



# Textiloma intraabdominal: entidad frecuente pero poco documentada de material quirúrgico retenido

## Intraabdominal textiloma: frequent entity but not documented of retained surgical material

Aldo Contreras Ayllón,\* Rubén Urióstegui Flores<sup>†</sup>

**Citar como:** Contreras AA, Urióstegui FR. Textiloma intraabdominal: entidad frecuente pero poco documentada de material quirúrgico retenido. Acta Med GA. 2025; 23 (4): 401-403. <https://dx.doi.org/10.35366/120520>

### Resumen

Se estima que los materiales quirúrgicos retenidos ocurren en 1:5,500 cirugías, diagnosticándose en un 50% cuando el paciente está dado de alta. Las gasas son la causa más común de retención quirúrgica (48-69%), y su conteo es fundamental para prevenir este problema. Aunque sólo el 77% de los recuentos se realizan correctamente, protocolos preventivos como el uso de material quirúrgico impregnado con un marcador radiopaco y el uso de rayos X pueden minimizar el daño. Es importante informar y documentar estos casos para mejorar la calidad del cuidado médico y reducir el riesgo de errores en futuras cirugías.

**Palabras clave:** textiloma, laparotomía, gasas, compresas, retención.

### Abstract

It is estimated that retained surgical materials occur in 1:5,500 surgeries, with 50% diagnosed when the patient is discharged. Gauze pads are the most common cause of surgical retention (48-69%), and counting them is essential to prevent this problem. Although only 77% of counts are performed correctly, preventive protocols such as using surgical material impregnated with a radiopaque tracer and X-rays can minimize the damage. It is important to report and document these cases to improve the quality of medical care and reduce the risk of errors in future surgeries.

**Keywords:** textiloma, laparotomy, gauze, compresses, retention.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que los materiales quirúrgicos retenidos ocurren en 1:5,500 cirugías.<sup>1</sup>

Estos eventos han dado lugar a un daño que implica una reoperación, readmisión hospitalaria, infección, fístulas, obstrucciones, perforación visceral y la muerte.<sup>2</sup>

Las gasas representan el 48-69% de los artículos quirúrgicos retenidos y dan lugar a una reacción tisular más grave que los fragmentos metálicos.<sup>1</sup>

En un estudio, las gasas se retuvieron con mayor frecuencia en el abdomen (50%). Los eventos ocurrieron en el quirófano (64%), en trabajo de parto (33%) y otras áreas

de procedimientos (3%). Se realizó un recuento de gasas en el 77%.<sup>3</sup>

Se identificó el 16% en la sala de operaciones. El 34% durante la hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico y el 50% después de que el paciente fuera dado de alta.<sup>3</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 44 años de edad con antecedente de dos cesáreas, la última hace ocho años, inicia sintomatología un mes previo a su ingreso posterior a consulta ginecológica de control, por ultra-

\* Especialista en Cirugía General, Hospital Angeles Mocel, Universidad La Salle México. ORCID: 0009-0006-2809-8080

<sup>†</sup> Especialista en Radiología e Imagen, Alta Especialidad en Radiología de la Mujer, Hospital Angeles Mocel, Universidad La Salle México.

### Correspondencia:

Dr. Aldo Contreras Ayllón

Correo electrónico: [contreras\\_aldo@hotmail.com](mailto:contreras_aldo@hotmail.com)



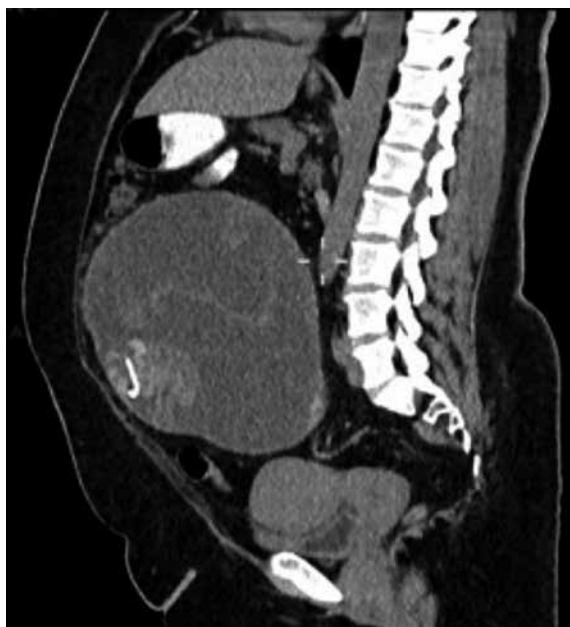
sonido pélvico se identifica tumoración dependiente de anexo derecho de forma incidental, por lo que se canaliza a esta unidad. Refiere un aumento de volumen abdominal de forma lenta y progresiva acompañado de saciedad temprana.

A la exploración física muestra aumento de volumen generalizado en abdomen, indurado, no doloroso a la palpación, peristalsis normoactiva. Estudios de laboratorio dentro de parámetros normales. Rastreo abdominal ecográfico a nivel de hipogastrio con imagen mal definida heterogénea con ecogenicidad de tejidos blandos y áreas lineales hiperecogénicas que proyectan sombra acústica. Tomografía abdominal reporta una imagen ovalada, heterogénea, con pared que realza con el contraste y dos áreas con densidad metal, la cual ejerce efecto de masa sobre estructuras pélvicas (*Figura 1*). Se realiza laparotomía exploradora identificando masa pseudoquística de 24 × 20 cm y líquido libre escaso, se realiza resección del mismo (*Figura 2*).

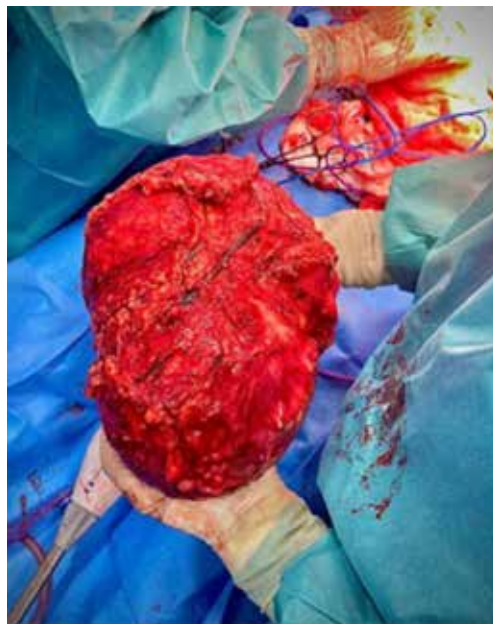
El informe histopatológico reporta la presencia de compresa adherida y contenido purulento dentro de pieza quirúrgica (*Figura 3*).

## DISCUSIÓN

El conteo de gasas quirúrgicas es fundamental en cualquier procedimiento quirúrgico, puede evitar la retención de materiales y minimizar el daño al paciente.



**Figura 1:** Tomografía de abdomen con doble contraste.



**Figura 2:** Pieza quirúrgica (pseudoquiste).



**Figura 3:** Material quirúrgico retenido dentro de pieza quirúrgica.

Se deben tomar en cuenta otras variables que elevan el riesgo como son la pérdida de sangre intraoperatoria > 500 mL, duración de la operación, > 1 equipo quirúrgico y un recuento quirúrgico incorrecto.<sup>3,4</sup>

La prevención de esta condición se puede lograr siguiendo protocolos preventivos como el recuento meticuloso y el uso rutinario de material quirúrgico impregnado con un marcador radiopaco.<sup>5</sup>

En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una lista de verificación de seguridad quirúrgica: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión de la piel y antes de que el paciente salga del quirófano, se debe asegurar que el recuento de gasas e instrumentos sean correctos.<sup>5,6</sup>

### CONCLUSIONES

Aunque los casos de material quirúrgico retenido son relativamente comunes, la literatura médica sobre este tema es escasa debido a las implicaciones médico-legales que pueden surgir. Es importante reconocer la importancia de informar y documentar estos casos para mejorar la calidad del cuidado médico y reducir el riesgo de errores en futuras cirugías.

El uso de rayos X intraoperatorios es una herramienta útil para detectar la presencia de materiales quirúrgicos retenidos. Es importante que los médicos estén conscientes de las limitaciones de este método.

### REFERENCIAS

1. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003; 348 (3): 229-235. doi: 10.1056/NEJMsa021721.
2. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2008; 207 (1): 80-87. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.047.
3. Gibbs VC. Retained surgical items and minimally invasive surgery. *World J Surg*. 2011; 35 (7): 1532-1539. doi: 10.1007/s00268-011-1060-4.
4. Moffatt-Bruce SD, Cook CH, Steinberg SM, Stawicki SP. Risk factors for retained surgical items: a meta-analysis and proposed risk stratification system. *J Surg Res*. 2014; 190 (2): 429-436. doi: 10.1016/j.jss.2014.05.044.
5. De Gea Rico A, Krishna P, Devlin HL, Rohatgi A. Gossypiboma: a ghastly find. *BMJ Case Rep*. 2018; 2018: bcr2017221537. doi: 10.1136/bcr-2017-221537.
6. Secretaría de Salud. *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf)

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a [editorial.actamedica@saludangeles.mx](mailto:editorial.actamedica@saludangeles.mx)