

Mujer con cefalea y torpeza motora

¹Andreu Arasa C, ²Parra Gordo ML, ³Rosado Caracena P, ³Tejerina Bernal A, ³Rodríguez San Pedro Baselga I

¹Servicio de Radiología. Hospital Moncloa. Madrid

²Unidad de Imagen Médica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Mujer de 65 años de edad, con antecedentes personales de hiperparatiroidismo y tiroiditis de Hashimoto. Acude a consulta por cefalea, marcha inestable y torpeza motora en las extremidades derechas.

En la exploración presenta una hemiparesia derecha de 4/5 con signos de piramidalismo.

Se realiza una tomografía computerizada (TC) cerebral que pone de manifiesto una masa de características extraaxiales y de localización frontoparietal izquierda, con diámetros de 52 x 32 mm, de contornos bien definidos y homogénea en el estudio basal (figura 1). Produce efecto de masa y disminuye el espacio aracnoideo entre los surcos de la convexidad (flechas azules). Se observa edema vasogénico subyacente (flecha roja). En el estudio tras contraste yodado (figura 2) se visualiza una captación intensa y homogénea (flecha azul) con imágenes tubulares realzadas en relación con congestión venosa adyacente (flecha roja).

Los hallazgos sugieren como primera posibilidad diagnóstica un meningioma.

Se realiza una craneotomía frontoparietal izquierda con resección de la lesión, que presenta una superficie irregular con un tejido blanquecino y áreas de color pardo.

Microscópicamente, la pieza muestra una proliferación tumoral de estirpe meningotelial con cuerpos de psammoma, y lengüetas redondeadas que insinúan piamadre. Se concluye que se trata de un meningioma atípico (grado II de la OMS).

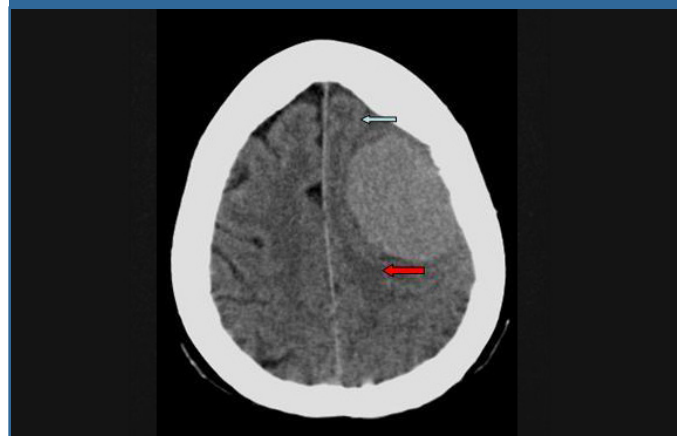
Se realiza una TC cerebral de control que muestra cambios postquirúrgicos habituales y confirma la resección completa de la lesión. Desde el punto de vista neurológico, la paciente presenta mejoría en su déficit neurológico inicial, con recuperación completa de la movilidad en el momento del alta.

SEMIOLÓGIA RADIOLÓGICA

Ante una lesión intracraneal, lo primero que hay que plantearse es si estamos ante un proceso intra o extraparenquimatoso. La lesión que presentamos tiene características de masa extraaxial:

- Amplia base hacia la superficie dural.
- Desplazamiento y compresión de la corteza.
- Halo de baja densidad alrededor de la masa, que se conoce como hendidura líquido cefalorraquídeo-vascular.
- Presencia de cola dural, que corresponde a un engrosamiento dural no neoplásico que se afila al alejarse de la lesión.

Figura 1



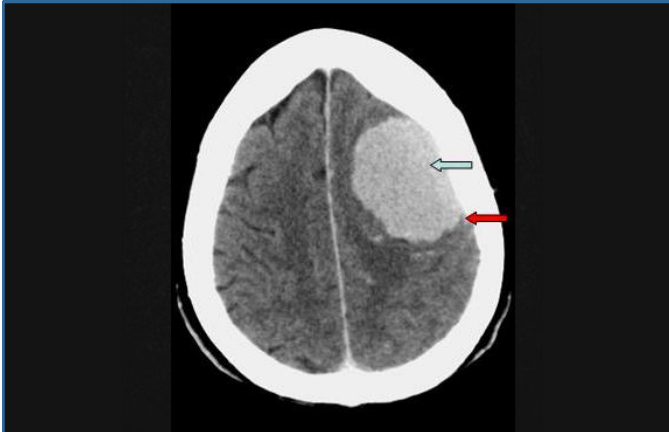
Los meningiomas suponen el 15-20% de los tumores primarios intracraneales; son los tumores cerebrales primarios no gliales y las neoplasias extra-axiales más frecuentes en los adultos.

Macroscópicamente se presentan como masas bien delimitadas con base y engrosamiento dural y, en ocasiones, con hiperostosis craneal.

Son más prevalentes en mujeres, en edad media y avanzada de la vida, con un pico de incidencia entre los 40 y 60 años. La localización más frecuente es la supratentorial (hasta en 90% de los casos). En la fosa posterior se localizan 5-10% y 1-2% son espinales.

Son asintomáticos en menos de 10% de los casos. La clínica es variable y depende de la localización del tumor. Así, por ejemplo, los tumores de localización parasagital o en la convexidad (30-40%) se presentan con hemiparesia o convulsiones; los de base esfenoidal (15-20%) con déficit en el campo visual; los localizados en el seno cavernoso (2%) se manifiestan con déficit de algún nervio craneal; y los de localización frontal (10%) con anosmia.

Figura 2



Son de lento crecimiento y no suelen producir metástasis, aunque puede haber recidivas locales.

En la TC el meningioma se presenta en la mayoría de los casos como una masa hiperdensa respecto al parénquima cerebral, bien definida, calcificada en 20% de los casos y con un realce intenso y uniforme con el contraste yodado. El 25% pueden ser isodensos, con áreas centrales de necrosis en 3-4% de casos. Se aprecian cambios óseos adyacentes en 15-20%, como hiperostosis, erosión o destrucción ósea. Según su tamaño, producirán mayor o menor efecto de masa, comprimiendo y desplazando la corteza y condicionando edema parenquimatoso subyacente.

El tratamiento depende de si existe clínica o no: los pacientes asintomáticos se siguen mediante prueba de imagen y los meningiomas sintomáticos se extirpan quirúrgicamente, incluyendo la dura afectada.

BIBLIOGRAFÍA

- Osborn AG. Diagnostic Imaging. Brain. Editorial Amyrsis. 1ª edición. Salt Lake City 2004; pág II:4-56 a II:4-58.
- Kornienko VN, Pronin IN. Diagnostic Neuroradiology. 1ª edición. Moscú: Springer 2009; pág 719-84.