

HÉRNIA DE AMYAND – RELATO DE CASO

Ana Beatriz Esteves Batista¹, Letícia da Silveira Naglis², Lucas de Oliveira Ramos²,
Marcos Taveira Moura², Joaquim Ferreira de Paula³ e Carlos Augusto Marques
Batista³

RESUMO

Introdução: A hérnia de Amyand é definida como sendo a presença de apêndice cecal inflamado ou não dentro de saco herniário inguinal. É rara e com apresentação clínica variável. Seu diagnóstico é feito geralmente durante o ato cirúrgico e o tratamento é cirúrgico. **Objetivo:** Este artigo tem o objetivo de descrever um caso de hérnia rara de parede abdominal anterior, enfatizando os seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. **Relato de Caso:** Homem de 58 anos com diagnóstico de hérnia inguinal direita foi encaminhado para cirurgia. No inventário local foi encontrado apêndice cecal de aspecto normal dentro do saco herniário indireto. Submetido a hernioplastia inguinal direita com tela de polipropileno, sem apendicectomia. **Conclusão:** Foi apresentado um caso de hérnia de Amyand, uma entidade cirúrgica considerada incomum e a sua conduta operatória.

Palavras-chave: Hérnia da parede abdominal anterior, hérnia de Amyand, hérnia rara, hernioplastia inguinal.

AMYAND HERNIA - CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Amyand's hernia is defined as the presence of an inflamed or not cecal appendix within the inguinal hernia sac. It is rare and clinically variable. Its diagnosis is usually made during the surgical procedure and the treatment is surgical. **Objective:** This article aims to describe a case of rare hernia of the anterior abdominal wall, emphasizing its clinical, diagnostic and therapeutic aspects. **Case report:** A 58-year-old man with a diagnosis of right inguinal hernia was referred for surgery. In the local inventory a normal-looking cecal appendix was found inside the indirect hernia sac. Subjected to right inguinal hernioplasty with polypropylene mesh, without appendectomy. **Conclusion:** We present a case of Amyand's hernia, an unusual surgical entity and its operative behavior.

Keywords: Anterior abdominal wall hernias, Amyand hernia, rare hernia, inguinal hernioplasty.

1- Médica. Ex-aluna do UNIFAA.

2- Residente (R2) do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola de Valença (HEV).

3- Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do HEV. Docente do Departamento de Cirurgia do Curso de Medicina do UNIFAA.

*Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do HEV, Valença/RJ.

INTRODUÇÃO

A hérnia inguinal é um diagnóstico comum na rotina do cirurgião, mas existem outras descritas na literatura que são consideradas raras e a hérnia de Amyand é um exemplo, sendo definida como a presença de apêndice cecal inflamado ou não dentro de saco herniário inguinal (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Apresenta uma incidência aproximada de 1% com apêndice cecal não inflamado e 0,13% inflamado (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016)

A sua apresentação clínica é variável, dependendo do momento do diagnóstico, podendo simular quadros agudos (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo feito normalmente durante a cirurgia (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

O seu tratamento é cirúrgico e consiste em apendicectomia ou não seguido de reparo da hérnia com ou sem uso de tela (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso raro de hérnia de parede abdominal anterior abordado no Hospital Escola de Valença (HEV). Procedeu-se para complementação do estudo e discussão, a busca de artigos científicos publicados em periódicos indexados ao PubMed, LILACS e Scielo. Este trabalho obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Medicina da UNIFAA através do parecer 3.548.795.

RELATO DE CASO

Homem de 58 anos compareceu ao ambulatório de Cirurgia do HEV com queixa de abaulamento em região inguinal direita há aproximadamente 14 meses, notado após episódio de esforço físico intenso, associado a dor em cólica frequente, pelo menos 3 vezes na semana, que irradiava para quadrante inferior direito do abdome, sendo necessário uso de analgésicos para controle da dor. O abaulamento aparecia aos esforços, sendo facilmente redutível. Ao exame: paciente lúcido e orientado no tempo e no espaço, corado, hidratado, acianótico, afebril; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; FC 73 bpm; PA 120/90 mmHg; FR 18 irpm; abdome plano e indolor a palpação; presença de abaulamento em região inguinal direita, após manobra de Valsava, redutível e doloroso; membros inferiores sem edema e panturrilhas livres. Passado de cirurgia ortopédica há 22 anos por trauma; tabagista; negou etilismo e alergias ou uso de medicamentos. Realizada avaliação pré-operatória com classificação ASA 1, foi submetido à inguinotomia oblíqua direita sob raquianestesia e no inventário local foi encontrado saco herniário indireto contendo apêndice cecal, macroscopicamente normal, que também fazia parte da parede do saco herniário (Classificação 3 B de Nyhus) (Figuras 1 e 2). Foi realizada invaginação do saco herniário indireto para cavidade abdominal, sem realização de apendicectomia e reparo com tela de polipropileno pela técnica de Falci-Linchestein. Evoluiu no pós-operatório com retenção urinária aguda, sendo necessária sonda vesical de alívio. Recebeu alta no dia seguinte sem queixas algicas e ferida operatória em bom aspecto. No acompanhamento ambulatorial tardio apresentava-se sem intercorrências.

Figura 1- Saco herniário indireto contendo apêndice cecal normal



Figura 2- Saco herniário contendo apêndice cecal normal



DISCUSSÃO

A hérnia inguinal é um diagnóstico comum na rotina do cirurgião, podendo ser redutível ou irreduzível (encarcerada ou estrangulada) (CIGSAR et al., 2015; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018). No conteúdo do saco herniário pode ser encontrado intestino delgado, bexiga, cólon, divertículo de Meckel, apêndice cecal, ovário, entre outras estruturas (GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006).

Na literatura encontra-se descrito diversas hérnias consideradas raras. A hérnia de Amyand é uma dessas condições raras, e é definida como a presença de apêndice cecal inflamado ou não dentro de saco herniário inguinal. Em 1735, a primeira apendicectomia foi realizada e descrita por Claudius Amyand, que operou um paciente portador de hérnia inguinal com apêndice perfurado dentro do saco herniário. Porém, nos dias atuais este epônimo é empregado mesmo naquelas situações em que o apêndice cecal encontra-se normal (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN;

WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Apresenta uma incidência aproximada de 1% quando o apêndice não está inflamado e 0,13% quando inflamado (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016). Souza et al. (2016) citam a possibilidade de esse número ser maior, devido ao fato que muitos cirurgiões não abrem o saco herniário durante o procedimento, apenas o reduzem por invaginação, não sendo identificado o seu conteúdo.

É mais comum no sexo masculino e pode afetar qualquer faixa etária, sendo mais comum em crianças. Na maioria dos casos ocorre no lado direito, sendo raramente encontrada a esquerda nos casos de *situs inversus*, má-rotação intestinal ou ceco móvel (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007).

A sua apresentação clínica é variável, dependendo do momento do diagnóstico. Nos casos de apêndice não inflamado é compatível com hérnia inguinal redutível; nos casos de apêndice inflamado pode simular hérnia inguinal encarcerada ou estrangulada (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo feito normalmente durante a cirurgia. Exames de imagem tais como: tomografia, ultrassonografia e rotina para abdome agudo podem ser solicitados, principalmente para os casos de evolução aguda (ABDULLA et al., 2017; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Torção de testículo, orqui-epididimite, hérnia de Richter e hérnia estrangulada, entre outros, podem ser diagnósticos diferenciais (CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Complicações são relatadas na literatura, tais como: perfuração do apêndice com abscesso periapendicular ou intra-abdominal, fascíte necrotizante de parede abdominal anterior e abscesso testicular (D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007).

O tratamento é cirúrgico e consiste em apendicectomia ou não seguido de reparo da hérnia com ou sem uso de tela. A conduta nos casos de apêndice normal é discutível, porque a apendicectomia aumentaria as chances de infecção da ferida operatória e da tela, como também a recidiva. Por outro lado, a apendicectomia incidental diminuiria a possibilidade de apendicectomia por apendicite aguda no futuro; conduta defendida por muitos autores, principalmente em pacientes jovens. São descritos acessos por inguinotomia clássica, laparotomia longitudinal, por videolaparoscopia e pela combinação de mais de uma via de acesso. Vermillion et al. propuseram o tratamento laparoscópico da hérnia de Amyand e o reparo extraperitoneal por via laparoscópica foi descrito por Saggari et al. (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016). A orquiectomia pode ser indicada quando os elementos do cordão espermático e o testículo estiverem afetados pelo processo inflamatório apendicular; assim como hemicolectomia direita ou desbridamento de fascíte necrotizante também (D'ALIA et al., 2003; MATERNINI et al., 2018).

As classificações de Losanoff e Basson (Tabela 1) e Fernando e Leelaratre (Tabela 2) podem ser utilizadas para orientação do tratamento mais adequado. Outra classificação, de Rikki, aborda também a presença do apêndice normal ou inflamado dentro de uma hérnia incisional (ABDULLA et al., 2017; CIGSAR et al., 2015; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; MATERNINI et al., 2018; RUDIMAN; WINATA, 2018; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Tabela 1. Classificação da Hérnia de Amyand, segundo Losanoff e Basson e orientação do tratamento

Tipo 1	Apêndice normal numa hérnia inguinal	Redução da hérnia; reparação com prótese; apendicectomia em doentes jovens
Tipo 2	Apendicite aguda numa hérnia inguinal, sem sépsis abdominal	Apendicectomia; reparação da hérnia sem prótese
Tipo 3	Apendicite aguda numa hérnia inguinal, com sépsis da parede abdominal ou peritoneal	Laparotomia; apendicectomia; reparação da hérnia sem prótese
Tipo 4	Apendicite aguda numa hérnia inguinal, com patologia abdominal relacionada ou não relacionada	O mesmo que os tipos 1 a 3; tratar a patologia secundária em conformidade

Tabela 2. Classificação da Hérnia de Amyand, segundo Fernando e Leelaratre e orientação do tratamento

Tipo A	Apêndice normal	Reparação com prótese, sem abordagem do apêndice
Tipo B	Apendicite aguda	Apendicectomia; reparação da hérnia sem prótese
Tipo C	Apendicite aguda com perfuração	Apendicectomia; reparação da hérnia sem prótese (por incisões diferentes se abscesso ou peritonite)

Várias técnicas de reparo da hérnia são citadas, como Bassini, Lichtenstein, Shouldice, Rutkow e Robbins e reparação laparoscópica (CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; RUDIMAN; WINATA, 2018; SALLES, 2006; SHARMA, 2007; SOUZA et al., 2016). Os reparos com tela estão indicados nos pacientes com apêndice normal. Nos casos de hérnia de Amyand com apendicite aguda complicada ou não, a técnica de reparo escolhida é a correção sem tela, devido à possibilidade de infecção local e da tela, como também da cavidade abdominal e recidiva (ABDULLA et al., 2017; CROUZILLARD et al., 2017; D'ALIA et al., 2003; DESAI et al., 2017; GRAÇA et al., 2013; GUPTA; SHARMA; KAUSHIK, 2005; MATERNINI et al., 2018; SALLES; BASSI; SPERANZINI, 2006; SHARMA; GUPTA; SHEKHAWAT, 2007; SOUZA et al., 2016).

Nos casos com apêndice inflamado ou perfurado, apesar de estar recomendada a não utilização de tela, a literatura cita uma série de casos em que o reparo da hérnia foi feito com a sua utilização, sem aumento das taxas de infecção, devido ao uso de antibióticos potentes e telas biológicas (DESAI et al., 2017; MATERNINI et al., 2018).

Apresenta uma mortalidade variando entre 14 e 30%, relacionada à disseminação peritoneal do processo séptico (D'ALIA et al., 2003).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a hérnia de Amyand, uma hérnia rara da parede abdominal anterior, apresenta características clínicas variáveis e conduta algo controversa. A conduta foi por não realizar apendicectomia para não aumentar a morbidade cirúrgica e fazer o reparo da hérnia pela técnica com tela. Fica a recomendação da literatura que perante um indivíduo com hérnia inguinal direita encarcerada/estrangulada, o cirurgião não pode deixar de considerar a hérnia de Amyand como diagnóstico diferencial.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Sra. Rosalynn Leite Teixeira, bibliotecária da UNIFAA, pela ajuda no levantamento bibliográfico do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULLA, S. et al. Amyand's hernia managed with open repair and laparoscopic appendectomy. **Journal of Surgical Case Reports**, v. 11, p. 1–3, 2017.

CIGSAR, E.B. et al. Amyand's hernia: 11 years of experience. **J Pediatr Surg**, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.11.010>, 2015.

CROUZILLARD, B. N. S. et al. Hérnia de Amyand: como conduzir um achado incidental?. **Relatos Casos Cir**, v. 4, p. 1-4, 2017.

D'ALIA, C. et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. **Hernia**, v. 7, p. 89–91, 2003.

DESAI, G. et al. Hérnia de Amyand: nossa experiência e revisão da literatura. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 30, n. 2, p 287-291, 2017.

GRAÇA, S. et al. Amyand's hernia: a case report. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 26, p. 37-40, 2013.

GUPTA, S.; SHARMA, R.; KAUSHIK, R. Left-sided Amyand's hernia. **Singapore Med J**, v. 46, p. 424–25, 2005.

MATERNINI, M. et al. Amyand Hernia in an elderly patient. **Ann Ital Chir, Digital Edition**, n. 7 p. 1-4, 2018.

RUDIMAN, R.; WINATA, A. A. Giant Left-sided Amyand's hernia: a challenging procedure in a Rural Hospital. **Case rep Gastroenterol**, n. 12, p. 646-652, 2018.

SALLES, V. J. A.; BASSI, D. G.; SPERANZINI, M. B. Hérnia de Amyand. **Rev Col Bras Cir.**, v. 33, n. 5, p. 339-340, 2006.

SHARMA, H.; GUPTA A.; SHEKHAWAT, N. S. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. **Hernia**, v. 11, p. 31–35, 2007.

SOUZA, D. et al. Hérnia de Amyand. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 37, p. 29-32, 2016.