

COMPRESSA CIRÚRGICA RETIDA APÓS LAPAROTOMIA — A PROPÓSITO DE UM CASO ****

Retained surgical sponge after laparotomy — regarding medical situation

Jaques Waisberg *

Paulo Caruso ***

Gilberto Narchi Rabahie **

Zulmira Dominique P. Pascuas ***

RESUMO: Os autores, a propósito de um caso de compressa cirúrgica retida no abdomen, fazem uma revisão do assunto, assinalando aspectos diagnósticos clínicos e profiláticos.

UNITERMOS: laparotomia, compressa cirúrgica, abdomen, inflamação, fistula, infecção.

SUMMARY: The authors, concerning to a case of abdomen retained surgical sponge, make a review of the subject, pointing out diagnostic, clinic and prophylactic aspects.

KEY WORDS: laparotomy, surgical sponge, abdomen, inflammation, fistula, infection

Corpo estranho retido após laparotomia é uma complicação cuja incidência varia de 1:100 a 1:3000 cirurgias, segundo vários autores⁽⁴⁾. Deve-se enfatizar que este fato pode ocorrer em qualquer serviço, sendo assunto de difícil discussão devido às implicações éticas que acarreta, trazendo conseqüências graves para paciente, médico e hospital.

O quadro clínico nem sempre é evidente sendo, em geral, hipótese de exclusão diagnóstica; a partir daí o diagnóstico torna-se fácil através de propedêutica armada e o tratamento é sempre cirúrgico.

O presente trabalho é baseado no relato de um caso em que uma compressa cirúrgica ficou retida por nove meses no abdomen de uma paciente, entre o tecido celular subcutâneo e o peritônio. A cirurgia para retirada da compressa foi realizada no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC-São Paulo. O diagnóstico e a evolução complicada desse caso nos levaram a rever os variados e peculiares aspectos desta casualidade.

RELATO DO CASO

D.M., 47 anos, feminina, branca, prendas domésticas, natural de São Paulo, R.G. nº 00518, data de internação 26.12.82.

A paciente foi admitida com quadro de febre persistente e contínua há 3 meses; a febre que inicialmente era vespertina (37,7°C), posteriormente passou a ser matutina (38,2°C). Também relatava dor contínua em hipopêra vespertina (37,7°C), posteriormente passou a ser matutina (38,2°C). Também relatava dor contínua em hipogástrio há 3 meses, sem irradiação, de moderada intensidade, que melhorava de maneira temporária com a ingestão de analgésicos. Referia ainda anorexia e emagrecimento discreto. Havia sido submetida a 11 intervenções cirúrgicas: herniorrafia umbilical há 16 anos, cesariana há 12, 10 e 5 anos; exereses de cisto de ovário há 5 anos; perineoplastias há 4 anos e herniorrafia incisional há 9 meses.

Ao exame físico apresentava-se bem anemiada ++ ++++ e febril (38,0°), não havendo gânglios

palpáveis. Destacava-se o exame do abdomen, difusamente doloroso, com presença de massa em região mesogástrica e flanco direito, com dimensões de aproximadamente 12,0 x 8,0 cm, limites precisos, superfície regular, sem pulsatilidade, aderente aos planos profundos e imóvel. O abdomen apresentava cicatriz de incisão peri-umbilical inferior, mediana infra-umbilical e transversa infra-umbilical.

Os exames laboratoriais revelavam leucocitose (13.000 leucócitos) e anemia (eritrócitos: 3.000.000, hemoglobina: 10,1 gr, hematócrito 33%).

Uma radiologia simples de abdomen revelou a presença de uma área com densidade irregular (aspecto em "miolo-de-pão") em projeção de flanco direito. A ultrasonografia abdominal feita a seguir foi compatível com a presença de corpo estranho (compressa cirúrgica) em flanco direito. Foram realizados enema opaco e urografia excretora que se apresentavam normais.

Na laparotomia feita através de uma incisão de Le-nnander, encontrou-se um corpo estranho representado por uma compressa cirúrgica de tamanho grande, situada entre o tecido celular subcutâneo e a aponeurose posterior e peritônio, na região do flanco direito do abdomen. A compressa estava encapsulada por tecido fibroso e após a retirada da mesma, que saiu com facilidade, a loja foi lavada exaustivamente com soro fisiológico, água fenicada, líquido de Dakin e água oxigenada. Havia também grande bloqueio de alças de delgado ao nível do peritônio parietal, imediatamente abaixo da loja onde estava a compressa. A seguir procedeu-se à drenagem da loja com drenos tubulares. Como parte da loja abria-se diretamente no terço inferior da incisão de laparotomia, optou-se por deixar aberta esta parte da incisão, através da qual os drenos se exteriorizavam. O resultado da cultura do material purulento aspirado revelou o crescimento de *Escherichia coli*.

A paciente vinha evoluindo bem, até que no 4º dia de pós-operatório apresentou saída de material de aspecto fecalóide através do terço inferior da incisão, com drenagem de alto débito (aproximadamente 800 ml/dia).

* Auxiliar de Ensino da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC.

** Médico residente de Cirurgia da Faculdade de Medicina do ABC.

*** Acadêmicos da Faculdade de Medicina do ABC.

**** Trabalho realizado pela Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina do ABC.

Uma fistulografia revelou tratar-se de fístula ileal, não evidenciando obstrução distal. A partir do 8º dia de pós-operatório instituiu-se jejum oral e instalou-se nutrição parenteral prolongadas com aminoácidos totais (Soramim 10%) no volume de 2.000 ml/dia. A partir do início da nutrição parenteral o débito pela fístula ileal foi diminuindo progressivamente, e o tecido de granulação da área de exposição da fístula foi aumentado, até que no 53º dia de pós-operatório (45º dia de N.P.P.) ocorreu o fechamento de fístula e a granulação completou-se. A paciente teve alta hospitalar no 65º dia de pós-operatório, sem apresentar qualquer sintoma. O seguimento de pós-operatório, sem apresentar qualquer sintoma. O seguimento ambulatorial de 18 meses não revelou qualquer anormalidade.

DISCUSSÃO

Em 1940 Crossen e Crossen⁽³⁾ publicaram uma revisão da literatura mundial e documentaram 307 casos de compressas retiradas no abdômem. Os autores correlacionaram as alterações patológicas que circunscriviam a compressa e seu tempo de retenção obtendo a seguinte classificação:

A — Até 2 meses de retenção:

As compressas causam pequenas reações, sendo achado acidental de autópsia. (não relacionou-se o óbito a presença da compressa).

B — Entre 2 meses e 2 anos de retenção:

Presença de processo inflamatório infeccioso sendo que se observa tentativa do organismo em deslocar a compressa para um local de menor resistência, seja internamente para reto, vagina, bexiga, lúmen intestinal ou externamente através de fístulas cutâneas.

C — Aproximadamente 9 meses de retenção:

Observou-se que 80% dos casos revisados mostravam erosão intestinal.

D — Entre 2 e 3 anos de retenção:

Ocorre encapsulação asséptica com formação de cápsula fibrosa bem delimitada.

E — Após 5 anos de retenção:

Tendência à desintegração da compressa com calcificação ocasional dentro ou ao redor da mesma.

A forma clínica mais freqüente é a infecciosa, manifestando-se como abscesso, peritonite ou supuração, chegando até 75% o índice de mortalidade. A consequência mais incomum segundo Robinson e Levin⁽¹⁰⁾ seria a passagem da compressa para a luz intestinal, sendo que esta complicação pode simular linfossarcoma de intestino delgado ao exame contrastado.

Williams e cols.⁽¹³⁾ em sua experiência observaram que o corpo estranho cirúrgico mais comum é a compressa, provavelmente pelo seu largo emprego.

Para o diagnóstico se faz imprescindível a radiografia simples, que evidenciará imagens descritas como "miolo-de-pão", "favo-de-mel", etc.

O uso sistemático de marcador radiopaco em compressas e gazes confirma o diagnóstico de corpo estranho retido. Foi Cahn⁽¹⁾, em 1929, quem primeiro introduziu linhas de sulfato de Bário em compressas cirúrgicas como marcador, sendo que apenas em 1940 seu uso se tornou generalizado. Lamentavelmente em nosso meio este procedimento não é rotineiro.

A xeroradiografia é considerada método diagnóstico superior à radiografia simples para detecção de corpos estranhos não metálicos em condições experimentais^(5,7).

Parienty e cols.⁽⁹⁾ e Weill e cols.⁽¹²⁾ ressaltam a ultrassonografia como excelente método diagnóstico. Parienty também enfatiza a importância da tomografia computadorizada quando da presença de compressas que não possuem dispositivos radiopacos, mostrando nesse caso um aspecto em redemoinho característico.

A complicação observada no presente relato ratifica os achados de Crossen e Crossen⁽³⁾ (erosão intestinal por volta do 9º mês). É provável que houve necrose da parede da loja imediatamente subjacente à compressa, constituída por tecido fibroso, aponeuroso posterior e peritônio. Pelo fato de haver alças delgadas bloqueando esta região, houve a oportunidade para que a necrose se transmitisse à parede do intestino delgado, passando a constituir uma fístula delgada. Tal fístula, na ausência de fatores que a perpetuem (por exemplo, obstrução intestinal à montante) tem tendência a fechar quando sob regime de nutrição parenteral prolongada, sendo o que ocorreu no caso descrito.

Jones⁽⁶⁾ preconizou nos últimos 20 anos em seu serviço o emprego sistemático de radiografias simples imediatamente antes do fechamento da parede abdominal, a despeito do custo adicional, que é pequeno, quando somado ao custo total da internação do paciente cirúrgico. Tal procedimento é discutido por Froidevaux e cols.⁽⁴⁾, que assume tal conduta apenas a contagem das compressas foi inexata. Em nosso serviço preconizamos contagem rigorosa das compressas utilizadas antes do fechamento da parede abdominal durante uma laparotomia.

Do que foi exposto, desejamos ressaltar a importância em se controlar o número de compressas usadas na parede ou na cavidade abdominal, salientando-se o grande valor da utilização de gazes e compressas com marcador radiopaco, mas que em nosso meio, devido aos custos relativamente altos, não é usado com a freqüência necessária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAHN, N. — Nachweis in der Bauchhöhle verbleibener stopftücher und taupfer (English Abstract). Zentralorgan Gesamte Chir, 45:759, 1929.

2. CHORVAT, G.; KAHN, J.; CAMELOT, G.; HENRIET, Ph.; GILLET J. Y. & GHILLET M. – L'évolution des corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. *Ann. Chir.*, 30 (8): 643-649, 1976.
3. CROSSEN H. S. & CROSSEN, D. F. – *Foreign bodies left in the abdomen*. C. V. Mosby Company, St. Louis, 1940.
4. FROIDEVAUX, A.; VUKANOVIC, S.; HUBER, O. & HAUSER, H. – Les corps étrangers textiles intra-abdominaux. *Méd. Chir. Dig.*, 9:471-477, 1980.
5. HOWE, V. A. – Xeroradiography for foreign body detection. *Radiography*, 49:33, 1983.
6. JONES S. A. – The foreign body problem after laparotomy. *Am. Journal of Surgery*, 122: 785-786, 1971.
7. MEYER, J. E.; KOPANS, D. B. & MUELLER, P. R. – Preoperative localization of radiopaque foreign bodies. *Radiology*, 144:179, 1982.
8. OLNICK, H. M.; MACON, M. D.; WEENS, H. S. & ROGERS, J. V. – Radiological diagnosis of retained surgical sponges. *J.A.M.A.*, 159: 1525-1527, 1955.
9. PARIENTY, R. A.; PRADEL, J.; LEPREUX, J. F.; NICODEME, C. & DOLOGA, M. – Computed tomography of sponges retained after laparotomy. *J. Comput. Assist. Tomogr.*, 5:187-189, 1981.
10. ROBINSON, K. B. & LEVIN, E. J. – Erosion of retained surgical sponges into the intestine. *Am. J. Roentgenol*, 96:339-343, 1966.
11. RYMER, C. A. & MCCARTHY, J. D. – A silent sponge speaks. *Am. J. Surg.*, 128:103-104, 1974.
12. WEILL, F. & EISENSCHER, A. – Diagnostic ultrasonore des compresses chirurgicales abdominales oubliées. *Ann. Radiol*, 20 (7): 631-633, 1977.
13. WILLIAMS, R. G.; BRAGG, D. G. & NELSON, J. A. – Gossypiboma – The problem of the retained surgical sponge. *Radiology*, 129: 323-326, 1978.