

CASO CLÍNICO SOCALPAR: *Gossypbipoma* intratorácico.
AUTORES: Minguito De La Iglesia J, Curi Chercoles SM, Gallardo Romero JM.
Servicio Neumología Hospital General Yagüe-Burgos

- **Antecedentes Personales:**

Paciente varón de 50 años, camarero, ex -fumador desde hace 20 años , hábito enólico severo, sin alergias conocidas. Operado hace 27 años por tuberculosis.

- **Enfermedad actual:**

Ingresa por disnea progresiva hasta hacerse de medianos esfuerzos, ascitis y edemas con fovea en tercio distal en miembros inferiores. Niega tos, hemoptisis y dolor torácico.

- **Exploración física:**

Únicamente llama la atención l desde el punto de vista neumológico la disminución del murmullo vesicular en base derecha con matidez a la percusión.

- **Procedimientos diagnósticos:**

En la analítica destaca una anemia microcítica de instauración crónica (Hb 4.8 g/dl, Hto 16.7 %,VCM 71.7) y trombocitopenia (91 mil/mm³).

Pensando en una descompensación hidrópica de una cirrosis enólica no diagnosticada se realiza una ecografía abdominal donde se confirma el diagnóstico de cirrosis hepática con esplenomegalia. Además se observa una tumoración fusiforme paravertebral derecha a nivel de D9,D10 y D11.

Posteriormente se realiza un TC sin contraste describiéndose como una masa de asiento pleural de tejido sólido sin afectar a las costillas ni a los agujeros de conjunción de las vértebras dorsales. Se informa con diagnóstico más probable de tumor neurogénico, pudiendo tratarse también de empiema o tumor fibroso pleural.

Por ello se realiza una RM que confirma el tamaño de la masa (5.5 x 4.5 x 3.2 cms) así como la localización pleural de la misma. El diagnóstico de presunción es hematoma intrapleural. Además se ve una alteración de la señal en médula ósea de L1 compatible con un foco de hematopoyesis.

Ante estos hallazgos se opta por realizar una biopsia con punción con aguja gruesa guiada por Tomografía. El estudio anatomopatológico describe una reacción inflamatoria crónica granulomatosa frente a cuerpo extraño, viéndose histiocitos gigantes multinucleados englobando material filamentosos que parece corresponder a suturas de algodón.

- **Discusión:**

Los *gossypbipomas* (del latín *gossipyum*, "algodón", y del swahili *boma*, "lugar de ocultación") son el resultado de una reacción inflamatoria contra un cuerpo extraño de origen textil, por lo que también se han llamado textilomas. Son una complicación rara en la cirugía torácica, habiendo sido descritos con más frecuencia en abdomen y más raramente en SNC, mama y extremidades. Se calcula una incidencia global entorno a 1/1000-1/3000 procedimientos quirúrgicos, creiéndose infraestimada por las repercusiones legales.

La primera referencia que hemos encontrado data de 1966 por JR Kiger.

Hay dos formas de presentación: una aguda-sintomática, traduciendo un fenómeno inflamatorio exudativo local con abscesificación e incluso fistulización; y otra crónica oligo o asintomática incluso durante años, reflejando una reacción granulomatosa aséptica con actividad fibroblástica que encapsula al cuerpo extraño. Cuando da síntomas suele tratarse de tos, a veces con expectoración hemoptoica recurrente.

Varios trabajos han postulado la Tomografía Computerizada como técnica diagnóstica de elección. Se observa una masa heterogénea de baja densidad con una pared externa de alta densidad, el "signo de la cáscara reticulada calcificada", que se refuerza tras la administración de contraste. También es sugestiva la observación de un patrón esponjiforme con burbujas de aire en su interior. Sin embargo, la reabsorción del aire por la pleura puede ser la causa de que no se observe este signo en *gossypbipomas* de asiento pleural y en los causados por suturas y no por gasas quirúrgicas. Además las gasas actuales llevan una marca radiopaca que puede orientar al diagnóstico.

Aunque en la Resonancia magnética los *gossypbipomas* presentan una gran variabilidad , algunos autores han postulado que una masa de centro hiperintenso rodeada de un aro hipointenso en las secuencias T2 y con un anillo fuertemente realzado en las T1-contraste podrían constituir hallazgos altamente sugestivos.

La Tomografía por Emisión de Positrones no se recomienda si hay sospecha clínica de *gossypbipoma* ya que las tumoraciones con hemorragia o necrosis central pueden confundirse con esta patología.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

En el diagnóstico diferencial del *gossypipoma* intratorácico hay que incluir aspergiloma (sobre todo si la masa es móvil), quistes hidatídicos por echinococo, abscesos, hematomas y neoplasias.

• **Iconografía diagnóstica:**



Figuras 1 y 2: TC sin contraste: masa paravertebral derecha de asiento pleural biopsiada.

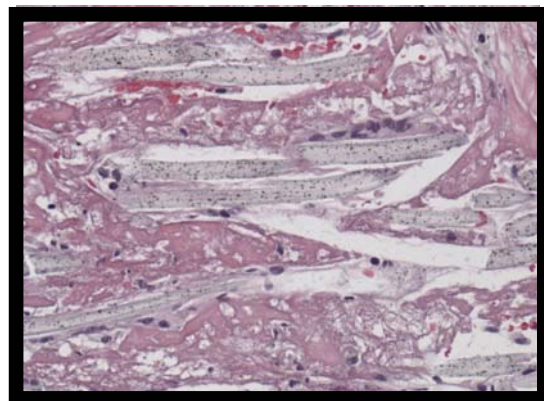
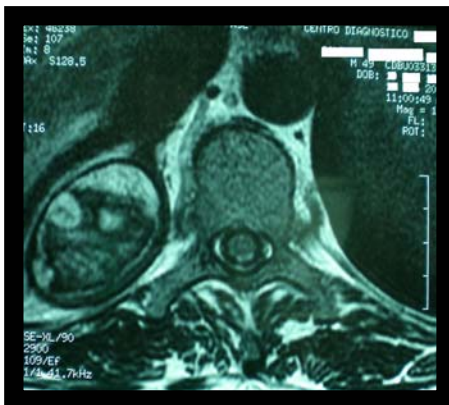


Figura 3: RM-T2 mostrando la densidad heterogénea de la masa bien delimitada por un anillo hipointenso.

Figura 4: biopsia con tinción HE que muestra el material filamentosos siendo englobado por histiocitos gigantes multinucleados (núcleos morados agrupados).

REFERENCIAS:

1. Kiger JR, Porter HR, Samson PC. Diffuse pleural granulomatosis. An unusual reaction to cotton. Clinical and experimental observations. *Ann Thorac Surg.* 1966, 2(1):106-8.
2. Topal U. Intrathoracic gossypipoma. *AJR* 2001, 177.
3. Rijken MJ, Van Oberbeeke AJ, Staaks GHA. *Thorax.* 2005, 60:708.
4. García G et al. Textiloma intratorácico interpretado como carcinoma broncogénico. Otro falso positivo de la tomografía por emisión de positrones. *Arch Bronconeumol.* 2007, 43(5):292-4.
5. Kim HS, Cheng TS, Suh SH, Kim SY. MR imaging findings of paravertebral gossypipoma. *Am J Neuroradiol.* 2007, 28:709-13.