

## HÉRNIA DE AMYAND ENCARCERADA: CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO DE LITERATURA.

### *INCARCERATED AMYAND'S HERNIA: CASE REPORT AND LITERATURE DISCUSSION.*

Carlos Roberto **NAUFEL JUNIOR**<sup>1</sup>, Jurandir Marcondes **RIBAS FILHO**<sup>1</sup>, Renata **DAMIN**<sup>2</sup>,  
Rafael Rodrigues Spinola **BARBOSA**<sup>2</sup>, Guilherme Ferrarini **FURLAN**<sup>3</sup>,  
Giovana Landal de Almeida **LOBO**<sup>4</sup>, Marília de Souza **PENIDO**<sup>5</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1532

Naufel Junior CR, Ribas Filho JM, Damin R, Barbosa RRS, Furlan GF, Lobo GLA, Penido MS. Hérnia de Amyand encarcerada: caso clínico e discussão de literatura. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(2):65-67.

**RESUMO** - **INTRODUÇÃO**: O termo hérnia de Amyand é empregado para caracterizar as hérnias inguinais cujo saco herniário contém o apêndice cecal. A incidência de apendicite aguda nesses casos varia de 0,07-0,13%. O tratamento de escolha é a apendicectomia, juntamente com a herniorrafia inguinal. Pela raridade do caso, não há estudos estatisticamente significativos com relação às diferentes formas de realizar a correção dessa hérnia. **DESCRIÇÃO DO CASO**: Paciente masculino, 43 anos, com quadro de dor em região inguinal direita, com 24h de evolução, com piora progressiva da dor e aumento de volume no local. Herniação apresentava-se irreduzível. Referia náuseas. Levemente febril, normocárdico, eupneico e hipertenso. Foi realizado tratamento cirúrgico por meio de hernioplastia inguinal unilateral e apendicectomia. No primeiro dia pós-operatório, paciente apresentou-se sem queixas, negava dor. Ao segundo dia, paciente referiu boa recuperação, e recebeu alta com analgesia e orientações de retorno ao pronto-socorro, se necessário, e retorno ao ambulatório do cirurgião responsável em 15 dias. **CONCLUSÃO**: Pode-se concluir que a hérnia de Amyand é uma patologia rara, mas que deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de hérnia inguinal direita com sinais flogísticos. O tratamento deve ser cirúrgico, avaliando a possibilidade de uso de telas para a correção da hérnia.

**DESCRITORES** - Hérnia Inguinal, Hérnia Abdominal, Cirurgia Geral.

### INTRODUÇÃO

Hérnia inguinal é definida como a protrusão de um órgão ou fâscia pela parede abdominal ou pelo conduto peritônio-vaginal que não involuiu.<sup>1</sup> O termo hérnia de Amyand é empregado para caracterizar as hérnias inguinais cujo saco herniário contém o apêndice cecal. Seu nome advém de uma homenagem à Claudius Amyand, o primeiro cirurgião a realizar, com sucesso, uma apendicectomia, em 1735.<sup>2,3</sup>

O diagnóstico da hérnia de Amyand, raramente, é feito no pré-operatório, por ser facilmente confundido com uma hérnia inguinal direita encarcera-

da. A tomografia computadorizada pode auxiliar na avaliação de alguns pacientes, apresentando sinais e sintomas consistentes com apendicite aguda.<sup>2</sup> A incidência de apendicite aguda nesses casos varia de 0,07-0,13%. A associação com sepse abdominal causa uma mortalidade de 15-30%.<sup>1</sup>

As hérnias de Amyand podem ser classificadas em quatro tipos: (1) apêndice normal e saudável no saco herniário, (2) apendicite aguda dentro da hérnia inguinal, sem sepse abdominal, (3) apendicite aguda dentro do saco herniário inguinal, com sepse de parede abdominal e/ou peritonite, e (4) apendicite aguda dentro da hérnia inguinal, associada a alguma patologia abdominal.<sup>4,5</sup>

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico Mackenzie.

1 - Cirurgião geral e do Aparelho Digestivo.

2 - Médica residente do segundo ano de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil. Pesquisadora, redatora e formatadora.

3 - Médico residente do primeiro ano de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba-PR, Brasil.

4 - Acadêmica do oitavo período de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba-PR, Brasil.

5 - Acadêmica de Medicina da Universidade Positivo.

O relato e a discussão de casos raros contribuem para o conhecimento do profissional médico sobre condições pouco discutidas e cujos diagnóstico e tratamento pode se mostrar desafiador. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é relatar um caso de hérnia de Amyand e discutir suas etiologias e diversas modalidades terapêuticas.

## METODOLOGIA PROPOSTA

Os dados do caso a ser relatado foram colhidos do prontuário médico do paciente arquivado pelo ambulatório do serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o uso das informações do prontuário foi obtido junto ao paciente, informando-o que sua identidade não seria revelada e que nenhum benefício ou prejuízo estava atrelado a sua participação no estudo.

Os dados colhidos do prontuário do paciente são relatados na forma de um resumo cronológico dos eventos relevantes em sua história médica.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 43 anos, encaminhado pela Central de Leitos com quadro de dor em região inguinal direita, com 24h de evolução, com piora progressiva da dor e aumento de volume no local. Herniação apresentava-se irreduzível. Referia náuseas, negava vômitos, e alterações de hábitos intestinal e urinário.

Paciente relatava hérnia inguinal redutível, com 5 anos de diagnóstico, aguardando cirurgia. Negava alergias e medicações de uso contínuo. Paciente era tabagista (20 anos/maço) e etilista social.

Ao exame físico, apresentava-se corado, hidratado, anictérico e acianótico. Levemente febril (37,9°C), normocárdico (63 bpm), eupneico (16 mrpm), hipertenso (180/100 mmHg). O abdômen encontrava-se flácido, levemente distendido e doloroso à palpação em região inguinal direita, com ruídos hidroaéreos presentes. Hérnia inguinal direita encontrava-se palpável, endurecida, com grande volume e irreduzível. O restante do exame físico apresentava-se sem outras peculiaridades.

Foi realizado tratamento cirúrgico por meio de hernioplastia inguinal unilateral e apendicectomia. Paciente colocado em decúbito dorsal, sob raqui-anestesia e sedação. Realizada antisepsia da pele e colocação de campos estéreis. Feita inguinitomia à direita, dissecação por planos e abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo. Identificada hérnia inguino-escrotal volumosa, e isoladas estruturas do cordão espermático. Realizada a abertura do saco herniário, encontrando-se ceco e apêndice cecal, sem sinais de isquemia ou sofrimento de alças.

Realizada ligadura e secção da artéria apendicular, juntamente com o apêndice, o qual foi retirado. Feito o fechamento de parede posterior, com efeito de reforços. Colocação de tela Marlex e fixação desta tela 8\*13 com pontos de prolene 2-0. Revisada a hemostasia. Sutura da aponeurose com Vicryl 1-0, e da pele com Nylon 3-0. Ferida operatória coberta com curativo estéril compressivo.

No primeiro dia pós-operatório, paciente apresentou-se sem queixas, negava dor. Relatava presença de flatos, porém ausência de diurese e evacuações. Ao segundo dia pós-operatório, paciente referiu boa recuperação, e recebeu alta com analgesia e orientações de retorno ao pronto-socorro, se necessário, e retorno ao ambulatório do cirurgião responsável em 15 dias.

## DISCUSSÃO

Essa patologia é rara, mais prevalente em pacientes do sexo masculino. É estimado que a idade média dos pacientes seja de 42 anos, apesar de haver relatos em pacientes pediátricos.<sup>2</sup> Isso condiz com nosso paciente, que tinha 43 anos. É uma condição quase exclusiva do lado direito, devido à localização anatômica normal do apêndice.<sup>1</sup> A correção de hérnias inguinais é uma das cirurgias mais realizadas no mundo – aproximadamente 20 milhões de casos por ano. A presença do apêndice no saco herniário ocorre em apenas 1% destes casos, e, se houver complicações – como inflamação, perfuração ou formação de abscesso – a incidência cai para 0,1% dos casos.<sup>4</sup>

O tratamento de escolha é a apendicectomia, juntamente com a herniorrafia inguinal. Durante a cirurgia, caso seja encontrado um apêndice saudável (tipo 1), pode-se reparar a hérnia por meio da colocação de uma tela, como foi realizado por nosso serviço. Por outro lado, caso o apêndice encontre-se inflamado e/ou infeccionado (tipo 2), a maioria dos autores recomendam a correção da hérnia sem o uso de tela, devido ao aumento considerável do risco de contaminação e infecção perioperatória, além do risco de fistulização do coto apendicular.<sup>1,2</sup> Em casos de hérnia de Amyand tipos 3 e 4, o acesso deverá ser feito por meio de uma laparotomia, ao invés da incisão de McArthur. Pela raridade do caso, não há estudos estatisticamente significativos com relação às diferentes formas de realizar a correção dessa hérnia.<sup>4</sup>

Pode-se concluir que a hérnia de Amyand é uma patologia rara, mas que deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de hérnia inguinal direita com sinais flogísticos. O tratamento deve ser cirúrgico, avaliando a possibilidade de uso de telas para a correção da hérnia.

---

Naufel Junior CR, Ribas Filho JM, Damin R, Barbosa RRS, Furlan GF, Lobo GLA, Penido MS. Incarcerated Amyand's hernia: case report and literature discussion. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(2):65-67.

**ABSTRACT** - INTRODUCTION: The term Amyand's Hernia is used to characterize inguinal hernias which contain the caecal appendix. The incidence of acute appendicitis in these cases varies for 0,07-0,13%. The treatment of choice is appendectomy, along with inguinal herniorrhaphy. Due to the rarity of the case, there are no statistically significant studies analyzing the different ways to correct this type of hernia. CASE DESCRIPTION: Male, 43 years-old, with a 24h history of pain in the right inguinal region, associated with gradual worsening of the pain and increase in volume. Herniation appeared irreducible. Slightly febrile, normocardic, eupneic and hypertensive. Surgical treatment was performed, with unilateral inguinal hernioplasty and appendectomy. On the first post-operative day, the patient had no complaints, and denied feeling pain. On the second day, the patient had recovered well, and was discharged with analgesics and directions to return to the emergency room, if necessary, and to schedule an appointment with the lead surgeon in 15 days. CONCLUSION: It can be inferred that Amyand's hernia is a rare pathology, but must be considered as differential diagnosis in cases of right inguinal hernia, with inflammatory signs. Treatment must be surgical, evaluating the possibility of using a mesh to repair the hernia.

**KEYWORDS** - Hernia, Inguinal, Hernia, Abdominal, General Surgery.

---

## REFERÊNCIAS

1. Jesinger RA, Lattin GE Jr, Ballard EA, Zelasko SM, Glassman LM. Vascular abnormalities of the breast: arterial and venous disorders, vascular masses, and mimic lesions with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2011 Nov-Dec;31(7):E117-36.
  2. Chung SY, Oh KK. Mammographic and sonographic findings of a breast subcutaneous hemangioma. *J Ultrasound Med* 2002 May;21(5):585-8.
  3. Mesurole B, Sygal V, Lalonde L, Lisbona A, Dufresne MP, Gagnon JH, Kao E. Sonographic and mammographic appearances of breast hemangioma. *American Journal of Roentgenology* 2008;191: W17-W22.
  4. Vieira SC, Silva JS, Madeira EB, França JCQ, Martins Filho SN. Heman-gioma de mama simulando metástase no PET-CT. *Radiol Bras* 2011 Nov/Dez;44(6):401-2.
  5. Glazebrook KN, Morton MJ, Reynolds C. Vascular tumors of the breast: mammographic, sonographic, and MRI appearances. *AJR* 2005; 184:331-8.
-