

Cuerpo extraño intraduodenal

Dres. CARLOS BORTAGARAY y JORGE ERRANDONEA *

Queremos mostrar a ustedes esta observación de un cuerpo extraño (gasoma) intraduodenal como complicación de un acto operado o realizado cinco años atrás.

En nuestro país se ha ocupado del tema Stajano (6) en 1946.

Cirujanos del Hospital de Salto. M.S.P.

Trabajo del Servicio de Cirugía "B" (Hospital de Salto), presentado el 9 de agosto de 1972.

OBSERVACION

Se trata de un enfermo P. A. de 72 años de edad operado en varias oportunidades, apendicitis aguda, hernia inguinal, litiasis ureteral, menisectomía, artrosis de cadera.

En 1965 operado de litiasis biliar, colecistectomía, colédoco normal por el Dr. Bortagaray.

En enero de 1966 litiasis de colédoco, coledocotomía por los Dres. Forrissi y Bortagaray, colangiografía normal.



FIG. 1.— Estudio radiológico. Tránsito digestivo. Obsérvase el pasaje del contraste a la vía biliar.



FIG. 2.— Gastroduodeno, mostrando la imagen irregular intraduodenal

En noviembre de 1967 tiene trastornos digestivos, dolores agudos en hipocondrio derecho, fiebre, chuchos. Se piensa en litiasis de colédoco por lo que se interviene encontrándose una angiolocolitis con colédoco muy dila-

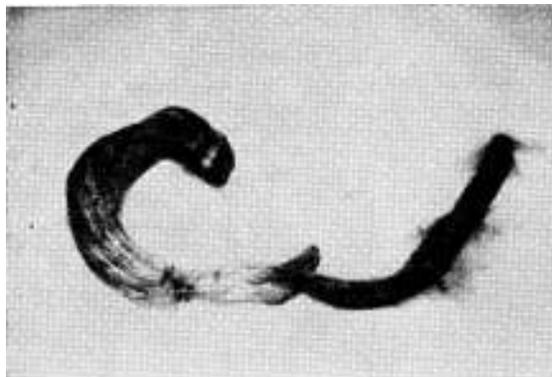


FIG. 3.— Aspecto de la pieza operatoria. Gasa moldeada en el duodeno.

tado. No se puede hacer colangiografía operatoria. Se efectúa una coledocoduodenostomía laterolateral; continúa bien con algunas molestias digestivas pasajeras hasta diciembre de 1971 en que las molestias se agudizan con dolores epigástricos, ruidos hidroaéreos, constipación, intolerancia para la alimentación, anemia.

Se le hace un estudio radiológico de estómago y duodeno, el radiólogo Dr. Amorim informa que no hay ninguna anormalidad. Mejora la anemia con extracto hepático y transfusiones, pero continúa con los trastornos digestivos que van aumentando, tiene dificultades para la ingestión de alimentos. Se palpa en el epigastrio una tumefacción dura sin límites precisos con latidos transmitidos que se fijan al plano posterior.

Se le hace un tránsito intestinal (fig. 1) completándose con un enema opaco, como lo muestra la placa; hay pasaje de la barita a las vías biliares y una imagen que al completar con un gastroduodeno se constata que corresponde al duodeno (fig. 2). Se piensa en megaduodeno, obstrucción duodenal, cuerpo extraño.

Operación: Dr. Bortagaray y Dr. Errandonea. Se seccionan adherencias, estómago algo dilatado, duodeno duro, con la dureza de un caño de plástico, todo el duodeno tiene la misma característica y con pared duodenal aparentemente normal.

En el ángulo duodenal se toca una tumoración que ocupa la luz intestinal no adherente a sus paredes. Se hace una enterostomía por la que se extrae ese cuerpo extraño, se trata de una gasa con la conformación del duodeno como se ve en la figura 3. Cierre de la enterostomía por planos. Postoperatorio normal.

Esta mecha debió ser olvidada en la última intervención, la coledocoduodenostomía efectuada 5 años atrás.

COMENTARIO

Los cuerpos extraños postoperatorios son accidentes que han pasado a todos los cirujanos. Alguien ha dicho, que mientras la cirugía sea un arte se seguirá dejando gasas en el abdomen.

Se han publicado tratados sobre este tema; en el 80 % se trata de gasas olvidadas, oblitos como los designó el cirujano argentino Mainetti. Crossen describe tres etapas en la evolución de los cuerpos extraños: 1º) Irritación aséptica; 2º) Infección; 3º) Tendencia a la expulsión del cuerpo extraño.

Mainetti y Canestri (2) siguiendo a Crossen dicen que después del primer mes la inflamación aguda ha pasado al estado crónico y el cuerpo extraño ha sido aislado y el organismo trata de eliminarlo, se hacen abscesos, se enquistan, se eliminan por el intestino penetrando en la luz intestinal. El peristaltismo ayuda expulsándolo o produciendo complicaciones, oclusión, desintegración, calcificación, fistulización, lo que no pasó en nuestro caso simulando un cáncer en que la fijeza del duodeno, la ausencia de peristaltismo y su angulación no permitieron la progresión de la compresión de gasa.

Mirizzi cita un caso de Oppel de una gasa olvidada en el lecho hepático que emigra hacia el colédoco el que no había sido tocado en la intervención anterior.

Nogueira precisó los signos radiológicos en cuatro periodos:

—Primera etapa: no hay signos radiológicos.

—Segunda etapa: del absceso, se observan cavidades, aspecto panal de abeja.

—Tercera etapa: de fistulas internas y externas, la substancia de contraste da imagen muy característica.

Cuarta etapa: la gasa está en la luz intestinal, hay imágenes de falta de relleno, simulando neoplasias sobre todo en colon.

La imagen típica según Nogueira sería la del cuerpo extraño que se impregna con la substancia del contraste apareciendo una estenosis longitudinal. Y como quinta etapa el de la gasa encapsulada con característica de lesión inespecífica.

El Dr. Amorim sospechó la presencia de un cuerpo extraño.

RESUMEN

Los autores presentan una observación de un cuerpo extraño, mecha de gasa intraduodenal con cinco años de evolución, tolerada por el enfermo hasta la actualidad que comienza a tener sufrimientos digestivos que llevan a una intervención exploratoria extrayéndose la gasa por enterotomía.

En la bibliografía consultada no encontraron ningún caso parecido, por lo que se justifica su presentación.

RÉSUMÉ

Présentation de l'observation d'un cas de corps étranger —mèche intraduodénale— tolérée par le malade pendant cinq ans, jusqu'au moment où il commence à souffrir de troubles digestifs. Une intervention exploratrice est pratiquée, la gaze est extraite par entérotomie.

Etant donné que dans la bibliographie consultée aucun cas semblable ne figure, nous considérons que cette présentation est justifiée.

SUMMARY

A patient had carried for five years as intraduodenal gauze roll which he had tolerated until recently when he began to suffer from digestive problems which led to exploratory surgery. The foreign body was extracted by enterotomy.

Since no similar case was found in the bibliography consulted, we consider its presentation justified.

BIBLIOGRAFIA

1. FINOCHIETO, E. y R. Técnica quirúrgica, Ediar. XII, 1940, p. 392.
2. MAINETTI y CINESTRI. Compresa de gasa en la luz del yeyunoileon, con manifestaciones secundarias del oblitos. Diagnóstico radiológico. *Bol. y Trab. Soc. Arg. Cir., Buenos Aires*, 414: 586, 1952.
3. MASTRANGELO, R., F. LEON, CHAVES. Gazona en cavidad abdominal. *La Prensa Med. Arg.*, 50: 3014, 1963.
4. SPIVAK. Urgent surgery. Thomas 1946, p. 269.
5. STAJANO, C. Errores de técnica quirúrgica, cuerpo extraño abdominal en el vientre operado. *Rev. Urug. de Cir.*, p. 326, dic. 1940.

DISCUSION

DR. MÉROLA.— Un colega que trabaja en un ambiente en donde trabajo yo, en estos días tiene en evolución una enferma operada hace 3 o 4 años de su vía biliar, que comenzó con trastornos del tránsito alto digestivo y que radiológicamente se le hizo el diagnóstico de tumor benigno del duodeno. Parecía un megabulbo con una falta de relleno regular.

Operada esa enferma, resultó tener, ya en la etapa intraduodenal, en tránsito hacia la luz duodenal, una mecha de gasa, seguramente del hiato, que en la operación anterior había quedado. La evolución no es tan larga como la del Dr. Bortagaray, pero es bastante llamativa. Los trastornos proporcionalmente son bastante mínimos, como tenía el enfermo de él.

Ahora, es curiosa la circunstancia de darse dos cuerpos extraños del mismo tipo, casi diría yo del mismo tamaño, y casi seguramente penetrados en el tubo digestivo al mismo nivel, porque seguramente el caso del Dr. Bossano que es el cirujano interviniente, tenía su gasa penetrada en el bulbo duodenal y seguramente esta mecha ha entrado en las partes altas del duodeno para modelarse luego en arco como hemos visto.

Es un caso muy interesante, y señalo la concomitancia curiosa cumpliendo esa ley tan conocida por todos nosotros.

DR. SUIFFET.— El Dr. Bortagaray nos trae en sus revistas periódicas, casos muy interesantes. El problema de los cuerpos extraños abdominales, ha sido y debe ser motivo de permanente preocupación para el cirujano.

El Prof. Stajano presentó un importante trabajo a esta sociedad, con una serie de casos recopilados en distintos ambientes quirúrgicos.

La patología que crean los cuerpos extraños es una cosa llamativa pues algunos son tolerados durante años, mientras que otros crean situaciones de real emergencia. En este caso en particular es difícil determinar la vía de penetración del cuerpo extraño. Se había realizado una intervención en la cual puede haberse colocado una gasa en la luz duodenal durante los tiempos quirúrgicos. Esta es una hipótesis, pero no hay

que extrañarse de la penetración de los cuerpos extraños dentro de la luz digestiva, sin dejar rastros de las etapas pasadas. En una comunicación de la literatura (*Brit. J. Surg.*, 47: 687, 1960) se relata un caso, operado 30 años antes por equinocosis hepática, al cual no se hizo coledocotomía. Fue operado por obstrucción coledociana, encontrándose en la luz del colédoco, una gasa pequeña. Uno de los problemas más graves que aparecen después de la extracción de un cuerpo extraño olvidado, es la aparición de una fistula digestiva. Ello demuestra la facilidad y rapidez con que ellos penetran en la luz digestiva.

Esta observación hace recordar todas las exigencias de la disciplina quirúrgica destinadas a evitar esta grave situación.

DR. CLIVIO.—El trabajo del Dr. Bortagaray es muy importante y siempre tiene actualidad.

La enfermedad postoperatoria por cuerpo extraño dejado en el acto quirúrgico tiene relativa frecuencia y para esto lo único que actualmente disponemos, es hacer su profilaxis, para lo cual necesitamos tomar tres medidas sistemáticamente:

1ª) Es en el departamento de materiales. Consiste en el marcado de la compresa con una argolla metálica en un ángulo de 2 o 3 cms. de diámetro, opaca a los RX por supuesto, y las gasas con 1 o 2 clips de los utilizados para papel y que se colocan con la maquinilla. Se colocarán 20 gasas por bolsa y 6 compresas por bolsa (doble conteo). La cantidad de gasas y compresas utilizadas, más las limpias que están en la mesa de instrumentos, deben dar exactamente el número total de ellas.

2ª) El contador de compresas es un artefacto hecho de caño que tiene 15 líneas y 20 ganchos por línea. En las 10 primeras se colocarán las gasas, en las cuatro siguientes las compresas y en la última línea las bolsas de material utilizado. Una simple mirada al contador es suficiente para darnos cuenta si falta o no falta alguna gasa, lo cual implica una búsqueda no muy traumatizante en la región operatoria.

3ª) Ante la falla del encuentro quirúrgico se recurre entonces a una placa de RX intraoperatoria que ubicará el elemento que falta y orientará su búsqueda.

Por otra parte, cuando un enfermo operado presenta síntomas raros es fácil encontrar el cuerpo extraño que está provocando la enfermedad, ya que éste está marcado y es fácilmente individualizado y buscado; que fue el problema que se creó en este caso.

En otros países el uso del contador de compresas es sistemático y lo realizamos aquí en nuestro país; y de esa manera queda solucionado el problema del olvido del cuerpo extraño dejado en el campo operatorio.

DR. VALLS.—En la sintomatología de enfermos operados de vías biliares hay que tener en cuenta esto como un factor. Enfermos de vías biliares que les aparecen vómitos a repetición, o que pueden hacer cuadros infecciosos, porque la obstrucción de duodeno puede provocarle cuadro de vómitos, una coledocostomía o empujes de angiocolitis.

De modo que nosotros estamos contentos de haber escuchado esta comunicación, porque nos hace pensar en esta posibilidad, de que un enfermo que sigue sufriendo después de operado de sus vías biliares, puede tener un cuerpo extraño dentro del tubo digestivo.

DR. BORTAGARAY.—Agradezco a la Mesa la autorización para leer este trabajo en la sesión de hoy. Agradezco al Dr. Mérola su contribución muy similar a la mía estando de acuerdo en lo referente a la ley hospitalaria.

Al Prof. Suiffet le agradezco sus amables conceptos en cuanto a la honestidad científica a la que se refiere debo incluir aquí al Dr. Forrisi con el que intervinimos a este enfermo en las operaciones anteriores y me autorizó a presentarlo porque creemos que los cirujanos deben mostrar también sus errores.

No creemos, por el tamaño de la compresa de gasa, que la hayamos introducido en el duodeno durante la intervención anterior, para evitar la salida del líquido duodenal. Pensamos que fue colocada fuera del duodeno como protección y que luego se introdujo en su luz como lo hemos visto en el colon habiendo observado compresas expulsadas por el ano.

Al Dr. Clivio le agradezco su participación estando de acuerdo que pese a todos los cuidados pasan estos accidentes creyendo como lo expresó el Dr. Suiffet que el responsable de todo el acto quirúrgico es el cirujano, jefe del equipo. Respecto a la gasa marcada con un material radiopaco, que es un excelente recurso, no la podemos practicar en nuestro ambiente.

Estamos de acuerdo que el exceso de material complica las intervenciones siendo más fácil olvidar una compresa. Utilizo el sistema del cuadro con agujeros que facilita el recuento de las compresas.

También agradezco la colaboración del Dr. Valls y a todos los presentes por la atención prestada.

CIRUGIA PEDIATRICA

23º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

Oclusión intestinal del recién nacido

COORDINADOR:

Dr. EDUARDO ANAVITARTE

Introducción.

Dr. Eduardo Anavitarte.

Oclusiones duodenales.

Dr. Diver A. Lattaro.

Atresias yeyunoileales.

Dr. Folco Rosa.

Atresias anorrectales.

Dr. Walter Taibo.

Malrotación intestinal.

Dr. César Arruti.

Invaginación intestinal.

Dr. Alfredo Acevedo.

Ileo meconial.

Dr. David Torres.