

La importancia del diagnóstico diferencial ante la aparición de una masa de partes blandas

FUENTES-SÁNCHEZ J. ^{1*}, PÉREZ BARRAGANS F. ¹, PELETEIRO M. ², BARRIENTOS I. ², ORTIZ-CRUZ J. ²

¹MIR de COT de Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Correspondencia del autor: jfsfuentessanchez@gmail.com;

²Unidad de Tumores Óseos y de Partes Blandas de Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

OBJETIVOS

Presentar el peculiar caso de un paciente con sospecha diagnóstica clínico-radiográfica de sarcoma de partes blandas que tras ser valorado por un comité experto en sarcomas y realización de pruebas complementarias es diagnosticado de hidatidosis musculoesquelética.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. PACIENTE

Varón de 63 años derivado por sospecha de sarcoma a estudio en región inguinal derecha.

Exploración Física

1.1.- Localización

Tercio proximal y medial de muslo izquierdo.

1.2.- Tamaño

10x10x6cm, como una naranja

1.3.- Forma

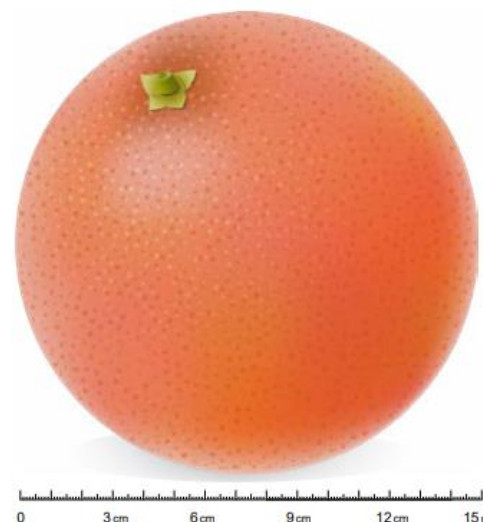
Masa ovoidea

1.4.- Consistencia

Semiblanda

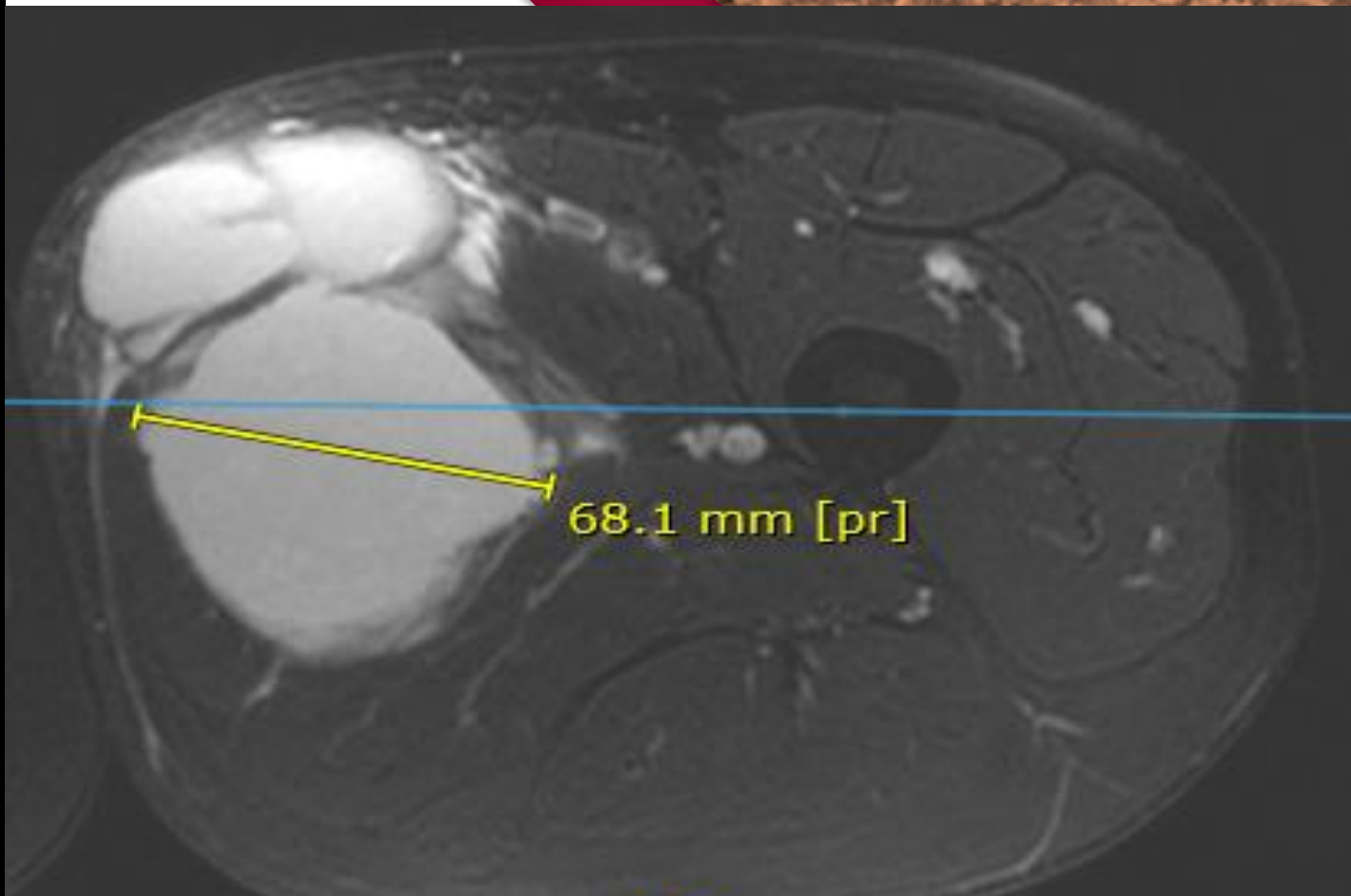
1.5.- Relación

No adherido a planos profundos



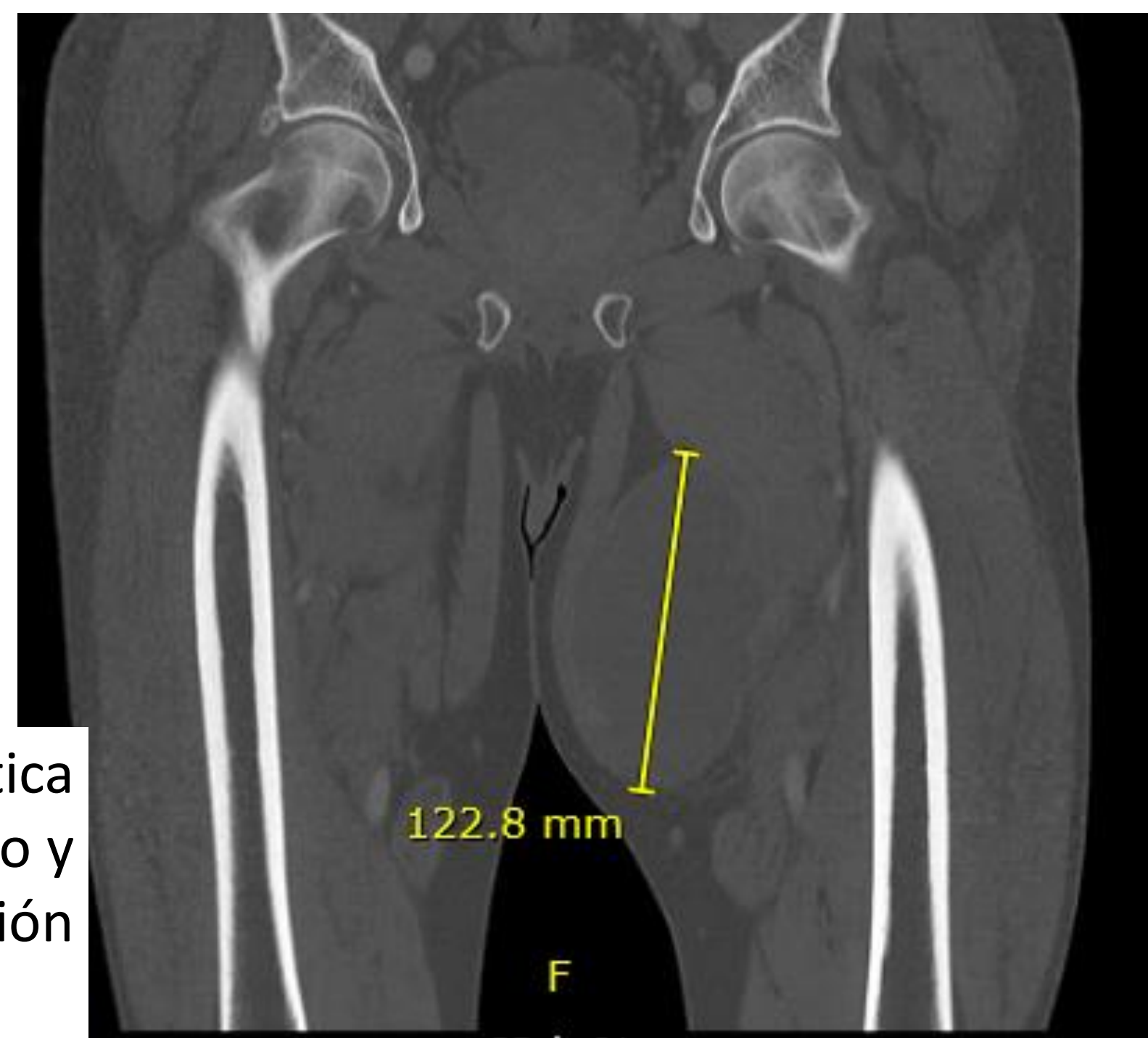
2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

2.1. Resonancia magnética



Masa tumoral que rechaza e infiltra aductores y grácil y contacta con paquete vascular femoral superficial

2.2. Tomografía computerizada



Lesión predominantemente quística parcialmente septada con realce periférico y de septos con skips alrededor de la lesión principal.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

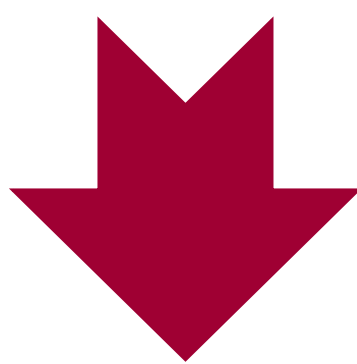
3.1. Sarcoma de PPBB a estudio



3.2. Metástasis: tipo adenoCa (mucinoso)

3.3. Hematoma “mimicking sarcoma”

3.4. Infección



Equipo Multidisciplinar

1.1.- RM

Sugestivo de sarcoma

1.2.- TC

Septos

1.3.- TC-TAP

Sin alteraciones

1.4.- Gammagrafía ósea

Sin captación

1.5.- ECO-BAG

S. Epidermidis meticilin sensible

CONCLUSIONES

1. Ante una masa de partes blandas se ha de estar alerta de los signos de alarma.
2. La sospecha tumoral es la primera opción a descartar.
3. Pese a la baja incidencia musculoesquelética de la hidatidosis, se ha de tener en cuenta por el alto riesgo de anafilaxia
4. Un equipo multidisciplinar en el diagnóstico y tratamiento es fundamental para el éxito

4. TRATAMIENTO

Ante la sospecha de quiste abscesificado se realiza resección y drenaje quirúrgico del mismo con salida de material purulento

Microbiología + Ud infecciosas:
daptomicina + cefazolina

Laboratorio:
Eosinofilia persistente

Anatomía Patológica:
Quiste Hidatídico

5. EVOLUCIÓN

Se inició pauta de tratamiento antihelmíntico con controles posteriores satisfactorios siendo dado de alta de consultas 6 meses después

6. DISCUSIÓN

Previo a drenaje SIEMPRE
quimioterapia antihelmíntica
→ RIESGO DE ANAFILAXIA

Hidatidosis
ME

- Generalmente solitaria (psoas)
- Multiloculado con quistes adyacentes
- Señal RM variable (signo del cerco)
- Test serológicos negativos en lesión ME
- Eosinofilia e hiper IgE no siempre presente