



**CASO CLÍNICO**

## Hernia de Amyand: Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

*Amyand's hernia: Case report and literature review*

Luis Humberto Ortega-León,<sup>1</sup> David Ramírez-Tapia,<sup>1</sup> Carlos Mauricio Dieguez-Jiménez,<sup>1</sup> Luis Miguel Cruz-Melgar,<sup>1</sup> Marco Antonio García-Puig,<sup>1</sup> Agustín Chávez-Gómez,<sup>1</sup> Eduardo Esteban Montalvo-Javé<sup>2,3</sup>

### Resumen

La hernia inguinal es quizás la patología quirúrgica más frecuente para el cirujano general; sin embargo, algunas veces la presentación clínica de esta enfermedad tiene algunas variables poco comunes, el presente reporte muestra una de ellas; la hernia de Amyand, es una entidad clínica poco frecuente de la hernia inguinal y se asocia con la presencia del apéndice cecal dentro del saco peritoneal, el apéndice puede estar o no inflamado. La bibliografía mundial señala alrededor de 1% de prevalencia de esta condición y alrededor de 0.13% de apendicitis y hernia inguinal. La presente publicación tiene la intención de informar sobre un caso de hernia de Amyand, en virtud de su baja prevalencia así como revisar las estrategias de corrección quirúrgica.

**Palabras clave:** Hernia de Amyand; Apendicitis; Cirugía; Canal inguinal; Saco peritoneal; México.

### Abstract

*The inguinal hernia is perhaps the more frequent surgical pathology for the General Surgeon, nevertheless some times, the clinical presentation of this disease has some common variables little, the present report shows one of them; the hernia of Amyand, an uncommon clinical organization of the inguinal hernia and it is associated with the presence of the cecal appendix within the peritoneal sac, the appendix can be or non-inflamed. World-wide literature reports less than 1% of prevalence of this condition, and around 0.13% of appendicitis and inguinal hernia. The present publication has the intention to report a case of Amyand's hernia, because it's has a low prevalence as well as to review the strategies of surgical correction.*

**Keywords:** Amyand's hernia; Inguinal; Surgery; Appendicitis; Peritoneal sac; Mexico.

<sup>1</sup> Médico Especialista en Cirugía General Unidad 304.

<sup>2</sup> Jefe de la Unidad 304, Médico Especialista en Cirugía General Unidad 304.

<sup>3</sup> Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. UNAM.

Correspondencia: Eduardo E. Montalvo Javé, FACS. Av. Dr. Balmis 148.

Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. C. P. 06726. México, D. F. Teléfono: 2789 2000. Correo electrónico: montalvoeduardo@hotmail.com

## » Introducción

El hallazgo del apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta fue descrito por primera vez por René Jacques Croissant de Garengeot en 1731 y su incidencia se estima en aproximadamente 1% de las hernias inguinales en el adulto.<sup>1,2</sup>

Aún más infrecuente es la apendicitis dentro de un saco herniario inguinal, con un 0.13% de frecuencia; esta condición, apéndice cecal inflamado dentro de un saco herniario inguinal fue descrita por primera vez por Claudio Amyand, cirujano inglés y médico del Rey Jorge II, quién realizó la primera appendicectomía en un niño de 11 años de edad con un apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal incarcerado en 1735 sin el empleo de anestesia; por su descripción de éste caso, es que esta presentación clínica lleva su nombre.<sup>3,4</sup>

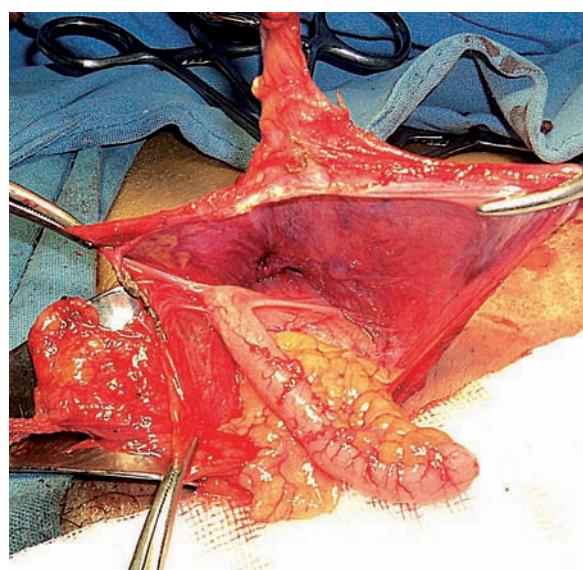
Claudio Amyand efectuó una appendicectomía 145 años antes de la que generalmente se conoce como la primera intervención de éste tipo, la del médico escocés Robert Lawson Tait en 1880 y 151 años antes de que Robert Hall realizara con éxito en 1886 la primera en Estados Unidos en el Hospital Roosevelt de Nueva York, misma que casualmente también formaba parte de una hernia inguinal derecha estrangulada.<sup>5</sup>

## » Presentación del caso

Hombre de 48 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que acudió al Hospital General de México por presentar tumoración a nivel de región inguinal derecha de 18 meses de evolución, acompañada de dolor local de tipo punzante de intensidad moderada. A la exploración física se apreció aumento de volumen en región inguinal derecha en dirección al escroto con un eje mayor de 4 cm por 6 cm, anillo herniario de 2 cm de diámetro, considerada como una variedad tipo II de Nyhus.

Con los exámenes preoperatorios dentro de parámetros normales, fue sometido a cirugía electiva con los siguientes hallazgos transoperatorios: dilatación de orificio inguinal profundo, saco herniario de 10 cm de longitud con contenido de apéndice cecal, adherencias y parte del ciego (**Figura 1**), el apéndice se consideró de características normales por lo que se decide cerrar e invaginar el saco peritoneal, para realizar plastia con colocación de malla plana de polipropileno, técnica de Liechtenstein. La evolución

» **Figura 1.** Saco herniario inguinal contenido el apéndice cecal no complicado.



postoperatoria fue satisfactoria, el paciente se egresó a las 24 horas. No se presentaron complicaciones durante el seguimiento postoperatorio.

## » Discusión

La descripción de De Garengeot en 1731, considera el hallazgo del apéndice cecal en una hernia inguinal indirecta, desde un punto de vista estricto, el hallazgo del apéndice cecal no complicado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal se denominaría como hernia de De Garengeot; sin embargo, la mayoría de los informes en la bibliografía mundial, mencionan a la hernia de De Garengeot como la asociación de apendicitis dentro de un saco herniario femoral,<sup>6-8</sup> y a la hernia de Amyand, se le asocia con el hallazgo del apéndice cecal inflamado o no dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal.

La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal incarcerada es una combinación clínica infrecuente. Weber y colaboradores<sup>9</sup> informan 60 casos de hernias de Amyand (apendicitis más hernia inguinal), en adultos durante 40 años desde 1959 hasta 1999. De los 60 casos solamente uno tuvo un diagnóstico preoperatorio correcto y la totalidad de los casos

pertenecían al sexo masculino; lo que demuestra la dificultad del diagnóstico preoperatorio, la preferencia de ésta condición por el género masculino y la baja prevalencia de ésta entidad clínica.

Considerando el presente caso como una hernia de Amyand, el diagnóstico es fortuito en virtud de tratarse de un paciente sin datos clínicos de apendicitis al momento de la intervención quirúrgica, y realizarse el hallazgo del apéndice cecal dentro del saco herniario durante el transoperatorio de una plastia inguinal electiva.

De acuerdo con la literatura mundial, alrededor de 1% de todas las hernias de Amyand corresponderán con el caso clínico del presente reporte;<sup>10,11</sup> es decir: hallazgos transoperatorios de apéndices contenidos en el saco peritoneal de una hernia inguinal y ausencia de cuadro apendicular agudo.

La mayoría de los informes de la literatura médica coinciden en no recomendar el uso de malla protésica en defectos contaminados de la pared abdominal (en caso de apendicectomía más plastia inguinal) previniendo la posibilidad de complicaciones postoperatorias como la infección de la herida y la contaminación crónica de la malla que obligue a su retiro posterior como las complicaciones más frecuentes.<sup>12,13</sup> Sin embargo, Pans defiende el empleo de malla protésica colocada por vía preperitoneal en hernias inguinales estranguladas, en una serie de 35 pacientes tres de los cuales presentaron hernia de De Garengeot. Pans señala que tomando las medidas para minimizar la infección, aún en presencia de resección intestinal el refuerzo protésico puede realizarse en las hernias estranguladas.<sup>14</sup>

En el caso que se presenta, durante la intervención quirúrgica se realizó liberación del contenido del saco, cierre e invaginación del mismo y reparación del defecto herniario con técnica de Liechtenstein. No se realizó apendicectomía porque se consideró que podría contaminarse el campo quirúrgico y contraindicar la colocación del material protésico,

además del riesgo de elevar la posibilidad de complicaciones postoperatorias al pasar de una cirugía limpia originalmente a otra limpia contaminada.

## » Conclusiones

La prevalencia de la Hernia de Amyand es baja, se considera en alrededor de 1% de acuerdo a los trabajos disponibles en la bibliografía mundial, la presentación de hernia inguinal asociada a cuadro clínico de apendicitis es aún menos frecuente (0.10% a 0.15%), cuando se detecta esta última condición, se obliga a resolver el cuadro agudo de apendicitis como prioridad quirúrgica y en segundo término el defecto de pared. La utilización de material protésico para la reparación de hernia inguinal de manera simultánea a la realización de apendicectomía es controvertido por el riesgo alto de infección de tejidos blandos y otro tipo de complicaciones.

## Referencias

1. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. Ann R Coll Surg Engl 1982;64:121-122.
2. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, et al. De Garengeot hernia: an analysis of our experience. Hernia 2007;11:235.
3. Cresce PG. The first appendectomy. Surg Gynecol Obstet 1953;97:643-652.
4. Amyand C. Of an inguinal rupture with a pin in the appendix coccii, incrusted with stone and some observation on wounds in the gut. Philosophical Transaction of the Royal Society. London 1736;39:329.
5. Bienert M, Basany E, Lara Eximan F. Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía. Cir Esp 2001;69:91-2.
6. Akopian G, Alexander M. De Garengeot hernia: appendicitis within a femoral hernia Am Surg 2005;71:526.
7. Cordera F, Sarr MG. Incarcerated appendix in a femoral hernia sac. Contemp Surg 2003;59:35-37.
8. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. Can J Surg 2004;47:68-69.
9. Weber RV, Hunz ZC, Oral JG. Amyand's hernia: etiologic and therapeutic implications of two complications. Surg Rounds 1999;22:552-6.
10. Nicola S M, Mora M G, Stock L R, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura Rev Chilena Cir 2007;59:142-144.
11. Ryan WJ. Hernia of the veriform appendix. Ann Surg 1937;106:135-139.
12. Thakur A, Buchmiller T, Hiyama D, et al. Scrotal abscess following appendectomy. Pediatr Surg Int 2001;17:569-571.
13. Schwonbeck M, Gökken I. Perforated appendiceal apex in an inguinal hernia as the cause of chronic abdominal wall abscess. Chirurg 1998;69:1386-1387.
14. Pans A, Desaive C, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. Br J Surg 1997;84:310-312.