

CORPO ESTRANHO (COMPRESSA) RETIDO SIMULANDO CISTO HEPÁTICO

RELATO DE CASO

*Retained foreign body (surgical sponge) simulating a hepatic cyst
Case report*

LUIS FERNANDO P. JOHNSON¹ RUY GERALDO BEVILACQUA²

Mesmo com todos os cuidados que são tomados durante o ato operatório, a retenção de corpos estranhos continua a ocorrer. A apresentação clínica é extremamente variável e pode se apresentar muitos anos após o ato cirúrgico, dificultando o diagnóstico pré-operatório. Relatamos um caso em que a apresentação clínica correspondia a um cisto hepático 15 anos após colecistectomia. São discutidos aspectos radiológicos para o diagnóstico e cuidados para evitar este tipo de complicação.

Unitermos: Cisto hepático. Corpo estranho*. Compressa cirúrgica*. Complicações cirúrgicas.

Keywords: Hepatic cyst. Foreign body*. Surgical sponge*. Surgical complication.

1 - Residente em Cirurgia Oncológica do Hospital do Câncer A. C. Camargo.

2 - Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital do Câncer A. C. Camargo.

Endereço para correspondência: Hospital do Câncer A. C. Camargo - Departamento de Cirurgia Abdominal - R. Prof. Antônio Prudente, 211 - CEP 01509-010 - São Paulo - SP

Introdução

A despeito dos cuidados da equipe cirúrgica, a retenção de corpos estranhos após cirurgias intra-abdominais continua sendo um problema. Sua incidência tem sido estimada em 1 por 1.000 a 1.500 laparotomias⁽⁴⁾.

Com frequência são descobertos muito tempo após a laparotomia e seu diagnóstico antes da reoperação é, na maioria das vezes, difícil.

A apresentação de corpo estranho sob a forma de cisto hepático é rara, tendo sido descrito apenas um caso na literatura⁽³⁾.

Relato do caso

Na presente comunicação relatamos um caso de uma paciente de 65 anos, admitida neste serviço com queixa de dispnéia progressiva há sete meses.

Ao exame físico notava-se diminuição do murmúrio vesicular em base de hemitórax direito e massa palpável em hipocôndrio direito e epigástrio de consistência fibroelástica, superfície lisa, bordos rombos estendendo-se a 6 cm do rebordo costal direito e a 5

cm do apêndice xifóide. Durante a avaliação diagnóstica verificou-se elevação da hemícupula direita ao exame radiológico do tórax. Ultra-sonografia de abdome superior revelou hepatomegalia com presença de imagem cística de fígado de 12 cm de diâmetro. A tomografia computadorizada de abdome superior evidenciava formação cística heterogênea, bem delimitada e com calcificações periféricas, apresentando realce capsular pós-contraste iodado endovenoso e envolvendo todo o lobo hepático esquerdo medindo 13 cm no seu maior diâmetro (figura 1). Nos seus antecedentes pessoais destaca-se colecistectomia realizada há 15 anos. Com suspeitas diagnósticas de cisto hidático ou forma cística de tumor hepático primário, foi submetida a laparotomia exploradora quando se encontrou massa cística que continha líquido espesso, de coloração marrom, além de restos de uma compressa cirúrgica

Figura 1.
Imagem
tomográfica
mostrando
lesão cística
na
topografia
do lobo
hepático
esquerdo

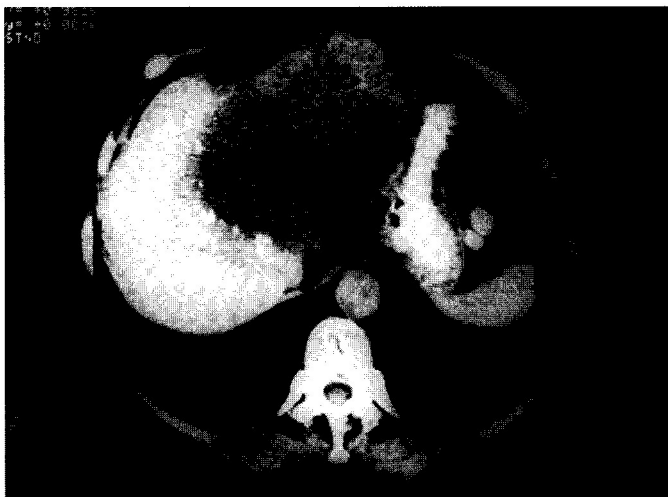
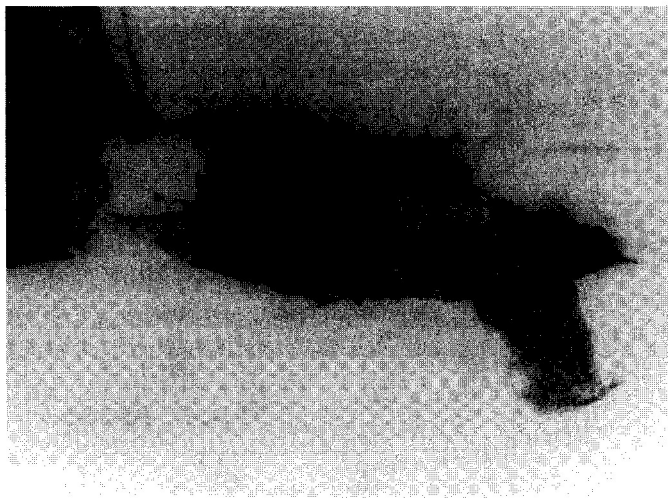


Figura 2.
Intra-
operatório
mostrando
lesão cística
com
exteriorização
de compressa



(figura 2). O lobo hepático esquerdo encontrava-se atrofiado devido à compressão pelo cisto. Procedeu-se a exérese da lesão com desaparecimento dos sintomas no pós-operatório. A paciente teve alta no quarto dia. No pós-operatório de dois meses encontra-se completamente assintomática.

Comentários

Há descrição de dois tipos de resposta a corpos estranhos/compressas⁽²⁾, sendo a primeira uma reação tipo corpo estranho asséptica com reação fibroblástica e encapsulação completa. Habitualmente esta forma não demonstra sintomas clinicamente significativos. A segunda é uma resposta não-específica para corpo estranho, que é exsudativa em sua natureza e habitualmente leva à formação de abscessos. Este tipo de reação inflamatória causa sintomas mais severos e mais precocemente que a primeira.

As apresentações clínicas são extremamente variáveis^(2,3,4,5) podendo ser assintomáticas quando o diagnóstico é feito através de investigação radiológica por outro motivo ou manifestar-se como complicações intestinais (fistulização, erosão, íleo ou obstrução),

complicações sépticas, peritonite granulomatosa ou aumento do diâmetro abdominal, entre outras menos comuns. Estas apresentações podem tardar anos para se manifestar.

Habitualmente o diagnóstico é feito radiologicamente. A radiologia convencional pode mostrar imagens características “em miolo de pão” ou se evidencia o marcador radiopaco das compressas cirúrgicas^(2,5). Entretanto, nem todas o tem e nem sempre é facilmente visualizado. Pela tomografia computadorizada^(2,5) os sinais mais sugestivos são o aspecto espongiiforme das lesões e a presença de bolhas gasosas no seu interior. A ultra-sonografia⁽⁵⁾ pode revelar sinais que incluem predominantemente massas císticas com estruturas amorfas ou espongiiformes.

Todos estes exames podem ser complementares entre si para elucidação diagnóstica, de além, é claro, e esta hipótese ser lembrada no pré-operatório.

Existem muitas recomendações para evitar este tipo de complicação^(1,4): exploração da cavidade antes do fechamento (independentemente do resultado da contagem de compressas), contagem de compressas antes do fechamento, não usar compressas para facilitar o fechamento, usar compressas com marcadores radiopacos e, em caso de dúvida, realizar radiografias intra-operatórias. Infelizmente, mesmo com a adoção dessas medidas

isoladamente ou em conjunto, este evento continua sendo um problema a ser enfrentado pelos cirurgiões. Isto, entretanto, apenas reforça a idéia de que estas recomendações devem ser seguidas rigorosamente e como rotina para minimizar o risco de ser deixado um corpo estranho na área cirúrgica.

Summary

Despite the efforts into not leaving foreign bodies during surgery, this kind of complication still occurs with appreciable frequency. The clinical picture is remarkably variable and it may occurs even many years after a surgical procedure, which imposes great difficulty in making the diagnosis.

We report here a case of a retained surgical foreign body simulating a hepatic cyst, fifteen years after a cholecistectomy. We will discuss the imaging aspects of its diagnosis as well as the ways to prevent it.

Referências bibliográficas

1. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP et al. The retained surgical sponge. Ann Surg 1996; 224:79-84.
2. Kopka L, Fischer U, Gross AJ, et al. CT of retained surgical sponges (textilomas): pitfalls in detection and evaluation. J Comput Assist Tomogr 1996; 20:919-23.
3. Morales M. Gasa quirúrgica retenida simulando un quiste hepático. Esp Enf Digest 1994; 85:488-9.
4. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery. Arch Surg 1990; 125:405-7.
5. Yamato M, Ido K, Izutsu M, et al. CT and ultrasound findings of surgically retained sponges and towels. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:1003-6.