

11209
17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
DIVISIÓN DE CIRUGÍA

TESIS RECEPCIONAL
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

DR. MIGUEL ANGEL BRETON GUTIERREZ

2001

217505



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

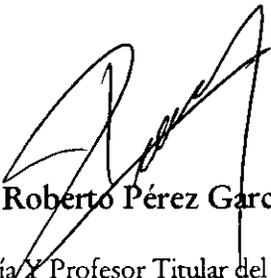
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

REVISORES Y ASESOR:




Dr. Jorge Alberto Del Castillo **Medicina**
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA
Jefe de la División de Enseñanza
Hospital Juárez De México


Dr. Roberto Pérez García

Jefe de la División de Cirugía y Profesor Titular del Curso de Especialidad en
Cirugía General
Hospital Juárez De México

Número de Tesis HJM- 537/00.08.31

Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160.
Colonia Magdalena de las Salinas C. P. 07760
México, Distrito Federal

CONTENIDO

IV

El presente estudio representa una de las diferentes actividades realizadas como residente durante la etapa de formación como especialista en cirugía general en el Hospital Juárez De México: La investigación clínica.

Conlleva la culminación de uno más de los múltiples trabajos de investigación que he realizado bajo supervisión de mi tutor y maestro el Profesor Roberto Pérez García.

Esta investigación aborda uno de los problemas más polémicos en la medicina actual no solo por sus implicaciones médicas sino éticas sociales y económicas actuales; abordado desde diferentes puntos de vista, el tema del textil faltante, siempre estará presente en la mente de los médicos que se dediquen a curar pacientes por medio de la cirugía.

La presente obra contiene la investigación clínica llevada a cabo en dos hospitales de tercer nivel del distrito federal realizada durante el periodo de rotación por los servicios de cirugía general y clínica de tumores de ovario respectivamente y una extensa revisión de la literatura mundial actual respecto de este tema, discutiendo diferentes tópicos al respecto de las causas y consecuencias medicas o no de la presencia de un textil en nuestra economía.

JUSTIFICACIÓN Y FINALIDADES

Realización de Estudio de Investigación para Tesis de Recepción como Especialista en Cirugía General.

ÍNDICE

Presentación	I
Título	II
Hoja de Asesores	III
Contenido, Justificación y Finalidad	IV
Índice	1
Dedicatoria y Agradecimientos	2-3
Resumen	4
Introducción	5-9
Delimitación e Identificación del Problema	10
Objetivos y Planteamiento de Hipótesis	11
Pacientes y Método	12
Resultados	13-15
Discusión	16-18
Conclusiones	19-20
Cuadros	21-26
Referencias	27-30

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este estudio que representa la finalización de una etapa de preparación profesional y la continuidad de otro ciclo en un área algo más específica y no menos apasionante que la cirugía general, esta dedicado especialmente a mi familia por apoyarme siempre incondicionalmente en mis decisiones vocacionales.

Mención especial merece cada uno de los miembros de esta gran familia por haberme dado la oportunidad de tenerlos cerca a toda hora en la trayectoria para alcanzar mis anhelos.

Gracias a Mi Madre: Bertha Josefina Gutiérrez quién siempre mantuvo una mirada cálida y preocupada durante esas interminables jornadas de estudio.

Gracias a Mi Padre: Miguel Angel Bretón Noriega por haberme inculcado la responsabilidad, tesón, y la pasión por la medicina.

Gracias a Mis Hermanos Carlos Y Sonia Por su apoyo y comprensión.

Dedicada Muy Especialmente Margarita Gutiérrez E. Mi querida abuela por el cuidado y la preocupación hacia toda mi familia.

Dedicatoria

Debido a que la letra me lo permite agradezco y dedico este trabajo a una leyenda ya de la medicina nacional moderna como un pequeño tributo esta dedicatoria a quién hizo posible con sus enseñanzas y ejemplo dotarnos de la personalidad y carácter que define al cirujano.

Alguien quien enriqueció no solo nuestro acervo académico, sino moral y ético; preocupándose siempre por inculcarnos el respeto al paciente; y exigimos el mejor trato, la mejor medicina, el mejor método, de lo más sencillo a lo más complicado; de lo más reciente y también lo clásico. Alguien a quién solo con mencionar la palabra Maestro todo Mundo le reconoce, todos atienden a sus indicaciones, todos escuchan, todos lo respetan.

Dedicado con eterna gratitud por haber formado otra generación más y no solo una más, de Cirujanos Generales comprometidos con nuestros pacientes, dotados de la certeza clínica y académica transmitidas por nuestro querido Maestro el Doctor Roberto Pérez García. Gracias maestro.

RESUMEN:

Objetivo: Describir 18 casos de *textilomas* con sus características clínicas, radiológicas, epidemiológicas así como sus causas y complicaciones.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, Descriptivo. Se revisaron los expedientes de 48503 pacientes en un periodo de 9 años entre el 1º de enero de 1991 al 31 de julio de 2000. En dos servicios de hospitales de tercer nivel.

Resultados: Se presentaron 16 pacientes del sexo femenino y 2 del sexo masculino con *textiloma* abdominal; Edad promedio de 37.8 años. Incidencia de 1 caso por cada 3821 pacientes por año. Prevalencia de 1 caso por 1613 pacientes, 1 caso por cada 734 cirugías. 1 caso por cada 58 pacientes ocluidos. El antecedente de cirugía correspondió a: Cesárea, Colectomía e Histerectomía en la mayoría; Oclusión tubaria y Laparotomía por tumor anexial, Apendicetomía y Hernia inguinal: 1 caso cada una; Por cirugía de urgencias en 9 casos. El cuadro clínico predominante fué: Dolor y Tumor abdominal, seguido de Fiebre, Sepsis y Oclusión intestinal y Nausea y vómito lo menos frecuente. Pérdida de peso de más de 5 kg en 2 casos. El laboratorio se mostró en la mayoría normal. El diagnóstico se realizó con Placa simple de Rayos X en la mayoría. Ultrasonido en 7 casos demostrando quistes trabeculados, con sombra posterior y contenido ecogénico o calcificaciones. Se realizó el diagnóstico en la cirugía en un caso. Con un tiempo de latencia en promedio de 9 meses. El diagnóstico diferencial se llevo a cabo con Neoplasia ovárica, Cáncer de páncreas, Fístula ureterovaginal y enterocutánea. La mayoría utilizó esquema doble o triple de antibióticos antes y durante la cirugía. Se extrajeron 13 compresas y 5 gasas. Morbilidad por Resección intestinal, Reoperación por fístula ureterovaginal. Infección de herida quirúrgica. Histerectomía y Salpingooforectomía.

Discusión y Conclusiones: De acuerdo a la mayoría de las referencias citadas y a nuestra investigación la mejor forma de prevenir la falla en la cuenta de textiles en la cirugía de urgencia o programada es la utilización juiciosa de gasas y compresas, deben contarse por separado y por dos personas diferentes el instrumentista y el circulante una vez al cierre del peritoneo y otra al termino de la cirugía, solo utilizar textiles marcados, repetir la cuenta al no haber concordancia, evitar salir de quirófano en forma innecesaria, en caso falta de textil solicitar una placa de rayos X y si no es concluyente reoperar paciente lo mas pronto posible.

INTRODUCCIÓN

Los términos textiloma y textilectomía acuñados desde 1978 por Gayle Williams, Residente de la Universidad de UTAH en un artículo llamado "Gossypiboma El Problema De La Gasa Retenida" y publicado en la revista Radiology, provienen de la palabra latina "Gossypium" Gossypiboma (Textiloma) " que significa algodón, refiriéndose al material con que se fabrican la mayor parte de las veces las gasas y compresas, instrumentos de trabajo que no son otra cosa que una redcilla rectangular plegada de algodón entramado o un trozo de tela de algodón artesanal. También conocida como "Gossypiboma", "Sponge", "Gasa Quirúrgica Retenida", "Cottonoides" ⁽¹⁾ "Corpus Allienum" ⁽²⁾, o "Compresoma", "Oblitoma" o "Textiloma" es debida a la permanencia en el organismo, de gasas ⁽³⁾, compresas, o incluso campos quirúrgicos en el momento no adecuado y por tiempo variable

Varían en sus medidas, en promedio miden 19 x 10 cm; por lo general marcadas con una cinta radio opaca de Sulfato de Bario plastificado para su identificación, siendo utilizadas durante los procedimientos operatorios para proteger los órganos, el secado del campo operatorio y en ocasiones empaquetamiento hemostático transitorio. ⁽¹⁾ Retirándose siempre al término del procedimiento, tienen en común la posibilidad de permanecer dentro de las cavidades del cuerpo, debido a una falla en el control del número de textiles utilizados en la cirugía; aún contando completo hasta en 4 o 5 ocasiones en el 76% de los casos ^(1,4,5)

Por muy raro que parezca, las explicaciones por dejar la gasa son: fatiga del equipo humano, cambio de turno de trabajo, gasas adherentes, por cuenta no correcta y negación a repetirla, mala técnica de la placa de rayos equis dando por resultado falsos negativos; diagnóstico radiológico Falso o erróneo, falta de disponibilidad del equipo radiológico, excesivo sangrado, conversación en la sala de quirófanos, salida de la circulante de la misma sala, falta de realización de la cuenta de textiles, gasa buscada y no encontrada, deficiente calidad del radiomarcador, ⁽⁵⁾ Donde cabe añadir cirugías prolongadas, utilización excesiva de gasas y compresas, cambio del equipo de enfermería. Sin embargo, el término "Textiloma", implica mas ampliamente una serie de reacciones del organismo a este material, tanto inflamatorias como de reacción a cuerpo extraño; que producen desde rechazo hasta integración del material a los tejidos y que son las determinantes del carácter clínico de tal situación.

Crean adherencias y formación de quistes o encapsulamientos fibrosos, pudiendo conducir o no, una infección; iniciando un proceso pro-inflamatorio y de reacción a cuerpo extraño o presentándose como una masa mal definida al inicio del padecimiento, un tumor bien delimitado transcurrido algún tiempo o bien un tumor de tejidos blandos incluso^(6,7) o un cuadro de tipo pseudotumoral⁽⁸⁾

Desde 1884 Williams describe la presencia de cuerpos extraños en pacientes postoperados y es cuando se inicia la investigación sobre este tipo de nueva patología iatrogénica. Schachnem en 1901 describe más de 150 casos, Forges en 1939 presenta su casuística de 165 casos. Crossen en 1940 escribe sobre 397 casos⁽⁹⁾

Las estadísticas sobre el número real de sucesos de este tipo son controversiales, varían de informe en informe; el número de casos no se sabe a razón cierta. Generando alta morbi-mortalidad y grandes problemas medicolegales con reclamación cuantiosa de daños⁽³⁾ En un estudio realizado en EU la demanda por 40 casos de textiloma ascendió a más de 2 millones y medio de dólares, fincando responsabilidad mayor contra los médicos y enfermeras encargadas de la realización de la cuenta del material, alegando negligencia y trato deficiente.

En promedio por gasa, se pagó 32,000 dólares distribuyendo el cargo principalmente entre los médicos por 1.7 millones de dólares, y a las instituciones por más de 909 mil dólares⁽⁵⁾ En general se presentan una vez cada 1300 a 1500 laparotomías por diversas causas⁽¹⁰⁾ Más frecuentemente visto en mujeres del 29 al 57% de los casos.⁽³⁾ En el 85% son adultos^(9,11) Representan el 48% de los objetos dejados en cavidades⁽⁵⁾

Los textilomas son poco frecuentes y en abdomen el diagnóstico preoperatorio más frecuente es el de tumores anexiales^(12,13). Frecuentemente posterior a cirugías programadas 75% que en las de urgencias 25%⁽¹⁴⁾ El 60% de los casos en cirugía son de origen visceral y 35% de los casos por cirugía Ósea⁽⁹⁾

La mayoría son intrabdominales 55%^(5,15) en segundo termino la cavidad torácica, incluso confundándose con bronquiectasias, diagnosticada por broncoscopía y tomografía^(16,17) y en el tercer sitio los paravertebrales y retroperitoneales^(1,10) Por último en sitios más raros como el cráneo⁽¹¹⁾ asemejándose a granulomas o meningiomas con cuadro clínico caracterizado por hipopituitarismo y cefalea.

Con presentación del cuadro en forma aguda con sepsis y la presencia del material firmemente adherido a los órganos contiguos, como en el caso de una obstrucción intestinal 24% ⁽⁹⁾ Y la forma crónica con masas o granulomas, o la presencia de un tumor quístico al momento de la laparotomía. ^(9,15)

Presentándose como diferentes entidades clínicas: desde asintomática e identificación incidental en el 12% de los casos; a la presencia de dolor 40% ⁽⁹⁾ y catástrofe séptica o fístulas y erosiones intestinales. ^(18,19) Algunas veces presentándose incluidos dentro de órganos huecos como: Duodeno ⁽²⁰⁾ y la expulsión del material finalmente a través del recto ^(19,21) Se han observado inclusiones del material extraño a órganos macizos como el hígado ^(13,22) En ocasiones se presenta como una fístula cutánea con descarga de líquido inflamatorio o material purulento en quién la realización de una fistulografía demuestra la presencia de una masa circunscrita heterogénea ^(23,24)

El tipo de material más frecuentemente utilizado es la gasa ^(5,23) Se presentan en el 52% de los casos después de cirugías digestivas; en el 22% de los casos ginecológicos, vasculares y urológicas en el 10%, traumatológicas en el 6% ^(5,9) Siendo el 75% de los casos para cirugía de origen ginecológico en el presente estudio.

La reacción del organismo ante la presencia de un cuerpo extraño sea de algodón o no, puede iniciarse desde momentos posteriores a la cirugía y continuar hasta varias décadas después de la misma, ^(6,7) Lo característico es la intensa reacción inflamatoria y a cuerpo extraño, que va desde la encapsulación del material hasta la integración a los tejidos; incluso al momento de reoperar al paciente no se encuentran datos de infección sino solo la presencia de una cápsula fibrosa englobando al material con líquido de reacción y gas, así como la presencia de reacción xantogranulomatosa e importantes adherencias a diferentes órganos siendo necesaria la resección intestinal.

En un principio la identificación de esta patología era difícil, confundiendo los síntomas y hallazgos para-clínicos. Desde no saber a que se debe el cuadro, hasta identificarlo con un síndrome tumoral o incluso con cáncer. Pero el antecedente de una cirugía debe alertar al medico sobre esta posibilidad ⁽⁵⁾ La identificación actual de este tipo de patología ha cambiado; hoy en día se cuentan con herramientas de diagnóstico complementario que no existían hace tiempo. Uno de los métodos útiles para este propósito es la tomografía axial computada.

Kopka en Alemania describe aire en textiles sumergidos en agua y sin microorganismos, aun después de 6 meses con una tomografía; deduce su apariencia como una masa tabicada heterogénea con burbujas de aire que proviene del mismo que se encuentra en la trama de la gasa, incluso en los casos no asociados a abscesos. O por la presencia de signos indirectos de inflamación o formación de abscesos y calcificación. Diferenciándolo de un absceso o hematoma siendo difícil pues la imagen esponjiforme Patognomónica es rara ^(8,25,26,27)

Aun así ocurren errores o dificultades en el diagnóstico de textiloma por tomografía, en un estudio con 13 pacientes ninguno había presentado absceso antes de la cirugía solo en 9 se vio el material contrastado y en 7 gas dentro de la masa ⁽²⁷⁾

Las placas simples de Rayos equis aportan datos bien documentados al diagnóstico de esta patología, mostrando la presencia de la trama radiopaca del material y la patología asociada, como asas de intestino acodadas o la presencia de absceso o gas, en panal de abeja. ^(5,8,14,23,24,28,29)

El ultrasonido aporta al diagnóstico, desde la presencia de sombra sónica, imágenes ecogénicas, masas quísticas heterogéneas, hasta calcificación perilesional ^(8,14,29,30)

La resonancia magnética nuclear se ha probado sin mucho éxito en el diagnóstico de los textilomas, observándose masas tumorales con reforzamiento en la cápsula dependiendo de la cantidad de liquido y proteínas, se puede marcar la cápsula con Gadolinio, sin embargo, no ha demostrado tener mayor utilidad que los anteriores ^(8,31) pero con mayor éxito en patología de cráneo ⁽¹¹⁾

El diagnóstico diferencial debe hacerse casi con cualquier patología tumoral dependiendo del espectro clínico del paciente, desde enfermedad pélvica inflamatoria, hasta la presencia de tumores de ovario, intestino, estómago, etc ^(29,32)

El tratamiento indicado es la exploración quirúrgica de la zona en forma inmediata ya sea abierta o percutánea guiada por ultrasonido o vía laparoscópica con la resolución del daño provocado, con el control de la contaminación y aseo de la cavidad para prevenir infección sobre agregada ^(33,34,35,36,37) Sin embargo, en ocasiones con los pacientes asintomáticos no aceptan el procedimiento ⁽⁵⁾ Algunas veces es fácil despegarlos, sobretodo en los casos recientes sin complicaciones, pero en otras se adhieren con tal firmeza que hace imposible la separación sin

lesión del tejido adyacente o resección del mismo sea un segmento de intestino o de algún órgano macizo⁽³²⁾

El tratamiento se ofreció en forma urgente en el 70% de los casos representando daño cerca de hueso, y en el 33% en caso de daño visceral⁽⁹⁾

Los antibióticos se utilizan de forma profiláctica para aquellos casos en que el cuadro clínico no sospecha de sepsis, previniendo la infección profunda.^(38,39) Los regímenes antimicrobianos más utilizados en urgencias abdominales con peritonitis secundaria moderada están actualmente basados en ampicilina, cefoxitina, cefotetan, y sulbactam y para los casos graves cefepime más uno contra bacterias anaerobias o piperacilina o tazobactam con un aminoglucósido y anti-anaerobio^(40,41,42,43)

Las principales complicaciones son las asociadas a inflamación compromiso de los órganos cavitario e infección. Con la formación de un absceso encapsulado, erosión y perforación o fístula intestinal^(3, 5, 23, 27) De todos los casos de textiloma Fallecen del 13.5% al 15% con una morbilidad del 21%⁽¹⁰⁾

DELIMITACIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Un textiloma es el conjunto de manifestaciones del organismo tanto inflamatorias como de reacción a un cuerpo extraño fabricado con algodón debido a la permanencia de este último dentro del organismo por tiempo variable y diferentes causas.

Existen diversas razones por las que el textiloma representa un problema medico vigente tanto de orden económico, legal, ético, etc. Cada vez es más frecuentemente detectado en etapas tempranas debido principalmente a la sospecha clínica y el diagnóstico radiológico, sin embargo al momento del diagnóstico ya se han producido daños en la salud del paciente y se ha trastornado su modo de vida aunado a esto sus implicaciones éticas, y medico-legales hacen de este problema una situación relevante para el cirujano moderno, pues la reparación cuantiosa de daños en el orden material es de consideración.

Por ello la relevancia de conocer la frecuencia de este problema en el Hospital Juárez de México y Hospital de la Mujer; en dos de sus servicios en donde, por el carácter quirúrgico de la atención medica, como lo son el servicio de cirugía general y la clínica de tumores de ovario respectivamente; el diagnóstico de textilomas en los últimos años se ha incrementado debido a un mejor diagnóstico preoperatorio por medios paraclínicos en donde los antecedentes y el cuadro clínico son orientadores del problema. Y sus complicaciones han disminuido debido su diagnóstico temprano.

OBJETIVO

Objetivo General

Determinar la Frecuencia de Textilomas en dos Hospitales de Tercer Nivel de atención de la Secretaria de Salud en México Distrito Federal; Del primero de enero de 1991 al 31 de Julio de 2000.

Revisión de los expedientes de pacientes con diagnóstico de textiloma comprendidos en el periodo citado en ambos hospitales.

Objetivos Particulares

Describir de 18 casos de textiloma: las características epidemiológicas, sus causas, características clínicas y radiológicas, así como su tratamiento y complicaciones

Evaluar de forma independiente las siguientes variables: Las causas, edad, sexo, cirugía precedente, periodo de latencia, cuadro clínico, diagnóstico preoperatorio clínico, radiológico y diferencial, tiempo transcurrido entre cirugías, Indicación de la cirugía antecedente y la de resección de textiloma, evaluar el volumen del sangrado, tiempo quirúrgico, tratamiento medico y cirugía realizada, hallazgos quirúrgicos, evolución postoperatoria y complicaciones.

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

- A: Existe un Incremento en la frecuencia en el diagnóstico preoperatorio de textilomas debido a su detección por medios paraclínicos.
- B: Los antecedentes y el cuadro clínico son orientadores del problema.
- C: Las complicaciones de los textilomas han disminuido debido su diagnóstico temprano.

MATERIALES Y MÉTODO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL ESTUDIO

Todos los pacientes diagnosticados con textiloma durante una cirugía
 En el servicio de cirugía general del Hospital Juárez de México
 En la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer
 Durante el periodo comprendido entre el Primero de enero de 1991 al 31 de julio de 2000

Tamaño de la muestra:

Todos los pacientes que acuden a solicitar servicio medico en el Hospital Juárez De México y Hospital de la Mujer.

DISEÑO DEL ESTUDIO (ESTRUCTURA Y ESTRATEGIA)

Estudio: Original, Retrospectivo, Observacional y Descriptivo

DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES y PROCESAMIENTO DE DATOS:

- a) Número de pacientes de primera vez. y Promedio de casos
- b) Numero de pacientes Hospitalizados. y Promedio de casos
- c) Numero de cirugías realizadas. y Promedio de casos
- d) Sexo: Masculino; femenino. Rango y media
- e) Edad: En años. Rango y media
- f) Cirugía Precedente: Indicación, Sangrado, Complicaciones.
- g) Periodo de Latencia: tiempo entre la cirugía y el cuadro clínico: meses
- h) Cuadro clínico: Síntomas y signos.
- i) Laboratorio anormal y Gabinete: Rayos X, Tomografía, Ultrasonido.
- j) Diagnóstico preoperatorio: Medio de Identificación y método de estudio
- k) Tiempo entre cirugías: tiempo transcurrido entre cirugías.
- l) Complicaciones de la cirugía de resección de textiloma, Medicamentos utilizados, tipo, dosis, duración; Hallazgos. Diagnostico diferencial.
- m) Morbilidad: Infecciosa, quirúrgica, medica

ANALISIS ESTADÍSTICO

Media aritmética

RESULTADOS

En un periodo de 9 años y medio comprendido entre el 1° enero de 1991 al 31 de julio de 2000 se presentaron 481503 pacientes de primera vez en dos hospitales de tercer nivel de la ciudad de México, lo que representa 1 caso de textiloma en 2815 pacientes de primera vez por año o 1 caso por 1189 pacientes ingresados ya que se reportaron 203331 ingresos por diversas causas.

Se realizaron 92577 procedimientos quirúrgicos y 1 de cada 541 cirugías fue debida a textiloma. Hubo 290 pacientes con oclusión intestinal aguda resueltos por cirugía; de cada 58 pacientes que se ocluyen uno corresponde a textilomas. (Cuadro 1 y 2.)

Los 18 pacientes presentaron textiloma abdominal; En Mujeres 16/18 casos (88.8%) y 11.1% en el sexo masculino. El rango de edad estuvo entre 24 y 65 años, con un promedio de 37.8 años. (Cuadro 3,4)

La cirugía precedente correspondió a: Cesárea en 6/18 casos (33.3%) La mayoría (5 pacientes) de urgencia por preclampsia. Apendicetomía y Plastia inguinal en uno cada una; Colectectomía e Histerectomía en tres cada una; Una Histerectomía en cirugía programada y dos en cirugía de urgencia por atonia uterina y preclampsia con ruptura uterina. Oclusión tubaria en dos casos. Laparotomía por tumor anexial en otros dos y de estos, uno en cirugía de urgencias; El 50% del total resultó de cirugía de urgencias el resto en cirugía programada. Y un sangrado con rango de 300 a 3500 cc (Cuadro5)

El cuadro clínico en orden de frecuencia esta representado por: Dolor abdominal en 15/18 casos. Tumorción abdominal en el 77.7% de ellos. Fístula enterocutánea en uno. Febrícula o fiebre en el 50%. Sepsis (estado séptico toxico-infeccioso) en 4/18. Oclusión intestinal aguda en el 22.2%. No se presentó ningún paciente con oclusión intestinal crónica. Nausea y vómito 3/18. Plenitud postprandial en 8/18. Pérdida de peso de más de 5 kg en solo 2.(Cuadro 6)

El laboratorio mostró: Leucocitosis mayor de 14000 en 5 pacientes. Hemoglobina menor de 10 mg / dl en 2. Ca 19-9 en dos de ellos en que se sospechó tumor de ovario, resultando normal. (Cuadro 7)

Los estudios de Imagenología de abdomen en el 55.5% mostraron el típico patrón en panal de abeja. Se realizó Tomografía en 2. Colangiografía endoscópica, Fistulografía, y Urografía en un caso cada uno. Ultrasonido en 7/18, en todos ellos demostró quistes trabeculados, sombra posterior y contenido ecogénico o calcificaciones. (Cuadro 8)

Con un tiempo de latencia entre el cuadro clínico y la cirugía actual de 8 horas a 4 años en promedio de 9 meses. Con un rango de tiempo entre las dos cirugías de 8 horas a 16 años con una media.

El diagnóstico previo a la segunda cirugía fué: Textiloma en el 33.3%. Tumor de ovario en 6/18: cistadenoma ovarico, quiste simple ovarico o endometrioma. Diagnosticado en forma fortuita en dos con antecedente de laparotomía por neoplasia ovárica y por oclusión tubaria bilateral. En Un paciente el diagnóstico fue transoperatorio. Se sospechó Neoplasia ovárica, Fístula ureterovaginal, Fístula enterocutánea o Cáncer de páncreas en cada caso, en el último (colédoco dilatado y aumento de volumen de la cabeza de páncreas) (Cuadro 9)

En el 38.8% de los casos se utilizó monoterapia antimicrobiana y En el 61.1 % se utilizó doble esquema con alguno de estos antibióticos: cefalotina 4/18 (A). Amikacina 6/18 (B). Penicilina 16.6% (C). Metronidazol 33.3% (D). Gentamicina en 2 (E). Cefotaxima (F), Ampicilina (G), en uno cada uno. Y A+B o B+D en 3 cada uno. C+E en 2. C+D, D+F, o D+G en un caso cada uno. (Cuadro 10)

Los procedimientos realizados fueron: Resección del granuloma quístico 12/18. Resección del cuerpo extraño y salpingooforectomía unilateral, en uno. Resección de colon y hemorragia de 1500 cc en una paciente con antecedente de histerectomía de urgencias. Resección intestinal con el textiloma fusionado en un plastrón en uno. Resección del cuerpo extraño, debridación y aseo quirúrgico en 3/18. (Cuadro 11)

Los hallazgos durante la cirugía de resección de textiloma fueron gasa en 5/18 y compresa en el 72.2%. El diagnóstico histopatológico fue: Granuloma quístico encapsulado, líquido inflamatorio de reacción, Inflamación aguda y crónica con células gigantes de reacción a cuerpo extraño inespecífico en el 100% de los casos. Se presentó en una de las cirugías de resección una perforación intestinal sellada y absceso mixto enquistado. Con un rango de sangrado en las cirugías de resección de textiloma de 100cc a 1500 cc. (Cuadro 12)

Los procedimientos derivados de la fusión del textiloma con órganos intrabdominales se distribuyeron en 6 casos (33.3%) debiendo realizarse: Resección intestinal 11.1%.

La morbilidad postoperatoria esta representada por: Reoperación 11.1% por resección intestinal y fístula ureterovaginal. Histerectomía y Salpingo- oforectomía unilateral, Convulsiones, Fístula ureterovaginal en el 5.5% cada una. (Cuadro 13) Infección de herida quirúrgica en el 16.6% en quienes se utilizó doble esquema de metronidazol y amikacina o con cefotaxima. Estancia por rango de 2 a 31 días y en promedio de 10 días.

Se revisó el número de textiles utilizados en 100 cirugías escogidas al azar en el hospital de la mujer, encontrando: Utilización de compresas en histerectomía 7.6 en promedio. Gasas en histerectomía 21.1 en promedio. Rollos de gasa 9.7 en promedio. Compresas en colecistectomía 6.2. Gasas en colecistectomía 15. Rollos en colecistectomía 5.5. Compresas en plastia abdominal 7.1. Gasas en plastia abdominal 14.2. Rollos en plastia abdominal 3.5. El mínimo de gasas utilizadas fue de 5, rollos cero y compresas de 5. El máximo utilizado fue 62 gasas, 40 rollos y 15 compresas. (Cuadro 14)

DISCUSIÓN: -

En Nuestro estudio la frecuencia de retención de gasa o compresa es mayor (1/ 1189) que la esperada por las estadísticas internacionales (1/ 1300) ^(3,5) El 88% de los casos se presentó en pacientes del sexo femenino; La edad promedio fue de 37.8 años ligeramente mayor a lo reportado en la literatura^(5,9,11)

El dolor fue el síntoma principal, se presentó en 15/18 pacientes (83%) sin embargo se reporta solo en el 40% de lo casos publicados; Seguido en orden de frecuencia por tumor abdominal en el 77% y febrícula en el 50 % de los mismos.

Las complicaciones por obstrucción intestinal, fistula y sepsis representan el 22% cada uno^(8,9,12,13) La mayoría de los pacientes presentó alguno de los síntomas mencionados, y sólo en el 11% se encontró de forma fortuita que se corresponde con lo reportado en la literatura mundial de 12% (13,14,15) Sin embargo la presencia de oclusión intestinal secundaria a adherencias y cuerpo extraño es menor en nuestro estudio solo 4/18 casos (22%) que lo reportado por varios autores y que va desde el 24 hasta el 35%. La sintomatología de bloqueo intestinal por textiloma se presenta en nuestro hospital en uno de cada 58 bloqueos que son resueltos con cirugía.^(18,19,20,21,22)

El Laboratorio no ayudó al diagnostico de textiloma solo demostró parte del proceso infeccioso agregado y de las complicaciones en 7 pacientes mostrando leucocitosis en 5 y anemia en 2, sin embargo en el resto los laboratorios fueron normales.

El promedio del periodo de latencia fue de 9 meses, entre el inicio del cuadro y la cirugía, de lo que no se tiene reporte en la literatura. El tipo de cirugía más frecuente precedente de textiloma fue la operación cesárea, colecistectomía e histerectomía con el 33% cada una. El factor más importante para la persistencia del textil en nuestro estudio, dentro de la cavidad, fue el sangrado durante la cirugía precedente ya que las complicaciones derivadas de esta determinaron su presencia, y en general debida a atonia uterina, preclampsia severa, hemorragia mayor y que es similar a lo reportado en la literatura.^(5,9,23)

Los estudios de imagenología fueron el método más utilizado y más eficaz para el diagnóstico de textiloma en el 55.5% de los casos. En 10 casos la placa simple de rayos X fue el método inicial y definitivo, mostrando el típico patrón en panal de abeja. El ultrasonido fue el segundo más utilizado en 7 casos, mostrando masas ecogénicas de contenido líquido con calcificaciones.

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de neoplasia anexial. Y el diagnóstico diferencial se realizó con neoplasia ovárica en 6 casos y tumor pancreático en un caso correspondiendo a lo citado en la literatura mundial. ^(14,24,28,29,32)

El tratamiento más empleado fue: terapia antimicrobiana con dos antibióticos: amikacina y metronidazol en la mayoría de los pacientes o alguna de las combinaciones citadas previamente. El tiempo entre las dos cirugías varía desde 8 horas a 16 años, con un promedio de 48 meses, mayor a lo reportado que es de 36 meses ^(5,9,33,36,37)

Los procedimientos realizados se basaron en resección del textiloma y debridación, o resección del granuloma quístico en el 66% de los casos, resección intestinal en el 11.1% de los casos. Presentando un sangrado menor a lo reportado que va de 100 cc a 1500 cc. Los hallazgos operatorios corresponden en la mayoría, al proceso de reacción a cuerpo extraño y formación de absceso, con la formación de adherencias y la integración al tejido adyacente, lo que condujo a resección intestinal en el 11.1% de los casos ^(5,32,38,39)

Se obtuvo una gasa en 5/18 casos (27%) y compresa en 13/18 casos (72.2%) menor para la gasa y mas del doble para la compresa que lo reportado en la literatura ^(5,9,32,33,38,39) La presencia de textiloma en cirugía programada representó solo el 50% un promedio mas bajo que lo reportado (75%), y la cirugía de urgencia más alta ya que se presentó en el 50% pues en lo reportado en la literatura mundial es del 25%.
(9)

El tipo de morbilidad que se presentó fue debida a la consiguiente resección intestinal secundaria a la formación de adherencias firmes entre los tejidos adyacentes y el cuerpo extraño; Infección de la herida quirúrgica, que se asoció a hemorragia intraoperatoria mayor de 1000cc.

Se presentó una Fístula ureterovaginal secundaria a erosión de ureter por el cuerpo extraño. Convulsiones en una paciente relacionadas a choque hipovolemico. La estancia promedio fue de 10 días menor a lo reportado en la literatura mundial ^(9,5,10,23,27)

La utilización de textiles en cirugía en promedio fue de 7.6 compresas para histerectomía, 6.2 para colecistectomía, y 7.1 para plastia abdominal; de 21 gasas para histerectomía 15 para colecistectomía y 14 para plastia abdominal de lo que no se observo reportes en la literatura mundial, sin embargo entre mas textiles se utilizan en cirugía mayor es el riesgo de olvidar uno en cavidad.

CONCLUSIONES

La presencia de cuerpos extraños en cavidad abdominal dejados tras la cirugía incrementa la tasa de morbimortalidad en pacientes, por infección, perforación, y oclusión intestinal. Incrementa el costo de atención de estos pacientes y expone al médico y a la institución a problemas medicolegales con alto costo por indemnización.

La incidencia en la edad reproductiva es alta, la mayoría de los casos se presenta en las edades comprendidas entre 24 y 65 años, lo que incrementa el daño productivo a la sociedad.

El cuadro clínico se encuentra dominado predominantemente por dolor, tumor y febrícula en la mayoría de los casos. Por lo general poco orientador y en ocasiones ambiguo.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con patología anexial en el caso de pacientes del sexo femenino y en el resto el antecedente de cirugía dará pistas sobre la causa. La mayoría se presenta secundario a cirugía ginecológica.

Cada vez es más frecuentemente identificado este problema derivado de la mejor comprensión de los datos radiológicos en pacientes postoperados, el antecedente mas importante de sospecha es la misma cirugía previa.

Los laboratorios no aportan datos directos de la presencia de textilomas en cavidad, solo demuestran el estado toxico-infeccioso del paciente observado en las complicaciones por la presencia de textiloma.

Con gran variabilidad en el tiempo entre las cirugías y el inicio del cuadro clínico y la cirugía de resección, lo que conlleva a dificultad diagnóstica.

Los antibióticos más utilizados son la cefalotina, amikacina y metronidazol, consideramos que en el caso de sospecha de textiloma la utilización profiláctica de un esquema antimicrobiano que incluya dos o mas de estos medicamentos es la adecuada.

El cirujano debe estar preparado para afrontar toda una gama de procedimientos durante la resección del textiloma, desde la resección y debridación simple hasta la resección intestinal o histerectomía en condiciones no adecuadas, pues el espectro patológico de las lesiones por cuerpo extraño es muy amplia y puede ir desde la

presencia de enquistamientos hasta la formación de adherencias firmes, pudiendo ocasionar daño al retirar el cuerpo extraño.

El mejor metodo para controlar los textiles y prevenir la falla en las cuentas de los mismos es asumir una actitud critica y objetiva asi como racional en el uso de textiles, pues desde la utilización de una gasa hasta 65 en un solo procedimiento tiene riesgo de falla en la cuenta de los mismos al termino de la cirugía.

Siempre debe ser realizado el conteo de los textiles al cerrar el peritoneo y la piel, por personal de enfermeria y medico responsable, evitar distracciones en la sala de quirófanos, ser cuidadoso durante los cambios de turno y personal durante la cirugía.

Realizar una cirugía cuidadosa y controlar eficazmente el sangrado. Evitar introducir materiales que no contengan cinta radiopacan y en caso de duda solicitar placa de rx en quirófono, para en caso de ser positiva a textiloma reintervenir inmediatamente al paciente.

RESULTADOS POR CUADROS

1. Frecuencia de Textilomas en el Hospital de la Mujer y Hospital Juárez de México

	Número de casos	Frecuencia	%
Consultas de primera vez:	481, 503	1 / 2815	.003738
Ingresos:	203, 331	1 / 1189	.008852
Procedimientos quirúrgicos:	92, 577	1 / 541	.019443

2. Oclusión Intestinal Secundaria A Textiloma "Hospital Juárez de México"

Frecuencia	No de casos operados	Oclusión por textiloma	%
290	5	1 / 58	1.72413

3. Distribución de casos por sexo.

Sexo	Casos	%
Masculino:	16	88.8
Femenino	2	11.1
Total:	18	100

4. Distribución de Casos por Edad

grupo de edad	n° de pacientes	
20 a 24 años	1	
25 a 29 años	2	
30 a 34 años	5	RANGO: 24 A 65 años
35 a 39 años	4	MEDIA: 37.8 años
40 a 44 años	2	
45 a 49 años	1	
50 o más años	3	
TOTAL	18	

5. Distribución por cirugía precedente

Cirugía	Número de Casos		Urgencia		Programada	
Cesarea	6		5	27.7%	1	5.5%
Colecistectomía	3		0	0%	3	16.6%
Histerectomía	3		2	11.1%	1	5.5%
Oclusión Tubaria	2		0	0%	2	11.1%
Masa Anexial (LAPE)	2		1	5.5%	1	5.5%
Apendicectomía	1		1	5.5%	0	0%
Hernia Inguinal	1		0	0%	1	5.5%
TOTAL	18	100%	9	50.0%	9	50.0%

6. Cuadro Clínico

Signos y Síntomas	número de casos	
Dolor abdominal mal definido	15	83.3%
Tumor abdominal	14	77.7%
Elevación térmica	9	50.0%
Plenitud Postprandial	8	44.4%
Estado tóxico infeccioso	4	22.2%
Oclusión Intestinal aguda	4	22.2%
Nausea y vómito	3	16.6%
Pérdida de peso (mas de 5 kg)	2	11.1%
Fístula entercutanea	1	5.5%

7. Laboratorio

Examen	Número de casos
Leucocitos mayores a 14,000 cel/dl	5
Hemoglobina menor de 10 mg/ dl.	2
Ca19-9 normal	2

8. Estudios de Gabinete

Estudio	Número de casos
Placa simple de Rayos X	10
Ultrasonido abdominal	7
Tomografía axial computada	2
Colangiografía	1
Fístulografía	1
Urografía excretora	1

9. Diagnóstico Preoperatorio

Diagnóstico	Número de casos	
	Número	Porcentaje
Textiloma	6	33.3%
Tumor de ovario	7	38.8%
Cistadenoma mucinoso	2	11.1%
Quiste simple	2	11.1%
Endometrioma	2	11.1%
Neoplasia maligna	1	5.5%
Cancer de páncreas	1	5.5%
Fístula ureterovaginal	1	5.5%
Fístula enterocutánea	1	5.5%

10. Esquema Terapéutico antibiótico y combinaciones

Fármaco	Número de casos	Combinaciones	Casos
a. cefalotina	4	a+b	3
b. amikacina	6	c+d	1
c. penicilina	3	b+d	3
d. metronidazol	6	c+e	2
e. gentamicina	2	d+f	1
f. cefotaxima	1	d+g	1
g. ampicilina	1		

11. Tratamiento quirúrgico

Procedimiento	Número de casos	
	Número	Porcentaje
Resección de Granuloma Quístico	12	66.6%
Resección de cuerpo extraño y Salpingooforectomia	1	5.5%
Resección Intestinal de Cólón	1	5.5%
Resección intestinal De Intestino delgado	1	5.5%
Debridación y aseo quirúrgico con resección de textil	3	16.6%
Total	18	100%

12. Hallazgos

Tipo	Número de casos	%
Gasa	5	27.7
Granuloma Quístico encapsulado	4	22.2
Granuloma inflamatorio agudo y crónico	1	5.5
Compresa	13	72.2
Inflamación mixta con células gigantes de reacción a cuerpo extraño	8	44.4
Perforación intestinal sellada	1	5.5
Absceso mixto	3	16.6
Absceso enquistado	1	5.5
Total	18	100

13. Complicaciones de la cirugía de resección de textiloma

Tipo	Número de Casos	
Resección intestinal	2	
Reoperación	2	
Resección intestinal	1	
Fistula ureterovaginal	1	
Infección de herida quirúrgica	3	Rango de estancia:
Metronidazol y amikacina	2	2 a 31 días
Metronidazol y Cefotaxima	1	
Histerectomía y ooforectomía	1	Promedio de estancia
Choque, convulsiones	1	10 días
TOTAL	9	

14. Utilización de textiles en 100 Cirugías seleccionadas al azar

Textil	Cirugía			Mínimo	Máximo
	Histerectomía	Colecistectomía	Plastia abdominal		
Compresa	7.6	6.2	7.1	5	15
Gasa	21.1	15	14.2	5	62
Rollo	9.7	5.5	3.5	0	40

REFERENCIAS:

- 1)Van Goethem JW, Parizel PM, Perdieu D, et al: MR AND CT IMAGING OF PARASPINAL TEXTILOMA (GOSSYPBOMA). J COMPUT ASSIST TOMOGR 1991; Nov-Dec; 15(6): 1000- 3
- 2)René L. LE CORPUS ALIENUM. Actualités chirurgicales Paris Mason, 1985: 42-50.
- 3)Rodríguez G, Ruso L, Bruno G, Balboa O; CORPUS ALIENUM INTRABDOMINAL. Cir Uruguay 1997; 67(2): 80-83
- 4)Mathew JM; Rajshekhar V; Chandy MJ: MRI FEATURES OF NEUROSURGICAL GOSSYPBOMA: REPORT OF TWO CASES Neuroradiology -1996 Jul; 38(5): 468-9
- 5)KAISER C, FRIEDMAN S, SPURLING KP, ET AL . THE RETAINED SURGICAL SPONGE. ANN SURG 1996 JUL; 224(1):79-84
- 6)Roumen RM. Weerdenburg HP: MR FEATURES OF A 24-YEAR-OLD GOSSYPBOMA. A CASE REPORT. Acta Radiol - 1998 Mar; 39(2): 176-8
- 7)Romanehsen B. Bahner ML; Delorme S: SEPTIC FOCUS IN THE RETROPERITONEUM-IATROGENIC FOREIGN BODY OF COTTON (GOSSYPBOMA) Radiologe - 1998 Feb; 38(2): 135-7
- 8)Lauwers PR; Van Hee RH: INTRAPERITONEAL GOSSYPBOMAS: THE NEED TO COUNT SPONGES. World J Surg - 2000 May; 24(5): 521-7
- 9)Le Neel JS, De Cussal JB, Dupas B et al. TEXTILOMES. A PROPOS DE 25 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE. Chirurgie 1994; 120: 272-7.
- 10 Fernandez LR; Marin LFJ; Fradejas LJM; Diaz GLM; Camarero ME; Moreno AM: POSTOPERATIVE TEXTILOMAS: REVIEW OF 14 CASES. Int Surg - 1998 Jan-Mar; 83(1): 63-6
- 11 Feldman RP, Marcovici A, Suarez M, Goodrich JT: FOREIGN BODY GRANULOMA MIMICKING INTRACRANIAL MENINGIOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. NEUROSURGERY 1999 Apr; 44(4):855-8

12. Perez GR; Rodriguez GH, Hernandez BS, et al. TEXTILOMAS QUE SEMEJAN PATOLOGIA ABDOMINAL TUMORAL, DESCRIPION DE 6 PACIENTES. *Cirujano General*. 1998; oct-dic v20; n4: 263-267
- 13 Ezaki T, Okamura T, Yoshida Y et al. FOREIGN BODY GRANULOMA MIMICKING AN EXTRAHEPATICALLY GROWING LIVER TUMOR: REPORT OF A CASE. *Surg Today* 1994; 24: 829-32
- 14 Sahin-Akyar G; Yagci C; Aytac: PSEUDOTUMOUR DUE TO SURGICAL SPONGE: GOSSYPIBOMA. *Australas Radiol* - 1997 Aug. Volume 77 • Number 4; 41(3): 288-91
15. Moyle H; Hines OJ; McFadden DW: GOSSYPIBOMA OF THE ABDOMEN. *Arch Surg* 1996 May; 131(5): 566-8
- 16 Vayre F - Richard P; Ollivier JP INTRATHORACIC GOSSYPIBOMA: MAGNETIC RESONANCE FEATURES. *Int J Cardiol* - 1999 Jul 31; 70(2): 199-200
- 17 Hadrami J; Rojas M; de Fenoyl O; Kharsa G; Marzelle J; Chotard Y :TEXTILOME PULMONAIRE REVELE PAR UNE HEMOPTYSIE 12 ANS APRES THORACOTOMIE. *Rev Med Interne* - 1998 Nov; 19(11): 826-9
- 18 Zbar AP, Agrawal A, Saeed IT, Utidjian MR. GOSSYPIBOMA REVISITED: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE. *J R Coll Surg Edinb* 1998 Dec; 43(6): 417-8
- 19 Risher WH, Mc Kinnon WM. FOREIGN BODY IN THE GASTROINTESTINAL TRACT: INTRALUMINAL MIGRATION AFTER LAPARATOMY SPONGE. *South Med J* 1991; 84(8); 1042-5 AGO.
- 20 Bortagaray C, Errandonea J. CUERPO EXTRAÑO INTRADUODENAL. *Cir Uruguay* 1973 ; 43: 279-82
- 21 Robinson KB, Levin EJ. EROSION OF RETAINED SURGICAL SPONGES INTO THE INTESTINE. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1966; 96: 339-43.
- 22 Burstin J. CUERPO EXTRAÑO INCLUIDO EN EL HÍGADO. *Cir Uruguay* 1963; 43: 263-4.

23 Kavita S, Rekha G, Goyal SC, et al: RADIOLOGICAL QUIZ: ABDOMEN. SodhiInd J Radiol Imag 1999; 9: 2: 81-8

24 Pierson MA. PATIENT AND ENVIRONMENTAL SAFETY. : Meeker M, Rothrock J, eds. Alexander's Care of the Patient in Surgery. 10th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1995:31-32.

25 Sheward SE, Williams AG, Mettler FA, Lacey SR. COMPUTERIZED TOMOGRAPHY APPEARANCE OF A SURGICALLY RETAINED TOWEL: GOSSYPIBOMA. J COMPut Assist Tomogr 1986; 10: 343-5.

26 Kalovidouris A, Kehagias D, Mouloupoulos L, Gouliamos A, Pentea S, Vlahos L. ABDOMINAL RETAINED SURGICAL SPONGES: CT APPEARANCE. Eur Radiol 1999; 9(7):1407-10

27. Kopka L. Fischer U. Gross AJ. Funke M. Oestmann JW. Grabbe E. CT OF RETAINED SURGICAL SPONGES (TEXTILOMAS): PITFALLS IN DETECTION AND EVALUATION. J. Comput. Assist Tomogr. 1996 Nov-Dec 20(6): 919-23.

28. Choi BI, Kim SH, Yu ES et al. RETAINED SURGICAL SPONJE. DIAGNOSIS WITH CT AND SONOGRAPHY. Am J Roentgenol 1988; 150: 1047-50

29 Botet de Castillo F, López S, et al DIAGNOSIS RETAINED ABDOMINAL GAUZE SWABS BrJSurg1995; FEB 82(2): 227-8.

30 Sugano S, Suzuki T, Linuma M et al GOSSYPIBOMA DIAGNOSIS WITH ULTRASONOGRAPHY J Clin Ultrasound 1993: 21 289-92

31 Mochizuki T, Takehara Y, Ichijo K, Nishimura T, Takahashi M, Kaneko M. CASE REPORT: MR APPEARANCE OF A RETAINED SURGICAL SPONGE. Clin Radiol 1992; 46: 66—7.

32 Rappaport W, Haynes K. THE RETAINED SURGICAL SPONGE FOLLOWING INTRA-ABDOMINAL SURGERY: A CONTINUING PROBLEM. Arch Surg 1990; 125:405—7

33 Bohnen JMA: OPERATIVE MANAGEMENT OF INTRABDOMINAL INFECTIONS Infect Dis Clin North Am 6:511-523, 1992

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 34 Schein M: MANAGEMENT OF SEVERE INTRA-ABDOMINAL INFECTION. *Surg Annu* 24:47-68, 1992
- 35 Wilson SE: A CRITICAL ANALYSIS OF RECENT INNOVATIONS IN THE TREATMENT OF INTRA-ABDOMINAL INFECTION. *Surg Gynecol Obstet* 177(Suppl): 11-17, 1993
- 36 Jain M, Jain R, Sawhney S. GOSSYPIBOMA:ULTRASOUND GUIDED REMOVAL. *J Clin Ultrasound* 1995; 23: 321-3.
- 37 Uranus O, Schauer C, Pfeifer J, Dagdoglu A. LAPAROSCOPIC REMOVAL OF A LARGE LAPAROTOMY PAD FORGOTTEN IN SITU. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 77-9
- 38 Dellinger EP: UNDESIRE EFFECTS OF ANTIBIOTICS AND FUTURE STUDIES. *Eur J Surg* 576(Sup): 29-32, 1996
- 39 Hirshberg A, Mattox KL: PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. *Eur J Surg* 576 (Suppl): 56-58, 1996
- 40 Bohnen JMA, Solomkin JS, Dellinger EP, et al: GUIDELINES FOR CLINICAL CARE: ANTI-INFECTIVE AGENTS FOR INTRA-ABDOMINAL INFECTION: A SURGICAL INFECTION SOCIETY POLICY STATEMENT. *Arch Surg* 127:83-89
41. Nathens AB, Rotstein OD: ANTIMICROBIAL THERAPY FOR INTRA-ABDOMINAL INFECTION. *Am J Surg* 172(suppl 6A): 1S-6S, 1996
- 42 Pollock AV: Duration of antibiotic treatment in surgical infections of the abdomen. At what point is infection cured but inflammation persists? *Eur J Surg* 1996; 576(Suppl): 13-15
- 43 Sawyer MD, Dunn DL Antimicrobial Therapy of intra-abdominal sepsis. *Infect Dis Clin North Am* 1992 ,75 (6):545-570