

francês refugiado na Inglaterra foi o primeiro a realizar apendicectomia<sup>13,11</sup>. A presença do apêndice no saco herniário ocorre em torno de 1% das hérnias inguinais e apêndice inflamado é encontrado em apenas 0,13% dos casos.

Uma variante, apendicite dentro da hérnia femoral, é chamada de hérnia de Garengéot<sup>4</sup>. Em 1937, Ryan descreveu 11 casos de apendicite aguda (dentro de hérnia inguinal) no universo de 8.692 casos de apendicite<sup>12</sup>. Outro autor<sup>1</sup>, reportou 10 casos com apendicite na hérnia inguinal durante nove anos consecutivos.

A etiopatogenia da formação da apendicite aguda é incerta. Muitos autores acreditam na associação entre encarceramento e inflamação do apêndice cecal no saco herniário, isto é, fenômeno isquêmico devido a compressão do órgão pelo anel herniário levando à apendicite<sup>14</sup>. Sintomas típicos da apendicite aguda, como dor epigástrica inicial que se localiza mais tarde na fossa ilíaca direita, náuseas, vômitos e anorexia também podem ser vistos nos pacientes com hérnia de Amyand. Na literatura, febre e leucocitose não são frequentes nesses pacientes<sup>13</sup>. Diagnóstico pré-operatório é incomum. Em um artigo de revisão, dos 60 casos de hérnia de Amyand apenas um caso teve o diagnóstico antes da operação<sup>14</sup>.

A presença de irritação peritoneal e dor precoce em hérnia encarcerada podem sugerir apendicite dentro do saco herniário. A utilização de métodos de imagem pode ajudar no diagnóstico<sup>4</sup>.

A abordagem cirúrgica é mandatória. Entretanto o tipo de operação ainda é controverso. Em condições habituais, o tratamento consiste em apendicectomia e hieniorrafia de emergência<sup>8</sup>. Quando existe risco de desenvolvimento de complicações, como abscesso pericecal, a abordagem apendicular deve ser pré-peritoneal minimizando o aparecimento de infecção da ferida e recorrência da hérnia<sup>2</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Carey LC. Acute appendicitis occurring in hernias: a report of 10 cases. *Surgery* 1967; 61:236-8.
- Doyle GS, McCowan C. Amyand hernia: a case of an unusual inguinal herniace. *Am J Emerg Med* 2008; 26(5):637. e5-6.
- Franko J, Sulkowki R. A rare variation of Amyand's Hernia. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(10):2684-5.
- Gillion JF, Bornet G, Hamrouni A, Jullès MC, Convard JP. Amyand and de Garengéot' hernias. *Hernia* 2007; 11(3):289-90.
- Hiatt JR, Hiatt N. Amyand's hernia. *N Engl J Med* 1988; 318(21):1402.
- Hotiana MM, Kundu S, Ahmad I. Complicated inguinal hernia of Amyand. *South Med J* 2007; 100(4):411.
- Lippolis PV, Barlettai M, Filidei F, Seccia M. The Amyand's hernia. Case report and review of the literature. *Ann Ital Cir* 2007; 78(2):153-7.
- Logan MTBS, Nottingham JM. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. *Am Surg* 2001; 67(7):628-9.
- Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: what lies beneath--a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg* 2007; 73(12):1288-90.
- Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S, Gil Olarte MA, Alonso N, Fresneda V. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. *Rev Esp Enferm Dig* (Madrid) 2005; 97(10):707-715.
- Rodríguez Montes JA. Historias de la cirugía. *AstraZeneca* 2003; 87-102.
- Ryan WJ. Hernia of the vermiform appendix. *Ann Surg* 1937; 106:135-9.
- Torres Hernández D, Roselló Fina JR, del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Enríquez Weinmann ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig* 2003; 22 Sep. Available at: www.cirugest.com.
- Weber RV, Hunt ZC, Kral JC. Amyand's hernia. Etiologic and therapeutic implications of two complications. *Surg Rounds* 1999; 22:552-6.

ABCD DV/1069

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2014;27(4):310

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400023>

Carta ao Editor

## RETIRADA ENDOSCÓPICA DE COMPRESSA ABANDONADA EM LAPAROTOMIA PRÉVIA

*Endoscopic removal of foreign body abandoned in prior laparotomy*

Alexandre Cruz **HENRIQUES**, Jacqueline Michelle **SEGRE**,  
Paula Altenfelder **SILVA**, Edson **IDE**, Carlos Alberto  
**GODINHO**, Jacques **WAISBERG**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

**Correspondência:**

Alexandre Cruz Henriques  
E-mail: achenriques@uol.com.br

Recebido para publicação: 13/08/2013  
Aceito para publicação: 19/08/2014

## INTRODUÇÃO

Devido à subnotificação a incidência exata de retenção de corpos estranhos na cavidade abdominal não é bem conhecida<sup>5</sup>. É eventualidade que não poupa até mesmo cirurgiões com vasta experiência e sua ocorrência pode gerar graves consequências<sup>5</sup>. Existem situações de risco para que tal evento ocorra, o que exige a utilização de medidas preventivas sistemáticas.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de compressa abandonada após colecistectomia que migrou para o duodeno e foi retirada com sucesso por meio de endoscopia digestiva alta.

## RELATO DO CASO

Mulher de 26 anos foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica com conversão para laparotomia em virtude de coledocolitíase. Foi realizada coledocolitotomia e drenagem à Kehr e apresentou boa evolução. Após nove meses, procurou atendimento médico com síndrome de obstrução antropilórica (dor epigástrica, vômitos pós-prandiais sistemáticos e perda de peso). Endoscopia digestiva alta evidenciou presença de corpo estranho, provável compressa em cavidade gástrica, transpilórica, impedindo a progressão do aparelho (Figura 1A). Tomografia computadorizada do abdome (Figura 1B) revelou massa entre o fígado e o estômago, de contornos bem definidos, densidade mista, com bolhas de ar em seu interior e linhas radiopacas espiraladas que representavam os marcadores da compressa.

Com hipótese diagnóstica de obstrução pilórica por corpo estranho, foi realizada nova endoscopia digestiva alta para tentativa de retirada da compressa, o que foi conseguido com auxílio de pinça de polipectomia (Figura 2A). Após a retirada do corpo estranho (Figura 2B) foram observadas lacerações superficiais esofágicas com sangramento autolimitado e úlcera profunda bloqueada ocupando quase toda parede anterior do bulbo, sem sinais de perfuração para a cavidade.

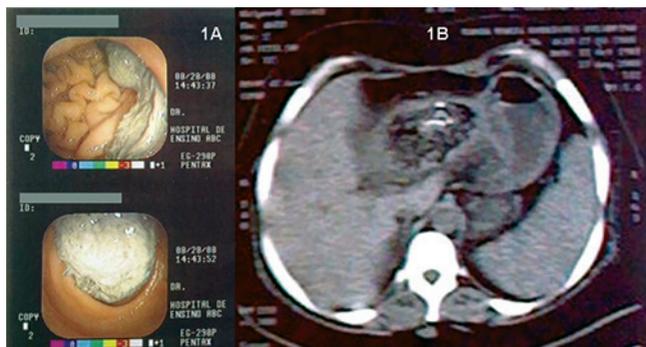


FIGURA 1 – A) Aspecto da endoscopia digestiva alta mostrando corpo estranho intraluminal; B) tomografia computadorizada com imagem de linhas radiopacas espiraladas que representavam os marcadores da compressa

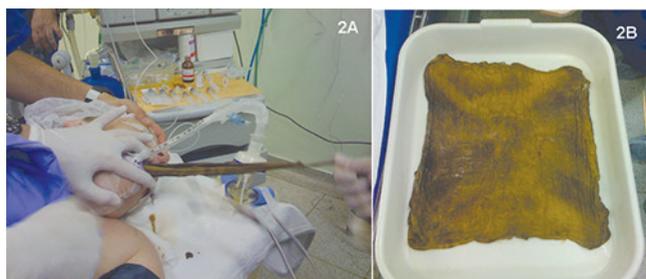


FIGURA 2 – A) Momento da retirada endoscópica; B) compressa aberta

A paciente apresentou boa evolução. Foi medicada com inibidor da bomba de prótons e aceitou alimentação via oral no 4º. dia após a endoscopia. No 8º. dia foi realizada endoscopia digestiva alta de controle, que revelou diminuição do tamanho da úlcera com sinais de cicatrização. Após dois meses nova endoscopia evidenciou duodeno sem deformidade, mucosa íntegra e normal. Dez meses após estava.

## DISCUSSÃO

A retenção de corpos estranhos na cavidade abdominal nem sempre é relatada, em virtude da possibilidade de implicações médico legais. Estima-se que a cada 500 a 1500 operações intra-abdominais ocorra um caso, ou seja, incidência em torno de 0,15% a 0,2%<sup>1,5</sup>.

O corpo estranho mais comumente abandonado ou esquecido na cavidade abdominal é o de origem têxtil (gazes e compressas). Ao conjunto formado pelo corpo estranho e a reação tecidual em seu entorno é dada a denominação de gossipiboma ou textiloma<sup>3</sup>.

São citados fatores de risco para a retenção inadvertida de corpos estranhos na cavidade abdominal. Os principais são: operações de emergência; hemorragias; alterações do ato operatório do inicialmente proposto; participação de mais de uma equipe cirúrgica no procedimento; o não arrolamento numérico de compressas e instrumental cirúrgico; anestesia insatisfatória; material e infraestrutura inadequada; cansaço do cirurgião e ou equipe; equipe cirúrgica incompleta e obesidade<sup>2</sup>. O presente relato de caso relata colecistectomia inicialmente videolaparoscópica que devido à coledocolitíase foi convertida para laparotomia.

Existem três possibilidades evolutivas na história natural dos corpos estranhos retidos na cavidade abdominal: tornar-se encapsulado pelo processo inflamatório fibrótico reacional com ou sem a formação de abscesso ou fistula; ser eliminado pela incisão cirúrgica; migrar para o lúmen de víscera oca (intestino, bexiga ou vagina)<sup>3,5</sup>.

O quadro clínico é muito variável, uma vez que depende do tipo de reação desencadeada pelo organismo em resposta à presença do corpo estranho. Se ele se torna encapsulado pelo processo inflamatório, pode ter evolução assintomática e ser achado de exame de imagem em 30% dos casos. Pode manifestar-se como tumor palpável com contornos mal definidos e ainda apresentar os sinais e sintomas de abscesso intracavitário<sup>5</sup>.

A tomografia computadorizada é o exame padrão-ouro para o diagnóstico do gossipiboma, que apresenta como elementos característicos as linhas radiopacas espiraladas presentes nos marcadores das compressas, e a aparência esponjiforme do tumor com pequenas bolhas de ar no seu interior<sup>3,4</sup>. A ultrassonografia e a radiografia simples de abdome, também podem suspeitar o diagnóstico de corpo estranho.

O tratamento para a retenção de corpos estranhos na cavidade abdominal pode ser expectante quando o paciente for assintomático, a operação prévia ter sido realizada há muito tempo e não houver sinais de abscessos, ou ainda quando a migração para a luz intestinal aponta para resolução espontânea<sup>1</sup>. Em outros casos sua retirada estará indicada<sup>5</sup> por laparotomia, laparoscopia<sup>4</sup> ou endoscopia, como no caso aqui apresentado. Medidas de precaução devem ser estabelecidas para minimizar essa ocorrência: colocação de pinças de reparo em fitas existentes nas compressas, posicionando-as externamente à cavidade abdominal; contagem de compressas (em que pese que não é indicador absoluto de certeza já que trabalhos mostram episódios em que a checagem foi dada como correta e compressas permaneceram na cavidade abdominal); se uma gaze é entregue ao cirurgião esta deve retornar imediatamente após seu uso para as mãos do instrumentador; inventário da cavidade antes do fechamento; marcador radiopaco no material têxtil e na dúvida sobre possível retenção realizar radiografia no centro cirúrgico<sup>2</sup>.

No campo das implicações médico legais, o abandono de corpo estranho em procedimento cirúrgico pode ter implicações jurídicas de natureza cível e criminal. Claro está que, se o erro médico existe deverá ser apurado e encarado em todas as suas dimensões, sendo geralmente caracterizado como negligência<sup>5</sup>. Atitude corporativa não deve acobertar erros médicos grosseiros e profissionais negligentes. Por outro lado, é inaceitável pré-julgamento com execução pública do médico, sem levar em conta situações críticas emergenciais, operações de grande porte, condições insatisfatórias do ambiente cirúrgico, e outros fatores que podem interferir na condução do ato operatório.

## REFERÊNCIAS

1. Alis H, Soylu A, Dolay K, Kalayci M, Ciltas A. Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration. *World J Gastroenterol.* 2007;13(48):6605-7.
2. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponge after surgery. *N Engl J Med.* 2003;348(3):229-35.
3. Iglesias AC, Salomão RM. Gossypiboma intra-abdominal – análise de casos. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(2):105-13.
4. Kansakar R, Hamal BK. Cystoscopic Removal of an intravesical gossypiboma mimicking a bladder mass: a case report. *J Med Case Reports.* 2011 Dec 16;5(1):579.
5. Schanaider A, Manso JEF. Corpos estranhos provenientes de acesso cirúrgico à cavidade abdominal. Aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(4):250-5.