CORPOS ESTRANHOS PROVENIENTES DE ACESSOS CIRÚRGICOS À CAVIDADE ABDOMINAL. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES MÉDICO LEGAIS

FOREIGN BODIES FOLLOWING INTRA-ABDOMINAL SURGERIES. PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS AND MEDICOLEGAL IMPLICATIONS

Alberto Schanaider, TCBC-RJ¹; José Eduardo Ferreira Manso, TCBC-RJ¹

INTRODUÇÃO

A descrição de corpos estranhos retidos na cavidade abdominal após um procedimento cirúrgico é escassa na literatura médica. A subnotificação dos casos está diretamente correlacionada a natureza deste infortúnio, porquanto sua constatação expõe a equipe cirúrgica e também pode trazer dissabores sob a égide de uma demanda jurídica, qualificável como erro médico.

Em média, a cada 500 a 1500 operações intra-abdominais ocorre um caso, ou seja, uma incidência em torno de 0,15% a 0,2%^{1,2}. Esta é uma eventualidade que sequer deixa de fora cirurgiões experientes e causa grande apreensão para todos os envolvidos, equipe cirúrgica, paciente e familiares, enquanto perdurar a suspeição de tal adversidade.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Preliminarmente, algumas considerações de aspectos fisiopatológicos dos corpos estranhos na cavidade abdominal são necessárias para facilitar a compreensão deste problema pós-operatório.

A história natural dos corpos estranhos intracavitários revela três possibilidades evolutivas: tornar-se encapsulado pelo processo inflamatório e fibrótico reacional, ser eliminado pela incisão cirúrgica, por necessidade; ou migrar para o lúmen intestinal.

Não incluímos neste estudo os corpos estranhos introduzidos ou retidos no lúmen do sistema digestório, pois fogem ao escopo do tema, haja vista não configurar uma iatrogenia (do grego *iatros* = médico e *genia* = gerado pelo) e não ser oriundo de acesso cirúrgico à cavidade abdominal.

Análises multivariadas^{1,3,4} revelam que alguns fatores aumentam significativamente o risco de corpo estranho retido tais como as cirurgias de emergência, mudanças inesperadas e não planejadas da conduta cirúrgica e os pacientes obesos. Outras condições facilitadoras são: hemorragias intensas, aderências, lesões viscerais e/ou vasculares traumáticas e múltiplas; plano anestésico lábil (com a movimentação indesejável do paciente); auxiliares inexperientes (auxílio ina-

dequado do campo operatório), controle deficiente da distribuição de material por parte da instrumentadora e da circulante de sala durante o ato cirúrgico. Os objetos mais comumente “abandonados ou esquecidos” na cavidade abdominal são: as gazes (7,5 X 7,5 cm) que ao ficarem embebidas em sangue se tornam virtualmente invisíveis; os chumaços de algodão, as compressas; alguns instrumentos cirúrgicos (pinça, tesoura, afastador), os tubos ou os drenos de borracha, as agulhas, e pequenos cálculos provenientes de manipulação das vias biliares. A maior parte destes materiais provavelmente nem será descoberta, porquanto o organismo, dentro dos seus mecanismos de defesa, é capaz de encapsular corpos estranhos, tornando-os inertes e incorporados ao organismo do seu portador, em muitas ocasiões. Nestas circunstâncias, em geral, o corpo estranho é descoberto anos após, incidentalmente, ao ser indicado um método de imagem para outros fins, ou durante uma operação de urgência.

A reação inflamatória das superfícies peritoniais causada pelo corpo estranho inicia-se com a migração de polimorfonucleares e ação de macrófagos. Estes contribuem para formação de grupamentos gigantes de células com núcleos pequenos e múltiplos e grandes quantidades de citoplasma⁵. Com o passar dos dias há, progressivamente, formação de redes de fibrina com deposição de fibroblastos e em fase posterior de colágeno, delineando verdadeiras cápsulas ou carapaças, com múltiplas aderências às estruturas circunvizinhas, a exemplo do mesentério, do epíplon, do peritônio parietal e do visceral intestinal. Por vezes, observa-se a formação de abscesso de permeio ao material e que pode estar parcialmente liquefeito. Tratando-se de um corpo maleável, este facilmente irá se amoldar às diferentes formas das superfícies viscerais que o cercam em íntimo contato com a serosa visceral, e ocasionalmente poderá causar isquemia compressiva da parede, com necrose subsequente e possibilidade de migração do corpo estranho para o lúmen intestinal.

O corpo estranho na cavidade abdominal, a exemplo de compressas e gazes, e até mesmo pequenos cálculos biliares poderão servir de nicho para a proliferação de microorganismos e agir como um foco primário para formação de abscessos e de peritonite, principalmente no pós-operató-

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Recebido em 14-03-06

Aceito para publicação em 14-06-06

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da FM/UFRJ e Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

rio de operações contaminadas ou infectadas. Fios monofilamentares, instrumental de pequeno porte ou agulhas de aço, obviamente tem um menor potencial para retenção de bactérias e deste modo, costumam formar granulomas inertes, com quadros assintomáticos ou oligossintomáticos.

No local em que o corpo estranho comprime estruturas contíguas pode ocorrer necrose parietal da víscera, com formação de fístulas internas ou externas, abscessos e peritonite, dependendo da existência ou não de aderências^{6,7}. O comprometimento lento e progressivo da integridade da parede intestinal, em decorrência de fenômenos isquêmicos, pode resultar na migração parcial ou total do corpo estranho para o interior do lúmen intestinal. Esta migração pode ocorrer em semanas ou mesmo em décadas. Os movimentos peristálticos, a ação da gravidade e a pressão do trânsito intestinal vão, progressivamente, puxando o corpo estranho para o interior da alça intestinal. Um aumento da pressão abdominal, a exemplo da gravidez, ou uma intervenção sobre a cavidade abdominal podem facilitar esta migração. Eventualidades raras tais como rupturas da parede de artérias ou de veias decorrente da necrose isquêmica parietal, quando presentes, causam um abdome agudo hemorrágico, com alta taxa de mortalidade.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico é muito variável, não raro assintomático⁸. Queixas vagas de dor tipo cólica, ou ainda sinais e sintomas inespecíficos, tais como náuseas, vômitos no período pós-prandial e febre de etiologia obscura também podem ser encontrados. A presença no abdômen de uma massa palpável com contornos mal definidos, associada à história prévia de cirurgia deve despertar a suspeição de corpo estranho⁹. Na dependência da localização do mesmo, apuram-se queixas de refluxo esofagogástrico, ou de polaciúria.

Quando há formação de abscessos ou fístulas, especialmente quando não bloqueadas, existe a possibilidade do paciente evoluir com quadro de abdome agudo associado ou não ao choque séptico. A sepse pode sobrevir em fase precoce no pós-operatório, ou em fase tardia geralmente relacionada a alguma manipulação intempestiva diagnóstica ou terapêutica. Tem como fatores predisponentes a redução da resposta imunológica por doenças consumptivas (câncer, diabetes, desnutrição, entre outras), ou outros que afetem diretamente as defesas orgânicas.

Na isquemia compressiva da parede intestinal, poucos sintomas podem ocorrer (febre intermitente, dores abdominais inespecíficas). Via de regra não há peritonite difusa, pois aderências já formadas isolam esta área do restante da cavidade abdominal. O contexto clínico síndrômico da migração de compressas para o lúmen intestinal compreende febre de etiologia obscura, dor abdominal tipo cólica, aliadas a quadros de alteração do trânsito intestinal, geralmente, suboclusivos ou obstrutivos⁹. A incidência de suboclusão do intestino grosso é menor do que no delgado, em face do maior diâmetro daquela porção do sistema digestório. Gases ou compressas pequenas podem migrar pelo tubo digestivo, impactar na válvula ileocecal e ocasionar parada de elimina-

ção de fezes e/ou gases, vômitos, dor e distensão abdominal. Se o material for eliminado com as fezes, sem complicações adicionais, durante a evacuação ocorrerá dor tipo cólica, por vezes espasmódica e de forte intensidade, seguida de um alívio dos sintomas suboclusivos ou obstrutivos. Há ainda, relatos de migração do corpo estranho para bexiga, vagina, duodeno, entre outros locais^{1,10}.

Enfatiza-se que, a eliminação espontânea, por necessidade, se dá com maior frequência pelo local mais frágil da parede abdominal, ou seja, a incisão cirúrgica, e não mediante migração para o lúmen das vísceras ocas. O quadro clínico costuma ser frustrante, com febre, dor abdominal inespecífica e à inspeção, presença de abscesso ou tumor com sinais flogísticos na pele e que, ao ser incisada, revela o corpo estranho.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico por métodos de imagem pode auxiliar na detecção do corpo estranho, ou no esclarecimento de massas pós-operatórias. A Rotina para Abdômen Agudo ou o Estudo Radiológico Simples do Abdômen podem identificar o material metálico com facilidade e eventualmente a compressa, pela presença de fio radiopaco. A Ultra-sonografia pode caracterizar massa de acordo com sua ecogenicidade e presença de sombra acústica posterior. Todavia, os resultados podem ser imprecisos e pouco elucidativos, principalmente no pós-operatório imediato, haja vista a presença de curativo, drenos, íleo adinâmico com distensão e alteração de parâmetros anatômicos pela manipulação cirúrgica da cavidade abdominal. A Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética oferecem mais acurácia diagnóstica. Uma massa de contornos bem definidos com densidade de tecidos moles, alta densidade, ou mesmo mista, podendo conter no seu interior bolhas de ar (em especial quando associado à infecção) e uma história prévia de cirurgia são indícios altamente sugestivos de corpo estranho¹¹⁻¹³.

A constatação de um quadro evolutivo de suboclusão ou obstrução mecânica, do sistema digestório poderá demandar a utilização de métodos contrastados, ou da colonoscopia. Este último exame pode auxiliar na identificação de um trajeto fistuloso projetado para dentro da mucosa intestinal e contribuir para o diagnóstico diferencial. Nem sempre é fácil distinguir o corpo estranho das neoplasias, e nestas circunstâncias, por vezes, a investigação diagnóstica se prolonga e a indicação cirúrgica se faz necessária para a elucidação do agente etiológico.

TRATAMENTO

Não há um consenso quanto a melhor conduta no tratamento de corpos estranhos retidos no abdômen e que pode ser efetuada tanto pela cirurgia convencional, como pela via laparoscópica^{14,15}.

A princípio, todo corpo estranho deve ser retirado quando se associar a sinais e sintomas relevantes, alteração de função de órgão, ou se houver comprometimento da qualidade de vida do paciente. Também não há divergências fun-

damentais quanto à conduta no diagnóstico precoce. Se o corpo estranho for detectado nos primeiros dias após a operação, estará indicada a sua retirada. Nesta fase o procedimento terapêutico é relativamente simples e sem maiores consequências, porquanto ainda não houve tempo para se formar um processo inflamatório intenso com aderências visceroparietais firmes. Óbvio que, na presença de um abdômen agudo causado pelo corpo estranho, a intervenção cirúrgica é mandatória. Nestes casos, o que varia é a tática a ser utilizada. Levam-se em consideração os aspectos relacionados ao tempo decorrido após a cirurgia que deu origem ao corpo estranho, a localização do material sintético, ao inventário da cavidade, ao estado geral do paciente e ao risco cirúrgico.

A reoperação para retirada do material inorgânico retido a longo tempo impõe dificuldades técnicas e que se iniciam já no acesso à cavidade abdominal. A complexidade do ato cirúrgico pode ser expressa na dissecação e retirada do corpo estranho, em bloco, junto ao peritônio parietal, segmentos do sistema digestório e do epíplon, além de exigir cuidados adicionais com a hemostasia, reperitonização de superfícies e anastomoses. A freqüente desperitonização visceral pode dar origem à perfuração intestinal, ou a formação de fístulas externas ou interviscerais e até mesmo a sepse. Lesões de vasos podem ocorrer e resultar em sangramentos parietais difusos, hematomas, formação de aneurismas, isquemia e necrose de segmentos intestinais e do grande omento, apenas para ilustrar algumas complicações. A conduta em pacientes assintomáticos, para um achado acidental de um corpo estranho aderido a estruturas nobres, por vezes poderá ser conservadora, apenas com acompanhamento periódico e em longo prazo.

IMPLICAÇÕES MÉDICO-LEGAIS

A remoção de um corpo estranho visível e que se insinua por uma incisão cirúrgica, em ambiente ambulatorial ou extra-hospitalar é contra-indicada, por mais simples que pareça esta tarefa, sob o risco de gerar uma complicação com grande morbi-mortalidade. Ao ser defrontado com esta situação, o médico acompanhante deve preparar o paciente para que a retirada do material se dê no Centro Cirúrgico, utilizando-se dos métodos de imagem como subsídio para a tática operatória e na presença de equipe completa (anestesiista, auxiliar e instrumentadora).

Na década de 60, um caso de remoção de corpo estranho intra-abdominal teve grande repercussão médico-legal, inclusive pela jurisprudência firmada, visto que um juiz, em sua sentença, inocentou o cirurgião e condenou o clínico que atendeu o paciente. Em suas conclusões, o ilustre meritíssimo entendeu que este profissional, ao optar pela retirada no ambiente do consultório, de uma compressa que se insinuava pela cicatriz cirúrgica, o fez sem a devida cautela, causando a morte do paciente por sepse¹⁶.

Corpos estranhos podem passar despercebidos, até mesmo em uma segunda intervenção na cavidade abdominal, quando não há sinais ou sintomas sugestivos desta condição. Nestes casos, a presença de aderências também restringe a eficácia do inventário, mormente se um material inorgânico

estiver alojado em topografia de difícil acesso. O cirurgião, em geral, não irá desfazer aderências que não estejam trazendo repercussões clínicas e limitará o seu procedimento a região ou víscera cuja condição mórbida gerou a cirurgia. Entretanto esta circunstância não esta isenta de problemas médico-legais. Considerando o caso supra, se o corpo estranho for identificado em um futuro exame ou for eliminado espontaneamente, com efeito a lide se dará contra o cirurgião que operou a paciente pela última vez. Isto gera uma situação perversa na qual este médico terá de comprovar não só que o material foi deixado na cavidade abdominal em cirurgia prévia, como terá de convencer ao juízo da impossibilidade de se fazer um inventário de uma região com intenso bloqueio visceral, cuja manipulação poderia resultar em risco de vida para o paciente. Convenhamos, trata-se de uma tarefa hercúlea fazer com que um neófito no assunto entenda estas nuances e particularidades técnicas, de modo a persuadi-lo quanto a inocência do profissional e a correção do ato operatório.

Por mais que pareça ao leigo implausível, também existem situações onde, intencionalmente, o cirurgião deixa um ou mais corpos estranhos na cavidade abdominal, sem que isto caracterize negligência, ou incúria. As colocações de telas para o tratamento de hérnias da parede abdominal e próteses são dois destes exemplos. Evidentemente isto pode trazer complicações tais como hematomas, aderências, infecção, fístulas, rejeição com eliminação espontânea, deslocamento e até obstrução intestinal, mas a finalidade para o seu uso é terapêutica e consagrada pela literatura médica.

Há outras situações de colocação intencional de corpo estranho no abdômen. Nas cirurgias laparoscópicas cliques metálicos são comumente utilizados e nas cirurgias bariátricas anéis sintéticos fazem parte da técnica programada. Há o uso de próteses para o tratamento de aneurismas. Preconizam-se fixações ósseas com uso de placas, hastes e parafusos.

Ao abordar grandes hemorragias intracavitárias, o cirurgião pode optar por manter uma ou mais compressas tamponando a superfície que está sangrando de modo incoercível, e programar uma reintervenção, *a posteriori* (24-48 horas), para a retirada destas compressas, uma vez estabilizados a condição hemodinâmica e o equilíbrio homeostático do paciente. Isto ocorre, por exemplo, em extensas lesões hepáticas, ou quando há superfícies serosas desperitonizadas, com sangramento em lençol oriundo de múltiplos pontos hemorrágicos. Pacientes politraumatizados com múltiplas lesões vasculares e intestinais, lesões toraco-abdominais graves, instáveis e com risco de vida iminente, também podem ser submetidos a medidas extremas e de exceção, tais como a colocação de pinças hemostáticas e clamps intestinais visando um controle inicial do dano (conceito do *damage control*). Nesse contexto, o doente em estado crítico precisa ter sua cirurgia interrompida, após o controle inicial das lesões que ameaçam a vida. Em seguida, dá-se um suporte clínico intensivo de modo que, em um momento oportuno, seja possível viabilizar o ato cirúrgico definitivo, com redução da mortalidade peroperatória. Este cenário, obviamente desconhecido do leigo, segue orientação e conduta corretas e não pode ser caracterizado como erro médico.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA MINIMIZAR O ERRO MÉDICO

Existem meios de se reduzir ou minimizar a ocorrência da retenção de corpo estranho dentro da cavidade abdominal. Alguns cirurgiões banham as compressas brancas em azul de metileno para contrastar com o sangue e serem visualizadas ao término da cirurgia, ou são usadas compressas coloridas, que não amarelas ou vermelhas. Outros prendem pinças de reparo em fitas existentes nas compressas, posicionando-as externamente a cavidade abdominal, procedimento este capaz de facilitar a retirada segura das compressas, ao término da cirurgia. O instrumentador deve exercer o controle total do material utilizado e manipulado durante a cirurgia e está autorizado a alertar a equipe caso detecte a falta dos mesmos, salvo quando decorrente de ação intencional (fios para suturas, próteses, etc). Se uma gaze solta foi entregue ao cirurgião, o que não é recomendável, ou mesmo presa a uma pinça, ambas devem retornar, após o seu uso, de imediato, as mãos do instrumentador. O cirurgião e seus auxiliares, ao serem avisados da existência de uma gaze no campo operatório, devem efetuar uma busca minuciosa na cavidade abdominal, se o momento cirúrgico assim o permitir. Na maioria das vezes a gaze não estará no campo operatório intracavitário mas tão somente caída no chão despercebidamente, ou presa aos sapatos e ou botas cirúrgicas, ou até mesmo embaixo dos campos. Por vezes a instrumentadora ou a auxiliar de sala ao contar as gazes embebidas em sangue ou secreções não percebe que a gaze que esta faltando, encontrava-se colada à outra. Não é incomum, na contagem das compressas ao final do ato cirúrgico, haver confusão gerada pelo esquecimento daquelas que fazem parte da proteção do campo operatório. Em situações de conflito nas quais parem dúvidas quanto a presença de corpo estranho, não obstante um inventário negativo da cavidade abdominal (em todos os quadrantes), pode-se lançar mão do recurso da radiografia intra-operatória do abdômen, haja vista tanto a compressa quanto a gaze cirúrgica apresentarem uma marcação radiopaca visível ao Raio-X. Lamentavelmente, alguns hospitais não seguem uma rotina, ou não apresentam pessoal qualificado e orientado para o exercício de tarefas básicas de controle do campo operatório. A contagem de compressas e o controle do material solicitado não são infalíveis, mas se efetuados de forma meticulosa e zelosa pelo instrumentador, pela equipe de enfermagem de apoio na sala de operações, contando com a cooperação da equipe cirúrgica poderão reduzir a frequência de corpos estranhos retidos na cavidade abdominal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de um corpo estranho na cavidade abdominal fornece um material riquíssimo a ser explorado pela imprensa. Comumente transforma-se em notícia de destaque e ocupa as primeiras páginas dos jornais e revistas, matéria esta explorada a exaustão. A imagem de uma pinça em um estudo radiológico causa grande impacto e tende a causar uma comoção da opinião pública.

Claro está que, se o erro médico existe deverá ser apurado e encarado em todas as suas dimensões e desdobramentos; éticos, médico-legais nas esferas cível e criminal^{17,18}. Para que se possa responsabilizar o médico pela presença de corpo estranho, há de se vincular o ato profissional a um nexo de causalidade, a existência efetiva de dano (seqüela física/funcional ou moral) e a previsibilidade do resultado. Em geral, caracteriza-se tal evento como erro médico por negligência. Porém, inaceitável se afigura o pré-julgamento, ao arpejo da lei, com execração pública do médico, comprometendo de modo irreversível a sua imagem profissional e com conseqüências morais capazes de abalar a continuidade do exercício de seu mister.

Difícilmente a tese da retenção de corpo estranho decorrente de caso fortuito e inevitável, ou mesmo em razão de terapêutica intencional será aceita pelo juízo, caso não esteja bem fundamentada e com provas inquestionáveis de sua necessidade. Este cenário subsidia a importância da descrição detalhada do ato operatório, haja vista figurar como peça chave e imprescindível quando da análise e esclarecimento de demandas jurídicas sobre o assunto.

A culpabilidade do cirurgião requer uma discussão mais profunda. Este, ao proceder uma abordagem abdominal, direciona sua atenção exclusivamente ao campo operatório. Caracterizar como negligência determinadas situações críticas, ou mesmo aquelas desencadeadas por fatores externos ou imprevistos, alheios à vontade médica, mas capazes de perturbar o cirurgião durante o ato operatório é restringir o enfoque do problema à contextualização de erro médico inquestionável, abstraindo-se do conhecimento técnico e da racionalidade da questão. Diversas variáveis tais como situações emergenciais, anestesia insatisfatória, ruídos excessivos na sala, material inadequado, iluminação deficiente, cansaço do cirurgião ou da equipe em plantões com trabalho ininterrupto podem interferir, sobremaneira, na condução do ato cirúrgico. Em operações com alto grau de dificuldade técnica, por maior que seja a cautela despendida, uma compressa pode ficar camuflada nos tecidos circunvizinhos ou escondida em recessos e fundos de saco. Tal conjuntura pode contribuir para falibilidade do cirurgião, não intencional, ou seja, involuntária e sem que isto represente um erro médico do tipo negligência, imperícia ou imprudência. Ninguém deixa uma agulha ou pinça no abdômen do paciente intencionalmente e ainda hoje, não há nenhuma medida infalível capaz de oferecer garantia absoluta contra este infortúnio, de tal modo que para alguns cirurgiões este fato pode ser equiparado a um risco inerente ao ato cirúrgico.

Indícios ou evidências de que uma cirurgia foi tumultuada ou fugiu da rotina por razões que extrapolam a boa prática profissional, com responsabilidade única atribuível ao cirurgião merecem condenação. Entretanto, situações fortuitas, desencadeadas por fatores imprevisíveis ou inevitáveis (equipe desfalcada, situação de risco de vida, calamidade pública, zona de guerra) na qual o médico envidou todos os esforços a seu alcance para obter êxito, mas resultou na retenção de corpo estranho não podem, *d'emblée*, serem caracterizadas como erro médico.

Por outro lado, a cirurgia representa um ato profissional no qual participaram vários integrantes (equipe cirúrgica,

anestesiata e equipe de enfermagem de sala). Questiona-se até que ponto em um ato operatório poderia ser o cirurgião responsável pelas falhas dos demais membros da equipe haja vista cada componente ter uma nítida divisão de tarefas. Este fato adquire contornos ainda mais polêmicos quando se considera o regime de plantão, no qual a composição da escala da equipe independe da escolha do cirurgião.

Outra conjuntura digna de nota diz respeito à falta de uma relação médico-paciente consistente e que contribui para a geração de conflitos. Ao alijar o paciente do diálogo com a equipe cirúrgica, há uma evidente desumanização do atendimento. Em uma instituição pública, com certa frequência, o médico que atende pela primeira vez o paciente não é o mesmo que irá operá-lo ou acompanhá-lo no pós-operatório. Este distanciamento torna ainda mais difícil o equacionamento de problemas que surgem no pós-operatório, em especial se relacionado a um litígio.

Ainda no que se refere aos aspectos médico-legais, também é notório que o espírito da corporação pode agravar a situação e atrair mais antipatia e animosidade para a categoria médica, quando não respaldado por condutas ilibadas e idôneas, em prol do esclarecimento da questão. Enfatizou-se que, por vezes, a presença de corpo estranho intra-abdominal é ocorrência imprevisível e neste contexto, considerando a natureza incidental do evento não há como imputar ao cirurgião que operou o paciente, o desleixo, a desatenção, ou a omissão de cautelas durante o ato operatório. Nem sempre o esquecimento resulta de falta de cuidados, mas advém da imperfeição

e falibilidade humanas no ato operatório, não obstante a adoção de todas as medidas de precaução existentes. Erros grosseiros por não observância do dever, pela ação displicente ou desatenta jamais serão escusáveis. No entanto, de acordo com o que já foi exposto, há o erro inevitável, proveniente de circunstâncias que não podem ser previstas ou antecipadas. A responsabilidade por resultados indesejáveis decorrentes de deficiência de infra-estrutura ou de recursos humanos indispensáveis à boa condução do ato cirúrgico e que fogem a capacidade resolutive do médico, mormente em situações emergenciais, também não podem ser imputadas, injustamente, ao cirurgião.

É digno de nota texto constante de livro publicado pelos Professores. Forgue e Aimes na França, há mais de 60 anos¹⁹, mas ainda muito atual: “O abandono, em corpo vivo, de um material de operação não é, em Justiça, uma presunção de culpabilidade, nem uma falta sistematicamente imputável, segundo a tendência hostil do espírito público. É um engano contra o qual nenhuma medida de garantia é absoluta e que o drama de certas operações explica e pode exculpar e de que nenhum técnico, por mais longa que seja a sua experiência, se pode declarar ao abrigo”.

O uso eufêmico dos termos “abandono” ou “esquecimento” para qualificar o corpo estranho intracavitário retido serve apenas aos propósitos da parte interessada em criar uma imagem de efeito para acusar o médico e resvala, na grande maioria dos casos, em juízo de valor equivocado e desprovido de fundamentação técnica.

ABSTRACT

There is no large series about retained foreign bodies in abdominal cavity. In fact data are underestimated because of the lack of reports considering its serious medicolegal implications. An inflammatory fibrotic process inside the peritoneal cavity, a virtual discharge of inorganic material through the surgical incision and also a slow process of transmural migration into the intestinal lumen are the most frequent pathophysiologic situations. It is not uncommon the incidental diagnosis of foreign body and radiographic studies may be particularly helpful to elucidate the etiology. An early recognition minimizes the surgical risks and contributes to avoid severe complications. The best approach is to adopt preventive measures. Careful peroperative materials vigilance and instrumentation and also a meticulous check at the end of operations are essential to avoid such legal responsibility (Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(4): 0-0).

Key words: Foreign bodies; Abdomen/surgery, Surgery/legislation & jurisprudence; Liability; Legal.

REFERÊNCIAS

- Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med.* 2003; 348(3):229-35.
- Rappaport W, Haunes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery: a continuing problem. *Arch Surg.* 1990; 125(3):405-7.
- Couper RTL, Pisal N, Sindos M, Henson G. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *N Engl J Med.* 2003; 348(17): 1724- 5.
- Gonzalez-Ojeda A, Rodrigues-Alcantara DA, Arenas-Marquez H, Sanchez Perez-Verdia E, Chavez-Perez R, Alvarez-Quintero R, Perea-Sanchez A. Retained foreign bodies following intra-abdominal surgery. *Hepatogastroenterology.* 1999; 46(26):808-12.
- Carvalho JB, Vinhaes JC. Corpo estranho retido na cavidade abdominal durante onze anos. *Rev Col Bras Cir.* 2004; 31(1):68-70.
- Dhillon JS, Park A. Transmural migration of a retained laparotomy sponge. *Am Surg.* 2002; 68(7):603-5.
- Majeski J. Migration of wire mesh into the intestinal lumen causing an intestinal obstruction 30 years after repair of a ventral hernia. *J.South Med J.* 1998; 91(5):496-8.
- Prasad S, Krishnan A, Limdi J, Patankar T. Imaging features of gossypiboma: report of two cases. *J Postgrad Med.* 1999; 45(1):18-9.
- Tacyildiz I, Aldemir M. The mistakes of surgeons: “gossypiboma”. *Acta Chir Belg.* 2004; 104(1):71-5.
- Heetveld MJ, Poolman RW, Heldeweg EA, Ultee JM. Spontaneous expulsion of a screw during urination: an unusual complication 9 years after internal fixation of pubic symphysis diastasis. *Urology.* 2003 Mar; 61(3):645.

11. Custovic RK, Krolo I, Marotti M, Babit N, Karapanda N. Retained surgical textilomas occur more often during war. *Croat Med J.* 2004 Aug; 45(4):224-6.
12. Wan YL, Huang TJ, Huang DL, Lee TY, Tsai CC. Sonography and computed tomography of a gossypiboma and in vitro studies of sponges by ultrasound- Case report. *Clin Imaging.* 1992;16(4):256-8.
13. Kuwashima S, Yamato M, Fujioka M, Ishibashi M, Kogure H, Tajima Y. MR Findings of surgically retained sponges and towels: report of two cases. *Radiat Med.* 1993;11(3):98-101.
14. Olivier F, Devriendt D. Laparoscopic removal of a chronically retained gauze. *Acta Chir Belg.* 2003;103(1):108-9.
15. Reddy PK, Ramamoorthy R, Venkatsubramanian R, Muralidharan M. Laparoscopic removal of an artery forceps. *JLSLS.* 2003 Jul-Sep; 7(3):261-3.
16. Menezes A - "Considerações médico-legais sobre um caso de esquecimento de compressa no abdome". In Panasco WL (ed) – A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Forense, 1984, p.371-419.
17. Rajagopal A, Martin J. "Gossypiboma" – a surgeon's legacy": report of a case and review of the literature *Dis Colon Rectum.* 2002; 45(1):119-20.
18. Schoenbaum SC, Bovbjerg RR. Malpractice Reform Must Include Steps To Prevent Medical Injury. *Ann Intern Med.* 2004 Jan 6;140(1): 51-3.
19. Salles N - "Parecer médico-legal sobre abandono de corpo estranho na cavidade abdominal". In Panasco WL (ed) – A responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Forense, 1984, p.420-30.

Como citar este artigo:

Schanaider A, Manso JEF. Corpos estranhos provenientes de acesso cirúrgico à cavidade abdominal. Aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2006 Jul-Ago;33(4). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Alberto Schanaider
Rua Eurico Cruz 33/603
Jardim Botânico.
22461-200 - Rio de Janeiro - RJ
E-mail: alberto-sch@ig.com.br