

Resonancia magnética nuclear en atención primaria

José Ignacio Ceña García^a, Montserrat Soler Carbó^a, Javier Gancedo Martínez^b, Luis Serrano Mallagray^b y Yolanda Martínez Calonge^b

^aÁrea 10F. Barcelona. ^bSoria Norte. Soria

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han desarrollado ampliamente las técnicas de diagnóstico por la imagen en todos los ámbitos de la medicina, y la reumatología ha sido uno de los que más se ha beneficiado. La tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN), junto con otras técnicas, han resuelto muchos problemas, pero han abierto la puerta a diversos interrogantes, entre ellos el de cuál es la técnica más indicada en un paciente y una patología determinados.

El conocimiento de las virtudes y los defectos de los diversos métodos disponibles en la evaluación del sistema musculoesquelético es imprescindible para su manejo. La RMN es ideal para el estudio del aparato locomotor debido a su capacidad para mostrar detalles anatómicos y fisiológicos en múltiples planos sin el uso de radiaciones ionizantes. Aunque es muy sensible para detectar procesos patológicos, puede ser relativamente poco específica en la determinación de la causa del proceso.

A continuación, se presentan 3 casos no infrecuentes en atención primaria, y en los que se ha requerido colaboración especializada para su definitivo diagnóstico y tratamiento. Estos casos nos ayudan a tener presente y a conocer el manejo e indicaciones de la RMN.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Historia clínica

Se trata de un varón de 54 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace 4 meses una tumora-ción fusiforme de 20 × 20 cm en cara posterior del muslo derecho sin otros síntomas acompañantes.

Exploración física

Se evidencia la masa antes mencionada, de consistencia media y 20 × 20 cm de diámetro, no adherida a espacios profundos ni dolorosa.

Correspondencia: Dr. J.I. Ceña García.
C/ Condes de Aragón, 35 A, 7.º A.
50009 Zaragoza.



Figura 1.

Exploraciones complementarias

Se realizó una RMN en la que se observó en la porción más posterior del muslo derecho una imagen de masa lobulada con algún tabicamiento en su interior, de densidad grasa, con bordes bastante bien definidos, sin visualizar zonas de densidad sólida (fig. 1). Como primera posibilidad diagnóstica, orientó hacia la presencia de un lipoma, que posteriormente se confirmó mediante biopsia en la intervención quirúrgica, al no observarse necrosis, hemorragia ni atipia citológica suficiente para considerar la presencia de liposarcoma.



Figura 2.

Caso 2

Historia clínica

Varón de 50 años, con antecedentes de traumatismo en la parte posterior de la rodilla izquierda, de 15 días de evolución. Acude a urgencias por fiebre de 38,5 °C y gonalgia de características inflamatorias sin respuesta al tratamiento con AINE pautado hace 3 días.

Exploración física

La exploración puso de manifiesto una rodilla con signos flogóticos, sin signos de afectación de meniscos y ligamentos, ni otros síntomas acompañantes.

Analítica

Se objetivó hiperuricemia moderada. El resto de parámetros se encontraban dentro de la normalidad.

Exploraciones complementarias

La radiografía convencional de rodilla mostró aumento de partes blandas.

Ante estos hallazgos se remitió al paciente al hospital de referencia donde se realizó RMN, evidenciándose foco infeccioso en la cara posterior intercondílea de fémur distal (fig. 2).

El paciente fue intervenido mediante drenaje y curetaje en cara posterior de surco intercondílea y colocación de cadenas de gentamicina. La evolución fue satisfactoria, con antibioterapia intravenosa (clindamicina, 300 mg/8 h).

Caso 3

Historia clínica

Mujer, de 45 años, que refiere sensación de inestabilidad al caminar que ha ido aumentando en los últimos 2-3

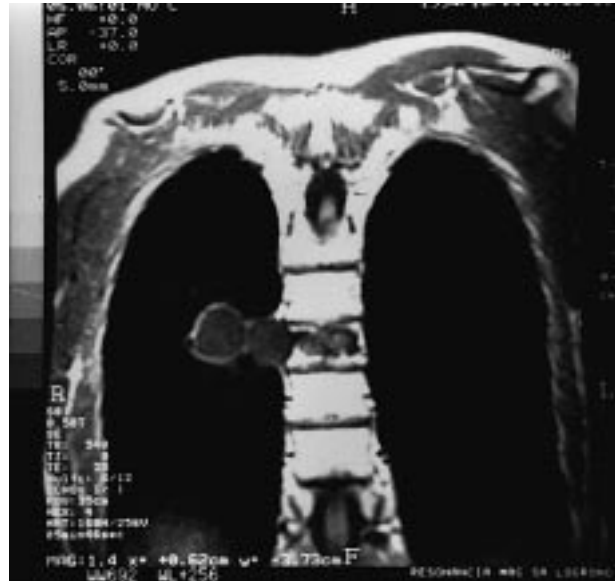


Figura 3.

años, sin que le impida la deambulación. No existía déficit motor, pero sí parestesias en miembros inferiores, de predominio en el pie izquierdo, no acompañándose de trastornos esfinterianos.

Exploración física

En la exploración neurológica se objetiva un temblor de actitud en manos y temblor ortostático. Hiperreflexia generalizada simétrica salvo en aquileos, sin clonus y signo de Babinsky negativo. Hipoestesia leve en pie izquierdo. Disminución de la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores con sensibilidad posicional conservada. Romberg negativo. Marcha con aumento de la base de sustentación.

Analítica

Dentro de la normalidad.

Exploraciones complementarias

Se realizó RMN que evidenció lesión hidatídica torácica que afectaba al cuerpo vertebral D8, al canal raquídeo y al espacio paravertebral y pleuropulmonar derechos localizados a la mencionada vértebra (fig. 3).

DISCUSIÓN

Las radiografías convencionales son una herramienta valiosa para el diagnóstico y estadificación de los trastornos articulares cuando existen antecedentes de traumatismos, sospecha de infección crónica, incapacidad progresiva o afectación monoarticular. Cuando se considera la posibilidad de alternativas terapéuticas, o cuando se desea una valoración inicial de lo que parece un proceso crónico, las más útiles son las radiografías simples. Sin embargo, en la mayor parte de las enfermedades inflamatorias, las radiografías iniciales rara vez ayudan a establecer el diagnóstico y pueden mostrar únicamente tumefacción de partes blandas o desmineralización yuxtaarticular. A medida que la

enfermedad progresiva, pueden desarrollarse calcificaciones, reducción del espacio articular, erosiones, anquilosis ósea, neoformación ósea o quistes subcondrales, que pueden sugerir entidades específicas. Una técnica y posición adecuadas evitarán la necesidad de estudios posteriores.

Las nuevas técnicas de imagen mejoran la sensibilidad diagnóstica y facilitan el diagnóstico precoz en un número limitado de trastornos articulares, por lo que están indicadas en circunstancias seleccionadas en las que las radiografías convencionales no resultan suficientes.

La RMN ha supuesto un avance significativo en el estudio con imagen de las estructuras musculoesqueléticas. Esta técnica puede proporcionar imágenes multiplanarias con gran detalle anatómico y resolución de contraste. Otras ventajas adicionales son la ausencia de radiación ionizante y de efectos adversos, así como su superior capacidad para visualizar la médula ósea y los tejidos blandos periarticulares. Sin embargo, el elevado coste y la larga duración de la exploración limitan su uso en la valoración de los trastornos musculoesqueléticos. La RMN sólo debe usarse en los casos en que pueda proporcionar una información necesaria que no pueda obtenerse con otros medios más baratos e incruentos.

Con la RMN pueden obtenerse imágenes de las aponeurosis, los vasos, los nervios, los músculos, el cartílago, los ligamentos, los tendones, los pannus, los derrames si-

noviales, el hueso cortical y la médula ósea. Gracias a su sensibilidad a los cambios en la médula ósea, la RMN es un medio sensible, aunque inespecífico, para detectar osteonecrosis y osteomielitis. Debido a su mayor capacidad para resolver los contrastes de los tejidos blandos, la RMN es más sensible que la artrografía o que la TC para el diagnóstico de las lesiones de éstos (p. ej., roturas de menisco o del manguito de los rotadores), las lesiones intraarticulares y las de la médula espinal consecutivas a traumatismo, subluxaciones o sinovitis de las vértebras.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Harrison. Principios de medicina interna (14.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998.
- Kaiser MC, Ramos L. RMN de la columna vertebral. Guía para las aplicaciones clínicas. Barcelona: Ancora, 1992.
- Markisz JA. Diagnóstico por imagen del sistema musculoesquelético: RM, TC, medicina nuclear y ecografía en la práctica clínica. Barcelona: Edika-Medica, 1993.
- Pedrosa C. Diagnóstico por imagen. Tratado de radiología clínica. Madrid: Interamericana, 1986.
- Rodríguez de la Serna A, Fernández L, Navarro F, Herrera A. Bases médico-quirúrgicas de las enfermedades del aparato locomotor. Madrid: Laboratorios Menarini-MRA, 1998.
- Roig D. Reumatología en la consulta diaria (2.ª ed.). Barcelona: Espaxs, 1997.
- Sanmartí R, Collado A, Muñoz J. Procedimientos diagnósticos en reumatología. Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1995.