

Compresa quirúrgica retenida en cavidad durante 14 años. Reporte de un caso

Surgical compress left in cavity for fourteen years. A case report.

Dr. Rider Quintana Souza; Dr. Javier López Mayedo; Dr. Francisco Pacheco Téllez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente blanca, de 52 años de edad, tratada en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Camagüey, que acudió con dos orificios en el abdomen por los que salía un líquido muy fétido y orinaba con el mismo olor. Se realizó tratamiento quirúrgico a varias fístulas estercoráceas abdominales y vaginales y se encontró durante la laparotomía una compresa olvidada en cavidad desde hacía 14 años a consecuencia de una histerectomía previa. En la resección del colon afectado se detectó además un tumor en íntima relación con el textiloma, que resultó ser un adenocarcinoma según el estudio histológico.

DeCS: TAPONES QUIRÚRGICOS DE GASA; ADENOCARCINOMA; INFORME DE CASO; LAPARATOMÍA.

ABSTRACT

This paper reports on white, 52 year female who sought care for two abdominal holes that discharged a fetid fluid. The patient, whose urine smelled the same as the abdominal fluid, underwent surgery for abdominal and vaginal fecal fistulae. Upon performing laparotomy, a compress that had been left in cavity fourteen years back after hysterectomy was found. Upon performing colon resection, a textiloma-associated tumor was found, according to histologic examination, it was an adenocarcinoma.

DeCS: SURGICAL SPONGES; ADENOCARCINOMA; CASE REPORT; LAPAROTOMY.

INTRODUCCIÓN

El olvido de instrumentos y material quirúrgico dentro de las cavidades ha sido una preocupación para el cirujano desde que comenzó a adentrarse en los lugares más inaccesibles de la anatomía humana. No es frecuente que pacientes frecuenten al médico por síntomas que dependan de este hecho, sin embargo, su incidencia está más allá de lo permisible por las memorias de los que operamos.^{1,2} Las complicaciones postoperatorias por cuerpo extraño son poco descritas, ya que se publican raramente. *Anagnostopoulos*³ informa una frecuencia de 1 cada 2000 o 5000 operaciones de abdomen.

Las consecuencias de estos olvidos suelen resultar en fístulas, abscesos localizados, oclusiones intestinales, perforaciones, dolores abdominales con masa palpable y ocasionalmente provocar lesiones que degeneren en procesos neoplásicos^{2,4}. Las fístulas permiten la salida de hilos de gasa o hebras de algodón en cada caso con mucha frecuencia, incluso puede ocurrir, que hasta todo el material retenido se exteriorice a través de sus trayectos^{3,5-7}. Estas fístulas postoperatorias del tracto digestivo constituyen una complicación grave que aún en la actualidad con los avances tecnológicos recientes en el diagnóstico y tratamiento, mantienen altos índices de mortalidad.^{5,8}

Dentro de los factores causales de procesos oncoproliferativos se citan las agresiones locales mantenidas en el tiempo a cierto y delimitado tejido, por ejemplo, la irritación continua de la mucosa enteral por el humo del tabaco, las radiaciones solares en pieles con predisposición genética al cáncer, etc. En nuestro país, el cáncer colorrectal es la segunda neoplasia más frecuente en los dos sexos, solo antecedida por la de pulmón y mama. Asimismo, y a pesar del avance experimentado en los últimos años en relación con su tratamiento, constituye también la segunda causa más común de muerte por neoplasmas ⁹. El cáncer de colon se asocia generalmente al hábito dietético y a afecciones locales inflamatorias que pasan a la cronicidad. Una alteración local de la proliferación y de la diferenciación celulares (displasia, carcinoma *in situ*) suele preceder al desarrollo invasivo. A partir de éste, existe el riesgo de metástasis por vía linfática y hematológica. ^{9,10}

En la literatura consultada no se encontraron artículos referentes a la aparición de adenocarcinomas u otro tipo de tumores en el colon debido a textilomas o instrumental de otro tipo que haya quedado olvidado en la cirugía.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina, blanca, de 52 años de edad, que aparenta salud anterior. Operada hace 14 años de histerectomía total sin anexectomía. Acudió al cuerpo de guardia por presentar dos orificios en el abdomen cercanos al ombligo, por los cuales drenaba líquido fecaloideo con mucha fetidez, además de tener leucorrea con las mismas características y orinar con muy mal olor. Se decidió ingresar.

Examen físico (datos de interés)

- Palidez cutáneomucosa.
- Cicatriz media infraumbilical.
- Orificios periumbilicales por los cuales drena líquido fecaloideo.
- Tumor palpable en flanco izquierdo, duro, fijo, de unos 20 cms, no doloroso.
- Tacto vaginal: leucorrea cremosa, achocolatada, muy fétida.
- Tacto rectal: tumor que ocupa el saco de Douglas.

Complementarios preoperatorios de relevancia:

- Hb: 87 g/L
- Conteo de leucocitos: 12 x 10 x L.
- Polimorfonucleares 095. Linfocitos 005.
- Cituria: más de 200 leucocitos por campo.
- TGP: 40 UI
- Proteínas séricas: 45 g/L

Estudios imagenológicos preoperatorios:

- USG abdominal: imagen ecogénica de 18 x 21cms a la izquierda del riñón izquierdo, asas distendidas y agrupadas a su alrededor. Vejiga vacía.
- Rx abdomen simple: opacificación y asas centinelas en el flanco izquierdo.
- Rx Tórax AP: normal.

Diagnóstico preoperatorio:

- Fístulas estercoráceas múltiples secundarias a tumor del colon sigmoides.

Tratamiento preoperatorio:

- Terapia higieno-dietética. Solo líquidos claros, vino tinto, jugos de guayaba y pera.
- Tratamiento local de los trayectos fistulosos y cuidados de la piel.
- Antimicrobianos de amplio espectro (cefalosporinas, aminoglucósidos).
- Soporte con derivados de la sangre (glóbulos, plasma fresco, albúmina humana).
- Sondaje vesical.

Acto quirúrgico:

Se encontró una compresa en cavidad abdominal responsable de los múltiples trayectos fistulosos a pared abdominal anterior, vejiga y cúpula vaginal (Fig. 1).

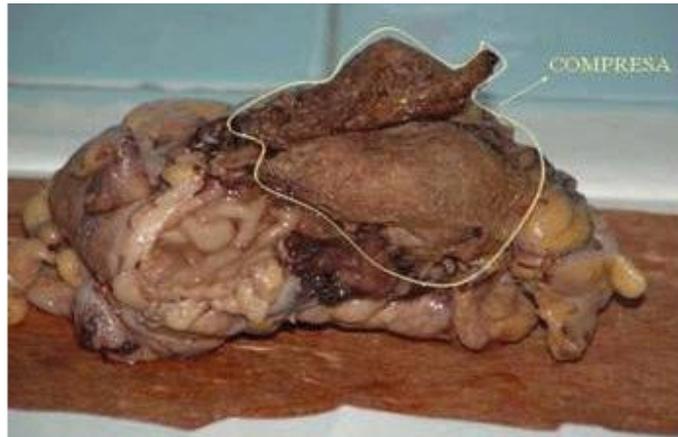


Fig. 1. Compresa dentro de la luz del colon tal y como se encontró en el acto quirúrgico

En el sitio de mayor adherencia del textiloma al colon sigmoides se apreció zona escirra con cierre casi total de la luz y ganglios del mesocolon vecino, lo cual se reseca en bloque con margen de seguridad. Cierre del cabo distal del sigmoides en tres planos y transversostomía definitiva en estoma único. Se realizó además cistectomía parcial y fistulectomía de la cúpula de vagina. El hígado mostró tumoraciones de aspecto metástasis. Se resecan los trayectos fistulosos abdominales y se colocan drenajes.

Informe histológico:

Compresa en íntima relación con adenocarcinoma bien diferenciado del sigmoides que infiltra hasta la serosa. Ganglios del mesocolon metastáticos. Pieza bien resecada (Fig. 2).



Fig. 2. Adenocarcinoma situado debajo de la compresa y en contacto con esta

Evolución postoperatoria:

La evolución postoperatoria fue desfavorable. Durante 46 días la paciente sufrió de anemia e hipoproteinemia que no pudieron ser resueltas con transfusiones y apoyo nutricional. Murió en un cuadro de tromboembolismo pulmonar.

Informe de necropsia:

Causa directa de muerte: tromboembolismo pulmonar en silla de montar.

Causa básica de muerte: postoperatorio de textiloma abdominal.

Causa indirecta de muerte: adenocarcinoma bien diferenciado del sigmoides.

Otras causas:

- Carcinosis peritoneal
- Metástasis hepáticas.

DISCUSIÓN

Cuando quedan cuerpos extraños dentro de la cavidad abdominal, el organismo trata de librarse de ellos, lo que provoca fenómenos defensivos; pero en algunas ocasiones se hacen inocuos, y ello hace imposible su detección¹. Esta observación puede ser la explicación a la prolongada presencia de esta compresa luego de una histerectomía realizada 14 años atrás.

Existen dos formas de presentación de un cuerpo extraño en cavidad abdominal, la primera está determinada por una reacción característica, que produce un cuadro clínico debido a una infección abdominal, con síntomas desde las primeras horas hasta los seis meses posteriores. En otras ocasiones se produce una reacción mesenquimatosa local ante estos cuerpos extraños asépticos, la que se denomina inflamación encapsulante.^{1,2} En estos casos el cuerpo extraño se mantiene por muchos años sin producir síntomas. Sin embargo, el deterioro de los órganos que esta afecta se va haciendo evidente con el transcurrir del tiempo.

En la paciente, la compresa había provocado tan marcados cambios en la mucosa colónica que su resultado final fue un adenocarcinoma, el cual estuvo relacionado directamente con parte de este cuerpo extraño. El proceso inflamatorio local que se

sobreañadió, al aparecer signos de oclusión, llevó consigo la formación de trayectos fistulosos hacia la pared abdominal, vagina y vejiga urinaria, los cuales fueron la causa de consulta ante el médico. Impresiona que todo esto ocurre debido al estadio avanzado de la enfermedad cancerosa y la disminución de las barreras defensivas que este proceso acarrea, porque en el momento del acto operatorio se encuentran lesiones metastásicas en hígado y ganglios vecinos a la lesión del colon.

La pared vesical es el primer obstáculo que encuentra en su paso el trayecto fistuloso luego de abrirse camino a partir del colon, cuando se trata de cuerpos extraños en la pelvis mayor, este órgano de paredes más delgadas que la cúpula vaginal es el primero que se afecta. Luego por vecindad ocurre con la vagina y por último se exterioriza a través de la pared abdominal anterior. La cavidad vesical y la vagina ofrecen un excelente caldo de cultivo para la proliferación de gérmenes en este tejido desvitalizado y por ende favorecen el curso de la enfermedad y entorpecen el tratamiento.¹¹⁻¹⁴

Las manifestaciones sépticas son las más frecuentes como forma de presentación de los cuerpos extraños abdominales. Los trayectos fistulosos que estos crean no son más que mecanismos de defensa del organismo ante estos textilotas.^{4, 6,15-17} En esta paciente se pudo extraer fragmentos de la compresa a través de los trayectos abdominales durante las curas locales preoperatorios.

Aunque el cuidado de no olvidar parte del instrumental gastable en cavidades está siempre presente en los cirujanos, es necesario llamar la atención al respecto. Un conteo de gasas y compresas utilizadas en la operación demora menos de un minuto y evita complicaciones que pueden llegar a ser letales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabiston JJ, Eimote T, Gimero SF. Absceso subhepático por gasa quirúrgica retenida. Diagnóstico ecográfico. Rev Esp Enferm Dig. 1998;77:179.
2. Anagnostopoulos GK, Sakorafas G, Kolettis T, Kotsifopoulos N, Kassaras G. A case of gallstone ileus with an unusual impaction site and spontaneous evacuation. J Postgrad Med. 2004; 50(1):55-6.

3. Rafael D, Castillo García A, Rodríguez A, Herrera Artíles A. Cuerpo extraño intraabdominal de 40 años de evolución. *Medicentro*. 1999; Supl 2.
4. Diller R, Senninger N, Kautz G, Tubergen D. Stent migration necessitating surgical intervention. *Surg Endosc*. 2003; 17(11):1803-7.
5. Forshaw MJ, Dastur JK, Murali K, Parker MC. Long-term survival from gastrocolic fistula secondary to adenocarcinoma of the transverse colon. *World J Surg Oncol*. 2005;3(1):9.
6. McMahon LE, Tessier DJ, Devine RM, McConnell EJ. Lymphoma creating colojejunal fistula: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48(1):158-61.
7. Martínez-Ordaz JL, Suárez-Moreno RM, Luque-de León E, Blanco-Benavides R. Enterocutaneous fistulas in patients older than 70 years. *Cir Cir*. 2004;72(4):281-5.
8. Fuentes Valdés E. Fístulas gastroenterocutáneas posoperatorias: factores que influyen en la mortalidad. *Rev Cubana Cir*. 2002;41(2):5-8.
9. Hechavarría Borrero PM, Meriño Hechavarría T, Fernández Moreno YA, Pérez Pérez A. Características clínicas del cáncer de colon. Estudio de 57 pacientes. *Medisan*. 2003;7(3):4-9.
10. Yokoyama S, Takifuji K, Arii K, Tanaka H, Matsuda K, Higashiguchi T, et al. Radiation-induced rectal cancer originating from a rectocutaneous fistula: report of a case. *Surg Today*. 2004;34(8):706-9.
11. Najjar SF, Jamal MK, Savas JF, Miller TA. The spectrum of colovesical fistula and diagnostic paradigm. *Am J Surg*. 2004; 188(5):617-21.
12. Charua Guindic L, Retama Velasco L, Avendano Espinosa O. Management of the rectovaginal fistula. A review of five years at the Colon and Rectal Unit of the General Hospital of Mexico City. *Ginecol Obstet Mex*. 2004;72:209-14.
13. Yabuki D, Sawada Y, Takeuchi Y, Masuda E, Satoh D, Kuroda K, et al. Sigmoid colovesical fistula associated with cancer of the sigmoid colon *Arch Esp Urol*. 2004; 57(5):557-9.
14. Aurello P, Cicchini C, D'Angelo F, Ramacciato G, Giuliani A. Localization of a colovesical fistula using a retrograde guide-wire: report of a case. *Surg Today*. 2004; 34 (9):799-801.
15. Colwell JC, Folkedahl B Stoma site selection in a patient with multiple enterocutaneous fistulae. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2001; 28(2):113-5.
16. Mettu SR Fistuloclysis can successfully replace parenteral feeding in the nutritional support of patients with enterocutaneous fistula *Br J Surg*. 2004; 91(9):1203.

17. Memon AS, Siddiqui FG Causes and management of postoperative enterocutaneous fistulas. J Coll Physicians Surg Pak. 2004;14(1):25-8.

Recibido: 29 de marzo de 2005

Aceptado: 20 de mayo de 2005

Dr. Nicolás Rubio Silveira. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey.
nrubio@finlay.cmw.sld.cu