

# Combinación de técnicas quirúrgicas en la hernia gigante de Amyand irreductible

## Combination of surgical techniques in irreducible giant Amyand hernia

G. Brito-Sosa<sup>1</sup>, A.M. Iraizoz-Barrios<sup>2</sup>

### Resumen

Las hernias gigantes de Amyand son hernias inguinales excepcionales por extenderse por debajo de la mitad del muslo en posición de pie y contener al apéndice cecal. Presentamos un paciente portador de una hernia gigante de Amyand irreductible, al cual se le realiza una reparación quirúrgica, mediante una combinada de técnicas para su resolución. El tratamiento de las hernias inguinales gigantes es todo un desafío, debido a la distorsión anatómica existente, y por la pérdida de derecho a domicilio de los órganos que puede llegar a ocasionar. Consideramos que la combinación de las técnicas de Bassini y Lichtenstein asociado a las maniobras de Ombrédanne y de Camay es una estrategia adecuada para reparar exitosamente las hernias inguinales gigantes grado I. La apendicectomía en la hernia de Amyand tipo I es una alternativa de tratamiento cuando existe riesgo de apendicitis aguda.

**Palabras claves:** apéndice cecal, apendicitis, herniorrafia, hernia inguinal

### Abstract

Giant Amyand hernias are exceptional inguinal hernias because they extend below the middle of the thigh in the standing position and contain the cecal appendix. We present a patient with an irreducible giant Amyand hernia, who underwent surgical repair, using a combination of techniques for its resolution. The treatment of giant inguinal hernias is quite a challenge, due to the existing anatomical distortion, and the loss of the right to domicile of the organs that it can cause. We consider that the combination of the Bassini and Lichtenstein techniques associated with the Ombrédanne and Camay maneuvers is an appropriate strategy to successfully repair grade I giant inguinal hernias. Appendectomy in Amyand type I hernia is a treatment alternative when a risk of acute appendicitis exists.

**Keywords:** cecal appendix, appendicitis, herniorrhaphy, hernia inguinal

Recibido el  
18 de febrero de 2024  
Aceptado  
10 de mayo de 2024

<sup>1</sup>Médico general-cirujano, Hospital General Teófilo Dávila, Machala, Ecuador.

[www.orcid.org/0000-0003-0858-4461](http://www.orcid.org/0000-0003-0858-4461)

<sup>2</sup>Médico general-laboratorio clínico, Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

[www.orcid.org/0000-0002-1507-4438](http://www.orcid.org/0000-0002-1507-4438)  
[airaizoz@utmachala.edu.ec](mailto:airaizoz@utmachala.edu.ec)

\*Correspondencia:  
Germán Brito Sosa  
Correo electrónico:  
[german.brito512@yahoo.es](mailto:german.brito512@yahoo.es)

DOI:  
<https://doi.org/10.47993/gmbv47i1.833>

Las hernias de la pared abdominal representan un problema de salud a nivel mundial, con una prevalencia de 1,7% para todas las edades<sup>1</sup>. La Hernia Inguinal (HI) en relación con todas ellas constituye del 60 al 75%<sup>1-3</sup>, y el riesgo de ocurrencia en el hombre es de 27 al 43%, mientras en mujeres es solo del 3 al 6%<sup>3-5</sup>. Los grupos de edades más afectados se encuentran entre los 30 a los 59 años<sup>3</sup>. El tratamiento quirúrgico efectuado con más frecuencia en todo el mundo es la hernioplastia inguinal<sup>2,5</sup>. Cuando la HI no es corregida, puede volverse gigante al extenderse por debajo de la mitad del muslo en posición de pie<sup>3-9</sup>. Si el apéndice vermiforme es parte del contenido de una HI, se nombra hernia de Amyand (HA)<sup>10-12</sup>, con una prevalencia del 90% en hombres.

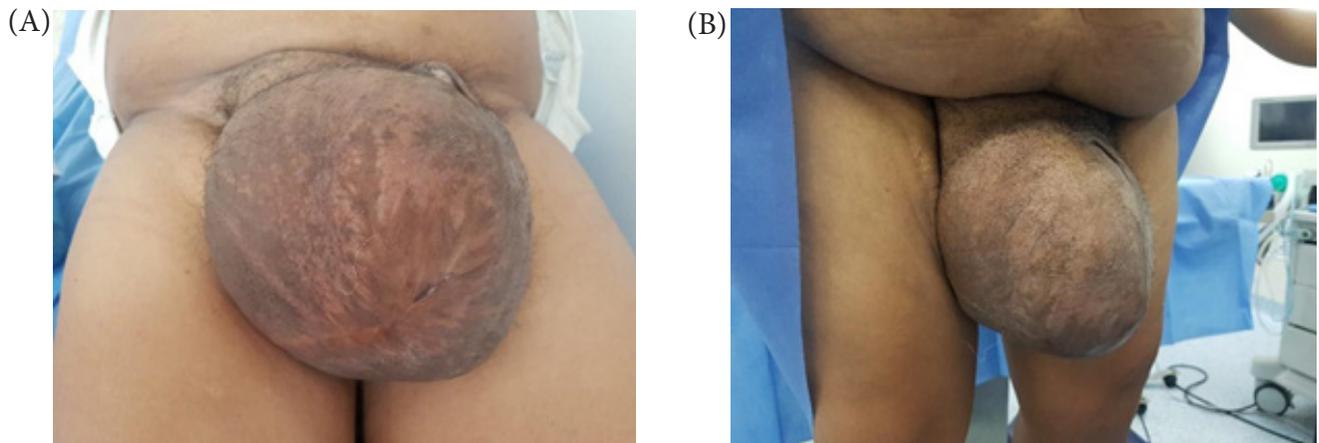
El tratamiento de las HI ha variado a través del tiempo debido al desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas como la de Lichtenstein, entre otras técnicas protésicas, y por el auge de las técnicas de mínimo acceso<sup>4</sup>.

Se presenta un paciente con hernia gigante de Amyand, que para su reparación se combinaron varias técnicas quirúrgicas.

### Reporte de caso

Paciente masculino de 50 años con HI derecho desde hace 5 años. Al examen físico se constata una hernia inguinal gigante (HIG) de 30 cm de diámetro, irreductible (figura 1A y 1B). Fue valorado por nutrición por obesidad grado III (Peso de 108 kg, talla 164cm), índice de masa corporal (IMC) de 40,2, logrando en cuatro meses bajar su IMC a 36,1. Al referir dolores más frecuentes se planifica la cirugía.

Hallazgos quirúrgicos: HIG que contenía 175cm de intestino delgado y apéndice cecal de 21,2cm sin compromiso vascular (figura 2A y 2B). Se realizó apendicectomía practicando la maniobra de Horsley para que el muñón apendicular quedara cubierto por el meso apéndice. El intestino fue invaginado hacia la cavidad abdominal sin percibir resistencia que nos hubiera hecho sospechar de una presión intraabdominal aumentada. Se practicó la maniobra de Ombrédanne al seccionar el saco inguinoescrotal de forma circunferencial. La parte proximal se disecó hasta el anillo inguinal profundo donde se liga y corta. Al extremo distal del saco a nivel del borde seccionado se le aplicó una sutura tipo subject para evitar la hidrocele posterior.<sup>13</sup> La pared posterior se reforzó con puntos separados con sutura de polipropileno 1, del arco aponeurótico del transversal hasta



**Figura 1.** (A) Hernia inguinoscrotal derecha con el paciente en posición de acostado. (B) Hernia inguinoscrotal derecha con el paciente de pie.

el ligamento inguinal. Al quedar algo holgado el anillo inguinal profundo, se reforzó la plastia del anillo con la maniobra de Camayd<sup>13,14</sup>. Se tuvo la precaución al anudar los puntos, de no englobar ningún nervio para evitar la inguinodinia. En la nueva pared posterior se colocó una malla de polipropileno, libre de tensión, la cual se fija con sutura de polipropileno 2/0.

El paciente evolucionó satisfactoriamente y a las 48 horas se prescribe el alta hospitalaria. El estudio anatomopatológico del apéndice cecal fue normal. Después de 3 años de operado se mantiene sin recidiva.

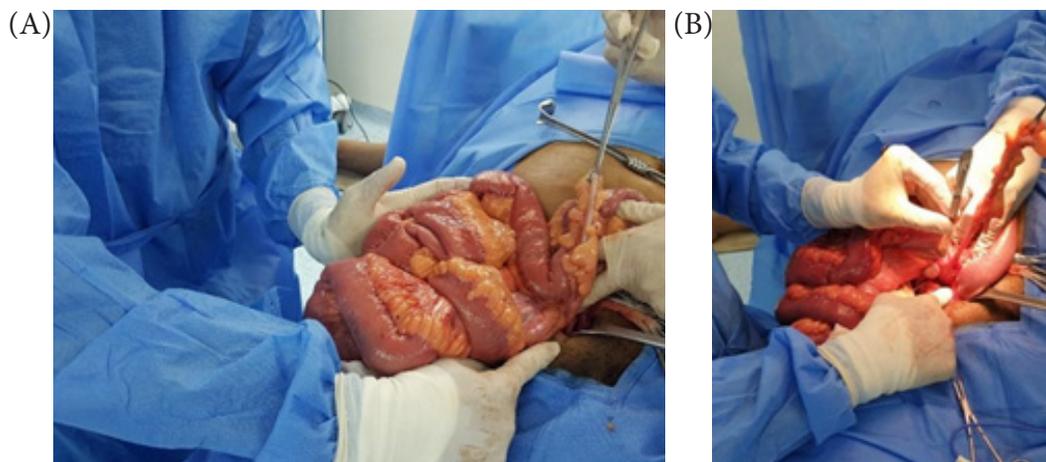
### Discusión

Las HIG son muy raras y surgen después de varios años de negligencia. Su prevalencia no se conoce bien debido a que la mayoría de las publicaciones son estudios de casos<sup>6-8,15</sup>.

En 1736 Claudius Amyand operó la primera apendicitis perforada en una HI a un niño de 11 años<sup>1,16</sup>; desde entonces las HA tienen una incidencia entre 0,1% y 1,3% de todas las HI. La patogénesis de la apendicitis en la HA según Jhonson et al, se debe a una compresión extrínseca en algunos casos, ocasionando obstrucción funcional en la luz. Su incidencia es de 0,07% a 0,13% hallándose generalmente del lado derecho<sup>5,10,12,16</sup>.

El temor a la cirugía, el desconocimiento de las complicaciones, cirugías previas, y problemas psicosociales; así como, problemas derivados de los sistemas de salud, cuando no provee los insumos necesarios y los pacientes no puedan asumir los costos, son causas que inciden en la aparición de las HIG<sup>7</sup>.

Las HIG pueden ocasionar dolor abdominal crónico, obesidad, lesiones cutáneas, oclusión intestinal, perforación intestinal, pérdida a domicilio del contenido herniario, y dificultad en la sexualidad, afectando la calidad de vida del paciente<sup>8,9</sup>. En el caso de la HA y apéndice cecal normal, el paciente tiene solo las manifestaciones clínicas de la hernia, y el diagnóstico se realiza en el acto quirúrgico. Los pacientes con HA y apendicitis aguda (AA), suelen tener una sintomatología diversa: dolor epigástrico que



**Figura 2.** (A) Se visualiza el contenido del saco herniario constituido por 175 cm de asas intestinales delgadas y el apéndice cecal. (B) Se puede apreciar el gran tamaño del apéndice cecal que midió 21,2 cm de longitud.

migra a fosa iliaca derecha, dolor escrotal, eritema y edema cutáneo, irreductibilidad de la hernia, anorexia, náuseas, vómitos y fiebre<sup>5,17</sup>. En estos casos el diagnóstico de HA se sospecha por la sintomatología, confirmándose con la ecografía o la tomografía computarizada<sup>5</sup>.

Existen diversas clasificaciones de las HI, pero la de Nyhus es sencilla, fácil y práctica<sup>18</sup>. El paciente se clasificó como tipo IIIB por ser una hernia inguinoescrotal gigante. La clasificación de Trakarnsagna divide a las HIG en 3 grados, al trazar tres líneas imaginarias: grado I, si sobrepasan la línea que pasa por la mitad del muslo; grado III, si sobrepasa la línea a nivel del borde superior de la rótula; y grado II, si se encuentra entre las líneas mencionadas<sup>3,8</sup>. En el 2007, Lasanoff y Basson clasificaron las HA en: tipo 1: apéndice normal, tipo 2: AA en saco herniario sin peritonitis, tipo 3: AA en saco herniario con peritonitis cuando el proceso séptico se ha extendido a la cavidad abdominal, y tipo 4: AA en saco herniario complicada con enfermedad abdominal<sup>5,12,16</sup>. En el paciente operado la hernia fue de grado I en la clasificación de Trakarnsagna, y de tipo I en la clasificación de Lasanoff y Basson.

A pesar de todos los avances logrados, el tratamiento de las HIG es un desafío para el cirujano, por la distorsión de la anatomía existente y por la pérdida a domicilio de los órganos localizados en el saco herniario que puede llegar a ocasionar. Se debe realizar una evaluación integral para seleccionar la técnica quirúrgica. De necesitar incrementar la capacidad de la cavidad abdominal para prevenir el síndrome compartimental, existen varias alternativas en la fase preoperatoria como: neumoperitoneo, la aplicación de toxina botulínica, y la colocación de expansores tisulares de silicona entre los músculos oblicuos. También están las técnicas realizadas en el transquirúrgico como: la separación de componente, por incisiones de descarga, o resecao contenido herniario de segmento de intestino o el omento mayor, estas últimas asociadas a mayor riesgo de complicaciones, como la dehiscencia anastomótica<sup>8,15</sup>. Otra opción terapéutica factible sería el abordaje laparoscópico<sup>15</sup>. Nuestro paciente no requirió neumoperitoneo por ser una HIG tipo I. Además, al bajar de peso el abdomen quedó suave y depresible, y las pruebas funcionales respiratorias fueron normales. Se decidió realizar una técnica combinada de herniorrafia tipo Bassini y hernioplastia de Lichtenstein. Esta combinación de técnicas le da una mayor solidez a la pared posterior, según lo descrito por Farshid S. y cols<sup>7</sup>, además, al realizar la maniobra de Ombrédanne y la de Camayd, se logra una reparación más completa. La maniobra de Camayd fue necesaria porque después que se realizó la técnica de Bassini quedó gran dilatación por encima del cordón espermático. Emilio Camayd Zogbe en 1983 desarrolló esta técnica para realizar una plastia del anillo inguinal profundo. Se desinserta una parte del músculo oblicuo menor de la cintilla iliopubiana a nivel del anillo inguinal profundo, se identifica la fascia transversa y el reborde que conforman el anillo, dando tres puntos con sutura de polipropileno por encima. Posteriormente con sutura de vicryl 2/0 se fija nuevamente el músculo oblicuo menor a la arcada, quedando reconstruido el anillo<sup>13,14</sup>.

En los casos de HA el tratamiento es variable, y la clasificación de Lasanoff y Basson da pautas para la toma de decisión, aunque en la actualidad siguen existiendo controversias en algunos casos. En la HA tipo 1 se realiza hernioplastia y la apendicectomía solo la recomiendan en pacientes jóvenes o niños<sup>12</sup>. En el resto de las edades la apendicectomía es un procedimiento factible, siempre que se evite el derrame fecal, para que la malla implantada resulte segura<sup>11,16</sup>. Otros autores también realizan apendicectomía, cuando existe riesgo de adquirir apendicitis aguda por la manipulación, al existir adherencias entre el apéndice y el saco herniario<sup>16</sup>. En este caso se decidió realizar la apendicectomía por estar fijo el ciego muy cerca del anillo inguinal profundo, y de requerir una cirugía ulterior por AA, sería de alto riesgo por la posición en la que quedaría el apéndice cecal.

En la HA tipo 2 se realiza herniorrafia y apendicectomía por vía inguinal<sup>12,16</sup>. Si el campo quirúrgico está relativamente limpio se justifica el uso de malla protésica, de lo contrario la hernia se repararía utilizando los tejidos endógenos<sup>11,16,19</sup>. En las guías WSES otorga una alta recomendación al uso de malla sintética en hernias con heridas limpias-contaminadas<sup>16</sup>. En la HA tipo 3 se realiza laparotomía, apendicectomía y herniorrafia; mientras que en la HA tipo 4 se hace laparotomía, apendicectomía herniorrafia y tratamiento de la enfermedad asociada<sup>12,16</sup>. En las HA tipo 3 y 4 la mayoría de los autores concuerdan en no colocar malla<sup>5,17,19</sup>.

Se concluye que la hernia gigante de Amyand es una rareza. La combinación de las técnicas de Bassini y Lichtenstein asociadas a las maniobras de Ombrédanne y Camayd es una estrategia adecuada para lograr una reparación de la HIG grado I. La clasificación de Losanoff y Basson orienta al cirujano a elegir una conducta, no obstante, en determinados casos de HA tipo I y II es recomendable realizar apendicectomía y hernioplastia, dependiendo de las condiciones del sitio quirúrgico, del estado del paciente, del equipo quirúrgico y la técnica a realizar. En las HA tipo 3 y 4 si hay un mayor consenso de realizar herniorrafia.

## Referencias bibliográficas

- Davis T, Vivens M, Barghuthi L, Ismael H. Giant sliding inguinal hernia requiring intraoperative aspiration of fluid: a case report and literature review. *Journal of Surgical Case Reports*. 2021;(8):340. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjab340>
- Chibata M, Daronch T. "Assessment of postoperative risk of complications on inguinal hernioplasty and its relation to risk factors." *Revi da Assoc Med Bras*. 2020;66(5):623-629. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.5.623>
- Muñoz DF, Medina R, Torres JM, Saavedra JD. Hernia inguinoescrotal gigante: un caso infrecuente. *Revista de cirugía*. 2023;75(4):288-292. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920230041685>
- Beltrán D, Casado P, Santos R, Gonçalves A, Jiménez D, Aymé G. Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia inguinal, Guinea Bissau / Quality of life in patients undergoing inguinal hernioplasty surgery, Guinea Bissau. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"* 2023;11(3). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1152> [citado 24 Dic 2023]
- Manatakis DK, Tasis N, Antonopoulou MI, Anagnostopoulos P, Acheimastos V, Papageorgiou D, Fradelos E. et al. Revisiting Amyand's hernia: a 20-year systematic review. *World Journal of Surgery*. 2021;45:1763-1770. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-021-05983-y>
- Oyewale SO, Ariwoola AO. Outcomes in the surgical management of giant inguinal hernias: A systematic review. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*. 2023;6(1):6-13. Disponible en: DOI: 10.4103/ijawhs.ijawhs\_4\_2
- Farshid S, Eghbal M, Abyar B, Mohammadi S, Dindarian S. Hernia inguinoescrotal gigante reparada mediante técnica combinada de Bassini y Lichtenstein. *Revista médica de la Universidad Dr. DY Patil*. 2019;12(4):367-369. Disponible en: DOI: 10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu\_96\_18
- Begliardo FL, Arias PM, Corpacci M, Albornoz PD, Lerda AF. Tratamiento de la hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de domicilio: un desafío quirúrgico/Treatment of giant inguinoscrotal hernia with loss of domain: a surgical challenge. *Rev Hispanoam Hernia*. 2018;6(2):96-99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.83>
- Litchinko A, Botti P, Meurette G, Ris F, Dupuis A. A Unique Case of Perforated Appendicitis in a Giant Incarcerated Right-Sided Inguinal Hernia: Challenges and Surgical Management. *Am J Case Rep*. 2023;24:e941649 Disponible en: doi:10.12659/AJCR.941649
- Rudiman R, Winata AA. Giant Left-Sided Amyand's Hernia: A Challenging Procedure in a Rural Hospital. *Case Rep Gastroenterol*. 2018;12(3):646-652. Disponible en: doi:10.1159/000493182
- Khalid H, Khan NA, Aziz MA. Amyand's hernia a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021;86:106332. Disponible en: doi:10.1016/j.ijscr.2021.106332
- Radboy M, Kalantari ME, Einafshar N, Zandbaf T, Bagherzadeh A A, Moghani MSA. Amyand hernia as a rare cause of abdominal pain: A case report and literature review. *Clinical Case Reports*. 2023;11(10):7929. Disponible en: doi:10.1002/ccr3.7929
- Armas BA, Agramante O. Maniobras y artificios quirúrgicos en la hernia inguinal. *Rev Cubana Cir*. 2015;54(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932015000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300001&lng=es) [citado 2023 Dic 26]
- Armas BA. Aportes de cirujanos argentinos y cubanos en hernia inguino crural. *Rev. Archivo Médico de Camagüey*. 2019;23(4):431-434. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000400431](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400431) [citado 2023 Dic 30]
- Fujinaka R, Urade T, Fukuoka E, Murata K, Mii Y, Sawa H, Kuroda D. et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal approach for giant inguinal hernias. *Asian Journal of Surgery*. 2019;42(1):414-419. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2017.12.004>
- Vrsalovic N, Aviles AV, Ortiz FM. Hernia de Amyand, Manejo Quirúrgico ante un Diagnóstico Infrecuente. *Gaceta Médica Boliviana*. 2022;45(1):60-63. Disponible en: <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/14> [citado 2024 Feb 16]
- Saliou M, Rodríguez Z, Joubert G, Gavilán RL, Casamayor E. Complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales. *Revista Cubana de Cirugía*. 2019;58(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932019000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200004) [citado 2023 Dic 26]
- 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10029-006-0153-8>
- Sun SL, Chen KL, Gauci C. Appendiceal Abscess Within a Giant Amyand's Hernia: A Case Report. *Cureus*. 2023;15(3):e36947 Disponible en: doi:10.7759/cureus.36947
- Riojas A, Hinostroza MA, Gutierrez M, Gutierrez P, Anguiano L, Estevez SC. Amyand's hernia in a patient with acute complicated diverticulitis. A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2023;112:108972. Disponible en: doi:10.1016/j.ijscr.2023.108972