

# Hernia de Amyand

Dres Andrés J Vanrell,<sup>1</sup> Juan Peralta,<sup>2</sup> Andrés Saez,<sup>3</sup> José María Basilis<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Jefe División Diagnóstico por Imágenes.

<sup>2</sup> Médico de Planta. Sector Tomografía Multislice.

<sup>3</sup> Médico de Planta. Sector Tomografía Computada Multislice. Encargado área intervencionista.

<sup>4</sup> Médico de Planta. Sector Ecografía y Doppler.

Hospital General de Agudos, Dr Enrique Tornú. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

### Resumen

Paciente masculino de 62 años que se presenta con dolor en fosa ilíaca derecha (FID), oliguria, signos de irritación peritoneal (Blumberg +). Se le efectúa ecografía y tomografía computada multislice abdominopelviana donde se constata un saco herniario inguinal derecho con la presencia de un apéndice inflamado en su interior.

**Palabras claves.** Hernia inguinal, Amyand.

### Amyand's hernia

#### Summary

Male patient of 62 years, presents with pain in the right iliac fossa (RIF), oliguria, signs of peritoneal irritation (Blumberg). You performed ultrasound and computed tomography multislice abdominal and pelvic, where there is a right inguinal hernia sac, with the presence of an inflamed appendix in its interior.

**Key words.** Amyand's hernia.

### Introducción

Paciente masculino, de 62 años, con oliguria, náuseas y dolor localizado en la fosa ilíaca derecha (FID) de 16 horas de evolución con signo de Blumberg positivo.

### Material y métodos

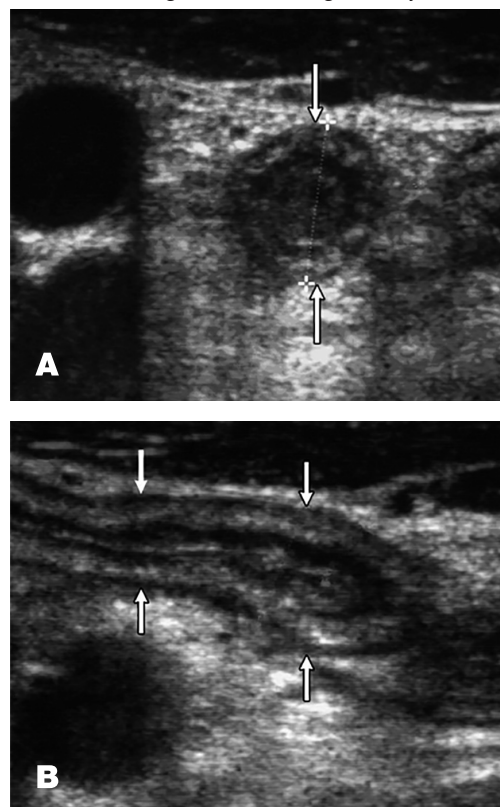
Se realizó ecografía con equipo Esaote My Lab 40 con transductores de alta resolución y frecuencias de 7,5 – 10 MHz; y tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis multislice (o multicorte), con contraste endovenoso; con equipo Toshiba Activión de 16 canales. Se inyectó contraste iodado no ionico-Ioversol 320 –125 ml, a una velocidad de 2,5 ml/seg, en vena antecubital; a través de bomba inyectora de un cabezal Optistat. Comienzo de las adquisiciones: a los 40 segundos de iniciado el bolo endovenoso.

La presencia del apéndice cecal en el interior de un saco herniario inguinal se denomina **hernia de Amyand**. La incidencia se sitúa en torno al 0,28-1%, y es excepcional realizar un diagnóstico preoperatorio.

### Resultados

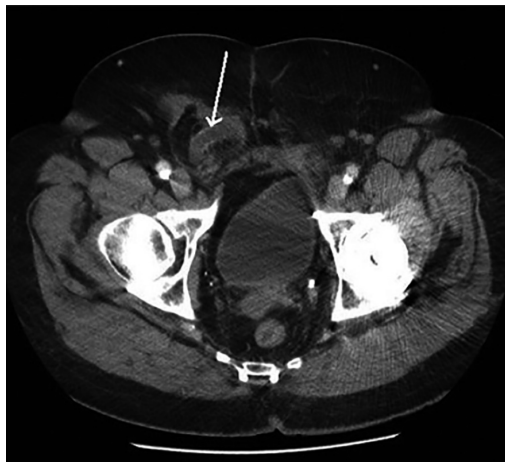
Ecografía abdominal (Figura 1 A y B) y TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (Figura 2),

**Figura 1.** Cortes transversal (superior) y longitudinal (inferior) que demuestran apéndice engrosado, mayor de 6 mm con distensión de su lumen y alteración en la ecogenicidad de la grasa adyacente.



**Correspondencia.** Dr Andrés Julián Vanrell  
Correo electrónico: andresvanrell@hotmail.com

**Figura 2.** TC multicorte muestra apéndice engrosado en conducto inguinal derecho, medial a los vasos ilíacos; con alteración en la atenuación de la grasa circundante.



demuestra en situación medial a los vasos ilíacos, y en la fosa ilíaca derecha, un apéndice anterocecal dilatado que se introduce en el conducto inguinal, asociado a alteración de la grasa adyacente.

El diagnóstico anatomopatológico fue apendicitis aguda gangrenosa.<sup>1-3</sup>

## Discusión

Cuando se sospecha apendicitis aguda se podrá complementar con estudios de imágenes como la Radiografía Simple, ecografía y TC (sobre todo en apéndices de ubicación retrocecal).<sup>4-6</sup>

La ecografía tiene una sensibilidad del 85 al 96% y una especificidad del 89 al 98% en el diagnóstico de esta patología.

Las ventajas del ultrasonido con respecto a otros métodos (RX, TC) radican en que no utiliza radiaciones ionizantes ni medios de contraste, es accesible y se puede realizar en el lecho del paciente.

Las desventajas de este método estriban en que es operador-dependiente. Un porcentaje significativo de pacientes (15%) no presenta patología en el acto quirúrgico. Este porcentaje se eleva en mujeres (30%) sobre todo cuando son de origen ginecológico.<sup>7,8</sup>

En el rastreo ecográfico de la fosa ilíaca derecha (FID), se prefiere utilizar transductores lineales de 5 a 10 MHz, donde se visualiza la inflamación apendicular como una estructura tubular aperistáltica, que termina en fondo de saco ciego, en el corte longitudinal y en forma de diana, en el corte transversal.

Los hallazgos positivos para apendicitis son: diámetro mayor de 6 mm, estructura no compresible y doloroso al paso del transductor (signo de Mc Burney), disminución o pérdida de la hiperecogenicidad de la submucosa por edema, **aumento de la ecogenicidad de la grasa que lo rodea (mesentérica)**, **presencia de coprolito** (imagen hiperecogénica con

sombra acústica posterior en la luz apendicular) y **aumento de la vascularización en la pared al Doppler color / Power angio, o Doppler de Poder / energía**.

La hernia de Amyand se presenta como una masa irreductible en región inguinal derecha, acompañada de dolor abdominal y vómitos.<sup>9,10</sup> Es más común que la hernia sea indirecta y se presenta en varones de más de 60 años. La mayoría se diagnostica durante la cirugía. La hernia de Amyand ha sido clasificada en cuatro tipos según contenga un apéndice normal, inflamado, perforado o un tumor apendicular, proponiéndose como tratamiento la apendicectomía transherniotomía o laparotomía con hernioplastia o herniorrafia, dependiendo de la presencia de sepsis abdominal.<sup>11</sup>

## Conclusiones

La hernia de Amyand constituye un raro tipo de hernia inguinal. La forma de presentación más frecuente es como una hernia inguinal encarcelada. La realización de ecografía y tomografía computarizada permiten una aproximación diagnóstica.<sup>a,12</sup>

El tratamiento depende de los hallazgos intraoperatorios, realizándose apendicectomía transherniotomía o laparotomía.

## Bibliografía

- Graffeo CS, Counselman FL. Appendicitis. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 653-671.
- Dombal FT, Leaper DJ, Staniland JR, McCann AP, Horrocks JC. Computeraided diagnosis of acute abdominal pain. *BMJ* 1972; 2: 9-13.
- Deutsch A, Shani N, Reiss R. Are some appendectomies unnecessary: an analysis of 319 white appendices. *J R Coll Surg Edinb* 1983; 28: 35-40.
- Simmen HP, Decurtins M, Rotzer A, Duff C, Brutsch HP, Largiader F. Emergency room patients with abdominal pain unrelated to trauma: prospective analysis in a surgical university hospital. *Hepato gastroenterology* 1991; 38: 279-282.
- Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. Helical CT of appendicitis and diverticulitis. *Clin North Am* 1999; 37: 895-910.
- Gronroos JM, Gronroos P. Diagnosis of acute appendicitis. *Radiology* 2001; 219: 297-298.
- Gronroos JM, Gronroos P. Leucocyte count and C reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1999; 86: 501-504.
- Gronroos JM, Gronroos P. A fertile-aged woman with right lower abdominal pain but unelevated leukocyte count and C-reactive protein: acute appendicitis is very unlikely. *Langenbecks Arch Surg* 1999; 384: 437-440.
- Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology* 2000; 215: 337-348.
- Joan Hu Burkhardt, Yevgeniy Arshanskiy, J. Lawrence Munson, Francis J, et al. Diagnosis of Inguinal Region Hernias with Axial CT: The Lateral Crescent Sign and Other Key Findings *C Radio Graphics*, Mar 2011, Vol 31.
- Priya R. Bhosale, Madhavi Patnana, Chitra Viswanathan, Janio Szklaruk. The Inguinal Canal: Anatomy and Imaging Features of Common and Uncommon Masses *Radio Graphics*, May 2008; 28: 819-835.
- Chin CM, Lim KL. Appendicitis: Atypical and Challenging CT Appearances: Resident and Fellow Education Feature. *Radio Graphics* Jan 2015; 35: 123-124.