

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**OBLITOMA INTESTINAL.
INFORME DE UN CASO**

Dr. Olidays Pérez Suárez¹, Dr. Iván Gamboa Santana², Dr. Roberto Lantigua Barrios², Dra. Bárbara Yordanis Hernández Cervantes³, Dra. Niovis Duvergel Margendie⁴, Dra. Katia Ramírez Sánchez⁵, Dra. Daiquelin Durive Pérez⁶

RESUMEN

Se presenta el caso de paciente femenina de 33 años, cesareada hace 6 meses, con dolor abdominal, vómitos y no expulsión de heces ni gases, con abdomen distendido y ruidos hidroaéreos aumentados. El ultrasonido abdominal informa asas dilatadas, con líquido interasa, sin signos de lucha. En la radiografía de abdomen simple se observan niveles hidroaéreos de forma escalonada. Durante el acto quirúrgico se observa apelonamiento de asas yeyunales e iliales con fístulas complejas y múltiples que obligan a realizar resección intestinal doble con anastomosis término terminal en dos planos, lavado y drenaje. En anatomía patológica se concluye como resección de intestino delgado a cuerpo extraño (compresa de 30.5 X 49.2) no tumor. Evolución ulterior satisfactoria. Se revisan aspectos clínicos y quirúrgicos de interés práctico en la prevención y tratamiento de esta patología.

Palabras clave: INTESTINO DELGADO/cirugía; CUERPOS EXTRAÑOS/cirugía; ANASTOMOSIS QUIRURGICA.

INTRODUCCION

Durante el acto quirúrgico, en más de una ocasión, han quedado olvidados por cirujanos de todas las especialidades, cuerpos extraños en alguna cavidad orgánica. El abdomen es la localización más frecuente. Rara vez esto se registra en la literatura por pudor profesional y/o razones legales.¹

¹ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Cirugía General.*

⁴ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor.*

⁵ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.*

⁶ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Anestesiología y Reanimación.*

Según el Dr. Favlovsky, se denomina oblitoma a todo cuerpo extraño abdominal, intracavitario, intragástrico o intestinal (refiriéndose a compresas operatorias) que llega a producir fenómenos de oclusión.²

La falta de ética profesional, por parte de algún miembro del equipo, que al terminar el acto quirúrgico emite comentarios inadecuados sobre esta problemática, cuya causa es siempre de forma involuntaria, solo consigue el desprestigio para el equipo médico y fomenta un nivel de desconfianza tanto entre sus integrantes como para los pacientes.

En Cuba, quizás por las razones antes expuestas, se ha escrito poco sobre el tema y cuando aparece un caso es de gran repercusión debido al conjunto de medidas que se adoptan en los salones de operaciones para evitar este olvido quirúrgico.

Los pacientes generalmente son operados de urgencia y casi nunca se piensa en una oclusión por cuerpo extraño, sino por bridas y adherencias postquirúrgicas debido al antecedente de la intervención de los mismos, y es en el acto quirúrgico o en el departamento de Anatomía Patológica donde se encuentra el cuerpo extraño.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 33 años, femenina, mestiza, acompañada y ama de casa, con antecedente de salud aparente, cesareada hace 6 meses, con cuadro de ileo paralítico postquirúrgico en aquella ocasión. Ingresa por presentar hace varios meses dolor abdominal intensificado hace 2 días y que se agrava el día anterior a tipo cólico, acompañado de vómitos abundantes en número y contenido, sin expulsión de heces ni gases y refiriendo, además, astenia, anorexia y pérdida de peso desde la cesárea.

Examen físico:

Frecuencia cardíaca: 115/min

Frecuencia respiratoria: 20/min

Panículo adiposo disminuido, presencia de lengua seca y abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda y ruidos hidroaéreos aumentados.

Resultados de estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 144 g/L
Hematócrito: 0.48 L/L
Leucocitos: 11×10^9 /L
Neutrófilos: 0.86/L
Linfocitos: 0.14/L

Glicemia: Normal
Creatinina: Normal
Coagulograma: Normal

Gasometría:
ph: 7.44
Presión parcial de CO_2 : 28.1 mmHg
Presión parcial de O_2 : 77.4 mmHg
Bicarbonato estándar: 26 mEq/L
Exceso de base: 3.4 mEq/L
Saturación de la hemoglobina: 95.8 %

Exámenes imagenológicos:

Ultrasonido abdominal: Patrón gaseoso aumentado, se observan asas dilatadas con líquido interasa, más acentuado en flanco derecho, no signos de lucha. Hígado y ambos riñones sin alteración.

Radiografía de abdomen simple anteroposterior de pie: Se observan niveles hidroaéreos organizados de forma escalonada, con predominio de los líquidos sobre los gases.

Se anuncia de urgencia con diagnóstico preoperatorio de oclusión por bridas y adherencias postquirúrgicas, realizándosele laparotomía exploradora.

Durante la intervención se observó asas delgadas dilatadas, con apelonamiento de las mismas hacia mesogastrio, que interesaba, además, el sigmoide y tironeaba el útero hacia arriba interesando el cuerno izquierdo. Se separaron ambos cuidadosamente, extrayendo hacia fuera el apelonamiento de asas la cual no se encontraba adherida a la raíz del mesenterio y sí unas a las otras de forma firme, donde se observa presencia de fístulas complejas y múltiples que interesan asas yeyunales e iliales. Se observan múltiples adenopatías en la raíz del mesenterio que nos hace pensar en un proceso

tumoral fistulizado. Esto nos obliga a realizarle resección intestinal doble con su respectiva anastomosis término terminal, lavado y drenaje.

Al día siguiente el departamento de Anatomía Patológica nos informa:

Descripción macroscópica: Pieza quirúrgica de intestino delgado seccionada en dos, de 40 cm (Figura 1), serosa congestiva, vascularizada, al corte luz intestinal ocupada por compresa de 30.5 x 49.2 cm, no evidencia de tumor (Figuras 2 y 3).

Descripción microscópica (a los 15 días): Cortes histológicos de intestino delgado que muestran marcado edema de la serosa, múltiples focos de microhemorragia e intensa reacción inflamatoria de la mucosa y la lámina propia.

Conclusiones anatomopatológicas: Resección de intestino delgado a cuerpo extraño (compresa de 30.5 x 49.2) no tumor.

Evolución satisfactoria. Egresos a los 7 días de operada.

DISCUSION DEL CASO

Muchos son los factores citados en los trabajos revisados sobre el olvido de material quirúrgico en la cavidad abdominal, como son: cambio de turno del personal de enfermería durante el acto quirúrgico que interfiere en el conteo de compresas, operaciones prolongadas, cambio de posición en el acto quirúrgico, rapidez del acto operatorio, trabajo bajo presión, entre otros.

La interrogante que se impone es ¿Cómo se explica la presencia de compresa dentro de la luz del intestino? Según la literatura revisada se explica de la forma siguiente: El cuerpo extraño queda primeramente en la cavidad abdominal dando comienzo desde el primer día a fenómenos irritativos. Los fenómenos inflamatorios se hacen ostensibles hasta aproximadamente una semana después cuando ha logrado provocar un absceso limitado por asas intestinales.³

Los fenómenos supurativos dependen, en parte, del tipo de patología que motivó la intervención original. En algunos casos, el absceso tiende a abrirse en algún punto de la pared abdominal y por ahí se elimina el cuerpo extraño. Pero en otros casos la apertura del mismo se hace en asa del intestino. Tanto el pus

del absceso como el cuerpo extraño caen en la luz intestinal y debido a los movimientos peristálticos comienza entonces la progresión del cuerpo extraño dentro del intestino, pudiendo el gasoma emigrar a regiones bastante distantes del punto de entrada.³

Es muy probable, en caso de oblitomas en intestino delgado, de que si las condiciones son favorables dichas masas logren franquear la válvula ileocecal pasando al intestino grueso siendo luego expulsados por el recto. Mientras tanto, la fístula original puede desaparecer o quedar sellada por otra asa intestinal adosada al punto de la perforación. Si esto no sucede, la fístula se hace crónica y puede abrirse en la piel.³

Puede suceder en muchos casos que la compresa operatoria no logre caer por completo en la luz intestinal o también que debido a su volumen no emigre mucho llegando a un punto donde se queda estacionada. La oclusión intestinal puede ser completa o incompleta. Es también probable que el oblitoma se detenga debido a angulaciones provocadas por bridas intestinales.² Si solamente existe irritación aséptica, hay tendencia a la encapsulación, pero cuando hay infección y formación de absceso, es lógica la tendencia a la expulsión del cuerpo extraño.³

En la literatura se recoge la extracción de cuerpos extraños en los primeros 6 meses de operado el paciente por la sintomatología y la sospecha de estos, sin embargo, se han extraídos cuerpos extraños, que han permanecido muchos años sin provocar molestias y han sido extraído como hallazgo durante alguna intervención quirúrgica o simularon algún tumor como sucedió en nuestro caso.

Hasta estos momentos la forma más segura de extracción de cuerpo extraño, es la cirugía abierta, aunque ya se han dado pasos en la cirugía videoendoscópica; una vez extraído por cualquiera de las dos vías debe ser manejado con cuidado por el personal que participe en el caso con el fin de no mal informar a los pacientes y a sus familiares para evitar el inicio de un proceso médico legal innecesario. Por mucho tiempo se ha considerado como iatrogénica la existencia de un cuerpo extraño dentro del organismo posterior a algún procedimiento quirúrgico.⁴

Por lo que esta situación puede implicar, se deben cumplir las normas y procedimientos estipulados para ser cumplidos durante todo acto quirúrgico como son: los conteos necesarios de todo el material antes de la cirugía y posterior a la misma, preferentemente deben ser tres conteos estrictos, el

primero antes de realizar la incisión inicial, la segunda al cierre del plano de la cavidad operada y el tercero al cierre de la piel, estas medidas deberán ser asentadas en la hoja de enfermería y sobre todo estas medidas deben ser llevadas a cabo por personal calificado y certificado para estas responsabilidades. También, velar por que todas las compresas estén marcadas con material radiopaco, esto facilita que ante la duda con una radiografía se realice el diagnóstico precoz. Cuando por alguna circunstancia el personal de enfermería tenga que cambiar de turno se debe entregar todo el material haciendo énfasis en el que se localiza en el campo quirúrgico.⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Textilota intra-abdominal. Presentación de un caso[serie en internet]. Cirugest. 2006[citado: 16 sep 2007]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2006/16/2006-09-29.htm>.
2. Oblitomas Intestinales y Extra Intestinales[página web]. [citado: 16 sep 2007]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/rmh75/pdf/1967/pdf/vol35-1-1962-2pdf>.
3. Mainetti JM, Canestri I. Compresa de gasa en la luz del yeyunoíleon como manifestación secundaria del oblitoma: diagnóstico radiológico. Soc Cirugía Bs As. 1956 : 586.
4. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery: a continuing problem. *Arch Surg*. 1990; 125: 405-7.
5. Grupo Nacional de Cirugía. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía. 3ªed. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1987.p. 53-6.



Figura 1. Intestino delgado resecado que muestra apelonamiento.



Figura 2. Asa delgada con compresa en su interior.



Figura 3. Compresa extraída en el acto quirúrgico con porción de intestino delgado resecado.