

GASOMA INTRATORÁCICO

PABLO FURCINITTO¹, SILVIA BENSIGNOR¹, CINDY VALLEJO¹, MARCELA WEGSCHEIDER¹,
NICOLÁS CASCO¹, EMILIANO BASTIDAS², JAVIER MELAMUD², LAURA REY¹,
JULIETA GARAY², XAVIER ARAGONE³, DOMINGO PALMERO^{1,2}

¹Servicio de Neumotisiología, Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz,

²Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires,

³Servicio de Cirugía, Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz, Buenos Aires, Argentina.

Dirección postal: Pablo Furcinitto, Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz, Uspallata 2272, 1282 Buenos Aires, Argentina

E-mail: pablofurcinitto@gmail.com

Recibido: 14-VII-2025

Aceptado: 25-IX-2025

Resumen

El gasoma es una complicación quirúrgica rara. Posee una incidencia estimada de 1/1000 a 1/10 000 cirugías. Si bien la mayoría de los casos ocurren en cirugías abdominales, también pueden encontrarse a nivel torácico. El diagnóstico es dificultoso debido al curso insidioso de los síntomas, y se basa en la alta sospecha, las imágenes del tórax, y el antecedente de cirugía previa. El tratamiento se basa en la remoción quirúrgica del material retenido. Describimos un paciente con un gasoma intratorácico secundario a la realización de una decorticación por toracotomía a cielo abierto.

Palabras clave: gasoma, textiloma, gossypiboma, torácico, pleural

Abstract

Intrathoracic gossypiboma

Gossypiboma is a rare surgical complication. It has an estimated incidence of 1/1000 to 1/10 000 surgeries. Although most cases occur in abdominal surgeries, they can also be found at the thoracic level. Diagnosis is difficult due to the insidious course of symptoms, and is based on high suspicion, chest images, and a history of previous surgery. Treatment is based on surgical removal of the retained material. We describe a patient with an

intrathoracic gossypiboma secondary to performing decortication by open thoracotomy.

Key words: gauzoma, textiloma, gossypiboma, thoracic, pleural

El gasoma, también conocido como textiloma, oblitoma, o gossypiboma, es una complicación quirúrgica rara. Posee una incidencia estimada de 1/1000 a 1/10 000 cirugías¹. Se trata de una reacción aséptica con fibrosis y formación de granulomas secundaria a la retención de gases o esponjas quirúrgicas. Principalmente se encuentran a nivel de abdomen, pelvis y tórax, con un tiempo de evolución promedio hasta su descubrimiento de 6.9 años². Los gasomas intratorácicos son difíciles de diagnosticar debido a que los hallazgos tomográficos y los síntomas pueden ser inespecíficos. Adicionalmente, el antecedente de toracotomía no siempre está presente¹, ya que es posible la migración transdiafragmática del material retenido, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 21 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar en el año 2018, y abandono del tratamiento.

Cursó internación en otro nosocomio, donde presentó un hidroneumotórax que requirió decorticación pleural por toracotomía a cielo abierto. Completó el tratamiento antifímico de primera línea durante un año.

Posteriormente a la cirugía, persistió de forma crónica con una colección pleural, formándose dos fístulas pleurocutáneas sobre los sitios de drenaje quirúrgico. Durante las últimas semanas previo a su admisión, agregó disnea mMRC 2 (escala del consejo de investigación médico modificado), astenia, adinamia y aumento del débito de material purulento, con cambio en sus características. Asistió en reiteradas oportunidades a consulta en otro centro y, por la progresión de dichos síntomas acudió al servicio de guardia del hospital.

A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria y signos semiológicos que señalaban derrame pleural derecho, asociado a fístula pleurocutánea homolateral con débito purulento (Fig. 1). El resto del examen físico sin particularidades. Se realizó laboratorio que evidenció anemia, esputo para baciloscopia con resultado negativo, y tinción de Gram en donde se observaron diplococos Gram positivo y coccobacilos Gram negativo. En la tomografía de tórax (Fig. 1) se observó una gran masa heterogénea en el hemitórax derecho, de forma redondeada, con bordes gruesos bien definidos y burbujas de aire en su interior.

Se decidió su internación y se inició tratamiento antibiótico empírico con ampicilina sulbactam y vancomicina.

Se realizaron diversos estudios complementarios de inicio: cultivo de esputo con flora polimicrobiana; baciloscopia de líquido proveniente de fístula BAAR negativo; ecografía de partes blandas en pared torácica derecha en donde se visualizaron tres trayectos fistulosos que se extendían en profundidad hasta la cavidad pleural.

Debido a la persistencia de la colección pleural y la falta de mejoría del cuadro a pesar del tratamiento, se decidió la realización de una videotoroscopia (VATS) con técnica biportal, en donde se drenaron tres litros de material purulento. Se enviaron muestras del mismo para análisis por bacteriología, micología, citología y micobacterias. Durante la cirugía pudieron visualizarse dos gasas que se encontraban retenidas en el espacio pleural (Fig. 2), que fueron extraídas. Se presume que dichas gasas se encontraban en la cavidad torácica desde la toracotomía con decorticación realizada dos años atrás. El paciente cursó un posoperatorio sin intercurencias.

En el cultivo del líquido obtenido por drenaje espontáneo de la fístula pleurocutánea, se pudo aislar un *Streptococcus anginosus* sensible a vancomicina. Los hemocultivos resultaron negativos. El paciente completó 15 días de tratamiento con ampicilina sulbactam y vancomicina.

Posteriormente, el cultivo de líquido pleural obtenido en la cirugía, resultó positivo para *Pseudomonas aeruginosa* sensible a ciprofloxacina, por lo que completó tratamiento ajustado a antibiograma. Evolucionó de forma

Figura 1 | A: Secreción purulenta por fístula pleurocutánea en cicatriz quirúrgica. B y C: Tomografías de tórax donde se observa masa heterogénea redondeada con bordes gruesos y contenido aéreo

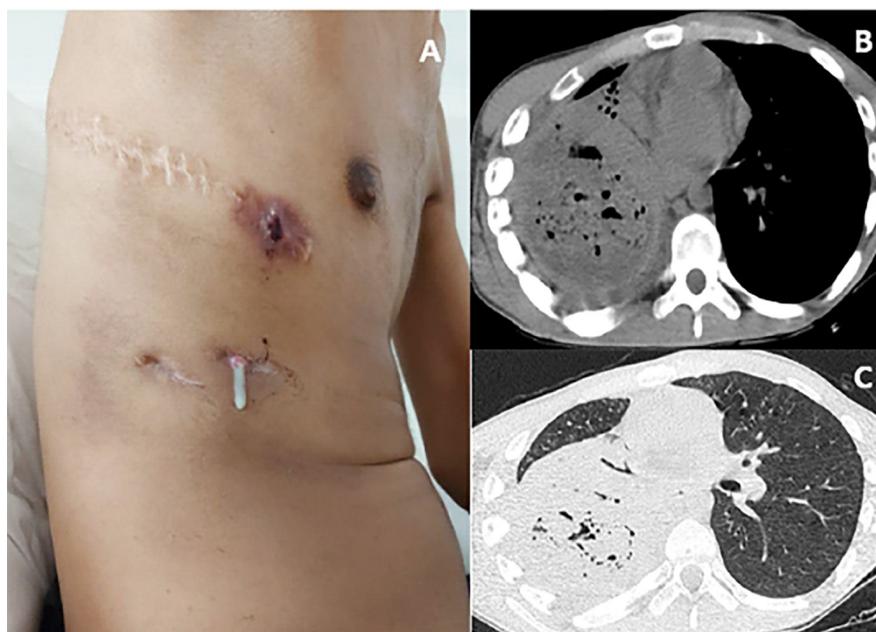
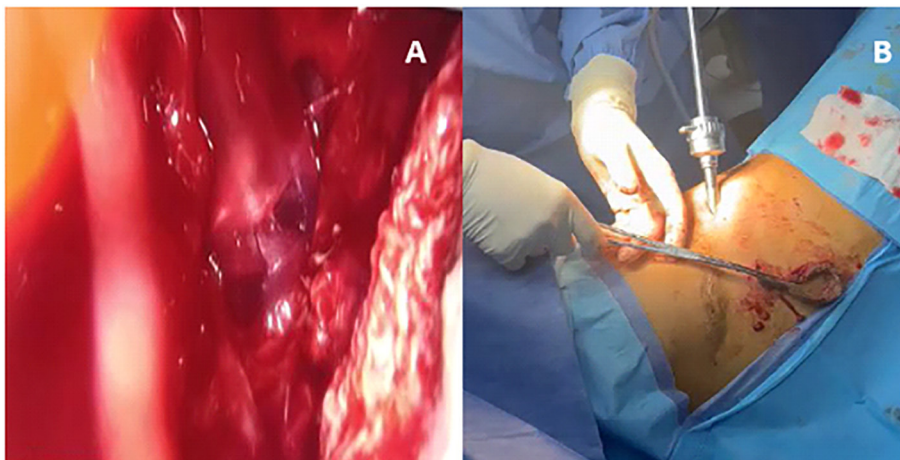


Figura 2 | A: Se observa a la derecha de la imagen gases retenidos en espacio pleural. B: Extracción de gases



favorable, y posteriormente a la colocación de una válvula unidireccional tipo Heimlich para manejo del espacio pleural, fue externado para su seguimiento ambulatorio por neumonología y cirugía de tórax.

Se obtuvo consentimiento informado del paciente para la publicación de su caso.

Discusión

Los gasomas torácicos son muy poco frecuentes³, debido a la naturaleza de este evento en la literatura médica hay un bajo número de publicaciones que notifiquen de los mismos. Se ha reportado únicamente un caso en el que se aisló concomitantemente *Streptococcus anginosus*.

Hay dos tipos de respuestas habituales que conducen al descubrimiento de una gasa o esponja retenida. La primera es de tipo exudativo, agudo, que genera una reacción inflamatoria con formación de un absceso. Esta respuesta suele conducir a una detección temprana y extirpación quirúrgica. El segundo tipo de respuesta es aséptica con una reacción fibrótica al material y el consecuente desarrollo de una masa⁴. En nuestro paciente en particular, estos dos mecanismos se dieron en paralelo, ya que además de la formación de una masa, los trayectos fistulosos permitieron que se pueda desarrollar una colección purulenta de forma insidiosa, sin una gran repercusión sistémica durante un periodo de dos años.

Los gasomas pueden ser asintomáticos o presentar una amplia variedad de síntomas que van desde tos, toracodinia, pectoración, hemopti-

sis y fiebre, hasta la formación de abscesos que deriven en fístulas⁴, como en el caso descripto.

A nivel radiológico, se presenta habitualmente como una opacidad redondeada de bordes bien definidos, que puede confundirse fácilmente con una masa pulmonar. El método más efectivo para la detección es la tomografía computada de tórax con cortes en alta resolución, que muestra algunos signos típicos. Puede observarse una masa con densidad de partes blandas, heterogénea, con bordes finos o gruesos. Ante la administración de contraste puede presentar realce periférico. Es característica la formación de burbujas de aire a nivel central, dándole un aspecto esponjiforme⁵. En otros casos, pasado el tiempo el aire es reabsorbido y puede presentarse como una masa de aspecto sólido³. Se han descrito casos de falsos positivos en la tomografía por emisión de positrones (PET-TC)⁶.

El *Streptococcus anginosus* toma una relevancia significativa en este caso ya que, en los reportes revisados, está descrita su capacidad para atravesar planos tisulares. Esta rara cualidad del patógeno se observa más frecuentemente en enfermedades oncológicas, pero, en el caso de las infecciones, suele asociarse a gérmenes como *tuberculosis*, *nocardia*, *actinomyces* y *mucor*. El diagnóstico precoz ante la sospecha clínica e imagenológica del *Streptococcus anginosus* es fundamental debido a las altas tasas de morbimortalidad, que se encuentran entre el 15 y 30%⁷.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Bakan S, Kandemirli SG, Kuyumcu G, Kuyumcu G, Ersen E, Tutar O. Intrathoracic gossypiboma after spinal operation. *Ann Thorac Surg* 2015; 99:e37-e39.
2. Koul PA, Mufti SA, Khan UH, Jan RA. Intrathoracic gossypiboma causing intractable cough. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2012; 14:228-30.
3. Cheng TC, Chou AS, Jeng CM, Chang PY, Lee CC. Computed tomography findings of gossypiboma. *J Chin Med Assoc* 2007; 70:565-9.
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. Ridene I, Hantous-Zannad S, Zidi A, et al. Imaging of thoracic textiloma. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011; 39:e22-26.
6. García de Llanos C, Cabrera Navarro P, Freixinet Gilart J, Rodríguez Suárez P, Hussein Serhald M, Romero Saavedra T. Textiloma intratorácico interpretado como carcinoma broncogénico. Otro falso positivo de la tomografía por emisión de positrones. *Arch Bronconeumol* 2007; 43:292-4.
7. Sunwoo BY, Miller WT Jr. Streptococcus anginosus infections: crossing tissue planes. *Chest* 2014; 146:e121-e125.