



Revista Digital de Postgrado
ISSN: 2244-761X
revistadpgmeducv@gmail.com
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

Gossypiboma vesical: reporte de 2 casos y revisión de la literatura

Espinoza, Alessandri; Cardozo †, Andy; Lavi, Jasson; Arenilla, Wendy

Gossypiboma vesical: reporte de 2 casos y revisión de la literatura

Revista Digital de Postgrado, vol. 8, núm. 1, 2019

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

© Universidad Central de Venezuela, 2018

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

Gossypiboma vesical: reporte de 2 casos y revisión de la literatura

Vesical gossypiboma: Report of 2 cases and review of the literature

Alessandri Espinoza

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

dr.espinoza21@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-8809-7649>

Andy Cardozo †

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

danycardoz@yahoo.com

 <http://orcid.org/0000-0001-6713-4669>

Jasson Lavi

Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

ljasson@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-6238-6154>

Wendy Arenilla

Universidad Central de Venezuela., Venezuela

euroasi_13@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-2552-8130>

Recepción: 17 Julio 2018

Aprobación: 01 Octubre 2018

Recepción: 17 Julio 2018

Aprobación: 01 Octubre 2018

RESUMEN:

La presencia de gasas intracavitarias posterior a procedimientos quirúrgicos es una situación que genera importantes complicaciones, con graves repercusiones médico-legales. El objetivo de este estudio es describir la presencia de un cuerpo extraño vesical como complicación iatrogénica. Se presentan dos casos, el primero es de un hombre de 63 años de edad, con antecedente de prostatectomía simple por hiperplasia prostática benigna, quien acude por episodio de retención aguda de orina (RAO); y el segundo es de una mujer de 65 años, con antecedente de histerectomía abdominal por leiomiomatosis uterina, quien presenta dolor pélvico crónico e infecciones urinarias a repetición. A los pacientes se les realizó un ecosonograma pélvico que reportó lesión ocupante de espacio en vejiga, la urotomografía (urotac) evidencia un cuerpo extraño intravesical de apariencia radiopaca, y en la uretrocistoscopia se visualiza material sintético intravesical flotando. Al primer paciente se le realiza una cistotomía con extracción de material compatible con gasa y a la segunda paciente se le realiza extracción endoscópica de la misma, ambos presentando evolución satisfactoria. La revisión del sitio quirúrgico y el conteo transoperatorio de gasas antes de la síntesis final de los tejidos es un paso fundamental para el éxito de una cirugía pélvica.

PALABRAS CLAVE: cuerpo extraño vesical, gasa, gossypiboma, prostatectomía simple, histerectomía abdominal.

ABSTRACT:

The presence of intracavitary gauzes after the surgical procedures is a situation that generates important complications, with serious medico-legal repercussions. The objective of this study is describe the presence of a bladder foreign body as an iatrogenic complication. Two cases are presented, the first is from a 63-year-old man with a history of simple prostatectomy for benign prostatic hyperplasia who presents with episodes of acute urinary retention; and the second is a 65-year-old woman with a history

NOTAS DE AUTOR

† El autor falleció durante el proceso de arbitraje

Autor de correspondencia: Dr. Alessandri Espinoza. correo: dr.espinoza21@gmail.com

of abdominal hysterectomy due to leiomyomatosis that presents with chronic pelvic pain and recurrent urinary tract infections. A pelvic ecosonogram was performed on the patients who reported a bladder space-occupying lesion, urotac showed an intravesical foreign body with a radiopaque appearance, and intravesical synthetic flotation material was visualized in the urethrocystoscopy. The patient underwent a cystotomy with gas-compatible material extraction and the patient underwent endoscopic extraction, both showing a satisfactory evolution. Surgical site revision and transoperative gauze infection before the final synthesis of tissues is a fundamental step for the success of pelvic surgery.

KEYWORDS: bladder foreign body, gauze, gossypiboma, simple prostatectomy, abdominal hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La presencia de cuerpos extraños en la vejiga urinaria siempre ha sido un tema interesante. Se ha informado una gran cantidad de casos en la literatura, y ahora se han convertido en una importante parte del estudio de enfermedades urológicas.⁽¹⁾ La introducción en la vejiga puede ser autoinserción (a través de la uretra), iatrogénico, migración de órganos adyacentes, o un resultado de trauma penetrante.⁽²⁾ Los objetos que se han reportado en la vejiga urinaria incluyen cables eléctricos, huesos de pollo, palos de madera, termómetros, balas, anticonceptivos tipo dispositivos intrauterinos (DIU), suturas incrustadas, grapas quirúrgicas con piedras, gasa de cinta, piezas de sonda de Foley, piezas rotas de instrumentos endoscópicos, y muchos otros artículos.⁽¹⁾

Gossypiboma, la palabra se deriva de la palabra latina *gossipum* que significa algodón y *Kiswahilbona*, lugar de ocultamiento, que describe una masa con matriz de algodón dentro del cuerpo de un paciente. Un sinónimo de esta palabra es textiloma, que combina la palabra 'textil' (hasta hace poco la mayoría de las esponjas quirúrgicas estaban hechas de tela) y el sufijo '-oma', que significa un tumor o crecimiento. La condición es una complicación iatrogénica evitable, con implicación ética y forense. Se presenta con más frecuencia de lo que se sospecha, causando graves problemas de diagnóstico y requiriendo una cirugía secundaria.⁽³⁻⁵⁾ Se reporta un estimado de un caso por cada 3000-5000 operaciones y es más frecuente descubrirla en abdomen.⁽⁶⁾ Generalmente se diagnostica tardíamente, ya que los pacientes presentan síntomas agudos o crónicos debido a complicaciones principalmente infecciosas.^(2,4) El objetivo de este estudio es describir la presencia de un cuerpo extraño vesical como complicación iatrogénica.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

El presente trabajo cuenta con la aprobación para publicación de la información clínica de los dos pacientes citados mediante consentimiento informado.

Caso 1. Se describe un paciente masculino de 63 años, conocido con diagnóstico de hipertensión arterial, y antecedente en otro centro asistencial de prostatectomía simple suprapúbica y cistolitotomía por hiperplasia prostática benigna grado III y litiasis vesical hace 1 año, quien presenta infecciones urinarias a repetición y síntomas urinarios bajos de vaciamiento intermitentes, caracterizados por titubeo miccional y pujo miccional, que progresa hasta retención aguda de orina (RAO), ameritando colocación de sonda uretrovesical (SUV) con guiador metálico, obteniendo 2000 cc de orinas piúricas, por lo cual se indica antibioticoterapia empírica con base en quinolonas.

Al examen físico, el paciente presenta una próstata con un volumen aproximado de 30 cc, fibroelástica, sin nódulos, dolorosa a la palpación. El ecosonograma abdomino-pélvico realizado, previa colocación de sonda, revela una ureterohidronefrosis bilateral grado II (Figura 1), con un gran globo vesical, con imagen sólida refringente intraluminal de bordes bien definidos, no sugestiva de litiasis (Figura 2). La urotomografía sin contraste, efectuada 1 semana posterior a colocación de sonda de Foley, demuestra imagen compatible con material exógeno no litiásico que ocupa gran parte del lumen vesical (Figura 3) sin signos de

ureterohidronefrosis. Se realiza ureterocistoscopia que evidenció material sintético, móvil, laxo, mayor a 3 cm, cubierto parcialmente por coágulo, flotando entre la celda prostática y el piso vesical.



FIGURA 1.
Ureterohidronefrosis secundaria a gossypiboma en vejiga



FIGURA 2.
Hallazgos ecosonográficos de gossypiboma en vejiga



FIGURA 3.
Hallazgos tomográficos de gossypiboma en vejiga

El paciente es llevado a mesa operatoria donde se realiza una laparotomía media infraumbilical con cistotomía suprapúbica abierta de 4 cm de longitud, se extrajo gasa retenida en vejiga de 4x16 cm (Figura 4), se rafió la vejiga en dos planos, dejando SUV de 22 fr y dren tipo portovac 1/4 en espacio de Retzius, sin colocar cistostomía. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta, retiro de SUV a los 14 días de la cirugía con mejoría de los síntomas, ausencia de infección y de otros episodios de RAO.



FIGURA 4.
Extracción de gasa quirúrgica retenida, mediante cistotomía

Caso 2. Se describe una paciente femenina de 65 años conocida con diagnóstico de hipertensión arterial, y antecedente en otro centro asistencial de histerectomía abdominal total más ooforectomía bilateral por leiomiomatosis uterina hace 1 año, quien presenta dolor pélvico desde el posoperatorio mediato y 8 meses después se asocia a infecciones urinarias a repetición.

Al examen físico, la paciente presenta genitales externos normoconfigurados sin evidencia de prolapso ni pérdida de orina con maniobras de Valsalva; así como tampoco dolor a la palpación digital vaginal. El ecosonograma abdomino-pélvico realizado revela imagen sólida refringente intraluminal, de bordes bien definidos, no sugestiva de litiasis. La uretrocistoscopia evidenció material sintético de hilos entrelazados compacto, compatible con gasa (ver figura 5).



FIGURA 5
Hallazgos cistoscópicos de gossypiboma

Bajo anestesia general, se realiza extracción de fragmento de gasa vesical retenida de 6 cm de longitud aproximadamente, a través de cistoscopia, con pinzas endoscópicas, sin evidencia de otros hallazgos patológicos. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta, se le efectúa retiro de SUV a los 5 días de la cirugía con mejoría de los síntomas y ausencia de infección.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños intravesicales han sido descritos a nivel mundial, como un reporte de caso o una serie de pocos pacientes. En Japón, desde 1917, se han descrito más de 1500 casos, siendo el 60% la vía de introducción transuretral, relacionada en su mayoría con propósitos sexuales, y el restante vía transvesical, de etiología iatrogénica,⁽⁷⁾ como en ambos casos descritos. Los gossypibomas pueden originarse como una complicación posterior a una cirugía donde hay una apertura de la pared vesical como una prostatectomía transvesical descrita por Rafique⁽⁸⁾ y en el primer caso reportado, donde se deja incidentalmente una gasa intraluminal; o puede generarse luego de intervenciones quirúrgicas sin injuria de la pared vesical, debido a la erosión de la misma tiempo después del procedimiento (como rechazo de cuerpo extraño) donde se dejó una gasa en la cavidad pélvica, como el caso descrito por Singh *et al.*⁽⁹⁾ posterior a una ureterolitotomía abierta, o el segundo caso descrito en este trabajo luego de una histerectomía abdominal.

Los cuerpos extraños intravesicales son una consideración importante en el diagnóstico diferencial de patologías del tracto urinario inferior en pacientes con cirugía previa de la vejiga, próstata o de órganos adyacentes. Los síntomas son generalmente los de cistitis aguda, que incluyen disuria, polaquiuria y hematuria. Algunos pacientes pueden presentar edema de los genitales externos, flujo urinario deficiente y retención urinaria, como en estos casos clínicos, y ocasionalmente los pacientes se presentan sin síntomas o con molestias mínimas durante décadas.^(4,6) Las complicaciones consisten en infecciones urinarias crónicas y recurrentes, litiasis urinaria, uropatía obstructiva, gangrena escrotal, fístula vesicovaginal, carcinoma de células escamosas e incluso muerte por sepsis. Sin embargo, los signos que deben levantar la sospecha del médico incluyen ansiedad excesiva durante la historia sexual o intentos de evitar el examen genital o rectal.⁽²⁾ Un diagnóstico precoz depende del alto índice de sospecha del cirujano. En un estudio, los factores de

riesgo más comunes para los objetos retenidos después de la cirugía fueron una cirugía de emergencia, cambios no planificados en el procedimiento quirúrgico, pacientes con alto índice de masa corporal y cirugías laparoscópicas. El gossypiboma rara vez se documenta, debido a razones médicas, legales y de otro tipo.^(5,10)

El gossypiboma causa dos tipos de respuesta en el cuerpo; exudativa y aséptica fibrosa. El primero puede involucrar contaminaciones bacterianas secundarias, y el último puede tener adherencias, encapsulaciones y eventualmente formación de granulomas.⁽⁴⁾ Adicionalmente, el gossypiboma puede presentarse como un síndrome pseudotumoral, oclusivo o séptico.⁽¹⁰⁾

En las radiografías simples las características de los gossypiboma incluyen un patrón tipo remolino con o sin marcador radiopaco. Las características ecográficas se han dividido en tres grupos: 1. Un área ecogénica con sombra posterior intensa, como se ve en el primer caso; 2. Una masa quística bien definida que contiene distintas estructuras onduladas, hiperecogénicas y estriadas; 3. Un patrón no específico con una masa hipoecogénica o una masa compleja. Se ha informado que el sombreado acústico está presente en todos los casos. Se cree que esto se debe a la atenuación del haz por la esponja, así como a la presencia de gas y calcificación. Por otra parte, los hallazgos tomográficos se han descrito como una imagen bien circunscrita de paredes gruesas, con o sin gas; pudiéndose observar áreas de calcificación o aumento de la pared después de la administración de medio de contraste.⁽⁵⁾ Para confirmar la presencia de gasa intravesical se utiliza la cistoscopia, la cual identificará su tamaño, ubicación y movilidad, definiendo el método más adecuado para el tratamiento.⁽²⁾

Una vez que se identifica un gossypiboma, se debe extraer, en vista de que es poco probable que sea expulsado espontáneamente. La cirugía había sido el pilar principal en la eliminación de cuerpos extraños durante muchos años. Sin embargo, se han aplicado varias técnicas para la extracción de gasas retenidas, como extracción percutánea, endoscópica y laparoscópica y cirugía abierta, dependiendo de las presentaciones clínicas y las instalaciones disponibles.⁽¹¹⁾ Nosher *et al.*,⁽¹²⁾ presentaron una serie de seis pacientes en los que la extracción percutánea fue exitosa. Rafique⁽⁸⁾ describió tres casos de extracción por cistoscopia y Kansakar *et al.*⁽¹¹⁾ reportan otro caso, siendo este el abordaje utilizado para la resolución del segundo caso reportado. Soomro *et al.*,⁽¹³⁾ en una serie de 14 pacientes con cuerpos extraños intravesicales, describen que 45,5% de los pacientes requieren un procedimiento urológico adicional al manejo endoscópico, por lo que la vía de abordaje clásica recomendada sigue siendo la cistostomía suprapúbica aunado al elevado riesgo de trauma uretral de la vía endoscópica,^(4,6) sobre todo en hombres, por lo que en el primer caso descrito se resolvió de la manera convencional.

El Royal College of Surgeons of England ha proporcionado pautas para evitar la aparición de gossypiboma, que incluyen doble conteo de las piezas de gasas antes y después del cierre de la pared abdominal, uso de gasa quirúrgica con marcadores radiopacos, conteos adicionales cuando hay un cambio en el personal de quirófano, evitar uso de un nuevo paquete durante el cierre de la fascia, uso de radiografías intraoperatorias, si es posible, y un diagnóstico precoz cuando haya evidencia clínica o radiológica sospechosa.⁽⁵⁾ Joshi *et al.*⁽¹⁰⁾, menciona como otra sugerencia restringir el uso de teléfonos móviles durante el acto quirúrgico, en especial por parte de los cirujanos.

CONCLUSIONES

El gossypiboma no es infrecuente y su presencia debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con antecedente de cirugía pélvica que presentan síntomas persistentes del tracto urinario inferior. La evaluación radiológica y cistoscópica es necesaria para el diagnóstico. La revisión del sitio quirúrgico y el conteo transoperatorio de gasas antes de la síntesis final de los tejidos es un paso fundamental para el éxito de una cirugía pélvica. El método más adecuado para la extracción de gasas quirúrgicas retenidas depende

del cirujano y los equipos disponibles, siendo recomendada la cistotomía para cuerpos extraños grandes no maleables y en hombres por el menor riesgo de trauma uretral.

REFERENCIAS

1. Mannan A, Anwar S, Qayyum A, Tasneem RA. Foreign bodies in the urinary bladder and their management: a Pakistani experience. *Singapore Med J*. 2011; 52(1): 24-28.
2. Rafique M. Intravesical foreign bodies: review and current management strategies. *Urol J*. 2008; 5 (4): 223-231.
3. Khanna S, Pokhrel H, Basnet N, Chuni N. Gossypiboma - a case report. *J Nepal Med Assoc*. 2003; 42: 364-365
4. Mungadi A, Attahiru N, Saidu S. vesical gossypiboma mimicking calculus: a report of two cases. *African J Urol*. 2007; 13 (2): 136-138
5. Siddiqui Z, Naeem M. Gossypiboma bladder: the need to count sponges. *J Pak Med Stud*. 2011; 1 (1): 19-21.
6. Javanmard B, Yousefi MR, Fadavi B, Fallah Karkan M. Retained surgical gauze presenting with gross hematuria: a case report. *Urol J*. 2017 Aug 29;14(5):5027-5029.
7. Shimokihara K, Kawahara T, Hayashi Y, Tsutsumi S, Takamoto D, Mochizuki T, et al. Foreign body in the bladder: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017; 32:22-24.
8. Rafique M. Vesical gossypiboma. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2003, 13(5):293-295.
9. Singh P, Panaiyadiyan S, Nayak B. Pelvic gossypiboma with spontaneous intravesical erosion. *BMJ Case Rep*. 2017 Apr 11;2017
10. Joshi N, Kumar R, Yadav V. Gossypiboma in the urinary bladder: Time to make new surgical guidelines. *Med J DY Patil Univ*. 2014; 7 (4): 489-491.
11. Kansakar R, Hamal B. Cystoscopic removal of an intravesical gossypiboma mimicking a bladder mass: a case report. *J Med Case Rep*. 2011; 5:579.
12. Noshier JL, Siegel R. Percutaneous retrieval of nonvascular foreign bodies. *Radiology* 1993; 187(3):649-651.
13. Soomro HU, Jalbani I, Faruqui N. Intravesical Foreign Body: Tertiary care center experience from Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2016 Oct;66(Suppl 3) (10):S131-S133.

© Universidad Central de Venezuela, 2018

CC BY

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conflicto de Intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Cómo citar: Espinoza A, Cardozo A, Lavi J, Arenilla W. Gossypiboma vesical: reporte de 2 casos y revisión de la literatura. *Rev Digit Postgrado*. 2019; 8(1):e153