

Textiloma Intra-abdominal. Reporte de un caso

Textiloma Intraabdominal. Case report

Dr. José María González Ortega,^I Est. Ailin González Díaz,^{II} Est. Adrián Luis González Jústiz,^{II} Est. Arnolis Fleites Acosta,^{II} Lic. Marilyn Díaz Valdéz,^{II} Lic. Anabel González Sánchez^{II}

^I Hospital Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

^{II} Filial Universitaria de Ciencias Médicas Dr. Eusebio Hernández Pérez. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Los cuerpos extraños olvidados en el abdomen después de una operación quirúrgica, también denominados textilomas tienen una incidencia de 1 por cada 1500 laparotomías, aunque resulta muy difícil evaluar la real estadística por los escasos reportes debido a las posibles implicaciones médico-legales que en muchos países traen aparejadas. En el presente trabajo se realiza la presentación de un interesante caso intervenido en el Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" del municipio Colón. Se trata de una paciente femenina de 47 años de edad operada inicialmente de Histerectomía Total Abdominal que dos meses después regresa con una Oclusión Intestinal Completa y es llevada al quirófano donde se encuentra un "Plastrón Abscedado". La Evolución clínica post-operatoria fue excelente. El estudio de la pieza anatómica demostró la presencia de una compresa totalmente "enrollada" dentro de la luz del intestino por lo que se deduce que el cuerpo extraño "provocó" una fístula peritoneo-entérica, con el paso total de la compresa hacia la luz del intestino, causando un cuadro oclusivo. Cada uno de los médicos especializados en ramas quirúrgicas está expuesto a la ocurrencia de dicha contingencia que es multicausal y completamente ajena a la voluntad del equipo a cargo del paciente. Por tal motivo resulta vital la exploración cuidadosa de todos los medios usados en cada una de las laparotomías.

Palabras clave: textilota, cuerpo extraño.

ABSTRACT

Foreign bodies left in the abdomen after surgery, also called gossypibomas have an incidence ranging between 1 in 1500 laparotomy, although it is very difficult to assess the actual statistics for scarce reports due to possible medico-legal implications in They rigged bring many countries. In this paper presenting an interesting case involved the University Hospital "Dr. is done Mario Muñoz Monroy "Columbus Township. This is a female patient of 47 years initially operated total abdominal hysterectomy two months later he returns with a complete intestinal occlusion and is taken to the operating room where there is a "Plastron abscessed". The postoperative clinical evolution was excellent. The study of the anatomical specimen showed a pad completely "wrapped" into the lumen of the intestine so it follows that the foreign body "caused" a fistula peritoneal-enteral, with the full bore of the pad into the light bowel, causing occlusive condition. Each specialized doctors in surgical branches exposed to the occurrence of such a contingency that has multiple causes and completely beyond the control of the team in charge of the patient. Therefore it is vital careful examination of all the media used in each of the laparotomy.

Keywords: textiloma, foreign body.

INTRODUCCIÓN

Aunque infrecuente, los cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal continúan observándose a pesar de todas las precauciones tomadas por los cirujanos y el resto del equipo quirúrgico. La frecuencia reportada internacionalmente es de 1 por cada 1 500 laparotomías solo para las cirugías abdominales; otras comunicaciones exponen una ocurrencia que alcanza 1 por cada 3 000 entre todas las intervenciones quirúrgicas.⁽¹⁻²⁾

Su incidencia real es ardua de precisar, debido a la dificultad de determinar con exactitud la aparición de nuevos casos pues en muchas ocasiones no se publican o sencillamente no se reportan en el medio hospitalario por las posibles implicaciones médico-legales que en muchos países traen aparejadas.⁽²⁾

Existe variada sinonimia para referirse a los cuerpos extraños en la literatura médica: los oblitomas, compresomas, pseudotumor de gasa, gossypibomas (término anglosajón) y los textilomas, resultando este último el más usado en la actualidad para definir este "accidente" con un término no médico.⁽³⁾

Los cuerpos extraños no son exclusivos, de las cirugías que involucran a las cavidades torácicas y abdominales, también los podemos encontrar en las cirugías ortopédicas, otorrinolaringológicas, sobre el cráneo, en partes blandas que incluyen la cirugía mamaria, urológicas, en fin en todas las operaciones quirúrgicas. Por ello, todo profesional que realiza una cirugía está expuesto a la ocurrencia de dicha contingencia que es multicausal y completamente ajena a la voluntad del equipo a cargo del paciente.⁽⁴⁾

La presentación clínica de los textilomas puede ser aguda cuando aparece una complicación muy próxima a la cirugía inicial en la cual predominan las reacciones

exudativas con una tendencia a la formación de abscesos y fistulización a piel u a otro órgano o tener una presentación crónica pues pueden comenzar a dar síntomas muchos meses o incluso años después de la intervención y se caracterizan por la formación de un granuloma aséptico a cuerpo extraño bien encapsulado con síntomas subjetivos de larga fecha.⁽⁵⁾

La evolución más frecuente de estos es a la cronicidad que finalmente amerita una cirugía para su extracción al encontrarse alojado en alguna zona libre de la cavidad abdominal, por otra parte el textiloma puede "labrar" disímiles trayectos en el "sabio intento" del organismo humano de deshacerse de él, siendo reportadas migraciones al intestino delgado,⁽⁶⁻⁸⁾ colon,⁽⁹⁾ estómago, vejiga urinaria con exteriorización parcial transuretral,⁽¹⁰⁾ al tórax por vía transdiafragmática,⁽¹¹⁻¹²⁾ e incluso se han introducido parcialmente en el colédoco, produciendo un íctero obstructivo.⁽¹³⁾

Hasta el año 1991, según una publicación de W.H Risher y W.M McKinnon del Departamento de Cirugía General de la Alton Ochsner Medical Foundation de New Orleans, EE.UU, se habían reportado en la literatura médica mundial 69 casos de migración completa transluminal de un textiloma hacia el intestino delgado, tal como ocurrió en el caso motivo del presente trabajo. Los cuerpos extraños pueden migrar desde la cavidad abdominal libre hacia alguna víscera hueca intraabdominal sin que exista una aparente apertura de la misma en el momento de la laparotomía y en otros casos se evidencia un proceso séptico local que favoreció su migración a través de una "fístula".⁽¹⁴⁾

El textiloma que penetra el intestino delgado, habitualmente no franquea la válvula ileo-cecal, causando una oclusión intestinal a ese nivel,⁽¹⁵⁾ si pasara este esfínter anatómico, entonces podría ser felizmente expulsado por el ano; respecto a ello, R. Godara y cols de la India publican una interesante comunicación de un niño de 19 años con antecedentes de laparotomía emergente por un traumatismo abdominal (hemoperitoneo) donde no existió lesión intestinal, dicho paciente expulsó 16 meses después espontáneamente por el recto una compresa quirúrgica, es ingresado y estudiado donde se demuestra la presencia de una segunda compresa en proyección del ángulo esplénico del colon, siendo también expulsada espontáneamente por el recto el día antes de la laparotomía que se le había programado.⁽⁹⁾

El presente trabajo tiene como objetivo hacer el reporte de un interesante caso con una compresa quirúrgica retenida que causó una oclusión intestinal al migrar totalmente hacia el interior de un asa ileal a través de un plastrón abscedado que condicionó la "fístula" peritoneo-entérica. Por lo inusual del hecho los autores se motivaron a describirlo y hacer una revisión de la literatura mundial referente al tema, haciendo énfasis en sus causas, diagnóstico y prevención.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años de edad sin antecedentes patológicos personales que ingresa en un servicio quirúrgico del Hospital Universitario "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Colón, provincia Matanzas, Cuba, el 12 de Noviembre de 2005, con el diagnóstico de fibroma uterino sangrante para ser intervenida quirúrgicamente. Se opera el 14 de Noviembre de 2005, realizándosele una histerectomía total abdominal según técnica de Richardson, conservando ambos anejos. No se reportan accidentes trans-operatorios y con un "conteo de compresas completo", según consta en el Informe Operatorio, se decide finalizar la operación.

Dos días más tarde comienza con distensión abdominal, imposibilidad de expulsar heces y gases por el recto y vómitos, al examen físico existían elementos clínicos que dirigían el diagnóstico hacia un íleo paralítico post-operatorio, tratándose como tal. Se le realiza una ecografía abdominal con resultado compatible con oclusión paralítica sin reportar colección intraabdominal, mejora dicho cuadro y es dada de alta hospitalaria al séptimo día del post-operatorio.

Re-ingresa dos días después con un cuadro séptico, dado por fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. Se le realiza un nuevo estudio ultrasonográfico, planteándose una: "imagen compleja de 61 x 91 mm que ocupa todo el fondo de saco de Dowglas predominantemente ecolúcida, no líquido libre en cavidad abdominal", se interpreta como un Absceso del Dowglas y es llevada al quirófano intentando el drenaje por vía vaginal de dicha colección, no obteniéndose contenido alguno ni evidencias de fluctuación próxima a la cúpula vaginal. Se decide tratar médicamente con antibioticoterapia parenteral y siete días después se repite el ultrasonido reiterando la presencia de "una *imagen ecolúcida* de 71 x 73 mm de la cúpula vaginal y el fondo de saco posterior", dada la mejoría clínica es dada de alta días después.

Durante los dos meses posteriores al alta la paciente se mantiene en su casa con dolor abdominal intermitente, vómitos ocasionales hasta que retorna al hospital con una "crisis" de dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos e imposibilidad de expulsar heces y gases por el recto.

Se realiza un rayo x de abdomen simple en posiciones de pie y acostado evidenciando un franco patrón de oclusión intestinal mecánica del intestino delgado, que se complementa con la presentación clínica, por lo que se decide una intervención quirúrgica de urgencia con el diagnóstico presuntivo de bridas o adherencias post-operatorias causantes del síndrome oclusivo.

Se encuentra lo que el cirujano inicialmente llamó "plastrón abscedado" de localización pélvica, próxima a la cúpula y que involucra el íleon terminal, muy organizado y con fibrosis firme entre las asas que conformaban el segmento ocluido, llamaba la atención que existía un asa ileal, también involucrada en el segmento distendido, que presentaba un "contenido dudoso" al tener una apariencia dura y ocupativa en su luz. Liberando las asas más íntimamente adheridas al "Plastrón" se observa y/o produce la apertura de una de ellas con íntima comunicación a la cavidad del "Absceso Crónico", saliendo contenido purulento e intestinal, se procede a reseca todo el segmento de intestino comprometido y se realiza una anastomosis ileo-ileal, término-terminal en 1 plano de sutura.

La evolución clínica post-operatoria fue buena, presentando una sepsis de la herida y una pequeña colección intraabdominal que fueron tratadas médicamente. Es dada de alta al duodécimo día del post-operatorio.

El estudio anátomo-patológico de la pieza anatómica demostró la presencia de una compresa de gasa totalmente "enrollada" dentro de la luz del intestino por lo que se deduce que el cuerpo extraño "provocó" un "absceso crónico" con formación de una fístula peritoneo-entérica, a través de la cual se produjo el paso total de la compresa hacia la luz del intestino, causando el cuadro oclusivo. Se observa la apertura de la zona dilatada del íleon donde se observa la compresa "enrollada" y totalmente introducida dentro de la luz intestinal. (Fig. 1)



Fig. 1. Apertura de la zona dilatada del ileon.

Se observa la compresa completamente expuesta encontrada dentro de la luz ileal. (Fig. 2)



Fig. 2. Compresa completamente expuesta dentro de la luz ileal.

DISCUSIÓN

La causa más frecuente de oclusión del intestino delgado en un paciente operado son las bridas o adherencias post-operatorias, sin embargo, pocas veces agregamos en el diagnóstico diferencial en estos casos la presencia de un cuerpo extraño olvidado en la laparotomía anterior, que puede producir tanto una compresión extrínseca como una oclusión intrínseca al trasladarse al interior de su luz además de servir de nido productor de otras catastróficas complicaciones.^(16,17) Los mecanismos fisiopatológicos de este fenómeno no están bien esclarecidos y las explicaciones a este complejo proceso de migración están muy relacionadas con las reacciones inflamatorias agudas y crónicas del organismo humano ante un cuerpo extraño.⁽¹⁸⁾

Existe una respuesta fisiológica fibrinosa aséptica que crea adherencias y encapsulación resultando en la formación de un granuloma o pseudotumor, la otra forma es mediante exudación inflamatoria que favorece la formación de un absceso con o sin superinfección y formación de fístulas.⁽¹⁹⁾ El Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina del Hospital Vajira en Bangkok, Tailandia, realizó un interesante estudio experimental en 36 ratas raza Wistar a las que les colocó compresas quirúrgicas con un tamaño de 4 x 4 cm en diferentes zonas de la cavidad abdominal, se evidenció tanto macro como microscópicamente la migración de las compresas hacia la luz intestinal en 10 de las 36 ratas y al aplicar el análisis de estimación estadística de Cutler-Ederer demostró que el fenómeno no tuvo relación con sitios específicos de la cavidad en que fueron dejados las compresas y que existió un aumento de las probabilidades de

migración transmural si se realizan incisiones seromusculares en la pared de las asas. El diagnóstico puede ser "fácil" en los casos en que se usan compresas marcadas con material radiopaco el cual se detecta en las radiografías simples de abdomen, aunque existen autores que plantean que en ocasiones estos marcadores se confunden con clips metálicos usados durante la cirugía o simplemente en algunos casos se confunden con restos de contraste radiopaco ingerido o con calcificaciones, restándoles la importancia que tienen.⁽⁴⁻⁶⁾ Excepcionalmente puede verse en estas radiografías simples las llamadas imágenes en "panal de abejas", expresión del atrapamiento de aire entre las fibras textiles. Las series gastrointestinales con contraste, en los enfermos no ocluidos, son de valor al mostrar el defecto de lleno intraluminal y en ocasiones puede penetrar el contraste en la cavidad del absceso a través del cual, previa fistulización, migró la compresa a la luz intestinal, tal y como demostró el Dr. Rasim Gencosmanoglu y col ⁽²⁰⁾ de la Universidad de Marmara en Istanbul, Turquía, el cual publicó el segundo caso reportado en la literatura médica en el cual pudo ser demostrado preoperatoriamente el sitio exacto de la fistulización del textiloma hacia la luz del intestino a través de una serie gastrointestinal contrastada la misma contingencia ocurrió en nuestra paciente sin que se pudiera hacer el diagnóstico preoperatorio dado el cuadro oclusivo que presentaba la misma.

La ultrasonografía es de gran valor al observar una estructura ecogénica con componentes ecolúcidos (masa compleja) que emiten sombra acústica y cambian paralelamente a la dirección del transductor. ⁽⁴⁻²¹⁾ La tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear son esenciales para su reconocimiento, en los "textilomas agudos" se observa una masa heterogénea que contiene gran cantidad de aire atrapado pudiendo tener un anillo hiperdenso periférico, mientras que los "textilomas crónicos" se asemejan a un tumor que no capta el contraste endovenoso, con calcificaciones en su interior e impresionan una masa sólida con poco o ningún aire atrapado en su interior.^(5,6)

Una vez que el textiloma ha sido diagnosticado debe realizarse su extracción. La cirugía ha sido el pilar fundamental que durante muchos años y en la actualidad se emplea en la solución de los cuerpos extraños intraabdominales, sin embargo cada vez aparecen en la literatura métodos alternativos de tratamiento, Dash B.⁽²²⁾ describe 6 pacientes en quienes resultó exitosa la extracción percutánea de cuerpos extraños del abdomen que fueron: un apósito quirúrgico (de pequeñas dimensiones), dos drenajes pélvicos, un fragmento de una guía metálica usada en angiografías, una aguja de coser y por último un caso con un fragmento de bala intraabdominal, estos autores exponen que entre las ventajas del método percutáneo se encuentran el obviar grandes incisiones, no se realiza disección extensa y se evita la anestesia general. Nosotros creemos que dicho método no tiene gran valor pues en la mayoría de las ocasiones el epiplón mayor y los intestinos con sus mesos forman parte de la pared del textiloma además de existir gran cantidad de adherencias entre ellos e incluso hallarse una comunicación fistulosa entre una cavidad que aloja el cuerpo extraño y el intestino, como ocurrió en el caso que presentamos, donde es necesaria la resección de un segmento de intestino previa liberación de densas adherencias, quedando el método percutáneo de insuficiente valor. Aparecen reportes de abordajes laparoscópicos (cirugía mínimamente invasiva) en la extracción de los cuerpos extraños intra abdominales que en muchas ocasiones terminan en la conversión del proceder a una laparotomía clásica, debido a los mismos inconvenientes del método percutáneo.⁽²²⁾

Los textilomas no solo tienen consecuencias sobre la salud del paciente sino también tienen implicaciones médico-legales pues estos pueden ser fácilmente probados en el ámbito legal, constatándose que en muchos países se instauran litigios contra el cirujano y/o institución responsable del caso, con la teoría de que es un hecho claramente evitable, además dado a que pueden confundirse con un

tumor maligno, sobre todo los de curso crónico, el paciente puede ser sometido preoperatoriamente a pruebas diagnósticas invasivas y después a extensas cirugías exeréticas, demostrándose al final que fueron completamente innecesarias.⁽²³⁾ Más que convertir tal accidente en un hecho legal, con claros fines financieros y sin tener en cuenta la probabilidad del error humano involuntario, el razonamiento más lógico seguiría un estudio de las causas que propiciaron el hecho para su posterior prevención.⁽²⁴⁾

Entre los factores que más frecuentemente se relacionan con la incidencia de cuerpos extraños olvidados en las cavidades corporales están: cirugías de emergencia con uso de gran cantidad de compresas y cambio de personal auxiliar transoperatorio, cirugías en condiciones de estrés como en guerras o recepciones masivas de heridos, casos complejos, cirugías nocturnas con equipo quirúrgico agotado, no conteo unidad por unidad de cada empaquetado de compresas y/o instrumental que entra al campo operatorio, cambios inesperados del proceder quirúrgico planeado pudiendo ocurrir desorganización en el campo operatorio, los pacientes con alto índice de masa corporal son altos grupos de riesgo, personal auxiliar y/o profesional que sin autorización introduce o extrae compresas resultando en un conteo final incompleto o exagerado que cae en el descrédito, apuros y excesos de confianza dentro del equipo quirúrgico.⁽²¹⁻²⁶⁾

Después de analizar el caso presentado, podemos concluir que los elementos a tener en cuenta para la prevención de los cuerpos extraños olvidados en las cavidades son:

- Meticuloso conteo de todos los materiales quirúrgicos que entrarán en contacto con las cavidades corporales, una vez en el comienzo y dos veces antes del cierre de la cavidad (sin embargo esta medida ha demostrado que resulta insuficiente pues la mayoría de los textilomas aparecen con conteos de compresas completos).
- A pesar de un conteo de compresas completo el cirujano, antes del cierre, debe realizar una minuciosa exploración de los cuatro cuadrantes abdominales, sospechando siempre que el conteo previo pudo ser erróneo.
- Uso de compresas con marcadores radiopacos que posibiliten realizar un estudio radiológico del abdomen antes de su cierre en los casos con errores de conteo, hay autores que abogan por el uso rutinario de la radiología incluso con conteo correcto.
- El trabajo meticuloso y responsable de todos los miembros del equipo quirúrgico resulta esencial para garantizar un buen resultado final e impedir que una brillante intervención quirúrgica termine en este tipo de complicación, que puede ser completamente evitable.

El trabajo meticuloso y responsable de todos los miembros del equipo quirúrgico resulta esencial para garantizar un buen resultado final e impedir que una brillante intervención quirúrgica termine en este tipo de complicación, que puede ser completamente evitable.

Los cuerpos extraños intrabdominales, también denominados textilomas son realmente accidentes quirúrgicos que pueden traer consigo consecuencias muy desfavorables para la vida del paciente si el médico no actúa rápidamente. Afortunadamente son poco los casos que se presentan en el mundo. Los textilomas aparecen por el resultado de una iatrogenia del equipo de profesionales que intervienen en una operación quirúrgica. Muchos de los casos presentados en el mundo no son revelados por las consecuencias e implicaciones médico-legales que ello trae aparejado, trayendo como resultado una estadística no real de la cantidad de casos que ocurren anualmente a escala global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Baridó Murguía E, Hernández Paniagua A, Menjivar Rivera A. Retención de cuerpos extraños en cirugía: La seguridad del enfermo en riesgo. *Cir Gen [Internet]*. 2011 [citado 13 oct 2015];33(3):175-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300007
- 2- Begum R, Khanum S. Case report on Textiloma of Uterus. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 2013 [citado 13 oct 2015];26(2):100-2. Disponible en: <http://www.banglajol.info/bd/index.php/BJOG/article/view/13791>
- 3- Córdova Pluma VH, Vega López CA, Castillo González FA. Textiloma abdominal: reporte de caso. *Med inter Méx [Internet]*. 2012 [citado 3 oct 2015];28(4):398. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim124q.pdf>
- 4- Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G. Imaging features of retained surgical foreign bodies. *J Radiologie [Internet]*. 2001 [citado 16 Sep 2015];82(8):913-6. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:vdQtXtmoz8kJ:scholar.google.com/+Imaging+features+of+retained+surgical+foreign+bodies&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
- 5- Erguibi D, Farah RH, Ajbal M. Textilome abdominal, à propos d'un cas. *J Med African [Internet]*. 2015 [citado 13 oct 2015];21(244). Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/244/full/>
- 6- Esposito S, Ragozzino A, Rossi G .Spontaneous migration of a surgical sponge in the small intestine. Apropos of a case studied with conventional radiology and CT. *Radiol Med [Internet]*. 1994 [citado 16 Sep 2015];88(1-2):139-41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8066242>
- 7- Gil Romea I, Valcarreres Rivera MP, Palacios Gasos P, et al. Cuerpo extraño intraabdominal postquirúrgico simulador de neoplasia. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Cir [Internet]*. 2013 [citado 13 oct 2015];81: 148-52. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc132l.pdf.Español>
- 8- Hatzidakis A, Vassalou E, Touloupakis E. Textiloma formation post endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Interv med applied scien [Internet]*. 2015 [citado 2015 Oct 13];7(1):33-7. Disponible en: <http://www.akademai.com/doi/abs/10.1556/IMAS.7.2015.1.3>
- 9- Godara R, Marwah S, Karwasra RK. Spontaneous transmural migration of surgical sponges. *Asian J Surg [Internet]*. 2006 [citado 16 Sep 2015];29(1):44-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/164>
- 10- Ikemefuna Ugochukwu A, Edeh AJ. Retained intra-abdominal artery forceps—An unusual cause of intestinal strangulation. *J med scienc [Internet]*. 2011 [citado 13 oct 2015]; 3(7):339. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3336885>

- 11- Lata I, Kapoor D, Sahu S. Gossypiboma, a rare cause of acute abdomen: a case report and review of literature. *J inter criti scienc* [Internet]. 2011 [citado 13 oct 2015]; 1(2):157. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249850>
- 12- Molaei Govarjin H, Talebianfar M, Fattahi F. Textiloma, migration of retained long gauze from abdominal cavity to intestine. *J med scienc* [Internet]. 2010 [citado 2015 Oct 13]; 15(1):54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082787/>
- 13- Molero Silvero E, Bartolomé Cela E, Pérez Alé M. Cuerpo extraño intraabdominal. *Rev San Milit* [Internet]. 2015 [citado 13 oct 2015];71(2):117-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1887-85712015000200009&script=sci_arttext
- 14- Risher WH, McKinnon WM. Foreign body in the gastrointestinal tract: intraluminal migration of laparotomy sponge. *South Med J* [Internet]. 1991 [citado 12 oct 2015]; 84(8):1042-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18822>
- 15- Pons Y, Schouman T. Maxillary sinus textiloma: a case report. *J Med Case Reports* [Internet]. 2010 [citado 13 oct 2015];4:288. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1752-1947-4-288.pdf>
- 16- Serghini I, El Fikri A, Lalaoui S. Abdominal textiloma: report of a case. *J med african* [Internet]. 2010 [citado 13 oct 2015];9:10. Disponible en: <http://europepmc.org/articles/pmc3215532>
- 17- Silina T, Ermakov N, Zorin E. Endoscopic ultrasonography for intra-abdominal textiloma. *Endosc ultras* [Internet]. 2014 [citado 13 oct 2015];3(5):9. Disponible en: <http://www.eusjournal.com/article.asp?issn=2303-9027;year=2014;volume=3;issue=5;page=9;epage=10;auiast=Silina>
- 18- Silva do Amaral AL, Borges O, Postigo Cordeiro A, et al. Corpo estranho intra abdominal: relato de caso. *Rev Cienc Med* [Internet]. 2015 [citado 13 oct 2015];1(1). Disponible en: <http://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/349>
- 19-Gencosmanoglu R, Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: gossypiboma--case report. *BMC Surg* [Internet]. 2003 [citado 2015 Oct 12];3:6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12962549>
- 20- Kuznetsov N, Ziniakova M, Kharitonov S. Ultrasonic diagnosis of abdominal foreign bodies. *Khirurgiia* [Internet]. 2001 [citado 2015 Oct 12];10:21-3. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/11593621_Ultrasonic_diagnosis_of_abdominal_foreign_bodies
- 21- Soares FV, Vicentini L, Dell'Aringa AR. Textiloma in abdominal cavity: 35 years later. *Arch Cir Digest* [Internet]. 2013 [citado 2015 Oct 13];26(1):74-5. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202013000100018&script=sci_arttext&lng=en
- 22- Dash B, Mahey R, Kriplani A. Textiloma, a rare pelvic tumor. *Arch gynecol obstet* [Internet]. 2010 [citado 13 Oct 2015];282(6):707-9. Disponible en: <http://www.springerlink.com/index/d73u152p22772571.pdf>

- 23- Franz Guerrero A, Archila Santamaría D, Cuadros Mendoza C. Textiloma en cavidad intraabdominal: una causa de diagnóstico equivoco. Rev Méd UIS [Internet]. 2010 [citado 13 oct 2015];23(1):59-65. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=604098&indexSearch=ID>
- 24- Hsieh C-T, Chung T-T, Chen Y-H. Textiloma as a complication of transsphenoidal surgery. Rev Neuroscien [Internet]. 2011 [citado 2015 Oct 13];16(4):369-71. Disponible en: <http://www.neurosciencesjournal.org/PDFFILES/Oct11/3Textiloma20110216.pdf>
- 25- Petterino C, Bedin M, Vascellari M. An intra-abdominal malignant mesenchymoma associated with nonabsorbable sutures in a ferret (*Mustela putorius furo*). J Veter Diag Invest [Internet]. 2010 [citado 2015 Oct 13];22(2):327-31. Disponible en: <http://vdi.sagepub.com/content/22/2/327.short>
- 26- Smith BP, Adams RC, Doraiswamy VA. Review of abdominal damage control and open abdomens: focus on gastrointestinal complications. J Gastr Liver Dis [Internet]. 2010 [citado 13 oct 2015];19(4):425-35. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Stanislaw_Stawicki/publication/49711794_Review_of_abdominal_damage_control_and_open_abdomens_focus_on_gastrointestinal_complications/links/54d792540cf2970e4e74385a.pdf

Recibido: 26 de enero de 2016.
Aprobado: 4 de octubre de 2017.

José María González Ortega. Hospital Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón.
Dirección: Martorel entre Gustavo Q. y Concha CP. 42400. Correo electrónico:
marilindv.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

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 Méd Electrón [Internet]. 2017 Sep-Oct [citado: fecha de acceso];39(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1775/3606>