

## HERNIA DE AMYAND: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

### AMYAND'S HERNIA. CASE REPORT

Edwin Oveimar Muñoz Ruiz\*, Anuar Idrobo\*\*, Juan Pablo Martínez\*\*\*, Juan David Acosta\*\*

#### RESUMEN

**Objetivo:** Reportar un caso de hernia de Amyand en un hombre de 87 años de edad. **Métodos:** Se realizó la historia clínica en el servicio de urgencias y se llevó a cabo el acto operatorio en un hospital de III nivel de atención en Popayán, Colombia; se consultó en forma sistemática la bibliografía sobre el tema publicada desde el año 1930 en la base de datos Pubmed.

**Resultados:** Un hombre de 87 años de edad quien se presentó al servicio de urgencias con cuadro clínico de dolor tipo cólico en región inguinal de tres días de evolución, posterior a un esfuerzo físico, sin fiebre ni vómito, fue llevado a cirugía y se diagnosticó intraoperatoriamente como hernia de Amyand. Esta enfermedad es poco frecuente y de difícil diagnóstico clínico por la falta de síntomas específicos. El TAC (Tomografía Axial Computarizada) se considera como el mejor método diagnóstico. **Conclusiones:** La hernia de Amyand debería tenerse como diagnóstico diferencial la apendicitis aguda, en presencia de hernia inguinal derecha encarcelada.

**Palabras clave:** Hernia de Amyand, hernia inguinal, apendicitis aguda.

#### ABSTRACT

**Objective:** To report an unusual case of Amyand's hernia in an 87 years old men. **Methods:** We performed the medical register in emergency service and the patient's surgery in a three level hospital attention in Popayan Colombia. We consulted the available literature in pubmed data base since 1930's to the present. **Results:** 87 years old men was received to the emergency service with a history of three days of inguinal pain associated to sensation of inguinal mass without fever and vomiting, was diagnosed intraoperatory as Amyand's hernia. This disease is a rare disorder and its clinical diagnostic is difficult by its non specific symptoms. CT- Scan (Computerized Axial Tomography) is the most sensible method for diagnostic. **Conclusion:** Amyand's herniamust be taken into account a possible diagnostic the acute appendicitis with right incarcerated inguinal hernia.

**Keywords:** Amyand's hernia, inguinal hernia, acute appendicitis.

\* Medico, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia. The Institute of Environmental Medicine (IMM), The Unit of Epidemiology, Karolinska Institutet, Sweden. Popayán, Colombia. Correo electrónico: edwinmunoz@unicauca.edu.co

\*\* Medicos residentes de Cirugía general, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán Colombia.

\*\*\* Medico, especialista en Cirugía general, Profesor de cirugía de la Facultad Ciencias de la salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

**Correspondencia:** Carrera 47 bis 7c 03, Popayán Cauca, Colombia. Correo electrónico: edwinmunoz@unicauca.edu.co , edwin.munoz.ruiz @ki.se

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad herniaria es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes; sin embargo, la hernia de Amyand (HA) es una entidad muy rara (1-5). Ha sido definida como aquella hernia en la cual el apéndice vermiforme está localizado en un saco herniario inguinal. Claudius Amyand (1680-1740) fue un sargento cirujano del Rey George II de Inglaterra, quien realizó la primera apendicetomía por una apendicitis perforada dentro de un saco herniario inguinal en el año 1735 en un niño de 11 años de edad (2, 6) y en su homenaje este tipo de hernia recibe su nombre. De acuerdo con la literatura mundial, la incidencia estimada de la presencia en una hernia inguinal del apéndice no inflamado es de 1%, mientras que la de la inflamación aguda es del 0.13 % (1-11).

## REPORTE DEL CASO

Un hombre de 87 años de edad se presentó al servicio de urgencias con dolor tipo cólico en región inguinal de tres días de evolución, posterior a un esfuerzo físico. Como síntomas asociados presentó fiebre no cuantificada e hiporéxia. Al examen físico, se encontró hemodinámicamente estable, hidratado, sin alteraciones cardiopulmonares, el abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, tolerando bien la vía oral y con diuresis adecuada. En la región inguinal derecha se observó masa dolorosa a la palpación, de 2 por 3 cm de diámetro, no reductible, sin signos de infección local. Se llevó a cabo ecografía de tejidos blando y se confirmó la presencia de saco herniario, por lo cual fue llevado a cirugía para corrección quirúrgica. En el acto operatorio, se realizó incisión en región inguinal derecha y disección hasta identificar saco herniario. Se identificaron y disecaron las estructuras del cordón espermático y se abrió el saco herniario, encontrándose un apéndice edematoso; se practicó apendicetomía y se realizó ligadura

alta del saco herniario. Se identificó el ligamento de Cooper y se fijó una malla; posteriormente se cerró el canal inguinal. En su postoperatorio, el paciente tuvo una evolución favorable y fue dado de alta al siguiente día de su cirugía.

## DISCUSIÓN

La fisiopatología de la HA no es clara hasta ahora. Se ha propuesto que la inflamación del apéndice puede llevar a encarcelación, con disminución del flujo sanguíneo y el sobre crecimiento bacteriano (1, 3). Además se cree que tan pronto como el apéndice entra al saco, se vuelve vulnerable al trauma y es retenida por adherencias, produciendo inflamación y posterior encarcelación (4). También contribuye con su etiología el incremento de la presión intra-abdominal que sigue a la contracción de los músculos abdominales, con posterior congestión del lumen e inflamación de la misma (2). La fiebre, leucocitosis y la evaluación clínica rutinaria no son útiles para el diagnóstico de la HA. Tampoco muestra utilidad el ultrasonido, el cual puede llevar a un diagnóstico del saco herniario sin sugerir apendicitis. El diagnóstico diferencial de la HA incluye las emergencias de las hernias por deslizamiento y hallazgos de escroto agudo pueden orientar el adecuado manejo en caso de tumor testicular, hidrocele agudo, epididimitis o torsión testicular.

Algunos autores recomiendan la apendicetomía por la reducción de la morbilidad y mortalidad en el futuro y por la disminución adicional del riesgo de anestesia. Se cree que, por tratarse de un órgano que contiene flora bacteriana, incrementa el riesgo de complicaciones sépticas (1). No hay un protocolo estándar de manejo para la hernia de Amyand por tratarse de una entidad rara (1). Fernando y Leelaratna definieron los criterios de clasificación de la HA en tres tipos: Tipo A: hernia con un saco inguinal que contiene apéndice normal, Tipo B: apéndice inflamado y

Tipo C: apéndice perforado. Para el paciente en mención el hallazgo fue compatible con HA tipo B.

Desde el año de 1937 hasta 2006 fueron publicadas 10 series de casos con un total de 59 pacientes y solo dos casos diagnosticados en el preoperatorio (5). Sharma et al (5) reportaron una serie de 18 pacientes diagnosticados con HA y repararon la hernia en 11 de ellos con colocación de malla al encontrar el apéndice normal, según el criterio del cirujano mediante visualización y palpación de la misma, obteniendo un buen resultado (5). El tratamiento del apéndice no inflamado es debatido según la literatura disponible. Los cambios inflamatorios del apéndice son detectados en la cirugía y es subjetivo, pues depende del entrenamiento del cirujano; sin embargo, hay consenso en que la apendicitis aguda debería ser tratada con apendicetomía y reparación de la hernia (1). El difícil diagnóstico de esta entidad patológica se debe a la falta de síntomas específicos y a la presentación clínica semejante a la hernia encarcelada con presencia de dolor inguino escrotal (100 %) y dolor abdominal (85 %) de los casos (5, 9), por lo tanto, es tratada como una emergencia quirúrgica (8). Ashkan (7) reportó un caso de un hombre de 84 años con hernia de Amyand tipo C, quien fue manejado con antibióticos, drenaje de una colección escrotal y 5 días después fue llevado a apendicetomía y reparación de la hernia, pero su diagnóstico fue realizado mediante TAC al inicio en el servicio de urgencias. El estudio de TAC es el mejor método diagnóstico (10), pero usualmente no es realizada de rutina en pacientes con hernia inguinal encarcelada.

En la mayoría de los casos reportados se realizó apendicetomía y se reparó la hernia sin malla, pero cuando el apéndice fue normal si se utilizó prótesis (8). La opción de reparación depende del estado de inflamación del apéndice (11). En nuestro caso, se decidió reparación con

malla en consideración a que el estado de inflamación del apéndice no fue tan marcado; sin embargo, el reporte de patología confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda. El manejo de antibióticos depende de si la hernia es un hallazgo incidental (1%) en cirugías electivas, en las cuales se usa una sola dosis de antibiótico. En caso de emergencia (0.13 %), si hay apendicitis no complicada, se usan tres dosis de antibióticos, pero si se trata de apendicitis complicada se prescribe tratamiento antibiótico hasta la mejoría clínica y la normalización de los exámenes paraclínicos (9). Los antibióticos recomendados son la cefalosporinas combinados con metronidazol.

## CONCLUSIÓN

La hernia de Amyand es una entidad clínica poco frecuente. Sin embargo, se debería tener como diagnóstico diferencial la apendicitis aguda en presencia de hernia inguinal derecha encarcelada. La apendicectomía está indicada claramente en caso de apendicitis, pero la reparación del defecto herniario con malla es discutible por el incremento del riesgo de infección.

## REFERENCIAS

1. Karatas A, Makay O, Salihoflu Z. Can preoperative diagnosis affect the choice of treatment in Amyand's hernia? Report of a case. *Hernia*. 2009;13:225-7.
2. Bhide S. Amyand's Hernia. *Indian Journal of Pediatrics*. 2009;76:854-5.
3. Weber R, Hunt Z, Kral J. Amyand's hernia: Etiologic and therapeutic implications of two complications. *Surg Rounds*. 1999;22:552-6.
4. Abu-Dalu J, Ucran I. Incarcerated inguinal hernia with a perforated appendix and periappendicular abscess. *Dis Colon Rectum*. 1972;15(44):464-5.
5. 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;11:31-5.
6. Ortega-León LH, Tapia DR, Dieguez-Jiménez CM, Cruz-Melgar LM, García-Puig MA, Chávez-Gómez A, et al. Hernia de Amyand: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2011;74(2):98-100.
7. Ashkan M, Stanley S. Amyand's hernia. *N Engl J Med*. 2011;364(22):2147.
8. D'Alia C, Schiavo MGL, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia*. 2003;7:89-91.
9. Ranganathan G, Kouchupapy R, Dias S. An approach to the management of Amyand's hernia and presentation of an interesting case report. *Hernia*. 2011;15:79-82.
10. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia*. 2003;7:50-1.
11. Tisdale JB, Barwell NJ. Amyand's hernia and peri-appendicular abscess in primary care. *Hernia*. 2008;12:311-2.