

Reporte de Caso Clínico: Oclusión intestinal producto de compresoma fistulizado desde cavidad peritoneal hacia colon

Juan Pablo Jaramillo Álvarez¹, Fausto Marcelo Quichimbo Sangurima².

1. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, Azuay-Ecuador.
2. Cátedra de Cirugía de la Universidad Católica de Cuenca, Azuay-Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Juan Pablo Jaramillo Álvarez.
Correo Electrónico:
juanpabloja14@gmail.com
Dirección: Av. Guapondelig 3-49
Código Postal: 010101
Teléfono: 0990841358

Fecha de Recepción: 26-02-2022.
Fecha de Aceptación: 18-01-2023.
Fecha de Publicación: 30-04-2023.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Jaramillo J, Quichimbo F. Reporte de Caso Clínico: Oclusión intestinal producto de compresoma fistulizado desde cavidad peritoneal hacia colon. Rev Med HJCA. 2023; 15 (1): 34-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.1.cc.06>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2023 Jaramillo et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los oblitos se definen como aquel cuerpo extraño que se aloja dentro de una cavidad corporal o un sitio quirúrgico de manera no intencional posterior a una cirugía. La tasa de incidencia de los textilomas varía entre 1 de cada 1 000 a 1 de cada 1 500 operaciones intraabdominales. Hasta el 30% de pacientes portadores de oblitos, pueden estar asintomáticos. Un oblitio, al encontrarse alojado en algún espacio libre de la cavidad abdominal, puede migrar como respuesta del organismo para tratar de deshacerse de él. El diagnóstico de esta entidad representa un reto debido a lo inespecífico de sus manifestaciones clínicas y a lo infrecuente de esta posibilidad diagnóstica, frecuentemente se hace de forma incidental.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 24 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica convertida a cirugía abierta hace 3 años por colecistitis aguda litiasica; presentó un cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, además de deposiciones diarreas semilíquidas. Se le prescribió diferentes tratamientos médicos por dos ocasiones sin mejoría y exacerbación del cuadro con pérdida de peso, distensión abdominal, estreñimiento e irradiación del dolor a hemiabdomen izquierdo. Al realizar exámenes complementarios se evidenció leucocitosis y neutrofilia. En tomografía abdominal, realizada por sospecha de litiasis ureteral, se observó una masa que aparentó fecaloma.

EVOLUCIÓN: Se realizó rectosigmoidoscopia, con hallazgo de una masa que ocluía totalmente la luz intestinal a nivel del colon sigmoidees. Se extrajo la masa, que resultó ser una compresa quirúrgica. El paciente inmediatamente posterior a la rectosigmoidoscopia refirió mejoría de la sintomatología y fue dado de alta a las 12 horas del procedimiento sin complicaciones y con resolución total del cuadro.

CONCLUSIÓN: Los oblitos constituyen un problema de salud que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico, causando graves consecuencia a la salud del paciente y aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad. La retención intra-abdominal de compresas y otros tipos de material quirúrgico, puede no ser considerada como una sospecha clínica en primera instancia, por lo inespecífico del cuadro clínico, 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.

PALABRAS CLAVE: TEXTILOMA, CUERPO EXTRAÑO, CAVIDAD PERITONEAL, OBSTRUCCION INTESTINAL, SIGMOIDOSCOPIA.

ABSTRACT

Case Report: Intestinal occlusion due to fistulized compressoma from the peritoneal cavity to the colon.

BACKGROUND: A retained surgical item is a foreign body that becomes lodged within a body cavity or surgical site unintentionally following surgery. The incidence rate of textilomas varies between 1 in 1 000 to 1 in 1 500 intra-abdominal operations. Up to 30% of patients with retained surgical items may be asymptomatic. Retained surgical items, when lodged in some free space of the abdominal cavity, can migrate as a response of the organism to try to get rid of it. The diagnosis of this entity represents a challenge due to the nonspecific nature of its clinical manifestations and the infrequent occurrence of this diagnostic possibility, which is frequently made incidentally.

CASE REPORT: A 24-year-old male patient with a history of laparoscopic cholecystectomy converted to open surgery 3 years ago for acute calculous cholecystitis; he presented a 4-month history of colicky abdominal pain located in the right hypochondrium, in addition to semi-liquid diarrheal stools. He was prescribed different medical treatments for two occasions without improvement and exacerbation of the condition with weight loss, abdominal distension, constipation and irradiation of the pain to the left hemiabdomen. Complementary tests showed leukocytosis and neutrophilia. An abdominal CT scan, performed on suspicion of ureteral lithiasis, showed a mass that appeared to be a fecaloma.

EVOLUTION: Rectosigmoidoscopy was performed, with the finding of a mass that totally occluded the intestinal lumen at the level of the sigmoid colon. The mass was removed, and turned out to be a surgical compress. Immediately after the rectosigmoidoscopy, the patient reported improvement and was discharged 12 hours after the procedure without complications and with complete resolution of the symptoms.

CONCLUSION: retained surgical materials constitute a health problem that affects the safety of the surgical patient, causing serious consequences to the patient's health and increasing the risk of morbidity and mortality. Intra-abdominal retention of compresses and other types of surgical material may not be considered as a clinical suspicion in the first instance, due to the non-specific nature of the clinical picture; however, whenever there is a surgical history and confusing symptomatology, this diagnostic possibility should be taken into account, and can be confirmed by imaging studies.

KEYWORDS: GOSSYPBOMA, FOREIGN BODY, PERITONEAL CAVITY, INTESTINAL OBSTRUCTION, SIGMOIDOSCOPY.

INTRODUCCIÓN

Los 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 una cirugía. La presencia de estos cuerpos extraños es una condición inusual; su incidencia es variable y no suele reportarse, principalmente por las implicaciones legales de su detección, además la mayoría de pacientes suelen permanecer asintomáticos. La tasa de incidencia de los textilomas varía entre 1 de cada 1 000 a 1 de cada 1 500 operaciones intraabdominales y 1 de cada 300 a 1 de cada 1 000 de todas las intervenciones quirúrgicas [1,2].

Estos cuerpos olvidados se acompañan de una elevada morbilidad [3]. Aproximadamente el 80% de estos cuerpos extraños corresponden a compresas, gases y campos quirúrgicos, los mismos que en su composición contienen fibras no asimilables por el cuerpo humano. El tipo de cirugía en el que más casos de oblitos se reporta son la cirugía abdominal y ginecológica, cada una de ellas representa el 40% del total de casos reportados [3]. Los procedimientos más frecuentes para extraer y tratar las complicaciones provocadas por objetos extraños retenidos incluyen la laparoscopia o laparotomía [4].

La presentación clínica producto de la presencia de textilomas puede ser aguda o crónica y está relacionada con el sitio anatómico donde se aloja el cuerpo extraño y el tipo de respuesta inflamatoria que se desencadena en el huésped, por lo tanto, estas pueden ser variables e inespecíficas. Es importante recalcar que hasta el 30% de pacientes portadores de cuerpos extraños, pueden estar asintomáticos [1,3,5-7].

Un oblitio, al encontrarse alojado en algún espacio libre de la cavidad abdominal, puede labrar complejos trayectos en el intento del organismo de deshacerse de él, habiéndose reportado migraciones a intestino delgado, colon, estómago, vejiga urinaria; sin que exista una apertura aparente de la víscera en el momento que se realiza la exploración. Estas migraciones están muy relacionadas con las reacciones inflamatorias agudas y crónicas del organismo humano [8].

Diagnosticar esta entidad representa un reto para el personal de salud, debido a lo inespecífico de sus manifestaciones clínicas y a lo infrecuente de esta posibilidad diagnóstica [9], frecuentemente se hace de forma incidental. El diagnóstico puede ser sencillo en los casos en que se utilizan compresas marcadas con material radiopaco y puede detectarse en radiografías simples de abdomen, sin embargo cabe destacar que el estudio de mayor eficacia y rendimiento es la tomografía computarizada [2,8,10].

CASO CLÍNICO

Se trató de un paciente de sexo masculino de 24 años de edad, residente en Cuenca, de ocupación estudiante, con antecedente de colecistectomía laparoscópica y exploración de vías biliares convertida a cirugía abierta, tras diagnóstico de colecistitis aguda litiasica, hace 3 años.

El paciente acudió a recibir atención de médico particular por un cuadro clínico de 4 meses de evolución que inició sin causa aparente, con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad 5/10 en EVA (escala de visión analógica), localizado en hipocondrio derecho, que se acompañó con náuseas sin vómito y deposiciones diarreicas de aspecto semilíquido, de coloración amarillenta, de poca cantidad. Tras solicitar exámenes complementarios, incluida una endoscopia que resultó normal y una colonoscopia donde se observó heces duras y material purulento en el ciego, el médico prescribió tratamiento clínico, no especificado por el paciente, por presunto diagnóstico de Salmonelosis. Sin embargo, el paciente no respondió al tratamiento y el cuadro se exacerbó, sumándose hiporexia, pérdida de peso no cuantificada, estreñimiento,

distensión abdominal e irradiación del dolor hacia hemiabdomen izquierdo. El paciente acudió nuevamente a su médico particular, quien prescribió Clonixinato de lisina y Mebeverina, con el diagnóstico probable de colon irritable.

El cuadro clínico continuó sin mejoría aproximadamente durante dos meses más, por lo que acudió a recibir atención médica a esta casa de salud. El paciente refirió que, para entonces, el dolor abdominal se irradiaba hacia la región lumbar izquierda. A la exploración física presentó taquicardia (104 lpm), frecuencia respiratoria de 20 rpm, tensión arterial de 90/60 mmHg, temperatura de 36.5 °C y saturación de oxígeno de 94%; facies álgica, mucosas orales secas; a la inspección del abdomen se observó ligera distensión abdominal, presencia de cicatriz en hipocondrio derecho de aproximadamente 10 cm, a la auscultación los ruidos hidroaéreos disminuidos, se evidenció dolor a la palpación superficial en flanco y fosa iliaca izquierda, a la percusión se encontró timpanismo en el marco colónico; en la región lumbar se evidenció puño percusión izquierda positiva; el resto del examen físico sin alteraciones.

Se solicitaron exámenes complementarios de laboratorio; llamó la atención la presencia de leucocitosis 25 900 mm³, neutrófilos segmentados: 80%, cayados: 13%, linfocitos: 7%. Con estos resultados se solicitó UROTAC por la sospecha de litiasis ureteral, no se encontraron alteraciones urológicas, pero la misma sugirió una posible impactación fecal localizada en la parte alta del colon sigmoide (Imagen 1, 2). Con el hallazgo en la tomografía se decidió su ingreso a esta casa de salud.

Imagen 1. Tomografía con reconstrucción multiplanar en 3D, donde se observa de forma volumétrica un cuerpo extraño inespecífico.

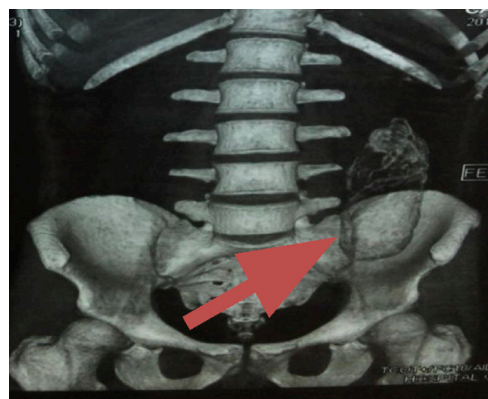
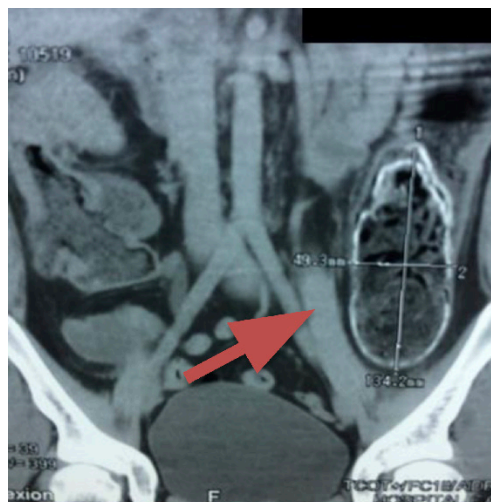


Imagen 2. Tomografía en corte coronal con contraste donde se observa presencia de masa que corresponde a un presunto fecaloma en colon descendente de aproximadamente 49.3*134.2 mm de dimensión.



Se decidió realizar una rectosigmoidoscopia; se observó una masa redondeada, de consistencia dura y rodeada de material líquido turbio, que ocluía la luz intestinal totalmente en la parte alta del colon sigmoidees (Imagen 3).

Imagen 3. Rectosigmoidoscopia en la que se observa una masa inespecífica.



Mediante la utilización de una pinza (raptor), con irrigación de suero fisiológico tibio, se intentó fragmentar y extraer la masa, sin embargo y luego de varios intentos, se observó que se desprendían hilos de dicha masa irregular, hasta que se logró extraer el cuerpo extraño que resultó ser una compresa quirúrgica.

EVOLUCIÓN

En su primer día de hospitalización, posterior a la extracción del textiloma en colon descendente, el paciente permaneció estable, sin complicaciones posteriores al procedimiento, asintomático, con tratamiento para deshidratación grado I a base de 1 000 ml de solución salina más líquidos a libre demanda por vía oral. Después de 12 horas del procedimiento fue dado de alta.

Siete días después del alta médica, el paciente fue citado para control y seguimiento, demostrando resolución total de la sintomatología y sin complicaciones posteriores a la colonoscopia.

DISCUSIÓN

La retención de material quirúrgico en forma no intencional es una situación adversa potencialmente evitable, por lo que es necesario enfatizar en un abordaje sistemático luego de un procedimiento quirúrgico. En 1859 se reportó el primer caso de oblitio y a mediados del siglo pasado se veía su impacto en la morbilidad, la cual alcanzaba un 25% [2].

Entre el 2003 y el 2018 los países que más reportaron casos de oblitos son EEUU (42.85%) y China (21.42%) [11]. Balcázar-Rincón et al., y Martínez et al., coinciden con que la incidencia real es desconocida, ya sea por omisión del personal sanitario o por la evacuación fisiológica del cuerpo extraño, situación que limita las investigaciones [3,12].

Existe un mayor predominio de los oblitomas en las cirugías del sistema digestivo (52%, apendicectomías 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%), porcentajes que están sujetos a variaciones según el autor de cada estudio [13]; por ejemplo, Balcázar-Rincón et al., nos habla de un 40% en cirugías abdominales y 40% en cirugías ginecológicas [3]. De Sousa y col., sostienen en su estudio que la válvula ileocecal es la más frecuentemente obstruida [1].

En cuanto al cuadro clínico predomina la presentación crónica, que puede provocar sintomatología durante meses o años después de la intervención quirúrgica. Las manifestaciones clínicas suelen ser sugestivas de un proceso ocupativo tumoral. En particular en el caso del sistema digestivo, con frecuencia se observa dolor abdominal, masa palpable, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso y más síntomas inespecíficos [9]. 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 o hemorragia [9].

Chinelli et al. (2017), reportan 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 5 sintomáticos con presencia de dolor abdominal y abscesos intra-abdominales; en todos los pacientes el cuerpo extraño fue una compresa. Se realizaron estudios de imagen en 6 de los 7 pacientes, en 4 de ellos hubo la sospecha imagenológica de un oblitio, sin embargo en los otros dos pacientes no se llegó a establecer dicho diagnóstico, ya que en el primer caso, el cuerpo extraño fue eliminado por vía rectal como consecuencia de su fistulización y en el segundo caso su hallazgo fue intraoperatorio [2].

En la publicación de Zantvoord, en una búsqueda sistemática en PubMed, en la cual se encontraron 64 casos de compresa quirúrgica retenida con migración transmural, especialmente posterior a una cirugía abdominal, el sitio más frecuente de impactación del cuerpo extraño es en el intestino (75% de los casos). En este mismo estudio, cinco casos reportan migración transdiafragmática, y tan solo son cuatro los casos en los que se describe una expulsión espontánea de la compresa quirúrgica retenida a través del recto [9].

En el estudio de Domínguez et al., que evalúa la mortalidad de la oclusión intestinal mecánica, en cuanto a los cuerpos extraños, menciona que, de 4 pacientes estudiados, ninguno falleció [10].

Balcázar-Rincón et al., y Motta-Ramírez et al., coinciden en que el diagnóstico en muchas ocasiones es incidental y se basa en estudios imagenológicos [3, 9]. Motta-Ramírez et al., especifican que la presentación clínica de una gasa quirúrgica olvidada en la cavidad abdominal varía desde un hallazgo incidental en proyecciones radiológicas hasta una reacción inflamatoria intensa con síndrome de obstrucción intestinal y perforaciones intestinales [9].

Para estudios futuros, un punto a debatir es la implementación de radiografías intraoperatorias. En ciertas instituciones, de manera sistemática, se realizan radiografías previo al cierre de cavidades. Recientemente se han desarrollado nuevos sistemas de detección de material quirúrgico como el "Electronic Article Surveillance (EAS)"; también se han ensayado sistemas que rastrean materiales quirúrgicos a través de radiofrecuencia, pero para su aplicación aún se requieren estudios futuros bien conducidos [2].

Los factores que aumentan el riesgo de olvidar un cuerpo extraño en la cavidad abdominal y generan complicaciones para el paciente, pueden estar relacionados a la cirugía: cirugías extensas, de emergencias, modificaciones de la técnica quirúrgica; al equipo quirúrgico: distracciones, fatiga, cambios en la exposición de campos quirúrgicos; a los cambios del personal auxiliar durante el procedimiento y finalmente al paciente: sangrados, obesidad [14].

La cirugía es el tratamiento de elección para la extracción de cuerpos extraños intraabdominales, aunque, cada vez aparecen nuevos estudios en la literatura médica acerca de tratamientos alternativos. Dash B. en un estudio describe 6 pacientes en quienes fue exitosa la extracción percutánea de cuerpos extraños pequeños. Las ventajas de este método percutáneo se basa en obviar incisiones, evitar disecciones extensas y anestesia general [8].

La presentación clínica de nuestro paciente fue similar a lo descrito

en los estudios mencionados y citados previamente, coincidiendo con un periodo asintomático y posterior e impredecible aparición de síntomas como dolor abdominal y otros síntomas inespecíficos, sumado al importante antecedente de cirugía. Desde el punto de vista diagnóstico, al igual que en varios estudios, el diagnóstico se hizo de forma incidental, con impresión diagnóstica de otras patologías.

La retención intra-abdominal de compresas y otros tipos de material quirúrgico, puede no ser considerada como una sospecha clínica en primera instancia, por lo inespecífico del cuadro clínico, 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.

CONCLUSIÓN

Los oblitos constituyen un problema de salud que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico, causando graves consecuencia a la salud del paciente y aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad.

RECOMENDACIÓN

Ante la presencia de dolor abdominal inespecífico, es necesario realizar la anamnesis de antecedentes quirúrgicos y tener en cuenta la posibilidad de la presencia de oblitos.

ABREVIATURAS

EVA: escala de visión analógica; lpm: latidos por minuto; rpm: respiraciones por minuto; EAS: Electronic Article Surveillance.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Hospital Católico por brindar las facilidades del caso para el reporte del presente trabajo.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue autofinanciado por los autores.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los datos e imágenes fueron recolectadas de los archivos médicos proporcionados por el Hospital Católico.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JJ, FQ: recolección de información, revisión bibliográfica, redactaron el manuscrito. FQ: análisis crítico del caso clínico. JJ: edición del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la revisión final del caso.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

-Juan Pablo Jaramillo Álvarez. Médico general de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Cuenca - Ecuador.

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4978-6134>

-Fausto Marcelo Quichimbo Sangurima. Catedrático titular de la Universidad Católica de Cuenca. Cuenca - Ecuador. Médico cirujano tratante en el Hospital José Carrasco Arteaga, Servicio de Cuidados Intensivos.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3444-633X>

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan ningún conflicto de interés. El presente se basa en el trabajo de titulación del autor principal que se encuentra disponible en el repositorio de la Universidad Católica de Cuenca: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8552>

APROBACIÓN DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento informado del paciente para la publicación del presente reporte.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores dieron su consentimiento para la publicación del presente artículo.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Jaramillo J, Quichimbo F. Reporte de Caso Clínico: Oclusión intestinal producto de compresoma fistulizado desde cavidad peritoneal hacia colon. Rev Med HJCA. 2023; 15 (1): 34-38. DOI:<http://dx.doi.org/10.14410/2023.15.1.cc.06>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Sousa J, Alves B, Rocha I, Marques e Silva S, Goncalves P. Transmural Migration of Gossypiboma with Intraluminal Small-Bowel Obstruction: A Case Report. Am J Case Repor. 2020;21: e924506-1-e924506-4. DOI: 10.12659/AJCR.924506
2. Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G, Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2017;4(2):21-38. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2301-12542017000200021&lng=es&nrm=iso&tng=es
3. Balcázar-Rincón LE, Gordillo Gómez EA, Ramírez-Alcántara YL. Oclusión intestinal secundaria a oblitos quirúrgicos. Cirugía y Cirujanos. 2016; 84(6):503-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-occlusion-intestinal-secundaria-oblitos-quirurgico-S0009741115002510>
4. Martínez-Velasco IG, Jiménez-López R, Veliz-Pradel N, Cadena-Vázquez MA, Reyes-García A. Oblitoma en la cirugía ginecoobstétrica: un problema creciente. Reporte de un caso. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2017; 85(3):202-211. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412017000300202&lng=es&nrm=iso&tng=es
5. Acosta HDT. Panorama latinoamericano del cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente, desde la vista del instrumentador quirúrgico. Ciencia y Salud Virtual [Internet]. 2015;7(2):42-52. Disponible en: <https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/517>
6. 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. DOI: 10.1002/jcu.22804
7. Botero JAM, Abueta AYM, Rodallega AO, Gaviria HC, Jaramillo CEM, Barbosa LMM, et al. Enfoque del manejo de cuerpos extraños colorectales: Revisión de la literatura. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet].

- 2018;33(1):49-56. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.231>
8. 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. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2017;39(5):1133-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 9. Motta-Ramírez GA, Aguilar-Garibay JE, González-Burgos O, Espinoza-Ramírez C, Pérez-Barbosa PF. Textiloma intraluminal: Complicación tardía de una cirugía intraabdominal. Anales de Radiología México [Internet]. 2019;17(4):280-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86892>
 10. Domínguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Domínguez CM, Romero García LI. Escala predictiva de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2015; 54(2):129-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932015000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 11. 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. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2020; 3(4):9046-57. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13707/11480>
 12. Martínez Jaramillo CE, Mateus Barbosa LM, Senejoa N, Medellín Abueta AY, Obando Rodallega A, Cardona Gaviria H, et al. Enfoque del manejo de cuerpos extraños coloretcales: Revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2018; 33(1):49-56. Disponible en: <https://www.revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/231>
 13. Alfonso Borráez O, Alfonso Borráez B, Orozco M, Matzalik G. Cuerpos extraños en abdomen: presentación de casos y revisión bibliográfica. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2009; 24(2):114-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-75822009000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 14. Morán C, Aguilar W, Miranda R. Reporte de caso clínico: cuerpo extraño en abdomen. Medicina [Internet]. 2011; 16(3):231-6. Disponible en: <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/72>