

Reporte de caso clínico: cuerpo extraño en abdomen

Clinical case report: foreign body in abdomen

Ricardo Miranda¹, Wilson Aguilar², Cristina Morán³

¹ Jefe de Guardia. Departamento de Emergencia, hospital "Luis Vernaza", Guayaquil, Ecuador

² R3 Cirugía. Departamento de Emergencia, hospital "Luis Vernaza", Guayaquil, Ecuador

³ R1 Cirugía. Departamento de Emergencia, hospital "Luis Vernaza", Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Los cuerpos extraños en abdomen constituyen un grupo de pseudotumores que corresponden a material no absorbible, como consecuencia de una complicación de un procedimiento quirúrgico, que obedece a un suceso iatrogénico de gran morbimortalidad y causan dificultades diagnósticas, y posibles problemas médico-legales. Se presenta un caso de un paciente con antecedentes de una colecistectomía hace 8 años que muestra en la tomografía abdominal una masa a nivel del hígado compatible con un cuerpo extraño. El objetivo de esta presentación es hacer conocer la forma de presentación de un oblito abdominal y abordar también algunos aspectos clínicos, metas terapéuticas, prevención y consideraciones médicas-legales. Se concluye que es importante, durante el procedimiento quirúrgico, ser acucioso y tener una buena comunicación con todo el equipo quirúrgico.

Palabras clave: Abdomen. Cuerpo Extraño. Dolor Abdominal. Iatrogenia.

ABSTRACT

Foreign bodies in abdomen are a group of pseudotumors that correspond to non-absorbable material, as a complication of a surgical procedure, which follows an iatrogenic event of great morbidity and causes diagnostic difficulties, and potential medical-legal problems. We report a case of a patient with a history of cholecystectomy performed 8 years before that shows a mass in the liver in the abdominal CT, which looks like a foreign body. The objective of this presentation is to get to know how a forgotten surgical abdominal foreign body looks like and also address some clinical aspects, therapeutic goals, prevention, and medical-legal considerations. It was concluded that it is important to be diligent and have good communication with the entire surgical team during the surgical procedure.

Keywords: Abdomen. Foreign Body. Abdominal Pain. Iatrogenesis.

Introducción

Los cuerpos extraños en abdomen, llamados en la antigüedad corpus alienum intraabdominal y conocidos también como textilomas, compresomas, gasomas, oblitomas u oblitos, constituyen un grupo de pseudotumores causados por material quirúrgico no absorbible sin ningún efecto terapéutico.

Su olvido en un procedimiento quirúrgico origina una complicación o, quizá, una nueva patología para el paciente, poco frecuente y no

diagnosticada oportunamente, ya que obedece a un suceso iatrogénico que causa gran morbimortalidad, dificultades diagnósticas y posibles problemas médico-legales¹⁻⁶.

Se resenta el caso de un paciente operado por presentar dolor abdominal recurrente en la relaparotomía se encontró el cuerpo extraño olvidado hace 8 años luego de colecistectomía, donde se realizó extracción y la evolución posoperatoria fue satisfactoria.

Caso clínico

Hombre de 45 años, con antecedente de colecistectomía realizada hace ocho años. Acudió por cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio, mesogastrio e hipogastrio, más tumoración en epigastrio. Una semana antes de su visita a la consulta, se agregó dolor abdominal punzante, que se manifestaba con el esfuerzo físico; también presentaba hiporexia, náusea, astenia y adinamia. No presentó fiebre ni escalofríos.

Al efectuar el examen físico en el consultorio, presentaba palidez de tegumentos; en abdomen se encontró aumento de volumen en mesogastrio a expensas de una masa móvil de 7 x 5cm, no dolorosa. El resto de la exploración no evidenció datos relevantes. Se le solicitó una placa simple de abdomen en la cual se observó cintilla radioopaca que indicaba la presencia de un textil en el abdomen. Ecografía abdominal muestra en hemiabdomen derecho debajo de hígado masa de contenido mixto (8x5cm). La tomografía abdominal con contraste muestra masa a nivel del hígado con pared bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos, esponjiforme (Figura 1).



Figura 1. Tomografía de abdomen con contraste, con evidencia de masa a nivel del hígado con pared bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos, esponjiforme y signos de inflamación periférica

Se realizaron estudios preoperatorios, con resultados dentro de parámetros normales. Se intervino a través de incisión media suprainfraumbilical. Se encontró una masa formada por una cápsula densa, a la cual estaba adherido epiplón (Figura 2 y 3). Se visualizó el textil (compresa abdominal), se retira sin complicaciones. El paciente es trasladado a una sala de cirugía, donde tuvo buena evolución posoperatoria.

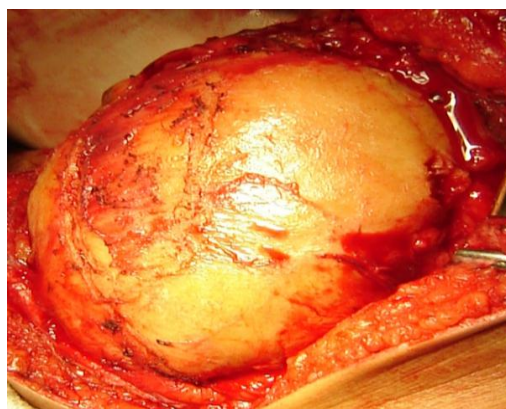


Figura 2. Oblitoma. Masa de consistencia semisólida con una forma redondeada, paredes bien definidas y adherencias múltiples del epiplón superiores y el hígado.



Figura 3. Oblitoma. En el examen macroscópico, después de la disección de la masa se evidenció restos de una compresa abdominal con una cintilla azul radioopaca.

Discusión

La incidencia de los cuerpos extraños olvidados en abdomen es variable, se estima entre 0,5 y 1 por 100 y 1 por 10.000 casos intervenidos, sin embargo es inherente a los procedimientos invasivos, cuyo riesgo hay que minimizar en beneficio de los pacientes^{1,2}. Aproximadamente, 80% de los cuerpos extraños olvidados en abdomen corresponden a compresas, gasas y campos quirúrgicos (textilomas) que contienen fibras de celulosa no asimilables por el cuerpo humano; son menos frecuentes los sistemas de drenaje y los objetos metálicos como tijeras, agujas, pinzas, etc.

Se observa mayor predominio en el sexo femenino (57%) con mayor frecuencia en las cirugías del sistema digestivo (52%, apendicetomías y colecistectomías), seguidas por las cirugías ginecológicas (22%, histerectomías, cesáreas y resección de tumores de ovario), urológicas (10%), vasculares (10%), de tórax (7,4%) y por trauma (6%). Los cuerpos extraños no son exclusivos del abdomen: pueden estar presentes en el muslo, donde causan edema, dolor, reacción perióstica y aumento de vasos sanguíneos, o simulan lesiones tumorales, en el tórax, donde producen dolor localizado y tos persistente no hemoptoica en el sistema nervioso central y en el seno^{3,4,5}.

Los cuerpos extraños olvidados pueden causar dos tipos de reacciones: fibrosis aséptica con formación de adherencias y formación de cápsulas que termina en un granuloma y fibrosis exudativa que forma un absceso con colonización bacteriana o sin ella^{6,7}.

Existen factores que aumentan el riesgo de olvidar un cuerpo extraño en la cavidad abdominal y generan complicaciones para el paciente, los cuales se relacionan con la cirugía, el cirujano, el personal auxiliar y el paciente⁸.

Relacionados con la cirugía: intervenciones prolongadas y de urgencias, realizadas en horas de la noche, sangrado importante durante la cirugía y cambios abruptos de planes o modificación de la técnica quirúrgica.

Relacionados con el cirujano: cambios en la exposición de campos quirúrgicos, fatiga, falta de liderazgo y disciplina del cirujano y uso indiscriminado del teléfono celular durante las intervenciones quirúrgicas.

Relacionados con el personal auxiliar: cambios de personal durante el acto quirúrgico, fatiga. Relacionados con el paciente: sangrados importantes, alto índice de masa corporal.

El potencial olvido de un cuerpo extraño es un evento adverso que puede causar muchas complicaciones, prevenibles si se utilizan medidas razonables y cultura de seguridad⁹. Las causas más frecuentes de este tipo de errores médicos son la ausencia de trabajo en equipo, fallas en la comunicación interpersonal, valoración inadecuada del riesgo, ausencia de estándares de procedimientos quirúrgicos y de verificación o listas de chequeo. Igualmente, otras causas pueden ser aquellas mencionadas previamente en este artículo. Se deben extremar las medidas de prevención para disminuir el riesgo de demandas del orden civil y penal por mala práctica¹⁰.

Los cuerpos extraños intraabdominales deben considerarse como un diagnóstico diferencial en algunos pacientes con antecedentes quirúrgicos. Del 6% al 30% de los pacientes pueden estar asintomáticos. Los casos sintomáticos presentan un cuadro variable y poco específico, por lo que se conoce al cuerpo extraño en abdomen como "el gran simulador"; causa dolor abdominal difuso localizado o abdomen agudo, hemorragias digestivas (altas o bajas), fiebre en presencia de abscesos o infección, íleo, náuseas, vómito, hiporexia, diarrea, distensión abdominal y una evolución posoperatoria tórpida^{10,11}.

El 26% de ellos se detectan después de 60 días, la presentación aguda se relaciona con el desarrollo de abscesos, sepsis intrabdominal o ambos¹¹. Los cuerpos extraños olvidados en abdomen pueden presentar complicaciones catastróficas. Aproximadamente, 69% de los pacientes requieren ser intervenidos quirúrgicamente, el 59% presentan reingresos hospitalarios o estancia prolongada y el 43% presentan sepsis o infección¹².

Se ha reportado la migración a través de planos de menor resistencia, recto, luz intestinal, estómago, vejiga, vesícula, uretra, vagina, diafragma o a través de trayectos fistulosos, y se presenta más frecuentemente en íleon y colon. La migración transmural sin signos de peritonitis u obstrucción intestinal es rara, pero puede producirse por el peristaltismo; se encuentra reportada con expulsión del cuerpo extraño por la vía natural o causando obstrucción pilórica o de la válvula ileocecal. Esta complicación dificulta el diagnóstico. También, el cuerpo extraño puede migrar al exterior a través de la pared abdominal¹².

En el 68% de los casos se encuentran adheridos al mesenterio, 67% a asas intestinales delgadas, 45% a la pared abdominal, 23% a los órganos reproductores pudiendo causar infertilidad, 34% a hígado, 20% a estómago, 14% a retroperitoneo, 9% a bazo y 41% al colon¹³. En 22% de los pacientes se presenta perforación o erosión visceral, obstrucción intestinal o fístulas entero-cutáneas que pueden requerir medio de contraste para definir su anatomía y extensión.

Otras complicaciones que pueden presentarse son: erosión u obstrucción vascular, efecto de masa y compresión de estructuras adyacentes (síndrome pseudotumoral), abscesos tempranos y tardíos, sepsis abdominal por perforación de asas y peritonitis granulomatosa (irritación peritoneal aguda con células gigantes y cuerpo extraño, rodeado por proceso inflamatorio)¹³.

Los métodos más utilizados y eficaces son los procedimientos radiológicos simples, como la radiografía simple de abdomen, que muestra una efectividad de 76% a 90%. Se puede identificar el material radiopaco en las compresas que se hace difícil de visualizar por pliegues, giros o desintegración después de un tiempo. Se presenta un patrón radiológico de panal de abejas o miga de pan, radiolúcido, moteado, que se debe a la presencia de gas y secreciones; puede confundirse con una colección posoperatoria o una lesión tumoral¹⁴. Otro estudio es la ecografía abdominal, cuyos hallazgos pueden ser de tres tipos¹⁵: área ecogénica (cuerpo extraño retenido), sombra

acústica posterior y periferia hipocóica, producidas por los pliegues del cuerpo, masa quística bien definida con centro ondulado y sombra acústica, patrón inespecífico con masa hipocóica y sombra acústica¹⁵.

En la tomografía computarizada, según el grado de desintegración, calcificación y osificación, generalmente se observa la presencia de una masa con pared bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos (signo frecuente y de alta sensibilidad), en espiral o esponjiforme y líquido libre intraabdominal. También pueden verse calcificaciones y realce de la pared con la administración de medio de contraste (signo de la corteza calcificada y reticulada).

El cuerpo extraño puede confundirse con las heces fecales, pero se diferencia porque se encuentra por fuera de la luz intestinal. Las burbujas estériles de aire pueden verse hasta seis meses después y el material radiopaco se puede diferenciar desde el inicio. En los casos de cuerpos extraños olvidados en el tórax (compresomas), en la tomografía puede observarse la apariencia de una masa de tejidos blandos o el aspecto de otros pseudotumores, como los aspergilomas^{15,16}.

Básicamente debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras alteraciones abdominales en pacientes con antecedentes quirúrgicos, dado el cuadro clínico poco específico. Deben tenerse en cuenta alteraciones como abscesos, hematomas organizados, quistes en cualquier localización y dependientes de órganos, lesiones tumorales, masas pseudoquísticas, fecalomas, obstrucción intestinal y tuberculosis intestinal, entre otras¹⁶.

El tratamiento de elección es la extracción quirúrgica temprana una vez que se establezca el diagnóstico, dado el riesgo de desarrollar complicaciones a largo plazo. En aquellos casos en los cuales el organismo ha ido expulsando el cuerpo extraño sin aparentes alteraciones orgánicas importantes, debe permitirse su expulsión o retirarse una vez sea visualizado. En una revisión de la literatura mundial se encontraron muy pocos datos que describan la real prevalencia del problema.

En un estudio de malpraxis por una compañía aseguradora se reportaron 40 pacientes en un período de siete años o bien aproximadamente tan sólo un 1% de las quejas recibidas^{15,16}.

En otra revisión retrospectiva de malpraxis médica por una aseguradora en el estado de Massachussets (EUA) se encontraron 67 casos con material quirúrgico olvidado (gasas o instrumental quirúrgico). El estudio reportó que el 55% de las gasas retenidas se encontraron después de una cirugía abdominal. El reporte estableció que las gasas retenidas, la cuenta de las mismas fueron falsamente correctas, en un 76% de cirugías; en el 10% no se realizó la cuenta¹⁶.

Conclusiones y recomendaciones

Se concluye que es importante, durante el procedimiento quirúrgico, ser acucioso y tener una buena comunicación con todo el equipo quirúrgico, el olvido de un cuerpo extraño es un evento adverso que puede causar muchas complicaciones, prevenibles si se utilizan medidas razonables y cultura de seguridad. La causa más frecuente de este tipo de errores médicos son la ausencia de trabajo en equipo y ausencia de verificación de listas de materiales.

En este caso el paciente permaneció asintomático durante 8 años hasta antes de acudir al servicio de Urgencias, la bibliografía reporta que puede transcurrir desde un día hasta 30 años para encontrar el textiloma.

El tratamiento fundamental consiste en la extracción del elemento de la manera menos cruenta, sujeta a la menor cantidad de complicaciones. Es posible evitar la presencia de cuerpos extraños luego de una intervención quirúrgica, utilizando las siguientes medidas generales: los paquetes deben llevar igual número de compresas, gasas o torundas (en caso de no ser así, deben retirarse de la sala e informar), los recuentos deben ser audibles, ordenados y cuidadosos, debe hacerse recuento de compresas e instrumental antes de iniciar la cirugía, al cierre de la cavidad operada y al cierre de la piel, no debe existir aguja alguna sobre la mesa sin porta-agujas, si el recuento de los materiales no coincide, se repite y, si

persiste la falta de coincidencia, debe tomarse una radiografía de la cavidad antes de salir del quirófano y hay que establecer protocolos claros para realizar el recuento de todo el material quirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Núñez E. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. *Rev. Med. Hered.* 2006; 15: 55-60.
2. Kiernan F, Joyce M, Byrnes CK, O'Grady H, Keane FB, Neary P. Gossypiboma: a case report and review of the literature. *Ir J Med Sci.* 2008; 177:389-91.
3. Shyung LR, Chang WH, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Report of gossypiboma from the standpoint in medicine and law. *World J Gastroenterol.* 2005; 11:1248-9.
4. Kansakar R, Thapa P, Adhikari S. Intraluminal migration of Gossypiboma without intestinal obstruction for fourteen years. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2008; 47:136-8.
5. Aminian A. Gossypiboma: a case report. *Cases J.* 2008; 1:220.
6. Lourenco SC, Baptista A, Pacheco H, Malhado J. A misplaced surgical towel - a rare cause of fever of unknown origin. *Eur JU Intern Med.* 2008; 19:377-8.
7. Murphy CF, Stunell H, Torreggiani WC. Diagnosis of gossypiboma of the abdomen and pelvis. *AJR Am J Roentgenol.* 2008; 190:W382.
8. Mahalik SK, Puneet, Gupta SK, Khanna AK. Gossypiboma: intramural and transmural migration causing small bowel obstruction. *ANZ J Surg.* 2008; 78:417-8.
9. Erdil A, Kilciler G, Ates Y, Tuzun A, Gulsen M, Karaeren N, Dagalp K. Transgastric migration of retained intraabdominal surgical sponge: gossypiboma in the bulbus. *Intern Med.* 2008; 47:613-5.

10. Sharma D, Pratap A, Tandon A, Shukla RC, Shukla VK. Unconsidered cause of bowel obstruction - gossypiboma. *Can J Surg.* 2008; 51:E34-5.
11. Lu YY, Cheung YC, Ko SF, Ng SH. Calcified reticulate rind sign: a characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. *World J Gastroenterol.* 2005; 11:4927-9.
12. Choi JW, Lee CH, Kim KA, Park CM. Transmural migration of surgical sponge evacuated by defecation: mimicking an intraperitoneal gossypiboma. *Korean J Radiol.* 2006; 7:212-4.
13. Franco A. Iatrogenia en cirugía ¿cómo evitarla? *Rev Colomb Cir.* 2006; 21:15-22.
14. Godara R, Marwah S, Karwasra RK, Goel R, Sen J, Singh R. Spontaneous transmural migration of surgical sponges. *Asian J Surg.* 2006; 29:44-5.
15. Sarda AK, Pandey D, Neogi S, et al. PO complications due to a retained surgical sponge. *Singapore Med J* 2007; 48: e160-e164.
16. Motta G, Burgos O, Castillo J, et al. Material quirúrgico olvidado: Gossypiboma. *Anales de Radiología México* 2007; 4: 285 - 296.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL