

## IMÁGENES OSTEOLÍTICAS EN CALOTA CRANEAL

B. BRAUN SARO, M. AKASBI MONTALVO Y M. DÍAZ CURIEL

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID.

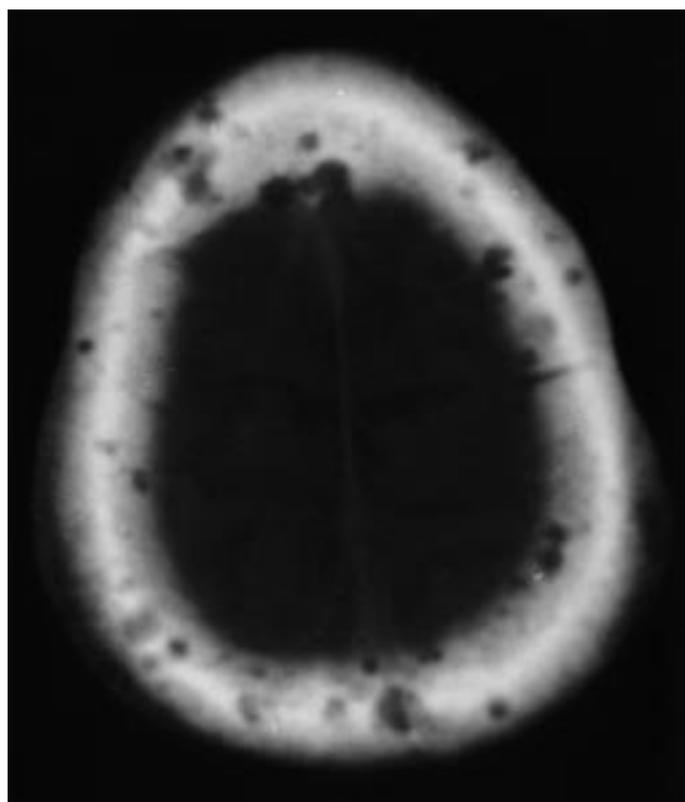


Figura 1

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis óseas constituyen el tercer sitio en frecuencia de la diseminación de un tumor primario, después de pulmón e hígado, siendo a su vez la neoplasia más frecuente que afecta al hueso, con sus diferentes complicaciones importantes para el paciente oncológico como son el dolor (a través de mecanismos no bien conocidos relacionados con las terminaciones nerviosas del endostio, afectación del periostio...); fracturas patológicas, que ocurren sobre todo en costillas y vértebras, este riesgo es mucho mayor sobre lesiones líticas, por lo que el cáncer de pulmón es una causa re-

lativamente frecuente de esta complicación; compresión de la médula ósea, anemia e hipercalcemia<sup>1</sup>.

Los tumores primarios con afectación ósea metastásica más frecuentes son los tumores de la mama con un 73,1%, pulmón 32,5% y del riñón con un 24%. En la tabla 1, se detallan los tumores primarios y el porcentaje con que dan metástasis óseas, así como los lugares de localización más frecuentes<sup>2,3</sup>.

Comentamos un caso de tumor microcítico de pulmón con metástasis múltiples, cuyas lesiones metastásicas óseas llamaban la atención por la existencia de metástasis en la calota craneal.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 80 años, fumador de un paquete diario, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por la aparición de una masa nodular en región supraclavicular izquierda y fuerte dolor en región interescapular y costal derecho de un mes de evolución. Refiere astenia y anorexia, con una pérdida de 2 a 3 kg de peso.

En la exploración se palpa una masa de 5-6 cm de diámetro en región supraclavicular izquierda, adherida a planos profundos, y adenopatías axilares izquierda de 1 cm de diámetro, siendo el resto de la ex-

ploración física normal. Entre las pruebas complementarias realizadas destaca: radiografía de tórax con engrosamiento del hilio izquierdo; punción-aspiración con aguja fina de la masa nodular, cuyo estudio anatomopatológico revela un carcinoma indiferenciado microcítico; broncoscopia con estenosis en la embocadura de los segmentos apical posterior y anterior del bronquio izquierdo, de los que se toman biopsias con el mismo resultado. En la tomografía axial computadorizada (TAC) se ponen de manifiesto metástasis ganglionares, óseas, entre ellas en calota (fig. 1) y hepáticas, y gammagrafía ósea con depósitos patológicos del trazador a nivel de columna y ambas parrillas costales.

El paciente fue tratado con radioterapia paliativa y trasladado a una residencia de cuidados intermedios.

## DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón constituye la primera causa de mortalidad por cáncer entre los varones y la segunda entre las mujeres, con una incidencia pico entre los 55-65 años. Los tipos histológicos de tumor pulmonar son, en orden de frecuencia: adenocarcinoma, epidermoide, células pequeñas, y células grandes anaplásico.

La forma de presentación es variable y derivada del crecimiento local del tumor, en la mayoría de los casos, en forma de tos (50%-75%), hemoptisis (25%-50%), dolor torácico (25%) y disnea (20%-25%). En otras ocasiones la clínica es debida a la diseminación linfática, síndromes paraneoplásicos, invasión/obstrucción de estructuras adyacentes o a la enfermedad metastásica, estando únicamente el 10%-15% de los pacientes asintomáticos.

En el momento del diagnóstico, un 15% tienen enfermedad local, 25% diseminación a ganglios linfáticos, y 55% enfermedad metastásica con supervivencia a los cinco años del 48%, 24% y 18% respectivamente, siendo la supervivencia global a los cinco años del 14%<sup>4</sup>. La diseminación extratorácica puede ocurrir en cualquier órgano, pero según estudios realizados en autopsias afecta con más frecuencia al hígado (60% en tumores microcíticos y 30% en epidermoides), glándulas adrenales (25%-40%), hueso (25%-30%), sistema nervioso central (25%-40%, sobre todo en tumores microcíticos), riñón (10%-15%) y ganglios linfáticos (hasta el 60%). Los tumores de pulmón son la tercera causa de frecuencia de metástasis óseas después del cáncer de mama y el de próstata<sup>3,5-7</sup>. En relación al cáncer de pulmón, la incidencia de afectación ósea en el momento del diagnóstico es mayor en los tumores microcíticos (30%-40%) y menor en los tumores epidermoides, aunque estudios en autopsias demuestran que la incidencia es similar en los cuatro tipos histológicos.

El esqueleto axial se afecta de forma más frecuente que el apendicular por su mayor contenido en médula roja, por esto en orden decreciente, son las vértebras los huesos más afectados, seguidos de pelvis, fémur, calota, costillas y hueso proximal. Las metástasis en el cráneo (calota y mandíbulas) representan el 9,7% del total de lesiones óseas metastásicas, siendo la frecuencia de afectación de la calota mayor en los cáncer de mama metastásicos (20,3%) que en los de próstata (7%) y 6% en los cáncer de pulmón metastásicos<sup>7</sup>.

La radiología simple muestra que la mayoría de las metástasis son osteolíticas y, sólo en excepcionales casos de adenocarcinomas y

tumores microcíticos, son de carácter osteoblástico.

La gammagrafía ósea, introducida desde 1951, conserva su vigencia y utilidad para la detección, estadiaje, seguimiento del tratamiento, y como guía en biopsias dirigidas de las lesiones óseas, actualmente superada por la TAC. Se utiliza el tecnecio-99-difosfonato. Detecta metástasis tres meses antes que la radiografía convencional. Está indicada para tumores de mama, próstata, pulmón y riñón, y es menos precisa para tumores de células redondas, mieloma, linfoma y leucemia<sup>8</sup>.

La TAC tiene menor importancia en la detección de las metástasis óseas, aunque es más sensible que la radiografía convencional para la detección de lesiones óseas líticas; por otro lado no es la técnica más adecuada para ver el esqueleto en su totalidad. No es una técnica de rutina en el estudio de los pacientes con metástasis ósea, sin embargo, tiene una utilidad inestimable en las biopsias dirigidas para la obtención de muestras para el estudio anatomopatológico.

Nuestro caso representa un paciente con carcinoma microcítico de pulmón con metástasis múltiples, llamando la atención la existencia de metástasis osteolíticas en la calota evidenciada por TAC.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rubens RD. Bone metastases. The clinical problem. *Eur Jour of Cancer* 1998; 34: 210-213.
- Malawer MM. En: De Vita S, Heliman SA, Rosenberg VT eds., *Principles and Practice of Oncology*. Lippincott-Raven Publishers 1997; 2:225-2.232.
- Rosenthal DI. Radiologic Diagnosis of Bone Metastases. *Cáncer* 1997; 80 (Supp): 1.595-1.607.
- Quint LE, Tummala S, Brisson LJ, et al. Distribution of distant metastases from newly diagnosed non small cell cancer. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: 246-250.
- Mundy GR. Mechanism of bone metastases. *Cáncer* 1997; 80: 546-1.556.
- Bontoux D, Plazanet F, Azis I. Distribution of bone metastases of cancers. *Bull Acad Natl Med* 1998; 182: 997-1.008.
- Krishnamurthy GT, Tubis M, Hiss J, Bland W. Distribution pattern of metastatic bone disease. *JAMA* 1997; 237: 2.504-2.506.
- McNeil BJ. Value of bone scanning. *Semin Nuc Med* 1984; 14: 277-286.

**Tabla 1**

*Tumores que metastatizan el hueso de forma más frecuente y localizaciones predominantes*

Tumores con alta tasa de metástasis ósea	Localización ósea más frecuente
Próstata (84%)	Vértebra (69%)
Mama (72%)	Pelvis (41%)
Tiroides (50%)	Fémur (25%)
Riñón (37%)	Cráneo (14%)
Páncreas (33%)	
Pulmón (31%)	