

Obstrucción intestinal en paciente crítico debida a hernia de Amyand

Intestinal obstruction in a critically ill patient due to Amyand's hernia

César Ensuncho-Hoyos, MD¹ , Salim Barguil-Fernández de Castro, MD² ,
Diana Lara-Fortich, MD² 

¹ Servicio de Cirugía, Clínica Central OHL Ltda., Montería, Colombia; Facultad de Medicina, Universidad del Sinú, Montería, Colombia.

² Consulta Externa, Sanarte IPS, Montería, Colombia.

La hernia de Amyand es un defecto inguinal, usualmente derecho, donde el apéndice cecal está dentro del saco herniario. Ocurre en 0,19-1,7 % de todos los casos de hernias inguinales y es más frecuente en hombres ¹. La incidencia en infantes es mayor que en adultos. Se presenta como apendicitis en el 0,07-0,13 % de los casos, con tasa de perforación del 0,1 %. La mortalidad varía del 14 al 30 % y se relaciona con sepsis de origen abdominal ². La tomografía computarizada (TC) es el estudio de elección. El diagnóstico preoperatorio en pacientes críticos es difícil, y la mayoría se confirman por hallazgos intraoperatorios ³. El tratamiento se basa en la necesidad de apendicectomía y herniorrafia, según la clasificación de Losanoff y Basson ^{4,5}.

Se presenta el caso de un paciente de 75 años, con secuelas neurológicas por ictus isquémico antiguo y marcapasos, postrado en cama, malnutrido, frágil, en estado crítico por sepsis abdominal y pulmonar, portador de gastrostomía disfuncional con retorno de material enteral. La imagen scout (Scout-view) de la TC de abdomen impresionó signos de obstrucción intestinal (Figura 1) y la TC abdominopélvica reportó signos tomográficos de obstrucción intestinal con hernia de Amyand (Figura 2). Fue llevado a laparotomía exploratoria donde se identificó la obstrucción intestinal secundaria a una hernia de Amyand derecha, clasificación Losanoff y Basson tipo 3, con peritonitis de 4 cuadrantes (Índice Pronóstico de Mannheim Score 32 puntos) (Figura 3).

Palabras clave: hernia inguinal; obstrucción intestinal; sepsis; diagnóstico por imagen; tomografía computarizada; laparotomía.

Keywords: inguinal hernia; intestinal obstruction; sepsis; diagnostic imaging; computed tomography; laparotomy.

Fecha de recibido: 18/02/2025 - Fecha de aceptación: 25/02/2025 - Publicación en línea: 23/04/2025

Correspondencia: César Ensuncho-Hoyos, Calle 57 # 11-17, Montería, Colombia. Teléfono: +57 3008170499.

Dirección electrónica: censunch@gmail.com

Citar como: Ensuncho-Hoyos C, Barguil-Fernández de Castro S, Lara-Fortich D. Obstrucción intestinal en paciente crítico debida a hernia de Amyand. Rev Colomb Cir. 2025;40:797-9. <https://doi.org/10.30944/20117582.2891>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

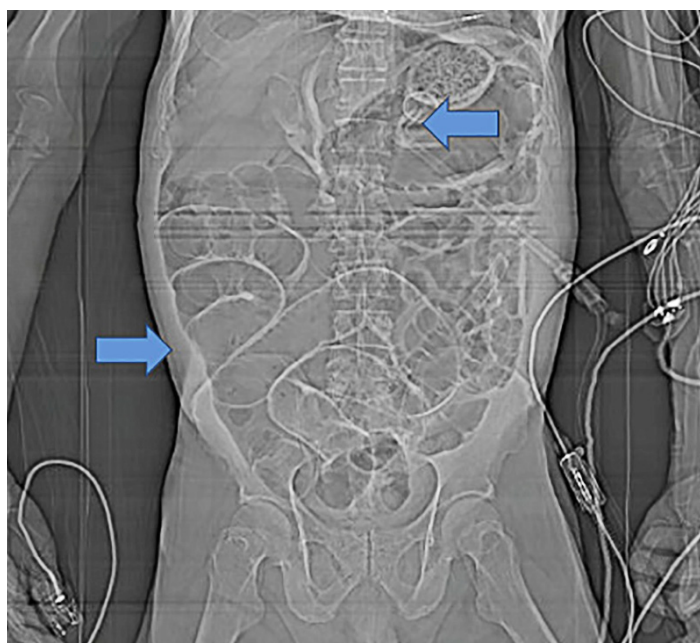


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen. Scout o escanograma panorámico por tomografía de abdomen que evidencia gran dilatación de asas del intestino delgado (flecha izquierda), además de la sonda de gastrostomía en el interior de la cámara gástrica (flecha derecha).

Fuente: Imágenes fotográficas tomadas por los autores.

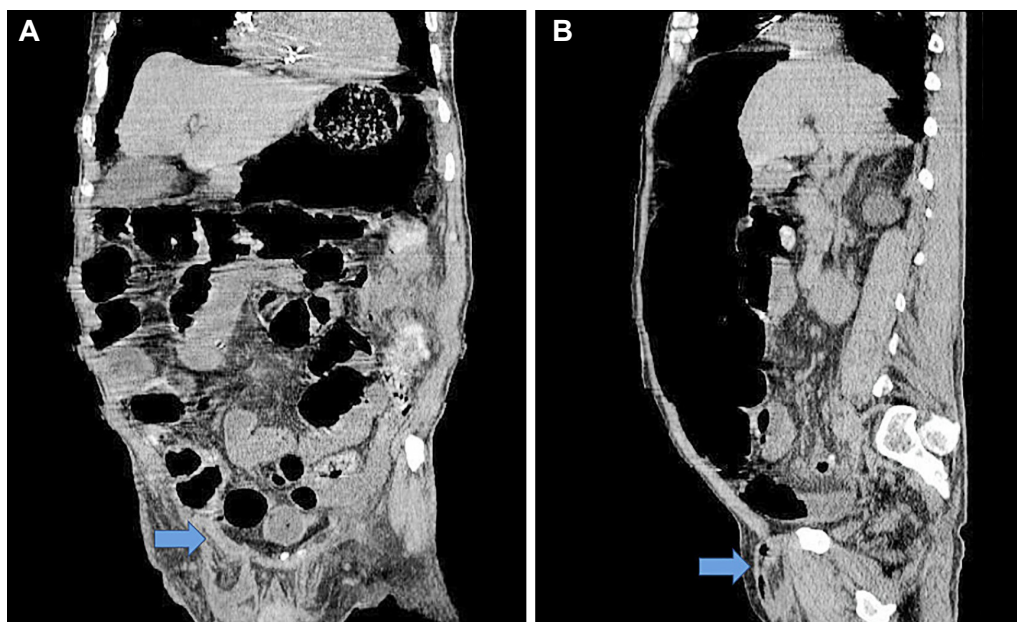


Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis. A. Reconstrucción coronal: Defecto de pared a nivel inguinal derecho, con descenso del apéndice cecal al canal inguinal a través del saco herniario indirecto por medio del anillo inguinal profundo dilatado (flecha). B. Reconstrucción sagital: Dilatación intestinal marcada, apéndice cecal que pasa al canal inguinal derecho a través del saco herniario indirecto (flecha).

Fuente: Imágenes fotográficas tomadas por los autores.

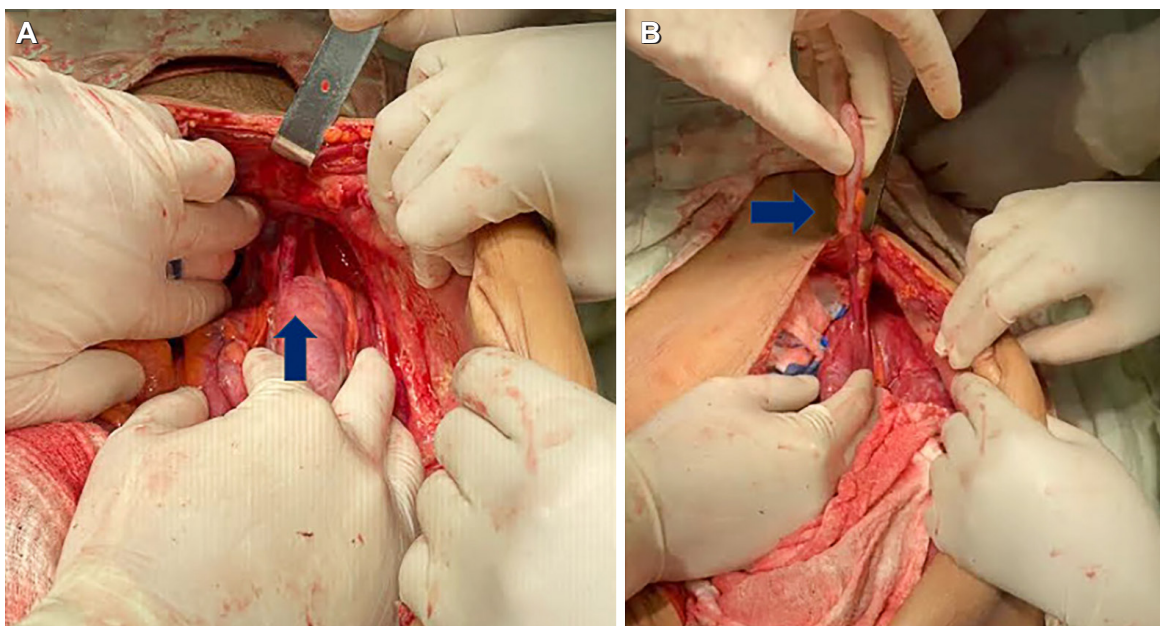


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios en laparotomía exploratoria. A. Apéndice cecal encarcelado en el saco herniario indirecto y anillo inguinal profundo dilatado (flecha). B. Reducción manual del apéndice cecal, que se observa despolido engrosado con membranas de fibrina (flecha).

Fuente: Imágenes fotográficas tomadas en cirugía por los autores.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado y la aprobación del paciente durante la atención médica en la consulta externa, para la publicación de las imágenes, protegiendo su derecho a la confidencialidad e intimidad.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) (como modelos de lenguaje grande, chatbots o creadores de imágenes) en la producción de este trabajo.

Fuente de financiación: Este artículo fue financiado por los autores.

Contribución de los autores:

- Concepción y diseño del estudio: César Ensuncho-Hoyos, Salim Barguil-Fernández de Castro, Diana Lara-Fortich.
- Análisis e interpretación de datos: César Ensuncho-Hoyos, Salim Barguil-Fernández de Castro, Diana Lara-Fortich.

- Redacción del manuscrito: César Ensuncho-Hoyos, Salim Barguil-Fernández de Castro, Diana Lara-Fortich.
- Revisión crítica y aprobación: César Ensuncho-Hoyos, Salim Barguil-Fernández de Castro, Diana Lara-Fortich.

Referencias

- 1 Ocampo-Anduaga E. Hallazgo incidental de hernia de Amyand en un lactante de 10 meses de edad con antecedente de prematuridad extrema: Presentación de caso y propuesta de manejo. *Rev Colomb Cir.* 2024;39:793-8. <https://doi.org/10.30944/20117582.2438>
- 2 Ivanschuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M, Tubbs SR. Amyand's hernia: A review. *Med Sci Monit.* 2014;20:140-6. <https://doi.org/10.12659/MSM.889873>
- 3 Villarreal R, Luna-Jaspe C, Cabrera LF, Vinck E. Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá. *Rev Colomb Cir.* 2016;31:283-8. <https://doi.org/10.30944/20117582.301>
- 4 Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: A classification to improve management. *Hernia.* 2008;12:325-6. <https://doi.org/10.1007/s10029-008-0331-y>
- 5 Vélez-Bernal JL, Martínez-Buitrago JS, García-Mendieta LC, González-Díaz CE. Hernia de Amyand tipo 2: apendicectomía y hernioplastia con malla de baja densidad. *Rev Colomb Cir.* 2021;36:150-4. <https://doi.org/10.30944/20117582.463>