

Textiloma: cuerpo extraño en cavidad abdominal

Textiloma. Foreign body in the abdominal cavity

Dr. Félix Rodiles Martínez; Dr. Francisco Pacheco Téllez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja.
Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente masculino, de 36 años, en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente. Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Camagüey. Ingresó con diagnóstico presuntivo de bridas intraperitoneales, crisis y suboclusión. Los complementarios realizados no resultaron concluyentes, se realizó cirugía video laparoscópica y se detectó un tumor retroperitoneal de aproximadamente 20 cm de diámetro y gran cantidad de bridas posquirúrgicas. Se resecó el tumor y unos 40 cm del intestino delgado. El estudio anatomopatológica realizado arrojó la presencia de un textiloma.

DeCS: CUERPOS EXTRAÑOS/diagnóstico; ABDOMEN/cirugía.

ABSTRACT

A 36 years old, male patient is presented. He was assisted in the service of general surgery at Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja Clinical Surgical Military Hospital of Camagüey City. He was admitted with presuntive diagnosis of intraperitoneal bridles and subocclusion crisis. The complementary test performed, were not concluding. Video laparoscopic surgery was carried out and a retroperitoneal tumor of approximately 20 cm diameter and high quantity of postsurgical bridles, were detected. The tumor was resected and 40 cm of the small bowel. The anatomopathologic study demonstrated the presence of textiloma.

DeCS: FOREIGN BODIES/diagnosis; ABDOMEN /surgery.

INTRODUCCIÓN

Los textilomas son cuerpos extraños originados a partir del material quirúrgico textil olvidado durante una intervención quirúrgica.¹ Han sido asociados a muchos tipos de cirugía, cirugía de la mama,² cirugía renal,³ torácica, tanto cardíaca como pulmonar, también ginecológica y principalmente abdominal. Es infrecuente olvidar compresas en un acto quirúrgico abdominal; aunque no se conoce con exactitud su frecuencia, ocurre en 1 cada 1000- 1500 laparotomías. La forma de presentación es variada, generalmente de forma tumoral. Los síntomas no son específicos, el dolor es el más constante, acompañado de fiebre. Su evolución es casi siempre de varios años, algunos de 40 y más. No existe un complementario determinado para el diagnóstico. Las técnicas imagenológicas como la ultrasonografía, la tomografía y la resonancia magnética son de gran utilidad.⁴ El antecedente de una intervención abdominal es un dato importante para el diagnóstico, la intervención quirúrgica es generalmente el tratamiento habitual. Se presenta, entonces, un paciente con textiloma de 16 años de evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino, de 36 años, con antecedentes de laparotomía hace 16 años por invaginación intestinal. A los cinco meses de operado comenzó a presentar dolor en fosa ilíaca derecha, siempre asociado a ingestiones copiosas de alimentos, con contenidos de fibras y que mejoraba con el uso de espasmolíticos. En los últimos 15 años ha presentado tres crisis de seudooclusión intestinal, el dolor es más intenso después de cada crisis, hace un año notó aumento de la frecuencia e intensidad del dolor, por lo que acudió a consulta, donde se le diagnosticó una tumoración ubicada entre el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha. Un mes antes de ser operado, el dolor adquirió carácter de cólico y presentó dificultad para realizar sus labores diarias. El dolor continuó muy intenso, expulsó gases y defecó en una ocasión, por lo que se convirtió en una urgencia.

APP: Operado hace 16 años de invaginación intestinal.

Alérgico a la penicilina.

EXAMEN FÍSICO:

Abdomen: Cicatriz paramedia derecha de aproximadamente 14 cm en hipogastrio.

Tumoración en fosa ilíaca derecha e hipogastrio de unos 7 cm alargada, irregular, móvil.

Dolor a la palpación profunda en esa región, ruidos hidroáereos discretamente aumentados.

Sonoridad normal

Complementarios: La bioquímica y el hemograma fueron normales. La ultrasonografía abdominal informó la presencia de asas gruesas y delgadas con abundante contenido de líquido en su interior y con paredes gruesas. En el estudio radiológico simple de abdomen de pie se observaron asas con aumento del patrón gaseoso, no presentó niveles hidroaéreos.

Informe operatorio

Se inició con videolaparoscopia, se convierte por encontrar gran cantidad de bridas postoperatorias. Se realizó incisión paramedia izquierda, se resecó la cicatriz anterior y al abrir la cavidad gran cantidad de bridas postoperatorias que hicieron difícil la operación. Hallazgo: Gran tumor retroperitoneal de más o menos 20 cm de diámetro, que se resecó laboriosamente. Fue necesario hacer una resección de 40 cm del intestino delgado y anastomosis termino-terminal. Cierre por planos.

Anatomía patológica

Fragmento de intestino delgado dentro de parámetros histológicos normales, zonas hemorrágicas y congestivas. Presencia de cápsula fibrosa gruesa secundaria a reacción por cuerpo extraño (Fig.1).

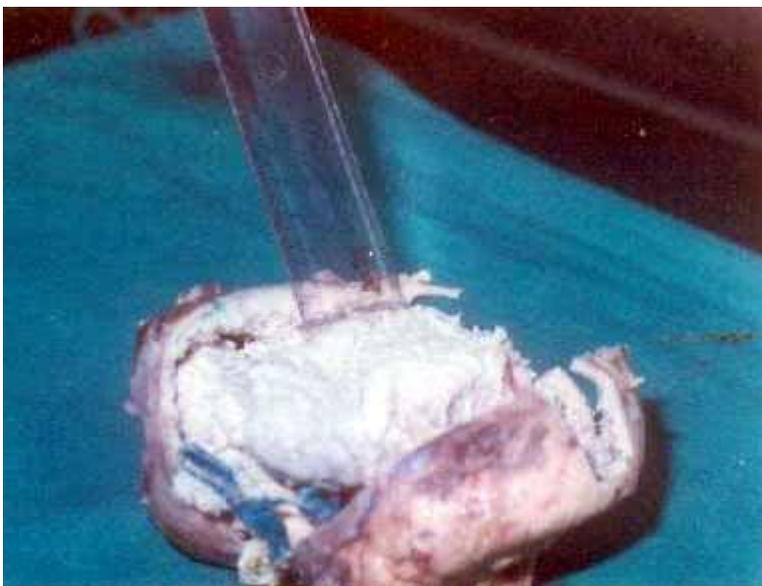


Fig. 1. Textiloma
(compresa quirúrgica no marcada de algodón)

DISCUSIÓN

El textiloma, término usado para referirse a la tumoración que está dentro del organismo, compuesta por una matriz de algodón que provoca reacción a cuerpo

extraño, se debe usualmente al material textil quirúrgico olvidado en el acto operatorio. Prácticamente ninguna cavidad del organismo ha quedado libre de esta desafortunada complicación (Figs. 2 y 3).

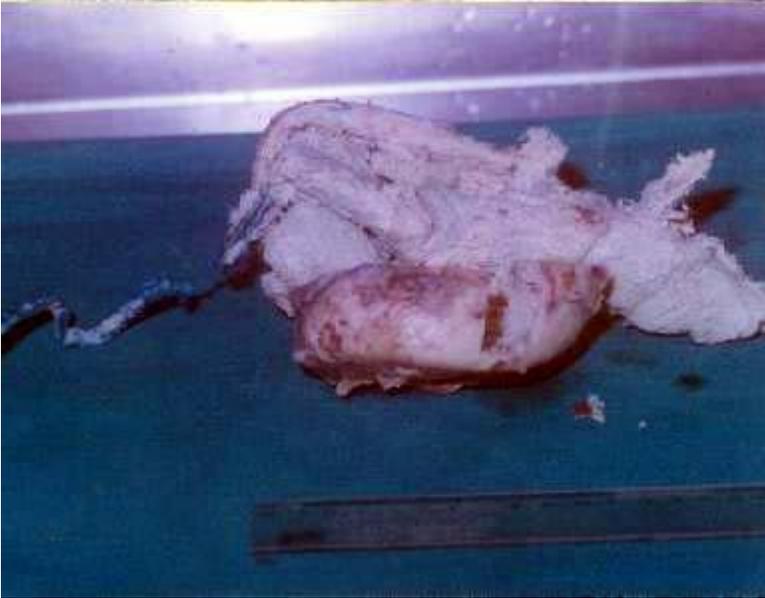


Fig. 2.



Fig. 3.

Su forma de presentación es variable: oclusiva, pseudotumoral y síndrome séptico, habitualmente puede permanecer asintomático por largos períodos de tiempo.⁵

El antecedente de cirugía previa es el dato fundamental para su sospecha. Es reconocido el valor de la ultrasonografía y la tomografía, pero no existe imagen específica.^{6,7}

Algunos autores señalan que la imagen de resonancia magnética es menos útil que las otras técnicas, y el diagnóstico por radiología simple es difícil. En la tomografía se ha comprobado que en el interior del material textil se forman burbujas de gas que persisten durante el tiempo, se considera el signo más específico para la detección de textilomas aunque esto no significa abscedación del proceso.

El diagnóstico preoperatorio con la utilización de todas las técnicas radiológicas oscila entre un 50 y un 70 %. Aunque no existen datos comprobados, las series revisadas señalan un 33 % de cirugía de urgencia por la solución de las presentaciones agudas.⁸

En el paciente, el diagnóstico preoperatorio no incluyó el textiloma. Los estudios radiológicos y ultrasonográficos, mostraron signos de obstrucción intestinal. La operación se realizó de urgencia.

El diagnóstico diferencial incluye: abscesos, hematomas, calcificados y quistes, cuando su presentación es tumoral, las lesiones malignas ocupan el primer lugar. En los casos de obstrucción, son las adherencias o bridas las que predominan, como ocurrió en este paciente⁹

Los textilomas pueden presentar síntomas desde los primeros días del período postoperatorio hasta décadas después. Cuando transcurren años sin detectarse, se produce una reacción mesenquimatosa a cuerpo extraño, (granuloma) se encapsula y muestra una masa tumoral abdominal, que puede o no producir obstrucción intestinal.

10

Las manifestaciones clínicas van desde el dolor abdominal ligero, hasta el tumor abdominal, la obstrucción intestinal o sepsis intrabdominal.

La frecuencia real de esta complicación no se conoce, principalmente debido a temores éticos. El mejor tratamiento es la prevención, un conteo confiable del material

quirúrgico, revisión cuidadosa de la cavidad y uso de material con marcadores a los rayos X para su detección precoz. El antecedente de cirugía previa es el dato fundamental para su sospecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Guerrero JM, Castro Laria L, Martín Salvago MD, Rivera Hueto F, Herrerías Gutiérrez JM. Tumor abdominal y fiebre. *Rev clín.* 2001;200(4):227-28.
2. EL Khoury M, Mignon F, Tarvidon A, Mesuralle B, Roachard F, Mathieu MC, et al. Retained surgical sponge gossypiboma of the breast. *Dis Colon Rectum*, 2002;45(1):119-20.
3. Ballesteros Sampal JJ, Alemnda Quillet O, Pares Puntas MR. 3 rare cases of textiloma after renal surgery. Review of the literature. *Arch Esp Urol.* 2002;55(1):25-9.
4. Sheehan RE, Sheppard MN, Honsell DM. Retained intrathoracic surgical swab. CT appearance. *J Thorac Imaging.* 2000;15(1):61-4.
5. Lauwers PR, Van Hee RHO. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg.* 2000;24(5):521-7.
6. Hammond D, Ammouri N, Rauhana G, Saad H, Hussein H, Abou Sleiman C, et al. Imaging features of retained surgical foreign bodies. *J Radiol.* 2001;82(8):913-6.
7. De Winter F, Huysee W, De Paepe P, Lambert B, Poffyn B, Dierckx R, et al. High F-18 FDS uptake in paraspinal textiloma. *Clin Nucl Med.* 2002;27(2):132-3.
8. Gawonde AA, Shirdert DM, Oray EJ, Brenman TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med.* 2003;348(3):229-35.
9. Díaz Plasencia J, Tantalean Ramella E, Balmaceda Frasselle T, Honorio Homa C, Barandorian Dejo MA, Vilela Guillén, et al. Cuerpo extraño en abdomen. A propósito de un caso. *Rev Gastroenterología.* 2001;21(3):229-23.
10. Mopti R, Gebbart M, Larsimont D, Abdelkafi I. Textiloma of the thigh as a sarcoma. *Acta orthop Belg.* 2001;65(5):513-8.

Recibido: 3 de noviembre de 2003.

Aceptado: 20 de mayo de 2004.

Dr. Félix Rodiles Martínez. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba. rodiles@shine.cmw.sld.cu