

Nombre:	Ines
Apellido:	Pecharromán de las Heras
Otros Autores:	A. Vicente Bártulos, E. García Casado, S. Resano Pardo, O. M ^a Sanz de León, J. Blázquez Sánchez.
E-mail:	inespecha@hotmail.com
Hospital:	H. U. Ramón y Cajal, Madrid.
Ciudad:	Madrid
Título:	Aspergilosis invasiva con afectación pulmonar y cerebral.
Presentación :	<p>Paciente con hepatitis autoinmune fulminante con hemiparesia derecha de predominio en miembro superior derecho de 1 día de evolución. Se obtiene información adicional verbal tras realizar el TC craneal, el paciente presenta también fiebre e intensa neutropenia.</p> <p>Se realiza TC craneal sin/con CIV urgente, observando múltiples lesiones bilaterales focales, hipodensas e hipocaptantes, en la unión corticosubcortical; sin efecto de masa significativo y que podrían estar en relación con amplia variedad etiológica: metástasis, infartos múltiples, tuberculosis, toxoplasmosis, linfoma, aspergilosis.</p> <p>En RM craneal urgente, se confirman las lesiones nodulares expansivas bilaterales e intraaxiales, con escaso edema perilesional. En ipT2 muestran halo periférico de pérdida de señal, característico de enfermedad fúngica, con restricción anular periférica y realce anular fino en estudio con contraste.</p> <p>Se realiza asimismo una TC torácica unos días después, que muestra infiltrado alveolar con cavitación adyacente en LID, de paredes gruesas e irregulares que obligan a descartar una cavidad por neoplasia, neumonía necrotizante, absceso, aspergiloma, etc Otros hallazgos son atelectasias, neumotórax derecho y enfisema subcutáneo.</p>
Discusión :	<p>Diagnóstico final: aspergilosis invasiva cerebral y pulmonar.</p> <p>Reflexión docente. En Urgencias es fundamental descartar y diagnosticar la patología intracraneal que requiera una intervención terapéutica urgente (ictus, hematomas, herniación, etc), patología a la que, por regla general, se está más acostumbrado. Pero, es fundamental también, conocer un amplio diagnóstico diferencial de las lesiones focales, no para diferenciar una estirpe tumoral, pero si para diferenciar esas otras lesiones focales que pueden ser infecciosas y requerir también un tratamiento urgente (quirúrgico o no) como los abscesos e infecciones de otro tipo.</p> <p>Así mismo el conocimiento del estado de inmunosupresión de los pacientes y otros factores de riesgo o antecedentes tumorales son fundamentales para realizar un diagnóstico radiológico preciso.</p> <p>La aspergilosis cerebral invasiva presenta características típicas en IRM como las descritas.</p> <p>El neumotórax espontáneo por micetoma es una complicación pleural frecuente. El diagnóstico se confirmó mediante ELISA (<i>Aspergillus fumigatus</i> Ag. positivos).</p>

<p>Conclusión:</p>	<p>Lesiones cerebrales múltiples en paciente con inmunosupresión y neutropenia, que sugieren lesiones de aspergilosis, principalmente en el estudio de RM y con afectación torácica añadida y diagnosticada posteriormente. En pacientes con inmunosupresión severa aumenta la probabilidad de aspergilosis invasiva sistémica.</p>
<p>Bibliografía:</p>	<p>Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ. Diagnóstico por Imagen Cerebro. Ed. MARBÁN. 2ª edición, 2011. ISBN: 978-1-931884-72-3</p> <p>Walker CM. Imaging pulmonary infection: classics signs and paterns. American Journal of Roentgenology. 2014;202:479-492.</p>
<p>Pie de foto:</p>	<p>Imagen 1.TC craneal con CIV urgente: múltiples lesiones bilaterales focales, hipodensas e hipocaptantes, en la unión corticosubcortical; sin efecto de masa significativo.</p> <p>Imagen 2. TC torácica con CIV, ventana de parénquima: infiltrado alveolar con cavitación adyacente en LID, de paredes gruesas e irregulares en relación con absceso o neumonía necrotizante. Atelectasias. Neumotórax derecho, con tubo de tórax. Enfisema subcutáneo iatrogénico.</p> <p>Imágenes 3 y 4. RM craneal urgente, ipT2 (imagen 3) e ipT1 con Gadolinio i.v. (imagen 4): lesiones nodulares expansivas bilaterales e intraaxiales, con escaso edema perilesional. En ipT2 muestran halo periférico de pérdida de señal, característico de enfermedad fúngica, con restricción anular periférica (no mostrado) y realce anular fino (ipT1 con Gd i.v.).</p>