

OCCLUSÃO INTESTINAL POR COMPRESSAS CIRÚRGICAS INTRALUMINAIS - EXPERIÊNCIA DE CINCO CASOS

INTESTINAL OCCLUSION DUE TO INTRALUMINAL SURGICAL SPONGES – EXPERIENCE OF FIVE CASES

Christiano Marlo Paggi Claus¹; Cesar Giovanni Conte¹;
Júlio Cezar Uili Coelho, TCBC-PR²; Renato Valmassoni Pinho, TCBC-PR¹

INTRODUÇÃO

O esquecimento de corpo estranho durante uma operação abdominal é uma complicação grave. Compressas cirúrgicas retidas, também chamadas de textilomas, representam mais da metade de todos os corpos estranhos deixados inadvertidamente. A apresentação clínica é variável, desde um achado incidental até uma reação inflamatória intensa com perfuração e obstrução do trato gastrointestinal. Infecção secundária, hemorragia gastrointestinal, aderências, fístulas são também complicações descritas. O nosso objetivo é relatar cinco pacientes nos quais compressas cirúrgicas, deixadas inadvertidamente dentro da cavidade peritoneal após laparotomias, penetraram para a luz intestinal e causaram oclusão intestinal.

RELATO DOS CASOS

Cinco pacientes foram submetidos à laparotomia para tratamento de oclusão intestinal decorrente de compressas cirúrgicas retidas (Tabela 1). As operações prévias consistiram de apendicectomia, derivação bileodigestiva, colocação de prótese aórtica, amputação abdominoperineal de reto e laparotomia exploradora por ferimento por arma de fogo. O tempo médio transcorrido entre a primeira operação e o quadro de oclusão intestinal foi de oito meses, variando de dois

meses a dois anos. Todos pacientes relatavam dor abdominal e alteração do hábito intestinal antes do aparecimento da oclusão intestinal.

O diagnóstico de corpo estranho foi estabelecido somente durante o ato operatório. Perfuração intestinal também foi observada em dois casos. O local da penetração da compressa na parede intestinal não foi identificada em nenhum caso.

O tratamento consistiu de ressecção do segmento intestinal envolvido em quatro pacientes. A retirada do corpo estranho através de enterotomia foi realizada em um caso.

Quatro pacientes apresentaram evolução sem complicações. Um paciente que apresentava perfuração do íleo terminal evoluiu com abscesso intra-abdominal e foi a óbito por sepse.

DISCUSSÃO

A incidência de corpos estranhos após cirurgias é rara. Estima-se que seja um para cada 1000 a 1500 laparotomias¹⁻³. Entretanto, esses valores parecem ser subnotificados e subestimados devido a implicações médico-legais. As compressas cirúrgicas representam 48% a 69% dos corpos estranhos retidos após procedimentos cirúrgicos¹⁻⁴.

A apresentação clínica dos textilomas é muito variável. Os sintomas podem surgir tanto no período pós-operatório

Tabela 1 - Aspectos Clínicos e Tratamento dos Pacientes com Oclusão Intestinal por Compressa Cirúrgica.

Sexo e Idade	Tempo Entre a Operação Inicial e a Oclusão	Presença de Perfuração	Tratamento	Evolução
Masculino, 65a	5 meses	Sim	Op. de Hartmann	Boa evolução
Masculino, 38a	4 meses	Não	Enterectomia	Boa evolução
Masculino, 68a	2 anos	Não	Enterotomia	Boa evolução
Feminino, 41a	6 meses	Sim	Enterectomia	Abscesso e óbito
Masculino, 22a	2 meses	Não	Enterectomia	Boa evolução

1. Cirurgião do Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba - PR.

2. Professor Titular e Chefe do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba; Chefe do Departamento de Cirurgia do Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba-PR.

Recebido em 20/10/2005

Aceito para publicação em 21/12/2005

Conflito de interesse:

Fonte de financiamento:

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba – PR.

rio imediato, bem como meses ou anos após a operação original. A maioria dos pacientes é sintomática²⁻⁴. Dor abdominal, massa abdominal e alteração do hábito intestinal são os sintomas mais freqüentes. Entretanto, mais de um terço dos pacientes permanecem assintomáticos e a compressa é um achado incidental³⁻⁵.

As complicações relatadas são infecção secundária, hemorragia gastrointestinal devido à erosão vascular, fístulas, aderências, penetração para o intestino, pele, bexiga ou para a vagina²⁻⁵. A taxa de complicações varia de 22% a 80%²⁻⁴. A penetração de uma compressa cirúrgica para dentro do intestino é incomum e causa infreqüente de oclusão intestinal³⁻⁵.

O corpo estranho na cavidade peritoneal inicia uma resposta inflamatória e determina bloqueio pelo omento e pelas alças intestinais, resultando em encapsulamento. Devido à

pressão exercida na parede do intestino os corpos estranhos, principalmente gazes e compressas, podem penetrar lentamente através da parede intestinal e passar gradualmente para o interior da luz intestinal. Essa migração é facilitada pelo efeito propulsivo dos movimentos peristálticos do intestino³⁻⁴. A penetração para a luz intestinal pode variar de duas semanas a 12 anos³. Em nosso casuística, o tempo variou de dois meses a dois anos.

O diagnóstico de textiloma é geralmente estabelecido após estudos radiológicos realizados por desconforto abdominal ou durante seguimento pós-operatório de rotina^{1,5}. A tomografia computadorizada é o melhor método de detecção de textilomas e especialmente suas complicações⁵. O padrão típico é o de uma massa bem delimitada, preenchida por pequenas bolhas de ar. A diferenciação entre textilomas, abscessos ou hematomas pode ser difícil^{4,5}.

ABSTRACT

Despite being unusual, retained foreign bodies after surgical procedures is a matter of great concern for surgeons. The main purpose of this article is to describe five cases of intestinal obstruction due to intraluminal surgical sponges. The average time between the first operation and the intestinal obstruction was eight months. All patients referred abdominal pain and change of intestinal habit prior to the intestinal obstruction. In two cases bowel perforation was also observed, in addition to the intestinal obstruction. Four patients had no postoperative complications. One patient died due to an intra-abdominal abscess and sepsis (Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(4): 281-282).

Key words: Ileus; Foreign body; surgical sponge.

REFERÊNCIAS

1. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. *Ann Surg.* 1996; 224(1):79-84.
2. 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.
3. Dhillon JS, Park A. Transmural migration of a retained laparotomy sponge. *Am Surg.* 2002; 68(7):603-5.
4. Düx M, Ganten M, Lubienski A, Grenacher L. Retained surgical sponge with migration into the duodenum and persistent duodenal fistula. *Eur Radiol.* 2002;12 Suppl 3:S74-7. Epub 2002 May 7.
5. Rajagopal A, Martin J. Glossypiboma — “a surgeon’s legacy”: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45(1):119-20.

Como citar este artigo:

Claus CM, Conte CG, Coelho JCU, Pinho RV. Oclusão intestinal por compressas cirúrgicas intraluminais - experiência de cinco casos. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(4). Disponível em URL: www.scielo.br/rbcb

Endereço para correspondência:

Dr. Julio Coelho
Rua Bento Viana, 1140 – Ap 2202
80240-110 - Curitiba – PR
Fone/ Fax- (41) 3322-3789