Reporte de caso

Una sorpresa en el canal inguinal: Hernia de Amyand encarcelada durante herniorrafía inguinal. A propósito de un caso.

A Surprise in the Inguinal Canal: Incarcerated Amyand's Hernia Discovered During Inguinal Herniorrhaphy. A Case Report.

Daniel Alexander Ocampo[1,a,b], Juan José Bolaños-López[1,a,b], Sara Molina[2,a,b], José Ignacio Guerra[3,a,b]

1. Médico.
2. Médica.
3. Médico, Especialista en Cirugía General.

a. Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
b. Fundación San José Buga (Colombia).

CORRESPONDENCIA
Daniel Alexander Ocampo
ORCID ID https://orcid.org/0009-0006-1817-6233
Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia)
E-mail: *docampocardenas@gmail.com*

CONFLICTO DE INTERESES
Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 27 de enero de 2025.
ACEPTADO: 02 de marzo de 2025.

RESUMEN
La hernia de Amyand, una presentación rara de hernias inguinales, se caracteriza por la inclusión del apéndice vermiforme en el saco herniario. Esta condición, que representa aproximadamente el 1% de todas las hernias inguinales, suele diagnosticarse de manera intraoperatoria debido a su presentación inusual y a la dificultad para identificar preoperatoriamente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años con una hernia inguinal encarcelada que contenía colon, ciego, apéndice e íleon distal. Durante la cirugía, se realizó una apendicectomía y reparación con malla de la hernia. El postoperatorio fue satisfactorio, sin complicaciones. Este caso refuerza la seguridad del uso de malla en la reparación de hernias inguinales combinada con apendicectomía, incluso en ausencia de inflamación del apéndice, destacando la necesidad de un manejo individualizado.

Palabras clave: Hernia de Amyand, hernia encarcelada, apendicitis aguda.

ABSTRACT
Amyand's hernia, a rare presentation of inguinal hernias, is characterized by the inclusion of the vermiform appendix within the hernia sac. This condition, accounting for approximately 1% of all inguinal hernias, is typically diagnosed intraoperatively due to its unusual presentation and the difficulty of identifying it preoperatively. We present the case of a 56-year-old male patient with an incarcerated inguinal hernia containing colon, cecum, appendix, and distal ileum. During surgery, an appendectomy was performed along with mesh repair of the hernia. The postoperative course was satisfactory, with no complications. This case supports the safety of using mesh for inguinal hernia repair combined with appendectomy, even in the absence of appendiceal inflammation, and highlights the importance of individualized management.

Key words: Amyand's hernia, incarcerated hernia, acute appendicitis.

Ocampo DA, Bolaños-López JJ, Molina S, Guerra JI. Una sorpresa en el canal inguinal: Hernia de Amyand encarcelada durante herniorrafía inguinal. A propósito de un caso. Salutem Scientia Spiritus 2025; 11(2):86-89.

La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar:
Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

Las hernias inguinales son una de las patologías más frecuentes en cirugía general, con variaciones en su contenido herniario, que generalmente incluye intestino delgado, grueso o epiplón.[1] No obstante, una presentación menos común, y a menudo diagnosticada de forma intraoperatoria, es la hernia de Amyand, la cual se define como aquella hernia en la que el apéndice vermiforme está presente en el saco herniario.[2,3] Esta presentación es rara e inusual, se dice que aproximadamente la incidencia de esta enfermedad va cerca del 1% de todas las hernias inguinales reportadas con una incidencia aún menor del 0,07% al 0,13% de apendicitis en sus diferentes fases dentro saco herniario.[1,4]

El diagnóstico representa un desafío clínico, incluso con ayuda de imágenes diagnósticas, ya que el apéndice puede encontrarse con diferentes grados de congestión debido al encarcelamiento.[5-6] La confirmación de la hernia de Amyand suele darse en el acto quirúrgico debido a su rareza y dificultad diagnóstica. La evidencia científica es aún limitada para recomendar apendicectomía profiláctica en todos los casos, especialmente en hernias encarceladas, y se sugiere ajustar el manejo según los hallazgos intraoperatorios.[2-7] Presentamos el caso de una hernia de Amyand tratada mediante cirugía abierta en un hospital de segundo nivel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No se requirió la aprobación por parte de un comité de ética para la elaboración de este reporte, ya que se trata de un estudio basado en la descripción de un caso clínico real, cuyo objetivo es contribuir al conocimiento médico y educativo. Toda la información presentada se ha recopilado y analizado de manera retrospectiva, garantizando la confidencialidad y anonimato del paciente en conformidad con los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Además, este reporte no involucra intervenciones experimentales ni procedimientos que requieran una aprobación ética específica, siendo su finalidad exclusiva la difusión de experiencias clínicas que puedan beneficiar la práctica médica y el manejo de casos similares en el futuro.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 56 años que consulta por una masa de larga evolución localizada en el área inguinoescrotal derecha, quien acude al servicio de urgencias por dolor exacerbación del dolor y aumento de volumen escrotal ipsilateral en la última semana. Al examen físico, se identifica una masa inguinal derecha no reductible, dolorosa a la palpación, sin signos que sugieran obstrucción o sufrimiento intestinal. Se diagnostica una hernia inguinoescrotal encarcelada, indicándose cirugía de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico abierto con abordaje anterior, se observa una hernia inguinal indirecta con un saco de gran tamaño que contiene colon, ciego, apéndice e íleon distal; además se identifican adherencias del colon al saco herniario, inflamación en los tejidos pericecales, y el apéndice adherido al ciego con base edematosa (Figura 1). Se realiza la liberación de las adherencias, ligadura del mesoapéndice y resección del apéndice; debido a la marcada distensión del colon, es necesaria la apertura del anillo inguinal profundo para la adecuada reducción del contenido herniario. Finalmente, el defecto herniario es reparado con malla mediante la técnica de Lichtenstein.

El postoperatorio transcurre sin complicaciones; el paciente permanece en observación por 72 horas con manejo antibiótico, evolucionando favorablemente y siendo dado de alta con seguimiento postquirúrgico a las tres semanas, sin signos de recidiva ni complicaciones. El reporte histopatológico revela pared apendicular sin infiltrado inflamatorio.

Figura 1. A. Se evidencia masa en región inguinoescrotal derecha no reductible. B. Saco herniario que contiene colon, ciego, apéndice e íleon, se evidencian adherencias alrededor del anillo inguinal profundo con herniación del apéndice, cambios inflamatorios en base apendicular y tejidos pericecales.

DISCUSIÓN

Históricamente en el año 1731, el cirujano francés René Jacques Croissant de Garengeot realizó la primera descripción de una intervención quirúrgica en una hernia crural que contenía un apéndice no inflamado, marcando un hito en la literatura médica.[8] Años después, en 1735, Claudius Amyand, también cirujano, reportó un caso de hernia inguinal encarcelada que contenía un apéndice perforado en un niño de 11 años debido a una ingesta accidental de un alfiler, siendo este el primer caso documentado de una apendicectomía en el contexto de una hernia inguinal.[9-10] Desde ese entonces se han documentado reportes aislados, siendo más prevalente en niños adolescentes que en adultos, Papaconstantinou *et al* reportaron una edad promedio de 58,5 años en los pacientes, con una proporción de hombres a mujeres de 5.4:1.[11-12]

Esta patología se presenta comúnmente como una hernia inguinal irreductible, a menudo dolorosa y mayormente localizada en el lado derecho, siendo clínicamente indistinguible de una hernia inguinal encarcelada.[13] Los síntomas clínicos asociados varían según la fase de la apendicitis e incluyen fiebre, vómitos, dolor en la región periumbilical que posteriormente se irradia hacia la fosa ilíaca derecha o la región inguinal, distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. En la mayoría de los casos, estos síntomas tienden a ser localizados, debido a que el orificio inguinal limita la extensión de la inflamación, lo que complica aún más el diagnóstico preoperatorio de esta condición.[13-14] La imagenología es fundamental para descartar complicaciones intraabdominales.

La ecografía rutinaria resulta poco confiable para el diagnóstico de la hernia de Amyand; en cambio, la tomografía computarizada, aunque no se realiza de forma habitual, ofrece mayor sensibilidad y especificidad.[15]

No existe un protocolo estándar para el manejo de este trastorno, sin embargo, Losanoff y Basson publicaron una guía para el manejo de la hernia de Amyand como se muestra en la Tabla 1.[3-16]

En general, el cirujano debería realizar una apendicectomía junto con la reparación para prevenir futuras herniaciones o apendicitis sin embargo algunas opiniones difieren al respecto, por ejemplo Desai *et al*, sostienen que, se desaconseja el uso de malla cuando el apéndice presenta inflamación o perforación, recomendándole en su lugar una reparación primaria de tejidos,[6-17] no obstante Kose *et al* reportan la ausencia de complicaciones asociadas al uso de malla en el tratamiento quirúrgico de la hernia de Amyand. Así, la reparación de la hernia inguinal con malla se considera una técnica segura cuando se combina con la apendicectomía, sin que el estado inflamatorio del apéndice representa una contraindicación.[6-18]

En el caso previamente descrito, se decidió realizar una apendicectomía debido a la sospecha de un proceso apendicular en curso, junto con la reparación de la hernia inguinal mediante técnica de Lichtenstein y el uso de malla, además de antibióticos postoperatorios durante 72 horas. El análisis histopatológico del apéndice no mostró evidencia de inflamación. El paciente presentó una recuperación adecuada, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Figura 2. Tipos de Hernia de Amyand.

Tipo	Características	Manejo Quirúrgico
I	Apéndice normal en una hernia inguinal	Reducción del contenido o apendicectomía según la edad, seguido de herniorrafia con malla.
II	Apendicitis aguda confinada al saco herniario sin sepsis	Apendicectomía a través de la misma incisión y reparación de la hernia sin malla.
III	Apendicitis aguda en el saco herniario con sepsis peritoneal	Apendicectomía mediante laparotomía, con reparación primaria de la hernia sin malla.
IV	Apendicitis asociada a otra patología abdominal	Apendicectomía y tratamiento de la patología asociada.

CONCLUSIÓN

La hernia de Amyand, una condición rara que suele presentarse como una masa dolorosa e irreductible en la región inguinal, plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. Dado que el apéndice cecal en el saco herniario se descubre comúnmente de manera incidental, es crucial fundamentar las decisiones de manejo en una evaluación integral basada en hallazgos clínicos, imágenes, y la clasificación de Losanoff. Este caso apoya la seguridad de la reparación de hernia inguinal con malla en combinación con apendicectomía, aun en ausencia de inflamación apendicular, reforzando la necesidad de un enfoque personalizado para cada paciente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un examen físico minucioso como primer paso fundamental en la evaluación preoperatoria de hernias inguinales irreductibles, complementándolo con estudios de imagen como tomografía computarizada en caso de ser necesario, con el fin de identificar contenidos atípicos, como el apéndice. Durante la cirugía, es fundamental adoptar un manejo intraoperatorio individualizado, considerando la realización de apendicectomía y el uso de malla en función del estado del apéndice y la presencia de inflamación o infección. La reparación con malla es segura

en ausencia de complicaciones sépticas, y debe complementarse con profilaxis antibiótica adecuada para prevenir infecciones postoperatorias. Finalmente, se recomienda un seguimiento clínico estrecho para detectar posibles complicaciones y fomentar la documentación de nuevos casos para contribuir al conocimiento y manejo de esta entidad poco frecuente.

REFERENCIAS

1. Radboy M, Kalantari ME, Einafshar N, Zandbaf T, Bagherzadeh AA, Shari'at-Moghani M. Amyand hernia as a rare cause of abdominal pain: A case report and literature review. Clin Case Rep [Internet]. 2023; 11(10):e7929. DOI: 10.1002/ccr3.7929
2. Ortiz-Martínez Jorge Luis, Galeano-Jara Mirtha Concepción. Hernia de Amyand en paciente con diagnóstico de hernia inguino escrotal. Cir. parag. 2024; 48(1):26-27. DOI: 10.18004/sopaci.2024.abril.26
3. Fouda JC, Owon'Abessolo PF, Nyanit BD, Mekeme Mekeme JB, Savom P, Ranibel A, *et al*. A case of Amyand hernia at the Central Hospital of Yaounde and review of the literature. Surg Case Rep. 2023; 9(1):80. DOI: 10.1186/s40792-023-01632-9
4. Khalid H, Khan NA, Aziz MA. Amyand's hernia a case report. Int J Surg Case Rep. 2021; 86(106332):106332. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106332
5. Sancho Muriel J, Torregrosa Gallud A, García Pastor P, López Rubio M, Argüelles BG, Bueno Lledó. JA. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. Rev Hispanoam Hernia. 2016; 4(3):107-11. DOI: 10.1016/j.rehah.2015.05.001
6. González Alcolea N, Martínez Arrieta F, Lucena de la Poza JL, Jiménez Cubedo E, Sánchez Turrión V. Cir Esp. 2017; 95(3):177-8. DOI: 10.1016/j.ciresp.2016.08.005
7. Losanoff, J.E., Basson, M.D. Amyand hernia: a classification to improve management. Hernia. 2008; 12:325-326. DOI: 10.1007/s10029-008-0331-y
8. Okita A, Yoshida O, Murakami M. Incarcerated Amyand's hernia. Acta Med Okayama. 2020; 74(2):171-4. DOI: 10.18926/AMO/58277
9. Sardiñas Ponce Raysy, Guerra Leal Obel Alcides. Las hernias de Amyand y Garengeot como expresión del apéndice cecal en la región inguinofemoral. Rev Cubana Cir. 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000400008&lng=es
10. Hernia de Amyand encarcelada en paciente anciano: reporte de caso y revisión de literatura. Biociencias. 2022; 17(2).
11. Papaconstantinou, D., Garoufalia, Z., Kykalos, S. *et al*. Implications of the presence of the vermiform appendix inside an inguinal hernia (Amyand's hernia): a systematic review of the literature. Hernia. 2020; 24:951-959. DOI: 10.1007/s10029-020-02215-5
12. Rodriguez Alvarez MI, Amaya Muñoz MC, Amaya Muñoz MJ, Rubio Duarte AF, Lizcano Manrique AP. Hernia de Amyand con apéndice perforado y necrosis intestinal: reporte de caso. Méd. UIS. 2024; 37(2):101-7.
13. Ali MA, Hagbevor I, Kyei MY, Nanga S. Amyand's hernia-outcome of nylon darn repairs after complicated appendix surgeries in a district hospital: case series. Ann Med Surg (Lond). 2021; 71(102964):102964.DOI: 10.1016/j.amsu.2021.102964
14. Almetaher, H. A., Mansour, M. A., Arafa, M. A. Management of Amyand's hernia in children: should appendectomy be mandatory or not?. Annals of Pediatric Surgery, 2020; 16(1). DOI: 10.1186/s43159-020-00021-3
15. Ghattas S, El Bitar J, Hadeer RA, Salloum M, Akel C, Bitar H. Two cases of intraoperative diagnosed Amyand hernia: Case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2024; 118(109560):109560. DOI: 10.1016/j.ijscr.2024.109560
16. Fezoulidi G, Argyrouli V, Adamopoulos E, Makridis KG, Zourntou S-E, Fezoulidis IV. Amyand's hernia: presumptive diagnosis by CT a nd literature review. Radiol Case Rep. 2021; 16(4):911-5. DOI: 10.1016/j.radcr.2021.01.057
17. Paudyal NP, Hassan S, Emaan A, Devkota Y. Amyand's hernia, unveiling a unique presentation in hernia surgery: A case report. J Chitwan Med Coll. 2023; 13(3):98-100. DOI: 10.54530/jcmc.1357
18. Shaban Y, Elkbuli A, McKenney M, Boneva D. Amyand's hernia: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2018; 47:92-6.