



Textiloma intraabdominal: entidad frecuente pero poco documentada de material quirúrgico retenido

Intraabdominal textiloma: frequent entity but not documented of retained surgical material

Aldo Contreras Ayllón,* Rubén Urióstegui Flores[†]

Citar como: Contreras AA, Urióstegui FR. Textiloma intraabdominal: entidad frecuente pero poco documentada de material quirúrgico retenido. Acta Med GA. 2025; 23 (4): 401-403. <https://dx.doi.org/10.35366/120520>

Resumen

Se estima que los materiales quirúrgicos retenidos ocurren en 1:5,500 cirugías, diagnosticándose en un 50% cuando el paciente está dado de alta. Las gasas son la causa más común de retención quirúrgica (48-69%), y su conteo es fundamental para prevenir este problema. Aunque sólo el 77% de los recuentos se realizan correctamente, protocolos preventivos como el uso de material quirúrgico impregnado con un marcador radiopaco y el uso de rayos X pueden minimizar el daño. Es importante informar y documentar estos casos para mejorar la calidad del cuidado médico y reducir el riesgo de errores en futuras cirugías.

Palabras clave: textiloma, laparotomía, gasas, compresas, retención.

Abstract

It is estimated that retained surgical materials occur in 1:5,500 surgeries, with 50% diagnosed when the patient is discharged. Gauze pads are the most common cause of surgical retention (48-69%), and counting them is essential to prevent this problem. Although only 77% of counts are performed correctly, preventive protocols such as using surgical material impregnated with a radiopaque tracer and X-rays can minimize the damage. It is important to report and document these cases to improve the quality of medical care and reduce the risk of errors in future surgeries.

Keywords: textiloma, laparotomy, gauze, compresses, retention.

INTRODUCCIÓN

Se estima que los materiales quirúrgicos retenidos ocurren en 1:5,500 cirugías.¹

Estos eventos han dado lugar a un daño que implica una reoperación, readmisión hospitalaria, infección, fístulas, obstrucciones, perforación visceral y la muerte.²

Las gasas representan el 48-69% de los artículos quirúrgicos retenidos y dan lugar a una reacción tisular más grave que los fragmentos metálicos.¹

En un estudio, las gasas se retuvieron con mayor frecuencia en el abdomen (50%). Los eventos ocurrieron en el quirófano (64%), en trabajo de parto (33%) y otras áreas

de procedimientos (3%). Se realizó un recuento de gasas en el 77%.³

Se identificó el 16% en la sala de operaciones. El 34% durante la hospitalización posterior al procedimiento quirúrgico y el 50% después de que el paciente fuera dado de alta.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 44 años de edad con antecedente de dos cesáreas, la última hace ocho años, inicia sintomatología un mes previo a su ingreso posterior a consulta ginecológica de control, por ultra-

* Especialista en Cirugía General, Hospital Angeles Mocel, Universidad La Salle México. ORCID: 0009-0006-2809-8080

[†] Especialista en Radiología e Imagen, Alta Especialidad en Radiología de la Mujer, Hospital Angeles Mocel, Universidad La Salle México.

Correspondencia:

Dr. Aldo Contreras Ayllón

Correo electrónico: contreras_aldo@hotmail.com



sonido pélvico se identifica tumoración dependiente de anexo derecho de forma incidental, por lo que se canaliza a esta unidad. Refiere un aumento de volumen abdominal de forma lenta y progresiva acompañado de saciedad temprana.

A la exploración física muestra aumento de volumen generalizado en abdomen, indurado, no doloroso a la palpación, peristalsis normoactiva. Estudios de laboratorio dentro de parámetros normales. Rastreo abdominal ecográfico a nivel de hipogastrio con imagen mal definida heterogénea con ecogenicidad de tejidos blandos y áreas lineales hiperecogénicas que proyectan sombra acústica. Tomografía abdominal reporta una imagen ovalada, heterogénea, con pared que realza con el contraste y dos áreas con densidad metal, la cual ejerce efecto de masa sobre estructuras pélvicas (*Figura 1*). Se realiza laparotomía exploradora identificando masa pseudoquística de 24 × 20 cm y líquido libre escaso, se realiza resección del mismo (*Figura 2*).

El informe histopatológico reporta la presencia de compresa adherida y contenido purulento dentro de pieza quirúrgica (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

El conteo de gasas quirúrgicas es fundamental en cualquier procedimiento quirúrgico, puede evitar la retención de materiales y minimizar el daño al paciente.

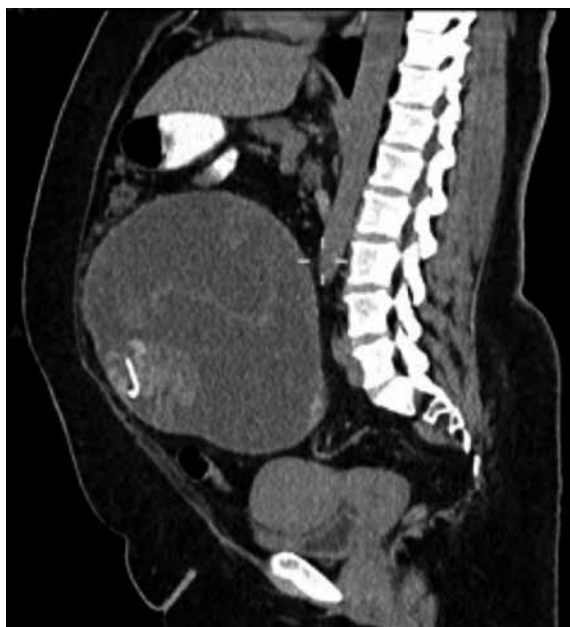


Figura 1: Tomografía de abdomen con doble contraste.

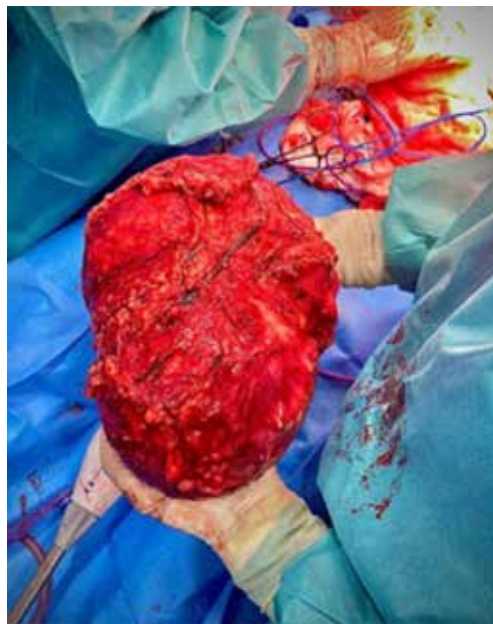


Figura 2: Pieza quirúrgica (pseudoquiste).



Figura 3: Material quirúrgico retenido dentro de pieza quirúrgica.

Se deben tomar en cuenta otras variables que elevan el riesgo como son la pérdida de sangre intraoperatoria > 500 mL, duración de la operación, > 1 equipo quirúrgico y un recuento quirúrgico incorrecto.^{3,4}

La prevención de esta condición se puede lograr siguiendo protocolos preventivos como el recuento meticuloso y el uso rutinario de material quirúrgico impregnado con un marcador radiopaco.⁵

En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una lista de verificación de seguridad quirúrgica: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión de la piel y antes de que el paciente salga del quirófano, se debe asegurar que el recuento de gasas e instrumentos sean correctos.^{5,6}

CONCLUSIONES

Aunque los casos de material quirúrgico retenido son relativamente comunes, la literatura médica sobre este tema es escasa debido a las implicaciones médico-legales que pueden surgir. Es importante reconocer la importancia de informar y documentar estos casos para mejorar la calidad del cuidado médico y reducir el riesgo de errores en futuras cirugías.

El uso de rayos X intraoperatorios es una herramienta útil para detectar la presencia de materiales quirúrgicos retenidos. Es importante que los médicos estén conscientes de las limitaciones de este método.

REFERENCIAS

1. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003; 348 (3): 229-235. doi: 10.1056/NEJMsa021721.
2. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2008; 207 (1): 80-87. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.047.
3. Gibbs VC. Retained surgical items and minimally invasive surgery. *World J Surg*. 2011; 35 (7): 1532-1539. doi: 10.1007/s00268-011-1060-4.
4. Moffatt-Bruce SD, Cook CH, Steinberg SM, Stawicki SP. Risk factors for retained surgical items: a meta-analysis and proposed risk stratification system. *J Surg Res*. 2014; 190 (2): 429-436. doi: 10.1016/j.jss.2014.05.044.
5. De Gea Rico A, Krishna P, Devlin HL, Rohatgi A. Gossypiboma: a ghastly find. *BMJ Case Rep*. 2018; 2018: bcr2017221537. doi: 10.1136/bcr-2017-221537.
6. Secretaría de Salud. *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx