

Textiloma relacionado con procedimientos quirúrgicos de ginecología y obstetricia

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche^a, Jorge Valverde Buendía^b



El análisis de cada caso CONAMED ilustra conductas médicas con apego o desapego a lo establecido por la *lex artis*, información que resulta de gran valor, si se emplea para mejorar la calidad y seguridad en la atención de otros pacientes, pues el reforzamiento de las actuaciones correctas permite retroalimentar a los médicos acerca del cumplimiento de las obligaciones de diligencia, y los incumplimientos son áreas de oportunidad; es decir, indican componentes, situaciones o procedimientos que deben modificarse a fin de evitar acciones de mala práctica.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

Mujer de 34 años de edad, refirió que el ginecoobstetra demandado le realizó cesárea y en poco tiempo empezó a sentir un fuerte dolor en el estómago que el especialista atribuyó a gases en abdomen. En los días siguientes el dolor se intensificó a pesar de los medicamentos, y fue dada de alta a los 2 días de operada. En la consulta de revisión, el demandado le realizó ultrasonido y le informó que había encontra-

do un tumor en el abdomen, y solicitó ultrasonido en un gabinete radiológico que identificó un cuerpo extraño que fue extraído por otro médico.

RESUMEN

En marzo de 2013, la paciente asistió a consulta con el demandado por cursar su segundo embarazo. Durante las consultas subsecuentes de control prenatal, el ginecoobstetra registró en sus notas del expediente clínico: signos vitales, peso, talla, fondo uterino, movimientos fetales, etc., solicitó estudios de laboratorio clínico que se encontraron en parámetros normales e indicó vitaminas y ácido fólico.

El 15 de octubre de 2013, por desproporción

^aDirectora de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

^bServicio Social de la carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, UNAM.

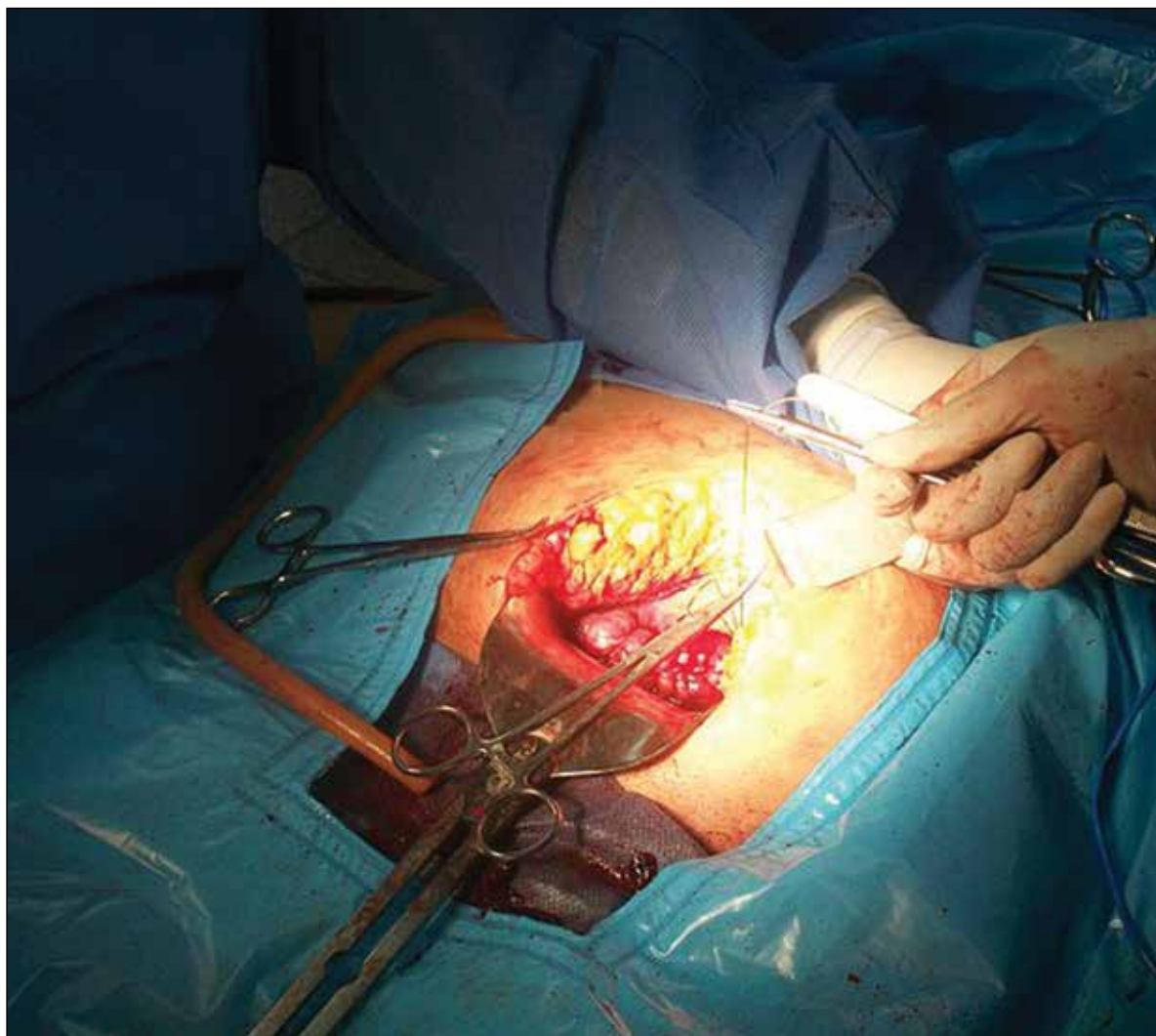


Foto: Archivo

céfalo-pélvica, cesárea previa y paridad satisfecha, realizó operación cesárea y oclusión tubaria bilateral, y se obtuvo recién nacido sin complicaciones. Reportó sangrado de 500 mililitros, cuenta de gasas y compresas completa.

En sus notas de evolución de los días 15 y 16 de octubre, reportó a la paciente con distensión abdominal y cólico, dolor leve en herida quirúrgica; peristalsis presente, útero involucionado, loquios normales. El 17 de octubre de 2013, por evolución favorable egresó a la paciente y señaló en su nota que presentaba distensión abdominal con mejoría respecto a días previos.

En consulta externa, el demandado valoró a la

paciente los días 22 de octubre, 7 y 21 de noviembre de 2013, en esta última fecha advirtió una masa móvil a nivel subumbilical, efectuó ultrasonido cuya imagen no le permitió establecer diagnóstico, por lo que solicitó la realización de otro ultrasonido en un gabinete radiológico, donde encontraron un cuerpo extraño.

ANÁLISIS DEL CASO

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

Si se atiende a la literatura de la especialidad, el control prenatal comprende las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la



Foto: Bob Galindo

Según su presentación clínica y el tipo de reacción a cuerpo extraño que genera en el organismo, los textilomas se clasifican en agudos y crónicos. La presentación aguda ocurre en los días posteriores a la cirugía, se manifiesta por reacciones exudativas con formación de abscesos y fístulas enterocutáneas. La segunda, se manifiesta meses o años después de la intervención y se caracteriza por formación de adherencias (obstrucción intestinal), por el desarrollo de una cápsula fibrosa gruesa o granuloma aséptico (pseudotumor) que puede ocasionar síntomas inespecíficos de larga plazo.

prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad y mortalidad materno-fetal. En este sentido, se deben realizar estudios de laboratorio clínico; se debe calcular la fecha probable de parto por fecha de última menstruación; registrar la presión arterial y el peso de la paciente. Así mismo, se debe medir el fondo uterino, auscultar la frecuencia cardíaca fetal a partir de la semana 20-24, valorar la presentación del feto y su estado biofísico¹.

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal².

La resolución quirúrgica de los eventos obsté-

tricos a través de la operación cesárea, constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal y ha tenido impacto en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Las principales indicaciones de operación cesárea son: desproporción céfalo pélvico, cesárea previa, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y presentación pélvica³.

Desde el punto de vista fisiológico, los cambios en el puerperio postquirúrgico de la operación cesárea, son similares a los del parto normal, asociados a cambios y malestares propios de una cirugía mayor abdominal. Entre el segundo y el tercer día del postoperatorio, es frecuente el dolor cólico (intestinal), tratando de expulsar gases por estreñimiento².

En relación al textiloma, este término ha sido empleado para referirse a un cuerpo extraño de materia textil olvidado dentro del organismo durante un procedimiento quirúrgico. El textiloma está compuesto por una matriz de algodón (compresas de algodón, toallas, gasas o esponjas), que provoca reacción de cuerpo extraño en el organismo, y que puede confundirse con un tumor o absceso en los estudios de imagen. Los textilomas son hallazgos posquirúrgicos no deseables, que ocurren con mayor frecuencia en procedimientos de cirugía general (52%), siguiéndole en frecuencia la cirugía ginecológica (22%), urológica (10%), vascular (10%), ortopédica (6%) y neuroquirúrgica (6%). Dentro de los factores asociados a cuerpos extraños olvidados en el organismo durante un procedimiento quirúrgico, destaca la cuenta incorrecta de textiles e instrumental quirúrgico; personal auxiliar y profesional que sin autorización introduce o extrae compresas, y la mala *praxis* del equipo quirúrgico. En relación al tipo de cirugía, las de urgencia suscitan 30% de los casos, mientras que el 70% restante corresponde a cirugías electivas⁴.

Según su presentación clínica y el tipo de reacción a cuerpo extraño que genera en el organismo, los textilomas se clasifican en agudos y crónicos. La presentación aguda ocurre en los días posteriores a la cirugía, se manifiesta principalmente por reacciones exudativas con formación de abscesos y fístulas entero-cutáneas. La presentación crónica, se manifiesta meses o años después de la intervención



Foto: Archivo



Foto: Archivo

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea, constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal y ha tenido impacto en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Las principales indicaciones de operación cesárea son: desproporción céfalo pélvico, cesárea previa, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y presentación pélvica.

quirúrgica, clínicamente se caracteriza por formación de adherencias (obstrucción intestinal), por el desarrollo de una cápsula fibrosa gruesa o granuloma aséptico (pseudotumor), el cual puede ocasionar síntomas inespecíficos de largo plazo.

La evolución más frecuente de los textilomas es hacia la cronicidad, y casi siempre ameritan cirugía para su extracción, pudiendo encontrarse libres en la cavidad abdominal o, menos frecuentemente, pueden migrar, incluso exteriorizarse. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, las más frecuentes son dolor abdominal difuso, tumor abdominal

palpable, asociados en ocasiones a cuadro febril⁴. El dato fundamental para su sospecha es el antecedente de cirugía previa.

Con el empleo de estudios de imagen el diagnóstico preoperatorio está entre 50 y 70%. El diagnóstico se facilita al usar compresas marcadas con material radiopaco, lo que permite su localización en la radiografía simple de abdomen; sin embargo, estos marcadores pueden confundirse con otros materiales como clips metálicos, restos de contraste radiopaco ingerido o calcificaciones, lo que disminuye su sensibilidad. La radiografía simple de abdomen es inespecífica, excepcionalmente permite observar la imagen en panal de abejas, signo que indica atrapamiento de aire entre las fibras textiles. El estudio radiográfico de abdomen seriado con contraste, puede mostrar defecto intraluminal de llenado. La ultrasonografía muestra una estructura ecogénica con componente ecolúcido que emite sombra acústica y cambia paralelamente a la dirección del transductor.

En los textilomas agudos, la tomografía axial computarizada reporta un tumor heterogéneo con gran cantidad de aire atrapado que puede o no estar rodeado de un anillo hiperdenso periférico. Por su parte, los textilomas crónicos asemejan un tumor que no capta el contraste endovenoso, con calcificaciones en su interior que simulan una masa sólida con aire atrapado, a manera de burbujas de gas que persisten; este hallazgo en la tomografía axial computarizada, se considera el signo más específico para la detección de textilomas⁶.

La detección temprana del textiloma en el postoperatorio, permite la remoción quirúrgica del cuerpo extraño antes de que se genere mayor reacción, siendo el procedimiento técnicamente sencillo.

El mejor tratamiento consiste en la prevención, por tal razón es importante considerar ciertas recomendaciones, entre ellas: la cuenta meticulosa de los materiales quirúrgicos que entran en contacto con las cavidades, tanto al inicio del procedimiento como antes del cierre. Sin embargo, esta medida resulta insuficiente ya que la mayoría de casos reportan cuenta de compresas completas. A tal efecto, si bien, es cierto que es al personal de enfermería a quien corresponde el recuento y control del material; también es cierto, que por tratarse de un pro-

cedimiento compartido, el cirujano debe realizar exploración minuciosa por cuadrantes de la cavidad abdominal, para verificar que la información referida por el personal encargado del recuento es la correcta⁴.

En el presente caso, el ginecoobstetra demandado otorgó atención prenatal a la paciente durante los meses de marzo a octubre del 2013. Las notas médicas, refirieron: fondo uterino, síntomas generales y neurovegetativos, peso, tensión arterial, movilidad fetal, actividad uterina y alimentación. La última nota de atención prenatal correspondiente al 10 de octubre de 2013 refirió programación de operación cesárea por desproporción cefalopélvica y cesárea previa.

Entre sus pruebas, el demandado exhibió expediente clínico, en el cual la historia clínica del 15 de noviembre de 2013 refirió que la paciente ingresó para cesárea con embarazo de término, signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen globoso por útero gestante, movimientos fetales presentes, frecuencia cardíaca fetal de 151 latidos por minuto, sin pérdidas transvaginales.

La nota postquirúrgica de las 11:00 horas refirió diagnóstico preoperatorio de embarazo de 38 semanas de gestación; paridad satisfecha, cesárea previa, desproporción cefalopélvica. De igual forma, señaló realización de cesárea Kerr más obstrucción tubaria bilateral con técnica de Pomeroy, sin complicaciones, donde se obtuvo producto único, vivo, de 3,200 g, calificado con Apgar 9/9, reporte de gasas y compresas: completa y sangrado de 500 mililitros. Indicaciones postoperatorias: soluciones parenterales, oxitocina, analgésicos y antibiótico.

La hoja de observaciones quirúrgicas de enfermería del citado 15 de noviembre, reportó entre otros, que la cirugía finalizó a las 10:00 horas, sin complicaciones; refiriéndose gasas con trama 10; compresas 5; cuenta completa. La nota del facultativo demandado de las 21:00 horas, señaló menor distensión abdominal y cólico con respecto a la mañana, dolor leve en herida quirúrgica; útero involucionado, loquios normales, sin edema, uresis al corriente y tolerancia a la dieta líquida. Indicándose deambulación.

En su queja, la paciente manifestó que después



Foto: Archivo

El mejor tratamiento es la prevención. Es importante considerar ciertas recomendaciones, como la cuenta meticulosa de los materiales quirúrgicos que entran en contacto con las cavidades, al inicio del procedimiento y antes del cierre. Pero esta medida resulta insuficiente, ya que la mayoría de casos reportan cuenta de compresas completas. Aunque es al personal de enfermería a quien corresponde el recuento y control del material; también, por tratarse de un procedimiento compartido, el cirujano debe realizar una exploración minuciosa por cuadrantes de la cavidad abdominal, para verificar que la información referida por el personal encargado del recuento es la correcta.

de la cirugía empezó a sentir fuerte dolor en el estómago que el demandado atribuyó a la presencia de gases en abdomen, informándole que la recuperación iba a ser dolorosa e incómoda, debido a la herida y a los gases. Sin embargo, en los días siguientes el dolor se intensificó a pesar de los medicamentos

suministrados, presentaba inflamación en abdomen como si tuviera 5 meses de embarazo, aun así, el demandado la dio de alta a los 2 días de operada.

Relacionado con lo anterior, la nota médica del demandado de fecha el 16 de octubre de 2013 refirió distensión abdominal (++), cólico leve a moderado; peristalsis presente y canalizando gases, útero involucionado, bien contraído, loquios normales, sin edema, tolerando vía oral y deambulando. En la nota de las 22:00 horas, señaló persistencia de distensión abdominal y cólico en menor grado. El 17 de octubre de 2013, la paciente fue dada de alta con antibiótico, analgésicos y aseo de zona quirúrgica, la nota médica señaló distensión abdominal (+), útero involucionado, bien contraído, loquios normales, edema (+), uresis al corriente.

La literatura de la especialidad señala que desde el punto de vista fisiológico, los cambios en el puerperio posquirúrgico de operación cesárea son similares a los del parto, pero se acompañan de malestares propios de una cirugía mayor abdominal, por lo que es frecuente el dolor cólico abdominal entre el segundo y tercer día de postoperatorio, ya que el intestino trata de expulsar los gases por estreñimiento².

Ahora bien, de las constancias de atención médica del demandado, se desprende que el 22 de octubre de 2013 revisó a la paciente en la consulta externa, y señaló distensión abdominal (++), estreñimiento (++), edema (++), así como irritación gástrica (++) ya tratada por Gastroenterología (omeprazol, Unival y antiácidos). Refirió útero involucionado y signos vitales en parámetros normales. En la consulta del 7 de noviembre de 2013, reportó distensión abdominal (+).

La paciente refirió que a las 2 semanas de la cesárea presentó dolores y, una semana después, empezó a tener fiebre. Dado su cuadro de dolor intenso, acudió de urgencia con el demandado. En el expediente clínico, la última consulta proporcionada por el demandado a la paciente se realizó el 21 de noviembre de 2013, en la exploración física el facultativo palpó masa móvil, dura, a nivel subumbilical y en fosa ilíaca derecha, realizó ultrasonido pélvico y vaginal, observando útero involucionado e imagen hipoeoica que no le permitió establecer

diagnóstico, por lo que solicitó ultrasonido abdominopélvico y radiografía simple de abdomen.

Dicha constancia de atención indica que ante la persistencia de distensión abdominal, atribuida inicialmente a cambios postquirúrgicos del puerperio, y sospecha de masa sólida en abdomen, el demandado realizó ultrasonido abdominal y endovaginal, detectando imagen hipoeoica, razón por la cual, solicitó estudio de imagen en un centro radiológico.

Al respecto, la literatura de la especialidad establece que un textiloma es un cuerpo extraño de materia textil olvidado dentro del organismo durante un procedimiento quirúrgico, el cual puede confundirse con tumor o absceso en los estudios de imagen al formar un granuloma. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, varían desde dolor abdominal difuso y masa abdominal palpable, hasta cuadros graves de obstrucción intestinal o sepsis de origen abdominal, siendo el síntoma más frecuente dolor abdominal, asociado en ocasiones a cuadro febril³.

El dato fundamental de sospecha, es el antecedente de cirugía previa, el diagnóstico se confirma en 50 a 70% de los casos, empleando los estudios de imagen (radiografía simple de abdomen, tránsito intestinal, ultrasonido abdominal, tomografía computarizada)⁴.

La paciente señaló que le efectuaron un estudio de imagen en un centro radiológico, donde encontraron cuerpo extraño, por lo que le recomendaron consultar a la brevedad a un médico especialista.

En efecto, la ecografía de abdomen y pelvis del 22 de noviembre de 2013, reportó proceso inflamatorio en fosa ilíaca derecha, de 11.5 × 7.5 centímetros, cuyas características con la radiografía simple corresponden a cuerpo extraño. La paciente acudió con un facultativo distinto al demandado, quien el 23 de noviembre de 2013, efectuó laparotomía exploradora urgente, encontrando compresa en abdomen, la cual fue retirada sin complicaciones, y la paciente fue dada de alta el día 26 del mismo mes y año.

APRECIACIONES FINALES

- Durante la intervención quirúrgica (cesárea) efectuada el día 15 de noviembre de 2013, se olvidó una compresa quirúrgica en el abdomen de la paciente, lo cual demuestra que se incumple-

ron las obligaciones de seguridad que el caso ameritaba.

- La paciente ameritó tratamiento quirúrgico para retirar la citada compresa, procedimiento que efectuó otro facultativo, sin complicaciones.
- Conforme a las constancias de atención médica aportadas para el estudio del caso, la paciente no presentó secuelas.
- No se realizan pronunciamientos de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, al no ser parte en esta controversia.
- Dentro de los factores predisponentes al olvido de cuerpos extraños en el organismo durante un procedimiento quirúrgico se encuentran: cambios inesperados durante el acto operatorio previamente planeado, cirugías de urgencia que requieren uso de gran cantidad de compresas, cirugías extensas, cambio de personal en el transoperatorio. En este caso no ocurrió ninguna de las anteriores, pues se trató de una cirugía programada, sin que se reportaran contingencias o complicaciones durante su realización.

RECOMENDACIONES

- La literatura especializada establece que tanto al inicio de un procedimiento quirúrgico como antes del cierre, es primordial el conteo meticuloso de los materiales quirúrgicos que entran en contacto con las cavidades.
- Se debe conocer la Guía de Práctica Clínica para la Operación Cesárea.
- Se sugiere la lectura del lineamiento técnico "Cesárea Segura", publicado por Secretaría de Salud Federal en 2002.
- La difusión y el conocimiento de esta patología facilitará la sospecha clínica temprana que permita establecer el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
2. Guía de Práctica Clínica Para la Realización de Operación Cesárea. México: Secretaría de Salud; 2007.
3. Cesárea Segura. Lineamiento Técnico. SS; 2002.
4. Franz Guerrero A, Archila Santamaría D, Cuadros Mendoza C, Beltrán Durán S, Cuadros Mendoza G. Textiloma en cavidad intraabdominal, una causa de diagnóstico equivoco. Med. UIS. 2010;59-65.
5. Cárdenas-Gutiérrez O, Rivera-de la Vega A, Domínguez-Camacho L, Espinal-Brito R. Textiloma. Comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir. 2010;15(2):97-100.



Foto: Archivo

En los textilomas agudos, la tomografía axial computarizada reporta un tumor heterogéneo con gran cantidad de aire atrapado que puede o no estar rodeado de un anillo hiperdenso periférico. Por su parte, los textilomas crónicos asemejan un tumor que no capta el contraste endovenoso, con calcificaciones en su interior que simulan una masa sólida con aire atrapado, a manera de burbujas de gas que persisten; este hallazgo en la tomografía axial computarizada, se considera el signo más específico para la detección de textilomas.

La detección temprana del textiloma en el postoperatorio, permite la remoción quirúrgica del cuerpo extraño antes de que se genere mayor reacción, siendo el procedimiento técnicamente sencillo.