Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

Dr. Isauro Vinces, Cirujano pediatra. Dr. Randy Mena, Residente de Cirugía. Servicio de cirugía Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Portoviejo. Ecuador.

Resumen.

La hernia de Amyand es una entidad poco frecuente, La incidencia de una apendicitis en el saco de una hernia inguinal es del 0.07-0.13% (1). Normalmente se trata de una hernia inguinal que contiene el apéndice cecal con inflamación, y es un hallazgo casual durante la intervención quirúrgica.

Sumary.

The hernia of life is a rare entity, The incidence of appendicitis in the sac of an inguinal hernia is 0.07-0.13% (1). It is usually an inguinal hernia that contains the cecal appendix with inflammation, and is a casual finding during the surgical procedure.

Historia

En 1731 fue Rene Jacques Croissant de Garangeot, cirujano francés del siglo XVIII, el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta. La incidencia de ésta se estima en el 1 % de las

hernias inguinales en los adultos (7,8). El descubrimiento de una apendicitis perforada es aún más inusual. Fue descrita en el año 1736 por Claudius Amyand, un cirujano francés que ejercía en la ciudad de Londres, y que realizó la primera apendicetomía de manera exitosa en el año 1775 a un niño de 11 años, quien presentaba un apéndice perforado dentro del saco de una hernia Inguinal (2,3,4).

Epidemiología

La incidencia de hernia de Amyand es de 0,08 a 0,13 % cuando se acompaña de apendicitis aguda y, de 0,5 a 1 %, cuando el apéndice cecal es normal; su mortalidad alcanza el 5,5 % cuando el apéndice se ha perforado. Predomina en hombres y en el lado derecho, aunque hay reportes de infantes y neonatos. Su localización en el lado izquierdo se ha asociado con situs inversus, mala rotación intestinal y ciego móvil. Hasta 1937, había un total de 228 casos reportados en la literatura, lo cual demuestra la raridad de este hallazgo patológico (4, 5,6).

Descripción del Caso

Paciente Lactante mayor masculino de 1 año y 5 meses, acude al servicio de pediatría y cirugía por presentar cuadro clínico caracterizado por gran protrusión inguinal derecha de 4 meses de evolución, pero que ésta vez se acompañaba de dolor tipo cólico intenso, llanto e irritabilidad además constipación de 24 horas de evolución. Paciente afebril con un examen de sangre que reportaba. Leucocitos normales con neutrofilia y linfopenia (Leu 13, Neu 79%, Linf 16.8%).

Se diagnosticó como Hernia inguinal unilateral derecha no reductible con signos de obstrucción (CIE10 K403). Se realizó el parte operatorio y se pidió valoración anestésica.

Se inició la intervención quirúrgica bajo anestesia general, se realiza inguinotomía derecha se localiza saco herniario, hidrocele, ciego y apéndice cecal inflamada.

Se realiza hidrocelectomía, se intenta reducir el contenido herniario, se amplía canal inguinal interno, se administra de 600mg de Ampicilina más Sulbactam intravenoso, se realiza apendicectomía grado 1 y herniorrafia inguinal derecha, control de hemostasia y cierre por planos.

A las 24 horas lactante mayor, activo, afebril, abdomen blando depresible poco doloroso a la palpación, tolera vía oral, herida limpia, ruidos hidroaereos, presenta flatos, heces y diuresis conservados. Se mantiene con antibióticos por vía pareteral. En espera de resultados del histopatológico de apéndice cecal.

DISCUSIÓN

Es importante resaltar que las clasificaciones y abordajes quirúrgicos son resultado de la recolección de los pocos casos encontrados y experiencias de diferentes cirujanos y no el de estudios de gran evidencia científica, ya que la incidencia de la hernia de Amyand no es solamente rara sino que su abordaje generalmente es intraoperatorio y la técnica quirúrgica final depende de la preferencia de cada cirujano. Sin embargo Losanoff y Basson propusieron una clasificación para el manejo de la hernia de Amyand, basada en hallazgos intraoperatorios, la cual la

dividen en cuatro grupos (tabla 2). En la de tipo I, el apéndice es normal, por lo que la conducta es apendicectomía y hernioplastia con malla. En la hernia de tipo II, el apéndice se encuentra inflamado, por lo cual se indica apendicetomía y hernioplastia con malla, teniendo en cuenta el mayor riesgo de infección. La hernia de tipo III consiste en apendicitis complicada, con indicación de apendicetomía a través de laparotomía; la decisión de practicar hernioplastia depende del grado de contaminación de la cavidad abdominal. La hernia de tipo IV se define como la apendicitis acompañada por otra enfermedad, por lo que, sugiere un abordaje a través de incisión por laparotomía, apendicetomía, hernioplastia, e investigación y manejo de enfermedades asociadas (7,8).

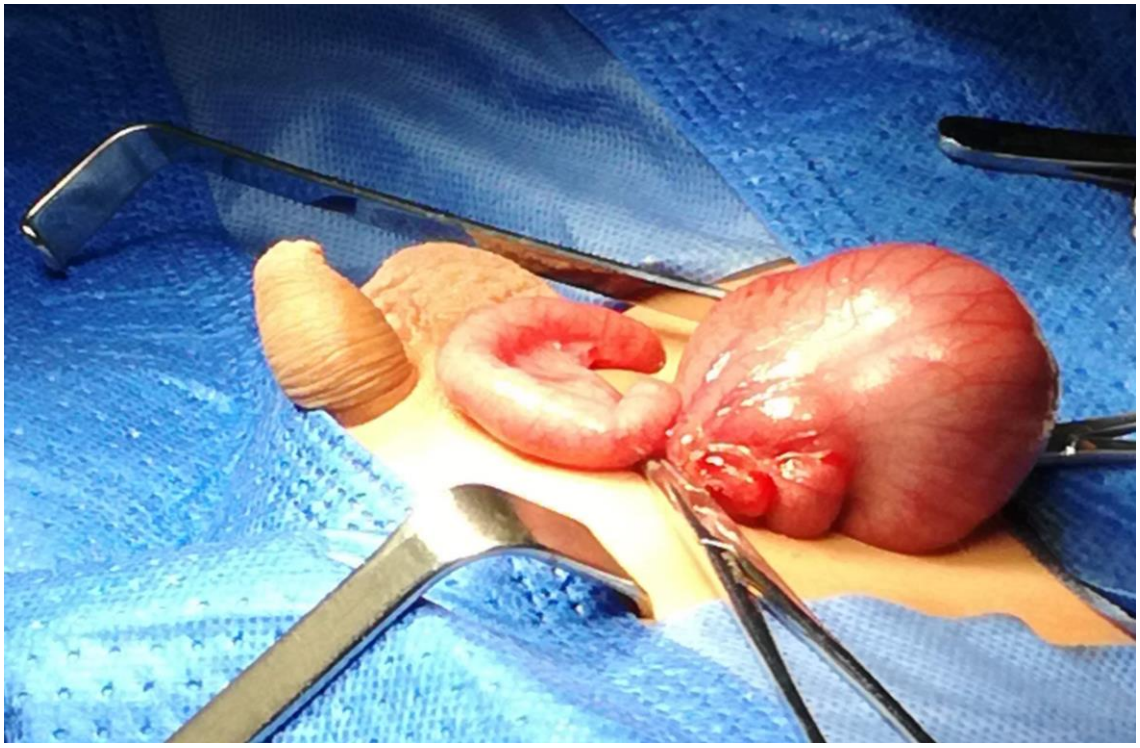
CONFLICTO DE INTERESES.

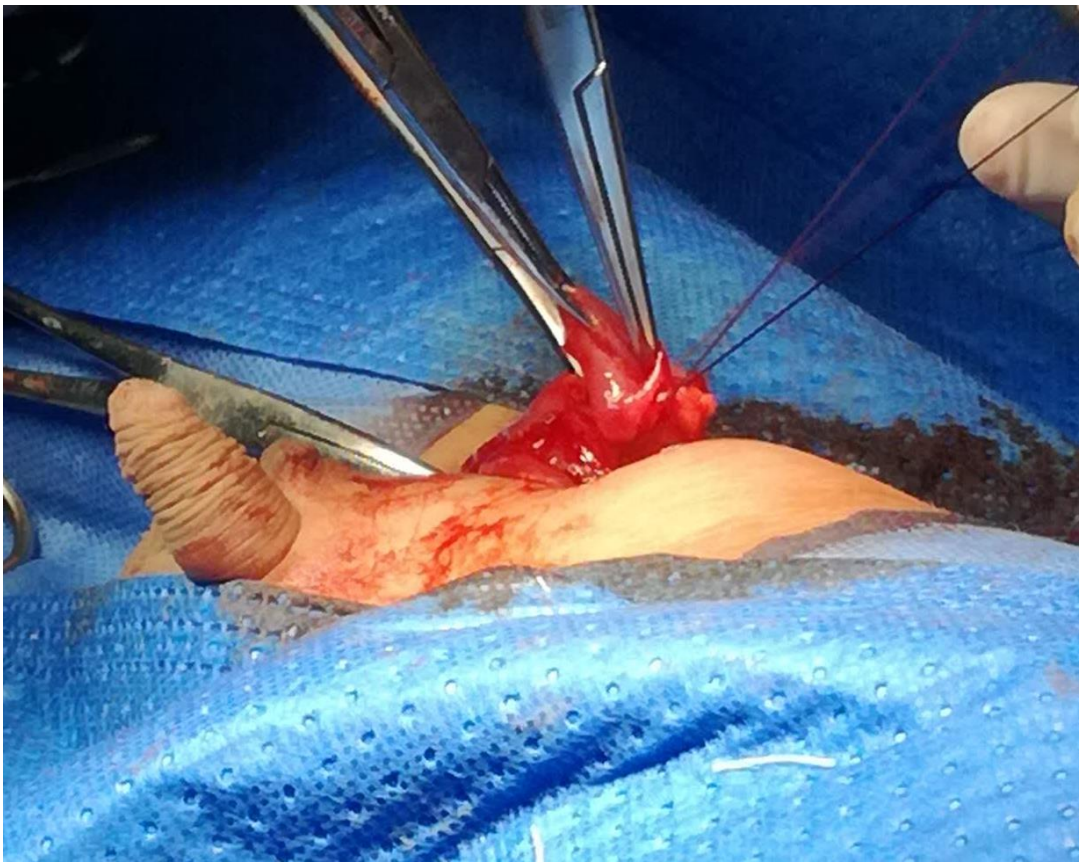
Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses con la publicación de este caso clínico.

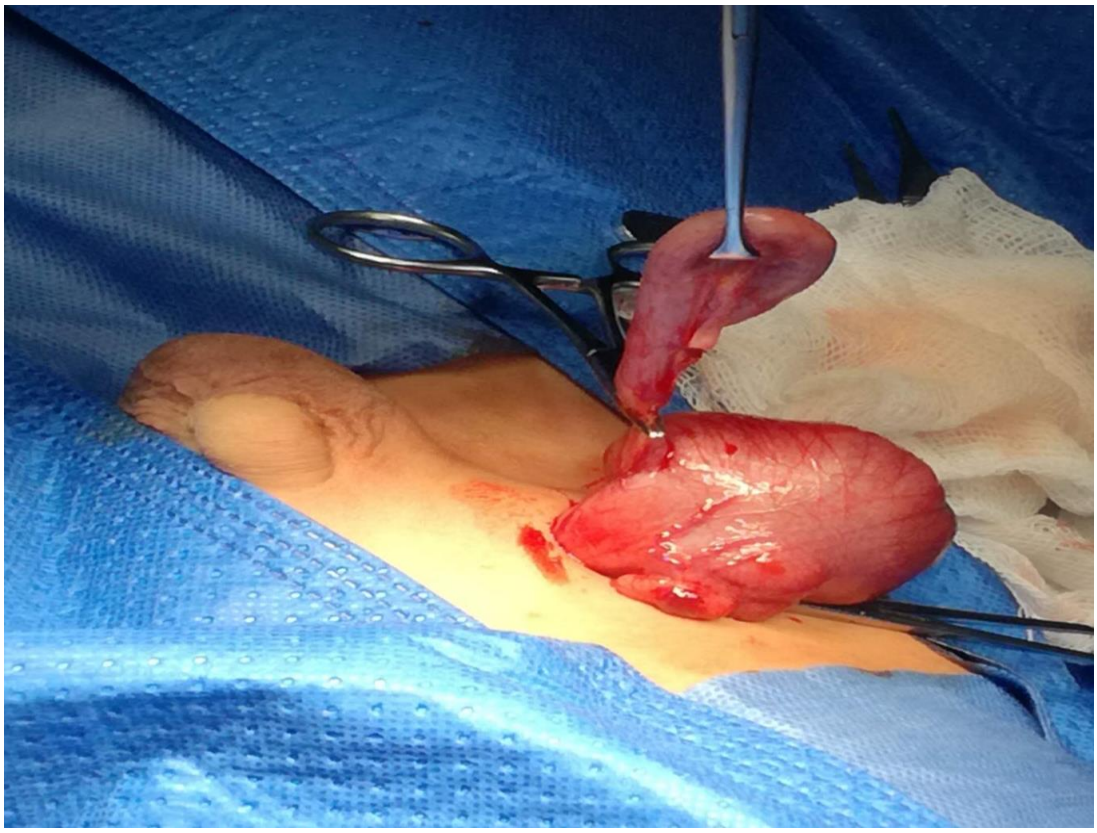
CONSENTIMIENTO.

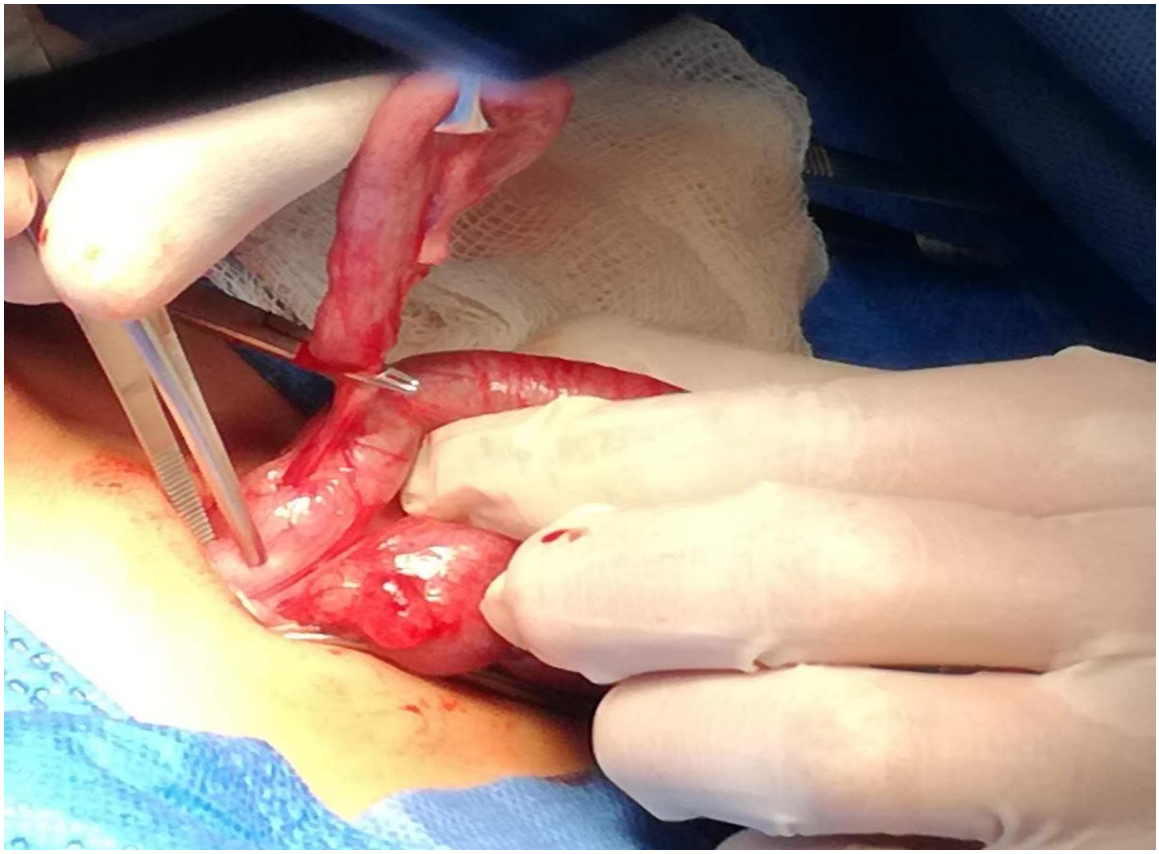
Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del representante del paciente para la publicación del presente caso clínico y las imágenes reproducidas en el mismo. Una copia del consentimiento por escrito está disponible para su revisión por el Editor en Jefe de esta revista a pedido.

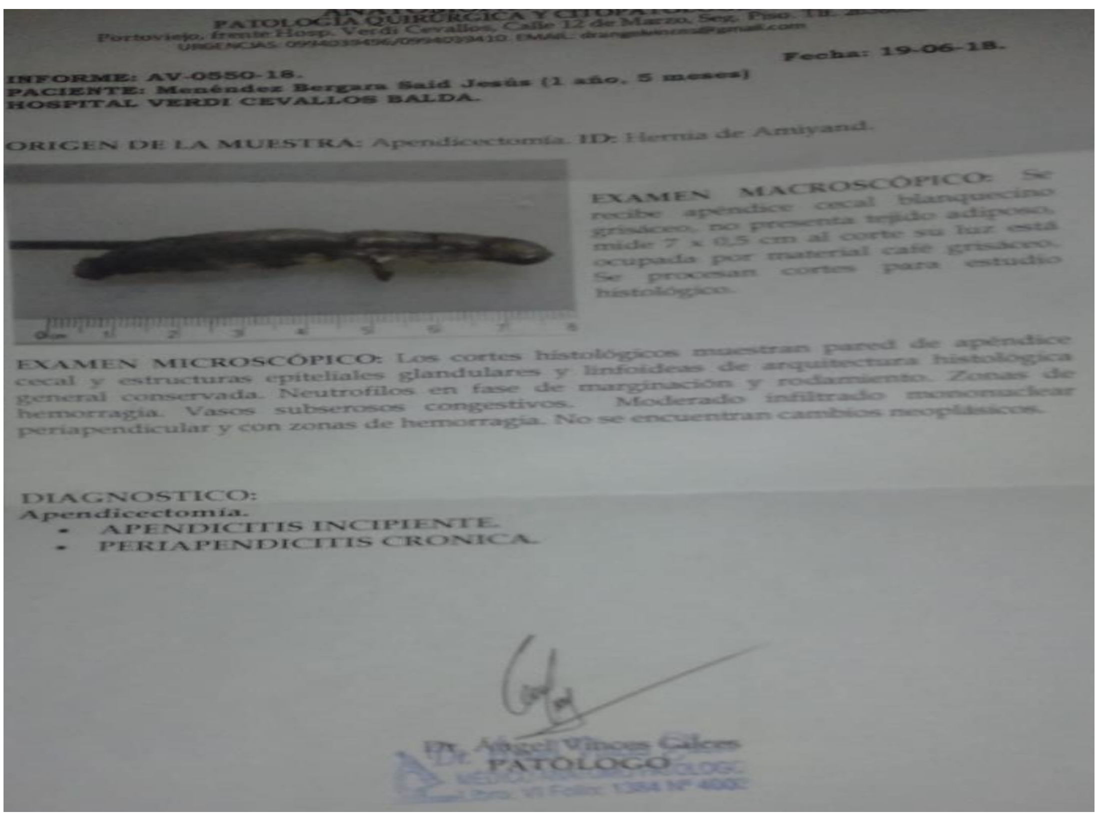
ANEXOS











PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y CITOPATOLOGÍA
Portoviejo, frente Hosp. Verdi Cevallos, Calle 12 de Marzo.

Fecha: 19-06-18.

INFORME: AV-0550-18.
PACIENTE: Menéndez Bergara Said Jesús (1 año, 5 meses)
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA.

ORIGEN DE LA MUESTRA: Apendicectomía. ID: Hernia de Amiyand.

EXAMEN MACROSCÓPICO: Se recibe apéndice cecal blanquecino grisáceo, no presenta tejido adiposo, mide 7 x 0,5 cm al corte su luz está ocupada por material café grisáceo. Se procesan cortes para estudio histológico.

EXAMEN MICROSCÓPICO: Los cortes histológicos muestran pared de apéndice cecal y estructuras epiteliales glandulares y linfoideas de arquitectura histológica general conservada. Neutrofilos en fase de marginación y rodamiento. Zonas de hemorragia. Vasos subserosos congestivos. Moderado infiltrado mononuclear periapendicular y con zonas de hemorragia. No se encuentran cambios neoplásicos.

DIAGNOSTICO:
Apendicectomía.
- APENDICITIS INCIPIENTE.
- PERIAPENDICITIS CRONICA.

PATOLOGO

Tabla 1.

Table 1

Losanoff and Basson classification of Amyand Hernia.

Classification	Description	Management
Type 1	Normal appendix in an inguinal hernia	Hernia reduction, mesh placement
Type 2	Acute appendicitis in an inguinal hernia with no abdominal sepsis	Appendectomy, primary no prosthetics hernia repair
Type 3	Acute appendicitis in an inguinal hernia with abdominal and abdominal wall sepsis	Laparotomy, appendectomy, and primary no prosthetic hernia repair
Type 4	Acute appendicitis in an inguinal hernia with abdominal concomitant pathology	Same as type 3 plus management of concomitant disease

Imagen tomada de: Amyand hernia: Case report and review of the literatura. Ann Med Surg (Lond). 2015 Jun; 4(2): 113–115. Published online 2015 Apr 14. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4412911

Tabla 2.

Tratamiento propuesto por Losanoff y Basson, con la modificación de Rikki, et al.

Clasificación	Descripción	Manejo quirúrgico
Tipo 1	Apéndice normal dentro de la hernia inguinal	Herniorrafia inguinal más malla. Apendicectomía en jóvenes
Tipo 2	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal, sin sepsis abdominal.	Herniorrafia inguinal sin malla
Apendicectomía		
Tipo 3	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal con sepsis abdominal	Apendicectomía por laparotomía más herniorrafia inguinal sin malla.
Tipo 4	Apendicitis aguda dentro de la hernia inguinal, relacionada o no con patología abdominal.	Manejo anterior e investigar y tratar la patología secundaria.
Tipo 5a	Apéndice normal dentro de una hernia incisional	Apendicectomía mas eventrorrafia mas malla
Tipo 5b	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, sin sepsis abdominal.	Apendicectomía mas eventrorrafia sin malla
Tipo 5c	Apendicitis aguda dentro de la hernia incisional, con sepsis abdominal o patología secundaria.	Manejo como la tipo 4

Imagen tomada de: Rikki S, Gupta S. “Amyand”s Herni”- Pathophysiology, Role of investigations and Treatmnt. Maedica (Buchar). 2011 Oct; 6(4): 321 -327

Referencias

1.- Medisur vol.13 no.5 Cienfuegos sep.-oct. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000500015

2.- Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. Ann Coll Surg Engl. 1982;64(2):121-2.

3.- Rev Colomb Cir. 2016;31:283-8 disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a8.pdf. Pág 285.

4.- Torres Hernández D, Rosello JR, Del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Enrique Weiman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig. 2003;22:1-5.

5.- Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. Singapore Med J. 2005;46:424 .[PubMed] Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587901.

6.- Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: A classification to improve management. Hernia. 2008;12:325–6. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v42n1/v42n1a07.pdf

7.- Rikki S, Gupta S. “Amyand’s Hernia” – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. Maedica (Buchar). 2011 Oct; 6(4): 321–327. Rev Colomb Cir. 2016;31:283-8 “Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de

un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá". Disponible en http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a8.pdf

8.- Psarras K, Lalountas M, Baltatzis M, Pavlidis E, Tsitlakidis A, Symeonidis N, et al. Amyand´s hernia -a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: A case series. J Med Case Rep. 2011;5:463.