

CISTICERCOSIS MUSCULOCUTÁNEA

A. SÁNCHEZ-SALINAS, J. SANTIAGO Y B. PÉREZ VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID.

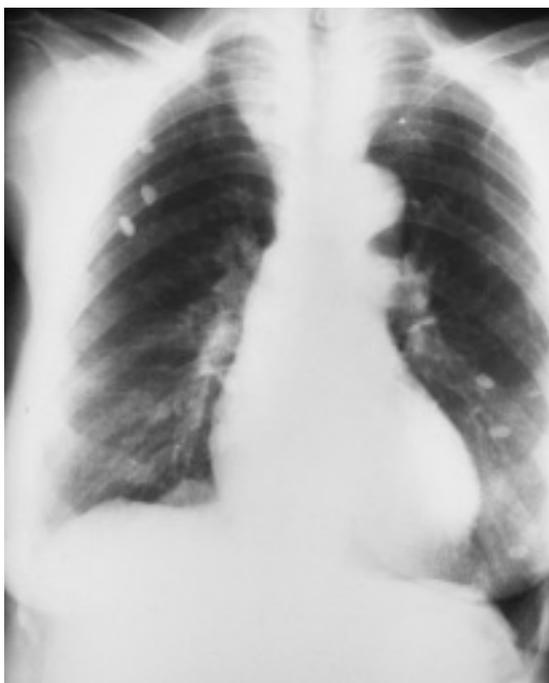


Fig. 1. Radiografía anteroposterior de tórax: índice cardiotorácico y vascularización pulmonar normal. Ensanchamiento mediastínico. Imágenes nodulares de densidad calcio superpuestas a ambos hemitórax.

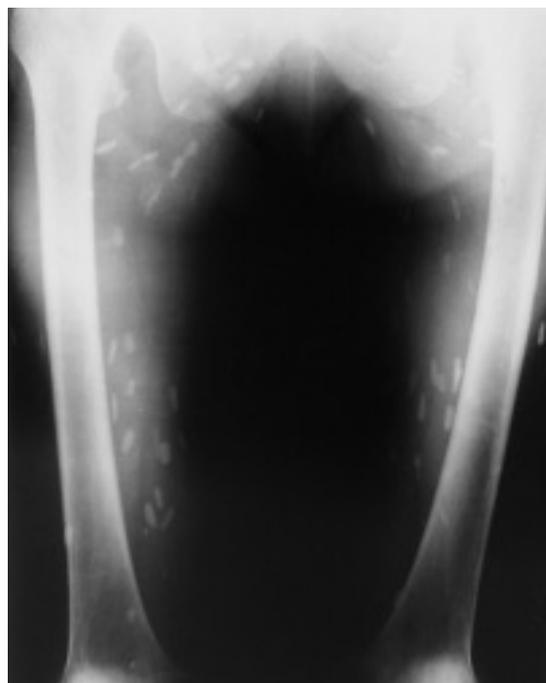


Fig. 2. Radiografía anteroposterior de ambos fémures: múltiples imágenes de densidad de calcio de forma ovalada en partes blandas de ambos muslos.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una mujer de 43 años asintomática, a la cual se le realiza radiografía de tórax para preoperatorio de colecistectomía (fig. 1); como hallazgo casual se aprecian múltiples imágenes de densidad calcio de pequeño tamaño (1-1,5 cm) que algunos autores describen como granos de «arroz hinchado», afectando de forma difusa tanto a campos pulmonares como a partes blandas. Ante estos hallazgos se le amplía el estudio radiológico simple con radiografía simple de abdomen y anteroposterior de ambos fémures (fig. 2) objetivándose dichas imágenes de iguales características afectando también a partes blandas.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

A continuación mencionaremos las posibilidades diagnósticas del hallazgo radio-

lógico de calcificaciones sistémicas en músculos y tejidos blandos¹:

Comunes:

- Dermatomiositis.
- Gota; hiperuricemia.
- Hiperparatiroidismo primario o secundario.
- Hipervitaminosis D.
- Esclerodermia; CREST.
- Calcificaciones vasculares arteriales y venosas.

Poco comunes:

- Calcinosis universal.
- Parasitosis (*disticerosis*, hidatidosis, etc.).
- Conectivopatías (lupus, etc.).
- Miositis osificante progresiva.
- Otras.

En la dermatomiositis² pueden aparecer calcificaciones en tejido subcutáneo y músculos de extremidades, axilas y pared ab-

dominal, generalmente en forma lineal. Nunca afecta a las vísceras.

En la gota pueden apreciarse calcificaciones a nivel de bursas y cartílagos articulares.

El hiperparatiroidismo² primario o secundario se caracteriza por presentar nefrocalcinosis e incluso nefrolitiasis, así como calcificaciones en próstata, páncreas y glándulas salivares. Las calcificaciones más frecuentes ocurren a nivel de arterias y cartílagos, si bien se pueden encontrar depósitos de calcio en meniscos, cápsulas articulares, etc.

La hipervitaminosis D² produce calcificaciones renales, así como calcificaciones metastásicas en la piel, articulaciones, bursas, páncreas, vasos y tiroides. Los huesos presentan osteoesclerosis y engrosamiento cortical.

La esclerodermia presenta calcinosis con depósitos en los extremos distales de los dedos, en la cara, tejido subcutáneo, así

como en las áreas de presión de los codos y las tuberosidades isquiáticas. Puede haber calcificaciones paraarticulares extensas alrededor de rodillas, hombros y raramente viscerales.

En la cisticercosis es frecuente la presencia de calcificaciones ovaladas o lineales de pequeño tamaño (cisticercos) distribuidos por tejidos blandos y músculos.

CONCLUSIÓN

La cisticercosis³ es una parasitosis extendida por todo el mundo, pero su máxima prevalencia se da en México, África, Sudeste de Asia, Este de Europa y Sudamérica.

Las manifestaciones clínicas secundarias a la cisticercosis son diferentes dependiendo de la localización, casi siempre en el sistema nervioso central y el músculo esquelético, y del tamaño de los cisticercos. El diagnóstico definitivo requiere el examen de los cisticercos en un tejido afectado, aunque muchas veces se basa en la presentación clínica y la presencia de resultados compatibles en los estudios radiológicos, en especial tomografía computarizada y resonancia magnética, así como en las pruebas serológicas.

En el caso de la forma de presentación musculocutánea, la radiología simple puede revelar múltiples lesiones calcificadas en forma de arroz hinchado³ que, junto con

su localización típica puede demostrar la presencia de cisticercosis, incluso con pruebas serológicas negativas⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Felson B. Gamuts in radiology. 1975; Ohio. P. 215-6.
2. Pedrosa CS. Diagnóstico por imagen. Tomo II (2.ª ed.). Madrid: 1988; p. 1.342-8.
3. Harrison. Principios de medicina interna. Tomo I (14.ª ed.). Madrid. 1998; p. 1403-4.
4. Vianna LG. Musculocutaneous and visceral cysticercosis. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 1991;33(2):129-36.

CONSULTANTES DEL VOLUMEN 11

El Comité Editorial de REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS agradece la ayuda recibida para la crítica de los trabajos enviados durante el 2002 a los siguientes consultantes:

M. Bernard Pineda
J.B. Díaz López
C. Gómez Alonso

S. Palacios Gil-Antuñano
J.M. Quesada Gómez
M. Sosa Henríquez

A. Torrijos Eslava
C. Vázquez Martínez