

**ABORDAGEM CIRÚRGICA SIMULTÂNEA DE HÉRNIA DE AMYAND E COLECISTITE  
 LITIÁSICA**

***SIMULTANEOUS SURGICAL APPROACH OF AMYAND HERNIA AND LITHIASIS  
 CHOLECYSTITIS***

Rodolfo Chierici Moulin  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[rodolfo\\_moulin@hotmail.com](mailto:rodolfo_moulin@hotmail.com)

André Victor Guuvêa Bastos  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[drandrebastosvascular@gmail.com](mailto:drandrebastosvascular@gmail.com)

Gerliano Marçal da Luz Gonçalves  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[gerliano@hotmail.com](mailto:gerliano@hotmail.com)

Júlia Tinoco dos Santos Almeida  
 Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – SCMCI – Cachoeiro de  
 Itapemirim – Espírito Santo - Brasil  
[julia\\_tinoco@hotmail.com](mailto:julia_tinoco@hotmail.com)

Camilly Petri Pereira  
 Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo –  
 Brasil  
[milly.petri@gmail.com](mailto:milly.petri@gmail.com)

Gabriely Pinheiro Leite Vieira  
 Faculdade Brasileira de Cachoeiro – Multivix – Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo –  
 Brasil  
[gabrielyplv00@outlook.com](mailto:gabrielyplv00@outlook.com)

**RESUMO**

**Objetivo:** Relatar um caso de abordagem cirurgica simultânea de hérnia de Amyand e colecistite litiásica por via convencional em paciente portadora de cardiopatia. **Métodos:** Relato de um caso que foi atendido e abordado pela equipe de cirurgia do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. **Resultados:** Paciente evoluindo bem no

pós-operatório, tendo alta hospitalar com orientações médicas no D5 de pós-operatório, com exame físico sem alterações e sem queixas. Além disso, foi marcado retorno ambulatorial para o D8 de pós-operatório. **Conclusões:** Foi adotada abordagem cirúrgica simultânea em paciente portadora de duas patologias, obtendo-se sucesso na conduta adotada. Devido cardiopatia da paciente, foi decidido abordagem por via convencional que evoluiu de maneira satisfatória.

**Palavras-Chave:** Cirurgia. Colecistite litiásica. Hérnia de Amyand.

## ABSTRACT

**Objective:** To report a case of simultaneous surgical approach of Amyand's hernia and conventional lithiasis cholecystitis in a patient with heart disease **Methods:** Report of a case that was attended and approached by the surgical team of the hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim. **Results:** Patient evolving well in the postoperative period, having hospital discharge with medical knowledge in the postoperative D5, with physical examination without changes and without complaints. In addition, an outpatient return was scheduled for postoperative D8. **Conclusions:** Simultaneous surgical approach was adopted in a patient with two pathologies, obtaining success in the adopted conduct. Due to the patient's cardiopathy, a conventional approach was decided and it evolved satisfactorily.

**Keywords:** Amyand hernia. Lithiasis Cholecystitis. Surgery.

## 1 Introdução

A hérnia de Amyand é um tipo raro de hérnia inguinal, caracterizada pela presença do apêndice cecal dentro do saco herniário, podendo o apêndice estar normal, perfurado, inflamado ou necrosado. A incidência desse tipo de caso varia entre 0,5% - 1,0% e torna-se mais rara quando associada a apendicite aguda (0,1%). O quadro clínico da hérnia de Amyand é bem variável e irá depender do estado em que a hérnia se encontra (sem alterações, encarcerada ou estrangulada) e do estado do apêndice vermiforme (sem alterações, inflamado, perfurado, necrosado). Caso tenha apendicite aguda associada, a clínica pode cursar com vômitos, inapetência, obstrução intestinal, distensão abdominal e sinais de peritonite. Com isso, torna-se difícil o diagnóstico pré-operatório, sendo necessário exames complementares como a ultrassonografia (US) ou a tomografia computadorizada (TC) para auxiliarem no diagnóstico final.

A colecistite aguda litiásica é uma doença comum no contexto clínico de urgência cirúrgica. Ela é causada por uma obstrução calculosa do ducto cístico sem resolução, levando ao surgimento de inflamação, edema e hemorragia subserosa, podendo evoluir para necrose e perfuração. O quadro clínico do paciente pode apresentar-se com febre, dor no quadrante superior direito, hipersensibilidade à palpação, e defesa no quadrante superior direito. A ultrassonografia é uma ferramenta sensível, acessível e confiável para o diagnóstico dessa patologia, podendo ser evidenciado cálculos biliares, líquido

pericolecístico, espessamento da parede da vesícula, e até sinal de Murphy ultrassonográfico.

## **2 Apresentação da Experiência**

Paciente masculino, 68 anos, encaminhado a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim no dia 14/02/2022, com quadro de dor abdominal em andar superior há 5 dias, acompanhado de náuseas, vômitos, astenia, sudorese e febre não aferida. Relatou constipação, que após estímulo anal foi resolvida. Paciente relata ser hipertenso, coronariopata, portador de aneurisma de aorta abdominal e hernia inguinal direita. Refere cirurgia de revascularização cardíaca em 2013 e hernioplastia umbilical em 2018. Paciente em uso de AAS, captopril, carvedilol e sinvastatina. Nega conhecimento de alergias medicamentosas.

Na admissão, ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, hipocorado (+/4+), hidratado, anictérico, acianótico e afebril. Glasgow 15, sem déficits focais, RCR 2T, bulhas normofonéticas, eucárdico, MVUA com crepitações finas esparsadas, eupneico em ar ambiente. Abdome globoso, com peristalse presente, algo distendido, doloroso em andar superior, tendo exame comprometido por superlotação do setor (ausência de maca disponível). Membros sem sinais de TVP. Solicitado internação, exames laboratoriais e rotina de raio x de abdome agudo.

Na avaliação do dia seguinte (15/02/2022), foram avaliados exames laboratoriais e refeito exame físico em melhores condições. Ao exame físico, encontrava-se com abdome globoso, peristalse presente, algo distendido, doloroso em andar superior, com defesa, com Giordano positivo a direita e tumefação inguinal direita não redutível. Demais sistemas sem alterações. No laboratório foi evidenciado TGP 75,83; TGO 42,95; gama-GT 491,00; fosfatase alcalina 134,54; BT 1,96; BI 0,63; BD 1,83; PCR 87,71. Demais exames laboratoriais encontravam-se sem alterações. Foi solicitado uma TC de abdome total para melhor avaliação.

No terceiro dia de internação (16/02/2022), foi analisado resultado da tomografia solicitada, que constatava: vesícula biliar hidrópica, de paredes discretamente espessadas contendo pequeno cálculo em seu interior, associado densificação do tecido gorduroso circunjacente, de aspecto inflamatório. Presença de hernia inguinal a direita, com saco herniário contendo apêndice cecal, sem sinais inflamatórios. Dilatação aneurismática fusiforme da aorta abdominal infra-renal com diâmetro transversal máximo de 4,5cm. Diante da apresentação clínica e laboratorial do paciente, que evidenciou leucocitose e aumento de PCR, juntamente com o laudo da tomografia que foi sugestivo de colecistite, foi iniciado antibioticoterapia com metronidazol e ceftriaxona.

No preparatório para cirurgia (dia 17/02/2022) foi realizada ecocardiograma transtorácico a beira leito que evidenciou fração de ejeção de 20% com aspecto sugestivo de miocardiopatia isquêmica. Inicialmente, foi optado pela equipe de cirurgia geral a abordagem videolaparoscópica, porém, de acordo com a condição cardiopulmonar do paciente, as equipes de cirurgia geral e anestesiologia discutiram o caso e concluíram, que naquele momento, para o paciente, seria melhor a abordagem por via laparotômica. No pós-operatório imediato, foram descritas as seguintes cirurgias: colecistectomia + hernioplastia inguinal direita + apendicectomia (hérnia de Amyand). A colecistectomia foi realizada com a técnica de laparotomia subcostal direita (incisão de Kocher). No intraoperatório foi evidenciada vesícula biliar perfurada devido a necrose da parede e grande extravasamento de bile e de microcálculos. Procedeu-se com aspiração do conteúdo perivesicular, isolamento e ligadura do ducto cístico e artéria cística. Finalizou-se com lavagem da cavidade, rigorosa hemostasia e fechamento por planos. Simultaneamente, foi realizada hernioplastia com apendicectomia por incisão inguinal oblíqua direita (inguinotomia). Realizou-se dissecação do cordão espermático e foi encontrada volumosa hérnia indireta, com saco herniário contendo apêndice vermiforme e ceco, sem sinais de isquemia, com presença de líquido inflamatório no saco herniário. Procedeu-se com apendicectomia, dissecação, ligadura e ressecção do saco herniário indireto. Devido a presença do processo inflamatório e infeccioso do apêndice cecal, não foi utilizada tela na hernioplastia. O Procedimento foi finalizado com hemostasia rigorosa, colocação de dreno de Penrose no subcutâneo, sutura por planos e curativo nas incisões. Após procedimento cirúrgico, paciente foi encaminhado para cuidados do CTI do hospital e foi liberada dieta VO.

Na avaliação de D1 pós-operatório, paciente encontrava-se em bom estado geral, com abdome globoso, doloroso a palpação profunda, ferida operatória limpa e seca, sem sinais de irritação peritoneal. Não apresentava alterações ao exame físico nos demais sistemas. Foi solicitado fisioterapia para reabilitação motora, progressão de dieta e avaliação de alta para enfermaria. Nos dias subsequentes, paciente evoluiu com melhora satisfatória, sem intercorrências, recebendo alta hospitalar com orientações médicas no D5 de pós-operatório com exame físico sem alterações e sem queixas. Além disso, foi marcado retorno ambulatorial para o D8 de pós-operatório.

No retorno ambulatorial, paciente encontrava-se sem queixas, em uso de AAS, captopril, carvedilol e sinvastatina (medicações usadas anteriormente à cirurgia). Apresentava exame físico sem alterações, ferida operatória limpa e seca. Conduziu-se com alta com orientações e indicada retirada de pontos no dia 04/03/22.

### 3 Discussão

No caso do paciente em questão, vemos um acontecimento não corriqueiro, já que, apesar da colecistite litiásica ser um quadro frequente, a hérnia de Amyand é uma condição rara e ainda mais rara quando associada com a colecistite litiásica.

No evoluir natural da herniação, podemos encontrar, encarceramento ou estrangulamento dependendo do tempo da condição, sendo o estrangulamento caso que necessita de abordagem cirúrgica imediata. Os casos de encarceramento podem levar a um estrangulamento do conteúdo herniário, que comumente são partes de alças intestinais, mas no caso da hérnia de Amyand é o apêndice cecal. No caso descrito acima, o saco herniário encontrava-se irreduzível, logo, encarcerado, mas não estava estrangulado, encontrava-se com o apêndice inflamado, processo visto somente no intraoperatório. Devido ao processo inflamatório do apêndice cecal, foi necessária uma apendicectomia e não foi possível colocação de tela, uma vez que a infecção contraindica o uso desse material devido a alto índice de rejeição. Entretanto, tal conduta não interferiu no tratamento cirúrgico da hernia inguinal e na resolução do quadro.

A evolução da colecistite litiásica consiste em um quadro inicial de obstrução do ducto cístico por cálculo que impede o fluxo biliar, causando um aumento na pressão intraluminal e distensão da vesícula, conseqüentemente diminuindo a drenagem linfática e causando congestão venosa o que propicia a quadro de inflamação e infecção da vesícula, podendo levar a necrose e perfuração. Essa condição possui diagnóstico clínico que é suspeitado por dor abdominal, náuseas e vômitos, febre pode ou não estar presente, dispepsia, icterícia, sinal de Murphy presente e vesícula biliar palpável. A confirmação da condição é através de ultrassonografia. No caso do paciente em questão, o diagnóstico foi com base na tomografia devido a coexistência de mais de uma patologia, foi evidenciado vesícula biliar hidrópica, com paredes espessadas, contendo pequenos cálculos no interior, associado a densificação do tecido gorduroso circunjacente, de aspecto inflamatório. O tratamento da colecistite litiásica consiste em abordagem cirúrgica (colecistectomia) para resolução do quadro. No caso relatado, foi realizado por laparotomia subcostal direita (incisão de Kocher) devido a abordagem simultânea da hérnia de Amyand. Após os procedimentos corretos, o paciente obteve um pós-operatório satisfatório e sem intercorrências.

Além da raridade da hérnia de Amyand, achamos relevante relatar o caso devido a abordagem simultânea realizada no paciente. Acreditamos que o relato ajudará a comunidade médica nos casos semelhantes, sendo necessário tratamento dessa condição, na conduta correta desse tipo de emergência cirúrgica.

## 4 Conclusão

No caso exposto, foi adotada abordagem cirúrgica simultânea em paciente portadora de duas patologias (hérnia de Amyand e colecistite litiásica), obtendo-se sucesso na conduta adotada. A conduta em questão foi decidida após reunião entre as equipes de cirurgia geral e anestesiologia sobre qual seria a melhor abordagem para a paciente tendo em vista a cardiopatia apresentada. Após abordagem por via convencional, a paciente evoluiu de maneira satisfatória tendo alta no D10 de pós-operatório e sendo reavaliada em retorno ambulatorial. No retorno ambulatorial, paciente encontrava-se sem queixas, em uso de AAS, captopril, carvedilol e sinvastatina (medicações usadas anteriormente à cirurgia). Apresentava exame físico sem alterações, ferida operatória limpa e seca. Conduziu-se com alta com orientações e indicada retirada de pontos dias após.

## Referências

1. Cruzillard BNS, Hernani BL, Martins RK, Silva RA, TCBC-SP, Pacheco Júnior AM, et al. Hérnia de Amyand: como conduzir um achado incidental? Relatos Casos Cir.2017;(4):1-4. Disponível em: <http://www.relatosdocbc.org.br/detalhes/126/hernia-de-amyand--como-conduzir-um-achado-incidental->
2. Rodrigues, L D; Mendes, F H D; Góes, I A d O; da Silva, A H R B; Medeiros, C C<sup>3</sup>; Kanno, D T. Apendicite na hérnia de Amyand – relato de caso. Disponível em: <https://congressopaulistacbc.pericoco.com.br/apendicite-na-hernia-de-amyand-relato-de-caso/>
3. Salles, Valdemir José Alegre, et al. "Hérnia de Amyand". Revista do colégio brasileiro de cirurgiões, vol 33, nº 5, outubro de 2006. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912006000500012>
4. Townsend, Courtney M. Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. Disponível em: Minha Biblioteca, (20th edição). Grupo GEN, 2019. Capítulo 54, p 1481 – 1518.
5. Silveira, J.S.A; Hoesker N.O.L; Freire, J.A; Brienze, S.L.A; Moreno, B.C; Pimenta, O.S. Relato de Caso: Hérnia de Amyand em Hospital do Interior Paulista. Disponível em: <https://congressopaulistacbc.pericoco.com.br/wp-content/uploads/2020/08/Banner-Amyand-1.pdf>