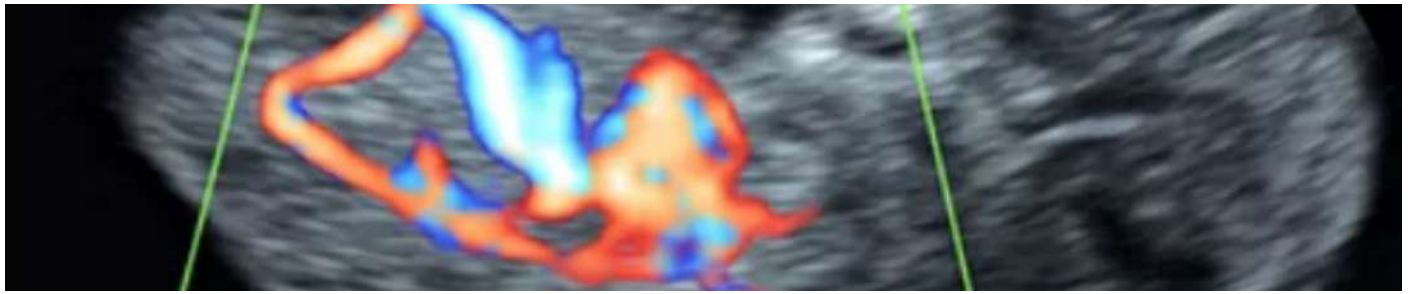


Diagnóstico por imagen



LESIÓN PSEUDOTUMORAL DE TEJIDOS BLANDOS

PSEUDOTUMORAL SOFT TISSUE INJURY

Felipe Gabriel Rodríguez Jaramillo¹; Felipe Rodríguez Maya¹

1. Departamento de Imagen, Hospital Clínica "San Agustín", Loja-Ecuador

Fecha recepción: 09-02-2021

Fecha aceptación: 13-03-2021

Fecha publicación: 20-04-2021

Se trata de un paciente masculino de 80 años, que refiere el antecedente de un trauma penetrante en el muslo izquierdo hace varios años atrás, desarrollando en los últimos meses,

una masa moderadamente dolorosa y palpable en el tercio superior externo del muslo izquierdo. No se destacan otros datos de relevancia.

Inicialmente, se le solicitó ecografía de partes blandas, que arrojó los siguientes resultados (Fig. 1., Fig. 2, Fig. 3, Fig. 4, Fig. 5):



Figura 1. Imagen ecográfica con transductor lineal de alta frecuencia que muestra una masa sólida heterogéneamente hipo/isoecoica, de márgenes pobremente definidos, con algunas áreas líquidas que presentan refuerzo acústico posterior.

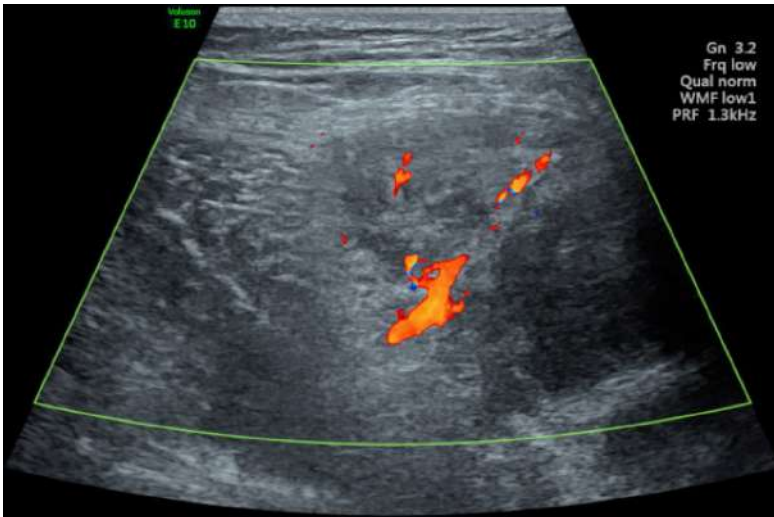


Figura 2. Imagen ecográfica que manifiesta la presencia de vascularidad predominantemente central al estudio Doppler color, en la lesión anteriormente descrita.

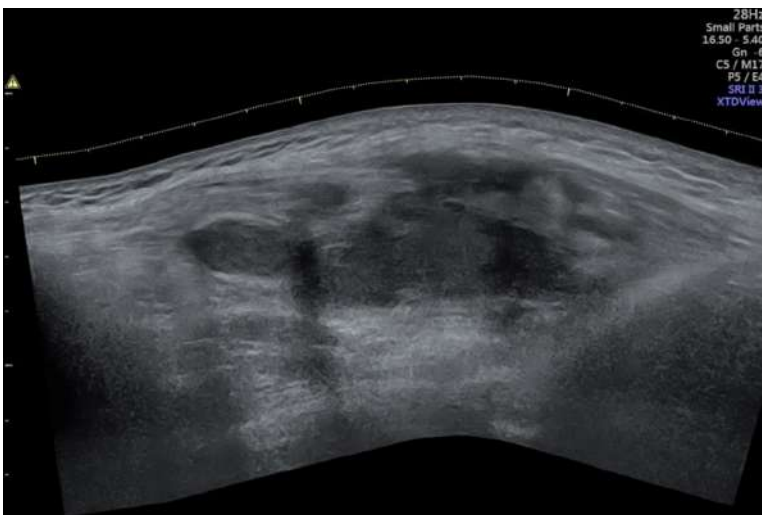


Figura 3. Imagen ecográfica con campo de visión extendido, que demuestra la extensión de la masa.

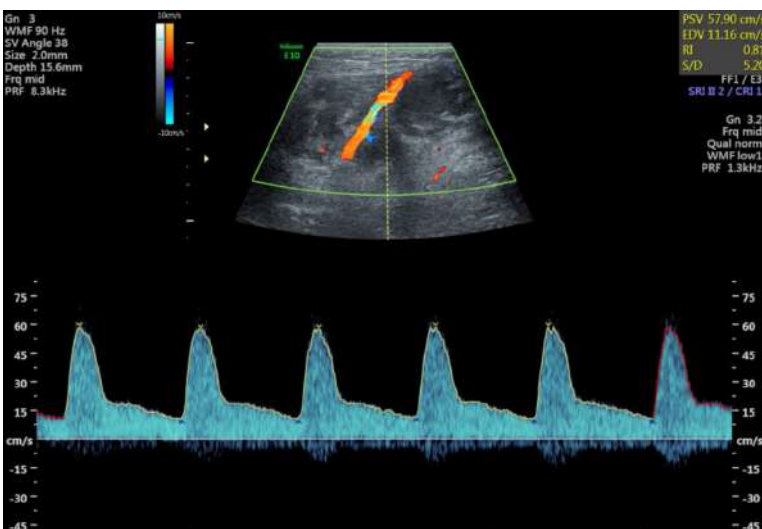


Figura 4. Imagen ecográfica que muestra una onda espectral con pico sistólico de 57.9 cm/s y diastólico de 11.1 cm/s, con un alto índice de resistencia de 0.81, al estudio *pulse wave* y Doppler color.

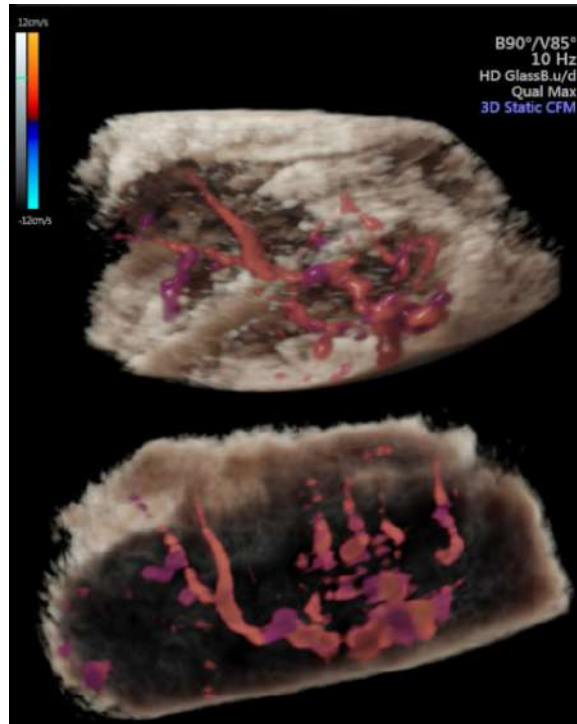


Figura 5. Reconstrucción ecográfica tridimensional, que revela la forma y presencia de múltiples ramas vasculares, predominantemente centrales.

Posteriormente al estudio ecográfico, y por los hallazgos descritos en el reporte, se sugiere la realización de TC con contraste endovenoso, a fin de delimitar el tamaño de la masa, así como posible compromiso de los tejidos adyacentes y/o a distancia (Fig. 6, Fig. 7).



Figura 6. (a, b y c) TC en serie sin contraste, series en tiempo arterial y venoso, respectivamente, que demuestran una lesión heterogénea con densidad de partes blandas y áreas líquidas centrales, localizada en topografía del músculo tensor de la fascia lata izquierdo, asociada a reticulación del tejido celular subcutáneo adyacente, la cual presenta marcado realce periférico así como de los septos internos postcontraste, sin lograr establecerse un claro plano de clivaje con el plano muscular subyacente. (d y e) Reconstrucciones coronal y sagital oblicua, en serie venosa postcontraste.

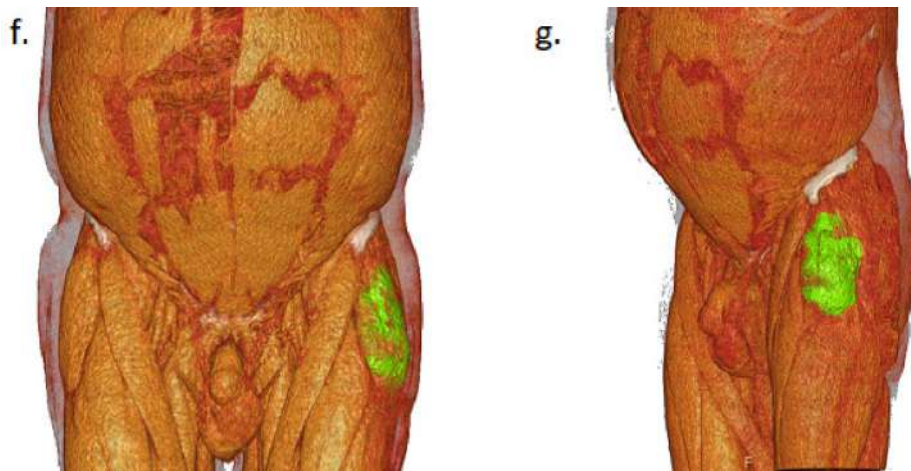


Figura 7. (f y g). Reconstrucciones tridimensionales de TC que muestran a la tumoración en color verde.

El algoritmo diagnóstico incluyó la realización de RM con contraste, con el fin de complementar la caracterización de los hallazgos mencionados en los anteriores métodos de imágenes (Fig. 8, Fig. 9).

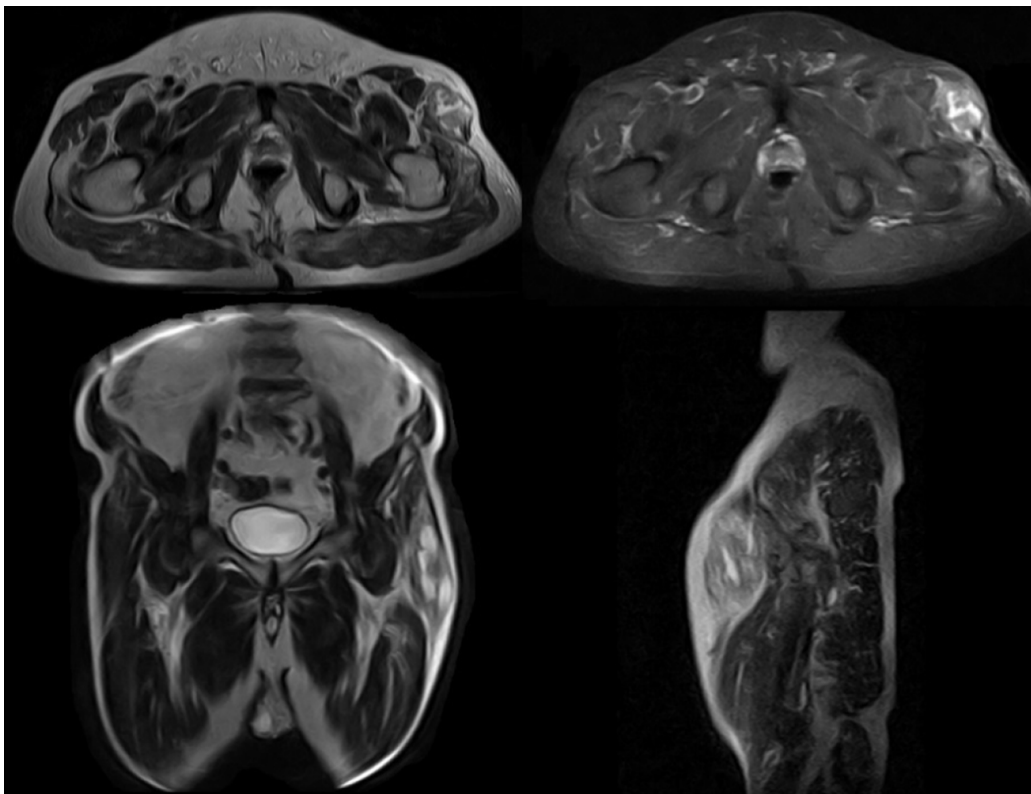


Figura 8. (a) RM axial en secuencia T2WI y (b) en secuencia STIR, que demuestran una lesión heterogéneamente hiperintensa con respecto del plano muscular adyacente, la cual se asocia a imágenes líquidas centrales, así como a edema de los tejidos blandos circundantes. (c y d) Secuencias T2WI coronal y sagital, respectivamente.

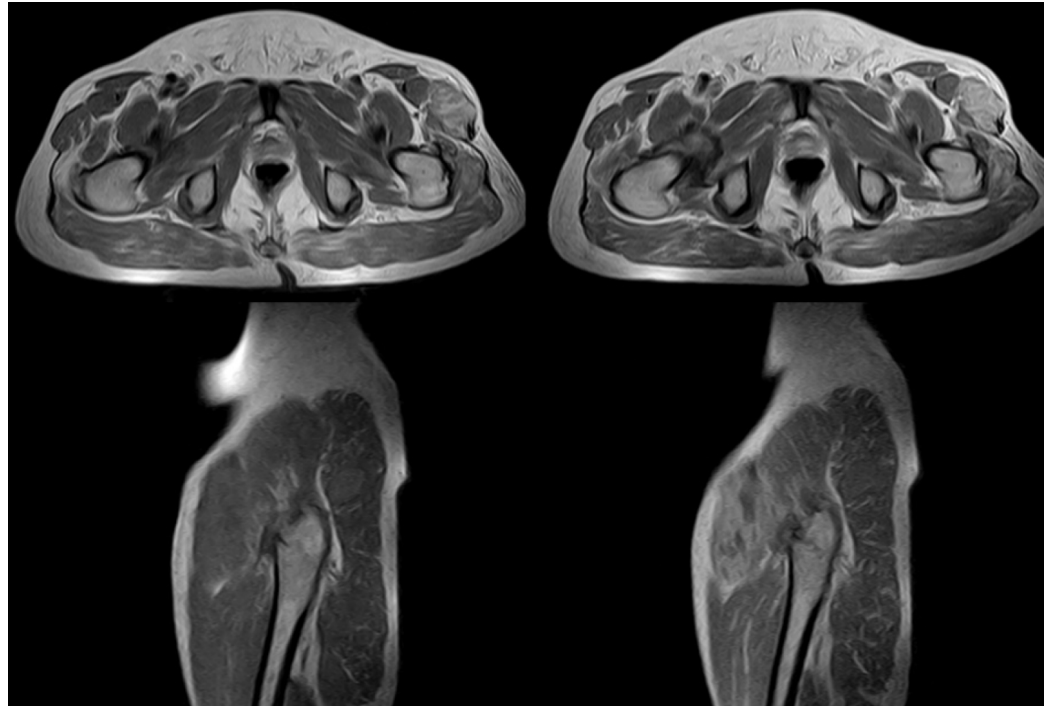


Figura 9. (a y b) RM axial y sagital secuencias T1WI precontraste y (c y d) axial y sagital en secuencias T1WI postcontraste, que demuestran el intenso realce heterogéneo de la lesión, así como del plano muscular subyacente.

Por las características inciertas de presentación clínica, así como por los hallazgos descritos en los distintos métodos de imagen, la masa expansiva, sólida y heterogénea, con áreas líquidas centrales, de márgenes parcialmente delimitados, asociada a moderada vascularización central y periférica, así como a edema de los tejidos blandos adyacentes, fue catalogada como lesión de probable origen neoplásico. Sus diagnósticos diferenciales incluyen principalmente al sarcoma de alto grado, sin descartarse otras etiologías, como absceso.

El reporte del análisis histopatológico detalla haces musculares de tipo estriado, entre los cuales se reconoce abundante infiltrado inflamatorio linfocitario, con formación de abscesos e infiltrado inflamatorio de poli-morfonucleares en abundante cantidad. Al interior de los abscesos, se reconoce fibrina, detritus celulares y PMNs. En el material examinado, no se observa malignidad.

CONCLUSIONES

En el caso presentado, los hallazgos imagenológicos sugieren un comportamiento maligno de la lesión, demostrándose la negatividad de la misma en el reporte histopatológico, por lo que se concluye, que ciertas lesiones presentan características atípicas por imágenes.

Los sarcomas de tejidos blandos de bajo y alto grado están diferenciados significativamente por su tamaño (los de alto grado son de al menos 5 cm, así como por la heterogeneidad de su señal en secuencias T2WI y sensibles al líquido, con márgenes pobremente delimitados o

definidos, hiperintensidad de señal peritumoral y realce con la administración de contraste endovenoso).

La resonancia magnética es una herramienta fundamental para determinar la extensión de la lesión, así como sus características, y pueden ser utilizadas para predecir el grado de malignidad.

Los tumores de alto grado usualmente se asocian a necrosis aumentada. La profundidad de los tumores, también es una característica importante para predecir el pronóstico y desarrollo de metástasis.

Las masas de tejidos blandos son patologías frecuentemente observadas en la práctica clínica. La caracterización por imágenes es elemental, dadas las múltiples formas de presentación de dichas lesiones, las cuales pueden ser erróneamente interpretadas como malignas y viceversa. En dichos casos, es indispensable una correlación histopatológica. Sin embargo, los datos clínicos serán siempre fundamentales para orientar el diagnóstico por imágenes.

Es importante considerar que, en ocasiones, las lesiones pueden presentarse de características imagenológicas atípicas, y su categorización puede encontrarse limitada, por lo que deberá sugerirse o realizarse la toma de una biopsia, para excluir principalmente malignidad. ■

Como citar el presente artículo:

Rodríguez-Jaramillo F, Rodríguez-Maya F, Lesión pseudotumoral de tejidos blandos. Indexia. Abril 2021.