



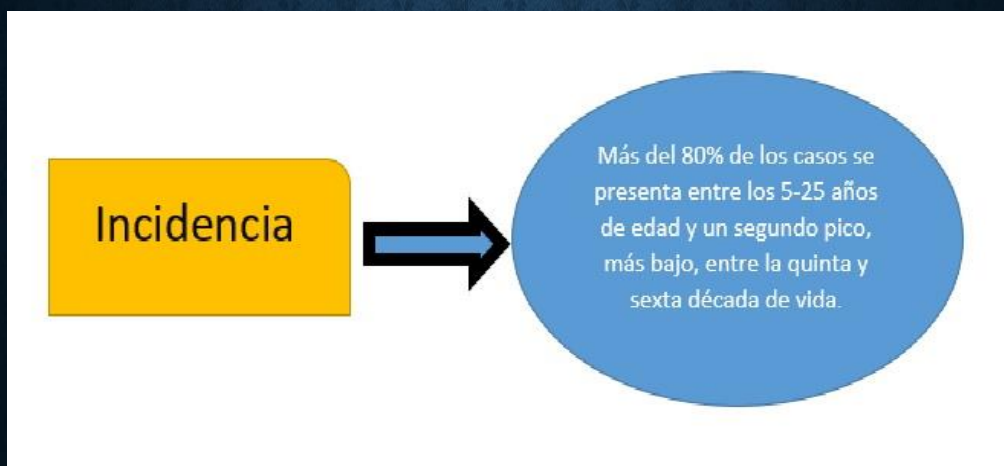
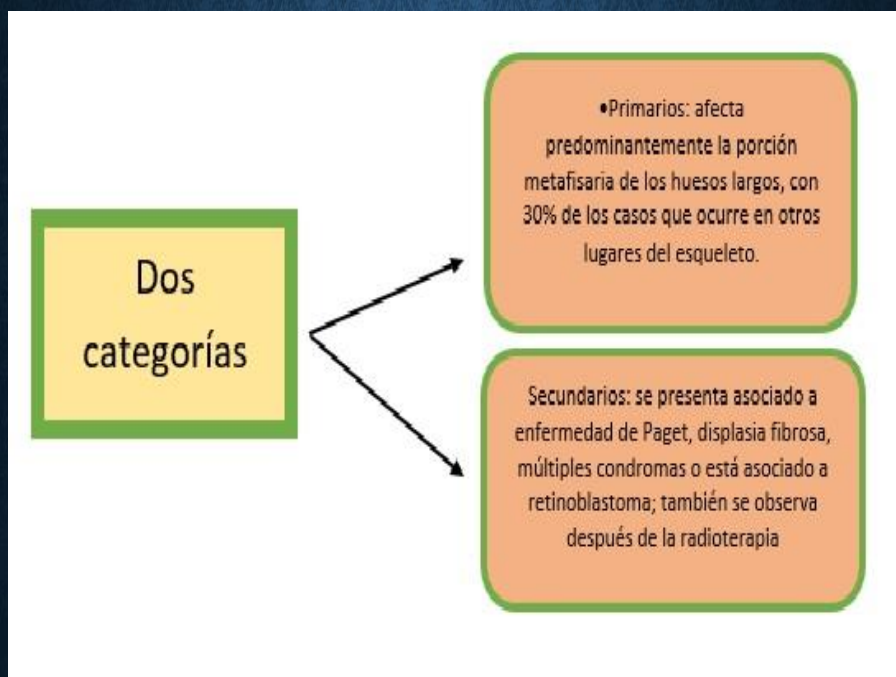
# OSTEOSARCOMA DE CALOTA, UN TUMOR POCO FRECUENTE, HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS Y PRONOSTICAS.

## **Autores:**

- Sánchez Juan Marcelo,
- Clerico Luisina,
- Bertero Romina,
- Bonini Claudio José,
- Villavicencio Roberto Lisandro.



# EL OSTEOSARCOMA REPRESENTA SÓLO EL 0,1 % DE TODOS LOS TUMORES, EL SEGUNDO TUMOR ÓSEO PRIMARIO MÁS FRECUENTE DESPUÉS DEL MIELOMA.



EL MANEJO TERAPÉUTICO , ASÍ COMO EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE, HAN IDO MEJORANDO CON REGÍMENES QUIMIOTERAPICOS AGRESIVOS, LA ESTADIFICACION Y REESTADIFICACION DEL TUMOR SE HAN VUELTO CADA VEZ MAS IMPORTANTES.

Método de elección

TC



Valora:

- la extensión de la lesión,
- presencia de calcificaciones,
- define los márgenes,
- valora la densidad
- puede definir si existe o no afectación de partes blandas

- La TC de tórax , el PET e incluso la gammagrafía ósea son necesarias para identificar metástasis por su diseminación hematógena

**El diagnostico por lo tanto se basa en rasgos histopatológicos y radiográficos.**

RMN



Permite definir:

- el grado de penetración en el tejido blando circundante,
- estimar la infiltración en la médula ósea.

**La RM de difusión es incluso más precoz.**



**OBJETIVOS: DESCRIPCIÓN Y DEMOSTRACIÓN  
IMAGENOLÓGICA DE LA LESIÓN DE UNA PACIENTE  
CON OSTEOSARCOMA DE CRÁNEO, REVISIÓN DE  
LA BIBLIOGRAFÍA Y HERRAMIENTAS  
DIAGNOSTICAS.**

**MATERIAL Y MÉTODO:**

**PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO, MÉTODOS DE  
ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS PRE QUIRÚRGICOS DE  
IMÁGENES, BIOPSIA Y SEGUIMIENTO POST  
QUIRÚRGICO.**

## **Caso clínico**



- **Paciente femenina de 15 años de edad, que presenta tumoración palpable y dolorosa de calota, en región temporal izquierda de rápido crecimiento en cuestión de meses. Se realiza biopsia y cirugía.**

# Tomografía de craneo

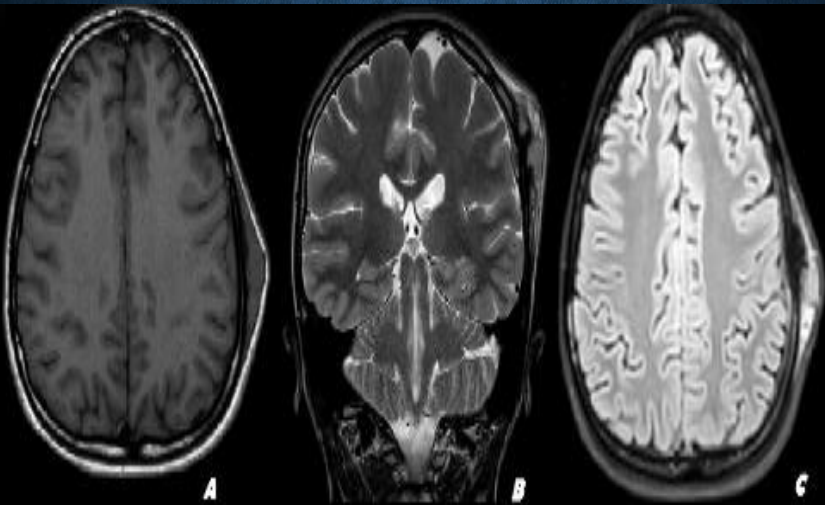


Ventanas  
ósea,  
parénquima y  
V.R

- En ventana ósea se observa una imagen focal parietal izquierda. La misma es osteocondensante, compromete la tabla externa de la calota. Impresiona en su interior estructuras vasculares. Se observa discreto compromiso del diploe óseo, sin afección de la tabla interna, ni del parénquima cerebral. .

## RM craneo

IMAGEN EXTRA AXIAL, COMPROMETIENDO LA CALOTA CRANEANA A NIVEL PARIETAL IZQUIERDO. PRESENTA INTENSIDAD DE SEÑAL HETEROGÉNEA, CON UN ÁREA CENTRAL PREDOMINANTEMENTE HIPOINTENSA EN T2 Y FLAIR Y UNA ZONA PERIFÉRICA HIPERINTENSA. ES ISOINTENSA EN T1 Y MUESTRA INTENSO REALCE EN LA SERIE POST GADOLINIO. COMPROMETE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CALOTA CRANEANA, LA TABLA EXTERNA, EL DIPLOE Y LA TABLA INTERNA. A NIVEL INTRACRANEANO SE ASOCIA A UN ENGROSAMIENTO Y REALCE DE LA DURAMADRE ADYACENTE.

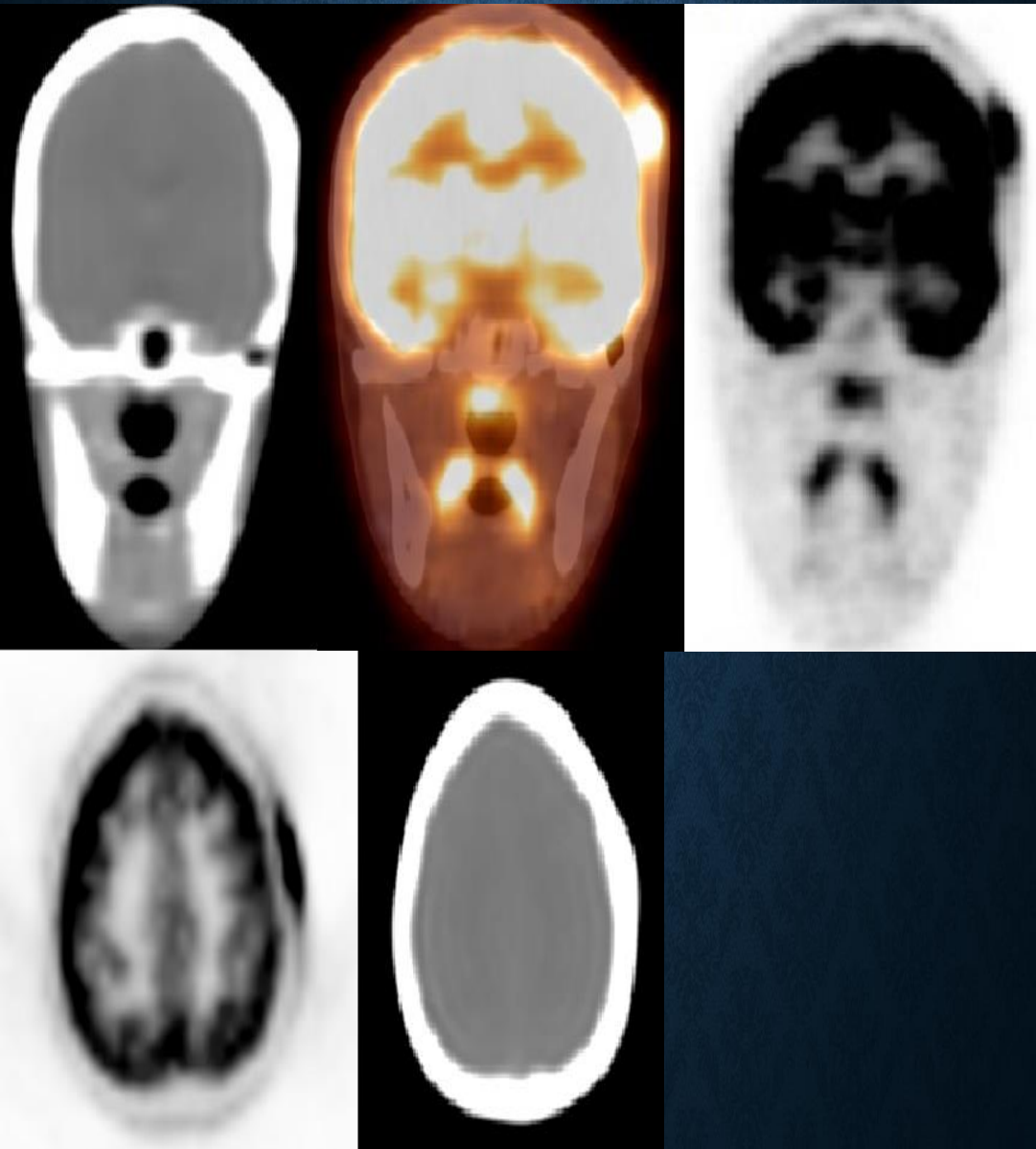


T1- T2- FLAIR



*Pet CT con 18 FDG*

**LESIÓN ÓSEA QUE COMPROMETE LA  
REGIÓN TEMPORO PARIETAL IZQUIERDA  
CON REACCIÓN PERIÓSTICA, CON  
ACTIVIDAD METABÓLICA AUMENTADA  
CON SUV DE 8,8. EL RESTO DE LA  
CALOTA CRANEANA SE OBSERVA DE  
CARACTERÍSTICAS NORMALES. A NIVEL  
ENCEFÁLICO NO SE OBSERVAN  
ALTERACIONES.**



- Protocolo quirúrgico:

Craneotomía parietal izquierda rodeando la lesión que invade la duramadre. Resección de la duramadre infiltrada y tumor intradural. Durosplastia y craneoplastia

- Anatomía patológica:

Resección de calota craneal de 9,8 x 9 x 3,9 cms. centralmente y sobre la superficie se reconoce lesión vegetante e infiltrante de ambas tablas óseas que mide 4,9 x 4,6 x 1,6 cms. impronta citológica y cortes por congelación de tejidos no óseos en criostato son informados como sarcoma/ tumor a células de Langerhans.

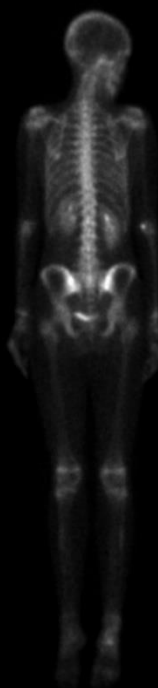
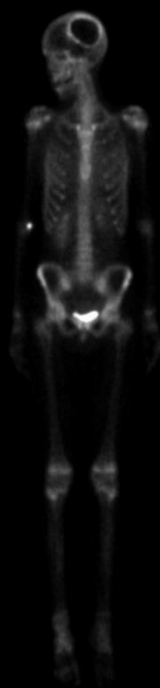
**Microscopía.** En los cortes a distintos niveles de la inclusión en parafina coloreados con H.& E. se observa que lesión tumoral de calota craneal es una proliferación neoplásica osteogénica con abundante cantidad de células gigantes multinucleadas.

**Inmunomarcación.** Cortes de la lesión son procesados para inmuo-histoquímica en forma automática con los anticuerpos: S100 (-) ; CD1a(-).Duramadre remitida separadamente con tejido neoplásico adherido en forma focal. Lo remitido como margen muscular muestra tejidos blandos con focos de infiltración neoplásica osteogénica

**Diagnóstico patológico: Osteosarcoma de calota craneal**



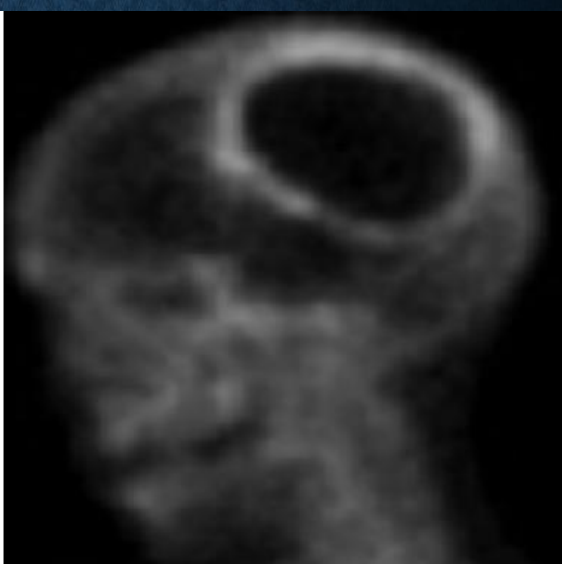
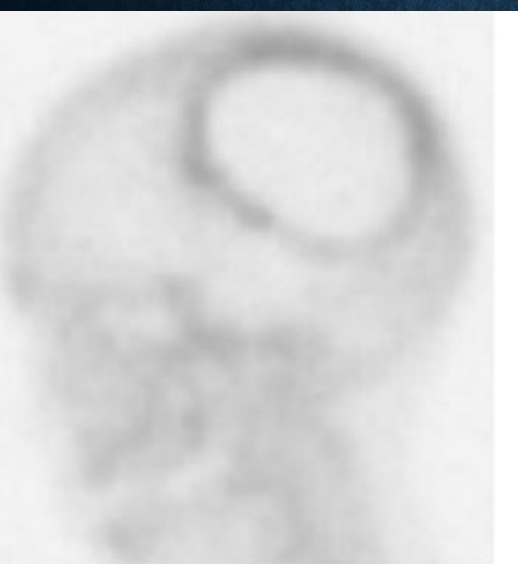
Estudio Desc: CENTELOGRAMA OSEO  
Series Desc: ScreenCap (Whole Body Rawlaw with Du...)  
← 1000 ->



200 px

## Centellograma óseo con Tc99M:

Se observa alteración de la calota craneana a confrontar alteraciones post quirúrgicas.



## CONCLUSIÓN:

**EL OSTEOSARCOMA ES UN TUMOR RARO, DIFÍCIL MANEJO, PRONÓSTICO OMINOSO. CONTANDO CON LAS HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS ACTUALES, EN TIEMPO Y FORMA, REALIZAR UNA CIRUGÍA Y EL TRATAMIENTO ADYUVANTE, EN CIERTOS CASOS, PROLONGA LA SOBREVIDA.**

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1 MAZA IVÁN, VÁSQUEZ LILIANA Y COL. OSTEOSARCOMA DE CRÁNEO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTES, DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL E. REBAGLIATI, LIMA PERÚ.**
- 2 GENTILE LUIS FERNANDO, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN LOS TUMORES ÓSEOS Y DE PARTES BLANDAS. HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, BS AS, JUNIO 2011; VOL. 53, NUMERO 241.**
- 3 WINFRIED BRENNER, MD, PHD Y COL. PET IMAGING OF OSTEOSARCOMA. DIVISION OF NUCLEAR MEDICINE, UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER, SEATTLE, WASHINGTON. THE JOURNAL OF NUCLEAR MEDICINE VOL. 44 NO. 6, JUNE 2003.**
- 4 RODRÍGUEZ GARCÍA L Y COL. LA CALOTA: LESIONES Y VARIANTES DE LA NORMALIDAD QUE EL RADIÓLOGO DEBE CONOCER. POSTER N° S-1387, SERAM 2012, DOI: 10.1594/SERAM2012/S-1387.**
- 5 MOEINVAZIRI M, Y COL. CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES OSTEOLÍTICAS DE LA CALOTA. POSTER N° S-0987, SERAM 2014, DOI: 10.1594/SERAM2014/S-0987.**