



## Pérdida de aguja durante sutura de desgarro vaginal posparto

 Eduardo Reyna-Villasmil,<sup>1</sup>  Maira Sarmiento Piña.<sup>2</sup>

### RESUMEN

*La pérdida de una aguja durante la sutura de desgarros vaginales posparto puede provocar complicaciones graves, que afectan tanto a la salud física como al bienestar psicológico de la paciente. Aunque su incidencia es baja, las repercusiones incluyen hemorragias graves, cirugía prolongada y aumento de la morbilidad, así como ansiedad y estrés debido a la preocupación de tener un cuerpo extraño. Se presenta un caso exitoso de manejo de una paciente de 39 años en la que se perdió una aguja durante la sutura, destacando la relevancia de la radiografía simple y otras tecnologías de imagen en su recuperación. Además, la formación adecuada del equipo quirúrgico en los protocolos para el manejo de agujas perdidas y la comunicación eficaz son esenciales para abordar estas situaciones, garantizando la seguridad y el bienestar de la paciente.*

**Palabras clave:** *Aguja, Sutura, Complicaciones, Desgarro vaginal, Vagina.*

### Needle loss during postpartum vaginal tear suture

#### SUMMARY

*The loss of a needle during suturing postpartum vaginal tears can lead to serious complications, impacting both the physical health and psychological well-being of the patient. Although its incidence is low, the repercussions include severe hemorrhages, prolonged surgery, and increased morbidity, as well as anxiety and stress due to the concern of having a retained foreign body. We present a successful case of management of a 39-year-old patient in which a needle was lost during suturing, highlighting the relevance of plain radiography and other imaging technologies in its localization and recovery. Additionally, proper training of the surgical team in instrument count protocols and effective communication are essential for addressing these situations, ensuring the safety and well-being of the patient.*

**Keywords:** *Needle, Suture, Complications, Vaginal tear, Vagina.*

## INTRODUCCIÓN

La pérdida de una aguja de sutura durante la corrección de la episiotomía o el desgarro vaginal posparto puede producir complicaciones que impactan tanto la salud física como la psicológica de la paciente (1). Aunque su incidencia es relativamente baja (0,17 %), el equipo médico enfrenta desafíos importantes. En estos casos, se requiere una exploración inmediata, ya que existe evidencia de que la retención de agujas aumenta el riesgo de complicaciones posoperatorias, como infecciones, daño a estructuras nerviosas y problemas

de cicatrización (2). Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud estén bien entrenados para evitar o corregir este tipo de incidentes, garantizando así la seguridad de las pacientes (3). Se presenta un caso de remoción de una aguja perdida durante la sutura de un desgarro vaginal.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de paciente de 39 años, primigesta, que ingresó a la sala de partos para un parto instrumental mediante *vacuum* bajo anestesia epidural, debido a la falta de progreso en el trabajo de parto. Se obtuvo un recién nacido de sexo femenino que pesó 4100 gramos, con puntuaciones de Apgar de 7 y 9 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente.

<sup>1</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, VENEZUELA. <sup>2</sup>Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, VENEZUELA. Correo para correspondencia: sippenbauch@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** Reyna-Villasmil E, Sarmiento M. Pérdida de aguja durante sutura de desgarro vaginal posparto. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86(1):166-170. DOI: 10.51288/00860119

Posterior al parto, se realizó la sutura del desgarro vaginal de segundo grado que involucraba tanto la mucosa vaginal como el músculo subyacente del perineo. Durante esta reparación, la aguja de sutura se desprendió, sin que fuera visualizable ni palpable, quedando alojada en las paredes vaginales. Ante la persistencia del sangrado vaginal, se optó por conservar la sutura inicial y se colocó un empaquetado vaginal. La paciente fue transferida para una exploración bajo anestesia y para la remoción de la aguja. Se realizó una búsqueda exhaustiva, pero al fallar la palpación y la inspección visual, se solicitó una radiografía simple, que confirmó exitosamente la ubicación de la aguja en el lado derecho de la vagina. Aunque se intentó realizar una ecografía de tejidos blandos sin éxito para localizar el cuerpo extraño, la radiología simple permitió localizar la aguja en dos dimensiones, tal como lo confirmó su clara apariencia de color blanco brillante en la imagen (Figura 1), permitiendo su extracción completa del tejido vaginal.

Después de la extracción, se procedió a realizar la episiorrafia, dejando un catéter vesical y un empaquetado vaginal. Se administraron antibióticos intravenosos. La paciente experimentó una pérdida sanguínea significativa de 2 litros, lo que

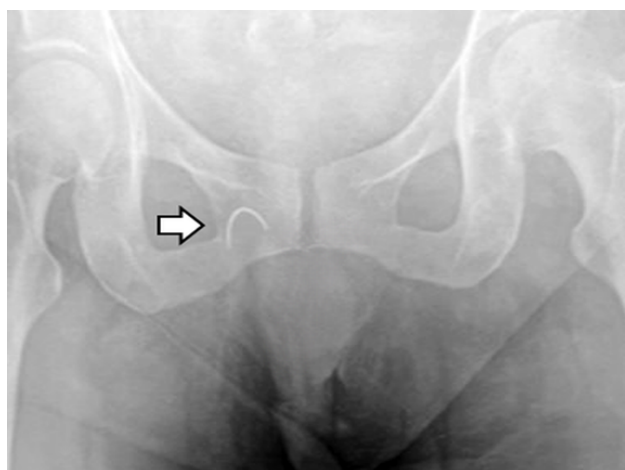


Figura 1. Radiografía simple de pelvis. La flecha señala la aguja en la vagina.

subraya la gravedad potencial de estos incidentes y la necesidad de preparación para la reposición de fluidos y hemoderivados. La hemorragia requirió la administración de 2 unidades de concentrado de glóbulos rojos. A pesar de esta complicación, la paciente fue dada de alta al cuarto día posparto.

## DISCUSIÓN

La pérdida de agujas quirúrgicas es un suceso bastante común durante un procedimiento quirúrgico, especialmente en los departamentos quirúrgicos y odontológicos, mientras que los informes en el campo obstétrico son relativamente escasos. Un estudio informó que el 65 % de los cirujanos en Estados Unidos experimentaron la pérdida de agujas quirúrgicas y diseñaron un protocolo para recuperar la aguja perdida durante las cirugías mínimamente invasivas (4). No obstante, la pérdida de una aguja, especialmente en el contexto de la sutura de episiotomía y desgarros vaginales posparto, puede causar complicaciones significativas (5). Para abordar este desafío, es fundamental conocer y emplear diversas técnicas de recuperación que aumenten la probabilidad de localizar y extraer la aguja de manera segura y efectiva (6).

A diferencia de otros cuerpos extraños metálicos, como fragmentos de metralla, que, en la mayoría de los casos, permanecen durante años en su ubicación y casi nunca causan dolor, las agujas pueden migrar debido a su forma puntiaguda en un extremo. Un “mecanismo movilizador” puede hacer que las agujas avancen, especialmente cuando están incrustadas en un tejido sólido y móvil, como el músculo. El dolor puede ser causado tanto por la propia aguja como por la mera idea de tener un objeto puntiagudo en el cuerpo (2).

La identificación de una aguja perdida intraoperatoriamente puede complicarse por factores como el gas intestinal y la materia fecal, que

oscurecen la visualización en las radiografías estándar (4). Si bien la literatura reporta que las radiografías convencionales solo logran localizar agujas perdidas en aproximadamente el 29 % de los casos, especialmente para agujas pequeñas (4 a 10 mm), este caso es un ejemplo exitoso de su utilidad en el contexto vaginal. La efectividad en esta situación particular podría atribuirse a la ubicación relativamente superficial y la densidad del tejido circundante. Sin embargo, es crucial reconocer que la realización de la radiografía implica desafíos clínicos significativos, como el potencial de comprometer el campo estéril, prolongar el tiempo quirúrgico y el riesgo de que la aguja se desplace aún más. Esto resalta la necesidad de que los equipos quirúrgicos tengan un protocolo preestablecido para balancear la necesidad de la imagenología con el mantenimiento de la seguridad del paciente (4).

En contraste, una de las técnicas más efectivas para la detección de agujas perdidas es la fluoroscopia, que permite obtener imágenes en tiempo real de la cavidad vaginal. Utilizando el sistema de arco en C, los cirujanos pueden visualizar la aguja mientras se desplaza por los tejidos vaginales, lo que facilita su localización exacta. Esto resulta particularmente útil en la cirugía mínimamente invasiva, donde el gas y las estructuras intestinales pueden dificultar la visualización. A diferencia de las radiografías tradicionales, que proporcionan imágenes estáticas, la fluoroscopia ofrece una visualización dinámica, permitiendo a los cirujanos ajustar su enfoque en función de cómo se mueve la aguja (7).

La tomografía computarizada puede utilizarse como un recurso adicional, aunque su aplicación suele ser posterior al procedimiento quirúrgico debido a la necesidad de movilizar a los pacientes. Esta técnica proporciona imágenes en cortes transversales, que facilitan la identificación de objetos extraños en situaciones donde la anatomía compleja puede complicar su localización. En casos en los que se sospecha de complicaciones potencialmente graves, puede ser

esencial para evaluar el daño en los tejidos circundantes y planificar la intervención (8, 9).

En este caso, se intentó sin éxito la ecografía de tejidos blandos para localizar la aguja. Aunque la ecografía es una herramienta útil para cuerpos extraños metálicos en manos de un operador experto, su eficacia varía con la ubicación y las condiciones anatómicas. La decisión de recurrir a la radiografía simple después del fracaso de la ecografía, en este caso, demuestra un enfoque clínico práctico. Este incidente subraya un principio fundamental en la atención médica: aunque existen tecnologías avanzadas como la fluoroscopia o la tomografía computarizada, a menudo la técnica más sencilla y accesible, como la radiografía, resulta ser la más efectiva para el diagnóstico y la localización, siempre que esté bien indicada (10).

La integración de un sistema de detección por radiofrecuencia también ha emergido como una opción innovadora en la recuperación de agujas perdidas. Estos sistemas permiten el seguimiento de objetos quirúrgicos, incluyendo agujas, utilizando tecnología que emite y recibe señales de radio. Esta tecnología puede ser especialmente útil en operaciones complejas donde los equipos quirúrgicos son numerosos y la posibilidad de perder una aguja es alta. Su uso puede mejorar la precisión en el conteo de instrumentos y ofrecer una localización más confiable de los objetos durante y después de la cirugía. No obstante, este tipo de equipos no está ampliamente difundido en los servicios hospitalarios (11).

La exploración por resonancia magnética está absolutamente contraindicada en casos de cuerpos extraños metálicos, especialmente agujas, debido a la posible migración hacia estructuras vitales. Un adecuado consentimiento informado previo a los exámenes de resonancia magnética debe incluir preguntas sobre la posible presencia de cuerpos extraños metálicos retenidos y el uso de radiografía o tomografía computarizada está justificado para aclarar posibles casos dudosos (12).

En situaciones en las que las técnicas de imagen no logran identificar la aguja perdida, es posible utilizar métodos adicionales. La exploración quirúrgica directa puede ser necesaria para recuperar la aguja, especialmente si se sospecha que ha migrado a otra área o que ha lesionado estructuras internas. En este caso, el cirujano deberá mantener estrictas medidas asépticas y seguir un protocolo riguroso para asegurar la recuperación de la aguja sin comprometer la salud del paciente (4).

Una vez que se identifica la ubicación de la aguja, es crucial tener un plan de recuperación meticuloso. Dependiendo de la localización, se puede requerir un enfoque mínimamente invasivo o una laparotomía (13). Durante la laparotomía, el cirujano podrá acceder directamente al sitio donde se encuentra la aguja y realizar cualquier acción necesaria para su extracción. En casos en los que la migración de la aguja haya causado daño a órganos o tejidos, puede ser necesario llevar a cabo procedimientos adicionales de reparación antes de continuar con la recuperación (14, 15).

La educación y el entrenamiento del personal quirúrgico en protocolos adecuados son esenciales para minimizar la incidencia de agujas perdidas. El equipo debe estar familiarizado con la utilización de técnicas de imagen, así como con la respuesta adecuada en caso de que se identifique la pérdida durante un procedimiento (7).

Se concluye que la pérdida de una aguja durante la sutura de desgarros vaginales tras el parto puede provocar complicaciones físicas y psicológicas significativas para la paciente, lo que destaca la importancia de entrenar al personal médico en técnicas de prevención y manejo efectivo de esta situación. Aunque la incidencia de tales eventos es baja, las consecuencias pueden incluir hemorragias severas, prolongación de la cirugía y complicaciones posoperatorias. Por lo tanto, es imperativo desarrollar e implementar protocolos efectivos para manejar estas incidencias, priorizando el bienestar de las pacientes.

**Los autores declaran no tener conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. Kohi MP, Naeger DM, Lorenson MJ, Taylor AG, Kolli KP, Fidelman N, *et al.* Hook, line, and sinker: hook wire localization of a retained suture needle in the perineum. *J Vasc Interv Radiol.* 2014;25(9):1479-80. DOI: 10.1016/j.jvir.2014.02.023.
2. El-Refaie TA, Sayed KK, El-Shourbagy MA, Arafat EA. Role of blunt suture needle in episiotomy repair at uncomplicated vaginal deliveries in reducing glove perforation rate: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(5):787-92. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2011.01790.x.
3. Mohammed H, Shallik N, Barsoum M, Al Abdulla M, Dogan Z, Ahmed HH, *et al.* Dental needle foreign body in the neck: a case report. *J Dent Anesth Pain Med.* 2020;20(2):83-87. DOI: 10.17245/jdapm.2020.20.2.83.
4. Jayadevan R, Stensland K, Small A, Hall S, Palese M. A protocol to recover needles lost during minimally invasive surgery. *JSLs.* 2014;18(4):e2014.00165. DOI: 10.4293/JSLs.2014.00165.
5. Gavrić Lovrec V, Cokan A, Lukman L, Arko D, Takač I. Retained surgical needle and gauze after cesarean section and adnexectomy: a case report and literature review. *J Int Med Res.* 2018;46(11):4775-4780. DOI: 10.1177/0300060518788247.
6. O'Brien L, Eyster KM, Hansen KA. Retained foreign body: "Needle in a Haystack". *J Patient Saf.* 2015;11(4):228-9. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000078.
7. He B, Xu C, Mao Y, Mao J, Shen L, Wei H, *et al.* A novel navigation system to guide metallic foreign body extraction. *Int J Comput Assist Radiol Surg.* 2016;11(11):2105-2110. DOI: 10.1007/s11548-016-1424-1.
8. Bozorgmehr R, Bahadorinia M, Pouyanfar S, Ahmadinejad M, Bahri MH, Bagherpour JZ. A rare case of abdominal foreign bodies; laparoscopic removal of a sewing needle. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;82:104747. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.104747.
9. Ingraham CR, Mannelli L, Robinson JD, Linnau KF. Radiology of foreign bodies: how do we image them? *Emerg Radiol.* 2015;22(4):425-30. DOI: 10.1007/s10140-015-1294-9.
10. Phaterpekar T, Ahmad MI, Ouellete H, Munk P, Mallinson P, Nicolaou S, *et al.* Exploring the uncommon: Unusual instance of retained fractured needles in a patient of intravenous drugs abuse. *Radiol Case Rep.* 2024;19(4):1619-1623. DOI: 10.1016/j.radcr.2024.01.016.

11. Perera E, Chou S, Cousins N, Mota N, Reynolds K. Women's experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):197. DOI: 10.1186/s12884-023-05509-5.
12. Contegiacomo A, Conti M, Trombatore P, Dezio M, Muciaccia M, Lozupone E, *et al.* Radiological features and management of retained needles. *Br J Radiol*. 2020;93(1114):20200316. DOI: 10.1259/bjr.20200316.
13. Asprey W, Knuttinen G, Long JR, Fox M, Flug J, Mayer JP, *et al.* A novel technique for retrieval of a broken biopsy needle. *Skeletal Radiol*. 2020;49(2):307-312. DOI: 10.1007/s00256-019-03304-y.
14. Medina LG, Martin O, Cacciamani GE, Ahmadi N, Castro JC, Sotelo R. Needle lost in minimally invasive surgery: management proposal and literature review. *J Robot Surg*. 2018;12(3):391-395. DOI: 10.1007/s11701-018-0802-9.
15. Zhang Z, Yang M, Zhang R. Radiographic grid for locating foreign bodies in maxillofacial emergency trauma. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):46. DOI: 10.1186/s12903-023-03807-0.

Recibido 20 de septiembre de 2025  
Aprobado para publicación 10 de octubre de 2025