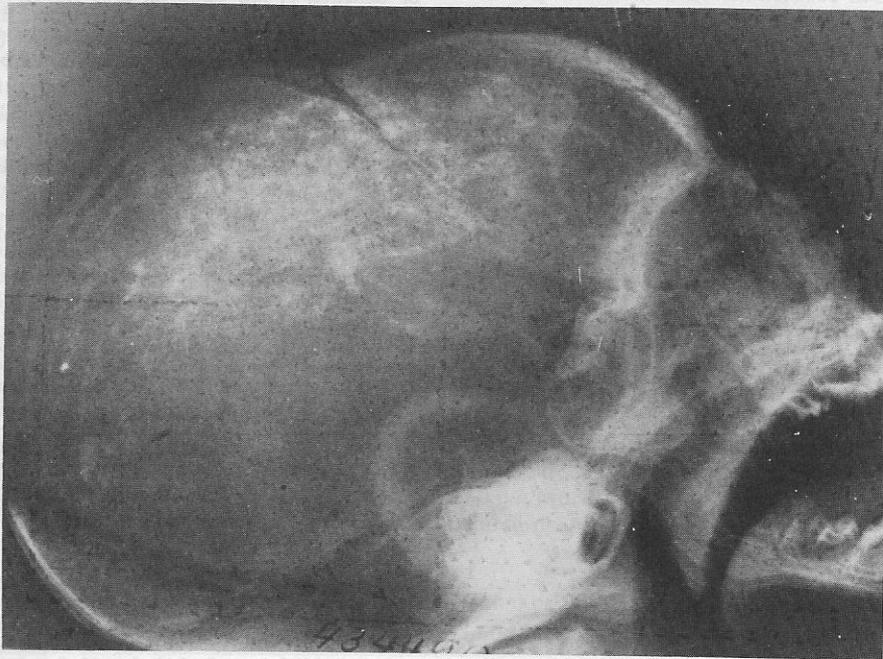


## El caso radiológico

Carlos Chamorro Mera, M. D.  
 Profesor Asociado de Radiología  
 Hospital Universitario del Valle  
 Universidad del Valle, Cali, Colombia



### HAGA SU DIAGNOSTICO

Lactante de 2 meses de edad cuya madre la lleva a consulta por presentar la cabeza pequeña y hernias inguinales bilaterales. Como antecedentes de importancia son de anotar parto prematuro e ictericia al quinto día del nacimiento. Al examen clínico se halla una niña en regulares condiciones nutricionales, cuyo perímetro cefálico mide 28 cm y el torácico 32 cm, las fontanelas están cerradas y hay acabalgamiento de los huesos parietales. El examen de fondo de ojo reveló la presencia de coriorretinitis atrófica y microftalmía bilaterales.

Había hipertonía muscular generalizada. El hígado y el bazo se encontraban aumentados de tamaño.

### POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Lúes congénita
2. Enfermedad de inclusión citomegálica
3. Toxoplasmosis congénita
4. Rubeola congénita

(Respuesta página 100)

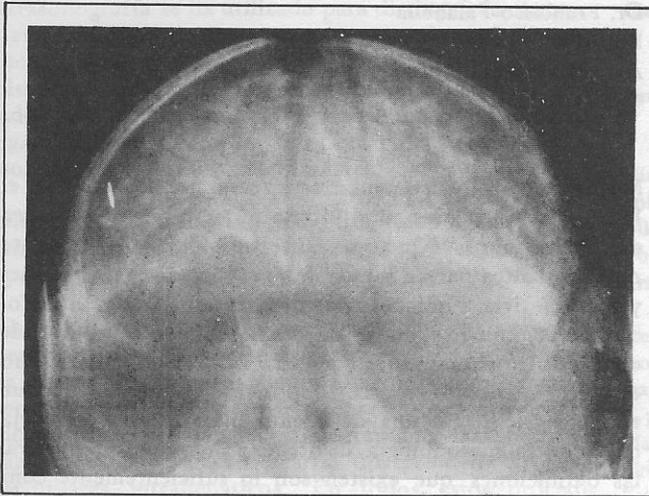


Figura 2. Además de las abundantes calcificaciones nodulares y lineares sobre los lóbulos frontales, obsérvese la separación de suturas, mayor de 3 mm en la sutura sagital.

### DESCRIPCION RADIOLOGICA

En ambos hemisferios cerebrales se observan calcificaciones intracraneanas (Figura 2), de aspecto granular y linear distribuidas en los lóbulos frontales, parietales y en menor proporción en los occipitales y temporales. También se aprecian: el aspecto de "malla" en las regiones frontales, la separación de las suturas, especialmente la sagital en la proyección a. p. y la desproporción cara-cráneo, con un índice craneal menor de lo normal que indica la presencia de microcefalia.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. No se conocen hasta la fecha casos de lúes congénita con calcificaciones de este tipo. La lúes tiene preferencia por los huesos largos donde produce zonas de destrucción limitadas a las metafisis (metafisitis); reacción perióstica y bandas radiolúcidas que alternan con bandas radiopacas también de localización metafisaria, especialmente en los huesos de la rodilla, muñeca y tobillo. Además hay manifestaciones en las mucosas y en la piel con lesiones papulosas, bulosas y aun vesiculares, especialmente cerca de los orificios normales<sup>1</sup>.
2. Una de las características de la enfermedad de inclusión citomegálica es la presencia de calcificaciones intracerebrales de localización sub-ependimaria, alrededor de los ventrículos de tal forma que mediante estas calcificaciones se puede ver la forma y el tamaño de dichas cavidades; son de aspecto nodular.

Con base únicamente en las calcificaciones no se puede diferenciar la enfermedad de inclusión citomegálica de la

toxoplasmosis, según varios autores. Sin embargo, la frecuencia de las dos entidades es muy distinta. En el curso de 20 años, según Chamorro y colaboradores<sup>1</sup>, en el Hospital Universitario del Valle se presentaron 43 casos de toxoplasmosis y solamente 3 de enfermedad por inclusión citomegálica.

3. La toxoplasmosis es una parasitosis de distribución mundial causada por *Toxoplasma gondii* de localización intracelular y que tiene una gran afinidad por el sistema nervioso central, aunque puede afectar cualquier órgano de la economía humana. En Colombia no es una enfermedad exótica. En efecto, Jewell y colaboradores<sup>2</sup> encontraron anticuerpos contra el toxoplasma en 53% de las muestras de bancos de sangre y en 62% de los gatos domésticos en la ciudad de Medellín. Cuando se está en presencia de un recién nacido con calcificaciones intracerebrales, coriorretinitis, hepato-esplenomegalia, ictericia, hiper o hipotonía muscular generalizada y pruebas de laboratorio que muestran leucopenia con monocitosis, eosinofilia y aumento de proteínas en el líquido cefalorraquídeo se debe plantear en primer término la toxoplasmosis<sup>1</sup>. Todos estos parámetros dan una certeza cercana al 100%. El diagnóstico definitivo se basa en la búsqueda de anticuerpos, la hemoaglutinación indirecta, los anticuerpos fluorescentes y los estudios de piezas anatómicas.

Las calcificaciones en la toxoplasmosis pueden afectar cualquier parte del sistema nervioso central. Son lineares, nodulares y mixtas; dan un aspecto de malla que para algunos investigadores es patognómica de toxoplasmosis. En el cráneo hay otros signos que aunque no son específicos, ayudan a pensar en toxoplasmosis: la separación de suturas, la hidro y microcefalias, la toxoplasmosis puede causar miocarditis, neumonitis de tipo intersticial y en los huesos largos se han descrito bandas metafisarias que son muy leves y excepcionales en contraposición con la lúes congénita.

4. El niño afectado de rubeola congénita puede presentar cataratas, sordera, defectos cardíacos, púrpura trombocitopénica, microftalmía, coriorretinitis, neumonitis intersticial y lesiones metafisarias en los huesos largos. Las calcificaciones intracraneanas se pueden presentar pero son excepcionales<sup>4,5</sup>.

Todas estas entidades numeradas anteriormente y otras mas se han agrupado con la sigla TORCH (toxoplasmosis, rubeola congénita, citomegalovirus, herpes virus y otros como la lúes congénita y la histoplasmosis) Clínicamente son difíciles de diferenciar y solamente el laboratorio y la radiología ayudan a separar estas entidades<sup>6</sup>.

### DIAGNOSTICO FINAL: TOXOPLASMOSIS CONGENITA

Se probó mediante título de anticuerpos con una positividad de 1/2048 y en la madre 1/256.