



Foto: Archivo

"A surgical operation", Reginald Brill Wellcome.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es una institución al servicio de la sociedad, cuya misión es ofrecer medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, promover la prestación de servicios de calidad y contribuir a la seguridad de los pacientes.

^aSubdirector. Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, DF.

^bServicio Social. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México, DF.

^cDirectora. Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, DF.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche.
Correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx

Textiloma y cicatriz patológica

Caso CONAMED

Luis Eduardo Bustamante Leija^a, Gabriela Arizbeth Mercado Rodríguez^b, María del Carmen Dubón Peniche^c

SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente de 56 años señaló que en el 2011 acudió al hospital demandado, donde le diagnosticaron litiasis renal y le realizaron una litotripsia extracorpórea fallida, por lo que en 2012 le efectuaron una nefrectomía izquierda, procedimiento en el que presentó una perforación intestinal que fue reparada. Durante su estancia hospitalaria presentó fiebre y salida de pus por la herida quirúrgica, lo que fue reportado como normal por el médico tratante y la dio de alta; sin embargo, cuando acudió a revisión continuaba con fiebre, la herida quirúrgica estaba abierta y enrojecida, y el médico informó que era psicológico. Posteriormente, presentó absceso, permaneció hospitalizada 3 días y la dieron de alta. Por Consulta Externa le realizaron una radiografía de abdomen que mostró una gasa, sin que se efectuara nada. En febrero de 2013, la gasa salió por la herida y la paciente acudió a la Dirección del Hospital, donde le dijeron que fue negligencia médica.

RESUMEN

El 11 de mayo del 2011, la paciente acudió a su Unidad de Medicina Familiar por presentar cólico renoureteral izquierdo e infección de vías urinarias; radiográficamente se apreció lito coraliforme en



Foto: Austin Samaritans

riñón izquierdo, por lo que fue referida a Urología para que se le brindara atención especializada; ahí le realizaron una litotripsia extracorpórea. Por persistencia de la sintomatología fue intervenida quirúrgicamente el 21 de mayo de 2012, durante la cirugía presentó sangrado intenso por lo que realizaron una nefrectomía en la que ocurrió afectación en el colon ascendente, que se reparó. Ingresó a Terapia Intensiva, donde establecieron los diagnósticos de choque hemorrágico grado IV secundario a hemorragia transoperatoria de 3,000 mililitros e inestabilidad hemodinámica; se inició manejo de soporte, con lo que evolucionó a la mejoría y fue egresada el 23 de mayo de 2012 para continuar su atención en piso de hospitalización.

Durante su estancia en piso evolucionó sin fiebre, toleró vía oral, la herida quirúrgica estaba afrontada y limpia, y los exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. El 31 de mayo de 2012 fue egresada por mejoría, le indicaron antibióticos, analgesia, cita abierta a Urgencias y cita en Consulta Externa de Urología.

El 3 de julio del 2012, Urología reportó herida quirúrgica dehiscente y otorgó cita de control en un mes; el 29 de julio de 2012, Urología reportó abscesos residuales de herida quirúrgica, secundarios a granuloma por reacción alérgica, y se estimó que la paciente podía continuar con antibióticos. El 7 de agosto del 2012, Urología advirtió 2 orificios sobre la cicatriz de lumbotomía, por los cuales salía material fibrinoide; se indicaron curaciones y antibióticos, y se dio cita subsecuente.

El 5 de septiembre del 2012, Urología refirió reacción al material de sutura, apertura espontánea de la cicatriz quirúrgica y salida de material seroso. El 13 de enero del 2013, se reportó salida espontánea de textiloma por la herida quirúrgica y se indicó antibiótico. Asimismo, Urología señaló que el 5 de marzo de 2013, la paciente tuvo salida de otra gasa por la cicatriz quirúrgica; se solicitó radiografía de abdomen, pero no observaron textiloma o raytex; también, se solicitó tomografía computarizada, la cual fue valorada en la consulta del 12 de marzo del 2013, sin apreciarse textiloma. En esta atención

se requirieron estudios preoperatorios para realizar una exploración quirúrgica.

El 20 de mayo del 2013, se realizó la resección quirúrgica de la cicatriz antigua y del granuloma subcutáneo. El estudio histopatológico reportó fibromatosis intersticial degenerativa, reactiva, subcutánea. El 2 de septiembre de 2013, la paciente fue valorada por Oncología y se señaló que tomográficamente no se apreciaba tumor, por lo que fue dada de alta de dicho servicio. El 7 de septiembre del 2013, Cirugía General reportó aumento de volumen en la región subcostal izquierda, dolorosa, reductible, sin palpase anillo; debido al dolor intenso se solicitó ultrasonido, el cual descartó hernia; sin embargo, por persistencia de la sintomatología, propusieron una exploración quirúrgica.

El 13 de junio del 2014, se realizó la resección del tejido cicatrizal y fibroma en plano muscular de 1.5 cm, y se reforzaron las fascias del plano muscular por debilidad aponeurótica. La evolución postoperatoria fue favorable, por lo que fue dada de alta el 16 de junio de 2014, con cita a Consulta Externa de Cirugía General para seguimiento.

ANÁLISIS DEL CASO

Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes apreciaciones:

Atendiendo a la literatura médica especializada, la litiasis urinaria se caracteriza por la presencia de cálculos que se forman en el aparato urinario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como un proceso físico que ocurre en el filtrado glomerular a través de la nefrona y que se desarrolla en cavidades renales debido a la sobresaturación de sales como son los iones disueltos y moléculas que se precipitan en solución formando cristales o núcleos, los cuales pueden fluir en la orina o quedar retenidos en el riñón o anclados en las cavidades renales, promoviendo el crecimiento o agregación de solutos, fenómeno conocido como epitaxia, hasta llevar a la formación del cálculo.

Los cálculos urinarios se comportan como cuerpos extraños, por ello el cuadro clínico es variable, depende de la localización del lito, de la repercusión anatómico-funcional que produzca sobre el riñón y la vía excretora a través del efecto irritativo u obs-



Foto: Nevit Dilmen

Los cálculos urinarios se comportan como cuerpos extraños, por ello el cuadro clínico es variable, depende de la localización del lito, de la repercusión anatómico-funcional que produzca sobre el riñón y la vía excretora a través del efecto irritativo u obstructivo. Los síntomas frecuentes son dolor tipo cólico, síndrome miccional y hematuria. Al persistir la litiasis renal, puede presentarse la obstrucción de vías urinarias, anuria, infección urinaria, pielonefritis, pionefrosis y sepsis.

tructivo. Los síntomas frecuentes son dolor tipo cólico, síndrome miccional y hematuria. Al persistir la litiasis renal, puede presentarse la obstrucción de vías urinarias, anuria, infección urinaria, pielonefritis, pionefrosis y sepsis.

Los cálculos coraliformes se forman en pacientes que tienen infecciones urinarias producidas por gérmenes ureolíticos (*Proteus*, *Pseudomonas*, *Ureaplasma*), semejan al coral marino o astas de venado, y ocupan la mayor parte del sistema colector, del infundíbulo, los cálices y la pelvis. Con base en el volumen y distribución pielocalicial, se clasifican en coraliforme completo (ocupan la pelvis renal y los 3 grupos infundíbulo-caliciales, con volumen superior al 80% de la vía excretora intrarenal), incompleto

En los cálculos infectados (litiasis coraliforme) el riñón se deteriora progresivamente, y puede llegar a su anulación total, y ser necesaria la nefrectomía. En la litiasis coraliforme completa con exclusión renal, el tratamiento consiste en cirugía abierta con nefrectomía.

(se extienden por la pelvis renal y 2 grupos infundibulocaliciales o por los 3, ocupando volumen inferior al 80% de las cavidades renales o simple) y los cálculos coraliformes simples o pielocaliciales (ocupan la pelvis renal y sólo un grupo infundibulocalicial).

En los cálculos infectados (litiasis coraliforme) el riñón se deteriora progresivamente, y puede llegar a su anulación total, y ser necesaria la nefrectomía. En la litiasis coraliforme completa con exclusión renal, el tratamiento consiste en cirugía abierta con nefrectomía.

Durante la realización de la nefrectomía, puede ocurrir apertura incidental del intestino, lo cual es un riesgo inherente al procedimiento. Los pacientes con reparación primaria sin resección presentan menor porcentaje de infección en la herida quirúrgica y de abscesos intraabdominales; la reparación mediante resección y anastomosis aumenta de manera importante la morbilidad.

Por otra parte, el textiloma consiste en un cuerpo extraño conformado por material textil, que fue olvidado dentro del organismo durante un procedimiento quirúrgico. Cualquier material utilizado para hemostasia primaria en un procedimiento quirúrgico (compresas de algodón, toallas, gasas o esponjas) puede formar un textiloma compuesto por una matriz de algodón que provoca en el organismo una reacción ante cuerpo extraño, con formación de granuloma, el cual en los estudios de imagen puede ser diagnosticado como tumor o absceso. La frecuencia de olvido de cuerpos extraños durante un procedimiento quirúrgico varía entre 1 de cada 1,000 y 1 de cada 10,000 intervenciones realizadas.

Según la presentación clínica y el tipo de reacción de cuerpo extraño que generan en el organismo, los textilomas pueden presentarse a los pocos

días de realizada la cirugía con reacciones exudativas, formación de abscesos y fistulas enterocutáneas, o bien, presentarse meses o años después de la intervención quirúrgica, caracterizados por producir adherencias, cápsula fibrosa gruesa, y finalmente, generación de granuloma aséptico, que se manifiesta por síntomas inespecíficos de larga evolución.

Se debe sospechar de cuerpo extraño en pacientes que presentan evolución postoperatoria fuera de lo convencional, desarrollan tumor, fístula persistente a pesar de los tratamientos conservadores o cuadro de obstrucción intestinal reciente a la intervención quirúrgica. El diagnóstico de textiloma puede integrarse mediante estudios de imagen, en su mayoría mediante radiografías simples, pues sólo cerca del 10% de los casos amerita estudios avanzados (ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear). Con el uso de estudios de imagen, el diagnóstico de textiloma se integra entre el 50 y el 70% de los casos; sin embargo, el dato fundamental para su sospecha es el antecedente de cirugía previa. El manejo consiste en la extracción quirúrgica.

Por cuanto a las cicatrices patológicas, éstas se originan por sobreproducción de tejido cicatrizal debido al desequilibrio entre la síntesis y degradación de la matriz extracelular. La cicatriz se encuentra levantada, roja, indurada o contraída; su manejo puede ser mediante cirugía, silicona, compresión, corticoides, radioterapia, crioterapia o láser. Sin embargo, utilizadas en forma aislada, sólo mejoran parcialmente el volumen y elasticidad de las cicatrices en no más del 60% de los casos. La resección quirúrgica de cicatrices hipertróficas y queloides, utilizada en forma aislada tiene una recurrencia de 45 a 100%. En el manejo de las cicatrices sintomáticas también pueden emplearse otros recursos que se aplican en la medicina de rehabilitación que ofrece tratamiento de fisioterapia, y se emplean agentes físicos y mecánicos como calor, luz, frío, así como electricidad y mecánoterapia para el control del dolor.

En el caso a estudio, la paciente manifestó que en el 2011 acudió al hospital demandado, donde le diagnosticaron litiasis renal y realizaron litotripsia extracorpórea fallida, por lo que le efectuaron nefrectomía izquierda en 2012.

En el expediente clínico existe nota postoperatoria del 21 de mayo de 2012, la cual acredita que durante la intervención quirúrgica se advirtió litiasis coraliforme obstructiva y adherida a sistemas colectores de riñón izquierdo, estenosis parcial de la unión pielocalicial izquierda y vaso aberrante polar superior, presentándose sangrado profuso de la arteria polar superior y del parénquima renal, por lo que fue necesario realizar una nefrectomía, en la que se produjo la apertura incidental de 5 mm en el colon ascendente, que se reparó en 2 planos.

De la citada atención no se desprenden elementos de mala práctica atribuibles al personal médico del hospital demandado, pues ante el sangrado profuso, estaba indicado efectuar nefrectomía. Así mismo, la apertura incidental de colon constituye un riesgo inherente al procedimiento, mismo que fue identificado y resuelto correctamente mediante cierre primario de las capas afectadas de colon.

El 22 de mayo del 2012, la paciente ingresó a Terapia Intensiva, donde se establecieron los diagnósticos de choque hemorrágico grado IV secundario a sangrado transoperatorio de 3,000 cm cúbicos e inestabilidad hemodinámica; se indicó monitorización y tratamiento de soporte que la paciente requería. La evolución fue favorable, por lo que ingresó a piso de hospitalización el día 23 de mayo para continuar su atención.

La paciente refirió en su queja que durante su estancia en el hospital estuvo con antibióticos, presentando temperaturas muy altas. Asimismo, que le salía pus de la herida quirúrgica, y no obstante, el médico la dio de alta con fiebre. Contrario a dichas manifestaciones, las notas médicas de la atención que recibió en el Servicio de Cirugía a partir del 23 de mayo, demuestran que evolucionó sin fiebre, tolerando la vía oral, con herida quirúrgica afrontada y limpia, exámenes de control dentro de parámetros normales, por lo que fue egresada por mejoría el 31 de mayo de 2012, con indicaciones de analgésico y antibióticos, así como cita a Consulta Externa de Urología.

El 3 de julio de 2012, fue valorada en Consulta Externa de Urología, señalándose que la herida quirúrgica se encontraba dehisciente en 3 centímetros, se reportó distensión abdominal que se atribuyó a



Foto: Archivo

neuropatía periférica, por lo que se indicó butilioscina y cita en un mes con estudios de laboratorio. Esto demuestra que el personal médico del hospital demandado, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues a pesar de que la herida quirúrgica estaba dehisciente después de 5 semanas de la nefrectomía, no realizó exploración acuciosa, y omitió solicitar cultivo y estudios de imagen; es decir, el personal médico adoptó una actitud contemplativa.

Cabe señalar, que la paciente entre sus pruebas, exhibió 2 radiografías simples de abdomen (de pie y de decúbito), realizadas en el hospital demandado el 14 de junio de 2012, las cuales mostraron imagen sugestiva de cuerpo extraño (gasa) dentro de cavidad abdominal, por arriba de la cresta ilíaca del hemiabdomen izquierdo. Estas imágenes confirman la mala práctica en que incurrió el personal médico del demandado, al atribuir la distensión abdominal a neuropatía periférica, indicando incorrectamente antiespasmódico, sin profundizar en los signos y síntomas de la paciente, quien además para esa fecha (3 de julio de 2012) contaba con estudios radiológicos que mostraban el cuerpo extraño.

La literatura especializada refiere que las neuropatías periféricas son de naturaleza inflamatoria o degenerativa del sistema nervioso periférico, se manifiestan por síntomas sensitivos (sensación de hormigueo y quemadura, frialdad, adormecimiento, dolor e hipersensibilidad, incapacidad para reconocer objetos por el tacto), motores (debilidad, atrofia distal y disminución de los reflejos)

Foto: Archivo



Es fundamental que en todos los procedimientos quirúrgicos se cumplan las acciones orientadas a la seguridad del paciente, entre las que se encuentra la cuenta correcta de gasas y compresas al finalizar la intervención.

y autonómicos (hipotensión postural, impotencia, anhidrosis e incontinencia de esfínteres), los cuales no incluyen distensión abdominal.

De igual forma, la paciente aportó 2 radiografías de abdomen (de pie y de decúbito) del 19 de julio del 2012, efectuadas en el hospital demandado, las cuales mostraron persistencia de imagen sugestiva de cuerpo extraño, correspondiente a una gasa dentro de cavidad abdominal, por arriba de la cresta ilíaca del hemiabdomen izquierdo. En ese sentido, queda demostrado que las gasas identificadas en las citadas radiografías, son atribuibles al procedimiento que Urología le realizó a la paciente el 21 de mayo de 2012, lo cual acredita error en la cuenta de gasas, pero sobre todo, un deficiente estudio de la paciente, pues a pesar de que las radiografías mostraban el cuerpo extraño (gasa), no se percataron de ello. Sobre el rubro, la literatura especializada refiere, que la posibilidad de confirmar el diagnóstico de textiloma se encuentra al alcance de los hospitales que cuenten con gabinete de rayos "X". En efecto, en la mayoría de los casos la identificación del cuerpo extraño se efectúa mediante radiografías simples.

Así las cosas, el 29 de julio de 2012 Urología reportó abscesos residuales de herida quirúrgica

secundarios a granuloma por reacción alérgica, indicando antibiótico y cita de control. En esta valoración, el personal de dicho Servicio, omitió solicitar cultivo de la secreción, atribuyendo los abscesos incorrectamente a descompensación metabólica por diabetes mellitus, sin considerar que exámenes de laboratorio reportaron valores de glucemia en límites normales.

El 7 de agosto del 2012, Urología mencionó que persistían los 2 orificios en la herida quirúrgica, drenando material fibrinopurulento, por lo que indicó dicloxacilina. El 5 de septiembre el Urólogo solicitó tomografía computarizada de partes blandas. El 18 de septiembre se reportó salida espontánea de material de sutura por herida quirúrgica. El 13 de enero del 2013, el Urólogo reportó que aunque la paciente refirió expulsión espontánea de textiloma por herida quirúrgica, la tomografía no mostraba evidencia de material radiopaco, textiloma, ni patología estructural, comentando que en la radiografía simple de abdomen, tampoco se apreció gasa, ni raytex, concretándose a indicar dicloxacilina.

Es necesario mencionar que debido a la expulsión espontánea de suturas y material textil, así como a la persistencia de secreción purulenta, el personal médico del demandado debió revisar la herida quirúrgica en quirófano, a fin de buscar más cuerpos extraños, o en su caso, retirar las suturas a las cuales atribuyó el absceso; sin embargo, se concretó a seguir indicando antibiótico. Así las cosas, en la nota del 5 de marzo de 2013, Urología reportó salida de otra gasa por cicatriz quirúrgica, solicitando radiografía simple de abdomen sin apreciarse textiloma o raytex, por ello indicó tomografía, la cual fue valorada en consulta del 12 de marzo, sin mostrar textiloma. En esta atención se solicitaron estudios preoperatorios para efectuar exploración quirúrgica, la cual se realizó el 20 de mayo del 2013, efectuándose resección de cicatriz quirúrgica antigua y granuloma subcutáneo, cuyo resultado de estudio histopatológico fue concluyente de fibromatosis intersticial degenerativa, reactiva y subcutánea.

El 18 de junio del 2013, Cirugía refirió a la paciente a Oncología para revisión del reporte histopatológico, Oncología señaló que no observó tumor o hernia en la tomografía solicitada, por lo que el

13 de enero del 2014 la dio de alta sugiriendo que fuera enviada a Rehabilitación para Fisioterapia.

Fue atendida en Rehabilitación el 24 de marzo de 2014 para valorar calor y masaje por dolor en cicatriz quirúrgica; sin embargo, fue dada alta, pues se consideró que no era candidata al manejo. El Servicio de Rehabilitación incumplió sus obligaciones de medios de tratamiento, al dar de alta a la paciente sin brindarle los beneficios fisioterapéuticos descritos en la literatura especializada, para el manejo de las cicatrices sintomáticas.

El 7 de septiembre del 2014, Cirugía General reportó aumento de volumen en región subcostal izquierda, dolorosa, reductible, sin palparse anillo por intenso dolor, por lo que solicitó ultrasonido, el cual descartó hernia de pared; sin embargo, por persistencia de la sintomatología, le ofrecieron exploración quirúrgica. Finalmente el 13 de junio del 2012, se realizó resección de tejido cicatrizal y fibroma en plano muscular de 1.5 centímetros, realizando reforzamiento de fascias de plano muscular por debilidad aponeurótica. Tuvo evolución postoperatoria favorable, por lo que fue dada de alta el 16 de junio del 2014, con cita en Consulta Externa de Cirugía General para seguimiento.

APRECIACIONES FINALES

Fue demostrada la mala práctica en que incurrió el personal médico del hospital demandado en la atención proporcionada a la paciente, debido al incumplimiento de las maniobras de seguridad, las cuales están encaminadas a evitar riesgos injustificados.

El estudio de la paciente fue insuficiente, clínicamente existían datos para sospechar textiloma y radiográficamente se apreciaba cuerpo extraño, y pese a ello no diagnosticaron la complicación.

La paciente evolucionó favorablemente después de la resección del tejido cicatrizal de la herida y fibroma en plano muscular, sin evidencia de secuelas.

La posibilidad de confirmar la sospecha de textiloma se encuentra al alcance de los hospitales que cuenten con gabinete de rayos "X", ya que en la mayoría de los casos la identificación del cuerpo extraño se efectúa mediante radiografías simples.

La seguridad, es un principio fundamental de la atención al paciente.

RECOMENDACIONES

Es fundamental que en todos los procedimientos quirúrgicos se cumplan las acciones orientadas a la seguridad del paciente, entre las que se encuentra la cuenta correcta de gasas y compresas al finalizar la intervención.

La interpretación apropiada de estudios radiográficos o tomográficos, permite confirmar la existencia de cuerpo extraño, por ello se recomienda sean valorados acuciosamente y, de ser posible, conjuntamente con el especialista en Radiología.

En todo paciente postoperado que presente reacciones exudativas, formación de abscesos, granulomas o fistulas enterocutáneas a los pocos días de realizada la cirugía, debe sospecharse de textiloma.

Es indispensable estudiar de forma integral a los pacientes a fin de detectar de manera oportuna alguna complicación y brindar el tratamiento correspondiente.

Deben evitarse actitudes contemplativas ante las enfermedades de los pacientes. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade P, Benítez S, Prado A. Recomendaciones para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides. *Rev Chil Cir.* 2006;58(2):78-88.
- Campos-Castolo M, Hernández-Gamboa L, Revuelta-Herrera A, et al. Morbilidad derivada del olvido de gasas en actos quirúrgicos. *Revista CONAMED.* 2008;13(Suplemento 1):5-11.
- Gonzalo-Rodríguez V, Trueba-Arguñarena J, Rivera-Ferro J, et al. Nuestra experiencia en el tratamiento de la litiasis coraliforme (1987-2004). Revisión de los resultados. *Arch Esp Urol.* 2008;61(7):799-807.
- Guerrero A, Archila D, Cuadros C, et al. Textiloma en cavidad intraabdominal: una causa de diagnóstico equivoco. *MÉD UIS.* 2010;23(1):59-65.
- Johri N, Cooper B, Robertson W, Choong S, Rickards D, Unwin R. An update and practical guide to renal stone management. *Neptron Clin Pract.* 2010;116:159-61.
- Landaeta J, Mendoza J, González L. Lesión traumática de colon y recto superior: impacto de la reparación quirúrgica. *Rev Venez Cir.* 2007;60(1):27-41.
- Mahaffey PJ. Checklist culture. Seductions of the WHO safe surgery Checklist. *BJM.* 2010;23(340):c915.
- Medina-Escobedo M, Martín-Soberanis G. Nefrolitiasis como indicación de nefrectomía. Estudio multicéntrico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(1):29-32.
- World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives. ISBN 978 92 4 159855 2.