



Revista Peruana de Ginecología y
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Suárez-Torres, Ismael; Reyna-Villasmil, Eduardo
Compresa quirúrgica retenida posterior a cesárea electiva
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 63, núm. 1, 2017, pp. 109-112
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323450542016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a Médico cirujano, Residente del Postgrado de Ginecología y Obstetricia
 - b Doctor en Ciencias Médicas; Especialista en Ginecología y Obstetricia

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certifican que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido: 20 julio 2016

Evaluated: 10 octubre 2016

Aceptado: 16 octubre 2016

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil.

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona".
Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233.

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Suárez-Torres I, Reyna-Villasmil E. Compresa quirúrgica retenida posterior a cesárea electiva. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(1):109-112.

Compresa quirúrgica retenida posterior a cesárea electiva

Retained textiloma after elective cesarean section

Ismael Suárez-Torres^{1,a}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,b}

RESUMEN

La compresa quirúrgica retenida o textiloma es el resultado de un error quirúrgico poco frecuente y evitable. Se ha reportado que la incidencia es 1 por cada 1 000 a 15 000 cirugías intraabdominales. La compresa quirúrgica retenida puede causar graves complicaciones que llevan hasta la muerte. Se presenta el caso de una paciente de 26 años quien llegó por dolor abdominal. Tenía un antecedente quirúrgico de cesárea 20 meses antes. Durante la laparotomía, se encontró una compresa quirúrgica retenida a 25 centímetros de la válvula ileocecal, que fue resecada en bloque. Aunque rara en la práctica diaria, se debe considerar la retención de compresas intraperitoneales en pacientes que se presentan con síntomas abdominales complejos posteriores a una cirugía abdominal previa.

Palabras clave. Compresa Quirúrgica Retenida; Textiloma; Material Quirúrgico Retenido.

ABSTRACT

Retained surgical swab or textiloma is an infrequent but avoidable result of surgical error. The reported incidence is 1 in 1 000 to 15 000 intraabdominal surgeries. A retained surgical swab may cause serious complications and may lead to death. We present the case of a 26 year-old woman who was seen for abdominal pain. Her surgical history included a cesarean section 20 months ago. During laparotomy, a retained surgical sponge located 25 centimeters from the ileocecal valve was found and resected en bloc. Although rare in daily practice, a retained intraperitoneal swab body should be considered in patients with complex abdominal symptoms following a history of abdominal surgery.

Keywords: Retained Surgical Sponge; Textiloma; Retained Surgical Material.

INTRODUCCIÓN

La retención de la compresa quirúrgica es una rara y desafortunada complicación de la cirugía abdominal. Entre la lista de diferentes cuerpos extraños retenidos en la cavidad abdominal, este es el elemento más común encontrado, debido a su uso frecuente, relativo pequeño tamaño y estructura amorfa⁽¹⁾. El término *textiloma* o *gossypiboma* (derivado del latín *gossypium* –algodón– y del Swahili *boma* – lugar de la ocultación) es utilizado para describir una tumoración dentro del cuerpo que tiene una matriz de algodón rodeado por una reacción de cuerpo extraño^(2,3).

Los materiales quirúrgicos no absorbibles retenidos inducen dos tipos de reacciones: una respuesta fibrinosa aséptica que produce adherencias y encapsulación (granuloma) y una respuesta exudativa que lleva a la formación de abscesos⁽⁴⁾. Dependiendo del tipo de reacción, se puede producir dolor abdominal, peritonitis, adherencias, fistulas, abscesos intraabdominales, erosión del intestino u obstrucción abdominal intraluminal⁽¹⁾. La retención de compresas quirúrgicas ocurre más comúnmente posterior a cirugías prolongadas y, generalmente, requieren de reintervención tan pronto se haga el diagnóstico, debido a que la tasa de complicaciones y morbilidad es alta⁽⁵⁾.

Se presenta el caso de una paciente con cesárea electiva previa y en quien se descubrió la presencia de una compresa quirúrgica retenida.

REPORTE DE CASO

Se trató de paciente de 26 años, I gesta, con antecedente de cesárea electiva hacía 20 meses, quien acudió a emergencia por presentar dolor abdominal de intensidad leve a moderada en flanco y fosa iliaca derecha, de aproximadamente 1 mes de evolución. La paciente negaba cualquier tipo de complicaciones de la cirugía o cambios en los hábitos evacuatorios. Al examen físico manifestaba dolor abdominal a la palpación, distensión abdominal, con una tumoración blanda y libre de aproximadamente 10 centímetros en fosa iliaca derecha y los ruidos hidroáereos estaban disminuidos. El hígado no era palpable y no se encontró ascitis. El tacto vaginal confirmó la presencia de tumoración en anexo derecho, con útero de tamaño normal desplazado hacia la izquierda.

Se realizó radiografía simple de abdomen, que reveló niveles de aire-líquido en las asas intestinales y presencia de material radiopaco en el lado derecho del abdomen. La ecografía demostró presencia de masa heterogénea de 15 x 8 centímetros en la zona del anexo derecho, la cual no permitía observar ese ovario. El ovario izquierdo, hígado, bazo, páncreas y riñones estaban dentro de límites normales. Los exámenes de laboratorios eran normales.

Durante la laparotomía se encontró una tumoración intraperitoneal con diámetro de 12 x 8 centímetros, a 25 centímetros de la unión ileocecal, adherida a la pared pélvica y rodeada por asas intestinales. Se observaron varios ganglios mesentéricos aumentados de tamaño y la superficie hepática estaba normal. La extracción de la lesión, que incluía el cuerpo extraño, fue en blo-

FIGURA 1. RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN QUE MUESTRA LA PRESENCIA DE MARCADOR RADIOPAO DE LA COMPRESA RETENIDA EN EL LADO DERECHO DEL ABDOMEN.



FIGURA 2. TOMOGRAFÍA ABDOMINAL QUE DEMUESTRA UNA TUMORACIÓN REDONDEADA CON ÁREAS INTERNAS DE ALTA DENSIDAD.





FIGURA 3. COMPRESA ABDOMINAL RETENIDA.



que y no se observaron zonas de erosiones, úlceras o perforaciones en el intestino, por lo que se procedió al lavado y cierre de la cavidad. La evaluación macroscópica confirmó la naturaleza del tumor como compresa quirúrgica retenida e intacta dentro de la tumoración. El examen microscópico reveló encapsulación fibrosa con reacción celular en respuesta al cuerpo extraño. No se observó complicación postoperatoria y la paciente fue dada de alta al sexto día.

DISCUSIÓN

La incidencia de compresa quirúrgica retenida es difícil de evaluar, ya que varía entre 1 en 100 y 1 en 5 000 procedimientos⁽⁶⁾; algunos pacientes permanecen asintomáticos y nunca son descubiertos. Otra razón para el subregistro es el miedo a las repercusiones médico-legales.

La retención de compresas ocurre más comúnmente en la cavidad abdominal o pélvica, generalmente después de cirugías ginecológicas o abdominales superiores. La mayoría de los textilomas son identificados solo después de la cirugía, ya que las técnicas para el diagnóstico por imágenes en ocasiones son inespecíficas⁽⁷⁾. Es causa de complicaciones severas, como perforación intestinal o visceral, obstrucción, fístulas, sepsis o muerte⁽⁸⁾. Pueden migrar dentro del íleo, estómago, recto, colon o vejiga, sin apertura aparente de la pared de estos órganos lumenales⁽⁹⁾. Se han descrito ubicaciones poco habituales, como los músculos paraespinales, región torácica, miembros inferiores y espacio pericárdico⁽¹⁰⁾. Son más comunes en pacientes obesos, ya que tienen amplios espacios intraperitoneales donde se pueden esconder las compresas; la obesidad puede incrementar las dificultades técnicas⁽⁵⁾.

Shah y col⁽⁸⁾ reportaron que la retención de las compresas es 9 veces más probable que se produzca después de una cirugía de emergencia y 4 veces más probable cuando se produce un cambio inesperado en el procedimiento quirúrgico que se practica. Otras razones incluyen cirugías realizadas fuera de horarios normales, procedimientos largos, cambio del personal de enfermería durante el procedimiento, más de un equipo quirúrgico trabajando en conjunto y, finalmente, el error humano.

La presentación clínica del textiloma es variable dependiendo de la localización y el tipo de reacción. Es difícil reconocerlo usando pruebas radiológicas si la compresa no tiene algún marcado radiológico, debido a que el algodón puede imitar hematomas, procesos granulomatosos, abscesos, masas quísticas o neoplasias. También puede tener calcificaciones o burbujas de aire⁽⁷⁾. El material no absorbible induce dos tipos de reacción de cuerpo extraño en esta patología: una reacción de exudado que lleva a la formación de absceso con formación de fistulas internas o externas y una reacción fibrinosa aséptica que se presenta en forma tardía (meses o años), produce adherencias, encapsulación y la eventual formación de granuloma, como se observó en la paciente de este caso. Generalmente las mujeres permanecen asintomáticas o se presentan como un síndrome de pseudo-tumor^(6,7).

Los signos y síntomas comunes de la retención de la compresa son distensión abdominal, íleo, tenesmo, dolor, masa palpable, vómitos, pérdida de peso, diarrea y formación de absceso o fístula⁽¹⁾. Debido a que los síntomas son generalmente inespecíficos y pueden aparecer años después de la cirugía, el diagnóstico generalmente se realiza por imágenes y un alto índice de sospecha. La imagen más llamativa del cuadro es la presencia de líneas curvas o bandas radiopacas en la radiografía simple. Sin embargo, más del 10% han demostrado ser falsos negativos. Más aun cuando después de cierto tiempo los marcadores radiopacos se desintegran o fragmentan⁽¹¹⁾. Los hallazgos de la ecografía son de una masa bien definida con focos ecogénicos internos, halo hipoecoico y fuerte sombra posterior⁽¹²⁾. En la tomografía se puede observar como una lesión quística con apariencia esponjiforme y sombras como burbujas, cápsula hiperdensa, láminas concéntricas y calcificaciones en las paredes⁽¹³⁾.



Después de confirmar el diagnóstico, el tratamiento habitual es la remoción de la compresa retenida. Se recomienda la reintervención por la cicatriz quirúrgica previa, pero también se puede realizar por vía endoscópica o laparoscópica para evitar complicaciones severas⁽⁷⁾. La estrategia quirúrgica debe tener en cuenta el tipo de material, tiempo transcurrido, localización, posibles complicaciones y repercusión sistémica. Una de las posibles complicaciones durante la reintervención es la perforación del intestino adherido, lo cual debe ser siempre considerado. En algunos casos el intento de remoción del cuerpo extraño puede causar más daño que beneficio, aunque en tales circunstancias el cuerpo extraño es generalmente una aguja o una pequeña parte del material quirúrgico. En el caso de las compresas, estas deben ser siempre retiradas⁽⁴⁾.

Más allá del diagnóstico y del tratamiento de este tipo de cuerpo extraño, se debe hacer énfasis en la importancia de la prevención. Algunas recomendaciones básicas para evitar la incidencia de estos accidentes son: doble recuento del material antes de iniciarse la intervención y antes del cierre de la pared abdominal, número fijo de compresas, gasas y torundas, evitar taponamientos masivos, exploración rigurosa de la cavidad antes del cierre, evitar los recuentos apresurados (lo cual puede ocurrir en procedimientos prolongados o de urgencia), recuento adicional cuando hay cambio de personal, utilizar exclusivamente material con marcas radioopacas, evitar cambios repentinos en la estrategia quirúrgica y en intervenciones en las que han actuado varios equipos quirúrgicos⁽⁷⁾.

Los textilomas son causas no comunes y prevenibles de morbilidad y mortalidad quirúrgica. La mayoría son asintomáticos, difíciles de diagnosticar y los profesionales médicos deben permanecer vigilantes en todo momento sobre la amenaza que esto ocurra. El diagnóstico correcto solo se logra en un tercio de todos los casos, siendo la aparición de un nuevo tumor o la recurrencia del tumor los diagnósticos diferenciales más comunes, por lo que deben ser incluidos como diagnóstico diferencial de tumoraciones en partes blandas en pacientes con antecedentes de cirugías previas. Los cirujanos deben desarrollar la costumbre de realizar una búsqueda

rutinaria de material quirúrgico en la cavidad abdominal y la herida quirúrgica antes del cierre del abdomen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lal A, Gupta P, Sinha SK. An unusual cause of intestinal obstruction in a young female. Transmural migration of gossypiboma with small bowel obstruction. *Gastroenterol.* 2015;149(3):e7-8. doi: 10.1053/j.gastro.2014.12.054.
2. Buluş H, Şimşek G, Coşkun A, Koyuncu A. Intraabdominal gossypiboma mimicking gastrointestinal stromal tumor: a case report. *Turk J Gastroenterol.* 2011;22(5):534-6.
3. Muci R. Gossypiboma: el sempiterno problema de los cuerpos extraños retenidos y el privilegio del internista. *Boletín ANM.* 2011;33:III-65.
4. Colak T, Olmez T, Turkmenoglu O, Dag A. Small bowel perforation due to gossypiboma caused acute abdomen. *Case Rep Surg.* 2013;2013:219354. doi: 10.1155/2013/219354.
5. 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.
6. Wan W, Le T, Riskin L, Macario A. Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2009;22(2):207-14. doi: 10.1097/ACO.0b013e328324f82d.
7. Gümüş M, Gümüş H, Kapan M, Onder A, Tekbaş G, Baç B. A serious medicolegal problem after surgery: gossypiboma. *Am J Forensic Med Pathol.* 2012;33(1):54-7. doi: 10.1097/PAF.0b013e3281821c09fe
8. Shah RK, Lander L. Retained foreign bodies during surgery in pediatric patients: a national perspective. *J Pediatr Surg.* 2009;44(4):738-42. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.07.025.
9. Ogundiran T, Ayandipo O, Adeniji-Sofoluwe A, Ogun G, Oyewole O, Ademola A. Gossypiboma: complete transmural migration of retained surgical sponge causing small bowel obstruction. *BMJ Case Rep.* 2011;2011. pii: bcr0420114073. doi: 10.1136/bcr.04.2011.4073.
10. Lv YX, Yu CC, Tung CF, Wu CC. Intractable duodenal ulcer caused by transmural migration of gossypiboma into the duodenum--a case report and literature review. *BMC Surg.* 2014;14:36. doi: 10.1186/1471-2482-14-36.
11. Gayer G, Lubner MG, Bhalla S, Pickhardt PJ. Imaging of abdominal and pelvic surgical and postprocedural foreign bodies. *Radiol Clin North Am.* 2014;52(5):991-1027. doi: 10.1016/j.rcl.2014.05.006.
12. Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G, Saad H, Hussein H, Abou Sleiman C, Haddad M. Imaging features of retained surgical foreign bodies. *J Radiol.* 2001;82(8):913-6.
13. Karabulut N, Herek D, Kiroğlu Y. CT features of intrathoracic gossypiboma (textiloma). *Diagn Interv Radiol.* 2011;17(2):122-4. doi: 10.4261/1305-3825.DIR.3120-09.0.