

HÉRNIA DE GARENGEOT COM APENDICITE SECUNDÁRIA À ENDOMETRIOSE DE APÊNDICE

GARENGEOT'S HERNIA WITH ACUTE APPENDICITIS CAUSED BY ENDOMETRIOSIS

Marcelo Fernandes Maia Lima, ACBC-RJ¹; Felipe Aguilar Pinto Dias²; Carlos Henrique Quintão Valeriano²; Carlaile Soares Franco²; Ana Júlia Lopes Valério³; Amanda Campos Franco³.

RESUMO

A hérnia de Garegeot é definida pela presença do apêndice cecal herniado através do canal femoral. A endometriose de apêndice é uma associação incomum, com diagnóstico quase sempre obtido no anatomopatológico. Descreve-se o relato do caso de uma paciente do sexo feminino, 38 anos, admitida com quadro de dor abdominal, hiporexia, náuseas e picos subfebris, apresentando leucocitose, elevação de PCR, hematúria e ultrassonografia com sinais de processo inflamatório em fossa ilíaca e região anexial direita. Optado pela realização de laparoscopia onde identificou-se o apêndice cecal inflamado e encarcerado em orifício de hérnia femoral à direita. Realizada apendicectomia e proposta correção do defeito herniário em segundo tempo. Estudo anatomopatológico do apêndice cecal, descreveu a presença de endometriose de apêndice associada à periapendicite. Por ser uma associação rara, não existe consenso sobre a melhor forma de tratamento da hérnia de Garegeot quando associada à processo inflamatório do apêndice. Propõe-se então a apresentação do seguinte a fim de fomentar discussões sobre esta patologia.

Descritores: Hérnia Femoral. Endometriose. Apendicite.

ABSTRACT

De Garegeot hernia is defined by the presence of a femoral hernia with incarceration of the appendix. Appendix endometriosis is an uncommon association, whereby diagnosis is almost always obtained through the anatomopathological analysis of the surgical piece. We report the case of a 38 year old female patient that presented with abdominal pain, hyporexia, nausea and subfebrile spikes upon admission. Laboratory tests indicated leukocytosis, elevated CRP and haematuria. Ultrasonography showed signs inflammation in the iliac fossa and at the right adnexal region. The presence of an inflamed cecal appendix was evidenced in the laparoscopy, imprisoned in the right femoral hernia orifice. We opted to perform videolaparoscopic appendectomy with correction of the defected hernia in the second instance. An anatomopathological study of the cecal appendix showed the presence of endometriosis of the appendix associated with periapendicitis. De Garegeot hernia is a rare phenomenon, therefore there is no treatment protocols or best approach on how to treat it, particularly when associated with the inflammatory process of the appendix. We propose to present the current case report and to review the available literature, in order to develop further discussions about this pathology.

Keywords: Hernia, Femoral. Endometriosis. Appendicitis.

INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1731 pelo cirurgião francês Rene Jaques Croissant de Garegeot, a rara apresentação da hérnia femoral conhecida como hérnia de Garegeot, definida pela presença do apêndice cecal herniado através do canal femoral, é uma patologia de diagnóstico difícil, sendo um diagnóstico intraoperatório na maioria dos casos^{1,2}.

Em apenas 0,5-5% dos casos o apêndice cecal é a estrutura herniada no canal femoral. A associação com apendicite aguda é ainda mais rara, estando presente em menos de 0,08-0,13% dos casos^{2,3}. Esse tipo de hérnia é mais prevalente no sexo feminino, principalmente em mulheres na pós-menopausa². Posições anatômicas anormais, como possíveis graus de rotação intestinal no período embrionário ou variações

¹ Hospital Márcio Cunha, Fundação São Francisco Xavier, Serviço de Cirurgia Geral, Ipatinga, MG, Brasil.

² Hospital Márcio Cunha, Fundação São Francisco Xavier, Residência em Cirurgia Geral, Ipatinga, MG, Brasil.

³ Centro Universitário de Caratinga - UNEC, Curso de Medicina, Internato, Caratinga, MG, Brasil.

na fixação do apêndice no ceco podem ser a causa dessas herniações^{2,4}. A manifestação clínica mais comum nesses casos é a de uma hérnia femoral estrangulada (dor abdominal, aumento da sensibilidade e tumefação eritematosa da virilha) podendo, às vezes, cursar com manifestações de obstrução do intestino delgado ou mais raramente com fasciíte necrotizante. A peritonite é incomum, já que o colo apertado do saco herniário isola o apêndice inflamado e evita a propagação da inflamação para a cavidade peritoneal^{2,3}. Os diagnósticos diferenciais incluem hérnia inguinal, linfoma, anexite, lipomas, varizes ou ectasia da veia safena magna, outros tumores de tecido mole e abscessos retroperitoneais^{3,4}. Não há tratamento padrão, sendo a maioria dos casos tratada com apendicectomia de emergência e reparo primário de hérnia^{1,5}. A infecção da ferida é relatada em até 29% dos pacientes submetidos à correção da hérnia⁶.

A endometriose é uma doença inflamatória dependente de estrogênio que afeta de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva. Está relacionada como causa de dismenorreia, infertilidade e dor pélvica crônica. A endometriose intestinal geralmente é assintomática, no entanto, alguns casos poderão complicar com obstrução intestinal, massa abdominal, dor ou mesmo hemorragias^{7,8}. O acometimento gastrointestinal, apesar de infrequente (cerca de 12% dos casos), pode causar um amplo espectro de sintomas^{7,9}. A localização no apêndice é rara, com prevalência estimada em 2,8% das pacientes portadoras de endometriose. Os sintomas podem variar de uma dor simulando apendicite até uma dor crônica no quadrante inferior direito^{7,8}. A inspeção intraoperatória do apêndice pode não apresentar alterações que sugiram endometriose, sendo fundamental a análise anatomopatológica nestes casos.

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma paciente admitida em junho de 2018, acometida por hérnia de Garengot com apendicite aguda secundária à endometriose, sendo diagnosticada e tratada no Hospital Márcio Cunha em Ipatinga, Minas Gerais e fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema.

RELATO DO CASO

Paciente feminino, 38 anos, nuligesta, admitida no Pronto-Socorro do Hospital Márcio Cunha em Ipatinga, Minas Gerais,

com quadro de dor abdominal difusa há um dia, associado à hiporexia, náuseas e picos subfebris, negando alterações de hábito intestinal e sintomas urinários. Relato de infertilidade, em investigação e tratamento clínico há três anos, bem como de hipotireoidismo após iodoterapia (indicada para tratamento de Doença de Graves refratária ao tratamento clínico habitual), fazendo uso regular de levotiroxina 112mcg / dia.

Encontrava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente, normotensa, eupneica e eucárdica, subfebril (37,7°C), anictérica, com fâcies de dor. Possibilidade de gestação afastada por se apresentar em período menstrual e após realização de β -hCG com resultado negativo. O abdome apresentava-se doloroso à palpação profunda, notadamente em segmentos inferiores, com descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita (sinal de Blumberg-positivo).

Exames laboratoriais apontaram leucocitose (20340 leucócitos/mm³) sem desvio à esquerda (1% de bastonetes), elevação de PCR (35,30 mg / L) e hematúria à realização de Urina de Rotina (paciente em período menstrual). Ultrassonografia com sinais de processo inflamatório em fossa ilíaca direita e região anexial direita, sendo levantadas as hipóteses de abscesso tubo-ovariano, abscesso secundário à apendicite e gestação ectópica (Figura 1).

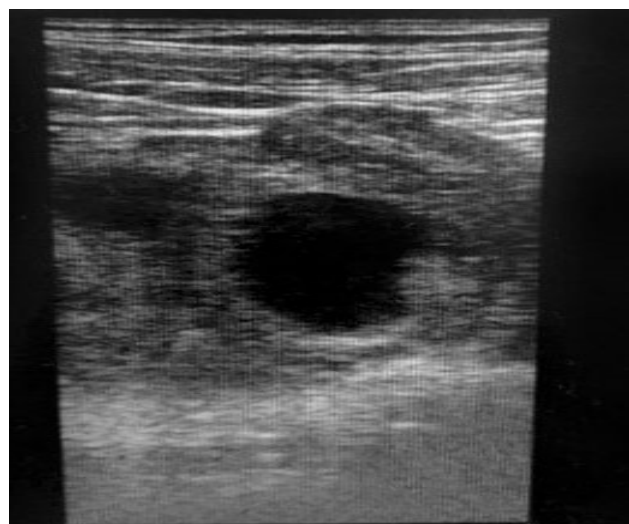


Figura 1. Ultrassonografia de abdome total realizada no Hospital Márcio Cunha. Sinais de processo inflamatório da fossa ilíaca direita, caracterizado por espessamento de gordura mesentérica, pequenos linfonodos satélites e pequena quantidade de líquido livre. No detalhe, formação cística de paredes espessas, ecogênicas e levemente irregulares, com conteúdo hipocóico, medindo 3,9 x 3,9 x 3,5cm.

Submetida à laparoscopia no mesmo dia da admissão, foi evidenciada a presença de apêndice cecal inflamado, encarcerado em orifício de hérnia femoral à direita, já apresentando secreção purulenta ao redor (Figuras 2, 3 e 4). Optou-se pela realização da apendicectomia videolaparoscópica com posterior abordagem do defeito herniário devido à presença de contaminação bacteriana local, inviabilizando a correção com tela de polipropileno em um único tempo cirúrgico.



Figura 2. Videolaparoscopia realizada no Hospital Márcio Cunha. Apêndice cecal encarcerado em canal femoral.



Figura 3. Conteúdo herniário reduzido para a cavidade abdominal (apêndice cecal com processo inflamatório).



Figura 4. Canal femoral (orifício herniário) após redução e apendicectomia.

Apresentou evolução satisfatória após procedimento cirúrgico, recebendo alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório. Em seguimento ambulatorial, compareceu à consulta no sétimo e no 11º dia após apendicectomia. O estudo anatomopatológico do apêndice cecal identificou a presença de endometriose de apêndice associada à periapendicite (Figura 5), sendo, portanto, encaminhada para consulta e acompanhamento com ginecologista, bem como orientada quanto à realização da hernioplastia femoral após 3-6 meses.

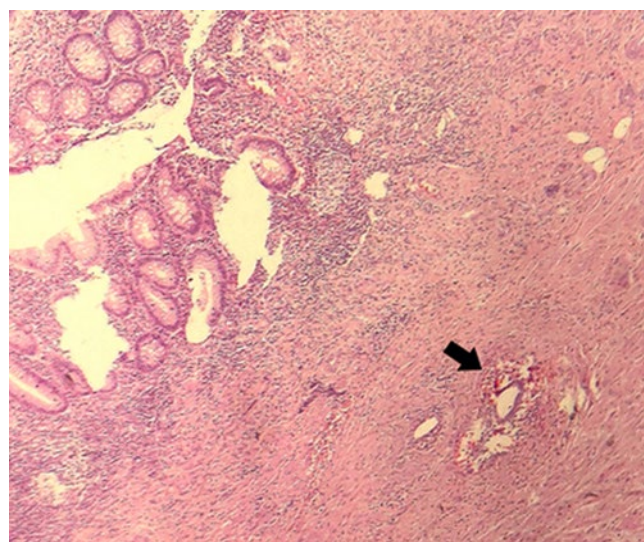


Figura 5. Histopatológico realizado no Hospital Márcio Cunha. Em destaque na seta, foco endometriótico hemorrágico em apêndice cecal.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica de uma apendicite em uma hérnia femoral pode ocorrer pelo encarceramento e estrangulamento do apêndice no canal femoral, distinguindo-se das etiologias habituais, como: obstrução do lúmen por apendicolito, obstrução no orifício apendicular do ceco (helmintos, sementes, corpo estranho) e hiperplasia linfóide². Teorias foram propostas para explicar a ocorrência desse quadro, como a posição anômala do apêndice devido a rotações embriogênicas e o deslocamento do apêndice pelo ceco para dentro do saco herniário³.

A hérnia de Garengot é mais comum no sexo feminino, em uma razão de incidência entre mulheres e homens de 5:1, com pico de incidência por volta dos 70 anos (29-91 anos). Os fatores de risco são comuns ao de outras hérnias como o aumento da pressão intra-abdominal presente em gestações, ascite, hiperplasia prostática benigna e obstipação crônica. Tabagismo,

idade avançada e doenças do colágeno estão relacionados a uma maior fragilidade dos tecidos¹⁰.

A presença de uma massa irreductível dolorosa em região inguinal direita, abaixo do ligamento inguinal, é a apresentação clínica habitual. Em alguns casos ocorre a associação com outros sinais e sintomas sistêmicos, como náuseas, vômitos, hiporexia e febre⁸. O desenvolvimento de peritonite é incomum¹¹. O diagnóstico pré-operatório é raro, encontrando muita limitação no exame clínico e de propedêutica armada⁴. A admissão hospitalar é comumente realizada por diagnóstico de hérnia encarcerada sem causa aparente². Exames laboratoriais e de imagem como radiografia e ultrassonografia pouco auxiliam no diagnóstico, por serem inespecíficos. Há uma relevância maior quando existe suspeita de obstrução intestinal³. No entanto, em cerca de 44% dos casos a tomografia computadorizada foi capaz de detectar a associação de apendicite com a hérnia femoral, sendo então considerada o exame padrão ouro para o diagnóstico.

Devido à escassez de casos, não existe padronização do tratamento, sendo a apendicectomia de emergência e reparo primário de hérnia a alternativa mais realizada^{4,11}. Cirurgias para correção do defeito herniário por via aberta ou laparoscópica vem sendo realizadas, com ou sem a utilização de telas sintéticas, podendo ser associadas ou não à apendicectomia em mesmo tempo cirúrgico, a depender da apresentação clínica^{10,11}.

Já a endometriose é uma doença inflamatória dependente de estrogênio que afeta 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva e caracteriza-se pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É causa de dismenorreia, infertilidade e dor pélvica crônica. Muitas pacientes que apresentam endometriose intestinal são assintomáticas. No entanto, algumas delas necessitarão de atendimento médico por complicações como obstrução intestinal, massa abdominal, dor ou mesmo hemorragias¹². É uma doença comum em mulheres em idade reprodutiva, ocasionalmente afetando o apêndice¹³. O acometimento do apêndice é raro, com prevalência estimada em 2,8% das pacientes portadoras de endometriose, sendo geralmente assintomático. Complicações como apendicite aguda, mucocoele, massa que mimetiza malignidade e dor crô-

nica são descritas na literatura⁹. Sua manifestação clínica mais comum é a dor em fossa ilíaca direita¹⁴.

O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo quase sempre feito através do anátomopatológico da peça cirúrgica. Não há um exame padrão ouro, mas a ressonância magnética (RM) é o exame complementar mais utilizado¹⁴. O tratamento consiste principalmente em ressecção cirúrgica dos focos endometrióticos, sendo necessário, em alguns casos, a retirada em bloco dos órgãos afetados, associado à terapia hormonal para supressão dos ciclos menstruais⁹.

A presente produção visa promover a discussão acerca destas condições a fim de torná-las alternativa diagnóstica a ser aventada precocemente, o que é de suma importância para a terapêutica precoce e correta, bem como relatar fenômeno incomum de associação de patologias igualmente raras, evidenciando a aplicabilidade e o interesse médico da presente produção científica.

REFERÊNCIAS

1. Díaz R, Rodríguez F, Bustos A, Alfaro J. Cirugía laparoscópica de una hernia de Garegeot: presentación poco frecuente de una hernia crural. *Rev Chil Cir.* 2016;68(6):446-8.
2. Pinheiro NMC, Oliveira LF, Rufino MPR, Gomes MMG, Albuquerque ACF, Moreira GB, et al. Hérnia de Garegeot: um relato de caso. In: *Anais do IV Outubro Acadêmico - UNINTA. Anais... Sobral (CE): UNINTA; 2017. Disponível em: <http://www.even3.com.br/anais/4o-outubroacademico>*
3. Bidarmaghz B, Tee CL. A case of De Garegeot hernia and literature review. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr-2017-220926.
4. Stangler LT, Mori MAK, Chinarelli RL, Ribeiro MA, Santos AS, Diniz TBF, Hernani BL, Parreira JG, Assef JC. Hérnia de Garegeot com apendicite: relato de caso. *Arq Med Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2018;63(2):119-22.
5. Al-Subaie S, Mustafa H, Al-Sharqawi N, Al-Haddad M, Othman F. A case of de Garegeot hernia: the feasibility of laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair. *Intl J Surg Case Rep.* 2015;16:73-6.

6. Le HD, Odom SR, Hsu A, Gupta A, Hauser CJ. A combined Richter's and de Garegeot's hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(10):662-4.
7. Denadai R, Ferraz RA, Goulart RA, Saad-Hossne R, Teixeira FV. Appendiceal endometriosis as a rare cause of abdominal pain: a case report and literature review. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2012;32(3):324-8.
8. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril.* 2006;86(2):298-303.
9. Laskou S, Papavramidis TS, Cheva A, Michalopoulos N, Koulouris C, Kesisoglou I, et al. Acute appendicitis caused by endometriosis: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:144.
10. Jin Z, Imtiaz MR, Nnajiuba H, Samlalsingh S, Ojo A. De Garegeot's Hernia: two case reports with correct preoperative identification of the vermiform appendix in the hernia. *Case Rep Surg.* 2016;2016: 2424657.
11. Ahmed K, Bashir K, McHugh TJ, McHugh SM, Kavanagh E. Appendicitis in De Garegeot's hernia presenting as a nontender inguinal mass: case report and review of the literature. *Case Rep Surg.* 2014: 932638.
12. Comman A, Gaetzschmann P, Hanner T, Behrend M. DeGaregeot hernia: transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy. *JSLS.* 2007;11(4):496-501.
13. Salati AS, Raza AA. Endometriosis: arare cause of appendicitis. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2011;21(5): 304-5.
14. Garcia-Amador C, De la Plaza R, Arteaga V, Lopez-Marciano A, Ramia J. Garegeot's hernia: two case reports with CT diagnosis and literature review. *Open Med (Wars.)* 2016;11(1): 354-60.

Recebido em: 08/02/2019

Aceito para publicação: 01/07/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

Endereço para correspondência:

Marcelo Fernandes Maia Lima

E-mail: mfml@uol.com.br

felipedeaguilar@gmail.com