

Textiloma. Comunicación de un caso

Oswaldo Cárdenas Gutiérrez,* Antonio Rivera de la Vega,** Leticia Domínguez Camacho,** Rubicelia Espinal Brito**

RESUMEN

Textiloma es el término acuñado para describir una masa compuesta por una matriz de algodón y la fibrosis que la rodea. Se comunica el caso clínico de un paciente de 64 años, quien ingresó al servicio de Urgencias con diagnóstico de tumor abdominal en estudio y con antecedente, de ocho años, de laparotomía exploradora por traumatismo contuso de abdomen. La radiografía de abdomen reveló la imagen sugestiva de un textiloma; después, el paciente se sometió a una laparotomía exploradora, que reveló un tumor con cápsula fibrosa adherido al colon y a la pared abdominal. Al abrir al paciente se expuso una compresa de una operación quirúrgica previa. Las reacciones son agudas o tardías. En la aguda, que sigue un curso séptico, se forman abscesos o granulomas; la tardía puede manifestarse, meses o años después de la operación original, en forma de adherencias o encapsulamientos. Las complicaciones reportadas son obstrucción, peritonitis, adherencias, fístulas, abscesos o cápsulas fibrosas que albergan el cuerpo extraño.

Palabras clave: textiloma, complicaciones, clasificación.

ABSTRACT

Textiloma is the term coined to describe a mass composed by an array of cotton and fibrosis around it. This paper reports the case of a 64-year-old male patient, admitted in emergency room diagnosed with abdominal tumor in study, blunt trauma and urgent laparotomy 8 years ago as antecedent. X-ray abdomen with suggestive image of textiloma. Patient was submitted to laparotomy finding abdominal mass with fibrous capsule attached to colon and abdominal wall, sponge gauze of previous surgery is exposed. Reaction types are acute or late. Acute presentation follows a septic course with abscess formation and granuloma; late presentation may develop in months or years after the initial surgery with fibrosis and adherence formation. Complications reported are obstruction, peritonitis, adhesions, fistulas, abscesses or become a capsule fibrous containing strange body.

Key words: textiloma, complications, classification.

Textiloma es el término acuñado para describir una masa compuesta por una matriz de algodón y la fibrosis que la rodea. También es llamado *gossypiboma*, término que deriva

de la palabra latina *gossypium*, que significa algodón, y de *kiswahiliboma*, que significa lugar de confinamiento. Otros sinónimos son *corpus allienum* (del latín), oblitoma y gasa o textil retenido.¹

La incidencia se desconoce, pero se ha reportado 1 en 100 a 3,000 intervenciones quirúrgicas y 1 en 1,000 a 1,500 operaciones intraabdominales.^{2,3} Los factores de riesgo asociados son operaciones quirúrgicas de urgencia, pacientes con índice de masa corporal elevada y operaciones con cambios en la técnica quirúrgica. Los síntomas clínicos son poco específicos y su diagnóstico se basa principalmente en estudios de gabinete, como radiografía simple de abdomen –en caso de contener gasas con marcador radioopaco–, ultrasonido, TAC, resonancia magnética y serie gastrointestinal.

Pueden desarrollarse fístulas en el estómago, en el duodeno y en el intestino, aunque son infrecuentes y dependen del tiempo que tenga en la cavidad el textiloma.

* Médico especialista en Cirugía General.

** Médico especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal.
Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dr. Oswaldo Cárdenas Gutiérrez. Médico adscrito al servicio de Urgencias, Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE. Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de las Salinas, CP 06760, México, DF. Correo electrónico: oswaldocardenas@hotmail.com

Recibido: noviembre, 2009. Aceptado: abril, 2010.

Este artículo debe citarse como: 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.

Las reacciones pueden ser agudas o tardías.⁴ En la aguda, que generalmente sigue un curso séptico, se forman abscesos o granulomas. La tardía puede manifestarse, meses o años después de la operación quirúrgica original, en forma de adherencias o encapsulamientos. Las complicaciones reportadas son obstrucción, peritonitis, adherencias, fístulas, abscesos o cápsulas fibrosas, que al albergar un cuerpo extraño generan las condiciones para que se produzca un posible tumor, que puede llegar a calcificarse.

Los cuerpos extraños intraabdominales constituyen un grave problema médico y legal y, por obvias razones, son poco analizados en la bibliografía médica; por eso, las dificultades potenciales son difíciles de apreciar; además, los lineamientos de tratamiento publicados son limitados. El objetivo del presente artículo es mostrar un caso, exponer el tratamiento dado y revisar el tema.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias con diagnóstico de tumoración abdominal en estudio, con diabetes desde 10 años antes, controlado con hipoglucemiantes orales y antecedente de ocho años de laparotomía exploradora por traumatismo contuso de abdomen; no refirió hallazgos quirúrgicos y era asintomático hasta antes de acudir al servicio de Urgencias.

A su ingreso refirió en el epigastrio dolor abdominal de tipo cólico con irradiación al hipocondrio derecho; el dolor se acompañaba de vómito, que en varias ocasiones tenía características gástricas. Cuando se le hizo la exploración física, el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, aunque en el abdomen tenía ruidos peristálticos –disminuidos en intensidad y frecuencia– y una tumoración –en el hipocondrio derecho– de aproximadamente 8 X 10 cm de longitud, no móvil ni dolorosa y sin datos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen reveló la imagen sugestiva de un textiloma (Figura 1), por lo que fue sometido a una laparotomía exploradora, la cual reveló un tumor con cápsula fibrosa adherido al colon y a la pared abdominal (Figuras 2 y 3); luego se abrió al paciente y se expuso una compresa de una operación quirúrgica previa (Figura 4). El paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó sin complicaciones posquirúrgicas.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en la que se observa una cinta radioopaca (flecha).

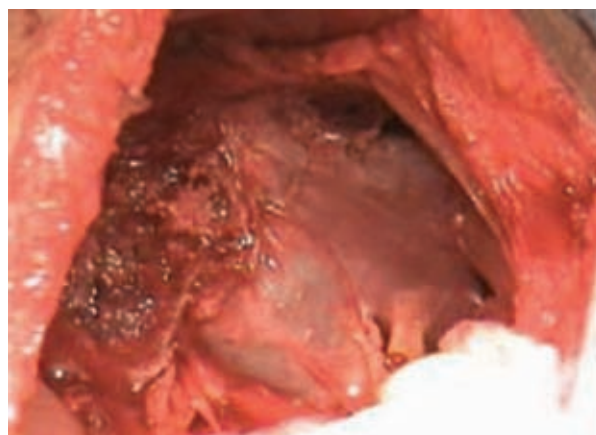


Figura 2. Textiloma en la cavidad abdominal.

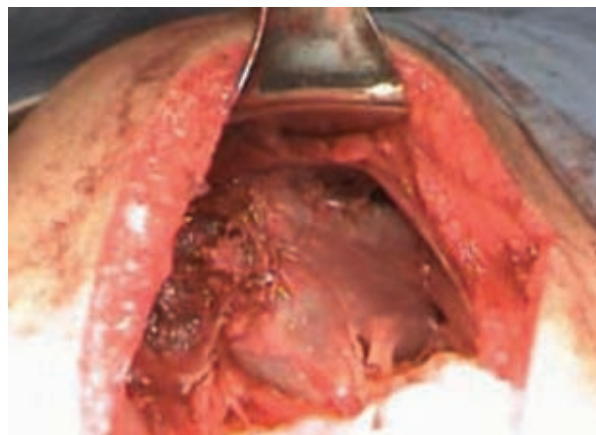


Figura 3. Textiloma adherido al hígado.

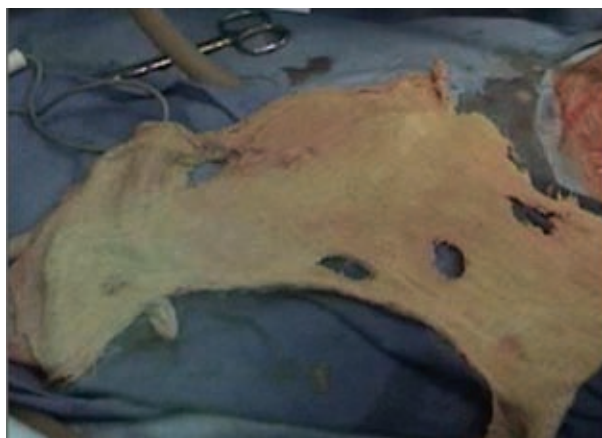


Figura 4. Compresa.

DISCUSIÓN

El textiloma es poco frecuente, pero siempre es embarazoso porque implica consecuencias médicas y legales potencialmente peligrosas. Ante una evolución posoperatoria atípica debe considerarse la posibilidad de que haya un textiloma. Una radiografía simple del abdomen –por lo menos dos proyecciones– es un estudio rápido, sencillo y poco costoso que facilita el diagnóstico en los casos en que exista la posibilidad de este tipo de daño. La mejor manera de prevenirse contra el textiloma es tener buenos hábitos en el quirófano, porque el conteo de los casos de textiloma resulta completo en 88% de los casos y porque los estudios radiológicos transoperatorios pueden ser falsos negativos. Todo paciente que muestre un cuadro característico de cuerpo extraño debe operarse debido a las complicaciones potenciales que existen. La operación quirúrgica de extracción debe ser siempre lo más sencilla posible.

En 90% de los casos la identificación de un cuerpo extraño se realiza mediante radiografías simples de rayos X. El 10% restante requiere estudios avanzados de imagen, como ultrasonido, TAC o resonancia magnética.⁵ Los textilomas son difíciles de distinguir mediante una radiografía y los tiempos descritos para encontrarlos varían, ya que pueden localizarse desde el primer día hasta 30 años después.⁶

Con el advenimiento de los marcadores radioopacos en las gasas es cada vez menos frecuente el olvido;⁶ sin embargo, los textilomas pueden ser confundidos con colecciones o, incluso, con masas tumorales.^{7,8}

En la bibliografía se mencionan varios factores que favorecen que se olvide un textil en una cavidad; entre otros, se señalan los cambios de exposición en el campo quirúrgico, que facilitan que el cuerpo extraño sea ocultado por los movimientos intestinales (lo que es frecuente en operación quirúrgica pélvica);⁹ los cambios del personal de enfermería durante el acto quirúrgico, lo que interfiere el conteo correcto de gasas y compresas y aumenta la posibilidad de que haya compresas retenidas; la operación quirúrgica urgente, nocturna, de larga duración, con gran hemorragia o con gran dramatismo, porque tenga que acortarse el tiempo quirúrgico debido a que las condiciones del paciente son muy graves o porque existen dificultades técnicas, modificaciones en la técnica quirúrgica o fatiga en el personal.¹⁰

La manifestación clínica del textiloma puede ser aguda cuando al poco tiempo de la operación quirúrgica inicial aparecen complicaciones en las que predominan las reacciones exudativas, que tienden a formar abscesos, y las fistulizaciones en la piel o en otro órgano; la manifestación también puede ser crónica, pues los síntomas pueden experimentarse muchos meses, o incluso años, después de haberse realizado la intervención quirúrgica. Estas manifestaciones se distinguen por la formación de un granuloma aséptico o de un cuerpo extraño, bien encapsulado, que produce síntomas subjetivos de larga duración.

Éste es el caso de un paciente que permaneció asintomático hasta antes de acudir al servicio de Urgencias y que tenía antecedente, de ocho años, de laparotomía exploradora por traumatismo contuso de abdomen. La bibliografía reporta que puede transcurrir desde 1 día hasta 30 años para encontrar el textiloma. Es importante, durante el procedimiento quirúrgico, ser acucioso y tener una buena comunicación con todo el equipo quirúrgico e, incluso, hay autores que recomiendan tomar radiografías después de una intervención quirúrgica larga y difícil en cuanto a la técnica.

REFERENCIAS

1. Baz R, Suceveanu P, Doicescu D. Diagnosis of textilomas. *Chirurgie (Bucur)* 2001;96(1):59-61.
2. Fernández LR, Marín LFJ, Fradejas LJM, Díaz GLM, et al. Postoperative textilomas: review of 14 cases. *Int Surg* 1998;83(1):63-66.

3. Moushine E, Halkic N, Garofalo R, et al. Soft-tissue textiloma: a potencial diagnostic pitfall. *J Can Chiropr Assoc* 2005;48(6):495-496.
4. Custovic R, Krolo I, Marotti M, Babie N, et al. Retained surgical textilomas occur more often during war. *Croat Med J* 2004;45:422-426.
5. Vega CGR, Heredia JNM, Camacho RP Tenorio TM y col. Extracción de un cuerpo extraño por cirugía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión en la literatura. *Rev Mex Cir Endoscop* 2002;3:175-181.
6. Rajput A, Loud P, Gibbs J, Kraybill W. Diagnostic challenges in patients with tumors. *J Clin Oncol* 2003;21(19):3700-3705.
7. Pérez GR, Rodríguez GH, Hernández BS, Zárate SA. Textilomas que semejan patología abdominal tumoral. Descripción de seis pacientes. *Cir Gen* 1998;20:263-267.
8. Hunter T, Taljanovic M. Medical device of the abdomen and pelvis. *RadioGraphics* 2005;25:503-523.
9. Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, et al. The retained surgical sponge. *Ann Surg* 1996;224:79-84.
10. Moyle H, Hines OJ, Mc Fadden DW. Gossypiboma of the abdomen. *Arch Surg* 1996;131:566-568.