

IMAGEN OSTEOLÍTICA EN REGIÓN OCCIPITAL

N. ITURMENDI, M. TOMÁS, M.E. LILLO, C. TEJERO, M.T. RELAÑO,
C. PELÁEZ Y B.P. VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIOLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.
FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Se trata de una mujer de 79 años, hipertensa y operada de acalasia, que presenta dolor y parestesias en miembro superior izquierdo, tumoración occipital, astenia, anorexia y pérdida de 5 kg de peso de un mes de evolución.

Se observan en las imágenes lesiones osteolíticas en región frontal medial, parietal izquierda y parietooccipital derecha, teniendo en esta última localización tejido sólido suprayacente (figs. 1 y 2). Esta lesión sólida parece erosionar todo el diploe y ambas tablas interna y externa, y extenderse al espacio epidural y muy probablemente invade el seno sagital superior. Esta lesión capta contraste.

COMENTARIOS

Ante lesiones líticas óseas craneales es conveniente realizar un diagnóstico diferencial de posibles causas como mieloma múltiple, enfermedad de Paget, tuberculosis, beta talasemia, tumor de células gigantes (osteoclastoma), histiocitosis X, linfoma y metástasis.

MIELOMA MÚLTIPLE

Las imágenes características son lesiones líticas "en sacabocados". La paciente no presentaba pico monoclonal sérico.

ENFERMEDAD DE PAGET

Durante la fase lítica presenta osteoporosis circunscrita, áreas de hipertransparencia de borde nítido generalmente en huesos frontal, parietal y occipital. La enfermedad de Paget puede evolucionar en un 1% a osteosarcoma con imágenes líticas, al igual que los granulomas repara-

dores, que simulan tumores de células gigantes, actúan con un efecto destructivo local, pero no metastatizan. En la analítica de un enfermo de Paget se encuentra hipercalcemia, que la paciente presentaba, no así un aumento de la fosfatasa alcalina y ácida, hidroxiprolina y osteocalcina, entre otros¹.

TUBERCULOSIS

Se ha descrito un caso, siendo excepcional, en el que existe afectación craneal con lesiones osteolíticas y masa extradural, llegando al diagnóstico tras cultivo. Esta paciente presentaba cefalea y crisis tónico-clónicas².

BETA TALASEMIA

Se han descrito 7 casos de pacientes con anemia de Cooley, con lesiones osteolíticas craneales con límites bien definidos sin esclerosis acompañantes³. La paciente no presentaba anemia.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

Es más frecuente en mujeres de mediana edad, cuya localización habitual es la rodilla; existen casos relacionados con la enfermedad de Paget⁴.

HISTIOCITOSIS X

Se produce una infiltración por células de Langerhans, que puede producir lesiones quísticas óseas generalmente únicas en huesos planos, que pueden preceder a la alteración pulmonar o incluso ser la única manifestación^{5,6}. La paciente no presentaba otras lesiones compatibles con histiocitosis.

LINFOMA

Pueden aparecer lesiones osteolíticas en su diseminación así como en linfoma óseo primario⁷. La paciente presentaba hemograma normal.

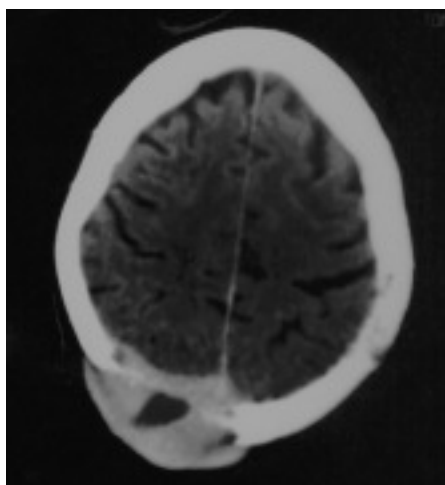


Fig. 1.

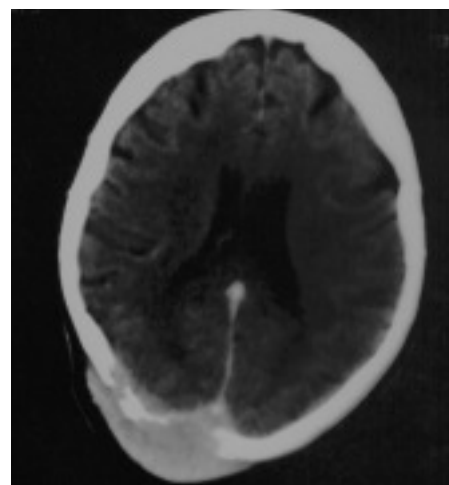


Fig. 2.

METÁSTASIS

Las metástasis craneales son poco frecuentes, siendo las primarias más frecuentes hepáticas, tiroideas y pulmonar⁸. Se presentan como lesiones osteolíticas múltiples o solitarias. Existen descritos casos de metástasis craneales junto con masa subcutánea, como presenta nuestra paciente, siendo las primarias hepática, pulmonar y mama⁹.

Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de masa subcutánea occipital con citología positiva para carcinoma epidermoide. Junto con el diagnóstico histológico y el síndrome constitucional que presentaba la paciente, las imágenes ra-

diológicas son compatibles con metástasis de carcinoma epidermoide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith J, Botet JF, Yeh SD. Bone sarcomas in Paget disease: a study of 85 patients. *Radiology* 1984;152:583-90.
2. Sencer S, Sencer A, Aydin K, Hepgul K, Poyanli A, Minareci O. Imaging in tuberculosis of the skull and skull-base: case report. *Neuroradiology* 2003;45(3):160-3. Epub 2003 Feb 13.
3. Orzincolo C, Castaldi G, Bariani L, Franceschini F, Corcione S, Scutellari PN. Circumscribed lytic lesions of the thalassaemic skull. *Skeletal Radiol* 1988;17(5):344-7.
4. Potter HG, Schneider R, Ghelman B, Healey JH, Lane JM. Multiple giant cell tumors and Paget disease of bone: radiographic and clinical correlations. *Radiology* 1991;180:261-4.
5. Shani-Adir A, Chou P, Morgan E, Mancini AJ. A child with both Langerhans and non-Langerhans cell histiocytosis. *Pediatr Dermatol* 2002;19(5):419-22.
6. Eriksen B, Janinis J, Variakojis D, Winter J, Russel E, Marder R, DalCanto MC. Primary histiocytosis X of the parieto-occipital lobe. *Hum Pathol* 1988;19(5):611-4.
7. Melamed JW, Martinez S, Hoffman CJ. Imaging of primary multifocal osseous lymphoma. *Skeletal Radiol* 1997;26(1):35-41.
8. Artico M, De Caro GM, Salvati M, Carloia S, Rastelli E, Wierzbicki V, Manni M. Solitary metastases to the cranial vault. Report of ten cases. *J Neurosurg Sci* 2000;44(1):33-8.
9. Abe T, Matsumoto K, Sunaga S, Dohi K, Hanakawa K, Shimazu M, et al. Metastatic skull tumors from cancers associated with subcutaneous mass lesions. *No To Shinkei* 1999;51(4):353-9.