

Hérnia de Amyand

Amyand's Hernia

Diogo Sousa¹, Andreia Ferreira¹, Ana Cruz¹, Diogo Marinho¹, Conceição Santinho², Miguel Allen², José Augusto Martins²

¹ Mestrado em Medicina, Interno do Internato Complementar de Cirurgia Geral

² Licenciatura em Medicina, Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano – Serviço de Cirurgia, Portugal

RESUMO

Introdução: A presença do apêndice vermiforme (com ou sem reacção inflamatória) no interior do saco de uma hérnia inguinal é chamada hérnia de Amyand, e é uma ocorrência rara. A sua apresentação clínica não difere das manifestações de qualquer outra hérnia inguinal, complicada ou não, sendo que o diagnóstico é feito intraoperatoriamente, já que a abordagem cirúrgica para correcção da hérnia inguinal não é alterada por esta situação clínica. **Caso Clínico:** Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 68 anos, internado electivamente por hérnia inguinal bilateral para ser submetido a reparação cirúrgica. O exame físico revelava hérnia inguinal bilateral redutível, sem sinais inflamatórios. Durante a intervenção cirúrgica verificou-se a presença do apêndice vermiforme não inflamado no interior do saco herniário indirecto à direita, compatível com o diagnóstico de hérnia de Amyand. Procedeu-se a apendicectomia e hernioplastia segundo Rutkow e Robbins. O doente teve alta sem complicações ao terceiro dia de pós-operatório. **Conclusão:** A hérnia de Amyand é uma patologia rara, em que existe herniação do apêndice vermiforme através da parede abdominal da região inguinal. O diagnóstico é realizado intraoperatoriamente, visto que a abordagem para o seu tratamento é semelhante à de qualquer outra hérnia inguinal. A decisão acerca da apendicectomia na presença de um apêndice saudável é ainda controversa.

Palavras chave: *Hérnia, Amyand, Apêndice.*

ABSTRACT

Introduction: The presence of the vermiform appendix (either with or without appendicitis) inside the sac of an inguinal hernia is termed Amyand's hernia, and it is a rare occurrence. Its clinical presentation does not differ from that of any other inguinal hernia, and the diagnosis is made intraoperatively because the surgical approach for the inguinal hernia repair remains the same in this rare situation. **Case Presentation:** We present the case of a 68 years-old male patient who was submitted to surgery for a bilateral inguinal hernia repair. The physical examination revealed non-complicated bilateral inguinal hernia. During the surgical procedure the vermiform appendix was identified inside the right hernia sac, with no pathologic features, which was compatible with the diagnosis of Amyand's hernia. Appendectomy and hernia repair according to Rutkow and Robbins' technique were performed. The patient was discharged from the Hospital on the third postoperative day without complications. **Conclusion:** Amyand's hernia is a rare pathology in which there is herniation of the vermiform appendix through the abdominal wall in the inguinal region. The diagnosis is made intraoperatively, being that the surgical approach is similar to any other non-complicated inguinal hernia. The decision about whether or not to perform appendectomy in the presence of a normal appendix is still controversial.

Key words: *Hernia, Amyand, Appendix.*



INTRODUÇÃO

A presença do apêndice vermiforme (inflamado ou não) no interior do saco de uma hérnia inguinal é denominada hérnia de Amyand e é uma ocorrência rara.¹ A sua apresentação clínica não difere das manifestações de qualquer outra hérnia inguinal. Na presença de apendicite aguda, no entanto, a clínica poderá levar ao diagnóstico de uma hérnia estrangulada, devido à presença dos sinais inflamatórios. Em qualquer dos casos a abordagem cirúrgica inicial é idêntica, e o diagnóstico intraoperatório.

CASO CLÍNICO

Um homem de 68 anos foi internado electivamente para ser submetido a correcção cirúrgica de hérnia inguinal bilateral não complicada, sem episódios prévios de encarceramento. Durante a intervenção constatou-se a presença do apêndice íleo-cecal não inflamado no interior do saco herniário à direita (figura 1), tendo sido realizada apendicectomia e hernioplastia de Rutkow-Robbins bilateralmente.

O pós-operatório foi complicado de sufusão hemorrágica inguino-escrotal que resolveu com tera-

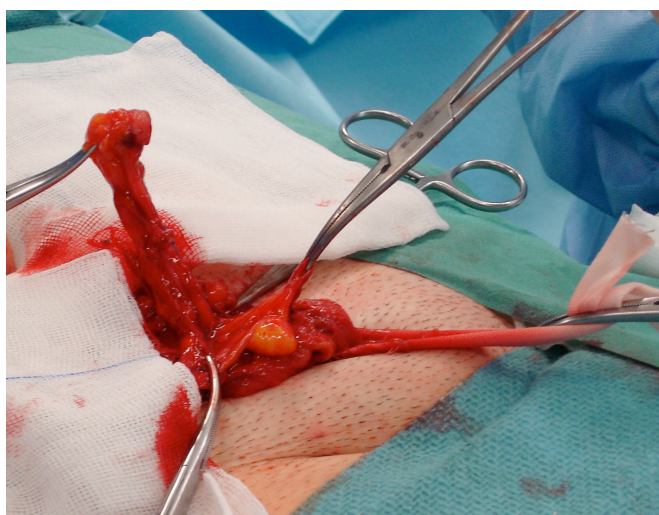


FIGURA 1 – Apêndice íleo-cecal não inflamado no interior de saco de hérnia inguinal indirecta

pêutica conservadora, tendo alta ao terceiro dia pós-operatório. O doente encontra-se sem recidiva aos dez meses de seguimento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A primeira apendicectomia foi realizada por Claudius Amyand em 1735 durante uma cirurgia a hérnia inguinal numa criança de 11 anos, cujo apêndice se encontrava no interior do saco herniário, complicado de perfuração por corpo estranho.² A presença do apêndice ileo-cecal, com ou sem reacção inflamatória, no interior do saco herniário de uma hérnia inguinal denomina-se assim hérnia de Amyand.

O diagnóstico pré-operatório é raro, visto que a abordagem cirúrgica inicial é idêntica, independentemente do conteúdo do saco herniário. Cerca de 0,13% dos casos de apendicite aguda ocorrem no interior de saco herniário inguinal; por outro lado 1% das hérnias inguinais contêm o apêndice no interior do saco herniário.³ Haverá, no entanto, seguramente mais casos de hérnia de Amyand não diagnosticados, visto que durante a cirurgia electiva de uma hérnia inguinal não complicada, o saco herniário é frequentemente reduzido sem haver abertura da cavidade peritoneal, não se identificando portanto o conteúdo do saco.

Apesar da abordagem cirúrgica inicial ser independente do conteúdo do saco herniário, surge controversia acerca da decisão de realizar ou não a excisão de um apêndice ileo-cecal sem alterações patológicas no contexto de uma hérnia de Amyand. As classificações das hérnias de Amyand como a de Losanoff e Basson e a de Fernando e Leelaratre⁴ (tabela 1) permitem apoiar a decisão sobre a realização de apendicectomia e o tipo de reparação da hérnia tendo em conta não só a presença ou ausência de apendicite aguda, mas também se existe ou não peritonite associada. Se existir apendicite aguda neste contexto, está preconizada, logicamente, a realização de apendicectomia, sendo a correcção da hérnia realizada sem utilização de prótese, visto que a cirurgia nunca será considerada limpa no que respeita à classificação para o risco de infecção



do local cirúrgico. A discussão surge nos casos em que o apêndice ileo-cecal não tem alterações patológicas, o que corresponde ao tipo 1 da classificação segundo Losanoff e Basson, em que estes autores defendem a correção da hérnia com prótese (visto tratar-se de uma cirurgia limpa), e realização de apendicectomia apenas em doentes jovens, pelo risco acrescido que se supõe que estes tenham de vir a desenvolver apendicite aguda ao longo da vida (o que, só por si, é um contrasenso, uma vez que a apendicectomia de um apêndice não patológico transforma sempre a cirurgia em limpa contaminada, comprometendo assim a utilização de prótese). Seria interessante saber qual a percentagem de doentes com hérnia de Amyand com apêndice íleo-cecal normal em que não é realizada apendicectomia, que desenvolvem apendicite aguda após a cirurgia de reparação da hérnia; ainda assim seria pouco fiável, dada a impossibilidade de saber a verdadeira percentagem de hérnias de Amyand, pela razão já referida da frequente redução do saco herniário sem a sua abertura. Assim, e na nossa opinião, a

apendicectomia será uma indicação apenas na presença de apendicite aguda, uma vez que a excisão do apêndice sem patologia no mesmo acto acarreta um aumento do risco de infecção e rejeição da prótese utilizada para a correção da hérnia. A classificação de Fernando e Leelaratre (tabela 1) vai de encontro a esta noção.

A abordagem cirúrgica utilizada para a reparação da hérnia e/ou apendicectomia é também variável. Vários autores advogam a reparação anterior da hérnia sem abertura do saco herniário com apendicectomia laparoscópica se indicada, ou a realização de apendicectomia laparoscópica e reparação da hérnia pela mesma via. Nos casos em que a abordagem inicial laparoscópica é realizada para uma hérnia inguinal sem sinais inflamatórios, e caso tenha sido decidida a técnica extraperitoneal, o diagnóstico de hérnia de Amyand não é realizado uma vez que o saco herniário não é aberto; se for empregue a técnica trans-abdominal pré-peritoneal é possível o diagnóstico com eventual apendicectomia e reparação da hérnia inguinal.⁵

TABELA 1 – Classificações das hérnias de Amyand

Classificação	Descrição	Cirurgia
Losanoff e Basson		
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
Fernando e Leelaratre		
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 abcesso ou peritonite)



CONCLUSÃO

A hérnia de Amyand é uma patologia rara, em que existe herniação do apêndice vermiforme através da parede abdominal da região inguinal. O diagnóstico é realizado intraoperatoriamente, visto que a abordagem para o seu tratamento é semelhante à de qual-

quer outra hérnia inguinal redutível. A decisão acerca da apendicectomia na presença de um apêndice saudável é controversa.

A abordagem cirúrgica adoptada é também variável, devendo esta ser adequada ao doente e à experiência do cirurgião.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johari H, Paydar S, Davani S, Eskandari S, Johari M. Left-sided Amyand hernia in Ann Saudi Med. 2009; 29(4): 321-322
2. Llullaku S, Hyseni N, Kelmendi B, Jashari H, Hasani A. A pin appendix within Amyand's hernia in a six-years-old boy: case report and review of literature in World Journal of Emergency Surgery. 2010; 5:14
3. Hutchinson R. Amyand's hernia in Journal of the Royal Society of Medicine. 1993; 86: 104-105.
4. Graça S, Costa S, Francisco E, Ferreira J, Esteves J, Carrapita J, Vasconcelos E, Vale S, Matos L, Maciel J. Hérnia de Amyand: a propósito de um caso clínico in Revista Portuguesa de Cirurgia. 2013; 26: 37-40
5. Sadhu J, Samuel V, Kodiatte T, Gaikwad P. Amyand's Hernia: Case Report – Current Dilemma in Diagnosis and Management in Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015; Feb, vol-9(2): 3-4

Correspondência:

DIOGO SOUSA

e-mail: diogomdesousa@gmail.com

Data de recepção do artigo:

14/05/2015

Data de aceitação do artigo:

24/04/2016

