



CASO DEL MES

SEICAT

Julio Fernández Gajardo

Helena Gómez Herrero

Servicio de Radiología. Sección de Radiología Torácica.

Complejo Hospitalario de Navarra



PRESENTACIÓN

Mujer de 40 años.

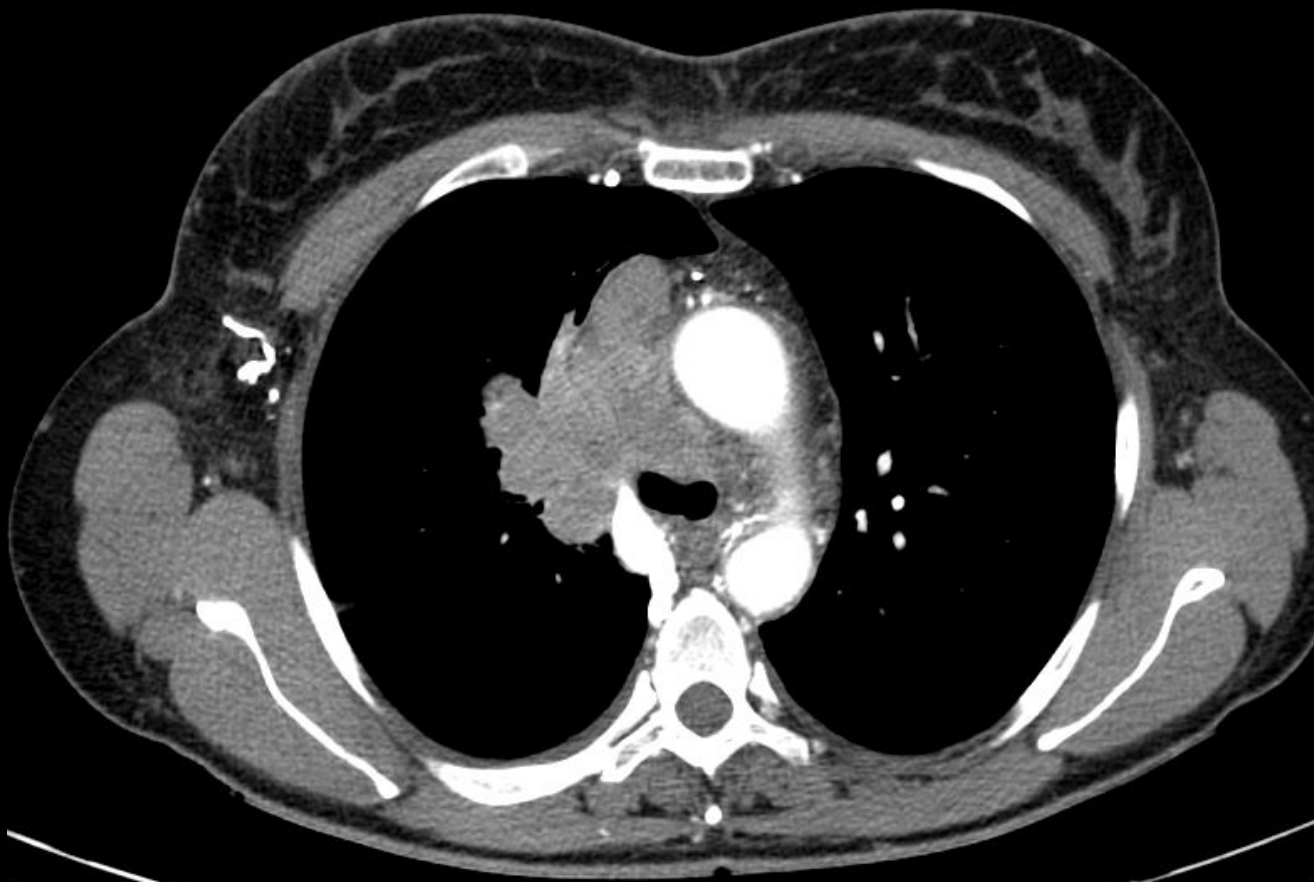
Fumadora de 20 paquetes/año.

Consulta por edema facial y periorbitario.

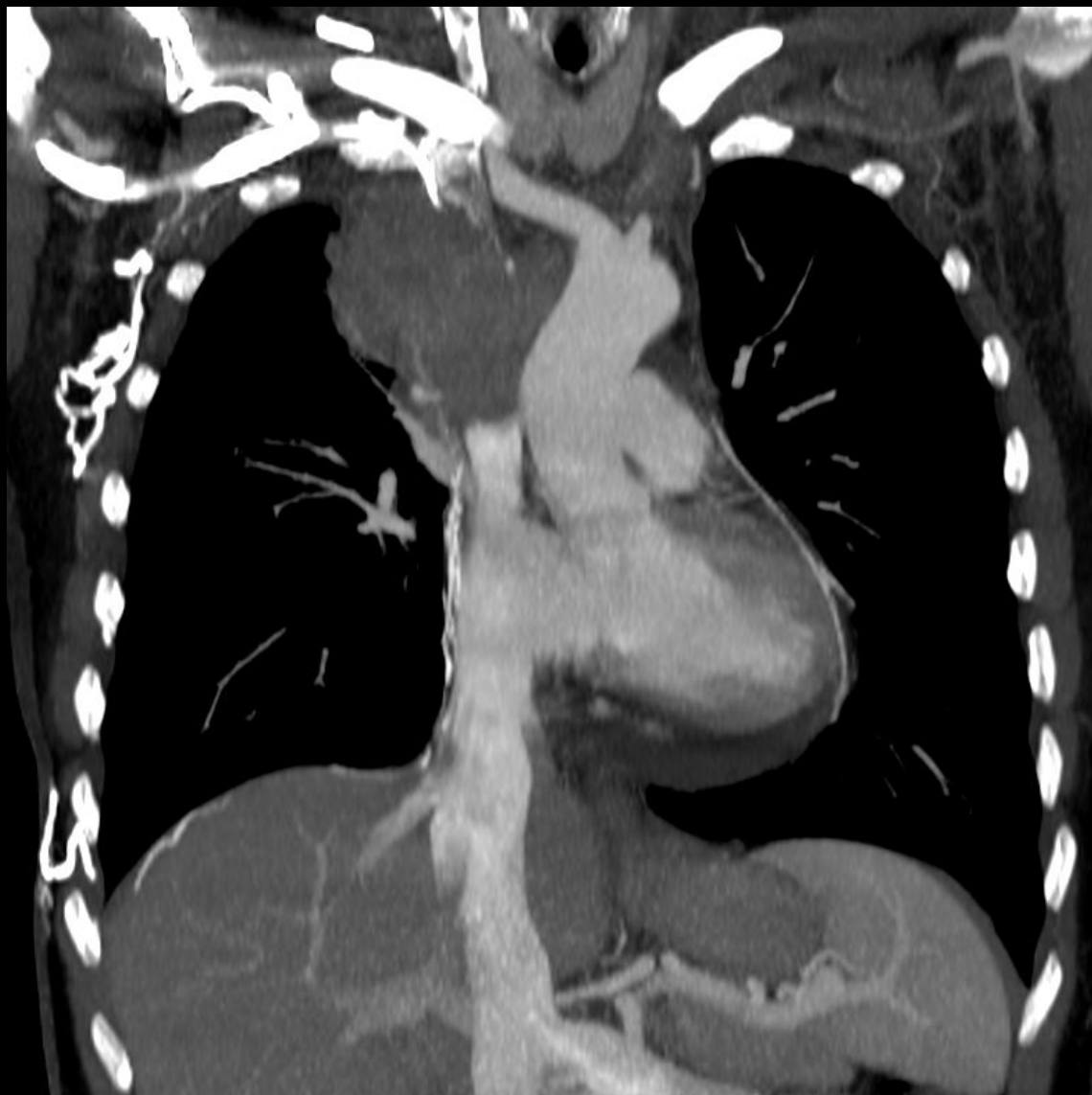
Examen físico:

Eritema facial.

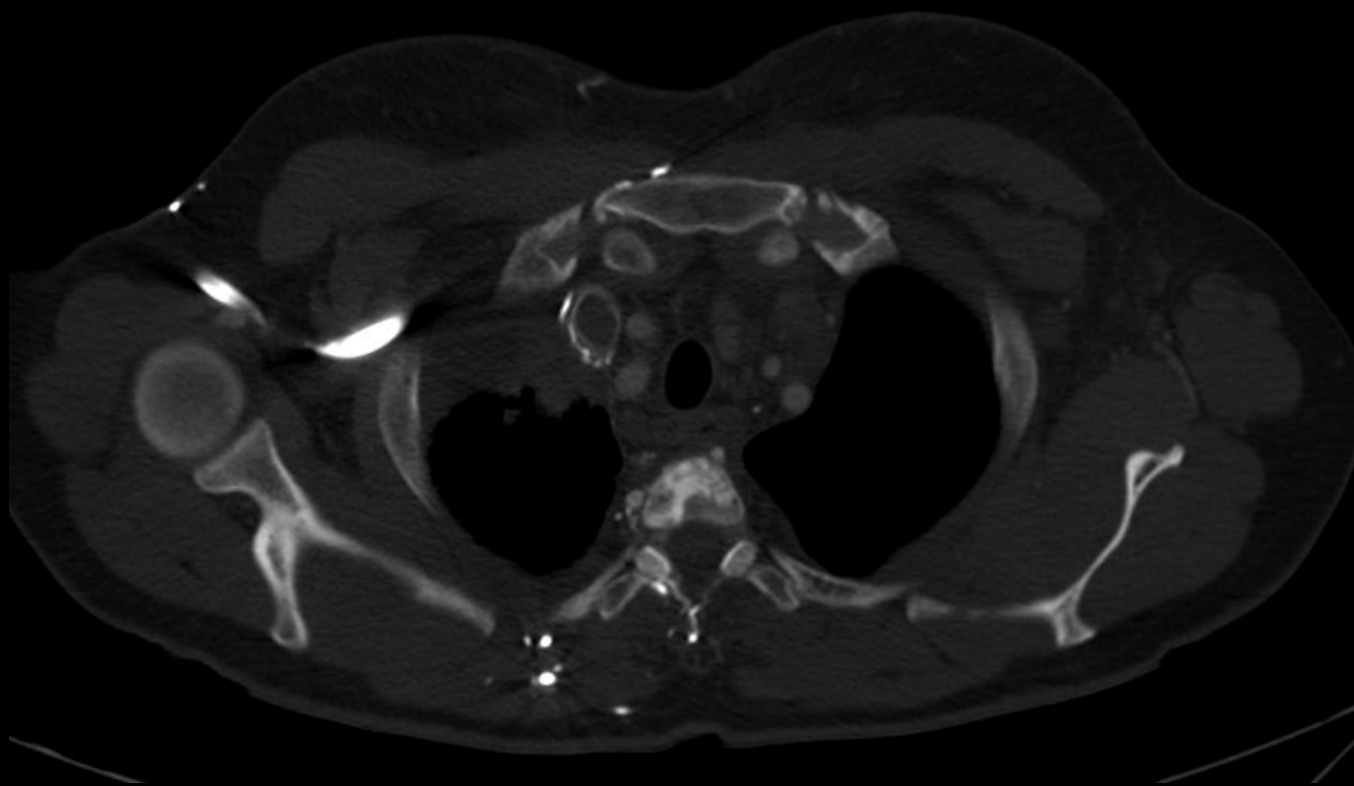
Telangiectasias y edema en hemitórax derecho.



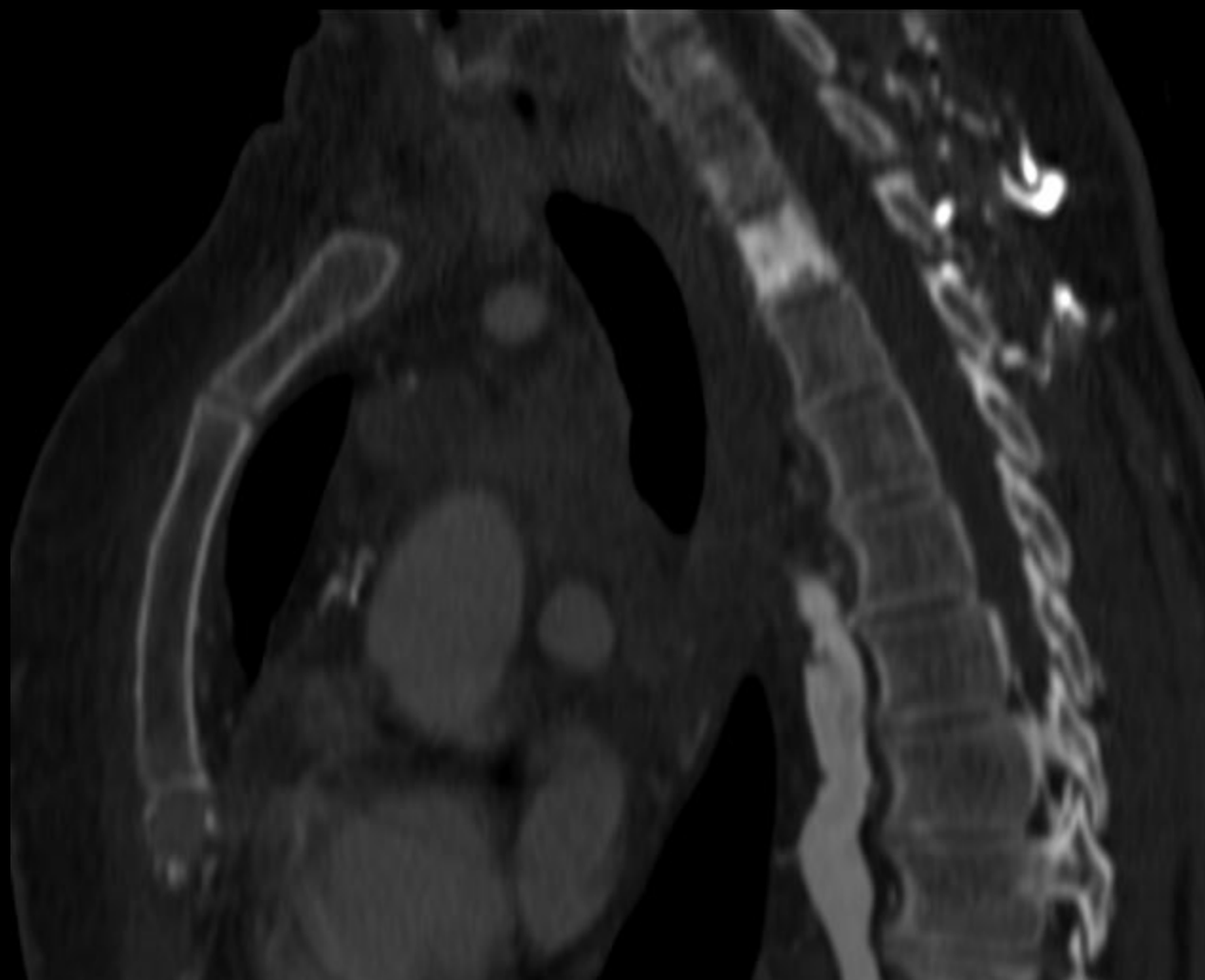
TC con contraste, ventana de mediastino, corte axial.



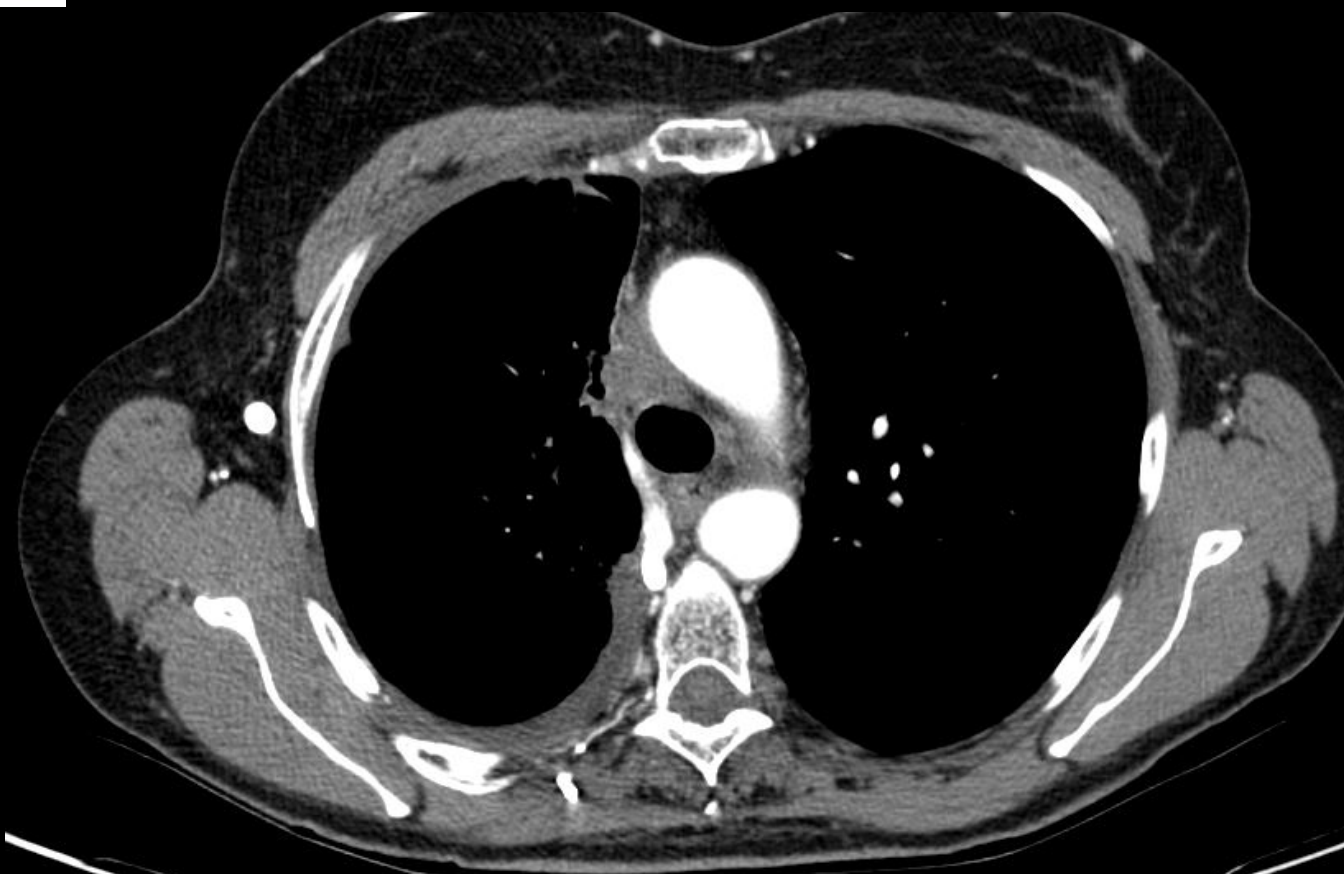
TC con contraste, ventana vascular, reconstrucción coronal
MIP.



TC con contraste, ventana de hueso, corte axial.



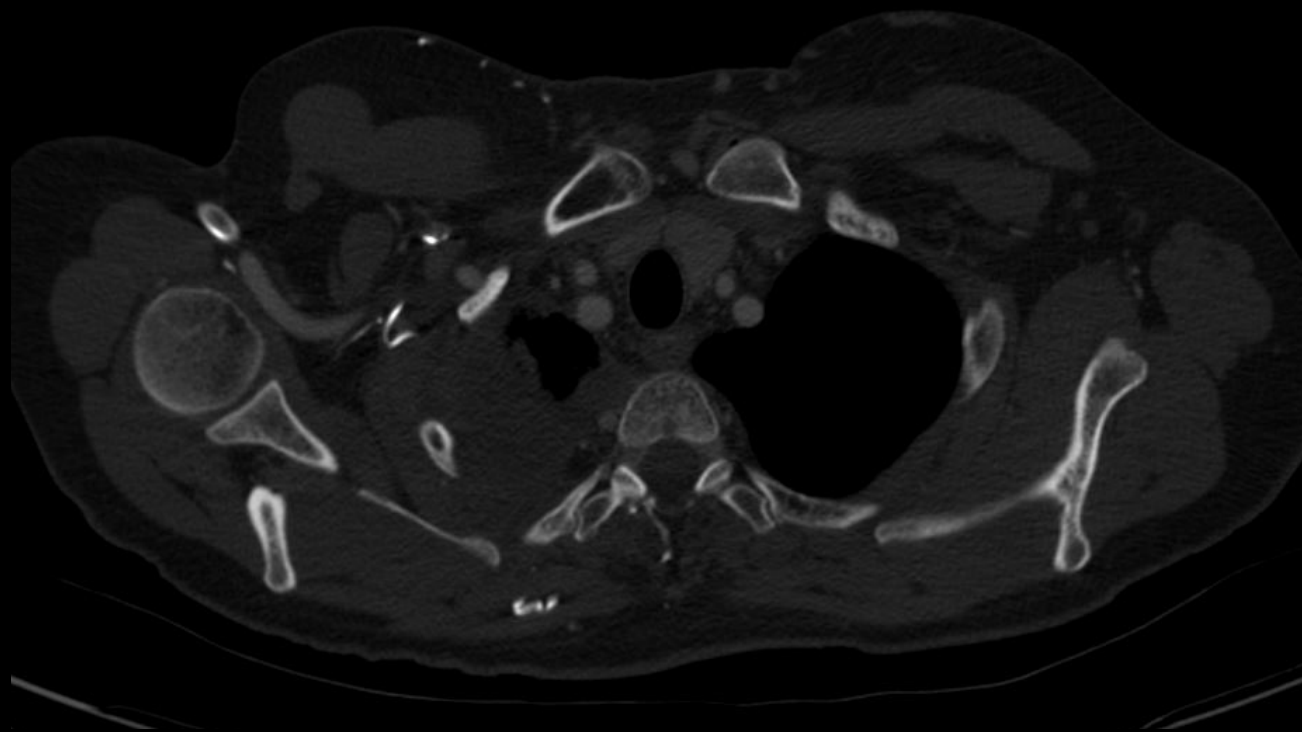
TC con contraste, ventana de hueso, reconstrucción sagital.



TC con contraste postratamiento, ventana de mediastino, corte axial.



TC con contraste postratamiento, ventana de hueso, reconstrucción sagital.



TC con contraste postratamiento, ventana de hueso, corte axial.



LECTURA RADIOLOGICA 1

- Masa de probable origen pulmonar con extensa infiltración mediastínica compatible con patología neoplásica con infiltración de vena cava superior (VCS).
- Hiperdensidad o hiperrealce en vértebra dorsal.
- Redistribución de flujo venoso por colaterales en pared torácica.



DISCUSIÓN

- La masa mediastínica más el antecedente de ser fumadora nos debe hacer sospechar una neoplasia de origen pulmonar.
- En el contexto de una neoplasia, el primer diagnóstico diferencial de la hiperdensidad vertebral es una metástasis osteoblástica. Otros diagnósticos diferenciales serían: enostosis, osteoma osteoide y osteomielitis crónica.
- La abundante circulación colateral junto con una masa comprimiendo la VCS y los síntomas de la paciente constituyen los hallazgos típicos de un síndrome de VCS.
- Los métodos diagnósticos que nos ayudarían a confirmar el hallazgo de la metástasis osteoblástica son: PET, gammagrafía, RM.
- En este caso el diagnóstico definitivo de la lesión vertebral se realizó con gammagrafía y RM. Ambas pruebas fueron normales, descartándose lesión ósea.



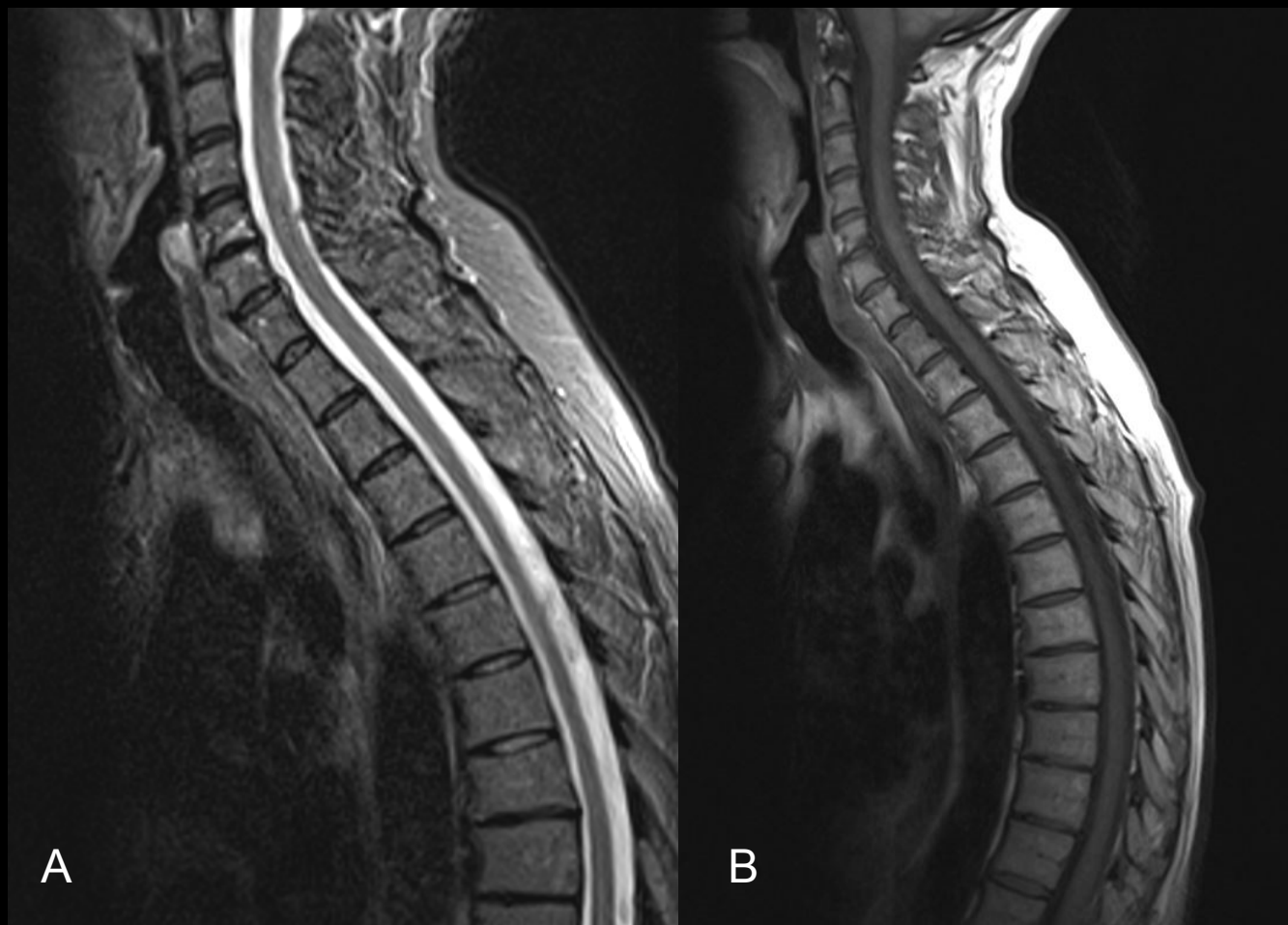
DIAGNÓSTICO FINAL

Adenocarcinoma pulmonar con síndrome de vena cava superior.

Hiperrealce de vértebra dorsal por plexo colateral venoso intravertebral.



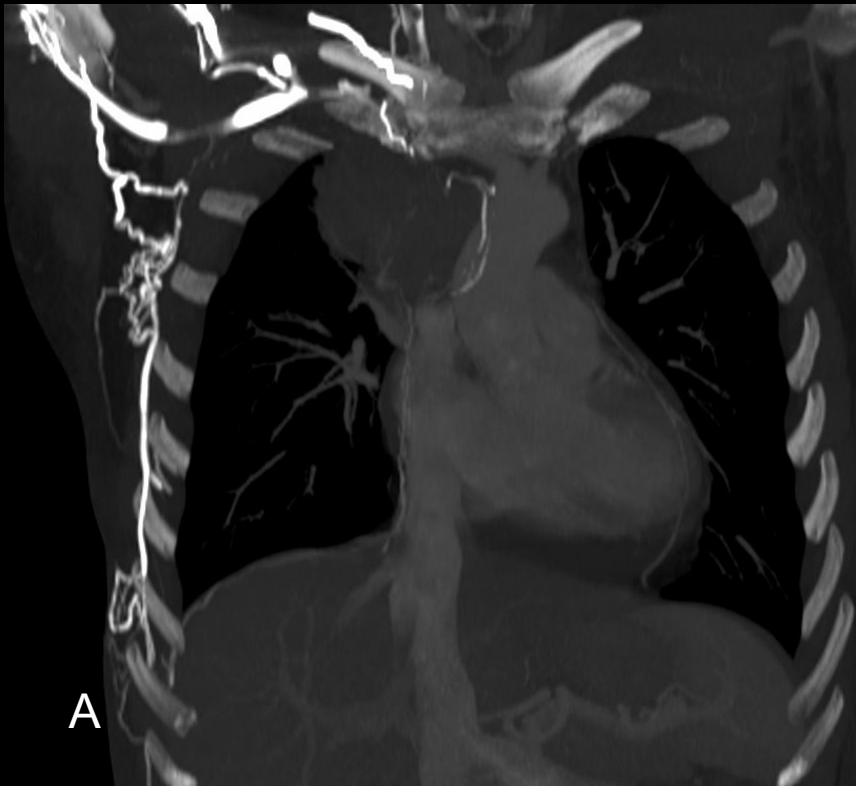
IMAGEN COMPLEMENTARIA 1



RM sagital de columna potenciada en T2 (A) y T1 (B).



IMAGEN COMPLEMENTARIA 2



TC con contraste pretratamiento, reconstrucción coronal (A) y sagital (B) MIP: se aprecia dilatación de las venas torácicas laterales y del plexo venoso vertebral.



DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- En un síndrome de VCS se describen las siguientes colaterales venosas: venas ácigos y hemiácigos, venas torácicas internas y laterales, plexo venoso vertebral, venas toracoepigástricas y venas intercostales.
- En los plexos venosos vertebrales es más frecuente la afectación de vértebras cervicales bajas o dorsales altas.
- Los hallazgos vertebrales en TC con contraste pueden ser indistinguibles de metástasis osteoblásticas. La simetría y localización de las lesiones, así como la presencia de circulación colateral, facilitan el diagnóstico de presunción. La TC sin contraste, la RM, el PET y la gammagrafía permiten el diagnóstico definitivo.



INTERÉS DOCENTE

En pacientes oncológicos con síndrome de VCS, las lesiones hiperdensas en columna vertebral son un error frecuente producido por el realce de los plexos venosos intravertebrales.



BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas N, Oliver TB, Sudarshan T. Vanishing bone metastases--a pitfall in the interpretation of contrast enhanced CT in patients with superior vena cava obstruction. Br J Radiol. 2011;84(1005):e176-8.
2. Prunte R, Strickland CD, Koo PJ. Vanishing bone metastases: a pitfall in contrast-enhanced CT in patients with venous thrombosis. BJR Case Rep 2015; 1: 20150149.
3. Garmendia Lopetegui et al. Radiología. 2016;58 (Espec Congr): 1280.