



ESTRATEGIAS RESOLUTIVAS PARA OBLITOS DE GASA INTRAABDOMINALES / STRATEGIES FOR INTRA-ABDOMINAL RETAINED SURGICAL GAUZE.

D. Biagiola¹, M. Lorenzo¹, F. Midaur¹, F. Piatti¹, F. Posner¹, C. Capitaine Funes², J.J. Boretti³.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA, SANATORIO PARQUE, ROSARIO, ARGENTINA.

1. Médicos residentes del Servicio de Cirugía General.

2. Cirujano Staff del Servicio de Cirugía General.

3. Jefe de Servicio de Cirugía General.

RESUMEN

Los oblitos constituyen una complicación poco frecuente dentro de la práctica quirúrgica. La verdadera incidencia de este evento está subestimada. La cirugía endoscópica, la supervisión y el conteo de gasas, son las principales variables que han hecho disminuir su prevalencia.

Luego de su diagnóstico los oblitos pueden ser resueltos de diferentes maneras dependiendo de su tamaño, calidad, cantidad, ubicación, evolución, compromiso local sobre órganos vecinos, estado general del paciente, entre otras. Se presentan en el presente trabajo, tres casos clínicos en los cuales se llevaron a cabo distintos procedimientos para su resolución.

Las medidas de prevención de los oblitos, si bien no son infalibles, deben adoptarse siempre. Las instituciones deben protocolizar las medidas para prevenir estas situaciones y resguardar la salud del paciente y responsabilidad del equipo quirúrgico actuante.

ABSTRACT

Surgical retained foreign objects are a rare complication in surgical practice. The true incidence of this event is underestimated. Endoscopic surgery, monitoring and counting gauzes, are the main variables that have reduced their prevalence.

After the retained foreign object is diagnosis can be solved in different ways depending on their size, quality, quantity, location, evolution, local commitment on neighboring organs and condition of the patient, among others. Three clinical cases with different strategies for solving this problem are presented in this paper.

It is important to know the risk factors and to have a standardise method for prevention.

Key words: Foreign body, foreign body migration, retained surgical items.

Recibido: 11/07/2015

Aceptado: 21/03/2016

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contacto: davidbiagiola@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El término "oblito", deriva del latín "oblitum" (olvidado); el diccionario de la Real Academia Española lo define como "cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo". Los oblitos constituyen una complicación poco frecuente dentro de la práctica quirúrgica. La verdadera incidencia de este evento está subestimada. Datos fehacientes lo estiman en 1:8.800 cirugías generales y 1:1.000-1.500 cirugías abdominales⁴. Esta estimación se basa exclusivamente en reclamos por mala praxis, por los que se coincide en que la frecuencia es mayor¹²⁻¹⁴.

En nuestro país, *Siano Quirós* presentó una serie propia⁷. Sobre 24166 pacientes operados en 14

años comprobó 8 oblitos propios (1 caso cada 3020 operaciones).

La cirugía endoscópica, la supervisión y el conteo de gasas, son las principales variables que han hecho disminuir su prevalencia.

Luego de su diagnóstico estos pueden ser resueltos de diferentes maneras dependiendo de su tamaño, calidad, cantidad, ubicación, evolución, compromiso local sobre órganos vecinos, estado general del paciente, entre otros^{17,18,20}.

En el siguiente reporte presentaremos tres casos de oblitos de gasa en los cuales se llevaron a cabo distintos procedimientos para su resolución.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente masculino de 70 años de edad, obeso con índice de masa corporal (IMC) 32, hipertenso, dislipémico, con antecedente de nefrectomía parcial izquierda por carcinoma de células claras renal un año previo a la consulta. Ingresó por cuadro de diarrea no invasiva de 20 días de evolución



asociada a registros febriles intermitentes vespertinos. Al examen físico presentaba abdomen doloroso en flanco y fosa iliaca izquierda con defensa y descompresión. El laboratorio de ingreso presentaba anemia, aumento de eritrosedimentación (VES) y proteína C reactiva (PCR), sin leucocitosis (Tabla 1).

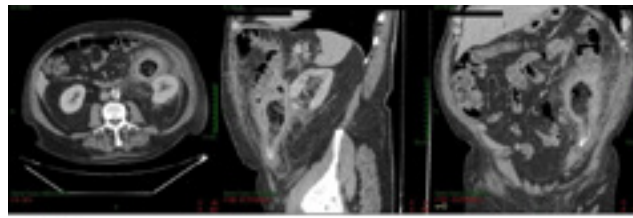
Se realiza tomografía computada multicorte (TC MC) de abdomen y pelvis (Imagen 1). Se observa presencia de colección con contenido gaseoso, de paredes gruesas en proyección flanco izquierdo de 6 cm x 8 cm en íntima relación con el colon descendente. Ante la sospecha de oblitio intraabdominal con fistula a colon, se realiza videocolonoscopia, donde se observa cuerpo extraño endoluminal compatible con compresa de gasa a los 60 cm del margen anal (Imagen 2). Se intenta la instrumentación endoscópica sin éxito, por lo cual se indica tratamiento quirúrgico.

Hallazgo intraoperatorio: colección retroperitoneal que involucra el colon descendente y polo inferior del riñón izquierdo. Una vez drenado el absceso y extraída la gasa, se constata fístula colónica múltiple por lo que se realiza colectomía segmentaria izquierda con cierre del muñón rectal y colostomía terminal. Se tomaron cultivos de dicha colección, obteniendo crecimiento de *Escherichia coli* y *Peptostreptococcus*.

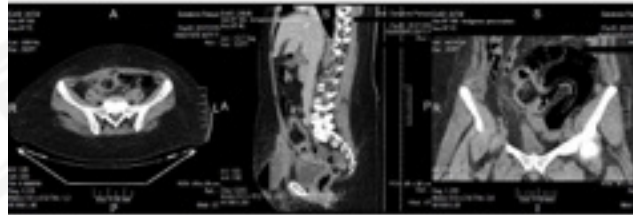
El paciente evolucionó favorablemente. Se externó al 8º día posoperatorio.

CASO CLÍNICO 2:

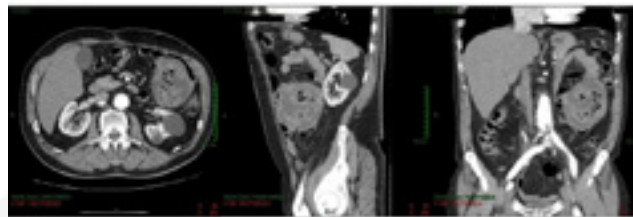
Paciente femenino de 37 años de edad, obesa (IMC 30), cursando 4º mes post-operatorio de cesárea. Consulta por cuadro de 10 días de evolución de dolor abdominal hipogástrico acompañado de fiebre y deposiciones blandas. Al examen físico presentaba herida quirúrgica flogótica, abombada y fluctuante, dolorosa a la palpación. El laboratorio de ingreso presentaba leucocitosis con neutrofilia, aumento de VES (Tabla 1).



Caso 1



Caso 2



Caso 3

Imagen 1. TC MC abdomen y pelvis en cada caso.

La TC MC de abdomen y pelvis muestra gran colección líquida preaponeurótica, con nivel hidroaéreo y una segunda imagen intraabdominal en región pelviana en íntima relación por un lado con la colección previamente descrita y por otro con el colon sigmoides. En reconstrucciones coronales se aprecia una imagen "endoluminal" a nivel del colon sigmoides, en íntimo contacto con la colección pelviana previamente descrita (Imagen 1). Al estar la paciente en excelente estado general, e interpretando que el cuerpo extraño está realizando un par-

to natural a través del colon sigmoides, con tránsito conservado se decide realizar por un lado, el drenaje quirúrgico de la colección preaponeurótica con una mini incisión y paralelamente asistir por vía endoscópica al cuerpo extraño para su extracción transanal. Se deja abierta la posibilidad de cirugía en caso de mala evolución clínica.

Se drenó la herida quirúrgica evacuando 250 ml de contenido purulento que se envía a cultivo obteniendo crecimiento de *Escherichia coli*. Se logra mejoría del dolor y desaparición de la fiebre.

En la rectosigmoideoscopia se observa el cuerpo extraño a 14 cm de margen anal. En el transcurso de 6 días, con la paciente en óptimo estado clínico general, se realizaron controles endoscópicos seriados, intentando progresar el cuerpo extraño hacia distal. Al tercer intento, el cuerpo extraño había descendido a 6 cm del margen anal, coincidiendo con la sensación de pujos que comenzó a referir la paciente.

Se decide extraerlo en forma transanal con pinza de biopsia endoscópica (Imagen 2).

La paciente evolucionó favorablemente, sin signos de irritación peritoneal, con tránsito intestinal conservado durante toda la internación. La herida de piel se cerró sin complicaciones. Alta sanatorial luego del 19º día de internación.



Caso 1



Caso 2

Los controles posteriores por consultorio externo fueron normales indicándose el alta médica.

CASO CLÍNICO 3:

Paciente masculino de 75 años de edad, obeso (IMC 30), hipertenso, dislipémico, panvascular, insuficiente renal crónico. Tiene como antecedente una cirugía de reemplazo aórtico por aneurisma de aorta abdominal 4 años atrás.

Ingresa por cuadro de dolor abdominal inespecífico de 4 meses de evolución sin otro signo ni síntoma asociado. Al examen físico presenta abdomen doloroso en flanco izquierdo sin defensa ni descompresión con tumor palpable móvil. Laboratorio de ingreso presenta aumento de VES y PCR, sin leucocitosis con antígeno carcinoembrionario (CEA) normal (Tabla 1).

La TC MC de abdomen y pelvis muestra gran tumoración intraabdominal en proyección de flanco izquierdo heterogénea con contenido gaseoso y paredes gruesas (Imagen 1). Videocolonoscopia sin evidencia de cuerpo extraño endoluminal. Ante la sospecha de oblitio intraabdominal se decide laparotomía exploradora.

En la cirugía se constata plastrón de asas de intestino delgado que contiene una colección purulenta con una gasa en su interior. Se drena la colección y se retira cuerpo extraño y al no presentar ningún compromiso visceral, el procedimiento consistió en lavado profuso y colocación de drenaje. El paciente evolucionó favorablemente. Se envía muestra a cultivo, sin desarrollo bacteriano.

Paciente evolucionó favorablemente. Alta sanatoria al 5º día posoperatorio con restitución de dieta oral.

DISCUSIÓN

El oblitio es una patología de baja inciden-

cia y elevada morbilidad por lo que es un desafío para el grupo de profesionales intervinientes.

En boca de las técnicas miniinvasivas como estrategias de resolución de casos entendemos que es sumamente importante interpretar la cinética del cuerpo extraño, su tamaño, ubicación, relación con órganos vecinos, estado del tránsito intestinal y sobre todo el estado general del paciente. De aquí resultará la estrategia más adecuada con el trabajo sinérgico multidisciplinario entre cirujanos endoscopistas, laparoscopistas e intervencionistas percutáneos⁸.

En dos de los pacientes presentados, el cuerpo extraño se fistulizó al colon izquierdo; sin embargo la resolución fue diferente. Lo que decidió la conducta quirúrgica fue la imposibilidad de manipulación endoscópica secundaria a las adherencias extraluminales del cuerpo extraño. En el segundo caso, el hecho de que la paciente se encontraba en buen estado general, sin repercusión peritoneal y que la gasa había fistulizado en gran parte espontáneamente, nos llevó a tomar una conducta expectante, evitando una cirugía que implicaba la destransición colónica.

En el tercer caso el paciente tuvo la fortuna que pese a lo prolongado de su evolución, no se fistulizó y fue de fácil resolución. En estos casos la técnica empleada de abordaje quirúrgico convencional fue debido a las adherencias extraluminales a órganos vecinos con la presunción de un escueto campo laparoscópico.

Párrafo aparte merece mención las consideraciones médico legales. La legislación es lapidaria, mostrando un panorama desalentador para todo médico que deje un oblitio durante una intervención quirúrgica. Ya que, acreditado en la investigación ese elemento objetivo, es prácticamente imposible evitar la imputación de negligencia y la condena consecuente. Puede regir la doctrina "Res Ipsa Loquitur" de tradición romana que significa "las cosas hablan por sí mismas", los tribunales consideran responsable a quien causa un daño en circunstancias que hablan por sí mismas, superando la dificultad que tradicionalmente acompaña las cuestiones referidas a acreditar la prueba de responsabilidad. En otros casos los tribunales aplican la doctrina del "Servidor prestado" (the borrowed servant doctrine); en oposición a la tesis inicial de "Capitán del barco" (captain of the ship) donde estuvo presente en el momento en que el empleado del hospital cometió el acto negligente y tuvo una genuina oportunidad para prevenir dicho hecho. Se aplicaría la primera si no se cumple lo antes mencionado, radicando la responsabilidad de la institución en la selección, instrucción y regulación de los empleados, cayendo la culpa sobre el negligente e indirectamente a la institución¹.

Las medidas de prevención de los oblitios,



no son infalibles, pero deben adoptarse siempre. Las instituciones deben protocolizar las medidas que a continuación mencionaremos^{9,19,21}. El recuento tiene un error del 10 – 15%. El 80 % de los recuentos realizados en las cirugías en que se produjo un oblitio fueron informados como correctos^{10,11,15,16}.

El protocolo para proceder en el conteo debe incluir^{1,6}

1.Elementos

Todo elemento en el campo quirúrgico debe ser contado. Recomendación no segmentar gasas, control de corto punzantes según número de paquetes descartables abiertos y precaución en la rotura ó separación de las partes del instrumental.

2.Tiempos

Conteo siempre “antes de”:

- Pausa quirúrgica.
- Síntesis de cavidad abdominal.
- Síntesis de piel.
- Relevo de personal (instrumentadora o circulante que ingresa).

3.Modalidad

Debe ser de forma audible bajo visión de dos personas (instrumentadora y circulante).

4.Registro

Documentar en el protocolo quirúrgico e historia clínica.

5.Chequeo discrepante o no satisfactorio

- Informar al cirujano del recuento.
- Nuevo inventario de cavidad abdominal si la condición del paciente lo permite y del campo quirúrgico.
- Inspección general del quirófano.
- Control radiológico si la condición del paciente lo permite.
- Documentar las medidas adoptadas en la historia clínica
- Notificar el incidente a las autoridades del quirófano.

Actualmente existen como asistencia tecnológica para reemplazar el conteo manual y el inventario de cavidad abdominal: sistema de control con código de barras, material radioopaco y sistemas de identificación por radiofrecuencia¹⁰. A pesar de ello, el error no llega a una tolerancia cero como la ley rige.

Consideramos como médicos que la Justicia debería reevaluar algunas situaciones puntuales de emergencia quirúrgica en donde reina el riesgo de vida y paralelamente su aumento proporcional al tiempo quirúrgico; incidente que podría justificarse como un error inculpable aún siendo inadmisibles¹ Aún así debemos implementar siempre las medidas profilácticas para la prevención de estas situaciones y registrarlas de forma protocolizada en la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Tolino J. Oblitos. Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención. Rev Argent Resid Cir 2009; 13(2):89-93.
- 2.Manrique JL, Pelisch AM, Marino M, et al. Oblito: incidencia, consecuencias médicas, legales y éticas. Rev Argent Cirug 2003; 85:31-35.
- 3.Pisal N, Sindos M. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med 2003 Apr 24;348(17):1724-1725.
- 4.Gawande A, Studdert D, Orav J, et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med 2003; 348:229-235.
- 5.Manrique JL. Oblitos Quirúrgicos Edit. Panamericana PROACI 2002 Ciclo 6 Tomo 2:149-177.
- 6.Lauwers, PR, Van Hee RH. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. World J Surg 2000; 24:521-527.
- 7.Siano Quirós R, Chiesa D, Bilenca O, et al. Historia natural de los oblitos quirúrgicos. Rev Argent Cirug 1995; 64:45-58.
- 8.Gibbs VC. Retained surgical items and minimally invasive surgery. World J Surg 2011; 35:1532-1539.
- 9.Feldman DL. Prevention of retained surgical items. Mt Sinai J Med 2011; 78:865-887.
- 10.The Joint Commission. Preventing unintended retained foreign objects. Sentinel Event Alert, Issue 51, Oct 2013.
- 11.The Joint Commission. Strategies to prevent URFOs. Quick Safety, Issue 20, Jan 2016.
- 12.Giffoniello AH, Acerbi Cremades N. Miravet S. Oblitos quirúrgicos abdominales. Prensa Med Argent 1987; 74:62-65.
- 13.Ferreira JA. Clínica del oblitio quirúrgico abdominal. Rev Argent Cirug 1985, 49:60-74.
- 14.Berbari J. Oblitos quirúrgicos. Rev Argent Cirug 1970; 19:316.
- 15.Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte III. Cuerpos extraños retenidos. Rev Chil Cirug 2006; 58:390-392.
- 16.Garay E. Responsabilidad del médico, del establecimiento asistencial y de las obras sociales. Manual de Jurisprudencia. La ley 2005; 97-100.
- 17.Gibbs VC, Auerbach AD. The retained surgical sponge. Evidence report/technology assessment nº 43: making health care safer. A critical analysis of patient safety practices. Ahrq Publication. July 2001 (22).
- 18.Kaiser C., et al. The retained surgical sponge. Ann Surg 1996; 244:79-84.
- 19.Kraut AJ. Los derechos de los pacientes. Ed Abeledo - Perrot 1997; 188-190.
- 20.Jones SA. The foreign body problem after laparotomy. Personal experiences. Am J Surg 1971 Dec; 122(6):785-786.
- 21.Lupi JL, Divito JL, Poggi CF. Oblitos quirúrgicos. Aspectos médicos legales y éticos. Reseña jurisprudencial. Cuadernos Medicina Forense 2003, 2:43-53.