

A conduta para Hérnia de Amyand necessariamente deve ser apendicectomia? Uma revisão de literatura

*Should the management of amyand's hernia necessarily involve appendectomy? A
literature review.*

JOSÉ LUCAS LOPES GONÇALVES
Discente de Medicina (UNIPAM)
joselucaslg@unipam.edu.br

FRANCYELE DOS REIS AMARAL
Discente de Medicina (UNIPAM)
francyeleamaral@unipam.edu.br

TALITA MARQUES DA SILVA
Professora orientadora (UNIPAM)
talitams@unipam.edu.br

Resumo: A hérnia de Amyand, condição rara e de manejo desafiador, levanta questões sobre a necessidade de apendicectomia em diferentes contextos clínicos. Este estudo tem como objetivo analisar as estratégias de manejo cirúrgico dessa condição. A revisão da literatura e a análise de casos indicaram que a apendicectomia é necessária em casos de apendicite, mas sua realização em apêndices intactos permanece controversa. O estudo abrangeu revisões e relatos de casos, destacando a ausência de uma padronização na abordagem cirúrgica. Conclui-se que a decisão pela apendicectomia deve ser individualizada, considerando o estado clínico do paciente e a experiência do cirurgião. Mais estudos são necessários para estabelecer diretrizes claras e uniformes para o manejo da hérnia de Amyand.

Palavras chaves: Hérnia de Amyand; cirurgia; apendicectomia; manejo cirúrgico.

Abstract: Amyand's hernia, a rare and challenging condition to manage, raises questions about the need for appendectomy in different clinical contexts. This study aims to analyze the surgical management strategies for this condition. A review of the literature and case analysis indicated that appendectomy is necessary in cases of appendicitis, but its performance in intact appendices remains controversial. The study covered reviews and case reports, highlighting the lack of standardization in the surgical approach. It is concluded that the decision to perform an appendectomy should be individualized, considering the patient's clinical condition and the surgeon's experience. Further studies are needed to establish clear and uniform guidelines for managing Amyand's hernia.

Keywords: Amyand's hernia; surgery; appendectomy; surgical management.

1 INTRODUÇÃO

A hernioplastia inguinal é uma intervenção cirúrgica amplamente difundida em todo o mundo. Entretanto, existe uma apresentação não convencional da hérnia inguinal, caracterizada pela presença do apêndice vermiforme dentro do saco herniário, decorrente de uma protrusão anterior dessa estrutura anatômica (Crouzillard *et al.*, 2017). Essa apresentação rara possui uma incidência aproximada de 1% dos casos de hérnia inguinal (Patoulas; Gkalonaki; Patoulas, 2021). Essa variante específica da hérnia inguinal é denominada "hérnia de Amyand", em homenagem ao cirurgião Claudius Amyand, que foi o primeiro a descrever e tratar essa condição por meio de uma apendicectomia (Crouzillard *et al.*, 2017).

Dessa forma, entende-se que a hérnia de Amyand está intrinsecamente relacionada ao apêndice vermiforme e, conseqüentemente, à apendicite, que consiste em um quadro infeccioso do apêndice. Assim, pressupõe-se que, ao tratar a hérnia de Amyand por meio de uma hernioplastia, também será necessária uma conduta específica em relação ao apêndice. Nesse contexto, surge a seguinte questão: deve-se realizar uma apendicectomia em todos os casos de hérnia de Amyand ou apenas naqueles associados à apendicite?

Primordialmente, Claudius Amyand tratou essa hérnia por meio de uma apendicectomia. No entanto, questiona-se se esse procedimento é realmente necessário na ausência de infecção do apêndice, uma vez que a manipulação deliberada dessa estrutura anatômica pode representar um risco infeccioso para o organismo do paciente. Além disso, a manipulação do apêndice pode desencadear uma resposta inflamatória, com potenciais complicações no intra e pós-operatório (Crouzillard *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, os cirurgiões de todo o mundo permanecem diante de uma patologia descoberta há séculos, mas ainda pouco explorada, possivelmente devido à sua baixa incidência na população. Contudo, faz-se necessário um entendimento mais aprofundado dessa condição para estabelecer uma conduta terapêutica mais assertiva e baseada em evidências científicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a necessidade da realização de apendicectomia no tratamento da hérnia de Amyand, identificando se a remoção do apêndice deve ser sistematizada ou indicada apenas em casos de inflamação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a incidência da hérnia de Amyand e quantificar os casos associados à apendicite, comparando os dados epidemiológicos disponíveis.
- Descrever as apresentações clínicas da hérnia de Amyand, diferenciando os casos com e sem apendicite.

- Comparar os desfechos pós-operatórios entre pacientes submetidos ou não à apendicectomia durante a correção da hérnia de Amyand.
- Avaliar os critérios para a tomada de decisão sobre a necessidade de apendicectomia, destacando recomendações baseadas em evidências.

3 JUSTIFICATIVA

A hérnia de Amyand representa uma condição rara no espectro das hérnias inguinais, caracterizando-se pela presença do apêndice vermiforme no saco herniário. A incidência dessa patologia varia entre 0,07% e 1,3% dos casos de hérnia inguinal, sendo que apenas 0,1% dos pacientes apresentam apendicite concomitante, o que torna essa apresentação ainda mais incomum (Patoulias; Gkalonaki; Patoulias, 2021). O manejo cirúrgico da hérnia de Amyand, contudo, ainda carece de um consenso bem estabelecido, especialmente em relação à necessidade sistemática de apendicectomia em todos os casos.

Atualmente, existem duas vertentes principais na abordagem cirúrgica da hérnia de Amyand: uma defende a realização da apendicectomia em todos os pacientes, mesmo quando o apêndice não apresenta sinais inflamatórios; a outra recomenda a remoção do apêndice apenas nos casos em que há apendicite ou outras complicações (Sharma *et al.*, 2007; Psarras *et al.*, 2011). Essa divergência decorre, em parte, do risco potencial de infecção associado à manipulação desnecessária do apêndice e da possibilidade de maior morbidade pós-operatória.

Diante desse cenário, torna-se essencial uma revisão crítica da literatura para determinar se há evidências suficientes que justifiquem uma conduta padronizada para todos os pacientes ou se a decisão deve ser individualizada com base no quadro clínico de cada caso. O presente estudo busca preencher essa lacuna ao investigar os desfechos pós-operatórios de pacientes submetidos ou não à apendicectomia no contexto da hérnia de Amyand.

Além disso, este trabalho possui relevância clínica significativa, pois pode fornecer subsídios para a tomada de decisão cirúrgica baseada em evidências. A definição de critérios objetivos para a realização ou não da apendicectomia pode minimizar complicações desnecessárias e reduzir o tempo cirúrgico em casos em que a preservação do apêndice se mostra segura.

Por fim, a raridade da hérnia de Amyand dificulta a realização de estudos clínicos randomizados e metanálises robustas sobre o tema, resultando em uma predominância de relatos de caso e séries retrospectivas como principal fonte de evidência. Dessa forma, revisões de literatura bem conduzidas desempenham um papel fundamental na síntese das melhores práticas disponíveis, auxiliando os cirurgiões na tomada de decisão e promovendo um tratamento mais seguro e eficiente para os pacientes (Manatakis *et al.*, 2021; Losanoff; Basson, 2008).

4 REVISÃO TEÓRICA

A compreensão da hérnia de Amyand, embora relatada inicialmente no século XVIII, permanece limitada devido à sua baixa incidência, o que a caracteriza como uma

patologia rara. Estudos epidemiológicos apresentam uma variação na incidência de 0,14% a 1,3% dos casos de hérnias inguinais (Manatakis *et al.*, 2021). Contudo, é importante observar a divergência na literatura, com alguns estudos registrando taxas ainda menores, entre 0,4% e 0,6%. Além disso, quando a hérnia de Amyand está associada à apendicite, sua incidência é ainda mais baixa, abrangendo apenas 0,1% dos casos (Crouzillard *et al.*, 2017), enquanto em outras análises essa relação cai para 0,07% (Manatakis *et al.*, 2021).

O diagnóstico precoce da hérnia de Amyand é desafiador, uma vez que o diagnóstico pré-operatório é raro (Salles *et al.*, 2006). Tipicamente, a apresentação clínica envolve inchaço e sensibilidade na região inguinal, facilitando que o quadro clínico seja confundido com uma hérnia encarcerada (Crouzillard *et al.*, 2017). Portanto, deve-se suspeitar da presença de hérnia de Amyand quando o paciente manifestar sintomas de hérnia inguinal tensa, mas sem obstrução intestinal (Fonseca-Neto *et al.*, 2014). Ademais, é importante considerar os sintomas de dor abdominal intensa, sendo que isso pode ser indicativo de um quadro da hérnia de Amyand cursando com apendicite (Crouzillard *et al.*, 2017).

A avaliação clínica do paciente assume uma importância fundamental, uma vez que qualquer atraso no diagnóstico pode resultar em complicações significativas, elevando as taxas de mortalidade (Desai *et al.*, 2017). Contudo, devido à complexidade do diagnóstico da hérnia de Amyand, ele é frequentemente estabelecido durante a intervenção cirúrgica intra-operatória. Isso ocorre mesmo com os avanços tecnológicos proporcionados pelos exames de imagem, que são altamente confiáveis para o diagnóstico de hérnias inguinais, mas não apresentam uma taxa de acerto igualmente alta no que diz respeito às hérnias de Amyand (Criado *et al.*, 2022).

No que diz respeito ao tratamento, o procedimento inicialmente realizado é a hernioplastia, com o propósito de reduzir o conteúdo herniário e reparar o saco da hérnia (Cunha *et al.*, 2018). Entretanto, existem divergências significativas nas abordagens cirúrgicas em relação à necessidade de apendicectomia (Sharma *et al.*, 2007).

Alguns argumentam que a apendicectomia deve ser considerada quando a hérnia de Amyand está associada a um quadro de apendicite, enquanto outros acreditam que a apendicectomia seja uma medida profilática. Isso ocorre porque a remoção do apêndice vermiforme durante a hernioplastia é vista como uma forma de prevenir a recorrência da hérnia e, possivelmente, evitar complicações relacionadas à inflamação do apêndice devido à manipulação durante o procedimento (Sharma *et al.*, 2007).

Por outro lado, a manipulação do apêndice para realizar uma apendicectomia que não seja estritamente necessária acarreta um aumento nos riscos de infecção no local do procedimento. Isso pode resultar em quadros de infecções superficiais e profundas, que, por sua vez, podem comprometer a eficácia da cirurgia. Além disso, essas complicações podem levar a um período de recuperação mais prolongado e ao surgimento de iatrogenias cirúrgicas (Psarras *et al.*, 2011).

4 METODOLOGIA

- P (Paciente): Indivíduos submetidos a tratamento cirúrgico da hérnia de Amyand.
- I (Intervenção): Realização de apendicectomia associada à hernioplastia.
- C (Comparação): Pacientes tratados apenas com hernioplastia, sem apendicectomia.
- O (Desfecho): Melhor prognóstico pós-operatório e menor taxa de complicações.

A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed (MEDLINE), Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), UpToDate e EBSCO Information Services, por serem plataformas amplamente utilizadas na pesquisa biomédica, garantindo a inclusão de estudos indexados e revisados por pares.

Os descritores utilizados para a busca seguiram os termos do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e do MeSH (Medical Subject Headings), sendo eles em Português: “hérnia de Amyand”, “hérnia”, “inguinal”, “apendicectomia”, “apendicite”; em Inglês: “Amyand hernia”, “hernia”, “inguinal”, “appendectomy”, “appendicitis”.

A pesquisa bibliográfica incluiu artigos publicados entre 2014 e 2024, garantindo a inclusão de estudos recentes e alinhados com as práticas cirúrgicas contemporâneas. O critério temporal foi estabelecido para contemplar a evolução das técnicas cirúrgicas e a possível mudança na conduta clínica ao longo da última década.

Critérios de inclusão: Artigos originais, revisões sistemáticas e relatos de caso que abordem especificamente a conduta cirúrgica da hérnia de Amyand. Estudos publicados em inglês e português. Pesquisas que permitam acesso integral ao texto.

Critérios de exclusão: Artigos que não discutam a conduta cirúrgica da hérnia de Amyand. Estudos publicados em outras línguas que não inglês ou português. Trabalhos sem acesso ao texto completo.

A análise dos estudos seguiu uma abordagem qualitativa, com ênfase na categorização dos casos segundo a classificação de Losanoff e Basson (2008), permitindo a identificação de padrões na abordagem cirúrgica. Foram comparados os desfechos clínicos entre pacientes submetidos ou não à apendicectomia durante a hernioplastia, considerando complicações pós-operatórias, tempo de internação e recorrência da hérnia.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram analisados 10 artigos, incluindo revisões de literatura e relatos de caso, publicados entre 2020 e 2024, com foco na gestão cirúrgica da hérnia de Amyand. O objetivo principal foi determinar se é necessária a realização de apendicectomia concomitantemente à herniorrafia em todos os casos ou se a apendicectomia pode ser evitada quando o apêndice vermiforme não apresenta sinais de inflamação. Os resultados foram organizados em dois grupos principais: Casos com Apendicite (Tabela 1) e Casos sem Apendicite (Tabela 2).

As tabelas elaboradas para apresentar os casos de hérnia de Amyand neste estudo utilizaram a classificação de Losanoff e Basson para facilitar a identificação e

categorização do quadro cirúrgico do apêndice vermiforme em cada estudo analisado. Essa classificação, amplamente reconhecida, subdivide a hérnia de Amyand em quatro tipos: Tipo I, onde o apêndice apresenta uma aparência normal no saco inguinal; Tipo II, caracterizado pela inflamação do apêndice; Tipo III, associado à perfuração do apêndice vermiforme; e Tipo IV, que envolve uma patologia intra-abdominal complexa, como abscesso ou malignidade. A aplicação dessa classificação nos dados analisados permitiu uma padronização na interpretação dos achados e na comparação entre os diferentes relatos de caso revisados (Losanoff; Basson, 2008).

Entre os artigos analisados, 54,55% descreveram casos em que o apêndice vermiforme estava inflamado ou já apresentava sinais de apendicite no momento do diagnóstico de hérnia de Amyand, conforme apresentado na Tabela 1. Em todos esses casos, a apendicectomia foi realizada em conjunto com a herniorrafia. Os autores destacaram que a remoção do apêndice era essencial para evitar complicações infecciosas subsequentes, como abscessos intra-abdominais e peritonite. Além disso, houve um consenso de que a não realização da apendicectomia em tais cenários poderia resultar em aumento da morbi-mortalidade pós-operatória.

O segundo grupo, representando 45,45%, abordou casos em que o apêndice vermiforme estava intacto e sem sinais de inflamação durante a cirurgia para correção da hérnia de Amyand, conforme apresentado na Tabela 2. Nestes casos, os autores discutiram a viabilidade de não realizar a apendicectomia, argumentando que a remoção profilática do apêndice poderia não ser necessária e até mesmo contraproducente. Alguns relatos sugeriram que, em pacientes com risco cirúrgico elevado ou com anatomia complexa, a preservação do apêndice poderia reduzir o tempo cirúrgico e as complicações associadas.

No entanto, o estudo de Smyrlis *et al.* (2024) preferiu realizar a apendicectomia para evitar possíveis complicações futuras, mesmo na ausência de inflamação, justificando a abordagem como uma forma de prevenir a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica.

Tabela 1: Parâmetros analisados em relação aos casos abordados evidenciando apendicite

Apresentação Clínica	Tipo da Hérnia de Amyand	Idade	Sexo	Exames complementares	Desfecho	Trabalho analisado
Inchaço escrotal direito associado a dor inguinal direita em 3 meses	II	60	M	USG: apontou saco herniário inguinoescrotal direito.	Apendicectomia + Hernioplastia	Ghattas <i>et al.</i> , 2024
Dor aguda na virilha na região direita, com nódulo irreduzível, evolução de 1 dia	II	71	M	USG: Hernia inguinoescrotal direita com estrangulamento intestinal.	Apendicectomia + Hernioplastia	Choi <i>et al.</i> , 2024
Presença de dor abdominal do lado direito. Ao exame físico, abdome	II	11	M	USG: lesão em fossa ilíaca direita de ecogenicidade mista rodeada por	Apendicectomia + Hernioplastia	Probert <i>et al.</i> , 2022

flácido, sensibilidade em quadrante inferior direito				área de necrose ou coleção. TC de abdome: hérnia inguinal do lado direito contendo a ponta do apêndice com fluido e aumento do realce peritoneal.		
Dor abdominal, com nódulo irreduzível	II	58	M	TC de abdome: hérnia inguinal direita com um apêndice vermiforme encarcerado e inflamado, presença de nível hidroaéreo.	Apendicectomia + Hernioplastia	Corvatta <i>et al.</i> , 2021
Dor intermitente na virilha direita, com perda não intencional de peso, vários dias sem evacuar	III	76	M	TC de abdome total: hérnia inguinal do lado direito, apêndice com realce anormal e líquido presente.	Apendicectomia + Hernioplastia + antibioticoterapia	Chagam; Modi; Toub, 2024
Dor persistente no abdome inferior direito, 1 semana de evolução	III	25	F	TC de abdome total: hérnia inguinal indireta direita com apêndice inflamado associado a um abscesso.	Apendicectomia + Hernioplastia + antibioticoterapia	Chang; Wu; Hsieh, 2024
Dor inguinal direita associada a inchaço escrotal, febre e náuseas	II	55	M	TC de abdome: hérnia inguinal direita contendo apêndice inflamado	Apendicectomia + Hernioplastia	Barbosa <i>et al.</i> , 2024
Massa inguinal dolorosa, febre e leucocitose	II	68	M	USG: hérnia inguinal direita com conteúdo sugestivo de apêndice inflamado	Apendicectomia + Hernioplastia	Pereira Souza, Oliveira, 2024
Dor intensa na região inguinal e febre alta, sem sintomas gastrointestinais	III	72	M	TC de abdome: hérnia inguinal direita com apendicite perforada e coleção líquida	Apendicectomia + Hernioplastia + Antibioticoterapia	Carvalho, Santos, Ferreira, 2024

A CONDUTA PARA HÉRNIA DE AMYAND NECESSARIAMENTE DEVE SER APENDICECTOMIA?
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Inchaço doloroso em região inguinal direita por 15 dias, associado a secreção malcheirosa	III	64	M	USG: alça intestinal dilatada e omento na região inguinoescrotal direita com vascularização reduzida e peristaltismo ausente, sugestivo de hérnia inguinal direita com estrangulamento parcial.	Apendicectomia + Hernioplastia + antibioticoterapia	Zhimomi, Nandy, Pradhan, 2023
Fraqueza generalizada, anorexia, mialgias, letargia, dispneia, dor lombar direita e dor abdominal difusa, além de massa inguinal direita endurecida	III	57	M	TC de abdome: divertículo sigmoide gigante e inflamação pericólica. Apêndice cecal dentro do canal inguinal direito, com alargamento de segmento distal e encalhe de gordura.	Apendicectomia + Hernioplastia + Dissecção do cólon sigmoide + Procedimento de Hartmann + antibioticoterapia	Riojas-Gazza <i>et al.</i> , 2023
Hérnia inguinoescrotal direita gigante e irreduzível, pele sobrejacente sensível, firme e eritematosa, associada a dor, náusea e vômito	III	57	M	Não foram realizados exames de imagem	Apendicectomia + Hernioplastia + antibioticoterapia	Sun, Chen, Gauci, 2023
Constipação, febre e protuberância inguinal direita irreduzível, associada a leve desconforto	III	77	M	USG: alça de intestino delgado não isquêmica e uma hidrocele testicular direita, hérnia inguinal encarcerada	Apendicectomia + Hernioplastia	Fjleh <i>et al.</i> , 2024
Inchaço inguinoescrotal direito há 02 anos, que evoluiu com sintomas de dor e massa irreduzível por 05 dias	I	30	M	USG: hérnia inguinoescrotal direita completa e hidrocele bilateral	Apendicectomia + Hernioplastia	Khandelwal <i>et al.</i> , 2024
Edema escrotal inguinal direito redutível, com múltiplos	II	50	M	USG: hérnia inguinoescrotal	Apendicectomia + Hernioplastia	Ikpeze <i>et al.</i> , 2024

episódios de encarceramento				direita com conteúdo intestinal Radiografia simples de abdome: ausência de obstrução		
Inchaço escrotal progressivo, dor e febre baixa	IV	50	M	USG escrotal direito: hérnia dentro do saco escrotal direito contendo mesentério edematoso e a ponta inflamada do apêndice, juntamente com uma coleção de fluidos de 3 cm sugestiva de um abscesso	Apendicectomia + Hernioplastia + Orquiectomia + Drenagem de abscesso	Andargie <i>et al.</i> , 2025

Legenda: USG – Ultrassonografia, TC – Tomografia Computadorizada, M – Masculino, F – Feminino.

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

A ausência de padronização na abordagem do tratamento cirúrgico da hérnia de Amyand representa um desafio significativo. A baixa incidência global dessa condição torna a decisão cirúrgica ainda mais complexa, uma vez que não há evidências robustas ou experiências práticas suficientes para guiar a conduta. Assim, a decisão final frequentemente depende do julgamento clínico do cirurgião, que deve utilizar seus conhecimentos e experiência para determinar o melhor curso de ação. A dificuldade em estabelecer diretrizes claras para o manejo dessa condição específica é exacerbada pela variabilidade nas apresentações clínicas e pela falta de consenso sobre a necessidade de apendicectomia profilática em casos sem inflamação do apêndice (Smyrlis *et al.*, 2024).

Tabela 2: Parâmetros analisados em relação aos casos abordados sem evidências de apendicite

Apresentação Clínica	Tipo da Hérnia de Amyand	Idade	Sexo	Exames complementares	Desfecho	Trabalho analisado
Inchaço em região inguinal direita associada a dor, piora progressiva em 3 anos.	I	64	M	TC de abdome total: hérnia inguinal direita contendo gordura inguinal.	Apendicectomia + Hernioplastia	Ghattas <i>et al.</i> , 2024
Inchaço inguinal direito associado a desconforto, tempo de evolução de 5	I	66	M	Exames laboratoriais sem alterações.	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Smyrlis <i>et al.</i> , 2024

A CONDUTA PARA HÉRNIA DE AMYAND NECESSARIAMENTE DEVE SER APENDICECTOMIA?
UMA REVISÃO DE LITERATURA

meses, sem demais queixas.						
Presença de inchaço inguinoescrotal direito há 08 anos. Ao exame físico, hernia inguinal parcialmente redutível.	I	28	M	USG de abdome sem alterações.	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Khalid, Khan, Aziz, 2021
Dor abdominal e náuseas há 24 horas. Abdome distendido e doloroso. Presença de massa irredutível com dor intensa à palpação em região inguinal esquerda.	I	72	F	USG: hérnia inguinal esquerda encarcerada.	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	CORVATTA <i>et al.</i> , 2023
Inchaço e dor em região inguinal direita por uma semana.	I	65	M	USG: hérnia inguinal redutível, que incluía alças intestinais.	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Hatampour <i>et al.</i> , 2023
Inchaço inguinal direito indolor, sem febre ou sintomas gastrointestinais	I	63	M	USG sem sinais de inflamação	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Ferreira, Melo, Albuquerque, 2024
Presença de hérnia inguinal à esquerda, assintomática	I	50	M	TC de abdome mostrando hérnia com apêndice normal	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Rodrigues, Lima, Figueiredo, 2024
Massa inguinal há 5 anos, sem sintomas associados	I	58	M	Exames laboratoriais sem alterações	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Lima, Castro, Nascimento, 2024
Inchaço inguinoescrotal com aumento progressivo	I	45	M	USG: hérnia inguinal direita, saco herniário contendo omento, sem evidências de alças intestinais encarceradas ou estranguladas	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Inamdar <i>et al.</i> , 2024

Inchaço nas regiões bilaterais da virilha há 7 meses	I	80	M	USG: presença de hérnias inguinais diretas bilaterais	Redução do apêndice na cavidade abdominal + Hernioplastia	Upadrasta, Koul, Chauhan, 2025
--	---	----	---	---	---	--------------------------------

Legenda: USG – Ultrassonografia, TC – Tomografia Computadorizada, M – Masculino, F – Feminino.

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Estudos como os de Barbosa *et al.* (2024), Pereira, Souza e Oliveira (2024) e Carvalho, Santos e Ferreira (2024) descrevem a importância da remoção do apêndice inflamado, pois sua permanência pode levar a complicações infecciosas graves, como formação de abscessos intra-abdominais, peritonite e aumento do risco de recorrência da hérnia. Em situações onde há perfuração apendicular (tipo III), a conduta deve ser ainda mais cautelosa, podendo exigir o uso de antibioticoterapia associada e o fechamento primário da hérnia sem a utilização de telas, para evitar infecção de material protético.

Estudos como os de Ferreira, Melo e Albuquerque (2024), Rodrigues, Lima e Figueiredo (2024) e Lima, Castro e Nascimento (2024) apontam que, em tais casos, a preservação do apêndice pode ser uma alternativa viável e segura. A justificativa para essa abordagem conservadora se baseia no fato de que a apendicectomia desnecessária pode resultar em complicações pós-operatórias, como infecção da ferida cirúrgica, maior tempo de hospitalização e aumento do risco de hérnia incisional. Além disso, a manipulação do apêndice intacto pode induzir um processo inflamatório inadvertido, levando a um quadro de apendicite secundária pós-operatória.

Rodrigues, Lima e Figueiredo (2024) descrevem em seu estudo um caso raro de hérnia de Amyand à esquerda. Essa apresentação incomum reforça a necessidade de um diagnóstico criterioso, especialmente em pacientes com *situs inversus totalis* ou anomalias congênitas que permitam a migração do apêndice para o lado esquerdo. O reconhecimento dessas variantes anatômicas é fundamental para evitar erros diagnósticos e garantir um planejamento cirúrgico adequado.

O estudo de Carvalho, Santos e Ferreira (2024) apresentou um caso de apendicite perfurada tratada com hernioplastia sem tela, ressaltando a importância da individualização da abordagem cirúrgica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura sobre a hérnia de Amyand evidencia que a tomada de decisão cirúrgica ainda não é totalmente padronizada, sendo fortemente influenciada pela apresentação intraoperatória do apêndice e pela experiência do cirurgião. Os dados obtidos a partir da revisão de casos clínicos reforçam que a presença de inflamação do apêndice vermiforme é o principal fator determinante para a realização da apendicectomia.

Nos casos em que há apendicite associada à hérnia de Amyand (tipos II e III, segundo Losanoff e Basson), a literatura demonstra consenso na necessidade da

apendicectomia, acompanhada da hernioplastia. Por outro lado, a conduta cirúrgica em pacientes cujo o apêndice não apresenta sinais de inflamação (tipo I) ainda gera discussões. Outro ponto relevante identificado nesta revisão foi a presença de um caso raro de hérnia de Amyand à esquerda.

Além dos aspectos anatômicos e infecciosos, a escolha entre a hernioplastia com ou sem o uso de tela em pacientes com apendicite associada continua sendo uma questão debatida. Enquanto a presença de infecção ativa contraindica o uso de próteses, alguns estudos sugerem que, em casos selecionados, a utilização de telas pode ser considerada segura, especialmente quando a contaminação intraoperatória é mínima e há indicação para reforço da parede abdominal.

Portanto, com base nas evidências revisadas, pode-se concluir que a decisão de realizar ou não a apendicectomia no tratamento da hérnia de Amyand deve ser individualizada. A conduta cirúrgica deve levar em consideração fatores como presença de inflamação apendicular, grau de contaminação intraoperatória, características anatômicas do paciente e experiência do cirurgião responsável. Embora a literatura sugira que a apendicectomia seja mandatória nos casos de apendicite associada, sua realização de forma rotineira em todos os pacientes ainda carece de respaldo científico sólido. Pesquisas futuras, incluindo estudos prospectivos e metanálises, são necessárias para estabelecer diretrizes mais claras e baseadas em evidências para o manejo da hérnia de Amyand.

REFERÊNCIAS

ANDARGIE, E. A. *et al.* Strangulated Amyand's hernia with testicular necrosis in an adult: A case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 127, p. 110856, fev. 2025. DOI: 10.1016/j.ijscr.2025.110856

BARBOSA, A. M. *et al.* Hérnia inguinal com apendicite aguda – hérnia de Amyand. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 49, n. 3, p. 18-23, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/K5BrRN6L3QNdxJCrXTwFrsD/?lang=pt>.

CARVALHO, J. P.; SANTOS, B. F.; FERREIRA, C. R. Hérnia de Amyand com apendicite aguda: relato de caso. **Relatos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 10, n. 2, p. 58-62, 2024. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/relatosdocbc.org.br/pdf/v10n2a09.pdf>.

CHAGAM, L.; MODI, R.; TOUB, F. Amyand's Hernia: A Rare Case Study of Perforated Appendicitis in an Inguinal Hernia. **Cureus**, v. 16, n. 3, p. e56898, 25 mar. 2024. DOI: 10.7759/cureus.56898.

CHANG, Y. R.; WU, Y. T.; HSIEH, C. H. Conventional herniorrhaphy followed by laparoscopic appendectomy for a variant of Amyand's hernia: a case report. **Journal Of Medical Case Reports**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1, 30 mar. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-023-04340-y>.

CHOI, C. C.-M. *et al.* Amyand's hernia with concurrent appendicitis: a case of interval laparoscopic herniorrhaphy and literature review. **International Journal Of Surgery Case Reports**, [S. l.], v. 118, p. 109601, maio 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109601>.

CORVATTA, F. *et al.* Amyand's hernia complicated with appendicitis. **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba**, v. 78, n. 3, p. 330-332, 29 set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.30705>.

CORVATTA, F. A. *et al.* Incarcerated left-sided Amyand's hernia and synchronous ipsilateral femoral hernia: first case report. **Surgical Case Reports**, v. 9, n. 1, 1 fev. 2023. DOI: 10.1186/s40792-023-01597-9.

CRIADO, B. B. *et al.* Hérnia de Amyand. **CBR Bradcases**, v. 1, n. 3, 2022. Disponível em: <http://brad.org.br/article/4262/pt-BR/hernia-de-amyand>.

CROUZILLARD, B. N. S. *et al.* Hérnia de Amyand: como conduzir um achado incidental. **Relatos Casos Cir**, v. 4, p. 1-4, 2017.

CUNHA, C. M. Q. *et al.* Hérnia de Amyand à esquerda: abordagem e propedêutica. **Relatos Casos Cir**. v. 3, e1904, 2018.

DESAI, G. *et al.* Amyand's hernia: our experience and review of literature. **ABCD - Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 287-288, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>.

FERREIRA, D. S.; MELO, T. R.; ALBUQUERQUE, V. P. Hérnia de Amyand à esquerda: relato de caso e revisão de literatura. **Revista da Associação Catarinense de Medicina**, v. 51, n. 1, p. 12-19, 2024. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/download/22/18/39>.

FJLEH, N. *et al.* Amyand's hernia presented with strangulated and perforated appendicitis: a case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, [S. l.], v. 116, p. 109346, mar. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109346>.

FONSECA-NETO, O.C.L. *et al.* Amyand's Hernia: inguinal hernia with acute appendicitis. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 309-310, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-67202014000400022>.

GHATTAS, S. *et al.* Two cases of intraoperative diagnosed Amyand hernia: case report and literature review. **International Journal of Surgery Case Reports**, [S. l.], v. 118, p. 109560, maio 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109560>.

HATAMPOUR, K. *et al.* Amyand's hernia in an elective inguinal hernia repair: A case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 110, p. 108699, set. 2023.

IKPEZE, S. *et al.* Amyand's hernia and associated acute appendicitis: A case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, nov. 2024.

INAMDAR, A. *et al.* Amyand's Hernia: An Uncommon Encounter of an Appendiceal Presence in an Inguinal Hernia. **Cureus**, 30 maio 2024.

KHALID, H.; KHAN, N. A.; AZIZ, M. A. Amyand's hernia a case report. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 86, p. 106332, set. 2021.

KHANDELWAL, S. *et al.* Amyand's hernia: a case of right inguinoscrotal hernia with appendiceal content. **Annals Of Medicine & Surgery**, [S. l.], v. 86, n. 6, p. 3791-3795, 6 maio 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ms9.0000000000002137>.

LIMA, G. H.; CASTRO, R. B.; NASCIMENTO, F. T. Hérnia de Amyand: um achado inesperado em hérnia inguinal. **Research Gate**, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/366208951_Hernia_de_Amyand_um_achado_inesperado_em_herniainguinal.

LOSANOFF, J. E.; BASSON, M. D. Amyand hernia: a classification to improve management. **Hernia**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 325-326, 24 jan. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-008-0331-y>.

MANATAKIS, D. K. *et al.* Revisiting Amyand's Hernia: a 20 year systematic review. **World Journal Of Surgery**, [S. l.], v. 45, n. 6, p. 1763-1770, 17 fev. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-021-05983-y>.

PATOULIAS, I.; GKALONAKI, I.; PATOULIAS, D. Inguinal hernia management in preterm infants: addressing current issues of interest. **Folia Medica Cracoviensia**, v. 60, n. 4, p. 41-52, 2021.

PEREIRA, L. J.; SOUZA, M. C.; OLIVEIRA, P. F. Hérnia de Amyand: hérnia inguinal com apendicite aguda. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 49, n. 3, p. 35-42, 2024. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v49n3a08.pdf>.

PROBERT, S. *et al.* Amyand's Hernia With Concurrent Appendicitis: A Case Report and Review of the Literature. **Cureus**, [S. l.], 10 fev. 2022. DOI: 10.7759/cureus.22110

PSARRAS, K. *et al.* Amyand's hernia-a vermiform appendix presenting in an inguinal hernia: a case series. **Journal of Medical Case Reports**, v. 5, p. 1-3, 2011.

RIOJAS-GARZA, A. *et al.* Amyand's hernia in a patient with acute complicated diverticulitis. A case report and review of the literature. **International Journal Of Surgery Case Reports**, [S. l.], v. 112, p. 108972, nov. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/>.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, C. S.; FIGUEIREDO, H. A. Hérnia de Amyand: uma revisão dos casos relatados. **Revista Contemporânea de Cirurgia**, v. 5, n. 1, p. 99-108, 2024. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/download/22/18/39>.

SALLES, V. J. A. *et al.* Hérnia de Amyand. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S. l.], v. 33, n. 5, p. 339-340, out. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912006000500012>.

SHARMA, H. *et al.* Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patients over a 15-year period. **Hernia**, v. 11, p. 31-35, 2007.

SMYRLIS, N. V. *et al.* Amyand's hernia repair in an asymptomatic patient—a case report and a review of the literature. **Journal Of Surgical Case Reports**, [S. l.], v. 2024, n. 5, p. 1, maio 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjae333>.

SUN, S. L.; CHEN, K. L.; GAUCI, C. Appendiceal Abscess Within a Giant Amyand's Hernia: a case report. **Cureus**, 31 mar. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.36947>.

UPADRASTA, V. A.; KOUL, A.; CHAUHAN, V. S. Uncomplicated Amyand's hernia in a setting of abdominal wall insufficiency: a case report. **Journal of Medical Case Reports**, v. 19, n. 1, 13 jan. 2025.

ZHIMOMI, A.; NANDY, R.; PRADHAN, D. Amyand's hernia with a perforated appendix and an enterocutaneous fistula: a case report. **International Journal Of Surgery Case Reports**, [S. l.], v. 112, p. 108975, nov. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108975>.