



P-265 - FALSO POSITIVO DE FDG PET/CT COMO METÁSTASIS GANGLIONAR DE TUMOR VERRUCOSO EN INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, S. Alonso García, I.M. García Castro, I. Fernández-Rañada Shaw, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, J.D. Gonzales Aguilar, J.C. Valenzuela Torres y J. García-Parreño Jofré

Hospital Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción: La tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada con ^{18}F -fluorodeoxiglucosa (FDG PET/CT) se utiliza de manera habitual para la estadificación de neoplasias. La FDG se acumula en las células malignas. Sin embargo, la acumulación de este radiotrazador en tejidos inflamados y/o infectados puede llevar a un resultado falso positivo.

Caso clínico: Presentamos un paciente con sospecha de progresión adenopática de carcinoma verrucoso determinada por FDG PET/CT cuyo diagnóstico final fue de infección por virus de Epstein Barr (EBV). Realizamos búsqueda en PubMed en todos los idiomas hasta marzo de 2013 con las siguientes palabras claves: Epstein Barr, positron emission tomography, pet, mononucleosis, metástasis, metastases y false positive y sus diferentes combinaciones. Se revisaron los abstract y se analizaron aquellos artículos y sus referencias que pudieran incluir casos con falsos positivos de PET en el estudio de neoplasias debidos a infección por EBV. Varón de 38 años con fístula en región sacrococcígea después de ser intervenido de quiste pilonidal a los 18 años con crecimiento de tumoración a nivel sacrococcígeo en los últimos meses. Se objetiva lesión verrugosa de 20×15 cm. Se practica extirpación en 2 tiempos por afectación del margen radial en la primera intervención. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma verrucoso. Dos meses después la RMN identifica adenopatía presacra de 10 mm, en región iliaca derecha 24 mm e inguinal derecha 42 mm. Se somete a linfadenectomía inguinal derecha en donde aparecen metástasis de carcinoma epidermoide bien diferenciado (verrucoso) en 3 de 6 ganglios. El seguimiento con TC realizado 3 años después de la primera intervención objetivó aumento de la adenopatía iliaca derecha de 33×24 mm. Se completó el estudio con FDG PET/CT con incremento de la actividad glicídica en la formación adenopática de cadena iliaca externa derecha con un SUV máximo de 3.4 y un diámetro de 20 mm. Con la sospecha de progresión tumoral ganglionar se decidió practicar linfadenectomía pélvica que incluyó los territorios ganglionares: iliaco común derecho, iliaco externo derecho y presacro. El postoperatorio cursó sin incidencias y fue dado de alta al sexto día. El estudio de anatomía patológica reveló 27 ganglios linfáticos de hasta 2,5cm de diámetro, sin evidencia de infiltración tumoral, con hiperplasia folicular linfoide reactiva en los de mayor tamaño con expresión del EBV mediante técnica de hibridación *in situ*. La serología realizada 2 meses después de la intervención demostró infección pasada por EBV (antiVCA IgG+, antiVCA IgM- y antiEBNA+).

Discusión: Encontramos 4 casos publicados en los que el FDG PET/CT diagnosticó erróneamente de neoplasia a pacientes con infección por EBV: varones de 13 y 53 años y mujer de 17 con sospecha de linfoma y mujer de 72 con sospecha de enfermedad maligna. El FDG PET/CT realizado en 2 casos, 2 y 3

meses después respectivamente, demostró resolución de la hiperactividad metabólica. La infección por el EBV debería ser considerada siempre en pacientes con linfadenopatía hipermetabólica. Si el diagnóstico de infección por EBV es dudoso, el seguimiento con FDG PET/CT tres meses después debería mostrar resolución metabólica de los sitios correspondientes.