



# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

## **UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

### **CARRERA DE MEDICINA**

OCLUSIÓN INTESTINAL PRODUCTO DE COMPRESOMA  
FISTULIZADO DESDE CAVIDAD PERITONEAL HACIA COLÓN  
TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MEDICO

**AUTOR: JUAN PABLO JARAMILLO ALVAREZ**

**DIRECTOR: DR. HERMEL ESPINOSA ESPINOSA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2020**

*Yo me gradúe en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*

# **OCLUSIÓN INTESTINAL PRODUCTO DE COMPRESOMA FISTULIZADO DESDE CAVIDAD PERITONEAL HACIA COLÓN**

## **RESUMEN**

### **Antecedentes**

Los textilomas, oblitos o compresomas se definen como aquel objeto o cuerpo extraño no absorbible que se aloja o permanece dentro de una cavidad corporal en una forma no intencional después de la cirugía.

### **Objetivo.**

Describir la presentación del oblitio abdominal, fisiopatología, aspectos clínicos, tratamiento y prevención.

**Fuente de los datos:** Hospital Universitario Católico de Cuenca.

### **Caso clínico**

Paciente masculino de 24 años, con antecedente de colecistectomía por cirugía abierta hace 2 años, refiere desde hace 4 meses dolor abdominal, cólico, 5/10 en EVA en hipocondrio derecho, mesogastrio y hemiabdomen izquierdo, deposiciones semilíquidas, pérdida de peso y distensión abdominal. Al examen físico: frecuencia cardíaca 104 latidos por minuto, abdomen: distendido, Ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso en hemiabdomen izquierdo, timpanismo en marco colónico. Región lumbar: puño percusión izquierda positiva. El diagnóstico de la tomografía abdominal fue de fecaloma, mismo que se procede a retirarlo mediante rectosigmoidoscopia, observando que se van desprendiendo hilos en forma irregular hasta que se elimina una compresa.

### **Limitaciones**

Existe un subregistro de la presencia de oblitomas en cavidades, desconociendo la cantidad de casos con resolución espontánea, y cuando acontece se niega o no se publica su hallazgo. No existen estudios necrópsicos sistemáticas y la aceptación del compresoma constituye un potencial problema médico – legal.

## **Conclusiones**

Los oclitos o compresomas constituyen un problema real, vigente, que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico, causando graves consecuencia a la salud del paciente aumentando el riesgo de morbimortalidad. Ante el dolor abdominal inespecífico con antecedente de intervención quirúrgica pensar en la posibilidad de oclito.

**Palabra Clave:** oclito, textilomas, cuerpo extraño

## **ABSTRACT**

### **Background**

Textileomas, obliters or compresomas are defined as that non-absorbable foreign object or body that lodges or remains inside a body cavity in an unintended way after surgery.

### **Objective.**

Describe the presentation of the abdominal oblit, pathophysiology, clinical aspects, treatment and prevention.

**Data source:** Hospital Universitario Católico de Cuenca.

### **Clinical case**

24-year-old male, with a history of open surgery cholecystectomy 2 years ago, has reported abdominal pain, colic, 5/10 in VAS in the right upper quadrant, mesogastrium and left hemiabdomen, semi-liquid stools, weight loss and distention abdominal. On physical examination: heart rate 104 beats per minute, abdomen: distended, decreased air-fluid noises, painful left hemiabdomen, bloating in colonic frame. Lumbar region: positive left percussion fist. The diagnosis of the abdominal tomography was of fecaloma that was found unattainable through the extraction of the digit, it was removed by rectosigmoidoscopy, observing that threads were detached in an irregular way until a compress was removed.

### **Limitations**

There is an underreporting of the presence of oblitomas in cavities, the number of cases with spontaneous resolution being unknown, and when this occurs their finding is denied or not published. There are no systematic autopsy studies and the acceptance of compresoma constitutes a potential medico-legal problem.

### **Conclusions.**

Oblites or compresomas constitute a real, current problem that affects the safety of the surgical patient, causing serious consequences to the health of the patient that increases the risk of morbidity and mortality.

In the face of nonspecific abdominal pain with a history of surgical intervention, think about the possibility of obliteration.

**Key Word:** oblite, textileomas, foreign body

# INDICE

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	5
JUSTIFICACIÓN .....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVO .....	13
DISCUSION .....	15
CONCLUSION .....	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	18

## **JUSTIFICACIÓN**

Los oblitos en una cavidad corporal es un error médico bien conocido que puede ocurrir después de todo tipo de intervención quirúrgica. Este evento tiene un trágico impacto en el paciente, en el personal de la salud y la institución (1).

La presencia de cuerpos extraños u oblitos, posterior a una intervención quirúrgica son una iatrogenia, evitable, que pone en grave riesgo al paciente. Su incidencia es infraestimada producto de un subregistro de los casos. Las gasas y compresas representan cerca del 80% de los cuerpos extraños olvidados, debido a que son los de mayor tránsito dentro del campo quirúrgico (2).

## **INTRODUCCIÓN**

Los textilomas u oblitos se definen como aquel objeto o cuerpo extraño que se aloja o permanece dentro de una cavidad corporal o un sitio quirúrgico en una forma no intencional después de la cirugía, la presencia de estos cuerpos extraños es una condición inusual debido a que la incidencia de oblitos es variable y no se informa, principalmente por las implicaciones legales de su detección, también porque muchos pacientes permanecen asintomáticos. La tasa de incidencia varía entre 1 de cada 1000 a 1 de cada 1500 operaciones intraabdominales y 1 de cada 300 a 1 de cada 1000 de todas las intervenciones quirúrgicas (3)(4).

Sin embargo, según Balcázar et. al., 2016 la incidencia es desconocida, esto, se debe a un subregistro de su frecuencia por el alto riesgo de demandas, ya que son errores médicos raros que pueden causar un daño significativo al paciente, acarreando profundas consecuencias profesionales y médico legales para el personal e instituciones de salud, así también por falta sistemática de autopsias y por la evacuación de orificios naturales. Estos cuerpos olvidados se acompañan de una elevada morbimortalidad (5).

Existen diversos sinónimos que son utilizados para referirse a cuerpos extraños según la literatura revisada se utilizan palabras como: los oblitomas, compresomas, pseudotumor de gasa, gossypibomas y los textilomas, este último resultando el más utilizado en la actualidad para definir este accidente con un término no médico (2).

Aproximadamente el 85% de estos cuerpos extraños corresponden a compresas, gasas y campos quirúrgicos, los mismos que en su composición contienen fibras no asimilables por el organismo. El tipo de cirugía que más casos reporta oblitos son la cirugía abdominal y ginecológica, puesto que cada una de ellas representa el 40% del total de casos reportados (5).

Varios factores de riesgo han sido propuestos por algunos autores, destacándose la obesidad, el sangrado intraoperatorio mayor a 500cc y sobre todo la existencia de cambios en la constitución del personal (instrumentistas, circulantes, enfermeras) durante el procedimiento (4).

Balcázar et al. 2016 divide en cuatro grupos los factores asociados con la retención del cuerpo extraño relacionados con:

- Cirugías de urgencia, prolongadas y que requieran varios procedimientos en el mismo acto quirúrgico.
- El cirujano, como fatiga o desconcentración.
- El personal auxiliar, como un error en el conteo previo y post quirúrgico de los materiales.
- El paciente, como se mencionó anteriormente, en sangrados importantes y personas con sobrepeso y obesidad (5).

El equipo quirúrgico, que se encuentra integrado por el cirujano, ayudantes, anestesistas, enfermeros circulantes e instrumentadores, son de vital importancia el control de los insumos administrados en las cirugías. El papel del instrumentador es fundamental, debido a que es su responsabilidad comprobar el total de gasas, compresas y cualquier elemento que se utilice en la cirugía y que pudiese ser olvidado dentro del organismo del paciente (6).

La presentación clínica producto de la presencia de textilomas puede ser aguda o crónica y están relacionadas con el sitio anatómico donde se aloja el cuerpo extraño y el tipo de respuestas inflamatoria que llega a desencadenar el huésped, por lo tanto, estas pueden ser variables e inespecíficas como, por ejemplo: dolor, fiebre, náuseas, vómitos, hiporexia, diarrea, hemorragia digestiva

alta o baja, adherencias intestinales, peritonitis granulomatosa, incapacidad funcional, oclusión intestinal, sepsis, síndrome de disfunción multiorgánica o incluso la muerte. Es importante recalcar que hasta el 30% de pacientes portadores de cuerpos extraños, pueden estar asintomáticos (3)(7)(8)(9).

Las manifestaciones clínicas agudas aparecen muy próximas a la cirugía inicial en la cual predominan las reacciones exudativas con una tendencia a la formación de abscesos y fistulización a piel u otro órgano (3).

Secuencialmente a las 24 horas hay inflamación exudativa, del octavo al décimo tercer día, inflamación granulomatosa, que es un patrón distintivo de inflamación crónica, caracterizado por agregación de macrófagos activados que adquieren un aspecto de células escamosas agrandadas, rodeadas por linfocitos, fibroblastos y tejido conjuntivo, su función es contener al agente agresor; estas células provocan adhesión a los tejidos circundantes (10). A partir de los 5 años, estos podrían desintegrarse, calcificarse e incluso osificarse (11).

La presentación crónica, (es la más frecuente) se manifiesta con síntomas que tardan en aparecer muchos meses o incluso años después de la intervención quirúrgica, y esta se caracteriza por la formación de un granuloma aséptico a cuerpo extraño bien encapsulado con síntomas subjetivos e inespecíficos de larga fecha, ameritando cirugía para su extracción (3)(12).

Fisiopatológicamente el oblito al encontrarse alojado en algún espacio libre de la cavidad abdominal, puede “labrar” complejos trayectos en el intento que hace el organismo para tratar de deshacerse de él, habiéndose reportado migraciones a intestino delgado, colon, estómago, vejiga urinaria, al tórax por vía trans diafragmática, e incluso se han introducido parcialmente al colédoco, produciendo un íctero obstructivo; sin que exista una apertura aparente de la víscera en el momento que se realiza la laparotomía; en otros casos existe un proceso séptico local, lo que favorece su migración a través de una fístula. Estas migraciones están muy relacionadas con las reacciones inflamatorias agudas y crónicas del organismo humano (13).

Balcázar et al. 2016 propone dos procesos fisiopatológicos causados por los cuerpos extraños:

1. Fibrosis aséptica, con formación de adherencias y formación de cápsulas que termina en un granuloma.
2. Fibrosis exudativa, que forma un absceso con colonización bacteriana o sin ella.

En referencia a la presunción diagnóstica de oblitio, se la debe plantear en cualquier posoperatorio (precoz o alejado) que presente algunas de las complicaciones ya mencionadas (5).

Diagnosticar esta entidad representa un reto para el personal de salud, esto se debe a lo inespecífico de sus manifestaciones clínicas, la dificultad de reconocer a través de técnicas radiológicas y de imagen y a lo infrecuente que es el considerar esta posibilidad diagnóstica (14).

El diagnóstico frecuentemente se hace de forma accidental. La prueba diagnóstica más sensible es la imagenología, generalmente mediante una placa simple, permitiendo identificar gasas y compresas marcadas con material radiopaco; el patrón radiológico clásico es el de panal de abejas o en miga de pan que corresponde a la compresa infiltrada por secreciones y gas, sin embargo, el hecho que no esté presente el marcador no descarta el diagnóstico (2).

Un porcentaje menor requerirá estudios más avanzados como una ecografía o tomografía o a veces resonancia magnética. De estas tres la mejor opción por su disponibilidad y facilidad es la ecografía. Los hallazgos por este método son de 3 tipos:

- 1) Área ecogénica con sombra acústica posterior y periferia hipoecogénica, producida por los pliegues que forman el cuerpo extraño.
- 2) Masa quística bien definida con centro ecogénico ondulado avascular (Doppler).
- 3) Patrón inespecífico con masa hipoecogénica y sombra acústica.

La tomografía nos permite evaluar patrones normales, variantes y las condiciones anormales de la parte del organismo donde esté la sospecha de un cuerpo extraño (14). Ayuda con alta precisión para el diagnóstico y localización de la compresa retenida en abdomen y pelvis, cuando hay la presencia de un marcador radiopaco (8). En este examen se observa una masa bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos y líquido libre intraabdominal, también se puede observar gas atrapado dentro de la gasa. En caso de cronicidad puede existir la presencia de calcificaciones en la pared de la cavidad o únicamente asemejarse a una masa quística inespecífica (15).

Las series gastrointestinales con contraste, en pacientes no ocluidos en el lumen, son de valor al mostrar el defecto de llenado intraluminal y en ocasiones puede penetrar el contraste en la cavidad del absceso mediante el cual, previa fistulización, migró la compresa hacia la luz intestinal. Rasim Gencosmanoglu demostró en un caso reportado el sitio exacto de la fistulización del textiloma hacia la luz intestinal a través de una seriada gastrointestinal contrastada (16).

El tratamiento para una obstrucción intestinal depende de la causa del trastorno, en este caso, la presencia de un cuerpo extraño, mismo que debe removerse. Los objetos retenidos que han permanecido durante largos periodos pueden retirarse con alto porcentaje de complicaciones. Los procedimientos más frecuentes para extraer y tratar las complicaciones provocadas por objetos extraños retenidos incluyen la laparoscopia o laparotomía, donde se recomienda la reintervención por la cicatriz quirúrgica previa. La destreza quirúrgica tomara en cuenta el tipo de material, el tiempo que ha transcurrido, localización, las posibles complicaciones y la repercusión sistémica (10)(17)(18).

Las complicaciones más frecuentes incluyen: abdomen agudo obstructivo, por compresión externa del intestino (efecto de masa) o por oclusión en la luz intestinal, perforación o erosión visceral, fístulas enterocutáneas, abscesos, incluso ha sido reportado evolución a sepsis grave en un 43% de los casos (12).

El abdomen agudo obstructivo intestinal requiere una oportuna valoración y tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico, según la necesidad (19).

Según lo establecido por el Colegio Americano de Cirujanos, la obstrucción u oclusión intestinal consiste en la disminución del tránsito intestinal, de forma completa y persistente del contenido intestinal en algún punto del tubo digestivo (15). Cuando esta oclusión es producto de la presencia de un elemento propio o extraño que imposibilite el libre tránsito intestinal se la define como mecánica, por lo contrario, cuando esta oclusión se debe a una dificultad para la contracción de los músculos intestinales se la denomina entonces como funcional (11).

La causa más frecuente de oclusión intestinal en un paciente sometido a una cirugía es la presencia de adherencias postoperatorias, sin embargo, existen reportes de casos en los cuales se observa la figura de un cuerpo extraño olvidado producto de una cirugía anterior, el cual puede producir una compresión extrínseca, así como una oclusión intrínseca, debido al traslado de este cuerpo extraño hacia el interior de una cavidad hueca. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras alteraciones abdominales en pacientes con antecedentes quirúrgicos, dado el cuadro clínico poco específico (20).

Deben tenerse en cuenta abscesos, hematomas, quistes en cualquier localización y dependientes de órganos, y sobre todo se puede pensar también en lesiones tumorales, masas pseudoquísticas, fecalomas y tuberculosis intestinal (2).

Para la prevención de los oblitos, se han descrito varios procedimientos como la revisión meticulosa del campo operatorio, recuento de gasas e instrumental, gasas marcadas, gasas sin cortar, gasas grandes en cavidades amplias y considerar el uso de radiología en caso de un recuento incorrecto (12).

Un trabajo cuidadoso de todos los miembros del equipo quirúrgico resulta esencial para garantizar un buen resultado final e impedir que un proceso quirúrgico se vea opacada por este tipo de complicación (10).

Se recomienda que tanto al inicio de un procedimiento quirúrgico como antes del cierre de las paredes, tiene que ser de vital importancia el conteo cuidadoso de los materiales quirúrgicos que entraron en contacto con las cavidades corporales (21).

**OBJETIVO:** Describir la presentación del oblitto abdominal, fisiopatología, aspectos clínicos, tratamiento y prevención.

## **REPORTE DE CASO**

Paciente masculino de 24 años de edad, soltero, residente en Cuenca, nivel de instrucción bachiller, ocupación estudiante, grupo sanguíneo ORH+.

**Antecedente quirúrgico:** colecistectomía por colecistitis aguda litiásica y exploración de vías biliares, su manejo en inicio fue laparoscópico, sin embargo, por la complejidad del proceso quirúrgico se convirtió a cirugía abierta hace 2 años.

Paciente refiere que, hace aproximadamente 4 meses, y sin causa aparente presentó dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad 5/10 en escala de EVA, localizado en hipocondrio derecho, que se acompañó con náuseas que no llevan al vómito, y deposiciones diarreicas de aspecto semilíquido, de coloración amarillenta de poca cantidad, motivo por el cual acudió a médico particular, quien, tras solicitar exámenes complementarios diagnóstica de Salmonelosis, y receta tratamiento clínico.

Se indicó también realizar una endoscopia digestiva alta cuyo resultado fue normal y una colonoscopia donde se observó heces duras y rodeadas de abundante material purulento en el ciego.

Sin embargo, el paciente no respondió al tratamiento y el cuadro se exagera, se agrega hiporexia, pérdida de peso no cuantificada, estreñimiento, distensión abdominal e irradiación del dolor hacia hemiabdomen izquierdo, para lo cual acude nuevamente a su médico particular, quien prescribe Clonixinato de lisina (Sertal compuesto) y Mebeverina (Duspatalin) con el diagnóstico probable de colon irritable.

El cuadro clínico continúa sin mejoría, paciente ahora refiere que su dolor abdominal se irradia hacia la región lumbar izquierda, por lo que se solicita Urotac por la sospecha de litiasis ureteral. Por esta razón y con el hallazgo en la tomografía se decide su ingreso a esta casa de salud.

A la exploración física presenta taquicardia (104 lpm), taquipnea (20 rpm), hipotensión (90/60), temperatura en 36,5°C y saturación de oxígeno del 94%.

Apariencia general regular, facies álgica, mucosas orales secas, aparato respiratorio y cardiovascular sin alteración.

### **Abdomen**

A la inspección se observa ligera distensión abdominal, escasa cantidad de panículo adiposo, presencia de cicatriz en hipocondrio derecho de aproximadamente 10 cm. En la auscultación los ruidos hidroaéreos disminuidos. Se evidencia dolor a la palpación superficial en flanco y fosa iliaca izquierda. En la percusión existe timpanismo en marco colónico.

### **Región lumbar**

Puño percusión izquierda positiva.

### **Analítica y exámenes complementarios:**

Hemograma: Hemoglobina: 13.3 g/dl, Hematocrito: 41.6 %, Recuento leucocitario: 25.900 mm<sup>3</sup>, recuento eritrocitario: 5.080.000 mm<sup>3</sup>, recuento plaquetario: 716.000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 80 %, cayados: 13 %, linfocitos: 7 %, VCM: 81.9 fl, HbCM: 26.2, CHbCM: 32 g/dl, TPT: 30 s', TP: 12 s'.

### **Imagenología**

Se solicita UROTAC la misma sugiere impactación fecal localizado en la parte alta del colon sigmoides.



**Figura 1:** Se observa cuerpo extraño inespecífico en estudio imagenológico.



**Figura 2.** Se observa presencia de masa que corresponde a fecaloma en colon descendente

## Tratamiento

Se procede a realizar la rectosigmoidoscopia, observándose una masa redondeada de consistencia dura y rodeada de material líquido turbio, que ocluye la luz intestinal totalmente, en la parte alta del colon sigmoideas.

Mediante la utilización de una pinza (raptor) y con irrigación de suero fisiológico tibio, se intentan fragmentar y extraer la masa (fecaloma), sin embargo y luego de varios intentos, se observa que se van desprendiendo hilos, en forma irregular, hasta que se desprende por completo y se logra extraer una estructura, que a la simple observación impresiona ser una compresa quirúrgica.



**Figura 4.** Se procede a retirar la masa, donde se evidencia presencia de material textil.



**Figura 5.** Se logra extraer el textiloma.

## Evolución

Paciente, en su primer día de hospitalización, posterior a la extracción del textiloma en colon descendente, permanece estable, asintomático, con tratamiento para deshidratación grado I, es dado de alta.

## DISCUSION

El material quirúrgico retenido en forma no intencional, es una situación adversa que puede ser potencialmente evitable, por lo que es necesario enfatizar en el abordaje sistemático luego de un procedimiento quirúrgico.

En 1859 se reporta el primer caso de oblitio o textiloma y a mediados del siglo pasado se veía su impacto en la morbimortalidad, la cual alcanzaba un 25% (7).

Para el año 2012 los países que más reportaron casos de oblitos son EEUU (42,85%) y China (21,42%) (20).

Existe un mayor predominio de los oblitomas en las cirugías del sistema digestivo (52%, apendicetomías y colecistectomías), seguidas por las cirugías ginecológicas (22%, histerectomías, cesáreas y resección de tumores de ovario), urológicas (10%), vasculares (10%), de tórax (7,4%) y por trauma (6%) (22).

Predomina la presentación clínica a largo plazo, que puede provocar sintomatología durante meses o años después de la intervención quirúrgica. Las manifestaciones clínicas son sugestivas de un proceso ocupativo tumoral (14). Los pacientes presentan síntomas con más frecuencia cuando la reacción de cuerpo extraño afecta zonas tales como el intestino, estructuras vasculares o cuando provocan fístulas, abscesos, obstrucción, hemorragia o dolor (23).

Los factores que aumentan el riesgo de olvidar un cuerpo extraño en la cavidad abdominal y generan complicaciones para el paciente, son relacionados con el tipo cirugía, el equipo quirúrgico, el personal auxiliar y el paciente

Relacionados con el tipo de cirugía: intervenciones extensas y de emergencia, realizadas en horas de la noche y madrugada, importantes sangrados intraoperatorios y cambios de planes o modificación en la técnica quirúrgica. Relacionados con el equipo quirúrgico: cambios en la colocación de campos quirúrgicos, cansancio del cirujano y uso del teléfono celular y/o distractores durante las intervenciones quirúrgicas.

Relacionados con el personal auxiliar: cambios de personal durante el acto quirúrgico.

Relacionados con el paciente: sangrados, elevado índice de masa corporal (22).

En el estudio de Ruiz (2016), describe a una paciente del sexo femenino, 48 años, colecistectomizada hace 20 años, con presentación de 14 meses de dolor abdominal punzante, con imágenes de oblito mediante TAC (24).

Chinelli (2017) reporta a 7 pacientes, 6 masculinos y 1 femenino en edades comprendidas entre 29 a 60 años, en 4 pacientes la cirugía fue programada y 3 pacientes fueron intervenidos por emergencia, 2 fueron asintomáticos y 4

sintomáticos con presencia de dolor abdominal, pérdida de peso, abscesos intraabdominales, en todos los pacientes el cuerpo extraño fue por compresa; en 2 pacientes la presentación del cuadro clínico fue temprana y en 2 pacientes la presentación de su sintomatología fue tardía (6 meses). En 4 pacientes la sospecha diagnóstica se lo realizó mediante la ecografía y TAC abdominal, en 2 pacientes no se llegó a establecer el diagnóstico ya que expulsaron el cuerpo extraño por vía rectal como consecuencia de su fistulización (4).

En el estudio de Espinoza (2020) reporta la presencia de oblitio en un paciente de 42 años, de sexo masculino, colecistectomizado hace 3 años con cuadro clínico de tumoración centro abdominal de un año, indoloro. Se confirma mediante TAC abdominal (25).

En nuestro caso es paciente de sexo masculino, joven, el cuerpo extraño fue una compresa, con sintomatología parecida a los estudios antes descritos, así como la fistulización detallada por Chinelli.

La retención de compresas intraperitoneales puede no ser considerada como una sospecha clínica en primera instancia que explique el cuadro clínico del paciente, sin embargo, siempre que exista un antecedente quirúrgico y sintomatología confusa, se debería tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica, la misma que puede ser confirmada por los estudios de imagen (14).

## **CONCLUSION**

Los oblitos constituyen un problema real, vigente, que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico, causando graves consecuencia a la salud del paciente y aumenta el riesgo de morbilidad, con una serie de inconvenientes legales al médico o la institución

Ante la presencia de dolor abdominal inespecífico, es necesario realizar la anamnesis de antecedentes quirúrgicos ya sea que la intervención haya sido por vía laparoscópica o abierta y pensar en la posibilidad de la presencia de oblitio. Tener presente la solicitud de los exámenes complementarios para llegar a su diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omar AS, Mohammed AA. Retained intra-abdominal surgical sponge causing ileocolic fistula diagnosed by colonoscopy. *Int J Surg Case Rep.* 23 de enero de 2020;67:62-5.
2. González Ortega JM, González Díaz A, González Jústiz AL, Fleites Acosta A, Díaz Valdéz M, González Sánchez A. Textiloma Intra-abdominal. Reporte de un caso. *Rev Médica Electrónica.* octubre de 2017;39(5):1133-42.
3. Sousa J, Alves Martins B, Ferreira I, Silva S, Oliveira P. Transmural Migration of Gossypiboma with Intraluminal Small-Bowel Obstruction: A Case Report. *Am J Case Rep.* 20 de agosto de 2020;21.
4. Chinelli Ramos J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en cirugía: análisis de casuística y estrategias para su prevención. *An Fac Med.* 10 de diciembre de 2017;4(2):18-26.
5. Balcázar-Rincón LE, Gordillo Gómez EA, Ramírez-Alcántara YL. Oclusión intestinal secundaria a oblitio quirúrgico. *Cir Cir.* noviembre de 2016;84(6):503-8.
6. Navarro SA, Mansilla GM. La importancia del instrumentador quirúrgico en la prevención de oblitos. *Rev Fac Cienc Salud.* 28 de octubre de 2019;2(8):19-29.
7. Acosta HDT. Panorama latinoamericano del cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente, desde la vista del instrumentador quirúrgico. *Cienc Salud Virtual.* 2015;7(2):42-52.
8. Li QY, Wang LX, An NY, Xu H. Sonographic appearances of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *J Clin Ultrasound.* 2020;48(3):156-9.
9. Montoya Botero et al. - 2018 - Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorectales.pdf [Internet]. [citado 12 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v33n1/0120-9957-rcg-33-01-00049.pdf>
10. Martínez V, Jiménez R. Oblitoma en la cirugía ginecoobstétrica: un problema creciente. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet México.* 2017;85(3):202-11.
11. Hariharan D, Lobo D. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;95(2):87-92.
12. Murguía EB, Paniagua AH, Rivera AM, Ríos FT, Novales GM. Retención de cuerpos extraños en cirugía: La seguridad del enfermo en riesgo. *Cir Gen.* 2015;33(3):5.

13. Dominguez. G, Piña.P,. Escala predictiva de mortalidad en la oclusion intestinal.pdf. Rev Cuba Cir. 2015;33(3):10.
14. Motta-Ramírez GA, Aguilar-Garibay JE, González-Burgos O, Espinoza-Ramírez C, Pérez-Barbosa PF. Textiloma intraluminal: Complicación tardía de una cirugía intraabdominal. Rev An Radiol México. 2 de abril de 2019;17(4):1669.
15. Csendes J. A, Pereira P, D. MZ, Arratia I, Gonzalez J, Carriel F. Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. Rev Chil Cir. mayo de 2016;68(3):227-32.
16. Weitz.J. Cabezón,M-. gastrolat2015n300004.pdf. Gastroenterol.latinoam. 2015;26(3):149-53.
17. Suárez-Torres I, Reyna-Villasmil E. Compresa quirúrgica retenida posterior a cesárea electiva. Rev Peru Ginecol Obstet. enero de 2017;63(1):109-12.
18. Oclusión intestinal - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 12 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/intestinal-obstruction/diagnosis-treatment/drc-20351465>
19. Quezada S N, León F F, Llera K J de la, Funke H R, Gabrielli N M, Crovari E F, et al. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS. Rev Chil Cir. septiembre de 2015;66(5):437-42.
20. Libanio VM, Rolim ÍPG, Nunes HP de OL, Neto JBB, Filho PR de L, Raposo MLP. Retenção de corpos estranhos: revisão integrativa de literatura / Foreign body retention: an integrative literature review. Braz J Health Rev. 22 de julio de 2020;3(4):9046-57.
21. Dubón Peniche M del C, Valverde Buendía J, Dubón Peniche M del C, Valverde Buendía J. Textiloma relacionado con procedimientos quirúrgicos de ginecología y obstetricia. Rev Fac Med México. junio de 2015;58(3):30-7.
22. Morán C, Aguilar W, Miranda R. Reporte de caso clínico: cuerpo extraño en abdomen. Medicina (Mex). 1 de octubre de 2011;16(3):231-6.
23. Gaspar Alberto Motta Ramírez MCOGB, José Arturo Castillo Lima, Evaristo Villalobos García1. Material quirúrgico olvidado: Gossypiboma, textiloma, gasoma. 2015. 4(1):285-96.
24. Ruiz HD, Moreno L, Solari I, Solé JG, Ritondale O, Tarsitano F. Complicación de colecistectomía laparoscópica no publicada. Hosp Aeronaut Cent. 2016;11(1):58-61.
25. Espinoza Gabriela, Irigoyen Virginia,Pontilla Mauricio,. Seudotumor abdominal secundario a oblito quirúrgico. Rev Cir Urug. 2020;4(2):10-2.

## CERTIFICACION



### AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, **JUAN PABLO JARAMILLO ALVAREZ**, portador(a) de la cédula de ciudadanía No **0105539936**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **"OCLUSIÓN INTESTINAL PRODUCTO DE COMPRESOMA FISTULIZADO DESDE CAVIDAD PERITONEAL HACIA COLÓN"** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo, autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 09 de noviembre del 2020

F: 

**JUAN PABLO JARAMILLO ALVAREZ**  
C.I. 0105539936

# INFORME FINAL DE ANTIPLAGIO

## OCLUSION INTESTINAL

---

INFORME DE ORIGINALIDAD

---

0%

INDICE DE SIMILITUD

%

FUENTES DE  
INTERNET

%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

---

< 1%

★ Submitted to Atlantic International University

Trabajo del estudiante

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Activo