

Rodrigues, L D<sup>1</sup>; Mendes, F H D<sup>1</sup>; Góes, I A d O<sup>2</sup>; da Silva, A H R B<sup>2</sup>; Medeiros, C C<sup>3</sup>; Kanno, D T<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicas de Medicina da Universidade São Francisco – Idominguesr@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Residentes de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco

<sup>3</sup> Preceptor de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco

<sup>4</sup> Professor Mestre da Universidade São Francisco e Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco



## INTRODUÇÃO

A hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice vermiforme no interior do saco herniário inguinal, podendo ou não apresentar sinais flogísticos. Clinicamente, costuma se apresentar como hérnia inguinal indireta encarcerada ou estrangulada quando ocorre simultaneamente à inflamação, mas também pode se manifestar como apendicite aguda clássica, podendo ser acompanhada por obstrução intestinal, distensão abdominal, vômitos e sinais de peritonite.

É uma patologia que foi descrita pela primeira vez em 1735 por Claudius Amyand (1680-1740) e representa menos de 1% de todas as hérnias inguinais. Sua associação com a apendicite está presente em 0,13% dos casos e seu conhecimento é de extrema importância pois, apesar de rara, expressa altas taxas de mortalidade e de complicações decorrentes do diagnóstico tardio (6-15% dos casos), que geralmente é intra-operatório.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, relata dor abdominal em quadrantes inferiores de intensidade gradual 8/10 há 24h, acompanhada de anorexia, náuseas, vômitos e calafrios, que retornam mesmo após analgesia. Sem comorbidades, fatores de risco ou cirurgias anteriores, apresentava ao exame físico, abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes e timpanismo à percussão. Dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita (FID) sem sinais de peritonite. Tomografia computadorizada (TC) contrastada de abdome (Figura 1) mostrou apêndice vermiforme póstero-medial ao ceco, com paredes espessas e edemaciadas no coto distal, medindo 13 mm e densificação da gordura mesentérica adjacente. PCR 13mg/L e leucócitos 16200/mm<sup>3</sup> sem desvio à esquerda.

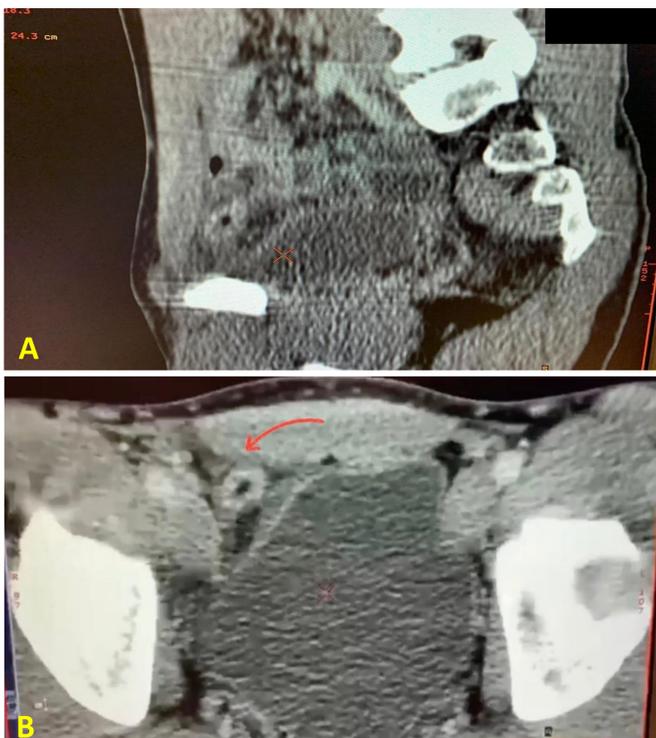


Figura 1 – TC contrastada de abdome – visualização do apêndice vermiforme em corte sagital (A) e axial (B)

Somatória de 6 pontos no escore Alvarado (tabela 1), confirmou apendicite aguda. Durante a videolaparoscopia (figura 2) foi identificado apêndice encarcerado no canal inguinal, com sinais inflamatórios e moderada quantidade de líquido em fundo de saco. Realizou-se apendicectomia e antibióticos de amplo espectro – ciprofloxacino e metronidazol.

ESCALA MODIFICADA DE ALVARADO	PONTUAÇÃO
Dor que migra para a fossa ilíaca direita	1
Anorexia	1
Náuseas e vômitos	1
Dor à palpação em fossa ilíaca direita	1
Descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita	2
Febre	1
Leucocitose	2

Tabela 1 – Escore de Alvarado – pontuação > 5 confirma possibilidade de apendicite aguda



Figura 2 – Visualização do apêndice vermiforme via videolaparoscópica

## DISCUSSÃO

A hérnia de Amyand é cerca de três vezes mais comum em crianças e principalmente no sexo masculino devido a permanência do processo vaginal, um divertículo peritoneal que acompanha a descida do testículo para a bolsa escrotal. Frequentemente apresenta-se à direita pela posição anatômica normal do apêndice, mas também pode surgir à esquerda, quando associado a situs inversus, mal rotação intestinal ou ceco móvel.

O mecanismo da apendicite na hérnia inguinal não é totalmente elucidado, mas acredita-se estar relacionado ao encarceramento e posterior inflamação do apêndice, ao aumento do risco de aderência com o saco herniário, à contração dos músculos abdominais, aumentando a pressão intra abdominal e assim causando compressão e obstrução funcional do apêndice e ao edema inflamatório.

Essas situações tornam a hérnia irreduzível ao causarem estase venosa e prejudicarem a circulação, facilitando a proliferação bacteriana.

O diagnóstico pode ser pré-operatório se a TC apresentar estrutura tubular de fundo cego no saco herniário surgindo da base do ceco - sinal patognomônico.

As hérnias são classificadas em cinco tipos de acordo com a descrição do apêndice no saco herniário e sua classificação determina a conduta.

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	CONDUTA
Tipo 1	Apêndice normal dentro de uma hérnia inguinal	Redução da hérnia, reparação com prótese. Apendicectomia se paciente jovem
Tipo 2	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, sem pus, perfuração ou sepse abdominal	Apendicectomia, reparação da hérnia sem prótese e antibioticoterapia
Tipo 3	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal com pus ou sepse local ou peritoneal	Laparotomia, apendicectomia, reparação da hérnia sem prótese e antibioticoterapia
Tipo 4	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal com patologia abdominal (relacionada ou não)	O mesmo que o tipo 3, e tratar a patologia secundária em conformidade

Tabela 2 – Classificação de Rikki para hérnias de Amyand – o tipo 5 se refere às hernias incisionais, e por isso não será demonstrado.

## CONCLUSÃO

O caso relatado foi classificado como tipo 2 – apendicite aguda não complicada na hérnia inguinal – cujo tratamento é apendicectomia, antibioticoterapia e herniorrafia primária sem colocação de tela, porém optou-se pela abordagem da hérnia posteriormente, em novo tempo cirúrgico, por ser uma hérnia pequena e assintomática, que possibilitaria o uso de reparo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- G., PANDE, P., & THOMAS, S. (2017). HÉRNIA DE AMYAND: NOSSA EXPERIÊNCIA E REVISÃO DA LITERATURA. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30(4), 287-288
- MORGADO, M. P. (2011). Hérnias raras da parede abdominal. (Dissertação). *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, PT.*
- PATOULIAS, D., KALOGIROU, M., & PATOULIAS, I. (2017). Amyand's hernia: an up-to-date review of the literature. *Acta Medica (Hradec Kralove)*, 60(3), 131-4.
- SOUSA, D., FERREIRA, A., CRUZ, A., MARINHO, D., SANTINHO, C., ALLEN, M., & MARTINS, J. A. (2016). Hérnia de Amyand. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (37), 29-32.