



Textiloma intrabdominal incidental

Incidental intra-abdominal textiloma

Yunia Tusen Toledo^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7996-239x>

Jorge Luis García Menocal Hernández² <https://orcid.org/0000-0002-8004-6513>

Carlos Arturo Rodríguez López-Calleja³ <https://orcid.org/0000-0002-7697-5483>

Ana Marina Chao Fernández⁴ <https://orcid.org/0000-0002-0737-8108>

Ivón Zoila Navarrete Baldassarri⁵ <https://orcid.org/0000-0002-8057-3786>

Ludmila Martínez Leyva⁶ <https://orcid.org/0000-0002-4333-4030>

¹Centro de Investigaciones Clínicas. Departamento de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

²Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Unidad de Sangrado Digestivo. La Habana, Cuba.

³Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo". Departamento de Cirugía. La Habana, Cuba.

⁴Centro de Investigaciones Clínicas. Departamento de Anatomía Patológica. La Habana, Cuba.

⁵Centro de Investigaciones Clínicas. Departamento de Imagenología. La Habana, Cuba.

⁶Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Departamento de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: Yunia Tusen Toledo yuniatusen@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los textilomas son cuerpos extraños originados a partir del material quirúrgico textil, olvidado durante una intervención quirúrgica. Son poco frecuentes. Su forma de presentación clínica puede ser aguda o crónica y se manifiestan meses o años después de la operación quirúrgica original.

Objetivos: Presentar un caso poco frecuente de textiloma intrabdominal, sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.



Caso clínico: Paciente masculino de 39 años de edad, con antecedentes de haber sido operado hace 14 años de úlcera duodenal sangrante, asintomático hasta la fecha en que se estudió por síntomas digestivos. Como único elemento positivo al examen físico se constató dolor a la palpación profunda en epigastrio. Durante la endoscopia se diagnosticó una lesión subepitelial gástrica. En la tomografía con doble contraste de abdomen se corroboró una lesión de aspecto tumoral en la curvatura mayor del estómago, dependiente de su pared. Se realizó ultrasonido endoscópico mediante el cual se diagnosticó un tumor mesenquimal del mesenterio, sin poder descartar la posibilidad de un tumor del estroma gastrointestinal gástrico. Se realizó exéresis del tumor. El estudio anatomopatológico informó textiloma.

Conclusiones: Los textilomas son accidentes quirúrgicos con consecuencias perjudiciales para la vida del paciente si no se procede rápidamente. Son el resultado de la iatrogenia durante una intervención quirúrgica y lo más importante es su prevención.

Palabras clave: cavidad abdominal; úlcera duodenal; cuerpos extraños; ultrasonografía; endoscopia gastrointestinal; endosonografía.

ABSTRACT

Introduction: Textilomas are foreign bodies originating from the textile surgical material, forgotten during a surgical intervention. They are rare. Its clinical presentation can be acute or chronic, manifesting months or years after the original surgical operation.

Objectives: To present a rare case of intra-abdominal textiloma, its clinical manifestations, diagnosis and treatment.

Clinical case: A 39-year-old male patient with a history of been operated on 14 years ago for a bleeding duodenal ulcer; asymptomatic until the date he was studied for digestive symptoms. The only positive element in the physical examination was pain on deep palpation of epigastrium. During endoscopy, a gastric subepithelial lesion was diagnosed. The double-contrast abdominal tomography confirmed a tumor-like lesion at the greater curvature of the stomach, depending on its wall. An endoscopic ultrasound was performed, through which a mesenchymal tumor of the mesentery was diagnosed, without being able to rule out the possibility of a gastric gastrointestinal stromal tumor. Excision of the tumor was performed. The anatomopathological study reported a textiloma.



Conclusions: Textilomas are surgical accidents with detrimental consequences for the patient's life if not proceeded quickly. They are the result of iatrogenesis during a surgical intervention and the most important thing is their prevention.

Keywords: abdominal cavity; duodenal ulcer; strange bodies; ultrasonography; gastrointestinal endoscopy; endosonography.

Recibido: 05/11/2022

Aprobado: 19/01/2023

INTRODUCCIÓN

Los textilomas son cuerpos extraños originados a partir del material quirúrgico textil y la fibrosis que lo rodea. La sinonimia para referirse a los cuerpos extraños es variada en la literatura médica: oblitomas, compresomas, pseudotumor de gasa, *gossypibomas* (término anglosajón) y los textilomas. Este último es el término más utilizado para definir este suceso con un término no médico.

Se han descrito en relación con diferentes procedimientos quirúrgicos como: cirugía de la mama, cirugía renal, torácica (cardíaca y pulmonar) y ginecológica.⁽¹⁾

Los cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal, aunque no son habituales, aún se observan a pesar de todas las medidas adoptadas por los equipos quirúrgicos. La frecuencia reportada internacionalmente es de 1 por cada 1 500 laparotomías para las cirugías abdominales. Otros reportes exhiben una incidencia que alcanza 1 por cada 3 000 entre todas las intervenciones quirúrgicas. Su incidencia real es difícil de precisar, porque no se puede determinar con exactitud el surgimiento de nuevos casos, debido a que no siempre son publicados o no se reportan en el medio hospitalario, por las posibles implicaciones médico-legales que en muchos países traen consigo.⁽¹⁾

Este trabajo tiene como objetivo, presentar un caso poco frecuente de textiloma intrabdominal, sus manifestaciones clínicas, modo de diagnóstico y tratamiento aplicado.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 39 años de edad, con antecedentes de haber sido operado en el año 2005 de una úlcera duodenal sangrante. Se mantuvo asintomático hasta octubre de 2019, momento en que comienza a manifestar los siguientes síntomas digestivos: epigastralgia y acidez que no mejoran con el tratamiento con procinéticos e inhibidores de la bomba de protones. Como único elemento positivo al examen físico se constata dolor a la palpación profunda en epigastrio.

Se realiza endoscopia digestiva superior, en noviembre de 2019 y se diagnostica úlcera activa en el bulbo duodenal, gastritis eritematosa antral, hernia hiatal, esofagitis distal con cambios mínimos y en la unión del antro con el cuerpo gástrico, hacia la curvatura mayor, se observó una lesión redondeada, subepitelial, de aproximadamente 2 cm de diámetro. Se plantea la posibilidad diagnóstica de tumor del estroma gastrointestinal (TEG; GIST por sus siglas en inglés).

Se le realizó ultrasonido abdominal en el que se describe, en la proyección del antro gástrico, una imagen redondeada, heterogénea, con áreas de necrosis en su interior, de contornos bien definidos, que mide 5 x 5,1 cm aproximadamente, sin captación al ultrasonido doppler. Los restantes órganos intraabdominales no mostraron alteraciones.

En la tomografía computarizada con contraste oral y endovenoso (Fig. 1) se corroboró la imagen redondeada que medía 6 x 7,1 x 6,9 cm, de aspecto tumoral, hipodensa, con áreas de necrosis en su interior y áreas de mayor densidad, de contornos bien definidos, que comprimía la cavidad gástrica hacia arriba e impresionaba ser dependiente de la pared, localizada a nivel de la curvatura mayor del estómago, cercana a la unión del antro con el píloro. También se observó discreto realce de la pared gástrica, en fase arterial, durante la administración del contraste endovenoso.

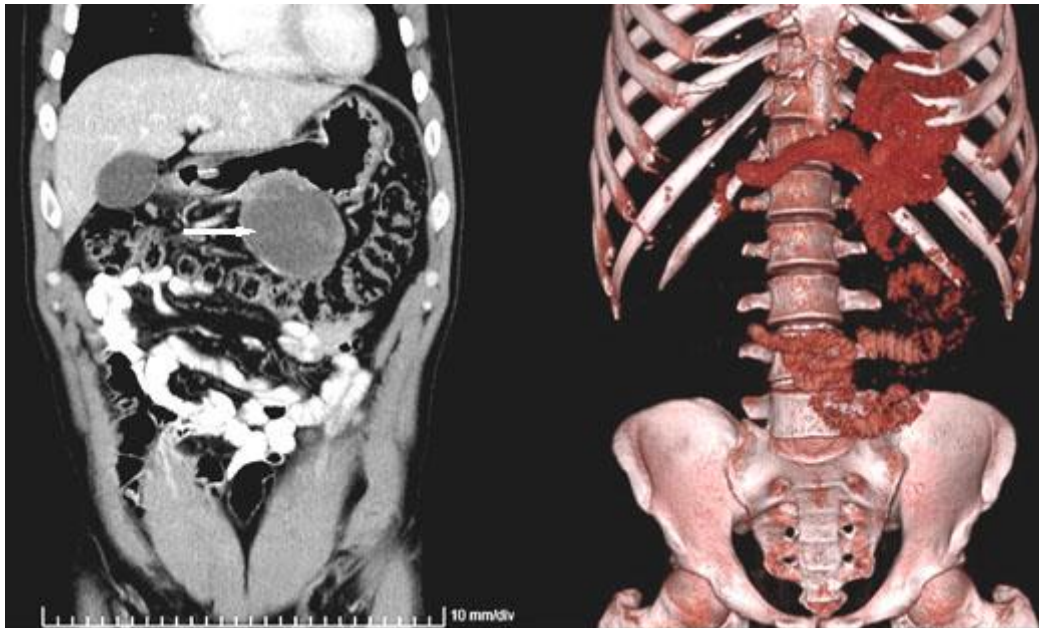


Fig. 1- Tomografía computarizada (la flecha blanca señala la lesión de aspecto tumoral, hipodensa, con áreas de necrosis en su interior).

Se realizó ultrasonido endoscópico (ecoendoscopia) en el que se describió lesión heterogénea, poco vascularizada, hipoeoica con zonas hiperecoicas, por calcificaciones y varias áreas anecoicas de contornos bien definidos, excepto en un área de aproximadamente 2 cm en que se pierde la interface del contorno de la lesión con la pared gástrica. Se observa afectada la serosa y muscular propia en ese sitio. La lesión mide 7,1 cm x 5,5 cm sin afectar los vasos, ni las estructuras vecinas (Fig. 2). Se concluye como probable tumor mesenquimal del mesenterio (leiomioma) o GIST gástrico de crecimiento exofítico.

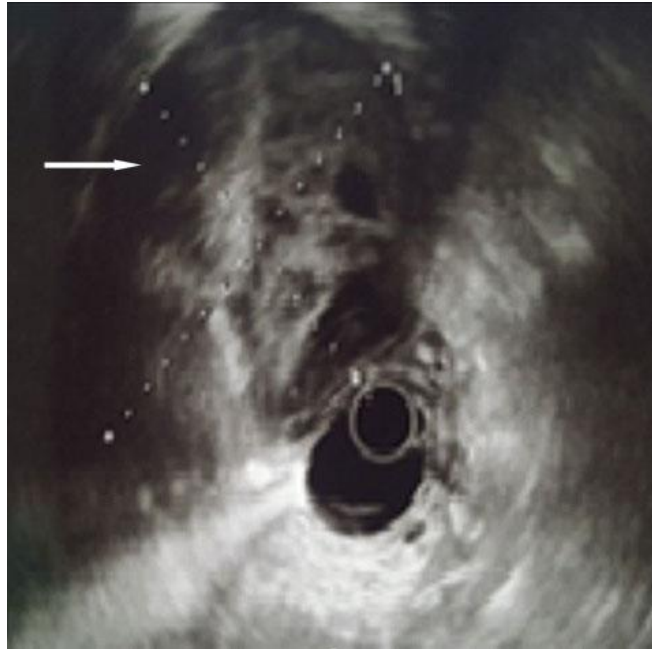


Fig. 2- Ecoendoscopia (la flecha blanca señala la lesión).

Se le realizó tratamiento quirúrgico, con exéresis de la lesión tumoral, por cirugía abierta convencional. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reportó que se trataba de un textiloma (Fig. 3, A, B, C). El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta médica.

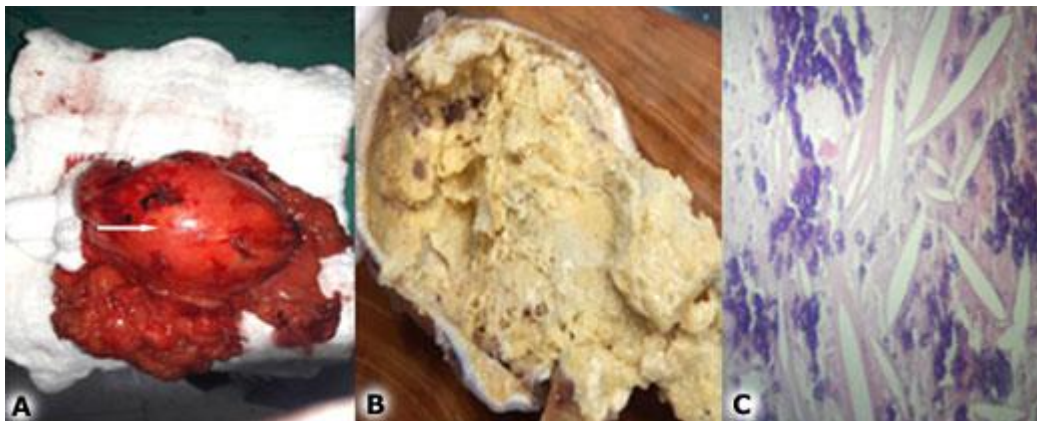


Fig. 3- Textiloma (A: pieza quirúrgica, la flecha blanca señala la lesión; B: imagen macroscópica; C: imagen microscópica).



COMENTARIOS

El textiloma es un accidente conocido, relacionado con una gasa quirúrgica olvidada después de una cirugía; que origina una reacción tisular inflamatoria secundaria al cuerpo extraño.⁽²⁾ No es exclusivo de las cirugías torácicas o aquellas que involucran la cavidad abdominal, pues se han reportado casos en todas las intervenciones quirúrgicas (ortopédicas, otorrinolaringológicas, cardiovasculares, neuroquirúrgicas y en partes blandas).⁽³⁾

Algunos enfermos permanecen asintomáticos, otros manifiestan la sintomatología a través de una respuesta exudativa con formación de abscesos y fístulas cutáneas luego de la cirugía. Si el textiloma persiste un tiempo largo en el organismo pueden originarse procesos tumorales abdominales, síntomas de obstrucción o pseudoobstrucción.⁽³⁾

Entre los factores predisponentes para este tipo de evento se encuentran:^(4,5)

- Relacionados con la cirugía: las cirugías de emergencia, los cambios en el tipo de cirugía planificada, las intervenciones quirúrgicas extensas, cambios en el equipo quirúrgico durante la cirugía, la presencia de varios equipos quirúrgicos simultáneamente, sangrado transoperatorio y el horario nocturno.
- Relacionados con el cirujano: el error humano y equipos de cirujanos inexpertos o incompletos, fatiga, cambios en la exposición de campos quirúrgicos, falta de disciplina (el desorden en el quirófano, el uso del celular en el quirófano).
- Relacionados con el personal auxiliar: conteo atropellado de las compresas, fatiga, cambios de personal durante el acto quirúrgico, falta de adiestramiento o personal ajeno al quirófano y las distracciones.
- Relacionados con el paciente: pacientes con inestabilidad hemodinámica u obesos y enfermedades crónicas concomitantes.

El diagnóstico definitivo lo determina el estudio histopatológico en el cual es posible observar un agente hemostático degenerado, rodeado por una reacción inflamatoria, presencia de células inflamatorias



agudas y crónicas, células gigantes de cuerpo extraño, depósito de colágeno, proliferación vascular reactiva y material extraño degenerado.⁽²⁾

Los textilomas pueden inducir consecuencias peligrosas como: reintervención quirúrgica para su remoción, perforación intestinal, fístulas y obstrucción. Además de las implicaciones sobre la salud del paciente están los litigios médico-legales que se establecen contra el cirujano y la institución responsable, por el basamento legal de que es un hecho prevenible.^(3,4) El tratamiento siempre debe ser quirúrgico, aun cuando sea un descubrimiento fortuito en una prueba de imagen por otro proceso, debido a los inconvenientes que pueden presentarse.⁽⁵⁾

El caso que se presenta es poco frecuente, sobre todo por el largo período que se mantuvo asintomático el paciente, desde la intervención original, hasta el hallazgo incidental del textiloma intrabdominal. A diferencia de este caso, un reporte⁽⁶⁾ del año 2017 describe una paciente femenina, que inició con un cuadro séptico 2 días después de una cirugía abdominal; fue tratada con antibióticos y 2 meses más tarde presentó una oclusión intestinal mecánica del intestino delgado.

Los síntomas del textiloma pueden ser inespecíficos y presentarse años después de la cirugía. El diagnóstico puede ser difícil, pues puede simular un proceso maligno, abscesos o reacción granulosa exudativa. Los estudios por imágenes (radiografía abdominal, ecografía, tomografía y resonancia) y la sospecha clínica son determinantes para el diagnóstico.

Los estudios endoscópicos también son útiles en este tipo de lesiones, como se reporta en una publicación⁽⁷⁾ en la que el textiloma fue visualizado durante la realización de una endoscopia digestiva alta a una paciente con dolor abdominal crónico, con el antecedente de una colecistectomía de urgencia, 2 años antes del inicio de los síntomas. En el estudio endoscópico se visualizó una compresa saliendo de la cara posterior del antro, la cual se extrajo hacia la cavidad gástrica y fue removida. En el caso que se presenta, la endoscopia digestiva alta condujo a la sospecha de una lesión tumoral y la ecoendoscopia ratificó este diagnóstico.

Los textilomas son accidentes quirúrgicos con consecuencias perjudiciales para la vida del paciente si no se procede rápidamente. Son el resultado de la iatrogenia durante una intervención quirúrgica y lo más importante es su prevención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Ortega JM, González Díaz A, González Jústiz AL, Fleites Acosta A, Díaz Valdéz M, González Sánchez A. Textiloma Intra-abdominal. Reporte de un caso. Rev. Med. Electrón. 2017 [acceso: 19/10/2022]; 39 (5): 1133-1142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500013&lng=es
2. Toledo-Cabarcos Y, Piñón-García K, Almeida-Esquivel Y. Gossypiboma: un interesante hallazgo incidental. Presentación de un caso. MULTIMED. 2022 [acceso: 18/08/2022]; 26(3):e2054. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2054>
3. Martínez-Velasco IG, Jiménez-López R, Veliz-Pradel N, Cadena-Vázquez MA, Reyes-García A. Oblitoma en la cirugía ginecoobstétrica: un problema creciente. Reporte de un caso. Ginecol. Obstet. Méx. 2017 [acceso: 18/08/2022]; 85(3):202-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000300202&lng=es
4. El Zemity H, Hakami N, Alfaki MAA, Khurizi M, Al-Zahrani A Sr. Intra-Abdominal Gossypiboma: A Rare Cause of Palpable Abdominal Mass with a Review of Literature. Cureus. 2020; 12(10):e10930. DOI:10.7759/cureus.10930
5. Molero Silvero E, Bartolomé Cela E, Pérez Alé M, García de la Llana MA. Cuerpo extraño intraabdominal. Sanid. Mil. 2015 [acceso: 19/08/2022]; 71(2):117-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712015000200009&lng=es
6. González Ortega JM, González Díaz A, González Jústiz AL, Fleites Acosta A, Díaz Valdéz M, González Sánchez A. Textiloma Intra-abdominal. Reporte de un caso. Rev. Med. Electrón. 2017 [acceso: 25/11/2022]; 39(5):1133-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500013&lng=es
7. Daino D, Villa-Gómez Roig G, Vidales Mostajo G, Ramos Quisbert G. Fístula gastroduodenal por textiloma extraído endoscópicamente. Acta Gastroenterol Latinoam 2015; 45(3):217-20. Disponible en: <https://actagastro.org/fistula-gastroduodenal-por-textiloma-extraido-endoscopicamente/>



Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.