

## Choque séptico por compresoma: caso clínico

Carlos Eduardo Aguirre Franco<sup>(1)</sup>; Abraham Alí Munive<sup>(2)</sup>; Angela Hernández<sup>(3)</sup>

### Resumen

Los cuerpos extraños en abdomen constituyen un grupo de pseudotumores que en su mayoría son complicación de un procedimiento quirúrgico o una nueva patología para el paciente (1, 2, 5). Son de gran morbimortalidad y causan dificultades diagnósticas, sobrecostos e incluso implicaciones médico-legales. Se presenta el caso clínico de un paciente que requirió manejo en cuidado intensivo, con choque séptico secundario a infección intraabdominal por compresoma.

**PALABRAS CLAVE:** compresoma, abdominal, choque séptico.

## Septic shock due to gossypiboma: a case report

### Abstract

Foreign bodies in the abdomen constitute a group of pseudotumors. They form part of surgical complications, or become a new disease for the patient (1, 2, 5). Their morbidity and mortality rates are high, and they pose difficulties for diagnosis, high costs, and legal implications. We present the case of a patient who required management in the intensive care unit, who presented with septic shock secondary to intraabdominal infection due to gossypiboma.

**KEY WORDS:** gossypiboma, abdominal, septic shock.

### Presentación del caso

Se trata un paciente de 83 años, conductor, quien consulta por cuadro clínico de tres meses de evolución de sensación de disnea que inicialmente nota con el ejercicio y de curso progresivo hasta el reposo, sin tos ni fiebre, pero asociado a edema de miembros inferiores, astenia y pérdida de peso de  $\pm$  12 Kg. No se documenta ortopnea, ni disnea paroxística nocturna. Consulta a un hospital rural donde encuentran derrame pleural por lo que realizan una toracentesis, posteriormente colocan una toracostomía y remiten para completar estudio diagnóstico.

Tiene antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con verapamilo y antecedente quirúrgico de colecistectomía 25 años atrás por colecistitis. No hay antecedente de tabaquismo ni exposición a otros tóxicos pulmonares.

Correspondencia: Dr. Abraham Alí Munive  
aali@neumologica.uis

Recibido: 03/10/2010  
Aceptado: 15/10/2010

(1) Médico internista, Neumólogo Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, Colombia.

(2) Médico Internista, Neumólogo, Intensivista. Coordinador Unidad Cuidado Intensivo Médico Fundación Neumológica - Fundación Cardioinfantil. Bogotá, Colombia.

(3) Médico Intensivista Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, Colombia.

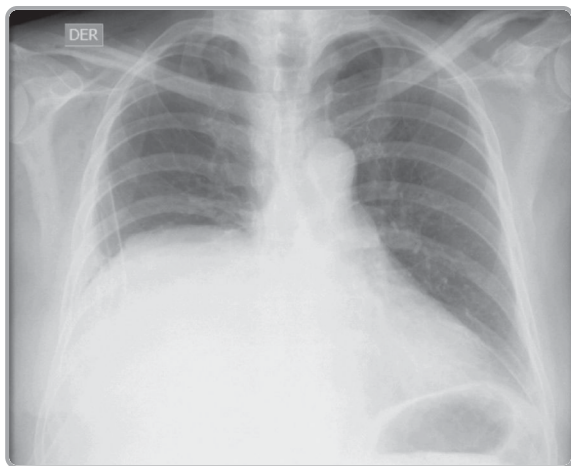
Al ingreso se encuentra paciente delgado, sin dificultad respiratoria en reposo, estable hemodinamicamente, los ruidos respiratorios se encuentran disminuidos en el hemitórax derecho asociado a matidez en la base pulmonar derecha con atenuación de las vibraciones vocales en la misma localización y enfisema subcutáneo.

Con la sospecha diagnóstica de neoplasia del pulmón con derrame pleural asociado y neumotórax se toma radiografía (Figuras 1 y 2) que confirma la sospecha de neumotórax llamando además la atención una importante elevación del hemidiafragma derecho con desviación del mediastino hacia el lado contralateral altamente sospechoso de masa ocupando espacio.

Se coloca un tubo de tórax, realizándose posteriormente una tomografía de tórax que muestra neumotórax residual, neumomediastino y una gran masa infra-diafragmática que desplaza el corazón hacia el lado contralateral elevando el hemidiafragma hasta la mitad del hemitórax.

Las imágenes se completan con una tomografía de abdomen (Figuras 3 y 4) que confirma la presencia de una masa hepática heterogénea, de contenido quístico de 18 x 16 x 16 cm, de aspecto neoplásico planteándose como diagnóstico diferencial: cistoadenocarcinoma biliar o quiste simple complicado, menos probable enfermedad hidatídica.

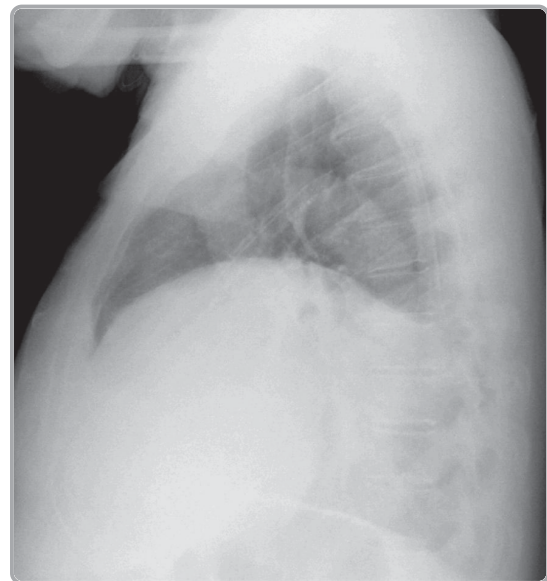
El ecocardiograma transtorácico muestra compresión extrínseca de la aurícula derecha por masa extra cardíaca, con escaso derrame pericárdico explicándose de esta manera la causa del edema de miembros inferiores.



**FIGURA 1:** Borramiento del seno costofrénico posterolateral derecho por derrame pleural; atelectasia de lóbulo inferior.

Se propone entonces llevar a cirugía, encontrando gran masa hepática de contenido achocolatado no fétido, con compresión y elevación del hemidiafragma derecho. Se realiza apertura de la masa, encontrando 3 compresas antiguas en su interior y líquido purulento.

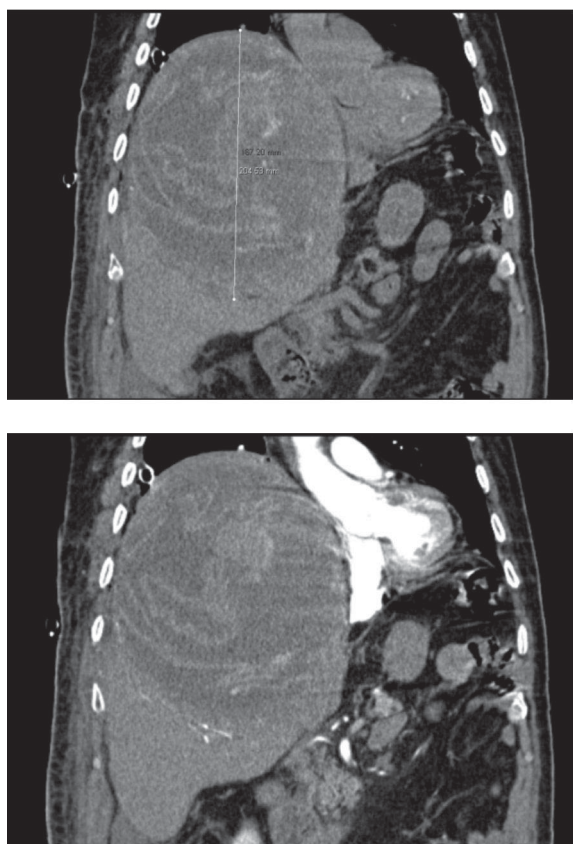
Requiere en ese momento empaquetamiento por sangrado intraoperatorio y es trasladado en el postoperatorio inmediato a la unidad de cuidado intensivo. Cursa con choque séptico de origen abdominal, requiere soporte ventilatorio, vasoactivo y antibiótico, con aislamiento microbiológico de *E. coli* multisensible. Es reintervenido a las 36 horas, logrando control de foco infeccioso y llevando cierre de cavidad abdominal. Posteriormente, pre-



**FIGURA 2:** Además, se observa elevación anormal del hemidiafragma derecho.



**FIGURA 3:** Masa hepática heterogénea, de contenido quístico de 18 x 16 x 16 cm, de aspecto neoplásico.



**FIGURA 4:** Además se observa compresión extrínseca de la aurícula derecha por masa extracardiaca.

senta adecuada evolución clínica y egresa a los 4 días a sala general, en donde su recuperación es satisfactoria y se da salida a los 8 días.

### Discusión

Llamados en la antigüedad corpus alienum intraabdominal (5, 6) y conocidos también como "textilomas", "compresomas", "gasomas", "oblitomas" u "oblitos" (utilizado por Masciotra en Argentina en 1941), constituyen un grupo de pseudotumores causados por material quirúrgico no absorbible sin ningún efecto terapéutico.

Los cuerpos extraños olvidados pueden causar dos tipos de reacciones: 1) fibrosis aséptica con formación de adherencias y formación de cápsulas que terminan en un granuloma, y 2) fibrosis exudativa que forma un absceso con colonización bacteriana o sin ella.

De 6% a 30% de los pacientes pueden estar asintomáticos y 26% de ellos se detectan después de 60 días (8, 9).

La presentación clínica de nuestro paciente fue inespecífica, muy leve sintomatología respiratoria, con antecedente quirúrgico de colecistectomía 25 años atrás, con imágenes que sugerían lesión posible etiología neoplásica. El diagnóstico es intraoperatorio, cursa con choque séptico tras la intervención quirúrgica, requiriendo manejo en cuidado intensivo, finalmente con evolución adecuada con el manejo antibiótico, el control del foco infeccioso intraabdominal y el soporte multisistémico.

Los casos descritos en la literatura resaltan la importancia en la prevención intraoperatoria y la disminución de la incidencia de estos casos con la aparición de procedimientos percutáneos menos invasivos (10, 11).

### Conclusión

Los casos de cuerpos extraños deben ser considerados dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con masas intraabdominales y antecedentes quirúrgicos. El diagnóstico radiológico no es fácil, aunque la tomografía podría permitir una aproximación. Una de las complicaciones más frecuentes es la infección secundaria y/o la perforación intestinal por formación de adherencias. La cura definitiva está en la prevención.

### Referencias

1. Kaiser W, Friedman S, Pfeifer K, Slowick T, Kaiser H. The retained surgical sponge. *Ann Surg* 1996; 224: 79-84.
2. O'connor A, Coakley F, Meng M, Eberhardt S. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *AJR* 2003; 180: 481-9.
3. Chorbat J, Khan J, Camelot G, Et Al. L'evolution des corps étrangers textiles o ubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1976; 30: 643.
4. Abeygunasekera AM, Fathiehu F, Weerasiri P. Gossypiboma. *Ceylon Med J* 2009; 54(3): 98-9.
5. Ivica M, Ledinsky M, et al. After 40 years gossypiboma caused spleen abscess. *Coll Antropol* 2009; 33(3): 973-5.
6. Kiernan F, Joyce M, Byrnes CK, et al. Gossypiboma: a case report and review of the literature. *Ir J Med Sci* 2008; 177(4): 389-91. [Epub 2008 Sep 27. Review].
7. Murphy CF, Stunell H, Torreggiani WC. Diagnosis of gossypiboma of the abdomen and pelvis. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 190(6): W382.
8. Suliman HM, Blickman JG, Amrane A. Chest gossypiboma after coronary surgery. *JBR-BTR*. 2007; 90(3): 216-7.
9. McIntyre LK, Jurkovich GJ, et al. Gossypiboma: tales of lost sponges and lessons learned. *Arch Surg* 2010; 145(8): 770-5.
10. Szarf G, Mussi de Andrade TC, et al. Forty-year-old intrathoracic gossypiboma after cardiac valve surgery. *Circulation* 2009; 119(24): 3142-3.
11. Possover M. Images in clinical medicine. Gossypiboma in the pouch of Douglas. *N Engl J Med* 2008; 359(8): e9.