

CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Solución del caso 11. Seudotumor secundario a cuerpo extraño intraoperatorio[☆]

Solution to case 11. Pseudotumor secondary to an intraoperative foreign body

A.X. Casal Rodríguez^{a,*}, M. Arias González^b y A. Iglesias Castañón^b

^aDepartamento de Radiodiagnóstico, Hospital Xeral de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^bUnidad de Resonancia Magnética, Instituto Galego de Medicina Técnica (MedTec), Vigo, Pontevedra, España

Recibido el 7 de octubre de 2008; aceptado el 9 de enero de 2009

Historia clínica

Paciente varón de 36 años de edad, intervenido de hernia discal lumbar L5-S1 derecha hace 5 años, con buena evolución clínica tras la cirugía. Posteriormente, comienza con una clínica de molestias en la región lumbar con escasa respuesta al tratamiento analgésico, sin irradiación a los miembros inferiores y con pruebas analíticas normales. Ante la persistencia de los síntomas se realiza una resonancia magnética de columna lumbar.

Hallazgos radiológicos

La imagen T1 axial (fig. 1) muestra una masa sólida localizada en la musculatura paravertebral derecha, de contornos bien definidos e intensidad de señal igual a la del

músculo. La secuencia sagital T2 rápida (fig. 2) muestra un aspecto heterogéneo, distinguiéndose una zona central de alta intensidad de señal y una zona periférica gruesa e hipointensa. Tras la administración de gadolinio intravenoso (i.v.) (fig. 3) la lesión presenta captación periférica que se corresponde con la región hipointensa en T2, no objetivándose captación en la región central.

Discusión

El diagnóstico diferencial de una masa paraespinal incluye una amplia gama de tumores de partes blandas —en nuestro caso, dadas las características de la masa descrita, fundamentalmente tumores de estirpe fibrosa (fibrosarcoma, desmoide)— hematomas, abscesos, abscesos fríos granulomatosos tipo tuberculosos o seudotumores secundarios a cuerpos extraños (gasomas). Los hallazgos descritos nos orientan hacia una masa con un componente central líquido o necrótico y una periferia de fibrosis. Por ello, y dada la latencia de la sintomatología en un paciente con antecedentes quirúrgicos, el diagnóstico radiológico es de gasoma, pese a no conseguir visualizarse material quirúrgico.

El gasoma o textiloma se define como una tumoración causada por las fibras de una gasa depositada durante el

☆Para conocer el listado de participantes que acertaron su diagnóstico y obtuvieron créditos, hay que dirigirse a la página web de la SERAM (www.seram.es) dentro del apartado de la revista RADILOGÍA.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(A.X. Casal Rodríguez\).](mailto:anton.casal.rodriguez@sergas.es)

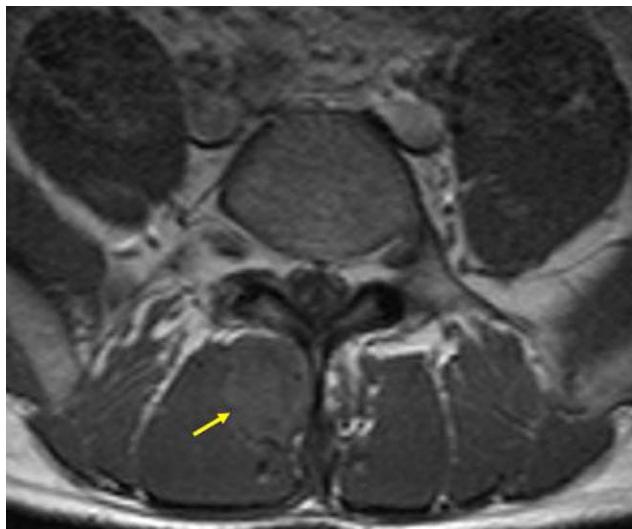


Figura 1 Resonancia magnética de columna lumbar. Imagen T1 eco de espin axial a nivel del cuerpo vertebral de L5. Masa sólida en la musculatura paravertebral derecha, de contornos bien definidos y de señal similar a músculo (flecha).

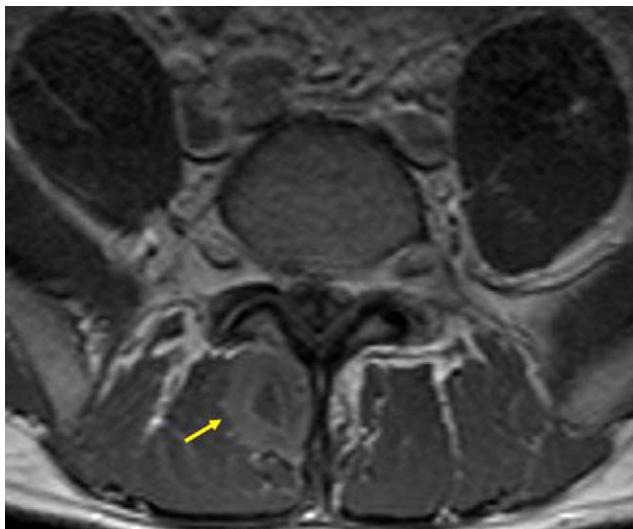


Figura 3 Resonancia magnética de columna lumbar. Imagen T1 axial eco de espin tras administración de gadolinio intravenoso. La masa presenta un realce periférico grueso y homogéneo, sin captación en la región central.



Figura 2 Resonancia magnética de columna lumbar. Imagen T2 rápido eco de espin sagital. La masa presenta un centro fundamentalmente hiperintenso con una periferia gruesa y marcadamente hipointensa.

acto quirúrgico¹. La incidencia de cuerpos extraños retenidos tras la cirugía varía entre un 0,01 y un 0,001%², siendo más frecuente en la cirugía de abdomen y pelvis. Cuando se produce este depósito, el material quirúrgico no reabsorbible puede dar lugar a una reacción de tipo exudativo, generalmente en los primeros días del postoperatorio o, como sucedió en este caso, a una respuesta a modo de fibrosis aséptica, que deriva en el desarrollo de una reacción de tipo granuloma a cuerpo extraño con encapsulación^{1,2}. En el primer caso puede formarse un absceso con posible fistulización cutánea. En el segundo caso la sintomatología puede ser nula o muy escasa, lo que dificulta y retarda el diagnóstico^{2,3}.

Aunque en muchos países el material quirúrgico se marca con material radiopaco que facilita su detección mediante radiología simple o tomografía computarizada (TC), esto no siempre es así. Además, este marcaje se realiza generalmente con sulfato de bario, que no es ferromagnético, de modo que no da lugar a artefactos en la resonancia magnética (RM) que faciliten su identificación². Habitualmente, las imágenes de la TC muestran una masa bien definida de pared gruesa con un interior heterogéneo, pudiendo mostrar calcificaciones y burbujas de gas en su interior⁴. En la RM se visualiza una masa cuyo centro puede presentar una señal variable, rodeado por una cápsula isointensa en las imágenes T1 e hipointensa en T2, y que presenta realce intenso tras la administración de gadolinio por vía i.v. Esta cápsula está constituida por tejido de granulación y fibrosis, mientras el centro puede presentar diferentes cantidades de líquido y proteínas, dando lugar a distintas señales, aunque suele ser hiperintenso en las secuencias T2^{1,2}. Dichos hallazgos son prácticamente idénticos al absceso granulomatoso crónico, aunque la presencia no siempre constante de las fibras de la goma en el interior de la masa, como líneas hipointensas en T2, orientarán al diagnóstico de gasoma⁵.

Diagnóstico

Seudotumor secundario a cuerpo extraño intraoperatorio (gasoma o textiloma).

Bibliografía

1. Kim CK, Park BK, Ha H. Gossypiboma in abdomen and pelvis: MRI findings in four patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189:814–7.
2. Kim HS, Chung TS, Suh SH, Kim SY. MR imaging findings of paravertebral gossypiboma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28: 709–13.
3. Is M, Karatas A, Akgul M, Yildirim U, Gezen F. A retained surgical sponge (gossypiboma) mimicking a paraspinal abscess. *Br J Neurosurg.* 2007;21:307–8.
4. Choi BI, Kim SH, Yu ES, Chung HS, Han MC, Kim C. Retained surgical sponge: diagnosis with CT and sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 1988;150:1047–50.
5. Lo CP, Hsu CC, Chang TH. Gossypiboma of the leg: MR imaging characteristics. A case report. *Korean J Radiol.* 2003;4:191–3.