

Misael Gadelha Terceiro¹, Igor Murad Faria¹, Rafael Alfenas de Paula¹, Edson Marchiori¹

Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Bra-

sil. Endereço para correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

Terceiro MG, Faria IM, Alfenas R, Marchiori E. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2014 Nov/Dez;47(6):XI–XIII.

Paciente do sexo feminino, com 72 anos de idade, apresentou quadro de dor abdominal no flanco direito há dois dias. O exame físico revelou dor à palpação e descompressão dolorosa, principalmente no quadrante inferior direito

do abdome. A paciente estava afebril e não foram relatados episódios de diarreia ou vômito. O hemograma revelou leucocitose ($11.900 \text{ células/mm}^3$) e foi realizada tomografia computadorizada do abdome (Figura 1).

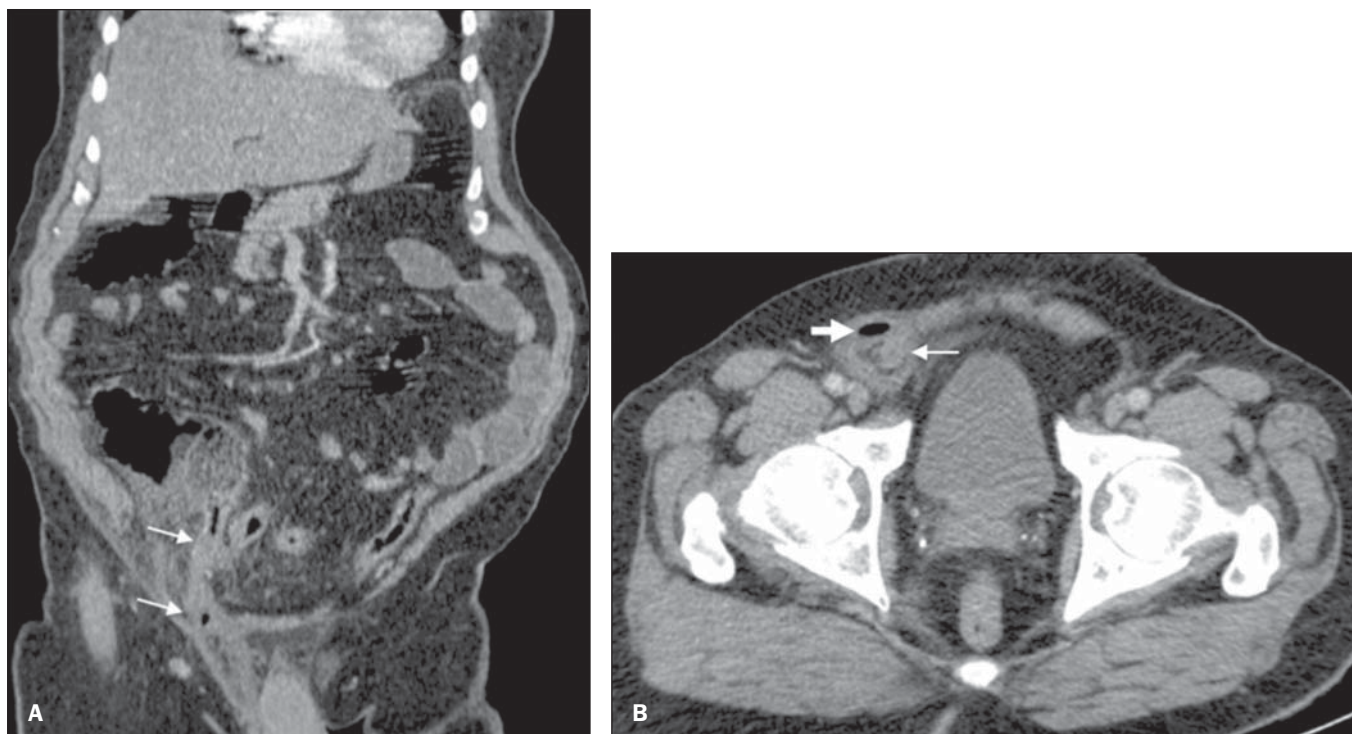


Figura 1. A: Tomografia computadorizada do abdome, reconstrução coronal. B: Corte axial ao nível da pelve.

Descrição da imagem

Figura 1. A: Reconstrução coronal demonstrou extensão do apêndice para o interior de hérnia inguinal à direita (setas), com infiltração dos planos adiposos adjacentes. **B:** Corte axial identificou apêndice distendido com parede espessada (seta fina), dentro de uma hérnia inguinal à direita, com foco de gás livre adjacente (seta grossa).

Diagnóstico: Hérnia de Amyand com apendicite perforada.

COMENTÁRIOS

Uma série de publicações recentes na literatura radiológica nacional tem avaliado o papel da radiologia no estudo do tubo digestivo e das condições abdominais agudas⁽¹⁻⁸⁾.

Na paciente deste relato, durante a cirurgia, o apêndice foi encontrado perfurado dentro do canal inguinal direito. A paciente foi submetida a apendicectomia com reparo da hérnia e recebeu alta em quatro dias.

O termo hérnia de Amyand é usado quando o apêndice vermiforme é encontrado no interior de uma hérnia inguinal. A incidência de apêndice dentro de um saco herniário varia entre 0,28% e 1%⁽⁹⁾ e em 0,13% ele encontra-se inflamado⁽¹⁰⁾. A hérnia de Amyand é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e apresenta distribuição bimodal em relação à faixa etária, acometendo principalmente neonatos e pacientes com mais de 70 anos⁽¹¹⁾.

Na maioria dos casos, o apêndice encontra-se dentro de uma hérnia inguinal indireta, situada no lado direito, refletindo a posição habitual do apêndice vermiforme, sendo raros os casos em que foram encontradas hérnias de Amyand na região inguinal esquerda. A apresentação clínica mais comum é semelhante a um quadro de hérnia encarcerada, por isso o diagnóstico geralmente é feito no momento do procedimento cirúrgico⁽¹¹⁻¹⁵⁾. O paciente, na maioria das vezes, se apresenta com massa dolorosa na região inguinal, podendo estar associada a vômitos, sendo pouco comum o achado de febre e leucocitose, comumente encontradas nos casos de apendicite^(16,17).

A utilização da tomografia computadorizada torna fácil a identificação das hérnias inguinais, e as reconstruções nos planos sagital e coronal são particularmente úteis na visualização de uma estrutura tubular em fundo cego, que se estende a partir do ceco e entra no canal inguinal, representando o apêndice vermiforme no interior do saco herniário⁽¹⁶⁾.

É fundamental a avaliação de sinais de apendicite, como o espessamento da parede do apêndice e a infiltração dos planos adiposos adjacentes, e a avaliação de sinais de perfuração do apêndice, como peritonite e extensão do processo inflamatório para a cavidade abdominal^(18,19). Além disso, é necessário avaliar a presença de outros processos associados, como tumores e massas abdominais. Diante desses achados, as hérnias de Amyand foram classificadas em quatro tipos, segundo Losanoff et al.^(20,21).

Cada tipo de hérnia de Amyand, segundo essa classificação, requer uma abordagem cirúrgica específica. Na vigência de hérnia de Amyand com apêndice normal (hérnia tipo I), o tratamento cirúrgico é eletivo, visando a redução herniária, com ou sem apendicectomia. A presença de apendicite com sinais inflamatórios localizados no saco herniário (hérnia tipo II), geralmente tem tratamento com reparo da hérnia e apendicectomia, podendo-se utilizar um acesso inguinal. Apendicite com sinais de perfuração, assim como a presença de peritonite e extensão intra-abdominal do processo inflamatório (hérnia tipo III), são abordadas via laparotomia. A associação com outras afecções abdominais, como tumores ou massas abdominais (hérnia tipo IV), requer uma abordagem apropriada para cada situação, sendo muito importante o reconhecimento dessas situações para uma adequada condução dos casos.

Concluindo, as hérnias de Amyand são raras e comumente subdiagnosticadas. A tomografia computadorizada com suas reconstruções é uma ferramenta de grande valia para o correto diagnóstico. O radiologista precisa reconhecer essas situações e identificar os fatores que alteram a classificação e a abordagem dessas hérnias.

REFERÊNCIAS

1. Kierszenbaum ML, von Atzingen AC, Tiferes DA, et al. CT colonography: the value of this method in the view of specialists. *Radiol Bras.* 2014;47:135-40.
2. Maciel AC, Maciel LC. Computed tomography colonography: a well-known but poorly utilized screening method. *Radiol Bras.* 2014; 47(3):v-vi.
3. Cunha EFC, Rocha MS, Pereira FP, et al. Walled-off pancreatic necrosis and other current concepts in the radiological assessment of acute pancreatitis. *Radiol Bras.* 2014;47:165-75.
4. Alvares BR, Stopiglia MCS, Mezzacappa MA. Presence of air in the hepatic portal system in association with umbilical venous catheter malposition. *Radiol Bras.* 2014;47:49-50.
5. Silva WLF, Indiani JMC, Martin MF, et al. Pyogenic liver abscess caused by a foreign body which perforated the small gastric curvature. [Which is your diagnosis?]. *Radiol Bras.* 2013;46(1):xv-xvi.
6. Rocha MS. Liver abscesses secondary to acute cholangitis. [Letter to the Editor]. *Radiol Bras* 2013;46(2):xi.
7. Hollanda ES, Torres US, Gual F, et al. Spontaneous perforation of gallbladder with intrahepatic biloma formation: sonographic signs and correlation with computed tomography. *Radiol Bras.* 2013;46: 320-2.
8. Teixeira ACV, Torres US, Westin CEG, et al. Multidetector-row computed tomography in the preoperative diagnosis of intestinal complications caused by clinically unsuspected ingested dietary foreign bodies: a case series emphasizing the use of volume rendering techniques. *Radiol Bras.* 2013;46:346-50.
9. Keskin S, Simsek C, Keskin Z. The Amyand's hernia: a rare clinical entity diagnosed by computed tomography. *Case Rep Radiol.* 2013; 2013:638270.
10. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, et al. Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia.* 2003;7:89-91.
11. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg.* 2014;207:989-95.
12. Thomas WE, Vowles KD, Williamson RC. Appendicitis in external herniae. *Ann R Coll Surg Engl.* 1982;64:121-2.
13. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, et al. Amyand's hernia: a re-

- port of 18 consecutive patients over a 15-year period. *Hernia*. 2007;11:31–5.
14. Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery*. 1967;61:236–8.
 15. Inan I, Myers PO, Hagen ME, et al. Amyand's hernia: 10 years' experience. *Surgeon*. 2009;7:198–202.
 16. Constantine S. Computed tomography appearances of Amyand hernia. *J Comput Assist Tomogr*. 2009;33:359–62.
 17. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr*. 2000;24:884–6.
 18. Montandon Júnior ME, Montandon C, Fiori GR, et al. Acute appendicitis: computed tomography findings – an iconographic essay. *Radiol Bras*. 2007;40:193–9.
 19. Freire Filho EO, Jesus PEM, D'Ippolito G, et al. When and why use unenhanced computed tomography in patients with acute abdomen. *Radiol Bras*. 2006;39:51–62.
 20. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath – a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg*. 2007;73:1288–90.
 21. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: a classification to improve management. *Hernia*. 2008;12:325–6.