada en la punta de 7cm de longitud aproximadamente.

Técnica operatoria:

- Drenaje de absceso en pared inguinal derecha
- Orquiectomía derecha,
- Ligadura de base de apéndice y en vista de no poder traccionar completamente el ciego para su visualización y constatar indemnidad del mismo, se realiza incisión media infraumbilical constantando indemnidad de la base apendicular y el ciego.
- Se completa apendicectomía atípica por técnica de Pouchet.
- Cierre de defecto herniario por técnica preperitoneal sin colocación de malla.
- Se envían muestras para estudio anatomopatológico fijadas en formol.

Tabla 1: Clasificación de la hernia de Amyand y manejo quirúrgico por Losanoff y Basson. (3)

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	MANEJO QUIRURGICO
TIPO 1	Apendice normal en una hernia inguinal	Reducción de la hernia, reparación con malla
TIPO 2	Apendicitis aguda en una hernia inguinal sin sepsis abdominal	Apendicectomía, cierre primario de la hernia sin malla
TIPO 3	Apendicitis aguda en una hernia inguinal con absceso de pared abdominal o sepsis peritoneal	Laparotomía exploratoria, apendicectomía, reparación primaria de la hernia sin malla
TIPO 4	Apendicitis aguda en una hernia inguinal más cualquier patología intrabdominal	Manejo como tipo 1-3, investigar la patología según sea necesario

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Se mantuvo al paciente hospitalizado por 48 horas recibiendo tratamiento antibiótico endovenoso, se evidencia evolución satisfactoria y se egresa al 2do día de postoperatorio.

Anatomía patológica:

1. Parénquima testicular con fibrosis moderada estromal. Cambios hialinos, grupos de túbulos seminíferos con disminución de la maduración de su epitelio, inflamación crónica reagudizada moderada, neovascularización, congestión vascular y hemorragia reciente.
2. Apendicitis aguda en fase catarral. Figura 1
3. Peritonitis periapendicular leve. Figura 1
4. Tejido fibroadiposo con inflamación crónica reagudizada moderada, congestión vascular, hemorragia reciente y edema, compatible con saco herniario.

DISCUSIÓN

En vista de los hallazgos intraoperatorios se clasifica a la hernia de Amyand del presente caso en Tipo 3, al evidenciarse apendicitis aguda dentro del saco herniario con absceso de pared, justificando la apendicectomía más el cierre primario del defecto herniario, el cual fue realizado bajo técnica de cierre preperitoneal; resultado que concuerda con Youssef Shaban *et al.* en 2018 quienes presentaron un paciente con hernia de Amyand tipo 2, y realizaron cierre primario del defecto herniario más apendicectomía, (2) acertando con las conductas establecidas en la clasificación de Losanoff y Basson, donde no difiere el manejo de la hernia de Amyand tipo 2 de la tipo 3.

En este mismo orden de ideas, Perrotti *et al.* en 2018, reportaron un caso de hernia de Amyand tipo 1 en un paciente masculino de 80 años de edad, donde según la clasificación de Losanoff y Basson la conducta es: reparación de la hernia sin apendicectomía, sin embargo, los autores realizaron



Figura 1. Estudio anatomopatológico del paciente donde se evidencia estudio microscópico de apéndice cecal

apendicectomía planteando que dicha conducta puede reducir el riesgo de futura intervención quirúrgica en el paciente. (3)

Con base en lo anteriormente expuesto, Molina-Morín *et al.* publicaron en 2017 un caso de hernia de Amyand tipo 1 en un paciente masculino de 40 años a quien se le realizó apendicectomía más hernioplastia inguinal por vía preperitoneal por técnica de Nyhus con aplicación de malla de propileno de baja densidad, egresando al paciente sin complicaciones. (4)

La hernia de Amyand es más frecuente en el hombre, sin embargo, en 2011 Prieto-Montaño *et al.* evidenciaron un caso de hernia de Amyand tipo 2 en una paciente femenina de 54 años de edad, le realizaron apendicectomía más plastia inguinal bajo técnica de Rutkow con un apéndice inflamado más no perforado, el estudio de anatomía patológica de dicha paciente concluyó: apendicitis aguda flegmonosa y peri-apendicitis aguda fibropurulenta, esta conducta difiere de la sugerida por Lasonoff y Basson, quienes establecen que en el caso de una hernia de Amyand tipo 2 no se debe utilizar malla, en vista del proceso infeccioso local, sin embargo, Prieto-Montaño *et al.* no reportaron

complicaciones postoperatorias, lo cual pudo deberse al manejo antibiotico o a las condiciones de asepsia y antisepsia durante la cirugía. (5)

Si bien es cierto, el diagnóstico de la hernia de Amyand es difícil de manera preoperatoria, en ocasiones se puede realizar el diagnóstico incidental con la ecografía, esto puede evidenciarse en el estudio reportado por Moya-Sánchez *et al.* en el 2017, quienes al realizar un estudio ecográfico en un paciente masculino de 68 años de edad con diagnóstico de hernia inguinal derecha atascada, evidenciaron una estructura tubular de 8mm, con pared engrosada, compatible con el apéndice vermiforme, dentro de la hernia inguinal, con una imagen hiperecogénica que dejaba sombra acústica posterior en su interior, compatible con un coprolito. Posteriormente estos fueron confirmados con una tomografía axial computarizada contrastada, aseverando que se puede hacer uso de estos recursos si están disponibles para realizar el diagnóstico diferencial. (6)

Con base en lo anteriormente expuesto se puede concluir que la hernia de Amyand es una patología poco frecuente que debe ser conocida por el cirujano general, ya que su forma de presentación es igual a la de una hernia inguinal atascada, debe sospecharse en cualquier paciente que presente una patología herniaria derecha con leucocitosis y neutrofilia sin otro foco infeccioso demostrado, realizando el diagnóstico diferencial pertinente entre los cuales se incluyen: hernias inguinales o crurales estranguladas, omentocèle estrangulado, hernia de Richter y adenitis inguinal.

Al realizar la revisión bibliográfica no se encontró diferencia alguna entre los estudios sobre el tipo de técnica de reparación de la hernia a realizar, por lo cual se concluye que la técnica de elección debe ser seleccionada en base a las destrezas del cirujano y la condiciones clínicas del paciente, recordando que Losanoff y Basson en su clasificación señalan el no uso de la malla en las hernias de Amyand tipo 2, 3 y 4.

En vista de ser una patología poco frecuente con escasos estudios publicados, se sugiere, tener en consideración las morbimortalidades que presenten los pacientes de manera individual, basándose en la clasificación de Losanoff y Basson para el manejo quirúrgico de esta enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno sobre el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamantios Michalinos, Demetrios Moris, Spyridon Vernadakis, Amyand's hernia: a review, *Am. J. Surg.* 207 (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.043>.
- Shaban Y, Elkbuli A, McKenney M, Boneva D. Amyand's hernia: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2018; 47:92–96. doi:10.1016/j.ijscr.2018.04.034. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994736/>
- Perrotti S, Bosco D, Miano D, Amico A, Latino R, Di Cataldo A. Incarcerated Amyand's hernia: A case report. *International J Surg Case Reports*. 2018; 51, 265–267. doi:10.1016/j.ijscr.2018.08.064. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261218303705>
- Molina-Marín JD, Vergara-Osorio G, Marín-Marmolejo JC, Jaramillo-Rojas ET. Hernia de Amyand: presentación de un caso. *Iatreia*. 2017; Oct-Dic;30(4):443-447. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n4a08. https://www.researchgate.net/publication/320432525_Amyand_hernia_Case_report
- Prieto-Montano J, Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J, Hernia de Amyand. 2011. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2011.01.009>.
- Moya-Sánchez E, Fernández-Navarro L, García-Espinoza J. Hernia de Amyand: diagnóstico mediante radiología. *Cirugía Andaluza*. 2017; Volumen 28. Número 4. Recuperado de: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2017/Cir_Andal_vol28_n4_imagenes1.pdf