

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1261>

Hernia de Amyand detectada como hallazgo intraoperatorio: Reporte de dos casos

Amyand Hernia Detected as an Intraoperative Finding: Report of Two Cases

Juan Carlos Morón Márquez

jcmoron@fucsalud.edu.co

<https://orcid.org/0009-0008-0905-5143>

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud
Bogotá D.C. – Colombia

Ricardo José Monterroza Montes

ricajose19@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4167-4132>

Universidad Metropolitana de Barranquilla
Barranquilla – Colombia

Raúl Steven Jiménez Vargas

raul_7jimenez@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1064-6054>

Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Zipaquirá – Colombia

Maria Juliana Ibarra Arcos

juibarra06@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8960-5510>

Universidad del Magdalena
Santa Marta – Colombia

Artículo recibido: 10 mayo 2025 - Aceptado para publicación: 20 junio 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

Introducción: La hernia de Amyand es un hallazgo infrecuente, caracterizado por la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario. Este caso ilustra la importancia de reconocer este hallazgo intraoperatorio, el cual puede alterar la estrategia quirúrgica. **Principales hallazgos clínicos:** Un paciente masculino de 76 años ingresó para herniorrafia umbilical e inguinal derecha. **Intraoperatoriamente,** se identificó una hernia de Amyand. **Diagnóstico y manejo:** Se realizó apendicectomía abierta, herniorrafia umbilical e inguinal, y reducción intestinal. El procedimiento transcurrió sin complicaciones y el paciente tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria. **Conclusión:** La identificación de una hernia de Amyand puede modificar el manejo quirúrgico y prevenir complicaciones futuras. Este reporte destaca la importancia de considerar apendicectomía en estos casos.

Palabras clave: hernia de amyand, hernia inguinal, apendicectomía, reporte de caso, manejo quirúrgico

ABSTRACT

Introduction: Amyand hernia is an uncommon finding characterized by the presence of the cecal appendix within a hernial sac. This case illustrates the importance of recognizing this intraoperative finding, which can alter the surgical strategy. **Main clinical findings:** A 76-year-old male patient was admitted for umbilical and right inguinal herniorrhaphy. Intraoperatively, an Amyand hernia was identified. **Diagnosis and management:** Open appendectomy, umbilical and inguinal herniorrhaphy, and intestinal reduction were performed. The procedure was uneventful, and the patient had a satisfactory postoperative recovery. **Conclusion:** The identification of an Amyand hernia can modify surgical management and prevent future complications. This report highlights the importance of considering appendectomy in such cases.

Keywords: amyand hernia, inguinal hernia, appendectomy, case report, surgical management

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La hernia de Amyand es una condición rara en la que el apéndice vermiforme se encuentra dentro de un saco herniario inguinal, ya sea con o sin inflamación (1). Fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735, cuando realizó la primera apendicectomía en un niño con esta condición. Representa menos del 1% de todas las hernias inguinales, lo que la convierte en un hallazgo clínico y quirúrgico de notable interés (2). Este tipo de hernia se clasifica como un hallazgo incidental en la mayoría de los casos, debido a su presentación asintomática o a síntomas inespecíficos que imitan los de una hernia inguinal común (3).

El reconocimiento intraoperatorio de esta entidad tiene implicaciones significativas para la estrategia quirúrgica, especialmente en relación con la decisión de realizar una apendicectomía (4). En pacientes asintomáticos, la extracción del apéndice puede ser controversial, pero está respaldada en casos donde hay riesgo de complicaciones futuras, como apendicitis o infecciones relacionadas con la reparación herniaria. Esto subraya la importancia de un manejo quirúrgico adecuado, personalizado y basado en la evaluación intraoperatoria (5).

Los casos presentados destacan un hallazgo incidental de hernia de Amyand durante una cirugía programada para herniorrafia umbilical e inguinal derecha. Este reporte no solo describe el manejo quirúrgico llevado a cabo, sino que también enfatiza la importancia de estar preparado para ajustar la estrategia operatoria ante descubrimientos inesperados. En última instancia, este caso refuerza la necesidad de concienciar a los cirujanos sobre la posibilidad de esta rara entidad y su impacto en el manejo quirúrgico.

Caso 1

Información del paciente

Datos demográficos: El paciente es un hombre de 76 años, sin antecedentes patológicos relevantes conocidos ni cirugías previas reportadas. Vive en un área rural (Vereda El Carmen de la Plata, Neiva) y no refiere antecedentes familiares de enfermedades hereditarias ni condiciones relevantes desde el punto de vista genético o psicosocial. Está afiliado al sistema de salud pública (Nueva EPS).

Motivo de consulta: El paciente acudió al hospital para realizarse una herniorrafia programada debido a dos hernias reductibles diagnosticadas previamente: una a nivel umbilical y otra a nivel inguinal derecho.

Historia clínica: Antes de la cirugía, el paciente refirió dolor abdominal de intensidad 10/10, generalizado, sin localización específica. Negó otros síntomas acompañantes, como fiebre, náuseas, vómitos o alteraciones en el hábito intestinal. No presentó datos sugestivos de obstrucción intestinal ni signos de inflamación aguda.

Historia familiar y psicosocial: No se documentaron antecedentes familiares de importancia médica. Desde el punto de vista psicosocial, el paciente mantiene autonomía

funcional a pesar de vivir en una zona rural de acceso limitado. No se identificaron factores psicosociales que influyeran en su estado de salud o en su capacidad para adherirse al tratamiento.

Intervenciones previas: El paciente no tenía intervenciones quirúrgicas previas ni un historial de manejo médico relevante antes del ingreso.

Hallazgos clínicos

En la evaluación prequirúrgica, el paciente se encontraba en condiciones generales aceptables, sin signos de enfermedad sistémica activa. El examen físico reveló lo siguiente:

- **Signos vitales:** Presión arterial de 100/75 mmHg, frecuencia cardíaca de 65 lpm, frecuencia respiratoria de 15 rpm, saturación de oxígeno al 97%, y temperatura corporal de 36.4 °C.
- **Examen físico general:** Estado de alerta, afebril, hidratado, con mucosas orales húmedas y sin signos de deshidratación. Las conjuntivas eran normocrómicas y anictéricas.
- **Región abdominal:** Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Se identificaron dos defectos herniarios reductibles: uno a nivel umbilical (diámetro aproximado de 2 cm) y otro a nivel inguinal derecho. Ambos eran reductibles manualmente y no presentaban signos de incarceration ni de inflamación aguda.
- **Extremidades:** Sin edemas periféricos ni alteraciones vasculares. Llenado capilar menor a dos segundos.
- **Examen neurológico:** Sin déficits motores ni sensitivos. Orientado en tiempo, lugar y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Evaluación diagnóstica

Métodos diagnósticos: El diagnóstico inicial se basó en una evaluación clínica exhaustiva preoperatoria, incluyendo historia clínica detallada y examen físico completo. Se diagnosticaron dos hernias reductibles: una a nivel umbilical y otra a nivel inguinal derecho, para las cuales se programó una cirugía electiva. La hernia de Amyand, caracterizada por la presencia del apéndice cecal dentro del saco herniario, se identificó de manera incidental durante el procedimiento quirúrgico, ya que este hallazgo no era evidente en la evaluación preoperatoria. La evaluación intraoperatoria permitió el diagnóstico definitivo.

Desafíos diagnósticos: El principal desafío diagnóstico fue la naturaleza incidental de la hernia de Amyand, la cual es rara y típicamente no se detecta en estudios de imágenes o exámenes físicos rutinarios, a menos que exista inflamación del apéndice o complicaciones asociadas. En este caso, el paciente no presentaba signos clínicos ni paraclínicos que sugirieran inflamación o incarceration previa al procedimiento, lo que limitó la posibilidad de un diagnóstico prequirúrgico.

Diagnósticos diferenciales considerados

1. **Hernia inguinal simple:** Inicialmente considerada debido a la presentación clínica y al examen físico, que reveló una hernia reductible sin signos de complicación.

2. **Hernia encarcerada:** Aunque el paciente no presentó signos de encarceración (como dolor severo localizado o ausencia de peristaltismo), este diagnóstico diferencial fue descartado durante la exploración quirúrgica.

Intervención terapéutica

Intervención quirúrgica: Se realizó un abordaje quirúrgico combinado que incluyó:

1. **Apendicectomía abierta:** Decisión tomada ante el hallazgo del apéndice cecal dentro del saco herniario inguinal (hernia de Amyand), incluso sin inflamación aparente, para prevenir complicaciones futuras como apendicitis o infecciones postoperatorias relacionadas con la reparación herniaria.
2. **Herniorrafia inguinal derecha:** Clasificada como Nyhus II, se realizó utilizando suturas con técnica estándar para reparar el defecto de la pared abdominal.
3. **Herniorrafia umbilical:** Reparación simultánea del defecto herniario umbilical con cierre primario del defecto utilizando material de sutura no absorbible.

Razonamiento: La apendicectomía fue realizada como medida preventiva para evitar complicaciones futuras, alineada con el manejo quirúrgico sugerido en la literatura para hernias de Amyand asintomáticas. Las reparaciones herniarias se llevaron a cabo para corregir los defectos anatómicos preexistentes.

Evolución intraoperatoria: El procedimiento transcurrió sin complicaciones. Se utilizó anestesia raquídea y se documentó buena tolerancia al procedimiento. Las heridas quirúrgicas fueron suturadas y cubiertas con apósitos estériles.

Seguimiento y desenlaces

Resultados postoperatorios

- El paciente mostró una recuperación favorable, sin signos de irritación peritoneal, infección o complicaciones quirúrgicas inmediatas.
- Los signos vitales se mantuvieron estables durante el monitoreo postoperatorio. Las heridas quirúrgicas permanecieron limpias, sin signos de infección ni hematomas.

Seguimiento

1. **Corto plazo:** El paciente fue dado de alta hospitalaria en condiciones clínicas estables con recomendaciones específicas para el cuidado de las heridas y restricciones físicas.
2. **Mediano plazo:** Se programó una cita de control en un mes con el servicio de cirugía general para evaluar la evolución clínica y revisar el informe de patología del apéndice.
3. **Eventos adversos:** No se reportaron eventos adversos o complicaciones hasta el momento del alta hospitalaria.

Tabla 1*Línea de tiempo del caso 1*

Fecha	Evento
31/05/2024	Ingreso para herniorrafia umbilical e inguinal.
31/05/2024	Hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand.
31/05/2024	Apendicectomía, herniorrafias realizadas.
01/06/2024	Evaluación postoperatoria favorable.
01/06/2024	Alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

Caso 2**Información del paciente**

El paciente es un hombre de 69 años, residente en la ciudad de Neiva, que no presentaba antecedentes médicos o quirúrgicos significativos, salvo un diagnóstico previo de gota que se encontraba mal controlada. Vive en un entorno urbano y no se identificaron barreras psicosociales que pudieran interferir con su adherencia al tratamiento médico. El paciente no reportó cirugías previas, y tampoco se encontraron antecedentes familiares relevantes.

El motivo de consulta inicial fue un dolor progresivo en la región inguinoescrotal derecha, asociado a un aumento de volumen en la misma área. La evaluación clínica y estudios ecográficos realizados previamente identificaron una hernia inguinoescrotal no reductible, lo que llevó a la decisión de programar una intervención quirúrgica. Durante la anamnesis, el paciente negó la presencia de síntomas adicionales como náuseas, vómitos, fiebre o alteraciones en el hábito intestinal.

Hallazgos clínicos

En la evaluación preoperatoria, el paciente mostró condiciones generales aceptables. Los signos vitales iniciales fueron normales, con una presión arterial de 110/70 mmHg, una frecuencia cardíaca de 68 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación de oxígeno al 98%, y una temperatura corporal de 36.3 °C. El examen físico reveló un abdomen blando, depresible, sin evidencia de dolor a la palpación ni signos de irritación peritoneal. Sin embargo, se palpó un saco herniario en la región inguinoescrotal derecha que no era reducible, sin cambios de coloración ni signos de obstrucción intestinal.

En el seguimiento posquirúrgico, el paciente presentó un edema severo en el área escrotal acompañado de dolor significativo a la palpación. Este hallazgo fue abordado mediante un manejo conservador, que incluyó el uso de soporte escrotal y crioterapia.

Línea de tiempo

- **24/06/2024:** Ingreso inicial a urgencias por edema testicular y dolor progresivo.
- **04/06/2024:** Procedimiento quirúrgico programado con herniorrafia inguinal derecha y apendicectomía.

- **06/06/2024:** Alta hospitalaria con evolución estable y sin complicaciones inmediatas.
- **24/06/2024:** Reingreso por complicaciones posquirúrgicas, principalmente edema y dolor escrotal.

Evaluación diagnóstica

El diagnóstico inicial se realizó mediante una evaluación clínica y ecográfica que confirmó la presencia de una hernia inguinoescrotal no reductible. No se encontraron signos sugestivos de complicaciones en ese momento. Durante la cirugía programada, se identificó de manera intraoperatoria una hernia de Amyand, caracterizada por la presencia de intestino delgado, ciego y apéndice cecal en el saco herniario.

El principal desafío diagnóstico fue la naturaleza incidental del hallazgo de la hernia de Amyand, que no presentó signos o síntomas específicos antes de la intervención quirúrgica. Esto resalta la importancia de una evaluación exhaustiva durante el procedimiento quirúrgico.

Los diagnósticos diferenciales considerados incluyeron:

- Hernia inguinoescrotal encarcelada.
- Hidrocele asociado.
- Orquitis reactiva.

Intervención terapéutica

El manejo quirúrgico consistió en varias intervenciones clave. Se realizó una apendicectomía debido a la presencia del apéndice cecal en el saco herniario, una medida preventiva para evitar posibles complicaciones futuras, como apendicitis o infecciones relacionadas con la reparación herniaria. También se realizó una herniorrafia inguinal derecha, clasificada como Nyhus IIIB, con reparación del saco herniario deslizado y reducción intestinal para devolver los órganos al abdomen.

El manejo posquirúrgico incluyó un régimen antibiótico basado en ampicilina/sulbactam para prevenir infecciones, así como un enfoque analgésico multimodal con dipirona, diclofenaco y acetaminofén. Para el edema escrotal observado en el seguimiento, se utilizaron medidas conservadoras que incluyeron crioterapia localizada y soporte escrotal.

Seguimiento y desenlaces

En el seguimiento inmediato, el paciente presentó una evolución clínica favorable tras el procedimiento quirúrgico, lo que permitió su alta hospitalaria en condiciones estables. Sin embargo, en el control posterior, desarrolló un edema escrotal significativo acompañado de dolor moderado a severo, lo que motivó un nuevo ingreso para evaluación y manejo conservador. Las medidas implementadas lograron aliviar los síntomas, y el paciente fue dado de alta nuevamente con instrucciones específicas para el cuidado en casa.

En el seguimiento ambulatorio posterior, el paciente mostró una evolución favorable, sin evidencia de complicaciones mayores. Su estado general al cierre del caso fue satisfactorio,

destacando la importancia de un seguimiento cercano para evitar y manejar posibles complicaciones tardías.

DISCUSIÓN

La hernia de Amyand, una condición poco frecuente en la que el apéndice vermiforme se encuentra dentro de un saco herniario inguinal, representa un gran desafío para los cirujanos debido a su naturaleza incidental y la necesidad de toma de decisiones quirúrgicas en el momento del hallazgo (6). Aunque se ha descrito como una entidad poco común, los dos casos presentados subrayan la importancia de estar preparados para reconocer y manejar esta condición durante la realización de procedimientos intraoperatorios (7).

En ambos casos, la hernia de Amyand fue identificada como un hallazgo inesperado durante cirugías programadas para reparar defectos herniarios inguinales y escrotales (8). Este diagnóstico alteró el enfoque quirúrgico inicialmente planeado, demostrando así la importancia de adaptar las decisiones operatorias en tiempo real. La decisión de realizar una apendicectomía en el momento del hallazgo fue imprescindible (9). Este enfoque preventivo está respaldado por evidencia que sugiere que dejar el apéndice in situ puede predisponer a los pacientes a complicaciones futuras, como apendicitis o infecciones derivadas de la contaminación durante la reparación de la hernia (10, 11).

La apendicetomía evita una contaminación bacteriana que convierte una cirugía limpia en una procedimiento limpio-contaminado; por lo tanto, se reduce el riesgo de infección postoperatoria (12, 13).

En el primer caso, que involucró a un hombre de 76 años, el procedimiento fue exitoso y el paciente tuvo una recuperación postoperatoria sin complicaciones. Sin embargo, en el segundo caso, un paciente masculino de 69 años, el curso postoperatorio se caracterizó por edema escrotal y dolor, lo que pone en evidencia las posibles complicaciones postoperatorias asociadas con la reparación de hernias en contextos complejos como la hernia de Amyand. A pesar de estos desafíos, el manejo conservador y el seguimiento adecuado permitieron una recuperación satisfactoria.

Estos casos destacan varios aspectos clave en el manejo de las hernias de Amyand (14, 15):

1. **Diagnóstico intraoperatorio:** La mayoría de las hernias de Amyand no se detectan en el preoperatorio, lo que resalta la importancia de una evaluación quirúrgica minuciosa y la preparación ante hallazgos inesperados.
2. **Apendicectomía como estándar preventivo:** En ambas cirugías, la extracción del apéndice —incluso sin signos de inflamación— fue un componente central del abordaje. Esta medida no solo previene una apendicitis futura, sino que también minimiza el riesgo de contaminación bacteriana que pueda interferir con la reparación herniaria, garantizando que los materiales utilizados se mantengan libres de patógenos.

3. **Complicaciones postoperatorias:** Aunque poco frecuentes, pueden presentarse complicaciones como el edema escrotal, las cuales deben manejarse eficazmente para asegurar un resultado óptimo. Estas complicaciones resaltan la importancia de un seguimiento cercano y de la educación del paciente sobre los signos de alerta.

CONCLUSIÓN

En general, los casos presentados reafirman la necesidad de que los cirujanos adopten un enfoque flexible y basado en la evidencia al enfrentarse a hallazgos incidentales como la hernia de Amyand. La apendicectomía intraoperatoria no solo es una medida prudente, sino que además previene posibles complicaciones al preservar la integridad de un campo quirúrgico limpio, lo que finalmente mejora los resultados a largo plazo para el paciente. A medida que se publiquen y compartan más reportes de casos en la literatura, podrán establecerse estándares más sólidos para el manejo de esta condición (16,17). Estos casos contribuyen a ese cuerpo de conocimiento, recordando que los hallazgos incidentales pueden redefinir el éxito quirúrgico cuando se manejan adecuadamente.

REFERENCIAS

1. Almetaher HA, Mansour MA, Arafa MA. (2020). *Management of Amyand's hernia in children: should appendectomy be mandatory or not? Annals of Pediatric Surgery.* 2020;16:14. DOI:10.1186/s43159-020-00021-3.
2. Bhatti SI, Hashmi MU, Tariq U, Bhatti HI, Parkash J, Fatima Z. (s.f.). *Amyand's Hernia: A Rare Surgical Pathology of the Appendix.* Cureus. 10(6):e2827.
3. Doyle GS, McCowan C. (2008). *Amyand hernia: a case of an unusual inguinal herniace.* Am J Emerg Med. 2008 Jun;26(5):637.e5-6.
4. Doyle GS, McCowan C. (2008). *Amyand hernia: a case of an unusual inguinal herniace.* Am J Emerg Med. 2008 Jun;26(5):637.e5-637.e6.
5. D'Amata G, Del Papa M, Palmieri I, Florio G, Musmeci L, Manzi F, Del Vecchio C, Carnì P, Crovaro M, Buonocore V. (2019). *Amyand's hernia with acute phlegmonous appendicitis: case report.* G Chir. 2019 Nov;40(6):587–589. PMID:32007124.
6. Kakodkar P, Neo WX, Khan MHT, Baig MN, Khan T. (2020). *An Incidental Discovery of Amyand's Hernia: A Case Study and Literature Review on Its Intraoperative Management.* Cureus. 2020 Dec 2;12(12):e11858.
7. Karatas A, Makay O, Salihoğlu Z. (2009). *Can preoperative diagnosis affect the choice of treatment in Amyand's hernia? Report of a case.* Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2009 Apr;13(2):225–7.
8. Losanoff JE, Basson MD. (2008). *Amyand hernia: a classification to improve management.* Hernia. 2008;12(4):325–326. DOI:10.1007/s10029-008-0331-y.
9. Manatakis DK, Tasis N, Antonopoulou MI, Anagnostopoulos P, Acheimastos V, Papageorgiou D, et al. (2021). *Revisiting Amyand's hernia: a 20-year systematic review.* World J Surg. 2021;45(6):1763–1770. DOI:10.1007/s00268-021-05983-y.
10. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. (2015). *Amyand's hernia: a case series with critics of role of appendectomy.* Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2015 Dec;19(6):987–90.
11. Milanchi S, Allins AD. (2008). *Amyand's hernia: history, imaging, and management.* Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2008 Jun;12(3):321–2.
12. Psarras K, Lalountas M, Baltatzis M, Pavlidis E, Tsitlakidis A, Symeonidis N, et al. (2011). *Amyand's hernia-a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: a case series.* J Med Case Reports. 2011 Dec;5(1):463.