

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen
Volume **3**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2002**

Artículo:




Extracción de un cuerpo extraño por cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión en la literatura

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com



Extracción de un cuerpo extraño por cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión en la literatura

Dr. Gerardo Ricardo Vega Chavaje,* Dr. Norberto Manuel Heredia Jarero,** Dr. Pedro Camacho Roncal,***
Dr. Miguel Tenorio Taramona,**** Dr. Jorge Barrera Gallegos,**** Dr. Roberto Muñoz Aldana,****
T.B. Adrián Glielb Cervantes Covarrubias*****

Resumen

Objetivo: Presentar el caso de una paciente que se le retiró un cuerpo extraño de la cavidad abdominal por medio de cirugía endoscópica en forma exitosa.

Diseño: Reporte de un caso.

Sede: Hospital de Segundo Nivel.

Descripción del caso: Femenina de 34 años que presenta una masa de 5 centímetros de diámetro en la fosa ilíaca izquierda, acompañado de dolor abdominal en la fosa ilíaca izquierda, dificultad durante la defecación y estreñimiento crónico, se contaba con el antecedente de una cesárea previa de cinco años, se le tomaron exámenes de laboratorio y gabinete: BHC, EGO, TP, TPT, QS, ES, HIV, Colon por enema y TAC de abdomen. Con los siguientes resultados: los estudios preoperatorios no reportaron ninguna alteración, El colon por enema y el TAC mostraron una masa ocupativa unida a la pared lateral del colon sigmoideas. Se procedió a realizar una exploración por mínima invasión encontrando una masa en borde antimesentérico del sigmoideas adherida, pero fácilmente abordable por disección roma, logrando separarla del colon y extrayendo el cuerpo extraño por uno de los puertos de trabajo por medio de una bolsa elaborada con un guante quirúrgico, enviándola a su estudio por el servicio de patología, quien posteriormente reportaría un cuerpo extraño del tipo gasa quirúrgica, la paciente presentó una buena evolución, siendo egresada cuatro días después de su cirugía.

Conclusión: Se obtuvo un buen resultado, en la extracción de un cuerpo extraño por medio de cirugía endoscópica.

Palabras clave: Textiloma, cirugía endoscópica, técnica, dolor abdominal.

Abstract

Objective: Present the case of a successful remove of a textiloma from the abdominal cavity via endoscopic surgery.

Design: Report of one case.

Location: Second Level Hospital

Description of the case: Thirty four years old patient presenting a 5 cm diameter mass located in left iliac cavity; presenting abdominal pain in the same place and difficulties in defecation including chronic constipation. Preceded by a 5 year old caesarean operation. The following laboratory and cabinet exams were taken: CHB, UGE, TP, TPT, SC, ES, HIV, colon enema and abdominal CAT; with the following results: preoperational labs reported no alteration; colon enema and abdominal CAT showed an occupant mass joined to lateral wall of sigmoid colon. A minimal invasion exploration was performed, finding a mass on the sigmoid antimesenteric border; it was embraced but easily dissociable from the colon and extractable throw one of the ports by using a surgical glove bag. The piece was sent to pathology service for study who reported a foreign mass (textiloma). The patient presented a good evolution, she was discharged 4 days after the surgery.

Conclusion: A good result was obtained using endoscopic surgery in the extraction of the foreign mass but still there is no a diagnostic or therapeutic option.

Key words: Textiloma, endoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

Los textilomas son cuerpos extraños que tienen una aparente etiología iatrogénica¹ y que actualmente han tomado una importancia relevante por las condiciones medicolegales que prevalecen en nuestra sociedad y que debido a una mala influencia por parte de los medios de comunicación masiva por la necesidad de conseguir alguna noticia, han demostrado una escasa seriedad con respecto al manejo

* Jefe del Servicio de Cirugía Endoscópica del HRZ No.1, IMSS, Cuernavaca, Morelos, México.

** Director General de las UU EE MM y OO. Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional, México, D.F.

*** Jefe del Servicio de Cirugía General I-3HN del Hospital "2 de Mayo" en Lima, Perú.

**** Cirujano adscrito al Servicio de Cirugía General I-3NH del Hospital "Dos de Mayo" en Lima, Perú.

***** Jefe del Personal Biomédico de Vitalmex-Cobe de México, México, D.F.

de este problema, además de la conducta poco seria y con una gran falta de ética profesional de algunos miembros del cuerpo médico, al externar comentarios inadecuados de tan lamentable suceso, que tiene un origen involuntario, consiguiendo solamente un desprestigio para el cuerpo médico y fomentando una disminución en el grado de confianza y la credibilidad de los cirujanos.

La probabilidad para el cuerpo médico, que practique procedimientos quirúrgicos, de tener la posibilidad de dejar en forma totalmente inadvertida y sin ninguna mala intención, material de curación (gasas, esponjas, compresas, algodones, etc.)² o instrumental dentro de alguna cavidad, en forma totalmente inadvertida,³ a pesar de que existen medidas de rutina, con altos índices de seguridad para evitar dejar por olvidado algún cuerpo extraño dentro de un paciente, lamentablemente la posibilidad de que se presente este tipo de incidentes no es tan bajo, se ha llegado a reportar de un 0.3 a 1% entre 1,000 cirugías.⁴

Sin que esto sirva para disculpar el error, ya que se han diseñado algunas medidas para eliminar en lo máximo, esta posibilidad, sin que se haya logrado el objetivo, por lo tanto el presente trabajo se enfocará a la posibilidad de la recuperación de estos objetos con el menor daño posible apoyados en la cirugía endoscópica. Pero es muy importante identificar primero la posibilidad de la existencia de un cuerpo extraño que se dejó olvidado en alguna cirugía previa y para esta situación tan delicada, una adecuada historia clínica, un interrogatorio bien dirigido, no tendencioso buscando la solución y no el nombre del que dejó el cuerpo extraño, los antecedentes personales de tipo quirúrgico y sobre todo la exploración física de nuestros pacientes, nos pueden orientar a establecer una posibilidad diagnóstica de certeza, pero también es muy frecuente que el hallazgo de algún textiloma o instrumento quirúrgico pase inadvertido durante mucho tiempo, incluso años^{5,6} y que sea un reporte incidental durante alguna cirugía de un paciente que haya sido operado con anterioridad. Por lo tanto, se debe sospechar la presencia de un cuerpo extraño, en todo aquel paciente que desarrolle una masa ocupativa, alguna fístula o trayecto fistuloso o bien que presente cuadros de obstrucción intestinal muy rápidamente e inesperados, recientes a algún procedimiento quirúrgico y que el cuadro clínico no se pueda relacionar con los antecedentes personales y la sintomatología, la posibilidad de confirmar la existencia de un textiloma o de cuerpo extraño se encuentra al alcance de la mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel que cuentan con gabinetes de rayos "X" y de imagen avanzados⁷⁻⁹ que son grandes baluartes para la identificación de los posibles cuerpos extraños olvidados y así poder establecer una estrategia quirúrgica adecuada a cada caso, y esto se considera porque todos los cuerpos extraños olvidados deben ser recuperados por medio de algún evento

quirúrgico convencional¹ o bien intentar la posibilidad de hacerlo por medio de la cirugía de invasión mínima que es el motivo del presente reporte.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 34 años, con el antecedente de cesárea en 1997 en medio privado, acude a consulta por presentar una tumoración en fosa ilíaca izquierda, de dos años de evolución, aproximadamente de 1 cm de diámetro al inicio del cuadro clínico y que ha aumentado su tamaño, la masa ocupativa se acompaña de dolor en la fosa ilíaca izquierda y dificultad para defecar, la sintomatología se incrementó en los últimos 4 meses, durante su protocolo de estudio se documentó en el abdomen lo siguiente; cicatriz mediana infraumbilical, blando, depresible, palpándose tumor esférico de 5 cm de diámetro aproximadamente, localizado en la fosa ilíaca izquierda, móvil y poco doloroso a la exploración, el resto de la exploración no reportó datos de importancia con el padecimiento actual. Se solicitaron exámenes preoperatorios (BHC, QS, TP, TPT, EGO, HIV, colon por enema y TAC) con los siguientes resultados: Hb 13.3; Hto 37%; leucocitos 5,700 x mm³; linfocitos 32%; monocitos 0%; eosinófilos 2%; basófilos 0%; segmentados 66%; bandas 0%, plaquetas 187,000 x mm³; glicemia 89 mg/dL; creatinina 0.62 mg/dL; grupo sanguíneo "O" Rh (+); TP 10.2"; TPT 31.4"; EGO normal; HIV negativo; colon por enema con el reporte de compresión extrínseca de colon sigmoides (*Figura 1*), TAC de abdomen manifestó una masa ocupativa en hueco pélvico adherida a pared anterolateral de sigmoides y extensión al anexo izquierdo, tumor que no presentaba inclusión hacia la luz del colon sigmoides (*Figura 2*). Se procede a realizar exploración por vía laparoscópica, encontrando una masa ocupativa en la cara lateral del colon sigmoides de consistencia dura fácilmente desprendible de la pared del sigmoides (*Figuras 3A y 3B*), el procedimiento se realiza totalmente por vía endoscópica, se extrae en su totalidad el tumor y al abrir la cápsula de tejido que lo contiene, visualizamos un textiloma en su interior (*Figura 4*), la paciente cursa con buena evolución posoperatoria y se egresa 96 h posterior a la cirugía, se maneja con cefradina 1 g IV c/8 h por 3 días, soluciones por vía endovenosa por 48 hrs. y analgésicos convencionales por la vía parenteral, tolera la vía oral a las 24 hrs, canaliza gases y evacua a las 24 h; el reporte de anatomía patológica es: Proceso inflamatorio crónico, tipo cuerpo extraño (gasa), con fragmento de trompa uterina.

La paciente es evaluada a los 7 días posteriores a su egreso presentando una evolución aceptable con mínimas molestias.

TÉCNICA

Paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general inhalatoria balanceada, se realiza rutina preoperatoria de asepsia y



Figura 1. Colon por enema que revela compresión extrínseca de colon sigmoides.

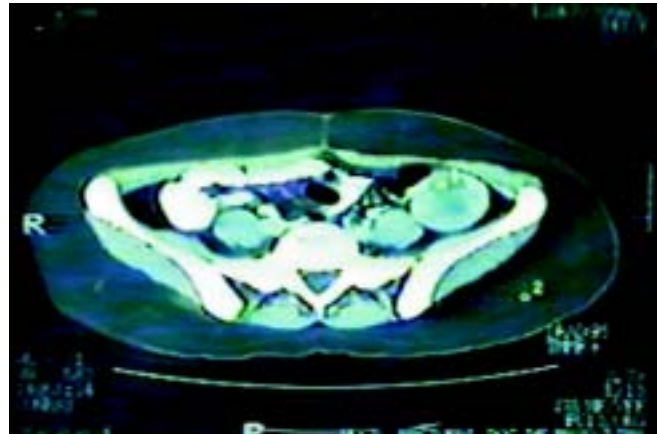


Figura 2. TAC con reporte de masa ocupativa sobre sigmoides.

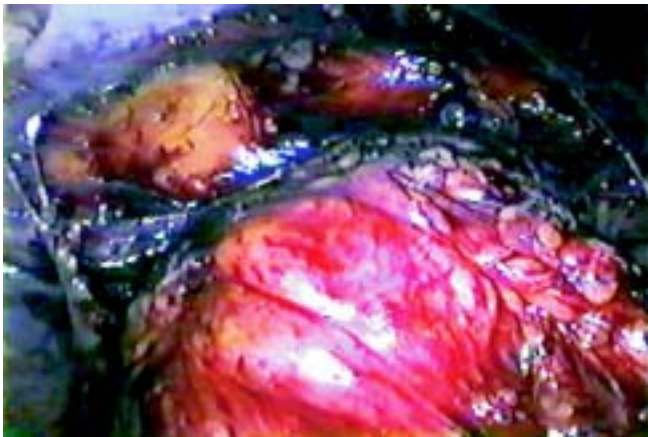


Figura 3A. Localización del tumor por vía endoscópica.

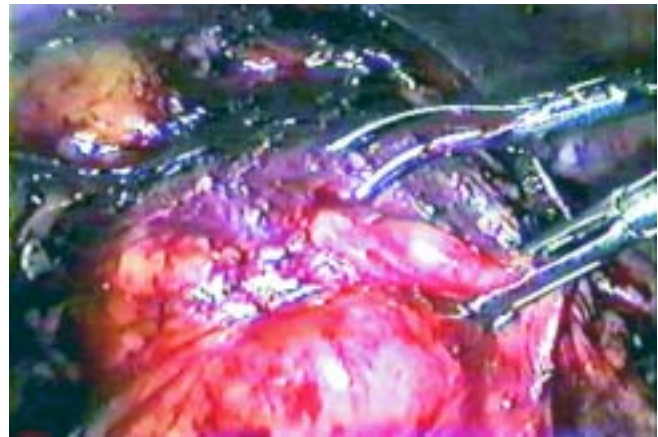


Figura 3B. Localización del tumor por vía endoscópica.

antisepsia, se procede a realizar abordaje por cicatriz umbilical con técnica de Hasson,¹³ pasando un trócar desechable de 10/11 mm, se inicia la insuflación de bióxido de carbono con flujo de 2.5 litros por minuto, con presión intra-abdominal inicial en -2 mmHg, se inicia neumoperitoneo hasta alcanzar 15 mmHg de presión intra-abdominal, colocando a la paciente en posición de Trendelenburg entre 15 y 20 grados aproximadamente y lateralizándola hacia la derecha, realizando exploración endoscópica de la cavidad abdominal con lente operatorio de 30 grados y diámetro de 10 mm, se procede a colocar un trócar reutilizable de 5 mm en el lado derecho de la paciente entre el flanco y la fosa ilíaca derecha, otro trócar suprapúbico de 10/11 mm ligeramente sobre la izquierda de la misma cicatriz previa de la operación cesárea y así evitar la posibilidad de encontrar procesos adherenciales o bridas que dificultaran la exploración quirúrgica, afortunadamente

la paciente no presentó estos problemas y por último un trócar en el flanco izquierdo sobre la línea medio claviclar izquierda, también de 10/11 mm (*Figura 5*), el puerto umbilical se utiliza para la lente y el resto son conductos de trabajo. Se utilizó instrumental convencional de 5 y 10 mm, pinzas de tracción tipo endoclinch, de disección tipo Maryland, corte del tipo Metzemaum, Endobabcock de 10 mm, pinzas de extracción, espátula y gancho de 5 mm, para corte y hemostasia se utilizó electrocauterio de la clase monopolar, mediante gentiles maniobras despegamos en forma roma el peritoneo parietal hasta que localizamos la masa tumoral adherida a la pared lateral del abdomen y la anterolateral del sigmoides, logrando disecar en su totalidad la masa ocupativa, la encontramos fuertemente unida al anexo izquierdo, liberando al ovario izquierdo, se extrae a la masa ocupativa, con el segmento distal de la trompa uterina izquierda, extra-

yendo la masa dentro de una bolsa elaborada con un guante (*Figura 6*), sin evidencia de sangrado, realizando hemostasia y una ultima exploración laparoscópica, finalizando el procedimiento en 120 minutos sin complicaciones transoperatorias, se procedió al cierre de los puertos de 10-11 mm, en dos planos, con vicryl del 1 para la aponeurosis, con puntos simples y para la piel en todos los accesos se utilizó prolene de 000 y puntos tipo Sarnoff, cubriendo a la paciente con esparadrapos estériles, la paciente pasa a la unidad de recuperación en buenas condiciones en general. Con reporte de cuerpo extraño del tipo textiloma por el Servicio de Patología (*Figuras 7A y 7B*).

DISCUSIÓN

Se realizó una investigación sobre los textilomas que han sido recuperados por cirugía endoscópica, encontrando una sola referencia sobre esta posibilidad,¹⁴ en la que se considerara la opción de extraer un cuerpo extraño por medio de cirugía endoscópica, lo que motivó la intención de comunicar esta inusual y posiblemente primera experiencia en Latinoamérica con este abordaje, sin embargo, como lo comentamos en la introducción, el principal objetivo de reportar la recuperación de un textiloma de la cavidad abdominal por cirugía de mínima invasión es sólo comunicar esta posibilidad para algunos casos futuros de este grupo quirúrgico o de algunos otros, sin que por ningún motivo se pretenda el sugerir abordar este tipo de casos, con técnica endoscópica, teniendo que reconocer que el factor de la buena fortuna nos acompañó en esta intervención quirúrgica.

Un punto muy importante en este tipo de situaciones, es la identificación del problema y esta posibilidad diagnóstica se encuentra relacionada a dos factores primordiales; el prime-

ro es el sospechar la existencia de un cuerpo extraño en aquellos pacientes que presentan una evolución posoperatoria fuera de lo convencional y que no se encuentre dentro de la posible morbilidad del procedimiento que se haya realizado previamente y esto debe sospecharse con la aparición de alguna masa tumoral de crecimiento rápido o la existencia de alguna fístula o salida de alguna colección y que ésta sea persistente a pesar de los tratamientos conservadores aplicados.¹⁵⁻¹⁹ También deben ser tomados en cuenta los antecedentes quirúrgicos previos más recientes, ya que el mayor número de pacientes con algún cuerpo extraño olvidado en cavidad son mujeres que fueron intervenidas por causas gineco-obstétricas,^{1,18} sin embargo, se han extraído cuerpos extraños que permanecieron por muchos años sin que provocaran molestias y fueron obtenidos como hallazgo durante alguna intervención quirúrgica^{1,5-6} o bien simulaban algún tumor y el resultado de patología reportó un cuerpo extraño.²⁰ El segundo factor es la posibilidad de establecer el diagnóstico de un cuerpo extraño en alguna cavidad, no debe dejarse sólo a la clínica y la exploración física, por lo que la importancia de los estudios de imagen básicos y avanzados toman un papel fundamental en el diagnóstico de esta lamentable situación, en el 90% de los casos, la identificación de un cuerpo extraño se realizará mediante placas simples de rayos "X",^{1,7} dejando sólo un 10% a otro tipo de estudios de imagen avanzados, como el ultrasonido, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear.^{8,9,18,21,22} Esta dificultad por identificar la presencia de una gasa o compresa dentro de alguna cavidad puede deberse a que al material no se le aplicaron marcadores de plástico o bien en un afán de un ahorro mal entendido se utilizó material de curación de mínima calidad que provocó que estos indicadores no fueran del todo efectivos. Por lo tanto, el organismo como respuesta a la exis-

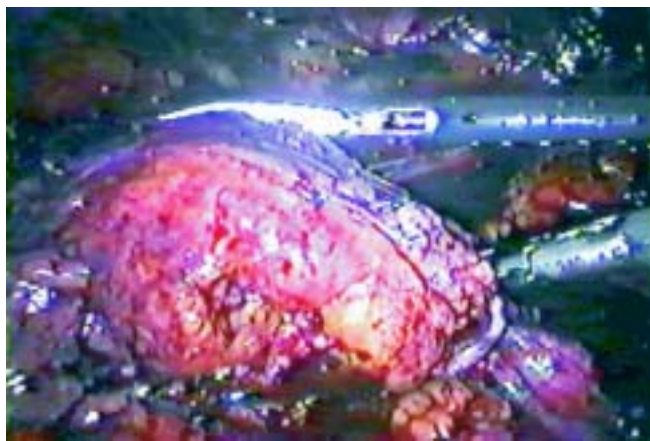


Figura 4. Identificación de textiloma.



Figura 5. Topografía de la colocación de los accesos endoscópicos.



Figura 6A. Introducción de la masa dentro del guante.

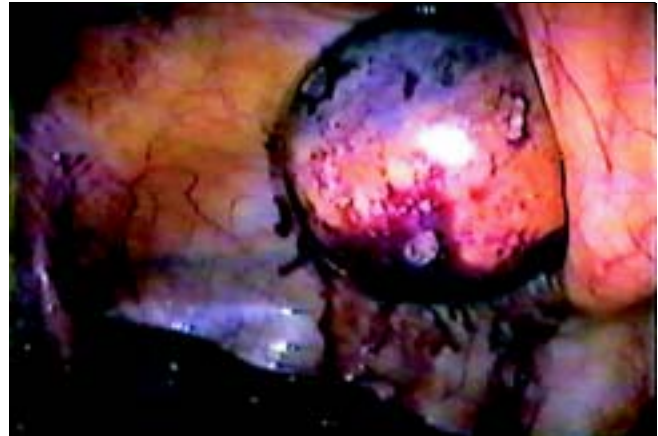


Figura 6B. Extracción de la masa a través de la pared abdominal.



Figura 7A. Identificación del cuerpo extraño en el posoperatorio inmediato.



Figura 7B. Identificación del cuerpo extraño en el posoperatorio inmediato.

tencia de un cuerpo extraño responderá con un proceso inflamatorio, que dará origen a un proceso estéril y fibroso y como resultado llevará a la encapsulación y la formación de adherencias, que envolverán a los cuerpos extraños y por consecuencia la formación de abscesos, trayectos fistulosos o bien llegar a desarrollar una cápsula fibrosa que incluya al cuerpo extraño y que esta condición produzca los síntomas de un posible tumor, fístulas, etc.

Estas cápsulas pueden llegar a calcificarse, sobre todo cuando se encuentran relacionados con el tracto digestivo o el genitourinario^{1,23} y estas condiciones puedan llegar a desarrollar complicaciones severas, inclusive con fatales resultados. El método más común y seguro hasta este momento para resolver este problema es la cirugía convencional a cielo abierto²⁴ y esto es lo que debe ser manejado con mucho cuidado por parte del personal que identifique la existencia de un cuerpo extraño, todo con

el fin de no mal informar a los pacientes y sus familiares y así poder evitar algún proceso médico-legal innecesario. Por mucho tiempo se ha considerado como iatrogénica la existencia de un cuerpo extraño dentro del organismo posterior a algún procedimiento quirúrgico,²⁵ sin embargo, consideramos que es un error el mantener esta idea, que parte de un lamentable olvido o descuido, que tiene el atenuante de ser una omisión involuntaria y sin la intención de provocar un daño en forma consciente, por lo que debemos utilizar el concepto de etiología iatrogénica con mucho cuidado por el simple significado de la palabra que conlleva mala intención, conocimientos y destrezas limitados y que efectivamente pueden llegar a tener complicaciones severas y hasta fatales consecuencias. Por lo tanto, se deben realizar los conteos necesarios de todo el material antes de la cirugía y posterior a la misma, preferentemente deben ser tres conteos estrictos, el primero antes de realizar la incisión inicial, la segunda al

cierre del plano de la cavidad operada y el tercero al cierre de la piel, estas medidas deberán ser asentadas en la hoja de enfermería y sobre todo estas medidas deben ser llevadas a cabo por personal calificado y certificado para estas responsabilidades. Otro punto importante es la calidad del material utilizado, ya que al utilizar material que no tenga buenos marcadores y que sumado a personal mal calificado, la posibilidad de omitir alguna gasa o compresa es alta y la última medida es el empleo inmediato de los recursos de imagen básicos de rayos "X", cuando exista la duda o bien falte algún material o textil en la cuenta final, para evitar enviar a un paciente con material olvidado a la sala de recuperación asumiendo una cuenta completa. El resolver este problema por vía de la cirugía de mínima invasión, puede reducir el índice de complicaciones, por las enormes ventajas de la cirugía endoscópica, tan ampliamente ya discutidas. Actualmente en la era de la cirugía de invasión mínima y por las características en las dimensiones de los puertos de entrada, hacen prácticamente imposible dejar olvidado un cuerpo extraño, porque no sólo el cirujano y la instrumentista llevan el conteo del material ocupado ya que el resto del equipo quirúrgico puede participar y recordar el ingreso de algún instrumental o material y que haya sido olvidado, evitando un futuro problema, además la cirugía de acceso mínimo facilita la posibilidad de recuperarlo como en el presente caso, con mínimas molestias posquirúrgicas. Nuestro reporte parte de una masa abdominal íntimamente unida al sigmoides y como se puede observar tanto en el colon por enema y la tomografía del abdomen no existió la consideración de la existencia de un cuerpo extraño en su protocolo preoperatorio y aunado a la evolución de crecimiento lento durante 5 años, la consideración diagnóstica era de alguna masa de estirpe histológica posiblemente maligna, al realizar una exploración laparoscópica y lograr localizar e identificar la masa y disecarla con relativa facilidad, liberándola en su totalidad de la pared colónica y resear el segmento distal de la trompa de falopio izquierda, al abrir la capa fibrosa y ver que contenía una gasa, desde el interior de la cavidad abdominal para posteriormente extraerla en su totalidad mediante una endobolsa elaborada con un guante, verificando la integridad de las estructuras y la hemostasia de la cavidad abdominal y observar una evolución posquirúrgica muy satisfactoria para la paciente, nos hace considerar la posible aplicación de la técnica laparoscópica para otros casos similares en el futuro, como por ejemplo los dispositivos intrauterinos que pueden ser recuperados por esta técnica quirúrgica, evitando así laparotomías exploradoras extensas, tomando en cuenta que el incremento en el tamaño de las estructuras se debe a la magnificación que dan las ópticas y ésta es de por lo menos 20 veces más el tamaño normal, otorgando un inmejorable campo visual.

Es muy importante considerar que la cirugía endoscópica desde su despegue académico y comercial a finales de la década de los 80 en el siglo pasado, ha sido motivo de severas

críticas académicas por romper fuertes paradigmas de la educación quirúrgica convencional y por lo tanto, cuando se logra alcanzar una meta con estos nuevos abordajes son susceptibles de análisis profundos y severos cuestionamientos. Estamos de acuerdo que el reportar el logro de un sólo caso no establece que todos deban ser abordados por cirugía de mínima invasión, sin embargo, es un paso más hacia un horizonte de mejores posibilidades de tratamiento para los pacientes. La definición de los nuevos conceptos de manejo en la patología de la vesícula y la vía biliar,¹⁰ del reflujo gastroesofágico y los defectos del hiato esófago, actualmente ya establecidos como estándares de oro para las patologías señaladas,^{11,12} los inquietantes cambios de los manejos actuales en la patología aguda del abdomen, el papel de la laparoscopia diagnóstica, las nuevas perspectivas quirúrgicas que se han empezado a explorar con notables éxitos y avances en cuello, tórax, extremidades, urología, gineco-obstetricia, etc., producen un optimismo en las posibilidades terapéuticas, disminuyendo el dolor y dando todos los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

Por lo tanto la posibilidad de otorgar el beneficio de la exploración endoscópica en cualquier cavidad del organismo establece la posibilidad de poder realizar la opción terapéutica en campos de patología ampliamente conocida, dándole a los pacientes los enormes beneficios de la cirugía de invasión mínima.

CONCLUSIÓN

Es necesario establecer, que por ningún motivo este grupo se atreve a sugerir este abordaje para la extracción de los cuerpos extraños como una medida de rutina, ya que consideramos que por resolver un sólo caso no se puede justificar el intentar realizar todos por vía de la cirugía laparoscópica. Si bien es cierto que la aplicación de la técnica endoscópica le otorgó a este caso en particular los enormes beneficios de la cirugía del nuevo milenio, se deben realizar investigaciones experimentales en modelos animales, realizando procedimientos quirúrgicos con la intención de dejar gasas, esponjas, compresas, etc., para poder intentar recuperarlas por cirugías endoscópicas.

Sin embargo, podemos vislumbrar que esta posibilidad irá creciendo como en su momento fue para la cirugía la vesícula biliar por técnicas laparoscópicas. Consideramos que como posibilidad por lo menos se debe dar el beneficio de la duda, asumiendo que al disminuir el impacto quirúrgico, con una mejor repuesta metabólica al trauma, un mejor manejo de los tejidos y sumados a los beneficios de la cirugía de invasión mínima, se pueden abatir las consecuencias médico-legales que tanto han lastimado al cuerpo médico últimamente, por último, hacer un reconocimiento al personal directivo y al

cuerpo médico adscrito del Servicio de Cirugía I-3 HN del Hospital Dos de Mayo con sede en la Ciudad de Lima, Perú, por todas las facilidades y amabilidades durante nuestra es-

tancia en su país, lográndose realizar esta cirugía con éxito, estableciendo nexos frateros para futuros eventos académicos entre Perú y México.

REFERENCIAS

1. Pérez GR, Rodríguez GH, Hernández BS, Zárate SA. Textilomas que semejan patología abdominal tumoral. Descripción de seis pacientes. *Cir Gen* 1998; 20: 263-7.
2. Moyle H, Hines OJ, Mcfadden DW. Gossypiboma of the abdomen. *Arch Surg* 1996; 131: 566-8.
3. Cervantes J. Pinza hemostática olvidada dentro del abdomen durante histerectomía. En: *Iatrogenia en cirugía*. 1ª. Ed. México, D.F.: Editorial Salvat S.A. de C.V., 1991: 163-4.
4. Cruz FC. Textil abdominal. *Gac Méd Méx* 1999; 135: 657-8.
5. Roumen RM, Weerdenburg HP. MR features of a 24-years-old gossypiboma. A case report. *Acta Radiol* 1998; 39: 176-8.
6. Hadrami J, Rojas M, de Fenol O, Kharsa G, Marzelle J, Chotard Y. Pulmonary textiloma revealed by hemoptysis 12 years after thoracotomy. *Rev Med Interne* 1998; 19: 826-9.
7. Williams RG, Bragg DG, Nelson JA. Gossypiboma of the abdomen: the problem of the retained surgical sponge. *Radiology* 1978; 129: 323-6.
8. Sugano S, Suzuki T, Linuma M et al. Gossypiboma: diagnosis with ultrasonography. *J Clin Ultrasound* 1993; 21: 289-92.
9. Vayre F, Richard P, Ollivier JP. Intrathoracic gossypiboma: magnetic resonance features. *Int J Cardiol* 1999; 70: 199-2000.
10. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy September 14-16, 1992. *Laparoendosc* 1993; 3: 77-90.
11. McKerman JB, Champion JK. Laparoscopic antireflux surgery. *Am Surg* 1995; 61: 530-6.
12. Barr LL. Laparoscopic hiatal herniorrhaphy with posterior fundoplication for gastroesophageal reflux. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 409-12.
13. Hasson HM. Modified instrument and method for laparoscopy. *Am J Obst Gyn* 1988; 151: 67-87.
14. Uranus 8, Schauer C, Pfeifer J, Dagdoglu A. Laparoscopic removal of a large laparotomy pad forgotten *in situ*. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 77-9.
15. Salinas SA, Lorenzo RJ, Segura MM, Hernandez MI, Pastor GJ, Virseda RJ. An unusual retroperitoneal cystic tumor. *Urol Int* 2000; 64: 58-60.
16. Mboti B, Gebhart M, Larsimont D, Abdelkafi K. Textiloma of the thigh presenting as a sarcoma. *Acta Orthop Belg* 2001; 67: 513-8.
17. Batt HS, Mahesh G, Ramgopal KS. Gossypiboma: an unusual cause of perinephric abscess. *J R Coll Surg Edinb* 1997; 42: 277-8.
18. Zbar AP, Agrawal A, Saeedi IT, Utidjian MR. Gossypiboma revisited: a case report and review of the literature. *J R Coll Surg Edinb* 1998; 43: 417-8.
19. Jason RS, Chisolm A, Lubetaky HW. Retained surgical sponge simulating a pancreatic mass. *J Natl Med Assoc* 1979; 71: 501-3.
20. Sahin AG, Yagci C, Aytac S. Pseudotumour due to surgical sponge: gossypiboma. *Aust Radiol* 1997; 41: 288-91.
21. Sehhan RE, Sheppard MN, Hansell DM. Retained intrathoracic surgical swab: CT appearances. *J Thorac Imaging* 2000; 15: 61-4.
22. Mathew JM, Rajshekar V, Chandy MJ. MRI features of neurosurgical gossypiboma: report of two cases. *Neuroradiology* 1996; 38: 468-9.
23. Crossen DF, Crossen HS. *Foreign bodies left in the abdomen: the surgical problems, cases, treatment and prevention, the legal problems, cases, decisions and responsibilities*. St Louis: CV Mosby, 1940.
24. Masson LB. Migration of surgical sponge into small intestine. (Letter) *JAMA* 1968; 205: 398-9.
25. Rappaport W, Haynes K. The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery: a continuing problem. *Arch Surg* 1990; 125: 405-7.

Correspondencia:

Dr. Gerardo Ricardo Vega Chavaje

Dr. Gustavo Gómez Azcarate No. 200,

1/er piso, interior 3, Colonia Lomas de

la Selva, Cuernavaca, Morelos, México.

C.P. 62270 Tel./Fax. 01-777- 3-17-47-63