

Imagen diagnóstica

www.elsevier.es/imagendiagnostica



CASO CLÍNICO

Ectasia ureteral secundaria a textiloma abdominal

David Llopis González*, Miquel Àngel Camarells Bielsa y Jorge Humberto Marín

Unitat Dos de Maig, CETIR Grup Mèdic, Unitat Dos de Maig, Barcelona, España

Recibido el 5 de abril de 2011; aceptado el 5 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Textiloma;
Ectasia ureteral;
Pielografía;
Sistema nefrourológico

KEYWORDS

Gossypiboma;
Ureteral ectasia;
Urography;
Nephro-urological
system

Resumen

En la nomenclatura quirúrgica se denomina *textiloma* al cuerpo extraño, generalmente en la cavidad abdominal, o tumoración con matriz de algodón, que provoca una reacción de rechazo a cuerpo extraño. La bibliografía al respecto es escasa debido a conflictos de ética profesional. La característica común es la presencia de gas en el interior de la lesión, y con el paso de los años se produce una reacción mesenquimatosa a cuerpo extraño (granuloma). Presentamos el caso de una paciente que tuvo un textiloma posquirúrgico en su país de origen, hace 16 años, tras una intervención de histerectomía radical, con clínica dolorosa permanente en fosa ilíaca derecha. En las sucesivas exploraciones radiológicas de abdomen simple, aparece como una gran calcificación adenopática.

© 2011 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ureteral ectasia secondary to an abdominal textiloma

Abstract

A gossypiboma (or textiloma) is the surgical term given to a foreign body, usually in the abdominal cavity, or a tumour with a cotton matrix that causes a negative reaction to a foreign body. The literature is scarce due to conflicts of professional ethics. The common feature is the presence of gas within the lesion, and over the years there is a foreign body mesenchymal reaction (granuloma). We report the case of a patient who had gossypiboma after surgery (radical hysterectomy) in her country of origin 16 years ago; with ongoing clinical pain in right iliac area. It appeared as a large lymph node calcification in successive plain abdominal X-rays.

© 2011 ACTEDI. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tresorer@actedi.cat (D. Llopis González).

Historia clínica

Paciente de 56 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de histerectomía radical hace 16 años en su país de origen, que presentó un textiloma en fosa lumbar D que causaba dolores abdominales intermitentes. Por este motivo, se realizan controles periódicos para determinar la afectación excretora. No hay alteraciones en la analítica que aporten indicios de enfermedad nefrourológica.

Hallazgos de imagen

Abdomen simple (previa a la urografía): adenopatía o granuloma calcificado en fosa lumbar D (fig. 1).

Urografía intravenosa: a los 10 minutos ya se observa un leve engrosamiento del trayecto ureteral D respecto al izquierdo (fig. 2).

En la proyección oblicua derecha ya se aprecia la proximidad del trayecto ureteral con la lesión granulomatosa cuyos fenómenos periinflamatorios pueden afectar la excreción (fig. 3).

En la proyección prona, a los 25 minutos se observa el marcado retraso de eliminación del contraste hacia la vejiga urinaria (fig. 4).

Se recomienda realizar una tomografía computarizada (TC) con contraste para situar esta lesión en el plano axial.

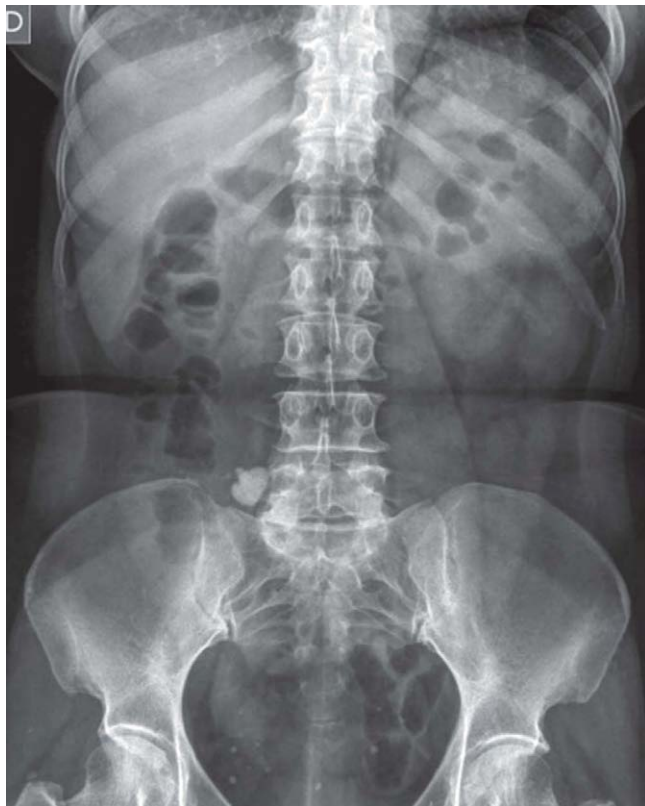


Figura 1 Radiografía simple de abdomen como imagen basal donde se aprecia el granuloma calcificado en fosa ilíaca derecha. Llamam la atención también los flebolitos del área vesical.

Resultados de la TC (a los 7 días de la urografía): en fase excretora, a los 5 minutos de la administración de contraste intravenoso, en el plano axial se observa afectación a nivel del tercio medio ureteral con la lesión granulomatosa alojada en fosa lumbar D (fig. 5).

Diagnóstico

Ectasia ureteral D de carácter moderado a nivel del tercio medio debido probablemente a fenómenos periinflamatorios relacionados con antecedentes quirúrgicos de la paciente.

Adenopatía calcificada secundaria a textiloma por histerectomía que causa ectasia ureteral moderada en hemisistema nefrourológico derecho. La función excretora se muestra conservada.

Discusión

El uso de gasas radioopacas no siempre garantiza el diagnóstico radiológico, que puede ser negativo hasta en un 18%⁵. La presencia de una gasa retenida después de una intervención quirúrgica, muchas veces referida como textiloma, *gossypiboma*, algodonoide o gasoma, es una situación rara que, según la bibliografía, ha sido referenciada en una de cada 1.000-5.000 intervenciones^{4,5}. Su diagnóstico puede tener implicaciones médico-legales en el grupo quirúrgico,



Figura 2 Radiografía con contraste yodado a los 10 minutos de la administración intravenosa.



Figura 3 Proyección oblicua derecha en la que se aprecia la afectación perilesional con el uréter.

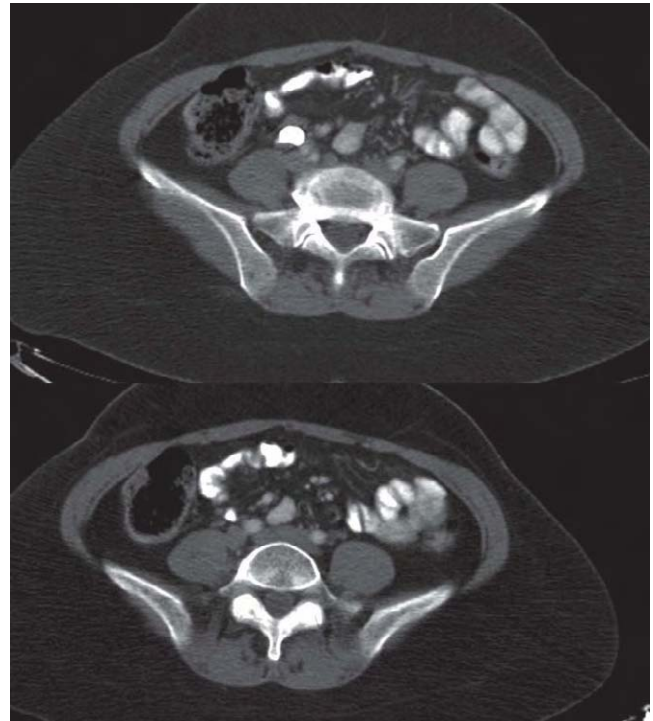


Figura 5 Cortes axiales en zona perilesional en fase excretora de la tomografía computarizada con contraste.



Figura 4 Proyección prona a los 25 minutos de la IV, con llenado desigual de la vejiga urinaria.

por este motivo esta condición se ha registrado de forma escasa.

Su aparición se ha asociado a procedimientos quirúrgicos de emergencia o a cambios inesperados en un plan de procedimiento quirúrgico.

La presentación clínica y radiológica es muchas veces confusa, y causa retraso en el diagnóstico y en el tratamiento apropiado, con implicación en la morbilidad.

El diagnóstico de esta entidad puede ser un reto diagnóstico y debe sospecharse en el caso de pacientes con antecedentes quirúrgicos y que desarrollen síndrome oclusivo, masa abdominal o fístula después de una intervención quirúrgica, confirmado por radiología abdominal, ecografía o TC³.

Conclusiones

En el ámbito quirúrgico no debe aceptarse ninguna frecuencia de cuerpos extraños; sin embargo, resulta difícil reducir por completo los errores humanos. Para reducirlos al mínimo, hay que calcular de forma estricta las gasas en el momento quirúrgico, especialmente en situación de emergencia. El diagnóstico por imagen puede incluir ecografía, radiología abdominal y TC. Para ayudar a detectarlos, se pueden utilizar gasas con material radioopaco; sin embargo, no siempre es posible hacer el diagnóstico por radiología convencional⁴.

Para diagnosticar cuerpos extraños, la TC y la ecografía requieren de alta sospecha y es difícil diferenciarlos de restos de materia fecal o colecciones de abscesos o de imágenes con fístulas. Para detectarlos son fundamentales los antecedentes clínicos, la sospecha y la experiencia radiológica¹.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a los profesionales del Hospital Dos de Maig de Barcelona por su amable colaboración en la realización de este caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Radiology. Chery L. Canon MD. USA: Mc Graw Hill Medical; 1976.
2. Barone LR, director. Anatomía y fisiología del cuerpo humano. Buenos Aires: CLA; 2004.
3. Kiernan F, Joyce M, Byrnes CK, O'Grady H, Keane FB, Neary P. Gossypiboma: a case report and review of the literature. *Ir J Med Sci.* 2008;177:389-91.
4. Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign bodies after surgery--Part I. *Curr Probl Surg.* 2007;44:281-337.
5. Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, Farias F, Kaercher J. Imaging of gossypibomas: pictorial review. *Am J Roentgenol.* 2009; 193(6 Suppl):S94-101.