



ABSCESO ESCROTAL SECUNDARIO A UNA HERNIA DE AMYAND

en un neonato: revisión de la literatura y reporte de caso

Scrotal abscess secondary to Amyand's hernia in a neonate: literature review and case report

Guillermo Uribe-Ramos¹ · Arturo Espíndola-Díaz² · Carlos Uriel Mercado-Díaz² · Ulises Reyes-Gómez³ · Gerardo López-Cruz³
Armando Quero-Hernández³ · Katy Lizeth Reyes-Hernández³ · Nancy C. Alonso-Pérez⁴ · Luis Antonio Vázquez-Paredes⁴
Manuel Ulises Reyes-Hernández³ · Juan Pablo Yalaupari-Mejía⁴ · María Elena Vargas-Mosso⁴ · José Arellano-Galindo⁴

RESUMEN

La primera descripción de la hernia de Amyand la hizo el Dr. Claudius Amyand (cirujano inglés y médico del rey Jorge II) en 1735, descrita en un paciente de 11 años con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcerado. La incidencia exacta de la hernia de Amyand es desconocida, pero se estima que el hallazgo de un apéndice no inflamado en una hernia inguinal es de alrededor del 1%, mientras que la apendicitis se presenta en alrededor del 0.3%. La fisiopatología se sospecha por un compromiso vascular apendicular por parte del anillo inguinal, lo cual conduce a una inflamación similar a la que se produce por obstrucción secundaria a un fecalito. Su incidencia en la edad pediátrica, y más aún en la edad neonatal, es muy rara; usualmente es diagnosticada en el curso de la resolución quirúrgica de una hernia inguinal complicada. Se presenta el

ABSTRACT

The first description of Amyand's hernia was given by dr. Claudius Amyand (English surgeon and physician of King George II) in 1735, described in a patient of 11 years with perforated appendix within an incarcerated inguinal hernial sac. The exact incidence of hernia Amyand is unknown, but it is estimated that the finding of the appendix is not inflamed in an inguinal hernia is about 1%, while the appendicitis only occurs in about 0.3%. The pathophysiology of vascular compromise suspected appendicular by the inguinal ring, leading to inflammation similar to that produced by secondary obstruction fecalith. Its incidence in children, and even more in the neonatal age is rare, and is usually diagnosed during the evaluation of a complicated inguinal hernia. For a newborn 3 days of life, who was treated for hernia inguinoscrotal, finding as a

¹ Cirujano pediatra, médico adscrito al servicio de cirugía pediátrica, Unidad Médica de Alta Especialidad #71; IMSS Torreón Coahuila México.

² Pediatra e Infectólogo pediatra, adscritos al servicio de pediatría del Hospital General de Zona 18, IMSS de Playa del Carmen

³ Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael, San Luis Potosí

⁴ Grupo de investigación en infectología pediátrica GIIP AC.

caso de un paciente recién nacido de 3 días de vida, quien fue tratado por hernia inguino-escrotal con datos de urgencia encontrando como hallazgo una hernia de Amyand asociada a apendicitis aguda abscedada, resuelta esta quirúrgicamente. Se realiza una revisión bibliográfica de la patología.

PALABRAS CLAVE

Hernia de Amyand, apendicitis, absceso, resolución quirúrgica.

finding hernia of Amyand and also conducted a literature review of pathology patient presents.

KEY WORDS

Amyand's hernia, appendicitis, surgical resolution.

Introducción

La hernia de Amyand se define como una hernia inguinal que contiene el apéndice cecal normal en un estado de apendicitis aguda.¹ En 1731 Garangeot fue el primero en encontrar el apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal, pero la denominación "Hernia de Amyand" se debe al cirujano inglés, Claudius Amyand, quien el 6 de diciembre de 1735 operó a un niño de 11 años por una hernia inguinal encarcerada que contenía el apéndice cecal perforado, llevando a cabo la primera apendicectomía abierta con reparación del defecto herniario: dicho caso fue registrado como el primero de este tipo. Dicho trabajo fue publicado en el hospital St. George, en Londres, con un tratamiento quirúrgico satisfactorio.^{2,4}

En 1731 GARANGEOT fue el PRIMERO EN ENCONTRAR EL APÉNDICE cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal, pero la denominación "Hernia de Amyand" se debe al cirujano inglés

Es una entidad clínica poco frecuente encontrada como hallazgo transoperatorio en una hernia inguinal, en la cual se encuentra el apéndice cecal dentro del saco peritoneal, pudiendo estar inflamada o no. Es una patología de presentación excepcional

en los niños. La asociación de apendicitis aguda y hernia inguinal es una combinación clínica infrecuente. La prevalencia de la hernia de Amyand representa solo el 1%, de acuerdo con los reportes de la literatura mundial, y la asociación con apendicitis aguda es aún menos frecuente (0.10 al 0.15%).³

La apendicitis aguda es la afección quirúrgica más frecuente en la edad pediátrica, constituyendo el 10% de todas las admisiones intrahospitalarias, pero en niños menores de 2 años es infrecuente: solo 2% de todos los casos. La frecuencia del cuadro de apendicitis en el neonato es aún menor, variando del 0.04 al 0.2% de casos reportados con predominio 3:1 del sexo masculino. En pacientes de término ocurre en un 48% y en pacientes pretérmino en 52%. Por ser un diagnóstico raro en el periodo neonatal, los pacientes son diagnosticados con apendicitis perforada y peritonitis generalizada en 74% de los casos.⁴

Los primeros casos publicados fueron por Dies en 1903 y Albrech en 1905. Karaman, en una revisión de la literatura inglesa de 1901 al 2000, reportó 141 casos: 75% eran hombres y 25% mujeres, y de estos, 52% eran prematuros. La apendicitis neonatal puede presentarse como un proceso único o en asociación con otras patologías como la enfermedad de

Hirschsprung, hernia inguinoescrotal encarcelada o no, cardiopatía congénita, enterocolitis necrotizante, fibrosis quística, hernia umbilical, neumonía, corioamnionitis, mucormicosis, atresia esofágica, síndrome de Patau, ileo meconial, perforación idiopática del colon e infecciones, entre otros.⁵

Caso clínico

Masculino de 3 días de vida, hijo de madre de 18 años, primigesta, con adecuado control prenatal, sin antecedentes de importancia para el binomio, resuelto por vía vaginal sin complicaciones, producto vigoroso de 40 semanas de edad gestacional medida por Capurro, peso al nacer de 4150 g, binomio hemotipo O Rh+, egresado como binomio sano a las 24 horas posparto. Inicia su padecimiento al tercer día de vida extrauterina, caracterizado por aumento de volumen a nivel escrotal derecho, irritabilidad, fiebre y rechazo a la vía oral, iniciando tratamiento con analgésico y antipirético sin mejoría. Al examen físico aparece deshidratado, irritable, con fiebre de 38°C, presencia de hiperemia y aumento de volumen a nivel de la región escrotal derecha, gónada ipsilateral indurada, muy dolorosa a la palpación (**Figura 1**).

En los estudios de laboratorio se reportó leucocitos de 22 200, con 41% de segmentados, 3% de bandas, hemoglobina 13.0 g/dl, hematocrito 41.1%, ultrasonido escrotal con imagen de resorte de posible torsión testicular derecha compatible con diagnóstico de escroto agudo (**Figura 2**). La radiografía posteroanterior de abdomen no mostró alteración alguna.

Fue intervenido quirúrgicamente con los siguientes hallazgos transoperatorios: se localiza saco herniario encontrando como hallazgo apéndice cecal perforada con absceso en escroto y testículo derecho, se toma muestra para cultivo de secreción; mostraba, además, tejido fibroso, realizándose apendicectomía (**Figura 3**), orquiectomía y plastia inguinal derecha, dejándose drenaje tipo Penrose. El reporte de cultivo a las 72 horas no mostró



Figura 1. Muestra aumento de volumen a nivel escrotal sin datos de inflamación aparentes, lográndose apreciar dos estructuras ovoides la localizada anteriormente de mayor volumen que la posterior. El testículo izquierdo dentro de la bolsa escrotal en forma habitual.



Figura 2. Muestra ultrasonido inguinoescrotal derecho, donde se visualiza imagen hipoecogénica "tubular" (flechas blancas), rodeada por imagen isoecogénica (estrella blanca), con imagen hiperecogénica (estrella negra) que corresponden al proceso séptico apendicular, adyacente al testículo signos ++ de color blanco.

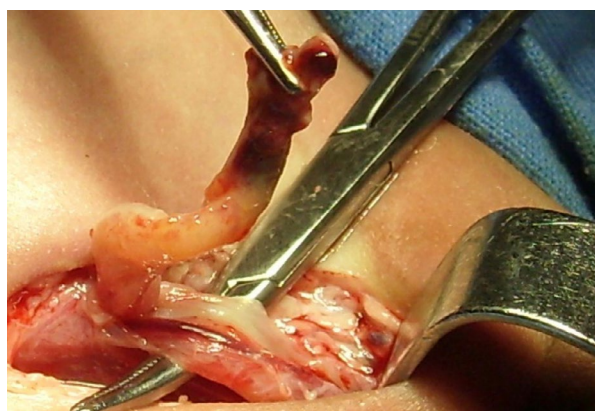


Figura 3. La imagen muestra el apéndice cecal necrosado y perforado en su tercio distal, en íntima relación con los elementos del cordón testicular, los cuales se encuentran cubiertos por membranas fibrinosas y datos de inflamación. (elementos mostrados por la pinza).

desarrollo de bacterias. El estudio histopatológico reportó testículo fibroso con inflamación, parénquima testicular inmaduro y apendicitis aguda. Su evolución fue satisfactoria, por lo que se decide dar de alta al octavo día por mejoría y control en la consulta externa de cirugía y neonatología.

Discusión

Con base en lo descrito en la literatura, se considera que, cuando dentro del saco herniario del canal inguinal encontramos como hallazgo el apéndice cecal, se diagnostica como hernia de Amyand.¹

En nuestro hospital no tenemos casos registrados, siendo la presentación habitual escroto agudo o hernia inguinal encarcerada, lo que motiva un abordaje de urgencia por el tipo de diagnóstico diferencial. El diagnóstico de hernia de Amyand es un diagnóstico excepcional en la

edad pediátrica, contando solo con algunos casos aislados, motivo de la revisión de este caso.

Dicha hernia no tiene presentación clínica específica; puede manifestarse clínicamente como escroto agudo, linfadenitis inguinal o hernia estrangulada.⁵ En la literatura mundial se han descrito casos de hernia de Amyand en pacientes con edades comprendidas entre 3 semanas de vida y 92 años. Esta patología es 3 veces más frecuente en niños que en adultos debido a la persistencia del proceso vaginal en la población pediátrica; sin embargo, su frecuencia sigue siendo muy baja.⁶

El diagnóstico preoperatorio de la hernia de Amyand es excepcional, por lo que debe sospecharse ante una hernia inguinal derecha (más frecuente su presentación [excepcionalmente izquierda]), encarcerada con signos de peritonitis local y datos sépticos clínico-analíticos, sin cuadro de obstrucción intestinal. Es de especial importancia, en caso de sospecha clínica, no realizar maniobras de taxis. La fiebre y la leucocitosis no son constantes.

Clasificación de Losanoff y Basson				
Tipo de hernia	1	2	3	4
Apéndice	Normal	Apendicitis aguda sin peritonitis	Apendicitis aguda con peritonitis	Apendicitis aguda y otra patología abdominal
Tratamiento	Apendicectomía o reducción (según edad) vs Hernioplastia	Apendicectomía inguinal y reparación	Apendicectomía y herniorrafia	Apendicectomía complemento dx y procedimiento anexo

Tabla 1. Clasificación de Losanoff y Basson para la estadificación y el tratamiento de la hernia de Amyand.

La dificultad del diagnóstico de esta etiología hace que en su mayoría se diagnostique de forma intraoperatoria en la mayor parte de los pacientes, de tal manera, que se propuso la clasificación de Losanoff y Basson (que se describen en la **Tabla 1**) para la estadificación y el tratamiento de la hernia de Amyand, teniéndose como una guía en el manejo de ésta, de acuerdo con los hallazgos intraoperatorios.⁷

Consideramos que nuestro paciente era portador de un cuadro apendicular en fase supurada con proceso inflamatorio localizado, adherido a la gónada derecha, causando fibrosis de esta. Cabe mencionar que el diagnóstico de la apendicitis fue fortuito al momento de la intervención quirúrgica, en virtud de tratarse de un paciente sin datos clínicos de apendicitis aguda y un ultrasonido pélvico y abdominal que no reportó anomalías. Probablemente, el defecto se debió, como ya se mencionó, a la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, que, como se ha reportado en la literatura, puede favorecer la formación de una hernia inguinoescrotal, dentro de otros defectos como

hidrocele comunicante, hidrocele simple o quiste de cordón. Igualmente, se asocia a criptorquidia y a anomalías del desarrollo del epidídimo.⁸

Conclusión

La prevalencia de la hernia de Amyand es baja, reportándose en la literatura mundial menos del 1%, y la presentación de hernia inguinal asociada a cuadro clínico de apendicitis es aún menos frecuente (0.10-0.15%). En la literatura solo se han reportado pocos casos diagnosticados de forma prequirúrgica con tomografía en adultos, pero no hay en la actualidad un estudio eficaz que nos oriente a una apendicitis dentro del saco herniario inguinal. La dificultad de diagnóstico de esta etiología hace que se diagnostique de forma intraoperatoria en la mayor parte de los pacientes. Es por eso que la sospecha clínica debe existir de acuerdo con los hallazgos clínicos sugestivos ya descritos.

REFERENCIAS

1. Villarreal R, Luna JC, Cabrera L, Vinck E. Hernia de Amyand encarcera-da, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá. *Rev Colomb Cir.* 2016; 31: 283-8
2. Molina MJ, Jaramillo RE, Vergara OG, Marin MJ. Hernia de Amyand: presentación de un caso. *IATREIA.* 2017; 30(4): 443-7
3. Ortega LL, Ramírez TD, Diéguez JC. Hernia de Amyand, presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Mex de Cirugía del aparato digestivo.* 2012; 1(1): 59-61.
4. Alvarado LU, Palacios AJ, Chávez EE, Realpozo GJ, Guadarrama PA. Apendicitis neonatal complicada: informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(1): 36-40
5. Romero RN, Sánchez GL. Apendicitis aguda neonatal: Reporte de un caso. *An Fac Med.* 2016; 77(4): 421-2
6. Anagnostopoulou S, Dimitroulis D, Troupis TG. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol.* 2006;12(29): 4761-3
7. Armas AP, Taboada SP, Pradillos SJ. Hernia de Amyand infantil presentándose como escroto agudo. *Cir Pediatr.* 2010; 23: 250-2
8. S. Stuart, T.C. Booth, C.J. Cash, A. Hameeduddin, J.A. Goode, C. Harvey, et al. Complications of continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Radiographics.* 2009; 29:441-460.

Este artículo debe citarse como:

Uribe-Ramos G, Espíndola-Díaz A, Mercado-Díaz CU, Reyes-Gómez U, et al. Absceso escrotal secundario a una hernia de Amyand en un neonato: revisión de la literatura y reporte de caso. *Rev Enferm Infec Pediatr* 2023;35(143):2211-15.