



Nota clínica

Hernia de Amyand en recidiva tardía de hernioplastía de Lichtenstein: caso clínico



Amyand's hernia in late recurrence of Lichtenstein's hernioplasty: case report

Manuel Grez¹, Rodrigo Prado², Fernanda García³

¹Médico especialista en Cirugía General. Servicio de Cirugía. Hospital de Curicó. Curicó (Chile). ²Médico especialista en Anatomía Patológica. Hospital de Curicó. Curicó (Chile). ³Interna de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Resumen

Introducción: La hernia de Amyand, se describe como un apéndice contenido dentro de un saco herniario de prevalencia cercana al 1 %. La presentación conjunta de una recidiva de hernia inguinal y un apéndice en el saco resulta en extremo infrecuente (0.01 % del total de hernioplastias), sin reporte encontrado en la literatura. Nosotros presentamos un caso.

Caso clínico: Hombre de 59 años, con antecedente de hernia inguinal derecha mixta reparada con hernioplastia de Lichtenstein en el año 2003. Consulta 10 años poshernioplastia (2013) por aumento de volumen y dolor en zona reparada, confirmando diagnóstico de hernia atascada mediante ecografía de partes blandas. Se resuelve quirúrgicamente. En el intraoperatorio se encuentra en interior de saco herniario apéndice cecal. Se hace apendicetomía profiláctica reparando defecto de pared.

Discusión: Las hernias abdominales inguinales corresponden a una de las patologías más frecuentes a las que se enfrenta el médico cirujano. La técnica gold standard para su reparación es la de Lichtenstein, que recidiva en aproximadamente un 1 %. Por otro lado la presencia de una hernia de Amyand es un hallazgo cercano al 1 % del total de hernioplastias. El caso descrito es extremadamente infrecuente con probabilidad de presentarse cercana al 0.01 %, sin otro caso encontrado en la literatura revisada.

Abstract

Background: Amyand's hernia is described as an appendix contained within a herniated sack of prevalence close to 1 %. The joint presentation of an inguinal hernia recurrence and an appendix in the resulting sac is extremely infrequent (0.01 % of total hernioplasties), without a report found in the literature. We present a case.

Case report: A 59-year-old man with a history of mixed right inguinal hernia repaired with Lichtenstein's hernioplasty in the year 2003. He consulted 10 years after hernioplasty (2013) for volume increase and pain in the repaired area, confirming the diagnosis of stuck hernia By ultrasound of soft tissues. It is resolved surgically. In the intraoperative, the presence of the cecal appendix is described inside the sack of the hernia. Finally, a prophylactic appendectomy is performed and a defect in the wall is repaired.

Discussion: Abdominal hernias correspond to one of the most frequent pathologies that the surgeon faces. The standard gold technique for repair is that of Lichtenstein, which falls to approximately 1 %. On the other hand, the presence of an Amyand hernia is a finding close to 1 % of all hernioplasties. The case described is extremely rare 0.01 %, without other reported case in the review literature.

Recibido: 16-09-2017

Aceptado: 23-05-2018

Palabras clave:

Hernia de Amyand, hernioplastia, Lichtenstein.

Key words:

Amyand hernia, hernioplasty, Lichtenstein.

* Autor para correspondencia: Manuel Grez. Servicio de Cirugía. Hospital de Curicó. San Martín, 121. Curicó (Chile)
Correo electrónico: magrezster@gmail.com

Introducción

Las hernias de la pared abdominal son defectos anatómicos estructurales de múltiples etiologías. Estas se pueden presentar de distintas formas, siendo la de mayor prevalencia la hernia de tipo inguinal (cerca al 75 %) y dentro de este grupo la de tipo indirecta en mayor frecuencia. Es por esto que la intervención sobre estos defectos se ha vuelto una práctica quirúrgica habitual, lo que va de la mano con el desarrollo de nuevas técnicas de resolución, destacando la hernioplastia de Lichtenstein como *gold standard* por la baja tasa de complicaciones y de recidivas, cercana al 1-2 %¹⁻³.

Dentro de las posibles presentaciones herniarias destaca la existencia de las hernias de Amyand, que se describen como apéndices contenidas dentro de sacos herniarios de prevalencia cercana al 1 %^{2,4}. Por los antecedentes epidemiológicos antes mencionados, la presentación conjunta de ambos fenómenos, recidiva de hernia operada con técnica de Lichtenstein asociado a hernia de Amyand, resulta en extremo infrecuente (0.01 % del total de hernioplastias), sin otro reporte encontrado en la literatura revisada. A continuación presentamos un reporte de caso clínico del año 2014, que fue intervenido quirúrgicamente en el hospital base de Curicó.

Caso clínico

Paciente masculino de 59 años de edad, con antecedentes de hernia inguinal derecha mixta reparada con técnica de Lichtenstein en el año 2003, en Hospital de Curicó, quien presenta 10 años después de la intervención una recidiva herniaria de 6 × 4 cm confirmada con ecografía de partes blandas. Se corrige el defecto de la pared, encontrándose un saco herniario encarcelado que protruía junto a elementos del cordón espermático a través del orificio herniario. En la parte distal de saco se encuentra el apéndice cecal de 8 cm junto a su meso (figs. 1 y 2), sin características inflamatorias. Se realiza apendicetomía profiláctica con técnica clásica, enviándose pieza a anatomía patológica, cuya microscopía mostró apéndice

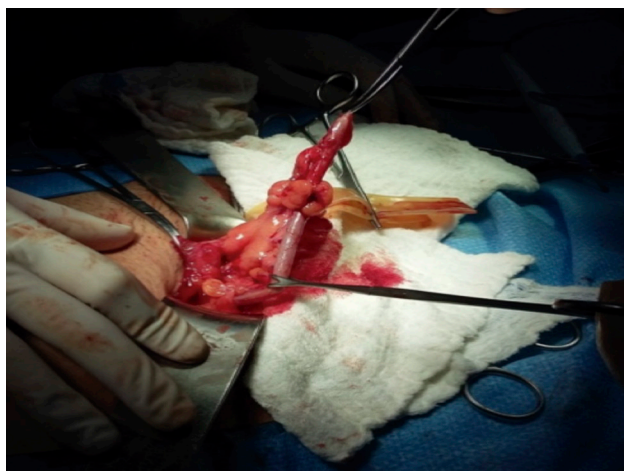


Figura 1. Apéndice cecal con su meso que protruye a través de saco herniario.



Figura 2. Macroscopía de pieza quirúrgica de apéndice cecal con su meso.

cecal normal (fig. 3), y reparación de hernia con malla de poli-propileno fijada en bordes aponeuróticos y de malla antigua, con neo anillo calibrado que permite la salida del cordón espermático. Luego se cierran planos hasta llegar a superficie, donde se evidencia cicatriz de cirugía anterior y sobre ella el afrontamiento de la nueva herida (fig. 4). La evolución posoperatoria fue satisfactoria, siendo el paciente dado de alta a las 24 horas. No se presentaron complicaciones durante el seguimiento posoperatorio.

Discusión

La hernia se define como una protrusión, protuberancia o proyección de un órgano o parte de un órgano a través de la pared del cuerpo que normalmente lo contiene, como la pared abdominal¹. Normalmente se clasifican por etiología y ubicación. La naturaleza de la reparación depende del tamaño de la hernia y la localización. Es así como dentro de la clasificación de defectos herniarios se

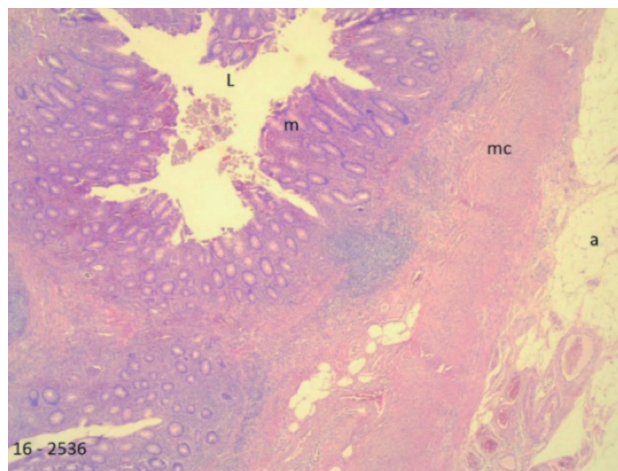


Figura 3. Microscopía de apéndice cecal libre de lesión (corte histológico 5 × 10). Lumen (l), mucosa (m), capa muscular (mc), tejido adiposo periapendicular (a).



Figura 4. Nuevo afrontamiento de piel con corchetes. En parte medial inferior se ve cicatriz queloidea de cirugía anterior.

encuentran las hernias de tipo inguinal, que corresponden aproximadamente al 75 % del total de hernias de pared abdominal, siendo la de tipo indirecta la de mayor prevalencia.

Este tipo de lesión es reparable únicamente mediante intervención quirúrgica, siendo la hernioplastia mediante técnica de Lichtenstein el *gold standard* para su resolución, sobre la técnica laparoscópica que presenta mayor tasa de recurrencias²⁻⁴. El abordaje anterior abierto, debido a las bajas tasas de recidivas a largo plazo reportadas, con cifras cercanas al 1 % para esta técnica, se muestra como la mejor opción. Mientras que otros abordajes quirúrgicos, como por ejemplo la vía laparoscópica, presenta unas recurrencias cercanas al 3.5 % con 5 años de seguimiento^{3,4}.

En función del órgano contenido en el saco herniario se han denominado con epónimos algunas presentaciones atípicas. En el caso de encontrar el apéndice cecal dentro de la hernia inguinal, se denominará: hernia de Amyand. La hernia de Amyand es una extraña manifestación de la hernia inguinal que contiene desde el apéndice normal hasta la inflamación aguda apendicular. En la literatura, se reporta que el 1 % del total de hernioplastias de adultos se atribuye a esta presentación y que la incidencia global de apéndices con cuadro agudo asciende a 0.1 %^{5,6}.

En la literatura, no se han encontrado reportes de casos similares al expuesto, que incluyan recidiva de hernia inguinal reparada con técnica de Lichtenstein asociado a hernia de Amyand. Es en este contexto en el que resulta fundamental dar a conocer la historia clínica, ya que no está definida la conducta en el caso del apéndice no inflamado. Sin embargo, en la cirugía llevada a cabo se consideraron los criterios de Losanoff y Basson para la clasificación y el manejo de la hernia de Amyand, que en el

caso expuesto correspondía a la clasificación tipo 1. Así pues, considerando los principios fundamentales de la hernioplastia sin tensión de Lichtenstein que contribuyen a evitar las recurrencias y las indicaciones de la apendicectomía profiláctica, fue tomada la decisión de la cirugía realizada en el caso presentado⁷. Además de conocer los criterios de Losanoff y Basson y la teoría de la reparación abdominal, se debe enfatizar, lo relevante del juicio clínico del cirujano, quien debe considerar entre otras variantes el tamaño de la hernia, puesto que el material protésico tiene como contraindicación relativa la apendicectomía, asimismo, las hernias más grandes están propensas a reaparecer si son reparadas con tejido endógeno. También se debe considerar el compromiso inflamatorio apendicular, ya que si se está frente a una apendicitis se debe plantear un acceso más expedito a la cavidad abdominal.

En cuanto a las técnicas de reparación de una recidiva se describe para el caso de hernioplastia primaria con técnica de Lichtenstein a la resutura y al tapón de Gilbert, la cual consiste en colocar la malla plana plegada como sombrilla. Se ha propuesto una variante para instalar la prótesis, conocida como el tapón de Rutkow, la que implica que la malla plana sea enrollada como un cono, tras la disección y reducción del saco herniario^{6,7}.

Finalmente, enfatizar lo importante del juicio clínico del cirujano al momento de resolver la conducta quirúrgica a adoptar. Ya que, como plantea Campanelli *et al.*, para las recidivas tipo R1 de hernia inguinal indirecta inicial (menor de 2 cm) recomienda la técnica de Lichtenstein o Gilbert⁷. Mientras que, para la recidiva tipo R2 se indica la técnica Wantz- Trabucco y para la R3, que incluye todas las recidivas descritas junto a las crurales, se propone la técnica de Stoppa, o en su defecto, la laparoscopia.

Bibliografía

1. Schwartz J. Principios de Cirugía: Hernias Inguinales. Cap. 36. 8.^a ed. Editorial Mc Graw Hill; 2006. pp.1305-41.
2. Duménil O, de Armas Pérez B. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein: la mejor opción. 2008. Rev Cub de Cir. 2008;46:41-7.
3. Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O. Open Mesh versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia. N Engl J Med. 2004;350:1819-27.
4. Eklund AS, Montgomery AK, Rasmussen IC. Low recurrence rate after laparoscopic (TEP) and open (Lichtenstein) inguinal hernia repair: a randomized, multicenter trial with 5-year follow-up. Ann Surg. 2009;249(1):33-8.
5. Morales-Cárdenas A, Ploneda-Valencia C. Amyand hernia: Case report and review of the literature. Ann Med Surg (Lond). 2015;4(2):113-5.
6. Amid P. How to avoid recurrence in Lichtenstein tension-free hernioplasty. Am J Surg. 2002;184(3):259-60.
7. Campanelli G, Pettinari D, Cavalli M. Inguinal hernia recurrence: Classification and approach. J Minimal Access Surg. 2002;2(3):147-50.