

Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo

A.L. Armas Alvarez, P. Taboada Santomil, J.M. Pradillos Serna, L.L. Rivera Chávez, E. Estévez Martínez, R. Méndez Gallart, P. Rodríguez Barca, M.L. López Carreira*, A. Bautista Casasnovas, R. Varela Cives

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. *Adjunto de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo.*

RESUMEN

La hernia de Amyand es una patología de presentación excepcional en los niños y se define por la presencia del apéndice inflamado dentro de una hernia inguinal. Puede manifestarse clínicamente como escroto agudo, linfadenitis inguinal o hernia estrangulada. El tratamiento es quirúrgico y aunque se describen diversos abordajes, la apendicectomía y herniotomía vía inguinal se considera de elección.

PALABRAS CLAVE: Hernia de Amyand. Escroto agudo. Apendicitis.

INFANTILE AMYAND'S HERNIA PRESENTING AS ACUTE SCROTUM

ABSTRACT

Amyand's hernia is a condition of exceptional presentation in children and is defined by the presence of inflamed appendix inside a inguinal hernia. It may manifest clinically as acute scrotum, inguinal lymphadenitis or strangulated hernia. The treatment is surgical and although several approaches are described, appendectomy with herniotomy by inguinal approach is considered of choice.

KEY WORDS: Amyand's hernia. Acute scrotum. Appendicitis.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Amyand se caracteriza por la presencia del apéndice vermiforme inflamado dentro de una hernia inguinal⁽¹⁾. Constituye una patología excepcional en la edad pediátrica, de la cual solo existe descripción de casos aislados. Claudius Amyand, en 1735, realizó la primera apendicectomía por apendicitis perforada dentro de una hernia inguinal en un niño de 11 años⁽¹⁾.

Su presentación clínica es inespecífica y en la mayoría de casos, el diagnóstico es intraoperatorio⁽²⁾. Su tratamiento definitivo es quirúrgico⁽³⁾.

Presentamos un caso de hernia de Amyand en un lactante, simulando un escroto agudo.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 meses de edad, sin antecedentes de interés, con cuadro de 24 horas de evolución de llanto, 2 vómitos alimentarios y aumento de volumen escrotal derecho. Exploración física: buen estado general. Hemiescroto derecho edematoso, hiperémico, indurado y no doloroso (Fig. 1). Palpación abdominal e inguinal normal. Hemograma 25,950 leucocitos/mm³ y 72% neutrófilos. Radiografía simple abdomen: normal, descartando obstrucción y gas inguinoescrotal. Ecografía doppler testicular: engrosamiento bilateral de cubiertas; testículo izquierdo normal; aumento de la ecogenicidad y flujo muy prominente en testículo y epidídimo derechos e hidrocele derecho multitabicado, compatible con orquiepididimitis. El paciente es hospitalizado para observación y antibioterapia IV. En las horas siguientes aparece febrícula, aumenta el edema escrotal y el niño se vuelve menos activo. Ecografía doppler testicular 8 horas tras el ingreso: similar a la previa, con aparición de una imagen tubular de 0,5 cm de diámetro, con flujo vascular, en porción superior de escroto que parece continuarse hacia el canal inguinal (Figs. 2 y 3). Ecografía abdominal: pequeña cantidad de líquido libre en fosa iliaca derecha. Ante la evolución y los hallazgos ecográficos, se indica exploración quirúrgica inguinal que evidencia cordón espermático edematoso, proceso peritoneovaginal permeable conteniendo apéndice flemonoso en su extremo distal, extendido hasta región superior de hemiescroto derecho y exudado purulento escrotal (Fig. 4). Se procede a realizar apendicectomía y herniotomía concomitantes y se modifica la pauta antibiótica intravenosa. Estudio anatomopatológico: apendicitis aguda con periapendicitis. Cultivo exudado escrotal: negativo. La evolución postoperatoria fue favorable.

Correspondencia: Dra. Azucena Lirio Armas Alvarez. C/ Campo de Santa Marta 3, apartamento C. 15706 Santiago de Compostela.
E-mail: azucena.lirio.armas.alvarez@sergas.es

Recibido: Mayo 2010

Aceptado: Octubre 2010



Figura 1. Hemiescrotos derecho edematoso, hiperémico e indurado.

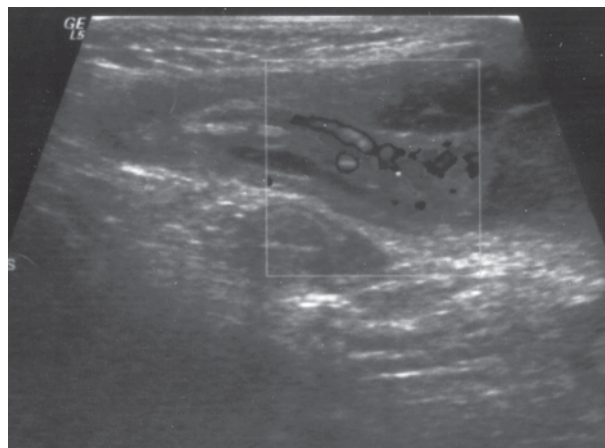


Figura 2. Eco Doppler (vista longitudinal): Estructura tubular de 0,5 cm de diámetro con hiperflujo vascular en interior de escroto derecho, que termina en fondo de saco y por el otro extremo se continúa hacia el canal inguinal.

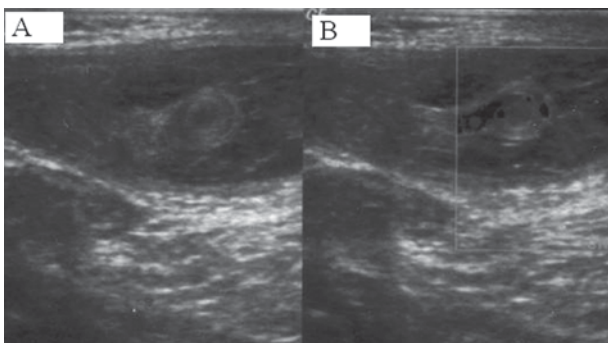


Figura 3. A) Vista transversal de la estructura mostrada en la Figura 2, en el interior de escroto derecho, rodeada de tejido graso peritoneal. B) Hiperflujo vascular en Eco-Doppler.

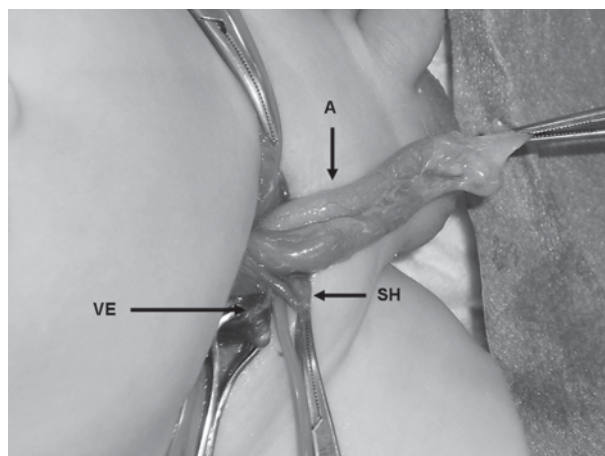


Figura 4. Saco herniario conteniendo apéndice flemonoso que se extiende hasta porción superior de escroto derecho. VE: Vasos espermáticos. A: apéndice flemonoso en su extremo distal. SH: saco herniario.

DISCUSIÓN

El proceso peritoneovaginal es permeable en el 90% de los neonatos y se oblitera espontáneamente en el 75% de los casos hacia el segundo año de vida⁽⁴⁾. El 1 a 5% de los recién nacidos presentan hernia inguinal indirecta a causa de un proceso peritoneovaginal amplio que permite la salida de contenido abdominal a través del anillo inguinal interno. El 30% de las hernias de lactantes debutan con incarceration⁽⁵⁾. En el 1% de las hernias inguinales del adulto puede encontrarse un apéndice normal, siendo este hallazgo 3 veces más frecuente en niños, debido a la forma característica en embudo del ciego y a la presencia ocasional de una banda congénita que se extiende desde el apéndice hacia el escroto^(6,7).

La apendicitis aguda constituye la patología más común que requiere cirugía abdominal urgente en la infancia⁽⁸⁾. Es frecuente en niños mayores y adolescentes, pero menos del 2% de los casos ocurren antes de los 2 años, posiblemente por la forma cónica del apéndice con menor riesgo de obstrucción en este grupo de edad^(9,10). Las manifestaciones típicas de apendicitis son dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómi-

tos y febrícula. La sintomatología escrotal es poco común, pero puede aparecer en presencia de un proceso peritoneovaginal permeable⁽¹¹⁾.

La presencia de un apéndice inflamado en una hernia inguinal es denominada hernia de Amyand y su incidencia es del 0,13% del total de las apendicitis⁽¹²⁾. En niños, es excepcional y solo existen publicaciones de casos aislados⁽¹⁾. Es más frecuente en varones y en el lado derecho debido al predominio de hernias inguinales derechas y a la posición anatómica del apéndice. La hernia de Amyand izquierda puede asociarse a *situs inversus*, malrotación intestinal o ciego móvil⁽¹²⁾.

El desarrollo de apendicitis en una hernia inguinal se debería a compromiso vascular y mayor vulnerabilidad al trauma del apéndice en posición inguinal, con la subsiguiente inflamación y sobrecrecimiento bacteriano^(1,2).

La clínica es inespecífica: puede simular hernia encarcelada o estrangulada, hidrocele del cordón, linfadenitis inguinal, epididimoorquitis o torsión testicular^(1,2). La exploración abdominal es generalmente normal, al estar el proceso inflamatorio contenido en el saco herniario⁽¹³⁾.

El diagnóstico preoperatorio es extremadamente difícil, aunque en caso de sospecha, la ecografía y la tomografía abdominal-inguinal han demostrado su utilidad^(14,15).

Las complicaciones de la hernia de Amyand son comunes y graves, condicionadas en gran medida por la demora en el diagnóstico e incluyen formación de abscesos o fístulas, isquemia testicular por compresión del cordón espermático, fascitis necrotizante parietal, e incluso muerte^(7,14).

El tratamiento definitivo es quirúrgico. Ante la presencia de peritonitis, obstrucción de intestino delgado o formación de abscesos intraabdominales se prefiere laparotomía media infraumbilical asociada a herniotomía vía inguinal⁽³⁾.

Tycast y et al. recomiendan la apendicectomía laparoscópica combinada con herniotomía abierta⁽²⁾, y Sagggar ha descrito el abordaje laparoscópico extraperitoneal⁽¹⁶⁾.

En los casos más habituales, con sintomatología de predominio inguinoescrotal y de diagnóstico con frecuencia intraoperatorio, la apendicectomía y herniotomía vía inguinal es una opción segura y eficaz y constituye el tratamiento quirúrgico de elección^(1,3,17).

Existe controversia en la actitud ante la presencia en un saco herniario de un apéndice normal. La apendicectomía incidental disminuye la morbilidad futura y el riesgo de apendicectomía de urgencia, pero para algunos autores incrementa el riesgo de infección de la herida operatoria y recurrencia de la hernia, aunque este riesgo no está determinado^(2,3). La preservación del apéndice brinda la posibilidad de usarlo si fuese preciso en procedimientos quirúrgicos posteriores. Debido a la falta de consenso actual, la decisión finalmente está en manos del cirujano.

CONCLUSIÓN

La apendicitis aguda debe incluirse en el diagnóstico diferencial del escroto agudo en niños, ya sea con el apéndice en posición intraabdominal asociado al proceso peritoneovaginal permeable o en posición inguinal con extensión hacia el escroto como en la hernia de Amyand. Ante la sospecha clínica, la ecografía y tomografía abdominal pueden confirmar el diagnóstico. La apendicectomía y herniotomía concomitantes vía inguinal es el abordaje quirúrgico de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yazici M, Etensel B, Gürsoy H, Özkisacik S, Erkus M, Aydin ON. Infantile Amyand's hernia. *Pediatrics International*. 2003; 45: 595-596.
2. Tycast JF, Kumpf AL, Schwartz TL, Coln CE. Amyand's hernia: a case report describing laparoscopic repair in a pediatric patient. *J Pediatr Surg*. 2008; 43: 2112-2114.
3. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15 year period. *Hernia*. 2007; 11: 31-35.
4. Sharer WC. Acute scrotal pathology. *Surg Clin North Am*. 1982; 62: 955-970.
5. Hutson JM, O'Brien M, Beasley SW, Woodward AA, editors. *Jones' Clinical Paediatric Surgery Diagnosis and Management*. 6th ed. Melbourne: Blackwell Publishing; 2008. p. 166-174.
6. Oguzkurt P, Kayaselcuk F, Oz S, Arda IS, Oguzkurt L. Sliding appendiceal inguinal hernia with a congenital fibrovascular band connecting the appendix vermiformis to the right testis. *Hernia*. 2001; 5: 156-157.
7. Milburn JA, Youngson GG. Amyand's hernia presenting as neonatal testicular ischaemia. *Pediatr Surg Int*. 2006; 22: 390-392.
8. Morrow SE, Newmann KD. Current management of appendicitis. *Sem Pediatr Surg*. 2007; 16: 34-40.
9. Martins JL, Peterlini FL, Martin EC. Neonatal acute appendicitis: a strangulated appendix in an incarcerated inguinal hernia. *Pediatr Surg Int*. 2001; 17: 644-645.
10. Jancelewicz T, Kim G, Miniati D. Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra. *J Pediatr Surg*. 2008; 43: E1-E5.
11. Méndez R, Tellado M, Montero M, Ríos J, Vela D, Pais E, Lafuente G, Candal J. Acute Scrotum: An Exceptional Presentation of Acute Nonperforated Appendicitis in Childhood. *J Pediatr Surg*. 1998; 33: 1435-1436.
12. Gupta S, Sharma R, Kaushik R. Left-Sided Amyand's hernia. *Singapore Med J*. 2005; 46: 424-425.
13. Kumar R, Mahajan JK, Rao KL. Perforated appendix in hernial sac mimicking torsion of undescended testis in a neonate. *J Pediatr Surg*. 2008; 43: E9-E10.
14. Coulier B, Pacary J, Broze B. Sonographic Diagnosis of Appendicitis within a Right Inguinal Hernia (Amyand's hernia). *J Clin Ultrasound*. 2005; 34: 454-457.
15. Celik A, Ergün O, Özbek S, Dökümcü Z, Balik E. Sliding appendiceal inguinal hernia: preoperative sonographic diagnosis. *J Clin Ultrasound*. 2003; 31:156-158.
16. Sagggar VR, Singh K, Sarangi R. Endoscopic total extraperitoneal management of Amyand's hernia. *Hernia*. 2004; 8: 164-165.
17. Livaditi E, Mavridis G, Christopoulos-Geroulanos G. Amyand's hernia in premature neonates: report of two cases. *Hernia*. 2007; 11: 547-549.