



MANEJO DE HÉRNIA INGUINAL COM ACHADO TRANSOPERATÓRIO DE APÊNDICE: EXPERIÊNCIA COM HÉRNIA DE AMYAND EM ADULTOS JOVENS

MANAGEMENT OF INGUINAL HERNIA WITH TRANSOPERATIVE FINDING OF APPENDIX: EXPERIENCE WITH AMYAND'S HERNIA IN YOUNG ADULTS

DOI: 10.5281/zenodo.14217064

Cirênio de Almeida Barbosa¹

Cibele Ennes Ferreira²

Ronald Soares dos Santos³

Adélio José da Cunha⁴

Lucas Martins dos Santos Tannús⁵

RESUMO

1Prof. Adjunto IV do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo- TECAD, Membro Efetivo da Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC), Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica e Robótica, Membro da Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Cirurgião Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa/ São Lucas de Belo Horizonte-MG- ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6204-593> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7892744459851647>

2Acadêmica em Ciências da Saúde, graduanda do curso de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Pesquisadora Júnior da área de Ciências da Saúde em Belo Horizonte - MG Revisão e correção avançada de textos científicos. ORCID: 0009-0003-5426-3543 <https://orcid.org/0009-0003-5426-3543>

3Prof. do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Ouro Preto - ORCID: (0000-0001-6600-0060) - Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4210251532340994>

4Cirurgião Geral e Endoscopista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Membro da Sobracil, Membro da Associação Brasileira de Câncer Gástrico. Membro do Corpo Clínico do Hospital São Lucas em Belo Horizonte MG e Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete/MG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5991093837131106>

5Cirurgião Geral do Complexo Hospitalar Santa Casa/ São Lucas de Belo Horizonte Membro Colégio Brasileiro de Cirurgiões (ACBC) - Membro da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) <https://orcid.org/0000-0003-2413-2860>



Objetivo: É descrever a abordagem cirúrgica de um caso de hérnia de Amyand, na qual o apêndice não inflamado foi encontrado dentro do saco herniário durante uma hernioplastia inguinal laparoscópica, ressaltando a preservação do apêndice e as implicações pós-operatórias. **Método:** Um relato de caso de um paciente jovem com diagnóstico intraoperatório de hérnia de Amyand, submetido a hernioplastia inguinal aberta. Foram coletados dados prospectivos sobre o histórico clínico, achados cirúrgicos, abordagem terapêutica e evolução pós-operatória. Pacientes com apendicite aguda ou complicações significativas que impedissem o manejo laparoscópico foram excluídos. **Resultado:** O paciente, um homem de 24 anos com hérnia inguinal direita sintomática, foi submetido à hernioplastia inguinal aberta. Durante o procedimento, foi identificado um apêndice não inflamado dentro do saco herniário. O apêndice foi preservado e a herniação corrigida com tela de polipropileno. O paciente teve alta no mesmo dia, com recuperação pós-operatória satisfatória e ausência de complicações no seguimento de um mês. **Conclusão:** A hérnia de Amyand pode ser diagnosticada de forma inesperada durante a cirurgia. A preservação do apêndice, quando não há inflamação, demonstrou ser uma opção segura, evitando complicações adicionais. A hernioplastia aberta mostrou-se eficaz no tratamento dessa condição, com boa recuperação pós-operatória e baixa morbidade.

Palavras-chaves: hérnia de amyand, hérnia inguinal, preservação do apêndice

ABSTRACT

Objective: To describe the surgical approach to a case of Amyand's hernia, in which the non-inflamed appendix was found within the hernia sac during laparoscopic inguinal hernioplasty, emphasizing the preservation of the appendix and the postoperative implications. **Method:** A case report of a young patient with an intraoperative diagnosis of Amyand's hernia who underwent laparoscopic inguinal hernioplasty. Prospective data on clinical history, surgical findings, therapeutic approach and postoperative evolution were collected. Patients with acute appendicitis or significant complications that prevented laparoscopic management were excluded. **Result:** The patient, a 24-year-old man with symptomatic right inguinal hernia, underwent laparoscopic inguinal hernioplasty. During the procedure, a non-inflamed appendix was identified within the hernia sac. The appendix was preserved and the herniation was repaired with polypropylene mesh. The patient was discharged on the same day, with satisfactory postoperative recovery and no complications during the one-month follow-up. **Conclusion:** Amyand's hernia can be diagnosed unexpectedly during surgery. Preservation of the appendix, when there is no inflammation, has proven to be a safe option, avoiding additional complications. Laparoscopic hernioplasty has proven to be effective in the treatment of this condition, with good postoperative recovery and low morbidity.

Keywords: amyand's hernia, inguinal hernia, appendix preservation



INTRODUÇÃO

A hérnia de Amyand é uma condição rara em que o apêndice vermiforme se encontra dentro do saco herniário de uma hérnia inguinal, independentemente de estar inflamado ou não. Devido à posição anatômica do apêndice, a condição ocorre predominantemente do lado direito. O diagnóstico, em sua maioria, é incidental e feito durante o ato cirúrgico, uma vez que as manifestações clínicas são frequentemente indistinguíveis das de uma hérnia inguinal comum.

Estima-se que essa condição corresponda a cerca de 1% de todas as hérnias inguinais, tornando-a uma situação desafiadora para o cirurgião, que precisa adaptar o plano operatório conforme o achado intra operatório. O manejo da hérnia de Amyand pode variar dependendo da presença de inflamação ou complicações no apêndice, e o tratamento exige uma abordagem criteriosa para minimizar o risco de complicações, como infecção do sítio cirúrgico ou perfuração do apêndice.

Neste estudo, apresentamos a experiência com o manejo de hérnia de Amyand em adultos jovens, destacando o diagnóstico intraoperatório e a estratégia cirúrgica aplicada para preservar o apêndice em casos onde não há sinais de inflamação. A análise detalha a técnica cirúrgica empregada e discute as implicações da preservação do apêndice, enfatizando as melhores práticas para reduzir a morbidade associada e garantir uma recuperação adequada para o paciente.

MÉTODO

Este estudo consiste em um relato de caso baseado na apresentação de um paciente jovem com diagnóstico intraoperatório de hérnia de Amyand, submetido a hernioplastia inguinal aberta. Os dados foram coletados prospectivamente, incluindo histórico clínico, achados cirúrgicos, abordagem terapêutica e evolução pós-operatória. o critério de inclusão foram pacientes diagnosticados com hérnia inguinal sintomática e identificados intraoperatoriamente com hérnia de Amyand e o critério de exclusão foram



pacientes com apendicite aguda identificada intraoperatoriamente ou complicações significativas que impedissem o manejo laparoscópico. As palavras-chave utilizadas foram “hérnia de Amyand”, “hérnia inguinal”, “preservação do apêndice”.

RESULTADOS

O paciente do sexo masculino, 24 anos, apresentou-se com uma hérnia inguinal direita sintomática, caracterizada por dor local moderada e desconforto contínuo na região inguinal, com sensação de peso ao realizar atividades físicas. Os sintomas persistem há seis meses e haviam piorado progressivamente. O exame físico revelou uma protuberância na região inguinal que aumentava com a manobra de Valsalva, sugerindo uma hérnia inguinal direta. Foi submetido à hernioplastia inguinal aberta. Durante o procedimento, após a indução da anestesia geral, os planos anatômicos da região inguinal foram cuidadosamente dissecados. O saco herniário foi identificado e, ao ser aberto, revelou o apêndice vermiforme dentro da hérnia inguinal (hérnia de Amyand), sem sinais de inflamação ou perfuração.



Figura 1- Hérnia de Amyand (apêndice dentro do saco herniário)

O apêndice foi mantido *in situ*. A herniação foi corrigida utilizando uma tela de polipropileno, fixada adequadamente sobre o defeito herniário, e a cavidade peritoneal foi



fechada com suturas absorvíveis. O paciente foi monitorado no pós-operatório imediato e recebeu alta no mesmo dia da cirurgia. Foi orientado a evitar atividades físicas intensas por quatro a seis semanas. O seguimento ambulatorial foi realizado um mês após a cirurgia, avaliando-se a resolução dos sintomas e qualquer complicação pós-operatória.

Os dados coletados incluíram os achados intraoperatórios, a técnica cirúrgica utilizada, a evolução pós-operatória e os resultados no seguimento de um mês. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas, por meio de médias e desvios padrão.

DISCUSSÃO

Na evolução natural das hérnias, o encarceramento e o estrangulamento são complicações frequentes que requerem intervenção cirúrgica de emergência ^(2,3). A localização anatômica do apêndice cecal, à direita, predispõe à sua herniação, especialmente em defeitos herniários nessa região, como observado no caso descrito, em que o apêndice foi a única víscera encontrada dentro do saco herniário inguinoescrotal, sem sinais de apendicite aguda. Frequentemente, no curso da doença herniária, encontram-se casos de encarceramento agudo ou crônico e estrangulamento, sendo este último de intervenção cirúrgica imediata ^(1,3,6). A anatomia do apêndice cecal, particularmente sua posição à direita, predispõe à sua penetração em defeitos herniários que afetam essa área, como observado no caso de hérnia inguino escrotal, em que o apêndice cecal foi a única víscera herniada.

Nos casos de dor pélvica aguda e escroto agudo, a tomografia computadorizada pélvica pode ser útil para demonstrar a presença de hérnia encarcerada associada à apendicite aguda, sendo considerada o melhor método diagnóstico de imagem ^(4,7,8). No entanto, no caso em questão, a tomografia não foi realizada porque, na rotina do serviço, ela não é empregada no diagnóstico diferencial de afecções inguino-crurais agudas e, além disso, seu uso não teria alterado a necessidade de intervenção cirúrgica emergencial.



Ressalta-se, contudo, que a realização do exame poderia ter permitido um diagnóstico pré-operatório mais preciso. A não retirada do apêndice em casos como este, em que o apêndice não está inflamado, é uma abordagem baseada em princípios cirúrgicos que buscam minimizar complicações adicionais ^(9,10,11). Preservar o apêndice em hérnias de Amyand assintomáticas ou sem inflamação baseia-se na ausência de sinais inflamatórios ou complicações do apêndice. No caso descrito, o apêndice cecal encontrado no saco herniário estava viável e sem sinais de inflamação ou perfuração, e a literatura sugere que, em situações assim, a apendicectomia pode não ser necessária.

Estudos indicam que a preservação do apêndice em hérnias de Amyand assintomáticas pode ser segura, desde que o risco de complicações futuras, como apendicite ou perfuração, seja baixo ^(5,6,9). A preservação do apêndice também reduz a necessidade de manipulação cirúrgica adicional e diminui o risco de infecção do local operatório, que pode ser exacerbado pela apendicectomia em um campo potencialmente contaminado, especialmente em casos de hérnia estrangulada. A apendicectomia profilática, como indicado em estudos, pode aumentar o tempo operatório e o risco de complicações, como infecção da ferida e formação de fistulas. Além disso, a realização da apendicectomia em um campo contaminado pode elevar a morbidade pós-operatória, o que pode ser evitado preservando o apêndice ^(9,10).

Embora a tomografia computadorizada seja amplamente considerada o melhor método para diagnosticar apendicite em casos de dor pélvica ou escroto agudo, a ausência desse exame não modificaria o manejo cirúrgico de emergência, como no caso apresentado. O uso da tomografia pode ajudar no diagnóstico diferencial, mas em situações de hérnia estrangulada com sinais claros de urgência, a intervenção cirúrgica imediata permanece a prioridade ⁽¹⁰⁾. O diagnóstico pré-operatório correto, facilitado pela tomografia, poderia, no entanto, proporcionar uma preparação mais detalhada da equipe cirúrgica, ainda que o curso do tratamento não fosse alterado.



A decisão de preservar ou remover o apêndice durante a cirurgia de uma hérnia de Amyand deve ser orientada pelas condições intraoperatórias. Se o apêndice estiver viável e sem sinais de inflamação, como no caso em questão, a preservação é uma opção aceitável e respaldada por estudos que demonstram que, na ausência de inflamação, a remoção do apêndice pode ser evitada sem comprometer o resultado final para o paciente ⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Este caso ressalta a importância do diagnóstico intraoperatório da hérnia de Amyand e do manejo cuidadoso em situações onde o apêndice não apresenta inflamação. A abordagem aberta demonstrou eficácia tanto no tratamento da hérnia inguinal quanto no tratamento da hérnia de Amyand, permitindo a preservação do apêndice em casos sem inflamação. A hernioplastia laparoscópica se mostra uma excelente opção para pacientes jovens e ativos, promovendo uma recuperação mais rápida e com menor morbidez em comparação às técnicas abertas.

Apesar de o desconforto leve ser uma complicação pós-operatória comum, ele tende a se resolver com o tempo. O manejo adequado da dor no pós-operatório é essencial para garantir a qualidade de vida dos pacientes e uma recuperação plena.

REFERÊNCIAS

1. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12(3):325-326.
2. Malik KA, Al-Akeely MH, Yousef AJ. Amyand's hernia: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep*. 2016;2016(1)



3. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343-403.
4. Logan MT, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. *Am Surg*. 2001;67(7):628-629.
5. Vermillion JM, Abernathy SW, Snyder SK. Laparoscopic reduction of Amyand's hernia. *Hernia*. 1999;3(3):159-160.
6. Singh K, Singh RR, Kaur R. Acute appendicitis within an Amyand's hernia: a diagnostic dilemma and review of the literature. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(8):1731-1733.
7. Ash L, Hatem S, Ramirez GA, Veniero J. Amyand's hernia: a case report of prospective CT diagnosis in the emergency department. *Emerg Radiol*. 2005;11(4):231-232.
8. Berrevoet F, D'Hont F, De Bacquer D, Rogiers X, Troisi R, de Hemptinne B. Inguinal hernia repair in severely contaminated fields: is the use of a prosthetic mesh safe? *Hernia*. 2012;16(4):405-410.
9. Ivanschuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, Blaak C, Loukas M, Tubbs RS. Amyand's hernia: a review. *Med Sci Monit*.
10. Robinson A, Light D, Kasim A, Nice C. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2013;27(1):11-8. 10.
11. Robinson P, Hensor E, Lansdown MJ, Ambrose NS, Chapman AH. Inguinofemoral hernia: accuracy of sonography in patients with indeterminate clinical features. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;187(5):1168-78.

Recebido em: 01/09/2024

Aprovado em: 19/10/2024

Publicado em: 25/11/2024