

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Extracción endoscópica de gasa quirúrgica en colon derecho

J. B. Gornals Soler, T. Lobatón Ortega, F. Rodríguez Moranta y J. Miquel Collell

Unidad de Endoscopia. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

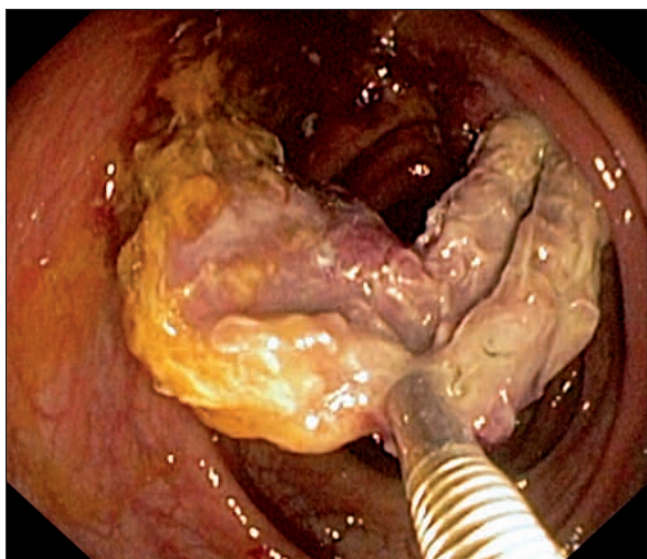


Fig. 1. Extracción endoscópica con pinza de 2 patas de la gasa a nivel de colon ascendente.

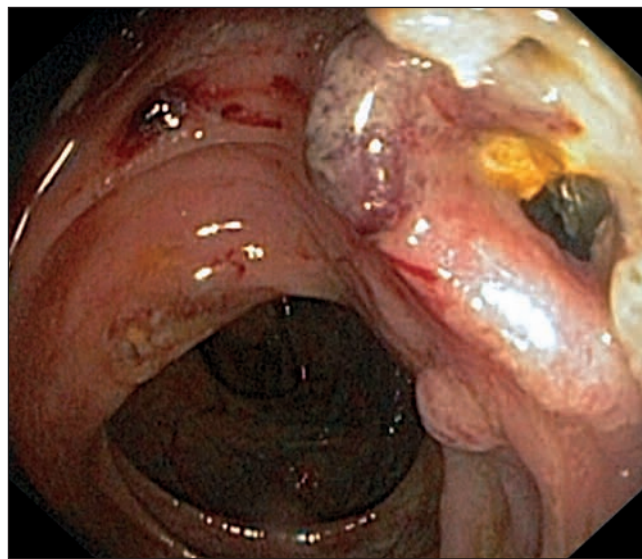


Fig. 3. Imagen del orificio fistuloso en la pared del colon después de la extracción del cuerpo extraño.

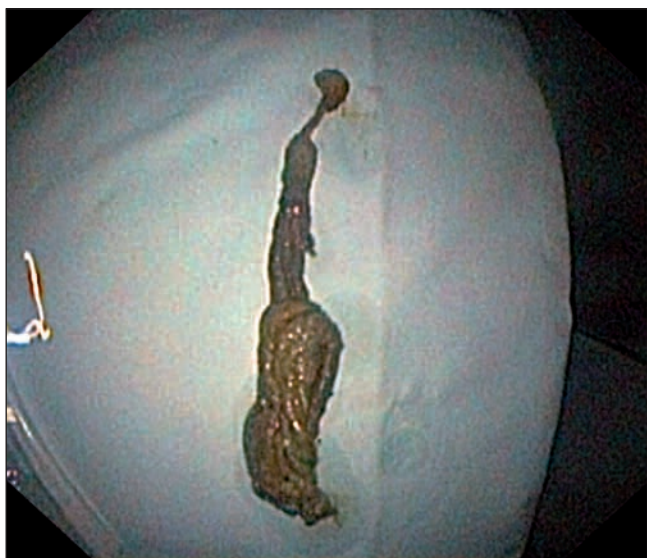


Fig. 2. Imagen de la gasa sin extenderla después de su extracción total. Longitud total: 60 cm.

Varón de 33 años con único antecedente patológico de intervención quirúrgica por brida abdominal congénita hace 14 años, que presentó varios episodios de dolor abdominal cólicos en los últimos 3 meses con visita al servicio de urgencias. Se realizaron exploraciones complementarias (tomografía computerizada y colonoscopia) en otro centro que informaron de proceso inflamatorio crónico en región de colon derecho e imagen de cuerpo extraño con aspecto de gasa. Se remitió a nuestra unidad como hospital de referencia para valorar su extracción. El procedimiento endoscópico observó una imagen compatible con gasa quirúrgica exteriorizada a la luz del colon (Fig. 1) y adherida a una pared intestinal con signos inflamatorios (edema, friabilidad). Con pinza de 2 patas metálica se traccionó lentamente hasta la extracción total del 'gasoma' de una longitud total de 60 cm (Fig. 2). A la revisión, se apreció un orificio fistuloso con comunicación a una cavidad (Fig. 3), sin evidencia de sangrado. La evolución clínica fue favorable sin repetición de episodios de dolor y un control por TC a los 3 meses, describió la presencia de cambios inflamatorios residuales leves.

Los cuerpos extraños de material quirúrgico después de una intervención no es una situación inusual (1,2). Normalmente son sintomáticos con formación de abscesos, hemorragia, dolor abdominal agudo o crónico por la erosión de vasos o asas intestinales. El tratamiento depende de otra intervención quirúrgica para proceder a su extracción (3).

En nuestro caso, los síntomas en relación al cuerpo extraño quirúrgico empezaron 14 años después de la intervención y es llamativo el comportamiento natural de buscar un 'camino' luminal hacia su exteriorización. El trabajo endoscópico, simplemente fue ayudar a la expulsión de la gasa y ahorrar así, una cirugía al paciente.

REFERENCES

1. Cipolletta L, Bianco MA, Rotondano G, Prisco A, Catalano M, Gatto A, Carlomagno P. Endoscopic retrieval of a surgical gauze from the common bile duct. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997; 29(1): 58-61.
2. Ibrahim IM. Retained surgical sponge. *Surg Endosc* 1995; 9(6): 709-10.
3. Childers JM, CAplinger P. Laparoscopic retrieval of a retained surgical sponge: a case report. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3(2): 135-8.