

Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico del Meningioma Intracraneal. Presentación del Primer Caso Operado en Costa Rica*

Por

Dr. Manrique Soto Pacheco **

Dr. Arnaldo Antillón Salazar ***

Dr. Jorge Piza Escalante ****

CONSIDERACIONES GENERALES:

El Meningioma es el segundo tumor en frecuencia que afecta el Sistema Nervioso Central. Histológicamente se considera benigno, no infiltrante, de crecimiento lento y progresivo, derivado de las vellosidades aracnoideas, por lo que su localización está en relación directa con los sitios de mayor absorción del líquido cefalorraquídeo. La fisiopatología depende de la compresión que la masa tumoral ejerza sobre los tejidos del Sistema Nervioso Central, y tiene por lo tanto una gran variedad de manifestaciones sintomáticas y signológicas que varían desde cefalea, hasta hemiplejías y síndromes de hipertensión endocraneal severos. Se presentan con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta décadas de la vida y afecta mayormente a las mujeres en una proporción de 3.5 a 1. La clasificación histológica de los meningiomas ha tenido grandes variaciones en el curso de dos años, y tiene interés casi exclusivamente académico, ya que las diferentes variedades se comportan clínicamente igual y el tratamiento siempre será quirúrgico.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de meningioma intracraneal debe sospecharse en todo paciente en la cuarta o quinta décadas de la vida,

* Trabajo presentado en el Congreso Médico Nacional 1963 - 64.

** Servicio de Neurocirugía, Hospital San Juan de Dios.

*** Servicio de Neurología, Hospital San Juan de Dios.

**** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios.

que presente un cuadro neurológico, antiguo, con discretos signos de lateralización al principio, frecuentemente asociado a hipertensión endocraneal progresiva. En estas condiciones se deberán efectuar estudios angiográficos cerebrales, como método diagnóstico inequívoco en este tipo de padecimiento, ya que nos da una imagen radiológica bastante típica y sobre todo, el dato exacto de topografía de la lesión y por lo tanto la vía de entrada a la cavidad craneal. En el caso de los meningiomas parasagitales, los signos neurológicos pueden ser bilaterales por compresión del hemisferio opuesto a través de la hoz del cerebro, y a veces es necesario efectuar el estudio angiográfico bilateral para confirmar la localización exacta del tumor. Otro dato importante que nos aclara este tipo de estudio radiológico con medio de contraste es el grado de vascularización y el origen de los principales vasos nutricios del meningioma, lo que es fundamental conocer de previo para el buen éxito del tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de elección en este tipo de tumor, como en casi todos los procesos ocupativos intracraneales es siempre quirúrgico, y deberá encaminarse a su extirpación por la vía más adecuada, tomando en cuenta su topografía y las zonas enclálicas llamadas silenciosas, evitando lesionar áreas neurológicas aún conservadas y no dañadas por el crecimiento tumoral, y sobre todo tomando en cuenta la implantación de los pedículos vasculares más importantes, para hasta donde sea posible, llegar a ellos antes de iniciar la extirpación completa. El sistema más seguro y más empleado, para llevarla a cabo con el mínimo riesgo es la extirpación intracapsular en fragmentos con electrocoagulación (asa de alambre), sin embargo en ocasiones es posible realizar la extirpación en un solo bloque, después de haber ligado o coagulado los vasos más importantes y de haber liberado la sustancia cerebral circundante.

FRONOSTICO.

El procedimiento quirúrgico tiene una mortalidad relativamente elevada, 5 al 20%, dada la gran vascularización de los meningiomas, que condicionan frecuentemente accidentes hemorrágicos transoperatorios y trombóticos postoperatorios; sin embargo, una vez que el paciente sale del postoperatorio inmediato, el pronóstico en cuanto a la vida es excelente, dado que se trata de un tumor benigno, y aunque se informa de casos de

recidivas, son muy raras y están condicionadas casi siempre a defectos en la técnica operatoria. El pronóstico de las lesiones neurológicas ya establecidas es bueno, dado que aunque las neuronas lesionadas no se recuperan, al mejorar el estado general, el paciente puede someterse a tratamientos de rehabilitación adecuados que lo lleven a mejorar los movimientos afectados y a superar los defectos definitivos. Es claro que en estos casos, como en toda intervención quirúrgica, la recuperación está en relación directa con la precocidad del diagnóstico y tratamiento.

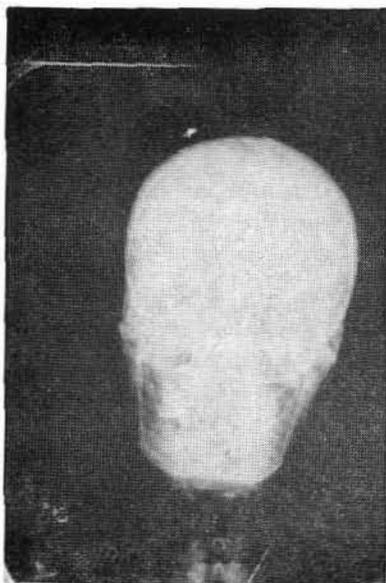
PRESENTACION DE UN CASO.

L. B. M. paciente de 43 años, del sexo femenino, oriunda de Santa Cruz de Guanacaste, que inicia su padecimiento hace 5 meses con una crisis, al parecer convulsiva, que dejó como secuela debilidad manifiesta de los miembros derechos. Nota que sus facultades mentales se han deteriorado, y la crisis anotada le ha repetido 6 veces hasta la fecha de su hospitalización. Refiere además que la debilidad de los miembros derechos se ha acentuado.

La exploración neurológica revela una paciente parcialmente desorientada en tiempo y espacio, memoria, ideación y juicio por debajo de lo normal. Presenta hemiparesia derecha directa y proporcional, con hiperreflexia generalizada y dificultad para efectuar movimientos finos en ambas extremidades superiores. La sensibilidad y las pruebas véstibulo cerebelosas son difíciles de valorar por el estado mental de la paciente. Con estos datos se piensa en la posibilidad de proceso ocupativo intracraneal, localizado a hemisferio cerebral izquierdo, con probable compresión o infiltración del derecho, por lo que se practica angiografía cerebral izquierda.

Posteriormente se practica craneotomía osteoplástica frontoparietal izquierda extirpando una masa tumoral en bloque de 5 cms., de diámetro con implantación en la cara lateral izquierda de la hoz del cerebro, comprimiendo la cara interna del hemisferio izquierdo directamente y parcialmente el hemisferio derecho a través de la hoz del cerebro. La implantación del tumor abarca hasta la pared del seno longitudinal superior, por lo que es preciso su ligadura en el tercio anterior. El postoperatorio curso con elevación de temperatura, signos de irritación meníngea y discreto edema de papila bilateral, que cedió a tratamiento con antibióticos, corticosteroides y diuréticos, en un término de 5 días. A base de tratamiento de rehabilitación la paciente ha lo-

grado una recuperación bastante satisfactoria de sus movimientos voluntarios en los miembros derechos, pudiendo deambular con muy poco déficit motor y realiza movimientos finos con ambas manos mucho mejor que en el preoperatorio.



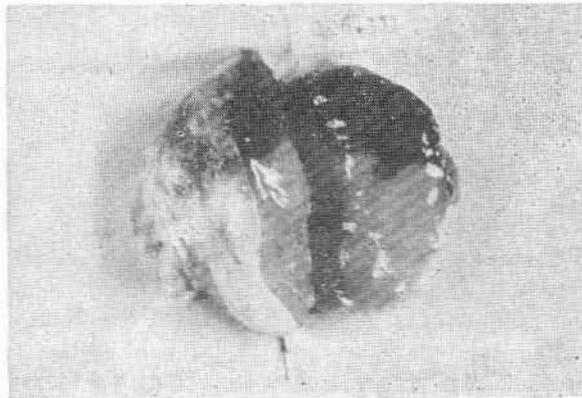
- 1) Angiografía cerebral en proyección AP, que muestra una zona de concentración del medio de contraste en situación parasagital izquierda, de forma oval, de aproximadamente 4 cms. de diámetro.



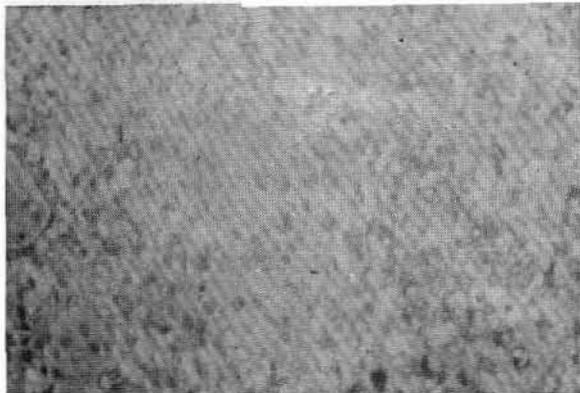
- 2) Angiografía cerebral en proyección lateral, que muestra zona de concentración patológica del medio de contraste en la región parietal izquierda con vascularización anormal.



- 3) Tumoración de aproximadamente 5 cms. de diámetro, de consistencia "ahulada", con extensa zona de hemorragia.



- 4) La tumoración abierta mostrando la superficie interna y la zona de hemorragia.



- 5) Histología de la pieza operatoria, mostrando las características microscópicas de meningioma de variedad meningotelial.