



P-658 - APENDICITIS AGUDA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA: HERNIA DE AMYAND. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

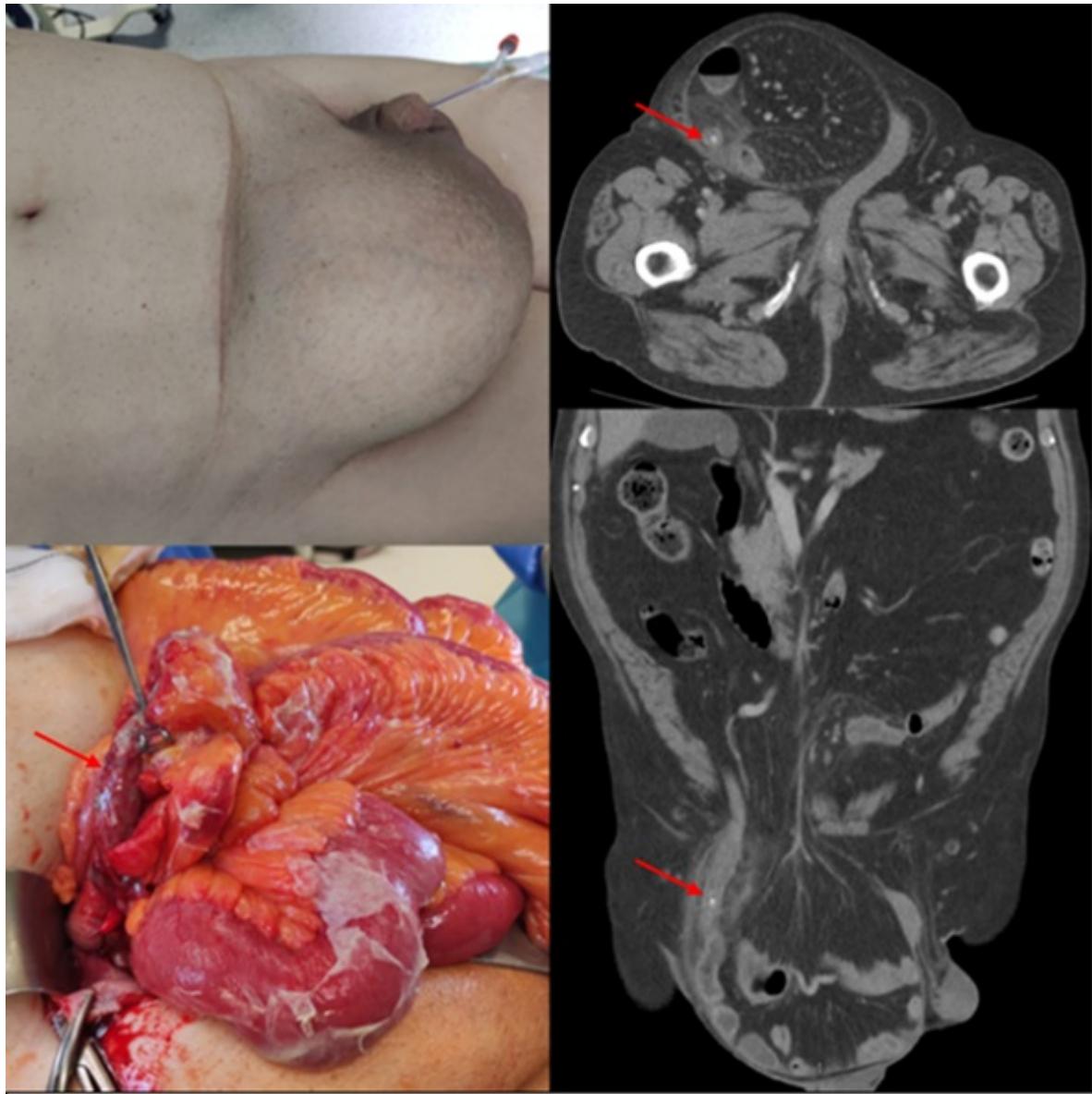
Arellano González, Rodrigo¹; Díez Izquierdo, Julia¹; Melone, Sirio Miguel¹; Gorini, Ludovica¹; Sun, Wenzhong¹; García Friginal, Jaime¹; Fra López, María¹; de la Plaza Llamas, Roberto²

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara; ²Hospital Universitario Central de Asturias, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La presencia del apéndice vermiciforme, inflamado o no, dentro de un saco herniario inguinal se denomina hernia de Amyand. Es más frecuente en niños, constituyendo el 1% de las hernias inguinales complicadas, un tercio de ellas con apendicitis aguda.

Caso clínico: Varón de 83 años con antecedentes de SCACEST y ERC que acudió a Urgencias por dolor en hemiabdomen inferior y en hernia inguinoescrotal derecha. No refería sintomatología previa en relación con la hernia, que era muy voluminosa, de años de evolución y con incarceración crónica. No presentaba signos de incarceración aguda aparentes. La analítica reveló leucocitosis (27.000) con neutrofilia, empeoramiento de su función renal (FG 15, previos 30; Creatinina 3,54, previas 2,10) y PCR 254. Se solicitó una TC que objetivó una apendicitis aguda en el seno de la hernia inguinoescrotal. Se realizó un abordaje quirúrgico inguinal, objetivando una hernia inguinal indirecta con multitud de asas de intestino delgado sin compromiso vascular y el apéndice vermiciforme perforado con apendicitis aguda gangrenosa, con líquido purulento en el saco herniario. Se practicó una apendicectomía, y la hernia se reparó con una malla de polipropileno según la técnica de Lichtenstein. El paciente precisó dos sesiones de hemodiálisis por mayor empeoramiento de su función renal, y presentó ileo paralítico durante dos días que se resolvió con una sonda nasogástrica (Clavien-Dindo: IVa + II; CCI: 47,3).



Imágenes de la cirugía y del TC con CIV. La flecha muestra el apéndice vermiforme con signos de apendicitis aguda.

Discusión: Cankorkmaz *et al.* realizaron en 2010 una revisión de todos los casos de apendicitis y hernia inguinal en un servicio de Cirugía Pediátrica entre 1998 y 2006, encontrando 564 pacientes intervenidos de apendicitis y 1090 de hernia inguinal. Solo 12 presentaron hernia de Amyand, mostrando una prevalencia diez veces inferior a la clásicamente descrita. Michalinos *et al.* describen en 2013 una distribución bimodal entre neonatos y pacientes mayores de 70 años, con una prevalencia en adultos del 0,14-0,60% de hernias inguinales (1,6% de las incarceradas) y del 0,07-1% de apendicitis. La hernia inguinal indirecta es la más frecuente, motivo por el cual también es más frecuente en varones. No hay consenso sobre cuál es la mejor prueba de imagen para diagnosticar esta entidad: se han empleado la ecografía y el TC, incluso se describen casos de diagnóstico con enema opaco. El tratamiento del defecto herniario debe ajustarse a los hallazgos quirúrgicos. En la revisión de 2020 de Papaconstantinou *et al.*, se objetiva una predilección hacia la herniorrafia (63,7%) frente a la hernioplastia (21,2%) en casos con apendicitis, pero la evidencia reciente sugiere que se puede emplear material protésico en estos casos con resultados aceptables en cuanto a infección del sitio quirúrgico y de la malla. Papaconstantinou en su revisión propone el siguiente algoritmo terapéutico: apéndice normal: reducción y hernioplastia. Apéndice inflamado: apendicectomía y hernioplastia. Apéndice perforado + absceso: apendicectomía y hernioplastia con malla biológica vs. herniorrafia. Fascitis del canal inguinal: apendicectomía, desbridamiento y

herniorrafia. En nuestro caso, decidimos realizar una reparación protésica porque la contaminación se limitaba al interior del saco, encontrándose la región inguinal sin ningún dato de inflamación ni infección.