

Notas Clínicas

Presentación atípica de apendicitis aguda sobre hernia de Amyand: diagnóstico mediante radiología. Protocolo de implantación.

Atypical presentation of acute appendicitis in an Amyand hernia: imaging diagnosis.

Pérez Naranjo P, Miras Ventura JA, Martín Rodríguez JL

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

RESUMEN

Una hernia de pared abdominal es una protrusión intermitente o permanente del contenido intraabdominal a través de un defecto que se origina cuando existe una debilidad en la misma, siendo las hernias inguinales las más frecuentes.

Dentro de las hernias inguinales, la hernia de Amyand constituye un tipo infrecuente de hernia que contiene el apéndice vermiforme, siendo extremadamente raro encontrarlos con el apéndice inflamado en el interior del saco herniario, suponiendo menos del 1% del total.

Los hallazgos clínicos son inespecíficos por lo que en su diagnóstico juegan un papel fundamental las pruebas de imagen. En muchos casos es excepcional llegar al diagnóstico definitivo antes de la cirugía, con pocos casos descritos en la literatura, siendo lo más

habitual alcanzar el diagnóstico final durante la misma intervención quirúrgica.

Presentamos el caso de un paciente con una hernia de Amyand diagnosticada preoperatoriamente por tomografía computarizada, la cual se encontraba complicada con una apendicitis evolucionada.

Palabras clave: apendicitis aguda, Hernia Amyand, Tomografía computarizada.

ABSTRACT

Abdominal hernias are intermittent or permanent protrusions of the abdominal contents through an area of weakness in the wall, with inguinal hernias being the most common of them.

Among inguinal hernias, Amyand hernia is a very rare type of inguinal hernia in which the vermiform appendix is contained within: in less than 1% of the cases we can find an inflamed appendix inside the hernial sac, being an extremely rare finding.

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
paula.perez.naranjo@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Pérez Naranjo P, Miras Ventura JA, Martín Rodríguez JL. Presentación atípica de apendicitis aguda sobre hernia de Amyand: diagnóstico mediante radiología. Cir Andal. 2020;31(4):528-30.

Clinical findings are nonspecific, so imaging tests are essential for the diagnosis. In many instances a diagnosis prior to surgery is exceptional, with few described cases in the literature, as a trans-operative definitive diagnosis is much more common.

We present an uncommon case of a patient with an Amyand hernia complicated with an acute appendicitis, diagnosed prior to surgery with computed tomography.

Keywords: acute appendicitis, Amyand hernia, Computed tomography.

INTRODUCCIÓN

La presencia del apéndice cecal en el interior de una hernia inguinal se denomina hernia de Amyand. Dicha entidad presenta una incidencia en torno al 1% del total, siendo aún más infrecuente el desarrollo de una apendicitis en el interior del saco herniario con una incidencia del 0,08 al 0,13%. Su diagnóstico preoperatorio es excepcional, siendo en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo intraoperatorio.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 69 años que consultó al Servicio de Urgencias por cuadro clínico de dos días de evolución de dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa ilíaca derecha acompañado de fiebre de hasta 39°.

Entre sus antecedentes personales destaca una intervención por una hernia umbilical y una posterior eventración supraumbilical.

En el examen físico se evidenció un abdomen distendido, muy doloroso a la palpación, de predominio en fosa ilíaca derecha e ingle, donde se palpaba hernia inguinal con dudosos signos de complicación.

Análiticamente destacó una leucocitosis de 13.190 (77% neutrofilia) y una PCR de 344.

La radiografía de tórax y abdomen fueron normales.

Ante la clínica aguda y ante la sospecha de perforación intestinal se llevó a cabo de urgencias una tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso donde se evidenció a nivel de fosa ilíaca derecha un área mal definida adyacente al ciego con rarefacción de la grasa pericecal e íleon distal, sin conseguir identificar claramente el apéndice cecal. A dicho nivel se observó dos pequeñas colecciones organizadas de contenido líquido y realce periférico tras la administración de contraste. Todos estos hallazgos sugieren como primera posibilidad diagnóstica cuadro de apendicitis evolucionado con presencia de plastrón apendicular, la cual se había desarrollado sobre una hernia inguinal derecha, conocida como hernia de Amyand (**Figura 1**).

Se intervino de forma urgente confirmándose estos hallazgos con la presencia de una hernia inguinal derecha encarcerada que contiene apendicitis gangrenosa, conocida como hernia de Amyand. Se llevó

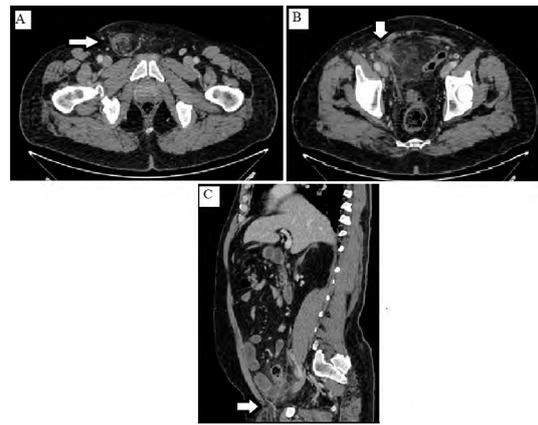


Figura 1

1. TC abdominopélvica con contraste iv realizándose reconstrucciones axiales (1A y 1B) y sagital (1C). Apendicitis evolucionada con presencia de plastrón apendicular que se ha desarrollado sobre una hernia inguinal (hernia de Amyand).

a cabo una apendicectomía laparoscópica y hernioplastia inguinal derecha.

El postoperatorio del paciente transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta a los cuatro días tras la cirugía.

El informe anatomopatológico confirmó la presencia del apéndice vermiforme en estado gangrenoso, parcialmente desestructurado, sin signos de malignidad.

DISCUSIÓN

La hernia de Amyand fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735 definiéndose como la presencia del apéndice cecal en el interior de una hernia inguinal, independientemente del estado en el que se encuentra el apéndice⁴.

La probabilidad de que una persona padezca una apendicitis aguda a lo largo de su vida es del 8%², siendo extremadamente infrecuente el desarrollo de una apendicitis en el interior de un saco herniario a nivel inguinal, y esta ocurre aproximadamente en torno a un 0,08-0,13%².

La hernia de Amyand constituye la suma de dos patologías muy frecuentes en el ámbito quirúrgico, por un lado las hernias inguinales y otro las apendicitis agudas, de forma simultánea, algo poco frecuente y encontrándose pocos los casos descritos en la literatura³.

Las características que nos permiten sospechar este tipo de hernia son el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, asociado a masa palpable e irreductible en la región inguinal homolateral presentando grados variables de dolor¹.

Aún así, con esta presentación clínica supone un desafío diagnóstico siendo fácilmente confundido con una hernia inguinal complicada¹.

Para su diagnóstico, además de una correcta anamnesis y exploración física es necesario un hemograma completo jugando

un papel fundamental en estos casos las pruebas de imagen diagnósticas, como la ecografía o la tomografía computarizada, que confirme la presencia del apéndice cecal en el saco herniario³.

La tomografía axial computarizada ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad demostrando su utilidad al identificar el apéndice vermiforme dentro del saco herniario. Sin embargo, no suele ser un examen de rutina, debido a que estos pacientes con sospecha de hernia inguinal complicada van directamente a cirugía, siendo en la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo intraoperatorio⁴.

El tratamiento de la hernia de Amyand debe individualizarse en función del estado del apéndice cecal. En el caso de apendicitis aguda desarrollada sobre una hernia inguinal, como en nuestro caso, se recomienda realizar apendicectomía y reparación primaria del defecto herniario en el mismo acto quirúrgico^{3,4}.

2.- Confección de ileostomía virtual: en todo paciente que presente alguno de los criterios arriba mencionados, siendo menor de 80 años, o bien algún otro factor de riesgo incluido en los apartados definidos (insuficiencia renal, enfermedad metastásica, obesidad, diabetes, duración de cirugía mayor de 4 horas, cirugía previa...).

3.- Quedaría por tanto a criterio del equipo quirúrgico la aplicación de la ileostomía virtual en cualquier paciente que no cumpla los requisitos del punto 1 ni 2 en contraposición de no recurrir a ningún método de protección frente a la dehiscencia de anastomosis.

El aspecto que resta por definir es establecer cuál es el método más fiable, y por tanto el indicado, para el diagnóstico de fuga precoz de anastomosis, ya que en los distintos estudios publicados

estos métodos varían, de manera que se han obtenido resultados similares en la conversión de ileostomías virtuales tanto para casos diagnosticados mediante correlación clínico-analítica (incluyendo calidad y débito en el tubo de drenaje) como para aquellos en los que se ha recurrido a pruebas complementarias, incluyendo radiología o incluso una endoscopia postoperatoria precoz (Flor Lorente *et al*, 2019).

De este modo, este sería un posible ámbito sobre el que continuar trabajando en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peraza Casajús JM., Bodega Quiroga I., Sáinz González F., Baquedano Rodríguez J., Hernández G. y Olmeda Rodríguez J. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio. *Sanid. mil.* 2011; 67 (2): 98-99.
2. García-Canoa E, Martínez-Gasperina J, Rosales-Pelaez C, Hernández-Zamorac V, Montiel-Jarquín JA, Franco-Cravioto F. Hernia de Amyand y apendicitis complicada; presentación de un caso y elección de tratamiento quirúrgico. *Cirugía y cirujanos.* 2016; 84 (1): 54-57.
3. Gómez-Sánchez J, García-Rubio J, Garde-Lecumberri C, Mirón-Pozo B. Amyand's Hernia. Case report and literature review. *Actual. Med.* 2018; 103 (804): 95-97
4. Moya-Sánchez E, Fernández-Navarro L, García-Espinosa J. Hernia de Amyand: diagnóstico mediante radiología. *Rev. cir andaluza.* 2017; 28 (4): 285-286.