

388/13 - NO TODAS LAS HERNIAS SON LO QUE PARECEN: HERNIA DE AMYAND

L. Morros Blanco¹, E. Esteban², M. Andrés Matías³, A. Ruiz Aguilera², L. Arbizu Sastre⁴, T. Esteban Hernández⁵.

¹Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.²Médico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro. La Rioja.³Médico Adjunta. Servicio de Cirugía. Hospital San Pedro. La Rioja. ⁴Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años de edad sin antecedentes médicos de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por dolor inguinal derecho de 4 horas de duración. A la exploración física se aprecia una masa no reductible a dicho nivel de características blandas, sin aumento de temperatura ni alteraciones tróficas. Ante la sospecha de una posible hernia inguinal complicada, el paciente es derivado al Servicio de Urgencias del hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: En el servicio de Urgencias se realizó un estudio analítico y una radiografía de abdomen sin apreciarse alteraciones. Para completar el estudio, se realizó una ecografía abdominal que indicó la presencia de un saco herniario en la zona inguinal derecha de 32x12x11 milímetros con presencia en su interior de tejido graso y el apéndice sin signos inflamatorios y menor de 6 milímetros de diámetro. A la presencia dentro de la hernia de dicha estructura se le conoce como hernia de Amyand. Con la confirmación diagnóstica, se realizó la reducción de la hernia previa administración de diazepam 5 miligramos endovenoso y se decidió el alta hospitalaria programando revisión ambulatoria por el Servicio de Cirugía así como intervención programada de la hernia.

Juicio clínico: Hernia de Amyand.

Comentario final: La hernia de Amyand es una patología infrecuente con una incidencia del 1%. En el 0.1% de los casos está complicada con una apendicitis. Es más frecuente en varones con una mayor incidencia en ancianos y niños. La exploración física no difiere de una hernia inguinal complicada aunque, a diferencia de esta, el dolor suele ser intermitente. La clínica depende del estado del apéndice (normal, inflamado, perforado o gangrenoso), apareciendo según esto sintomatología acompañante como fiebre, vómitos u obstrucción intestinal. De no presentar complicaciones, el diagnóstico suele ser intraoperatorio en la intervención programada de una hernia. Las pruebas de laboratorio no suelen presentar alteraciones, y la elevación de marcadores inflamatorios no se correlaciona con el estado del apéndice. Su diagnóstico se realiza con técnicas de imagen como la ecografía y la tomografía axial computerizada. En la ecografía se aprecia una estructura tubular conectada al ciego que se engloba en el saco herniario. Si dicha estructura es superior a 6 milímetros de diámetro indica apendicitis. El tratamiento depende del estado del apéndice, variando desde la reducción de la hernia e intervención programada hasta la apendicectomía y hernioplastia urgente. La apendicectomía profiláctica es discutida y no está recomendado el uso de malla en los casos de apendicitis por riesgo de infección. En conclusión, la hernia de Amyand es una patología infrecuente de diagnóstico casual intraoperatorio de no presentar complicaciones. Ante la presencia de dolor inguinal intermitente y

hernia a dicho nivel (conocida o no) irreductible, esta patología ha de estar presente en el diagnóstico diferencial dada la posible necesidad de una intervención quirúrgica urgente.

Bibliografía

- Meinke AK. Review article: appendicitis in groin hernias. *J Gastrointest Surg* 2007; 11 (10): 1368–72.
- Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg*. 2014; 207(6): 989-95.