

Infiltración Dural Metastásica

Metastatic Dural Infiltration

Domenica Piana-Castillo,¹ Rocío Santibáñez-Vásquez,¹ Eduardo Guzmán-Nuñez²

Resumen del caso

Paciente femenina de 72 años con antecedentes de cáncer mamario hace 11 años e hipertensión arterial. Ex-fumadora, desde hace 10 años. Actualmente con metástasis (M1) ósea, gastrointestinal, pulmonar, y sospecha de invasión en el SNC; en tratamiento quimioterapéutico. Madre también tuvo cáncer de mama. Presenta cuadro clínico de 2 semanas de evolución con lentitud al hablar y

escribir, sin dificultad en la evocación de la información que desea comunicar. No refiere cefalea, mareos ni debilidad en extremidades. Al examen físico destaca: disfasia expresiva, ptosis palpebral derecha con limitación en la mirada hacia arriba, pupila 2mm derecha reactiva al estímulo luminoso. No focalidad motora en extremidades, no signos meníngeos.



Figura 1. RM Axial T1 con contraste, se observan, imágenes ocupantes de espacio, extra-axiales, en relación con áreas de engrosamiento dural, multilobuladas, algunas de ellas con cambios necróticos centrales (*flecha amarilla*). Identificándose edema a nivel del parénquima cerebral adyacente (*flecha verde*). Se observan áreas de reforzamiento a nivel del diploe frontal bilateral, compatibles con implantes secundarios.

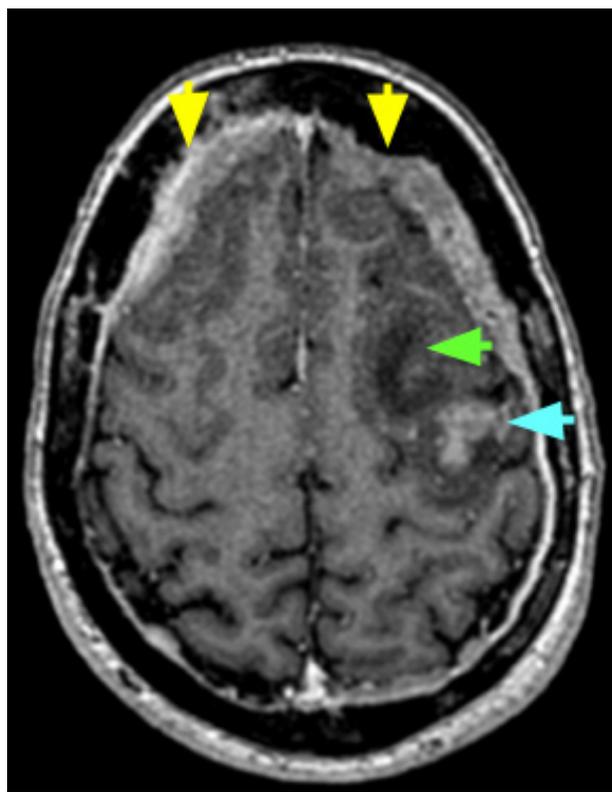


Figura 2. RM Axial T1 con contraste. Se observa engrosamiento dural con efecto de masa (*flechas amarillas*), sobre la convexidad de los lóbulos frontales, que condiciona edema en el parénquima cerebral contiguo.

¹Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

²Interhospital, Guayaquil, Ecuador

Correspondencia:

Eduardo Guzmán Nuñez, MD

E-mail: eduardo_guzman_n@hotmail.com



Figura 3. RM Coronal T1. En las imágenes post-contraste, se observa, imagen lobulada adyacente al lóbulo frontal izquierdo con cambios necróticos centrales (*flecha amarilla*) asociada con edema en el parénquima cerebral adyacente (*flecha verde*). Produce efecto de masa, obliterando los surcos de la convexidad, con leve desplazamiento de las estructuras de la línea media a la derecha. Engrosamiento meníngeo focal, adyacente al lóbulo frontal derecho (*flecha celeste*).

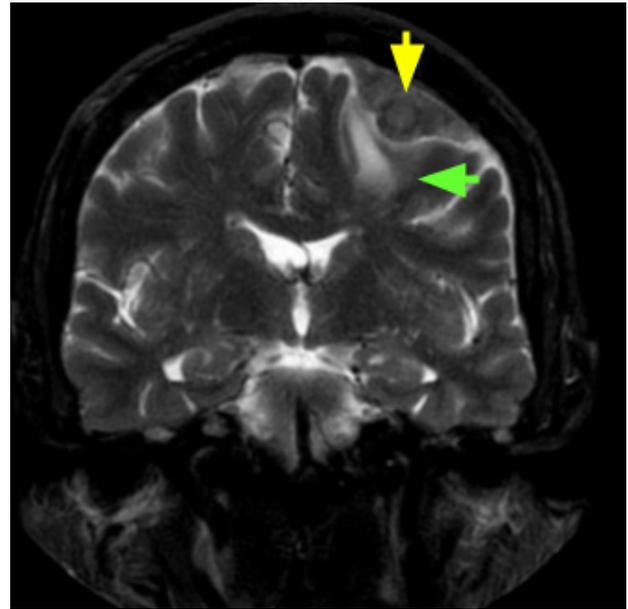


Figura 4. RM Coronal T2 MultiVane-XD se observa, engrosamiento dural de aspecto lobulado, próximo al lóbulo frontal izquierdo (*flecha amarilla*), que condiciona edema en la sustancia cerebral adyacente (*flecha verde*) con leve desplazamiento de las estructuras de la línea media a la derecha.

Discusión

En las imágenes presentadas, se observa engrosamiento dural de franco predominio frontal y parietal bilateral. Destacan formaciones nodulares lobuladas frontales bilaterales y en región fronto-parietal izquierda, esta última asociada con componente necrótico. Ambas refuerzan con el contraste endovenoso, se proyectan hacia la cavidad craneana y producen efecto de masa sobre la sustancia cerebral condicionando edema. Adyacentes a las imágenes dures, en el diploe craneal, se observan áreas hiperintensas en T2 y FLAIR posterior a la inyección de contraste endovenoso. Las lesiones con reforzamiento son compatibles con metástasis óseas, demostrando trayectos lineales de reforzamiento entre las lesiones óseas y las áreas de engrosamiento dural.¹

En relación con el antecedente de cáncer de mama en la paciente, con metástasis óseas y pulmonares, los hallazgos corresponderían al principal mecanismo de metástasis dures: por extensión directa. Existen otros mecanismos: por vía hematogena, linfática, retrógrada a través del plexo venoso y siembra intraoperatoria. El mecanismo de extensión directa corresponde al 61% de los casos y hematogena, al 33%.²

Los tres cánceres que producen metástasis dures con mayor frecuencia son, en primer lugar, el cáncer de mama en el 34% de los casos, como el presentado; de próstata, en 17%; y de pulmón, en 13%. El tiempo

promedio de supervivencia de los pacientes con metástasis dures, independientemente del tipo de cáncer, es de 9 meses y medio. Por el cuadro clínico insidioso, suele retrasarse el momento del diagnóstico, pero en el caso descrito, la paciente refiere presentar la sintomatología neurológica tan solo 2 semanas atrás. Por otro lado, hasta el 9% de los pacientes oncológicos presentan metástasis dures en autopsias.²⁻⁴

Clínicamente, se ha reportado que los síntomas más frecuentemente asociados a metástasis dures son la cefalea en el 39% de los casos y neuropatías craneales, en 30%. Alrededor del 10–15% de los casos, pueden presentar también: alteraciones visuales, cambios en el estado mental, hemiparesia, anomalías sensoriales, hasta ser asintomáticos incluso.⁵

Para el diagnóstico diferencial por imagen de lesiones dures, consideramos lesiones que pueden producir también infiltración metastásica o primaria meníngea u ósea. La neoplasia que afecta a la duramadre con mayor frecuencia es el meningioma, constituyendo la principal causa de invasión meníngea a considerar. Asimismo, las metástasis dures suelen ser solitarias, generando mayor dificultad al momento de realizar el diferencial.^{1,2}

Otras lesiones que se incluyen en el diferencial son las siguientes:

- Otras neoplasias: Meningioma (con compromiso óseo), Tumores fibrosos solitarios, Heman-giopericitoma, Neoplasias melanocíticas, Gliosarcoma o Glioblastoma, Tumores del músculo liso asociados al virus de Epstein Barr.
- Enfermedades linfoproliferativas: Enfermedad Rosai-Dorfmann (con compromiso óseo), Enfermedad de Erdheim-Chester (con compromiso óseo), Linfomas.
- Enfermedades autoinmunes: Enfermedad relacionada con Ig G4 (con compromiso óseo).
- Enfermedades granulomatosas: Tuberculosis, Sarcoidosis, Granulomatosis con poliangítis.

Referencias

1. Smith AB, Horkanyne-Szakaly I, Schroeder JW, Rushing EJ. From the Radiologic Pathology Archives: Mass Lesions of the Dura: Beyond Meningioma—Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics*. 1 de marzo de 2014;34(2):295-312.
2. Lyndon D, Lansley JA, Evanson J, Krishnan AS. Dural masses: meningiomas and their mimics. *Insights Imaging*. 6 de febrero de 2019;10(1):11.
3. Takeda H, Ohe R, Fukui T, Suzuki S, Nakamura S, Watanabe K, et al. Rapid Progression of Intracranial Dural Metastases in a Patient with Carcinoma of Unknown Primary Site. *Case Rep Oncol*. 2019;12(2):666-70.
4. Matos F, Cerqueira L. Dural and Leptomeningeal Spine Metastases of Breast Cancer. *Case Rep Radiol* [Internet]. 29 de mayo de 2019 [citado 24 de agosto de 2020];2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6560324/>
5. Nayak L, Abrey LE, Iwamoto FM. Intracranial dural metastases. *Cancer*. 2009;115(9):1947-53.

EMERGENCY

Coronavirus disease (COVID- 19)

Your account

WS

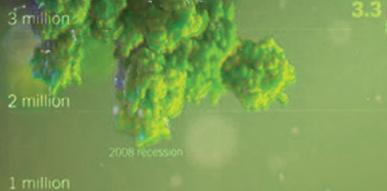
Coronavirus

N. Ireland Scotland

IVE Global
navirus
ctions outpace
a cases

US and Europe are
g restrictions further in a bid
e outbreak.

LIVE
U.S. Now Has More
Known Cases Than Any
Other Country



Unemployment claims

2000 2010

Read our analysis

Revista
de Ecuatoriana
de Neurología