

Mario Michel Gómez Hernández  
Mario Miguel Morales Wong  
José María González Ortega  
René Luis Escaig Olivares  
Carmen Casañola Grillo  
Ivette Manzanares La Guardia  
Madelín I. Fernández Martell

Hospital Universitario  
“Dr. Mario Muñoz Monroy”  
Colón. Provincia Matanzas, Cuba.

---

**Correspondencia:**

Mario Michel Gómez Hernández  
C/ Martí Final  
Colón. Provincia Matanzas. Cuba.  
CP 42400

**E-mail:** [mgomez@infomed.sld.cu](mailto:mgomez@infomed.sld.cu)

## Textiloma intraperitoneal. A propósito de un caso de evolución no habitual

Los cuerpos extraños olvidados en el abdomen después de una cirugía tienen una incidencia que oscila entre 1x1300 y 1x1500 laparotomías, aunque resulta muy difícil evaluar la real incidencia por los escasos reportes. Presentamos una paciente, intervenida en el Hospital Universitario “Dr. Mario Muñoz Monroy” de la Ciudad de Colón, Provincia Matanzas, Cuba. Operada inicialmente de Histerectomía Total Abdominal, en días posteriores aparece: íleo paralítico y fiebre, diagnosticándose una masa compleja en cúpula, no fue técnicamente posible drenarla por lo que se trata médicamente “resolviendo” dicho cuadro. Dos meses después regresa con una Oclusión Intestinal Completa, según el interrogatorio se había mantenido todo ese período con dolor abdominal intermitente y vómitos ocasionales. Es llevada al quirófano y se encuentra lo que el cirujano inicialmente denominó un “Plastrón Abscedado” que involucra el íleon terminal, muy organizado y con fibrosis firme de las asas ocluidas, llamando la atención que había un asa ileal con “contenido intraluminal dudoso”. Liberando las asas más íntimamente adheridas al “Plastrón” se observa y/o produce la apertura de una de ellas con íntima comunicación a la cavidad del “Absceso Crónico”. La Evolución clínica post-operatoria fue excelente. El estudio de la pieza anatómica demostró la presencia de una compresa totalmente “enrollada” dentro de la luz del intestino por lo que se deduce que el cuerpo extraño “provocó” una fístula peritoneo-entérica, con el paso total de la compresa hacia la luz del intestino, causando un cuadro oclusivo. Se exponen imágenes de la pieza anatómica y se realiza una revisión de la literatura.

**Palabras clave:** textiloma intraperitoneal; complicación postquirúrgica; cuerpo extraño

## INTRODUCCIÓN

Aunque infrecuentes, los cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal continúan observándose a pesar de todas las precauciones tomadas por los cirujanos y resto del equipo quirúrgico. La frecuencia reportada internacionalmente oscila de 1x1300 hasta 1x1500 solo para las cirugías abdominales, otras comunicaciones exponen una ocurrencia que alcanza 1 x 3000 entre todas las intervenciones quirúrgicas (1,2).

Su incidencia real es ardua de precisar debido a la dificultad de determinar con exactitud la aparición de

nuevos casos pues en muchas ocasiones no se publican o sencillamente no se reportan en el medio hospitalario por las posibles implicaciones médico-legales que en muchos países trae aparejadas.

Existe variada sinonimia para referirse a los cuerpos extraños en la literatura médica, los oblitomas, compresomas, pseudotumor de gasa, gossypomas (término anglosajón) y los textilomas son los más frecuentemente empleados, siendo este último muy usado en la actualidad para definir este “accidente” con un término no médico (3,4).

Puede presentarse no solo en las cirugías que involucran a las cavidades torácicas y abdominales, sino también en las cirugías ortopédicas, otorrinolaringológicas, sobre el cráneo, en partes blandas que incluyen la cirugía mamaria, urológicas, etc, por lo que todo profesional que realiza una cirugía está expuesto a la ocurrencia de dicha contingencia que es multicausal y completamente ajena a la voluntad del equipo a cargo del paciente.

La presentación clínica de los textilomas puede ser Aguda cuando aparece una complicación muy próxima a la cirugía inicial en la cual predominan las reacciones exudativas con una tendencia a la formación de abscesos y fistulización a piel u a otro órgano o tener una presentación Crónica pues pueden comenzar a dar síntomas muchos meses o incluso años después de la intervención y se caracterizan por la formación de un granuloma aséptico a cuerpo extraño bien encapsulado con síntomas subjetivos de larga fecha (5).

La evolución más frecuente de estos es a la cronicidad que finalmente amerita una cirugía para su extracción al encontrarse alojado en alguna zona libre de la cavidad abdominal, por otra parte el textiloma puede “labrar” disímiles trayectos en el “sabio intento” del organismo humano de deshacerse de él, siendo reportadas migraciones al intestino delgado (6-8), colon (9), estómago, vejiga urinaria con exteriorización parcial transuretral (10), al tórax por vía transdiafragmática (11,12) e incluso se han introducido parcialmente en el colédoco, produciendo un íctero obstructivo (13).

Hasta el año 1991, según una publicación de W.H Risher y W.M McKinnon(14) del Departamento de Cirugía General de la Alton Ochsner Medical Foundation de New Orleans, EE.UU, se habían reportado en la literatura médica mundial 69 casos de migración completa transluminal de un textiloma hacia el intestino delgado, tal como ocurrió en el caso motivo del presente trabajo. Los cuerpos extraños pueden migrar desde la cavidad abdominal libre hacia alguna víscera hueca intraabdominal sin que exista una aparente apertura de la misma en el momento de la laparotomía y en otros casos se evidencia un proceso séptico local que favoreció su migración a través de una “fístula”.

El textiloma que penetra el intestino delgado, habitualmente no franquea la válvula ileo-cecal,

causando una oclusión intestinal a ese nivel (15), si pasara este esfínter anatómico, entonces podría ser felizmente expulsado por el ano, respecto a esto, R. Godara y cols (9) de la India publican una interesante comunicación de un niño de 19 años con antecedentes de laparotomía emergente por un traumatismo abdominal (hemoperitoneo) donde no existió lesión intestinal, dicho paciente expulsó 16 meses después espontáneamente por el recto una compresa quirúrgica, es ingresado y estudiado donde se demuestra la presencia de una segunda compresa en proyección del ángulo esplénico del colon, siendo también expulsada espontáneamente por el recto el día antes de la laparotomía que se le había programado.

En el presente trabajo reportamos un paciente con una compresa quirúrgica retenida que causó una oclusión intestinal al migrar totalmente hacia el interior de un asa ileal a través de un plastrón abscedado que condicionó la “fístula” peritoneo-entérica, por lo inusual del hecho nos motivamos a reportar el caso y hacer una revisión de la literatura mundial referente al tema, haciendo énfasis en sus causas, diagnóstico y prevención.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 47 años de edad sin antecedentes patológicos personales que ingresa en un servicio quirúrgico del Hospital Universitario “Dr. Mario Muñoz Monroy” de Colón, Provincia Matanzas, Cuba, el 12 de Noviembre de 2005, con el diagnóstico de Fibroma Uterino sangrante para ser intervenida quirúrgicamente, se opera en 14 de Noviembre/2005, realizándosele una Histerectomía Total Abdominal según técnica de Richardson, conservando ambos anejos. No se reportan accidentes trans-operatorios y con un “conteo de compresas completo”, según consta en el Informe Operatorio, se decide finalizar la operación.

Dos días mas tarde comienza con distensión abdominal, imposibilidad de expulsar heces y gases por el recto y vómitos, al examen físico existían elementos clínicos que dirigían el diagnóstico hacia un Ileo Paralítico Post-operatorio, tratándose como tal. Se le realiza una Ecosonografía Abdominal con resultado compatible con oclusión paralítica sin reportar colección intraabdominal, mejora dicho

cuadro y es dada de alta hospitalaria al 7mo día del post-operatorio.

Re-ingresa dos días después con un cuadro séptico, dado por fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. Se le realiza un nuevo estudio ultrasonográfico, planteándose una: “imagen compleja de 61x 91 mm que ocupa todo el fondo de saco de Dowglas predominantemente ecolúcida, no líquido libre en cavidad abdominal”, se interpreta como un Absceso del Dowglas y es llevada al quirófano intentando el drenaje por vía vaginal de dicha colección, no obteniéndose contenido alguno ni evidencias de fluctuación próxima a la cúpula vagina. Se decide tratar médicamente con antibioticoterapia parenteral y siete días después se repite el ultrasonido reiterando la presencia de “una imagen ecolúcida de 71 x 73 mm de la cúpula vaginal y el fondo de saco posterior”, dada la mejoría clínica es dada de alta días después.

Durante los dos meses posteriores al alta la paciente se mantiene en su casa con dolor abdominal intermitente, vómitos ocasionales hasta que retorna al hospital con una “crisis” de dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos e imposibilidad de expulsar heces y gases por el recto.

Se realiza un Rx de Abdomen Simple en posiciones de pie y acostado evidenciando un franco patrón de oclusión intestinal mecánica del intestino delgado, que se complementa con la presentación clínica, por lo que se decide una intervención quirúrgica de urgencia con el diagnóstico presuntivo de bridas o adherencias post-operatorias causantes del síndrome oclusivo.

Se encuentra lo que el cirujano inicialmente llamó “plastrón abscedado” de localización pélvica, próxima a la cúpula y que involucra el íleon terminal, muy organizado y con fibrosis firme entre las asas que conformaban el segmento ocluido, llamaba la atención que existía un asa ileal, también involucrada en el segmento distendido, que presentaba un “contenido dudoso” al tener una apariencia dura u ocupativa en su luz. Liberando las asas más íntimamente adheridas al “Plastrón” se observa y/o produce la apertura de una de ellas con íntima comunicación a la cavidad del “Absceso Crónico”, saliendo contenido purulento e intestinal, se procede a reseca todo el segmento de intestino comprometido y se realiza una anastomosis ileo-ileal, término-terminal en 1 plano de sutura.

La evolución clínica post-operatoria fue buena, presentando una sepsis de la herida y una pequeña colección intraabdominal que fueron tratadas médicamente. Es dada de alta al 12mo. día del post-operatorio.

El estudio anátomo-patológico de la pieza anatómica demostró la presencia de una compresa de gasa totalmente “enrollada” dentro de la luz del intestino por lo que se deduce que el cuerpo extraño “provocó” un “absceso crónico” con formación de una fístula peritoneo-entérica, a través de la cual se produjo el paso total de la compresa hacia la luz del intestino, causando el cuadro oclusivo (Figuras 1 a 3).

## DISCUSION

La causa más frecuente de oclusión del intestino delgado en un paciente operado son las bridas o adherencias post-operatorias, sin embargo, pocas veces agregamos en el diagnóstico diferencial en estos casos la presencia de un cuerpo extraño olvidado en la laparotomía anterior, que puede producir tanto una compresión extrínseca como una oclusión intrínseca al trasladarse al interior de su luz además de servir de nido productor de otras catastróficas complicaciones (16-18). Los mecanismos fisiopatológicos de este fenómeno no están bien esclarecidos y las explicaciones a este complejo proceso de migración están muy relacionadas con las reacciones inflamatorias agudas y crónicas del organismo humano ante un cuerpo extraño. Existe una respuesta fisiológica fibrinosa aséptica que crea adherencias y encapsulación resultando en la formación de un granuloma o pseudotumor, la otra forma es mediante exudación inflamatoria que favorece la formación de un absceso con o sin superinfección y formación de fístulas. S. Wattanasirichaigoon (19) del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina del Hospital Vajira en Bangkok, Tailandia, realizó un interesante estudio experimental en 36 ratas raza Wistar a las que les colocó compresas quirúrgicas con un tamaño de 4 x 4 cm en diferentes zonas de la cavidad abdominal, se evidenció tanto macro como microscópicamente la migración de las compresas hacia la luz intestinal en 10 de las 36 ratas y al aplicar el análisis de estimación estadística de Cutler-Ederer demostró que el fenómeno no tuvo relación con sitios específicos de la cavidad en que fueron dejados las compresas y que existió un aumento de las probabilidades de migración transmural si se realizan incisiones seromusculares en la pared de las asas. El diagnóstico puede ser “fácil”

en los casos en que se usan compresas marcadas con material radiopaco el cual se detecta en las radiografías simples de abdomen, aunque existen autores que plantean que en ocasiones estos marcadores se confunden con clips metálicos usados durante la cirugía o simplemente en algunos casos se confunden con restos de contraste radiopaco ingerido o con calcificaciones, restándoles la importancia que tienen (4-6). Excepcionalmente puede verse en estas radiografías simples las llamadas imágenes en “panal de abejas”, expresión del atrapamiento de aire entre las fibras textiles. Las series gastrointestinales con contraste, en los enfermos no ocluidos, son de valor al mostrar el defecto de lleno intraluminal y en ocasiones puede penetrar el contraste en la cavidad del absceso a través del cual, previa fistulización, migró la compresa a la luz intestinal, tal y como demostró el Dr. Rasim Gencosmanoglu y col (20) de la Universidad de Marmara en Istanbul, Turquía, el cual publicó el segundo caso reportado en la literatura médica en el cual pudo ser demostrado preoperatoriamente el sitio exacto de la fistulización del textiloma hacia la luz del intestino a través de una serie gastrointestinal contrastada (Foto Nro.4), la misma contingencia ocurrió en nuestra paciente sin que se pudiera hacer el diagnóstico preoperatorio dado el cuadro oclusivo que presentaba la misma. La ultrasonografía es de gran valor al observar una estructura ecogénica con componentes ecolúcidos (masa compleja) que emiten sombra acústica y cambian paralelamente a la dirección del transductor (4,21). La tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear son esenciales para su reconocimiento, en los “textilomas agudos” se observa una masa heterogénea que contiene gran cantidad de aire atrapado pudiendo tener un anillo hiperdenso periférico, mientras que los “textilomas crónicos” se asemejan a un tumor que no capta el contraste endovenoso, con calcificaciones en su interior e impresionan una masa sólida con poco o ningún aire atrapado en su interior (5,6) (Foto Nro 5 a y b) Una vez que el textiloma ha sido diagnosticado debe realizarse su extracción. La cirugía ha sido el pilar fundamental que durante muchos años y en la actualidad se emplea en la solución de los cuerpos extraños intraabdominales, sin embargo cada vez aparecen en la literatura métodos alternativos de tratamiento, J Noshier y R. Siegel (22) describen 6 pacientes en quienes resultó exitosa la extracción percutánea de cuerpos extraños del abdomen que fueron: un apósito quirúrgico (de pequeñas dimensiones), dos drenajes pélvicos, un fragmento de

una guía metálica usada en angiografías, una aguja de coser y por último un caso con un fragmento de bala intraabdominal, estos autores exponen que entre las ventajas del método percutáneo se encuentran el obviar grandes incisiones, no se realiza disección extensa y se evita la anestesia general. Nosotros creemos que dicho método no tiene gran valor pues en la mayoría de las ocasiones el epiplón mayor y los intestinos con sus mesos forman parte de la pared del textiloma además de existir gran cantidad de adherencias entre ellos e incluso hallarse una comunicación fistulosa entre una cavidad que aloja el cuerpo extraño y el intestino, como ocurrió en el caso que presentamos, donde es necesaria la resección de un segmento de intestino previa liberación de densas adherencias, quedando el método percutáneo de insuficiente valor. Aparecen reportes de abordajes laparoscópicos (cirugía mínimamente invasiva) en la extracción de los cuerpos extraños intraabdominales que en muchas ocasiones terminan en la conversión del proceder a una laparotomía clásica, debido a los mismos inconvenientes del método percutáneo.

Los textilomas no solo tienen consecuencias sobre la salud del paciente sino también tienen implicaciones médico-legales pues estos pueden ser fácilmente probados en el ámbito legal, constatándose que en muchos países se instauran litigios contra el cirujano y/o institución responsable del caso, con la teoría de que es un hecho claramente evitable, además dado a que pueden confundirse con un tumor maligno, sobre todo los de curso crónico, el paciente puede ser sometido preoperatoriamente a pruebas diagnósticas invasivas y después a extensas cirugías exéreticas, demostrándose al final que fueron completamente innecesarias (23). Más que convertir tal “accidente” en un hecho legal, con claros fines financieros y sin tener en cuenta la probabilidad del “error humano” involuntario, el razonamiento más lógico seguiría un estudio de las causas que propiciaron el hecho para su posterior prevención (24). Entre los factores que más frecuentemente se relacionan con la incidencia de cuerpos extraños olvidados en las cavidades corporales están: cirugías de emergencia con uso de gran cantidad de compresas y cambio de personal auxiliar transoperatorio, cirugías en condiciones de stress como en guerras o recepciones masivas de heridos, casos complejos, cirugías nocturnas con equipo quirúrgico agotado, no conteo unidad por unidad de cada empaquetado de compresas y/o instrumental que entra al campo operatorio, cambios inesperados del proceder quirúrgico planeado



pudiendo ocurrir desorganización en el campo operatorio, los pacientes con alto índice de masa corporal son altos grupos de riesgo, personal auxiliar y/o profesional que sin autorización introduce o extrae compresas resultando en un conteo final incompleto o exagerado que cae en el descrédito, apuros y excesos de confianza dentro del equipo quirúrgico, etc (21-24). Los elementos a tener en cuenta para la prevención de los cuerpos extraños olvidados son:

- Meticuloso conteo de todos los materiales quirúrgicos que entrarán en contacto con las cavidades corporales, 1 vez en el comienzo y 2 veces antes del cierre de la cavidad (sin embargo esta medida a demostrado que resulta insuficiente pues la mayoría de los textilomas aparecen con conteos de compresas completos).
- A pesar de un conteo de compresas completo el cirujano, antes del cierre, debe realizar una minuciosa exploración de los cuatro cuadrantes abdominales, sospechando siempre que el conteo previo pudo ser erróneo.
- Uso de compresas con marcadores radiopacos que posibiliten realizar un estudio radiológico del abdomen antes de su cierre en los casos con errores de conteo, hay autores que abogan por el uso rutinario de la radiología incluso con conteo correcto.

Si bien el cirujano a cargo del paciente tiene la mayor responsabilidad de todo lo que ocurra en el quirófano, el trabajo meticuloso y responsable de todos los miembros del equipo quirúrgico resulta esencial para garantizar un buen resultado final e impedir que una brillante intervención quirúrgica termine en este tipo de complicación, que puede ser completamente evitable (20,25-27).

## REFERENCIAS

1. Fernandez Lobato R, Marin Lucas FJ, Fradejas Lopez JM, Diaz Gimenez LM, Camarero Marina E, Moreno Azcoita M. Postoperative textilomas: review of 14 cases. *Int Surg*. 1998 Jan-Mar;83(1):63-6.
2. Moushine E, Halkic N, Garofalo R, Taylor S. Soft-tissue textiloma: a potencial diagnostic pitfall. *J Can Chir* 2005 Dec; 48(6): 495-6
3. Baz R, Suceveanu P, Doicescu D. Diagnosis of textilomas. *Chirurgia (Bucur)*. 2001 Jan-Feb;96(1):59-61.

4. Hammoud D, Ammouri N, Rouhana G, Saad H, Husseini H, Abou Sleiman C, Haddad M. [Imaging features of retained surgical foreign bodies]. *J Radiol*. 2001 Aug;82(8):913-6.
5. Custovic R, Krolo I, Marotti M, Babie N, Karapanda N. Retained Surgical Textilomas occur more often during war. *Croat Med J* 2004; 45:422-26.
6. Esposito S, Ragozzino A, Rossi G, Pinto A, Martino A. Spontaneous migration of a surgical sponge in the small intestine. Apropos of a case studied with conventional radiology and CT. *Radiol Med (Torino)*. 1994 Jul-Aug;88(1-2):139-41.
7. Lacombe C, d'alincourt A, Lerat F, Goura a Mougnot E. What is it? Abdominal foreign body and small intestine fistula. *J Radiol*. 2000 Jun;81(6):641-2.
8. Yeung KW, Chang MS, Huang JF. Imaging of transmural migration of a retained surgical sponge: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*. 2004 Nov;20(11): 567-71.
9. Godara R, Marwah S, Karwasra R, Goel R, Sen J, Singh R. Spontaneous transmural migration of surgical sponges. *Assian J Surg* 2006 Jan; 29(1): 44-5.
10. Lin TY, Chuang CK, Wong YC, Liao HC. Gossypiboma: migration of retained surgical gauze and spontaneous transurethral protrusion. *BJU Int*. 1999 Nov;84(7):879-80
11. Kabiri H, Caidi M, Benamor J, el Maslout A, Benosman A. Intrathoracic textiloma caused by transdiaphragmatic migration after biliary surgery. Report of a case. *Rev Pneumol Clin*. 2001 Nov;57(5):362-5.
12. Lone GN, Bhat AH, Tak MY, Garcoo SA. Transdiaphragmatic migration of forgotten gauze sponge: an unreported entity of lung abscess. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005 Aug;28(2):355-7
13. Cimsit B, Keskin M, Ozden I, Alper A. Obstructive jaundice due to a textiloma mimicking a common bile duct stone. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(2): 172-3.
14. Risher WH, McKinnon WM. Foreign body in the gastrointestinal tract: intraluminal migration of laparotomy sponge. *South Med J*. 1991 Aug;84(8):1042-5.
15. Dhillon JS, Park A. Transmural migration of a retained laparotomy sponge. *Am Surg*. 2002 Jul;68(7):603-5.
16. Silva CS, Caetano MR, Silva EA, Falco L, Murta EF. Complete migration of retained surgical sponge into ileum without sign of open intestinal wall. *Arch Gynecol Obstet*. 2001 May;265(2):103-4
17. Mesurolle B, Mignon F, Ariche M. About quid "abdominal textiloma. Associated intestinal fistula. *J Radiol*. 2001 Feb;82(2):184-5
18. Magomedov AZ, Dzhambulatov AS, Gaibatov SP. The migration of Mikulicz's dressings from the abdominal cavity into the intestines. *Vestn Khir Im I I Grek*. 1993 Jul-Dec;151(7-12):51-2.
19. Wattanasirichaigoon S. Transmural migration of a retained surgical sponge into the intestinal lumen: an

- experimental study. J Med Assoc Thai. 1996 Jul;79(7): 415-22.
20. Gencosmanoglu R, Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: Gossypiboma – case report. BMC Surg. 2003; 3: 6.
  21. Kuznetsov NA, Ziniakova MV, Kharitonov SV, Ignatenko SN, Titkova IM. Ultrasonic diagnosis of abdominal foreign bodies. Khirurgiia (Mosk). 2001; (10):21-3.
  22. Noshier JL, Siegel R. Percutaneous retrieval of nonvascular foreign bodies. Radiology. 1993;187:649–651.
  23. Ahmad G, Attiq-ur-Rehman S, Anjum MZ. Retained sponge after abdominal surgery. J Coll Physicians Surg Pak. 2003 Nov;13(11):640-3.
  24. Subbotin VM, Davidov MI. The reasons for leaving foreign bodies in the abdominal cavity and the prevention of this complication. Vestn Khir Im I I Grek. 1998;157(4):79-84.
  25. Zerati Filho M, Furtado PS, De Andrade LA. Textiloma nine years after nephrectomy. Int Braz J Urol. 2002 Nov-Dec;28(6):537-8.
  26. Rajagopal A, Martin J. Gossypiboma-"a surgeon's legacy": report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum. 2002;45:119–120.
  27. Schelhaas E, Mastboom WJ. [A retained gauze as a cause of unexplained abdominal complaints]. Ned Tijdschr Geneesk. 2002;146:241–245.

## ICONOGRAFÍA



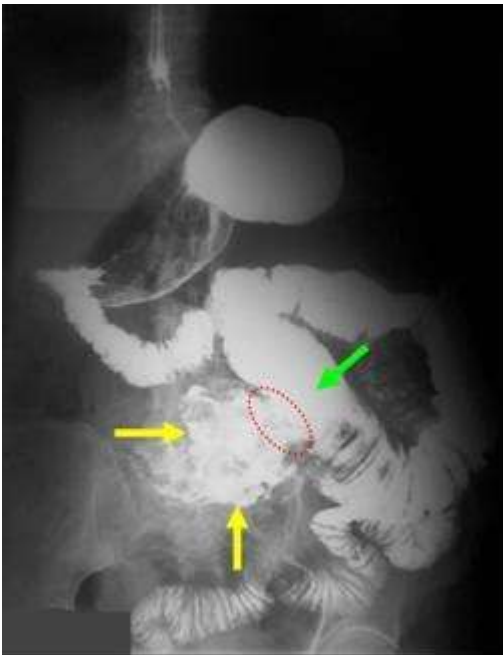
**Figura 1.-** Pieza anatómica que corresponde al segmento de íleon resecado que muestra una zona dilatada de “contenido dudoso, ocupativo”.



**Figura 2.-** Apertura de la zona dilatada del íleon donde se observa la compresa “enrollada” y totalmente introducida dentro de la luz intestinal.



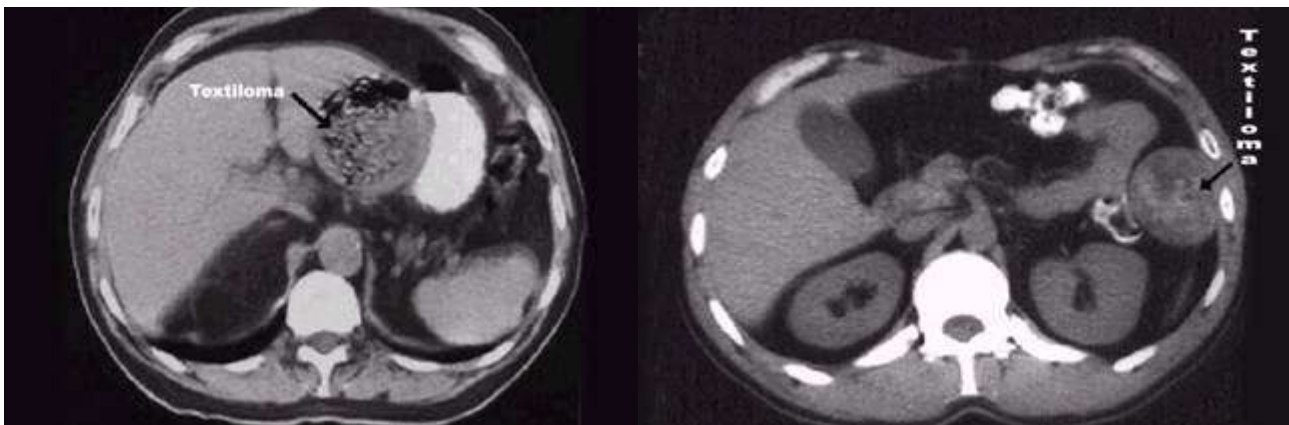
**Figura 3.-** Obsérvese la compresa completamente expuesta encontrada dentro de la luz ileal.



**Figura 4.-** Tránsito Intestinal que demuestra el sitio exacto (círculo rojo) de la fístula peritoneo-entérica a través del cual migró el textiloma desde una cavidad abscedada (flechas amarillas) hasta la luz intestinal (flecha verde). Tomado de: Gencosmanoglu R, Inceoglu R. *An unusual cause of small bowel obstruction: Gossypiboma – case report.* BMC Surg. 2003; 3: 6.

Disponible en:

<http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=12962549>



**Figura 5.-** (a): TAC donde se observan un textiloma agudo con aire atrapado y anillo periférico. (b): TAC que evidencia un textiloma crónico por su similitud a un tumor con calcificaciones internas. Tomado de: Klarie R. *Retained surgical textilomas occur more often during war.* Cro Med J,2004.45(4):422-6

Disponible en: <http://www.cmj.hr/2004/45/4/15311414.pdf>