



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P0382 - METÁSTASIS CRANEALES DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

C. Asencio Cortes¹, J. Arca Suárez², F. Muñoz Hernández¹, M. Rico Pereira¹, L. Salgado López¹, J.Á. Aibar Durán¹ y P. Tresserras Ribó¹

¹Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Facultad de Medicina, UAB, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Presentamos el caso de un carcinoma diferenciado de tiroides diseminado con metástasis frontoorbitaria en base craneal anterior y convexidad parietal tratado quirúrgicamente y revisamos la literatura.

Métodos: Mujer de 68 años con fractura patológica humeral, bocio visible, exoftalmos izquierdo sin diplopía, y nódulos exofíticos en cuero cabelludo, indoloros y algunos ulcerados. La TAC refleja bocio multinodular, lesiones en suprarrenal izquierda, cráneo, columna dorsolumbar y pelvis, sugestivas de M1. La PAAF tiroidea revela Bethesda IV, que indica tiroidectomía. El análisis anatomopatológico revela carcinoma papilar mixto, TNM pT4 NX M1, estado IV. A pesar de ablación con ¹³¹I, seis meses después, todas las lesiones mostraban captación. La RM cerebral caracteriza una lesión de diploe frontal izquierdo (47 × 68 × 57 mm) que afecta a partes blandas, desplaza el lóbulo frontal y el sistema ventricular e invade la órbita. Se identifica otra lesión intradiploica de mismas características de señal en el hueso parietal derecho. Se decide tratamiento quirúrgico de las lesiones sospechosas de M1 craneal.

Resultados: Se emboliza la lesión mediante arteriografía preoperatoria. Al día siguiente se interviene mediante craniectomía frontoorbitaria izquierda con extirpación tumoral, duraplastia, sellado de base anterior y reconstrucción frontoorbitaria con malla de titanio y craniectomía parietal derecha con exéresis de metástasis intradiploica. La paciente presenta buena evolución, sin complicaciones postquirúrgicas significativas.

Conclusiones: El carcinoma de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente (90-95%). El carcinoma diferenciado es el más habitual (85-90%), incluyendo los tipos papilar, folicular y células de Hurthle. El hueso es su segunda diana metastásica. Sin embargo, las metástasis craneales son infrecuentes (2,5-5,8%). Son metástasis de mal pronóstico y muy sangrantes, requiriendo embolización preoperatoria y aumentando el riesgo quirúrgico. El tratamiento de elección es su exéresis completa. Dada la Iodo-refractoriedad, debe valorarse quimioterapia con Inhibidores de la tirosina quinasa.