

## CASOS CLÍNICOS

# Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura\*

## Amyand hernia. Report of one case

Drs. MARTÍN NICOLA S.<sup>1-2</sup>, GUILLERMO MORA M.<sup>1-2</sup>, RODNEY STOCK L.<sup>1-2</sup>, RODRIGO VALLEJOS C.<sup>1</sup>, MATÍAS ROBLES M.<sup>1</sup>, CAROLINA TAPIA Z.<sup>1</sup>, HÉCTOR CID B.<sup>1</sup>, GONZALO GUASTAVINO B.<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Hospital Urgencia Asistencia Pública "Alejandro del Río" (HUAP), Santiago, Chile

### RESUMEN

La presencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con un 0,13% de los casos. Esta rara condición se conoce como Hernia de Amyand. La forma de presentación habitual es la de una hernia inguinal complicada. Es por este motivo que el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda requiere de una alta sospecha clínica, realizándose mayoritariamente durante la cirugía. El estudio de imágenes, en particular la Tomografía Axial Computada, ha sido utilizado para plantear este diagnóstico. El tratamiento recomendado es la apendicectomía y la reparación primaria de la hernia en el mismo tiempo operatorio. No se debe utilizar prótesis por el riesgo de infección y fístula del muñón apendicular. Debido a lo excepcional de esta patología, presentamos el caso de un hombre de 75 años que se manifestó como una hernia inguinal complicada y cuyo diagnóstico de apendicitis se realizó en pabellón luego de abrir el saco.

**PALABRAS CLAVE:** *Apendicitis aguda, hernia de Amyand.*

### SUMMARY

The presence of an acute appendicitis in an incarcerated inguinal hernia, termed Amyand's hernia, is an uncommon and rare condition estimated to be found in approximately 0.13% of adult inguinal hernia repairs. The usual clinical presentation is as a complicated inguinal hernia; this is why the preoperative diagnosis of acute appendicitis requires a high clinical suspicion, even though the diagnosis of Amyand's hernia is done mainly during surgery. Computed tomography is a good diagnostic method. The treatment is surgical, and consists of an appendectomy with primary repair of the hernia. Synthetic mesh should not be used in the repair of contaminated abdominal wall defects, because the prosthetic material can increase the inflammatory response and result in wound infection and a possible appendiceal stump fistula. We report a 75 years old man who presented with a complicated inguinal hernia, in whom the diagnosis of acute appendicitis was made during surgery after opening the hernia sac.

**KEY WORDS:** *Amyand hernia, appendicitis, hernia repair.*

---

\*Recibido el 18 de Julio de 2006 y aceptado para publicación el 25 de Octubre de 2006.

Correspondencia: Dr. Martín Nicola S.

Raúl Labbé 14090, Lo Barnechea., Santiago, Chile  
e mail: martinicolaseves@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica de mayor frecuencia a la que se ve enfrentado el cirujano general<sup>1,2</sup>. Su diagnóstico no presenta dificultad cuando se manifiesta con náuseas, vómitos y la clásica migración del dolor abdominal hacia la fosa iliaca derecha<sup>2-4</sup>. Sin embargo, por las múltiples localizaciones del apéndice<sup>5</sup>, su diagnóstico siempre representa un desafío. La literatura reporta una incidencia de 1% del apéndice normal en el saco de una hernia inguinal y aún más infrecuente es la apendicitis con un 0,13%<sup>3-12</sup>. Esta rara condición fue descrita por primera vez en el año 1735 por Claudius Amyand, y por su descripción en el saco inguinal es que esta localización lleva su nombre<sup>4,6, 8-10,12-15</sup>.

Por lo excepcional de la Hernia de Amyand y los pocos reportes que existen a nivel internacional, hemos querido presentar un caso clínico de esta condición y la revisión de la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 75 años que consultó al Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública por historia de 2 días de dolor abdominal difuso, asociado a vómitos y falta de eliminación de gases. Entre sus antecedentes destaca el alcoholismo y no tener cirugía abdominal previa. Al ingreso destacaba un paciente afebril, con taquicardia de 121 por minuto y Presión Arterial 192/94 mmHg, con deshidratación leve. Examen cardiovascular y pulmonar sin hallazgos patológicos. El abdomen estaba distendido en forma moderada y simétrica, blando, depresible e indoloro, con ruidos intestinales disminuidos. A nivel inguinal derecho se consignó un aumento de volumen inguino-escrotal tenso, sensible e irreductible. En la radiografía de abdomen simple sobresale la distensión de asas de intestino delgado y no se visualiza aire rectal. El diagnóstico de hospitalización fue el de hernia inguino-escrotal derecha complicada con obstrucción intestinal.

El paciente es llevado a pabellón. Se realiza un abordaje anterior. Se escinde el saco herniario, el que contiene el ciego y epiplón mayor aplastado. Se realiza liberación digital y la exploración revela el apéndice cecal inflamado. Se realiza la apendicectomía a través de esta incisión y posteriormente se repara la pared posterior según la técnica de McVay. Se deja drenaje hemosc. Se deja drenaje hemosc.

La anatomía patológica informó apendicitis aguda flegmonosa y periapendicitis aguda fibrino-purulenta.

Evolucionó en buenas condiciones, realimen-

tándose al segundo día postoperatorio. El drenaje se retira al cuarto día y es dado de alta. Los controles posteriores no han detectado infección de herida ni recidiva de la hernia.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico preoperatorio de una apendicitis aguda no debiera en general presentar dificultades. Sin embargo, esto puede ocurrir en localizaciones atípicas<sup>4,5</sup>. Una rara ubicación es la del saco inguinal o Hernia de Amyand, cuyo diagnóstico prequirúrgico es inusual y generalmente, como ocurrió en nuestro caso, es realizado en la mesa operatoria luego de escindir el saco de una hernia complicada<sup>4-6, 8,10-12</sup>.

La característica típica que permite sospechar este tipo de hernia es el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, asociado a una masa sensible, tensa e irreductible en la región inguinal homolateral<sup>13</sup>. Sin embargo, con esta presentación clínica el diagnóstico fácilmente es confundido con una hernia inguinal complicada<sup>11-13</sup>, siendo esta entidad el diagnóstico diferencial más importante<sup>4-6,8,10,13</sup>. En ocasiones es posible reconocer los síntomas prodrómicos típicos de una apendicitis como son el dolor epigástrico o periumbilical, que posteriormente migra hacia la fosa iliaca derecha y/o a la región inguinal<sup>11</sup>. Otras alternativas diagnósticas que debemos reconocer y diferenciar, son: la epididimitis aguda, hidrocele agudo, torsión testicular, adenitis inguinal, hernia de Richter y la hernia femoral<sup>11,12</sup>.

El reconocimiento precoz de la naturaleza de la hernia es fundamental para el pronóstico, ya que se han descrito algunas complicaciones, como la peritonitis difusa y la formación de abscesos secundarios a la perforación del apéndice dentro del saco<sup>11</sup>, e incluso tan graves como la fasciitis necrotizante<sup>12,13</sup>.

Para un diagnóstico etiológico correcto y oportuno, el estudio de imágenes, en particular la Tomografía Axial Computada (TAC), ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de apendicitis aguda en casos de dolor abdominal agudo<sup>2,5,9,16</sup>. Ante la sospecha de Hernia de Amyand ha sido demostrada su utilidad al visualizar el apéndice dentro del saco<sup>5,7-9,11,13</sup>. Sin embargo, este no es un examen de rutina para esta patología, debido a que los pacientes van directamente a cirugía con el diagnóstico de hernia inguinal complicada<sup>11,12,14</sup>. En esta situación clínica, como sucedió con nuestro paciente, la imagen solicitada es la radiografía de abdomen simple por la sospecha de obstrucción intestinal, la que no es de

utilidad para establecer el diagnóstico etiológico correcto<sup>3,9</sup>.

En cuanto a su mecanismo fisiopatológico, es difícil determinar si la apendicitis es el fenómeno primario o es debido a una estrangulación de un apéndice herniado, secundario a la contracción muscular y el aumento de presión intraabdominal<sup>4,5,7,14</sup>. Se postula que el apéndice en el canal inguinal se hace más vulnerable al trauma y el flujo sanguíneo disminuye, lo que resultaría en sobrecrecimiento bacteriano e inflamación de dicho órgano<sup>11</sup>.

El tratamiento de elección es realizar la apendicectomía a través de una herniotomía con reparación primaria de la hernia utilizando la misma incisión<sup>4,6,7,9,11,12</sup>, criterio que utilizamos en esta situación. Sin embargo, en la literatura las vías de acceso son variables, así se menciona el abordaje preperitoneal<sup>4,12</sup> o inguinal<sup>8-10,12,14</sup> para tratar ambas patologías, el abordaje combinado (inguinal y abdominal para la apendicectomía)<sup>4,7,8</sup> y la vía laparoscópica<sup>6,9,10,12</sup>. La vía abdominal a través de una laparotomía media inferior exclusiva, ha sido recomendada para obtener una mejor exposición y control del campo operatorio, en el caso de un proceso inflamatorio extenso de la fosa ilíaca derecha<sup>11,12</sup>. La técnica de reparación de la hernia mencionada con mayor frecuencia en la literatura es la clásica de Shouldice<sup>4,10,11,14</sup>. No se recomienda la hernioplastia con malla, porque al utilizar un material protésico en una pared abdominal contaminada, aumenta el riesgo de infección de la herida operatoria y de fístula del muñón apendicular<sup>4,6,11,14</sup>.

La presentación de este caso nos parece de interés a quienes nos vemos enfrentados a la atención de urgencia. El hecho de conocer esta situación, y saber como tratarla permitirá evitar las complicaciones derivadas de un diagnóstico etiológico tardío, de nuevas incisiones y del uso de prótesis, con la consiguiente estadía hospitalaria prolongada.

### REFERENCIAS

1. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *British Journal of Surgery* 1989;76: 1121-1125.
2. Poh ACC, Lin M, Teh HS, Tan AGS. The role of Computed Tomography in clinically-suspected but equivocal acute appendicitis. *Singapore Med Journal* 2004, 45: 379-384.
3. Lawrence I, Chad F. Acute appendicitis in a femoral hernia: an unusual presentation of a groin mass. *The Journal of Emergency Medicine* 2002; 23: 15-18.
4. Solecki R, Matyja A, Milanowski W. Amyand's Hernia: a report of two cases. *Hernia* 2003; 7: 50-51.
5. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *The British Journal of Radiology* 2000; 73: 1013-1014.
6. Saggar VR, Singh K, Sarangi R. Endoscopic Total Extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia* 2004; 8: 164-165.
7. Ash L, Hatem S, Motta GA, Veniero J. Amyand's hernia: a case report of prospective CT diagnosis in the emergency department. *Emergency Radiology* 2005; 11: 231-232.
8. Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterology* 2002; 97: 2684-2685.
9. Luchs J, Halpern D, Katz D. Amyand's Hernia: Prospective CT Diagnosis. *Journal of Computer Assisted Tomography* 2000; 24: 884-886.
10. D'Alia C, Lo Schiavo MG, 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.
11. Salemis N.S, Nisotakis K, Nazos K, Stravrinou P, Tsohataridis E. Perforated appendix and periappendicular abscess within an inguinal hernia. *Hernia* 2006. Disponible en: [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com) (Consultado el 12 de septiembre del 2006).
12. Osorio JK, Guzman-Valdivia G. Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia* 2006; 10: 443-446.
13. Marron CD, Khadim M, McKay D, Mackle EJ, Peyton JW. Amyand's hernia causing necrotizing fasciitis of the anterior abdominal wall. *Hernia* 2005; 9: 381-383.
14. Breitenstein S, Eisembach, Wille G, Decurtins M. Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia* 2005; 9: 100-102.
15. Powell JL. Historical Notes in Pelvic Surgery: Anecdotes on Appendicitis. *Journal of Pelvic Surgery* 2001; 7: 39-41.
16. Bendeck S, Nino-Murcia M, Berry G, Jeffrey B. Imaging for suspected appendicitis: Negative appendectomy and perforation rates. *Radiology* 2002; 225: 131-136.