



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 18 • Outubro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

HÉRNIA DE AMYAND

Caso Clínico e Revisão da Literatura

Amyand's hernia – Case report and literature review

Adriana T. Sousa; Florinda Cardoso; Gil Gonçalves; Mário Nora

RESUMO

O diagnóstico de apendicite aguda pode constituir um desafio para o Cirurgião Geral. A possibilidade do apêndice ileocecal se apresentar em diferentes localizações e a eventual carência de clínica sugestiva podem levar a que o diagnóstico só seja possível intra-operatoriamente. A Hérnia de Amyand, definida como a presença de apêndice ileocecal em saco herniário, apresenta-se muitas vezes como uma hérnia inguino-escrotal direita encarcerada. Não existe um tratamento standard para a resolução da Hérnia de Amyand. Factores como a presença de apêndice inflamado, contaminação do campo operatório, idade do doente e condicionantes anatómicas são determinantes na opção da técnica cirúrgica. Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 82 anos de idade que recorre ao Serviço de Urgência com hérnia inguino-escrotal direita volumosa, com encarceramento. Tratava-se de uma Hérnia de Amyand, tendo sido realizada apendicectomia em apêndice gangrenoso, não perfurado, seguido de correcção do defeito herniário com prótese pela técnica de Rutkow-Robbins. O período de pós-operatório decorreu sem intercorrências relevantes, registando-se alta hospitalar ao 3º dia.

Palavras Chave: Hérnia de Amyand; Hérnia inguino-escrotal encarcerada; Apendicite Aguda

ABSTRACT

The acute appendicitis's diagnosis sometimes is a challenge for the General Surgeon. The different positions where appendix may be found and the protean manifestations of acute appendicitis can make the diagnosis possible only intraoperative. The Amyand's hernia - defined as the appendix included in the hernial sac - is frequently presented as an incarcerated right inguino-scrotal hernia. There is no standard treatment for the Amyand's hernia. Factors as the presence of an inflamed appendix, the contamination of the operating field, the patient's age and other anatomical variants must be considered when deciding the correct surgical techniques. The authors report the case of an 82-year-old male observed in the Emergency Department with a voluminous incarcerated right inguino-scrotal hernia. At surgical time it was found an Amyand's hernia with a gangrenous appendicitis without perforation. An appendicectomy was performed followed by the hernia's repair according to Rutkow-Robbins technique. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged at day 3.

Keywords: Amyand's hernia, incarcerated inguinal hernia; Acute Appendicitis

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a causa mais frequente de abdómen agudo. Os sintomas de apresentação são geralmente típicos e o diagnóstico clínico pré-operatório é quase sempre possível. Pode ser mais difícil nos casos de localização atípica do apêndice ileocecal.

Por sua vez, a complicação mais séria de uma hérnia inguinal é o encarceramento, o que requer frequentemente a intervenção cirúrgica urgente.

O apêndice pode ser encontrado na parede do saco de uma hérnia de deslizamento, mas a ocorrência de uma apendicite aguda é muito rara. A incidência de apêndice ileocecal normal localizado no interior do



saco herniário é de cerca de 1%, enquanto a ocorrência de apendicite aguda é de apenas 0,13%.

Claudius Amyand em 1735, efectuou a primeira apendicectomia em apêndice ileocecal perfurado localizado no saco herniário, e em sua honra designa-se esta entidade como Hérnia de Amyand.

Os autores relatam o caso clínico de um doente do sexo masculino exibindo comprovadamente uma apendicite aguda gangrenosa, numa hérnia inguino-escrotal direita encarcerada. Efectuam para o efeito uma revisão da literatura científica adequada.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, com 82 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, apresentando dor em tumefacção na região inguinal direita com cerca de 15 dias de evolução e agravamento nas 72h que antecederam a observação. Antecedentes de hérnia inguino-escrotal com mais de 20 anos de evolução, aparentemente sem história de encarceramento. Não apresentava alteração do trânsito intestinal, náuseas ou vômitos. Apirético. Sinais vitais normais. O exame físico revelou abdómen mole e depressível, sem áreas com defesa ou dor à descompressão, com ruídos peristálticos intestinais presentes. Tumefacção dolorosa, tensa e não redutível na região inguino-escrotal direita, sem alterações cutâneas. Dos exa-

mes complementares efectuados destaca-se: ausência de leucitose ou neutrofilia, Rx abdominal simples de pé sem níveis hidroaéreos, sem distensão de ansas ou foíce gasosa.

O quadro clínico sugeria hérnia inguinal encarcerada pelo que foi proposto cirurgia. No pré-operatório imediato foi administrada antibioprofilaxia e.v. com Cefazolina 1g e Metronidazol 500mg. Foi realizada a incisão segundo as linhas de Langhans na região inguinal direita e abertura por planos constatando-se saco herniário espesso e congestionado cujo conteúdo de encarceramento demonstrou ser o apêndice ileocecal gangrenoso, não perfurado (Fig.1 e 2) e com cego pouco móvel e intensamente aderido. Este facto determinou a execução de prolongamento da incisão cutânea para região da Fossa Ilíaca Direita, para abordagem abdominal. Procedeu-se a cuidadosa redução do apêndice para a cavidade abdominal e apendicectomia. Excisão do saco herniário redundante e seu encerramento por via intraperitoneal.

A hérnia inguinal foi corrigida com prótese de polipropileno segundo a técnica de Rutkow-Robbins. Colocado dreno aspirativo mini-vacuo. No pós-operatório efectuou antibioterapia com Cefazolina e.v.. Apresentou evolução clínica favorável, tendo alta no 3º dia pós-operatório após retirada do dreno, mantendo antibioterapia por via oral.

Anatomia Patológica: Peri-apendicite sub-aguda.

Observado em consulta de seguimento aos 2 meses, não evidenciou recidiva herniária.

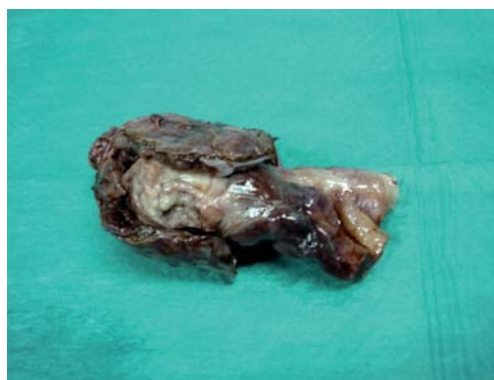


Fig 1 – Apendicite gangrenosa no interior de saco herniário





Fig 2 – Apendicite gangrenosa no interior de saco herniário, Final da cirurgia

DISCUSSÃO

A Hérnia de Amyand foi descrita pela primeira vez, em 1735, por Claudius Amyand (1), cirurgião do rei George II, durante a realização de uma apendicectomia num jovem de 11 anos que apresentava uma fístula enterocutânea pós-perfuração de um apêndice ileocecal localizado no saco herniário. Desde então, a presença de apêndice ileocecal normal, inflamado, ou perfurado no saco de uma hérnia inguinal tem sido denominado como Hérnia de Amyand.

O apêndice ileocecal pode apresentar-se em diferentes locais anatómicos de acordo com diferentes graus de rotação intestinal, ou devido a variantes na fixação do cego. O cego volumoso pode estender-se à pélvis. Estas duas condições podem dar lugar a um peritoneu pélvico. É uma situação rara mas possível, podendo então encontrar-se o apêndice em hérnias inguinais, incisionais ou femorais (2). A presença do apêndice ileocecal numa hérnia crural designa-se como Hérnia de Garengoet.

O apêndice ileocecal pode fazer parte do conteúdo do saco herniário, permanecendo então encarcerado, por desenvolver aderências, desencadeando um processo inflamatório, sem no entanto, interferir no trânsito intestinal do doente, como o observado no caso clínico descrito. A inflamação é desencadeada por obstrução extraluminal, por pressão no colo da hérnia e não por obstrução intraluminal do apêndice ileocecal. A contracção dos músculos da parede abdominal

e aumentos da pressão comprimem o apêndice ileocecal agravando o processo inflamatório. O aumento do volume conduz ao encarceramento e subsequente baixa perfusão vascular e crescimento bacteriano. No nosso doente, o colo herniário era estreito e pode ter causado compressão extraluminal. O saco herniário apresentava sinais de inflamação crónica, congestão vascular e peri-apendicite. Estes achados sugerem que o apêndice ileocecal esteve primeiro encarcerado e posteriormente evoluiu para inflamação. A presença de um colo estreito também pode justificar que a infecção se mantivesse localizada sem contaminação peritoneal.

A incidência do apêndice ileocecal (não-complicado) no saco de uma hérnia inguinal é de aproximadamente 1% (3). Destes, somente 0,13% se apresentam com apendicite, enfatizando a raridade desta entidade nosológica. A sua apresentação clínica é muito variável, dependendo da extensão do processo inflamatório peri-apendicular e da presença ou ausência de contaminação peritoneal.

A maioria dos casos de Hérnia de Amyand ocorre no lado direito (4) como consequência da posição anatómica normal do apêndice ileocecal. Contudo a Hérnia de Amyand também foi descrita do lado esquerdo, podendo estar associada com *situs inversus*, má rotação intestinal ou cego móvel.

Na revisão da literatura, Ibrahim Barut et all (2), após 1950, descreveu 188 casos de apêndices ileocecais em sacos herniários. A sua localização é apresentada na Tabela 1. Acresce os seguintes factos: cento e



vinte e sete doentes apresentavam-se com apendicites agudas, 32 com apendicites gangrenosas e 21 com apendicites complicadas de perfuração; em 8 doentes o apêndice estava normal; a idade dos doentes variou de 3h a 93 anos de idade; o sexo masculino tem maior incidência e é mais frequente em idades pediátricas.

Tabela I. **Hérnias com o apêndice ileocecal como conteúdo ***

Tipo de hérnia	n
Hérnia inguinal encarcerada	113
Hérnia inguinal estrangulada	11
Hérnia femoral encarcerada	30
Hérnia femoral estrangulada	11
Hérnia umbilical	4
Hérnia obturadora estrangulada	3
Hérnia Spiegel encarcerada	7
Hérnia diafragmática estrangulada	2
Hérnia incisional	2
Hérnia epigástrica	1
Hérnia interna estrangulada	1
Hérnia interna paraduodenal	1
Total	188

* Segundo uma revisão da literatura de Ibrahim Barut and Omer Ridvan Tarhan, publicada em 2008

A maioria dos casos de Hérnia de Amyand descritos apresentam-se com características de hérnia encarcerada ou estrangulada (4,5), diagnóstico que *per se* justificam uma intervenção cirúrgica. A perfuração do apêndice no saco herniário pode simular a perfuração do intestino, e é raro concretizar-se o diagnóstico clí-

nico pré-operatório deste tipo de patologia. A suspeição clínica deve estar presente sempre que um doente surge com uma hérnia encarcerada sem sinais clínicos ou radiológicos de obstrução. A dor pode ser do tipo cólica e não continua como na ansa estrangulada. Por vezes pode ser possível reconhecer os sintomas prodrómicos típicos de uma apendicite aguda como é a dor epigástrica/umbilical que posteriormente migra para a fossa ilíaca direita/região inguinal direita.

Pode ter como diagnóstico diferencial uma Hérnia de Richter, o escroto agudo, a torção testicular, o hidrocelo agudo, o abscesso ou a fistula escrotal.

Embora a tomografia computadorizada abdominal pré-operatória possa ajudar no correcto diagnóstico, não é rotina submeter o doente a este exame após diagnosticar uma complicação de hérnia inguinal. Após abertura do saco o diagnóstico é obtido intra-operatoriamente.

As opções cirúrgicas na Hérnia de Amyand dependem do modo de apresentação do apêndice ileocecal. Embora não seja consensual, o apêndice normal não requer apendicectomia, por outro lado, a presença de apendicite aguda obriga a apendicectomia de preferência por via inguinal, para diminuir o risco de contaminação abdominal (3). Na literatura as opções por vias de abordagem são diversas, podendo ser pré-peritoneal ou inguinal para tratar ambas as situações, abordagem combinada (inguinal e abdominal para a apendicectomia) e o acesso com videocirurgia. A técnica de correcção do defeito herniário mais frequentemente descrita é a de Shouldice.

A abordagem de um abscesso intra-abdominal associado, pode perspectivar uma drenagem percutânea, laparotómica ou unicamente inguinal. A presença de pus ou perfuração do apêndice ileocecal é uma contra-indicação para correcção da hérnia com a colocação de prótese. No nosso caso, a contaminação foi mínima e restringida pela escassez de manipulação do apêndice gangrenoso e friável aderente no saco herniário. Dada a idade do doente e a fragilidade dos tecidos, associada à contaminação mínima optou-se (com sucesso) pelo uso de uma prótese de polipropileno.



A taxa de mortalidade da Hérnia de Amyand varia de 14 a 30% e está associada a complicações sépticas.

CONCLUSÃO

A apendicite aguda numa Hérnia de Amyand poder ser uma situação grave que se confunde com uma hér-

nia encarcerada/estragulada e o doente necessita sempre de uma cirurgia urgente.

Recomendamos a apendicectomia após exploração, por via inguinal e correcção do defeito herniário no mesmo tempo operatório. O uso de prótese não é contra-indicação absoluta, devendo ser utilizada sempre que as condições locais o permitam.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Hutchinson R. Amyand's hernia. J R Soc Med 1993; 86:104-5
- (2) Ibrahim Barut and Omer Ridvan Tarhan " A rare Variation of Amyand's Hernia: Gangrenous Appendicitis in an incarcerated Inguinal Hernia Sac" European Journal of General Medicine Vol. 5, Num 2, 2008, 12-4
- (3) D'Ália C et all. Amyand's hernia: case report and review of the literature. Hernia 2003; 7(2):89-91
- (4) Inan I, Myers PO; Hagen ME, Gonzalez M, Morel P. Amyands's Hérnia: 10 years' experience. Surgeon 2009;4: 198-202
- (5) Apostolidis S, Papadopoulos V, et all. Amyand's Hernia: A Case Report and Review of the Literature. The Internet Journal of Surgery TM ISSN:1528-8242

Corresponding Author

FLORINDA CARDOSO
florindapaula@hotmail.com

