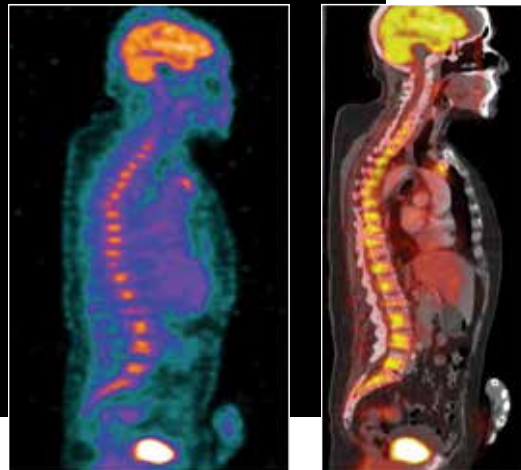


Haga su propio diagnóstico

Edgar Galicia^a, Claudia Mateos^b



Paciente mujer de 67 años de edad, enviada a realizarse tomografía por emisión de positrones (PET/CT) por presentar múltiples lesiones de aspecto lítico en columna lumbar con biopsia ósea sin resultado. Se realizó estudio PET/CT (**figura 1**).

Antecedentes ginecobstétricos: G2P2C0A0. Histerectomía radical secundaria a miomatosis uterina. Sin otro antecedente patológico de importancia. Actualmente refiere dolor óseo. Nódulo hipermetabólico en el cuadrante superior externo de mama izquierda de 13.5 × 13.1 mm, con un SUV (*standardized uptake value*) máx. de 3.01.

Captación de manera focal en múltiples lesiones de aspecto lítico en esqueleto axial y apendi-

cular, la más significativa con un SUV máx. de 6.36 en la cabeza de hueso humeral del lado derecho.

REPORTE HISTOPATOLÓGICO

Carcinoma ductal infiltrante típico en cuadrante superior de aspecto sólido, grado nuclear 2 con un número moderado de mitosis, asociado a escasos focos de carcinoma ductal *in situ* moderadamente diferenciado en mama izquierda.

No se identifica invasión vascular ni neural.

CUESTIONARIO

1. ¿Cuál es la definición de "tumor de origen desconocido"?

- Son tumores en los que no se conoce la estirpe histológica, pero sí el origen.
- Son tumores que no tienen tratamiento y son de mal pronóstico.
- Son tumores metastásicos detectados en los que el sitio primario de origen no puede

ser identificado, basados en la historia clínica, examen físico, laboratorios, así como técnicas de imagen.

- Son tumores incurables de buen pronóstico.

2. ¿Cuáles son las indicaciones del PET/CT FDG en tumor de origen desconocido?

- Diferenciar benignidad de malignidad.
- Determinar metástasis a distancia o actividad local.
- Caracterización metabólica de tumor.
- Valorar respuesta al tratamiento.
- Todas las anteriores.

3. ¿Qué porcentaje de pacientes con cáncer de mama presentarán metástasis esqueléticas al momento del diagnóstico?

- Las metástasis esqueléticas son observadas hasta en un 65 a 75% de las pacientes con cáncer de mama.

^aMédico radiólogo. Curso de Alta Especialidad PET/CT Ángeles del Pedregal. México, DF.

^bMédico nuclear. Curso de Alta Especialidad PET/CT Ángeles del Pedregal. México, DF.

- b) Se presentan en un 80% de las pacientes.
- c) Todas las pacientes al momento del diagnóstico presentan metástasis esqueléticas.
- d) El cáncer de mama no presenta metástasis esqueléticas.

4. ¿En qué porcentaje el PET/CT es capaz de detectar las lesiones de un tumor de origen desconocido (CUP) y con qué sensibilidad?

- a) El PET/CT detecta el 37% de las lesiones de CUP, con una sensibilidad y especificidad del 84%.
- b) El PET/CT no es un estudio que se utilice rutinariamente en el estudio de tumores de origen desconocido.
- c) El PET/CT solo detecta el 1% de las lesiones con una sensibilidad del 50%.
- d) El PET/CT solo identifica lesiones metastásicas mayores a 2 cm, por lo que la sensibilidad es menor a 30%.
- e) El PET/CT detecta únicamente lesiones con actividad ganglionar.

BIBLIOGRAFÍA

- Giulia, et al. Cáncer of know primary origin; current perspectivs an future therapeutic strategies. Journal of translational medidin. 2012;10:12.
- Umut E, et al. Utilty of f-18 fluoro-deoxyglucose positron emission tomography/computed in carcinoma of unknown primary. Int jclin exp pathol. 2014;7(12):8941-6.

Respuestas:

1. (c) Son tumores metastásicos detectados en los que el sitio primario de origen no puede ser identificado, basados en la historia clínica, examen físico, laboratorio, así como técnicas de imagen.

2. (e) Todas las anteriores.

3. (a) Las metástasis esqueléticas son observadas hasta en un 65 a 75% de las pacientes con cáncer de mama.

4. (a) El PET/CT detecta el 37% de las lesiones de CUP, con una sensibilidad y especificidad del 84%.

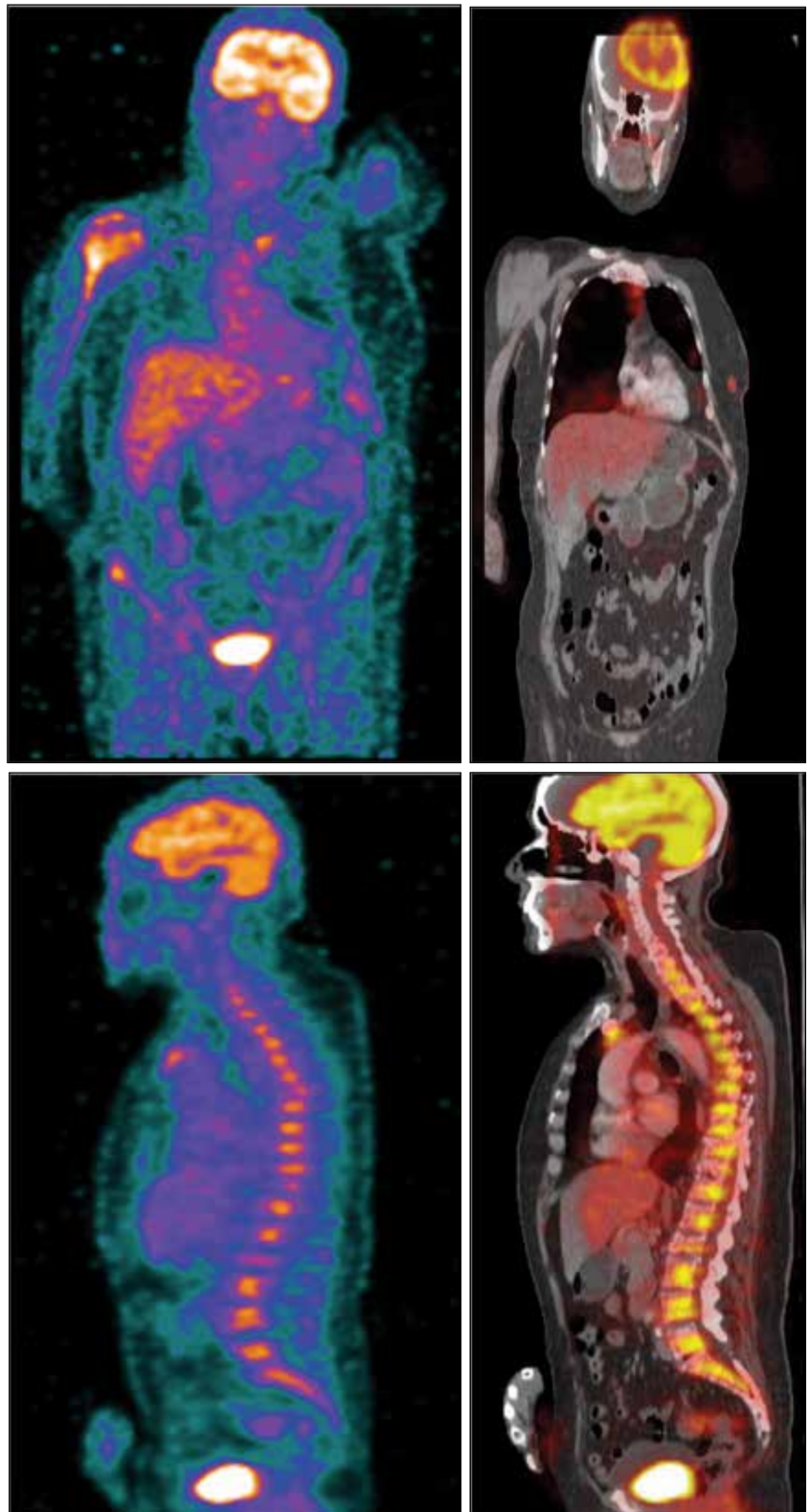


Figura 1. Tomografía por emisión de positrones (PET/CT).

Fotos: Otorgadas por los autores