

ARTÍCULO ORIGINAL

Corpus alienum intrabdominal

Dres. Gustavo Rodríguez¹, Luis Ruso², Gerardo Bruno¹, Oscar Balboa³

Resumen

Los cuerpos extraños intraabdominales que pueden quedar en forma involuntaria luego de una intervención quirúrgica constituyen un grave problema, que sin embargo es poco analizado en la literatura médica.

Su presencia genera problemas diagnósticos, se acompaña de una morbilidad alta y pueden dar lugar a una reclamación por daños.

Los autores presentan 8 pacientes tratados en un período de 9 años.

Se analizan las formas de presentación clínica, los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y de tratamiento.

Por último se jerarquiza la importancia de la profilaxis en base a la prudencia en el manejo del material quirúrgico, y la concientización del personal de la sala de operaciones para asumir una actitud responsable en el manejo y conteo de material blanco y de instrumental utilizados.

Palabras clave: Oblitoma
Cuerpos extraños
Abdomen

Summary

Intraabdominal foreign bodies which can inadvertently be left after surgery are a serious problem which is nevertheless underanalysed in medical literature. Their presence generates diagnosis problems; they cause high morbidity and can originate a legal action. Authors present 8 patients treated in a period of 9 years. They analyse clinical presentation, physiopathological diagnostic and treatment features. Finally they emphasize the importance of prophylaxis based on caution in the management of surgical material and the education of operating

room personnel in order to generate a responsible attitude in the management and counting of material and instruments.

Introducción

El término *corpus alienum intrabdominal* define la presencia de un cuerpo extraño que ha quedado en forma involuntaria en el abdomen luego de una intervención quirúrgica⁽¹⁾.

Constituyen un serio problema, aunque aparece encarado con poca frecuencia en la literatura médica⁽²⁾.

Su presencia genera dificultades diagnósticas, determina una morbilidad y mortalidad altas y potencialmente una reclamación por daños⁽³⁻⁶⁾.

El objetivo de esta comunicación es abordar los aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento de los corpus alienum intraabdominales.

Material y método

Durante un período de 9 años (febrero de 1987 a mayo de 1995) fueron tratados por los autores 8 pacientes portadores de corpus alienum intraabdominal, en los hospitales de salud pública de Montevideo.

Cinco fueron del sexo femenino y tres del masculino.

Las edades oscilaron entre 32 y 64 años, con un promedio de 50 años.

La presentación clínica fue la siguiente:

- Síndrome febril posoperatorio (en tres casos).
- Sepsis posoperatoria (en un caso).
- Fístula enterovaginal (en un caso).
- Dolor abdominal recurrente (en un caso).
- Asintomático (en un caso).

La cirugía inicialmente realizada en estos pacientes fue:

- Cirugía a digestiva (en cuatro casos).
- Cirugía ginecológica (en tres casos).
- Cirugía biliar (en un caso).

1 Asistentes de Clínica Quirúrgica.

2 Profesor Adj. Clínica Quirúrgica.

3 Profesor de la Clínica Quirúrgica.

Clínica quirúrgica "3" Prof. Adj. Dr. Oscar Balboa. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dr. Gustavo Rodríguez. Maldonado 814/502. Montevideo, Uruguay. CP 11.100.

Tabla 1. Tipos de cirugía que originan corpus alienum intraabdominales

Cirugía digestiva	52%
Cirugía ginecológica	22%
Cirugía urológica	10%
Cirugía vascular	10%
Cirugía traumatológica	6%

Tomado de ⁽⁶⁾.

Dos pacientes fueron operados de urgencia y el resto de coordinación.

En siete casos el recuento de material blanco fue considerado correcto y en un solo paciente estaba consignada la ausencia de una compresa en el recuento final.

El diagnóstico se realizó precozmente en cuatro casos. El tiempo transcurrido entre la cirugía y el diagnóstico de cuerpo extraño intraabdominal fue desde cuatro días a dos años.

Resultados

Cinco pacientes fueron operados con buenos resultados, siendo dados de alta en la primera semana posoperatoria y sin secuelas.

La morbilidad fue la siguiente (3 casos): un paciente desarrolló una fístula cecal de mediano gasto que se mantuvo durante dos meses, agotándose sin requerir tratamiento quirúrgico.

Otra paciente con una fístula enterovaginal desarrolló una vaginitis química intensa, quedando como secuela una estenosis vaginal fibrosa.

Una sepsis posoperatoria marcó la evolución de otro enfermo sometido a una colectomía total.

Un solo paciente falleció como consecuencia de falla multiorgánica irreversible posoperatoria.

Discusión

Por su carácter iatrogénico la incidencia real de los cuerpos extraños intraabdominales es difícil de precisar, oscilando entre 1 cada 100 intervenciones a 1 cada 10.000 ⁽⁷⁾.

El término clásico corpus alienum deriva del latín, pero esta denominación es poco utilizada y su denominación es variada.

En la búsqueda de evitar su mención directa se le conoce como oblitos; oblitomas, gazomas ⁽⁸⁾, compresoma ⁽⁹⁾, textilomas.

Las referencias bibliográficas del tema no son muy numerosas. Wilson en 1884 realiza la prime-

ra comunicación médica de un cuerpo extraño intraabdominal. Schachnem en 1901 reúne 155 casos y Forges en 1939 comunica 165 casos ⁽⁶⁾. Crossen ⁽¹⁰⁾ en 1940 realiza el trabajo de revisión más importante, reuniendo 307 casos y definiendo las principales características clínico-evolutivas de esta patología, llamando la atención a los cirujanos norteamericanos sobre su prevención.

A partir de esa fecha disminuyó notoriamente el número de comunicaciones por esta patología ⁽¹¹⁾.

Le Neel ⁽⁶⁾ en una revisión de la literatura internacional desde 1952 a 1993 recoge 143 casos.

En nuestro medio Stajano ⁽⁹⁾ se ocupa del tema en 1941, recopila 19 casos de textilomas intraabdominales que presentan casi todas las formas clínico evolutivas posibles, con una mortalidad de 15%.

Burstin ⁽¹²⁾ comunica el caso de una compresa incluida en el hígado en una paciente colecistectomizada once años antes; Bortagaray ⁽¹³⁾ relata la observación de una gasa intraduodenal en un paciente operado 5 años antes. Ambos con buena evolución y sin mortalidad.

80% de los corpus alienum intraabdominales corresponden a los denominados textilomas (gasa, compresa, campo quirúrgico), constituyendo los mismos 100% de la serie presentada.

Son menos frecuentes los instrumentos metálicos (pinza, tijera, bisturí, agujas) y los tubos utilizados para drenaje (goma, látex, polietileno).

Predominan en el sexo femenino (57% contra 43%) ^(6,14). Las edades oscilan entre los 16 y 90 años.

La cirugía inicial que da lugar a los textilomas más frecuentemente se muestra la tabla 1.

El tiempo transcurrido entre la cirugía y el diagnóstico de corpus alienum varía desde los tres días a los 67 años ^(14,15).

Clásicamente se ha considerado que la cirugía de urgencia, técnicamente más difícil, se asocia a una mayor incidencia de corpus alienum; no obstante en una reciente revisión solo 29% de los pacientes habían sido operados de urgencia y 71% de coordinación ⁽⁶⁾. En nuestro grupo de pacientes la cirugía de urgencia se realizó en 25%.

Del estudio fisiopatológico de los textilomas ⁽⁶⁾ surge que las fibras de algodón provocan una reacción inflamatoria con exudación en las primeras 24 horas.

A partir del octavo día se forma un tejido de granulación que da paso a la organización de la fibrosis a partir del décimotercer día.

Las manifestaciones clínicas dependerán de la presencia o no de infección sobreagregada ⁽¹⁴⁾.

Cuando el proceso es aséptico se produce la encapsulación o enquistamiento del cuerpo extraño por un tejido fibroso que involucra los órga-

nos vecinos ⁽¹⁵⁾, o se incluye en una víscera maciza como el hígado ^(12,16)

Después de los 5 años tienden a desintegrarse, calcificarse y más raramente osificarse ⁽¹⁷⁾.

Otras formas evolutivas son: la migración a través de los planos de menor resistencia, hacia la luz intestinal, vagina, recto o vejiga, o bien al exterior a través de trayectos fistulosos en la pared abdominal ⁽¹⁷⁾.

Se ha descrito la migración transdiafragmática al tórax luego de cirugía hepática de urgencia ⁽¹⁸⁾.

Pueden ser asintomáticos en 6–30% ^(6,7). Las formas sintomáticas se manifiestan por síndrome seudotumoral ⁽¹⁹⁾, por oclusión intestinal, fistulización enterocutánea o hemorragia digestiva por erosión vascular próxima ⁽¹⁷⁾.

80% de los casos analizados por Crossen tenían erosión de la pared intestinal al noveno mes de evolución ⁽¹⁰⁾.

La infección ocurre precozmente la mayoría de los casos (18,8%), aunque se han descrito abscesos tardíos varios años después de la cirugía.

El diagnóstico no es fácil, se basa en la clínica y en la imagenología; pero muchas veces es intraoperatorio y en otras es el patólogo que hace el diagnóstico de textiloma, sobre todo en las formas seudotumorales ⁽¹⁹⁾.

La radiología simple de abdomen puede ayudar al diagnóstico ⁽⁴⁾.

Robinson y Levin ⁽²⁰⁾ han descrito varios signos radiológicos, las gasas y compresas marcada con material radioopaco pueden visualizarse casi siempre.

El clásico patrón radiológico en panal abeja o en miga de pan corresponde a la compresa infiltrada por secreciones y gas, luego de las microperforaciones en la pared intestinal ⁽²⁰⁾.

Puede ser confundida con la imagen de las materias fecales, pero su topografía fuera del marco cólico y su constancia descartan esta eventualidad ⁽²⁰⁾.

La ecografía abdominal puede aportar datos que sugieran un textiloma al describir una masa reniforme con centro ecogénico que corresponde al cuerpo extraño retenido y una zona periférica hipoecogénica con conos de sombra posterior determinados por los pliegues de la gasa o compresa ⁽²¹⁾.

La tomografía computada abdominal muestra una imagen redondeada de masa con un contorno nítido, con realce de su pared, con densidades heterogéneas en su interior.

Los diferentes patrones tomográficos pueden explicarse por el grado de desintegración de las fibras de algodón ⁽²¹⁾

Pueden verse calcificaciones de aspecto mo-

teado y burbujas de gas si hay infección o comunicación con la luz intestinal.

El tratamiento es quirúrgico. La extracción precoz del textiloma antes de los quince días es técnicamente fácil y se asocia con los mejores resultados ⁽⁶⁾.

En las formas evolucionadas y crónicas donde hay un proceso adherencial que incluye órganos vecinos la cirugía es más compleja y requiere en general resecciones viscerales, asociadas con una morbilidad y mortalidad mayores ^(6,22).

La morbilidad global es alta (66%) con una mortalidad de 25%, que continúa siendo muy alta a pesar de los avances tecnológicos si tenemos en cuenta que Green y Hill en 1933 reportaron cifras de mortalidad de 17,6% ⁽²²⁾.

En un estudio experimental Dangayach ⁽²³⁾ reportó una mortalidad de 10%.

Profilaxis

Es al capítulo más importante de esta patología. Son varias las medidas recomendadas en la bibliografía

1. Recuento del material blanco antes y después de cada operación con participación del cirujano. No obstante en todas las comunicaciones el recuento había sido considerado correcto. En el grupo de pacientes analizado, 7 tenían un recuento correcto.
2. Recuento del instrumental, que excepcionalmente se hace ⁽²⁾.
3. Crossen ⁽¹⁰⁾ en 1940 sugirió el uso de gasas y compresas marcadas con material radioopaco; pero pueden no ser reconocidas en las radiografías, en especial las gasas que tienen poca sustancia radioopaca.
4. Austin Jones ⁽²⁾ propone realizar una radiografía de abdomen en el posoperatorio inmediato en block quirúrgico luego de realizado el cierre de la pared abdominal.

Conclusiones

1. La incidencia real de los corpus alienum intraabdominales es desconocida y el grupo de pacientes presentado no refleja la realidad de nuestro medio.
2. El diagnóstico es difícil, en general no se piensa en esta eventualidad.
3. La morbimortalidad es muy alta.
4. Pueden y deben ser evitados en base a la prudencia en el manejo del material blanco e instrumental quirúrgico por parte de los cirujanos y el contralor responsable de una instru-

mentista entrenada, así como por la concientización del personal de sala de operaciones sobre la gravedad del tema y la importancia de asumir una actitud responsable en el manejo y recuento del material utilizado en el block quirúrgico.

Bibliografía

1. René L. Le corpus alienum. Actualités chirurgicales. Paris: Mason, 1985: 42–50.
2. Austin Jones S. The foreign body. Problem after laparotomy. Personal experiences. Am J Surg 1971; 122: 785–6.
3. Gupta NM, Chaudehary A, Nanda V et al. Retained surgical sponge after laparotomy. Unusual presentation. Dis Colon Rectum 1985; 28: 451–3.
4. Delasey G, Chir B. Retained surgical swabs: possible cause for errors in X-ray detection and an atlas to assist recognition. Br J Radiol 1978; 51: 691–8.
5. Masson LB. Migration of surgical sponge into small intestine. JAMA 1968; 205: 938–9.
6. Le Neel JS, De Cussal JB, Dupas B et al. Textilomes. A propos de 25 cas et revue de la littérature. Chirurgie 1994; 120: 272–7.
7. Chorbat J, Khan J, Camelot G et al. L'évolution des corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. Ann Chir 1976; 30: 643.
8. Mastrangelo R, Leon F, Chaves R. Gazoma en cavidad abdominal. Prensa Med Argent 1941, 12: 314–26.
9. Stajano C. Errores de técnica quirúrgica. Cuerpos extraños abandonados en el vientre operatorio. Bol Soc Cir Uruguay 1941, 12: 314–26.
10. Crossen HS, Crossen DF. Foreign body left in the abdomen. St. Louis: Mosby, 1940.
11. Risher WH, Mc Kinnon WM. Foreign body in the gastrointestinal tract: intraluminal migration after laparotomy sponge. South Med J 1991; 84: 1042–5.
12. Burstin J. Cuerpo extraño incluido en el hígado. Cir Uruguay 1963; 43: 263–4.
13. Bortagaray C, Errandonea J. Cuerpo extraño intraduodenal. Cir Uruguay 1973; 43: 279–82.
14. Botet del Castillo FX, López S, Reyes G et al. Diagnosis of retained abdominal gauze swabs. Br J Surg 1995; 82: 227–8.
15. Hesp WL, Goris RJA. Cyste permagna abdominalis. Acta Chir Belg 1983; 83:416–9.
16. Ezaki T, Okamura T, Yoshida Y et al. Foreign body granuloma mimicking an extrahepatically growing liver tumor: report of a case. Surg Today 1994; 24: 829–32.
17. Rymer C, Mc Carthy J. A silent sponge speaks. Am J Surg 1974; 128:103–4.
18. Dartevelle PH, Yger M, Gharbi N et al. Abscès interhépatodiaphragmatique avec fistule bronchique par migration tardive transdiaphragmatique de un corps étranger abdominal postopératoire. J Chir 1981, 118: 413–6.
19. Serra J, Matias Guiu X, Calabuig R et al. Surgical gauze pseudotumor. Am J Surg 1988; 155: 235–7.
20. Robinson K, Levin E. Erosion of retained surgical sponges into the intestine. Am J Roentgenol 1966; 339–43.
21. Choi BI, Kim SH, Yu ES et al. Retained surgical sponge. Diagnosis with CT and sonography. Am J Roentgenol 1988; 150: 1047–50.
22. Green Hill JP. Foreign body left in abdomen after operation. Am J Obstet Gynecol 1933; 25: 231–40.
23. Dangayach KK, Gupta OP, Bhargava SK et al. Surgical complications of left over intraperitoneal foreign body. Ind J Surg 1984; 46: 84–7.