

Hernia de Amyand: A propósito de un caso

Amyand's hernia: A case report

DOI: 10.5281/zenodo.14577750

Dirección para correspondencia:
dracarolinavivar@gmail.com

Fecha de recepción: 08 / 10 / 2024

Fecha de aceptación: 21 / 11 / 2024

Fecha de publicación: 01 / 12 / 2024

Autores:

Vivar Moran Carolina Stefanía¹

Universidad de Especialidades Espíritu Santo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3159-6148>

Varas Vera Eladio Duberlit²

Universidad de Especialidades Espíritu Santo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2122-4473>

Gonzabay Gonzalez Monica Zeneida³

Universidad de Especialidades Espíritu Santo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2127-7170>

Miñan Arana Fernando⁴

Universidad de Especialidades Espíritu Santo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8203-6848>

RESUMEN

La hernia de Amyand es una entidad de poca frecuencia, caracterizada por un cuadro de dolor abdominal que no constituye un transcurso de evolución habitual típico de la apendicitis aguda, su diagnóstico supone en la mayor parte de los casos un gran desafío, ya que los estudios complementarios cuentan con baja sensibilidad y especificidad, siendo así muchas veces detectada durante el transoperatorio. El objetivo de este trabajo es describir el manejo clínico quirúrgico de un paciente que presentó una hernia inguino escrotal cuyo diagnóstico fue hecho en el transquirúrgico, operado en nuestro hospital, con complicaciones locales que requirió cirugía abdominal mayor, realizando resección de colon ascendente, ileotransverso anastomosis, reparación de defecto en región inguinal con técnica con tensión según criterios de Lossanoff además de su evolución clínica favorable posterior alta y

seguimiento ambulatorio.

Palabras claves: Hernia de Amyand, Hernia inguinal, Apendicitis.

ABSTRACT

Amyand's hernia is a rare entity, characterized by a picture of abdominal pain that does not constitute a typical course of evolution typical of acute appendicitis. In most cases, its diagnosis represents a great challenge, since studies Complementary agents have low sensitivity and specificity, and are often detected intraoperatively. The objective of this work is to describe the clinical-surgical management of a patient who presented an inguinal-scrotal hernia whose diagnosis was made transoperatively, operated in our hospital, with local complications that required major abdominal surgery, performing ascending colon resection, ileotransverse anastomosis. , repair of defect in

inguinal region with tension technique according to Lossanoff criteria in addition to its favorable clinical evolution after discharge and outpatient follow-up.

Key words: Amyand's hernia, inguinal, hernia, Apendicitis.

INTRODUCCIÓN

Se define a la Hernia de Amyand como la protusión espontánea del contenido de una cavidad o espacio orgánico al exterior secundario a un defecto en las estructuras de soporte. La primera descripción de este tipo de hernia la realizó Garangeot en 1731, pero no fue hasta el 1735 que Claudius Amyand realiza la primera apendicectomía en una hernia inguinal incarcerada por lo que se le atribuyó el nombre de esta entidad. (1)

Es un cuadro poco frecuente, siendo descrito en menos del 1% de los casos donde podemos encontrar como contenido del saco herniario, el apéndice cecal, y como apendicitis en el 0.07 al 0.13%. (1-5) con una prevalencia del 0.4% al 0.6% (7) y una incidencia global del 0.08%, con una mortalidad del 6-15%. (8)

Se sospecha de un cuadro de Hernia de Amyand, cuando el dolor abdominal no constituye un transcurso de evolución habitual típico de la apendicitis aguda, tales como los puntos dolorosos en fosa iliaca derecha como Mc Burney, Rovsing o signo del Psoas. (6) El diagnóstico supone en la mayor parte de los casos un desafío, ya que los estudios complementarios cuentan con baja sensibilidad y especificidad, siendo así muchas veces detectada durante el transoperatorio. (1) El tratamiento reportado es la apendicectomía transherniaria más herniorrafia (1,2) todo esto según las condiciones del contenido del saco herniario, la viabilidad tisular y la contaminación.

El objetivo de este trabajo es describir el manejo clínico quirúrgico de un paciente que presento una

hernia de Amyand en una unidad hospitalaria de tercer nivel y su evolución clínica posterior.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años sin comorbilidades previas reportadas, ni alergias medicamentosas conocidas es derivado a la Emergencia quirúrgica de nuestra casa de salud el 29 de febrero del 2024 por un cuadro clínico de más o menos 5 años de evolución caracterizado por aumento de volumen en región inguinal derecha, que se reagudiza hace 3 días caracterizándose por dolor tipo punzante, sin irradiación, de intensidad 8/10 EVA con tumefacción localizada en región inguinal derecha, distermia y vómitos postprandiales tardíos.

Al momento de la valoración el paciente se encuentra orientado en tiempo y espacio, hemodinámicamente estable, refirió elevación térmica no cuantificada, al examen físico, abdomen blando depresible doloroso en fosa iliaca derecha, se evidencia gran tumefacción en región inguino-escrotal derecha, eritematosa, con cambios de temperatura a la palpación superficial, dolorosa a palpación profunda no reductible a maniobras manuales. (**Imagen No 1**)



Imagen No 1, hernia inguino-escrotal paciente 59 años (5 años de evolución).

Paraclínicos preoperatorios:

En estudios complementarios encontramos leucocitosis de 14,080 mg/dl, con neutrofilia de 78% linfocitos 10.4% hemoglobina 13.9 mg/dl, plaquetas 213,000/mm³ glucosa 103 gr urea 49.22 mg/dl creatinina 1.09mg/dl. Se le realiza una ultrasonografía donde nos reportan defecto de pared inguinal derecha, edema de tejido celular subcutáneo bilateral.

En conjunto al cuadro clínico del paciente y sus complementarios, se decide ingreso a quirófano para resolución quirúrgica iniciando abordaje inguinal mediante incisión de *Marrow* derecha, encontrando como hallazgos: saco herniario gigante íntimamente adosado a túnica testicular conteniendo en su interior apéndice vermiforme inflamatorio en su interior perforado en su base, colon ascendente (ciego) con necrosis y perforación en su cara anterior de 2cm aproximadamente, colección fecaloidea de 200ml, defecto de piso inguinal de 5cm. **(Imagen No 2)** y elementos del cordón espermático desvitalizados con trombosis de los plexos venosos pampiniformes, testículo necrótico. **(Imagen No3)**

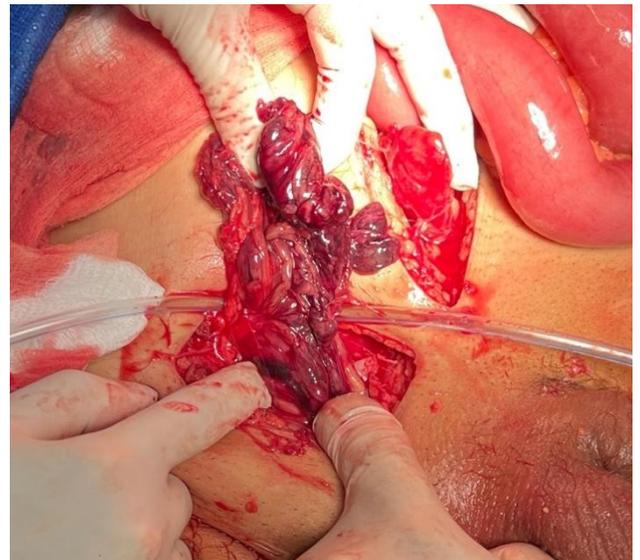


Imagen No 3, Elementos de cordón espermático derecho trombosados con cambios de coloración expuestos por incisión de *Marrow* derecha y separados por sonda Nelaton 16FR.

Ante la imposibilidad de reducción del contenido a cavidad abdominal, el nivel de contaminación y el compromiso tisular de las estructuras del contenido del saco herniario se decide realizar una laparotomía exploradora al paciente, con base a los hallazgos trans-quirúrgicos según criterios de clasificación de Rikki 3 **(Cuadro No 1)**.

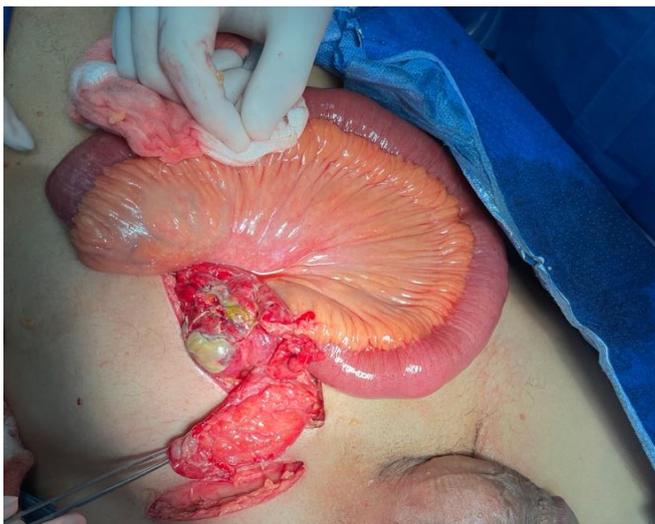


Imagen No 2, Mediante laparotomía infraumbilical media se exterioriza contenido: Ciego necrótico perforado, apéndice vermiforme inflamado perforado en su base

Cuadro No 1. Clasificación de Rikki

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal dentro de la hernia inguinal	Herniorrafia inguinal más malla. Apendicectomía en jóvenes
Tipo 2	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal, sin sepsis abdominal.	Herniorrafia inguinal sin malla
Apendicectomía		
Tipo 3	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal con sepsis abdominal	Apendicectomía por laparotomía más herniorrafia inguinal sin malla.
Tipo 4	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal, relacionada o no con patología abdominal.	Manejo anterior e investigar y tratar la patología secundaria.
Tipo 5a	Apéndice normal dentro de una hernia incisional	Apendicectomía mas eventrorrafia mas malla
Tipo 5b	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, sin sepsis abdominal.	Apendicectomía mas eventrorrafia sin malla
Tipo 5c	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, con sepsis abdominal o patología secundaria.	Manejo como la tipo 4

Extraído de: Rikki S, Gupta S. "Amyand's Hernia" – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *Maedica (Buchar)*. 2011 Oct; 6(4): 321–327.

DISCUSIÓN

Se realizó hemicolectomía derecha, orquiectomía derecha, anastomosis ileotransversa, herniorrafia con técnica de Bassini, más lavado, drenaje y colocación de drenaje tubular en región inguino – escrotal derecha y cierre de cavidad.

Paciente ingresa a unidad de cuidados intensivos para su postoperatorio inmediato por cirugía mayor, cumpliendo esquema de antibioticoterapia en base a ceftriaxona 1 g endovenoso cada 12 horas más metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas, control de drenajes. A las 24 horas, el abdomen del paciente no presentaba signos de irritación peritoneal, el gasto por dren abdominal fue 50cc en 24 horas (características sero sanguinolento), por lo que se inició tolerancia oral con líquidos a las 24 horas posquirúrgicas sin inconvenientes, paciente realiza catarsis sin presentar distensión abdominal, tras 48h en la UCI el paciente es trasladado al área de hospitalización quirúrgica. Durante su hospitalización en piso, paciente evoluciona favorablemente, se progresa a dieta a blanda, se realiza curaciones diarias de la herida quirúrgica, deambulacion asistida y retiro de drenaje, cumpliendo esquema antibiótico por 5 días, al 4to día el paciente es dado de alta, y seguido por consulta externa por servicio de Cirugía general de nuestro Hospital.

Dependiendo de los hallazgos quirúrgicos como en este caso, se ve la necesidad de laparotomizar al paciente. En Ecuador, la frecuencia de la hernia de Amyand es mayor en la edad adulta, reportándose casos hasta los 71 años (9).

El síntoma más común fue el aumento de volumen, generalmente acompañado de dolor en la región inguinal, tal como ocurrió en el paciente del presente caso. El síntoma más común fue el aumento de volumen, generalmente acompañado de dolor en la región inguinal, tal como ocurrió con nuestro paciente. En relación a las complicaciones que pueden derivar de esta hernia, se han descrito apéndice perforado o absceso intraabdominal, fascitis necrosante de la región anterior de la pared abdominal, orquiepidimitis o absceso testicular, y rara vez, trombosis arterial in situ. (10)

Existe una clasificación realizada por Losanoff (11) (**Cuadro No 2**), que asocia el tipo de hernia de Amyand con el tipo de tratamiento del apéndice cecal y la reparación herniaria realizada. Aunque solamente se base en la experiencia personal del autor, es la única estandarización de esta patología, y podría utilizarse como referencia a la hora de nombrar estas hernias. En este caso clínico presentado corresponde a una clasificación 3 de Losanoff.

Cuadro No 2. Clasificación de la hernia de Amyand y manejo quirúrgico por Losanoff y Basson

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	MANEJO QUIRURGICO ayudan al cirujano a planificar la cirugía.
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

La dificultad de realizar un diagnóstico prequirúrgico de esta etiología hace que la mayoría de casos se identifiquen durante el transoperatoria. En la mayoría de casos, se realiza apendicectomía transherniaria y herniorrafia, pero en nuestro caso dada la contaminación del campo operatorio se realizó hemicolectomía derecha mas ileotransverso anastomosis por laparotomía exploratoria más herniorrafía sin colocación de malla. Para la reparación del defecto herniario se realiza herniorrafia a tensión o sin tensión (material protésico/malla biológica). Se ha propuesto el uso de prótesis biológicas como una opción de reparación del defecto herniario en ambientes contaminados, con resultados favorables en varios reportes. (12,13)

CONCLUSIONES

El diagnóstico preoperatorio de la hernia de Amyand es desafiante en la mayoría de los casos. La sospecha clínica recordando que los síntomas típicos de apendicitis agudas suelen estar ausentes, el examen físico detallado, y el acceso de ayudas diagnósticas como la tomografía computada

En el presente caso, el diagnóstico se realizó durante el transquirúrgico, la decisión de la hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis fue tomada ante la perforación del ciego, y la reparación del defecto herniario fue con técnica con tensión, obteniendo una buena evolución clínica postquirúrgica del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no poseen ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Leire A. E., Mikel P. C., Ander G. E, et al. Hernia de Amyand, tipo 2 de Losanoff diagnosticada preoperatoriamente y tratada mediante hernioplastia con malla biológica Rev Hispanoam Hernia 2014;2(4):169-172. DOI: [10.1016/j.rehah.2014.04.003](https://doi.org/10.1016/j.rehah.2014.04.003)

2. Peraza J., Quiroga B., González F. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio. *Sanid. mil.* 2011;67(2): 98-99.
- 3.- Buitrago D., Rojas S., González A., Terán G. Hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand: reporte de caso y revisión de literatura. *Invest Clin* 2023;64(2): 226 – 232.
doi.org/10.54817/ic.v64n2a08
4. Das C, Jamil T, Stanek S, Baghmanli Z, Macho JR, Sferra J, et al. Hernias inguinales. En: McGraw Hill Medical.
5. Ivanschuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M, Tubbs SR. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit.* 2014;20:140–146.
 DOI: [10.12659/MSM.889873](https://doi.org/10.12659/MSM.889873)
6. Quartey B, Ugochukwu O, Kuehn R, Ospina K. Incarcerated recurrent. Amyand's hernia. *J Emerg Trauma Shock.* 2012;5(4):344–6.
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.138>
7. A. Michalinos, D. Moris, S. Vernadakis, Amyand's hernia: a review, *Am. J. Surg.* 2014: 989–995. DOI: [10.1016/j.amjsurg.2013.07.043](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.043)
8. C. D'Alia, M.G. Lo Schiavo, A. Tonante, et al., Amyand's hernia: case report and review of the literature, *Hernia* 2003;7:89–91.
 DOI: [10.1007/s10029-002-0098-5](https://doi.org/10.1007/s10029-002-0098-5)
9. Vargas R., Acuña D., Yunga D. Hernia de Amyand. *Rev. Fac Cien Med* 2016;41(2):73-75
10. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg* 2008;12:325–326.
11. Velimezis, N. Vassos, G. Kapoquiannatos, *et al* Incarcerated recurrent inguinal hernia containing an acute appendicitis (amyand hernia): an extremely rare surgical situation *Arch. Med. Sci.* 2017;113(3):702-704
12. Michalinos A., Moris D., Vernadakis S., Amyand's hernia: a review, *Am. J. Surg.* 2014; 207(6):989–995.
13. Manatakis D., Tasis N., Antonopoulou M. Revisiting Amyand Hernia: A 20-year Systematic Review. *World J Surg* 2021;45:1763-1770.