

Hernia de Amyand, presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Hérnia de Amyand, apresentação de caso e revisão da literatura

DOI:10.34119/bjhrv6n6-019

Recebimento dos originais: 29/09/2023

Aceitação para publicação: 01/11/2023

Llerena Freire Luis Francisco

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: pancho_llerena@hotmail.com

Jefferson Steven Rivera Moreira

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: jeff_ribery@hotmail.com

Erick Alexander Jara León

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: erickjara1993@gmail.com

Laura Leonor Ruilova Moreira

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: lruilova08@hotmail.com

Jimmy Andrés Zambrano García

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: documentosjzambrano@gmail.com

María Eduarda Ubilla Coello

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: yayiubilla@gmail.com

Maria Belen Zhindon Astudillo

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: belenzhindon11@hotmail.com

Erick Hugo Zambrano Franco

Posgradista en Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: dr_ezambrano@hotmail.com

RESUMEN

La hernia inguinal es una de las patologías más frecuentes para el cirujano general; sin embargo, no siempre la presentación clínica de la enfermedad es la misma, pudiendo tener algunas variables, como se presenta en el siguiente reporte. La hernia de Amyand, es una entidad clínica infrecuente de la hernia inguinal, estimando que su prevalencia es alrededor del 1%. Se trata de un paciente de 56 años de edad, que acude a consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo por presentar hace 2 años tumoración a nivel de región inguinal derecha, la misma que con el tiempo aumentado de tamaño, se acompaña de dolor local de moderada intensidad. Mediante el examen físico y ecografía de región inguinal, se evidenció una hernia inguinal indirecta Nyhus tipo II cuyo contenido era epiploico y apéndice cecal. Por lo cual se programa cirugía electiva donde se realiza plastia inguinal derecha con técnica de Lichtestein sin apendicetomía. La presente publicación tiene la intención de informar sobre un caso y revisar estrategias para el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: hernia de amyand, apendicitis, cirugía, canal inguinal.

RESUMO

A hérnia inguinal é uma das patologias mais frequentes para o cirurgião em geral, mas a apresentação clínica da doença nem sempre é a mesma e pode ter algumas variáveis, como apresentado no relatório a seguir. A hérnia de Amyand, é uma entidade clínica pouco frequente da hérnia inguinal, estimando que sua prevalência seja de cerca de 1%. O paciente tem 56 anos, que vai à consulta externa do Hospital Teodoro Maldonado Carbo por apresentar há 2 anos um tumor no nível correto da região inguinal, a exemplo do aumento do tempo, é acompanhado por dor local moderada. Por exame físico e ultrassom da região inguinal, é evidenciada uma hérnia inguinal indireta Nyhus tipo II contendo apêndice epiploico e cecal. É por isso que a cirurgia eletiva onde a plastia inguinal direita é realizada com a técnica Lichtestein sem apendicetomia. Esta publicação tem como objetivo relatar casos e rever estratégias para tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: amíade e hérnia, adicite, cirurgia, canal inguinal.

1 INTRODUCCIÓN

La primera vez que fue descrita la presencia del apéndice cecal no inflamada en el saco peritoneal de una hernia inguinal fue en 1731 por René Jacques Croissant de Garengeot, se estima que su incidencia es aproximadamente del 1 % en las hernias inguinales. (1)

La apendicitis dentro del saco herniario, aún más infrecuente, con un 0.13 % fue descrita por Claudius Amyand, quien realizó la primera apendicetomía en un niño de 11 años de edad con un apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcerado en 1735; por su

descripción, es que esta presentación clínica lleva su nombre. (2) Hoy en día por su presentación infrecuente sigue siendo un reto diagnóstico para el cirujano general.

2 PRESENTACIÓN DE CASO

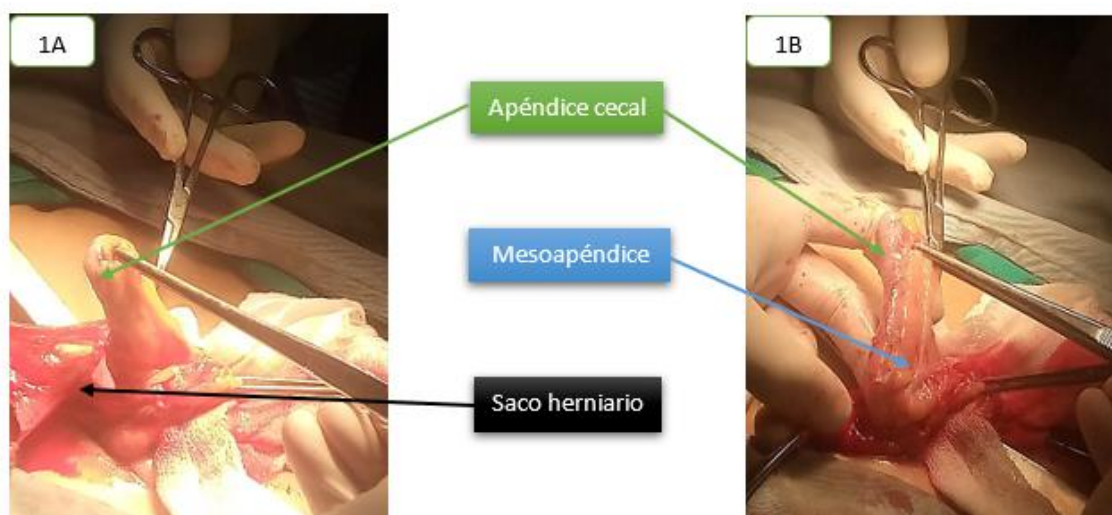
Paciente de 56 años de edad, que acude a consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo por presentar hace 2 años tumoración a nivel de región inguinal derecha, la misma que con el tiempo aumentado de tamaño, se acompaña de dolor local de moderada intensidad.

Al examen físico maniobra de Valsalva positiva, maniobra de Edward Wyllys Andrews positiva, con un anillo herniario que media 2 cm aproximadamente, catalogándola como una hernia inguinal indirecta Nyhus tipo II.

Se programa cirugía electiva posterior a valoración prequirúrgica, dentro de los hallazgos intraoperatorios se encontró:

1. Dilatación de anillo inguinal profundo
2. Saco herniario de aproximadamente 8 cm de longitud con contenido de apéndice cecal, mesoapéndice y adherencias. (figura 1 A e B)

Figura 1: A e B. Hallazgos intraoperatorios (apéndice cecal, mesoapéndice y saco herniario)



Fuente: Autor/res

El apéndice se encontró de características normales por lo cual se realizó adherolisis y posterior cierre e invaginación de saco herniario. Se realizó plastia con colocación de malla de polipropileno y fijación de la misma a tejidos con sutura de monofilamento, mediante técnica de Lichtenstein. (figura 2)

Figura 2. Hernioplastia inguinal, colocación y fijación de malla de polipropileno.



Fuente: Autor/res

El manejo posquirúrgico en este paciente fue antibioticoterapia profiláctica quirúrgica (Cefazolina 1 gramo vía intravenosa cada 8 horas por 1 día), analgesia (Paracetamol 1 gramo vía intravenosa cada 8 horas por 1 días) e hidratación (Lactato Ringer 1000 mililitros vía intravenosa 75 ml/h por 1 día). A las 24 horas sin evidencia de complicación ulteriores de sitio quirúrgico paciente fue dado de alta. Se dio seguimiento por 3 meses en consulta externa sin presentar complicaciones.

3 DISCUSIÓN

En 1731 la descripción de De Garengot donde considera la presencia del apéndice cecal dentro de una hernia inguinal indirecta, hallazgo que se denominaría como hernia de De Garengot; sin embargo, la literatura mundial, cita a este hallazgo como la asociación de apendicitis dentro de un saco herniario femoral, mientras que a la hernia de Amyand, como el hallazgo del apéndice cecal con o sin inflamación dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal. (3)

Se presenta como una masa sensible, tensa e irreductible en la región inguinal derecha, aunque se han reportado casos de su ubicación en el lado izquierdo. (4) (5)

De acuerdo a la literatura mundial la asociación de hernia inguinal incarcerada y apendicitis aguda es un cuadro de presentación infrecuente, siendo común que la hernia sea indirecta y se presente en varones mayores de 60 años. (6) (7)

Los síntomas son inespecíficos como náusea, vomito y fiebre en el caso de ser un cuadro agudo y en un proceso crónico como en nuestro caso un incremento del volumen en la región inguinal.

En su mayoría este tipo de hernias son diagnosticadas en el procedimiento quirúrgico, debido a que su resolución está indicada ante la sospecha de una hernia inguinal complicada, siendo infrecuente su diagnóstico preoperatorio. La tomografía y ecografía son útiles en el diagnóstico preoperatorio, siendo la primera el método que permitiría ver las características del contenido del saco herniario y datos de complicaciones, sin embargo, no se suelen realizar de primera intención en el diagnóstico. (8)

Losannoff y Basson propusieron una clasificación de su presentación, en las cuales la decisión terapéutica se basará en la condición clínica del paciente. (9)

Tabla 1. Clasificación de Losannoff y Basson

Tipo 1	Presentación de apéndice normal en hernia inguinal.
Tipo 2	Presentación de apendicitis en hernia inguinal sin datos de sepsis abdominal.
Tipo 3	Presentación de apendicitis aguda en hernia inguinal con datos de sepsis abdominal.
Tipo 4	Presentación de apendicitis aguda en hernia inguinal con patología abdominal concomitante.

Fuente: Autor/res

El tratamiento de esta patología es netamente quirúrgico. La controversia se ha centrado en si realizar apendicetomía en el caso de no presentar signos inflamatorios (10), varios autores recomiendan el no realizar apendicetomía cuando el cuadro no presente signos de inflamación, caso contrario se deberá realizar la apendicetomía de presentar en el transoperatorio datos clínicos de apendicitis aguda o perforación, con el reparo adecuado del defecto herniario. (9)

El uso de malla es controvertido, los autores sugieren se debería usar siempre y cuando la cirugía no haya sido contaminada, ya que aumenta el riesgo exponencial de infección de la prótesis. (11)

En el presente caso el paciente presentó una hernia de tipo 2; Se realizó reparación de hernia con técnica de Lichtenstein, en los hallazgos del procedimiento no hubo evidencia de perforación ni complicaciones. La decisión de no realizar apendicetomía se basó en las sugerencias de la literatura, debido a la ausencia clínica y radiológica de proceso inflamatorio agudo. El paciente presentó en el posquirúrgico una adecuada evolución y fue dado de alta al siguiente día post operatorio.

4 CONCLUSIÓN

Esta patología es un hallazgo poco común, la mismo debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial del cirujano general y su tratamiento individualizado en cada paciente.

REFERENCIAS

1. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. **herniae, Appendicitis in external.** s.l. : 64 (Ann R Coll Surg Engl 1982), pp. 121-122.
2. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. **hernia, Amyand's.** s.l. : report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia.* 2007; 11(1): 31-35.
3. Akopian G, Alexander M. **hernia, De Garengeot.** s.l. : appendicitis within a femoral hernia *Am Surg* 2005..
4. Marron CD, Khadim M, McKay D, Mackle EJ, Peyton JW. **wall, Amyand's hernia causing necrotizing fasciitis of the anterior abdominal.** s.l. : *Hernia* 2005; 9: 381-383.
5. Breitenstein S, Eisenbach C, Wille G, Decurtins M. **hernia, Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal.** s.l. : *Hernia.* 2005; 9(1): 100-2.
6. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. **hernia, Left-sided Amyand's.** s.l. : a. *Singapore Med J.*
7. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydin R. **sac, Uncommon content in groin hernia.** s.l. : *Hernia.* 2006; 10(2): 152-5.
8. García-Cano E, Martínez-Gasperin J, Rosales-Pelaez C, Hernández-Zamora V, Montiel-Jarquín JA, Franco-Cravioto F. **complicada, Hernia de Amyand y apendicitis and quirúrgico, presentación de un caso y elección de tratamiento.** s.l. : *Cirugía y Cirujanos,* 2016; 84(1): 54-57. .
9. Maeda K, Kunieda K, Kawai M, Nagao N, Tanaka C, Oida Y et. al. **Amyand's, Giant left-sided inguinoscrotal hernia containing the cecum and appendix (giant left-sided and hernia), s.** s.l. : *Clinical case reports* 2014; 2(6): 254-257. .
10. Khalid H, Khan NA, Aziz MA. **Amyand's and report., s hernia a case.** s.l. : *Int J Surg Case Rep.* 2021; 86: 106332.
11. Smith-Singares E, Boachie JA, Iglesias IM. **hernia, A rare case of appendicitis incarcerated in an inguinal.** s.l. : *J Surg Case Rep.* 2016; 2016(6): rjw096.