

ELIMINAÇÃO ESPONTÂNEA DE CORPO ESTRANHO PELO RETO

Manuel da Silva Resende¹
Mauro Guimaraens¹
Emerson José Macedo de Oliveira¹
José Augusto de Araújo Pires²

RESUMO

Os autores fazem um levantamento bibliográfico, com análise detalhada dos aspectos clínicos, fisiopatológico, anatomopatológico e radiológico de pacientes portadores de corpo estranho, enfatizando a necessidade de sua profilaxia.

A presença de corpo estranho deixado dentro da cavidade abdominal representa um problema sério em todo o serviço cirúrgico, mas que raramente é discutido. Com facilidade surpreendente, difícil de avaliar, um corpo estranho pode desaparecer na cavidade enquanto o cirurgião se encontra preocupado com o procedimento cirúrgico. Tal possibilidade pode ocorrer mesmo com cirurgiões hábeis, trabalhando sob condições favoráveis. A relativa escassez de trabalhos publicados na literatura mundial e, muito mais, na brasileira se deve mais aos problemas médico-legais decorrentes, do que à vaidade ferida do cirurgião. Por outro lado, a impossibilidade de afastar completamente o erro humano coloca diante de uma equipe cirúrgica este fato, nascendo, a partir desta realidade, uma necessidade de se tomar todas as medidas preventivas para que tão grave ocorrência diminua em sua incidência. O preparo adequado da equipe cirúrgica, a observação de regras elementares durante o ato operatório na utilização e controle do material, o uso de gazes e compressas com reparo radiopaco e até o emprego rotineiro de radiografia simples do abdome na sala de cirurgia antes do fechamento da laparotomia têm sido recomendados.

Por estes motivos, apresentamos e analisamos dois casos que tivemos a oportunidade de acompanhar.

Relato dos casos

Caso 1 – L.T.M., masc., br., casado, 58 anos – comerciante, natural do Maranhão, reg. 5000639/00 – INAMPS – Hospital Presidente Médici.

Paciente natural do Maranhão, portador de hipertensão porta (sic), sendo encaminhado ao Rio de Janeiro para tratamento cirúrgico (esplenectomia) em 22.8.77. Reoperado quatro horas após a cirurgia em decorrência de sangramento (sic).

Quatro meses após a cirurgia, passou a apresentar quadros febris, que cedia espontaneamente, além de dores abdominais em cólicas no flanco D. com irradiação para região epigástrica acompanhadas de vômitos alimentares não digeridos, anorexia, perda de peso (± 10 kg) na evolução da doença. Apresentava diarreia (duas ou três evacuações líquidas ao dia). Estas sintomatologias perduraram até 22.5.78, quando após realização de E.E.D. fez um quadro de semi-oclusão, sendo internado no Hospital Presidente Médici para investigação diagnóstica. Ao exame físico, apre-

- | |
|---|
| 1 Proctologistas do Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – Brasília – DF |
| 2 Gastroenterologista do Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – Brasília – DF |

sentava abdome globoso, com cicatriz cirúrgica residual transversa no abdome.

Fígado palpável no RCD e baço impalpável — abdome distendido com peristalse aumentada. Após realização de RX simples do abdome apresentava distensão de alças de delgado, e no simples de abdome após trânsito, opacificação no mesogástrio, fazendo com que os radiologistas suspeitassem de alguma forma intraluminal rodeada de contraste. Fizeram sucessivas lavagens intestinais para realização de clister opaco, evidenciando corpo estranho intraluminal. Retornando à enfermaria, o paciente eliminou espontaneamente o corpo estranho. Continuou na enfermaria assintomático apresentando alterações de provas funcionais hepáticas; motivo pelo qual permaneceu internado até 20.6.78.

Caso 2 — M.G.T.R., fem., br., casada, 34 anos, doméstica, reg. 19.49.78 INAMPS — Hospital Presidente Médici.

Submetida em 15.7.81 à cesariana, sendo que no mesmo dia sofreu nova intervenção, desta vez, histerectomia em decorrência de sangramento vaginal pós-cesárea.

Em torno de 40 dias após a cirurgia, passou a apresentar dores epigástricas, acompanhadas de sensação de plenitude pós-prandial e seis a sete evacuações líquidas ao dia. Referia alterações na cor da urina (urina vermelha) e esporadicamente calafrios.

Durante um ano e seis meses, procurou vários médicos em decorrência destas sintomatologias, perdendo 18 quilos na evolução da doença (sic). Procurou o Serviço de Emergência do INAMPS, com sensação de corpo estranho no reto.

Ant. fisiológicos — N.D.N.

Ant. mórbidos pessoais — Viroses da 1ª infância — Submetida a duas cesarianas — Histerectomia parcial, além de laqueadura tubária.

Exame físico — T.A.: 36,5°C; P.A.: 120/80 mmHg.

Bom estado geral, eupnéica, hidratada, mucosas coradas, anictérica. AP. MV fisiológico — FR: 20 irpm — AC: RC — 2 t, bulhas normofonéticas, ausência de sopros ou desdobramentos.

Abdome plano, flácido, doloroso à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal.

À inspeção no exame proctológico, apresentava exteriorização inicial de corpo estranho (compressa cirúrgica) pela fenda anal, sendo necessário ser submetida à peridural, para extração manual em decorrência de parada de progressão da mesma.

DISCUSSÃO

Nos dois casos apresentados, após um período assintomático de 120 e 40 dias, respectivamente, encontramos quadros semelhantes sob o aspecto clínico que evoluíram, contudo, de maneira diferente. No **Caso 1**, o paciente apresentou uma suboclusão intestinal cujo estudo radiológico mostrou um corpo estranho dentro do cólon (**Figs. 1 e 2**). No **Caso 2** houve a eliminação espontânea da compressa pelo reto sem diagnóstico prévio nem complicação oclusiva (**Figs. 3, 4 e 5**). Segundo *Froidevaux*⁵, o período assintomático, em seis casos relatados, variou de 10 dias a 20 anos. *Zawadzki e Truemner*¹⁰ relatam casos de 23 e 28 anos enquanto *Rymer e Mc Carthy*⁸ de 33 anos e *Devgan e Tucker*² de 55 anos.

As manifestações clínicas caracterizaram-se por dor abdominal, diarreia, febre com calafrios e perda de peso que persistiram por 5 e 18 meses, respectivamente. No **Caso 1** o paciente foi submetido a uma esplenectomia sendo reoperado imediatamente devido à hemorragia que não pôde ser esclarecida pelo doente assim como o que foi realizado. No **Caso 2** a cirurgia prévia foi uma cesárea seguida de sangramento transvaginal incontrolável que necessitou de uma histerectomia imediata. Em qual dos atos cirúrgicos foi abandonada a compressa é impossível esclarecer. Ao exame físico nenhum dos pacientes apresentou massa abdominal palpável.

Segundo os trabalhos de *Froidevaux*⁵, *Schachner*⁹ e *Edinburg*³ podemos ter as formas assintomáticas, infecciosas, pseudotumorais, suboclusivas ou oclusivas e fistulosas. Estas formas podem se combinar para formarem um quadro próprio com predominância de uma ou evolução para outras formas. Conforme *Schachner*⁹ os efeitos dos corpos estranhos dependem da esterilidade, tamanho, características físicas, localização, tolerância peritoneal de cada indivíduo. Tais corpos estranhos podem ocasionar uma reação asséptica fibrinosa produzindo aderência e capsulamento ou podem ser do tipo exsudativo, com formação de abscesso com ou sem invasão bacteriana secundária. O desenvolvimento de um abscesso representa uma tentativa do organismo para eliminar o material estranho tanto para a superfície como para uma víscera oca. Uma fístula pode se desenvolver e cicatrizar só após a eliminação espontânea ou remoção cirúrgica do corpo estranho. O abscesso compreende a maioria dos casos diagnosticados no pós-operatório imediato, já que, quase sempre, apresentam sintomas clínicos urgentes. Febre, anemia e perda de peso podem até certo ponto simular uma caquexia de

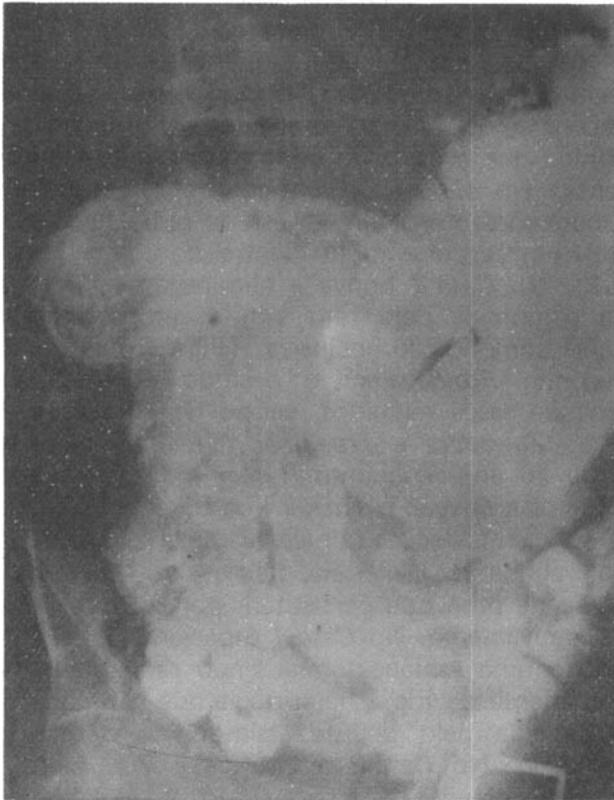


Fig. 1 – Opacificação do mesogástrio com presença de corpo estranho intraluminal.

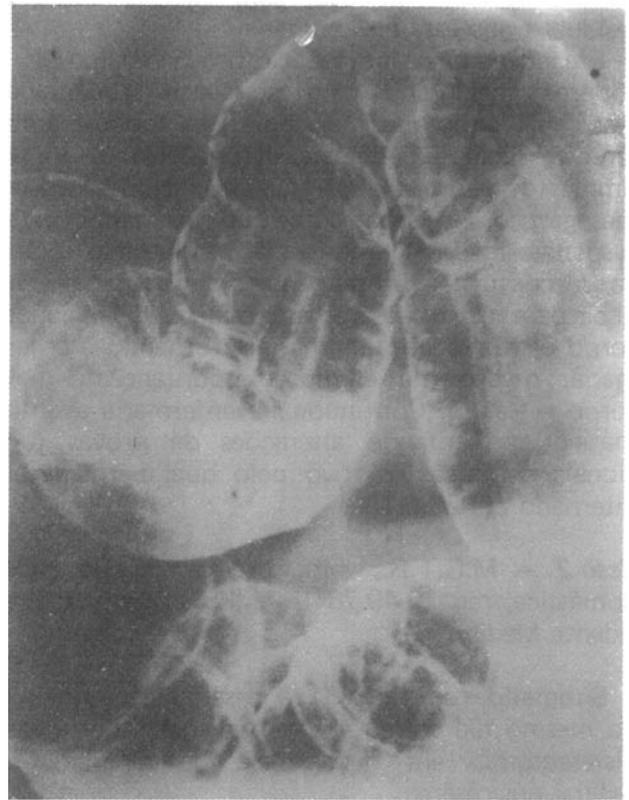


Fig. 2 – Corpo estranho intraluminal ao nível de ângulo esplênico.

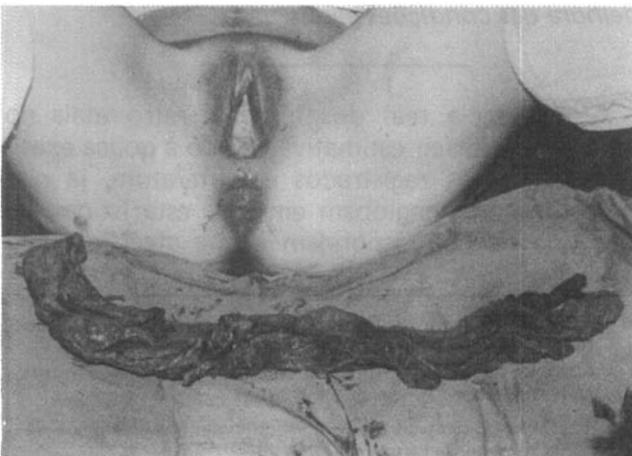
um câncer avançado. Um baixo grau de inflamação criando um processo capsulado adesivo e produzindo sintomas oclusivos geralmente aparece vários meses ou anos após, embora também possa ocorrer no pós-operatório imediato.

A cápsula fibrosa com aderência inflamatória pode produzir uma massa palpável. Em raras ocasiões o cálcio se deposita nesta cápsula fibrosa. **Crossen** e **Crossen**¹ em 307 casos estabelecem uma correlação entre os achados patológicos e clínicos relacionando-os com a permanência do corpo estranho na cavidade abdominal. Durante os primeiros dois meses, a reação era discreta e representava achados acidentais de autópsia; de 2 meses a dois anos, ocorreu processo infeccioso com formação de abscesso com eliminação através de fístula. Em nove meses, 80% dos casos mostraram erosão intestinal.

Em nossos dois casos tivemos um período de cinco a 18 meses respectivamente para formação de fístula, sendo que no 1º caso, a mesma foi precedida por um quadro suboclusivo com menor duração de sintomas.

O diagnóstico radiológico, embora muitas vezes difícil e até impossível, melhorou com o uso rotineiro de materiais radiopacos nas gazes e compressas cirúrgicas que são basicamente de dois tipos: filamentar ou em faixa. O primeiro a

introduzir o filamento radiopaco foi **Cahn** em 1929, porém só a partir de 1940 passou a ser usado nos EUA, segundo citação de **Edinburgh**³. Contudo, mesmo assim sabemos que tais corpos estranhos podem ficar muitos anos sem produzir sintomas dentro da cavidade abdominal e que apesar de todos os cuidados tomados estes podem ser esquecidos. Por esses motivos **Jones**⁶ recomendou a realização sistemática de Rx simples de abdome na sala cirúrgica, antes do fechamento da laparotomia, cuidado este também enfatizado por **Etter** e **Rice**⁴, porém não recomendado por **Froidevaux**⁵, devido aos maiores gastos e a possibilidade de nem sempre visualizar corpos estranhos. **Olnick**⁷ em 1955 e **Froidevaux** em 1980 assinalam os aspectos radiológicos importantes para o diagnóstico de gazes e compressas retidas no interior do abdome. O mais importante naturalmente será a demonstração do material radiopaco adicionado aos mesmos. Estes, contudo, podem ser distorcidos em seus aspectos conforme estejam dobrados, torcidos ou desintegrados. O reconhecimento também é possível pela presença de gás aprisionado entre as fibras dando um aspecto enovelado sendo que o gás tanto pode ser de origem intestinal como formado pelas bactérias do abscesso. A simples presença de um abscesso, na impossibilidade de visualizar corpos



Figs. 3, 4 e 5 — Início da eliminação de compressa pelo ânus, fase intermediária e eliminação completa.

estranhos não marcados, deve ser correlacionado com a história clínica e os achados físicos, principalmente se há intervenção cirúrgica anterior.

Em alguns casos uma massa palpável correspondendo a um corpo estranho pode ser mostrada

em seu contorno ao Rx, podendo ser fixa se aderida ao peritônio parietal e móvel se envolvida inteiramente pelo mesentério. Outro aspecto pode ser mostrado pelo deslocamento que acarreta nos órgãos vizinhos. A calcificação é rara. Se há fístula para a pele a fistulografia pode evidenciar o corpo estranho no interior da cavidade. O trânsito gastrointestinal pode mostrar o contorno do corpo estranho dentro da luz do tubo digestivo.

Atualmente a ultra-sonografia pode precisar além do volume e da topografia o conteúdo da massa tumoral, assim como a tomografia computadorizada.

Em nossos dois casos sob o aspecto radiológico o trânsito intestinal realizado no primeiro caso, devido à diarreia que o paciente apresentava ocasionando um quadro suboclusivo, permitiu diagnosticar o corpo estranho no interior do cólon (**Figs. 1 e 2**) antes de sua eliminação. Já no segundo caso o diagnóstico radiológico prévio não foi realizado: o diagnóstico só foi possível através da eliminação da compressa através do ânus (**Figs. 3, 4 e 5**).

SUMMARY

The AA review the bibliography in detail with special emphasis on the clinical aspects, the pathophysiology and the radiological pictures of patients who presented foreign bodies, pointing out need for prophylaxis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CROSSEN HS & CROSSEN DF — Foreign bodies left in the abdomen: The surgical problems, cases treatment, prevention the legal problems, cases, decisions, responsibilities. St. Louis, C.V. Mosby Company, 762 pp., 1940.
2. DEVGAN M & TUCKER EF — Post-appendectomy cotton swabs retained for 55 years: Case report. Mo Med, 74: 23, 1977.
3. EDINBURGH A — An intra-abdominal foreign body presenting as colonic tumor: Review of literature and report of a case. Dis Col and rect, 22(5): 324-327, 1979.
4. ETTER LE & RICE SM — Importance of survey radiograph of the abdomen in surgery. Am J Surg, 87: 624-628, 1954.
5. FROIDEVAUX AS, VUKANOVICS SO, HUBER O & HAUSER H — Les corps étrangers textiles intra-abdominaux. Med Chir Dig, 9: 471-477, 1980.
6. JONES SA — The foreign body problem after laparotomy. American Journal of Surgery, 122: 785, 1971.
7. OLNICK HM, WEENS HS & ROGERS JV Jr. — Radiological diagnosis of retained surgical sponges. JAMA, 159: 1525-1527, 1955.
8. RYMER CA & MC CARTHY JD — Asilent sponge speak. Am J Surg, 128: 103-1974.
9. SCHACHNER A — Foreign bodies accidentally left in the abdominal cavity. Ann Surg, 34: 499, 1901.
10. ZAWADZKI ES & TRUENNER KM — Postoperative foreign bodies in the abdomen. J wich Med Soc, 47: 630, 1948.