

Gasoma tipo I con absceso abdominal perilesional con fistula cutánea.

Autores: Castro, Diego S.*; Spelzini, Roberto, I.; Buabud, Germán***. Hospital Centro de Salud Zenón Santillán-Instituto de Bioelectrónica-Fac. Medicina (U.N.T). Avenida Avellaneda 750-Avda Roca 1800.**

*Medico Ecografista Hospital Centro de Salud Zenón Santillán-Docente Instituto de Bioelectrónica-Fac. Medicina (U.N.T)

** Jefe de Servicio de Ultrasonido Hospital Centro de Salud Zenón Santillán-Prof. Titular Instituto de Bioelectrónica-Fac. Medicina (U.N.T)

*** Auxiliar Docente Estudiantil de Diagnostico Por Imágenes. Fac. Medicina (U.N.T)

Contacto: diegosebastiancastro@gmail.com

Introducción: Las gasas (gasomas) (**Fig. Nº 12**) ⁽¹⁴⁾ son el tipo más frecuente de oblito. La Real Academia Española, no hace muchos años, ha incorporado al vocablo oblito al Diccionario de la Lengua Española para referirse a este hecho. En su vigésima segunda edición del año 2001 expresa que **OBLITO**, proviene del latín (*oblitum*: olvidado) y se define como: “*un cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica.*” ⁽¹⁾⁽³⁾. Aparentemente fue en Argentina donde , el 17 de junio de 1941 el Dr. Roque Masciotra utilizó el término Oblito por primera vez al presentar en la Sesión de la Asociación Argentina de Cirujanos un trabajo sobre “Cuerpo extraño en vejiga” ⁽²⁾ e invitaba a “proponer un nombre, una designación adecuada, precisa y sintética, para esta particular entidad nosológica”. En el caso de la terminología Anglosajona, esta cuadro recibe el nombre de **Gossypiboma**, y deriva su nombre de la composición de palabras “gossypium” (cotton o algodón en latín) y la palabra “Boma”, que es un término Swahili que significa “place of concealment o lugar de ocultamiento” ⁽⁴⁾. En el caso de la

palabra Gasoma alude a que uno de los elementos o cuerpos que mayormente se olvidan son las gasas.⁽³⁾

Se define al Oblito como todo cuerpo extraño olvidado durante una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, sin efecto terapéutico.⁽³⁾

Debido a que la sintomatología del gasoma es inespecífica y puede aparecer años después del acto quirúrgico, la sospecha inicial proviene generalmente de un estudio por imágenes.^{(5)(6) (7) (8) (9)}

Los hallazgos se dividen ecográficamente en 2 tipos. El tipo I consiste en una imagen curvilínea, en semiluna ecogénica anterior con intensa sombra acústica posterior (**Fig. N° 1**); el tipo II, en una masa predominantemente quística con imágenes ecogénicas internas ondulantes o anguladas y con sombra acústica definida (**Fig. N° 2**)(**Fig. N° 13**).

Ambos tipos presentan indefectiblemente sombra acústica posterior, siendo esto una característica de la entidad.⁽¹⁾

La capacidad de expresión depende de la ubicación, del tamaño de la gasa y de la reacción inflamatoria que ocasione y de las alteraciones locorregionales. Debido a que las gasas son inertes, no sufren ningún tipo de descomposición ni reacciones biológicas. Sin embargo, histopatológicamente, pueden ocurrir 2 tipos de reacciones a cuerpos extraños: una consiste en una respuesta fibrinosa aséptica, que genera adhesiones y encapsulación, resultando en un Granuloma de cuerpo extraño; en la otra variedad, la respuesta es exudativa en naturaleza y termina en la formación de un absceso, el cual representa un intento del organismo de eliminar el material extraño, de modo externo o interno⁽⁷⁾. Es decir presenta una variabilidad de sintomatología^{(10) (11) (12) (13)}. Los cuadros sindromáticos posibles de encontrar pueden ser:

- **cuadro inflamatorio agudo en la primera semana posquirúrgica;**
- **cuadro fistuloso, externo o interno;**
- obstructivo;
- tumor o masa palpable;
- silencioso o asintomático, lo cual constituye un hallazgo.

Los diagnósticos diferenciales de gasoma incluyen: fecaloma, hematoma, abscesos, granulomas infecciosos calcificados y tumores.⁽³⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾

El fecaloma puede presentar patrón moteado en radiografías y tomografías, con identificación de la pared colónica y la ausencia de una cápsula definida.

El hematoma (**Fig. N° 3**) puede observarse en los períodos postoperatorios tempranos, pero muestra reabsorción en el tiempo.

El absceso se visualiza como una masa de contenido líquido con pared bien definida que realza con el contraste endovenoso en la TC (**Fig. N° 11**). En el caso de la Ecografía se observan como formaciones ovoides o redondeadas con contenido líquido denso ecogénico, (**Fig. N° 4**), y con niveles liquido gas si existen bacterias anaerobias. Sin embargo, la formación de un absceso puede ocurrir secundaria a la presencia de una gasa.

La hidatidosis puede simular esta entidad, principalmente en los quistes calcificados. ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Los gasomas simulando tumores son usualmente observados en la región pélvica, pudiendo ser confundidos con la presencia de teratomas. No debe olvidarse este diagnóstico principalmente en mujeres jóvenes.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Es necesario mencionar que la aparición de dicho cuadro reviste sus orígenes en multiplicidad de factores: Competencia del médico Cirujano, tiempo de realización de la cirugía, equipo auxiliar, complejidad de la cirugía, etc. Considero necesario informar a los familiares que pese a los extremos cuidados llevados a cabo en el desarrollo de una cirugía, en especial al recuento de gasas y materiales usados, en un bajo porcentaje de las cirugías puede existir la posibilidad de que este cuadro suceda, en especial en cirugías de emergencia, con laceraciones vasculares que obligan a acciones quirúrgicas rápidas, que pueden producir una difícil visualización y trabajo en el campo quirúrgico. La aptitud diagnóstica de la ecografía depende, lógicamente, de la habilidad del operador y del "lector" de las imágenes.⁽³⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾ .Es así que la ecografía es una herramienta diagnóstica valerosa en la identificación de los cuerpos extraños, que en manos experimentadas, logra la identificación de un gasoma en casi cualquier sitio del cuerpo además que constituye un método sencillo, de bajo costo, reproducible, incruento y accesible.

Descripción del diagnóstico diferencial y detalle del caso:

Paciente de 26 años, sexo femenino, que consultó el día 15/08/2011 en la guardia del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán por dolor difuso abdominal, discreto a la compresión, a predominio de hipogastrio y fosa iliaca derecha, sin dolor a la descompresión (Bloomberg, y Mc Burney negativos). No presentaba fiebre ni mal estado general. Al examen físico se observó una cicatriz infraumbilical, mediana, con escasa supuración, y refería antecedente de cirugía previa de 30 días de evolución. El paciente es enviado al Servicio de Ecografía, decidiéndose la realización de una ecografía con transductor convex y de partes blandas. Se realiza ecografía abdominal, sin hallazgos de relevancia en compartimento supramesocolónico. En la evaluación de fosa iliaca derecha se observa imagen hiperecogénica de contorno irregular, de forma semilunar, con marcada sombra posterior, de 8 cm aprox de longitud sin lograr mensurar el diámetro anteroposterior (**Fig. Nº 5, Fig. Nº 6 y Fig. Nº 7**). Durante la exploración refería leve dolor coincidente con la visualización de dicha imagen. Medial a esta imagen se visualiza una nueva imagen hipoeoica, de aspecto líquido, pseudo-ovoide, que se extiende fondo de Douglas, con múltiples ecos internos, que excursiona en sentido anterior, labrando un trayecto fistuloso hacia pared anterior de abdomen, y que mide 8.6 x 4.6 cm aprox (**Fig. Nº 8, Nº 9 y Nº 10**).

Discusión: Las imágenes correspondieron a gasoma de Tipo I, y absceso abdominal con fistula cutánea. Ambas imágenes se visualizaban en la ecografía de partes blandas, con la imagen del gasoma subyacente a recto anterior del abdomen. En la línea media se observó disrupción musculo aponeurótica, con colección an-hipoeoica, en cuyo fondo se observaba un Granuloma por cuerpo extraño. Presentaba como antecedente una cirugía previa por peritonitis a punto de partida de perforación apendicular, de 30 a 45 días de evolución, con consultas por dolor difuso, constando en la historia clínica con 2 ecografías normales durante todo el postoperatorio previo al diagnóstico final, que fue un **Gasoma de tipo I con absceso abdominal perilesional con fistula cutánea**. Posteriormente la paciente fue re-intervenida, con evolución favorable.

Conclusión: El Ultrasonido constituye un método inocuo, accesible, dinámico, sensible y específico, con el único fin de facilitar el diagnóstico precoz, y ante todo, emplearlo si subyace la duda diagnóstica y/o en el proceso postoperatorio.

La ecografía es una herramienta de utilidad para la identificación de los cuerpos extraños abdominales, dependiendo de la experiencia del operador y de la sospecha clínica de la entidad al realizar el examen. Esta investigación pretende, optimizar la interrelación entre los servicios, reduciendo al mínimo los efectos colaterales propios de una cirugía, disminuyendo la morbimortalidad del paciente, y favoreciendo la discusión científica y profesional en pos de una mejora en la atención.

Agradecimientos: al Prof. Dr. Guillermo F. Márquez por los aportes constantes a nuestra formación .



Fig. Nº 1

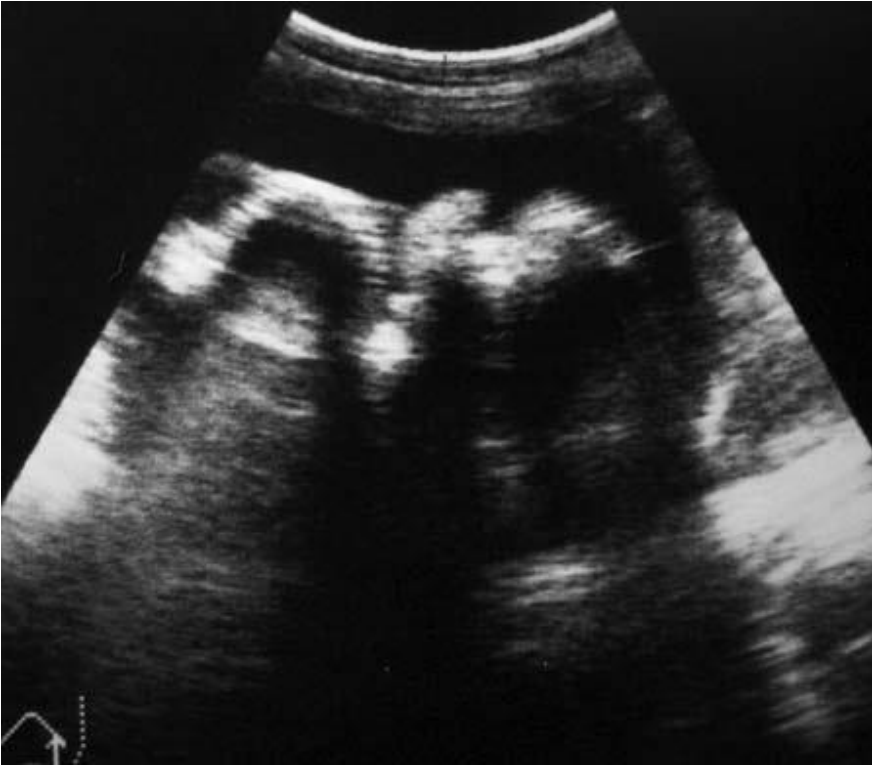


Fig. Nº 2



Fig. Nº 3

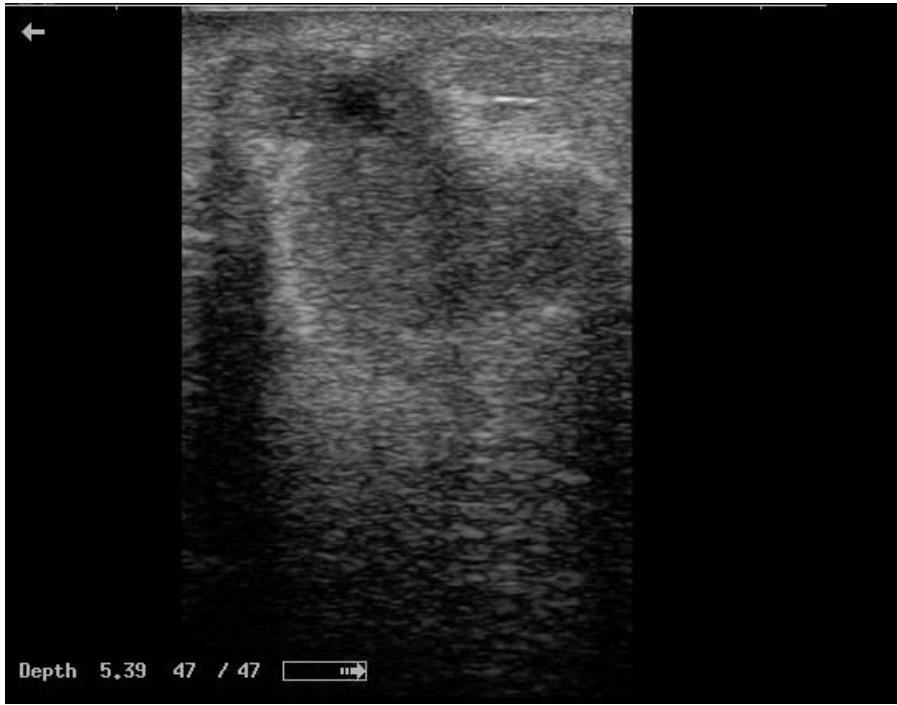


Fig. Nº 4



Fig. Nº 5



Fig. Nº 6

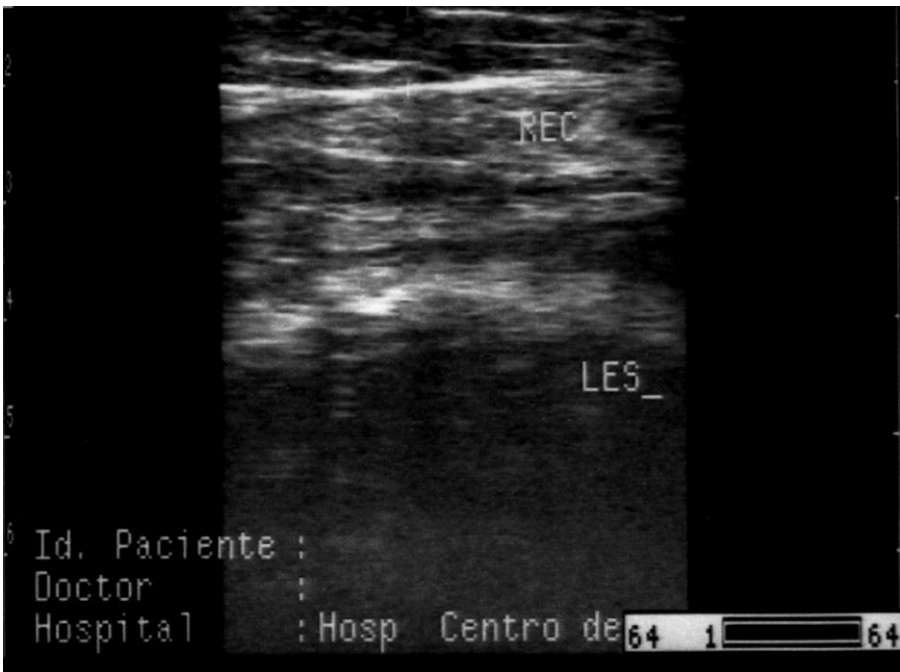


Fig. Nº 7



Fig. Nº 8



Fig. Nº 9

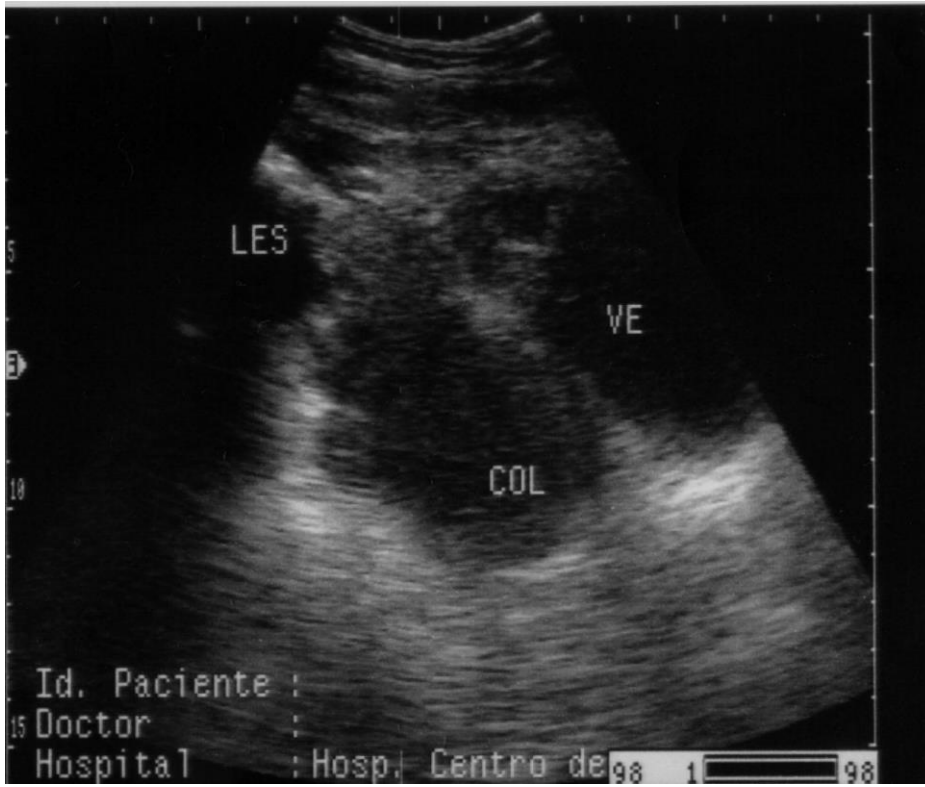


Fig. Nº 10

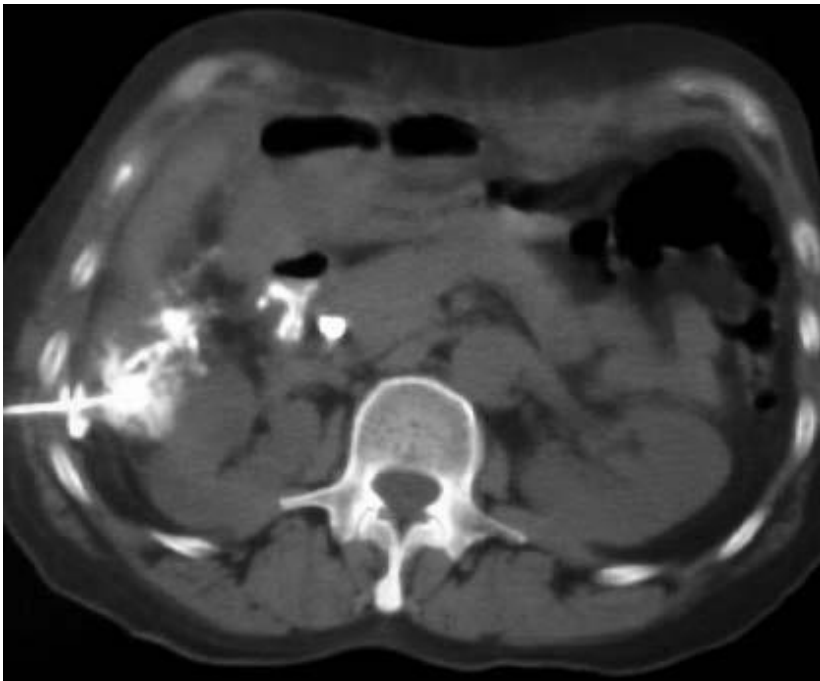


Fig. Nº 11

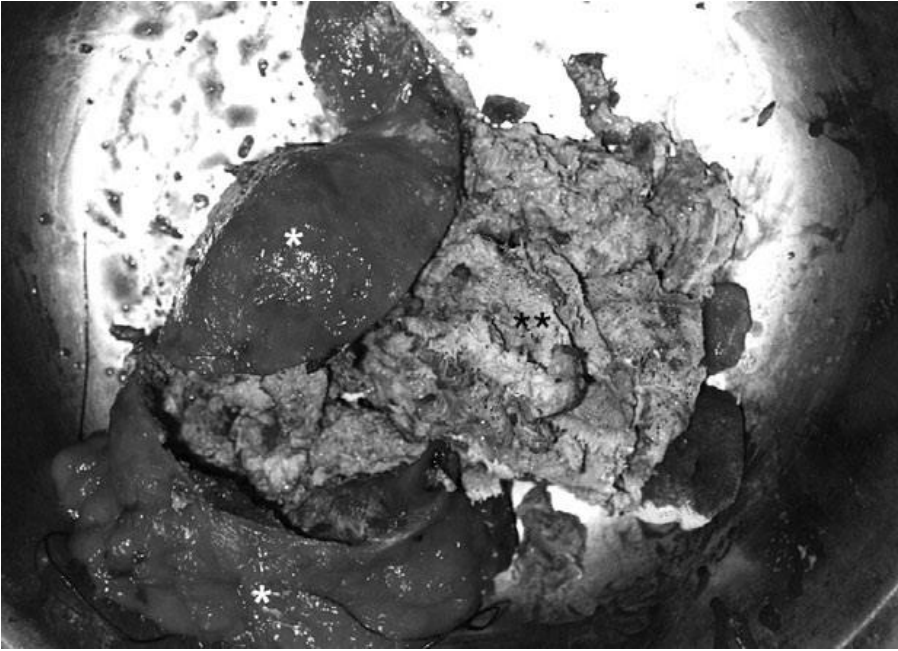
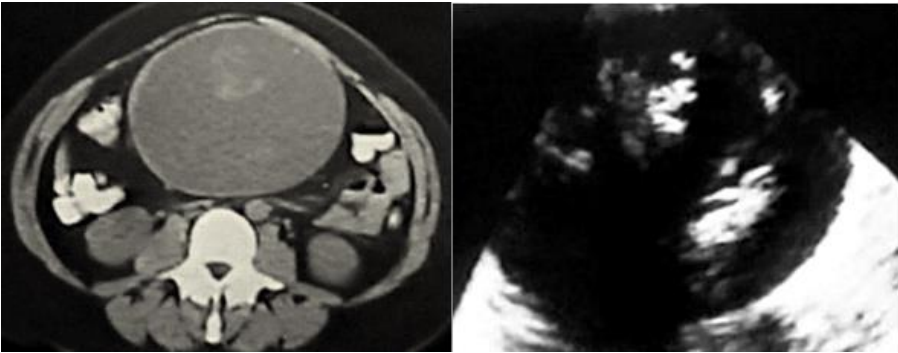


Fig. № 12



Epígrafes Gasoma tipo I con absceso abdominal perilesional con fistula cutánea.

Fig. Nº 1: Fig. Nº 2: masa predominantemente quística con imágenes ecogénicas internas ondulantes o anguladas y con sombra acústica definida correspondiente a gasoma tipo II

Fig. Nº 3: imagen hipoecoica de aspecto líquido, multiloculada, sin bordes definidos, en fondo de Douglas, correspondiente a colección hemática en proceso de organización.

Fig. Nº 4: imagen ecogénica, de aspecto líquido denso, redondeada, bordes mal definidos, reborde ecogénico mal definido, con celulitis perilesional moderado, compatible con colección abscedada.

Fig. Nº 5: en la imagen de la derecha se observa imagen apenas ecogénica, semilunar de convexidad superior, regular, que correspondió a cresta iliaca. Medialmente se observa imagen semilunar irregular, con sombra posterior, correspondiente a gasoma tipo I

Fig. Nº 6: Gasoma Tipo I

Fig. Nº 7: ecografía con sonda lineal en la cual observamos recto anterior derecho del abdomen, y subyacente al mismo el oblito

Fig. Nº 8: se observa gasoma I, y medial al mismo, una imagen hipoecoica, de aspecto pseudotubular, contenido hipoecoico, líquido, que correspondía a trayecto fistuloso (F)

Fig. Nº 9: Se observa trayecto fistuloso, conectando en el fondo con imagen ovoidea, contenido líquido multiloculado denso, que correspondió a colección abscedada. Obsérvese las relaciones con vejiga y útero.

Fig. Nº 10: Absceso intraabdominal en cercanía a vejiga.

Fig. Nº 11: TAC de abdomen con contraste en la cual se visualiza dispersión del material, delimitándose imágenes internas espongiiformes, correspondiente a gasoma tipo I

Fig. Nº 12: Pieza operatoria en la cual se observa gasas de gran tamaño.

Fig. Nº 13: imagen por TAC en la cual se observan imagen hiperdensa redondeada correspondiente a absceso supraumbilical y la derecha se observa Ecografía de la lesión con imágenes pseudoquísticas con ecos internos correspondiente a gasoma tipo II (gentileza Prof. Dr. Guillermo F. Márquez)

Bibliografía:

1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésimo Segunda Edición. Ed.Espasa Calpe. S.A. 2001 Pag 1602
2. Masciotra. R. Cuerpo extraño en vejiga. Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires 1941; 10:476.
3. Setien, M.; García Saraví, P.; Vivas, P.; Mariano, J. "Gasomas: su diagnostico ecográfico". Revista Argentina de Radiología 2007, Vol. 71; Nº 3, págs. 439-446.
4. Manish J, Rajeev J, Sukhpal S. Gossypiboma: Ultrasound-Guided Removal. J Clin Ultrasound 23:321-323, June 1995.
5. Lu YY, Cheung YC, Ko SFat, Ng SH. Calcified reticulate rind sign: A characteristic feature of gossypiboma on computed tomography. World Journal of Gastroenterology 2005; 11 (31): 4927- 4929.
6. Núñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. Revista Médica Herediana 2004; 15 (1): 55- 60.
7. Manrique JL, Pelisch AM, Sansosti E. Oblito. PROACI 2002; 6 (2):149-177.
8. Choi BI, Kim SH, Yu ES, Chung HS, Han MC, Kim CW. Retained surgical sponge: diagnosis with CT and sonography. American Journal of Roentgenology 1988, 150 (5):1047-1050.
9. Núñez Huerta E. Clínica quirúrgica de los cuerpos extraños en el abdomen: Oblito quirúrgico abdominal. Rev. Med Hered 1998; 9 (2): 77- 80.
10. Malik A, Jagmohan P. Gossypiboma: US and CT appearance. Indian J Radiol Imaging 2002; 12 (4): 503-504.
11. Kokubo T, Itai Y, Ohtomo K, Yoshikawa K, Iio M, Atomi Y. Retained surgical sponges: CT and US appearance. Radiology 1987; 165: 415-418.
12. Shyung LR, Chang WH, Lin SC, Shih SC, Kao CR, Chou SY. Report of gossypiboma from the standpoint in medicine and law. World J Gastroenterol 2005; 11(8):1248-1249.
13. Moyle H, Hines O, McFadden D. Gossypiboma of the abdomen. Arch Surg 1996; 131 (5): 566-568

14. Zoran R , * Silvio A,† Dino P. *Case Report: An Unusual Cause of Chronic Lumbar Back Pain: Retained Surgical Gauze Discovered after 40 Years* *Pain Medicine* 2010; 11: 1777–1779