

RESULTADO CASO RADIOLÓGICO DE DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Solución Caso radiológico 2

Radiologic case 2 solution



Rodrigo Araya Rojas^{a,*}, José de Grazia Kunstmann^b, Andrés Sanhueza Zegers^c,
Jorge Díaz Jara^d, Gonzalo Miranda González^e e Iván Gallegos Méndez^f

^a Radiología, Centro de Imagenología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Fellow Unidad de Neurorradiología, Centro de Imagenología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Radiología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

^d Unidad de Radiología Musculoesquelética, Centro de Imagenología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^e Unidad de Neurorradiología, Centro de Imagenología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^f Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 16 de febrero de 2016; aceptado el 7 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 5 de abril de 2016

Resultado

La TC de tórax sin medio de contraste (*fig. 1*) muestra una gran masa sólida en la pared torácica que compromete el mediastino anterior, el primer y segundo espacios intercostales y partes blandas de la cara anterior del tórax. La lesión rodea el esternón y los arcos costales anteriores, sin evidencias de osteolisis. Hacia atrás, desplaza las estructuras mediastínicas, y hacia delante, ejerce un importante efecto de masa sobre los músculos pectorales mayores hasta alcanzar el plano celular subcutáneo. Su densidad es similar a la del músculo, aunque con áreas hipodensas en su espesor.

La TC de órbitas con medio de contraste (*fig. 2*) muestra en el aspecto lateral y superior de la órbita izquierda una masa con densidad de partes blandas, sin calcificaciones en el estudio no contrastado, la cual presenta refuerzo homogéneo tras la administración de medio de contraste. Esta masa compromete el espacio intra y extraconal, determinado des-

plazamiento de los músculos extraoculares adyacentes, el nervio óptico, y ocasiona proptosis del globo ocular. No se evidencia osteolisis.

Se realiza una biopsia percutánea de la masa torácica, sin incidentes. El estudio histológico y la inmunohistoquímica (*fig. 3*) son compatibles con un sarcoma granulocítico (cloroma).

En consideración al diagnóstico histológico se decide hospitalizar al paciente, que fue evaluado por el equipo de Hematología. Se realiza un hemograma que evidencia un recuento de leucocitos de 44.000 cél/ul, con un 90% de blastos y un 8% de promielocitos, un recuento de plaquetas de 36.000 cél/ul, una hemoglobina de 8,8 mg/dl y una VHS de 140 mm/h. En el frotis se aprecian abundantes blastos y células con bastones de Auer. De esta forma se confirma el diagnóstico de leucemia mieloide aguda.

Discusión

El sarcoma granulocítico es un tumor sólido poco frecuente que se presenta en el contexto de enfermedades neoplásicas hematológicas, compuesto por precursores de glóbulos blancos de la serie granulocítica que incluye mieloblastos, promielocitos y mielocitos^{1,2}. Fue descrito por primera vez

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchira.2016.03.003>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: araya.rj.jesus@gmail.com (R. Araya Rojas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchira.2016.03.004>

0717-201X/© 2016 SOCHRADI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

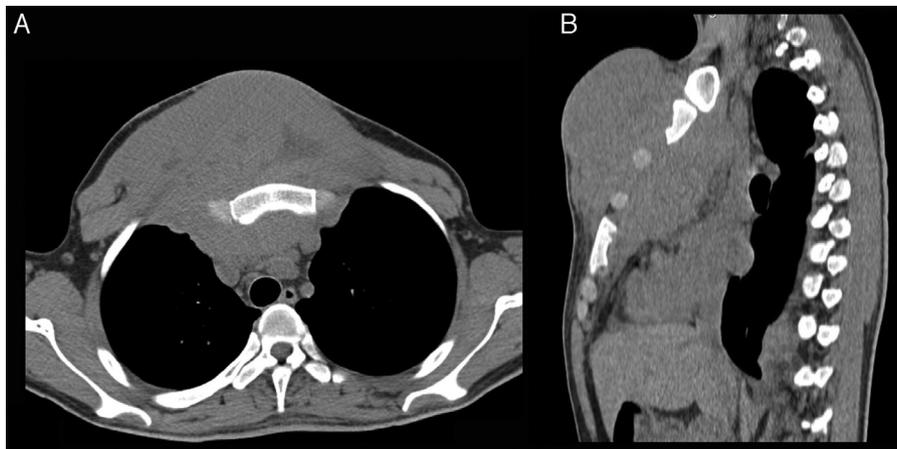


Figura 1 Corte axial (imagen A) y reconstrucción sagital (imagen B). Se observa una gran masa sólida en la pared torácica, que compromete el mediastino anterior, primer y segundo espacios intercostales y partes blandas de la cara anterior del tórax. La densidad de la masa es similar al músculo, con áreas hipodensas en su espesor. No hay evidencias de osteolisis.

el año 1811 por Burns¹. En 1853 King lo llamó cloroma por la coloración verde distintiva, dada la alta concentración de mieloperoxidasa en las células inmaduras¹. Sin embargo, en 1966 se establece el nombre de sarcoma granulocítico, ya que no todas las células presentan color verde y, dependiendo del estado de oxidación de la enzima pigmentada, hasta un 30% de las células pueden observarse blancas, grises o color café¹.

Este tumor se presenta en el 2,5 a 9,1% de los pacientes con leucemia mieloide aguda. También está descrito en leucemia mieloide crónica, mielofibrosis con metaplasia mieloide, síndromes hipereosinofílicos y policitemia vera¹. Tiene igual ocurrencia en hombres que en mujeres, siendo más frecuente en niños que en adultos (el 60% de los casos se da en menores de 15 años)¹. Puede desarrollarse durante el transcurso o, menos frecuentemente, como presentación

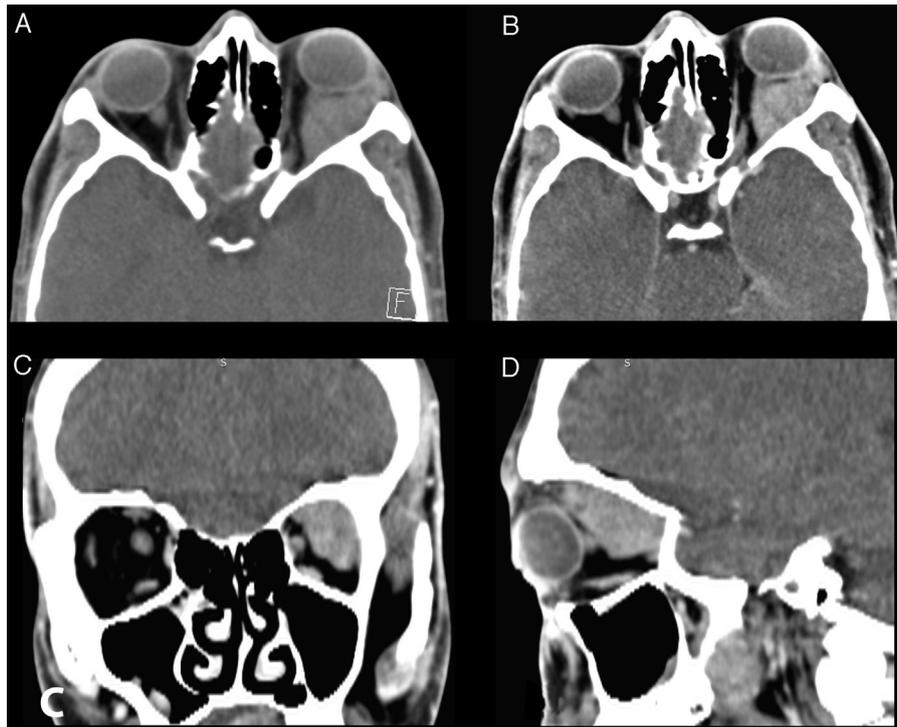


Figura 2 Cortes axiales sin y con medio de contraste (imágenes A y B respectivamente), reconstrucciones coronal y sagital con medio de contraste (imágenes C y D respectivamente). Se observa una masa con densidad de partes blandas en el aspecto lateral y superior de la órbita izquierda, la cual presenta refuerzo homogéneo tras la administración de medio de contraste. Esta masa compromete el espacio intra y extraconal, determinado desplazamiento de los músculos extraoculares adyacentes, el nervio óptico y proptosis del globo ocular. No se evidencia osteolisis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4248798>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4248798>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)