

MASA CEREBRAL EN PACIENTE VIH: TOXOPLASMOSIS VS. LINFOMA

Montañez L., Grande C., Buontempo P., Pueyo C., Carrizo Konstantinoff Z.
INSSJP POLICLÍNICOS PAMI I Y II, CIUDAD DE ROSARIO, SANTA FE

INTRODUCCIÓN

El VIH es un virus neurotrópico que cruza la BHE en etapas precoces de la enfermedad, dos tercios de los pacientes VIH+ desarrollarán compromiso del SNC. Espectro de patologías: compromiso directo (Encefalopatía por VIH), infecciones oportunistas, neoplasias, enfermedad vascular.

La toxoplasmosis y el linfoma con frecuencia son diagnósticos diferenciales en pacientes con VIH / SIDA y, como el tratamiento es sustancialmente diferente, es importante distinguirlos.

En muchos casos, la apariencia de la imagen es clásica y la diferenciación no es problemática; sin embargo, en 50-80% de los casos, las apariencias pueden ser muy similares, y ambos pueden tener presentaciones atípicas que dificultan su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años que consulta por cuadro de desorientación asociado a conducta inapropiada, y bradipsiquia. Afebril, comprende y ejecuta órdenes simples, moviliza los cuatro miembros. Diagnóstico reciente VIH+, negando otros antecedentes patológicos de jerarquía.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LCR:

- ✓ Líquido opalescente
- ✓ Glucosa 50 mg/dl
- ✓ Proteínas 0.86 g/L
- ✓ Recuento de elementos 40 x mm³

Microbiológico sangre y LCR: Negativo

Laboratorio: GB 9420 (75%N, 17.6%L, 6.8%M)

VDRL(-)

Ac antitoxoplasmosis reactivo (1/2048)

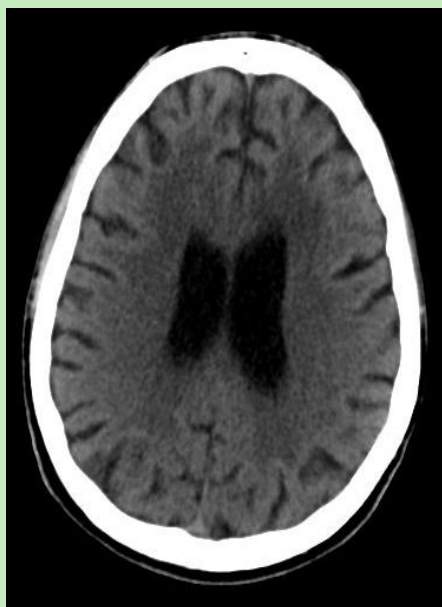
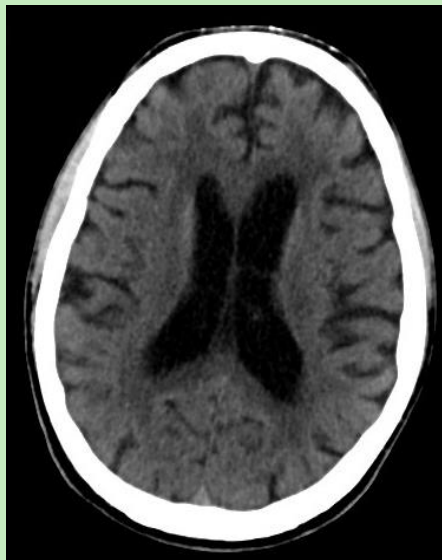
Recuento CD4 totales: 116 cel/ul

CV: 170.000 copias/ml

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

TC

Se visualiza una imagen redondeada, isohipodensa, comprometiendo el cuerpo calloso a nivel de la unión de la rodilla con el cuerpo, con leve efecto de masa sobre las astas frontales de los ventrículos laterales.

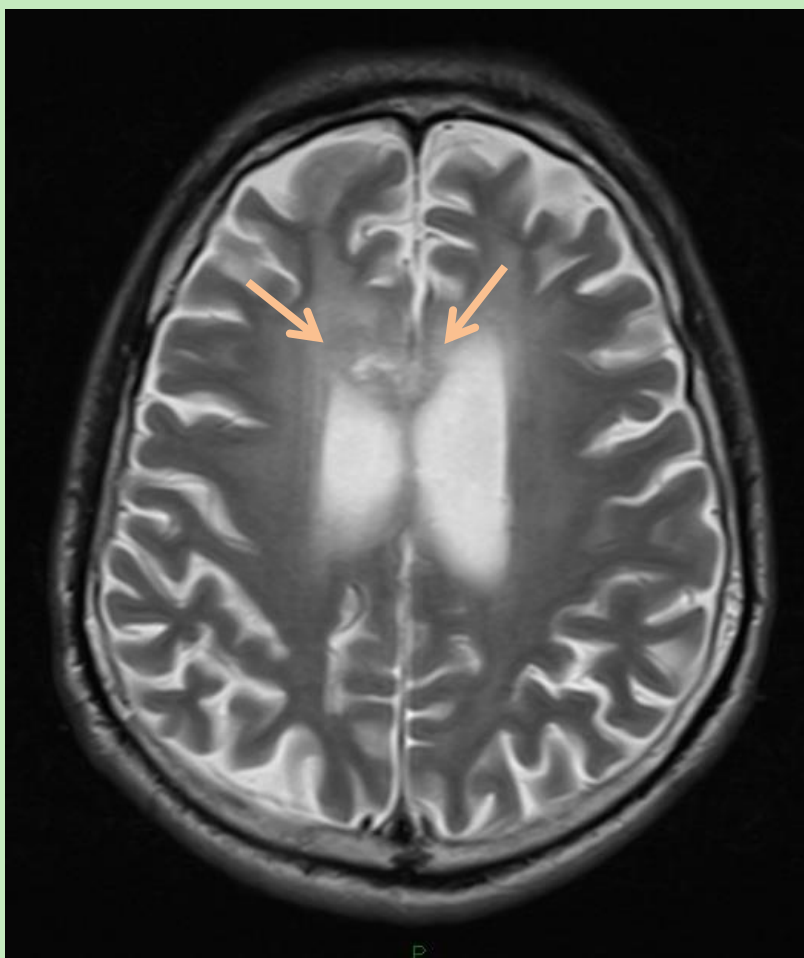


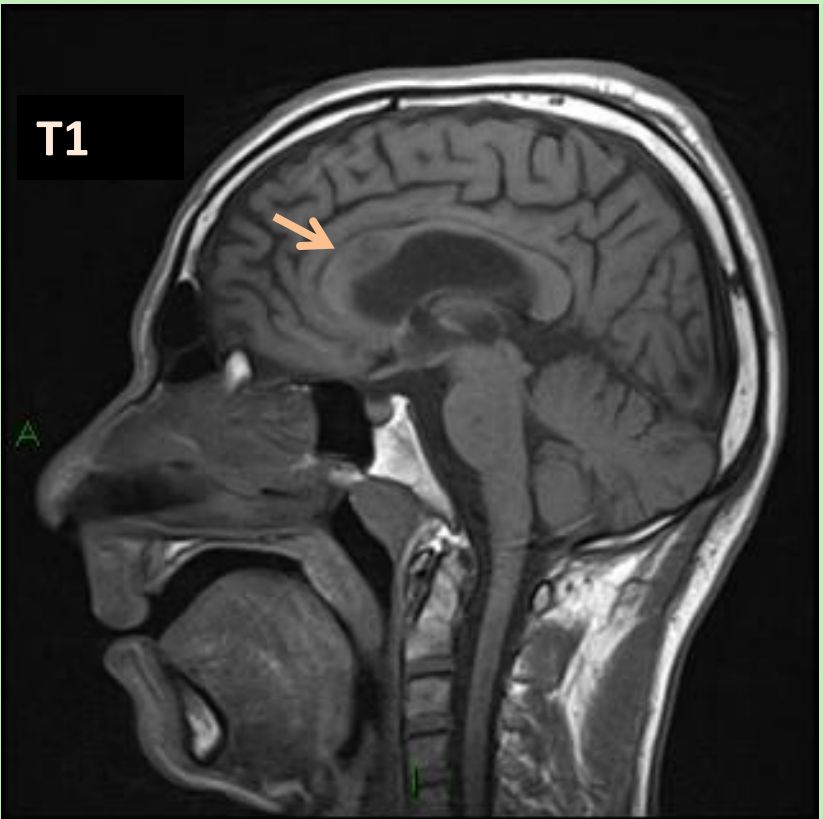
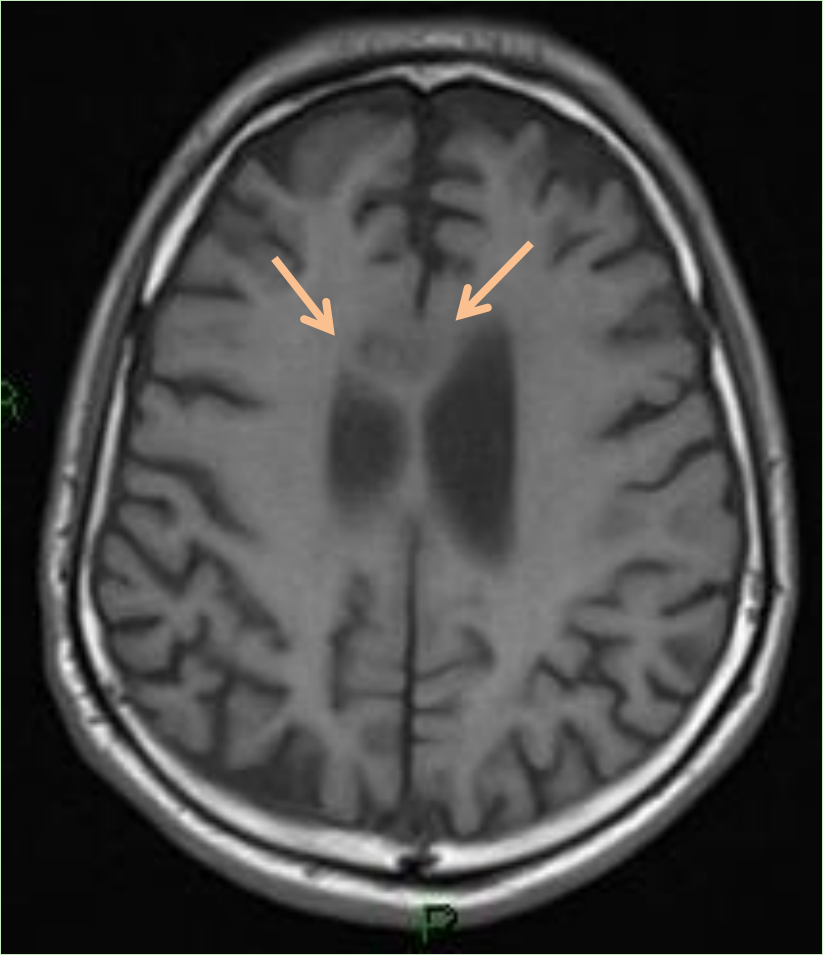
RESONANCIA MAGNÉTICA

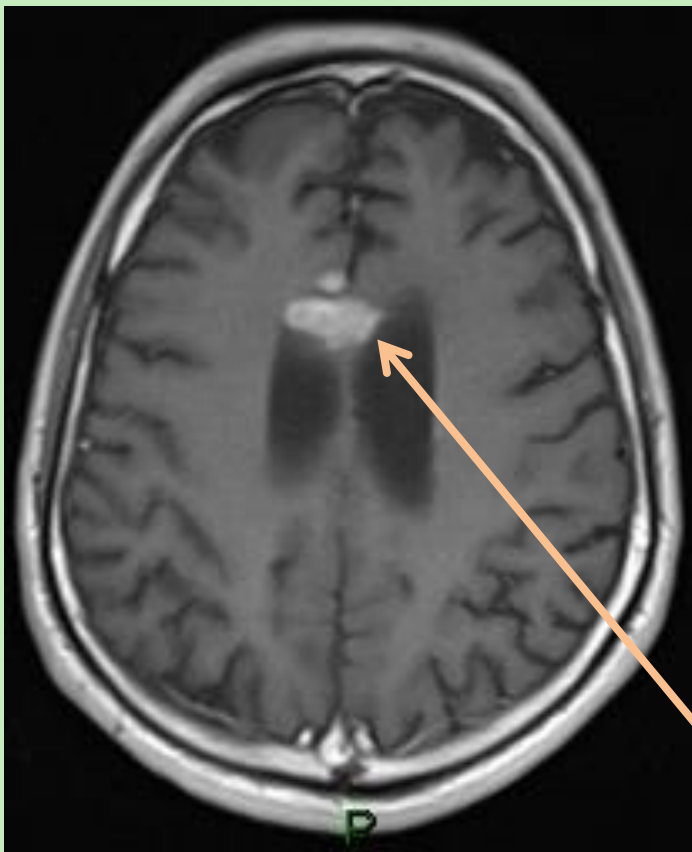
Presencia de lesión ocupante de espacio en cuerpo calloso, la cual muestra límites parcialmente definidos, siendo ligeramente hiperintensa en secuencias T2, hipointensa en T1 con intenso realce heterogéneo luego de la administración de gadolinio. Tenue restricción periférica en secuencias de Difusión.

A la espectroscopía evidencia disminución del NAA con aumento del pico de Cho, con una relación NAA/Cr de 1.07, Cho/Cr 1.55 y NAA/Cho 0.69.

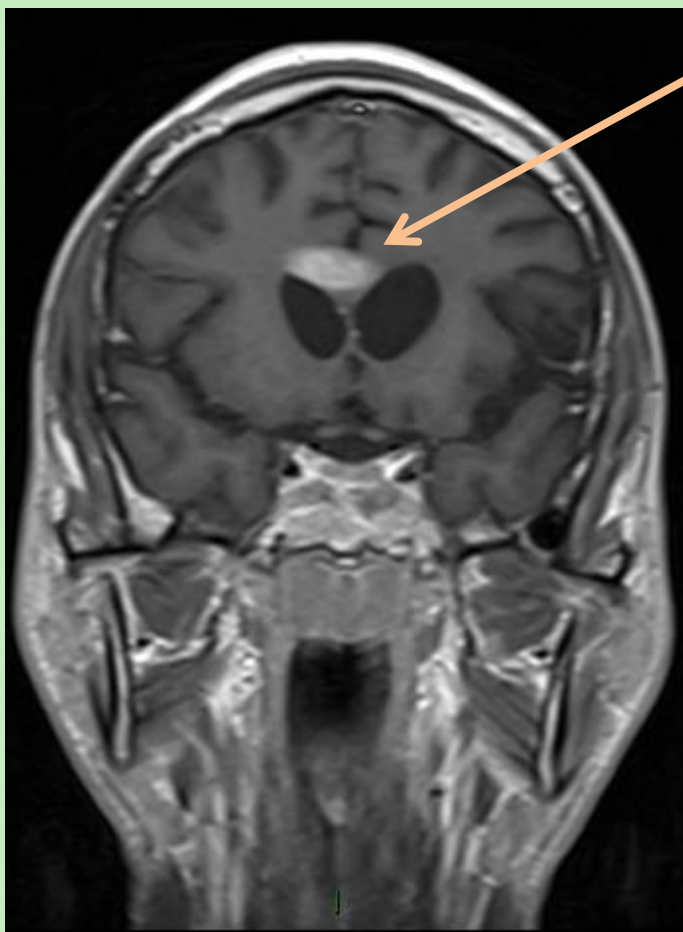
Signos de encefalopatía por HIV.



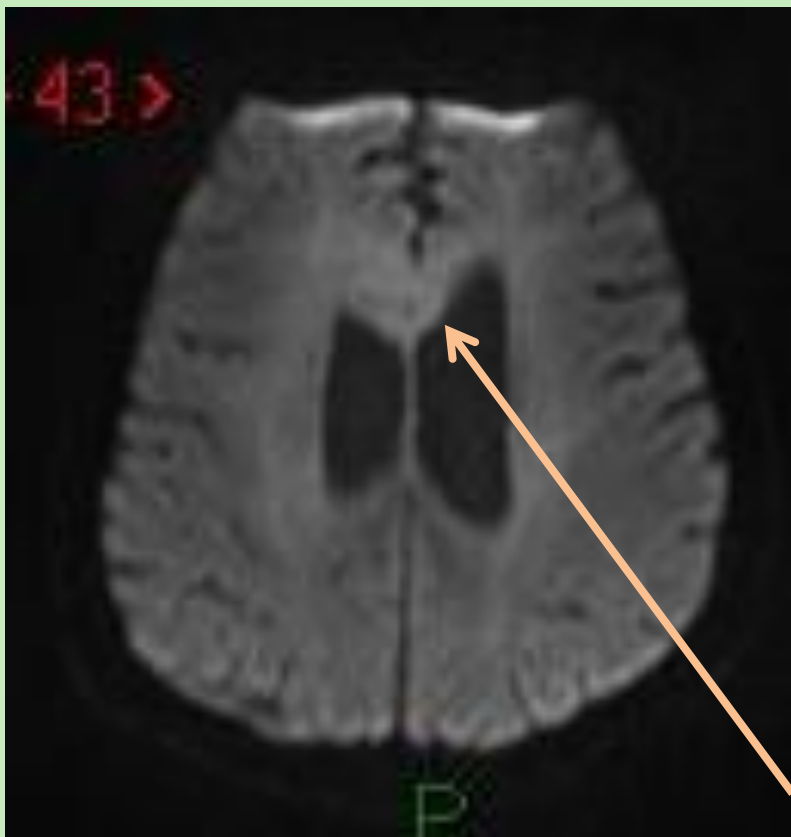




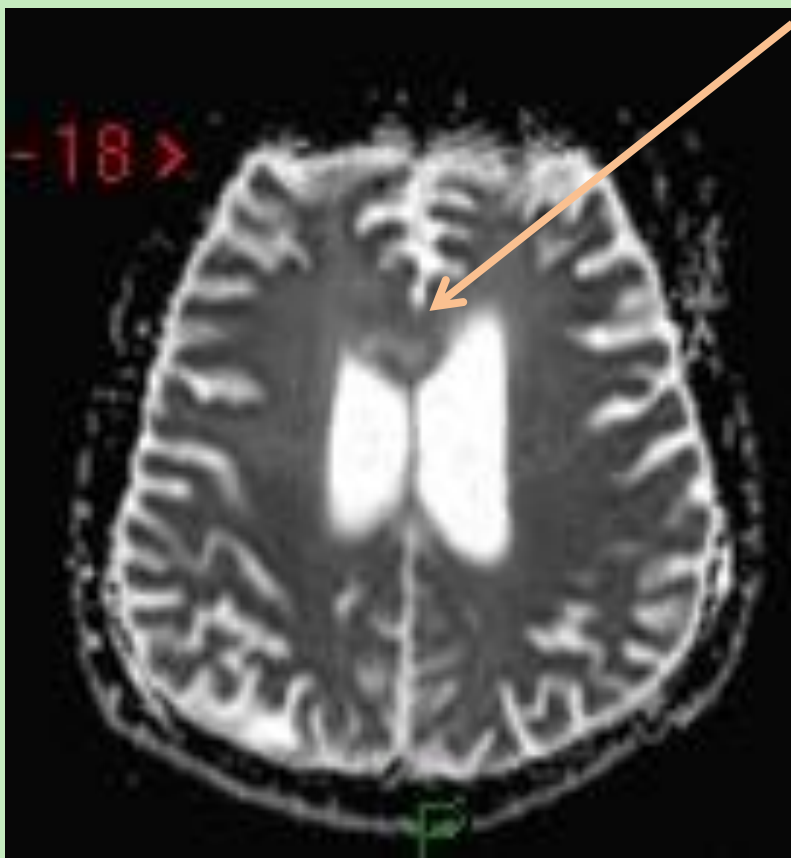
**Realce
heterogéneo
intenso**







Restricción
periférica



DISCUSIÓN

El 50% de los linfomas primarios del SNC se producen en pacientes VIH, la mayoría de ellos son de tipo No hodking. Se presentan habitualmente como masas intra-axiales, predominantemente supratentoriales, únicas (más frecuentemente) o múltiples. En TC se observan como lesiones focales hiperdensas, y en RM como lesiones iso-hipointensas en secuencias T2. Afecta predominantemente regiones periventriculares, y muestran realce intenso y homogéneo tras el contraste. Se pueden presentar en forma atípica con hemorragia o necrosis.

La Toxoplasmosis es la infección oportunista del SNC más frecuente en VIH, generalmente se comporta como una infección latente recurrente presentando un cuadro clínico inespecífico (cefalea, fiebre, convulsiones, déficit neurológico). Afecta fundamentalmente ganglios basales y SB subcortical, predominantemente como lesiones focales de 1 a 3 mm de diámetro. En el 85% de los casos son múltiples. Se muestran hipodensas en TC, en RM isointensas en T1 e hiperintensas en T2, con realce periférico en anillo tras la administración de contraste, presentan efecto de masa y edema vasogénico variable. En la espectroscopía muestran pico Lactato y Lípidos, descenso de Cho, fosfocreatina y mioinositol.

NUESTRO PACIENTE...

- ✓ MOE en cuerpo calloso (unión rodilla y cuerpo)
- ✓ Límites parcialmente definidos
- ✓ Efecto de masa
- ✓ Levemente hiperintensa en T2/ Hipointensa en T1
- ✓ Intenso realce tras contraste (heterogéneo)
- ✓ Espectroscopía: reducción NAA/ aumento Cho
- ✓ Signos de involución del parénquima encefálico.

Se planteó como diagnóstico diferencial, dados los hallazgos imagenológicos y el cuadro clínico inespecífico la posibilidad de Toxoplasmosis Vs. Linfoma primario.

EVOLUCIÓN

Se realiza biopsia estereotáxica de la lesión descrita en nuestro paciente, arrojando como resultado su análisis la presencia de moderado número de trofozoitos, con hallazgos compatibles con Toxoplasmosis.

CONCLUSIÓN

La neurotoxoplasmosis es la principal causa de lesiones cerebrales en pacientes VIH.

Los hallazgos imagenológicos muchas veces son poco específicos.

La RMI permite detectar lesiones no visualizadas con TC (mayor sensibilidad y especificidad).

Los datos clínicos, resultados de laboratorio y pruebas imagenológicas nos permiten orientarnos hacia uno u otro diagnóstico.

El diagnóstico definitivo de toxoplasmosis se basa en el hallazgo del *Toxoplasma Gondii* en la muestra de biopsia o aspirado de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Toxoplasmosis vs linfoma. Radiopaedia.org/articles/toxoplasmosis-vs-lymphoma.
- ✓ Enfrentamiento imagenológico de las lesiones cerebrales en pacientes VIH. Revista Chilena de Radiología. Vol. 14 N° 4, 2008; 200-207.
- ✓ Linfoma del SNC. Hallazgos radiológicos característicos y aportación de las nuevas técnicas diagnósticas. SERAM 2012 / S-108.
- ✓ Neuroimagen en el paciente VIH. SERAM 2012 / S-0236.