

Textil abdominal

Claudio M. Cruz-Fierro*

Recepción: 08/03/99

aceptación: 18/06/99

Resumen clínico

Se presentan las radiografías de un hombre de 65 años, con diabetes mellitus II y enfermedad ácido péptica de 15 años de evolución, intervenido electivamente de vagotomía troncular y piloroplastia tipo Heinecke-Mickulicz y postoperatorio satisfactorio. Reingresa al décimo octavo día por hemorragia digestiva alta. Los hallazgos endoscópicos son: gran coagulo intragástrico, píloro deformado y dos ulceraciones sin sangrado activo en antro gástrico de 4 y 5 mm respectivamente. Evoluciona bien con manejo conservador egresando por mejoría siete días después.

Tres meses más tarde se hospitaliza por oclusión intestinal. En las radiografías se observa dilatación gástrica (Figura 1) y en otra placa una imagen radioopaca sugestiva de textil intragástrico (Figura 2).

Se realiza laparotomía localizando y extrayendo un textil del interior de estómago (compresa). La evolución postoperatoria es tórpida por descompensación hemodinámica, falla cardíaca y muerte.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen muestra imagen sugestiva de dilatación gástrica.

*Cirujano General, Servicio de Cirugía General, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional Núm. 220, Delegación 16 Edo. de México Poniente,

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Claudio M. Cruz-Fierro, Paseo Toluca Núm. 700, 50160 Toluca, México



Figura 2. Radiografía simple de abdomen muestra imagen compatible con marcador radioopaco (flecha), sugiriendo la presencia de un textil intragástrico.

Comentario

Desde los trabajos de Spencer y Weills, precursores de la cirugía abdominal contemporánea,¹ se conoce la frecuencia de diferentes complicaciones; la del textil abdominal de 0.3 a 1.0 en 1000 intervenciones es solo una estimación,² al rededor de 1500 casos reportados en la literaturas³ son una aproximación a la realidad por representar una

iatrogenia con repercusiones legales para el equipo quirúrgico. La sintomatología se relaciona con la tolerancia del organismo al textil, identificándose cuatro cuadros diferentes: Infeccioso, oclusivo, pseudotumoral y hemorrágico. La erosión y penetración al estómago como la del caso aquí reportado se ha observado en otro tipo de intervenciones -(colocación de prótesis⁴ o mallas⁵); en este paciente se manifestó primero un cuadro hemorrágico y posteriormente uno de tipo oclusivo.

En el caso aquí reportado no es posible determinar si el "coagulo" reportado en la endoscopia realizada en el primer ingreso corresponde al textil o es parte del proceso hemorrágico durante la migración del mismo al interior del estómago, manifestado radiológicamente como dilatación gástrica (Figura 1), sin observar con claridad el marcador radioopaco, aparente en la radiografía tomada al reingreso del paciente (Figura 2).

En casos como el presente, la sospecha clínica y la correlación clínico-radiológica son esenciales en el manejo oportuno. Aunque no hay recomendaciones preventivas específicas, se considera a la disciplina y concentración del equipo quirúrgico durante toda la intervención como útiles para evitar este tipo de eventualidades.

Referencias

1. **Guarner V.** Un siglo de cirugía abdominal. La evolución de su proceso creativo. *Gac Med Mex* 1977;113:439-46.
2. **Froideveaux A, Vukanovic S, Huber O, Hauser H.** Les corps étrangers textiles intra-abdominaux. *Med Chir Dig* 1980;9:471-7.
3. **Hajji A, Abbar M, Boucharna R, Moulay A.** Les textilomes intra-péritonéaux. *J Chir* 1988;125:353-7.
4. **Donadio F, Vajo M, Laganga V, Priestra G, Anseirnetti G, Chicotti E.** Erosione e migrazione endogastrica di protesi di Angelchik. *Minerva Chir* 1987;42:273-6.
5. **Blanco BR, Rodríguez J.** Protrusión intragástrica de una malla de dacrón usada como envoltura externa 8 años antes. *Rev Cir Gral (Mex)* 1988;1:7-8.