

Meningioma de base de cráneo tipo psamomatoso como hallazgo *pos mortem*

Juan Carlos Alonso Galán

RESUMEN

La mayor prevalencia de esta enfermedad se presenta en las mujeres, el caso se trata del sexo masculino en hallazgo *pos mortem*.

El meningioma es uno de los tumores más frecuentes en la cavidad craneal. Deriva de las capas del sistema nervioso y su origen más común es la cubierta de la aracnoides y su mesénquima. Los meningiomas tienen un comportamiento biológico benigno, la mayoría de los meningiomas se presenta en mujeres adultas, son raros en niños. Un hecho obvio es que se desenmascaran y crecen durante el embarazo, lo cual indica la presencia de receptores estrogénicos y progesterona. Su frecuencia fluctúa entre 12 y 20 % de todas las neoplasias intracraneales en adultos. En relación con tumores intrarraquídeos, extramedulares, los meningiomas originan 25 y 30 % de todos los casos. Su edad de incidencia radica entre los 40 y 60 años, por lo general son asintomáticos.

Palabra clave: meningioma, base de cráneo media, prevalencia, tumores.

PSAMOMATOUS POSTMORTEM MENINGIOMA OF THE CRANIAL BASE

ABSTRACT

The greater prevalence of this disease appears in the women, in the case is masculine meningioma is one of the most frequent tumors in the cranial cavity. It derives from the layers of the nervous system and its origin have is the cover of the aracnoides and his mesénquima. Meningiomas have a benign biological behavior, most of meningiomas appears in adult women, are rare in children. An obvious fact is that they unmask and they grow during the pregnancy, which indicates the

presence of estrogenic receptors and progesterone. Its frequency fluctuates between 12 and 20 % of all neoplasias intracranials in adults. In relation to intracranial tumors, extramedullary, meningiomas originate 25 and 30 % of all the cases. Its age of incidence is between the 40 and 60 years, are generally asymptomatic.

Key word: meningioma, cranial base, prevalence, tumors.

Aunque su frecuencia en las diversas localizaciones intracraneales varía de un estudio a otro, la convexidad y la localización parasagital son por lo general alrededor del 50% de todas las localizaciones. La cresta esfenoidal tienen alrededor del 20% de los restantes. Otras localizaciones son los ventrículos, el tentorio y la convexidad cerebelosa, el ángulo pontocerebeloso (APC) y el surco olfatorio, así como el agujero occipital y el clivus.

También está relacionada con la estimulación endógena de estrógenos y progesterona, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, hasta hoy no hay gran asociación establecida con el embarazo y el riesgo de desarrollar un tumor, aunque esta condición sí puede exacerbar su crecimiento y sus manifestaciones.

Ya que esta clase de tumores son de crecimiento lento hay suficiente tiempo para que la presión que se ejerce sobre el encéfalo y los cambios anatómicos que le acompañan no induzcan síntomas o signos claros y/o serios para un diagnóstico precoz, por lo cual

Recibido: 2 mayo 2006. Aceptado: 26 mayo 2006.

Facultad de Medicina, UNAM. Centro de Enseñanza y Adiestramiento Quirúrgico de la UNAM. Correspondencia: Juan Carlos Alonso Galán. Facultad de Medicina, UNAM. Centro de Enseñanza y Adiestramiento Quirúrgico de la UNAM.

en el momento de su hallazgo son de gran tamaño, con años de evolución o incluso de forma fortuita.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Nuestro caso tiene una edad entre 40 y 50 años, el tumor esta ubicado en las meninges del reborde esfenoidal. Los tumores de este tipo suelen situarse sobre el ala menor del esfenoides y pueden expandirse en sentido medial afectando elementos de la pared del seno cavernoso, hacia delante en dirección de la órbita temporal. Suele presentarse en una edad promedio de 50 años. Este meningioma esta clasificado por la OMS como benigno de grado 1, ya que también hay agresivos de grado II y grado III. Para los que están ubicados en la base del cráneo, región anterior, como los meningiomas del ala, del seno cavernoso o del surco olfatorio, la sintomatología está en relación a los pares craneales que comprometen, a los grandes vasos y senos craneales que comprimen o invaden. La incidencia es de 6 x 100 000 habitantes, de meningiomas aumenta en carcinomas de mama y después de un TCE, aunque la causalidad es confusa.

La incidencia aumenta con la edad y son excepcionales por debajo de los 20 años, y si aparecen suelen ser más agresivos. El pico de frecuencia está en los 50 a 60 años. Son más frecuentes en mujeres, con una relación de 2:1 con respecto a los varones. Se han demostrado receptores hormonales para la progesterona en meningiomas. Esto explicaría la mayor incidencia en mujeres. El 1,5% de los meningiomas se diagnostican en edad pediátrica y está relacionada en un 25% de los casos con la enfermedad de van Recklinghausen

DISCUSIÓN

La mayoría de los meningiomas crece hacia el cerebro como masas bien definidas de base dural (tabla interna, hoz, tentario) esféricas o lobuladas. Los meningiomas en placa infiltran la dura y crecen como una delgada alfombra de células tumorales. La inserción dural puede ser pediculada. Dado que la piamadre y la aracnoides forman una barrera membranosa a entre el cerebro y el tumor la invasión del parénquima es infrecuente.

Desde el punto de vista macroscópico son tumores bien demarcados, circunscritos, lobulados y perfectamente bien separados del tejido nervioso vecino, su consistencia es dura y su color gris rosado o café grisáceo.

Al corte, los meningiomas tienen una peculiar

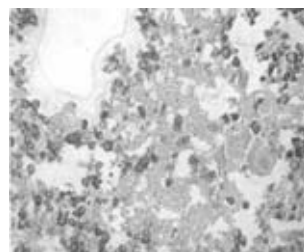
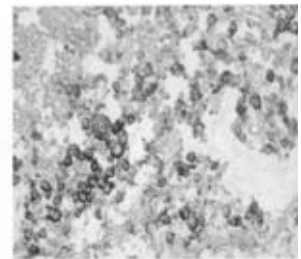
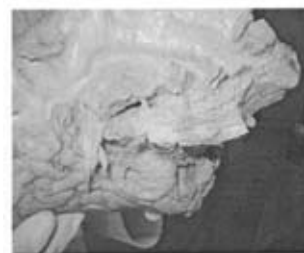
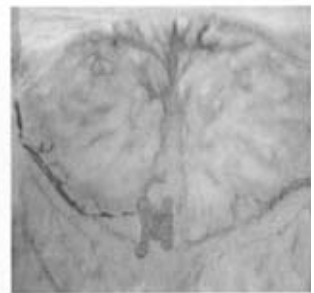


Figura 1. Se muestra un meningioma de pequeño tamaño que afecta a la duramadre. Este tumor no dio síntomas debido a su tamaño y localización.

consistencia arenosa, las calcificaciones y los cuerpos de psamoma originan esta característica; puede tener focos de consistencia blanda, de color amarillo por el componente xantomatoso de sus células, y también se puede identificar hemorragias focales como observamos.

El meningioma psamomatoso, contienen un número exagerado de cuerpos de psamoma y calcifi-

caciones; se observa fácilmente con una placa simple de cráneo figura 1.

El comienzo de los síntomas de un tumor cerebral es extremadamente variable, de acuerdo con la naturaleza y localización del tumor. Es importante recordar que síntomas neurológicos, preceden a menudo a los del aumento de presión intracraneal, a veces por espacio de muchos años. En general, la historia tiende a ser larga en el caso de astrocitomas, oligodendrogliomas, meningiomas, neuromas acústicos y adenomas hipofisarios y corta entre pocos meses y un año. Los síntomas de un tumor cerebral son divididos convencionalmente en aquellos atribuibles al aumento de la presión intracraneal, síntomas focales debidos a efectos locales del crecimiento.

La cefalea, vómitos, y papiledema han sido considerados desde hace mucho como la triada clásica de síntomas del incremento de presión intracraneal.

CONCLUSIÓN

Son benignos, extraparenquimatosos y tienen un crecimiento lento, por lo que los síntomas y signos suelen ser debidos a compresión de estructuras adyacentes.

Se caracterizan por tres tipos de síntomas generales: epilepsia, déficit neurológico focal y trastornos neuropsicológicos. En líneas generales un meningioma no recidiva si se ha conseguido extirpar su base de implantación. De forma global; no obstante, hay que considerar unos porcentajes de recidiva de un 9 % a los 5 años. Este porcentaje de recurrencias asciende a casi el 40% cuando la extirpación no es total.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Maurice V. Ropper A. Neoplasias intracraneales y trastornos paraneoplásicos. Principios de neurología. Séptima edición. México. M Graw Hill interamericana, 2002.
2. Michelle F. Tumores cerebrales. En: Neurología. Buenos Aires, Argentina. Médica, Panamericana, 2000.
3. Zarranz Juan L. "Neuro-oncológica. Tumores cerebrales." En: F. Grws y 11 Zarranz. *Neurología*. Tercera edición. Madrid, España. Elsevier science 2003.
4. Orrison W. Tumores extra axiales, incluidos los hipofisarios y paraselares. En: William P, Sanders MD, Vijaya V, Chundi. *Neuroradiología*. Volumen 1. Primera edición. Madrid, España. Harcourt 2001.
5. Merrit H. Tumores de las meninges. En: Casilda M, Balmaceda. Michael B, Sisti JeffTey N, Bruce. Merrit. *Neurología*. Décima edición. Madrid, España. Mc Graw Hill, 2002.
6. Michelli F, Nogues M, Asconape I, Fernández M, Biller J. Situaciones especiales. En: Iragui V, Tecoma E. *Tratado de neurología clínica*. Buenos Aires, Argentina. Médica Panamerica 2002.
7. Bannister Sir R. Tumor intracraneal. *Neurol clínica*. Buenos Aires, Argentina. Médica Panamérica, 1988.
8. Peters G. Tumores de las cubiertas del sistema nervioso central. *Neuropatología clínica*. Primera edición. Barcelona, España. Taray, S.A. 1974.
9. Manzano Palomo Ma. Sagrario, Egido José Antonio. Ictus pontino secundario a meningioma de foramen magno. *Rev Neurol* 2005;40(11)68.
10. Gelabert González Miguel, Fernández Villa Juan Manuel, Iglesias País Miguel. Meningiomas intracraneales atípicos y malignos *Rev Neurol* 2004;38(04):04.
11. Gelabert González Miguel, Fernández Villa Juan Manuel, Iglesias País Miguel. Meningiomas intracraneales múltiples. *Rev Neurol* 2003; 37(08):717.
12. García Navarrete Eduardo, García de Sola Rafael. Aspectos clínicos y quirúrgicos de los meningiomas de la base del cráneo II. Meningiomas de la fosa media. *Rev Neurol* 2002;34(7): 627.
13. www.iqb.es/neurologiaJatlas/meningiomaJmeningioma02.htm