



www.elsevier.es/cirugia

P-515 - REVISIÓN DE UNA ENTIDAD PECULIAR EN CIRUGÍA AMBULATORIA: HERNIAS DE AMYAND

Alberca, Ana¹; García Santos, Esther Pilar¹; Bertelli Puche, José Luis¹; Núñez Guerrero, Paloma¹; Menchén Trujillo, Bruno¹; Estaire, Mercedes¹; Alberca Páramo, Marina²; Martín Fernández, Jesús¹

¹Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real; ²Hospital de Lucena, Lucena.

Resumen

Introducción: Una hernia inguinal indirecta cuyo contenido es el apéndice cecal inflamado o no, recibe el nombre de hernia de Amyand. Si esta misma situación tiene lugar en el orificio crural se llamará hernia de Garengeot. Actualmente ambos términos tienden a confundirse, siendo la diferencia el lugar por dónde protruye la hernia.

Casos clínicos: Durante 2015 encontramos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real 3 casos, con una edad media de 71 años. Todos referían tumoración inguinal, aunque tan solo uno de ellos presentó un episodio de incarceración resuelto de forma conservadora. Se realizó cirugía programada para la reparación de la región inguinal, objetivándose durante la misma el hallazgo casual de apéndice ileocecal sin hallazgos macroscópicos de inflamación. Se realizó por tanto la reducción del apéndice ileocecal y posteriormente la hernioplastia según la técnica de Rutkow-Robbins, sin objetivar complicaciones posquirúrgicas ni recidivas.

Discusión: En 1735 Amyand realizó la primera apendicectomía en un niño con apéndice perforado en el interior del saco herniario inguinal incarcerado. Este tipo de hernia recibe el nombre de hernia de Amyand. Son más frecuentes en varones con una edad media de 42 años y más frecuentes en el lado derecho, las izquierdas se asocian a situs inversus, mal rotación o ciego móvil. La patogénesis es incierta, podría deberse a la existencia de una unión anormal por mala rotación del apéndice con el ciego, una longitud anormal o mayor movilidad cecal que provocarían una localización pélvica apendicular con alto riesgo de introducirse en un saco herniario. El diagnóstico preoperatorio es difícil y se basa en la clínica (dolor abdominal difuso, tumoración en región inguinal) y en la exploración física. Incluso el uso de pruebas complementarias pueden no aportarnos un diagnóstico certero. El tratamiento dependerá del estado inflamatorio del apéndice ileocecal, considerando de esta forma la disección apendicular y la reparación de dicha región con o sin prótesis. Algunos autores preconizan el uso de laparoscopia. Esta patología presenta una frecuencia muy baja. El tratamiento consiste en la reducción del apéndice sin resección junto con reparación de la región inguinal con material protésico. Aunque la laparoscopia podría ser útil.