

Vários trabalhos<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</sup> relatam diferentes variações. O mais representativo deles é o de Hiatt et al.<sup>5</sup> com amostra de 1000 pessoas. A variação aqui apresentada (artéria hepática comum + artéria mesentérica superior) é pouco comum com ocorrência média de 2%. Tal valor está de acordo também com os valores achados em outros artigos que vão desde 1,6% a 3,5%.

## AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a Priscilla Ely Vieira Hattori, técnica do Laboratório de Anatomia da Universidade Federal da Grande Dourados (Dourados, Mato Grosso do Sul) pelo apoio logístico oferecido para a redação desta Carta ao Editor.

## REFERÊNCIAS

1. Arjhansiri K, Charoenrat P, Kitsukjit W. Anatomic variations of the hepatic arteries in 200 patients done by angiography (resumo). J Med Assoc Thai. 2006 Sep; 89 Suppl 3: S161-8.
2. Bertevello P L, Chaib E. Variações do sistema arterial hepático e sua aplicabilidade na bipartição do fígado: estudo anatômico em cadáveres. Arq. Gastroenterol. 2002, vol.39, n.2 [cited 2010-12-04], pp. 81-85.
3. Chen H, Yano R, Emura S, Shoumura S. Anatomic variation of the celiac trunk with special reference to hepatic artery patterns (resumo). Ann Anat. 2009 Oct; 191(4): 399-407.
4. Freitas A C T, Coelho J C U, Matias J E F et al. Anatomia arterial hepática: estudo em 150 transplantes hepáticos. Rev. Col. Bras. Cir. 2001, vol.28, n.1 [cited 2010-12-04], pp. 13-16.
5. Hiatt J R, Gabbay J, Busuttill R W. Surgical anatomy of the hepatic arteries in 1000 cases (resumo). Ann Surg., 1994 Jul, 220(1): 50-2.
6. Koops A, Wojciechowski B, Broering D C. Anatomic variations of the hepatic arteries in 604 selective celiac and superior mesenteric angiographies. Surg Radiol Anat, 2004 Jun 26(3): 239-44.
7. Lopez-Andujar R, Moya A, Montalva E, Berenguer M Et Al. Lessons learned from anatomic variants of the hepatic artery in 1,081 transplanted livers (resumo). Liver Transpl, 2007 Oct 13(10): 1401-4.
8. Soares R V, Coelho J C U, Matias Jef, Zeni Neto C., Freitas A C T, Godoy J L. Anatomia da artéria hepática em doadores e receptores de transplante hepático intervivos. Rev Col Bras Cir. 2006 Mar-Abr, 33(2).
9. Mburu K S, Alexander O J, Hassan S, et al. Variations in the Branching Pattern of the Celiac Trunk in a Kenyan Population. Int. J. Morphol. 2010, vol.28, n.1 [citado 2010-12-05], pp. 199-204.
10. Ottone N E, Agustín A M, Domínguez M L et al. Arterias Hepáticas Aberrantes: Estudio en 64 Cadáveres Disecados. Int. J. Morphol. 2006, vol.24, n.4 [citado 2010-12-05], pp. 581-585.
11. Song S Y, Chung J W, Yin Y H et al. Celiac axis and common hepatic artery variations in 5002 patients: systematic analysis with spiral CT and DSA. Radiology, 2010 Apr 255(1): 278-88.

ABCDV/1068

ABCD Arq Bras Cir Dig  
2014;27(4):309

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202014000400022>

## HÉRNIA DE AMYAND: HÉRNIA INGUINAL COM APENDICITE AGUDA

*Amyand's hernia: inguinal hernia with acute appendicitis*

Olival Cirilo Lucena da **FONSECA-NETO**, Rafael Cavalcanti de Carvalho **LUCENA**, Cláudio Moura **LACERDA**

Trabalho realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Correspondência:  
Olival Cirilo Lucena Fonseca Neto  
E-mail: [olivalneto@globocom](mailto:olivalneto@globocom)

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

Recebido para publicação: 06/06/2013  
Aceito para publicação: 19/08/2014

## INTRODUÇÃO

A presença de apêndice vermiforme dentro do saco herniário não é frequente<sup>7</sup>. Na literatura a incidência reportada está em torno de 1% de todas as hérnias<sup>6</sup>. Mais raro ainda é o achado de apendicite aguda dentro da hérnia inguinal<sup>4</sup>.

Quando no conteúdo do saco inguinal encontrar-se o apêndice cecal, inflamado ou não, é denominado hérnia de Amyand<sup>5</sup>. Esse tipo de hérnia é mais frequente em homens e o diagnóstico pré-operatório não é fácil<sup>9</sup>. A suspeita dela deve ser nos pacientes com hérnia inguinal tensa e sem sinais de obstrução intestinal. A apendicectomia sempre deverá ser realizada juntamente com o reparo da hérnia.

O objetivo do presente estudo é apresentar um caso de apendicite aguda dentro da hérnia inguinoescrotal direita e revisar a literatura.

## RELATO DE CASO

Homem de 35 anos, agricultor, procurou o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil. Relatava aparecimento de massa em região inguinoescrotal direita há cerca de um mês sem dor. Há dois dias referia dor epigástrica associada com náuseas e vômitos. Procurou serviço de saúde de seu município onde recebeu tratamento para gastrite. Com a progressão da dor e localização dela na fossa ilíaca direita foi encaminhado ao hospital. No exame físico apresentava frequência cardíaca de 100 bpm, respiratória de 21 ipm, PA=130x80 mmHg e hérnia inguinoescrotal direita encarcerada com discreta irritação peritoneal. Foi encaminhado para procedimento cirúrgico que mostrou apêndice inflamado com secreção purulenta no seu ápice no saco herniário. Como o acesso cirúrgico foi a incisão transversa para hérnia inguinal, optou-se pela abordagem simultânea: apendicectomia + reparo a Bassini (Figura 1). Foi realizada antibioticoprofilaxia com metronidazol e ceftriaxona por 24 horas. Após dois dias recebeu alta sem intercorrências. O resultado do anatomopatológico confirmou apendicite.



FIGURA 1 – Apêndice cecal inflamado em hérnia inguinoescrotal direita

## DISCUSSÃO

Alguns autores acreditam que a primeira descrição do apêndice cecal na hérnia inguinal foi realizada por De Garengeot em 1731<sup>10</sup>. Claudius Amyand (1681-1740), cirurgião

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 Garengot<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 Garengot' 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](http://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.

ABCDDV/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](mailto: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.