

HERNIA DE AMYAND: PRESENTACION DE DOS CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA

*Ramiro Rocabado A

**Yessica Gutierrez H

RESUMEN

El objetivo del trabajo es realizar una revisión bibliográfica de lo publicado en la literatura acerca de este tema, y analizar la experiencia de manejo en estos pacientes en el Hospital Obrero N° 2 CNS.

Caso N°1 (Octubre 2005): Paciente varón de 35 años de edad; con cuadro de aproximadamente 2 años de evolución, presenta dolor a nivel de región inguinal derecha que se exacerba al esfuerzo físico, presencia de masa reducible. Exámenes de laboratorio sin alteraciones. Cardiología sin particularidad IRQ I/IV

Se procede a realizar apendicetomía y reparación del defecto herniario con malla de polipropileno, técnica tipo Lichtenstein modificado. Evoluciona sin complicaciones.

Caso N° 2 (Octubre 2006): Paciente varón de 47 años de edad, sin antecedentes de importancia. Cuadro de aproximadamente tres meses de evolución caracterizado por presencia de masa en región inguinal derecha que se exacerba con los esfuerzos físicos; por lo que su cirugía es programada. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Valoración cardiológica: Corazón clínicamente normal Riesgo I/IV

Es programado para cirugía de Hernioplastia inguinal derecha, encontrando una hernia cuyo contenido es el apéndice cecal. Se procede a realizar apendicetomía y reparación del defecto con malla de polipropileno con la técnica de Lichtenstein. Evoluciona con hematoma en cordón, que se drena en una segunda cirugía ingresado con el diagnóstico de hernia recidivada, a las cuatro semanas.

Palabras Clave: Hernia de Aymad, Cirugía.

ABSTRACT

The objective of the work is to make a bibliographical revision of the published thing in Literature about this subject, and to analyze the experience of handling in these patients in the Working Hospital N° 2 CNS (personal cases).

Case N° 1 (October 2005): Patient man of 35 years of age; with picture of approximately 2 years of evolution, it presents/displays pain at level of right inguinal region that exacerba to the physical effort, presence of reducible mass. Examinations of laboratory without alterations Cardiology without particularity IRQ I/IV are come to make appendectomy and repair of the herniario defect with polypropylene mesh, technique modified Lichtenstein type. evolves without complications.

Case N° 2 (October 2006): Patient man of 47 years of age, without importance antecedents.

Picture of approximately three months of evolution characterized by presence of mass in right inguinal region that exacerba with the physical efforts; reason why its surgery is programmed. Examinations of laboratory within normal parameters. Cardiological valuation: Heart clinically normal Risk I/IV. It is programmed for surgery of right inguinal Hernioplastia, finding one hernia whose content is the cecal appendix. It is come to make appendectomy and repair of the defect with polypropylene mesh with the technique of Lichtenstein. It evolves with hematoma in cord, that is drained in a second surgery four weeks later by diagnosis of hernia recidivada.

Key Wods: Hernia of Aymad, Surgery

*Cirujano General Caja Nacional de Salud HO No 2

**Residente Cirugía 3° Año Caja Nacional de Salud HO No 2

INTRODUCCION

Las hernias son una patología frecuente dentro la consulta en cualquier institución, por ende la herniorrafia o hernioplastia es un procedimiento con mayor índice. Como contenido de la misma, encontramos: epiplón mayor, vísceras como intestino delgado, I. grueso, anexos en caso de pacientes del sexo femenino; y en pacientes portadores especialmente de hernia inguinal derecha se pueden encontrar apéndice cecal, pero ello en raras oportunidades.

Cuando uno encuentra este tipo de contenido es que llamamos hernia de Amyand. Descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1736, como apendicitis aguda incluida en un saco herniario, posteriormente el término ha sido aplicado a cualquier hernia que contenga el apéndice cecal, independientemente de si este se halla o no con proceso de inflamación aguda⁵.

La presencia de apendicitis, en una hernia inguinal es un hecho infrecuente con un 0.13 % de los casos reportados en Chile¹.

La incidencia exacta de la hernia de Amyand se desconoce, pero se calcula que este hallazgo de apéndice cecal no inflamado en una hernia inguinal es de aproximadamente 1%, mientras que la apendicitis aguda en ésta, solo se presenta en un 0.3 %. La clínica en ocasiones es muy típica no dudando el diagnóstico y a veces es muy atípica necesitando la ayuda de otros métodos de diagnóstico por imagen¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁸.

ETIOPATOGENEA

En cuanto a su etiopatogenia, varios autores se plantean la pregunta, si el hallazgo de un apéndice cecal inflamado en el interior de un saco herniario es un hallazgo ocasional, o si existe alguna relación entre la incarceration y la inflamación del apéndice.

La hipótesis mas posible sería la segunda en donde intervendrían los fenómenos de isquemia por compresión a nivel del cuello del saco, que de forma secundaria desarrollarían apendicitis.²⁻⁸

Abu-Dalu y Urca sugieren que la entrada del apéndice en el saco herniario lo va a exponer a una serie de traumatismos que van a dar lugar a la formación de adherencias intrasaculares del apéndice. Los sucesivos traumatismos, la contracción de la musculatura abdominal, así como otras causa de aumento de la presión intraabdominal, van a reducir o suprimir el riego sanguíneo, dando lugar a la inflamación y sobrecrecimiento bacteriano que desemboca en una apendicitis aguda.⁸⁻⁹

El dolor de la apendicitis aguda en un saco herniario incarcerationado es de tipo cólico, al contrario

que el dolor sordo y constante que aparece cuando el intestino esta estrangulado.

La fiebre y la leucocitosis no son constantes en la mayor parte de los pacientes revisados.

El diagnóstico preoperatorio es excepcional. Algunos autores proponen que la presencia de dolor y de signos de irritación peritoneal junto con la presencia de una hernia incarcerationada, podría hacernos pensar en la presencia de apendicitis en el interior del saco herniario y que la prueba de imagen que podría darnos ayuda es la TAC abdominal.

Esta rara condición se conoce como hernia Amyand, que presenta un cuadro de hernia inguinal complicada. Es por este motivo que el diagnóstico preoperatorio de apendicitis requiere de una alta sospecha clínica, el estudio de imágenes, en particular Tomografía Axial Computada, ha sido utilizado para plantear este diagnóstico.

El tratamiento recomendado es la apendicetomía 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.

El abordaje es controvertido, algunos prefieren el preperitoneal, pues se podría realizar la apendicetomía en las mejores condiciones, permite el tratamiento de una eventual asa incarcerationada, el drenaje de un absceso apendicular minimiza los riesgos de infección de la herida y recidiva de la hernia o el abordaje por vía anterior, siendo la mas utilizada la vía inguinal⁵⁻⁸⁻⁹

Una pregunta que se plantea siempre, es qué debemos hacer si el apéndice se encuentra en el interior del saco herniario y no presenta signos de inflamación macroscópicos. Franko y col.⁸ sugieren que la presencia de un apéndice normal no requiere la apendicetomía. Creemos que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos evidentes de inflamación se debería realizar la apendicetomía.

El uso o no de material protésico continúa siendo motivo de controversia. Sin embargo Pans AD, Jacquetrn reporta 12 casos, con uso de material protésico, de los cuales no reportó mortalidad, ocurrieron tres sepsis de la herida que en ningún caso obligó a retirar la malla.

Señala además que cuando se toman medidas para minimizar la infección se puede utilizar el refuerzo protésico en las hernias estranguladas, incluso en presencia de resección intestinal.¹¹

En el caso específico de la apendicitis estrangulada, la inmensa mayoría desaprueba este proceder y señala el posible riesgo de la fístula del muñón apendicular y sepsis de la herida³⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

Weber y cols. informan haber encontrado un total

de 60 casos de apendicitis aguda en hernias de Amyand en adultos.

Rose y Cosgrove; describieron en 1988, 66 casos descritos en la literatura de hernia crural con apéndice inflamado en su interior.

El hallazgo del apéndice en el interior de un saco herniario crural constituye una variante de la hernia de Amyand y cuya frecuencia no aparece descrita en la literatura.²

CASO CLÍNICO

Caso 1: Paciente masculino de 35 años de edad, con dos años de evolución de su cuadro, refiriendo dolor en región inguinal derecha y la presencia de una masa de crecimiento progresivo, reduciéndose automáticamente con el reposo o por maniobras digitales, dificultando su deambulación y el realizar ejercicios que demanden esfuerzo, ninguna referencia a procesos de obstrucción intestinal, u otros síntomas de compromiso general; por lo que asiste a consulta externa de la especialidad, transferido de policlínico.

Al examen físico general, hemodinámicamente estable, cardiopulmonar, gastroenterológico y urológico normales. En abdomen masa palpable en región inguinal derecha reducible parcialmente, anillo de mas o menos 2 cm. de diámetro, doloroso.

Se solicitan exámenes complementarios: Hemograma, reportándose dentro de parámetros normales, urea, creatinina, glicemia, TPT, y parcial de orina sin alteraciones dentro el rango de cifras normales.

Valoración cardiológica y ECG normales; riesgo quirúrgico I/IV.

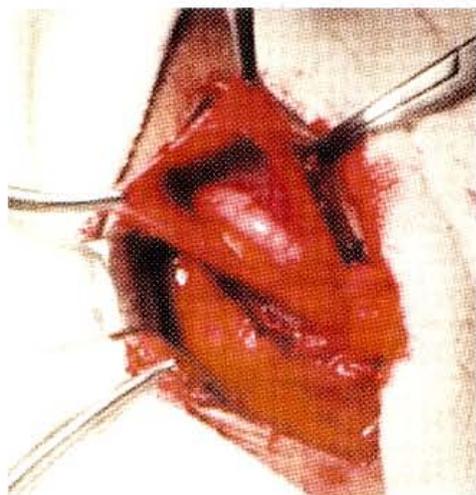


Figura 1: Procedimiento quirúrgico, Caso 1.

Procedimiento quirúrgico: hallazgo casual de apéndice con contenido herniario sin signos de

inflamación, se realiza apendicetomía, con los cuidados de asepsia de muñón y no contaminar el campo operatorio, reducida la hernia, se repara el defecto con malla de polipropileno con la técnica de Lichtenstein modificado, ya que se colocan puntos separados de fijación con prolene OO en ligamento de Cooper y en plano de oblicuos; con la apertura de una escotadura para el cordón espermático, y cierre por planos con material de sutura reabsorbible (Figura 1)

Evolución pos operatoria satisfactoria, alta al día siguiente, restitución a sus labores a los 6 días (por el tipo de trabajo, trabajo de oficina).

Caso 2: Paciente varón de 47 años de edad, sin antecedentes de importancia.

Cuadro de aproximadamente tres meses de evolución caracterizado por presencia de masa en región inguinal derecha que se exacerba con los esfuerzos físicos, paciente no refiere cuadro agudo (niega: dolor, cuadro de obstrucción intestinal con presencia de vómitos), por lo que su cirugía es programada.

Al examen físico: Paciente en buen estado general; PA 110/70; FC 68 x min. FR 18 x min. T0 36 grados

Cardiopulmonar: Ruidos rítmicos regulares en dos tiempos, sin ruidos sobre agregados. Pulmones sin alteraciones

Abdomen: Blando depresible, RHA positivos, en región inguinal derecha se evidencia masa que protruye y presenta ligero dolor a las maniobras de Valsalva.

Exámenes complementarios: se solicitan exámenes: Hemograma completo: Hematocrito 48%; hemoglobina 16 g/dl glóbulos blancos 6000 por milímetro cúbico, segmentados 60%; Eosinófilos 10%; linfocitos 21% T. de protrombina 13 seg. INR 1,16; Glicemia 78 mgr/dl; Creatinina 0.9 mgr/dl.

Parcial de orina: sin alteraciones.

Valoración cardiológica: Corazón clínicamente normal Riesgo I/IV.

Es programado para cirugía de Hernioplastia inguinal derecha.

Procedimiento quirúrgico: Incisión oblicua en región inguinal derecha, a la exploración se evidencia saco herniario de aproximadamente 6x4 cm de diámetro con contenido de apéndice cecal sin datos de inflamación, anillo herniario de 1.5 cm de diámetro. Se procede a identificación de saco herniario apertura del mismo constatándose la presencia de apéndice cecal sin datos de inflamación; se procede al aislamiento de campo quirúrgico y a la apendicetomía típica, posteriormente se realiza tratamiento del saco con punto trans-

fixiante a nivel de cuello, y la colocación de malla protésica (polipropileno) con técnica tipo Lichtenstein. (Colación de malla que se fija con puntos de prolene 00 en ligamento inguinal y se extiende a plano preformado entre los oblicuos, colocando otros puntos sobre aponeurosis de obliquo menor, transverso y tendón conjunto) (Figura 2).

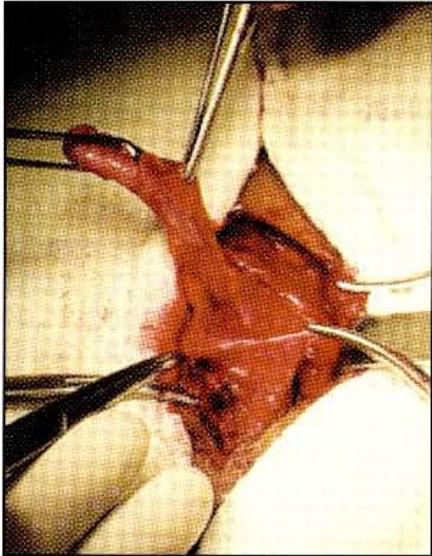


Figura 2: Procedimiento quirúrgico, Caso 2.

CONCLUSIONES

Se sospechará de hernia de Amyand cuando se detecta hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en fosa iliaca derecha y ausencia de signos de oclusión intestinal.

El tratamiento consiste en apendicetomía y herniorrafia o hernioplastia por una vía que permita solucionar el problema. Tomándose las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal inguinal.

La apendicitis aguda dentro de un saco herniario puede deberse a los múltiples traumas que recibe el apéndice y a la posición de este.

La mayoría de los autores coinciden en no utilizar malla protésica en la reparación del canal inguinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTIN NICOLA S. GUILLERMO MORA M. RODNEY STOCK L. RODRIGO VALLEJOS C. MATIAS ROBLES M. CAROLINA TAPIA. GONZALO GUASTAVINO B. Hernia de Amyand: presentación de un caso. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - N 2, Abril 2007; Pags 142-144.
2. P. PRIEGO, E. LOBO, I. MORENO, S. SANCHEZ COL.

Apendicitis aguda en Una hernia crural encarcerada: análisis de nuestra experiencia. Revista Española de enfermedades digestivas Vol. 97 N 10 Madrid Oct. 2005.

3. PEDRO LÓPEZ RODRÍGUEZ, DR. LEONEL HERNÁNDEZ TORRES. DR. FELIPE R. LOPEZ DELGADO. Hernia de Amyand presentación de dos casos. Revista Cubana Cir. Vol. 44 N. 1 Ciudad de la Habana ene - mar. 2005.
4. MARTIN NICOLA S. GUILLERMO MORA M. RODNEY STOCK L. RODRIGO Y COL. Hernia de Amyand: presentación de un caso. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - N 2, Abril 2007; Pags 142-144.
5. JORGE AGUSTIN LOOR GUADAMUD. DR JULIO GONZALES. DR CARLOS ALMEIDA CRUZ. DR GABRIEL DAVID LOOR GUADAMUD. Apendicitis aguda contenida en hernia inguinal irreducible, Hernia de Amyand, caso altamente sospechado por ecografía.
6. GIOVANNI GUIDO CERRI, Ultrasonografía abdominal, editora revinter, segunda edición 2002, Sao Paulo Brasil.
7. CESAR PEDROSA, RAFAEL CASANOVA, diagnostico por imágenes, vol. 2 segunda edición año 2000, editora interamericana Mc graw- hill , Madrid España.
8. FRANCO J. SULKOWKI R. A rare variation of Amyand's hernia. Am J Gastroenterol 2002; 97 (10): 2684-5.
9. ARMENGOL CARRASCO M. SANCHEZ GARCIA JL. MARISTANY BIENERT C. ESPIN BASANY E, LOPEZ, El al. Hernia De Amyand. A proposito de la primera Apendicectomia Cir. Española 2001; 69: 92.
10. LOGAN MTBS, NOTTINGHAM JM. Amyand's hernia: a case report o fan incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg 2001; 67 (7) 628-9.
11. ABU - DALU J, URCA I. Incarcerated inguinal hernia with a perforated appendix and periappendicular abscess. NY State J Med 1988: 600-2.
12. TORRES HERNANDEZ D, ROSELLO FINA JR, DEL CAMPO ABAD R, CANALS RABASA PP, ENRIQUEZ. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura Am Surg 2001; 67 (7) 628-9.
13. PANS AD, JAQUET N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. Br J Surg. 1997; 84 (3) : 10- 12.
14. OJEDA OJEDA MJ, RONDON ESPINOSO JG GARCIA BAEZ J. Abdomen agudo quirurgico. Multimed 1997; 2 193-5.
15. MORALES DIAZ IA, PEREZ MIGUELES L, PEREZ JOMARRON E. Peritonitis bacteriana difusa. Analisis de cuatro años (1995-1998) Rev Cubana de Cir. 2000; 39 (2): 160-2.
16. LYASS S. KIM A, BAUER J. Perforated appendicitis within an inguinal hernia: case report and review of the literature. Am J Gastroenterol. 1997; 92(4): 700-20.
17. LOGAN MT, NOTTINGHAM JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. Am Surg. 2001;67 (7): 628-9.