

Presentación del caso

DR. JUAN PABLO GHISI 

Argus Diagnóstico Médico

*Jefe del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

DRA. ZULMA ABRAHAM

Médica de Staff del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos

“Dr. Juan A. Fernández”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argus Diagnóstico Médico

DR. ADRIAN TRACHE

Médico de Staff del Servicio de Resonancia Magnética, Hospital General de Agudos

“Dr. Juan A. Fernández”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argus Diagnóstico Médico

Cómo citar este artículo: Ghisi JP, Abraham Z, Trache A. Instrucción Ortopédica de Posgrado - Imágenes. Presentación del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2018; 83(3): 147-151

Varón de 45 años de edad, en estudio por dolor persistente en la planta del pie izquierdo y dificultad para deambular. Como antecedente principal refiere que, 10 días atrás, sufrió un traumatismo en un accidente en motocicleta que le causó una herida corto-punzante de 5 cm de extensión sobre la cara medial en el tercio distal de la pierna. Recibió cobertura antibiótica (levofloxacina) por siete días e indicaciones de reposo con piernas elevadas.

Una vez finalizado el esquema antibiótico, su traumatólogo le indica volver a deambular utilizando una bota ortopédica. Luego de 24 horas de apoyo, la plantalgia persiste y se incrementa, y se agrega tumefacción de la pierna y el pie, y supuración de la herida, por lo que se le rota el esquema antibiótico (amoxicilina/ácido clavulánico). A raíz de esta evolución clínica tórpida, se indica una resonancia magnética (RM). En relación con los hallazgos de esta, se solicita estudio Doppler. El paciente no posee factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (no fumador, sin diabetes, hipertensión ni trombofilia), ni antecedentes familiares de importancia. Como antecedentes alejados refiere dos cirugías previas (apendicectomía y resección de papilomas en las cuerdas vocales).

Hallazgos e interpretación de los estudios por imágenes

Las imágenes de las radiografías simples en proyecciones de frente y de perfil, del tobillo y de ambos pies (Figuras 1 y 2) no muestran alteraciones significativas en las estructuras óseas. Se visualiza un área de radiolucidez en los tejidos blandos de la cara medial de la pierna distal en relación con la herida dérmica mencionada.

En las imágenes de la RM, se destaca moderado engrosamiento de la vena plantar lateral, con cambios inflamatorios en los tejidos blandos perivenosos y que incluyen al compartimento muscular plantar, expresados por aumento difuso de la señal en ponderaciones sensibles al líquido (Figuras 3-6). El otro hallazgo de relevancia en la RM es un defecto de relleno en la luz de la vena.

El estudio Doppler confirma el hallazgo sospechado por la RM (Figuras 7 y 8). Revela dilatación de la vena plantar lateral y ausencia de flujo Doppler, así como incapacidad para reducir la luz del vaso durante la maniobra de compresión.

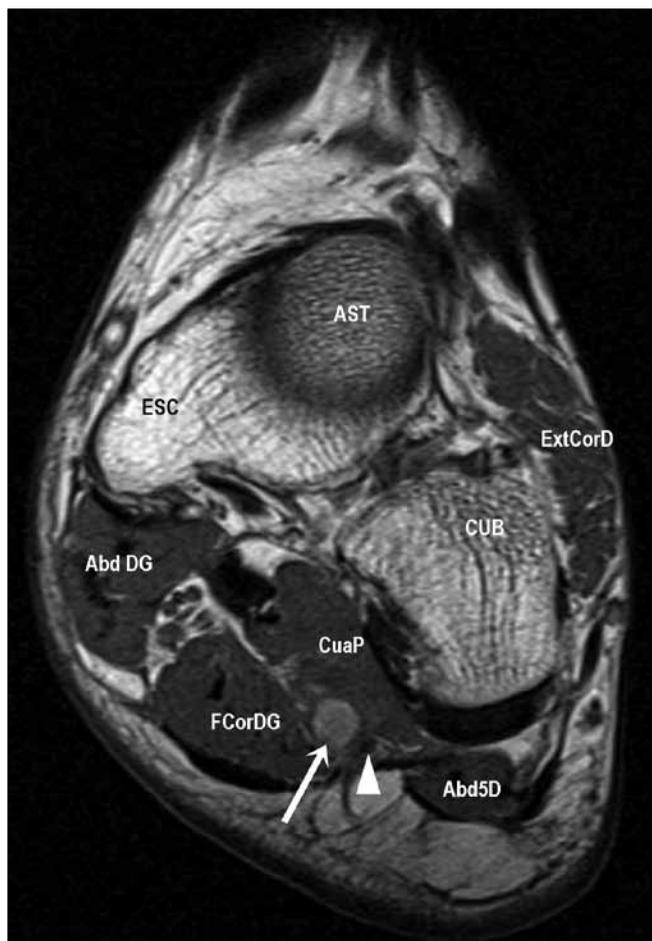
Resolución del caso en la página 214.



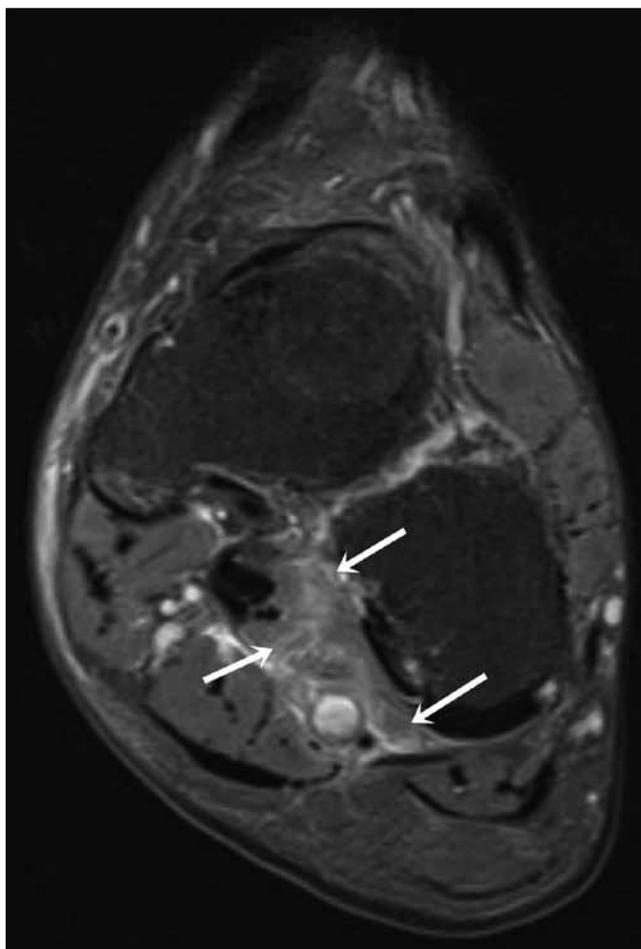
▲ **Figura 1.** Radiografías de tobillo, de perfil y de frente. No se observa lesión ósea. Sólo se reconocen imágenes lineales radiolúcidas en los tejidos blandos, en la cara medial del tercio distal de la pierna (*flechas blancas*) que coinciden con la topografía de una herida corto-punzante en la piel relacionada con un accidente motociclístico.



▲ **Figura 2.** Radiografías de pie, de frente y oblicua. No se advierten anomalías radiográficas en las estructuras óseas, articulares o en los tejidos blandos.



◀ **Figura 3.** Resonancia magnética, corte coronal del mediopié, secuencia T1 (TR 471/TE 12). Se observa una imagen de defecto de relleno en la vena plantar lateral (*flecha blanca*). Normal vacío de señal en la arteria homónima (*punta de flecha*). ESC = escafoides; AST = astrágalo; CUB = cuboides; ExtCorD = extensor corto de los dedos; Abd DG = abductor del dedo gordo; FCorDG = flexor corto del dedo gordo; CuaP = cuadrado plantar; Abd5D = abductor del quinto dedo.



▶ **Figura 4.** Resonancia magnética, corte coronal del mediopié, secuencia densidad protónica con supresión de grasa (TR 3940/TE 34). Se advierte edema en los tejidos blandos adyacentes al pedículo vascular plantar lateral, especialmente entre las fibras musculares del cuadrado plantar (*flechas blancas*).



◀ **Figura 5.** Resonancia magnética, corte sagital del retropié y mediopié, secuencia densidad protónica con supresión grasa (TR 2630/TE 34). Se destaca engrosamiento de la vena plantar lateral (*punta de flecha blanca*) con edema en los tejidos blandos plantares perivasculares. 2CU = segunda cuña; ESC = escafoides; AST = astrágalo; CAL = calcáneo; TA = tendón de Aquiles; CuaP = cuadrado plantar; FP = fascia plantar.

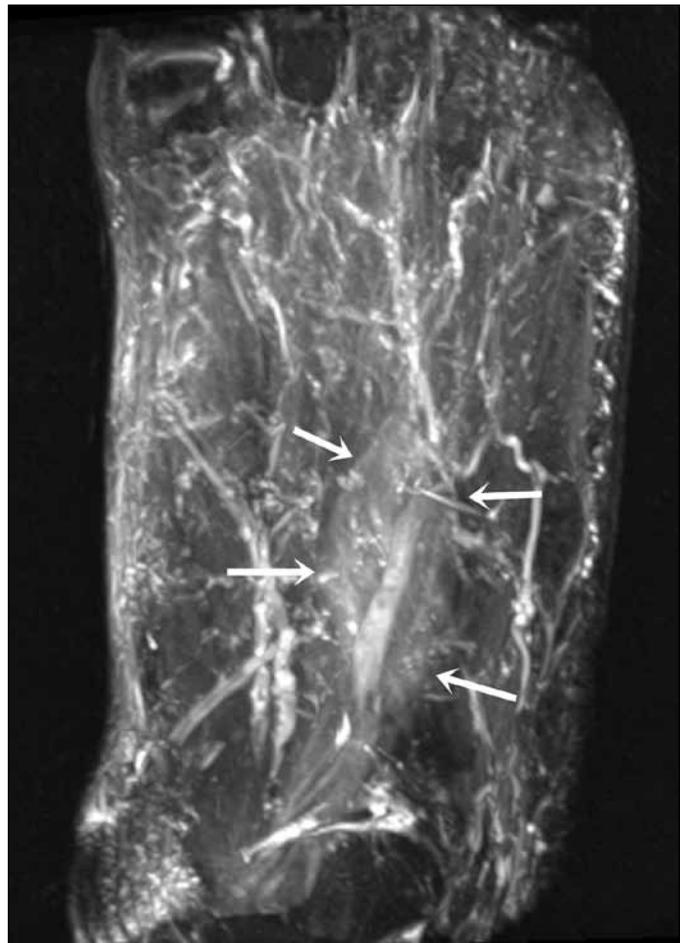


Figura 6. Resonancia magnética, corte axial STIR (TR 5180/TE 41/TI 150) con reconstrucción con algoritmo de proyección de intensidad máxima (MIP). El efecto “flebográfico” de la reconstrucción pone en evidencia la dilatación de la vena afectada, con imágenes de defecto de relleno y el edema perivascular (*flechas*). ▶



▲ **Figura 7.** Doppler color, corte transversal. Vena plantar lateral dilatada (V) con contenido hipoeicoico, no colapsable y sin señal Doppler color. Nótese la arteria adyacente (A) con flujo al Doppler color.



▲ **Figura 8.** Doppler Power, corte longitudinal. Confirma la ausencia de flujo (trombosis) de la vena plantar lateral.