



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-497 - LA HERNIA DE AMYAND QUE NO LO FUE

Romero Marcos, Juan Manuel; Baena Bradaschia, Santiago; Muñoz Pérez, José M^a; Crespi Mir, Antònia; de la Llave Serralvo, Anabel; Carbonell Aliaga, M^a Pau; Sánchez López, Anna; Cifuentes Ródenas, José Andrés

Fundación Hospital Son Llätzer, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Una hernia de Amyand es aquella hernia inguinal que contiene el apéndice cecal. Debido al incremento en la realización de exploraciones radiológicas, cada vez se diagnostica con más frecuencia preoperatoriamente. Sin embargo, la imagen radiológica no siempre se corresponde con una hernia de Amyand. Presentamos el caso de un paciente intervenido por un hallazgo radiológico de una hernia de Amyand con apendicitis aguda que finalmente no lo fue.

Caso clínico: Paciente varón de 42 años que consultó por dolor abdominal, con antecedentes de orquiectomía bilateral y que diez días antes había sido tratado por una uretritis gonocócica. Presentaba dolor en fosa ilíaca derecha y una tumoración inguinal dolorosa e irreducible orientada como una adenopatía. Analíticamente mostraba leucocitosis y elevación de PCR. Se realizó una ecografía en la que se observó una estructura tubular, aperistáltica y no compresible procedente de la cavidad peritoneal que se introducía en el canal inguinal derecho, y seguidamente una TC que informó de que se trataba del apéndice cecal inflamado en una hernia inguinal. Con los diagnósticos de hernia de Amyand y apendicitis aguda se realizó un abordaje laparoscópico por puerto único, hallando un apéndice de aspecto normal. En cambio, cruzando sobre los vasos ilíacos derechos, se observó el conducto deferente con evidentes signos inflamatorios. Dado que el paciente estaba orquiectomizado, se disecó y se traccionó del deferente inflamado hasta extraerlo del canal inguinal y se seccionó a nivel de los vasos ilíacos para remitirlo a estudio. Dado que el orificio inguinal profundo no mostraba defectos, no se realizó reparación herniaria. Al día siguiente el paciente confesó no haber cumplido con el tratamiento para su gonorrea, y fue dado de alta bajo tratamiento antibiótico. El informe anatomopatológico fue de conducto deferente con inflamación aguda (vasitis).

Discusión: En el error diagnóstico de este caso influyeron varios factores. Si el paciente hubiese informado de que no había cumplido con el tratamiento probablemente se habría dado la importancia que tenía a este antecedente y no se habrían realizado las exploraciones radiológicas. El diagnóstico también habría sido más sencillo si el paciente hubiese tenido testículos, ya que la infección habría provocado una orquiepididimitis, que es más fácilmente identificable. Al revisar la literatura, se observa que las hernias de Amyand han pasado en los últimos años de ser un diagnóstico intraoperatorio a ser diagnosticadas mediante exploraciones radiológicas. La posibilidad de confundir la imagen ecográfica de una hernia de Amyand con la de una vasitis ya ha sido publicada previamente, considerándose que la TC es útil para aclarar el diagnóstico. Sin embargo, en este paciente dado que estaba orquiectomizado, el deferente amputado se confundió con el apéndice cecal. Al encontrar una estructura tubular inflamada en el canal inguinal mediante exploraciones radiológicas, debería considerarse en el diagnóstico diferencial la posibilidad de una vasitis. Cuando se tenga una alta sospecha de que se trata de una hernia de Amyand, la exploración laparoscópica puede ayudar a descartar

otros diagnósticos, y por dicha vía se pueden realizar la apendicectomía y la reparación herniaria.