

TEXTILOMA SIMULANDO TUMOR DE CÓLON E MESENTÉRIO, ASSINTOMÁTICO DURANTE 40 ANOS

Textiloma simulating colon and mesentery tumour after 40 years without symptom

Leandro Gonçalves MAFALDA, Mario José Calefi CAITANO, Felipe Mérlo MAGIONI,
Danúbia Hoffmann MAYER, Cláudio Medina da FONSECA, Mitre KALIL

ABCDDV/669

Mafalda LG, Caitano MJC, Magioni FM, Mayer DH, Fonseca CM, Kalil M. Textiloma simulando tumor de cólon e mesentério, assintomático durante 40 anos. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(3):186-7

RESUMO - Racional - A presença de um corpo estranho dentro da cavidade peritoneal pode ocasionar dor, desconforto, mal-estar, febre, náuseas, obstrução intestinal, fistulização para o aparelho digestório e até a sua eliminação via retal. **Objetivo** - Relatar o caso de uma paciente com um textiloma no hipocôndrio direito, diagnosticado após 40 anos de submetida à colecistectomia e que agora apresentava massa palpável, quadro de sub-oclusão intestinal e diagnóstico inicial de neoplasia de mesentério ou transverso proximal. **Relato do caso** - Mulher, 74 anos, leucodérmica, com epigastria, dor abdominal em cólica, alteração do ritmo intestinal e episódios de sub-oclusão, cujo clister opaco e tomografia computadorizada abdominal evidenciaram massa sólida heterogênea, de contornos bem definidos e calcificada no hipocôndrio direito com envolvimento do ângulo hepático do cólon, alças de delgado e omento maior. Submetida à laparotomia exploradora com exérese da massa, o exame histopatológico confirmou tratar-se de um textiloma. **Conclusão** - A presença de um corpo estranho na cavidade peritoneal, pode simular neoplasias e quadros clínicos os mais variados, porém, a maioria dos diagnósticos são confirmados durante as laparotomias exploradoras.

DESCRITORES - Neoplasias do colo. Corpos estranhos.

INTRODUÇÃO

A presença inoportuna de um corpo estranho na cavidade peritoneal pode ocorrer durante operações com dificuldades técnicas e/ou intercorrências tais como: traumas com intensos sangramentos, traumas extensos multiviscerais, exéreses de volumosos tumores com grandes descolamentos, ressecções de volumosas visceromegalias, falta de controle e entrosamento por parte da equipe cirúrgica e múltiplas re-operações com dificuldades técnicas e sangramentos^{5,6}. A revisão criteriosa e sistemática de toda a cavidade peritoneal, seus espaços sub-frênicos e inter-viscerais antes da laparotomia é condição técnica obrigatória e tática preventiva para evitar-se deixar corpos estranhos no paciente e conseqüentemente, suas implicações médico-legais^{2,6}. O período do diagnóstico destes corpos estranhos pode variar de semanas, meses e até anos⁴. Nesta paciente o que chamou a atenção foi a permanência deste CE assintomático por 40 anos e somente após é que apresentou manifestação clínica, objetivo deste relato.

RELATO DO CASO

Mulher, 74 anos, leucodérmica, aposentada, casada, natural de Minas Gerais, foi internada apresentando dor abdominal tipo cólica no hipocôndrio direito e em todo andar supra-mesocólico, mal-estar e alteração do ritmo intestinal com predomínio de constipação. Refere ter sido submetida à colecistectomia há 40 anos, em outro serviço. No exame físico evidenciou-se massa palpável em flanco e hipocôndrio direito. Os exames laboratoriais pré-operatórios foram normais e a endoscopia digestiva alta mostrou pangastrite, úlcera duodenal em atividade, H. Pylori positivo e monilíase esofágica. O clister opaco evidenciou massa volumosa, calcificada, com área de hipotransparência, arredondada, rechaçando o ângulo hepático do cólon. A tomografia computadorizada do abdome (Figura 1) confirmou esta massa sólida heterogênea de 8 cm de diâmetro, de contornos regulares e bem definidos, com calcificações parietais (Figura 2), no hipocôndrio direito e englobando o cólon e alças de delgado. Após preparo mecânico do cólon com manitol à 20%, antibiótico profilaxia com 2 g de cefazolina na indução anestésica, foi realizada laparotomia exploradora e exérese de uma massa sólido-cística localizada no hipocôndrio direito, de conteúdo esverdeado e friável, contendo fios de algodão. A paciente evoluiu bem tendo alta hospitalar no 4º dia. O resultado do exame histopatológico foi: macroscopia - massa capsulada endurecida, amarelo-esverdeada, consistência untuosa e firme-elástico com diâmetro 8X7,5X6,5 cm pesando 195 g; microscopia - parede conjuntiva, foco de

Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica do Serviço de Cirurgia Geral Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

Endereço para correspondência: Mitre Kalil – Av. Nossa Senhora da Penha, 2190 – CEP 29045-402 – Vitória – ES – Cx. Postal 5135

calcificação, infiltrado linfocitário, neoformação vascular, necrose e fios de algodão; “gazoma”.

DISCUSSÃO

O primeiro relato à respeito de corpo estranho pós-operatório foi feito por Wilson em 1884. Os dados de literatura mostram que para cada 1000 à 1500 laparotomias, aumentam as chances de se deixar um corpo estranho, sendo que 40% deles são diagnosticados no primeiro ano e 50 % até o quinto^{4,6,8,13}. Nesse caso em particular não encontrou-se na literatura relato de um corpo estranho intra-abdominal assintomático e não diagnosticado por 40 anos. Vários são os corpos estranhos descritos tais como: óculos da equipe, instrumentos cirúrgicos, gazes, compressas, lâminas maleáveis, fios inteiros soltos e agulhas. Acredita-se que a gaze aqui encontrada, envolta e bloqueada por um tecido inflamatório (fibrose) crônico e bastante espesso, a isolou não deixando-a abscedar e mantendo-a assintomática durante todo este tempo.

Por algum motivo, houve crescimento progressivo deste “plastrão fibrótico”, gerando depois de quatro décadas sin-

tomas e massa palpável. Na laparotomia exploradora após a ressecção completa da massa, pensou-se em neoplasia de partes moles, já que tanto o cólon, o delgado e o omento maior, estavam macroscopicamente normais. Os corpos estranhos podem ser encontrados em qualquer cavidade e até no tecido celular subcutâneo, nos procedimentos cirúrgicos menores^{3,11,9,12}.

Os professores universitários que ensinam cirurgia na graduação e na residência médica têm a grande responsabilidade de cada vez mais lembrar, fiscalizar e cobrar dos alunos e residentes os princípios básicos e a metodização correta da técnica cirúrgica e seus cuidados preventivos, visando-se evitar situações que ponham em risco a vida do paciente e a competência da equipe cirúrgica^{2,4,6}.

CONCLUSÃO

Este caso mostra que não há tempo pré-definido para um corpo estranho apresentar sintomas ou complicações e que cada organismo tem mecanismos de resposta inflamatória diferentes no que tange a formação, tipo, quantidade de aderências e bloqueio inflamatório do tipo corpo estranho.

Mafalda LG, Caitano MJC, Magioni FM, Mayer DH, Fonseca CM, Kalil M. Textiloma simulating colon and mesentery tumour after 40 years without symptom .ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(3):186-7

ABSTRACT - Background - The presence of the strange body inside of peritoneal cavity can cause pain, discomfort, indisposition, fever, nausea, intestinal obstruction, fistula to digestive system or elimination through rectum. **Aim** - To report a case of patient with the textiloma in the right side of peritoneal cavity, with diagnosis done after 40 years of a colectectomy. **Case report** - Female, 74 years old, abdominal pain , intestinal rhythm alteration and partial occlusion episode, colonic X-ray and abdominal tomography with bad defined solid mass, with calcification in right side of peritoneal cavity. She was submitted to laparotomy and a mass was taken off with pathologic confirmation of textiloma. **Conclusion** - The presence of a strange body in peritoneal cavity, can simulated tumours and the majority of the cases is confirmed during laparotomy. The singularity of this case is the fact of 40 years asymptomatic.

HEADINGS - Colonic Neoplasms. Foreign bodies.

REFERÊNCIAS

1. Cruz-Fierro CM. Abdominal textiloma. Gac Med Mex. 1999 Nov-Dec;135(6):657-8.
2. Filho GJL. Corpos estranhos intra-abdominais. Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2005, Nov. Edição 219 .
3. Hadrami J, Rojas M, de Fenoyl O, Kharsa G, Marzelle J, Chotard Y. Pulmonary textiloma revealed by hemoptysis 12 years after thoracotomy. Rev Med Interne. 1998 Nov;19(11):826-9.
4. Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G, Saad H, Husseini H, Abou Sleiman C, Haddad M. Imaging features of retained surgical foreign bodies. J Radiol. 2001 Aug;82(8):913-6.
5. Jawaid M. Gossypiboma - the forgotten swab. Pak . J. Med. Sei. 2003 April - June;19(2): 141-3.
6. Kalil M, Man Nato CH. Técnica Cirúrgica. 1a ed.162 pág. Ilust. Vitória-ES - 1980.
7. Laranjeira LLS, Silva RA, Laranjeira AS. Relato de Caso: Corpo estranho retido intra-abdominal com interessante seqüela. (GED) Gastroenterol. Endosc. Dig. 2004 Jul/Ago ;23(4) :189-192.
8. Le Néel JC, De Cussac JB, Dupas B, Letessier E, Borde L, Eloufir M, Armstrong O. Textiloma. Apropos of 25 cases and review of the literature. Chirurgie. 1994-1995;120(5):272-6.
9. Mboti B, Gebhart M, Larsimont D, Abdelkafi K. Textiloma of the thigh presenting as a sarcoma. Acta Orthop Belg. 2001 Dec;67(5):513-8.
10. Mesurole B, Mignon F, Ariche M. About quid “abdominal textiloma. Associated intestinal fistula”. J Radiol. 2001 Feb;82(2):184-5.
11. Nassar I, Mahi M, Semlali S, El Quessar A, Chakir N, El Hassani MR, Jiddane M. Intracranial textiloma. J Neuroradiol. 2004 Mar;31(2):148-9.
12. Ribalta T, McCutcheon IE, Neto AG, Gupta D, Kumar AJ, Biddle DA, Langford LA, Bruner JM, Leeds NE, Fuller GN. Textiloma (gossypiboma) mimicking recurrent intracranial tumor. Arch Pathol Lab Med. 2004 Jul;128(7):749-58.
13. Zerati-Filho M, Furtado PS, Andrade LAP. Textiloma nine years after nephrectomy. Braz . J. Urol. 2002 ; 28: 537-8 .

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 13/01/2009

Aceito para publicação: 19/02/2009