

Clínica quirúrgica de los cuerpos extraños en el abdomen: Oblito quirúrgico abdominal.

NUÑEZ HUERTA Edgar *

"No me explico cómo es que en todas las operaciones no queda alguna gasa o instrumento"

Juez Anónimo (1)

SUMMARY

Philosophic medical and legal principles are stated introducing the name oblito, explaining its linguistic root. the definition of foreign body accidentally forgotten during an operation and with no therapeutic value, is proposed. The characteristics of the foreign body left in the abdomen during surgery from the nosographic and nosologic point of view, give this process an individuality, that allows to speak about its clinics. The symptomatology is clear and connected to the clinical forms analyzed. diagnosis is reached specially by radiology. In order to complete the oblito's pathological similitude with other abdominal processes, it is necessary to point out that it has a regulated prophylaxis, in nearly every surgical center. (*Rev Med Hered 1998; 9:77-80*).

KEY WORDS: Intra-abdominal ,foreign bodies.

Esta comunicación podría sugerir la idea que es posible decir alguna cosa más sobre un tema bastante tratado en reuniones o publicaciones médicas. Sin embargo la intención es la de ayudar a apoyar el concepto que aún no se ha dicho todo lo que corresponde decir, ello se justifica porque tienen un claro factor etiológico, un mecanismo patogénico variado, pero siempre real e identificable, alrededor del cual giran conceptos médicos quirúrgicos y principios jurídicos. Para esclarecer las ideas de los dos principales fueros que juzgan los hechos que surgen del título, el médico y el jurídico, lo que en el ámbito legal se debe encuadrar y lo que hace al juicio público sobre el accionar médico, habría cumplido su propósito si contribuye a la reflexión de cuantos deben enfrentar este problema.

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. Es pues imprescindible utilizar un vocablo que señale la existencia de algún elemento, utilizado en el acto operatorio y dejado en el interior del abdomen.

Dice el diccionario "Oblino" es "juntar, embadurnar, calafatear, manchar". Según Masciotra, "Oblitus" como participio pasivo de "Oblino" significa "cerrado, sellado, untado, ensuciado o emporcado". Pero hay verbo que refuerza el sentido, si bien con otro significado y es "Obliviscor", olvidarse de uno o de una cosa, quizás más precisa para el asunto que nos ocupa. El hecho es que "Obliviscor" tiene también su participio pasivo "Oblitus", igual que el del verbo "Oblino" que ya se mencionara.

* Cirujano Asistente Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Principal de Cirugía Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Surge entonces que el análisis y la propuesta de Masciotra son doblemente reforzadas, una porque "Oblitus" quiere decir, como

participio del Obliviscor "olvidado" y otra porque también "Oblitus" como participio pasivo de "Oblino": "sucio, emporcado,

etc."por lo tanto el vocablo latino "Oblitus" es preciso para juzgar hecho quirúrgico que desde el atenuado "Olvidado" hasta el reprochable "emporcado" señala una de las contingencias más lamentables de la cirugía. No habría una diferencia exigente entre el latino "Oblitus" y el castellanizado "Oblito". Es procedente aceptar el neologismo, hasta que el Diccionario de la lengua lo incorpore (2).

Es posible encuadrar el tema del "Oblito Quirúrgico Abdominal" en la normatización que presenta los capítulos y los tratados de patología. Lo que le da una personalidad científica definida alejándola de la curiosidad o del error.

DEFINICIÓN

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. Quedan excluidos todos aquellos elementos que se hallan en el organismo cumpliendo un propósito terapéutico o estético tales como prótesis, suturas metálicas, parches mallas, otros. Los elementos que llamaremos comúnmente oblitos quirúrgicos son los utilizados en la operación y que fueron olvidados para el caso, en la cavidad abdominal. Percance molesto y desagradable para el cirujano e inexplicable para los neófitos.

FISIOPATOLOGÍA

En general se enquistan con la participación de órganos vecinos, en especial el epiplon mayor o migran, dentro de la misma cavidad abdominal, apareciendo muchas veces distantes del sitio de la intervención.

Con alguna frecuencia son aspirados por la presión negativa subdiafragmática y aparecen en el espacio subfrénico.

El enquistamiento muchas veces no es definitivo ya que tras esa evolución suceden varias alternativas como por ejemplo la formación de un absceso.

La migración de los oblitos abdominales puede ocurrir hacia la luz visceral siguiendo por el intestino hasta ser eliminado; es el caso de compresas defecadas, incluso años después de la operación. También ocurre la migración de oblitos con perforación de la pared vesical desde la cavidad abdominal o el retroperitoneo (3,4).

SINTOMATOLOGÍA

La clínica de los cuerpos extraños es sumamente variada y proteiforme, lo que hace más complejo el diagnóstico, aún el presuntivo (5,6). Se les puede clasificar según su forma de presentación en:

1. Cuadro inflamatorio agudo, que según Crossen (7) se presenta entre el 3° y 7° día post-operatorio y se caracteriza por irritación peritoneal y una intensa hiperhemia en la zona de contacto.
2. Silenciosa o asintomática, que constituye un hallazgo o una eliminación espontánea sin sintomatología (8).
3. Fistulosa interna o externa, comunicando en la primera al cuerpo extraño con una víscera hueca principalmente el intestino haciendo largos trayectos en algunas ocasiones por el interior de la víscera hasta su eliminación, o en el segundo, directamente al exterior a través de la piel (3).
4. Forma obstructiva intestinal es una variedad bastante común y en el que la radiografía señala el cuadro de íleo.
5. Forma tumoral palpable: que conduce por lo general a diagnósticos erróneos, no tiene signos definidos y se debe pensar en ella cada vez que medie el antecedente de una intervención quirúrgica abdominal y aparezca un tumor palpable dentro de un tiempo variable.
6. Forma peritoneal que suele presentarse con un cuadro irritativo peritoneal y habitualmente con la presencia, evidenciada por la radiología de un derrame peritoneal significativo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es casi imposible de hacer si no se piensa en él. La sospecha de la existencia de un oblitio debe estar siempre presente en la mente del cirujano.

La palpación del abdomen cerrado no proporciona mayor información sobre la etiología de la masa palpada. Pero la palpación una vez abierto el abdomen es muy característica, se aprecia una masa de consistencia blanda, anelástica y que deja la presión digital al comprimirla.

Radiología

Existe un primer período que correspondería a la falta de imagen que denote la existencia de un oblitio, (silencio radiológico). El segundo período corresponde al absceso con una imagen en "panal de abeja" que se debe a la aposición de fibrina en pequeños grumos sobre la superficie de la gasa o de la compresa y que se manifiesta como una imagen radiológica de un presunto cuadrículado. El tercer período es el correspondiente a la fistula, ya sea interna o externa imagen típica al examen radiológico producida por la impregnación de la gasa con líquido o aire, cuando ha sido suministrada con una mezcla radioopaca. El cuarto período se caracteriza por la introducción en la luz intestinal y se le reconoce porque la gasa impregnada de bario da un imagen alargada, perpendicular e independiente de las válvulas coniventes. Y en el quinto período ya ha evolucionado el albergo de la gasa, sea en la luz intestinal o eventualmente dentro de la cavidad abdominal y la misma que se encapsula presentando imágenes de calcificación.

Los aspectos radiológicos dependen fundamentalmente del lugar donde se ha alojado el cuerpo extraño, ya sea desde su iniciación o a través de una migración en el transcurso del tiempo. Pero, indudablemente fija una idea y con ello ya encierra valor a pesar que en muchos casos el cirujano se debe manejar, en el post-operatorio, con una duda ante cualquier signo o síntoma que no se halle relacionado estrictamente con la evolución y las características del acto quirúrgico.

El agregado de medio de contraste por vía oral es útil en los casos de fistulización hacia el intestino.

Existen otros recursos diagnósticos como la ecografía, laparoscopia o la tomografía computarizada que se deberán tener presentes en determinadas circunstancias.

EVOLUCIÓN

La evolución del oblitio abdominal es variable tanto en su manifestación clínica como la evolución en el tiempo.

Hay enquistamientos prolongados y no es imposible que se halle en una reintervención abdominal, por diversa causa, un oblitio perteneciente a una cirugía anterior. La fistulización con eliminación espontánea es un hecho feliz para el paciente y poco decoroso para el cirujano, pero se ha salvado una vida (4,8).

PRONÓSTICO

Está en relación, con la forma clínica, la evolución y la oportunidad diagnóstica. Sin embargo en la mayoría de los casos es bueno.

TRATAMIENTO

En general es quirúrgico. Hay oblitos (aguja, o trozos de material inerte), por su naturaleza, ubicación, tamaño, repercusión, pueden ser dejados en la cavidad abdominal bajo estricto control.

PROFILAXIS

Es de por sí, todo un capítulo aparte. Sobre el tema no hay consenso, salvo el de corroborar el número de elementos utilizados o sea la **cuenta** de gasas e instrumentos al principio y al final de cada de las intervenciones quirúrgicas, no usar en lo posible gasas pequeñas durante la operación, de ser necesario usar compresas con marcadores radioopacos.

La tutoría en los cirujanos en aprendizaje es muy importante.

REFLEXIÓN

Si bien, el cirujano es el responsable de todo lo que sucede en el acto quirúrgico, es evidente que no puede controlar durante el mismo en forma personal, simultánea y continuada a todos los miembros del equipo, por lo que resulta difícil imputarle responsabilidad absoluta, sobre todo si se han tomado las precauciones lógicas y posibles para evitar el accidente.

Es necesario que el cirujano que extrae un oblito sea muy cauto con el paciente y familiares y no exhiba el oblito extirpado en prueba de un éxito quirúrgico, salvo que las contingencias o las instancias judiciales así lo exijan. De no proceder de esta manera se causa un grave daño a al cirugía.

Es necesario esforzarse en evitar que el exceso de mecanización, que disminuya en el cirujano el espíritu de reflexión y autocrítica.

La cirugía y la medicina legal, deben marchar estrechamente unidas para que la acción de la justicia se desenvuelva en sus más exactos cabales sin excesos permisivos y tolerantes por un lado, o sanciones injustas por otro.

Podríamos decir que el oblito abdominal es una contingencia quirúrgica. Es decir "algo que puede o no ocurrir" a pesar de las precauciones, lo que le restaría en cierto modo el perfil delictivo que muchas veces se le asigna.

El tiempo modificará conceptos y cambiará enfoques. Nadie juzga a los accidentes de aviación como una vergüenza de la aeronáutica. Los oblitos quirúrgicos no son una vergüenza de la cirugía, pero es de desear que se continúe y se perfeccione las medidas para que, al igual que los accidentes de aviación, sean cada vez menos, hasta lograr su desaparición.

Correspondencia:

Edgar Nuñez Huerta
Los Jazmines 128
San Eugenio Lima 14

BIBLIOGRAFÍA

1. Santas A. Cuerpos extraños olvidados durante las intervenciones quirúrgicas. Boletín y Trabajo Soc Cirug Bs As 1965; 49:94.
2. Ferreira J. Algo más sobre el llamado oblito quirúrgico. Rev Argent Cirug 1984; 46:210.
3. Resende, M, Guimaraes M. Eliminao espontanea de corpo estranho pe lo reto. Rev Bras Colo-Proctol 1986; 6:24.
4. Rangel M. Corpo estranho intra-abdominal de evolucao atipica. Rev Bras Cirug 1989; 79:153.
5. Sardiñas C; Poleo E. El cuerpo extraño intra-abdominal. Bol Hosp Univ Caracas 1993; 23:72.
6. Ibrahim IM. Retained Surgical Sponge. Surg Endosc 1995; 9:709.
7. Crossen A y Crossen D. Foreign bodies left in the abdomen. C.D Mosby Co, Ed, Phyl. St Louis. 1940.
8. Píriz A.; Cintra S. Cuerpo extraño intraabdominal con 27 años de evolución. Rev Cuba Cir 1990; 29:156.