

Reporte de Caso

Apéndice cecal en el saco herniario: Hernia de Garengot vs Hernia de Amyand. Presentación de casos clínicos

Vermiform appendix into the inguinal hernia sac: De Garengot's Hernia vs Amyand's hernia. Case report

Arce Aranda C^{1*}, Rojas R¹, López L¹, Correa M², Sánchez R¹, Soskin Reidman A³.

¹Servicio de Cirugía General. I Cátedra de Clínica Quirúrgica. FCM – UNA, ²Servicio de Anestesiología. Hospital de Clínicas, ³Servicio de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas – UNA, Hospitales Regionales. MSP y BS – (Paraguay).

RESUMEN

La hernia constituye una consulta frecuente en cirugía. La presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario inguinal se denomina hernia de Garengot. Al contrario, la hernia de Amyand, contiene al apéndice inflamado, simulando una hernia estrangulada. Exponemos dos casos de hernias inguinales que presentaron el apéndice dentro del saco herniario, haciendo una revisión bibliográfica y sugiriendo pautas de tratamiento.

Palabras clave: Apéndice cecal; Hernia de Garengot; Hernia de Amyand.

ABSTRACT

Hernias are frequent consultation reasons in surgery. The presence of the vermiform appendix into the inguinal hernia sac is called De Garengot's Hernia. On the other hand, Amyand's hernia contains the inflamed vermiform appendix simulating a strangulated hernia. We present two cases of inguinal hernia which had the vermiform appendix into the hernia sac, making a bibliographic review and suggesting treatment guidelines.

Key words: Vermiform appendix; De Garengot's hernia; Amyand's hernia.

INTRODUCCIÓN

Con mucho, la hernia inguinal es una de las más frecuentes patologías tratadas por los cirujanos generales. Aproximadamente el 75 % aparece en la región inguinal, las hernias incisionales ocupan el 10 % de todas las hernias, las crurales el 3 % y para las hernias raras (lumbares, Spiegel, etc.) se reporta del 5 al 10 %. Las hernias femorales son más frecuentes en las mujeres, mientras que la incidencia de hernia inguinal en el hombre es muy superior a la de la mujer, el 25 % de los hombres y sólo el 2 % de las mujeres desarrollarán en algún momento de su vida una hernia inguinal (1).

* Autor correspondiente: **Dr. Carlos Arce Aranda**

Rosario 686, Luque – Paraguay

E-mail: c_arce_aranda@hotmail.com

Una hernia es la protrusión o salida, ocasional o permanente, de una víscera o tejido, a través de un orificio o defecto de la pared abdominal, anatómicamente constituido. Sigue siendo común en la región inguinal, donde el saco herniario puede incluir el epiplón o el intestino delgado; sin embargo, en él se puede encontrar contenido inusual, por ejemplo la vejiga, un divertículo de Meckel (hernia de Littré) o una porción de la circunferencia del intestino (hernia de Richter). Aunque los anteriores son bien conocidos en libros de textos convencionales y en la enseñanza, el término de hernia de Amyand se refiere a un apéndice inflamado, perforado o simplemente no inflamado, dentro de una hernia inguinal irreductible (2,3,4). Cuando ocurre, casi siempre se diagnostica como hernia inguinal complicada (5).

Aunque existen pocas referencias bibliográficas, en una se menciona la hernia de De Garegeot, que es una hernia femoral que contiene el apéndice (6).

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos intervenidos quirúrgicamente en los hospitales regionales de Luque y Paraguari (Paraguay) y hacer una revisión bibliográfica del tema.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1:

Paciente sexo masculino, de 51 años de edad, que consulta por tumoración inguinal derecha de aprox. 2 años de evolución, no dolorosa, parcialmente reductible, acompañado de dolores ocasionales sin obstrucción intestinal. Estudios preoperatorios dentro de rango por lo que se prepara para cirugía programada.

Bajo anestesia raquídea se procede a la exploración de la región inguinal derecha, constatándose a la apertura del saco herniario el apéndice cecal adherido a las paredes del mismo, así como parte del ciego que es relativamente móvil. (**Figura 1**) Se liberan las adherencias, se realiza una apendicectomía convencional con jareta y epiploplastia (**Figura 2**), y reparación del defecto herniario según la técnica de Lichtenstein (tapón y malla de polipropileno).

Buena evolución post-operatoria. Alta a las 24 hs.

Caso 2:

Paciente sexo masculino, de 64 años de edad, que consulta por tumoración en región inguinoescrotal derecha de 3 años de evolución, dolorosa, irreductible, sin signos inflamatorios.

Laboratorio preoperatorio normal, se decide exploración inguinal de urgencia, constatándose ciego y apéndice adheridos al saco herniario. Se liberan las adherencias, omentectomía parcial y apendicectomía clásica, con reparación de la pared según técnica de Lichtenstein.

Buena evolución postoperatoria con alta a las 48hs.

En ambos casos, el estudio de la pieza operatoria enviada al laboratorio de anatomía patológica demostró apéndice cecal normal.



Figura 1



Figura 2

Vista intraoperatoria del apéndice cecal antes de la resección

DISCUSIÓN

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. En 1973 *Ryan* (9) informó que encontró el apéndice dentro de sacos herniarios indirectos en 11 de 8 962 casos de apendicitis (0,3 %).

Claudius Amyand realizó en 1735 la primera apendicectomía en un niño de 11 años con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcerado (10,11). A él se debe la descripción de la enfermedad. Como detalle histórico curioso, cabe añadir que la primera apendicectomía exitosa realizada en los Estados Unidos fue realizada por *Hall* en 1886 precisamente en una hernia de Amyand.

El saco herniario puede contener grasa preperitoneal, epiplón, asas delgadas o colon. En un pequeño número de casos fue reportado la presencia del apéndice dentro del saco en aprox. 1% También ha sido reportado el apéndice en hernias inguinales izquierdas (11), o carcinoide de apéndice (12) o el estomago (13).

Entre los factores predisponentes a esta condición incluyen un cierto grado de mal rotación intestinal así como la presencia de un ciego anormalmente largo y móvil con extensión a la pelvis (3,5,7).

El diagnóstico preoperatorio de contenido apendicular es muy difícil, y solo fue hecho en un solo caso, identificado por TAC (14).

Si no se realiza tratamiento, la inflamación puede dirigirse hacia las complicaciones como abscesos, fascitis necrotizantes, necrosis del contenido herniario, desarrollo de obstrucción intestinal o incluso muerte (14,15).

Los factores que contribuyen a la creciente incidencia de infección son: retraso en el diagnóstico, afectación de múltiples planos tisulares en la reparación, pobre estado nutricional y vejez. Es probable que estos factores también jueguen un papel en las complicaciones graves, como la fascitis necrotizante, y en la muerte (10-17).

Deben tomarse las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal inguinal. El tratamiento consiste en apendicectomía y herniorrafia de urgencia por una vía que permita solucionar el problema. El uso de malla protésica, en presencia de infección esta aun discutida (16).

Para concluir, la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario es rara, y cuando ocurre una inflamación del mismo, casi nunca se diagnostica en el periodo preoperatorio.

Debe sospecharse una hernia de Amyand cuando se detecta hernia inguinal derecha irreducible, con signos de peritonitis local, dolor en la fosa iliaca derecha y ausencia de oclusión intestinal.

Debido a la rareza de los casos, las opciones de tratamiento son diversas. Cada caso debería ser juzgado separadamente, pero el principio de eliminar la fuente de infección debe ser empleado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Deysine M. Hernia clinic in a teaching institution: creation and development. *Hernia* 2001;(5):56-9
2. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J* 2005;46:424-5
3. López-Rodríguez P, Hernández-Torres L, López-Delgado FR. Hernia de Amyand: presentación de dos casos. *Rev Cubana Cir* 2005;44:1-5
4. Bienert M, Basany E, Lara Eximan F. Hernia de Amyand. A propósito de la primera apendicectomía. *Cir Esp* 2001;69:91-2
5. Torres HD, Roselló FJR, Del Campo AR, Canals PP, Weinman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig* 2003;22: 1-5
6. Vidal GP, Contreras R, Sánchez G, Flores LM, et al. Hernia de Amyand. *Cir Gen* 2005;27:328-9
7. 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

8. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann Coll Surg Engl.* 1982;64(2):121-2
9. Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg.* 1937;106:135-9
10. Creese PG. The first appendectomy. *Surg Gynecol Obstet.* 1953;97:643-52
11. Hutchinson R. Amyand's hernia. *J R Soc Med.* 1993;86(2):104-5
12. Scepi M, Richer JP, Muller J: Appendix in a left crural herniated position: apropos of a case. Explanation by human ontogenesis. *J Chir (Paris)* 1993; 130:479–82
13. Ivicic J, Zaloudik J: Carcinoid of the appendix in incarcerated femoral hernia. *Rozhl Chir* 1999; 78:359–61
14. Lane MJ, Liu DM, Huynh MD, Jeffrey RB, Mindelzum RE, Kats DS: Suspected acute appendicitis: non enhanced helical CT in 300 consecutive patients. *Radiology* 1999; 213:341–6
15. Isaacs LE, Felsenstein CH: Acute appendicitis in a femoral hernia: an unusual presentation of a groin mass. *J Emerg Med* 2002; 23:15–8
16. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, Memon B, and Memon MA De Garegeot hernia: an analysis of our experience. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery* 2007;11(3):235-8
17. Ruiz R, García J, González J, Rojas O, Acevedo R, Murillo A. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008;13(2):88 – 92