

Fractured suture needle in sacrospinous ligament suspension: a case report

Fratura de agulha em suspensão da fásia perivesical ao ligamento sacro-espínho: a propósito de um caso

Ana Constância Martins*, Rui Viana**, Isabel Grilo**, Filipe Serra***, João Colaço***
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Abstract

Sacrospinous ligament fixation is one of the advocated surgical procedures for treatment of pelvic organ prolapse. Loss of a suture needle fragment during this procedure is a rare event, with only one similar case described in the literature. The authors present the case of a 67 year-old patient referred to the Urogynecology consultation for pelvic organ prolapse, whose gynecological examination revealed a grade 3 cystocele. The patient was scheduled for surgical intervention: anterior compartment defect correction and sacrospinous ligament fascial suspension. During the procedure, while performing one of the sutures, the suture needle broke. Both attempts of surgical exploration and fluoroscopic investigation for removal of the needle fragment failed. The post-operative pelvic computed tomography scan revealed that the needle fragment was not near any blood vessels and that there was no visceral involvement. The patient was clinically stable and asymptomatic for all times. On the first post-operative consultation, the patient presented with *de novo* stress urinary incontinence (SUI), with no other complaints. Three months later, the patient was admitted for a suburethral sling procedure, during which a second attempt was made for removal of the needle fragment. Given the impossibility for removal of the fragment and the fact that the patient remained asymptomatic at all times, the team decided to keep the patient on close clinical surveillance.

Keywords: Foreign body; Surgical complication; Lost needle; Sacrospinous ligament suspension.

RESUMO

A suspensão ao ligamento sacro-espínho é uma das intervenções preconizadas para o tratamento de algumas situações de prolapso dos órgãos pélvicos (POP). A perda de fragmento de agulha durante este procedimento é uma complicação rara, estando apenas descrito um caso na literatura.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 67 anos, referenciada à consulta de Uroginecologia por POP, cuja observação revelou cistocele grau III. A doente foi proposta para plicatura da fásia perivesical ao ligamento sacro-espínho para correção do compartimento anterior. Durante a aplicação de uma das suturas ao ligamento sacro-espínho, ocorreu fratura da agulha. Foi

efetuada exploração imediata da área cirúrgica, e tentativa de remoção sob controlo fluoroscópico, ambas sem sucesso. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) pélvica, que demonstrou que o fragmento não se encontrava próximo de eixos vasculares pélvicos, nem se verificava evidência de perfuração de víscera oca. No pós-operatório imediato, a doente apresentou-se sempre assintomática. Na consulta de avaliação pós-operatória, a doente apresentava incontinência urinária de esforço *de novo*, sem outras queixas. Passados três meses, a doente foi submetida a cirurgia de correção da incontinência urinária de esforço com *sling* suburetral, altura em que se tentou, novamente, extração do corpo estranho, sem sucesso. Dadas as dificuldades de remoção do fragmento de agulha e a ausência de queixas da doente, optou-se por manter uma atitude expectante, de vigilância clínica.

Palavras-chave: Corpo estranho; Complicação cirúrgica; Agulha perdida; Suspensão ao ligamento sacro-espínho.

*Interna do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia

**Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia

***Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia e Obstetrícia

INTRODUÇÃO

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma patologia frequente, surgindo em 30 a 50% das mulheres múltiparas^{1,2} e com necessidade de cirurgia em cerca de 11% das mulheres², ao longo das suas vidas, ocorrendo por defeito nos tecidos de suporte do pavimento pélvico. Para conseguir bons resultados no tratamento do POP, é necessário corrigir todos os defeitos existentes. Não existe, contudo, consenso quanto ao tratamento cirúrgico mais indicado³. A suspensão ao ligamento sacro-espinhoso é uma das intervenções que se pode realizar no tratamento de prolapso da cúpula vaginal ou de prolapso uterino e defeitos do pavimento pélvico associados.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de uma doente de 67 anos, caucasiana, gesta IV, para III, sem vida sexual ativa, referenciada à consulta de Uroginecologia por POP e enurese noturna. A doente apresentava nos seus antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidémia e insuficiência venosa crónica dos membros inferiores, tendo como antecedentes cirúrgicos anexectomia direita por gravidez ectópica, hemorroidectomia e colecistectomia laparoscópica. Estava medicada em ambulatório com imipramina 5 mg/dia, loflazepato de etilo 2 mg/dia, hesperidina 450 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia.

À anamnese, apresentava uma sensação de corpo estranho na vagina e a enurese noturna, já referida. Na observação verificou-se um bom estado geral, sendo de referir ao exame ginecológico um colo atrofico, sem lesões aparentes e cistocele grau III, histerocele grau I, e retocelo grau II. O *stress test* foi negativo.

De entre os exames complementares de diagnóstico realizados, destacam-se a urinocultura, positiva para *E. coli*, pelo que lhe foi prescrita antibioterapia, e o estudo urodinâmico, que revelou bexiga de capacidade e sensibilidade normais; sem perdas de urina com o esforço; pequenas contracções não inibidas do *detrusor* no final do enchimento, determinando forte imperiosidade; micção não obstruída.

A doente foi proposta para reconstrução do compartimento anterior, com plicatura da fásia perivesical ao ligamento sacro-espinhoso. Na intervenção, foram utilizadas duas suturas de Ethibond® (Ethicon, Inc., Johnson & Johnson, New Jersey, U.S.A.) para suspensão da fásia ao ligamento sacro-espinhoso. Du-

rante a aplicação da sutura à esquerda, ocorreu fratura da agulha. Foi efetuada exploração da área cirúrgica, não se tendo detetado o fragmento, pelo que se tentou a sua remoção sob controlo fluoroscópico (Figura 1), também sem sucesso. Foi realizada cistoscopia, que não revelou evidência de corpos estranhos endovesicais.

Para determinação da localização do fragmento foi realizada TC pélvica no pós-operatório, que documentou a presença de objeto metálico arciforme em localização anterior ao reto e lateralizado à esquerda, com pequena área focal hiperdensa adjacente, em relação provável com conteúdo hemático. O objeto metálico descrito não se encontrava em contacto com os principais eixos vasculares pélvicos, nem se verificava qualquer evidência de perfuração de víscera oca.

No pós-operatório imediato, a doente apresentou-se sempre assintomática, clínica e hemodinamicamente estável, com diurese normal e urina clara, pelo que foi desalgaliada às 48 horas e teve alta às 72 horas, medicada com cefradina e analgesia em SOS.

Na consulta de reavaliação pós-operatória, 2 semanas após a cirurgia, a doente mantinha-se sem queixas. À observação ginecológica, não apresentava recidiva de cistocele, verificando-se a presença de incontinência urinária com o esforço. Foi-lhe pedida nova TC pélvica (Figuras 2 e 3), realizada 2 meses após a intervenção cirúrgica, que evidenciou na vertente esquerda da cavidade pélvica, aparentemente ao nível dos paramétrios, estrutura de densidade metálica com 18 mm, com ligeira densificação dos tecidos adjacentes, sem coleções líquidas circunscritas, sendo a restante avaliação irrelevante.

Três meses depois, a doente foi submetida a cirurgia de correção da incontinência urinária de esforço com



FIGURA 1. Fluoroscopia intraoperatória, onde é visível o fragmento de agulha

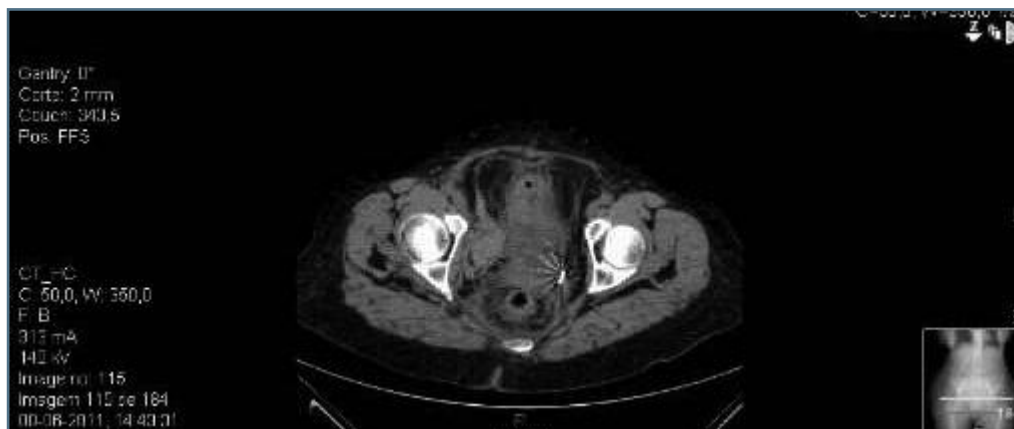


FIGURA 2. TC pélvica, corte transversal



FIGURA 3. Reconstrução da bacia em 3D, através de imagens de TC, mostrando a localização da agulha

sling suburetral, altura em que se tentou, novamente, extração do corpo estranho, sem sucesso. Dadas as dificuldades de remoção do fragmento de agulha e a ausência de queixas da doente, optou-se por manter uma atitude expectante, de vigilância clínica. Posteriormente, a doente abandonou a vigilância em consulta.

DISCUSSÃO

A suspensão ao ligamento sacro-espinoso é uma cirurgia desde há muito considerada eficaz no tratamento de prolapso de órgão pélvico. Os autores apenas encontraram na literatura o relato de um caso de perda de um fragmento de agulha durante este procedimento⁴, não estando esta complicação habitualmente descrita. Apesar de se tratar, provavelmente, de uma situação rara, consideramos que, decerto, esta compli-

cação pode ocorrer esporadicamente sem ser reportada ou publicada, uma vez que o acesso a este ligamento é difícil. No que diz respeito ao nosso caso, durante a intervenção cirúrgica, foi tentada a localização do fragmento perdido para se proceder à sua remoção, sem sucesso. Uma vez que a doente não apresentava qualquer sintoma, optou-se por uma atitude expectante. Existem poucos relatos de casos de perda de agulha de sutura durante outros procedimentos por via vaginal, nomeadamente episiorrafia, como descrito por Hosli e colaboradores⁵. Segundo estes relatos, a maioria relacionada com correções do períneo após parto vaginal, os fragmentos de agulha habitualmente não provocam dor; no entanto, existe o risco de migração através dos tecidos, devido à sua extremidade pontiaguda. Por este motivo, está recomendada a realização de radiografia durante a intervenção e deve ser tentada a sua remoção, sempre que possível.

REFERÊNCIAS

1. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Apr 30; 4: CD 004014. DOI: 10.1002/14651858. CD 004014.pub5.
2. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clarck AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997; 89:501-6.
3. Barbalat Y, Tunuguntla HS. Surgery for pelvic organ prolapse: a historical perspective. *Curr Urol Rep.* 2012; 13(3):256-61.
4. Vierhout ME, Withagen MI, Futterer JJ: Rectal obstruction after a vaginal posterior compartment polypropylene mesh fixed to the sacrospinous ligaments. *Int Urogynecol J* 2011, 22(8):1035--1037.
5. Hosli I, Tercanli S, Holzgreve W: Complications of lost needle after suture of vaginal tear following delivery. *Arch Gynecol Obstet* 2000, 264(3):159-161.