

HÉRNIA DE AMYAND À ESQUERDA: ABORDAGEM E PROPEDEÚTICA

LEFT AMYAND HERNIA: APPROACH AND PROPAEDEUTIC

Carlos Magno Queiroz da Cunha¹; José Walter Feitosa Gomes, ACBC-CE²; Moisés Francisco da Cruz Neto²; Octavio Luis Alves da Silva²; Bruno Tigre de Arruda Leitão, ACBC-CE¹; Paulo Marcos Lopes².

RESUMO

Descrita pela primeira vez em 1735 e caracterizada pelo achado do apêndice cecal dentro do saco herniário, a Hérnia de Amyand é rara, possuindo incidência de 0,5% a 1% e 0,1% se ocorrer apendicite concomitantemente. O diagnóstico desta afecção é na maioria das vezes realizado no intraoperatório e a sua classificação e manejo são descritas na literatura dependendo do grau de acometimento do apêndice. Apresentamos aqui relato de caso de paciente masculino de 44 anos que iria se submeter a correção eletiva de hernioplastia inguinal a esquerda, porém um dia antes da data da cirurgia apresentou dor escrotal e encarceramento da referida hérnia, onde durante a cirurgia foi identificado apêndice cecal inflamado dentro do saco herniário.

Descritores: Hérnia Inguinal. Apendicite. Herniorrafia. Doenças Raras.

ABSTRACT

Amyands Hernia is a rare type of hernia first described in 1735 and is characterized by the finding of the cecal appendix inside the hernia sac. Its incidence is 0.5% to 1% and 0.1% if appendicitis occurs concomitantly. The diagnosis of this condition is most often performed intraoperatively and its classification and management are described in the literature depending on the degree of involvement of the appendix. We present a case report of a 44-year-old male patient who would undergo an elective correction of inguinal hernioplasty on the left, but one day before the surgery, she presented with scrotal pain and imprisonment of the hernia, where during the surgery an inflamed cecal appendix was identified inside the hernial sac.

Keywords: Hernia, Inguinal. Appendicitis. Herniorrhaphy. Rare Diseases.

INTRODUÇÃO

Descrita em 1735 pelo cirurgião francês Claudius Amyand, a hérnia de Amyand é caracterizada pelo achado do apêndice, inflamado ou não, dentro do saco herniário inguinal. Esta afecção, apesar de contemplar duas entidades clínicas frequentes, possui baixa incidência que varia de 0,5% a 1% e torna-se ainda mais rara (0,1%) em casos com apendicite aguda¹⁻³.

Associado a essa baixa frequência, os achados clínicos e semiológicos são variados e irão depender da apresentação da hérnia (sem alterações, encarcerada ou estrangulada) e do apêndice (sem alterações, inflamado, perfurado ou gangrenoso). Desse modo, o diagnóstico clínico pré-operatório é quase impossível, sendo necessário ultrassom (US) ou tomografia computadorizada (TC) para levar a suspeição dessa afecção³⁻⁵.

Devido a esse conjunto de fatores que propiciam a difícil suspeição e diagnóstico dessa patologia, bem como a importância do médico saber como manejar o paciente, apresentamos aqui, relato de uma hérnia de Amyand à esquerda com a presença de apêndice inflamado no saco herniário durante procedimento eletivo.

RELATO DO CASO

Homem, 44 anos, desempregado, procurou ambulatório de Cirurgia Geral queixando-se de abaulamento em região inguinal esquerda há um ano, associado à história de dor local há seis meses e história prévia de hernioplastia a direita há dois anos. Foi solicitado exames pré-operatórios, sendo marcada a cirurgia eletiva de hernioplastia. Porém, na admissão do paciente, um dia antes ao procedimento, relatou dor

¹ Universidade de Fortaleza, Faculdade de Medicina, Fortaleza, CE, Brasil.

² Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar, Serviço de Cirurgia Geral, Fortaleza, CE, Brasil.

escrotal leve e dificuldade de redução do saco herniário. O abdome estava flácido, indolor à palpação e sem sinais de irritação peritoneal.

No momento da cirurgia optou-se pela realização da inguilotomia antes da redução da hérnia inguinal, pois o paciente apresentava eritema escrotal. Durante o transoperatório foi identificado parte do ceco e o apêndice cecal eritematoso como conteúdo do saco herniário (Figura 1). Desse modo, optou-se pela apendicectomia, redução dos restantes do conteúdo do saco e herniorrafia pela técnica de Shouldice (Figura 2). O paciente evoluiu sem complicações recebendo alta no primeiro dia do pós-operatório. No retorno ambulatorial programado, o paciente não relatou queixas e trouxe resultado da biópsia do apêndice, apontando apendicite aguda como diagnóstico histopatológico.



Figura 1. Conteúdo do saco herniário.



Figura 2. Aspecto final da herniorrafia.

DISCUSSÃO

A fisiopatologia da apendicite aguda no saco herniário é explicada pela isquemia do apêndice cecal devido à compressão realizada pelo anel herniário. Porém, como esse fato provavelmente só ocorreu um dia antes do procedimento realizado, não gerou sintomas mais típicos de apendicite aguda, como anorexia, náuseas e vômitos⁶.

Outro fator confundidor do diagnóstico de apendicite é o fato que, no caso apresentado, observa-se o tipo mais incomum de hérnia de Amyand, quando esta se apresenta do lado esquerdo, fato que só ocorre quando há um ceco flexível ou uma má rotação dele³.

Em relação ao tratamento, existe discordância na literatura quanto à aposição ou não de tela, porém, adotamos em nossa conduta a difundida classificação de Losanoff e Basson's, como mostra o quadro 1^{7,8}.

Quadro 1. Classificação, achado e tratamento das hérnias de Amyand propostos por Losanoff e Basson's⁷.

| Classificação | Achados | Tratamento |
|---------------|--|---|
| 1 | Apêndice normal | Apendicectomia ou redução (dependendo da idade) e reparação da hérnia com tela. |
| 2 | Apendicite aguda | Apendicectomia e reparação da hérnia sem prótese. |
| 3 | Apendicite aguda e peritonite | Laparotomia, apendicectomia e reparação da hérnia sem prótese. |
| 4 | Apendicite aguda com outra patologia abdominal (abscesso, tumor,...) | Apendicectomia, diagnóstico e tratamento apropriado da outra patologia abdominal. |

Desse modo, nosso paciente foi classificado como hérnia de Amyand tipo 2, na qual o tratamento proposto é apendicectomia e correção da hérnia sem uso de prótese (tela)⁷. Concordamos com essa literatura, pois a inflamação gerada pode contribuir com a formação de aderências, fístulas e até recidivas da hérnia⁸.

Caso houvesse demora no tratamento, a história natural da apendicite aguda pode incluir perfuração e formação de abscessos (classificação 3 e 4 de Losanoff e Basson's). Também são relatados casos de fascite necrotizante e óbito³. Portanto, o tratamento imediato de tal afecção foi fator importante na abordagem desse paciente, contribuindo para sua rápida recuperação pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Kose E, Sisik A, Hasbahceci M. Mesh inguinal hernia repair and appendectomy in the treatment of Amyand's hernia with non-inflamed appendices. *Surg Res Pract*. 2017;2017:7696385.
2. Fonseca-Neto OC, Lucena RC, Lacerda CM. Amyand's hernia: inguinal hernia with acute appendicitis. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):309-10.
3. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg*. 2014;207(6):989-95.
4. Cunha HAV, Sugahara RD, Castilho MV. Hérnia de Amyand. *Rev Col Bras Cir*. 2009;36(3):279-80.
5. Salles VJA, Bassi DG, Speranzini MB. Hérnia de Amyand. *Rev Col Bras Cir*. 2006;3(5):339-40.
6. Cunha CMQ, Troiani Neto G, Brasil AC, Menezes FJC, Brilhante AVM, Reinaldo RRP. Correlation of clinical data and the Alvarado's Score as predictors of acute appendicitis. *J Coloproctol (Rio J)*. 2018;38(2):95-8.
7. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12(3):325-6.
8. Cruzillard BNS, Hernani BL, Martins RK, Silva RA, Pacheco Júnior AM, Moricz A, et al. Hérnia de Amyand: como conduzir um achado incidental? *Rev Col Bras Cir*. 2017;(3):1-4.

Recebido em: 03/05/2018

Aceito para publicação: 25/07/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

José Walter Feitosa Gomes

E-mail: jwalterfeitosa@yahoo.com.br