

# HERNIA DE AMYAND DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO

## AMYAND'S HERNIA INTRAOPERATIVE DIAGNOSIS

MARCELO QUIROGA FELIPEZ <sup>1</sup> EDITH MONJE ARANIBAR <sup>2</sup>

1. Cirugía General-Laparoscopia Avanzada  
2. Estudiante de Medicina Sexto Semestre

### RESUMEN

Las hernias inguinales constituyen una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, existiendo una mayor predisposición en el sexo masculino, atribuida principalmente a las características por su anatomía en el canal inguinal. Sin embargo, que contenga el apéndice cecal en el interior del saco herniario inguinal, se define como hernia de Amyand. Generalmente el diagnóstico se establece de manera intraoperatoria, dado que se trata de una patología infrecuente, y en la mayoría de los casos se confunde con una hernia inguinal encarcelada. Se presenta el siguiente caso clínico de cronología inusual, con la finalidad de analizar el abordaje clínico e intraoperatorio convencional, así como de individualizar el manejo terapéutico de esta patología.

**Correspondencia a:**  
Nombre: Edith Monje Aranibar  
Correo electrónico:  
emonjearanibar@gmail.com  
Telf.: 65322102

**Palabras clave:** Hernia, Hernia inguinal, Intraoperatorio

**Keywords:** Hernia, Inguinal hernia, Intraoperative

### ABSTRACT

Inguinal hernias are one of the most frequent surgical pathologies in our setting, with a greater predisposition in males, attributed mainly to the anatomical characteristics of the inguinal canal. However, when the appendix is contained within the inguinal hernial sac, it is defined as an Amyand's hernia. Diagnosis is generally established intraoperatively, given that it is an uncommon pathology, and in most cases, it is confused with an incarcerated inguinal hernia. The following clinical case, with its unusual chronology, is presented to analyze the conventional clinical and intraoperative approach, as well as to individualize the therapeutic management of this pathology.

**Procedencia y arbitraje:** no comisionado, sometido a arbitraje externo.  
**Recibido para publicación:** 26-10-2024  
**Aceptado para publicación:** 30-07-2025

**Citar como:**  
Marcelo Quiroga F, Monje Aranibar E. Hernia de Amyand Diagnóstico Intraoperatorio Rev. Cient. Cienc. Med. 2025; 28(2): 55 - 59

### INTRODUCCIÓN

Una hernia inguinal es la protrusión del contenido de la cavidad abdominal a través del canal inguinal. De manera general, se clasifican en hernias directas (al debilitamiento de la pared posterior abdominal, por un aumento de la presión intraabdominal) e indirectas (ala extensión del intestino u otra estructura a través del defecto en el anillo inguinal) <sup>1,3</sup>, con base en el sitio de herniación, respecto a las estructuras circundantes. La hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice cecal en el interior del saco herniario inguinal <sup>2</sup>. El apéndice puede hallarse en diferentes estados: normal, inflamado, perforado o gangrenoso, siendo la primera situación la más frecuente <sup>1,2</sup>. La frecuencia de la hernia inguinal que contiene el apéndice cecal es baja, alrededor del 1%. El riesgo de complicación apendicular con inflamación aguda es aún menor, alcanzando 0,07% a 0,13% <sup>4</sup>.

El diagnóstico suele establecerse de forma intraoperatoria, ya que se trata de una patología infrecuente, sin clínica específica y

que requiere una alta sospecha diagnóstica, por ello, en la mayoría de los casos se confunde con una hernia inguinal encarcelada <sup>5</sup>.

La clasificación de Losanoff y Basson, orienta el manejo quirúrgico recomendado para diferentes tipos de hernia de Amyand <sup>5</sup>. Esta clasificación, basada en el estado inflamatorio del apéndice, propone abordajes que varían desde la reducción simple de la hernia, hasta una apendicectomía asociada a laparotomía exploratoria en casos de apendicitis aguda asociada a sepsis abdominal.

No obstante, persisten controversias en el manejo quirúrgico, dado que la ausencia de una clínica específica obliga a evaluar de manera individual los antecedentes, comorbilidades, planteando un tratamiento clínico-quirúrgico óptimo a cada paciente, reduciendo las complicaciones postoperatorias. Por ello, se presenta el 1º caso de hernia de Amyand diagnosticado de forma intraoperatoria en el Servicio de Cirugía General durante los últimos tres años de atención.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni quirúrgicos de relevancia, acude al servicio de emergencia del Hospital del Norte por presentar un cuadro clínico de +/- 2 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal inicialmente en región hipogástrico, de inicio insidioso que se irradia a fosa ilíaca derecha, dolor tipo espasmódico-opresivo, de intensidad moderada, refiere atenuar el dolor con la ingesta de diclofenaco vía oral. Paciente niega fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, disuria o síntomas urinarios. Ingresa al servicio con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo quirúrgico.

Al examen físico paciente se encontraba en regular estado general, hemodinámicamente estable, consiente, orientado en tiempo, espacio y persona. Con signos vitales de: Presión arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia cardíaca: 82 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Temperatura: 36,8 °C, Saturación de oxígeno: 98%.

Abdomen: simétrico, plano, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha, ruidos hidroaéreos positivos normoactivos. Signos apendiculares positivos: Blumberg (+) MacBurney (+), Psoas (-), Abductores (-), Rovsing (-), sin signos de irritación peritoneal generalizada.

Región Inguinal derecha: No se evidencia protrusión visible ni palpable, maniobra de Valsalva negativa.

A su ingreso, se solicitan exámenes complementarios.

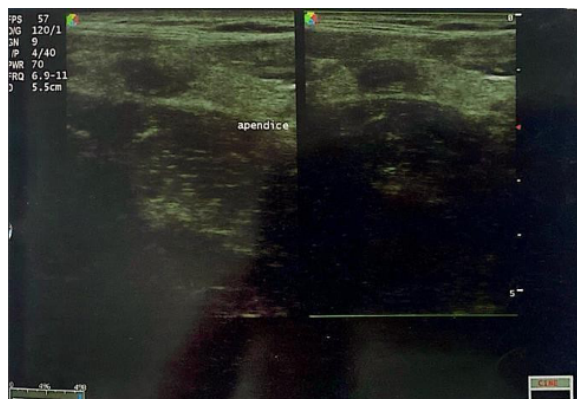
Laboratorios con resultados de: Leucocitos: 5.640/mm<sup>3</sup> (Valor de referencia: 4.000– 10.000/mm<sup>3</sup>), Neutrófilos: 63 % (Valor de referencia: 40–70 %), Proteínas totales: 6,9 g/dL (Valor de referencia: 6,4–8,3 g/dL), Urea: 37 mg/dL (Valor de referencia: 15–45 mg/dL), Creatinina: 1,0 mg/dL (Valor de referencia: 0,7–1,3 mg/dL), Proteína C Reactiva (PCR): positiva (12 mg/L) (Valor de referencia: <5 mg/L), Reacción de Widal (-).

En la ecografía abdominal inicial de fosa ilíaca derecha no se logró identificar la anatomía del apéndice cecal. **Ver Figura 1**; Ante la persistencia del dolor, se realizó una segunda ecografía abdominal, evidenciándose un apéndice cecal de 31x9 mm, pared de 2 mm, luz apendicular de 5 mm. Refiriendo signos sugerentes de apendicitis aguda. **Ver Figura 2**.

No se requirieron interconsultas adicionales, dado el buen estado clínico general del paciente.



**Figura 1:** Primera ecografía de partes blandas región inguino-pelvica. Sin evidencia de apéndice cecal.



**Figura 2:** Segunda ecografía de partes blandas región inguino-pelvica. Se evidencia presencia de apéndice cecal, sugerente a apendicitis

Por lo cual sugiere intervención quirúrgica de urgencia; se realiza una laparoscopia exploradora; evidenciándose en el intraoperatorio un anillo herniario inguinal derecho indirecto de +/-1,5 cm, (**Ver Figura 3**), cuyo contenido correspondía al apéndice cecal de +/- 10 cm de longitud por 9 mm de diámetro, caracterizado por una necrosis en su tercio distal, sin compromiso de la base apendicular (**Ver Figura 2 - 4**).

El apéndice se encontraba localizado dentro del saco herniario inguinal derecho indirecto, compatible con hernia de Amyand. Se procede a realizar una apendicetomía vía laparoscópica, sin complicaciones intraoperatorias.

En el postoperatorio inmediato, el paciente evolucionó de manera favorable, permaneciendo hemodinámicamente estable, afebril y con adecuada tolerancia a la vía oral. Se instauró tratamiento médico con Solución Ringer normal, Cefotaxima 1 g, Metoclopramida 10 mg, Metamizol 1 g, Ketorolaco 60 mg a requerimiento, Omeprazol 40mg.

El paciente fue dado de alta sin complicaciones, con controles ambulatorios periódicos. Tras 6 meses de seguimiento, sin evidencia de infección ni recurrencia de síntomas,

posteriores al procedimiento quirúrgico, se considera realizar una hernioplastia por segunda intención, bajo la técnica de Transabdominal PrePeritoneal (TAPP) laparoscópica con malla sintética de polipropileno monofilamento, macroporosa, esto permitiendo una mejor adherencia tisular, sin complicaciones y una rápida recuperación funcional del paciente.



**Figura 3:** Intraoperatorio donde se evidencia apéndicececal sin compromiso de la base apendicular, hallazgo de 2/3 necrosis de apéndice cecal.



**Figura 4:** Se evidencia defecto de anillo herniario, sin presencia de saco herniario

## DISCUSIÓN

Se define como “Abdomen Agudo” al dolor abdominal de aparición repentina e intensidad severa, que requiere una medida terapéutica inmediata<sup>8</sup>. El dolor puede ser de tipo visceral, somático o referido. En este contexto, el abdomen agudo representa aproximadamente entre el 5 % y el 10 % de las visitas al servicio de emergencia. Saber diferenciar el tipo de abdomen agudo al que nos enfrentamos nos permite redirigir al paciente hacia un manejo adecuado.

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente a nivel mundial, con un riesgo estimado del 8,6% en

hombres y del 6,9% en mujeres. Reportando una tasa de incidencia estandarizada en Bolivia, Perú y Ecuador<sup>14</sup>.

El paciente presentó un cuadro clínico de inicio insidioso, constante y difuso en hipogastrio, acompañado de dolor de tipo visceral con migración al cuadrante inferior derecho, hallazgo que muestra una alta especificidad (95 %) y un elevado valor predictivo positivo (84 %) para abdomen agudo a descartar<sup>11,12</sup>.

Durante la evaluación clínica se emplearon diversos signos semiológicos orientados a descartar o confirmar una apendicitis aguda. El punto de McBurney se identifica por la presencia de hipersensibilidad máxima, el signo de Blumberg por sensibilidad al rebote directo, el signo de Rovsing se manifiesta como dolor en el cuadrante inferior derecho al comprimir el cuadrante inferior izquierdo por desplazamiento de gases localizado en el colón, el cual choca con el apéndice inflamado. Asimismo, los signos del Psoas y Obturador indican un foco de irritación peritoneal en la proximidad de dichos músculos<sup>11</sup>. Siendo que los últimos tres signos se evidencian negativos en el paciente a la exploración física, por la incorrecta ubicación anatómica del apéndice cecal. Por ello, el uso de estudios complementarios, como la ecografía abdominal resulta de gran utilidad diagnóstica, con una sensibilidad del 59-96% y una especificidad del 83 - 98%<sup>8</sup>, siendo un procedimiento de compresión graduada<sup>9</sup>.

Clínicamente, la sospecha de apendicitis aguda se ha sustentado tradicionalmente en la anamnesis y la exploración física del paciente; sin embargo, en las últimas décadas se han propuesto diversos sistemas de estratificación que combinan hallazgos clínicos y resultados de pruebas complementarias, siendo el más usado, la clasificación de Alvarado, aunque múltiples estudios han demostrado su valor predictivo negativo (VPN), especialmente en pacientes con puntuación intermedia, es limitado<sup>9</sup>; En este escenario, la ecografía abdominal adquiere un papel fundamental en el diagnóstico, la identificación de un apéndice dilatado (>6 mm), aperistáltico, no compresible y acompañado de inflamación del mesoapéndice, constituye un hallazgo altamente sugestivo de apendicitis aguda.

Evidenciando en este caso clínico que los signos característicos apendiculares no se manifestaron con la intensidad habitual debido a la ingesta previa de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por parte del paciente; lo que condicionó una puntuación intermedia en

la escala de Alvarado, laboratorios dentro de parámetros, haciendo más difuso el cuadro clínico para apendicitis aguda, la ecografía nos evidencia un defecto en la pared abdominal sugestivo a hernia inguinal.

Si bien el diagnóstico y manejo de la hernia de Amyand no se encuentran claramente estandarizados, la evolución clínica del paciente, su sintomatología y los estudios complementarios apoyaron la decisión de una intervención quirúrgica de apendicectomía, seguida de una evaluación posterior para hernioplastia. Este enfoque permite disminuir el riesgo de complicaciones postoperatorias asociadas a ambos procedimientos, entre las más frecuentes se describen infecciones, seromas, hematomas, dolor crónico, lesión de estructuras vecinas y recurrencia de la hernia<sup>10</sup>. Diversos estudios reportan una mayor tasa de infección en hernias encarceradas, recidivantes y cruales, especialmente en pacientes de edad avanzada, intervenciones prolongadas y cuando se mantiene drenaje a largo tiempo<sup>13</sup>.

Actualmente la hernia de amyand continúa considerándose una patología poco frecuente en nuestro medio. Ante la ausencia de un consenso sobre el manejo clínico-quirúrgico, debemos plantearnos una estrategia terapéutica adecuada basada en la presentación clínica y los hallazgos intraoperatorios.

## CONCLUSIÓN

La hernia de amyand, sigue siendo una patología infrecuente en nuestro medio, al no presentar una clínica específica, precisa de una alta sospecha diagnóstica; establecer un protocolo de manejo específico de la patología resulta difícil, por cual, guiarnos en la clasificación de Losanoff y Basson es fundamental, con el fin de evaluar el manejo al realizar una apendicectomía, la reparación de la herniario la necesidad de laparotomía exploratoria.

Se debe individualizar cada caso, planteando un tratamiento ideal en cada situación, reduciendo complicaciones postoperatorias.

En este sentido, no basta con considerar únicamente si el apéndice encuentra inflamado o no; es esencial integrar otros elementos clínicos y quirúrgicos relevantes, como la fase evolutiva de la apendicitis, el grado de compromiso de los tejidos circundantes, el tipo y tamaño del defecto herniario, los hallazgos e incidencias intraoperatorias, la existencia de cirugías previas en la región inguinal, incluyendo casos de recidiva, así como las comorbilidades del paciente. Solo a través de esta valoración global es posible establecer un manejo óptimo y seguro para cada paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz, Schwartz M. Principios de Cirugía (2 T). 10ma ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Professional Publishing; 1999.
2. Sancho Muriel J, Torregrosa Gallud A, García Pastor P, López Rubio M, Argüelles BG, Bueno Lledó. JA. Hernia de Amyand: presentación de tres casos y revisión bibliográfica. Rev Hispanoam Hernia. 2016;4(3):107–11. Disponible en: <https://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v4i3/original/original3.pdf>
3. Rodríguez-Alvarez MI, Amaya-Muñoz MC, Amaya-Muñoz MJ, Rubio-Duarte AF, Lizcano-Manrique AP. Hernia de Amyand con apéndice perforado y necrosis intestinal: reporte de caso. Rev médicas UIS [Internet]. 2024, 37(2):101–7. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01210319202400020101](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01210319202400020101)
4. Manatakis DK, Tasis N, Antonopoulou MI, Anagnostopoulos P, Acheimastos V, Papageorgiou D, et al. Revisiting Amyand's Hernia: A 20-Year Systematic Review. World Journal of Surgery [Internet]. 2021;45(6):1763–70. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00268-021-05983-y>.
5. Prieto-Montañó J, Reyna-Villasmil E, Santos -Bolívar J. Hernia de Amyand. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2011;34(5):374–5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210570511000793>.
6. Martínez Martínez HG, Pulido López RA, Flores Ávila JE, Manzano Tamez M. Amyand's hernia complicated with cecal necrosis: Presentation of a case and surgical treatment. Cir Andal [Internet]. 2024;35(1):46–9. Disponible en: [https://www.asacirujanos.com/documents/revisita/pdf/2024/Cir\\_Andal\\_vol35\\_n1\\_08.pdf](https://www.asacirujanos.com/documents/revisita/pdf/2024/Cir_Andal_vol35_n1_08.pdf)
7. Buitrago D, Rojas-Rivas S, González-Delatorre A, Terán-Angel G. Hallazgo intraoperatorio de hernia de Amyand: reporte de caso y revisión de literatura. Invest Clin [Internet]. 2023;64(2):226–32. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/ic/v64n2/2477-9393-ic-64-02-226.pdf>
8. Fortea-Sanchis C, Escrig-Sos J, Forcadell-Comes E. Rentabilidad de la ecografía abdominal para el diagnóstico de apendicitis aguda. Análisis global y por subgrupos. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2020;85(1):12–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090619300539>

14. Ruiz Román A. Tratamiento con fagos para bacterias multirresistentes [Trabajo de grado]. Elche: Universidad Miguel Hernández; [Internet] 2021 Jun 9 [citado 2024 Nov 7]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11000/25908>
15. Rhoads DD, Wolcott RD, Kuskowski MA, Wolcott BM, Ward LS, Sulakvelidze A. Bacteriophage therapy of venous leg ulcers in humans: results of a phase I safety trial. *Journal of Wound Care*. [Internet] 2009 Jun;18(6):237–43. [citado 2026 Abr 3]. Disponible en: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/jowc.2009.18.6.42801>
16. Reina J, Reina N. Phage therapy, an alternative to antibiotic therapy? *Rev Esp Quimioter*. [Internet] 2018;31(2):101–4. [citado 2024 Nov 7] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6159377/>
17. Yang Y, Li R, Zhong Q, Guo Y, Wu R, Chen H, et al. In situ gut microbiota editing: enhancing therapeutic efficacy for bacterial colitis by compatible oral hydrogel microspheres with phages. *Nature Communications* [Internet]. 2025 Nov 6 [citado 2025 Nov 21]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-025-65498-1>
18. Uyttebroek S, Chen B, Onsea J, Ruythooren F, Debaveye Y, Devolder D, et al. Safety and efficacy of phage therapy in difficult-to-treat infections: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. [Internet] 2022;22(8):e208–e220. [citado 2026 Ene 8]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35248167/>.
19. Domingo-Calap P, Ferriol-Gonzales C. Fagos como herramientas biomédicas contra superbacterias. *Genética Médica y Genómica* [Internet]. 2023;26(1):61-66. [citado 2025 Nov 6]. Disponible en: [https://genotipia.com/revista\\_gm/gmgrev29-fagos-bacterias/](https://genotipia.com/revista_gm/gmgrev29-fagos-bacterias/)
20. Oechslin F. Resistance development to bacteriophages occurring during bacteriophage therapy. *Viruses*. [Internet] 2018;10(7):351. [citado 2025 Feb 7] Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/10/7/351>
21. Guzzi L. Fagoterapia: una alternativa emergente en la era de la multirresistencia antibiótica. *Actualizaciones Sida Infeccol*. [Internet] 2023;31(112):53–76. [citado 2025 Feb 7] Disponible en: <https://revista.infectologia.info/index.php/revista/es/article/view/123>
22. Oromí-Bosch A, Antani JD, Turner PE. Developing phage therapy that overcomes the evolution of bacterial resistance. *Annu Rev Virol*. [Internet] 2023;10(1):503–24. [citado 2025 Feb 13]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-virology-012423-110530>
23. Walter N, Mirzaei M, Deng L, et al. The Potential of Bacteriophage Therapy as an Alternative Treatment Approach for Antibiotic-Resistant Infections. *Med Princ Pract*. [Internet] 2024;33(1):1–9. [citado 2026 Ene 8]. Disponible en: <https://karger.com/mpp/article/33/1/1/868367/The-Potential-of-Bacteriophage-Therapy-as-an>
24. Pirnay JP, Kutter E. Bacteriophages: it's a medicine, Jim, but not as we know it. *Lancet Infect Dis*. [Internet] 2021 Mar;21(3):309–311. [citado 2026 Ene 8]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30464-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30464-3/abstract)