



Hernia de Amyand

Amyand's hernia

Hérnia de Amyand

 <http://dx.doi.org/10.35954/SM2020.39.2.8>

Virginia Calfani ^a  <https://orcid.org/0000-0001-6516-0046>

Paula Morgade ^a  <https://orcid.org/0000-0002-8854-3063>

Sebastián Fraga ^b  <https://orcid.org/0000-0002-2679-8888>

(a) Residente de Cirugía. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

(b) Prof. Adj. Int. Dpto. de Emergencia. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

RESUMEN

La hernia de Amyand es poco frecuente, se define por la presencia del apéndice cecal en el saco de una hernia inguinal, el cual puede ser normal o presentar distintos grados de inflamación. Característicamente es de diagnóstico intraoperatorio y de resolución quirúrgica.

La principal controversia surge de sus opciones terapéuticas, en cuanto al tratamiento del apéndice cecal y de la reparación parietal.

Presentamos dos casos de esta rara entidad atendidos en nuestro servicio, ambos cursando una apendicitis. Se realizó apendicectomía y reparación parietal con malla.

PALAVRAS CLAVE: Apéndice; Apéndice Cecal; Apendicectomía; Apendicitis; Hernia de Amyand; Hernia Inguinal.

ABSTRACT

Amyand's hernia is rare, it is defined by the presence of the cecal appendix in the inguinal hernia sac, which can be normal or present different degrees of inflammation. It is typically diagnosed intraoperatively and surgically resolved.

The main controversy arises from its therapeutic options, in terms of treatment of the cecal appendix and parietal repair.

We present two cases of this rare entity seen in our service, both with appendicitis. Appendectomy and parietal repair with mesh were performed.

KEY WORDS: Appendix; Appendectomy; Appendicitis; Amyand's hernia; Hernia, Inguinal.

RESUMO

A hérnia de Amyand é rara e é definida pela presença do apêndice cecal no saco inguinal da hérnia, que pode ser normal ou ter diferentes graus de inflamação. Normalmente é diagnosticado intra-operatoriamente e resolvido cirurgicamente.

Recibido para evaluación: Enero 2020

Aceptado para publicación: Abril 2020

Correspondencia: Av. 8 de Octubre 3020. C.P.11600. Montevideo, Uruguay. Tel.: (+598) 24876666 int. 7173.

E-mail de contacto: sebastianfraga@gmail.com

A principal controvérsia surge a partir de suas opções terapêuticas, em termos de tratamento do apêndice cecal e reparo parietal.

Apresentamos dois casos desta rara entidade tratada em nosso departamento, ambos com apendicite. Foram realizadas a apendicectomia e o reparo parietal com malha.

PALAVRAS CHAVE: Apêndice; Apendicectomia; Apendicite; Hérnia de Amyand; Hérnia Inguinal.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice cecal en el saco herniario de una hernia inguinal, pudiendo encontrarse el apéndice normal en el contexto de una reparación herniaria electiva o inflamado cursando una apendicitis (1). Es una situación poco frecuente, la incidencia es variada desde el 0.19% al 1.7% de los casos reportados como hernias, con un promedio de 0.1%. La incidencia de apendicitis aguda en una hernia inguinal es de 0.07% y 0.13% (2).

La hernia de Amyand fue descrita por primera vez en 1735 en un niño de 11 años llamado Hanvil Anderson, por el Cirujano Francés Claudius Amyand en el St. George's Hospital de Londres (fundado en 1733). El paciente presentaba una apendicitis aguda perforada dentro del saco de una hernia inguino-escrotal derecha (2).

Característicamente se trata de una situación de diagnóstico intraoperatorio, siendo el diagnóstico preoperatorio excepcional, por ser poco frecuente y por carecer de una clínica específica (1). Se presentan a continuación dos casos clínicos y su resolución.

CASO 1

Hombre, 58 años. Hipertenso. Portador de una hernia Inguinal derecha de años de evolución. Consulta por episodio de irreductibilidad aguda dolorosa de 12 horas de evolución. No presenta fiebre ni alteraciones del tránsito digestivo. Al examen se constata una hernia inguinal derecha tensa, dolorosa a la palpación e irreductible. Con planteo de hernia estrangulada se decide cirugía de urgencia.

Se realiza un abordaje inguinal anterior, se libera y abre el saco herniario y se constata la presencia

del ciego vital y el apéndice cecal con signos inflamatorios, sin líquido y sin pus (figura 1). No hay elementos de gangrena apendicular.

Se realiza apendicetomía y reparación parietal mediante una plastia con polipropileno.

No hubo complicaciones en la evolución con seguimiento hasta un año después de la cirugía.

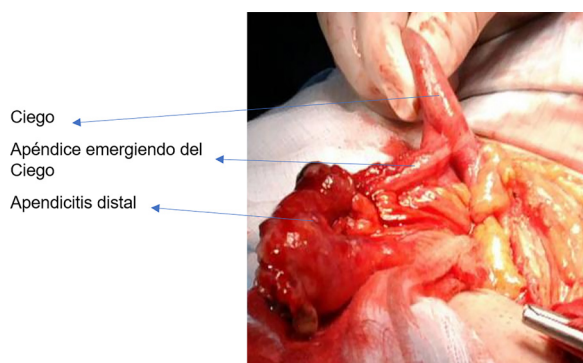


Figura 1. Saco herniario.

CASO 2

Hombre, 65 años. Fumador. Portador de una hernia inguinal derecha de años de evolución, reductible, que en las últimas 24 horas se vuelve irreductible y dolorosa. Junto a este cuadro presenta náuseas y vómitos sin alteraciones del tránsito digestivo bajo. No fiebre. Al examen físico se constata una hernia inguinal derecha irreductible, dolorosa a la palpación y sin otros elementos a destacar. Se decide cirugía de urgencia con planteo de hernia inguinal estrangulada. Se realiza un abordaje inguinal anterior, se libera y abre el saco herniario y se constata la presencia del apéndice cecal inflamado, sin elementos de perforación ni pus (figura 2). Se realiza apendicetomía y reparación parietal mediante plastia con malla de polipropileno. No hubo complicaciones en la evolución con seguimiento hasta un año después de la cirugía.



Figura 2. Abordaje inguinal anterior.

DISCUSIÓN

La hernia de Amyand es una patología poco frecuente, con una incidencia baja, que difiere en las distintas series con un promedio de 0.1% (2). Es más común en hombres, con una presentación bimodal en neonatos y mayores, siendo tres veces más frecuentes en los niños, debido a la prevalencia del conducto peritoneo vaginal permeable. La forma de presentación más usual es como una hernia inguinal irreductible, en la mayoría de los casos dolorosa, predominantemente a derecha, tal y como se presentaron ambos pacientes que mostramos (3).

Se han descrito casos del lado izquierdo asociado a *Situs Inversus*, a mala rotación intestinal o a un ciego no acolado (4).

El diagnóstico preoperatorio es excepcional, siendo lo más habitual su diagnóstico intraoperatorio. Como pruebas diagnósticas adicionales la tomografía computada (TC) de abdomen, permite identificar el apéndice dentro del saco en el canal inguinal o la cercanía del ciego al saco. La presencia de líquido en el escroto, edema y gas, son sugestivos de perforación (2). Para el

tratamiento de la hernia de Amyand existen diferentes opciones tanto en la conducta respecto al apéndice como a la reparación parietal. Con respecto al apéndice algunos autores realizan la apendicectomía únicamente si presenta cambios inflamatorios, las razones se deben a que la realización de la apendicectomía implicaría mayor riesgo de infección, fistula y recidiva herniaria, en un paciente con un apéndice sano (3,5-7). Otros autores consideran que la apendicetomía se debería realizar en todos los casos. Las razones para realizarla serían evitar posibles complicaciones, posibles errores diagnósticos al no interpretar la inflamación apendicular correctamente, y que es posible la realización de hernioplastia con material protésico asociado a cobertura anti-biótica (5,8). En cuanto a la reparación herniaria con malla protésica, el conflicto surge en los casos de apendicitis aguda, ya que algunos autores consideran este hecho una contraindicación para el uso de malla, otros la contraindican en caso de perforación o pus y otros utilizan mallas biológicas (1,5-8). El abordaje puede ser abierto o laparoscópico. La incidencia del abordaje laparoscópico está en aumento y se han publicado incluso abordajes extraperitoneales.

Existe una clasificación elaborada por Losanoff (tabla 1) que asocia el tipo de hernia de Amyand (9), con el tratamiento del apéndice cecal y la reparación herniaria realizada. Aunque solo se basa en la experiencia personal del autor, es la única estandarización de esta patología y podría usarse como referencia a la hora de nombrar estas hernias, siendo más controvertido el apartado de tratamiento (5).

Tipo	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Apéndice	Normal	Apendicitis sin peritonitis	Apendicitis con peritonitis	Apendicitis asociada a otra patología abdominal
Tratamiento	Apendicetomía o reducción. Hernioplastia	Apendicetomía Herniorrafia / Hernioplastia	Apendicetomía Herniorrafia	Apendicetomía Herniorrafia / hernioplastia según sepsis abdominal

Tabla 1. Clasificación de Losanoff (9).

CONCLUSIÓN

La hernia de Amyand es una patología poco frecuente, característicamente de diagnóstico intraoperatorio.

Es difícil establecer un protocolo de tratamiento ya que admite distintas opciones en cuanto al tratamiento del apéndice cecal y a la reparación parietal, por lo que creemos que este debe adaptarse a cada situación clínica en particular.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses. El estudio se realizó con recursos propios de los autores y/o la institución a la que representan.

REFERENCIAS

- (1) Sancho Muriel J, Torregrosa Gallud A, García Pastor P, López Rubio M, Argüelles B, Bueno Lledó J. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. *Rev Hisp Her* 2016; 4(3):107-11. doi: 10.1016/j.rehah.2015.05.001
- (2) Castro D, Borrás AM, Farías AP, Muñoz LM. Variante de una hernia de Amyand. *Rev Colomb Cir [Internet]*. 1 de diciembre de 2016 [citado 22 de enero de 2020]; 31(4):276-82. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/304>
- (3) Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg* 2014; 207(6):989-95. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.07.043
- (4) Al-Mayoof A, Al-Ani B. Left-sided Amyand's hernia: Report of two cases with review of literature. *European J Pediatr Surg Rep* 2014; 2(1):63-6. doi: 10.1055/s-0033-1347131
- (5) Agirre Etxabe L, Prieto Calvo M, García Etxebarria A, García González J, Sarriugarte Lasarte A, Colina Alonso A. Hernia de Amyand (tipo 2 de Losanoff) diagnosticada preoperatoriamente y tratada mediante hernioplastia con malla biológica. *Rev Hisp Her* 2014; 2(4):169-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2014.04.003>
- (6) Ivashchuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Tubbs SR, Loukas M. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit* 2014; 20:140-6. <http://dx.doi.org/10.12659/MSM.889873>
- (7) Inan I, Myers P, Hagen M, González M, Morel P. Amyand's hernia: 10 years' experience. *Surgeon* 2009; 7(4):198-202. doi:10.1016/s1479-666x(09)80084-x
- (8) Servide Staffolani MJ, Perfecto Valero A, Cervera Aldama J, Anduaga Peña MF, García González JM, Colina Alonso A, *et al*. Controversias en el tratamiento de la hernia de Amyand y presentación de dos casos. *Rev Colomb Cir [Internet]*. 21 de junio de 2019 [citado 22 de enero de 2020]; 33(1):107-10. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/52> doi: <https://doi.org/10.30944/20117582.52>
- (9) Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia* 2008; 12(3):325-6. doi: 10.1007/s10029-008-0331-y