

ABCDDV/1336

ABCD Arq Bras Cir Dig

2017;30(4):287-161

DOI: /10.1590/0102-6720201700040014

Carta ao Editor

HÉRNIA DE AMYAND: NOSSA EXPERIÊNCIA E REVISÃO DA LITERATURA

Amyand's hernia: our experience and review of literature

Gunjan **DESAI**¹, **SUHANI**², Prasad **PANDE**¹, Shaji **THOMAS**³

Trabalho realizado no ¹Department of Gastrointestinal Surgery, Lilavati Hospital and Research Center, Bandra Reclamation, Bandra West, Mumbai, Maharashtra; ²Department of General Surgery^b, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; ³Department of Surgery^d, Lady Hardinge Medical College and Smt. Sucheta Kriplani Hospital, New Delhi, India.

DESCRITORES: Apendicite. Hérnia. Telas cirúrgicas.

HEADINGS: Appendicitis. Hernia. Surgical mesh.

Correspondence:

Gunjan Desai

Email: dsshsh@yahoo.com,

dsshsh@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 27/07/2017

Aceito para publicação: 18/10/2016

INTRODUÇÃO

Quando um apêndice normal, inflamado ou perfurado é encontrado como conteúdo em hérnia inguinal encarcerada, é chamado de hérnia de Amyand¹. A incidência varia de 0,19-1,7% dos casos de hérnia relatados². A apendicite na hérnia de Amyand é causada por compressão extraluminal e pode imitar a apendicite ou a hérnia inguinal complicada. Uma vez que tanto a hérnia inguinal quanto a apendicite aguda são de diagnóstico clínico, diagnóstico radiológico pré-operatório geralmente não é feito³. A importância clínica reside no fato de que pode resultar em várias complicações devido ao diagnóstico tardio e a mortalidade está relatada em 6-15%^{3,4}. O determinante mais importante do tratamento é a presença ou ausência de apendicite e abscesso periapendicular⁵. O uso de tela é tradicionalmente contraindicado nos casos de um apêndice inflamado ou perfurado. No entanto, séries de casos já foram publicadas com reparo com tela, principalmente devido à disponibilidade de potentes antibióticos e telas biológicas^{6,7}. Aqui apresentamos nossa experiência em três casos de hérnia de Amyand e revisamos a literatura atual pertinente.

RELATO DOS CASOS

CASO 1 - Um homem de 58 anos de idade foi para emergência cirúrgica com queixa de inchaço na virilha direita por um mês, dor no inchaço e irreducibilidade por dois dias. Não havia características de obstrução intestinal. Estava presente hérnia inguinal direita estrangulada. O paciente foi submetido à operação inguinal. Ao abrir o saco herniário, estava presente apêndice inflamado como seu conteúdo sem perfuração ou pus (Figura 1). Apendicectomia foi realizada seguida de herniotomia e herniorrafia usando o reparo modificado de Bassini. O paciente teve recuperação sem intercorrências e estava assintomático no seguimento de um ano.



FIGURA 1 - Apêndice inflamado em hérnia de Amyand

CASO 2 - Homem de 42 anos de idade foi para emergência cirúrgica com queixa de inchaço na virilha direita por seis meses, dor no inchaço e irreducibilidade desde os últimos cinco dias. Ao exame, havia taquicardia e uma hérnia inguinal direita irreducível com sensibilidade localizada e vermelhidão da pele. Com diagnóstico pré-operatório de hérnia inguinal direita estrangulada, o paciente foi submetido à exploração inguinal direita. Ao abrir o saco, havia fluido purulento e apêndice perfurado. Apendicectomia com lavagem foi realizada seguida por herniotomia e herniorrafia, usando o reparo de Bassini modificado. Dreno de sucção foi colocado na região da virilha direita abaixo da fâscia transversal e acima do fecho da bainha. No pós-operatório, o paciente teve recuperação sem intercorrências, exceto infecção superficial do local cirúrgico que foi administrada com o curativo.

CASO 3 - Um homem de 68 anos de idade apresentou-se no ambulatório com queixa de inchaço na virilha direita por dois meses com episódios de dor autolimitante e irreducibilidade, sem características obstrutivas. Ao exame, hérnia inguinal direita parcialmente irreducível estava presente. O paciente foi subsequentemente aceito para operação de hérnia inguinal direita (técnica de Lichtenstein). Intraoperatoriamente ao abrir o saco herniário havia apêndice normal (Figura 2) sem qualquer perfuração ou pus no saco. Não foi feita apendicectomia e simplesmente foi empurrado o apêndice para a cavidade peritoneal seguida do fechamento do saco e colocação da tela de polipropileno para cobrir o defeito. O paciente estava assintomático no seguimento de seis meses.

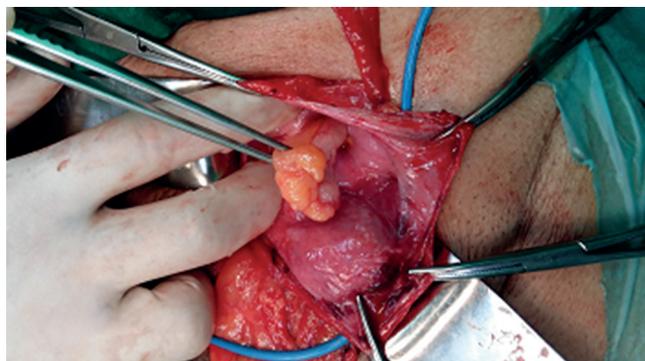


FIGURA 2 - Hérnia de Amyand com apêndice normal

DISCUSSÃO

Quando apêndice normal, inflamado ou perfurado é encarcerado em uma hérnia inguinal ele é chamado de

hérnia de Amyand em homenagem a Claudius Amyand, que, em 6 de dezembro de 1735, realizou apendicectomia para o tratamento de um menino de 11 anos com hérnia inguinal direita não redutível com o conteúdo com o apêndice. Este foi o primeiro caso relatado de apendicectomia, realizado através da abordagem da virilha^{1,8}.

A incidência é de 0,19-1,7% dos casos de hérnia relatados². A incidência de apendicite dentro de uma hérnia inguinal é ainda mais rara, com taxa estimada em 0,07-0,13%⁶. É três vezes mais comum em crianças, devido à patência do processo vaginal. É mais comum nos homens e quando mulheres é vista na pós-menopausa³. É mais comum no lado direito. Muito poucos casos de hérnia do lado esquerdo de Amyand foram descritos na literatura, associadas ao situs inversus ou ceco móvel⁷.

Diferentes teorias foram propostas para a ocorrência da hérnia de Amyand. Devido a um apêndice longo apontando para a virilha ou reflexões peritoneais soltas e ceco redundante, o apêndice pode atingir a hérnia e ficar preso no saco^{9,10}.

Acredita-se que a apendicite na hérnia de Amyand seja causada por compressão extraluminal causando edema do apêndice com estreitamento do anel juntamente com a contração de músculos da parede abdominal causando encarceramento e estrangulamento. A obstrução intraluminal clássica do apêndice não parece ter um papel importante. No entanto, a peritonite difusa é considerada menos provável em caso de apendicite complicada devido à localização dos conteúdos dentro do saco^{3,9}.

A classificação de hérnias de Amyand foi proposta pela primeira vez por Losanoff e Basson, e foi modificada por Rikki, como mostrado na Tabela 1¹¹.

TABELA 1 - Classificação de Rikki da hérnia de Amyand

Classificação	Descrição
Tipo 1	Apêndice dentro de uma hérnia inguinal - não inflamado
Tipo 2	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, sem pus ou perfuração, sem sepse abdominal
Tipo 3	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal com pus ou sepse local ou peritoneal
Tipo 4	Apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal com alguma patologia abdominal relacionada ou não relacionada
Tipo - 5 a	Apêndice normal dentro de uma hérnia incisional
Tipo - 5 b	Apendicite aguda dentro de uma hérnia incisional, sem pus ou perfuração
Tipo - 5 c	Apendicite aguda dentro de uma hérnia incisional, parede abdominal ou sepse peritoneal ou em relação com operação prévia

O sintoma mais comum é um inchaço doloroso na virilha. Outros sintomas podem imitar a apendicite ou a hérnia inguinal encarcerada, estrangulada ou obstruída. No exame, está presente hérnia de virilha irreductível. Avaliação radiológica pré-operatória geralmente não é realizada por causa da apresentação encarcerada ou estrangulada que motiva operação de urgência. Também como a apendicite e a hérnia inguinal são diagnósticos clínicos, a imagem radiológica detalhada não é garantida^{5,9}.

A hérnia de Amyand pode resultar em várias complicações, como apêndice perfurada com abscesso periapendicular ou intra-abdominal, fasceite necrotizante da parede abdominal anterior, epididimite ou abscesso testicular e raramente trombose in situ. Mortalidade foi relatada na faixa de 6-15%^{3,4}.

O determinante mais importante do tratamento na hérnia de Amyand é a presença ou ausência de apendicite e abscesso periapendicular⁵. A maioria dos cirurgiões aceita a noção de preservar o apêndice se for normal e isso ajuda em recuperação pós-operatória sem intercorrências¹². Johari et al. sugeriram a realização de apendicectomia nos casos

de hérnia de Amyand da esquerda em todos os casos, uma vez que esta apendicite apresenta apresentação atípica¹³. O manejo da hérnia de Amyand, como recomendado por Rikki et al. inclui reparação com tela apenas em tipo 1 e tipo 5a e apendicectomia em todos os casos da hérnia de Amyand. Os restantes tipos são tratados com reparos de tecido primário, de acordo com Rikki et al. Na nossa série de casos, um paciente apresentava apêndice normal e foi reposicionado de volta na cavidade peritoneal sem removê-lo.

O uso de tela é tradicionalmente contraindicado nos casos de um apêndice inflamado ou perfurado e o reparo do tecido primário é defendido. No entanto, séries de casos foram publicadas com reparo com tela mesmo em pacientes com apendicite aguda, sem aumento nas taxas de infecção^{6,7}. As telas biossintéticas são as mais novas e poderiam ter papel nessas reparações, mas não estão facilmente disponíveis na Índia³. Nosso enfoque é usar tela se não houver contaminação.

A laparotomia da linha média inferior é defendida em suspeita de perfuração, abscesso pélvico ou apendicite aguda gangrenosa. Vermillion et al. relatou a primeira apendicectomia laparoscópica em um caso de hérnia de Amyand com apendicite. Tal como em outras operações abdominais, a via laparoscópica provavelmente aumentará à medida que os anos se passam¹⁴.

REFERÊNCIAS

- Ali SM, Malik KA, Al-Qadhi H: Amyand's hernia: study of four cases and literature review. *SQU Medical Journal*, 2012; 12: 232-36
- Baldassarre E, Centozza A, Mazzei A et al: Amyand's hernia in premature twins. *Hernia*, 2009; 13: 229-30
- Ümrän M, Ömer A. Amyand's Hernia: Report of Two Cases and a Review of the Literature. *Journal of diseases of the colon and rectum* 2011; 21(3): 130-135.
- Galyna Ivashchuk, Alper Cesmebasi, Edward P. Sorenson, Christa Blaak, Shane R. Tubbs, Marios Loukas. Amyand's hernia: A review. *Medical Science Monitor* 2014; 20: 140-146.
- Sofia A, Dimitrios D, Theodore T, Maria A, Alexandros P, Antonios M, Nikolaos N, Alkiviadis K. Amyand's hernia: A case report. *World J Gastroenterol* 2006; 12(29): 4761-4763.
- Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS: Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia*, 2007; 11: 31-35
- Gupta S, Sharma R, Kaushik R: Left-sided Amyand's hernia. *Singapore Med J*, 2005; 46: 424-25
- Amyand C: Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci, incrustrated with stone; and some observations on wounds in the guts. *Phil Trans R Soc Lond*, 1793; 39: 329
- İbrahim Barut, Ömer Rıdvan Tarhan. A rare variation of amyand's hernia: gangreneous appendicitis in an incarcerated inguinal hernia sac. *Eur J Gen Med* 2008; 5(2): 112-114.
- Monib S, Bassem A, Ahmed H, Fiaz H, Ahmed F. Amyand's hernia as a sliding component of inguinal hernia: A case report. *IJCRI* 2012; 3(8): 24-26.
- A rare presentation of Amyand Hernia. *Ann Surg V* .106 [1] July 1937 ,135-146 , PMC1390543
- Bleichrodt RP, Simmermacher RK, van der Lei B, Schakenraad JM. Expanded polytetrafluoroethylene patch versus polypropylene mesh for the repair of contaminated defects of the abdominal wall. *Surg Gynecol Obstet* 1993;176:18- 24
- Johari HG, Paydar S, Zeraatian S et al: Left-sided Amyand hernia. *Ann Saudi Med*, 2009; 4: 321-22
- Solecki R, Matyja A, Milanowski W: Amyand's hernia: a report of two cases. *Hernia*, 2003; 7: 50-51.