

# GUANTE QUIRÚRGICO "OLVIDADO" EN EL ABDOMEN EN UN PACIENTE POR CINCO AÑOS, LUEGO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Juan Serrano Arízaga\* MD FACS

\* Especialista en Cirugía General. CÔRPORE Clínica. Cuenca-Ecuador

## Correspondencia:

Juan Serrano Arízaga, jujo-sear@hotmail.com, Av. 10 de Agosto y Jacinto Flores, Cuenca – Ecuador.

Código postal: EC 010107, Teléfono: (593) 999 082581

Fecha de recepción: 09-02-2016

Fecha de aceptación: 10-04-2016

Fecha de publicación: junio del 2016

## Membrete bibliográfico:

Serrano J., Guante quirúrgico "olvidado" en el abdomen en un paciente por cinco años luego de colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso. Rev Med: Ateneo 2016, Vol 18. (1):72-78

## Artículo original acceso abierto:

2016 Serrano J; Lic Rev Med Ateneo

## RESUMEN

Se presenta un caso quirúrgico, de una paciente intervenida hace 15 años para colocar una válvula ventrículo-peritoneal de Pudens y hace cinco años intervenida de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. La paciente se presenta con dolor abdominal y la presencia de una masa en flanco izquierdo que ha aumentado de tamaño en el último año. La ecografía reporta un pseudoquiste de líquido cefaloraquídeo, de 10 cm de diámetro, con presencia del catéter en su interior. Se programa cirugía laparoscópica exploratoria, encontrándose un pedazo de guante quirúrgico en el interior de un pseudoquiste de 500 cc intrabdominal, como reacción a cuerpo extraño, "olvidado" luego de la colecistectomía laparoscópica. Se evacúa el líquido y se extrae el guante, con una excelente recuperación de la paciente y alivio de los síntomas.

## PALABRAS CLAVE.

Válvula ventrículo-peritoneal, pseudoquiste de líquido céfalo-raquídeo, reacción a cuerpo extraño, colecistectomía laparoscópica, guante quirúrgico.

## ABSTRACT

A surgical case is presented. A patient who had surgery for a ventrículo-peritoneal valve of Pudens 15 years ago, and a laparoscopic cholecistectomy for cholelithiasis five years ago. The patient presented abdominal pain and a mass at the left side of the abdomen, that grew slowly in the past year. The sonogram reported a cefalo-raquid liquid pseudocyst of 10 cm in diameter, with the catheter inside. An exploratory laparoscopy was performed and a surgical glove found inside a 500 cc intrabdominal pseudocyst; a foreign body reaction, after a lap chole where the glove was "forgotten". The liquid was aspirated and the glove extracted with an excellent recovery of the patient and an immediate relief of the symptoms.

**KEYWORDS** Ventrículo-peritoneal valve, cefalo-raquid pseudocyst,

foreign body reaction, laparoscopic cholecistectomy, surgical glove.

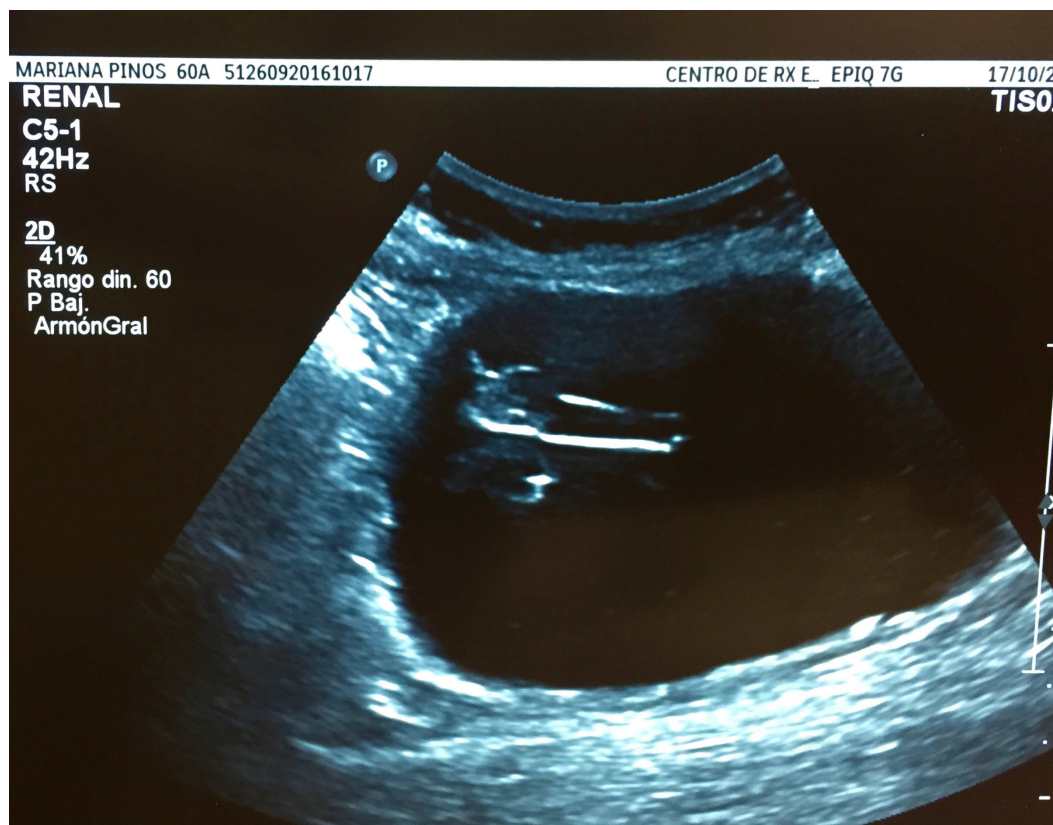
## INTRODUCCIÓN

Varias complicaciones pueden suceder luego de la cirugía laparoscópica de la vesícula, al igual que en cirugía convencional, sin embargo el hecho de "olvidarse" un pedazo grande de guante el momento de extraer la vesícula inflamada y los cálculos del abdomen, es una situación extraordinaria, por ser una cirugía mínimo invasiva y por haber un intervalo tan grande de tiempo (5 años) para manifestarse.(1,7,7,9)

En este caso particular, como la paciente tiene además una válvula ventrículo-peritoneal, que tiene así mismo sus propias complicaciones, dentro de las cuales está descrito la formación de pseudoquiste alrededor del catéter intrabdominal, hizo que el diagnóstico se confunda y se convierta en un hallazgo intraoperatorio, que nos llenó de sorpresa a todo el equipo quirúrgico. (5,11,12,14)

## CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

Se presenta un paciente de sexo femenino, de 60 años de edad, con tumoración redondeada en flanco izquierdo, de 10 cm de diámetro. Antecedentes quirúrgicos de colocación de válvula ventrículo-peritoneal de Pudens hace 15 años y colecistectomía laparoscópica hace 5 años. Acude con ecografía abdominal en donde reporta un pseudoquiste de líquido cefaloraquídeo de 500 cc intrabdominal. Foto 1.

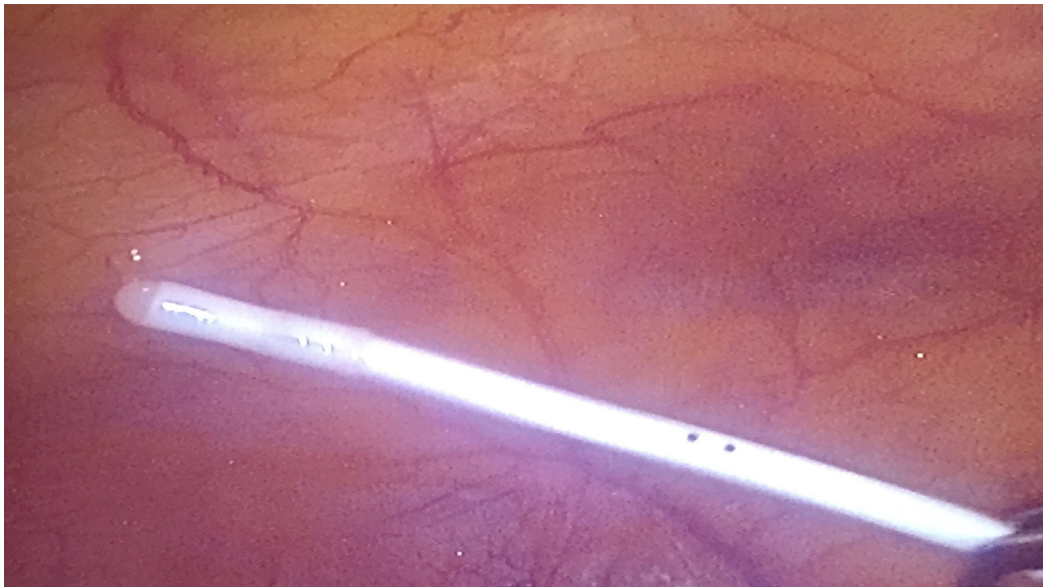


Ecografía abdominal: pseudoquiste de líquido cefaloraquídeo, catéter intracavitario.

## EVOLUCIÓN

Paciente ingresa a hospitalización para laparoscopia diagnóstica. Los exámenes preoperatorios se hallan dentro de límites normales. Bajo anestesia general, se crea el neumoperitoneo con aguja de Veress en el ombligo a 15 mm Hg. Se coloca un trócar de 5 mm en el ombligo mas la óptica y un trócar de 5 mm en línea media infraumbilical operatorio. En la inspección del abdomen se aprecian varias adherencias por las cirugías previas y el catéter ventrículo peritoneal en adecuada posición, con la punta libre en flanco izquierdo. ¡No era un pseudoquiste de líquido céfalo- raquídeo ¡. Foto 2.

Se aprecia una formación redondeada de unos 10 cm de diámetro, adherida a la pared, entre las asas intestinales. Se comienza a disecar el "quiste" con gancho y coagulación monopolar, hasta que sorpresivamente éste se abre, permitiendo la salida de líquido lechoso en una cantidad aproximada de 500 cc. Se toma muestra para cultivo y se abre un poco más esta formación quística, permitiendo la introducción de la cámara y la inspección de su interior. Foto 2.



Se aprecia la punta del catéter ventrículo peritoneal libre en el flanco izquierdo.

Se puede apreciar en el Interior del pseudoquiste un Cuerpo extraño con sutura quirúrgica. Foto 3.



Foto 3 Interior del pseudoquiste. Cuerpo extraño con sutura quirúrgica.

Se observa un elemento de color blanquecino, que impresiona inicialmente como detritus o gleras, y un material anudado de sutura. Al tomarlo con el Mariland y extraerlo del quiste, se aprecia que es un pedazo de guante de látex con una sutura alrededor. Foto 4.

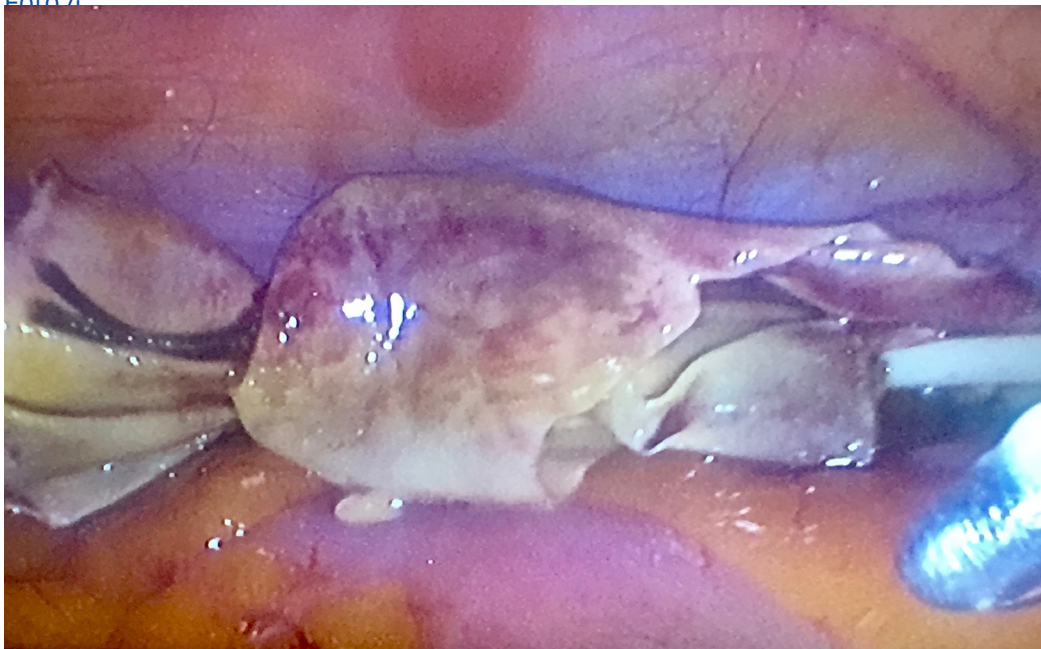


Foto 4 Pedazo de guante quirúrgico anudado con una sutura en su extremo distal.

Se extrae el guante del abdomen a través del trócar operatorio, se lava la cavidad abdominal y quística con solución salina tibia y se deja una sonda de Nelaton 18 en el interior de esta cavidad formada como reacción a cuerpo extraño . Se extraen los trócares y se sutura la piel con Etilón 000.

## DISCUSIÓN

Hay varias complicaciones abdominales luego de la colocación de una válvula ventrículo-peritoneal, entre ellas se encuentra la formación de pseudoquistes de líquido céfalo raquídeo, situación que confundió el diagnóstico ecográfico de ésta paciente, pues se veía una imagen intraquística del catéter, que resultó ser el guante, con una importante reacción periférica a cuerpo extraño, en este caso 500 cc de líquido estéril.(5,12,14)

En cirugía laparoscópica de la vesícula biliar, en los casos agudos, cuando la vesícula está muy distendida, con paredes gruesas y múltiples cálculos, se puede utilizar un guante quirúrgico, anudado en su parte distal con cualquier sutura y cortando los dedos del guante, para extraer la vesícula y los litos del abdomen sin contaminar las incisiones.Foto 5. Compárese con el material extraído. Foto 6.



Foto 5: Guante cortado.



Foto 6: Guante extraído del abdomen.

Por supuesto se debe tener la precaución de extraer todo el contenido del guante y el guante mismo, para evitar complicaciones posteriores. Llama la atención el tiempo post-operatorio hasta el inicio de los síntomas (cuatro años), la ausencia de procesos sépticos en el post-operatorio inmediato y mediato y la coincidencia en este caso de la presencia del catéter intraperitoneal, que confundió el diagnóstico definitivo. (1,2,4,7,8,10,13)

La ayuda de la laparoscopia, en el diagnóstico de patología intrabdominal, es invaluable, la recuperación del paciente sin grandes incisiones y la posibilidad de resolver las diferentes patologías es muy alta, con un gran beneficio para médicos y pacientes. (2,4,6,10,15)

## CONCLUSIONES

Aún nos podemos encontrar con situaciones que parecen increíbles en nuestro tiempo. La cirugía laparoscópica puede tener sus propias complicaciones, por lo que se deben extremar los cuidados intra y post-operatorios para obtener los mejores resultados.

Las patologías asociadas pueden confundir el criterio de imágenes y el diagnóstico clínico, una mente abierta a las posibilidades es de mucha ayuda en la solución de éstos casos extraordinarios.

### INFORMACION DEL AUTOR

Juan Serrano Arízaga, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General, Médico Tratante de Cirugía CÔRPORE Clínica y Clínica Metropolitana.  
Miembro del Colegio Americano de Cirujanos F.A.C.S. jujosear@hotmail.com . Av. 10 de Agosto y Jacinto Flores. Código postal 010107. Telf: 593-7-4090047

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso y las fotografías.

### CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reporta conflicto de intereses.

### COMO CITAR ESTE ARTICULO

Serrano J. Serrano J. Guante quirúrgico "olvidado" en el abdomen de un paciente por cinco años luego de colecistectomía laparoscópica. A propósito de un caso. Rev Med Ateneo 2016; Vol. 18 (1): 72-78

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beleña JM, Nuñez M (2014) Postoperative Complications of Laparoscopic Surgery. Int J Clin Anesthesiol 2(3): 1034.
- 2.- Berci, G., Cuschieri, A.: Bile ducts and bile duct stones. W.B. Saunders Company . Philadelphia, 1997. Pag: 83-108.
- 3.- Berci, G., Morgenstern, L.: Laparoscopic management of common bile stones. Surg. Endosc.Vol 8 : 1168-1171. 1994.
- 4.- Cervantes, J., Patiño, JF.: Cirugía Laparoscópica y toracoscópica. McGraw Hill. Interamericana, México, 1997. Pag: 100-136.
- 5.- Conn H. Complications of Peritoneovenous Shunts. ASAIO Journal. 1989;35(2):176-177.
- 6.- Cueto, J, Weber, A.: Cirugía Laparoscópica. Segunda Edición, McGraw Hill, Interamericana, México 1997. Pag: 159-187.
- 7.- De U, Maitra D, Mukherjee M. Unusual complications of laparoscopic cholecystectomy: A case series. International Journal of Case Reports and Images. 2012;3(4):5.
- 8.- Duca S, Bălă O, Al-Hajjar N, et al. Laparoscopic cholecystectomy: incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations.

HPB : The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association. 2003;5(3):152-158. doi:10.1080/13651820310015293.

9.- Malik AM, Laghari AA, Mallah Q, Hashmi F, Sheikh U, Talpur KAH. Extra-biliary complications during laparoscopic cholecystectomy: How serious is the problem? J Min Access Surg 2008;1:5-8.

10.- Meinero, M., Melotti, G., Mouret, PH.: Cirugía Laparoscópica. Editorial Médica Panamericana, España. 1996. Pag: 206-238.

11.- Oran E, Seyit H, Besleyici C, Ünsal A, Alı̇ H. Encapsulating peritoneal sclerosis as a late complication of peritoneal dialysis. Annals of Medicine and Surgery. 2015;4(3):205-207. doi:10.1016/j.amsu.2015.03.006.

12.- Popa F, Grigorean V, Onose G, Popescu M, Strambu V, Sandu A. Laparoscopic treatment of abdominal complications following ventriculoperitoneal shunt. Journal of Medicine and Life. 2009;2(4):426-436.

13.- Poulouse, B., Argobast, P., Holzman, M.: National analysis of in-hospital choledocholithiasis management resource utilization using propensity scores. SAGES Congress. April 2005. Ft Lauderdale, Florida, USA.

14.- Teegala R, Kota LP. Unusual complications of ventriculo peritoneal shunt surgery. Journal of Neurosciences in Rural Practice. 2012;3(3):361-364. doi:10.4103/0976-3147.102628.

15.- Zucker, K: Surgical Laparoscopy, St Louis, Missouri, Quality Medical Publishing Inc, 1991. Pag: 201-225.