

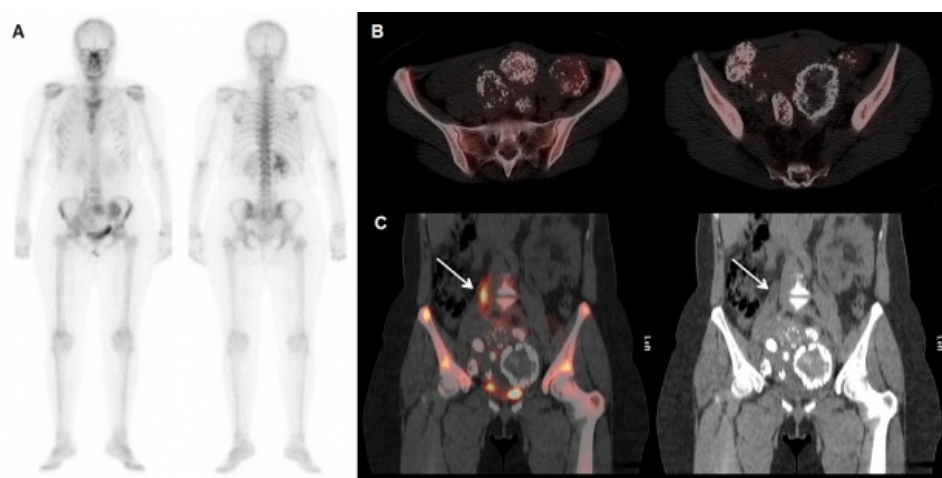
# Miomatosis calcificada en gammagrafía ósea con $^{99m}\text{Tc}$ -hidroxi-difosfonato en paciente en estudio por cáncer de mama

Andrés Martínez-Esteve<sup>1</sup>, Rosa María Álvarez-Pérez<sup>1</sup>, Francisco Javier García Gómez<sup>1</sup>, Isabel Borrego Dorado<sup>1</sup>.

1 - Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España..

El mioma es un tumor benigno que se origina en el músculo liso del útero y se observa en el 20-40% de mujeres en edad fértil. La mayoría son asintomáticos, pero cuando están presentes, los síntomas y signos más frecuentes son la metrorragia y la anemia ferropénica, pudiendo aparecer también dolor pélvico o dismenorrea. Para el diagnóstico, la exploración bimanual puede ser el primer indicador de que una paciente es portadora de miomas uterinos. Para su evaluación también son de gran utilidad la ecografía transvaginal, la histeroscopia, la sonohisterografía y la resonancia magnética (RM). En su evolución los miomas aparecen en situación intramural, con posterior crecimiento fuera del útero o hacia la cavidad uterina y pueden presentar, además, alteraciones secundarias como hemorragia, necrosis, cambios quísticos o calcificación.

Presentamos el caso de una mujer de 53 años con carcinoma ductal infiltrante de mama derecha de 2,7 cm, grado III y N+ (3/18 ganglios linfáticos axilares), pT2N1, intervenida de manera conservadora, que completa el tratamiento mediante quimioterapia (ciclofosfamida-epirubicina-5-fluorouracilo) y taxol, sumado a radioterapia y hormonoterapia. Para el estudio de extensión lesional acude al servicio de medicina nuclear donde se realiza una gammagrafía ósea tras la inyección intravenosa de 740 MBq de  $^{99m}\text{Tc}$ -hidroxi-difosfonato y la obtención de imágenes planares de cuerpo completo en proyección anterior y posterior (fig. 1A), observándose varios focos de hipercaptación del trazador localizados en la zona pélvica. A fin de caracterizar las lesiones apreciadas y su localización anatómica, se realiza un estudio SPECT/CT de pelvis (fig. 1B), donde se continúan evidenciando varios focos de captación aumentada intrapélvicos en relación con una miomatosis calcificada, sin que se evidencien depósitos patológicos sugestivos de malignidad a nivel óseo. Posteriormente se realiza una tomografía computarizada de tórax y abdomen con contraste intravenoso, donde se aprecia un útero aumentado de tamaño por la existencia de varios miomas calcificados de gran tamaño que provocan moderada a severa dilatación uréteropielocalicial derecha (fig. 1C), lo que justifica la histerectomía simple que se elige como conducta.



**Figura 1.** Gammagrafía ósea con  $^{99m}\text{Tc}$ -hidroxi-difosfonato. Imágenes de cuerpo completo (A) y SPECT/CT de pelvis (B) donde se observan varios focos de aumento de la captación del trazador a nivel pélvico en relación a miomatosis calcificada; se observa uréter derecho dilatado (C).