

Tumoración con proyección mediastinal

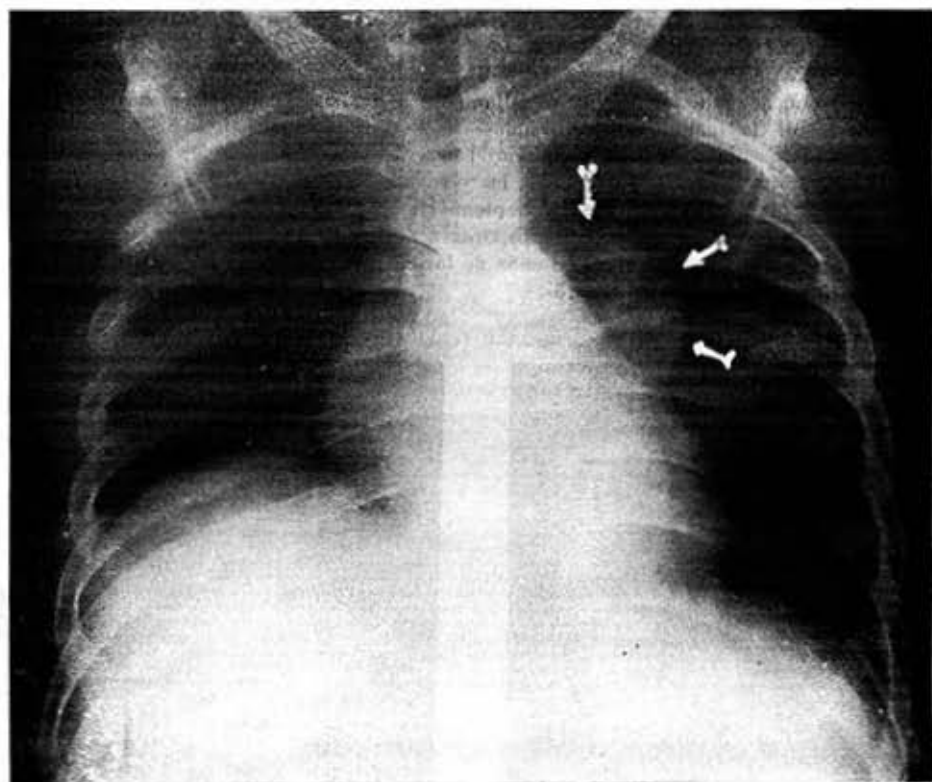


Fig. 1.— Clínicamente: Niño de 13 años de edad, mestizo, con síndrome febril de 7 meses de evolución, astenia, pérdida de peso, dolores óseos, eritrosedimentación elevada, medulograma con 10.19% de plasmocellen y electroforesis con hipergammaglobulinemia. En región esternal y espalda: tumores redondeados, blandos y dolorosos.

Radiografía frontal de Tórax: Imagen tumoral redondeada proyectada en el hilio del pulmón izquierdo; elevación del hemidiafragma derecho; pequeño derrame pleural bilateral; osteolisis del extremo posterior de la 5ta. y 6ta. costillas izquierdas; ligera osteoporosis costal. Radiológicamente: ¿Linfosarcoma?

CASO CLINICO: H.C. No. 121833

J.M.C., masculino, de 13 años de edad, mestizo natural de Santiago de Cuba. Ingresa por síndrome febril.

Tiempo de evolución: 7 meses. Astenia, pérdida de peso, fiebre de 38°C., mantenida, dolores óseos y eritrosedimentación alta. Hipergammaglobulinemia.

Examen: Cráneo acolchonado (por aparente infiltración del cuero cabelludo).

Tumor redondeado de 12 cm. de diámetro en región esternal, blando, no desplazable y doloroso a la presión. Se aprecia otro similar en el dorso.

Inflamación del dedo anular de la mano izquierda. Marcha dificultosa por intenso dolor lumbosacro. Fiebre en agujas, con períodos afebriles.

Laboratorio: Hemoglobina, 8.4 gm%; eritrosedimentación, 118 mm; leucocitos, 8900 \times mm³; diferencial: poli: 38%; linfo: 61%; eos: 1%. Medulograma: compatible con proceso infeccioso crónico. Prueba tuberculínica: negativa.

Evolución: En Santiago se valoraron varios diagnósticos: 1) primoinfección tuberculosa; 2) mieloma múltiple (elevación de plasmocellen en medulograma); 3) reticuloendoteliosis (por lesiones óseas que recuerdan en *Hand-Schuller Christian*). La biopsia no fue concluyente y se trató con uretano y prednisona que lo mejoraron transitoriamente, para recaer después al retirarse los medicamentos.

Después de trasladado al Hospital "William Soler" donde se caloran los datos anteriores, los exámenes radiológicos que se adjuntan y se realiza siembra de material obtenido por punción de la tumoración, realizándose además inoculación al curiel. La siembra arrojó *Mycobacterium tuberculosis*. El curiel inoculado murió a las 72 horas, observándose diseminación tuberculosa por todas las vísceras.

El paciente fue tratado con PAS, estreptomycin y isoniacida. Las lesiones óseas mejoraron progresivamente junto con el cuadro clínico. Siete meses después sólo quedan ligeros signos de osteoporosis y deformidad en cuña de los cuerpos vertebrales D5 y D10.

Diagnóstico final: Tuberculosis ósea.



Fig. 2: Radiografía lateral de Tórax: La imagen tumoral redondeada está situada en la gótierra costovertebral izquierda, paravertebral; osteolisis del manubrio y cuerpo del esternón, con prominencia de las partes blandas supra-yacentes; osteolisis del extremo anterior del cuerpo D-9; osteolisis del arco posterior de la novena costilla izquierda; osteoporosis de la columna dorsal. Radiológicamente: Absceso T. B.



Fig. 3: Radiografía lateral de cráneo: Osteolisis del frontal y ambos parietales, redondeadas, de bordes bien definidos; engrosamiento del cuero cabelludo sobre los parietales; no hay signos de hipertensión endocraneal; ligera osteoporosis.



Fig. 4: Radiografía frontal de cráneo: Se observa nitidamente la osteolisis frontal, situada en la línea media; y con más dificultad las lesiones parietales. Radiológicamente: Focos destructivos compatibles con osteomielitis T. B.



Fig. 5: Radiografía de la mano izquierda: Se comprueba notable aumento de las partes blandas del dedo anular, en su mitad proximal; periostitis de la falange proximal de este dedo, con pequeños focos de osteolisis en la diáfisis de la misma; signos de osteoporosis del esqueleto de la mano. Radiológicamente: Diafisitis tuberculosa.

TUBERCULOSIS OSEA:

El bacilo tuberculoso llega al hueso a través de la corriente sanguínea o por propagación directa de un foco vecino articular o de partes blandas, produciendo una reacción inflamatoria tuberculosa típica.

Parte del hueso se destruye y es reemplazado por tejido de granulación. La tuberculosis ósea puede verse en dos formas: como absceso óseo localizado o como osteomielitis difusa. El absceso puede fistulizarse, corriendo por debajo de las partes blandas o abrirse al exterior.

La tuberculosis vertebral puede comenzar en un cuerpo vertebral adyacente al disco, con rápida destrucción del cartilago y disminución del espacio intervertebral; otras veces el foco primario se localiza dentro del cuerpo vertebral produciendo una cavidad o carie; y en ocasiones la infección se extiende por delante de los cuerpos vertebrales. La tuberculosis de los cuerpos vertebrales

produce un estrechamiento en la parte anterior, por lo que adoptan una forma de cuña, mientras que por detrás conservan la altura normal. El absceso corre hacia abajo a lo largo de la columna, adoptando la forma de huso, rodeando las vértebras (absceso paravertebral). No presentan reacción de periostitis en sus bordes ni respuesta esclerótica.

En la diafisitis tuberculosa de los huesos largos la infección se localiza a este segmento del hueso. Puede haber comenzado por la metáfisis o implantarse originalmente en esta zona. Se ven focos destructivos alternando con cambios productivos. La cortical puede erosionarse por dentro, dilatándose el canal medular y llegando a adquirir aspecto quístico (espina ventosa).

Es rara la localización en el cráneo, donde produce áreas de osteolisis con o sin esclerosis, que recuerdan a la osteomielitis. A veces se confunden con las reticulosis o con las metástasis del neuroblastoma.

Clinicamente los síntomas dependen de la localización de la infección. El dolor suele ser el primer síntoma, asociado a hinchazón y a la formación de un absceso frío.

Radiológicamente, observamos: (1) rarefacción difusa alrededor de la lesión. (2) hueso erosionado o con aspecto carcomido, formando una zona borrosa de contornos mal definidos y presentar alrededor una zona de esclerosis; sombra de partes blandas, demostrando la formación de un absceso (imagen "en huso" en los abscesos paravertebrales o pótticos). Los signos radiológicos son similares a los de la osteomielitis piogénica crónica. A veces se hace difícil diferenciar estas entidades del sarcoma de Ewing, por lo que hay que recurrir a la biopsia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Caffey, J.: Pediatric X-Ray Diagnosis. Year Book Publishers, Chicago, 1967.
- 2.—Paul, L. W. and Ju-H. L., J. H.: The Essentials of Roentgen Interpretation. Paul B. Hoeber, Inc., 1967.
- 3.—Pugh, D. C.: Roentgenologic Diagnosis of Diseases of Bones. T. Nelson & Sons, New York, 1951.
- 4.—Sching, H. R.; Baensch, W. E.; Friedl, W.; and Uchlinger, E.: Roentgen Diagnostica. Grune & Stratton, New York, 1956.

Dra. Belkys Vázquez Ríos.

Jefe del Dpto. de Radiología, Hospital Pediátrico Docente "William Soler", Instructora del Dpto. de Radiología Escuela de Medicina, Universidad de La Habana.