

Apéndice cecal en el conducto herniario. A propósito de un caso

Cecal appendix in the hernial duct. About a case

Luis F. Hidalgo Calderón¹, Xavier Jarrín E.¹, Verny D. Cedeño Alvarado²

¹Hospital General Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. Avenida Quito y Avenida Las Delicias Santo Domingo, Ecuador.

²Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo-Ecuador.

*daniced_hm@hotmail.com

Caso clínico

Recibido: 18-02-2019

Aceptado: 05-07-2019

Resumen

La hernia de Amyand es una enfermedad rara que se observa en aproximadamente el 1 % de todas las hernias, y sus complicaciones como la apendicitis aguda o perforada, son aún más raras, aproximadamente el 0,1 %. Su diagnóstico es muy difícil en el período preoperatorio y suele ser un hallazgo incidental. Se recibió un paciente masculino de setenta y tres años de edad que acudió al servicio de emergencias debido a dolor abdominal tipo punzante de moderada intensidad localizado en región inguinal derecha de 4 días de evolución, no refirió otros síntomas acompañantes. Se diagnosticó una hernia inguinal Nyhus III, Amyand tipo 2 y se le realizó apendicectomía incidental y reducción del saco herniario. Durante el postoperatorio no se observaron complicaciones.

Palabras clave: Hernia de Amyand, hernia de Garengeot, hernia inguinal, apendicitis aguda, apéndice cecal.

Abstract

Amyand's hernia is a rare disease seen in approximately 1% of all hernias, and its complications such as acute or perforated appendicitis are even rarer, approximately 0.1%. Its diagnosis is very difficult in the preoperative period and is usually an incidental finding. A seventy-three-year-old male patient was received who came to the emergency service due to stabbing abdominal pain of moderate intensity located in the right inguinal region of 4 days of evolution, he did not refer other accompanying symptoms. A Nyhus III, Amyand type 2 inguinal hernia was diagnosed and incidental appendectomy and reduction of the hernial sac were performed. During the postoperative period, no complications were observed.

Keywords: Amyand hernia, Garengeot hernia, inguinal hernia, acute appendicitis, cecal appendix.

Introducción

La hernia inguinal es definida como la protrusión de un órgano o fascia a través de la pared abdominal debilitada. El apéndice cecal dentro del saco herniario, suele ser un diagnóstico incidental ya que suele hallarse durante el intraoperatorio^{1,2}.

Según la literatura, aproximadamente el 1 % de las hernias inguinales contienen el apéndice cecal, la misma que puede estar inflamada o no, perforada o infectada. Esta enfermedad puede afectar a ambos sexos y a cualquier edad².

En 1731 Rene Jacques Croissant de Garangeot, cirujano francés del siglo XVIII, el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia crural. Posteriormente, en 1735 Claudius Amyand realizó la primera apendicectomía en un niño de 11 años con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal. Por lo tanto, debe sospecharse de una hernia de Amyand si se detecta una hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa iliaca derecha y ausencia de oclusión intestinal²⁻⁴.

Presentación del caso

Paciente masculino de setenta y tres años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento desde hace 5 años, y herniorrafia inguinal derecha hace 5 años, no refiere alergias ni antecedentes patológicos familiares.

Acude a la emergencia por presentar desde hace 4 días, dolor agudo localizado en fosa iliaca derecha de moderada intensidad y una masa inguinal derecha, refiere como causa aparente sobreesfuerzo físico. Al examen físico, consciente, orientado, signos vitales en parámetros normales. En la región inguinal derecha se detectó edema, rubor y dolor a la palpación. Con la maniobra de Valsalva se observó una protuberancia a nivel inguinal derecha. La región inguinal contralateral no presentó hallazgos patológicos.

Se realizó ecografía abdominal donde se diagnosticó una hernia inguinal derecha recidivante encarcelada y se programó cirugía electiva. El paciente fue ingresado en el servicio de cirugía donde se le realizó exámenes preoperatorios, los cuales fueron normales.

La cirugía programada fue hernioplastia laparoscópica. Se inició formando el neumoperitoneo con CO₂ a presiones de 15 mmHg y exposición instrumental laparoscópico, luego se aplicó los trocares en tres puntos: umbilical (trocar de 10 mm), flanco izquierdo (trocar de 5 mm) y flanco derecho (trocar de 10 mm).

A la exploración, se observó hernia inguinal de más o menos 5 centímetros de diámetro que contenía en su interior el apéndice cecal con signos de inflamación aparentemente (Figura 1). También se encontraron adherencias firmes entre ciego, peritoneo y cordón espermático (Figura 2). Se realizó apertura de peritoneo parietal, se identificaron elementos del cordón espermático derecho, finalmente se realizó apendicectomía incidental con la reducción del saco herniario inguinal derecho con material reabsorbible (Figura 3). Se realizó control de hemostasia y concluyó sin complicaciones. Durante el postoperatorio no se observaron complicaciones, por lo que el paciente fue dado de alta después de las 24

horas posquirúrgico. Se citó a la consulta externa a los 8 ocho días para control posquirúrgico, aparentemente sin complicaciones.



Figura 1. Hernia de Amyand con defecto aproximado de 5 cm de diámetro.

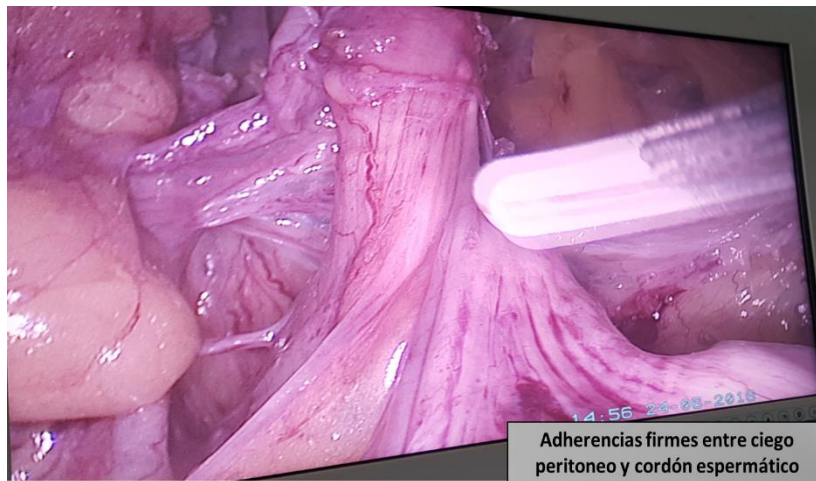


Figura 2. Adherencias entre peritoneo y cordón espermático.



Figura 3. Apendicectomía incidental con reducción del saco herniario con sutura absorbible.

Discusión

El abordaje quirúrgico de la hernia de Amyand se basa en la clasificación propuesta por Losanoff y Basson, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del tratamiento de hernia de Amyand por Losanoff y Basson, con la modificación de Singal y Gupta³

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo I	Apéndice normal dentro de la hernia inguinal	Herniorrafia inguinal más malla. Apéndicectomía en jóvenes
Tipo II	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 la hernia incisional.	Apendicectomía más eventrorrafia más malla.
Tipo 5b	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, sin sepsis abdominal	Apendicectomía más eventrorrafia sin malla.
Tipo 5c	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, con sepsis abdominal o patología secundaria.	Manejo como la tipo 4

La modificación a la clasificación de Losanoff y Basson desarrollada por Singal y Gupta³, está relacionada con añadir un quinto tipo, el cual a su vez se subdivide en tres, ubicando el apéndice cecal dentro de una hernia incisional.

Aunque la clasificación propuesta por Losanoff y Basson está aceptada, en ocasiones suele desviarse de esta guía, pues el abordaje final depende de los hallazgos observados durante el intraoperatorio y de la experiencia del cirujano¹⁻⁴.

El paciente presentó una hernia inguinal Nyhus III, Amyand tipo 2, por lo tanto, se le realizó apendicectomía incidental y reducción del saco herniario con vycril 2-0. Según la literatura, no se recomienda reparar con material protésico, debido al mayor riesgo de infección del sitio quirúrgico, así como, la posible formación de fístulas. Otros autores recomiendan la extracción del apéndice cecal para prevenir la recurrencia.

Conclusiones

La hernia de Amyand es una entidad quirúrgica rara que se presenta con mayor frecuencia en hombres y casi exclusivamente en el lado derecho. El paciente presentó dolor abdominal agudo, edema y eritema en fosa ilíaca derecha por lo que se sugirió realizar ultrasonido abdominal para corroborar el diagnóstico. Se diagnosticó una hernia inguinal Nyhus III, Amyand tipo 2 y se le realizó apendicectomía incidental y reducción del saco herniario. Se sugiere seguir investigando la utilidad de la imagenología en el diagnóstico, para la mejora de protocolos y guías que permitan el tratamiento rápido y definitivo, debido a que el retraso del mismo puede conllevar consecuencias desastrosas.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Villarreal R, Luna-Jaspe C, Cabrera LF, Vinck E. Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá. Rev Colomb Cir [Internet]. 2016;31:283-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a8.pdf>
2. Morales-Cárdenas A, Ploneda-Valencia CF, Sainz-Escárrega VH, Hernández-Campos C, Navarro-Muñiz E, López-Lizarraga CR, Bautista-López CA. Amyand hernia: Case report and review of the literature. Ann Med Surg (Lond) [Internet]. 2015;4(2):113-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080115000199>
3. Singal R, Gupta S. Amyand's Hernia – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. Maedica (Buchar) [Internet]. 2011;6(4):321–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3391951/pdf/maed-06-321.pdf>
4. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: una clasificación para mejorar la gestión. Hernia [Internet]. 2008;12(3):325–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18214637/>