



P-578 - HERNIA DE AMYAND, UNA RARA ENTIDAD CON DIFERENTE MANEJO TERAPÉUTICO

Fernández Fernández, Pedro Vicente; Sánchez Cifuentes, Ángela; Medina Manuel, Esther; Luján Martínez, Delia María; Fernández López, Antonio José; Martínez Sanz, Nuria; Ruiz Marín, Miguel; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El hallazgo del apéndice cecal en el interior del saco herniario inguinal define a la hernia de Amyand. Su incidencia se estima entre el 0,19% y el 1,7% del total de hernias inguinales intervenidas, siendo más frecuente en hernias indirectas. Es tres veces más frecuente en el niño que en el adulto. Se clasifica en función de su contenido: apéndice no inflamado, inflamado o perforado; tumor apendicular y masa abdominal concomitante. Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de un paciente con hernia de Amyand y las controversias relacionadas con dicha patología.

Caso clínico: Varón de 51 años, diagnosticado de hernia inguinal derecha no complicada de 4 meses de evolución, sin otros antecedentes de interés. Se intervino de manera programada hallando intraoperatoriamente una hernia indirecta cuyo saco contenía al apéndice vermiforme con signos inflamatorios crónicos (fig.). Se realizó una apendicectomía reglada y hernioplastia según la técnica de Rutkow-Robbins, con buena evolución posterior del paciente. El informe anatomopatológico reveló un apéndice con hiperplasia folicular reactiva.



Discusión: Existe cierta controversia en el uso de dicho epónimo, históricamente Claudius Amyand describió en 1735 la presencia de un apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado; pero fue Rene Jacques Croissant de Garengot quien describió, en 1731, la primera intervención de una hernia crural que contenía el apéndice no inflamado. Encontrando indistintamente el epónimo de hernia de Garengot o de

Amyand a toda hernia inguinal o crural que contenga el apéndice sin apendicitis. La forma más frecuente de presentación es como una hernia inguinal irreductible, mayoritariamente derecha, por lo que es clínicamente indistinguible de una hernia inguinal incarcerada o estrangulada. También puede debutar con una clínica similar a la de la apendicitis (dolor abdominal y vómitos, sin signos de obstrucción intestinal). Aunque la mayoría de los diagnósticos se producen como hallazgo incidental intraoperatorio, como ocurrió con nuestro paciente. En cuanto al tratamiento, debe individualizarse en cada caso, y depende fundamentalmente del estado del apéndice cecal. Si este no presenta signos inflamatorios hay cierta controversia. Según los diferentes autores, este puede ser o bien reducido, o bien realizar la apendicectomía. La hernioplastia se realizará en ambos escenarios. En los casos de apendicitis se recomienda apendicectomía y es en el tratamiento de la hernia donde surge el conflicto. Algunos autores no consideran este hecho una contraindicación para el uso de malla, otros recurren al uso de mallas biológicas, mientras que otros indican herniorrafia. En nuestro caso, al no tratarse de apendicitis, con apendicectomía más hernioplastia obtuvimos buen resultado, sin complicaciones infecciosas ni recidiva herniaria durante el seguimiento. La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente, su importancia radica en que al ser un diagnóstico intraoperatorio en la mayoría de los casos, exige de una correcta decisión terapéutica en el mismo tiempo quirúrgico.