

## GOSSIPIBOMA INTRALUMINAL COMO ETIOLOGIA DE SUBOCLUSÃO INTESTINAL

### INTRALUMINAL GOSSYPBOMA AS CAUSE OF INTESTINAL SUBOCCLUSION

Fernando Ponce-Leon, TCBC-RJ<sup>1,2</sup>; Fernando Souto Maior Laranjeira, TCBC-RJ<sup>1</sup>; Márcio José Jamel<sup>2</sup>; Mauro Alpoim Freire, TCBC-RJ<sup>1</sup>.

#### RESUMO

A permanência de corpos estranhos em cavidade abdominal com formação de encapsulamento é denominada gossipiboma. É condição grave, porém evitável, podendo se expressar semanas ou meses depois com a formação de massas ou abscessos intra-abdominais, mimetizando até neoplasias, devido à reação fibrótica gerada. Apresentamos caso de paciente de 36 anos com relato de suboclusão intestinal confirmada em exame complementar devido à compressa intraluminal em íleo.

**Descritores:** Corpos Estranhos. Obstrução Intestinal. Tampões de Gaze Cirúrgicos.

#### ABSTRACT

The presence of foreign bodies in the abdominal cavity generating an encapsulation mass is called gossypiboma. It is a serious but avoidable condition and can be developed weeks or months later with the formation of intra-abdominal masses or abscesses, mimicking even neoplasia, due to the fibrotic reaction formed. We present a case of a 36-year-old patient with intestinal occlusion confirmed in a complementary examination due to intraluminal sponge in ileum.

**Keywords:** Foreign Bodies. Intestinal Obstruction. Surgical Sponges.

#### INTRODUÇÃO

A permanência de corpos estranhos em cavidade abdominal, denominada gossipiboma, é condição grave, porém evitável, com uma incidência de 1 para 2000 laparotomias ocorridas<sup>1</sup>. Gossipiboma é um termo com derivação dupla, de onde gossypium vem do Latim significando algodão e boma vem do suaíli significando "local para se esconder"<sup>2</sup>. Os eventos intra-abdominais possíveis, devido à retenção de uma compressa cirúrgica ou gaze, variam entre reação inflamatória exsudativa, com translocação bacteriana importante e formação de abscessos ou reposta fibrótica asséptica, gerando massa ou tumoração local<sup>3</sup>. Os pacientes normalmente se apresentam com sintomatologia atípica, demonstrando dor abdominal, náuseas, febre e alterações do hábito intestinal com intensidades variáveis e intermitentes<sup>4</sup>. Diversas etiologias podem gerar obstruções intestinais, especialmente em topografia de íleo, como aderências intestinais devido a cirurgias prévias, neoplasias, bezoares, volvos e intussuscepções<sup>5</sup>. A correlação entre a migração de uma compressa cirúrgica em topografia intraluminal é rara e grave, e a sua

detecção precoce é essencial para um desfecho favorável ao paciente.

#### RELATO DO CASO

Paciente de 36 anos, com histórico de febre reumática na infância com necessidade de substituição de válvula mitral por prótese metálica, em uso contínuo de cumarínico oral, dá entrada no setor de emergência relatando dor abdominal há cinco dias em quadrantes inferiores, sem localização específica definida, associada à piora importante nas últimas 48 horas, associada à parada de eliminação de fezes há três dias e de flatos há 24 horas. Afirmava associada ao fato, inapetência e náuseas. Negava febre, vômitos ou sangramentos. Quando questionada, afirmava ter sido submetida à laparotomia de urgência há cinco meses em outro nosocômio devido a hemoperitônio por cisto ovariano roto, tendo sido realizada salpingooforectomia direita naquele momento.

Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com frequência cardíaca de 116 batimentos por minuto, afebril, corada, com peristalse aumentada com sinais de peristalse de luta, abdômen

<sup>1</sup> Hospital Municipal Evandro Freire, Serviço de Cirurgia Geral, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Cirurgia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

doloroso à palpação de mesogástrio e hipogástrio, hipertimpanismo em toda topografia abdominal, porém sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais demonstravam leucocitose discreta sem sinais de bastonemia (12.600/mm<sup>3</sup> com 2% de bastões) e hemograma com níveis hematemétricos satisfatórios (Ht: 36% e Hb: 12g/dL). Realizada tomografia de abdômen e pelve em caráter de urgência demonstrando presença de corpo estranho em topografia ileal intraluminal (Figura 1), confirmada por presença de sinal radiopaco, associado à distensão jejunal a montante.

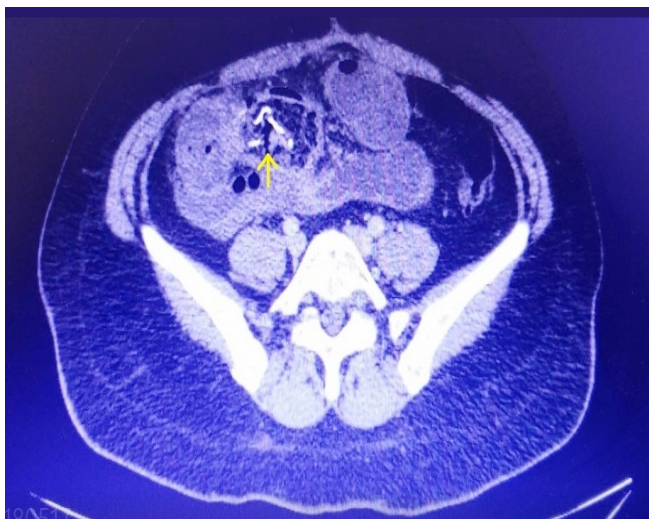


Figura 1. Corte tomográfico axial demonstrando linha radiopaca no interior de alça ileal (seta amarela).

Decidida então pela abordagem cirúrgica por laparotomia que evidenciou grande distensão ileal, iniciando-se a cerca de 60 centímetros da válvula íleo cecal, com presença de aderências firmes entre alças de íleo com tumoração palpável, móvel, no interior do íleo a cerca de 70 cm da válvula íleo cecal. Foram desfeitas as aderências firmes previamente formadas e observado o ponto de migração do gossipiboma. Após término do inventário, foi decidida pela enterectomia segmentar (Figura 2), englobando segmento ileal acometido, com realização de anastomose íleo-íleo, látero-lateral mecânica isoperistáltica. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória com reintrodução de dieta no segundo dia e alta hospitalar no quarto dia. O resultado histopatológico da peça ressecada demonstrou reação fibrótica inespecífica. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências até o momento.



Figura 2. Segmento de íleo ressecado demonstrando ponto de migração (asterisco preto) e compressa (asterisco branco).

## DISCUSSÃO

A possibilidade do esquecimento de um objeto cirúrgico no interior da cavidade abdominal, especialmente em situações de urgência, é situação rara, porém evitável. A formação do gossipiboma deve ser sempre um diagnóstico diferencial em pacientes submetidos a atos operatórios que se apresentem com dor abdominal, febre e tumorações palpáveis ao exame físico. O deslocamento de uma compressa cirúrgica ao interior do intestino delgado é evento raríssimo, extremamente incomum dentro do cenário das complicações referentes à presença do gossipiboma, sendo resultante da inflamação constante da parede devido às fibras de algodão, com posterior necrose dessa parede. Após o englobamento completo da compressa, a luz formada é bloqueada pelas próprias alças intestinais, completando o mecanismo etiológico da oclusão intestinal<sup>6</sup>.

Nesse caso, como ocorreu a migração para o intestino delgado, à medida que a compressa ia avançando no trato gastrointestinal, a luz intestinal, apesar de competente, não permitia o seu avanço, gerando a sintomatologia citada. Como o processo foi lento e gradual, não se observou nem em exames complementares nem em inventário de cavidade sinais de perfuração livre como pneumoperitônio ou secreção purulenta ou entérica livres. Os exames complementares são essenciais para essas si-

tuações, onde até mesmo uma rotina de abdômen agudo poderia demonstrar a linha radiopaca da compressa<sup>3</sup>. A tomografia computadorizada ou ressonância magnética de abdômen e pelve pode demonstrar achados como formações arredondadas amorfas, envoltas ou não por inflamação local adjacente associada à translucência do marcador radiopaco<sup>7</sup>.

A prevenção do gossipiboma é obtida com medidas simples se adotadas por toda a equipe cirúrgica, como a contagem de compressas no pré-operatório, *time-out* intraoperatório no que tange o uso das mesmas, contagem de compressas ao término do ato cirúrgico e utilização de medidas de investigação radiológica per-operatória em caso de dúvida<sup>8</sup>. O tratamento do gossipiboma é sempre cirúrgico, seja ele intraluminal ou intraperitoneal. A possibilidade de retirada do mesmo por videolaparoscopia ou robótica é factível, desde que a anatomia do caso permita a retirada de maneira segura<sup>9</sup>. Em alguns raros casos, há a migração do gossipiboma para interior do cólon, com relatos de exteriorização via retal do corpo estranho<sup>10</sup>, porém não se advoga o tratamento conservador quando o diagnóstico é realizado.

## REFERÊNCIAS

1. Kfoury CFA, România MCFN, Amorim GPC, Silva CN, Silva C, Cirino LMI. Gossipiboma manifestado por obstrução intestinal e mimetizando neoplasia ovariana. *Relatos Casos Cir.* 2017;(4):1-4
2. Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign bodies after surgery--Part I. *Curr Prob Surg.* 2007;44(5):281-337.
3. Patil KK, Patil SK, Gorad KP, Panchal AH, Arora SS, Gautam RP. Intraluminal migration of surgical sponge: gossipiboma. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16(3):221-2.
4. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. *Ann Surg.* 1996; 224(1):79-84.
5. Wang PY, Wang X, Zhang L, Li HF, Chen L, Wang X, et al. Bezoar-induced small bowel obstruction: clinical characteristics and diagnostic value of multi-slice spiral computer tomography. *World J Gastroenterol.* 2015;21(33):9774-84.
6. Silva CS, Caetano MR, Silva EA, Falco L, Murta EF. Complete migration of retained surgical sponge into ileum without sign of open intestinal wall. *Arch Gynaecol Obstet.* 2001; 265(2):103-4.
7. Kim CK, Park BK, Ha H. Gossypiboma in abdomen and pelvis: MRI findings in four patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189(4):814-7.
8. Fabian CE. Electronic tagging of surgical sponges to prevent their accidental retention. *Surgery.* 2005;137(3):298-301.
9. Akbulut S, Arikanoglu Z, Yagmur Y, Basbug M. Gossypibomas mimicking a splenic hydatid cyst and ileal tumor: a case report and literature review. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(11):2101-7.
10. Choi JW, Lee CH, Kim KA, Park CM, Kim JY. Transmural migration of surgical sponge evacuated by defecation: mimicking intraperitoneal gossipiboma. *Korean J Radiol.* 2006;7(3): 212-4.

Recebido em: 25/11/2018

Aceito para publicação: 09/01/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

### Endereço para correspondência:

Fernando Ponce-Leon

E-mail: [fernando.wr10@gmail.com](mailto:fernando.wr10@gmail.com)

[flaranjeira@gmail.com](mailto:flaranjeira@gmail.com)