



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0402 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES LÍTICAS DE LA REGIÓN ESFENOIDAL Y CLIVAL: ¿ES TODO CORDOMA LO QUE BRILLA EN T2?

M. Martín Risco¹, E. Cárdenas², A. Kaen², J.F. Sánchez¹ y J. Bosco Calatayud¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Describir estudios radiológicos donde las características de imagen y comportamiento tumoral orientan a un diagnóstico distinto al definitivo.

Métodos: Realizamos una revisión de la base de datos de los casos intervenidos quirúrgicamente en el 2018. Seleccionamos aquellos estudios de RM y TC con lesiones líticas óseas en esfenoides y clivus.

Resultados: El número de pacientes seleccionados son 10. Se analizan los estudios de neuroimagen preoperatorios (RM cerebral T1, T1 con contraste, T2) y TC craneoencefálico. Todos los casos presentan un comportamiento agresivo en la TC, mostrándose lesiones líticas, con ensanchamiento diploico y rotura del hueso cortical, afectando al esfenoides, clivus y/o fisura petro-clival. En la RM cerebral en la secuencia T1 son iso-hipointensos, iso-hiperintensos en T2 y un patrón de captación de contraste heterogénea. La patología de la base craneal más habitual que se presenta con destrucción ósea son los cordomas y condrosarcomas, siendo éste el diagnóstico de presunción en nuestra serie de casos. Sin embargo, el diagnóstico histológico incluyó un espectro más amplio de patología menos frecuente: cordoma, condrosarcoma, Ectodermis, displasia fibrosa, angiofibroma benigno juvenil, prolactinoma, metástasis, fibroma condromixioide y aspergiloma.

Conclusiones: Durante el proceso diagnóstico de las lesiones de base craneal, se emplea el TC y la RM, orientando al diagnóstico de presunción. En ocasiones, éste se convierte en un reto. Aunque el cordoma y el condrosarcoma son las lesiones más frecuentes con afectación ósea de la base del cráneo, deben tenerse en cuenta, en el diagnóstico diferencial, otras lesiones neoplásicas y no neoplásicas, que también pueden debutar con destrucción ósea. Por ello, ante patología de esfenoides/clivus, es recomendable completar el estudio incluyendo una anamnesis detallada, estudio endocrinológico y pruebas neurorradiológicas. La prueba más robusta para confirmar el diagnóstico definitivo es el análisis histológico de la lesión, mediante la toma de biopsia y/o la resección quirúrgica con intención radical.