

Nota clínica

Recidiva herniaria en forma de hernia de Amyand fistulizada



Perforated Amyand's hernia in a recurrent inguinal hernia



Ángela de la Hoz Rodríguez, José Luis Muñoz de Nova, Rocío Maqueda González, Pilar Cardeñoso Payo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid (España)

Resumen

Introducción: Se denomina hernia de Amyand a aquella hernia inguinal que contiene el apéndice ileocecal en su interior.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 72 años que presenta un plastrón inflamatorio de unos 10 cm de diámetro en región inguinal derecha, con fistulización a piel sobre una placa necrótica en la zona central. En la tomografía computarizada abdominal se observa una hernia de Amyand complicada con perforación del apéndice y formación de un absceso de 4 × 4 × 6 cm a nivel de la región inguinal. En la intervención quirúrgica urgente se realiza apendicectomía con lavado y desbridamiento del tejido celular subcutáneo, reparación del defecto herniario mediante sutura directa, sin empleo de material protésico por la importante contaminación local.

Discusión: El término hernia de Amyand fue descrito por primera vez por Claudius Amyand en 1735 al identificar una apendicitis aguda perforada en el interior de una hernia inguinal. En 2008 Losanoff y Basson proponen un sistema de clasificación de la hernia de Amyand basándose en la constatación durante la cirugía de la existencia o no de apendicitis asociada y de su repercusión intraabdominal. El tratamiento quirúrgico de este tipo de hernias es variable en función del tipo de hernia. El tratamiento quirúrgico puede diferir de unos casos a otros según los hallazgos intraoperatorios. La hernia de Amyand es una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico puede ser dificultoso debido a su baja incidencia, escasa sintomatología y hallazgos ambiguos en pruebas de imagen y en la que la cirugía tiene un papel tanto diagnóstico como terapéutico. El manejo quirúrgico se basa en los hallazgos intraoperatorios que nos permiten diferenciar el tipo de hernia según la clasificación de Losanoff y Basson y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico adecuado.

Recibido: 11-03-2018

Aceptado: 08-05-2018

Palabras clave:

Hernia, Amyand, perforación, recidiva.

Abstract

Introduction: Amyand's hernia is an uncommon entity, which is characterized by the presence of the ileocecal appendix in an inguinal hernial sac.

Case report: We present a case of a 72-year old male with a 10 cm mass in the right inguinal region showing cutaneous fistulization with a central necrotic ulcer. Computerized tomography reveals a complicated Amyand's hernia with a perforated appendicitis and an adjacent 4 × 4 × 6 cm abscess. The patient underwent an open appendectomy with lavage and debridement of the subcutaneous tissue, and direct suture of the fascial components of the hernia defect. No prosthetic material was used due to the significant local contamination.

Discussion: Amyand's hernia was first described by Claudius Amyand in 1735, when he diagnosed an acute appendix in a hernial sac. In 2008 Losanoff and Basson described the first classification of this type of hernia based on the existence or not of an associated inflamed appendix and an abdominal extension of the infection. The surgical treatment depends on the intraoperative findings that classify the type of hernia. Amyand's hernia is an uncommon entity, due to its low incidence and that it often presents with mild symptoms and ambiguous findings on diagnostic imaging tests, representing in most cases a diagnostic challenge. Surgical treatment plays not only a therapeutic role, but also a diagnostic one.

Key words:

Hernia, Amyand, perforation, recurrent hernia.

* Autor para correspondencia: Ángela de la Hoz Rodríguez. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. c/ Diego de León, 62. 28006 Madrid (España). Correo electrónico: angelahoz90@gmail.com

De la Hoz Rodríguez Á, Muñoz de Nova JL, Maqueda González R, Cardeñoso Pay P. Recidiva herniaria en forma de hernia de Amyand fistulizada. Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(3):153-155

Introducción

Se denomina hernia de Amyand a aquella hernia inguinal que contiene el apéndice ileocecal en su interior. En la mayoría de los casos el apéndice no muestra signos inflamatorios, representando el 1 % de todas las hernias inguinales, si bien puede manifestarse en el seno de una apendicitis aguda, siendo esta circunstancia muy infrecuente^{1,2} cuyo diagnóstico puede ser dificultoso debido a su baja incidencia, escasa sintomatología y hallazgos ambiguos en pruebas de imagen y en la que la cirugía tiene un papel tanto diagnóstico como terapéutico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 72 años con antecedentes de mieloma múltiple estadio IIIA de Durie-Salmon y EPOC severo tipo enfisema, intervenido de baipás femorofemoral izquierdo y hernioplastia inguinal bilateral hace 15 años. El paciente presentaba una tumefacción dolorosa en región inguinal derecha de 15 días de evolución, que en las últimas 24 horas asociaba secreción purulenta espontánea, motivo por el que acude a Urgencias. A la exploración física destacaba un plastrón inflamatorio de unos 10 cm de diámetro en región inguinal derecha, con fistulización a piel sobre una placa necrótica en la zona central. El abdomen era blando y depresible, sin datos de peritonismo. Analíticamente presentaba un leve aumento de los leucocitos ($10\,360/\text{mm}^3$) y la procalcitonina (0.28 ng/mL). Se completó el estudio con una tomografía computarizada abdominal en la que se encontró una hernia de Amyand complicada con perforación del apéndice y formación de un absceso de $4 \times 4 \times 6\text{ cm}$ a nivel de la región inguinal (fig. 1). Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante una incisión de Gregoire se exploró la región inguinal identificando la protrusión del apéndice inflamado a través de malla de la hernioplastia previa (fig. 2), con perforación de su punta y absceso periapendicular. A través de este mismo abordaje, se realizó la apendicectomía con lavado y desbridamiento del

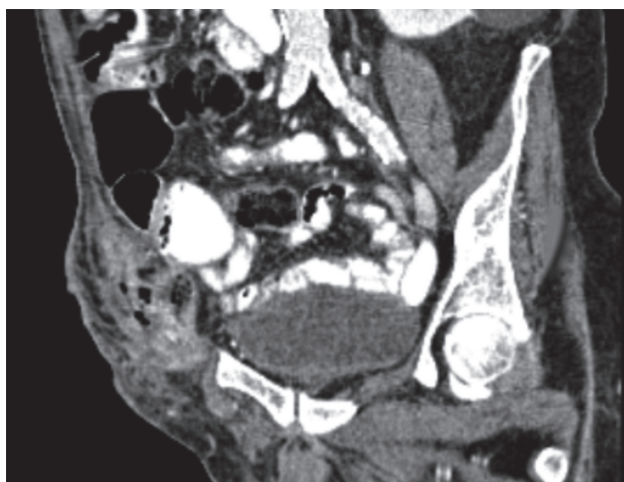


Figura 1. TC abdominal en plano sagital: extravasación de contraste oral y absceso de $4 \times 4 \times 6\text{ cm}$ en región inguinal.

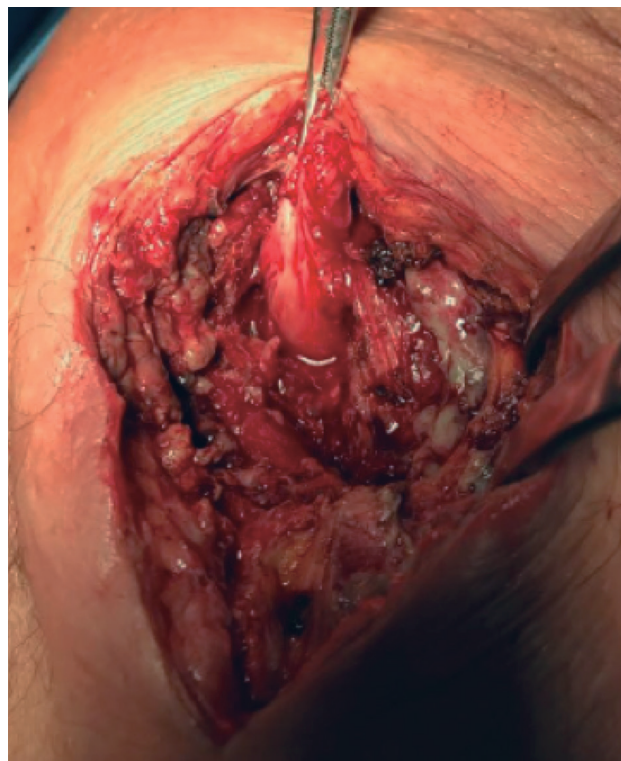


Figura 2. Apéndice cecal perforado a través de malla de hernioplastia previa.

tejido celular subcutáneo. Se reparó el defecto herniario mediante sutura directa, sin empleo de material protésico por la importante contaminación local. La evolución posoperatoria fue favorable.

Discusión

El término hernia de Amyand fue descrito por primera vez por Claudius Amyand en 1735, al identificar una apendicitis aguda perforada en el interior de una hernia inguinal. Este cuadro es más frecuente en varones y en el lado derecho del abdomen dado la localización del apéndice, aunque existen casos publicados de hernias izquierdas asociados a *situs inversus*, malrotaciones intestinales o ciegos muy móviles^{3,4}. En 2008, Losanoff y Basson, proponen un sistema de clasificación de la hernia de Amyand basándose en la constatación durante la cirugía de la existencia o no de apendicitis asociada y de su repercusión intraabdominal. Así, el tipo 1 sería un apéndice normal; el tipo 2 una apendicitis en el interior de la hernia, pero sin extensión intraabdominal; el tipo 3 apendicitis con infección intraabdominal asociada; y el tipo 4 sería una apendicitis asociada a otra patología abdominal.

El tipo 1 suele diagnosticarse como hallazgo incidental en el transcurso de una hernioplastia programada o en una prueba de imagen realizada por otro motivo. El diagnóstico de los tipos 2-4 es difícil y suelen diagnosticarse en el contexto de un episodio agudo. La principal patología con la que hay que realizar un diagnóstico diferencial es con la hernia inguinal incarcerada. La realización de TC abdominal puede ayudarnos en el diagnóstico, como en nuestro caso⁵⁻⁷.

El tratamiento quirúrgico de este tipo de hernias es variable en función del tipo de hernia. En el tipo 1 de Lossanoff se recomienda realizar una hernioplastia reglada, siendo controvertida la necesidad de apendicectomía⁵. En el tipo 2 está indicado la realización de apendicectomía y reparación de la hernia sin colocación de material protésico, aunque está descrita la reparación con malla biológica⁸. En el tipo 3, además, será necesario el control de foco de infección intraabdominal, generalmente mediante laparotomía. Y en el tipo 4, se realizará consenso multidisciplinar para el tratamiento de la patología abdominal asociada⁷.

El tratamiento quirúrgico puede diferir de unos casos a otros según los hallazgos intraoperatorios, en nuestro paciente fue necesario realizar un amplio desbridamiento del tejido subcutáneo. Aunque existen casos de reparación de hernia de Amyand mediante laparoscopia de pacientes diagnosticados intraoperatoriamente, no está estandarizado su papel en el manejo de estos pacientes^{9,10}.

El caso que presentamos se trata de una hernia de Amyand tipo 2 según la clasificación de Losanoff y Basson, con apendicitis perforada y fistula enterocutánea, en la que se realizó apendicectomía mediante abordaje inguinal y reparación herniaria mediante herniorrafia. En nuestro conocimiento, no existe hasta la fecha ningún caso publicado de hernia de Amyand sobre recidiva herniaria. El manejo quirúrgico se basa en los hallazgos intraoperatorios que nos permiten diferenciar el tipo de hernia según la clasificación de Losanoff y Basson y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico adecuado.

Bibliografía

1. Yagnik V. Amyand hernia with appendicitis. *Clin Pract.* 2011; 16;1(2).
2. D'Alia C, Lo Schivavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia.* 2003;7:89-91.
3. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrusted with stone and some observations on wounds in the gut. *Phil Tans R Soc Lond.* 1736;39:229-42.
4. Unver M, Ozturk S, Karaman K, Turgut E. Left sided Amyand's hernia. *World J Gastrointest Surg.* 2013;27(5):285-6.
5. Quartey, B, Ugochukwu O, Kuehn R, Ospina K. Incarcerated recurrent Amyand's hernia. *J Emerg Trauma Shock.* 2012;5(4):344-6.
6. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr.* 2000;24(6):884-6.
7. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia.* 2008;12:325-6.
8. Torino G, Campisi C, Testa A, Baldassarre E, Valenti G. Prosthetic repair of a perforated Amyand's hernia: Hazardous or feasible? *Hernia.* 2007;11:551-2.
9. Ciftci F, Abdulrahman I. Incarcerated amyand hernia. *World J Gastrointest Surg.* 2015;7(3):47-51.
10. Sahu D, Swain S, Wani M, Reddy P. Amyand's hernia: Our experience in the laparoscopic era. *J Minim Access Surg.* 2015;11(2): 151-3.