

La Calota..... La gran olvidada.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Daniel Zarranz Sarobe, Juliana Mesa Garcia, Jennifer Barredo Parra, Josu Mendiola Arza, Nerea Hormaza Aguirre, Esther Riñones Mena

Objetivos Docentes

- Realizar una revisión anatómica de la calota craneal.
- Valorar mediante TC y RM algunas variantes anatómicas de la calota craneal que el radiólogo debe conocer para evitar fallos diagnósticos en el momento de emitir el informe.
- Caracterizar mediante TC y RM las principales lesiones, tanto benignas como malignas, que podemos encontrar en la calota y sus características típicas que nos permiten una aproximación diagnóstica.

Imágenes en esta sección:

La Calota... La gran olvidada.

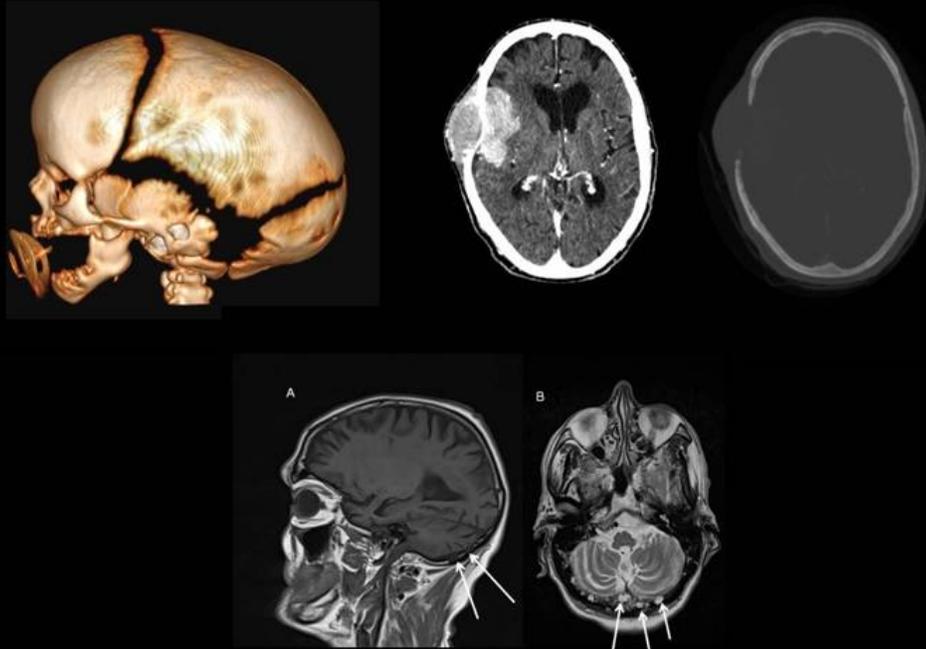


Fig. 44: Portada

Revisión del tema

RECUERDO ANATÓMICO

La calota o bóveda craneal está constituida por huesos cuya formación embriológica es simultánea a los de la cara, aunque sufren un proceso de osificación membranosa. Dichos huesos son: el hueso frontal, occipital, ambos parietales, porción escamosa y arco cigomático de los huesos temporales y las puntas de las alas mayores del esfenoides.

La calota consta de tres capas diferenciadas:

- Tabla externa: hueso cortical.
- Diploe: hueso esponjoso y médula ósea.
- Tabla interna: hueso cortical.

La TC constituye el método de elección para el estudio óseo de la calota ya que permite definir la extensión, los márgenes, la densidad, la presencia de calcificaciones asociadas y la afectación de partes

blandas.[Fig. 1](#)

La RM permite además valorar la señal del diploe y las alteraciones de la médula ósea.[Fig. 2](#)

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

1- VARIANTES DE LA NORMALIDAD:

1. **Granulaciones de Pacchioni:** son invaginaciones pseudodiverticulares de la aracnoides que atraviesan la duramadre y penetran en el diploe craneal. En el TAC se muestran como lesiones óseas de bordes afilados y translúcidas que se localizan típicamente en el hueso occipital junto al seno transversal. En la RM, en la secuencia T2 SE se observan numerosas lesiones con intensidad de señal de LCR correspondientes a las granulaciones.[Fig. 3](#) [Fig. 4](#)
2. **Venas Emisarias:** pequeñas venas sin válvulas que pasan por los agujeros del cráneo y conectan los senos venosos duros con las venas del cuero cabelludo, o con venas profundas localizadas por debajo de la base del cráneo.[Fig. 5](#)
3. **Hiperostosis frontal:** crecimiento excesivo del hueso frontal a expensas de un engrosamiento cortical. [Fig. 6](#)
4. **Surcos vasculares**

2- CONGÉNITAS:

1. **Sinus pericranii:** Malformación venosa epicraneal congénita del cuero cabelludo en la cual existe una comunicación entre las venas epicraneales dilatadas y los senos duros intracraneales. Radiológicamente, en RM, se observa en secuencia T1 con gadolinio las venas del cuero cabelludo dilatadas y la comunicación con el seno sagital a través de una pequeña vena transcalvarial. [Fig. 7](#)
2. **Displasia fibrosa:** El hueso medular del diploe se reemplaza por tejido fibroso y hueso trabecular inmaduro provocando expansión del diploe y adelgazamiento del hueso cortical adyacente. La tabla externa tiende a afectarse más que la interna, esto clásicamente lo distingue del Paget. En el TAC, el hallazgo característico es un espacio diplóico ensanchado con aspecto de vidrio esmerilado. En la RM, la fibrosis se observa hipointensa en T2, aunque si hay un aumento de actividad clínica o patológica puede presentar un aumento de señal. En secuencia T1 con gadolinio presenta un realce variable según el patrón de la lesión. [Fig. 8](#) [Fig. 9](#)
3. **Cefalocele:** Protrusión del contenido intracraneal que se produce a través de un orificio craneano. Suele producirse por un defecto de cierre óseo, especialmente en la región occipital donde ocurren el 75% de los casos. Otra localización típica es la región basal de línea media o basal lateral. Radiológicamente, en TAC se objetiva mejor el defecto óseo por donde se produce la protrusión y en RM se observa el encefalocele con intensidad de señal LCR.[Fig. 10](#)
4. **Cefalocele parietal atrésico:** forma atípica de cefalocele que contiene duramadre, tejido fibroso y tejido cerebral displásico. Se observa una pequeña masa parietal en línea media que protruye a través del defecto óseo. La ausencia de venas del cuero cabelludo dilatadas y de la vena falcina lo distinguen del sinus pericranii.[Fig. 11](#)
5. **Quiste dermoide:**
 - Los quistes epidermoides y dermoides son quistes de inclusión ectodérmicos revestidos por epitelio. Pueden deberse a fallos congénitos como la falta de separación del ectodermo superficial del tubo neural subyacente o pueden surgir después de traumatismos al implantarse elementos de la piel en los tejidos subyacentes. Los dos quistes se diferencian en que el epidermoide incluye únicamente una capa epitelial de queratina mientras que el dermoide contiene tejidos ectodérmicos más complejos como glándulas apocrinas, pelo y menos comúnmente dientes. Los quistes epidermoides tienden a presentarse más lateralmente (huesos temporales y parietales) y durante la tercera y cuarta década de la vida mientras que los quistes dermoides se presentan

generalmente más cercanos a la línea media o alrededor de la órbita y son más frecuentes en la segunda o tercera década de vida.

- Desde el punto de vista radiológico los quistes epidérmicos y dermoides intradiploicos erosionan y pueden expandir las tablas internas y externas de la calota. Normalmente cuentan con un margen esclerótico suave como consecuencia del remodelado óseo. En el TAC, los quistes epidermoides son homogéneos y tienen densidad similar al LCR. Los quistes dermoides al contrario son más heterogéneos y pueden mostrar calcificación parietal o interna. En RM, los quistes epidermoides tienen una señal hiperintensa en secuencia T2 y de intensidad variable en T1. En cambio, la mayoría de los quistes dermoides tienen las características de intensidad de señal de la grasa en RMN debido a su secreción sebácea. Como tal, suelen ser hiperintensos en T1 y T2. Los quistes epidermoides no realzan tras la administración de contraste en TC o RM, sin embargo los dermoides sí pueden presentar realce al estar a menudo vascularizados. [Fig. 12](#)
5. **Quiste aracnoideo:** Los quistes aracnoideos son cavidades con líquido cefalorraquídeo que no comunican con el sistema ventricular. En el TC presenta densidad de LCR, aunque puede ser hiperdenso si presenta una hemorragia intraquistica. Mediante RM se observa isointenso con el LCR en todas las secuencias. [Fig. 13](#) [Fig. 14](#)
6. **Defecto óseo congénito:** Ausencia congénita de un fragmento de la bóveda craneal. El defecto más frecuente son los agujeros parietales aunque se pueden dar en otras localizaciones como la escama del occipital. [Fig. 15](#)

3- ADQUIRIDAS

3.1 Infantiles:

- a. **Craneosinostosis:** cierre prematuro de una o más de las suturas que separan los huesos del cráneo. [Fig. 16](#) [Fig. 17](#) [Fig. 18](#) [Fig. 19](#)
- b. **Post-epilépticas: Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson:**
- Las características clínicas de este síndrome incluyen crisis convulsivas, asimetría facial y hemiparesia contralateral a la lesión.
 - Radiológicamente, en el TAC los hallazgos son hemiatrofia del encéfalo con engrosamiento ipsilateral del diploe y tabla interna del hueso craneal, que se acompaña de exceso de pneumatización de los senos paranasales y celdillas mastoideas, elevación del borde petroso, ala del esfenoides y techo de la órbita de la región afectada. [Fig. 20](#)
- c. **Traumáticas:**
- **Fórceps:** Traumatismo durante maniobras de extracción con fórceps. [Fig. 21](#)
 - **Cefalohematomas:** aparecen secundarios a traumatismo en el parto. Se producen sangrados por debajo del periostio, limitados por las suturas, que a veces pueden no ser detectados y con el tiempo calcifican, observando en pruebas de imagen lesiones en media luna adyacentes a tabla externa con calcificaciones. Suelen resolverse en meses. [Fig. 22](#) [Fig. 23](#)

3.2 Tanto adultos como infantiles:

- **Traumatismo craneoencefálico:** [Fig. 24](#)
- **Postquirúrgico:**
 - **Trépanos:** [Fig. 25](#) [Fig. 26](#)
 - **Craneotomía:** realización de una ventana quirúrgica en el cráneo para exponer el cerebro. Posteriormente se sutura nuevamente el colgajo óseo. [Fig. 27](#)
 - **Craniectomía:** extirpación quirúrgica de una parte del hueso del cráneo sin reemplazo del

colgajo óseo.[Fig. 28](#)

- **Craneoplastia:** reparación de pérdidas de sustancia ósea del cráneo para lo cual se utilizan tejidos del propio paciente o prótesis.[Fig. 29](#)

4.- TUMORES

4.1 Benignos

a. Granuloma eosinófilo:

Es la forma localizada de la histiocitosis de células de Langerhans. En el TAC se manifiesta como una lesión lítica de bordes biselados ya que afecta mayormente a la tabla interna que a la externa con pequeñas masas de tejido blando asociadas que pueden presentar realce tras la administración de contraste intravenoso. En RM, en secuencia T1, la masa de tejidos blandos suele ser hiperintensa debido al contenido lipídico de los histiocitos. En secuencia T2, las masas de tejido blando son levemente hiperintensas.[Fig. 30](#)

b. Hemangioma

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos con mayor incidencia en las mujeres en las décadas medias de la vida. Habitualmente aparecen como lesión única en los huesos frontal, temporal o parietal pero puede afectar cualquier región de la calota. Los hemangiomas de la calota se clasifican histológicamente como cavernosos ya que están compuestos por vasos sanguíneos dilatados revestidos por una sola capa epitelial dentro de las trabéculas óseas.

Radiológicamente, mediante TAC, se caracteriza por una lesión craneal expansible con bordes afilados. Presenta un engrosamiento trabecular intradiplóico con espículas radiadas (radios de rueda) que expande ambas tablas (más la externa que la interna) pero raramente las erosiona. Esta disposición de las trabéculas contrasta con el meningioma, en la que las estrías son paralelas.

En RM, en secuencia T1 las lesiones son generalmente hipointensas debido a la trabeculación, realizando de forma difusa y heterogénea con el gadolinio. En T2 la señal es a menudo hiperintensa por el estasis venoso dentro de la lesión.[Fig. 31](#) [Fig. 32](#)

c. Osteoma:

Proliferación de hueso maduro normal fundamentalmente dependiente de la tabla externa y que sobre todo aparece en huesos membranosos afectando fundamentalmente al hueso frontal y etmoidal. Son de crecimiento lento y normalmente son asintomáticos.

En el TAC y en la RM se observan como lesiones redondeadas, densas, de bordes bien definidos, con tamaño variable y que no alteran el hueso adyacente.[Fig. 33](#)

d. Enfermedad de Paget:

Enfermedad de etiología desconocida en la que se produce una remodelación anormal y excesiva del hueso.

Clásicamente, se describen tres etapas aunque forman parte de un mismo espectro.

- Fase lítica: predomina la actividad osteoclástica. Radiológicamente, en el TAC, se observan áreas líticas bien definidas sin borde escleroso, denominadas osteoporosis circunscrita.
- Fase mixta: hay actividad osteoclástica y osteoblástica. En el TAC se manifiestan como parches algodanosos en la calota.
- Fase tardía- inactiva: predomina la actividad blástica. Radiológicamente, en el TAC aparece la

esclerosis y el engrosamiento del diploe, afectando tanto a la tabla interna como externa. [Fig. 34](#)

4.2 Malignos:

a. Metástasis:

El hallazgo radiológico más frecuente en el TAC, es una lesión que realza con el contraste, que destruye o infiltra el cráneo y que carece del borde esclerótico benigno. Pueden aparecer como lesiones líticas, blásticas o una combinación de ambas según el origen del tumor primario.

Mediante la RM, en T1 la lesión en la médula ósea es hipointensa y en T2 es hiperintensa.

Las metástasis líticas corresponden al cáncer de riñón, tiroides y melanoma y las blásticas al cáncer de próstata y mama. El cáncer de pulmón y de mama pueden presentar una combinación de ambas.

El neuroblastoma representa el tumor extracraneal sólido maligno más frecuente en la infancia, observándose en el TAC el patrón en cepillo de las metástasis con masa de partes blandas. [Fig. 35 Fig. 36 Fig. 37](#)

b. Mieloma múltiple:

Neoplasia de células plasmáticas con origen en la médula ósea. Suele diseminarse a lo largo de todo el esqueleto axial de forma difusa. En el TAC se manifiestan como lesiones líticas de bordes nítidos, sin esclerosis, adoptando en el cráneo la denominación de lesiones en "sacabocados". [Fig. 38](#)

c. Plasmocitoma solitario:

Expresión unifocal del mieloma, que se observa en el TAC como una lesión osteolítica única de bordes bien definidos sin esclerosis. [Fig. 39 Fig. 40](#)

d. Hemangiopericitoma: Tumor mesenquimatoso altamente vascularizado, que se forma a partir de los pericitos vasculares, estando casi siempre conectado con la duramadre. Radiológicamente en el TAC se observa una masa extraaxial espontáneamente hiperintensa con base de implantación dural y erosión variable del cráneo. Con el contraste presenta un intenso realce heterogéneo. En la RM, en secuencia T1 se observa una masa heterogénea isointensa que tras gadolinio presenta un marcado realce y suele acompañarse de cola dural. En T2 se observa una masa isointensa heterogénea con vacíos de señal de flujo prominentes. [Fig. 41](#)

e. Meningioma atípico: En el TAC sin contraste se observa una tríada que consiste en: masa extracraneal, lisis de la calota y tumor intracraneal, que es espontáneamente hiperdenso. Presenta realce tras contraste. En RM, en secuencia T1, se aprecian los bordes mal definidos del tumor, que infiltra parénquima y presenta realce con el gadolinio. [Fig. 42](#)

5.- INFECCIOSAS:

5.1 Osteomielitis de la calota:

Radiológicamente en el TAC se aprecia una lesión lítica que afecta al diploe, normalmente en los huesos frontales o parietales, pudiendo formarse colecciones subgaleales. [Fig. 43](#)

Imágenes en esta sección:

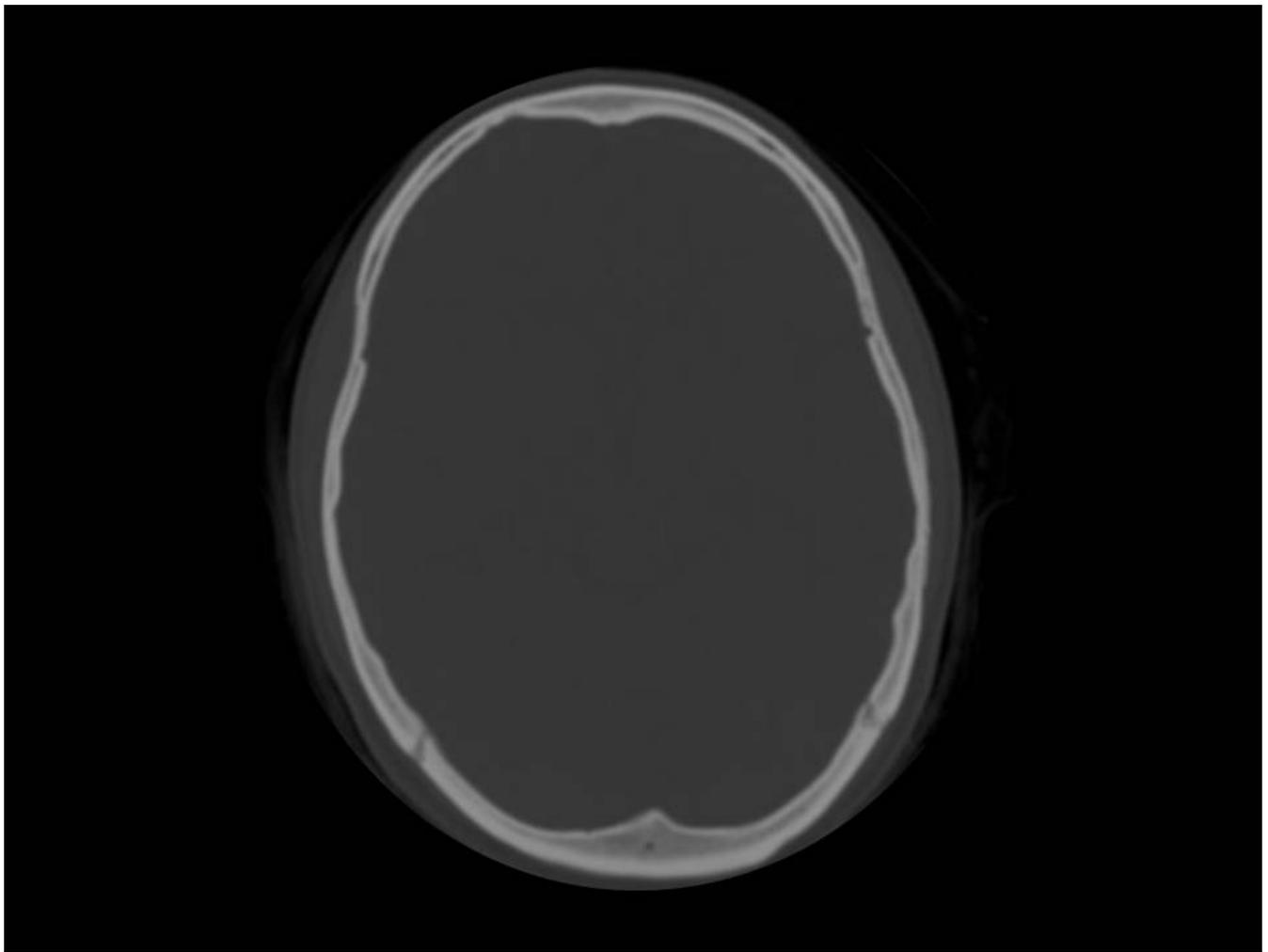


Fig. 1: Corte axial con ventana ósea que muestra una calota de características normales

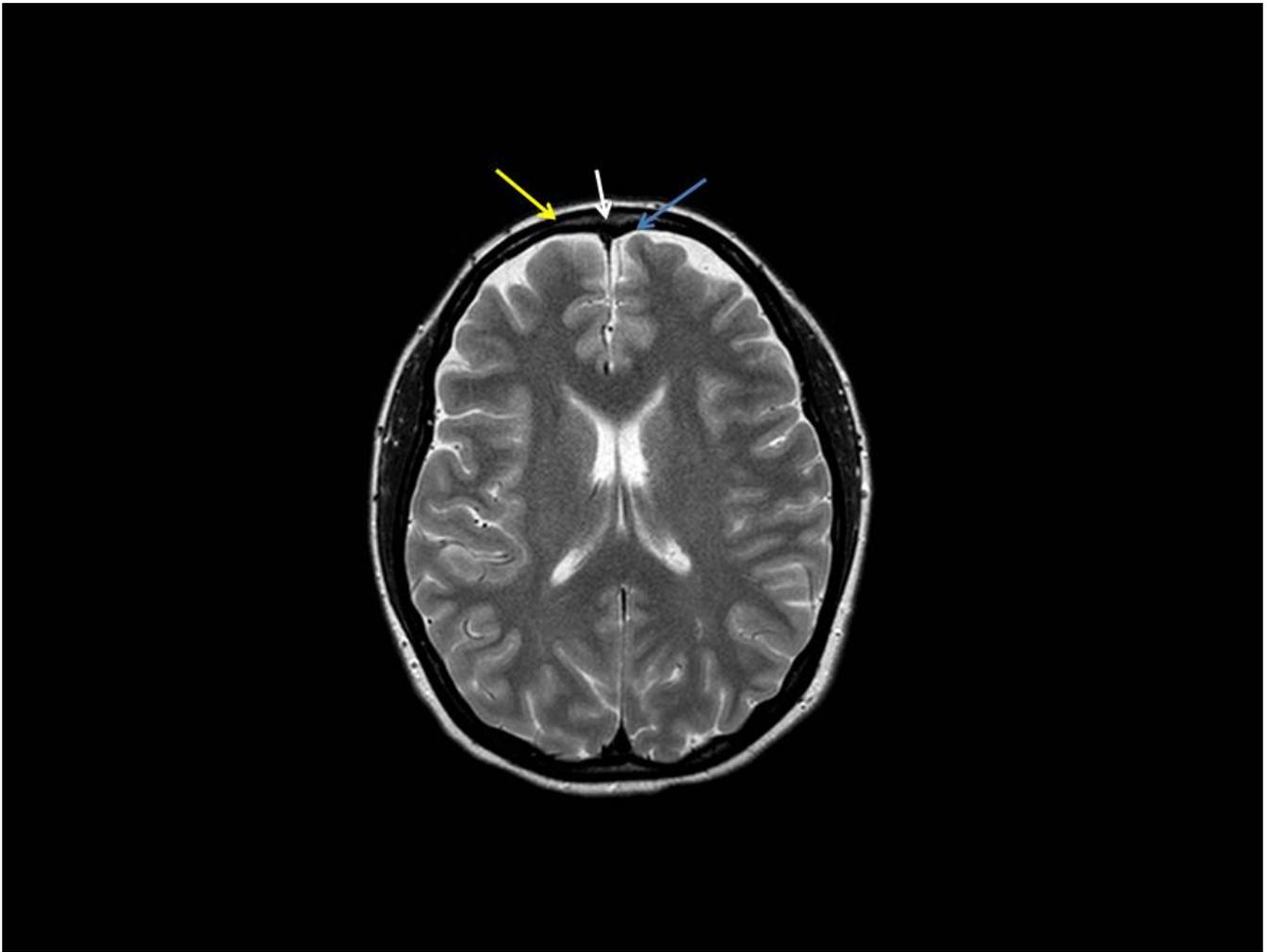


Fig. 2: Corte axial de RM en secuencia T2 de una calota de características normales. Tanto la tabla interna como la externa muestran una señal hipointensa y el diploe una señal levemente hiperintensa. La flecha amarilla muestra la tabla externa, la flecha blanca el diploe y la flecha azul la tabla interna.

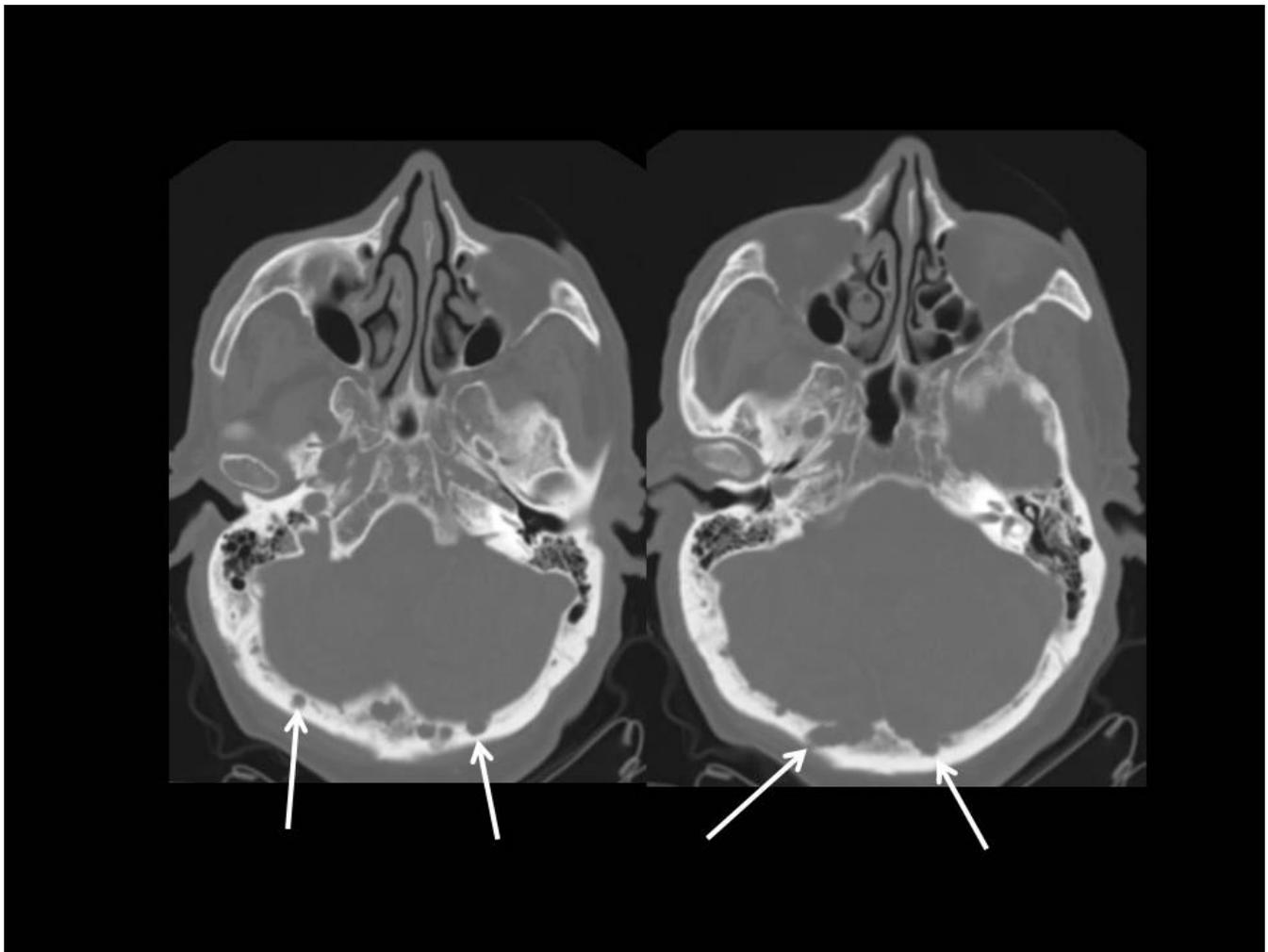


Fig. 3: Corte axial de TC con ventana ósea. Las flechas señalan varias lesiones óseas occipitales translúcidas, de bordes afilados, junto al seno transversal. Estas características son típicas de las granulaciones de Pacchioni.

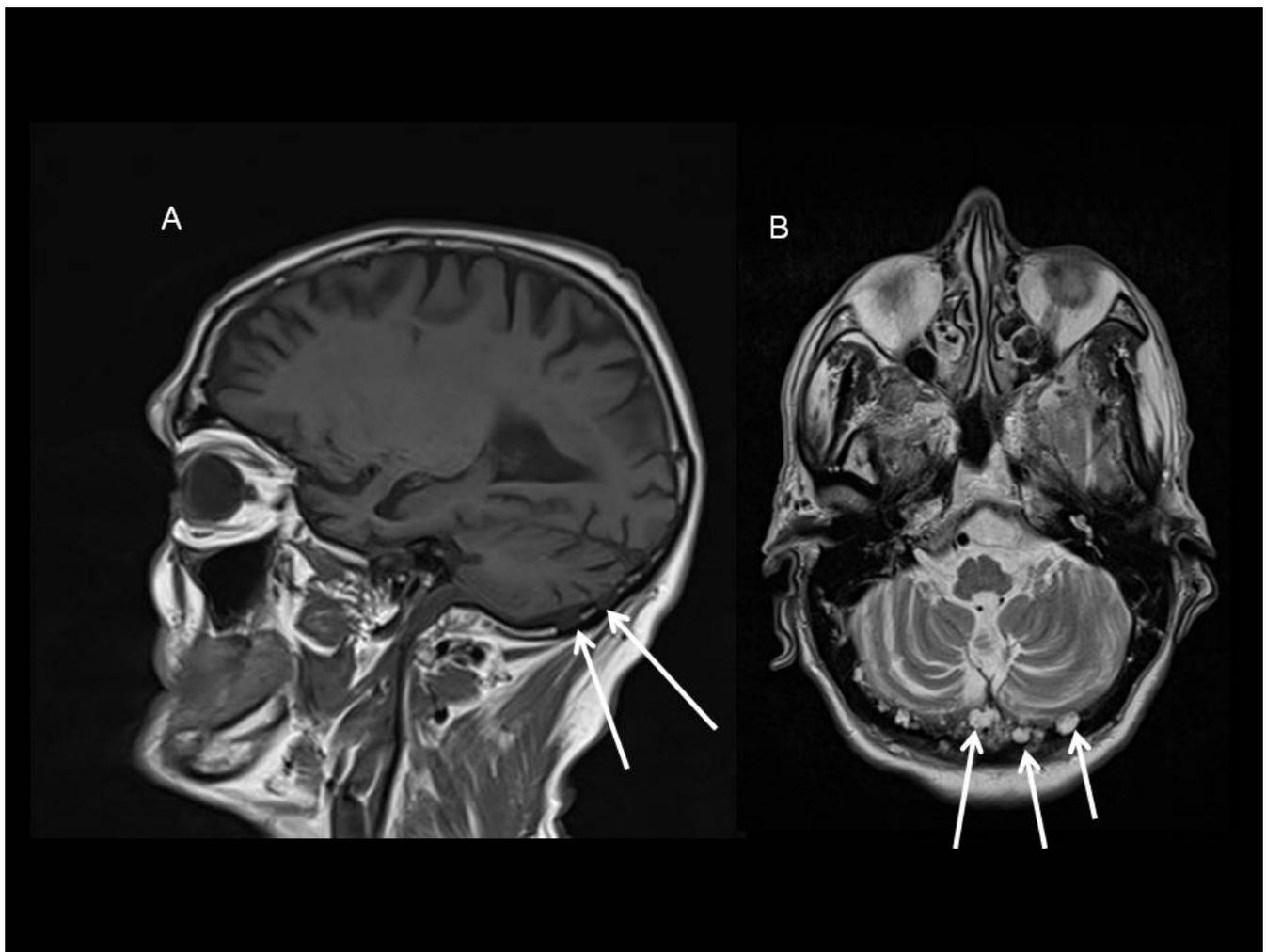


Fig. 4: Figura A: corte sagital de secuencia T1, las flechas señalan los defectos en la calota provocados por las granulaciones de Pacchioni. Figura B: corte axial de secuencia T2. Se aprecian numerosas lesiones isointensas con el LCR en el hueso occipital que corresponden con las granulaciones subaracnoideas.

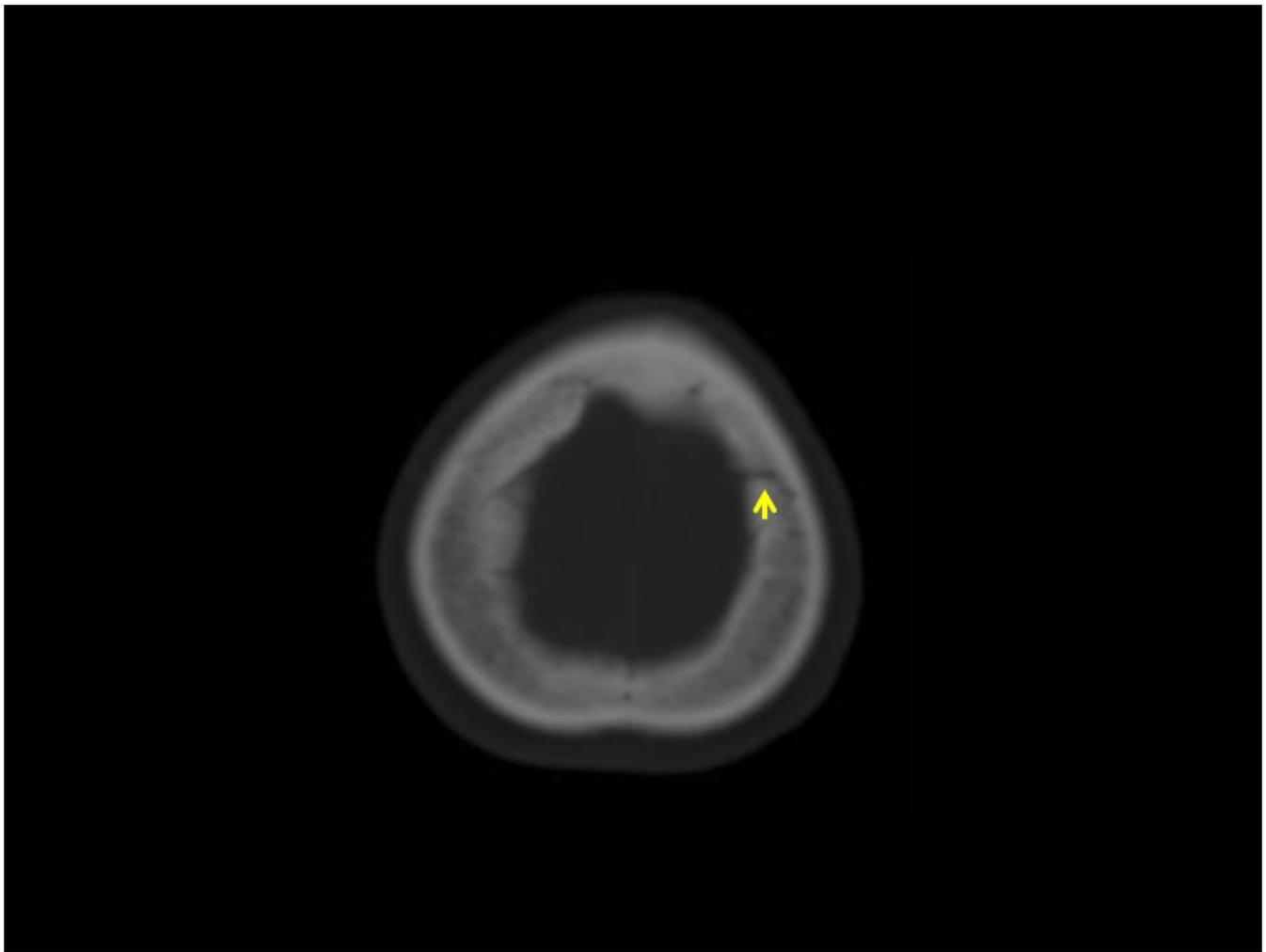


Fig. 5: Vena emisaria en hueso frontal izquierdo

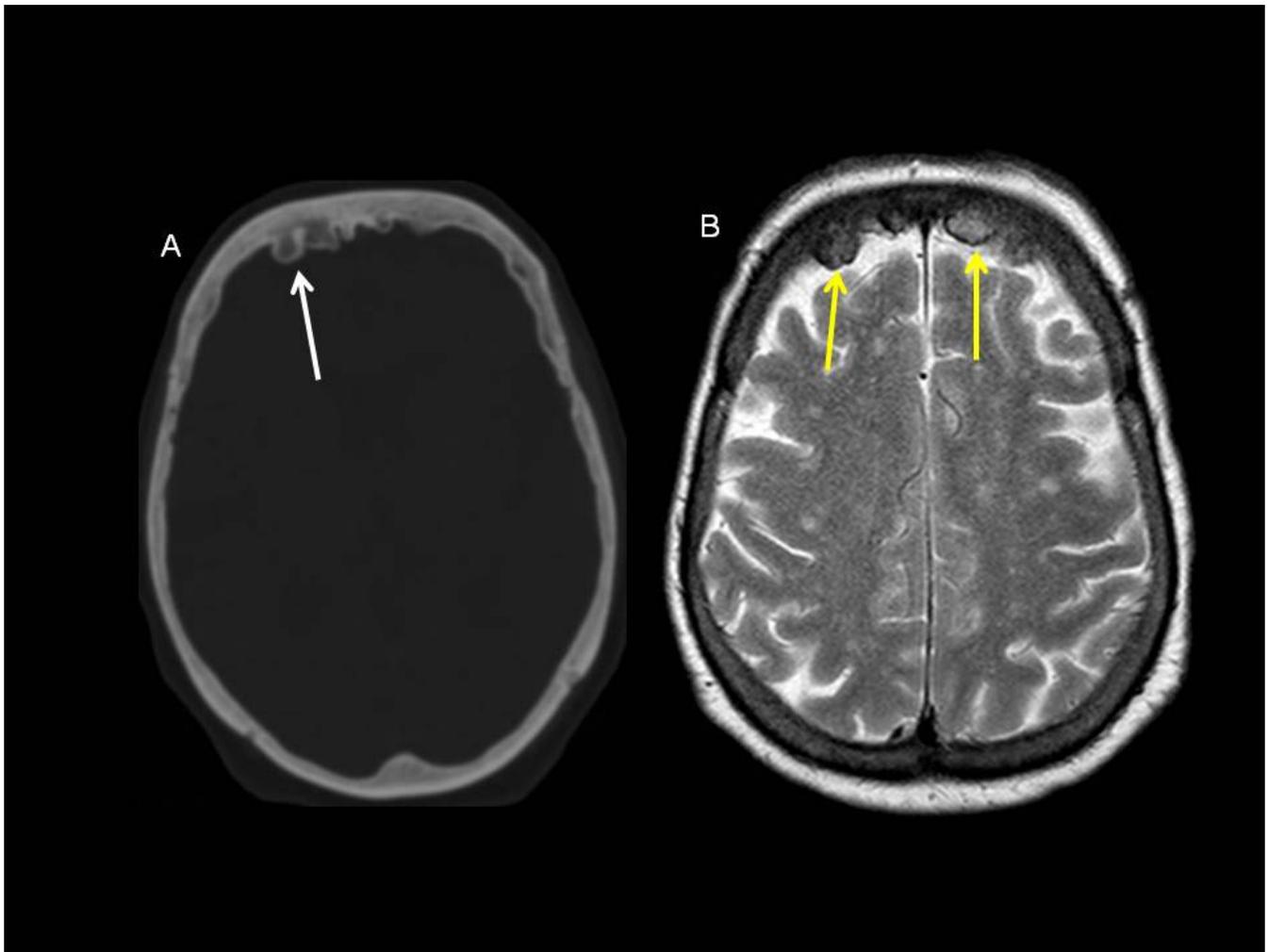


Fig. 6: Hiperostosis frontal. Fig A: Corte axial de TC en ventana ósea. Fig B: Corte axial de RM en secuencia T2. En ambas imágenes se aprecia un crecimiento excesivo del hueso frontal a expensas de un engrosamiento cortical.

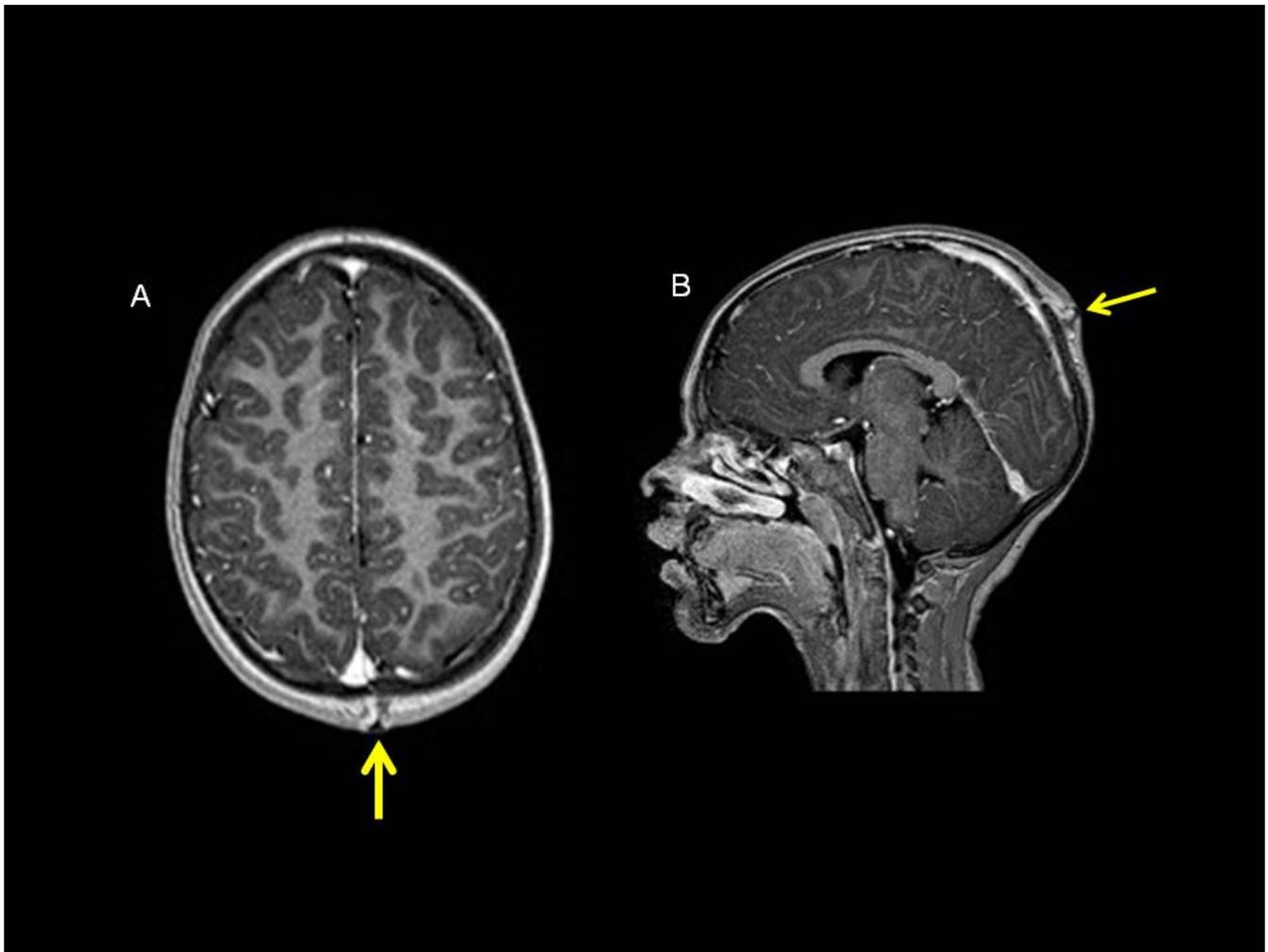


Fig. 7: Sinus Pericranii. Fig A: Corte axial de RM en secuencia T1 con contraste. Fig B: Corte sagital de RM en secuencia T1 con contraste. Las flechas señalan las venas del cuero cabelludo dilatadas comunicándose con el seno sagital a través de un pequeño defecto óseo en la calota.

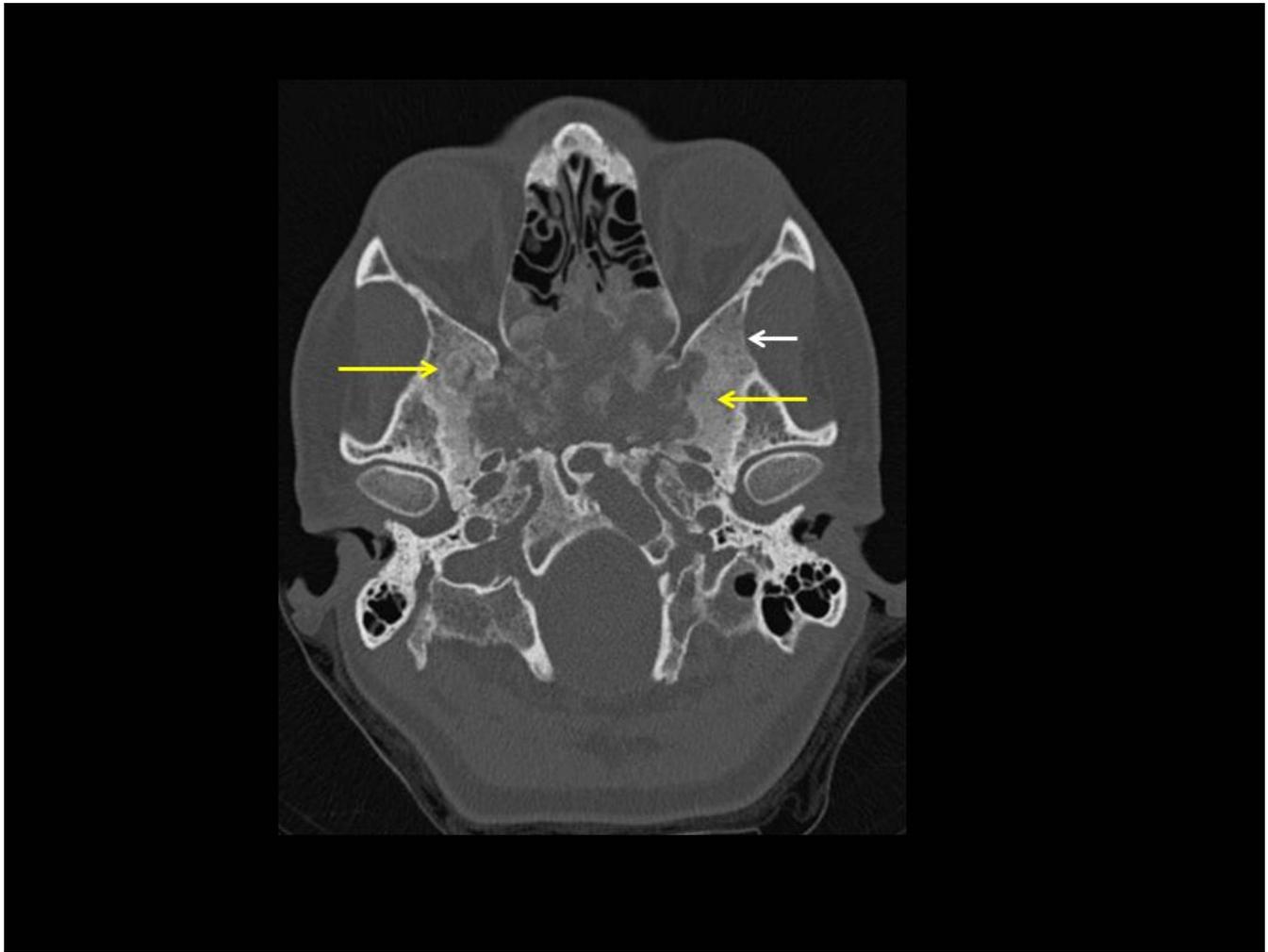


Fig. 8: Displasia Fibrosa. Corte axial de TC en ventana ósea donde se aprecia una matriz esmerilada y signos de expansividad en ambas alas esfenoides señaladas por las flechas amarillas. Nótese el adelgazamiento cortical señalado por la flecha blanca.



Fig. 9: Corte axial de RM en secuencia T1 con contraste. La lesión expansiva muestra un realce intenso afectando a las alas esfenoidales, hallazgos característicos de la displasia fibrosa.

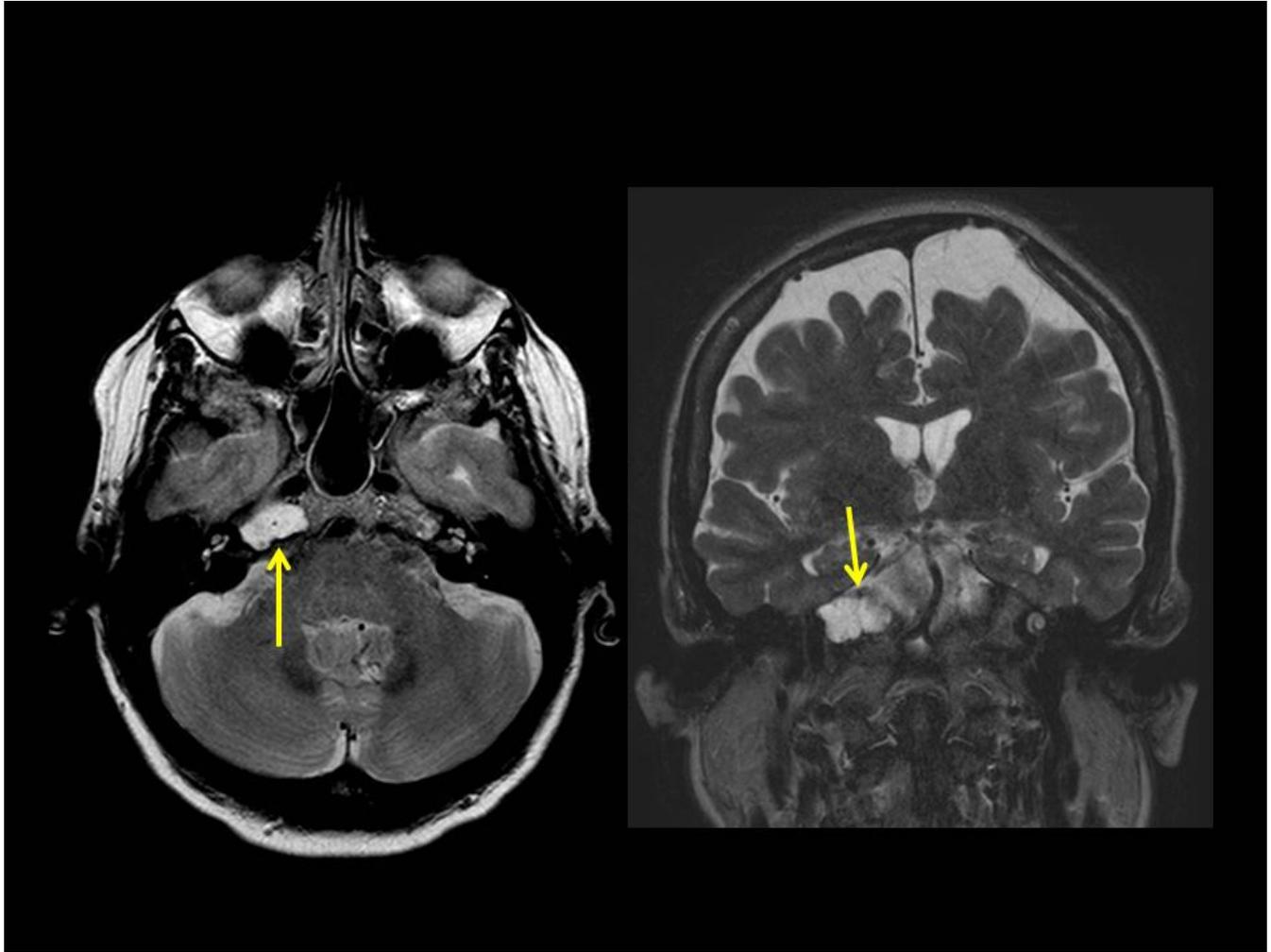


Fig. 10: Corte axial y coronal de RM en secuencia T2. Cefaloccele de señal LCR en secuencia T2 que se extiende a través de un pequeño defecto óseo en la punta del peñasco derecho.

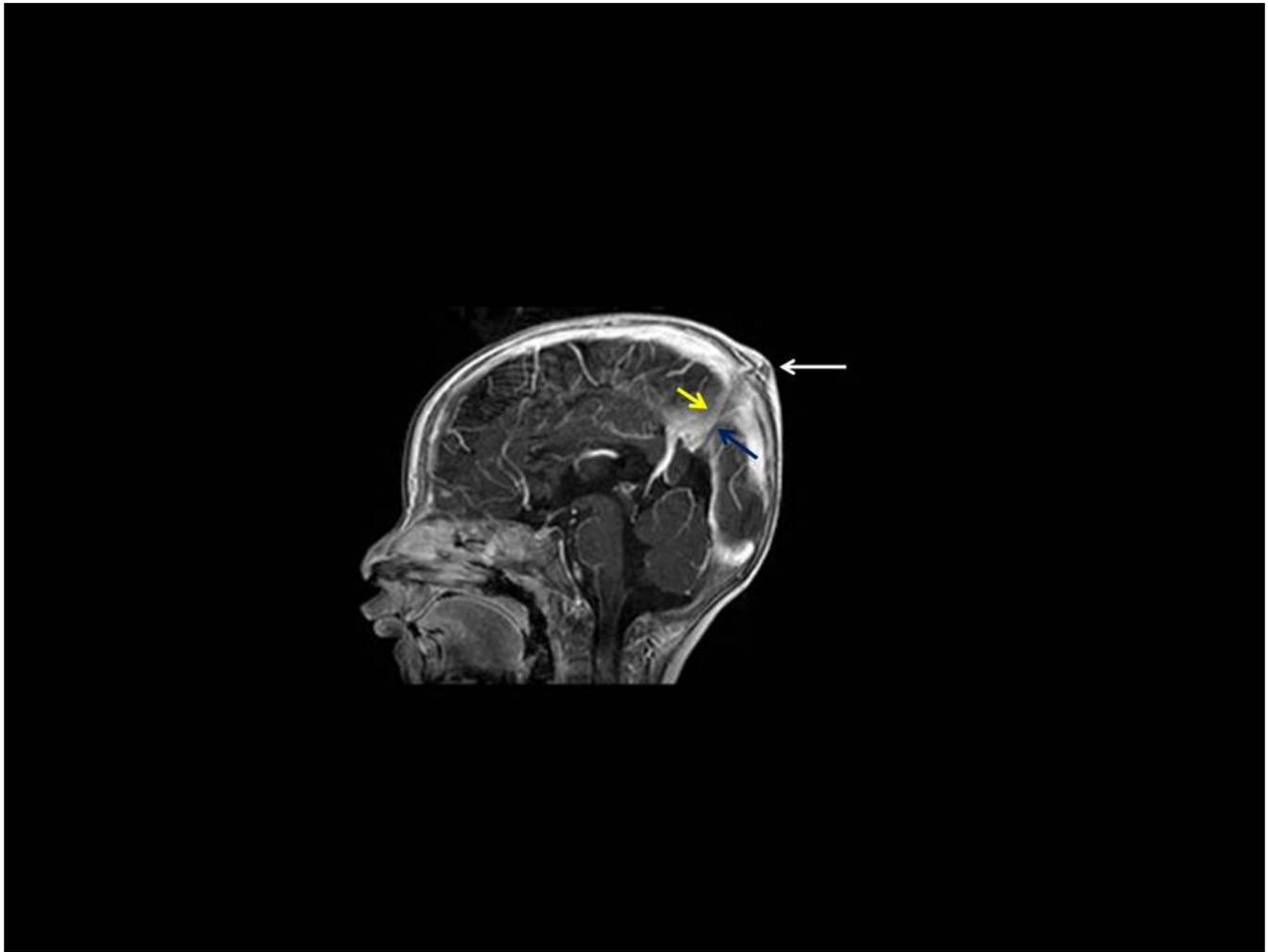


Fig. 11: Pequeña lesión en tejido celular profundo en línea media en convexidad parietal, heterogénea, con leve realce tras gadolinio , con pequeño trayecto fibroso filiforme (flecha azul) que se extiende a través de pequeño defecto óseo en calota hacia seno longitudinal y cuyo trayecto es paralelo a la vena falciforme (flecha amarilla), hallazgos característicos de céfalocele atrésico.

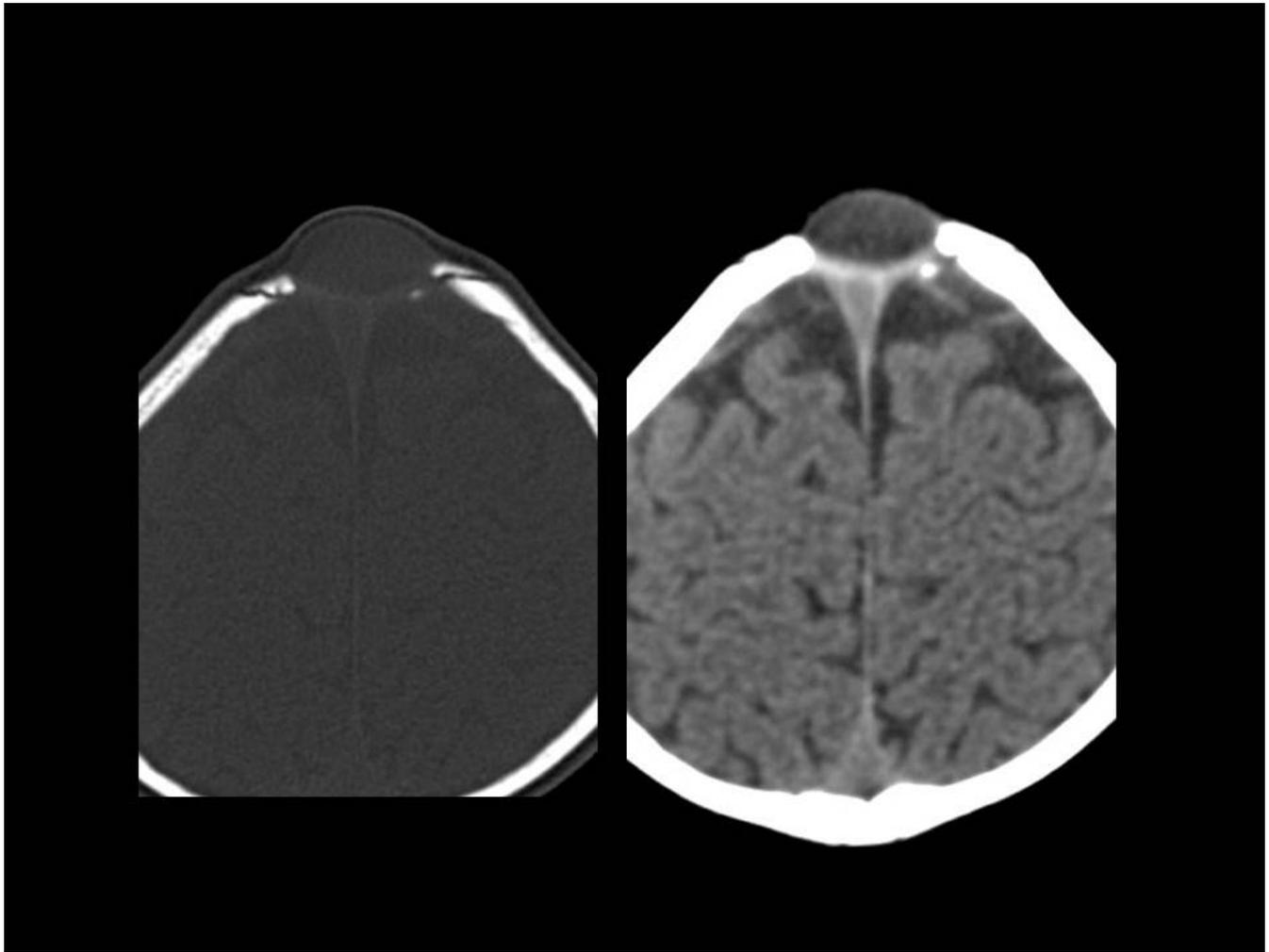


Fig. 12: Cortes axiales de TAC: Masa quística unilocular, bien delimitada, ovalada, hipodensa, expansiva e intradiploica. Hallazgos característicos de quiste dermoide intradiploico.

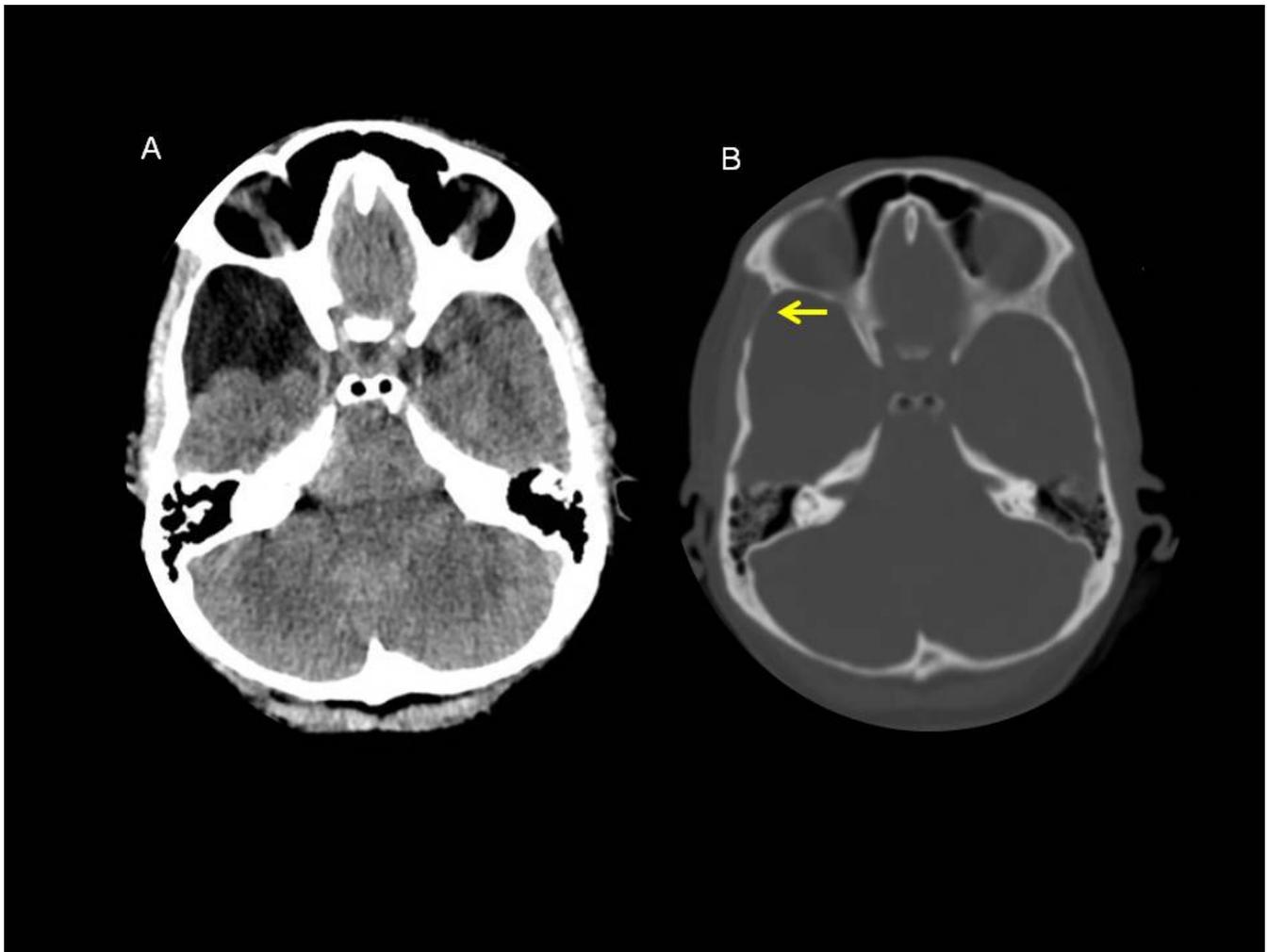


Fig. 13: Quiste aracnoideo. Quiste extraaxial en polo anterior del lóbulo temporal derecho con densidad de LCR. En ventana ósea se aprecia el adelgazamiento de la cortical indicado por la flecha amarilla.

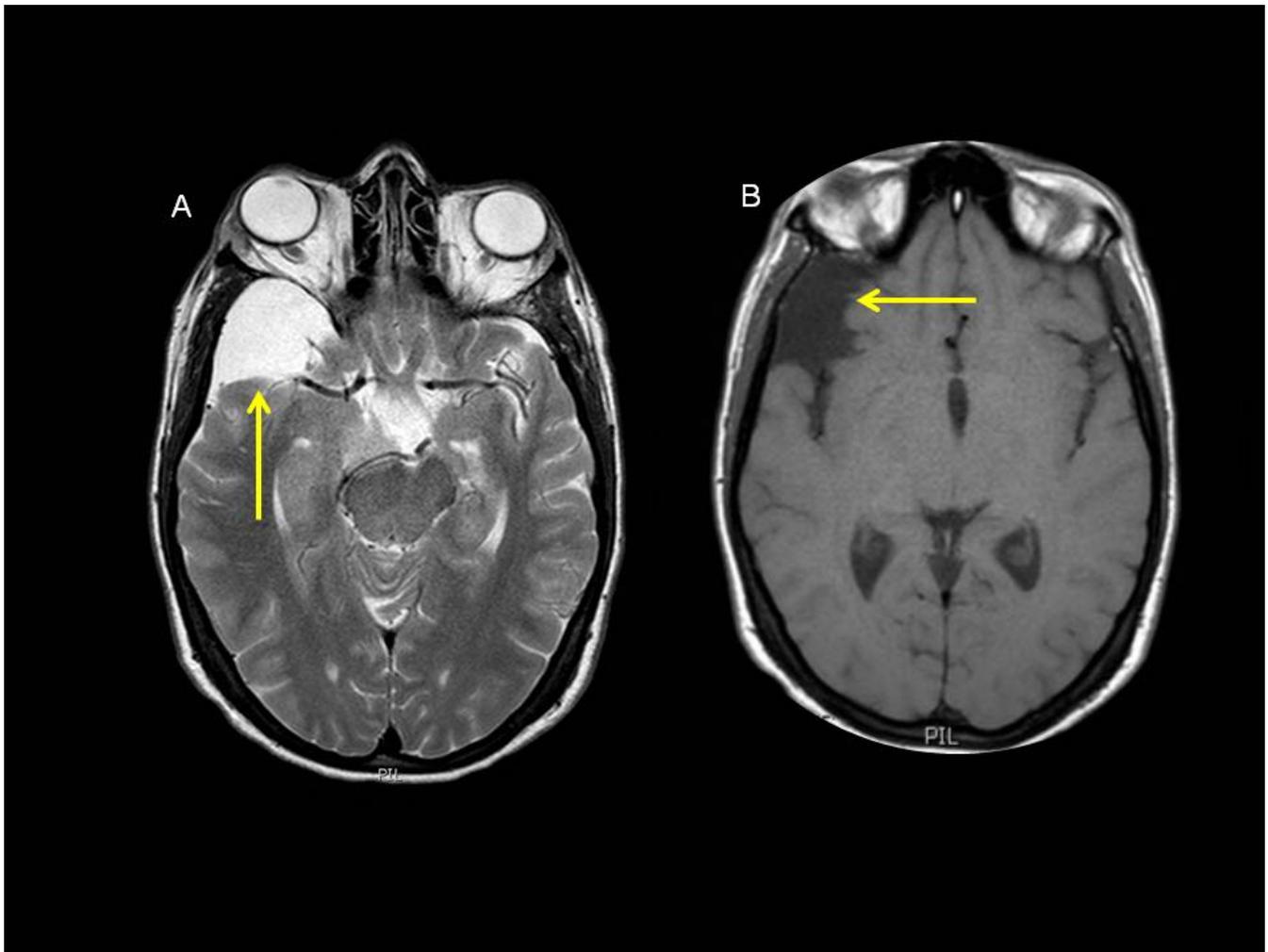


Fig. 14: Fig A corte axial en T2. Fig B corte axial en T1. Lesión isointensa con LCR en ambas secuencias en las que se aprecia leve adelgazamiento cortical adyacente al quiste aracnoideo.

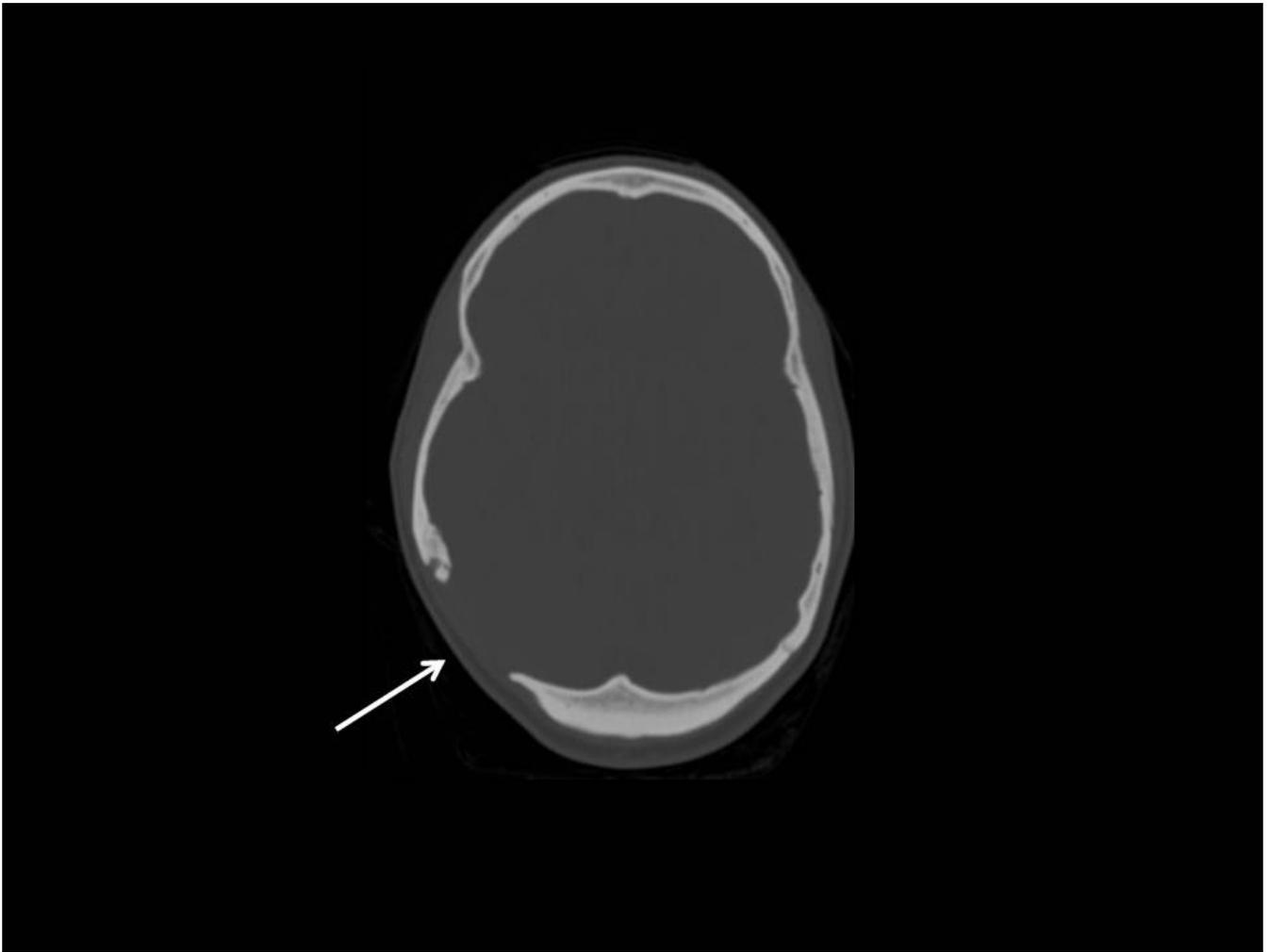


Fig. 15: Defecto óseo congénito en hueso parietal derecho.

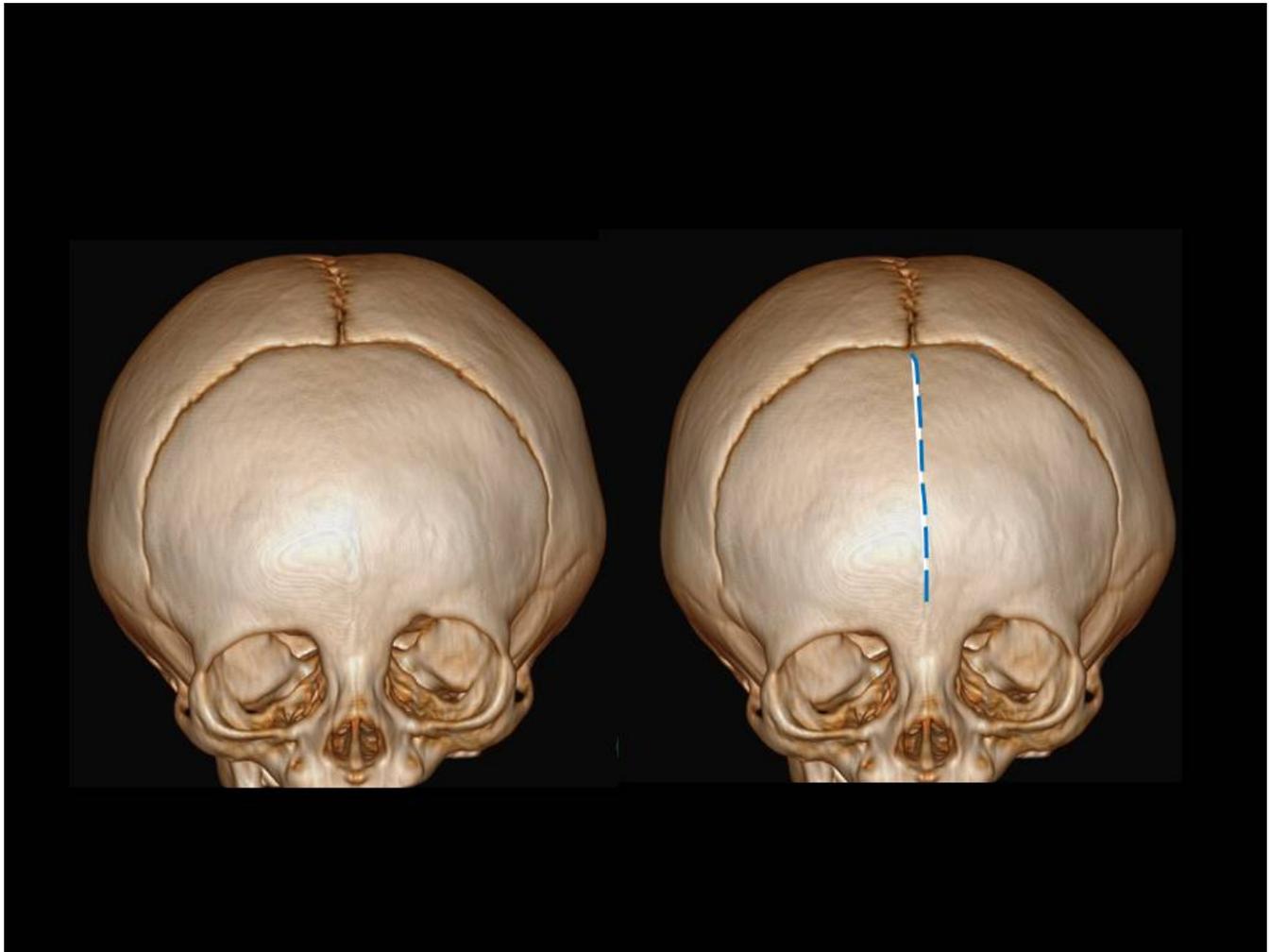


Fig. 16: Reconstrucción VR. Craneosinostosis con cierre precoz de la sutura metópica (trigonocefalia) representada con línea discontinua de puntos en su teórica localización.

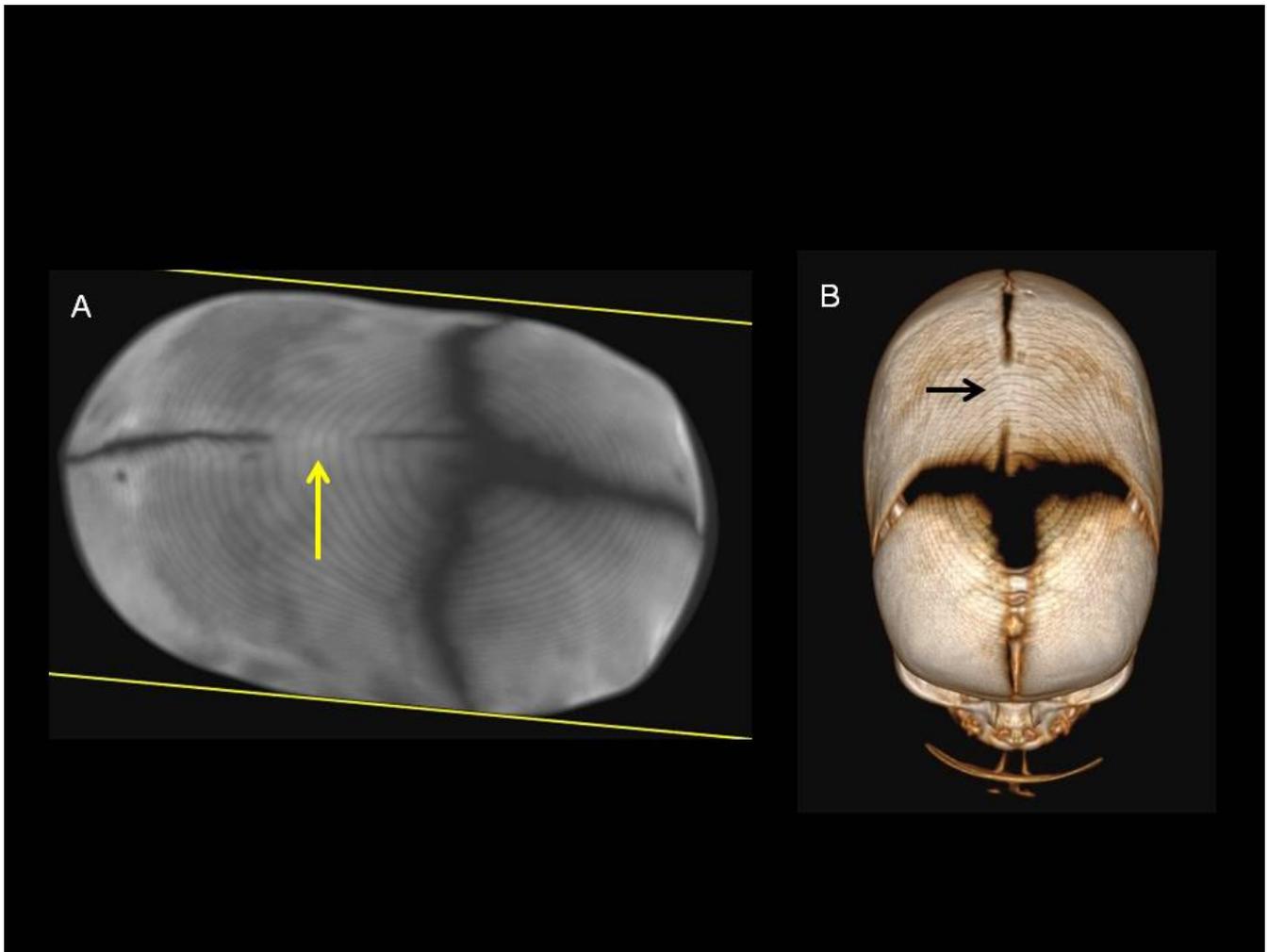


Fig. 17: Reconstrucción MIP y VR. Fusión parcial de la sutura sagital señalada por la flecha amarilla condicionando un aumento del diámetro anteroposterior del cráneo denominada escafocefalia.



Fig. 18: Reconstrucción VR. Visión lateral de una craneosinostosis tipo escafocefalia en la que se aprecia el aumento del diámetro anteroposterior secundario a fusión parcial de la sutura sagital (no visible en la proyección).

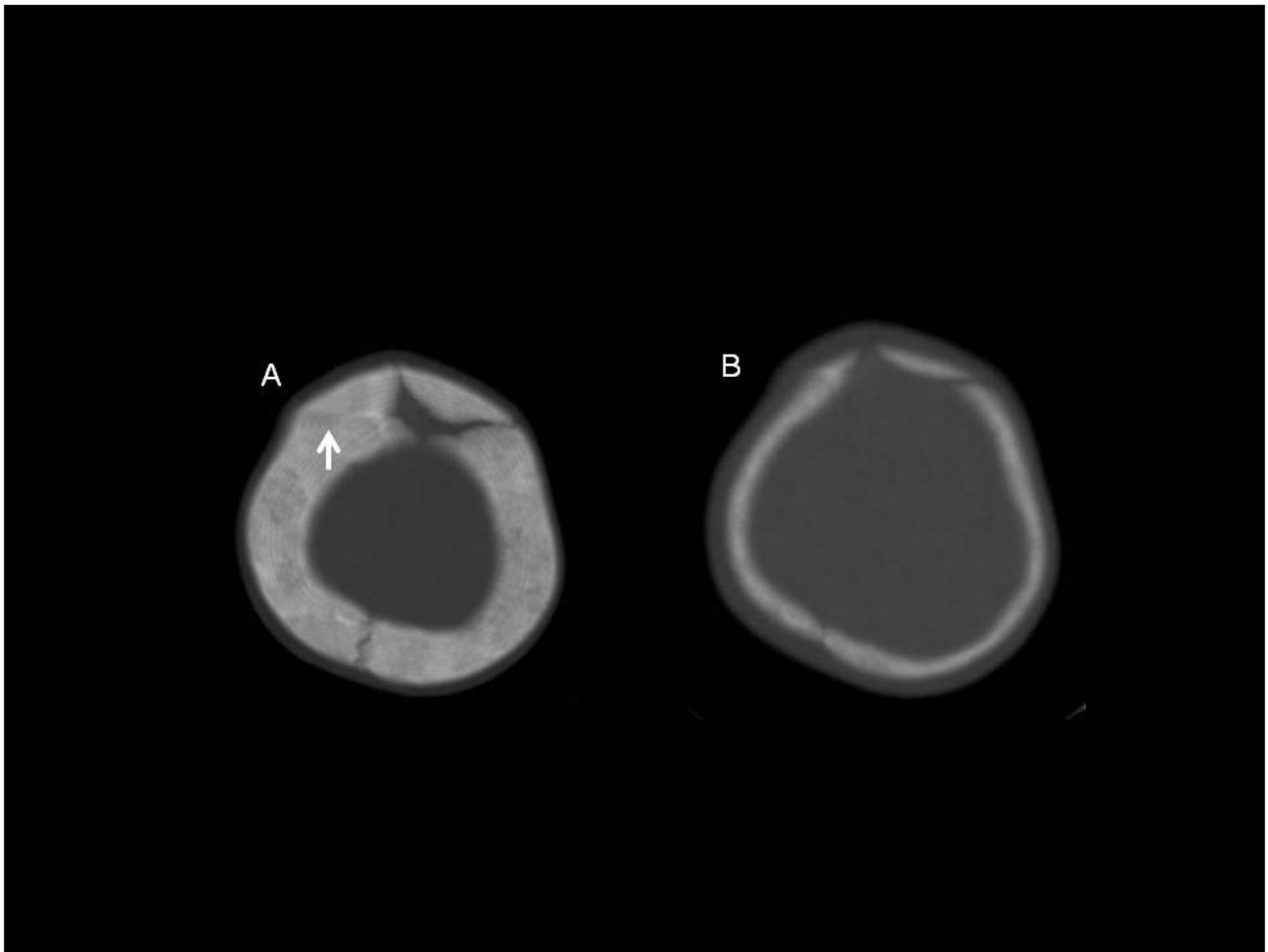


Fig. 19: Fig A: Reconstrucción axial MIP. Cierre precoz de sutura frontal derecha. La flecha amarilla señala la teórica localización de la sutura frontal. Fig B: Corte axial de TAC en ventana ósea. El cierre unilateral de la sutura frontal derecha condiciona una plagiocefalia con un hemicalvarium derecho acortado.

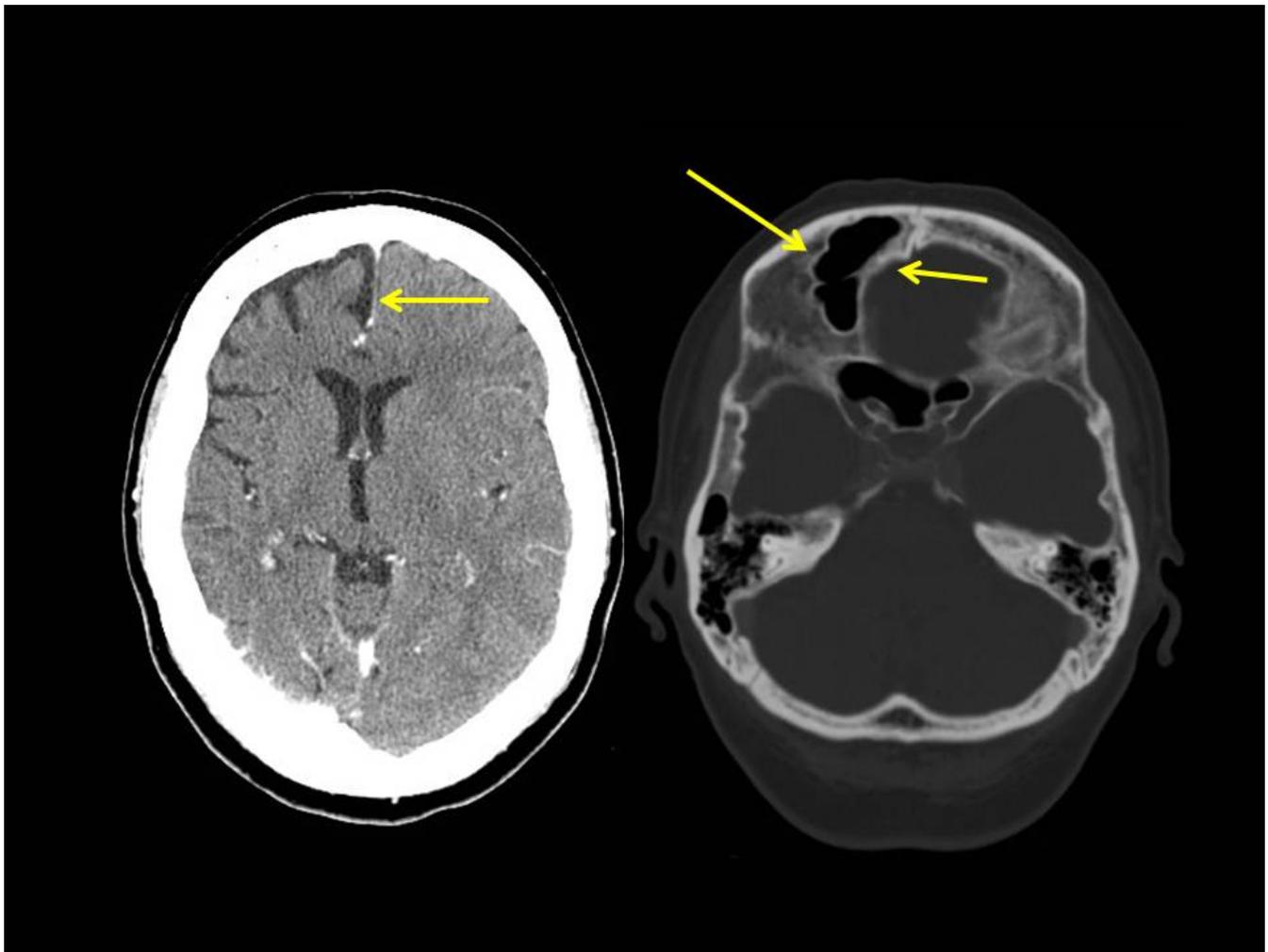


Fig. 20: Cortes axiales de TAC. Síndrome de Dyke- Davidoff- Masson. En la ventana de parénquima se observa la atrofia unilateral del hemisferio derecho respecto al izquierdo. En la ventana ósea, se señala la hiperneumatización de los senos paranasales. Se objetiva el aumento de grosor de la bóveda craneal derecho..

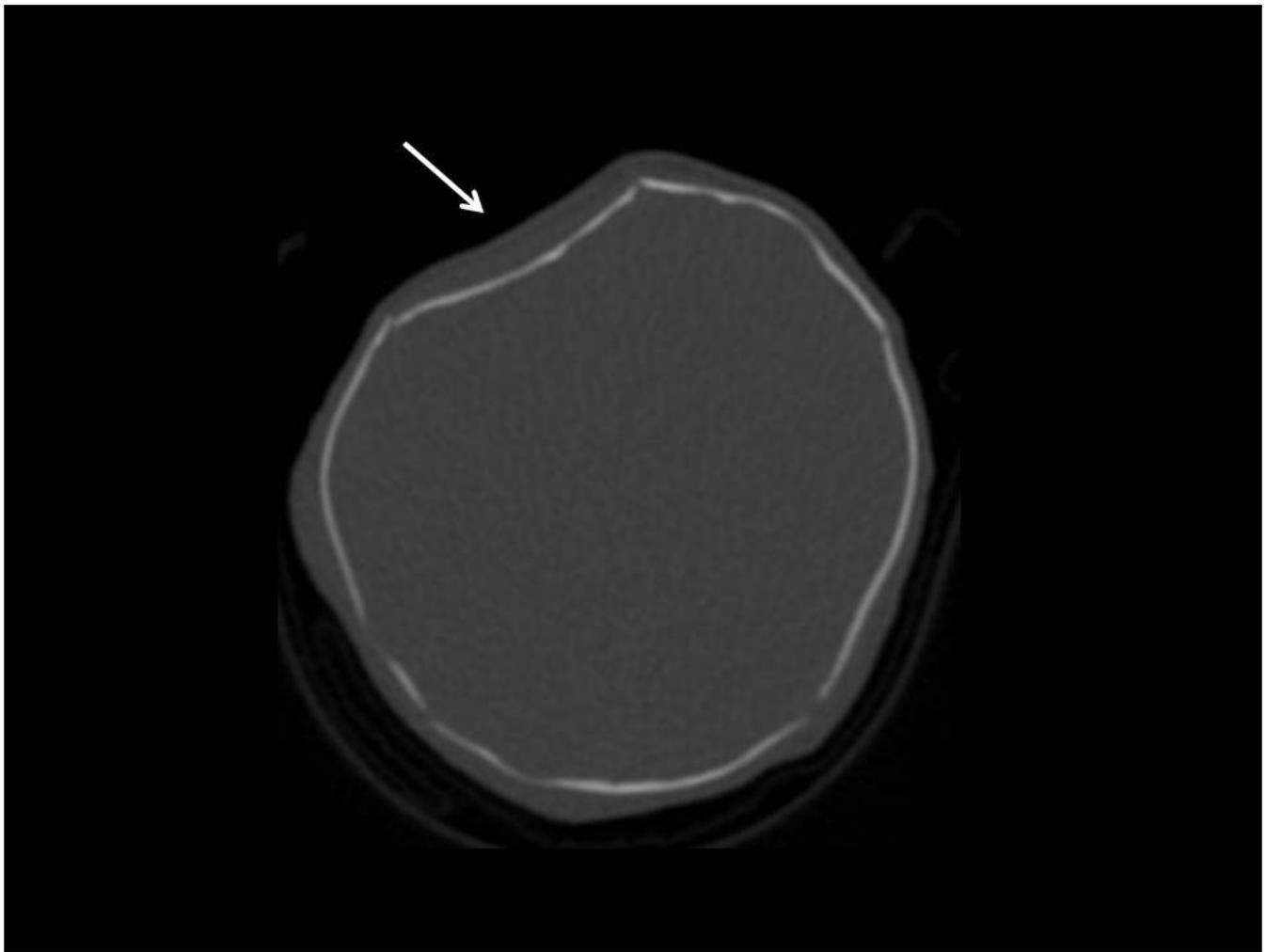


Fig. 21: Traumatismo secundario a extracción con fórceps. En el corte axial de TAC con ventana ósea se observa el hundimiento unilateral del hueso frontal derecho.



Fig. 22: Corte sagital de RM en secuencia T1: colección subgaleal levemente hiperintensa en línea media, hallazgo compatible con cefalohematoma.

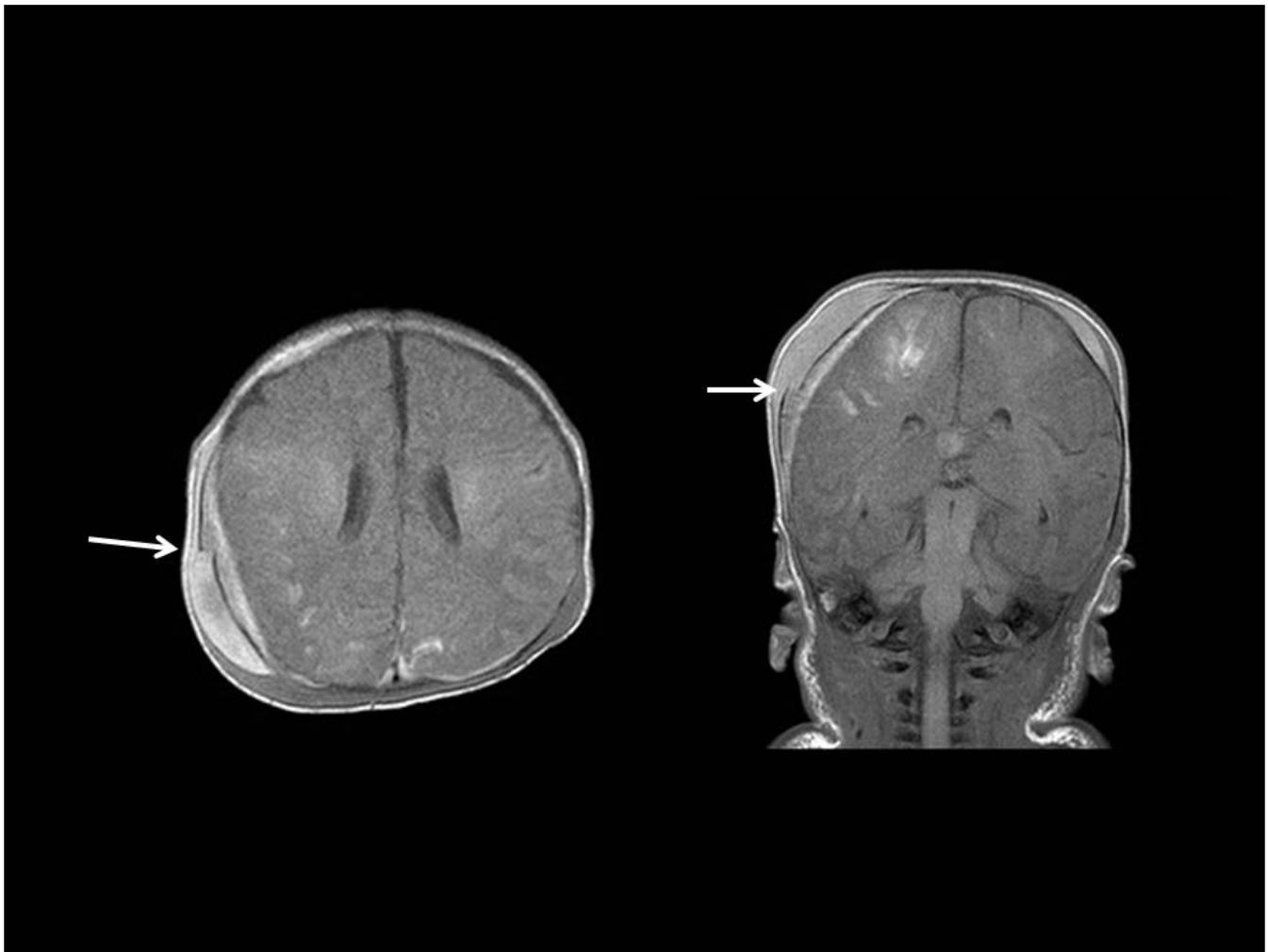


Fig. 23: Corte axial y coronal en T1. En estas proyecciones se objetiva el cefalohematoma que se acompaña de una discontinuidad de la calota con acabalgamiento óseo. Se observa prequeña colección extraaxial adyacente al defecto óseo parietal derecho.

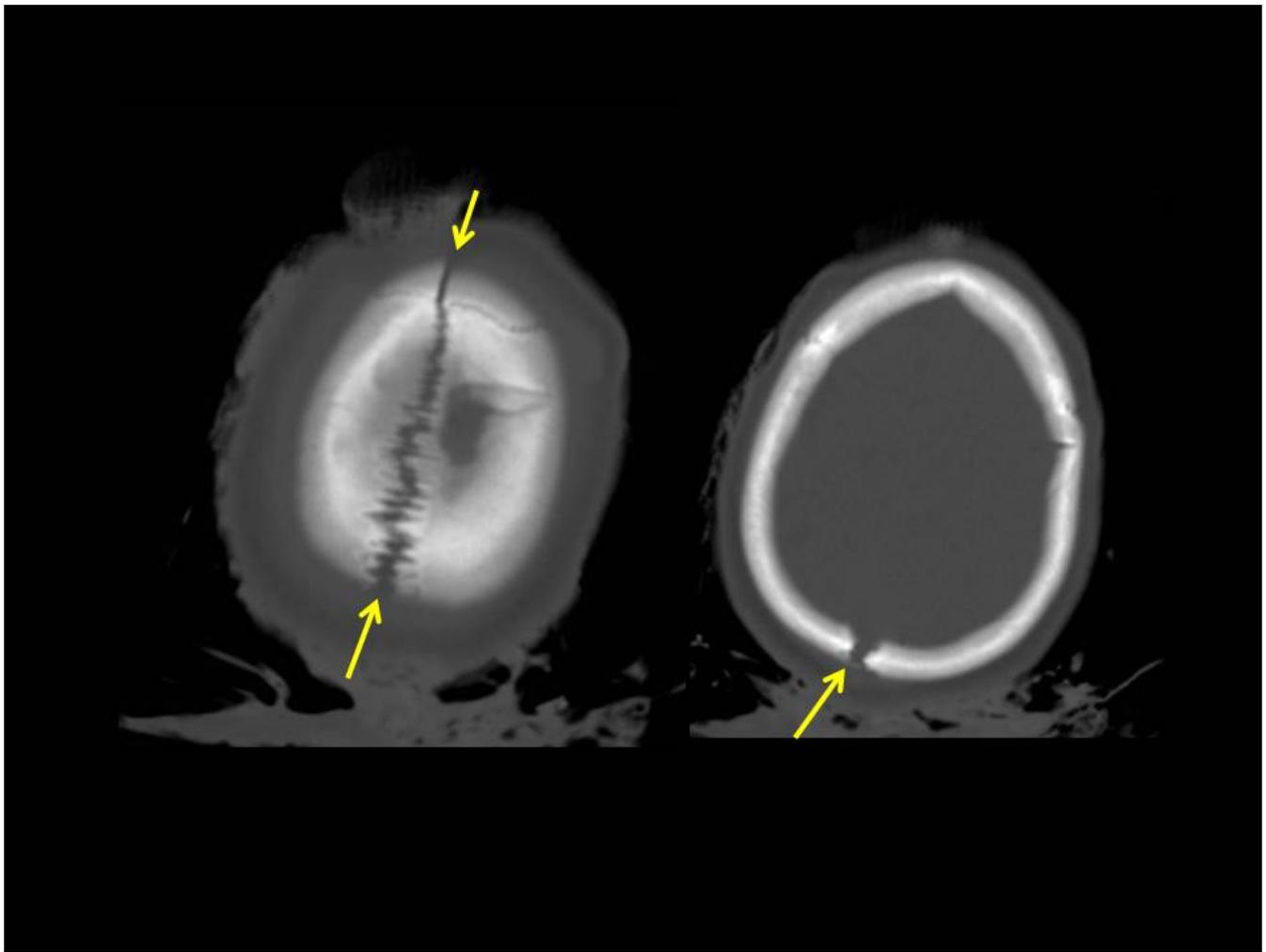


Fig. 24: Cortes axiales de TAC con ventana ósea. Paciente con TCE severo. Las flechas indican la diástasis de la sutura sagital en línea media.

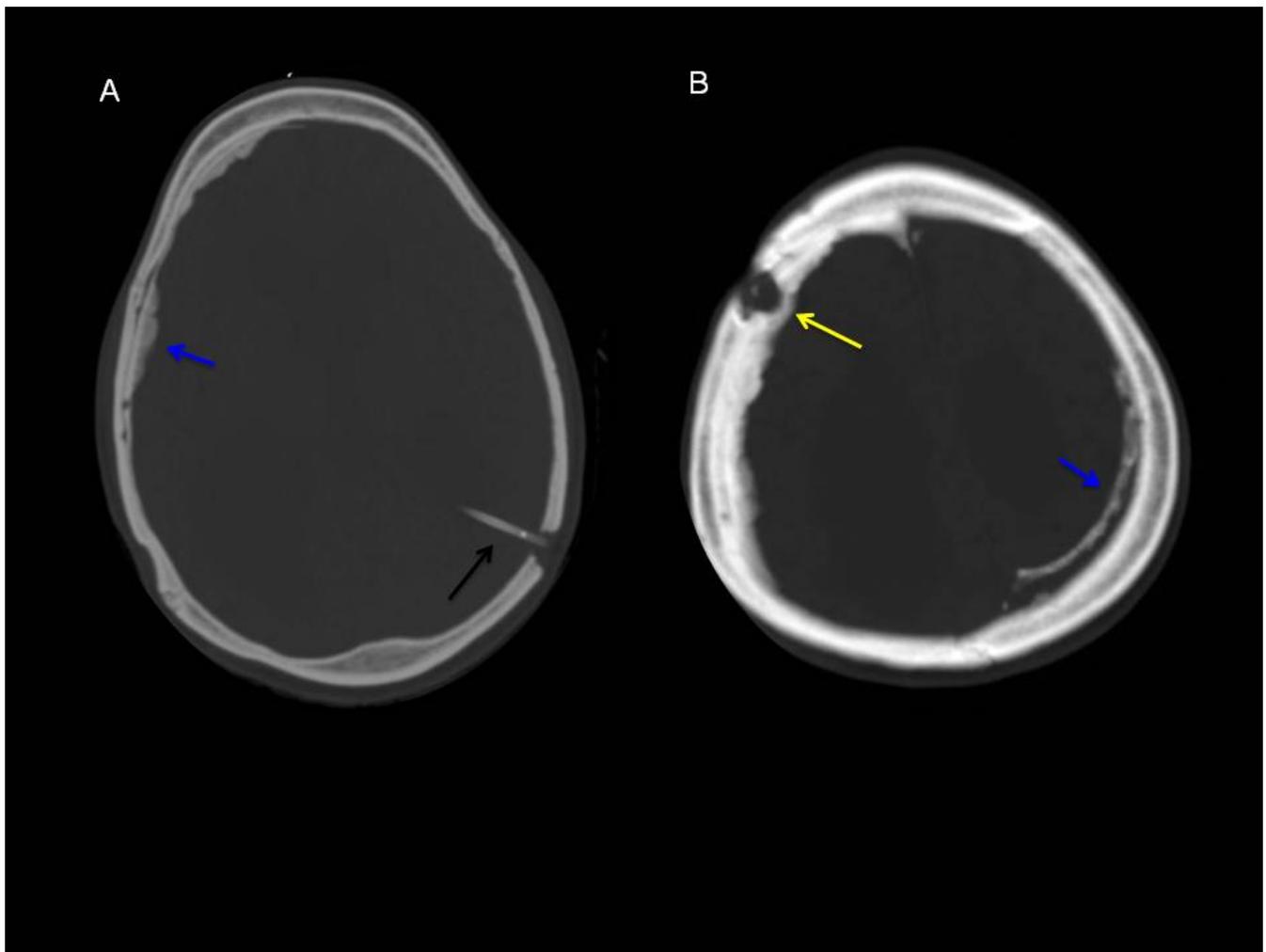


Fig. 25: Cortes axiales de TAC con ventana ósea. Se objetiva un trepano en hueso parietal izquierdo para el acceso de la válvula de DVP (flecha blanca). En la imagen B se objetiva un trepano residual frontal derecho (flecha amarilla). Calcificaciones meníngeas residuales en ambas convexidades (flechas azules)

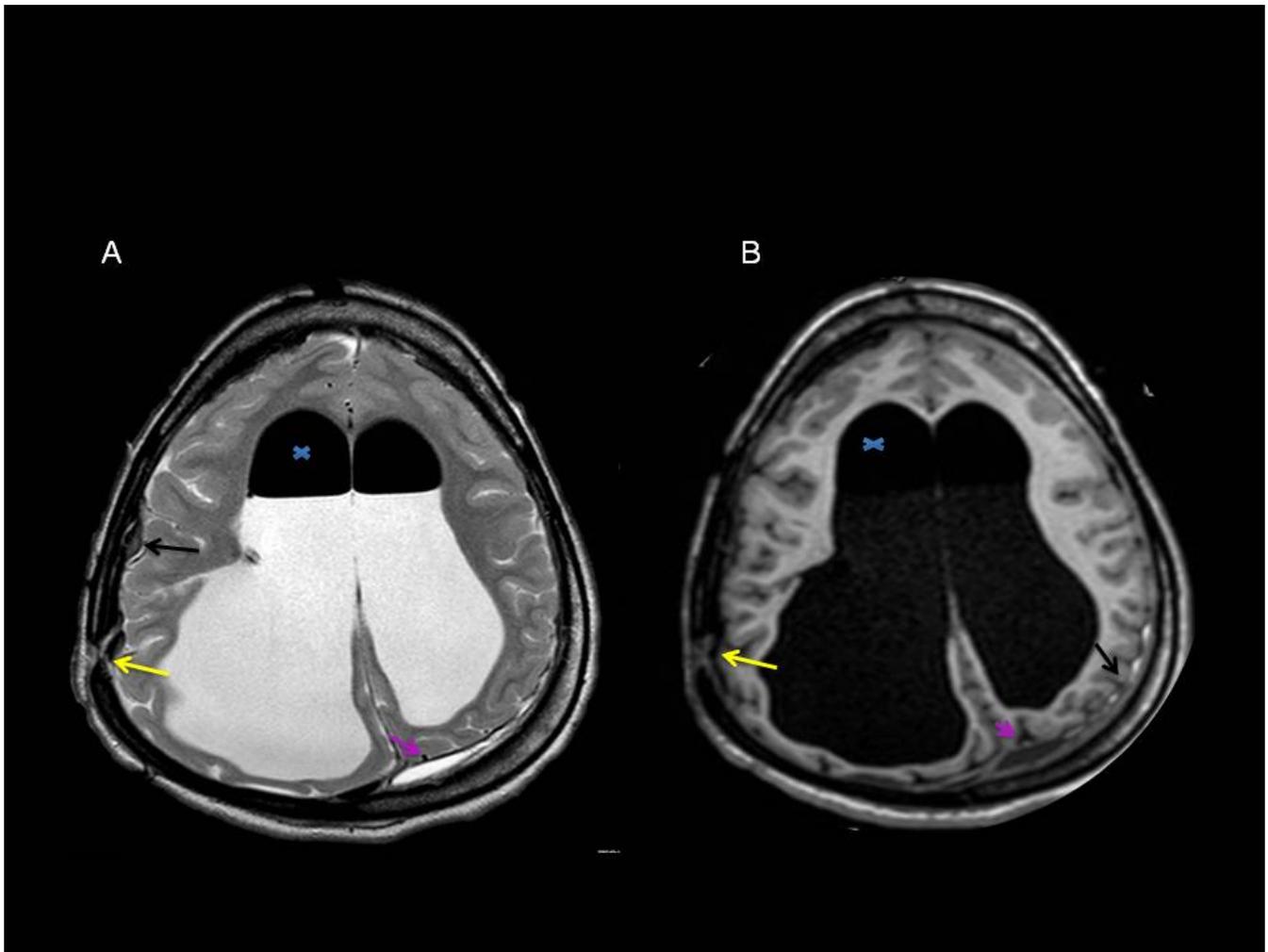


Fig. 26: Paciente con marcada hidrocefalia secundaria a estenosis congénita del Silvio con importante dilatación del atrio derecho y atrofia parenquimatosa asociada. Neumoencefalo intraventricular en astas frontales(x azul). Se objetiva un orificio de trepano residual en hueso parietal derecho (flecha amarilla). Calcificaciones residuales de las meninges en ambas convexidades (flechas blancas). Pequeña colección laminar residual extraaxial (flecha rosa)

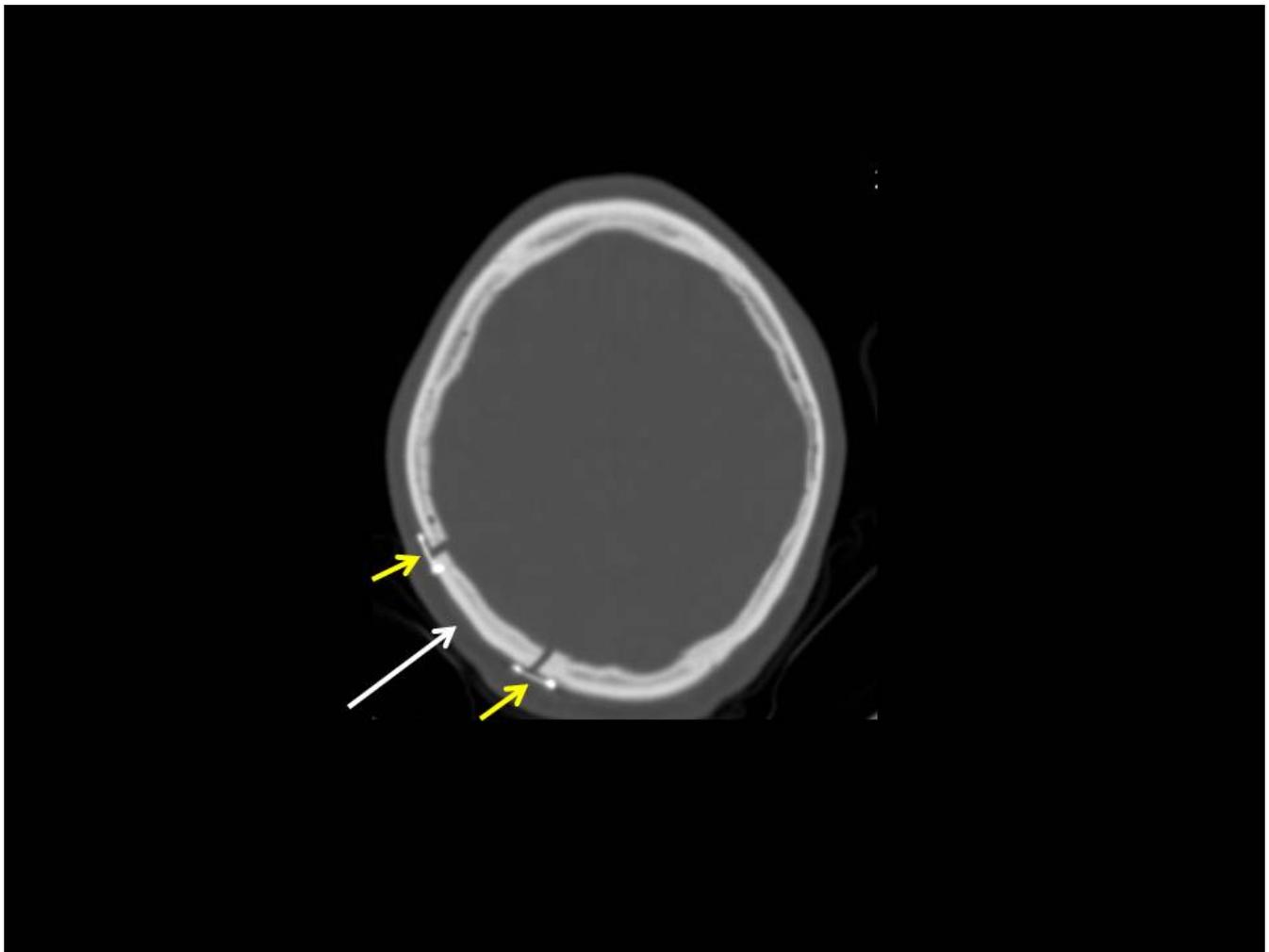


Fig. 27: Craneotomía parietal derecha. Las flechas amarillas indican el material quirúrgico para fijación del hueso propio (flecha blanca).

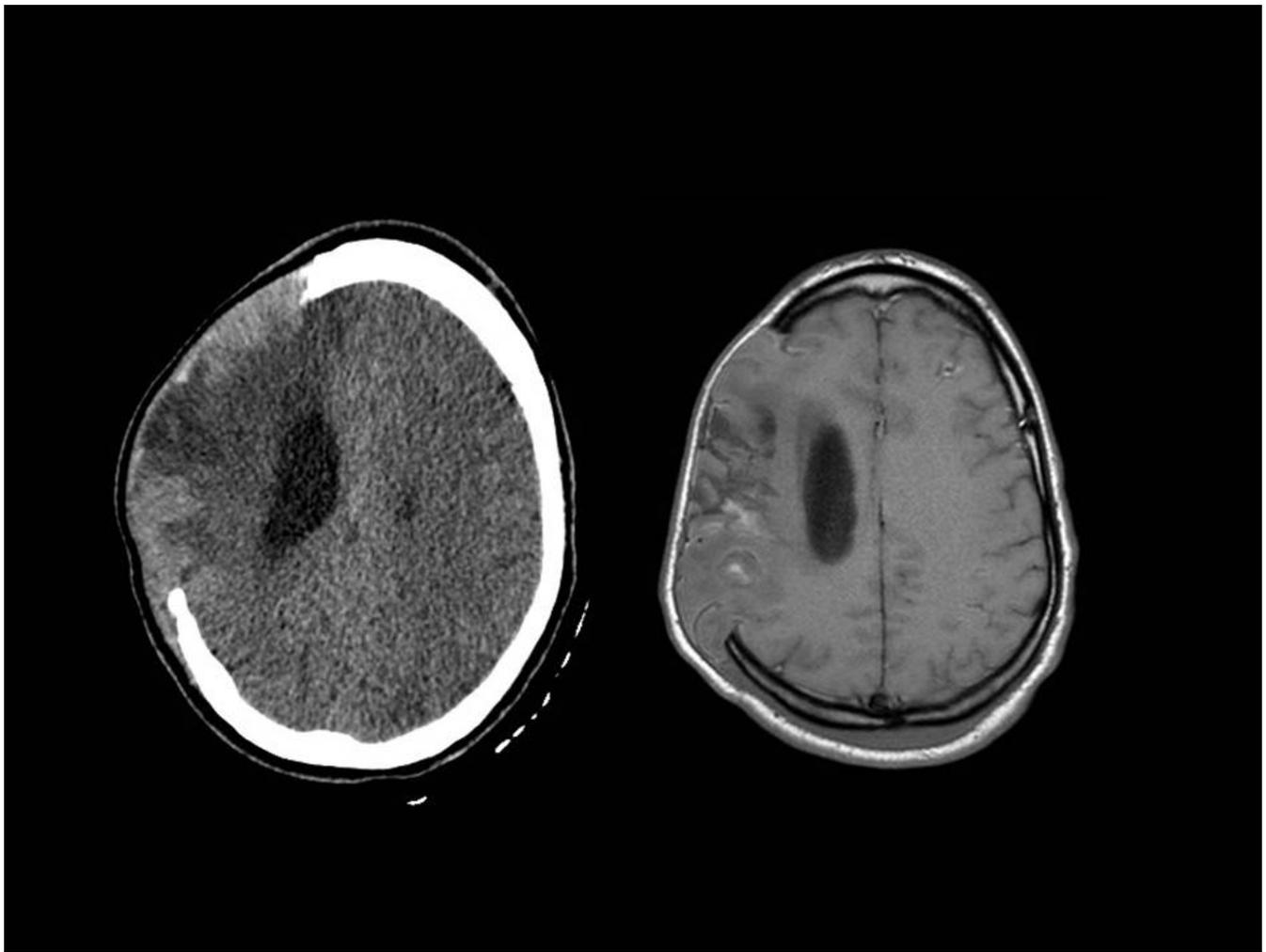


Fig. 28: Corte axial de TAC con ventana de parénquima y corte axial de RM en secuencia T1. Craniectomía parietal derecha con herniación parcial del parénquima cerebral.

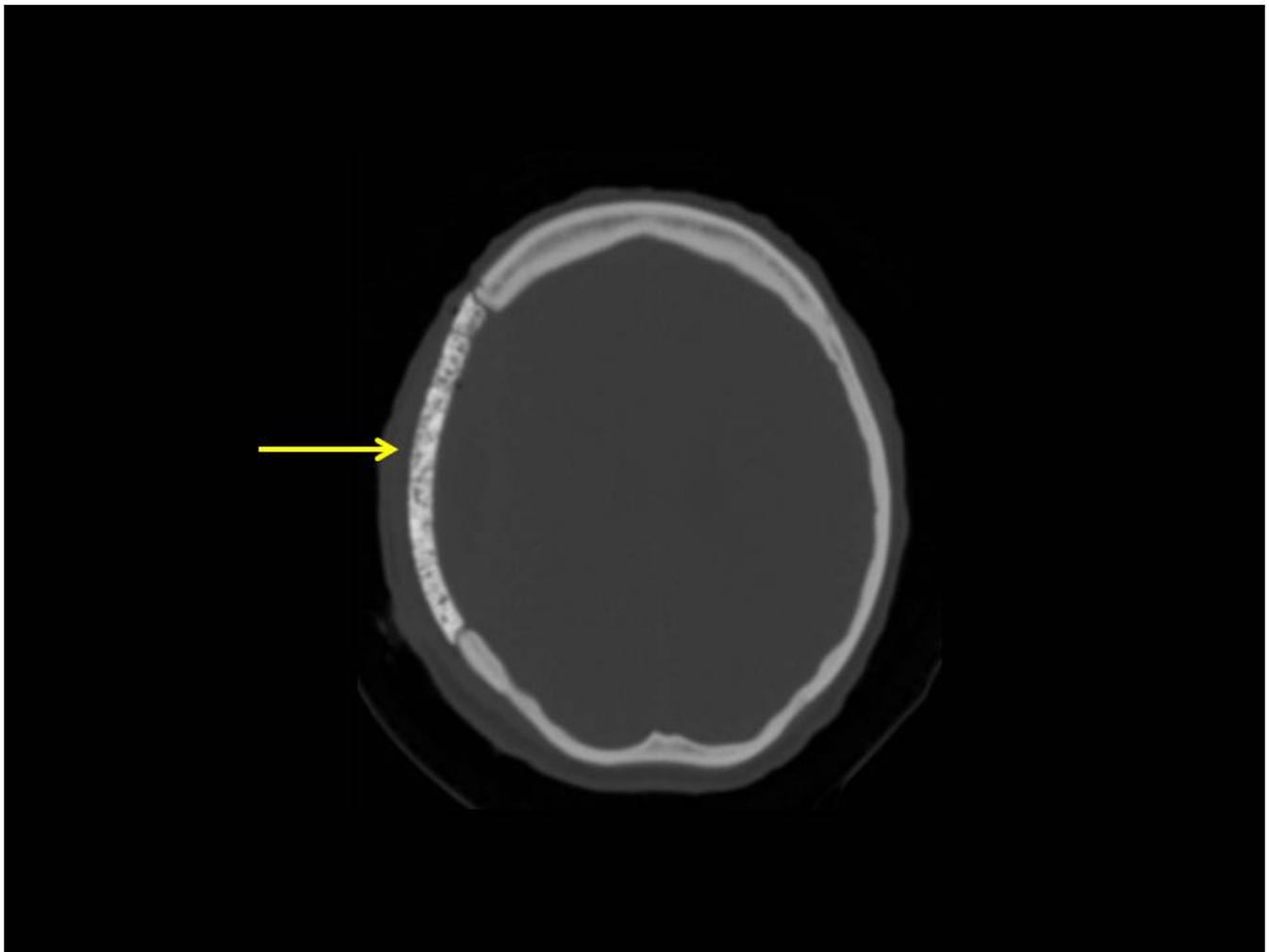


Fig. 29: Corte axial de cranioplastia frontoparietal derecha. La flecha amarilla señala el material sintético empleado para cubrir el defecto óseo.

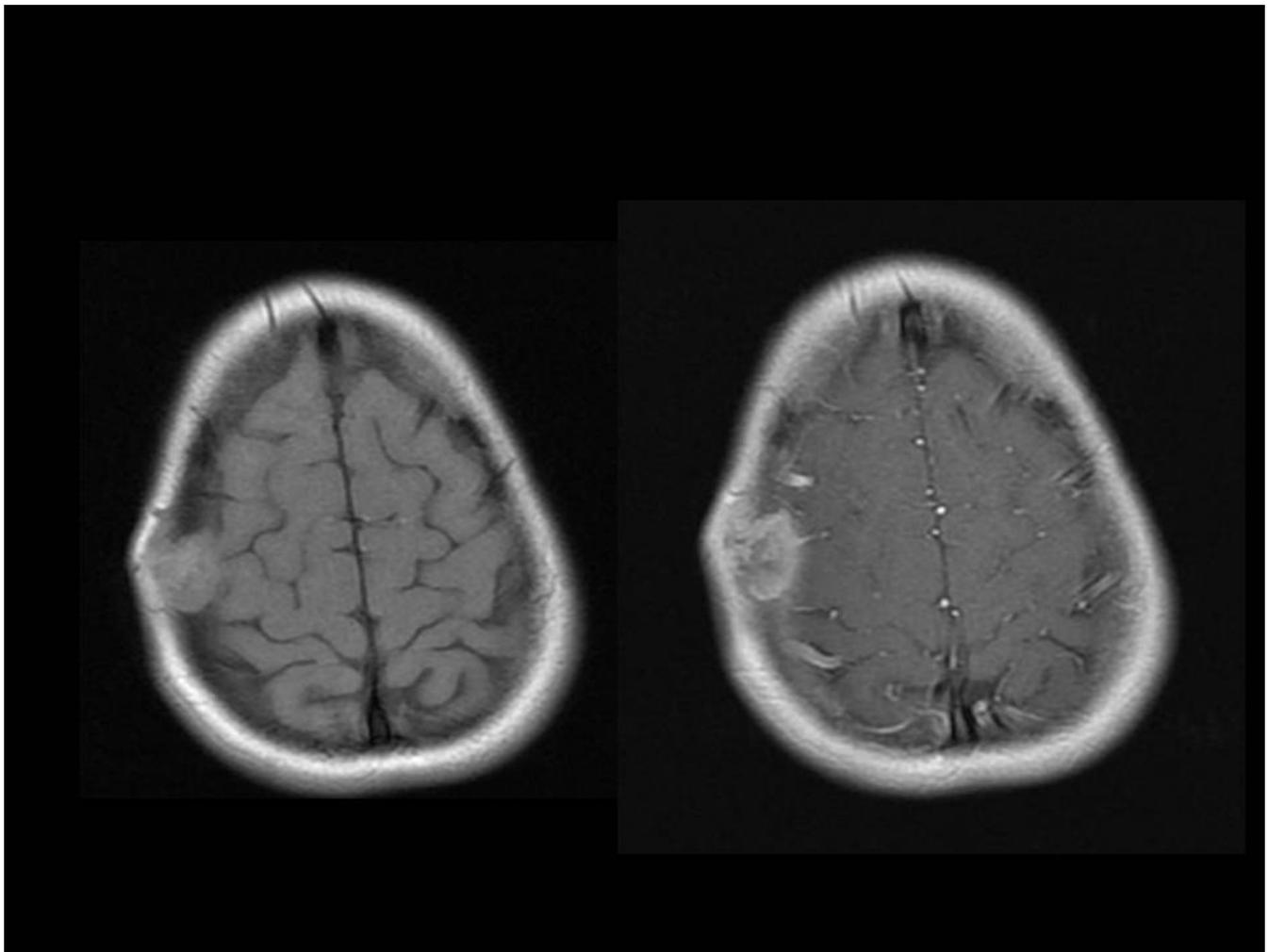


Fig. 30: Cortes axiales de T1 y T1 con contraste. Granuloma eosinófilo: Masa de partes blandas que realza tras la administración de gadolinio y provoca erosión de las tablas interna y externa del hueso parietal derecho pero sin signos de expansividad. No se objetivan otras lesiones en calota.

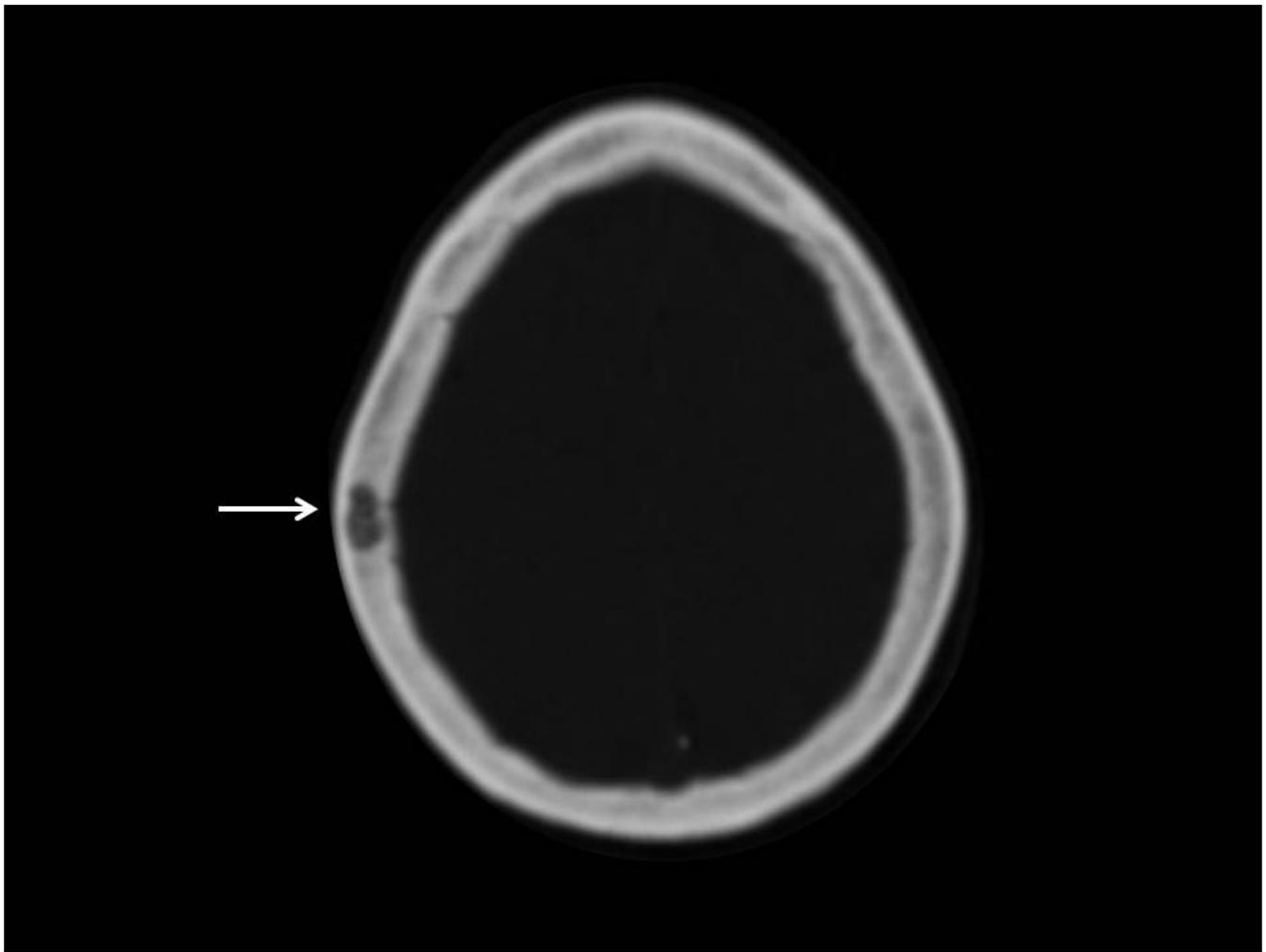


Fig. 31: Hemangioma. TC axial en ventana de hueso. Lesión intradiploica de aspecto reticulado bien delimitada (flecha blanca)

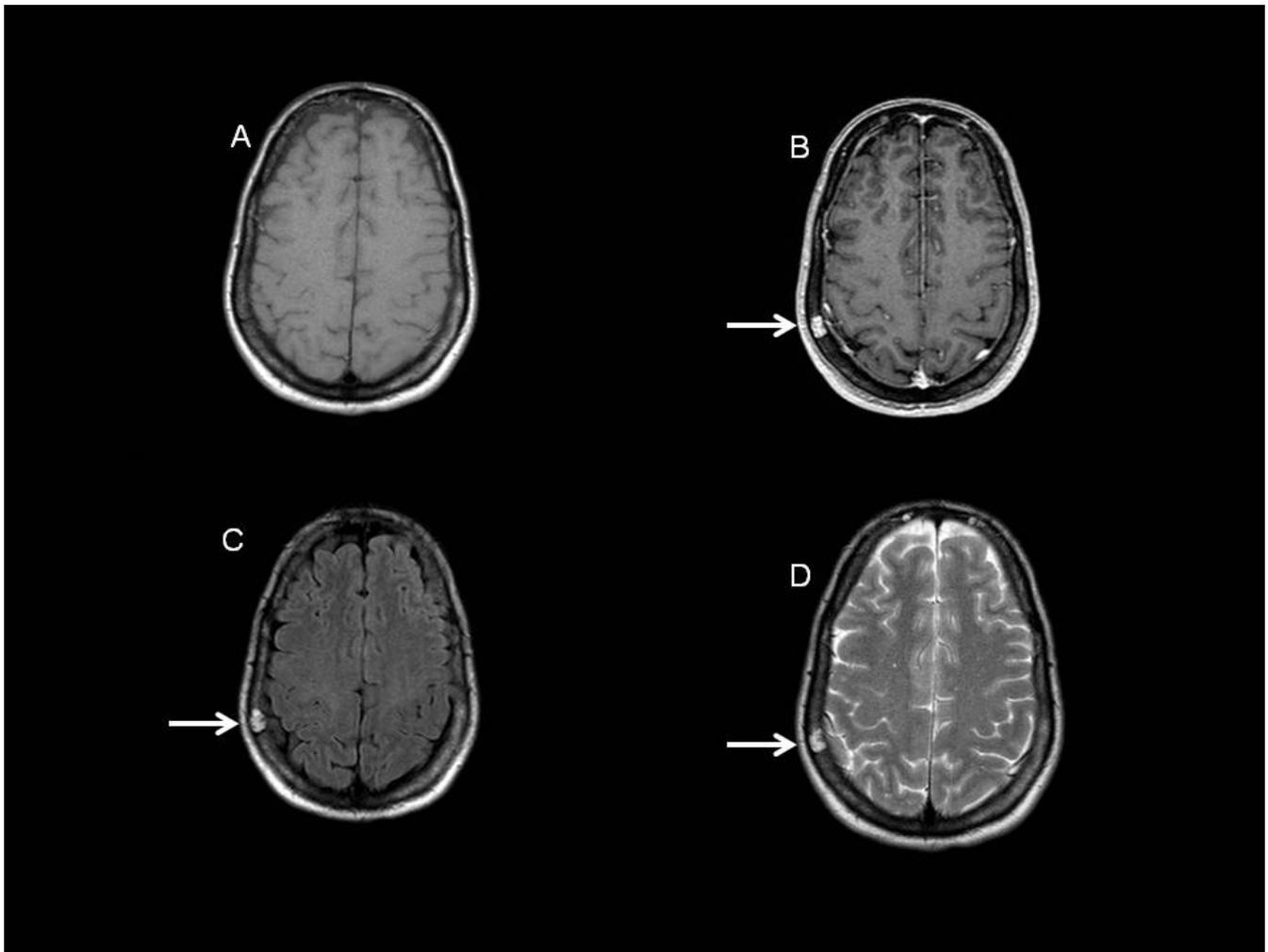


Fig. 32: Hemangioma. A y B secuencias T1 y T1 postGadolinio iv. Lesión intradiploica parietal derecha (flecha blanca) hipointensa en secuencia T1 sin Gadolinio con intenso realce. En secuencia T2 y FLAIR la lesión es espontáneamente hiperintensa.

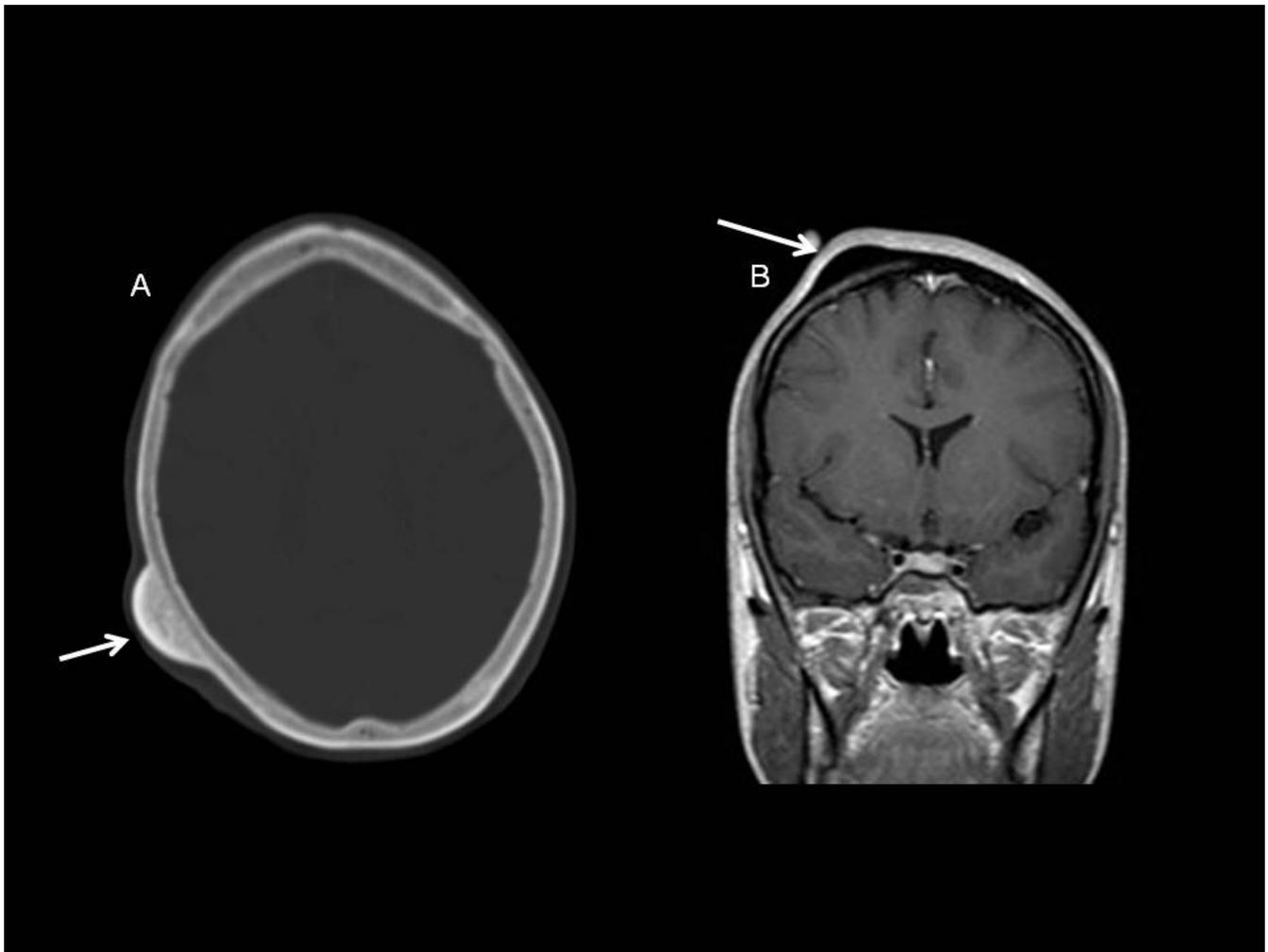


Fig. 33: Osteoma (flechas blancas). Imagen A TC axial ventana de hueso se objetiva un engrosamiento escleroso parietal derecho dependiente de tabla externa sugestivo de osteoma. En imagen B, T1 coronal, se objetiva un engrosamiento focal dependiente de tabla externa sugestivo de osteoma.

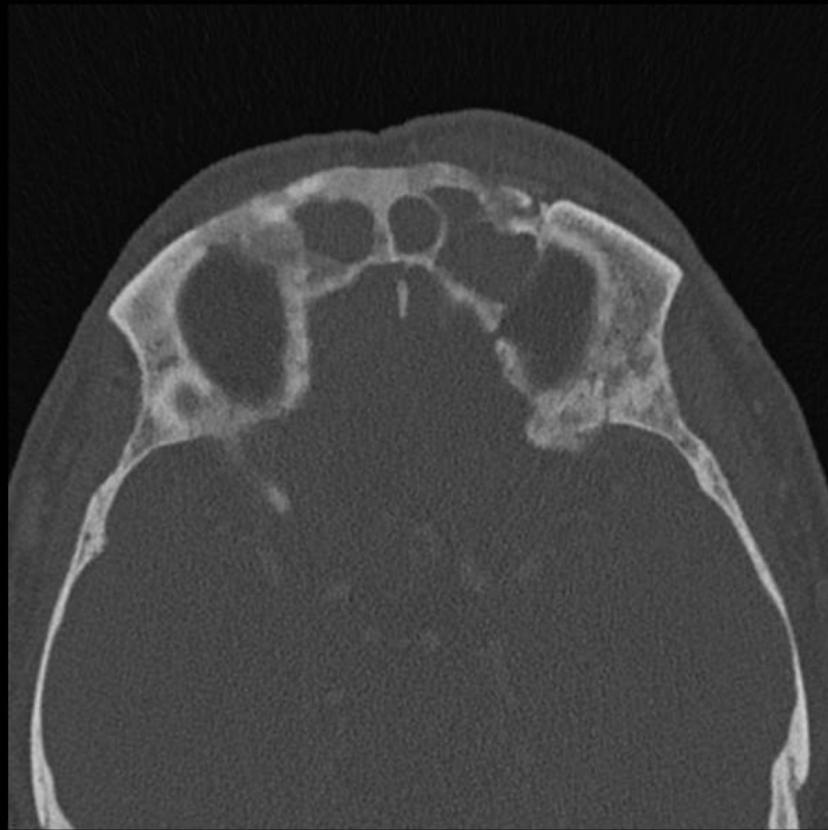


Fig. 34: Enfermedad de Paget. TC axial ventana ósea. Afectación ósea difusa frontobasal y esfenoidal bilateral con engrosamiento trabecular y cortical con lesiones óseas de aspecto mixto.

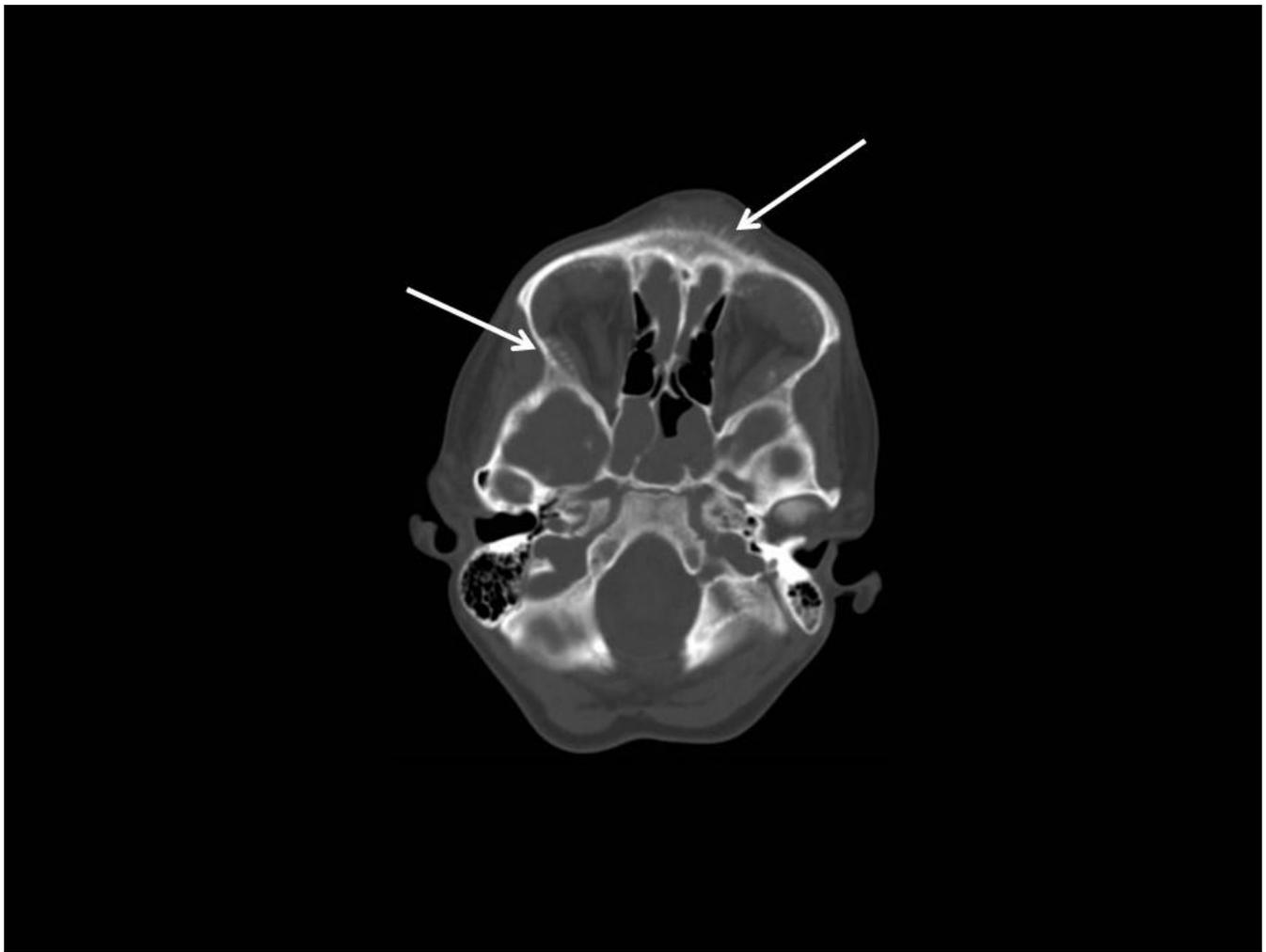


Fig. 35: Metástasis de neuroblastoma. TC axial ventana ósea. Las flechas blancas señalan las lesiones óseas líticas frontal y esfenoidal derecha, con el patrón clásico de cráneo en cepillo.

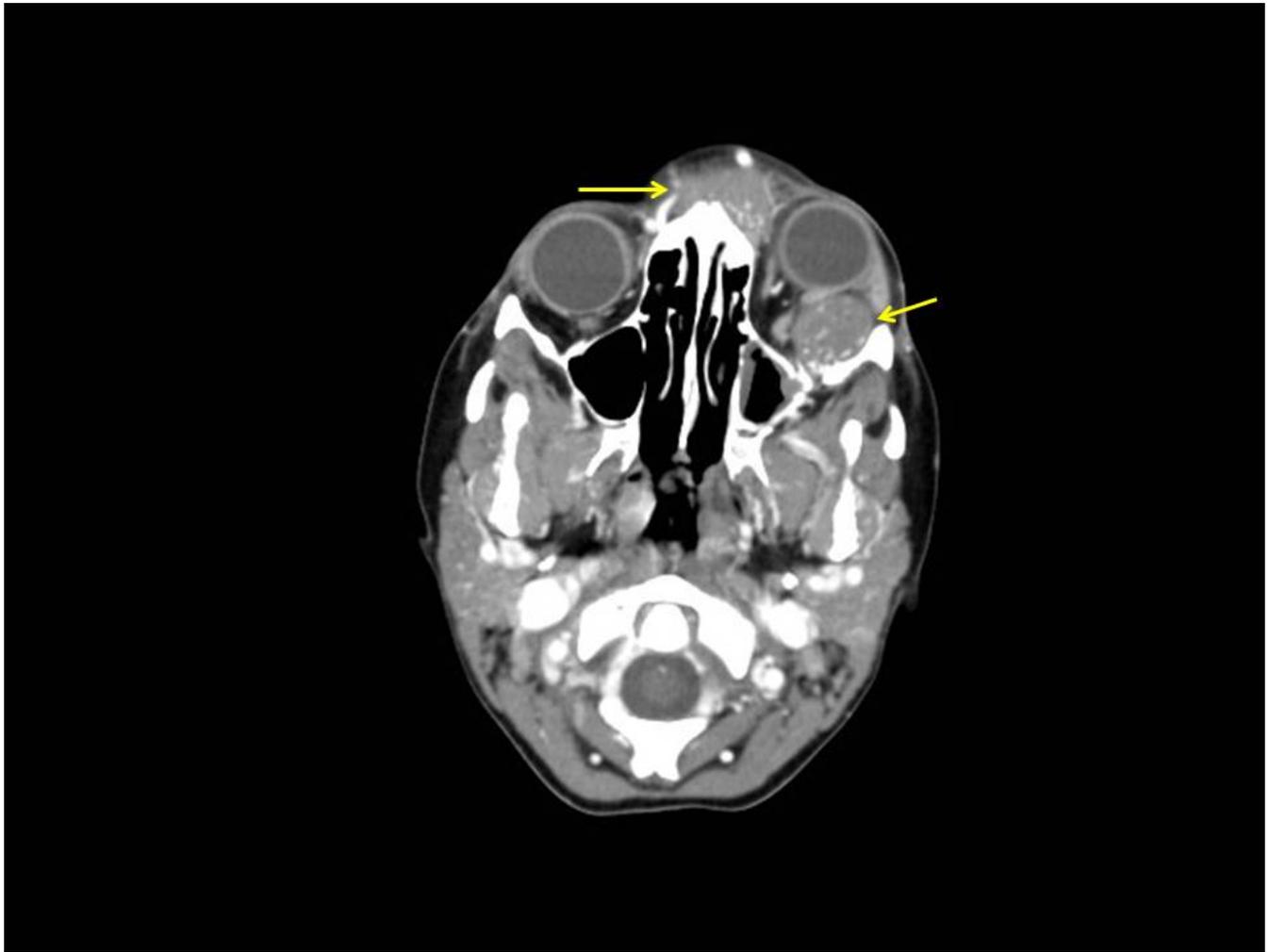


Fig. 36: Metástasis de neuroblastoma. TC axial tras CIV. Masas de partes blandas asociadas a las lesiones líticas con patrón en cepillo, en región frontonasal y esfenoidal izquierda, esta ultima invade la región orbitaria condicionando un exoftalmos izquierdo.

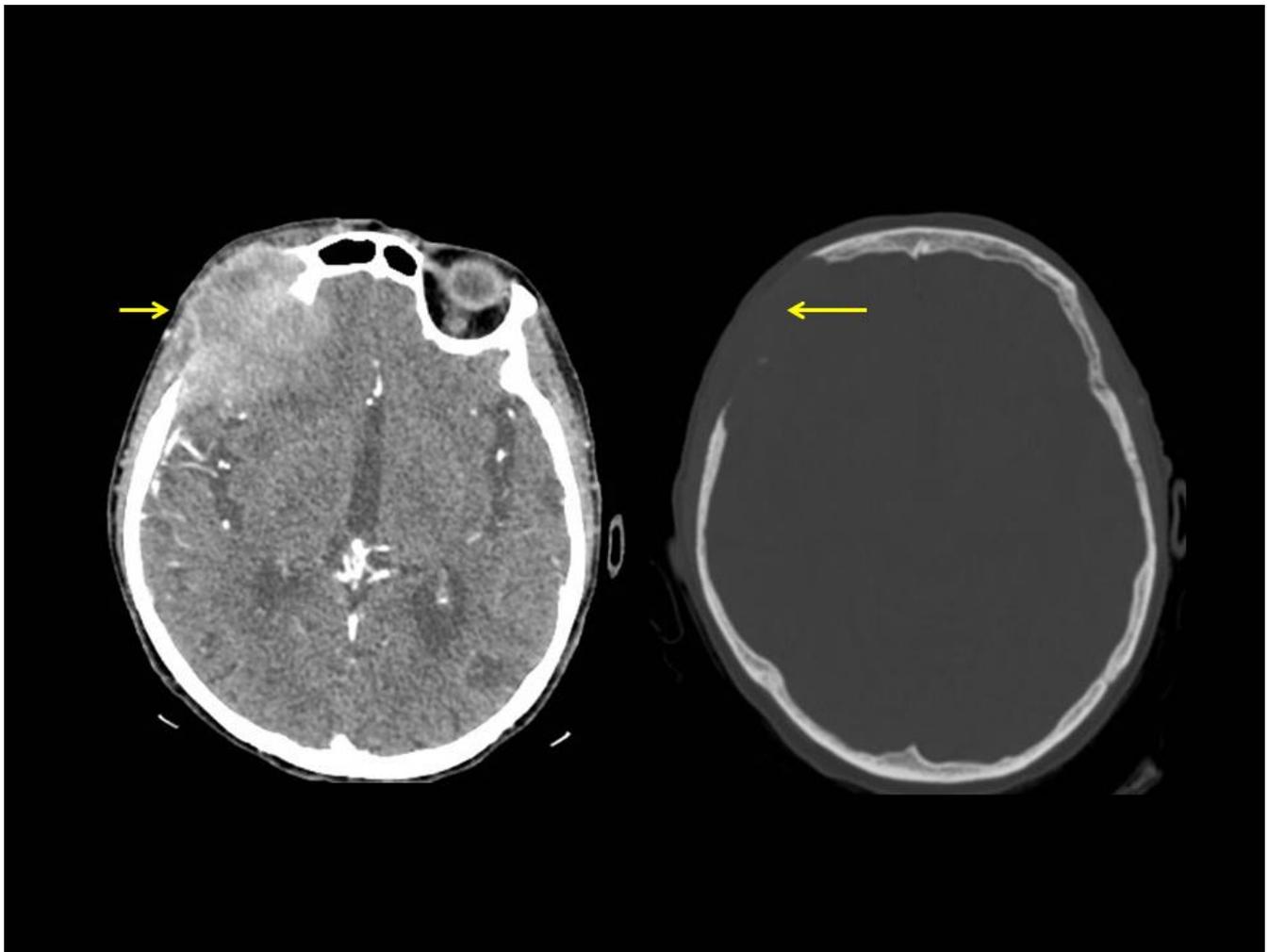


Fig. 37: Metástasis ósea frontobasal derecha con gran masa de partes blancas (imagen izquierda, TC axial tras CIV) con invasión intracraneal y afectación del parénquima frontobasal subyacente. En imagen derecha, TC axial (ventana ósea) marcada destrucción y lisis ósea frontal-frontobasal derecha.

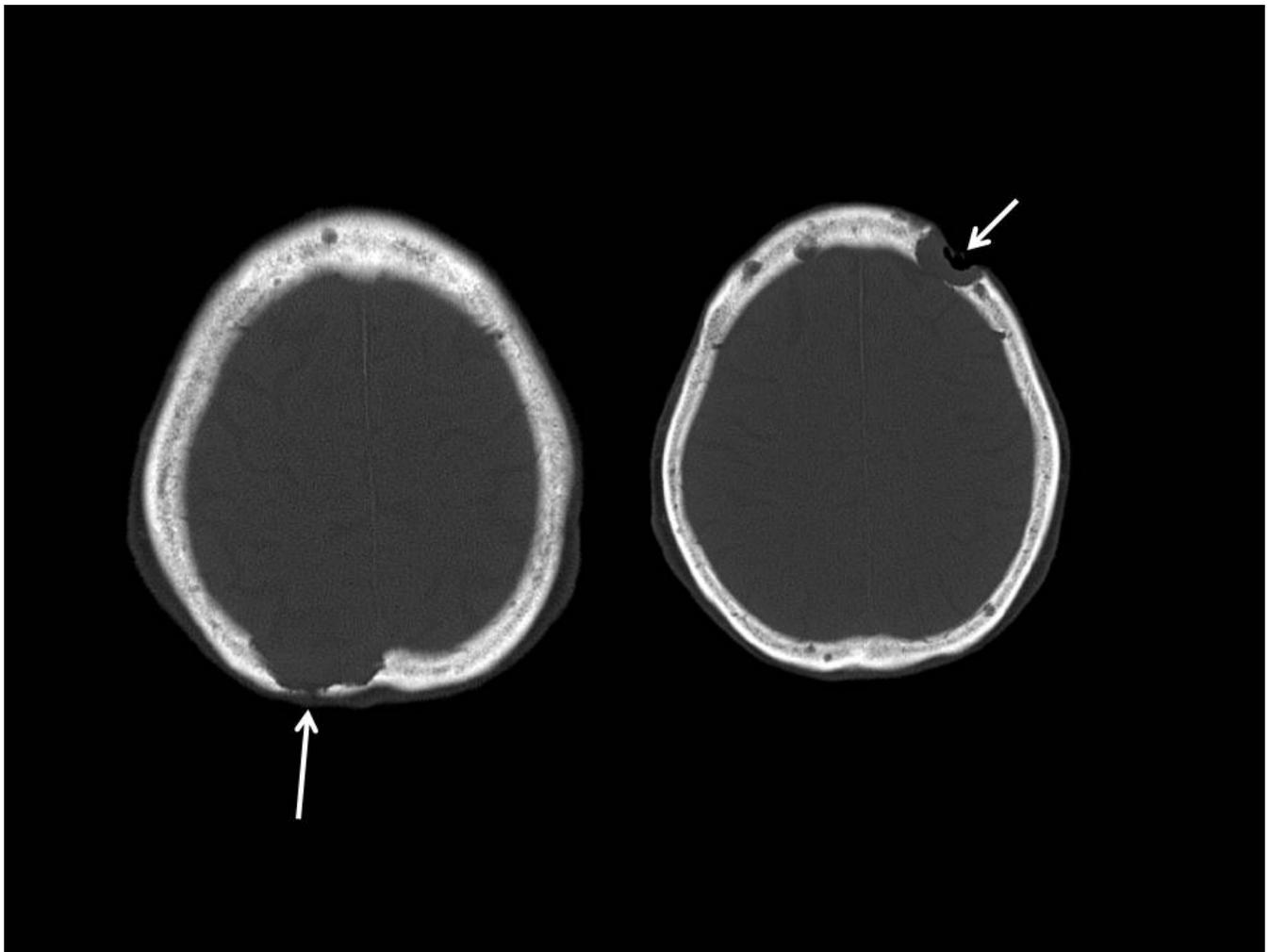


Fig. 38: Mieloma múltiple. TC axial ventana ósea. Múltiples defectos óseos líticos en "sacabocados" siendo los de mayor tamaño los localizados en hueso occipital derecho y frontal izquierdo. Este patrón es típico del mieloma múltiple.

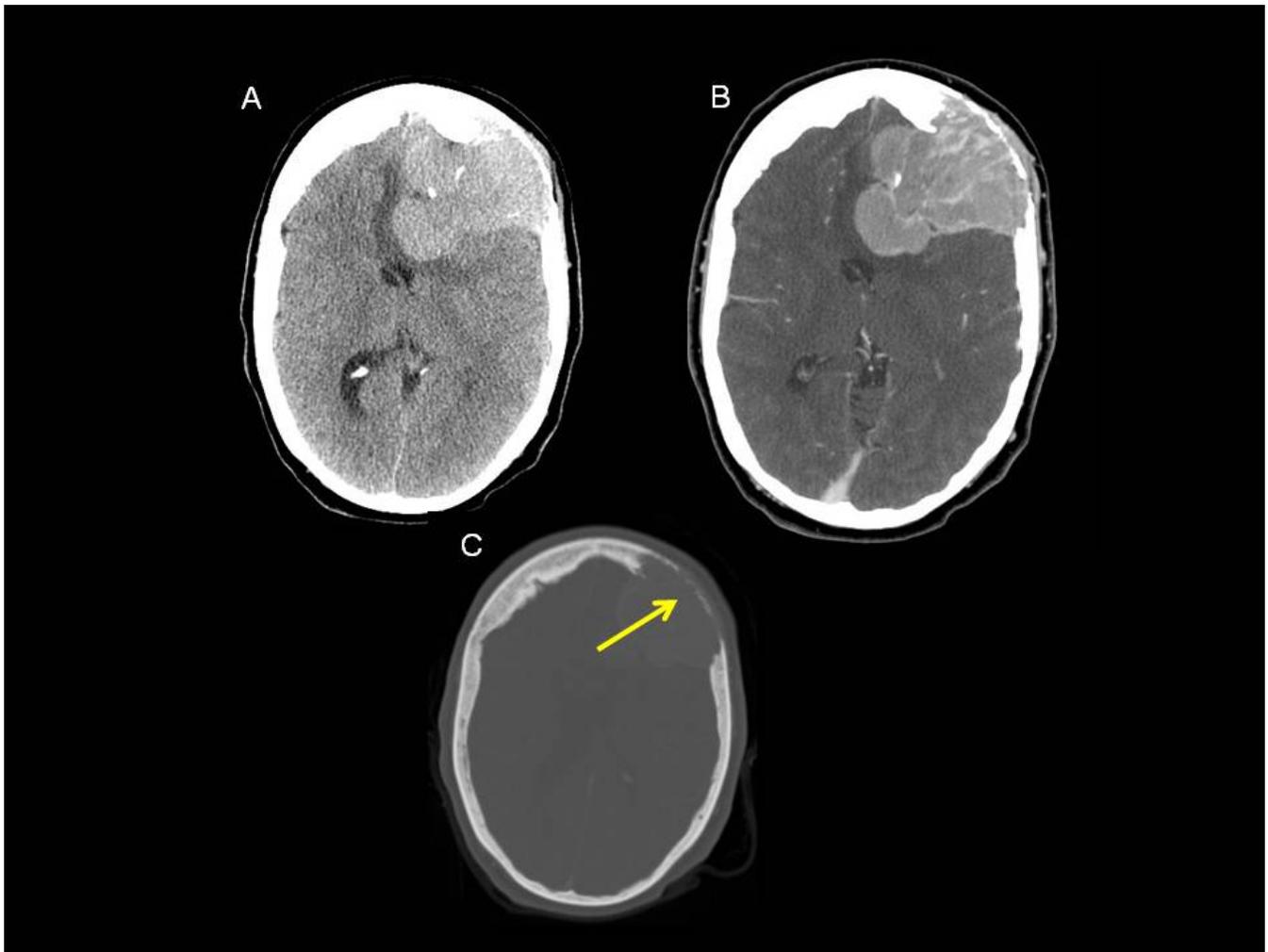


Fig. 39: Plasmocitoma. TC axial sin y tras CIV. Lesión única destructiva ósea frontal izquierda que asocia una gran masa frontal izquierda polilobulada con invasión intracraneal, espontáneamente hiperdensa en fase sin CIV con realce intenso. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de plasmocitoma.

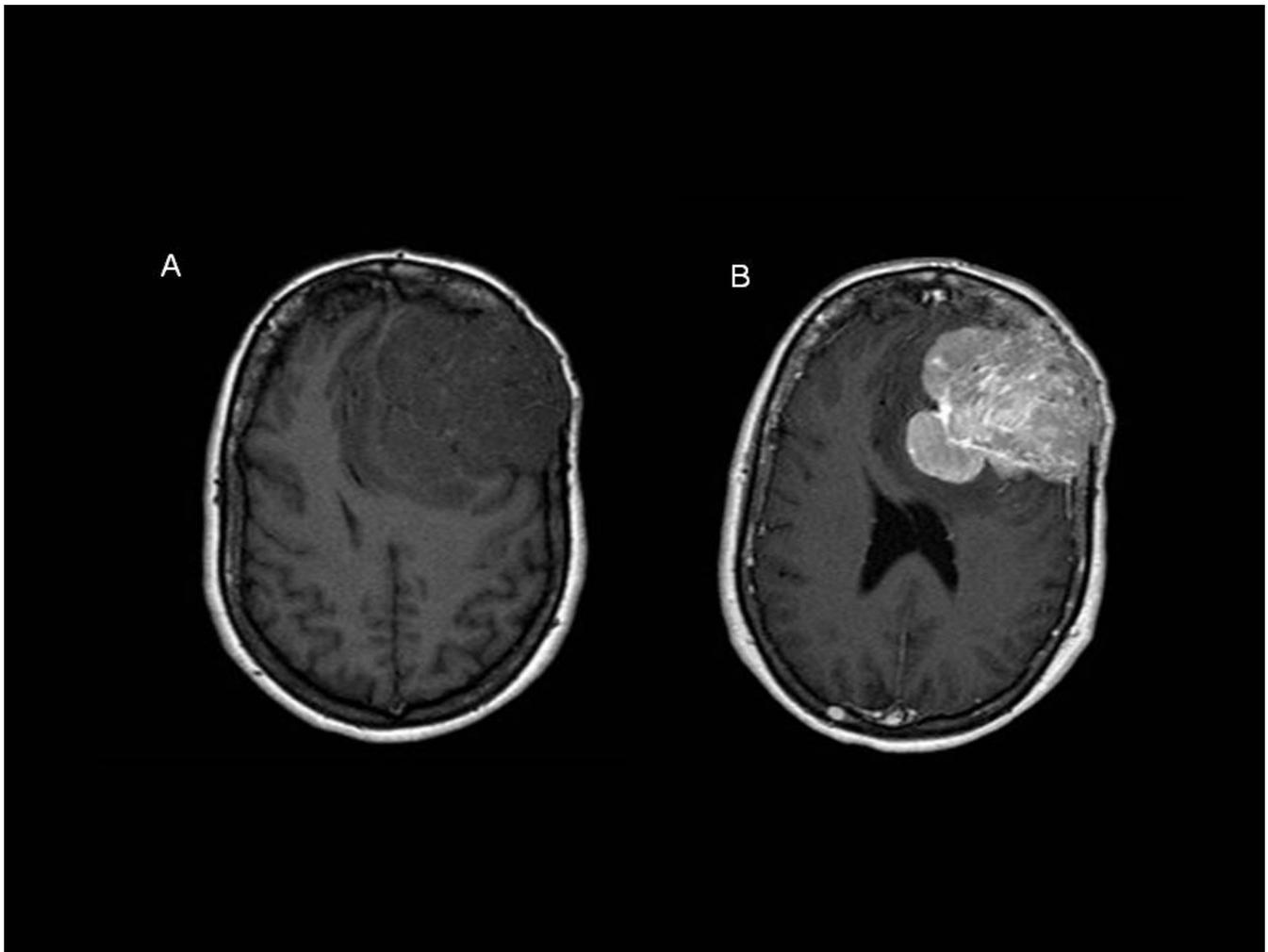


Fig. 40: Plasmocitoma. Lesión única lítica destructiva ósea frontal izquierda que asocia una gran masa de baja señal en secuencia T1 con intenso realce tras Gadolinio iv que invade el parénquima frontal subyacente con edema perilesional y colapso del sistema ventricular.

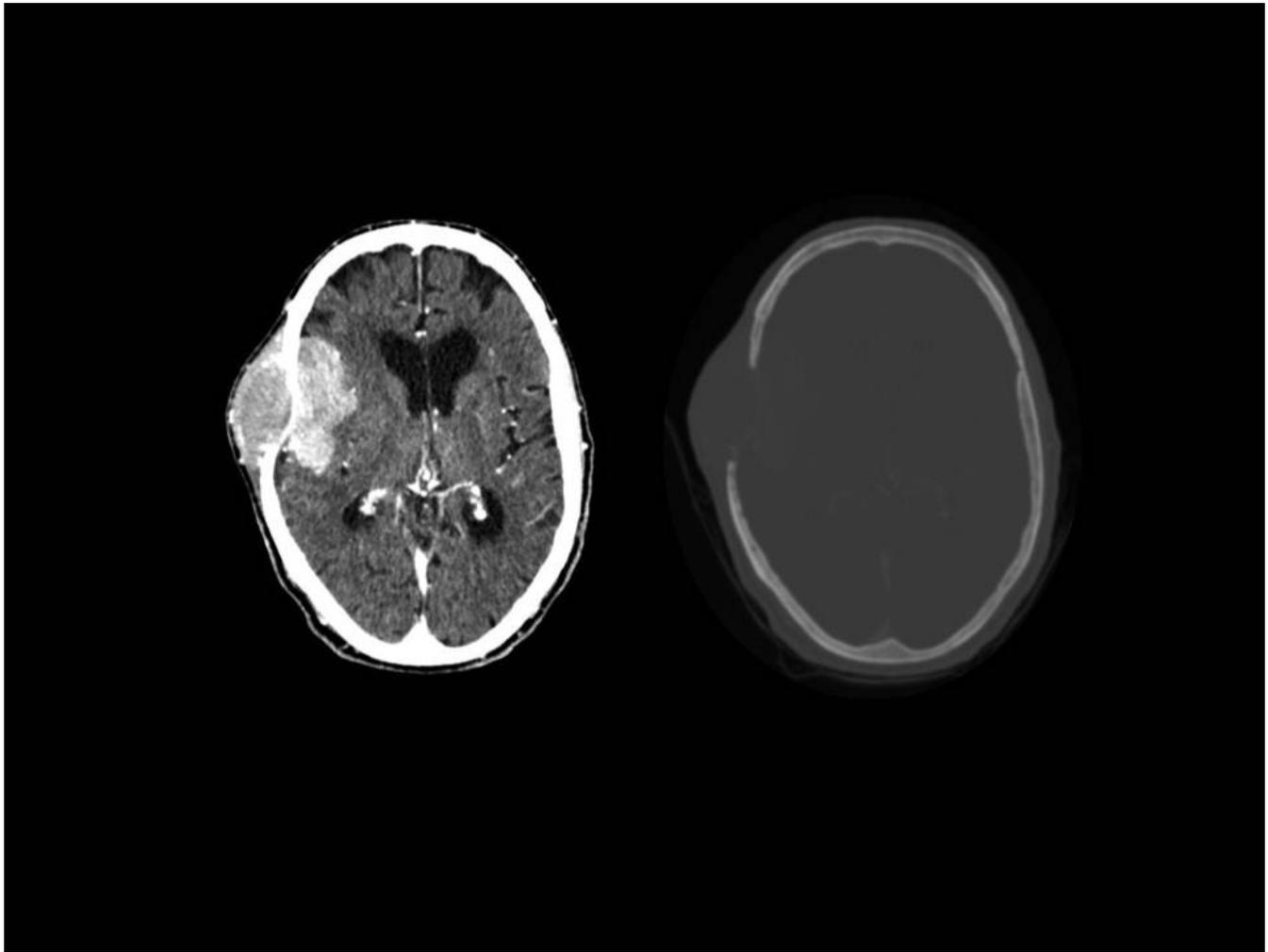


Fig. 41: Hemangiopericitoma. TC axial tras CIV (imagen izquierda) se objetiva una gran masa frontotemporal derecha, con componente extraaxial e invasión del parénquima cerebral adyacente, con realce intenso y heterogéneo. Se confirma la destrucción y lisis de la calota subyacente en la imagen de la izquierda, TC ventana ósea.

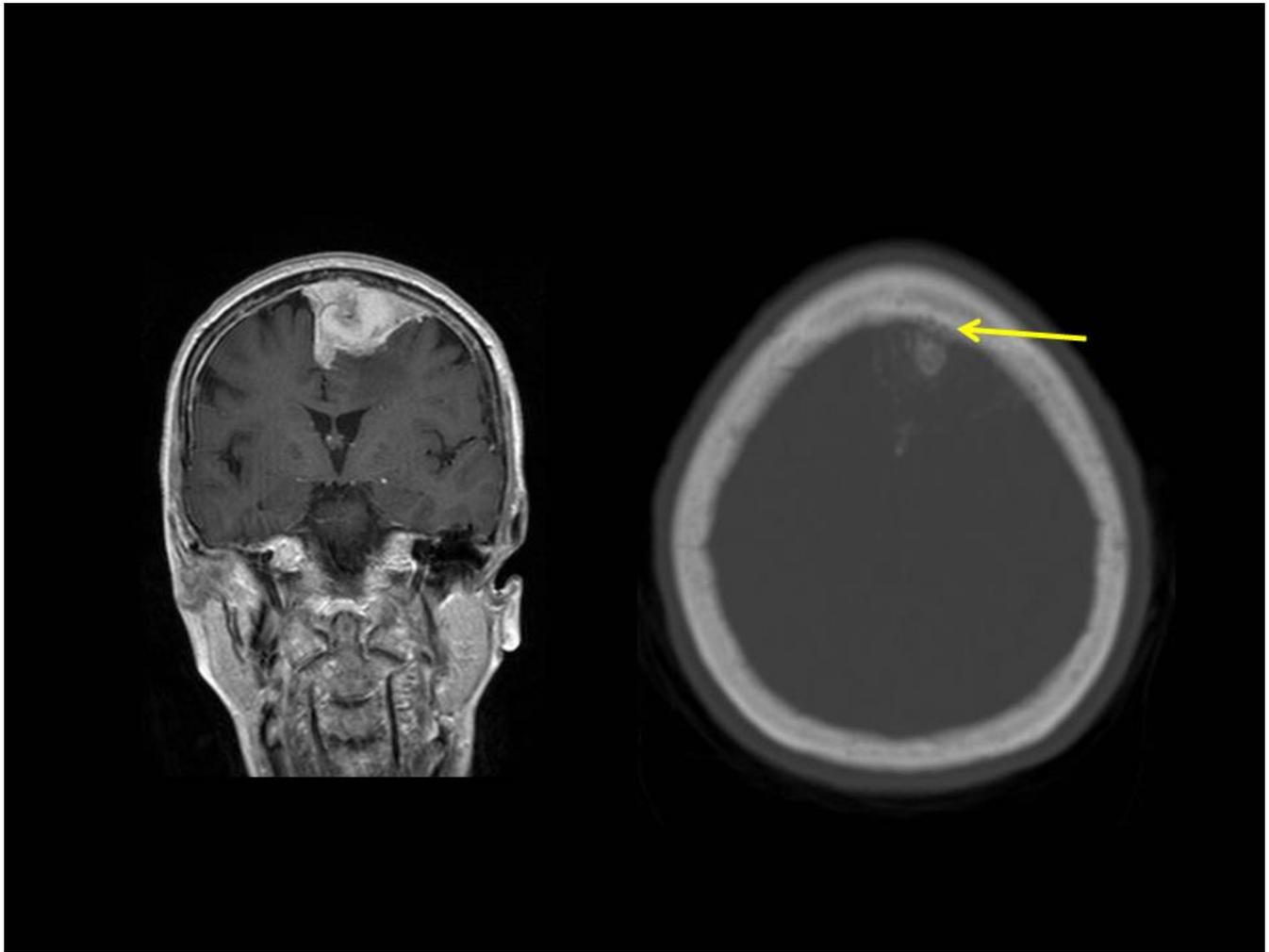


Fig. 42: Meningioma atípico. Imagen izquierda, secuencia T1 coronal postGd iv se objetiva un meningioma atípico frontal izquierdo, con lisis focal de la tabla interna subyacente que se confirma en TC con ventana ósea (imagen derecha, flecha amarilla).

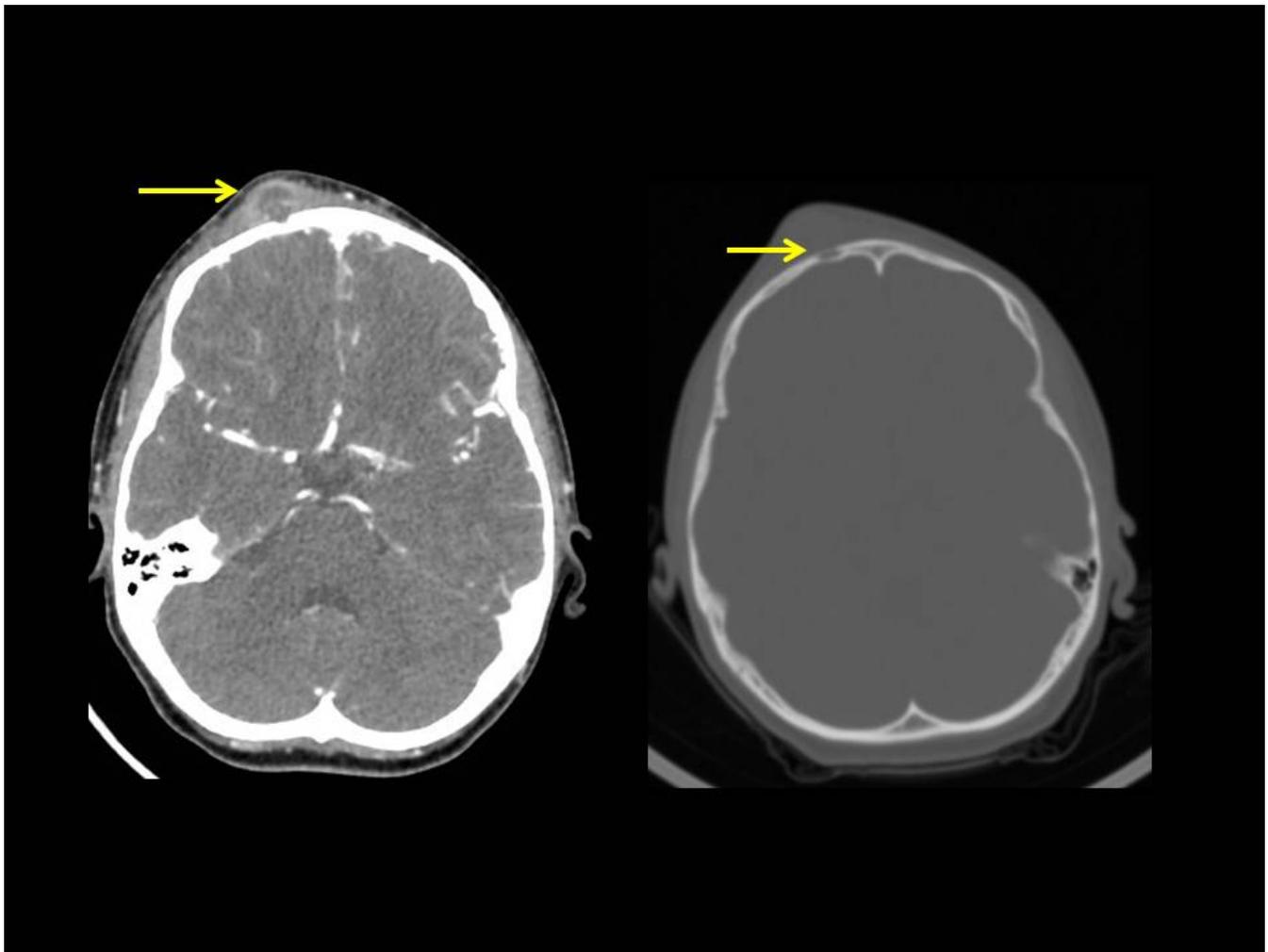


Fig. 43: La imagen de la izquierda, TC axial tras CIV muestra un absceso en las partes blandas frontales derechas que condicionan una afectación ósea focal y lítica de la calota subyacente en la imagen B (TC axial ventana ósea), sugestivo de osteomielitis aguda.

Conclusiones

Debido a la alta incidencia de lesiones en la calota es muy importante que el radiólogo sepa reconocer y filiar las principales lesiones con asiento en ella, pero sobre todo reconocer las características radiológicas que nos ayudan a diferenciar una lesión maligna de una benigna.

Bibliografía / Referencias

1. Colas L, Caron S, Cotten A. Skull Vault Lesions: A Review. American Journal of Roentgenology. 2015;205(4):840-847.
2. Lloret I, Server A, Taksdal I. Calvarial Lesions: A Radiological Approach to Diagnosis. Acta Radiologica. 2009;50(5):531-542.

3. Sinclair A, Scoffings D. Imaging of the Post-operative Cranium1. RadioGraphics. 2010;30(2):461-482.
4. Radiopaedia.org, the wiki-based collaborative Radiology resource [Internet]. Radiopaedia.org. 2016]. Available from: <http://radiopaedia.org>
5. Calvarial Lesions [Internet]. Calvarial Lesions. 2016. Available from: <http://www.calvariallesions.com>
6. Osborn A. Expertddx : cerebro y columna. Madrid: Marbán; 2011.
7. Zarranz J. Neurología. Barcelona: Elsevier; 2013.
8. Osborn A, Salzman K, Barkovich A, Katzman. Cerebro. Madrid: Marbán; 2011.
9. Grossman R, Yousem D. Neuroradiologia. Madrid: Marbán; 2006.
10. Williams P, Bannister L. Anatomía de Gray. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
11. Harnsberger H, Macdonald A. Imagen anatómica. Madrid: Marbán; 2012.