



C0329 - METÁSTASIS GIGANTE EN CALOTA PARIETOOCIPITAL CON COMPONENTE INTRACRANEAL: MANEJO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN TRAS EMBOLIZACIÓN

M. Rico Pereira¹, C. de Quintana Schmidt¹, J.D. Patino Alvarado¹, M.J. Álvarez Holzapfel¹, J. Aibar Durán¹, M. Sánchez Casas¹, G. Villalba Martínez² y G. Conesa Beltrán¹

¹Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Se presenta un excepcional caso de metástasis gigante de calota craneal, difícil de ver en la actualidad. Se discute el manejo y tratamiento de las complicaciones.

Métodos: Paciente mujer de 49 años con antecedente de carcinoma de colon con diseminación pulmonar, en curso de quimioterapia, que inició desarrollo y crecimiento rápidamente progresivo de lesión en calota parietooccipital. Se realizaron TC y RM cerebral observándose voluminosa masa extra e intracraneal con osteolisis de calota parietooccipital izquierda, de aspecto heterogéneo con tamaños aproximados de 97 × 63 × 110 mm (volumen superior a 2.500 cm³).

Resultados: La paciente fue intervenida quirúrgicamente, previa embolización preoperatoria parcial de la lesión, con sangrado intraoperatorio reducido. Se procedió a realización de incisión en línea media occipital con exéresis de huso cutáneo y disección del componente extracraneal de la lesión, observándose importante afectación de planos, fundamentalmente óseo, incluyendo duramadre. Se evacuó el contenido quístico y se procedió a reconstrucción cutánea. El resultado anatomopatológico mostró tejido compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado con marcada mucosecreción. En el postoperatorio inmediato la paciente se mantuvo estable clínicamente siendo alta sin incidencias. Posteriormente presentó complicación de la herida en relación a la embolización preoperatoria, con sufrimiento cutáneo, necrosis y dehiscencia, requiriendo reintervención mediante colgajo cutáneo.

Conclusiones: Las metástasis de adenocarcinoma de colon en relación a la calota craneal son relativamente infrecuentes, pudiendo comportarse de forma agresiva con crecimiento rápidamente progresivo. Su manejo requiere de un abordaje multidisciplinar, siendo la resección quirúrgica un pilar fundamental. La embolización previa de las lesiones en calota craneal ayuda a reducir significativamente el sangrado intraoperatorio. Sin embargo, puede comportar problemas relevantes a nivel de la herida que pueden comprometer el postoperatorio de manera significativa.