

HÉRNIA DE AMYAND EM PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO

ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE¹; HELLEN CRYSLÉN BERNARDO BEZERRA^{2*}; YURI QUINTANS ARAÚJO²; GUILHERME BRUNO FONTES VIEIRA¹; ISABELE FONTENELE DE SANTIAGO CAMPOS³; FERNANDO HOLANDA COSTA JUNIOR¹.

1 - Médico Cirurgião Geral formado pelo Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

2 - Acadêmico (a) do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

3 - Graduanda do curso de Medicina da Unichristus.

Artigo submetido em: 14/07/2020

Artigo aceito em: 03/09/2020

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Quando o apêndice cecal encontra-se presente no saco herniário inguinal é dada a denominação Hérnia de Amyand, um tipo raro de hérnia que possui uma incidência de 1% entre todas as hérnias inguinais. O apêndice inflamado no interior do saco herniário pode causar sinais e sintomas que simulam uma hérnia inguinal encarcerada, sendo o diagnóstico realizado principalmente no intra-operatório. Relatamos o caso de um paciente de 82 anos com hérnia inguinal dolorosa, irreduzível e sinais flogísticos associados. Durante o procedimento cirúrgico, foi identificado no interior do saco herniário o apêndice cecal, a bexiga e alças de delgado. Foi realizada apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex.

Palavras-chave: Hérnia Inguinal; Apendicectomia; Cirurgia.

ABSTRACT

When the cecal appendix is present in the inguinal hernia sac, it is called Amyand's Hernia, a rare type of hernia that has an incidence of 1% among all inguinal hernias. The inflamed appendix inside the hernial sac can cause signs and symptoms that simulate an incarcerated inguinal hernia, the diagnosis being made mainly during the operation. We report the case of an 82-year-old patient with painful, irreducible inguinal hernia and associated inflammatory signs. During the surgical procedure, the cecal appendix, bladder and small bowel loops were identified inside the hernial sac. Appendectomy and inguinal hernioplasty were performed on the right with marlex mesh apposition.

Keywords: Hernia, Inguinal; Appendectomy; Surgery.

Introdução

A hérnia deslizando ocorre quando há a protrusão de um órgão através de uma abertura na parede abdominal e o seu peritônio forma parte do saco herniário⁽¹⁾. A frequência de hérnias deslizando em reparos eletivos de hérnia inguinal varia de 6 a 8%, e pacientes idosos que apresentam longa história de hérnia inguinal são o grupo com a maior probabilidade de ocorrência⁽²⁾.

Quando uma hérnia inguinal contém no seu saco herniário o apêndice cecal ela é denominada hérnia de Amyand⁽³⁾. A incidência desse achado é baixa, ocorrendo em menos de 1% dos pacientes com hérnia inguinal. A presença de complicações no apêndice torna a situação ainda mais rara, pois a incidência cai para cerca de 0,1%. O apêndice inflamado no interior do saco herniário

pode causar sinais e sintomas que simulam uma hérnia inguinal encarcerada e, por essa razão, a hérnia de Amyand é predominantemente diagnosticada no intra-operatório⁽⁴⁾.

Apresentamos o caso de um paciente de 82 anos que apresentou uma hérnia inguinal encarcerada. Durante o procedimento cirúrgico, foi identificado no interior do saco herniário o apêndice cecal, a bexiga e alças de delgado. Foi realizada apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 82 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, foi internado no dia 20/01/2020 em um hospital terciário de Fortaleza relatando, há 7 dias da admissão, início

de um quadro de dor abdominal intensa em região de fossa ilíaca direita e região inguinal direita, em pontada, sem irradiações, associado a vômitos biliosos pós-prandiais, parada da eliminação de fezes e distensão abdominal. O paciente também relatou apresentar hérnia inguinal direita há mais de 20 anos, havendo aumento do conteúdo herniário concomitante ao início dos sintomas. Apresenta como comorbidades hipertensão arterial sistêmica, sequela motora de acidente vascular cerebral prévio, hiperplasia prostática benigna e fibrilação atrial. Ex-tabagista, fumante durante 34 anos, nega etilismo e uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico na admissão, paciente apresentava abdome globoso, distendido, ruídos hidroaéreos presentes, porém lentificados, timpânico à percussão, doloroso à palpação, com presença de hérnia inguinal à direita, volumosa, endurecida ao toque, dolorosa, irreductível, com sinais flogísticos associados e sem nenhuma mobilidade.

Foi solicitada rotina de abdome agudo com radiografia de abdome na incidência antero-posterior (AP) em decúbito dorsal horizontal e ortostase, e radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior (PA) em ortostase. A radiografia de abdome demonstrou alças intestinais dilatadas, sugerindo uma obstrução intestinal, e a radiografia de tórax estava dentro dos parâmetros de normalidade (Figura 1). Com base nos achados radiológicos e clínicos, foi dado o diagnóstico de hérnia inguinal direita encarcerada com obstrução intestinal associada, sendo encaminhado o paciente para cirurgia.

Foi realizada inguinotomia direita paralela à prega inguinal e dissecação por planos com identificação do anel inguinal externo, com diérese da aponeurose do músculo oblíquo externo. No procedimento cirúrgico, foi encontrado o apêndice cecal hipertrofiado envolvido ao conteúdo herniário, a bexiga herniada fazendo parte da parede do saco herniário, alças de delgado herniadas, dilatadas, sem sinais de isquemia, e omento de aspecto necrótico. Realizou-se redução das alças de delgado e de bexiga, apendicectomia e hernioplastia inguinal à direita com aposição de tela de Márlex. O exame anatomopatológico do apêndice cecal demonstrou que a víscera possuía textura amarronzada e firme, contendo trechos de

necrose. O omento foi retirado, mas não foi enviado para biópsia.

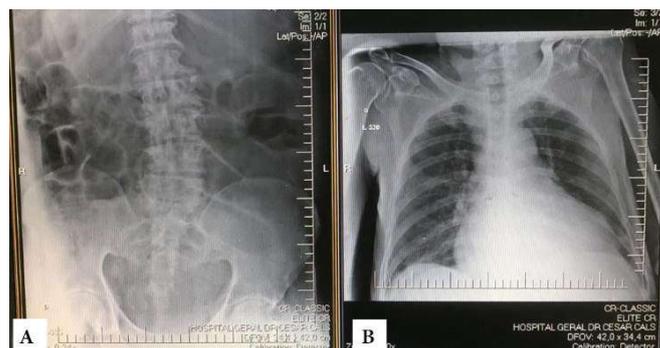


Figura 1 - A. Radiografia de Abdome em AP demonstrando alças intestinais dilatadas. **B.** Radiografia de Tórax em AP dentro dos parâmetros de normalidade.

O paciente evoluiu com pneumonia aspirativa no pós-operatório, apresentando tosse produtiva e episódios isolados de febre, sendo tratado com antibioticoterapia de amplo espectro. No mais, evoluiu satisfatoriamente, evacuando, flatulando, com diurese clara em fraldas, sem náuseas e vômitos, recebendo alta após término de esquema de antibiótico.

Discussão

As hérnias são definidas como uma projeção, protrusão ou protuberância de um órgão ou de parte dele através da parede que normalmente o contém. Em se tratando de hérnias abdominais, geralmente tal evento é favorecido quando há aumento na pressão intra-abdominal e uma fraqueza dos músculos de tal região ⁽²⁾.

Dessa forma, o perfil de paciente mais predisposto a desenvolver esta condição são homens com idade mais avançada, obesos, fumantes, constipados crônicos, com aumento prostático ou portadores de doença dos tecidos conectivos ⁽²⁾. Em concordância com o descrito na literatura, o caso apresentado trata-se de um homem idoso, tabagista e portador de hiperplasia prostática benigna.

Foi criado o termo hérnia de deslizamento para referir-se a um subtipo raro de hérnias em que o saco herniário é parcialmente formado pela parede de uma víscera, como o cólon, bexiga urinária, apêndice vermiforme, ceco ou ureter ⁽⁵⁾. Bendavid classificou as hérnias inguinais de deslizamento em três variantes anatômicas: Tipo I, definido como uma hérnia em que parte do saco peritoneal é formado pela parede da víscera; Tipo

II, definido como uma hérnia que contém o mesentério do órgão retroperitoneal, junto com o órgão correspondente, com o mesentério formando parte da parede do saco peritoneal; Tipo III, a hérnia consiste na protrusão da víscera propriamente dita, de modo que o saco peritoneal é bem pequeno ou mesmo ausente ⁽¹⁾. Ainda com tal sistematização proposta, o conceito de hérnia de deslizamento é comumente mal-empregado por cirurgiões, até mesmo pelos mais experientes ⁽²⁾. Na hérnia de paciente apresentado, foram encontradas múltiplas vísceras, incluindo alças de intestino delgado acompanhadas de omento, bexiga urinária e até mesmo o apêndice vermiforme, sendo classificada como Tipo I, de acordo com a classificação de Bendavid.

A bexiga urinária está envolvida em apenas 1 a 3% dos casos de hérnias inguinais ⁽⁶⁾. Algumas vezes, os pacientes com o envolvimento de tal víscera podem manifestar sintomas de obstrução urinária, como urgência, noctúria, micção incompleta e aumento na frequência de micções. Além disso, também configuram como achados possíveis edema escrotal, hematúria, hidronefrose e insuficiência renal aguda ⁽⁵⁾. No caso apresentado, entretanto, tais queixas não foram observadas.

Quando o apêndice cecal encontra-se presente no saco herniário inguinal, a hérnia ganha o epônimo de Hérnia de Amyand (HA) ⁽⁷⁾. Trata-se de um tipo raro de hérnia que possui uma incidência de 1% entre todas as hérnias inguinais. Geralmente, a apresentação da HA é semelhante à da hérnia inguinal comum, sem nenhuma especificidade ⁽⁸⁾.

Apesar de ser possível a identificação do conteúdo herniado a partir de exames de imagem, tais como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada (TC), e ainda, em se tratando de bexiga, a cistografia, a solicitação de tais exames não é rotina, de modo que eles são realizados apenas em casos que existem outras suspeitas diagnósticas ou que não estão muito bem definidos. Dessa forma, tanto apêndice como bexiga são, mais comumente, encontrados no intra-operatório ^(6, 8). Devido à investigação do quadro de abdome agudo obstrutivo do no caso apresentado, foram solicitadas radiografias de tórax e abdome do paciente, entretanto, embora tenha

sido constatada hérnia inguinal, o seu conteúdo só foi esclarecido no intra-operatório.

A depender do aspecto do apêndice encontrado na cirurgia, a HA pode ser classificada em quatro diferentes categorias: Tipo 1, apêndice normal na hérnia inguinal; Tipo 2, apendicite aguda na hérnia inguinal; Tipo 3, apendicite aguda com peritonite; Tipo 4, apendicite na hérnia inguinal com concomitante patologia abdominal. Destaca-se ainda que, caso o apêndice cecal encontre-se inflamado, é possível haver quadro algíco associado ⁽⁸⁾.

O reparo de hérnias inguinais de deslizamento pode ser feito por via laparoscópica, a partir das técnicas de reparo transabdominal pré-peritoneal (TAPP), ou de reparo total extra-peritoneal (TEP). A técnica laparoscópica TAPP é preferida no caso de hérnias de deslizamento por causa da possibilidade de visualização para confirmar o envolvimento do órgão abdominal no saco herniário. Entretanto, a técnica aberta de herniorrafia de Lichtenstein também é uma excelente opção a depender do quadro do paciente ⁽⁵⁾. No caso abordado, foi preferida a técnica aberta por haver encarceramento e devido ao conteúdo herniário volumoso.

Quanto ao apêndice, não há consenso se deve ser realizada apendicectomia ou apenas reduzi-lo de volta ao abdome, caso este não se encontre inflamado, e apenas corrigir o defeito herniário, ficando a decisão à preferência do cirurgião ⁽⁷⁾. Por apresentar-se com caráter já necrótico, optou-se pela remoção do apêndice no paciente apresentado.

Referências

1. Bendavid R. Sliding hernias. *Hernia*. 2002; 6(3): 137-40.
2. Kamat M, Singh N, Nattey K. A rare encounter of obstructed direct inguinal hernia of sliding variety. *Int J Surg Case Rep*. 2018; 49: 209-214.
3. Patoulis D, Kalogirou M, Patoulis I. Amyand's Hernia: an Up-to-Date Review of the Literature. *Acta Medica (Hradec Kralove)*. 2017; 60(3): 131-134.
4. Shaban Y, Elkbuli A, McKenney M, Boneva D. Amyand's hernia: A case report and re-

- view of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 47: 92-96.
5. Konik RD, Narh-Martey P, Bogen G. Recurrence of an inguinal hernia containing the dome of the bladder following laparoscopic repair with mesh: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 25: 218-20.
 6. Mahadevappa B, Suresh SC, Natarajan K, Thomas J. Cystogram with dumbbell shaped urinary bladder in a sliding inguinal hernia. *J Radiol Case Rep.* 2009; 3(2): 7-9.
 7. Junaid J, Fawad A. A normal appendix in a painful sliding hernia--an unusual case. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(4): 416-7.
 8. Toffaha A, El W, Elaiwy O, Obaid M, Al-yahri O. First sliding Amyand hernia harbouring appendicular schistosomiasis: Case report. *Int J Surg Case Rep [Internet].* 2019; 63: 143-6.

*** Autor correspondente:**

HELLEN CRYSLÉN BERNARDO BEZERRA

Avenida Dr. Silas Munguba, 6360 - Passaré, Fortaleza - CE, 60743-762.