

Cuerpo extraño intra-abdominal postquirúrgico simulador de neoplasia. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Ismael Gil-Romea,* María Pilar Valcarreres-Rivera,* Pilar Palacios-Gasos,* Laura Lamata-Delaorden,* Jesús Quintana-Martínez,* María Jesús Moreno-Mirallas**

Resumen

Introducción: los textilomas son materiales textiles quirúrgicos que permanecen en el abdomen tras cirugías previas. Resulta muy difícil evaluar su incidencia debido a las implicaciones médico legales de ahí el interés en la publicación de este tipo de patología

Caso clínico: mujer de 76 años a la que se había realizado una histerectomía más doble anexectomía 6 meses antes de su ingreso en nuestro hospital, al parecer sin complicaciones perioperatorias. Cuando fue valorada en nuestro hospital presentaba cuadro clínico que simulaba una neoplasia maligna. En nuestro caso, la enferma tenía signos y síntomas propios de una neoplasia intra abdominal avanzada, tales como: anemia de procesos crónicos, pérdida importante de peso y tumor abdominal palpable. El procedimiento diagnóstico combinó tomografía computada y colonoscopia, objetivando como causa del cuadro clínico la presencia de textiloma intra abdominal. La paciente fue intervenida precisando 3 resecciones intestinales para extraer el cuerpo extraño, siendo el postoperatorio satisfactorio y permanece asintomática hasta la fecha.

Conclusión: los textilomas intra-abdominales son excepcionales, si bien su diagnóstico debe realizarse con pruebas de imagen, y si se sospecha neoplasia digestivas, estudios endoscópicos. El diagnóstico diferencial prioritario deberá realizarse con tumores malignos intra abdominales.

Palabras claves: textiloma intra-abdominal, gossypiboma.

Abstract

Introduction: Gossypibomas or textilomas are materials remain in the abdomen after surgery. It is very difficult to assess its impact due to medico-legal implications, hence the interest in the publication of this type of pathology.

Clinical case: Women of 76 years who had undergone a hysterectomy more double anexectomy 6 months before admission to our hospital, apparently without perioperative complications. When she was assessed in our hospital had a clinical picture simulating a malignancy. In our case, the patient had signs and symptoms of advanced intra-abdominal malignancy, such as anemia of chronic, significant weight loss and palpable abdominal mass. The diagnostic procedure combined computed tomography and colonoscopy, aiming to cause the signs of intra-abdominal gossypiboma. The patient was operated 3 bowel resections pointing to extract the foreign body, with satisfactory postoperative and remaining asymptomatic till date.

Conclusion: Intra-abdominal gossypibomas are exceptional, although the diagnosis is made through imaging and, if suspected GI neoplasm, endoscopic studies. The primary differential diagnosis must be made with intra-abdominal malignancies.

Key words: Intra-abdominal textiloma, gossypiboma.

* Servicio de Cirugía A. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. España

** Servicio de Urgencias. Hospital "Royo Villanova" de Zaragoza. España

Correspondencia:

Dr. Ismael Gil Romea
Avda. Alcalde Gómez Laguna Nº54, 2ºC
Zaragoza 50009 España.
Tel.: 34 976 756882
Correo electrónico: igilromea@hotmail.com

Recibido para publicación: 19-12-2011

Aceptado para publicación: 12-03-2012

Introducción

El término textiloma hace referencia a aquellos cuerpos extraños de material textil quirúrgico que permanecen abandonados en los diferentes campos quirúrgicos y pueden presentarse en las cirugías de patologías torácicas, abdominales, ortopédicas, neuroquirúrgicas y vasculares.¹⁻⁴

La incidencia real de este problema resulta difícil de evaluar debido a la dificultad de determinar los casos, entre otras razones, por las implicaciones médico legales que ocurren en relación a este "accidente" quirúrgico.

El cuadro clínico puede ser variable, y su presentación aguda aparecerá como complicación inmediata a una cirugía, predominando la respuesta exudativa, con frecuente formación de abscesos y fístulas cutáneas. Sin embargo, predomina la presentación clínica de largo plazo, que puede ser sintomatología meses o incluso años después de la intervención quirúrgica, y las manifestaciones clínicas son sugestivas de tumores malignos.^{1,2}

Respecto a los textilomas en la cavidad abdominal, la evolución más frecuente es hacia la formación de fístulas digestivas debido a mecanismo de defensa, en las que el propio organismo intenta eliminar el cuerpo extraño. Estas migraciones pueden producir diferentes problemas relacionadas con un proceso séptico local que provoca la fístula y posterior migración del textiloma.³⁻⁵

La clínica compatible con neoplasia maligna junto con el proceso diagnóstico que incluía tomografía computada y colonoscopia, así como el tratamiento quirúrgico, que combinaba colonoscopia y cirugía digestiva, creemos aportan una visión interesante de esta patología por lo que presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de: hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, colecistectomía laparoscópica, hemorroidectomía y el antecedente de histerectomía abdominal (realizada en otro centro hospitalario) 9 meses antes de acudir a nuestro hospital.

Seis meses antes de su ingreso la paciente presentó sintomatología compatible con síndrome constitucional, con pérdida de 8 a 10 kg, con alteraciones hematológicas tales como anemia microcítica en estudio por su médico de atención primaria. La exploración física mostraba en hipogástrico sensación de tumor mal definido sin signos de irritación peritoneal, el estudio de sangre oculta en heces fue positivo.

Con todos los hallazgos anteriores, y dado el deterioro clínico que presentaba la enferma, se ingresó en nuestro hospital con el diagnóstico de sospecha de neoplasia maligna intra abdominal.

Se realizó colonoscopia que detectó un textiloma a nivel cecal (compresa quirúrgica), que no podía ser extraído por esa vía dado que la paciente, pese a la analgesia recibida, mostraba intenso dolor con la movilización de dicho material textil.

Para finalizar el estudio se realizó tomografía computada abdomino-pélvica que mostró plastrón inflamatorio rodeando a lo que parecía un cuerpo extraño quirúrgico (textiloma) detectándose el control radiopaco de dicho material textil (Figura 1).



Figura 1: Tomografía computada abdominal con imagen de plastrón sobre cuerpo extraño intrabdominal con marcador radiopáco rodeado de asas intestinales.

Se informó a la paciente y se programó para una vez anestesiada se le realizó nueva colonoscopia que mostró una fístula cecal que atravesó el textiloma la pared del colon transverso (Figuras 2 y 3). Con este hallazgo se decidió laparotomía exploradora que mostró un plastrón formado por asas de ileón, yeyuno y ciego, las cuales incorporaron en su luz al textiloma (Figura 4). Ante esta situación, se procedió a la liberación de las asas intestinales afectadas (Figura 5) precisando 3 resecciones intestinales: 2 de intestino delgado y una de polo cecal (Figura 6).

El postoperatorio transcurrió con normalidad y sin complicaciones, por lo que fue dada de alta a los 8 días de la cirugía.

En la actualidad la enferma está asintomática.

Discusión

Los textilomas son más frecuentes en las mujeres, y puede ser casual o estar relacionado con las diferentes cirugías pélvicas ginecológicas a las que son sometidas,²⁻⁹ y predominan en la cavidad abdominal, aunque se han descrito torácicas, ortopédicas, craneales incluso en región inguinal, como el caso publicado por el Dr. Ortiz Mendoza tras realizar una safenectomía e independientemente del tipo de cirugía la sintomatología puede presentarse meses o incluso años después de la cirugía que provocó la presencia del cuerpo extraño.^{1,9,10}

En nuestra paciente las manifestaciones clínicas sugestivas de oclusión intestinal, síndrome constitucional, tumor palpable, y la edad nos llevaron al diagnóstico de probable procesos neoplásicos intra-abdominal. Lo que no

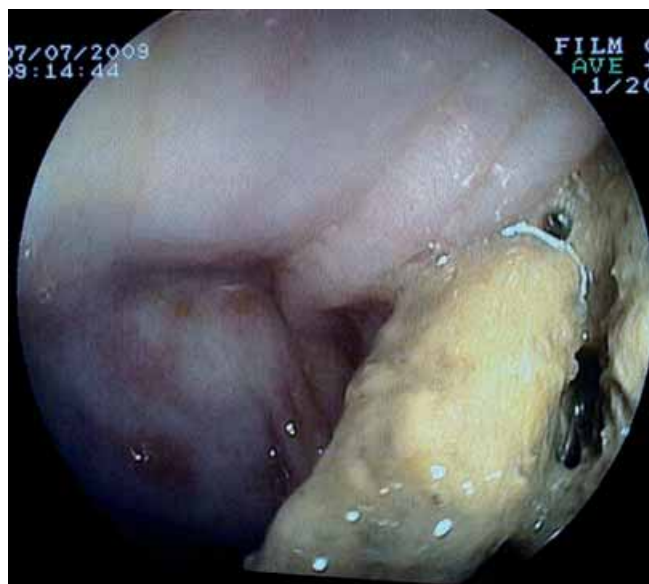


Figura 2: Colonoscopia intraoperatoria donde se visualiza compresión a nivel de colon transverso.

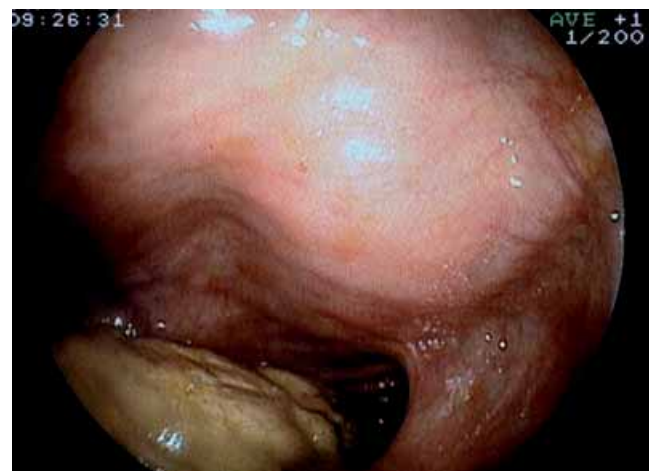


Figura 3: Fístula cecal por la que se identifica compresión quirúrgica a ese nivel.

queda claro es el mecanismo fisiopatológico por el que se produce la migración de estos materiales textiles a la luz intestinal, aunque se ha demostrado que está relacionado con la inflamación aguda y crónica ante un cuerpo extraño, con respuesta fisiológica fibrinosa aséptica con adherencias, encapsulación y la formación de granuloma o pseudotumor que combinada con la exudación inflamatoria puede favorecer la presencia de abscesos y fístulas.^{2,11-15}

El diagnóstico se confirma con pruebas de imagen. En algunos casos una radiología convencional sería suficiente, otras veces el empleo de la ultrasonografía sería definitivo aunque existen series en las que sólo identifican el 57.1%

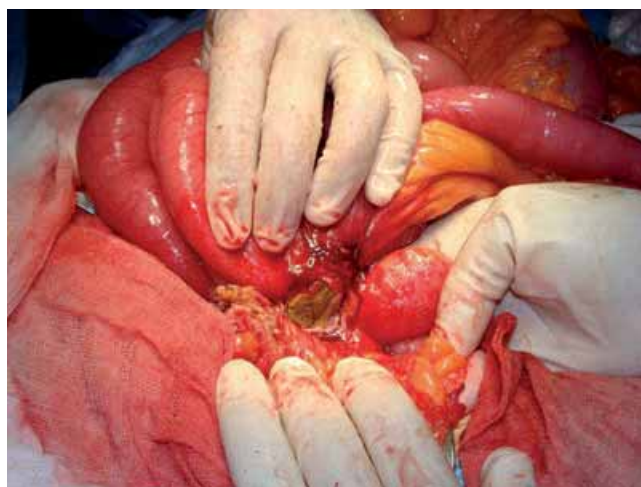


Figura 4: Imagen intraoperatoria donde se observa plastrón inflamatorio con fístula intestinal por donde se detecta el textiloma, localizado en el interior de la luz intestinal tras migración desde cavidad peritoneal.

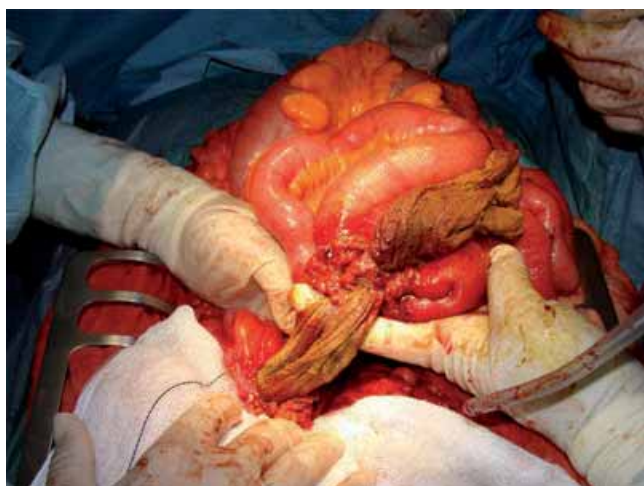


Figura 5: Inicio de extirpación de fístulas intestinales y se observa compresión que las atraviesa.

de los casos con esta técnica. Por diferentes razones, el empleo de la tomografía computada es el que ofrecerá imágenes diagnósticas diferentes en tanto se traten de textilomas “agudos” o “crónicos”, en los primeros se observa una imagen heterogénea que contiene gran cantidad de aire atrapado, mientras que en los segundos las imágenes se asemejan a un tumor que no capta el contraste con calcificaciones en su interior.^{1,9,15-20}

La implicación médico legal de estos casos hace que debamos extremar los cuidados para evitar la permanencia de material textil en el campo quirúrgico y originar un textiloma. Creemos que estos materiales deberían incorporar



Figura 6: Pieza quirúrgica.

siempre un marcador radiopaco que permita una detección precoz y confusiones diagnósticas. Esto, asociado a la verificación de que se cuenten y recuperen todas las compresas y gasas quirúrgicas por el equipo de enfermería, disminuiría el riesgo de sufrir esta complicación. Las posibilidades de litigios legales por estos casos, la dificultad diagnóstica con procesos tumorales malignos que pueden desembocar en pruebas diagnósticas invasivas o resecciones quirúrgicas extensas, hacen que las medidas preventivas para evitar la presencia de textilomas sean fundamentales. La bibliografía consultada reporta que el textiloma puede incrementar la morbilidad y mortalidad que puede ser incluso del 25% en alguna de las series analizadas.²¹⁻²⁴

Conclusiones

La prevención de los textilomas constaría de 3 pilares fundamentales: el conteo exacto de todos los materiales que entren en contacto con cavidades corporales, la minuciosa exploración del cirujano antes del cierre, y el uso de marcadores radiopacos. En caso de duda, es obligado el realizar el control radiológico intraoperatorio.

El diagnóstico con pruebas de imagen muestra la utilidad de la tomografía computada, que puede como en nuestro caso requerir de otras técnicas complementarias en función de la clínica, como podría ser la colonoscopia en el caso presentado.

Referencias

1. Ortíz-Mendoza CM. Textiloma inguinal después de safenectomía simulador de neoplasia. *Cir Cir* 2010;78(3):269-271.
2. Gómez- Hernández MM, Morales-Wong MM, González-Ortega JM, Escaig-Olivares RL, Casañola-Grillo C, Manzanera-La Guardia I, et al. Textiloma intraperitoneal. A propósito de un caso de evolución no habitual. VIII Congreso Virtual Hispanoamericano e Anatomía Patológica. Octubre 2006. Seminario de casos: Patología del aparato digestivo. Disponible en <http://conganat.cs.urjc.es/index.php/conganat/article/viewFile/106/113>
3. Zantvoord Y, van der Weiden RMF, van Hooft MHA. Transmural Migration of Retained Surgical Sponges: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv* 2008;63(7):465-471.
4. Silva CS, Caetano MR, Silva EAW, Falco L, Murta EFC. Complete migration of retained surgical sponge into ileum without sign of open intestinal wall. *Arch Gynecol Obstet* 2001;265(2):103-104.
5. Erdil A, Kilciler G, Ates Y, Tuzun A, Gulsen M, Karaeren N, et al. Transgastric Migration of Retained Intraabdominal Surgical Sponge: Gossypiboma in the Bulbus. *Intern Med* 2008;47(7):613-615.
6. Rajagopal A, Martin J. Gossypiboma-“A Surgeon’s Legacy” Report of a Case and Review of Literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45(1):119-120.
7. Kato K, Kawai T, Suzuki K, Sai S, Murase T. Migration of surgical sponge retained at transvaginal hysterectomy into the bladder: a case report. *Hinyokika Kiyo. Acta Urol Jap* 1998;44(3):183-185.
8. Mavriagiannaki PE, Dastamani C, Vouza E, Lambropoulou E, Kairi-Vassilatou E, Kondi-Pafiti A. Gossypiboma: a rare abdominal lesion of women after cesarean section, usually misdiagnosed as a neoplasm. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2011;38(3):294-296.
9. Fernandez-Lobato R, Marín-Lucas FJ, Fradejas-Lopez JM, Diaz-Gimenez LM, Camarero-Marina E, Moreno-Azcoita M. Postoperative textilomas: review of 14 cases. *Int Surg* 1998;83(1):63-66.
10. Mathew JM, Rajshekhar V, Chandy MJ. MRI features of neurosurgical gossypiboma: report of two cases. *Neuroradiology* 1996;38(5):468-469.
11. Dane C, Yayla M, Dane B. A foreign body (gossypiboma) in pregnancy: first report of a case. *Gynecol Surg* 2006;3(2):130-131.
12. Lin TY, Chuang CK, Wong YC, Liao HC. Gossypiboma: migration of retained surgical gauze and spontaneous transurethral protrusion. *BJU Int* 1999;84(7):879-880.
13. Kalliakmanis V, Pikoulis E, Hitos A, Karavokyros IG, Gougoudi E, Leppaniemi A. A retained foreign body in the peritoneal cavity causing intestinal obstruction by intraluminal migration. *Zentralbl Chir* 2007;132(1):70-72.
14. Kuo YT, Wang CK, Wu DK, Liu GC, Huang CL, Chai CY, et al. Imaging features of simultaneous occurrence of renal and pancreatic foreign body granuloma due to chronically retained gauze: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 1999;15(2):104-109.
15. Yamamura N, Nakajima K, Takahashi T, Uemura M, Nishitani A, Souma Y, et al. Intra-abdominal textiloma. A retained surgical sponge mimicking a gastric gastrointestinal stromal tumor: Report of a case. *Surg Today* 2008;38(6):552-554.

16. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: Gossypiboma - case report. *BMC Surg* 2003;3:1-6.
17. Kopka L, Fischer U, Gross AJ, Funke M, Oestmann JW, Grabbe E. CT of retained surgical sponges (textilomas): pitfalls in detection and evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20(6):919-923.
18. Rogers A, Jones E, Oleynikov D. Radio frequency identification (RFID) applied to surgical sponges. *Surg Endosc* 2007;21(7):1235-1237.
19. Puig Domingo J, Pérez Martínez C, Palmer Sancho J, Llauger Rosselló J, De Marcos Izquierdo JA. Current radiologic diagnosis of retained surgical gauze. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 1989;76(5):503-506.
20. Mochizuki T, Takehara Y, Ichijo K, Nishimura T, Takahashi M, Kaneko M. Case report: MR appearance of a retained surgical sponge. *Clin Radiol* 1992;46(1):66-67.
21. Alis H, Soylu A, Dolay K, Kalayci M, Ciltas A. Surgical intervention may not always be required in gossypiboma with intraluminal migration. *World J Gastroenterol* 2007;13(48):6605-6607.
22. Kaiser CW, Friedman S, Pfeifer Spurling K, Slowick T, Kaiser HA. The Retained Surgical Sponge. *Ann Surg* 1996;224(1):79-84.
23. Akbulut S, Arikanoğlu 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):2101-2107.
24. Rajalingam R, Saluja SS, Sharma A, Mishra PK. Post cholecystectomy gossypiboma: a malignant masquerade. *Am Surg* 2011;77(5):E94-95.