

Gossypiboma de presentación temprana como causa de abdomen agudo

Saúl Palomino-Ayala, Fabián Betancourt-Sánchez, Paulo Cesar Gómez-Castaños, Salvador Sandoval-Orozco y Roberto González-Álvarez.

Autor para correspondencia

Saúl Palomino Ayala, Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México.
Contacto al correo electrónico: osoglaci81@hotmail.com

Palabras clave: abdomen agudo, complicaciones postquirúrgicas, gossypiboma, textiloma
Keywords: acute abdomen, post surgical complications, gossypiboma, textiloma.



Gossypiboma de presentación temprana como causa de abdomen agudo

Palomino-Ayala S, Betancourt-Sánchez F, Gómez-Castaños PC, Sandoval-Orozco S, González-Álvarez R.

Resumen

El gossypiboma, también conocido como textiloma o gasoma es un término usado para describir una masa dentro del organismo generada por material quirúrgico olvidado y una reacción tisular a un cuerpo extraño. La cavidad abdominal es el sitio en el que se encuentran con mayor frecuencia (56%). Se presenta el caso de una paciente femenina con cuadro clínico de dolor abdominal y antecedente de intervención quirúrgica reciente en la que se confirma la presencia de un gossypiboma.

Palabras clave: abdomen agudo, complicaciones postquirúrgicas, gossypiboma, textiloma.

Gossypiboma of early presentation as cause of acute abdominal pain

Abstract

Gossypiboma, also known as textiloma or gasoma is a term used to describe a mass inside the organism generated by surgical material left forgotten and a tissue reaction to a strange body. In the abdominal cavity is the location in which they are most frequently found (56%). Here is a case of a female patient with a clinical condition of abdominal pain and previous recent surgical intervention in which is confirmed the presence of gossypiboma.

Key words: acute abdomen, post surgical complications, gossypiboma, textiloma.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia:

Saúl Palomino Ayala, Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México.
Contacto al correo electrónico: osoglaciar81@hotmail.com

Introducción

El gossypiboma, también conocido como textiloma o gasoma es un término usado para describir una masa dentro del organismo generada por material quirúrgico olvidado acompañada de una reacción tisular a un cuerpo extraño.¹ La cavidad abdominal es el sitio en el que se encuentran con mayor frecuencia (56%). Su incidencia es difícil de determinar debido a una tasa de reportes baja por las implicaciones médico legales, variando de 1/100 y 1/5000 laparotomías.² El cuerpo extraño más frecuentemente encontrado son las gasas quirúrgicas. Las manifestaciones clínicas son las de un cuadro de dolor inespecífico y pueden presentarse desde pocas semanas hasta décadas después de la cirugía inicial.³ Cirugías de urgencia, nocturnas, de larga duración, índice de masa corporal alto, cambios de turno y presencia de varios equipos quirúrgicos son algunos de los factores de riesgo asociados.⁴ Existen dos respuestas usuales para un cuerpo extraño retenido: una reacción inflamatoria exudativa con formación de un absceso o una reacción fibrótica aséptica con desarrollo de una masa que conduce a futuras complicaciones. El diagnóstico es radiológico y el tratamiento es la extracción quirúrgica.⁵⁻⁸

Presentación del caso

Se trata de un paciente femenino de 35 años con antecedente de apendicectomía 3 semanas previas en la cual se reporta apendicitis en fase III, realizándose su extracción sin complicaciones. Ingresa al hospital por cuadro de dolor abdominal intermitente de 16 días de evolución localizado en mesogastrio, con irradiación difusa e intensidad variable hasta 8/10 de EVA (Escala Visual Análoga de dolor), el cual se acompaña de distensión abdominal y vómito ocasional. Dos días previos a su ingreso el dolor se vuelve persistente y de mayor intensidad por lo cual solicita atención médica.

A la exploración física en buenas condiciones generales, sin alteraciones cardiorespiratorias. En abdomen se visualiza cicatriz tipo McBurney de 8cm, sin aumento de la temperatura local ni masas subyacentes; dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio con presencia de tumoración de 10x10cm, de consistencia firme, adherida a planos profundos, sin datos de irritación peritoneal. El resto de la exploración sin datos relevantes.

En los exámenes laboratoriales iniciales se reporta: hemoglobina de 13.5 g/dl, leucocitos totales de 9.5 mil/mm³ con neutrófilos de 4.5 mil/mm³, plaquetas de 489,000/mm³. Deshidrogenasa láctica de 132 U/L y niveles de amilasa sérica de 165 U/dl. Se realiza radiografía simple de abdomen en la que se observa asa centinela en mesogastrio con niveles hidroaéreos. (Figura 1A).

Se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen encontrándose una masa intraabdominal hipodensa heterogénea espongiiforme que contiene burbujas de aire en su interior con pared externa hiperdensa que refuerza en la fase contrastada (Figura 1B y C).

Dado el antecedente quirúrgico reciente, la presentación

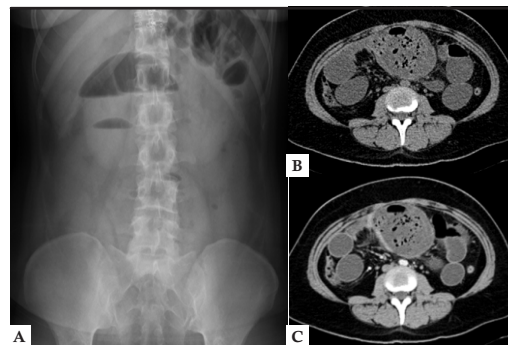


Figura 1. A. Rx simple de abdomen en bipedestación. Se observa asa centinela en mesogastrio, con presencia de niveles hidroaéreos. B y C. TAC de abdomen en fase simple y contrastada. Se observa una imagen hipodensa, con centro en forma espiral atribuible a gas atrapado en el material textil y una pared externa hiperdensa.

clínica y los hallazgos imagenológicos se somete a la paciente a laparotomía exploradora en la cual se reporta una colección intrabdominal localizada en mesogastrio. Se realiza drenaje de la misma, lisis de adherencias, extracción de un cuerpo extraño de origen textil y lavado de cavidad. Se mantiene a la paciente en observación por 48 horas y es egresada sin complicaciones.

Discusión

La paciente se presenta con cuadro de dolor abdominal y antecedente de cirugía reciente. Ante tal situación resulta lógico pensar en alguna complicación relacionada con el procedimiento, sin embargo la presentación del gossypiboma es más tardía que en nuestro caso y esto puede desviar la atención hacia otras posibilidades. Los estudios de imagen son fundamentales para establecer el diagnóstico ya que los textiles que se utilizan por lo general cuentan con material radiopaco que puede evidenciar su presencia en una radiografía simple. En nuestro caso la placa simple no reveló la presencia del textil ya que este carecía de material radiopaco. En situaciones como esta es de utilidad el estudio tomográfico en el cual se observa una imagen característica de gossypiboma. Finalmente la realización de cirugía confirmó el diagnóstico y fue el método terapéutico para la resolución de la patología.

Conclusiones

El gossypiboma tiene una presentación subaguda o crónica a diferencia de otras causas de abdomen agudo. A pesar de su baja incidencia se debe sospechar esta entidad en pacientes con antecedente de cirugía que presenten síntomas abdominales inespecíficos, tumoraciones o fistulas. Los estudios de imagen son la piedra angular para el diagnóstico; el material radiopaco es una condición necesaria para el diagnóstico en la radiografía simple y en su ausencia la tomografía es necesaria, en ésta se observa una imagen hipodensa, con centro en forma espiral atribuible a gas atrapado en el material textil y una pared externa hiperdensa.⁶ La cirugía abierta es la mejor opción para la remoción del Gossypiboma.

Referencias bibliográficas

1. Mata G *et al*; material quirúrgico olvidado: gossypiboma, textiloma, gasoma. *Anales de radiología*, México 2007;4:285-296
2. KohliS *et al*. Gossypiboma a rare cause of acute abdomen: A case report and review of literature. *Int J Crit ill Inj Sci* 2011; 1(2):157-160
3. Manzella A, *et al*. Imaging of gossypibomas. Pictorial Review. *American AJR*; 193, December 2009; 193:594-5101
4. Cardenas O *et al*. Textiloma, comunicación de un caso. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas* 2010; 15(2):97-100
5. Abdul HM. Quraishi. Beyond a Gossypiboma. *Case Reports in Surgery*. 2012; 2012:1-2
6. Karasaki T. *et al*. Beware gossypibomas. *BMJ Case rep* Jun 2013
7. Bani-Hani K *et al*. Retained surgical sponges. *Asian Journal of Surgery*, Vol 28, 2, 2005
8. Moyle H, *et al*. Gossypiboma of the abdomen. *Archives of surgery* 1996 may;13(5):566