

## Hernia de Amyand encarcelada en paciente anciano: reporte de caso y revisión de literatura

### Incarcerated Amyand Hernia in an Elderly Patient: A Case Report and Literature Review

Recibido: 09/07/2022

Aceptado: 13/10/2022

<sup>1</sup> Residente de Cirugía general IV año, Hospital general de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-0264-9853>  
reag14@hotmail.com

<sup>2</sup> Residente de Cirugía general III año, Hospital general de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-9107-6259>  
jesusdavidgomezbarrios@gmail.com

<sup>3</sup> Residente de Medicina de urgencia I año, Hospital general de Barranquilla. Universidad Cooperativa, Medellín. <https://orcid.org/0000-0001-6251-7978>  
lauravalencia09@gmail.com

<sup>4</sup> Residente de Cirugía general II año, Hospital general de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0003-2306-9046>  
hthornevelez@gmail.com

<sup>5</sup> Residente de Cirugía general II año, Hospital general de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0003-2164-5118>  
darit30@gmail.com

<sup>6</sup> Residente de Cirugía general I año, Hospital general de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-8736-010X>  
daxt91@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.8535>

Rafael Arraut-Gómez<sup>1</sup>, Jesús Gómez-Barrios<sup>2</sup>, Laura Valencia-Zapata<sup>3</sup>, Hernando Thorne-Vélez<sup>4</sup>, Darit Molinares-Pérez<sup>5</sup>, David Cerra-Ortegón<sup>6</sup>

#### Resumen

La hernia de Amyand fue descrita por Claudius Amyand en 1735, y actualmente se considera una entidad poco frecuente que ocurre en 1 % de las hernias inguinales en adultos. Consiste en una rara presentación, en la que el apéndice cecal está dentro del saco herniario inguinal. Evidentemente, un concepto clave en la hernia en cuestión es la apendicitis aguda, como la enfermedad abdominal quirúrgica más común de predominio en edad joven, con incidencia del 7 %, presentándose en mayores de 60 años en un 5-10 % de los casos, siendo la patología más frecuente capaz de provocar abdomen agudo. En la presente revisión, reportamos el caso de un hombre en la novena década de vida que acude a un centro hospitalario, en curso de una hernia inguinal, con signos de encarcelamiento y obstrucción intestinal, con hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand tipo 3, constituyendo un excepcional reto quirúrgico.

**Palabras clave:** hernia de Amyand; encarcelada; peritonitis; anciano; hernia inguinal; reporte de caso.

#### Abstract

The Amyand hernia was described by Claudius Amyand in 1735 and is currently considered a rare entity that occurs in 1 % of all inguinal hernias in adults. This pathology consists of the finding of a rare presentation of hernias, where the cecal appendix is located within the inguinal hernial sac, without inflammatory characteristics in most cases. Evidently, a key concept associated with the hernia in question is acute appendicitis or also known as the most frequent surgical abdominal pathology predominantly in young people with a lifetime incidence of 7 %, presenting in patients over 60 years of age in a 5-10 % of cases. In the present review, we report the case of a male in the ninth decade of life who comes to a hospital with a symptomatic inguinal hernia, with signs of incarceration and associated intestinal obstruction, with intraoperative finding of Amyand hernia type 3 in the Losanoff and Basson classification, constituting a rare case of incarcerated Amyand hernia.

**Keywords:** Amyand's hernia; incarcerated; peritonitis; elderly; inguinal hernia; case report.

Open Access



## Introducción

El término "hernia inguinal" hace referencia a la protrusión de un órgano o estructura a través de un orificio anatómicamente constituido o adquirido en la pared de la cavidad que lo contiene, y se considera una de las situaciones más frecuentes que puede enfrentar el cirujano (1). Generalmente, el contenido de las hernias es epiplón o intestino delgado, pero en ocasiones se ha observado el apéndice cecal en el interior de la hernia inguinal, lo que origina el término "Hernia de Amyand". Debido a esta relación tan estrecha entre el apéndice y la hernia, es importante reconocer que la apendicitis aguda es la patología abdominal quirúrgica más común, con una incidencia de por vida del 7 %. Se presenta con mayor frecuencia en personas de entre 15 y 40 años, representando el 80.4 % de los casos, mientras que su incidencia en personas mayores de 60 años es de hasta el 5 % (2).

Según la literatura, el cirujano francés René Jacques Croissant de Garangeot fue el primero en descubrir el apéndice cecal no inflamado en el interior del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta en 1731 (3). Sin embargo, aunque este autor tuvo el primer encuentro con esta situación, nunca patentó ni describió el concepto propiamente dicho. Fue solo hasta 1735 que el cirujano inglés Claudius Amyand dio a conocer el término mediante la realización de una intervención quirúrgica conocida como apendicectomía el 6 de diciembre, en un niño de 11 años que presentaba una hernia inguinal encarcelada con el apéndice cecal perforado. Este caso se registró como el primero de este tipo (4-6). Además, posteriormente, en 1886, en Estados Unidos, se realizó la primera apendicectomía con éxito en una hernia de Amyand, llevada a cabo por Hall. Finalmente, en 1973, Ryan informó que encontró 11 de 8.962 casos de apendicitis en los cuales el apéndice estaba dentro de sacos herniarios indirectos (7).

La hernia de Amyand se caracteriza por el hallazgo del apéndice cecal encarcelado en el interior del saco herniario, y su presentación clínica rara tiene algunas variantes poco comunes que dificultan el diagnóstico. De hecho, el reconocimiento de esta entidad suele ocurrir durante la intervención quirúrgica, ya que rara vez se diagnostica antes de la operación (8). En la mayoría de los casos, el apéndice se encuentra en un estado normal, pero en ocasiones puede presentar inflamación, gangrena o perforación (9, 10). Incluso en estudios se ha demostrado que, en las hernioplastias realizadas en adultos, la frecuencia de aparición del apéndice normal dentro del saco de la hernia inguinal es mayor en comparación con la aparición de un apéndice inflamado dentro de dicho saco, con valores porcentuales del 1 % y 0,1 %, respectivamente (11,12).

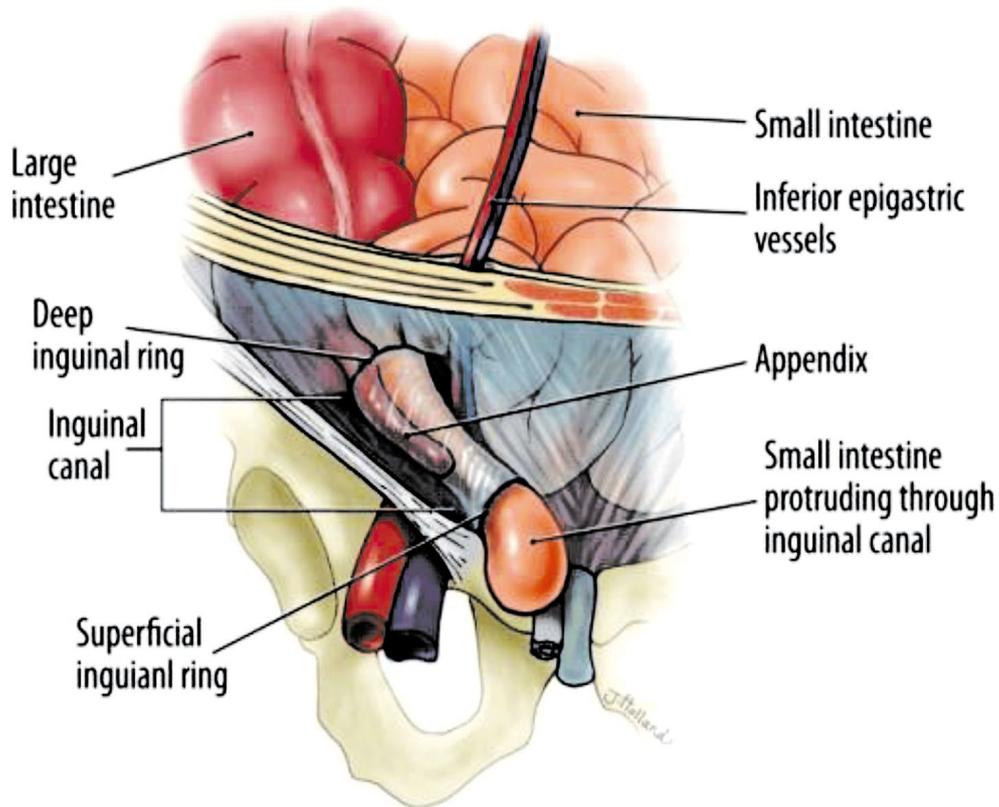
## Epidemiología

La prevalencia de la hernia de Amyand presenta una variabilidad entre el 0,19 % y el 1,7 % del total de hernias inguinales intervenidas y tiene una incidencia del 0,08 % al 0,13 % cuando se asocia a apendicitis aguda, y del 0,5 % al 1 % cuando el apéndice cecal no está inflamado, perforado ni gangrenoso, y se encuentra en estado normal (2, 13). Datos adicionales indican que su mortalidad alcanza el 5,5 % cuando el apéndice se ha perforado. Además, tiene un alto predominio en el género masculino y en la región inguinal derecha, aunque también se reporta en la zona izquierda con menor frecuencia y de manera excepcional, asociada a situs inversus, mal rotación intestinal y ciego errante. Esta patología tiene una relación de 3:1, siendo más frecuente en infantes y neonatos que en adultos, con una prevalencia del 1 % (14, 15).

## Fisiopatología

La fisiopatología no está completamente descrita; sin embargo, se propone que en el caso de una hernia inguinal asociada a la apendicitis aguda (hernia de Amyand), probablemente esta surge debido a una obstrucción extraluminal causada por el aumento de la presión en el cuello herniario, lo que promueve la limitación del flujo sanguíneo (Figura 1). Esto sucede porque al pasar el apéndice por el anillo inguinal, este último puede comprometer la circulación apendicular, lo cual lleva a una inflamación en ciertos casos similar a la que se produce por obstrucción secundaria a un fecalito (16).

*Figura 1.* Variante de una hernia de Amyand



Fuente: Tomado y adaptado de Ivanschuk et al. (17).

## Diagnóstico

El diagnóstico clínico preoperatorio de la hernia de Amyand es excepcional y muy complejo de establecer, aunque no imposible. En algunos casos, se puede lograr mediante el uso de ayudas imagenológicas como la Tomografía Computarizada (TC) de abdomen. Además, es útil tener en cuenta que se debe sospechar de una hernia de Amyand cuando se enfrenta a una hernia inguinal derecha (en casos raros puede presentarse en la izquierda) que esté encarcelada, con signos de peritonitis local y presencia de datos sépticos clínico-analíticos, y con ausencia de cuadros de obstrucción intestinal (18). Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico preoperatorio no se obtiene, como se ha mencionado con anterioridad a lo largo de esta revi-

sión, y se realiza durante el acto quirúrgico (19, 20). Antes de la cirugía, es importante realizar diagnósticos diferenciales con otras patologías, como las que se presentan en la Tabla 1, para lograr una mayor precisión diagnóstica. Esto se puede hacer mediante la ultrasonografía o la tomografía computarizada (TAC) (21).

**Tabla 1.** Patologías principales para diagnóstico diferencial de Hernia de Amyand

Hernia inguinal estrangulada
Hernia de Richter
Neoplasia testicular sangrante
Hidrocele aguda
Adenitis Inguinal
Epididimitis

Fuente: Elaboración propia a partir de Sancho et al. (5).

## Tratamiento

El tratamiento para la hernia de Amyand es quirúrgico y depende de los hallazgos intraoperatorios. Estos hallazgos se basan en la clasificación de Losanoff y Basson, que propone 4 tipos de procesos en la evolución natural de la apendicitis, los cuales aumentan su gravedad a medida que aumenta el tipo. Sin embargo, esta clasificación fue modificada por Singal et al (22), quien propone en la actualidad 5 tipos, y este último tiene subtipos, como se observa en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Clasificación de Rikki de la hernia de Amyad

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal dentro de la hernia inguinal	Herniorrafia inguinal, con malla, apendicectomía en jóvenes
Tipo 2	Apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal, sin sepsis abdominal	Apendicectomía, herniorrafia, sin malla
Tipo 3	Apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal, con sepsis de la pared abdominal ó peritoneal	Apendicectomía por laparotomía, herniorrafia inguinal, sin malla

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 4	Apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal, relacionada o no con patología abdominal	Manejo como los Tipos 1 a 3 e investigar y tratar la patología secundaria
Tipo 5a	Apéndice normal dentro de una hernia incisional	Apendicectomía, eventrorrafia, con malla
Tipo 5b	Apéndice normal dentro de una hernia incisional, sin sepsis abdominal	Apendicectomía, eventrorrafia, sin malla
Tipo 5c	Apéndice normal dentro de una hernia incisional, con sepsis de la pared abdominal o peritoneal o relacionada con cirugía previa	Manejo como la Tipo 4

Fuente: Tomado y adaptado de Singal et al. (22).

## Presentación de caso

Son pocos los casos descritos de apéndices cecales en fase perforada, tipo 3 y 4 en la clasificación Losanoff y Basson. De hecho, según la búsqueda bibliográfica, estos representan menos del 0,1 % de todos los casos de apendicitis aguda (2). Además, no se encontraron datos en la literatura actual de hernia de Amyand tipo 3-4 en pacientes mayores de 70 años. Por esta razón, en el presente artículo reportamos un caso de apéndice cecal perforado en una hernia inguinal de un paciente anciano.

Se trata de un paciente masculino de 93 años que ingresó al servicio de urgencias con un cuadro clínico de 5 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal difuso, asociado a múltiples episodios de vómitos, náuseas, intolerancia a la vía oral y aumento de volumen de una masa inguino-escrotal derecha que tenía desde hacía 10 años. Al examen físico, se evidenció dolor abdominal, predominando en la parte inferior del abdomen, que se hacía más intenso a la palpación. Además, se notó una masa gigante en la región inguino-escrotal derecha (Figura 2), que era dolorosa y no se reducía con la maniobra de taxis. También se observó un débito franco fecaloide por sonda nasogástrica. El único antecedente relevante del paciente era la implantación de un marcapasos cardíaco.

Los paraclínicos realizados en la institución mostraron una marcada leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la proteína C reactiva. Además, se realizó una serie de abdomen agudo que reveló una gran dilatación de las asas delgadas, múltiples niveles hidroaéreos, edema parietal, ausencia de gas distal y la falta de neumoperitoneo objetivo (Figura 3).

**Figura 2.** Masa gigante en región inguino-escrotal derecha



Fuente: archivo clínico de los autores.

**Figura 3.** Radiografía de abdomen de pie con dilatación de asas delgadas, edema parietal y niveles hidroaéreos

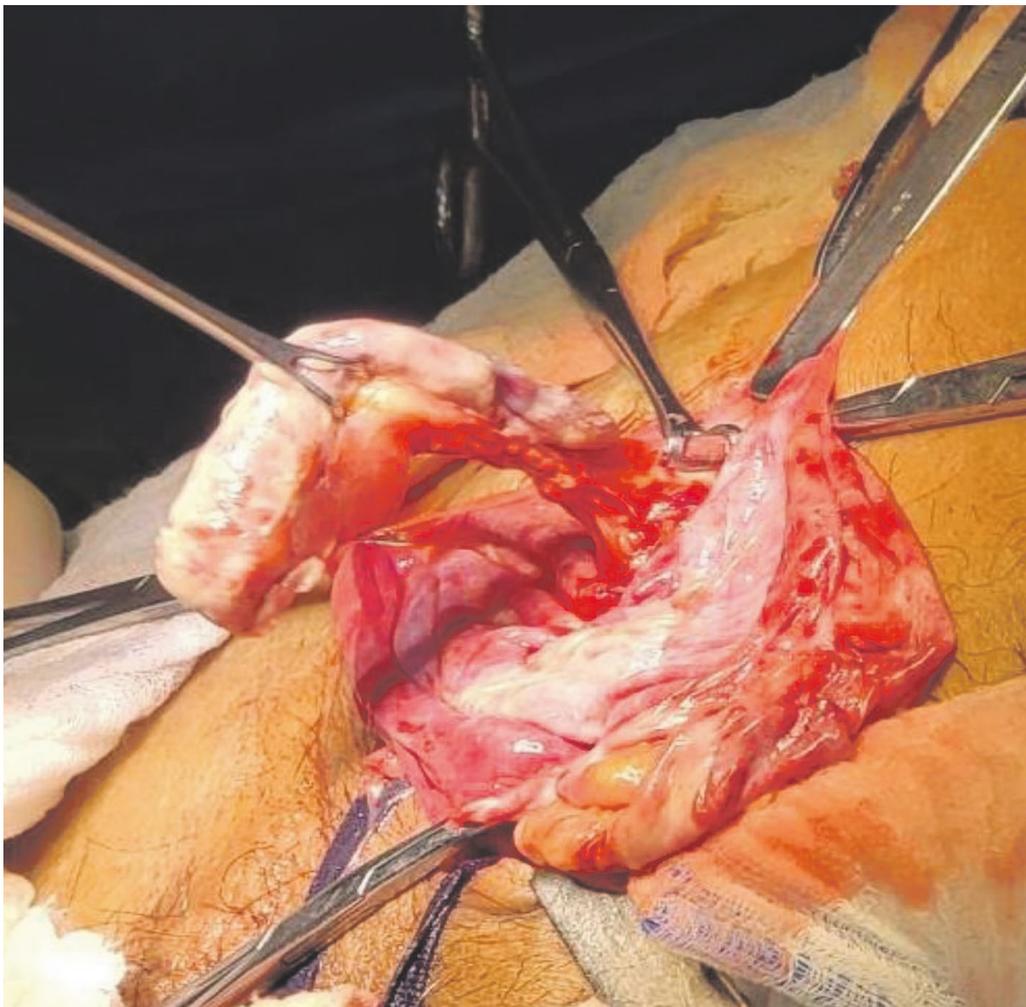


Fuente: archivo clínico de los autores.

Se realizó el diagnóstico de una hernia inguino-escrotal derecha crónicamente encarcelada, la cual estaba asociada a una obstrucción intestinal debido a este hallazgo. Por lo tanto, se decidió trasladar al paciente a quirófano para realizar el tratamiento quirúrgico necesario. Durante la cirugía, se optó por realizar un abordaje inguinal oblicuo derecho en el primer tiempo quirúrgico. En este momento, se observó un saco herniario que contenía íleon distal y un ciego que presentaba aspecto isquémico. Se identificó una hernia de Amyand encarcelada, la cual fue clasificada según Losanoff y Basson como tipo 3, tal como se muestra en la Figura 4. Además, se encontró apendicitis aguda perforada en el tercio medio del apéndice, con un fecalito palpable y la presencia de peritonitis purulenta.

Se procedió a reducir el contenido herniado a través del orificio inguinal profundo y se realizó una apendicectomía convencional. El muñón apendicular fue manejado utilizando la técnica de Halsted con vicryl 3.0. También se llevó a cabo una herniorrafia inguinal mediante la técnica de Bassini.

**Figura 4.** Apéndice cecal perforada dentro de saco de hernia inguinal derecha



Fuente: archivo clínico de los autores.

En el segundo acto quirúrgico, se realizó un abordaje por laparotomía infraumbilical. Se evidenció la presencia de asas delgadas, el ciego y el muñón apendicular previamente encarcelado, que habían sido reducidos previamente sobre el defecto y mostraban signos de viabilidad. No se observaron necrosis ni perforaciones durante la revisión secundaria (Figura 5). Se procedió a completar el drenaje de la peritonitis purulenta generalizada, se tomaron cultivos de secreción y se realizó un lavado peritoneal hasta obtener líquido claro. El procedimiento concluyó sin complicaciones inmediatas, y el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para su manejo y seguimiento posquirúrgico.

**Figura 5.** Abordaje por laparotomía, asas delgadas de íleon y ciego sin necrosis



Fuente: archivo clínico de los autores.

Finalmente, el paciente fue dado de alta después de 5 días de hospitalización, y durante su seguimiento en la consulta postoperatoria a los 30 días, no se documentaron complicaciones. El informe histopatológico confirmó un proceso inflamatorio apendicular en la pieza quirúrgica.

## Discusión

La relación entre la apendicitis aguda y la hernia inguinal es muy poco frecuente, por lo que es importante conocer las diferentes variantes de las hernias tradicionalmente conocidas para conside-

rarlas en el diagnóstico diferencial. Esto asegura un tratamiento oportuno y evita complicaciones como la perforación del apéndice. Una revisión realizada por Manatakis y colaboradores incluyó 231 estudios que describían 442 casos de apendicitis aguda en hernias de Amyand, ocurridos en adultos y niños desde el año 2000 hasta el 2019. En el 91 % de los casos, los pacientes eran varones, y en el 9,5 % se observó una hernia de Amyand izquierda. De los 156 casos de reparación electiva de hernia, el 38,5 % se sometió a apendicectomía y el 61,5 % a reducción simple del apéndice. El 88 % de los pacientes adultos recibieron reparación con malla, sin presentar complicaciones. De los 281 casos agudos, las complicaciones de la hernia (76 %) y la apendicitis aguda (12 %) fueron las indicaciones quirúrgicas postoperatorias más comunes (23). Se señala que esta asociación ocurre principalmente en edades pediátricas y geriátricas (24). De acuerdo con la clasificación de la hernia de Amyand, el tipo 3 se describe como apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal, como en el caso presentado (25).

La mayoría de los casos informados se caracterizan por una hernia inguinal encarcelada o estrangulada. La apendicitis aguda en el saco herniario tampoco presenta síntomas o signos específicos. Debido a esta falta de características distintivas es difícil realizar un diagnóstico clínico preoperatorio de la hernia de Amyand (26). La patogenia de la apendicitis cecal aún no se ha establecido completamente, pero se asocia con un aumento de la tensión muscular y la presión intraabdominal. Las manifestaciones clínicas son similares a las de la apendicitis aguda, como dolor epigástrico que se localiza en la fosa iliaca derecha, con un carácter tipo cólico que se exacerba durante los ataques y se diferencia del dolor sordo (27). El diagnóstico generalmente se realiza durante la cirugía, como en el caso presentado, ya que los síntomas son poco específicos. Sin embargo, se ha informado que la tomografía computarizada y la ecografía pueden facilitar el diagnóstico antes de la cirugía (25,28). Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras condiciones como estrangulamiento epilóico, hernia de Richter, tumor testicular con hemorragia, adenitis inguinal y epididimitis (29).

Los protocolos de manejo según la clasificación de Losanoff y Basson sugieren que en el caso de la hernia de Amyand tipo 3, se debe abordar primero la enfermedad apendicular, controlar el foco infeccioso relacionado con la peritonitis y luego realizar la herniorrafia mediante una técnica con tensión (como Bassini, McVay o Shouldice), con una clara contraindicación para el uso de injertos de malla de polipropileno. La laparotomía se llevará a cabo para realizar la apendicectomía en casos complicados, controlar el proceso infeccioso, reducir el contenido herniado, revisar las estructuras encarceladas dentro de la cavidad y realizar una reparación primaria preperitoneal de la hernia sin prótesis (30,31). Las principales complicaciones resultantes de la hernia inguinal y la apendicitis aguda incluyen apendicitis perforada, peritonitis sistémica aguda y fascitis necrotizante de la pared abdominal anterior (32).

## Conclusión

Lo que se ha mencionado en esta presentación, a propósito del paciente que fue tratado con éxito, subraya la importancia de discutir y divulgar estos casos extremadamente raros tanto en el ámbito académico como en la práctica médica.

A pesar de que la incidencia de la hernia de Amyand es sumamente baja, los cirujanos que la tratan no deben subestimar esta condición. Deben seguir los criterios establecidos por Losanoff y Basson

como una guía en su enfoque de manejo y planificación quirúrgica. Esto contribuye a reducir el índice de morbimortalidad y a definir qué población es candidata a la apendicectomía, así como a elegir el tipo adecuado de reparación de la hernia (con o sin el uso de prótesis) según el escenario clínico particular.

## **Consentimiento informado**

Se obtuvo el consentimiento informado por parte del paciente en mención (familiares).

## **Conflicto de intereses**

Los autores no tienen potencial conflicto de interés con respecto a la publicación de este documento.

## **Financiamiento**

Los autores afirman que no tuvieron ningún tipo de financiamiento para la realización de este trabajo.

## Referencias

1. Quartey B, Ugochukwu O, Kuehn R, Ospina K. Incarcerated recurrent Amyand's hernia. *J Emerg Trauma Shock*. 2012;5:344-6. doi: 10.4103/0974-2700.102407
2. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg*. junio de 2014;207(6):989-95. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.07.043
3. Hernández JR, Pantoja HX, Ramírez EJ. Hernia de Amyand. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad [revista en Internet]*. 2013 [citado 3 may. 2014; 3 (3): 131-36. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=98483>.
4. Ojeda MJ, Rondon JG, García J. Abdomen agudo quirúrgico. *Multimed*. 1997; 1(2): 193-5.
5. Sancho J, Torregrosa A, García P, López M, Argüelles BG, Bueno JA. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. *Rev Hisp Her*. 2016 Jul-Sep;4(3):107-11. DOI 10.1016/j.rehah.2015.05.001
6. Benavides DF, López Í, Moreno F, Merino LM, Beltrán J. Case report: Amyand's hernia, diagnosis to consider in a routine procedure. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015 Nov;107(11):708-9. DOI 10.17235/reed.2015.3816/2015
7. Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg*. 1937;106:135-9
8. Muriel JS, et al. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. *Revista Hispanoamericana de Hernia*. 2016; 4(3): 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.rehah.2015.05.001>.
9. Córdova A, Viscido G, Picón H, Palencia R, Doniquian A. Hernia de Amyand: comunicación de dos casos reparados con técnica de Rutkow-Robbins. *Rev Hisp Her*. 2014 Jul-Sep;2(3):111-4. DOI 10.1016/j.rehah.2014.03.002.
10. Doyle GS, McCowan C. Amyand hernia: a case of an unusual inguinal herniac. *Am J Emerg Med*. 2008 Jun;26(5):637.e5-6. DOI 10.1016/j.ajem.2007.10.028.
11. Ramos J, Cruz J, Ramírez C, O´Farril M. Hernia de Amyand. Presentación de un caso. *Medisur*. 2015 May;13(2):321-5.
12. Smith-Singares E, Boachie JA, Iglesias IM. A rare case of apendicitis incarcerated in an inguinal hernia. *J Surg Case Rep*. 2016 Jun;2016 (6). pii: rjw096. DOI 10.1093/jscr/rjw096.
13. Inan I, Myers PO, Hagen ME, González M, Morel P. Amyand's hernia: 10 years' experience. *The Surgeon*. 2009; 7 (4): 198-202. [https://doi.org/10.1016/S1479-666X\(09\)80084-X](https://doi.org/10.1016/S1479-666X(09)80084-X).
14. Khatoun R, Yousuf K, Nasir S. Perforated appendicitis with peri-appendicular abscess in an Amyand's hernia. *APSP journal of case reports*. 2013; 4 (3): 37.
15. Yagnik VD. Amyand's hernia. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2012;17(2): 88.
16. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. *Surg Clin North Am* 2003; 83: 1235-53, viii. doi: 10.1016/S0039-6109(03)00130-0.
17. Ivanschuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M, Tubbs SR. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit*. 2014 Jan 28;20:140-6. doi: 10.12659/MSM.889873.
18. Ali S. Amyand's hernia, study of four cases and literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2012;12:232-6. doi: 10.12816/0003119.

19. Díaz EE, Pérez F. Presentación de tres pacientes con hernia de Amyand. *Acta Médica del Centro*. 2012; 6 (1).
20. Bachir E, Chelala E, Allé JL. Transabdominal laparoscopic repair of Amyand's hernia: A case report. *Case Rep Surg*. 2011. Article ID 823936. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/823936>.
21. Vermillion JM, Abernathy SW, Snyder SK. Laparoscopic reduction of Amyand's hernia. *Hernia*. 1999; 3: pp. 159-160
22. Singal R, Gupta S. "Amyand's Hernia" - Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *Maedica (Bucur)*. 2011 Oct;6(4):321-7.
23. Manatakis DK, Tasis N, Antonopoulou MI, Anagnostopoulos P, Acheimastos V, Papageorgiou D, Fradelos E, Zoulamoglou M, Agalianos C, Tsiaoussis J, Xynos E. Revisiting Amyand's Hernia: A 20-Year Systematic Review. *World J Surg*. 2021 Jun;45(6):1763-1770. doi: 10.1007/s00268-021-05983-y.
24. López P, Hernández L, López F. Hernia de Amyand: presentación de dos casos. *Rev Cubana Cir [Internet]*. marzo de 2005 [citado el 29 de enero de 2022]; 44 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000100010&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000100010&lng=en).
25. Gao Y, Zhang T, Zhang M, Hu Z, Li Q, Zhang X. Amyand's hernia: a 10-year experience with 6 cases. *BMC Surg*. 2021 Jul 23;21(1):315. doi: 10.1186/s12893-021-01306-z.
26. García-Cano E, Martínez-Gasperina J, Rosales-Pelaez C, Hernández-Zamora V, Montiel-Jarquín JÁ y Franco-Cravioto F. Hernia de Amyand y apendicitis complicada; presentación de un caso y elección de tratamiento quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos*. 2016; 84 (1): 54-57. DOI: 10.1016/j.cir-cir.2015.06.012.
27. Castro D, Borráz AM, Farías AP, Muñoz LM. Variante de una hernia de Amyand. *Revista colombiana de cirugía*. 2016; 31(4): 276-282.
28. Romero A, Robayo D, Vinck E, Triviño A, Sacipa S, Gómez E. Hernia de Garengeot y revisión de las variantes de hernias encarceladas. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2022; 37(1): 122-128. <https://doi.org/10.30944/20117582.893>
29. Corvatta F, et al. Amyand's hernia complicated with appendicitis. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Cordoba, Argentina)* vol. 78,3 330-332. 29 Sep. 2021, doi:10.31053/1853.0605.v78.n3.30705
30. Staffolani MJ, et al. Controversias en el tratamiento de la hernia de Amyand y presentación de dos casos. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2018; 33(1): 107-110. <https://doi.org/10.30944/20117582.52>.
31. Patoulías D, Kalogirou M, Patoulías I. Amyand's Hernia: an Up-to-Date Review of the Literature. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2017; 60 (3):131-134. doi: 10.14712/18059694.2018.7.
32. Guerra I. Hernia de Amyand en un infante. *MEDISAN [Internet]*. 2016 Sep [citado 2022 Ene 29]; 20( 9 ): 2128-2132. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000900012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000900012&lng=es).