

# Diagnóstico prequirúrgico de cuerpos extraños en abdomen: presentación de tres casos

Presurgical diagnosis of foreign bodies in abdomen: presentation of three cases

Freddy Maita Quispe<sup>1,2,a,b</sup>, Franz Ávalos Salaza<sup>3,a</sup>, Sindy Vanessa Panozo Borda<sup>1,c</sup>

## Resumen

Los cuerpos extraños constituyen un grupo de pseudotumores causados por material quirúrgico no absorbible y sin ningún efecto terapéutico olvidados en el acto quirúrgico, que, puede ocasionar un grave problema de morbilidad y mortalidad y derivar en un problema médico legal. El cuadro clínico que desencadena es muy variable. Ninguna cirugía escapa a la posibilidad de olvidar un cuerpo extraño en cavidad abdominal, el perfeccionamiento continuo de las medidas profilácticas es la medida más eficaz para lograr su desaparición. El siguiente artículo presenta 3 casos clínicos que muestran las principales formas clínicas de presentación, diagnóstico prequirúrgico principalmente ultrasonográfico y tratamiento de esta patología.

**Palabras claves:** cuerpo extraño; abdomen; diagnóstico

## Abstract

Foreign bodies are a group of pseudotumors caused by non-absorbable surgical material with no therapeutic effect forgotten during surgery, which can cause a serious problem of morbidity and mortality and lead to a legal medical problem, the clinical picture is highly variable triggers. No surgery is beyond the possibility of a foreign body in abdominal cavity; the continuous development of prophylactic measures is the most effective in achieving its demise. This work presents 3 cases showing the main forms of clinical presentation, diagnosis and preoperative ultrasonographic primarily treatment of this pathology.

**Keywords:** foreign body; abdomen.

Los cuerpos extraños en abdomen, denominados antiguamente “corpus alienum intrabdominal”, constituyen un grupo de pseudotumores causados por material quirúrgico no absorbible sin ningún efecto terapéutico<sup>1</sup>. Quedan excluidos de esta denominación todos aquellos elementos que se hallan en el organismo cumpliendo un propósito terapéutico o estético tales como prótesis, suturas metálicas, parches mallas, otros<sup>2</sup>. En la búsqueda de evitar su mención directa se le conoce como oblitos, oblitomas, gazomas, compresomas, textilomas<sup>3</sup>. La Real Academia de lengua Española define al oblito como: “Cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica”<sup>4</sup>. Los cuerpos extraños que se dejan por olvido en la cavidad abdominal son causa de gran morbilidad, dificultades diagnósticas y posibles problemas médico-legales.

Por su carácter iatrogénico la incidencia real de los cuerpos extraños intraabdominales es difícil de precisar, oscilando entre 1 cada 100 intervenciones a 1 cada 10 000<sup>5</sup>.

Ochenta por ciento de los oblitos corresponden a los denominados textilomas (gasa, compresa, campo quirúrgico). Son menos frecuentes los instrumentos metálicos (pinza, tijera, bisturí, agujas) y los tubos utilizados para drenaje (goma, látex, polietileno). Predominan en el sexo femenino (57% contra 43%)<sup>3</sup> y las edades en quienes se ha encontrado oscilan entre 5 y los 90 años.

El tratamiento en general es quirúrgico. El pronóstico está en relación con la forma clínica, la evolución y la oportunidad diagnóstica<sup>6</sup>.

A continuación se presenta el reporte de tres pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente debido a la presencia de cuerpo extraño olvidado en cavidad abdominal en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud.

## CASO 1

Paciente femenino de 55 años de edad que acude a consulta externa por presentar una masa abdomino-pélvica derecha, se acompaña de adormecimiento de miembro inferior derecho que fue incrementándose desde hace seis meses, tiene antecedente de una colecistectomía 8 años antes. Al examen físico se aprecia una masa de más o menos 15 cm a nivel de hemiabdomen derecho, no doloroso a la palpación. Entre los estudios practicados está la ecografía abdominal que informa: masa quística unilocular ovoide de aproximadamente de 214 x 95 x 105 mm que ocupa mesogastrio y flanco derecho, con contenido líquido particulado fino con bandas ecogénicas irregulares, avasculares en su interior, el contorno del quiste es definido y es independiente del páncreas y ovario (fig. 1). Se concluye que se trata de una masa quística abdominal, no pudiéndose determinar el origen.

En la tomografía de abdomen con contraste se observa una lesión quística grande que impresiona independiente en flanco derecho, aparentemente no es invasiva y podría corresponder a teratoma, aunque no se descarta otra etiología.

La paciente se interna con el diagnóstico de masa gigante abdomino-pélvica, probable cáncer de ovario derecho o teratoma. En la laparotomía se evidencia quiste gigante de 30 x 25 cm de contenido líquido adherido a epiplón y asas intestinales (colon transversal, íleon, región subhepática). Se realiza vacia-

<sup>1</sup>Unidad de Ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina fetal, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, Cochabamba, Bolivia.

<sup>2</sup>Servicio de Gineco-obstetricia, Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga, Cochabamba, Bolivia.

<sup>3</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, Cochabamba, Bolivia.

<sup>4</sup>Ginecología-obstetricia; <sup>b</sup>Médico ecografista; <sup>c</sup>Residente de radiología

\*Correspondencia a: Freddy Maita Quispe.

Correo electrónico: FreddyMaita@hotmail.com

Recibido el 1 de diciembre de 2011. Aceptado el 7 de mayo de 2012



**Figura 1.** Ecografía que muestra masa quística con un centro ecogénico, reticulado, avascular al estudio Doppler color.

miento de líquido de aspecto bilioso espeso y se procede a la resección de la cápsula con identificación de cuerpo extraño en su interior (compresa). Se envía dicha muestra para estudio histopatológico, el cual reporta: proceso inflamatorio crónico granulomatoso a cuerpo extraño. La paciente cursó con buena evolución, por lo que es dada de alta.

**CASO 2**

Se trata de un paciente de cinco años de edad con antecedente de apendicetomía diez semanas antes que ingrese con un cuadro de dos días de evolución caracterizado por vómitos postprandiales, acompañado de dolor abdominal de tipo espasmódico en mesogastrio. En abdomen se observa cicatriz quirúrgica consolidada de más o menos 2 cm en fosa ilíaca derecha y se palpa masa dura subyacente de más o menos 3 x 3 cm, no dolorosa a la palpación.

Se interna con los diagnósticos de dolor abdominal en estudio, y probable hematoma organizado en pared abdominal.

Entre sus exámenes complementarios se le realiza una ecografía abdominal donde se observa una masa hiperecogénica de 48 x 28 mm en cavidad abdominal subyacente a cicatriz quirúrgica, que proyecta sombra acústica posterior con halo hipocogénico, compatible con cuerpo extraño (fig. 2).

En la laparotomía exploradora se verifica la presencia de cuerpo extraño (gas), junto a la presencia de absceso de pared. Se procede al drenaje de dicho absceso y retiro del cuerpo extraño.

El paciente tiene una evolución favorable y es dado de alta al tercer día posoperatorio.

**CASO 3**

Paciente de 32 años de edad en puerperio mediato post cesárea, por embarazo gemelar complicado con atonía uterina. Presenta un cuadro de dolor abdominal tipo cólico intenso en flanco y fosa ilíaca izquierda que va aumentando de intensidad, y se alivia con la eliminación de gases. A nivel de abdomen se observa herida quirúrgica sin signos inflamatorios. El hemiabdomen izquierdo es muy doloroso a la palpación superficial y profunda, además de duro y resistente, palpándose



**Figura 2.** Masa ecogénica que proyecta sombra acústica posterior, se puede ver los pliegues que forma el cuerpo extraño y el halo hipocogénico.

se una masa de 8 x 5 cm en flanco izquierdo. Se solicita placa radiográfica de abdomen donde se observa asas intestinales dilatadas.

En el estudio ecográfico se observa una masa, bien delimitada hiperecogénica que proyecta sombra acústica posterior (fig. 3), hay líquido libre escaso interasas y alrededor de la masa. Se concluye que se trata de un cuerpo extraño en cavidad abdominal.

Se realiza laparotomía exploratoria, con diagnóstico de suboclusión intestinal. El hallazgo intraoperatorio confirma la presencia de cuerpo extraño en cavidad (compresa).

**Discusión**

**Clinica y diagnóstico prequirúrgico**

Los oclitos, sobre todo los textilomas (compresas, gasas, campo quirúrgico), pueden dar lugar a cuadros inflamatorios agudos en el postoperatorio inmediato, por lo cual son re intervenidos quirúrgicamente en forma temprana. En menor proporción, se manifiestan desde un inicio como tumor abdominal quístico de larga data, simulando un pseudoquist



**Figura 3.** Masa hipocogénica inespecífica que proyecta sombra acústica posterior.

te pancreático, quiste anexial o tumor renal. En general éstos cuerpos extraños cuando no hacen cuadro inflamatorio agudo pueden evolucionar en forma silenciosa durante mucho tiempo, produciéndose encapsulación o enquistamiento. También pueden desplazarse hacia zonas distantes del sitio de la operación que le dio a luz, al espacio subdiafragmático o al retroperitoneo. Se han reportado formas tumorales que evolucionaron a la abscedación y cuadros obstructivos<sup>7</sup>. Un estudio muestra que un 6 a 30% de pacientes son asintomáticos y 26% de ellos se detectados después de 60 días<sup>8</sup>.

Se está más expuesto a los omlitos en cirugías de grandes cavidades (abdomen, tórax); en las más sangrantes, especialmente cuando son cirugías de urgencia o emergencia con riesgo inminente de muerte; en las más complejas y largas; en aquellas en las que cambia el personal del equipo quirúrgico y de la sala de operaciones en el transcurso de la misma.

Los textilomas tienen diferentes formas de presentación, el diagnóstico no es fácil, pues se basa en la evaluación del cuadro clínico e imagenología. Muchas veces el diagnóstico es intraoperatorio y, menos frecuentemente es realizado por el patólogo.

El primer diagnóstico es la sospecha clínica que dirige los estudios complementarios para su descarte o confirmación; generalmente no se consigna el cuerpo extraño como diagnóstico presuntivo preoperatorio y se ingresa a laparotomía exploradora por abdomen agudo o tumor quístico en estudio.

### Estudios de imagen complementarios

Dado que los omlitos, sobre todo textilomas, presentan cuadro clínico variable hay que pensar en esta eventualidad para dirigir adecuadamente los métodos diagnósticos.

La *ecografía abdominal* es el primer estudio de imagen solicitado, por la rapidez, el bajo costo y la disponibilidad en casi todos los servicios. Los hallazgos descritos son de tres tipos:

1. Área ecogénica con sombra acústica posterior y periferia hipocogénica, y aún se puede observar los pliegues que forma el cuerpo extraño en cavidad abdominal.
2. Masa quística bien definida con centro ecogénico ondulado avascular (por Doppler color) que lo diferencia de un quiste complejo y en ocasiones sombra acústica posterior.
3. Patrón inespecífico con masa hipocogénica y sombra acústica<sup>1</sup>.

La *radiología simple de abdomen* puede ayudar al diagnóstico. Las gasas y compresas marcadas con material radiopaco pueden visualizarse casi siempre. El clásico patrón radiológico en "panal de abejas" o en "miga de pan" corresponde a la compresa infiltrada por secreciones y gas, esta imagen no es característica y puede ser confundida con la imagen de materia fecal, pero su topografía fuera del marco cólico y su constancia descartarían esta eventualidad<sup>3</sup>.

En la *tomografía computarizada*, se describe presencia de una masa con pared bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos, en espiral o esponjiforme y líquido libre intraabdominal<sup>1</sup>. También se puede apreciar gas atrapado dentro de la gasa, y en caso de cronicidad, la presencia de calcificaciones en la pared de la cavidad o un halo de potenciación del con-

traste<sup>9</sup> o solo puede aparecer como masa quística inespecífica.

En la *resonancia magnética* pueden tener intensidad de señal variable dependiendo de la composición histológica (cantidad de líquido, proteínas, etc.), el estadio y el contenido del pseudotumor. Generalmente, se observa una masa heterogénea de señal baja o intermedia, cápsula oscura que se realza con la supresión de grasa<sup>1,9</sup>.

Las nefastas consecuencias y la elevada morbimortalidad de los omlitos que registran todos los trabajos, han generado siempre cuestionamientos a la responsabilidad profesional del cirujano. Ninguna cirugía escapa a la posibilidad de un omlito<sup>4,10</sup>. La profilaxis es el procedimiento más importante en cualquier cirugía para evitar esta eventualidad, aunque ningún método es infalible; un método conocido consiste, en corroborar el número de elementos utilizados (recuento de gasas, compresas e instrumentos) al principio y al final de cada cirugía; las gasas y compresas en lo posible deben estar marcadas con material radio-opaco. Es recomendable documentar todas las medidas profilácticas que se adoptan para evitar omlitos tanto en el protocolo operatorio como el reporte de enfermería donde debe consignarse el o los métodos utilizados, esto puede ser un elemento positivo en el planteo defensivo de un cirujano denunciado<sup>4</sup>.

La cirugía es un trabajo multidisciplinario, donde todos juegan un rol trascendental. Si un elemento del equipo falla todo el proceso falla<sup>1</sup>.

En una revisión, José Luis Lupi y cols., describen que las faltas a la responsabilidad constituyen siempre ilícitos; descartando la intención de daño al o la paciente (delito doloso), se está en presencia de un daño no deseado y ajeno a la intencionalidad del cirujano (delito culposo). En el obrar culposo del cirujano, la justicia considera las siguientes eventualidades: la imprudencia, la negligencia, la impericia y la inobservancia de los reglamentos y deberes.

En el caso de los omlitos todos son considerados como proceder negligente por parte del cirujano y su equipo, definido como la falta de adopción de precauciones, obrar en menos, carente o en dejar de hacer. Tanto la impericia, la imprudencia generalmente son descartados en el caso de los omlitos<sup>4</sup>.

Aunque un omlito puede considerarse una contingencia quirúrgica a pesar de las precauciones tomadas, se debe perfeccionar las medidas de profilaxis para lograr su total desaparición. Mientras tanto, cuando esta eventualidad penosa ocurra, es recomendable mantener una buena relación con el/ la paciente, mostrando una constante preocupación por la solución del problema, de este modo el paciente podría entender que no había intención de hacerle daño y, tal vez, así disminuir la posibilidad de una demanda.

Por último, en la ocurrencia de un omlito, es necesario mencionar la responsabilidad del cirujano, como "jefe" del equipo de médicos y personal de auxiliar del quirófano. El delegar ciertas actividades en sus colaboradores no lo exculpa ante eventualidades judiciales<sup>4</sup>.

Ya desde el punto de vista estrictamente asistencial, en el diagnóstico en nuestra casuística, la ecografía mostró un rol fundamental, con buena sensibilidad llegando a un correcto

diagnóstico en dos de los tres casos; en un caso se describió correctamente la lesión, pero no se pensó en cuerpo extraño al emitir la conclusión ni en el estudio ecográfico ni la TAC. Este último muestra lo relevante de pensar en cuerpo extraño

cuando existe antecedente quirúrgico.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este caso.

## Referencias bibliográficas

1. Borrás OA, Borrás BA, Orozco M, Matzalik G. Cuerpos extraños en abdomen: presentación de casos y revisión bibliográfica. *Rev Colomb Cir* 2009; 24: 114-22.
2. Nuñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblitio quirúrgico. *Rev Med Hered*. 2004; 15(1): 55-60.
3. Díaz Plasencia J, Tantaleán Ramella E, Balmaceda Fraselle T. Cuerpo extraño en abdomen: a propósito de un caso. *Rev gastroenterol Perú*. 2001; 21(3): 229-33.
4. Cuerpo médico forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Disponible en: [http://www.csjn.gov.ar/cmfc/ Cuadernos/2\\_1\\_43.htm](http://www.csjn.gov.ar/cmfc/ Cuadernos/2_1_43.htm)
5. Chorvat G, Kahn J, Camelo G, Henriot P, Gillet J, Gillet M. L'évolution des corps étrangers textiles oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir*. 1976; 30: 643-9.
6. Nuñez Huerta E. Clínica quirúrgica de los cuerpos extraños en el abdomen: Oblitio Quirúrgico abdominal. *Rev Med Hered* 1998; 9(2): 77-80.
7. Armenteros LP, Pérez Jomarrón E, González Salcedo J, Morales Díaz I. Fecaloma, oblitio y oclusión intestinal: informe de un caso, comentarios y una propuesta. *Rev Cuba Cir* 2010; 49(1).
8. Eduardo C, Franco A, Munive AA, Hernández A. Choque séptico por compresoma: caso clínico. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* 2010; 10(4): 289-91.
9. Muci-Mendoza R. Gossypiboma: el sempiterno problema de los cuerpos extraños retenidos y el privilegio del internista... *Gac Méd Caracas* 2012; 120(1): 60-7.
10. Ferreira JA. Algo más sobre el llamado "oblitio quirúrgico". *Rev Arg Cir* 1984; 46:210-7.