

HÉRNIA DE AMYAND COM APENDICITE AGUDA E ENCARCERAMENTO

Emergência , Gastrointestinal

Dados do Caso

Data submissão:	02/07/2020
Data publicação:	09/07/2020
Seção :	Selecionado
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	Danilo Tadao Wada - Hospital das Clínicas da FMRP-USP Javier Alejandro Lecca Espinoza - Hospital das Clínicas da FMRP-USP Vitor Vita Ricci - Hospital das Clínicas da FMRP-USP Jorge Elias Júnior - Hospital das Clínicas da FMRP-USP
Autor correspondente:	JAVIER ALEJANDRO LECCA ESPINOZA - Hospital das Clínicas da FMRP-USP Email: javierlecca19@gmail.com
Dados do paciente :	Male, 78 anos
Palavras-Chave :	Abdomen, Acute, Appendicitis, Hernia, Inguinal, Hernia
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/172
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

Hérnia de Amyand (HA) é uma condição rara, caracterizada pela migração do apêndice cecal para o canal inguinal de forma direta ou indireta, correspondendo a cerca de 0,9% - 1,7% de todas as hérnias. Apendicite aguda, encarceramento e estrangulamento são possíveis complicações associadas à HA. O diagnóstico precoce é essencial devido à necessidade de tratamento cirúrgico com urgência e os exames de imagem têm papel fundamental, contribuindo para o planejamento operatório.

Histórico Clínico

Paciente do sexo masculino, 78 anos, com dor abdominal tipo cólica, progressiva, iniciada há 4

dias, de maior intensidade na fossa ilíaca direita e hipogástrio. Ao exame físico apresentava defesa voluntária à palpação profunda do abdome, com abaulamento doloroso e não redutível na região inguinal direita.

Achados Radiológicos

Durante a investigação, foi submetido a exame de tomografia computadorizada (TC) do abdome com contraste venoso (figuras 1, 2, 3, 4 e 5), evidenciando-se saco herniário em região inguinal direita contendo o apêndice cecal, migrado de forma indireta, com trajeto lateral aos vasos epigástricos inferiores, dilatado (diâmetro máximo de 1,6 cm), espessamento parietal circunferencial difuso e realce pós-contraste proeminente, associado à densificação dos planos adiposos locorregionais, indicando achados compatíveis com apendicite aguda.

Discussão

A presença do apêndice cecal no interior de uma hérnia inguinal (direta ou indireta) é denominada HA [1], em referência à descrição feita por Claudius Amyand em 1735 [2]. É considerada uma condição incomum, com incidência variando de 0,9 % - 1,7% de todas as hérnias [3]. Há relatos de casos na literatura médica com acometimento de pacientes desde o período neonatal até a nonagésima década de vida [4]. A ocorrência de inflamação do apêndice cecal no interior de uma hérnia inguinal é um achado infrequente, com incidência de 0,07% a 0,13%, assim como a associação de apendicite aguda com encarceramento em uma hérnia inguinal também é rara, com incidência estimada em cerca de 0,1% de todas as apendicites [3]. A apresentação clínica mais frequente é de dor epigástrica progressiva ou de início súbito, com sensibilidade à palpação no quadrante inferior direito do abdome, associada a massa não redutível na região inguinal ou inguino-escrotal ipsilateral [3]. No entanto, devido à variabilidade do trajeto do saco herniário e do biotipo do paciente, a identificação dessas alterações à palpação pode ser difícil. Achados laboratoriais comumente encontrados são leucocitose e aumento da proteína C reativa sérica, ambos associados a processo infeccioso e/ou inflamatório, porém são inespecíficos [5]. A HA com apendicite aguda representa a combinação de duas condições cirúrgicas associadas, fazendo com que o tratamento seja tecnicamente mais trabalhoso para o cirurgião [5]. Os exames de imagem são importantes ferramentas no cenário de abdome agudo, tendo importante papel não só na confirmação de suspeitas específicas, mas também na avaliação de diagnósticos diferenciais, afecções concomitantes e eventuais complicações associadas, sendo de fundamental importância em quadros de abdomes agudos inflamatórios e/ou obstrutivos [5].

Lista de Diferenciais

- Hérnia de Garengot
- Hérnia inguinal encarcerada.

Diagnóstico

- Hérnia de Amyand com apendicite aguda e encarceramento

Aprendizado

A HA é uma condição incomum e a associação de apendicite aguda com encarceramento em HA é ainda mais rara, entretanto deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de abdome agudo em pacientes com saco herniário doloroso e não redutível em região inguinal direita.

Referências

- 1.- Shekhani H, Rohatgi S, Hanna T, et al. Amyand's Hernia: a case report: A Case Report. Journal Of Radiology Case Reports, 2016 dez 31.
- 2.- Hutchinson R. (1993) Amyand's hernia. J R Soc Med Feb;86(2):104-5
- 3.- Ivashchuk G, Cesmebasi A, Sorenson E, et al. Amyand's hernia: a review: A review. Medical Science Monitor, v. 20, p. 140-146, 2014.
- 4.- Morales-Cardenas A, Ploneda-Valencia C, Sainz-Escárrega V, et al. Amyand hernia: case report and review of the literature. Annals Of Medicine And Surgery, v. 4, n. 2, p. 113-115, Elsevier BV, 2015 jun.
- 5.- Cavalcante J, Teixeira H, Cavalcante I, et al. Amyand's Hernia with Appendicitis: a case report and integrative review. . Case Reports In Surgery, 1-5, 2015.

Imagens



Figura 1: TC abdome total após injeção de contraste endovenoso, plano axial. Setas vermelhas: imagens em diferentes níveis de corte evidenciando o apêndice cecal com diâmetro aumentado e espessamento parietal difuso com realce pós-contraste proeminente. Na imagem à direita, observa-se que o apêndice cecal projeta-se para o canal inguinal direito, onde há sinais inflamatórios no saco herniário caracterizados por densificação dos planos adiposos locais.

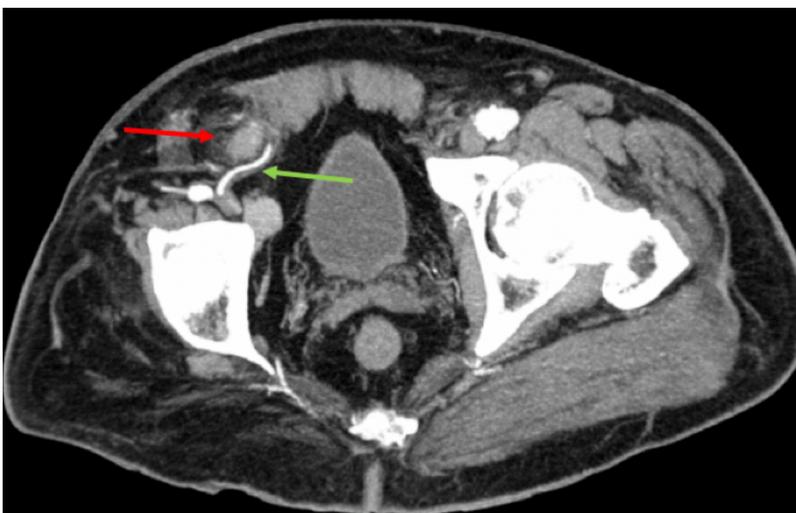


Figura 2: TC abdome total após injeção de contraste endovenoso, plano axial. Apêndice cecal (seta vermelha) com trajeto lateral à artéria epigástrica inferior direita (seta verde), projetando-se para o canal inguinal ipsilateral, caracterizando hérnia indireta.

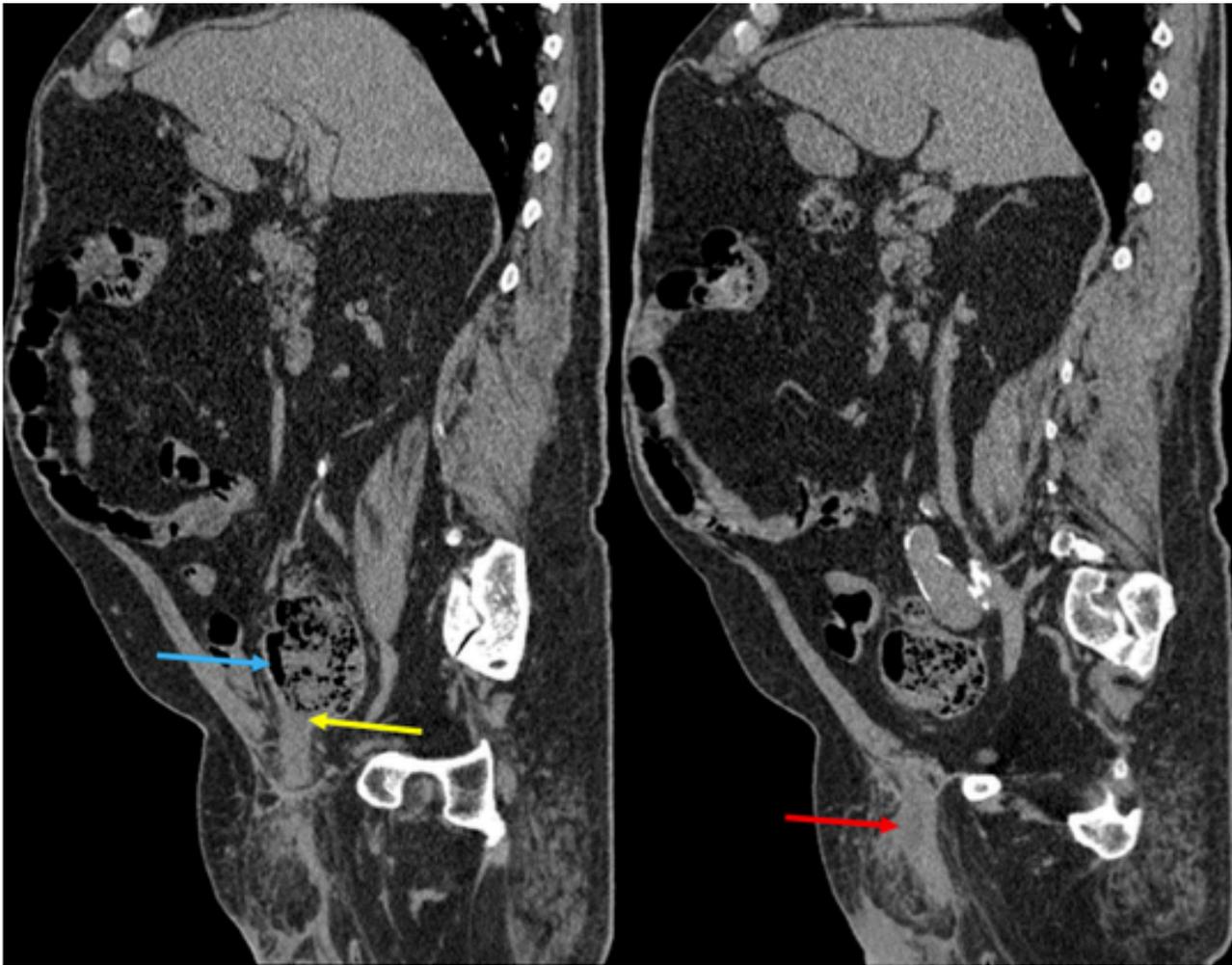


Figura 3: TC abdome total após injeção de contraste endovenoso, plano sagital. Seta azul: ceco. Seta amarela: origem do apêndice no ceco. Seta vermelha: apêndice cecal encarcerado no canal inguinal direito, com diâmetro aumentado e espessamento parietal difuso com realce pós-contraste proeminente, observando-se densificação dos planos adiposos locais.

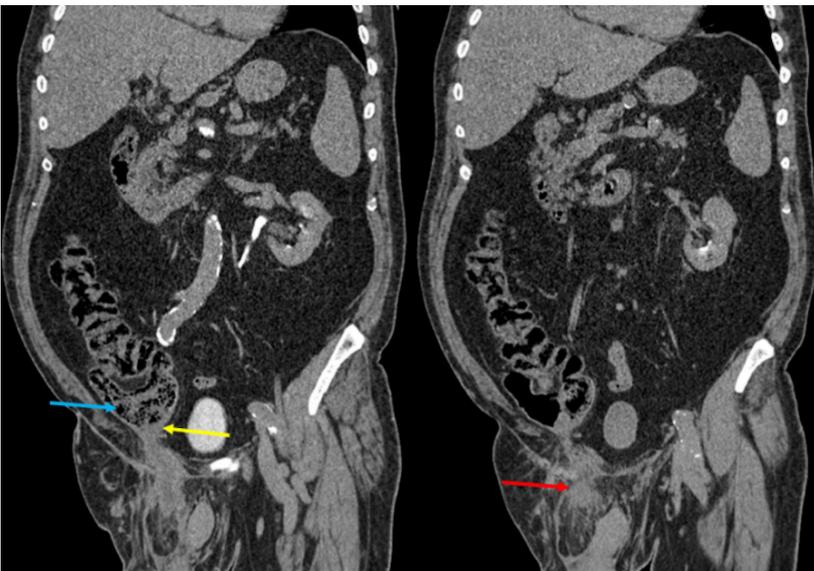


Figura 4: TC abdome total após injeção de contraste endovenoso, plano coronal. Seta azul: ceco. Seta amarela: origem do apêndice no ceco. Seta vermelha: apêndice cecal encarcerado no canal inguinal direito, com diâmetro aumentado e espessamento parietal difuso com realce

pós-contraste proeminente, observando-se densificação dos planos adiposos locais.

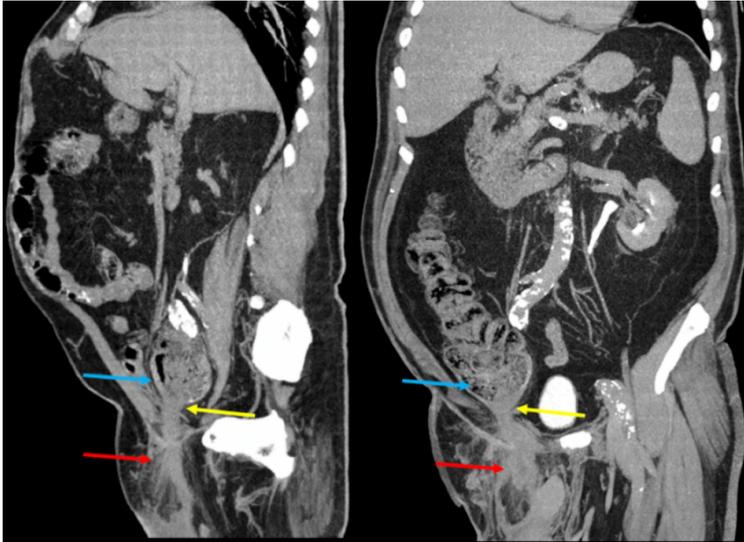


Figura 5: TC abdome total após injeção de contraste endovenoso, planos sagital (esquerda) e coronal (direita). Seta azul: ceco. Seta amarela: origem do apêndice no ceco. Seta vermelha: apêndice cecal encarcerado no canal inguinal direito, com diâmetro aumentado e espessamento parietal difuso com realce pós-contraste proeminente, observando-se densificação dos planos adiposos locais.

Vídeos

Nenhum resultado encontrado