



CASO DE ENERO 2016

Sección: Musculo esquelético

Autores

Fernando Ruiz Santiago
Virginia Jiménez Coronel
Aurelio Martin Castro*

Institución

Servicio de Radiología – Complejo hospitalario Granada
Servicio de Anatomía Patológica*

Historia Clínica

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial que sufre un episodio de pancreatitis que requiere la realización de un Tc abdominal. En el mismo se detecta una masa en el aspecto anterior del sacro (Fig.1). La paciente no presenta molestias locales ni historia de traumatismos previos. Se completa el estudio con RM de columna lumbar (Fig.2) y finalmente la sección de radiología músculo-esquelética realiza biopsia bajo control de TAC mediante la cual se obtiene el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico diferencial:

TUMORES ÓSEOS BENIGNOS
TCG
Quiste óseo aneurismático
TUMORES ÓSEOS MALIGNOS
Mieloma
Metástasis
Cordoma
Condrosarcoma
TUMORES NO ÓSEOS
Teratoma sacrococcigeo
Neurofibromas y schwannomas
NO TUMORAL
Hematoma o infección

Diagnostico final: Infección fúngica del sacro (*figura 3*)

Discusión

Aunque infrecuentes con respecto a las infecciones bacterianas, las infecciones fúngicas están aumentando las últimas décadas, incluyendo la afectación espinal, tanto en la forma de discitis como de osteomielitis, que pueden asociarse a la formación de abscesos y deformidad vertebral. La historia clínica y el examen físico son con frecuencia inespecíficos, pudiendo oscilar entre la normalidad hasta el déficit neurológico (1). Los síntomas más comunes son el dolor de raquis y la limitación de la movilidad. También pueden darse síntomas constitucionales como malestar y sudoración nocturna (2).

Las infecciones espinales de la columna suelen afectar predominantemente los cuerpos vertebrales, respetar el disco y extenderse a los tejidos paravertebrales, por lo que muestra unos hallazgos similares a la tuberculosis con extensión subligamentaria (3).

Mientras que la radiología simple sólo demuestra las lesiones óseas avanzadas, la TC y la RM pueden demostrar tanto las lesiones óseas como la extensión a los tejidos paravertebrales. En RM sus hallazgos suelen ser similares a otras infecciones, aunque se ha descrito que en secuencias T2 puede ser isointensa o discretamente hiperintensa, frente a la hiperintensidad habitual de las infecciones piógenas. Se piensa que esto es debido a la evolución larvada de la infección y/o a la incapacidad de los pacientes, generalmente inmunodeprimidos, de generar una adecuada respuesta antiinflamatoria (4).

La calcificación periférica demostrada en el TAC ha sido descrita fundamentalmente en la tuberculosis (5) que se incluía en el diagnóstico diferencial junto con causas tumorales que pueden presentar calcificación, como el cordoma o teratoma sacrococcigeo (6).

Figuras:

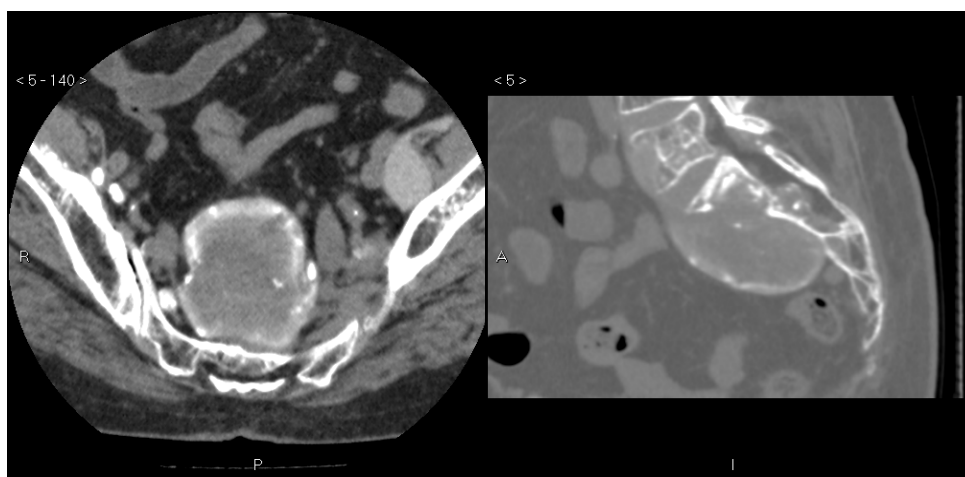


Figura 1. Imagen axial y sagital de TC que demuestra la existencia de una masa de pared calcificada que destruye el aspecto anterior del sacro.

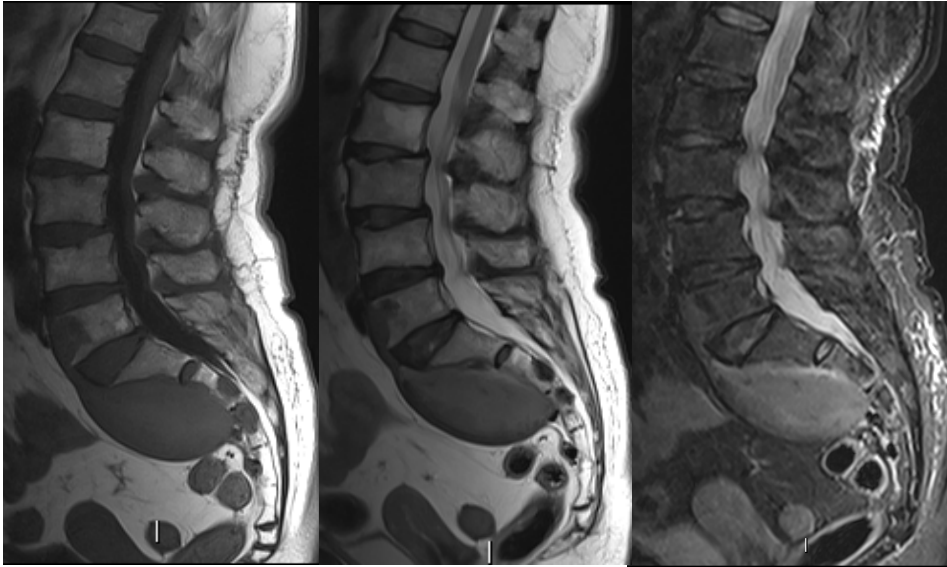


Figura 2: RM sagital potenciada en T1, T2 y STIR de la columna lumbar.

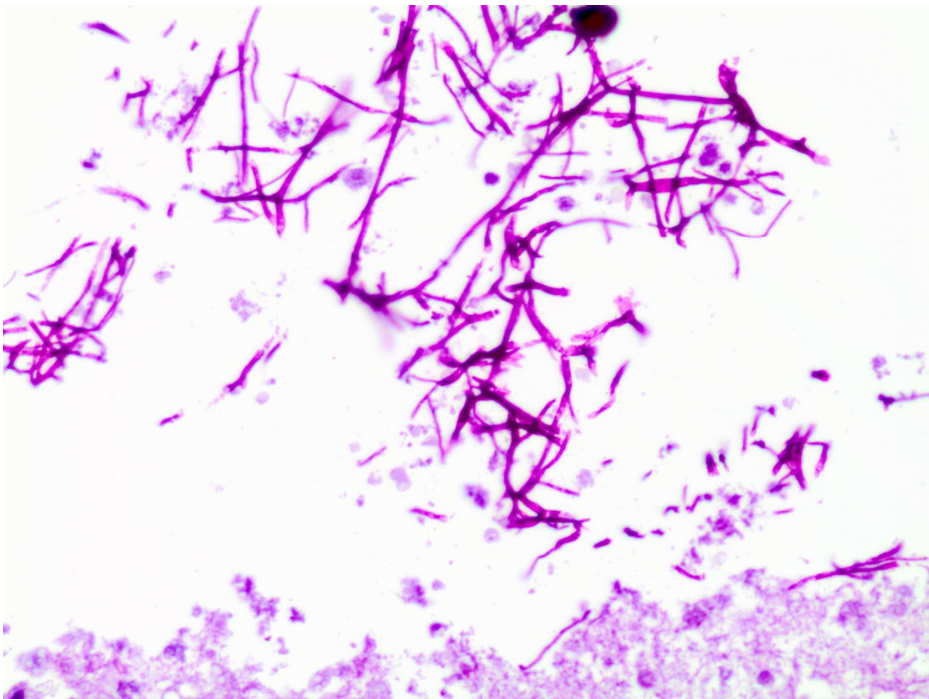


Figura 3: Tinción PAS de hifas ramificadas

BIBLIOGRAFIA

1. Ganesh D, Gottlieb J, Chan S, Martinez O, Eismont F. Fungal Infections of the Spine. *Spine* 2015; 40: E719 - E728
2. Pahlavan,S, N Bhatia Fungal spine. *Sem Spine Surg* 2015; In press
3. An HS,Seldomridge JA.Spinal infections: diagnostic tests and imaging studies. *Clin OrthopRelatRes.* 2006; 444: 27–33
4. Williams RL, Fukui MB, Meltzer CC, Swarnkar A, Johnson DW, Welch W. Fungal spinal osteomyelitis in the immunocompromised patient: MR findings in three cases. *AJNR AmJ Neuroradiol* 1999; 20(3): 381–385
5. Shetty A, Kanna RM, Rajasekaran S. TB spine—Current aspects on clinical presentation, diagnosis, and management options. *Sem Spine Surg* 2015; In press
6. Gerber S, Ollivier L, Leclère J, Vanel D, Missenard G, Brisse H, de Piniex G, Neuenschwander S. Imaging of sacral tumours. *Skeletal Radiol.* 2008; 37: 277-89