

Oblitomas Intestinales y Extra Intestinales

Dr. R. A. Durón M. (*)

DEFINICIÓN Y OBJETIVO.

Es un hecho muy conocido, aunque poco divulgado por razones obvias, que cirujanos de todas partes del mundo y de todas especialidades, han dejado accidentalmente en más de una ocasión cuerpos extraños en alguna cavidad orgánica durante el acto operatorio. En nuestro medio, nos hemos dado cuenta de múltiples casos en que esta eventualidad desagradable ha ocurrido, tanto en clientela privada como en hospitales de caridad; Parece que es en la cavidad abdominal donde más frecuentemente quedan estos cuerpos extraños (gasas, compresas, instrumentos quirúrgicos, etc.) olvidados, iniciándose días más tarde cuadros abdominales agudos o crónicos que obligan a una reintervención y para sorpresa de todos, se encuentra el agente causal cuya naturaleza ni siquiera se había sospechado. Este tipo de patología iatrogenicoquirúrgica comienza a ser divulgado en varios países, desde luego estrictamente dentro de círculos científicos con un doble objeto: a) poner sobre aviso a los cirujanos* sobre sintomatología y métodos diagnósticos de estos cuadros post-operatorios para así obtener una curación completa y b) procurar "estandarizar" métodos preventivos evitando así ocasionar mayor daño, al paciente, que llega confiado a la sala de operaciones, y al cirujano, la eventualidad de demandas judiciales por parte del paciente perjudicado.

Según el Dr. Favlovsky (12) se denomina Oblitoma a todo cuerpo extraño abdominal, intracavitario, intragástrico o intestinal (refiriéndose a compresas operatorias) que llega a producir fenómenos de oclusión. En la presente discusión, haré poca mención de los casos comunes y corrientes de gasas y compresas que quedan en cavidad abdominal sin interesar el tracto gastrointestinal (4). Me concretaré más específicamente a casos de Oblitomas encontrados dentro del lumen intestinal, lo cual es bastante extraño, difícil aparentemente de comprender, pero cuya patogenia trataremos de dilucidar. En el curso de los últimos 4 años nos hemos enterado de 5 casos auténticos de oblitomas intrainestinales, los cuales pasaremos a describir someramente, agregando 3 casos de oblitomas intra-abdominales de los cuales uno, aunque no logró interesar el intestino, estubo a punto de hacerlo y si no lo hizo fue debido a su remoción temprana por detección radiológica a tiempo, hecho que consideramos de capital trascendencia.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso N^o1.—Se trataba de una paciente de 37 años que ingresó al hospital quejándose de dolor abdominal y vómitos a veces acompañados de expulsión de "lombrices". Había tenido dos hospitalizaciones previas, la primera 4 meses antes, cuando se le practicó salpinguectomía bilateral,

(*) Jefe del Departamento de Patología. Hospital General San Felipe.
Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A.

ovariectomía derecha y apendicectomía profiláctica, **egresando** a los **8** días después en buenas condiciones. En su casa, días más tarde, comenzaron síntomas dolorosos abdominales, vómitos y estreñimiento lo cual la obligó a hospitalizarse por segunda vez. El estreñimiento a ternaba con accesos diarreicos haciéndose diagnóstico de síndrome suboclusivo. Como aparentemente mejoró durante su internamiento egresó a la semana del ingreso. Pero a los 9 días volvió al hospital con recrudecimiento del dolor en retortijones, vómitos y estreñimiento marcado. Al practicarse la intervención quirúrgica encontró el cirujano distensión de numerosas asas yeyunales y dos puntos de obstrucción. Una a 50 cm. del ángulo de Treitz que consistía en un nudo gordiano de yeyuno adherido a sí mismo y al peritoneo parietal. El otro se encontraba en una porción más baja del yeyuno aproximadamente a un metro de distancia del anterior, observándose una dilatación fusiforme de una asa yeyunal conteniendo una masa intrínseca, blanduja, que fue interpretada como mezcla de materias fecales y lombrices (Fig. N^o 1). Se hizo resección de esta asa patológica y al abrirla en el Departamento de Patología se encontró una compresa operatoria de 15 cm² (Fig. N^o 2). La paciente fue dada de alta en muy buenas condiciones después del ingreso habiéndosele practicado tratamiento antibiótico intenso y corregido &u desequilibrio hidroelectrolítico.

Caso N^o 2.—Esta era una paciente de 35 años de edad a quien se le practicó un legrado por mola hidatidiforme. Debido a multiparidad y a solicitud de ella misma se le practicó después histerectomía y anexectomía bilateral. Desde el 7^o día postoperatorio comenzó a sentir dolor abdominal agudo e intermitente con irradiación a flanco izquierdo y distensión abdominal. Se le dio sin embargo el alta pero en su casa continuaron los trastornos acompañados de vómitos, sintiendo una masa dura en el vacío izquierdo, la cual se movilizaba cuando estaba en decúbito dorsal. Reingresó en dicho estado 2 meses después de la histerectomía. La cicatriz operatoria se encontraba en buen estado. En el vacío izquierdo se palpaba una masa de consistencia dura, dolorosa y se planteó la posibilidad de cuerpo extraño intraabdominal. Las radiografías (flat, pielograma descendente, gastroduodenal y enema baritado) no detectaron patología. Se practicó laparotomía exploradora encontrándose asas yeyunales aglutinadas con epiplón mayor y lesiones perforantes intestinales. En un asa ileal se **palpó** una masa intrínseca que fue interpretada como "paquete de vermes". Al incidiría, se extrajo una compresa operatoria y se procedió a practicar una enterografía. Se dieron antibióticos, el postoperatorio fue excelente habiéndosele dado el **alta** en buenas condiciones.

Caso N^o 3.—Sexo femenino, 31 años de edad, ingresó con sensación de tumor en la región umbilical del tamaño de un huevo de paloma, que se volvía más doloroso al expulsar gases. Dos meses antes se le había practicado una cesárea con óbito fetal por hemorragia uterina. Al examen físico se notaba la cicatriz operatoria infraumbilical palpándose una masa firme, mal delimitada, dolorosa, en el vacío izquierdo, un poco más arriba del ombligo. Desde el comienzo se sospechó cuerpo extraño intraabdominal y un tránsito gastrointestinal tomado al día siguiente mostró a nivel de la región inicial del yeyuno una asa dilatada conteniendo en su interior un cuerpo extraño en forma de pera, de 10 cm. de diámetro. La laparotomía exploradora hecha al 4^o día del ingreso mostró un bloque de intestino delgado pegado al peritoneo parietal anterior. Al despegarlo, daba salida a pus fétido, comprobándose una gasa en medio del bloque intestinal, con **múltiples** perforaciones del **intestino** (Fig. N^o 3). Se hizo resección de ese

segmento, que correspondía a yeyuno terminal enviándose el espécimen al Museo de Patología. El postoperatorio fue tormentoso por persistencia de fenómenos inflamatorios con salida de pus por la herida operatoria. Se hizo antibioterapia intensa egresando al fin en buenas condiciones 3 semanas después del ingreso.

Oso N? 4.—Esta paciente, del sexo femenino, de 27 años, ingresó al Servicio de Obstetricia practicándose cesárea segmentaria por desproporción céfalopélvica al siguiente día del ingreso. Permaneció 17 días en el Servicio después de la intervención quejándose de distensión abdominal, dolor, fiebre y vómitos. Se marchó en esas condiciones a su casa para reingresar un mes más tarde con una fístula en la parte superior de la cicatriz infraumbilical, expulsando por ella pus fétido. Se palpaba una masa blanda, dolorosa, como de 15 cm. intraabdominal, la cual fue interpretada por Rayos X como absceso conteniendo cuerpo extraño. Al ampliar la herida en laparotomía exploradora se evacuó abundante pus fecaloideo, extrayéndose una compresa que interesaba una asa yeyunoileal, la cual inicialmente formaba una masa que el cirujano interpretó como un paquete de vermes. Quedó con una fístula ileocutánea, la cual fue reparada dos meses más tarde.

Caso No. 5.—Paciente del sexo femenino, de 19 años de edad, quien fue intervenida por tumoración anexial izquierda de tipo inflamatorio y apendicectomía profiláctica. Salió en buenas condiciones una semana después de la operación, sólo para reingresar 3 días después con fiebre, dolor en sitio operatorio, estreñimiento alternando con accesos diarreicos, resistencia en fosa ilíaca izquierda y dolor en fondo de saco vaginal, al examen ginecológico. Un fiat de abdomen reveló intensa opacidad en región umbilical y flanco izquierdo. Un enema baritado del colon mostró una masa redondeada que desplazaba ligeramente el colon transverso hacia arriba y el descendente hacia atrás. Un pielograma descendente no visualizaba el uréter izquierdo como si hubiera algo en el flanco izquierdo que lo comprimiera, sugiriendo la posibilidad de una compresa dejada en la operación previa, 33 días después de la operación inicial fue reintervenida extrayéndose una compresa operatoria intraabdominal, la cual aún no había interesado el intestino.

Caso No. 6.—Paciente del sexo femenino, de 45 años de edad. Procede de La Mosquitia. Fue muy laborioso obtener datos completos, los cuales se obtuvieron a través de un intérprete. Siete años antes del ingreso había sido operada, aparentemente en el área ginecológica, a pedimento de la paciente que quería tener más hijos. En un tiempo indeterminado después de la intervención tuvo un hijo y probablemente estuvo en buenas condiciones hasta aproximadamente un año antes del presente ingreso cuando comenzó a presentar dolor en región umbilical, de tipo intermitente. Dos meses antes del ingreso comenzó a notar una tumoración en región umbilical la cual fue creciendo progresivamente, tomando características de absceso, el cual se abrió al exterior dando salida a pus y posteriormente a ascárides (6 en total). Al ingreso se notaba cicatriz infraumbilical en la línea media, correspondiente a la operación de 7 años atrás. La región umbilical era prominente, necrótica, con trayecto fistuloso hacia la cavidad abdominal, haciéndose el diagnóstico de fístula **estercorácea**. Un fiat de abdomen mostró opacidad en fosa ilíaca derecha identificando el colon ascendente y el ciego. No se practicó fistulografía. Diez días después del ingreso fue intervenida encontrándose un divertículo en el

íleon como a 50 cm. de la válvula ileocecal. El extremo distal de Idivertículo se prolongaba en forma de cilindro adhiriéndose a la pared umbilical, conteniendo un ascáride. Se envió el divertículo al Departamento de Patología y en la luz dilatada del mismo se encontró una masa redondeada, blanduja, formada de un hilado desintegrable y que fue interpretada como gasa quirúrgica antigua retenida en el divertículo (Fig. N^o 4). Por la exploración quirúrgica en esta oportunidad, según los datos de la historia clínica, había integridad de los genitales internos y ausencia quirúrgica del apéndice.

Caso No. 7.—Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad. Fue intervenida por oforosalinguectomía derecha diez años antes. El postoperatorio fue febril desarrollándose peritonitis a causa de la cual estuvo interna 23 días. Durante el transcurso de los* años posteriores continuó presentando dolores en el flanco ilíaco derecho. En varias ocasiones fue tratada por anexitis aguda. En su último internamiento ingresó con fiebre y dolor en hipogastrio. Durante la exploración ginecológica se encontraron vulva y vagina normales, el útero desviado a la izquierda por una masa de 10 x 10 cm. en anexo derecho y fondo de saco posterior, bastante dolorosa. Se llevó a la Sala de Operaciones con diagnóstico de quiste ovárico derecho y anexitis crónica. Durante la laparotomía se encontraron adherencias que incluían ciego, útero y rectosigmoide. Después de liberar estos órganos se encontró tumoración esférica, dura, localizada en parametrio derecho y fondo de saco de Douglas. En el Departamento de Patología recibimos dicha tumoración, la cual medía 6 x 5.3 cm., previamente incindida. Por su mayor parte, la superficie externa era lisa a excepción de las áreas donde se cortaron las adherencias (Fig. No. 5). La superficie de corte mostraba una cavidad quística, irregular, llena de múltiples fragmentos desintegrados de gasa operatoria, aún reconocible, blanquecina, en su mayor parte íntimamente adherida a la superficie interna (Fig. N^o 6). La pared quística medía 0.5 cm. Cortes de esta pared mostraban proceso inflamatorio crónico con la presencia de múltiples células macrófagas conteniendo fragmentos de cuerpo extraño birrefringente a la luz polarizada.

Caso N^o 8.—Paciente del sexo femenino, edad ignorada, quien ingresó por la presencia de masa intraabdominal, en flanco ilíaco derecho, de consistencia blanda. Se había practicado salpinguectomía derecha cinco años antes. Durante la intervención quirúrgica se encontró una masa paracecal que fue enviada al Depto. de Patología. Se trataba de una tumoración quística previamente abierta midiendo 10 x 7 x 5 cm., totalmente encapsulada, notándose grasa epiploica en la periferia. Los dos tercios distales del apéndice estaban incluidos en la cápsula (Fig. N^o 7). En la cavidad habían fragmentos de gasa quirúrgica en diferentes grados de desintegración, unos sueltos y otros adheridos a la superficie interna del quiste (Fig. N^o 8). Cortes de la pared quística mostraban proceso granulomatoso a cuerpo extraño, el cual aparecía como fragmentos diminutos filiformes, fuertemente birrefringentes al examen con luz polarizada (Fig. N^o 9).

COMENTARIOS

Las causas que predisponen a dejar abandonados en la cavidad abdominal cuerpos extraños durante el acto operatorio son variadas. Los británicos han abordado este problema y han encontrado que la principal causa estriba en la "rapidez" del acto operatorio o cuando se está traba-

jando "bajo presión" (10). Estas circunstancias se presentan cuando el paciente está realmente en malas condiciones y la rapidez de terminar la operación es mandatoria. Cuando se acumulan muchos casos para operar y es necesario acelerar las operaciones para darle cabida a todos. Es de comprender que en las circunstancias mencionadas no hay tiempo suficiente para hacer un "contaje" de esponjas y gasas adecuado. Desde luego, que si la enfermera instrumentista no es suficientemente experimentada o no ejerce suficiente autoridad para insistir en el contaje perfecto, las cosas se agravan. El cambio de personal en el curso de una operación es también factor importante que predispone a estas circunstancias. Ahora, cómo explicar la presencia de gasas y compresas operatorias dentro del intestino, como en algunos de los casos relatados? La explicación que damos es la siguiente: El cuerpo extraño queda primeramente en la cavidad abdominal dando comienzo desde el 1er. día a fenómenos irritativos. Los fenómenos inflamatorios se hacen ostensibles hasta aproximadamente una semana después cuando ha logrado provocar un absceso limitado por asas intestinales (Fig. N^o 10). Los fenómenos supurativos dependen en mucho del tipo de patología que motivó la intervención original. En algunos casos, el absceso tiende a abrirse en algún punto de la pared abdominal y por ahí se elimina el cuerpo extraño. Pero en otros casos la apertura del mismo se hace en una asa del intestino (Fig. No.11). Tanto el pus del absceso como el cuerpo extraño caen en la luz intestinal y debido a los movimientos peristálticos comienza entonces la progresión del cuerpo extraño dentro del intestino, pudiendo el gasoma emigrar a regiones bastante distantes del punto de entrada (Fig. N^o 12). Es muy probable, en caso de oblitomas en intestino delgado, de que si las condiciones son favorables dichas masas logren franquear la válvula ileocecal pasando al intestino grueso siendo luego expulsados por el recto. Mientras tanto, la fístula original puede desaparecer o quedar sellada por otra asa intestinal adosada al punto de la perforación. Si esto no sucede, la fístula se hace crónica y puede abrirse en la piel. Puede suceder en muchos casos que la compresa operatoria no logre caer por completo en la luz intestinal o también que debido a su volumen no emigre mucho llegando a un punto donde se queda estacionada. La oclusión intestinal puede ser completa o incompleta. Es también probable que el oblitoma se detenga debido a angulaciones provocadas por bridas intestinales (13). En otro tipo de eventualidades se trata de compresas que han quedado en el fondo de saco de Douglas. La apertura del absceso en estos casos se hace en el rectosigmoide, eliminándose después el cuerpo extraño por el ano, en el acto de la defecación. De estos últimos refiere Pavlovsky, casos muy interesantes, especialmente después de operaciones de tipo ginecológico (11). Es un hecho muy curioso, que en la mayoría de los informes de este tipo de Patología, y tal como sucedió en nuestros casos, la operación responsable del oblitoma era de orden ginecológico. El cuadro clínico abdominal está condicionado, según Casal y colaboradores (3), por la combinación de tres factores: irritación aséptica por el cuerpo extraño, infección y tendencia a la eliminación de dicho cuerpo. Hay que tener también en cuenta el tamaño del oblitoma y su ubicación, permaneciendo ignorado durante mucho tiempo si está ubicado en zonas silenciosas y ocasionando síntomas llamativos si se ubica en zonas activas (1). El tamaño de las compresas relatadas en la literatura es hasta de 40 cm². En los casos nuestros, la mayor fue de 15 cm² y la menor de 4 cm². Si solamente existe irritación aséptica, hay tendencia a la encapsulación, pero cuando hay infección y formación de absceso, es lógica la tendencia a la expulsión del cuerpo extraño (9). Por lo general,

los síntomas del oblitoma comienzan a hacer su aparición al final de la primera semana, como en la mayoría de los casos relatados por nosotros y otros autores, consistiendo en fiebre, dolor abdominal y síntomas suboclusivos. Esta sintomatología se va acentuando en los días subsiguientes pudiendo prolongarse por meses, con ligeras intermitencias. Se supone que en el 40% de los casos, los gasomas evolucionan hacia la luz intestinal, dentro de los primeros 6 meses. Se menciona también que en muchos casos, los gasomas encapsulados permanecen a sintomáticos durante muchos años llegando a sufrir cambios de desintegración, absorción parcial o calcificación (3). En el caso N° 6 nuestro, oblitoma retenido durante 7 años, parece que algo de esto último sucedió. El diagnóstico de oblitoma deberá tenerse en mente y llegarse a él por los antecedentes de operación más o menos reciente ante cuadros abdominales postoperatorios sin otra explicación. Además de la fiebre, dolores abdominales, vómitos, muchas veces se palpa una masa intraabdominal, a veces movilizable y no pocas veces referida por el mismo paciente. El examen radiológico es de mucha utilidad en varios aspectos. Si las gasas empleadas en cirugía llevan sustancia opaca a los Rayos X, podrán ser descubiertas con la mayor facilidad. En caso contrario, solamente se apreciarán desplazamientos viscerales que hagan sospechar un absceso conteniendo el cuerpo extraño. Algunos autores describen estructuras en "panal de abejas" atribuibles quizás al trabeculado del tejido del gasoma (7-9). Mediante enemas baritados o tránsito gastrointestinal llega muchas veces a determinarse el sitio de oclusión intestinal. En nuestro medio, donde el parasitismo intestinal está tan arraigado, no es de extrañar que se hagan diagnósticos erróneos, tanto clínicos como en el acto operatorio, de síndromes oclusivos por **parásitos**, especialmente por *Ascaris lumbricoídes*. En un paciente con obstrucción por gasoma, puede haber expulsión de lombrices por la boca, haciendo sospechar erróneamente al clínico la posibilidad de obstrucción intestinal por ascárides. Si la masa tumoral intestinal provocada por el oblitoma intraluminal no se ha roto, debido a su consistencia blanda y acordonada, dará al cirujano la impresión errónea de habérselas con un "paquete de vermes". Por último, si ha consecuencia de la ruptura del intestino se establecen fístulas enterocutáneas, no es de extrañar que a través de dicha fístula emerjan los parásitos. Esto último es muy demostrativo en nuestro caso No.6. En los cortes histológicos del trayecto fistuloso encontramos reacción granulomatosa con células diversas, especialmente eosinófilos y células gigantes multinucleadas. Estas últimas no contienen huevecillos de parásito y bien podrían representar células gigantes multinucleadas relacionadas con la presencia del oblitoma. El tratamiento es desde luego quirúrgico y siempre ha sido así, aunque el cirujano haga el diagnóstico en el curso de la laparotomía exploradora sin llevar en mente la posibilidad de un hallazgo sorpresivo de tal naturaleza. Este tratamiento va estrechamente unido a antibioterapia intensa y corrección del desequilibrio hidroelectrolítico. Lo mejor es hacer un tratamiento profiláctico, intensificando medidas preventivas de diversa índole según el ingenio del cirujano y el grado de colaboración del personal asistente en las operaciones. Algunos cirujanos (5), emplean un hilo que sobresale de toda gasa marcando su extremo periférico con una pinza de **Kocher**. Otros aconsejan nunca utilizar gasas pequeñas en el abdomen, pues son las que más fácilmente se pierden, y las grandes ajustarías a una cadena metálica de 40 era. de largo prendida con un gancho a las sábanas que cubren el campo operatorio (11). Pero sea cual sea el procedimiento usado, seguirán ocurriendo casos de **cuerpos** extraños dejados

olvidados y esto les ha ocurrido y les seguirá ocurriendo aun a cirujanos de alto prestigio en todas partes del mundo (2-8-14-etc.) Para Ginsberg, la primera regla básica es llevar al mínimo la variedad de esponjas, gasas y empaques usados (6). Ya también es de todos los cirujanos aceptado el hecho de que solamente deberán usarse gasas conteniendo material radiopaco y no salirse nunca de esta regla, pues ante la duda de haber dejado algo adentro, será más fácil detectarlo a tiempo, evitando problemas serios y más graves en el futuro del paciente operado. El recuento de gasas y empaques es desde luego un procedimiento de rutina, antes, durante y después de la operación. Deberán instituirse reglamentos en la sala de operaciones especialmente dirigidos al personal asistente y de preferencia a las enfermeras instrumentistas, pero en todo caso recuérdese que es el cirujano quien por &í mismo deberá tomar todas las precauciones para minimizar su dependencia de los "recuentos" hechos por la enfermera y en el momento apropiado de la operación deberá hacer tal escrutinio del campo operatorio como sea posible y compatible con la seguridad y bienestar del paciente (10). Es de esta manera como también el cirujano, siendo extremadamente cuidadoso y no dependiendo de los demás, &e verá exento de demandas judiciales por parte de los pacientes agraviados, especialmente en países donde son muy comunes las demandas contra médicos y cirujanos por "práctica negligente".

El artículo se refiere a gasas dejadas en cavidad abdominal accidentalmente durante el acto quirúrgico. Días después se inician síntomas subobstructivos y de irritación peritoneal que pueden persistir por muchos meses incluso años. Si se forma absceso peritoneal, la gasa puede ser eliminada al lumen intestinal (Oblitoma intraintestinal). Si desaparecen los síntomas inflamatorios, pueden formarse tumores a cuerpo extraño intraperitoneales (Oblitomas extraintestinales). Se hace una resión de las causas que predisponen a dejar cuerpos extraños olvidados durante las operaciones y las medidas preventivas para evitarlo. El diagnóstico se hace por sospecha clínica y métodos radiológicos. El tratamiento es quirúrgico.

This **paper** deals with gauze sponges left accidentally in the abdominal cavity during operations. Post-operatively, subocclusive intestinal symptoms appear as well as those of peritoneal irritation that may persist for months or years. If a peritoneal **abscess** is formed, the gauze sponge may be eliminated to the lumen of the intestines (Intraintestinal **oblitoma**). If the inflammatory symptoms disappear, intraperitoneal tumors of the foreign body type may be produced (extraintestinal oblitomas). A brief review of causes that predispose to leave foreign bodies left forgotten during **surgery** is made as well as the preventive measures to avoid it. Diagnosis is made by clinical suspicion and **radiological methods**. The treatment is surgical.

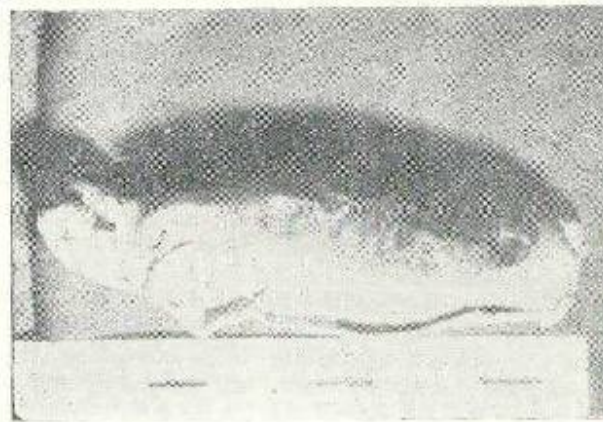


Fig. N° 1

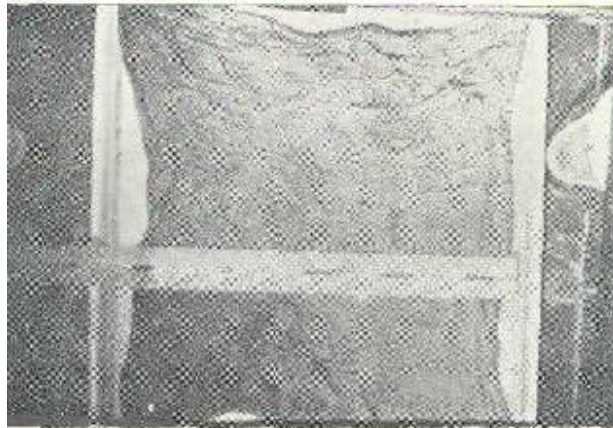


Fig. N° 2

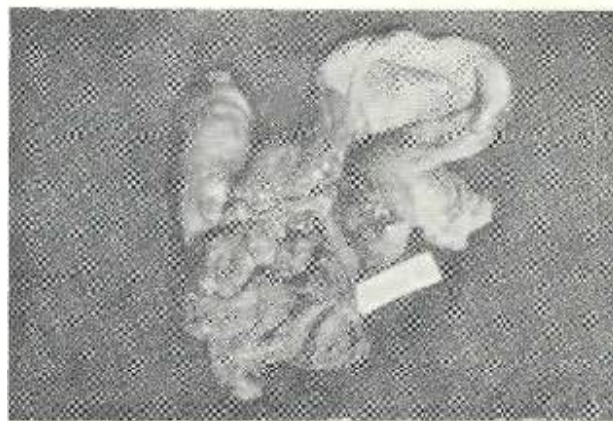


Fig. N° 3

OBLITOMAS

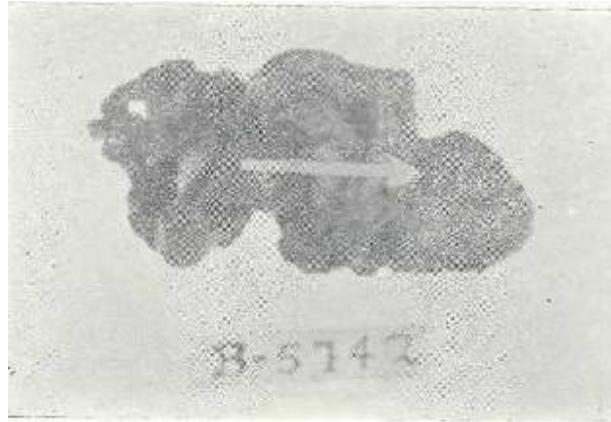


Fig. № 4



Fig. № 5

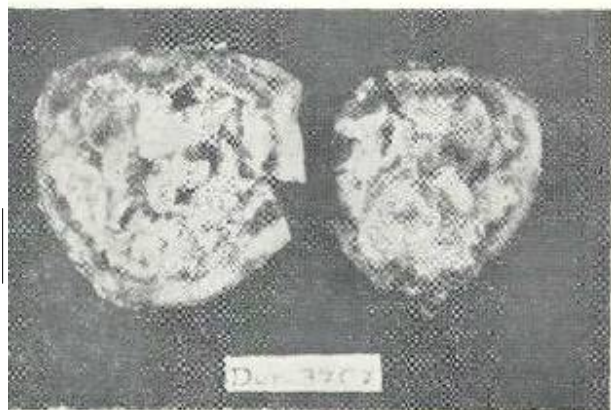


Fig. № 6

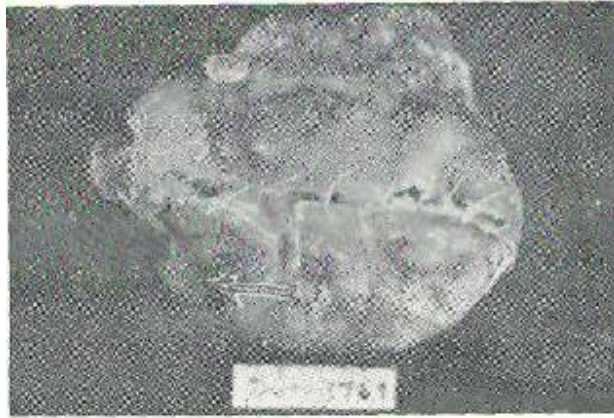


Fig. Nº 7



Fig. Nº 8



Fig Nº 9

OBLITOMAS

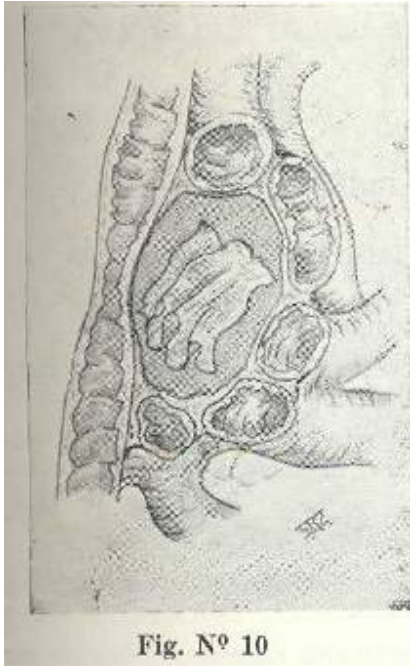


Fig. N^o 10

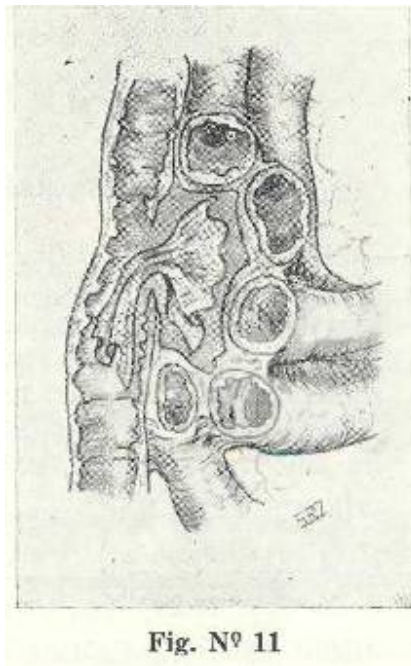


Fig. N^o 11



Fig. N* 12

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ALECHA, J. M. y Col.: Gasomas. *El día Médico*, 24: 424, 1952.
- 2.—ALTUNOV, K.: (A foreign body "compress" in the lumen of the small intestines), *Khirurgiia* (Sofía), 13: 710, 1960
- 3.—CASAL, M. A. y col.: Fístula yeyunocolónica por gasoma. *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.*, 20: 1097, 1961.
- 4.—FERREIRA, J. A.: Cuerpo extraño intraabdominal de origen quirúrgico. *Bol. Soc. Circ. B. Aires*, 44: 343, 1960.
- 5.—FINOCHIETTO, R.: Gasas olvidadas. *Pr. Med. Argentina*, 45: 3628, 1958.
- 6.—GINSBERG, F.: Modern sponge precautions can prevent operative room Grief. *Mod. Hosp.*, 101: 122, 1963.
- 7.—GIORDANO, A. y CAMBO, R.: Obstrucción crónica del delgado por compresa de gasa. *Asoc. Arg. Ciruj.*, 21: 590, 1951.
- 8.—GUTIÉRREZ, A.: *Rev. Circ. Bs. As.*, pág. 306, 1943. Cit. por Rampini (13).
- 9.—MAINETTI, J. M. y CANESTRI, I.: Compresa de gasa en la luz del yeyunoíleon como manifestación secundaria del obligo: diagnóstico radiológico, *Soc. Cirugía, Bs. As.* pág.: 586, 1956 (Cit. por Casal (3)).
- 10.—MEDICAL DEFENCE UNION: Foreign bodies left in patients at operations *Brit. Med. J.*, 5325: 270, 1963.
- 11.—PAVLOVSKY, A. J.: Complicaciones abdominales agudas por cuerpos extraños dejados durante las laparatomías (Oblitomas). *Pr. Med. Argentina*, 47: 1515, 1960.
- 12.—PAVLOVSKY, A. J.: Comunicación personal, Dic. 18, 1963.
- 13.—RAMPINI y VOLANTE: Obstrucción Intestinal por cuerpo extraño Intraluminal *Sem. Med. (Bs. As.)*, 121: 1172, 1962.
- 14.—REIZENMAN, V. S.: (a case of obturating obstruction caused by a gauze sponge left in the abdominal cavity), *Khirurgiia* (Mosk), 35: 125, 1959.