

Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico.

Intestinal obstruction by oblito.

NUÑEZ HUERTA Edgar *, SARAVIA VILLANUEVA Carlos*

SUMMARY

The abdominal oblito that can be formed in an involuntary way after making an invasive procedure abdominal constitutes a serious problem that is not very analyzed in the medical literature. The purpose in the presentation of this case of intestinal obstruction by oblito is to aid the support of the concept that all has not still been said about the ways of presentation of the abdominal oblito. Also to insist in the importance of the prevention and the inform of the personnel of the surgical room. The daily chore confirms that this topic is a taboo issue and that it generates dilemmas in diverse planes which magnitude is as enough as to be discussed. (*Rev Med Hered 2004; 15:55-60*).

KEY WORD: Intrabdominal foreign bodies, gauzeoma.

INTRODUCCIÓN

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su 21^{ava} edición (1992). El oblito abdominal es un cuerpo extraño dejado accidentalmente en el abdomen durante una intervención quirúrgica y sin efecto terapéutico: gasas, compresas de distinta variedad y tamaño, tubo de drenaje o aspiración, instrumentos, etc. (1,2,3), quedan excluidos todos aquellos elementos que se hallan en el organismo cumpliendo un propósito terapéutico o estético tales como prótesis, suturas metálicas, parches mallas entre, otros. La calificación de "quirúrgico" resulta redundante. Comprende, por extensión, hechos similares acontecidos en el curso de cualquier maniobra invasiva.

La incidencia del oblito se desconoce. En la búsqueda bibliográfica se encontraron 3 trabajos nacionales y 91 extranjeros durante el período 1990-2001 (3,4).

Cabe destacar que existe un sub registro de su ocurrencia, ya que se desconoce la cantidad de casos con resolución espontánea y cuando acontece, se niega

o no se publica su hallazgo, no existen estudios necrópsicos sistemáticos y la aceptación del oblito se constituye en origen potencial de demandas.

El objetivo de esta presentación es hacer conocer otra forma de presentación del oblito abdominal y abordar también algunos aspectos clínicos, metas terapéuticas, prevención y consideraciones medico legales.

Caso clínico

Paciente de 42 años, casada, mestiza, con antecedente de haber sido colecistectomizada en Ayacucho en junio del 2001 y reintervenida 48 horas después por peritonitis biliar.

A los pocos días de la reoperación y desde hace aproximadamente 8 meses presenta dispepsia y flatulencia en forma intermitente, que con el tiempo se acompaña de llenura precoz y vómitos de contenido alimenticio. Ante la persistencia de esta sintomatología acudió al Hospital Nacional Cayetano Heredia donde se encuentra una paciente en REG, REN, REH, peso 52

* Médico Cirujano Asistente, Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

kg, no disnea, no ictericia.

El examen pulmonar y cardiovascular en normal, en el abdomen había ligero dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, y el resto del examen sin particularidades.

Las pruebas del laboratorio fueron normales. La radiografía simple de tórax y la ecografía abdominal no revelaron anormalidades.

En la radiografía gastroduodenal se observó retardo en la evacuación gástrica y en el bulbo duodenal se apreciaba falta de relleno por probable pólipo intestinal (Figura N° 1 y Figura N° 2).

La endoscopia digestiva alta del esófago y estomago fue normal, en el duodeno la motilidad disminuida donde se observó un cuerpo extraño que ocupaba la luz, impresionando como una gasa de 5-6 cm de diámetro que ocluía en un 90%, no permitiendo el paso del endoscopio hacia las otras porciones, en el piso del bulbo había tejido de granulación unido al cuerpo extraño firmemente.

El diagnóstico preoperatorio fue de obstrucción intestinal alta por oblito quirúrgico, por lo cual la paciente fue sometida a laparotomía exploratoria, encontrándose múltiples adherencias firmes, se realizó gastrostomía por donde fluye líquido purulento

maloliente; se amplió a una piloroduodenotomía, encontrándose una compresa de gasa orientada hacia la segunda y tercera porción duodenal, la cual no se puede extraer manualmente en su totalidad por estar adherida a la pared intestinal, procediéndose a cortar en su parte móvil (Figura N° 3, Figura N° 4 y Figura N° 5). Se efectuó una gastroentero-anastomosis antecólica en dos planos para facilitar el tránsito intestinal (Figura N° 6).

La evolución fue favorable, con control post operatorio hasta los 45 días sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Es necesario que exista una designación adecuada, precisa y sintética para esta particular entidad nosológica, ya que una de las dificultades de su libre comentario es la falta de un neologismo que aminore y suavice la escabrosidad de la cuestión en sí.

Por lo tanto, el vocablo "Oblito" es preciso para juzgar un hecho invasivo que desde el atenuado "Olvidado" hasta el reprochable "Emporcado" señala una de las contingencias más lamentables de la cirugía. (1,2,3,4). La retención intraabdominal de objetos utilizados durante un procedimiento invasivo es una complicación infrecuente de difícil diagnóstico.

El cuadro clínico de los oblitos es sumamente variado

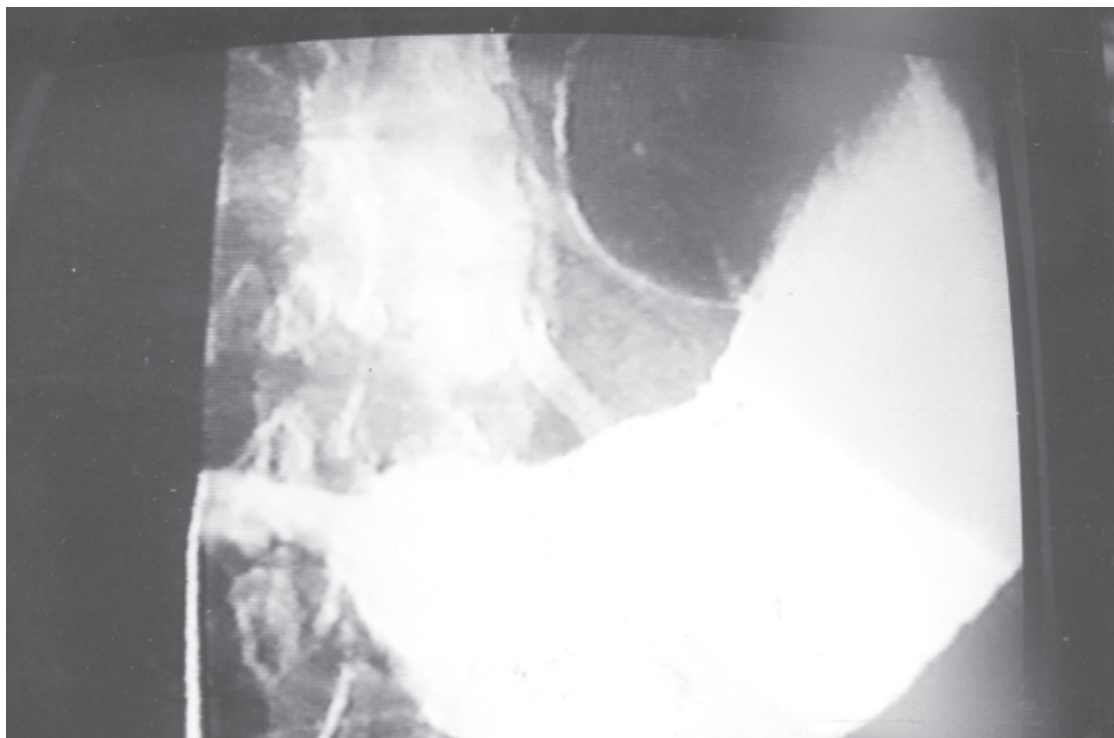
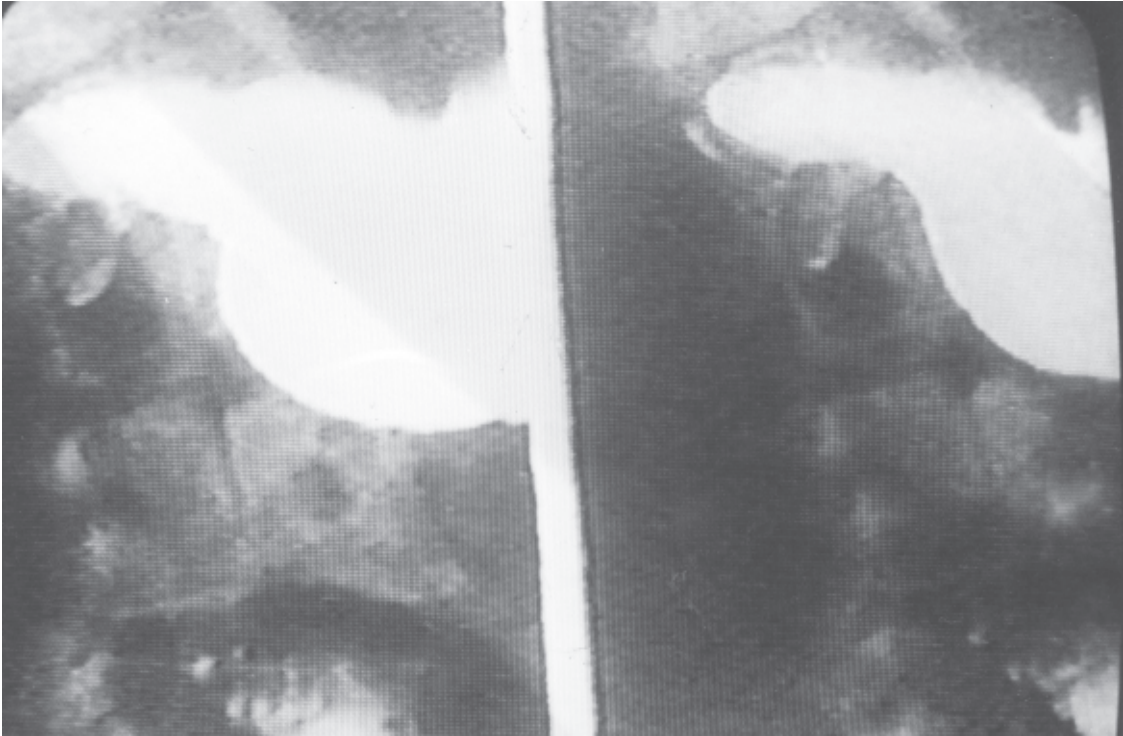


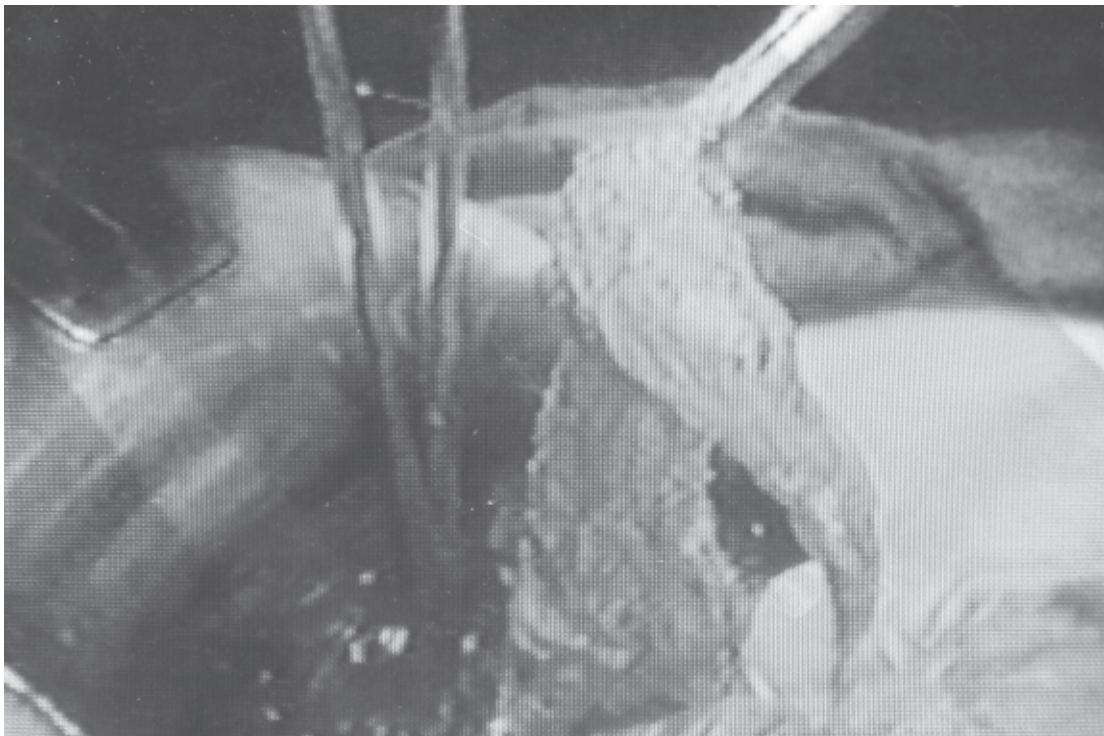
Figura N°1 Obstrucción Intestinal por Oblito Quirúrgico Abdominal

**Figura N°2 Obstrucción instestisnal por Oblito Quirúrgico Abdominal
(Descripción en el texto)**



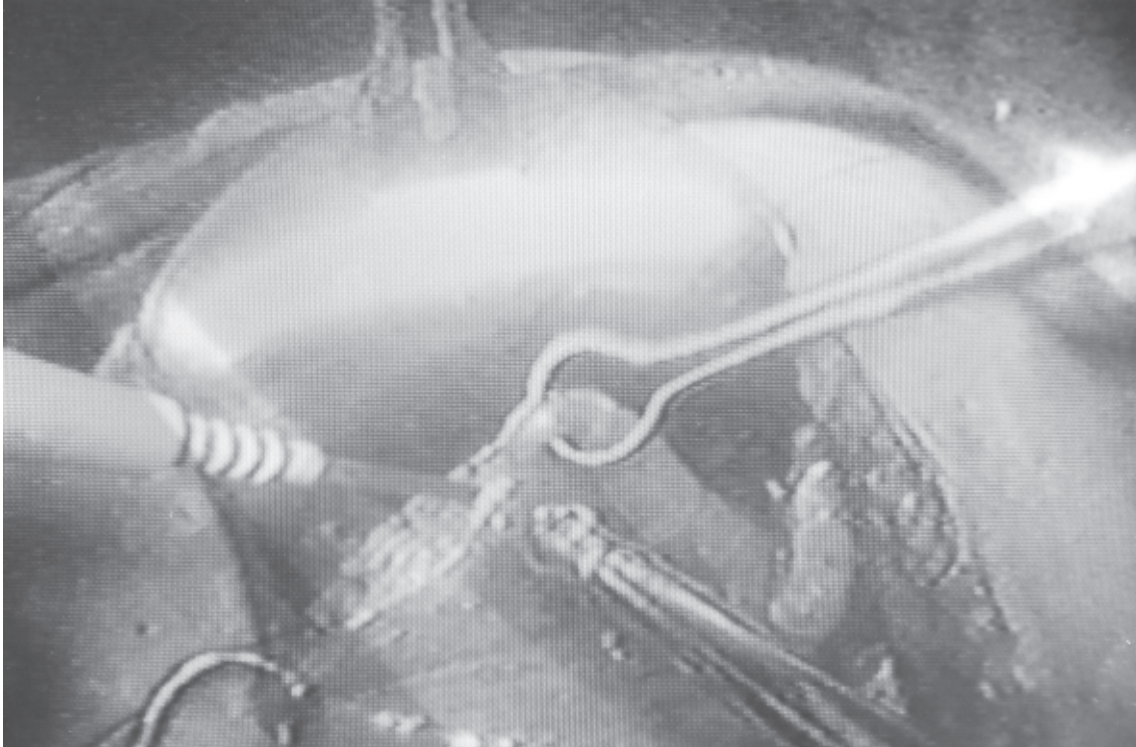
**Figura N°3 Obstrucción instestisnal por Oblito Quirúrgico Abdominal
(Descripción en el texto)**

**Figura N°4 Obstrucción intestinal por Oblito Quirúrgico Abdominal
(Descripción en el texto)**



**Figura N°5 Obstrucción intestinal por Oblito Quirúrgico Abdominal
(Descripción en el texto)**

**Figura N°6 Obstrucción Intestinal por Oblito Quirúrgico Abdominal
(Descripción en el texto)**



y proteiforme, lo que hace más complejo el diagnóstico (1), el cual se basa sobre todo en la sintomatología y en los estudios de imágenes, y en muchos casos es intraoperatorio. El oblito, en particular, genera rechazo por parte de los observadores y vergüenza por parte de los responsables. Es considerado un baldón que se niega, oculta y olvida. Justifica la designación de “gossypiboma” (tumor que da lugar a murmuraciones o chismes) utilizada por los autores de lengua inglesa, ya que da lugar a habladurías respecto de la capacidad del cirujano.

Esta situación es posible que puede ocurrirle a cualquiera. Es una probabilidad cierta, inherente a las maniobras invasivas y cuyo riesgo hay que minimizar en beneficio del enfermo. En nuestro paciente el diagnóstico pre-operatorio fue hecho por la endoscopia digestiva alta, ya que la radiología del abdomen señalaba el cuadro de obstrucción intestinal y no mostraba la etiología del mismo. La ecografía abdominal no aportó datos que pudieran sugerir la existencia de un oblito. El tratamiento fue quirúrgico, en la laparotomía se visualizó un proceso adherencial firme que impidió la movilización gastroduodenal, lo que nos llevó a efectuar una gastropiloro duodenotomía donde se observó una compresa de gasa que había migrado hacia la luz, parcialmente. A continuación procedimos a cortar la parte móvil del oblito, dejando la otra adherida a la pared

intestinal ante la imposibilidad de su extracción. Para facilitar el tránsito intestinal se realizó una gastroenteroanastomosis antecólica en dos planos (5,6,7,8,9). El presente caso muestra una presentación fistulosa interna-obstructiva poco común donde existe una real migración y a través de los planos de menor resistencia (intestino) se produce una verdadera erosión de la pared con adherencias firmes tanto fuera como dentro de la luz intestinal (5,11,10), y si el cuerpo extraño no progresa en el tránsito, da lugar a una obstrucción por obturación. La contraparte es la fistulización con eliminación espontánea, hecho feliz para el paciente.

En general el oblito se manifiesta de manera caprichosa, variable y poco característica. Puede manifestarse desde el período postoperatorio inmediato hasta muchos años después de la intervención. La multiplicidad de formas que asume y de patologías que aparenta le han ganado el calificativo de “gran simulador”. Confunde al más experto y corresponde incluirlo entre los diagnósticos diferenciales frente a cualquier cuadro con antecedentes quirúrgicos. La inespecificidad del cuadro provoca estudios costosos, elevado índice de reintervenciones y morbi-mortalidad importante. En la mayoría de los casos, el paciente llega a la intervención sin un diagnóstico confirmado y con frecuencia con presunción de una neoplasia. El hallazgo se constituye en una desagradable sorpresa.

El tratamiento específico deberá adecuarse con los hechos.

No debemos dejar de insistir en la importancia de la profilaxis, basada en la prudencia del manejo del material quirúrgico, y en la concientización del personal de la sala de operaciones para asumir una actitud responsable en el manejo y conteo del material blanco y instrumental utilizados (2) y visto que: el oblito se produce por olvido de material durante el acto quirúrgico y que la detección es más fácil si se utiliza material marcado y considerando, que no se encuentra lo que no se busca, sólo se busca el oblito sospechado; sólo se sospecha el oblito si se lleva cuenta del material utilizado y sólo se puede llevar cuenta del material utilizado si se trabaja con orden se concluye que: para reducir el riesgo, la medida más eficaz es ordenar las acciones dentro de la sala de operaciones. A su vez el empleo de elementos marcados permite maximizar los resultados.

Algunas consideraciones medicolegales: la vida; la integridad física, psíquica y estética y la intimidad son bienes tutelados por el derecho. Pueden resultar afectados con motivo de una práctica médica o en ocasión de ella (12).

La ley entiende que todo hombre y el médico como tal "es responsable de los actos ejecutados con discernimiento, intención y libertad". El compromiso es extensivo a las consecuencias que provoque. El único modo de atemperar tales consecuencias radica en que el profesional acredite que en el curso del acto operatorio ha aplicado los métodos de control usuales para evitar la ocurrencia de los oblitos.

En conclusión el oblito constituye un problema que no ha sido resuelto y cuya incidencia es desconocida. El riesgo debe ser considerado entre las complicaciones inherentes a los procedimientos invasivos.

La obstrucción intestinal producida por un oblito que ha migrado es otra forma de presentación, lo cual obliga a considerarlo en el diagnóstico diferencial frente a pacientes con antecedentes quirúrgicos.

El orden en el proceder quirúrgico parece la conducta

profiláctica tener costo-eficiente. Su efectividad puede maximizarse mediante el uso de material con marca radiopaca.

La ley condena como delito culposo la provocación del oblito. La ética sugiere proceder con prudencia acorde con el caso y la opinión del médico.

Correspondencia:

Edgar Núñez Huerta
Hospital Nacional Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado s/n
San Martín de Porres
Lima Perú

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira J. Algo mas sobre el llamado oblito quirúrgico. Rev Argent Cirug 1984; 46:210.
2. Núñez E. Clínica Quirúrgica de los Cuerpos extraños en el Abdomen: Oblito Quirúrgico Abdominal. Rev Med Hered 1998;9(2):77-80.
3. Sardinias C, Poleo E. El cuerpo extraño intra-bdominal. Bol Hosp Univ Caracas 1993;23:72.
4. Rodríguez G, Ruso L, Bruno G. Corpus Alienum Intraabdominal. Cir Uruguay 1997;67:80-83.
5. Risher W, Mac Kinon W. Foreign body in the gastrointestinal tract: Intraluminal migration after laparotomy sponge. South Med J 1991; 84:1042-45.
6. Robinson K, Levin E. Erosion of retained surgical sponges into the intestine. Am J Roentgenol 1966; 96:339-343.
7. Bortagaray C, Errandonea J. Cuerpo extraño intraduodenal. Cir Uruguay 1973;43:279-82.
8. Masson LB. Migration of surgical sponge into small intestine. JAMA 1968;205:938-9.
9. Mainetti JM, Canestri I. Compresa de gasa en la luz del yeyunoileon como manifestación secundaria del oblito. Diagnóstico radiológico. Bol Trab Soc Cir Buenos Aires 1957;41:386-390.
10. Austin J. The foreign body. Problem after laparotomy. Personal experiences. Am J Surg 1971;122:785-786.
11. Dangayach KK, Gupta OP, Bhargava SK. Surgical complications of left over intraperitoneal foreign body Ind J Surg 1984;46:84-87.
12. Urrutia AR. Responsabilidad Médico - Legal de los Cirujanos, (Urrutia, D. M. Urrutia C.A y Urrutia, G.A), de Hector Macchi, Buenos Aires, 1995.

Fecha de Recepción : 10-Diciembre-2002
Fecha de Aceptación : 08-Setiembre-2003