

## HÉRNIA DE AMYAND: COMO CONDUZIR UM ACHADO INCIDENTAL?

### AMYAND'S HERNIA: HOW TO MANAGE AN INCIDENTAL FINDING?

Bruna do Nascimento Santos Crouzillard<sup>1</sup>; Bruno de Lúcia Hernani<sup>2</sup>; Rafael Krieger Martins<sup>2</sup>; Rodrigo Altenfelder Silva, TCBC-SP<sup>2</sup>; Adhemar Monteiro Pacheco Júnior, TCBC-SP<sup>2</sup>; André de Moricz, TCBC-SP<sup>2</sup>; Sérgio Roll, TCBC-SP<sup>2</sup>.

#### RESUMO

A hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal. Tem baixa incidência, variando de 0,4% a 0,6% das hérnias inguinais, mas seu manejo pode ser desafiador. Este artigo tem como objetivo relatar a condução de dois casos desta doença pela equipe de emergência do pronto socorro da Santa Casa de São Paulo, além de fornecer uma revisão de literatura sobre o seu diagnóstico e tratamento.

**Descritores:** Hérnia Inguinal. Apêndice. Achados Incidentais. Terapêutica.

#### ABSTRACT

Amyand's hernia consists of the protrusion of the vermiform appendix, inflamed or not, in the inguinal hernia sac. It has a low incidence, varying from 0.4% to 0.6% of inguinal hernias, but its management can be challenging. This article aims to report the management of two cases of this disease by the emergency room team of the Santa Casa of São Paulo Hospital, and to provide a review of the literature on its diagnosis and treatment.

**Keywords:** Hernia, Inguinal. Appendix. Incidental Findings. Therapeutics.

## INTRODUÇÃO

Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal<sup>1</sup>. Foi primeiramente descrita e tratada por Claudius Amyand, que simultaneamente realizou a apendicectomia<sup>2</sup>. Essa condição é rara e apresenta uma prevalência entre 0,4% e 0,6% das hérnias inguinais. Está associada à apendicite em 0,1% dos casos<sup>3</sup>. É mais frequente no homem após os 70 anos e tem distribuição bimodal<sup>4</sup>. Sua apresentação mais comum é como hérnia indireta, embora já tenham sido relatadas hérnias de Amyand diretas<sup>5</sup>. Além disto, o apêndice pode estar acompanhado do ceco e do colón direito. Outra apresentação muito incomum desta condição é na hérnia à esquerda, o que pode acontecer quando há ceco móvel, *situs inversus* e má rotação intestinal<sup>4</sup>.

A apresentação típica de sintomas inclui inchaço inguinal e sensibilidade nesta área, o que pode levar ao diagnóstico equivocado de hérnia encarcerada<sup>6</sup>. O uso de exames de imagem pré-operatório é controverso, e o ultrassom e a tomografia seriam as opções de escolha. O tratamento inclui apendicectomia e reparo da hérnia. A apendicectomia deve ser realizada quando

houver apendicite aguda, perfurada ou gangrenosa. O uso de tela para o reparo da hérnia deve ser ponderado e a literatura recomenda seu uso somente quando não há sinais de contaminação do sítio cirúrgico, pois esses fatores podem causar infecção da ferida operatória e recorrência da hérnia<sup>7</sup>.

Este relato tem por objetivo demonstrar como dois casos de hérnias de Amyand foram conduzidos pelo serviço de emergência da Santa Casa de São Paulo, assim como apresentar revisão de literatura sobre o diagnóstico e tratamento desta doença.

## RELATO DO CASO

Homem, 75 anos, hipertenso e asmático, em uso de bissulfato de clopidogrel, ácido acetil salicílico, atenolol e sinvastatina, chegou ao pronto atendimento queixando-se de inchaço na região da virilha direita com piora à evacuação, e dor de intensidade 8 em 10, sem irradiação. À investigação negava febre ou parada de eliminação de fezes, e referia última evacuação 24 horas antes. Negava dor abdominal. O paciente realizou cateterismo, por angina instável de alto risco, 14 dias antes do aparecimento dos sintomas.

<sup>1</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Internato em Cirurgia, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Departamento de Cirurgia, São Paulo, SP, Brasil.

Ao exame físico o paciente apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, sem alterações na ausculta cardíaca e pulmonar. Ao exame abdominal apresentava abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca direita onde se notava abaulamento não redutível, sem sinais flogísticos ou de isquemia, pouco doloroso. Radiografia de tórax sem alterações, com área cardíaca preservada e pulmões sem sinais de infecção. A radiografia do abdome e pelve evidenciou alças intestinais distendidas e presença de gás no apêndice. Não havia evidência da presença de apendicolito (Figura 1). A análise laboratorial mostrou leucocitose sem desvio.



Figura 1. Raio X de abdome e pelve.

Inicialmente, em função dos fatores de risco do doente, foi optado por uma tentativa de redução espontânea sob analgesia venosa simples, porém sem sucesso. A inguilotomia oblíqua direita exploratória foi então indicada, mesmo na vigência de uso de anticoagulantes. Durante a cirurgia foi evidenciado saco herniário espessado, com alargamento do anel inguinal interno. Durante a sua exploração identificou-se apêndice cecal aumentado, edemaciado e hiperemiado (Figura 2). O ceco foi exteriorizado pelo canal inguinal e não apresentava nenhuma alteração (Figura 3). Foi realizada apendicectomia e invaginação do coto apendicular com bolsa de Ochsner, reforço da parede posterior do canal inguinal, plastia do anel inguinal interno e reparo tecidual da hérnia pela técnica de Bassini. A peça cirúrgica foi enviada à anatomia patológica

(Figura 4). Antibioticoterapia foi mantida por 24 horas e o paciente evoluiu sem hematoma ou seroma, recebendo alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório.



Figura 2. Mesoapêndice e apêndice dentro do saco herniário.



Figura 3. Ceco exteriorizado pelo canal inguinal.



Figura 4. Peça cirúrgica.

O segundo caso se deu em consulta eletiva ambulatorial. Homem, 64 anos, sem comorbidades, queixava-se de dor intermitente em fossa ilíaca direita associada a abaulamento da região inguinal há três meses. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, com abaulamento da região inguinal à manobra de Valsalva, sem sinais flogísticos. Não foi possível adequada diferenciação entre hérnia direta ou indireta pela manobra de Landiva. Todos os exames pré-operatórios estavam dentro dos padrões da normalidade.

Indicada herniorrafia inguinal, foi identificado saco herniário advindo do anel inguinal interno cuja exploração revelou a presença do apêndice cecal aderido à sua parede, sem evidências de inflamação. Foi optado por realocar o apêndice cecal para a cavidade abdominal e, devido à fraqueza da parede posterior do canal inguinal, optou-se por aplicar a tela de polipropileno pela técnica de Liechtenstein. O paciente apresentou boa recuperação e recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. No acompanhamento ambulatorial o paciente mostrou-se assintomático e não houve recidiva da hérnia.

## DISCUSSÃO

Os sinais clínicos da hérnia de Amyand são inespecíficos e dependem da associação do quadro de apendicite aguda. Quando não associada a quadro inflamatório agudo, os sinais clínicos correspondem aos sinais da presença da hérnia, como inchaço da região inguinal e dor, principalmente aos esforços. Na presença de quadro inflamatório agudo a dor abdominal é mais intensa do que a referida na hérnia inguinal não complicada<sup>8</sup>. Além disso, outros sinais podem estar presentes como febre, vômitos e parada na eliminação de gases e fezes<sup>8</sup>. Estes sinais podem ser comuns a outras afecções, como hérnia estrangulada, omentocele estrangulada, hérnia de Richter, adenite inguinal, orquiepididimite, tumor testicular com hemorragia e hidrocele aguda<sup>8,9</sup>.

O prognóstico deste tipo de hérnia é favorável não sendo descritos óbitos atribuídos a esta doença e sim a outras comorbidades associadas. Osorio *et al.*<sup>10</sup> descrevem complicações decorrentes deste quadro, sendo a mais grave delas a fascite necrotizante. Quando comparado ao prognóstico da apendicite aguda, o quadro é mais favorável, pois a inflamação é limitada pelo saco herniário.

O diagnóstico por imagem pode ser feito pela tomografia computadorizada e pelo ultrassom do abdome<sup>11</sup>. O uso da radiografia de abdome e pelve pode fornecer dados quando há o quadro de apendicite aguda associado, sinais esses que incluem íleo sentinela (15 a 55%), aumento da densidade de partes moles no quadrante inferior direito (12 a 33%), apendicolito (2 a 22%), escoliose antálgica côncava direita (1 a 14%), borramento da margem do psoas (1 a 8%), borramento da faixa adiposa pré-peritoneal (<5%), gás no apêndice (<2%) e abscesso<sup>12</sup>.

A opinião quanto à conduta intra-operatória é ainda controversa. Muitos defendem a realização de apendicectomia sistemática, enquanto outros defendem a realização da mesma somente quando há um quadro de apendicite aguda associado. Aqueles que advogam a favor da retirada profilática do apêndice não inflamado, afirmam que a não retirada do órgão favorece a recidiva herniária e, também, sua manipulação pode levar a um posterior quadro inflamatório. Sharma *et al.*<sup>13</sup>, des-

creveram uma experiência de 15 anos no tratamento da hérnia de Amyand e não relataram casos de recidiva herniária ou processo inflamatório do apêndice nos pacientes que foram tratados com redução do órgão para a cavidade abdominal e herniorrafia.

Aqueles que advogam contra a apendicectomia profilática, defendem que esse procedimento adiciona um risco desnecessário de contaminação do sítio cirúrgico, levando ao risco de infecção superficial ou profunda. Além disso, a dissecação do apêndice requer uma incisão maior para ampliação do campo cirúrgico, enfraquecendo os tecidos e ocasionando maior chance de recidiva herniária<sup>4</sup>.

O manejo do apêndice não é o único ponto de discordância entre os cirurgiões. O uso de tela para o reparo herniário também é divergente. Alguns autores sugerem que a tela não deveria ser usada em casos de apendicite, pois isso aumentaria a chance de infecção da ferida operatória e fístula, favorecendo a recidiva herniária<sup>3</sup>.

Embora seja um quadro raro, a hérnia de Amyand deve estar entre os diagnósticos diferenciais de quadros que apresentem dor na região da fossa ilíaca, inchaço inguinal e sinais de infecção. Seu manejo consiste na herniorrafia, porém, a associação com apendicite aguda, implica na realização de apendicectomia e no reparo herniário sem o uso de tela.

## REFERÊNCIAS

1. Ryan WJ. Brief communications and case reports. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg.* 1937;106(1):135-9.
2. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix coeci, incrusted with stone, and some observations on wounds in the guts. *Phil Trans.* 1736;39(436-444):329-42.
3. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia.* 2007;11(1):31-5.
4. Psarras K, Lalountas M, Baltatzis M, Pavlidis E, Tsitlakidis A, Symeonidis N, et al. Amyand's hernia--a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: a case series. *J Med Case Rep.* 2011;5:463.
5. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia.* 2003;7(2):89-91.
6. Vermillon JM, Abernathy SW, Snyder SK. Laparoscopic reduction of Amyand's hernia. *Hernia.* 1999;3(3): 159-60.
7. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia.* 2008;12(3):325-6.
8. Coulier B, Pacary J, Broze B. Sonographic diagnosis of appendicitis within a right inguinal hernia (Amyand's hernia). *J Clin Ultrasound.* 2006;34(9):454-7.
9. Bannister SL, Wong AL, Leung AK. Acute appendicitis in an incarcerated inguinal hernia. *J Natl Med Assoc.* 2001;93(12):487-9.
10. Osorio JK, Guzmán-Valdivia G. Ipsilateral Amyand's and Richter's hernia, complicated by necrotizing fasciitis. *Hernia.* 2006;10(5):443-6.
11. Kueper MA, Kirschniak A, Ladurner R, Granderath FA, Konigsrainer A. Incarcerated recurrent inguinal hernia with covered and perforated appendicitis and periappendicular abscess: case report and review of the literature. *Hernia.* 2007;11(12):189-91.
12. Brooks DW Jr, Killen DA. Roentgenographic findings in acute appendicitis. *Surgery.* 1965;57:377-84.
13. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over 15-year period. *Hernia.* 2007;11(1):31-5.

## Endereço para correspondência:

Bruna do Nascimento Santos Crouzillard

E-mail: [bruna.crouzillard@gmail.com](mailto:bruna.crouzillard@gmail.com)

[roaltenfelder@terra.com.br](mailto:roaltenfelder@terra.com.br)