

Fístula gastroduodenal por textiloma extraído endoscópicamente

Diego Daino,³ Guido Villa-Gómez Roig,¹ Gustavo Vidales Mostajo,² Geraldine Ramos Quisbert³

¹ Jefe de la Unidad de Endoscopia Digestiva, Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, La Paz, Bolivia.

² Médico gastroenterólogo endoscopista, Unidad de Endoscopia Digestiva, Instituto de gastroenterología Boliviano Japonés, La Paz, Bolivia.

³ Fellow del curso individual de entrenamiento Hand-on de la Organización Mundial de Gastroenterología, Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés, La Paz, Bolivia.

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:217-220

Recibido: 07/09/2014 / Aprobado: 17/04/2015

Resumen

Reportamos un paciente con dolor abdominal crónico de un año de evolución que tres meses previos a la admisión hospitalaria presentó melena y anemia. Entre los antecedentes quirúrgicos se destacan cesárea hace 2 años y colecistectomía hace 1 año. En la endoscopia se observó un textiloma emergiendo de la cara posterior del antro, que luego de su extracción endoscópica, el control mostró una fístula gastroduodenal con un píloro no permeable.

Palabras claves. Textiloma, endoscopia, cuerpo extraño.

Gastroduodenal fistula due to textiloma taken endoscopically

Summary

In this case we present a patient with chronic abdominal pain of a year of evolution, three months before being admitted to hospital the patient presented melaena and anaemia. Within the surgery antecedents it appears a caesarean 2 years before and a cholecystectomy a year before. In the endoscopy study a textiloma was observed coming up from the posterior side of the antrum which, after its endoscopic removal, showed a gastro-duodenal fistula with a non-patent pylorus.

Key words. Textiloma, endoscopy, foreign body.

Cuando hablamos de la presencia de cuerpos extraños en el tubo digestivo se hace referencia a objetos alimentarios o no. La mayoría de las veces se ingieren en forma accidental y son susceptibles de producir lesiones o complicaciones, generalmente en el tracto digestivo superior. Aunque no siempre es necesaria la intervención del endoscopista ante la existencia de un cuerpo extraño en el tubo digestivo, esta patología supone la segunda causa de urgencia endoscópica. Aproximadamente el 80 al 90% de los cuerpos extraños, voluntaria o accidentalmente ingeridos, pasan espontáneamente y son expulsados con las heces, mientras que en el 10 al 20% de los casos es necesaria una intervención médica y solo aproximadamente el 1% de los casos precisan intervención quirúrgica.

Caso clínico

Paciente femenina de 27 años con cuadro clínico de un año de evolución aproximadamente caracterizado por dolor abdominal epigástrico inespecífico de predominio postprandial, tratada en otros centros médicos con respuesta parcial; en los últimos tres meses presentó exacerbación de los síntomas agregando deposiciones melénicas, halitosis y náuseas postprandiales.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía convencional de urgencia por colecistitis aguda litiasica hace 12 meses y cesárea programada hace 2 años.

Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) que demostró la presencia de un cuerpo extraño con apariencia textil en la cavidad gástrica, no bien definido, motivo por el cual es transferida al Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés.

Se realizó una nueva EDA que mostró un cuerpo extraño textil (compresa) emergiendo de la cara posterior del antro, el cual se logró extraer hacia la cavidad gástrica (Figuras 1 A y B). Previa intubación orotraqueal con el propósito de proteger la vía aérea, se removió una compresa quirúrgica de 33x22 cm acompañada de abundante

Figura 1. A y B. Cuerpo extraño que emerge de la cara posterior del antro gástrico, el cual fue extraído hacia la cavidad gástrica.

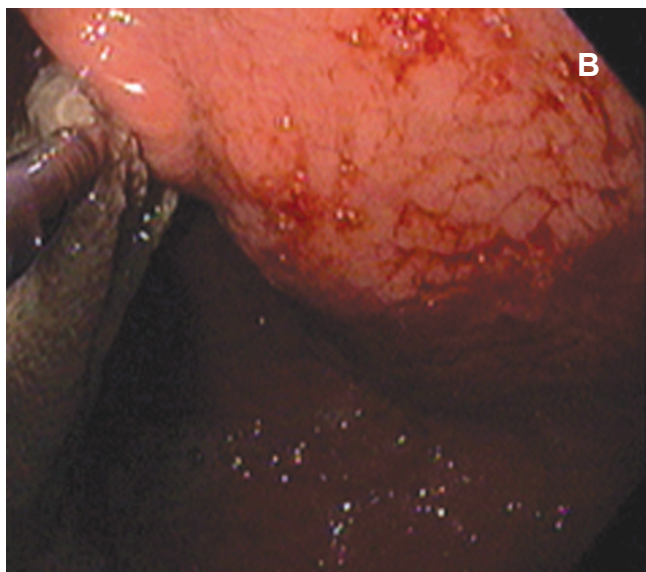
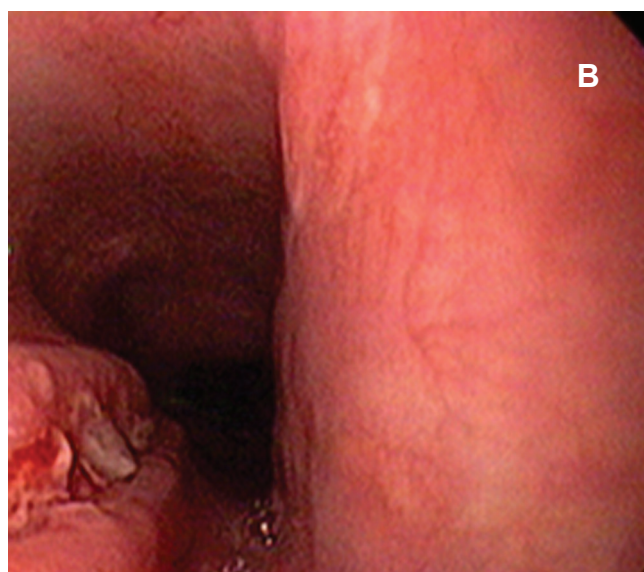
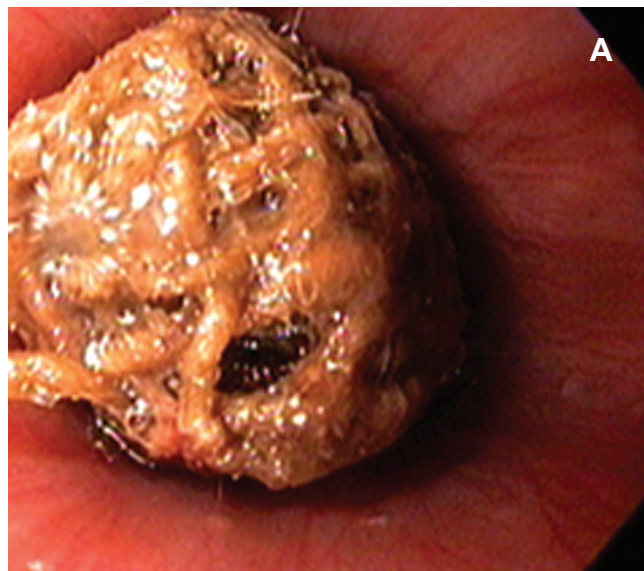


Figura 2. A y B. Extracción por esófago del textiloma, la maniobra produjo un desgarro mucoso no complicado.

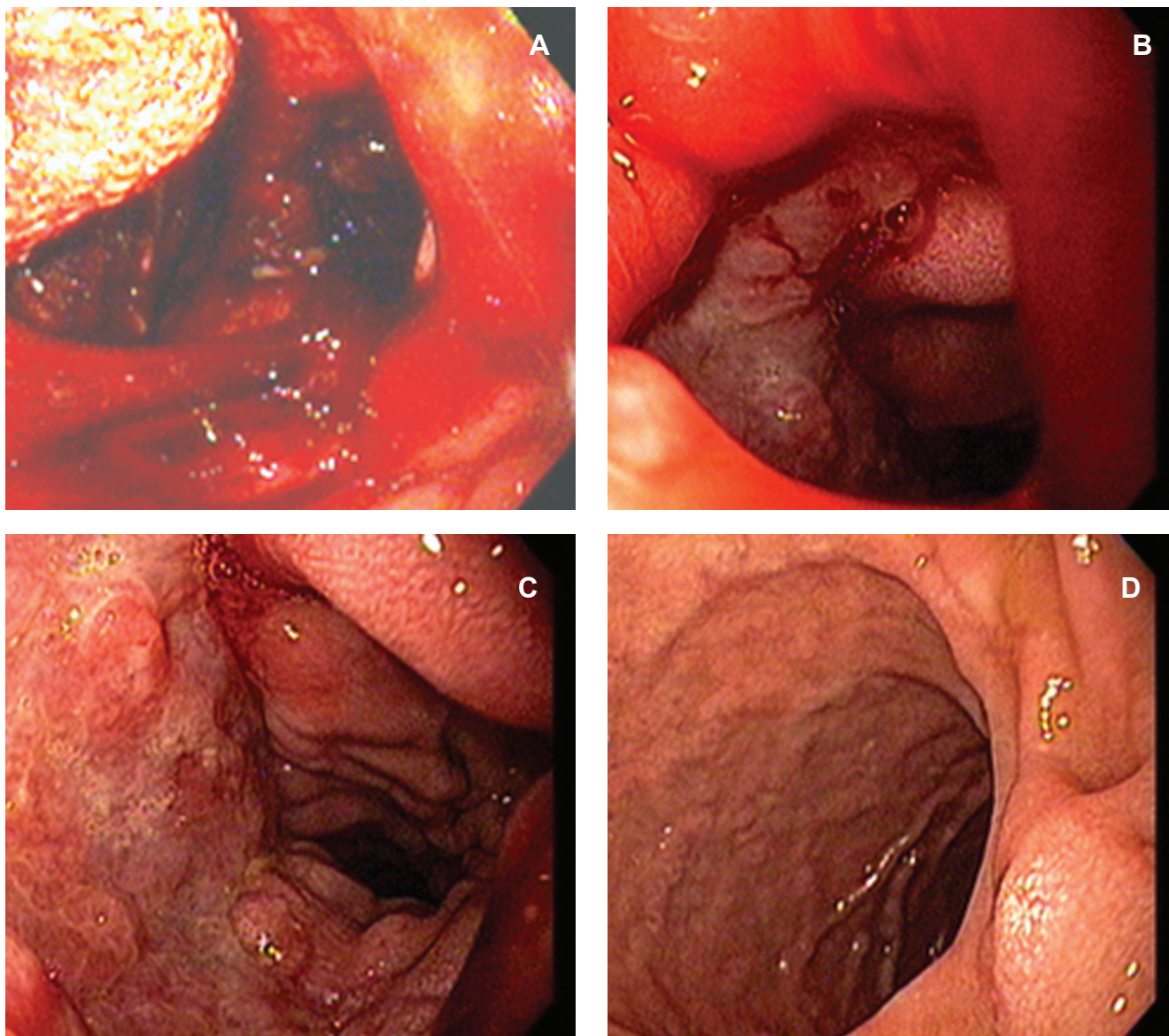


material purulento (Figuras 2 A y B). Inmediatamente se realizó otra EDA de control que mostró en la cara posterior del antro una fístula de 20 mm comunicada con la cara anterior del bulbo, la cual es permeable (Figuras 3 A, B, C, y D). Por el fenómeno de fibrosis y retracción por vecindad el píloro no era permeable. Además, se observó que al extraer el cuerpo extraño se produjo un desgarro mucoso en el tercio medio esofágico no complicado.

A los 15 días la paciente permanece asintomática con buena evolución. El control de EDA mostró permanencia de la fístula antrobulbar permeable, píloro cerrado y la mucosa del esófago normal.

Al año siguiente, la paciente se encontraba asintomática, tolerando dieta. El laboratorio de rutina resultó dentro de los parámetros normales. Se realizó una tomografía computada con contraste oral y endovenoso que evidenció una fístula gastroduodenal permeable con engrosamiento de la pared gástrica a predominio antral sin compromiso de los grandes vasos. Se realizó una colangiorresonancia con el objetivo de evidenciar una posible lesión de vías biliares, la cual fue normal. Ante estos hallazgos se decidió continuar con controles clínicos y no remitir a la paciente a cirugía para realizar la corrección quirúrgica de la fístula gastroduodenal.

Figura 3. A, B, C y D. Extracción de cuerpo extraño e ingreso con el endoscopio a través de la fístula gastroduodenal.



Discusión

Textiloma es el término usado para describir una masa de algodón que provoca una reacción en el interior del cuerpo luego de una cirugía. Combina la palabra “textil” (hechas de tela de esponja) y el sufijo “oma”, es decir, tumor o crecimiento.

Otra denominación encontrada en la literatura es el de *gossypiboma*, que históricamente deriva de la palabra latina *gossypium* para el algodón y la *boma swahili* para escondite. El término *gossypiboma* denota una masa de algodón que se retiene en el cuerpo después de la cirugía.¹

Los textilomas se producen posteriores a los procedimientos quirúrgicos abdominales, torácicos, cardiovasculares, ortopédicos e incluso intervenciones neuroquirúrgicas.¹

Aunque la prevalencia real es desconocida, se estima en 1:1.000-10.000 operaciones intra-abdominales.²

El diagnóstico puede ser difícil, pues puede simular un proceso maligno, abscesos o reacción granulosa exudativa. En este caso clínico presentamos las imágenes de los hallazgos endoscópicos de un textiloma que migró a la cavidad gástrica formando una fístula gastroduodenal.

La migración transmural de un textiloma es una complicación rara que puede ocurrir cuando el cuerpo extraño está adyacente al tracto gastrointestinal.

Un estudio experimental en animales evaluó los textilomas describiendo cuatro estadios en el proceso de mi-

gración, los cuales son: reacción a cuerpo extraño, infección secundaria, formación de masa y remodelación.²

Suceden además dos tipos de reacciones a cuerpo extraño: la primera, una respuesta fibrinosa aséptica que crea adhesión, encapsulación y la eventual formación de granuloma de varios tamaños, por lo general los pacientes permanecen asintomáticos o presentan síndrome de pseudotumor; la segunda respuesta es exudativa que lleva a la formación de abscesos con o sin invasión bacteriana secundaria y a la formación de una fístula interna o externa crónica.²⁻³ En nuestro caso la paciente presentó un estadio de migración completa del cuerpo extraño a la cavidad gástrica con la formación de una fístula interna.

El intestino es el sitio más comúnmente afectado debido a su extensión y porque su pared ofrece menor resistencia. El estómago es un sitio inusual de migración transmural porque es relativamente pequeño, de localización alta en el abdomen y paredes gruesas.²

Porque los síntomas del textiloma suelen ser inespecíficos y pueden aparecer años después de la cirugía, el diagnóstico por lo general proviene de los estudios por imágenes y por un alto índice de sospecha clínica.⁴ La radiografía abdominal, la ecografía, la tomografía y la resonancia son útiles para el diagnóstico.

Yildirim y col publicaron 14 pacientes que tenían entre 25 y 79 años de edad.⁵ En su grupo, los síntomas iniciales comenzaron entre 5 días y 40 años después de la operación. La mayoría de los pacientes fueron ingresados en el hospital con dolor abdominal u obstrucción intestinal.

Una vez que se diagnostica un textiloma, debe ser eliminado. La cirugía había sido el pilar de la terapia durante muchos años. Sin embargo, algunos informes que recomiendan métodos alternativos han aparecido recientemente en la literatura.⁶ Noshier y Siegel describen seis pacientes en quienes la extracción percutánea se realizó con éxito.⁷

Además de las dificultades diagnósticas y terapéuticas, el textiloma tiene implicancias médico-legales. La presencia de un cuerpo extraño en el interior del paciente se puede probar fácilmente y el paciente puede litigar al cirujano responsable porque se trata de un problema evitable. Evitar dejar los cuerpos extraños en el interior de los pacientes podría ser posible mediante la aplicación de tres medidas: el recuento minucioso de todos los materiales quirúrgicos, la exploración minuciosa del lugar de la cirugía en la conclusión de los procedimientos y el uso sistemático de material textil quirúrgico impregnado con un marcador radiopaco.

Gawande y col publicaron un artículo acerca de los factores de riesgo de los cuerpos extraños retenidos.⁸ Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron la cirugía de emergencia, el cambio no planificado en la operación y el índice de masa corporal.

En nuestro paciente, el caso se torna interesante desde el punto de vista pronóstico ya que presenta un píloro no permeable por la fibrosis que se genera debido a la vecindad con la fístula gastroduodenal. En este caso la fístula actúa como píloro sin la presencia de síntomas de retención gástrica. Actualmente en la literatura existen pocos datos acerca de la evolución que puede tener la fístula gastroduodenal que funciona actualmente como píloro, por este motivo creemos que realizar un seguimiento clínico antes de referir a la paciente a una corrección quirúrgica es la conducta indicada.

Conflicto de interés. Los autores no declaran ningún conflicto de interés. Los autores confirman que no hay ningún arreglo financiero.

Referencias

1. Ribalta T, McCutcheon I, Neto A, Gupta D, Kumar A, Biddle D, Langford L, Bruner J, Leeds N and Fuller G. Textiloma (Gossypiboma) Mimicking Recurrent Intracranial Tumor. Archives of Pathology & Laboratory Medicine 2004; 128: 749-758.
2. Erbay G, Koç Z, Çalifkan K, Araz F and Ulusan F. Imaging and clinical findings of a gossypibomamigrated into the stomach. Turkish Journal of Gastroenterology 2012; 23: 54-57.
3. Zantvoord Y, van der Weiden RM, van Hooff MH. Transmural migration of retained surgical sponges: a systemic review. Obstet Gynecol Surv 2008; 63: 465-471.
4. Mouhsine E, Halkic N, Garofalo R, Taylor S, Theumann N, Guillou L, et al. Textiloma tejidos blandos: una falla potencial de diagnóstico. Can J Surg 2005; 48: 495-496.
5. Yildirim S, Tarim A, Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N, Karagülle E, Noyan T, Moray G, Haberal M. Retenidas esponja quirúrgica (gossypiboma) después de una cirugía intraabdominal o retroperitoneal: 14 casos tratados en un solo centro. Langenbecks Arch Surg 2006; 391: 390-395.
6. Alis H, Soylu A, Dolay K, Kalaycı M, Ciltas A. La intervención quirúrgica no siempre se requiere en gossypiboma con la migración intraluminal. Mundial J Gastroenterol 2007; 13 (48): 6605-6607.
7. Nocher JL, Siegel R. Percutaneous retrieval of nonvascular foreign bodies. Radiology 1993; 187: 649-651.
8. Gawande A, Studdert D, Oray J, Brennan T, Zinder M. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. N Engl J Med 2003; 348: 229-235.