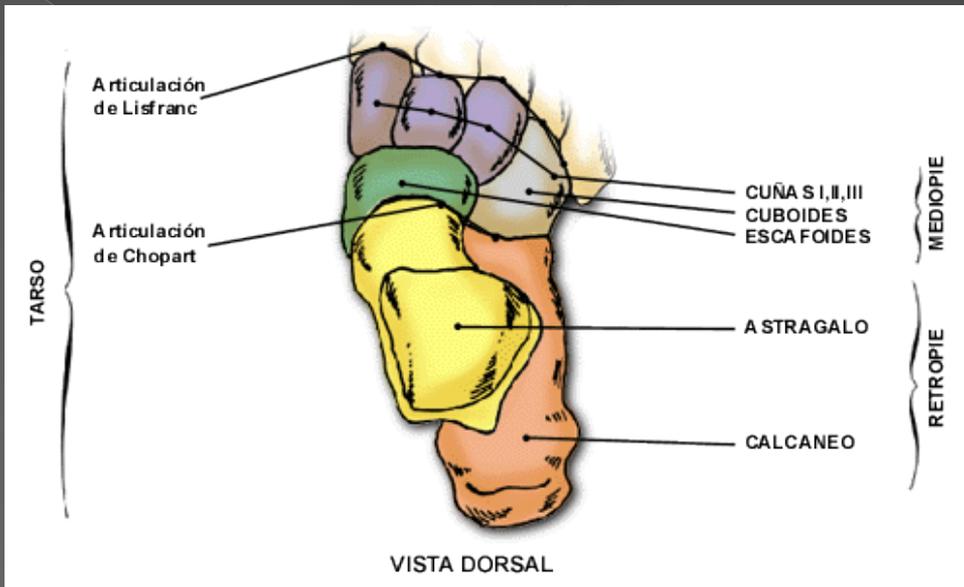


Diagnóstico por SPECT/CT de escafoides accesorio tarsiano sintomático

Dra. Karina Bayardo, TRI Alejandro Masó, TRI Andrés Silveira, Dr. Rodolfo Ferrando.

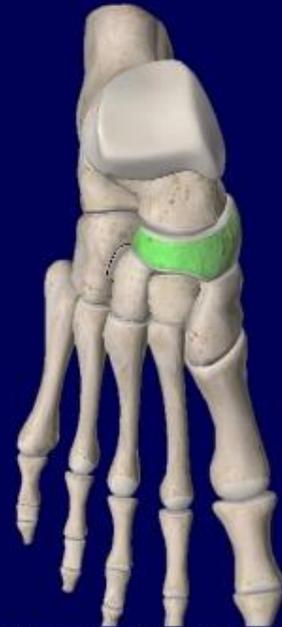
Consultorio de Medicina Nuclear Ferrari Ferrando Páez. Montevideo, Uruguay.



TARSO (Fila anterior)

- **ESCAFOIDE:**

En forma de barco
 Mas ancho que alto
 Aplanado de adelante hacia atrás.
 Tiene 4 caras y 2 extremos

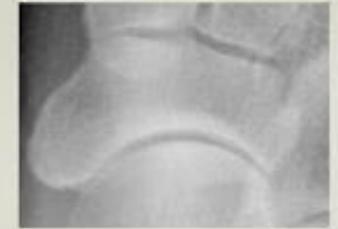
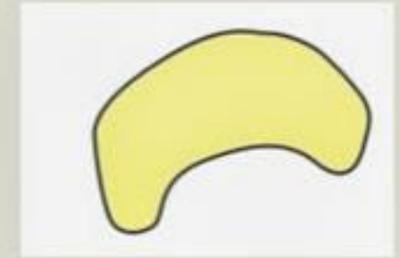
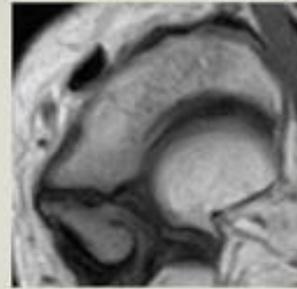
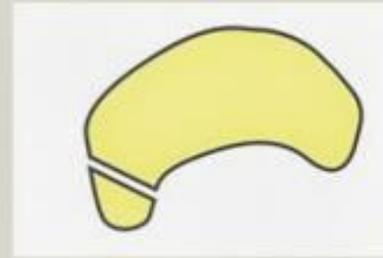
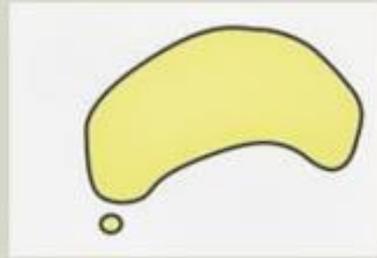
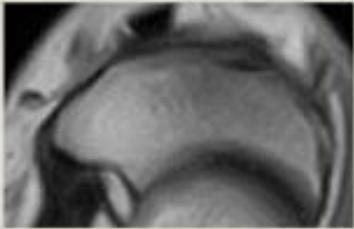
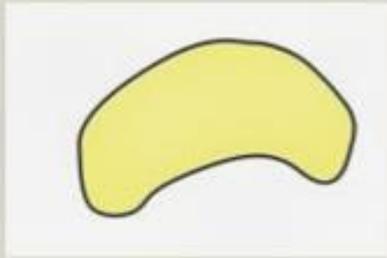


Introducción:

- Escafoides accesorio tarsiano es una variante anatómica ósea.
- Se localiza detrás de la tuberosidad posteromedial del escafoides.
- Se presenta en 4-21% de la población.
- Es bilateral en un 50-90% de los casos.
- Predomina en el sexo femenino

ESCAFOIDES ACCESORIO TARSIANO

Existen 3 tipos de escafoides accesorios:



Escafoides normal

Variante tipo I

Variante tipo II

Variante tipo III

Tipo II



Tipo I



HISTORIA CLINICA

- **AP:** 15 años. SF. Procedente de Montevideo. Sana
- **MC:** Podalgía izquierda
- **EA:** Comienza con dolor en el sector interno del pie izquierdo, luego de movimiento; aumentando con los mismos. Cede parcialmente con reposo y aines. En la evolución agrega edema. No signos fluxivos, ni fiebre. Relata leve impotencia en la marcha.
- Paciente que no realiza deportes competitivos.
- Rx: s/p. RNM: pendiente.
- Se le solicita Centellograma óseo para completar valoración.

CENTELLOGRAMA ÓSEO

- Se inyectan por vía endovenosa 20 mCi de ^{99m}Tc - metildifosfonato (MDP).
- A las dos horas se adquieren:
- Imágenes de cuerpo entero, vistas estáticas de pies en posición anterior, posterior, rotación interna y externa y plantar.
- Se realizó SPECT/CT de pies en una gammacámara Infinia Hawkeye 4.
- Completando el estudio con TC helicoidal de baja dosis (140 KeV, 2.5 mA, 1.9 pitch).

CENTELLOGRAMA OSEO

Cuerpo entero



POSTERIOR



ANTERIOR

Vistas estáticas

PLANTAR

I

D



DFOV 33.5 cm A A A A A A A A A A

R LR LR

889.24 4.42 mm P 889.40 P 821.58 P 812.73 P 803.89 P 785.09 P 788.22 P 777.38 P

R LR LR

788.56 P 759.71 P 750.87 P 742.04 P 733.20 P 724.37 P 715.53 P 706.69 P

IRACRR Transaxials

DFOV 33.5 cm S S S S S S S S S S

R LR LR

84.08 4.42 mm I 88.48 I 72.30 I 77.32 I 81.78 I 88.16 I 90.67 I 84.88 I

R LR LR

99.41 I 103.82 I 109.24 I 112.66 I 117.08 I 121.50 I 126.91 I 130.33 I

IRACRR Coronals

DFOV 33.5 cm S S S S S S S S S S

A PA PA PA PA PA PA PA PA PA PA

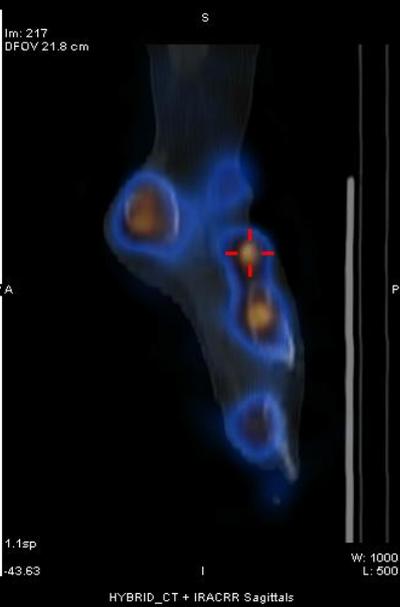
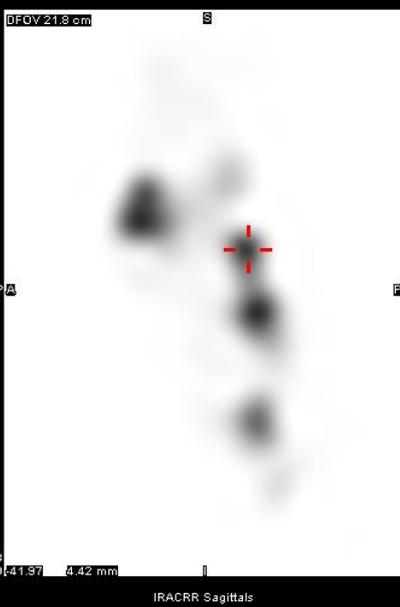
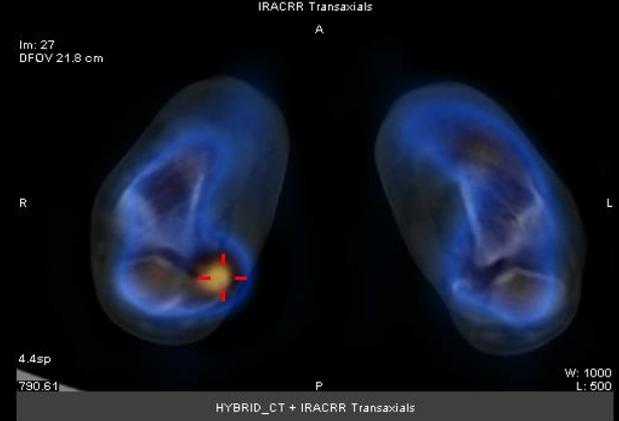
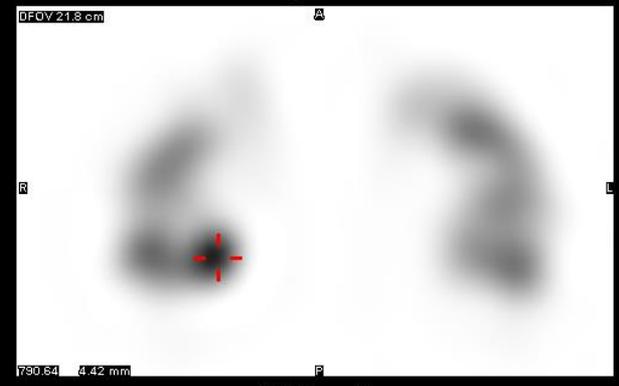
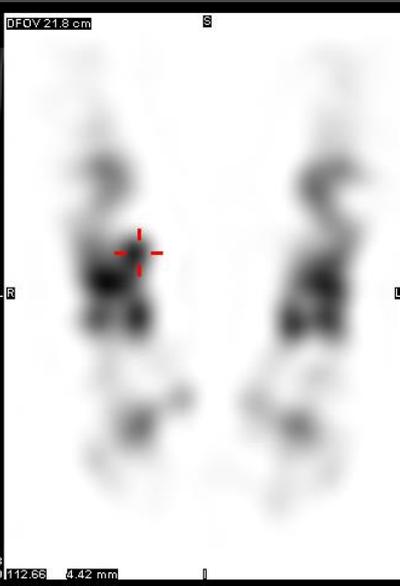
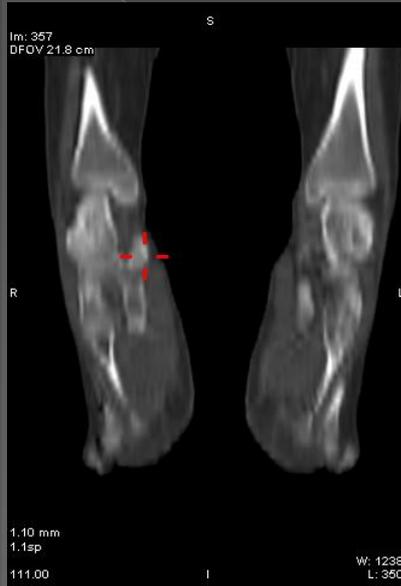
61.78 4.42 mm I 77.82 I 72.80 I 68.48 I 64.08 I 59.64 I 55.26 I 50.81 I

A PA PA PA PA PA PA PA PA PA PA

46.39 I 41.97 I 37.55 I 33.14 I 28.72 I 24.30 I 19.88 I 15.46 I

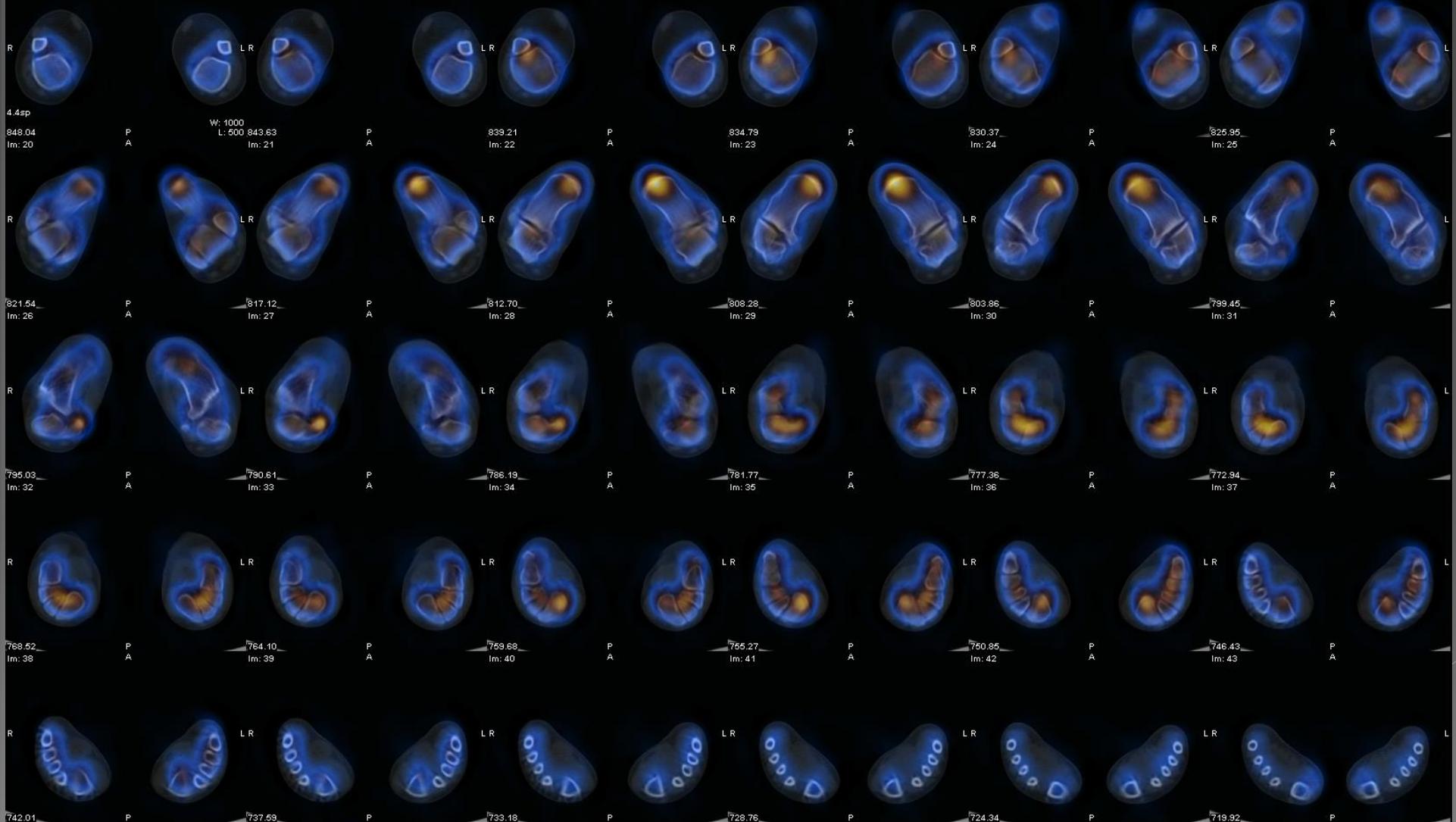
IRACRR Sagittals

[Hybrid OC passed]



[Hybrid QC passed]

Im: 14
DFOV 20.2 cm



HYBRID_CT + IRACRR Transaxials
[Hybrid QC passed]

020.00

Im: 25

I
A

Im: 26

A

R

L R

L

799.45

Im: 27

P
A

795.03

Im: 28

P
A

I

R

L R

L F

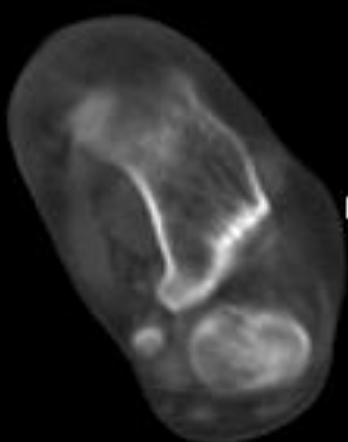
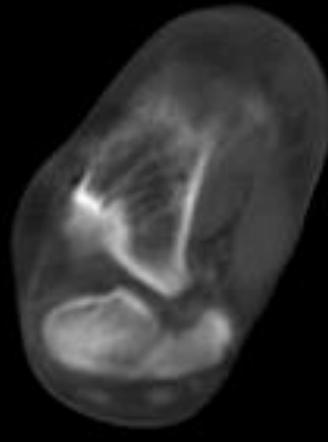
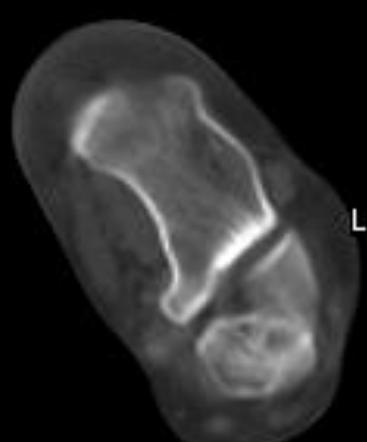
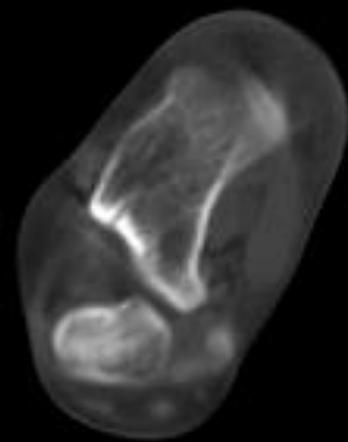
790.61

P

786.19

P

I



Conclusión:

- El SPECT/CT permitió el diagnóstico etiológico de la podalgia izquierda identificando en forma precisa la topografía de la lesión ósea activa a nivel de la sincondrosis del escafoide accesorio.
- La imagen híbrida permite el diagnóstico de esta patología en un solo estudio, diferenciando de otras y disminuyendo la exposición.



Muchas Gracias!!!