

ningún caso similar publicado en la bibliografía médica en español.

En conclusión, es importante una exploración minuciosa del esófago cervical en pacientes con síntomas esofágicos altos u orofaríngeos atípicos para el cribado de MGH, que se debe biopsiar para confirmación histológica y descartar displasia y/o malignidad. El tratamiento de primera elección son los IBP, mientras que la ablación endoscópica parece muy eficaz en pacientes no respondedores a IBP.

Bibliografía

1. von Rahden BH, Stein HJ, Becker K, Liebermann-Meffert D, Siewert JR. Heterotopic gastric mucosa of the esophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:543–51.
2. Baudet JS, Alarcón-Fernández O, Sánchez del Río A, Aguirre-Jaime A, León-Gómez N. Heterotopic gastric mucosa: a significant clinical entity. *Scand J Gastroenterol.* 2006;41:1398–404.
3. Baudet JS, Alarcon-Fernandez O, Sanchez del Rio A. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: an unknown cause of dysphagia. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:74–7.
4. Korkut E, Bektaş M, Alkan M, Ustün Y, Meco C, Ozden A, et al. Esophageal motility and 24-h pH profiles of patients with heterotopic gastric mucosa in the cervical esophagus. *Eur J Intern Med.* 2010;21:21–4.
5. McBride MA, Vanagunas AA, Breshnahan JP, Barch DB. Combined endoscopic thermal electrocoagulation with high dose omeprazole therapy in complicated heterotopic gastric mucosa of the esophagus. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:2029–31.
6. Klaase JM, Lemaire LC, Rauws EA, Offerhaus GJ, van Lanschot JJ. Heterotopic gastric mucosa of the cervical esophagus: a case of high-grade dysplasia treated with argon plasma coagulation and a case of adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc.* 2001;53:101–4.
7. Sauvé G, Croué A, Denez B, Boyer J. High-grade dysplasia in heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus after radiotherapy: successful eradication 2 years after endoscopic treatment by argon plasma coagulation. *Endoscopy.* 2001;33:732.
8. Pech O, May A, Gossner L, Vieth M, Trump F, Stolte M, et al. Early stage adenocarcinoma of the esophagus arising in circular heterotopic gastric mucosa treated by endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:656–8.
9. Meining A, Bajbouj M, Preeg M, Reichenberger J, Kassem AM, Huber W, et al. Argon plasma ablation of gastric inlet patches in the cervical esophagus may alleviate globus sensation: a pilot trial. *Endoscopy.* 2006;38:566–70.
10. Bajbouj M, Becker V, Eckel F, Miehke S, Pech O, Prinz C, et al. Argon plasma coagulation of cervical heterotopic gastric mucosa as an alternative treatment for globus sensations. *Gastroenterology.* 2009;137:440–4.

Javier Molina-Infante*, Gema Vinagre-Rodríguez, Elisa Martín-Noguerol, Jesús M. González-Santiago y Carmen Martínez-Alcalá

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

*Autor para la correspondencia.
Correo electrónico: xavi.molina@hotmail.com
(J. Molina-Infante).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.02.010

Hernia de Amyand

Amyand's hernia

Sr. Director:

La hernia de Amyand es aquella que contiene el apéndice cecal inflamado a través de un defecto herniario inguinal¹. Es una enfermedad rara, ya que se presenta sólo en el 0,13% de los casos y el diagnóstico generalmente se realiza durante el peroperatorio, ya que la en la mayoría de los casos se confunde con una hernia inguinal encarcelada^{1,2}. Se presenta el informe de una paciente con una hernia de Amyand.

Paciente mujer de 54 años que consulta por presentar aumento de volumen de la región inguinal derecha desde hace un mes acompañado de dolor que se fue incrementando en intensidad, de 5 días de evolución, el cual se irradiaba a los genitales externos y región lumbar. El examen físico reveló dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha y se palpó una masa durante la maniobra de Valsalva. La paciente estaba afebril. Los resultados de laboratorio revelaron leucocitosis (13.500 mm³) con neutrofilia (82%). Se realizó una radiografía simple de abdomen la cual no demostró la presencia de niveles hidroaéreos y se diagnosticó de hernia inguinal encarcelada con probable estrangulamiento.

Se realizó exploración de la zona inguinal derecha con abordaje anterior, abriendo el saco herniario e identificando la presencia del apéndice cecal dentro de este, la cual estaba inflamada mas no perforada (figs. 1 y 2). Se regresó el ciego a la cavidad peritoneal y se realizó la apendicectomía y la plastia inguinal según la técnica de Rutkow. El examen de anatomía patológica reportó apendicitis aguda flegmonosa y peri-apendicitis aguda fibropurulenta. La paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta al quinto día.

Una hernia se define como la profusión de una víscera o parte de esta a través de la pared de la cavidad que la contiene. Es una condición relativamente común de la región inguinal, donde el saco herniario puede contener epiplón o intestino delgado. Sin embargo, se pueden encontrar ciertos elementos poco usuales dentro de esta como la vejiga, divertículo de Meckel (hernia de Littre), la superficie anti-mesentérica del intestino delgado (hernia de Richter) o el apéndice cecal (hernia de Amyand)³. Se acepta que esta entidad es más frecuente en mujeres menopáusicas y en el lado derecho⁴, ambos aspectos observados en la descripción de este caso.

La presencia de un apéndice normal dentro de un saco herniario es extremadamente difícil de diagnosticar, mientras que se necesita un gran índice de sospecha para diagnosticar una apendicitis aguda en una hernia inguinal. La hernia de Amyand puede imitar una hernia encarcelada

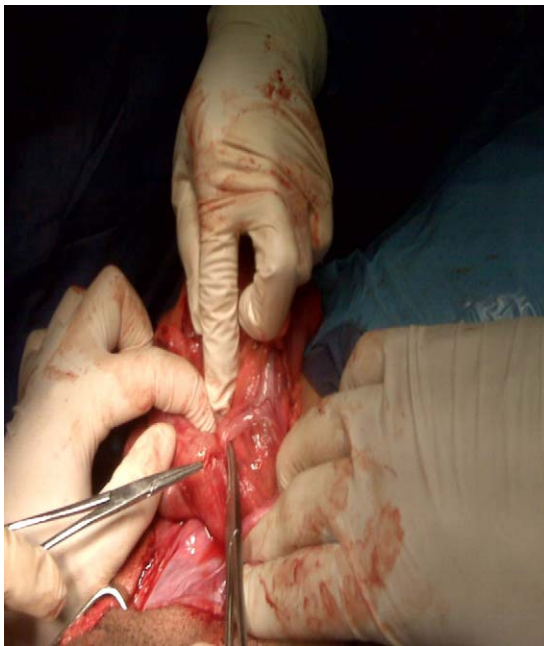


Figura 1 Apéndice cecal en saco herniario.

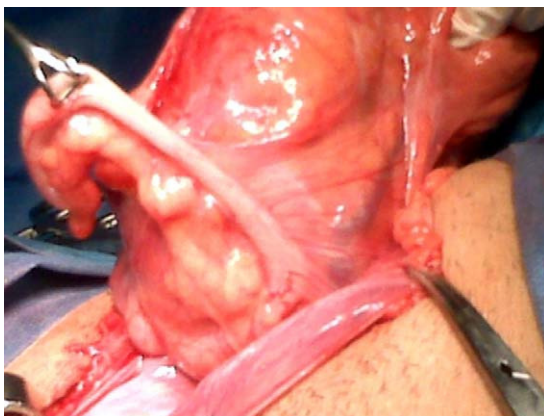


Figura 2 Apéndice cecal en saco herniario.

o una perforación intestinal dentro de la hernia³. Generalmente el diagnóstico es peroperatorio.

En la mayoría de los casos es difícil determinar si la apendicitis es el fenómeno primario o es debido a una estrangulación de un apéndice herniado, secundario a la contracción muscular y el aumento de presión intraabdominal. Se ha propuesto que el apéndice en el canal inguinal se hace más vulnerable al trauma y el flujo sanguíneo disminuye, lo que resultaría en crecimiento bacteriano e inflamación de dicho órgano⁵.

El diagnóstico precoz de la naturaleza de esta condición es fundamental para el pronóstico, ya que se han descrito algunas complicaciones, como la peritonitis difusa y la formación de abscesos secundarios a la perforación del apéndice dentro del saco, e incluso tan graves como la fascitis necrosante^{5,6}. Los diagnósticos diferenciales incluyen: hernias inguinales o crurales estranguladas, omentocele estrangulado, hernia de Richter y adenitis inguinal⁷.

El estudio por imágenes de rutina es la radiografía de abdomen simple por la sospecha de obstrucción intestinal, pero como se demostró en este caso, no es de utilidad para

establecer el diagnóstico etiológico correcto⁸. La tomografía axial computarizada ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de apendicitis aguda en casos de dolor abdominal agudo. Sin embargo, este no es un examen habitual para esta enfermedad, debido a que los pacientes van directamente a cirugía^{5,9}.

No existe un protocolo estándar para el manejo de este trastorno. Factores como la presencia de un apéndice inflamado, contaminación del campo quirúrgico, edad del paciente y hallazgos anatómicos de los tejidos son determinantes importantes para una cirugía apropiada⁷. El apéndice normal puede ser regresado a la cavidad peritoneal o se puede realizar la apendicectomía. La hernioplastia sin apendicectomía es la opción preferida en los pacientes con apéndice normal. Sin embargo, en casos de apendicitis, se debe realizar la apendicectomía seguida de herniorrafia³. En esta paciente la apendicectomía transherniaria y la hernioplastia fueron realizadas sin complicaciones post-operatorias. La presencia de pus o perforación es una contraindicación para la hernioplastia¹⁰.

Los cirujanos siempre deben considerar la posibilidad de la presencia de la hernia de Amyand, especialmente en los casos de hernias encarceladas-estranguladas o una gran hernia globosa.

Bibliografía

1. Vidal P, Contreras R, Sánchez G, Flores L, Kunz W, Menéndez A, et al. Hernia de Amyand. *Cir Gen*. 2005;27:328–9.
2. Malik K. Left sided Amyand's hernia. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010;20:480–1.
3. Sharma H, Gupta A, Shekhawat N, Memon B, Memon M. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia*. 2007;11:31–5.
4. el Mansari O, Sakit F, Janati M. Acute appendicitis on crural hernia. *Presse Med*. 2002;31:1129–30.
5. Nicola M, Mora G, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C, et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Cir*. 2007;59:142–4.
6. Marron C, Khadim M, McKay D, Mackle E, Peyton J. Amyand's hernia causing necrotising fasciitis of the anterior abdominal wall. *Hernia*. 2005;9:381–3.
7. Karatas A, Makay O, Saliholu Z. Can preoperative diagnosis affect the choice of treatment in Amyand's hernia? Report of a case. *Hernia*. 2009;13:225–7.
8. Isaacs L, Felsenstein C. Acute appendicitis in a femoral hernia: an unusual presentation of a groin mass. *J Emerg Med*. 2002;23:15–8.
9. Luchs J, Halpern D, Katz D. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr*. 2000;24:884–6.
10. Anagnostopoulou S, Dimitroulis D, Troupis T, Allamani M, Paraschos A, Mazarakis A, et al. Amyand's hernia: a case report. *World J Gastroenterol*. 2006;12:4761–3.

José Prieto-Montaño^a, Eduardo Reyna-Villasmil^{b,*}
y Joel Santos-Bolívar^b

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

^b Servicio de Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com

(E. Reyna-Villasmil).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.01.009