



CARTA AL EDITOR

Meningiomas en el anciano

Meningiomas in the elderly

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el reciente manuscrito de Troya Castilla et al., titulado: «Complicaciones y pronóstico de pacientes ancianos diagnosticados de meningioma intracraneal»¹, y nos gustaría hacer un breve comentario al mismo basado en nuestra propia experiencia en este tipo de tumores en la población anciana².

Los autores demuestran tener una experiencia muy amplia en el diagnóstico y tratamiento de meningiomas intracraneales, con más de 100 casos/año, posiblemente la más amplia de nuestro país, por lo que su opinión y resultados tienen un gran valor. Es por ello que nos llama la atención que los autores no hayan analizado en sus pacientes los grados de resección tumoral de Simpson, una graduación específica para los meningiomas intracraneales que se utiliza en neurocirugía desde hace más de 50 años³. La escala de Simpson analiza la amplitud de resección tumoral, desde la exéresis completa del tumor y su base de implantación (grado I), hasta la realización exclusivamente de una craneotomía descompresiva (grado V), esta última raramente realizada en la neurocirugía actual.

Aunque los grados de Simpson han recibido algunas críticas recientes en cuanto a su valor pronóstico⁴, consideramos al igual que la mayoría de autores, que esta graduación de resecciones son un importante factor pronóstico de recidiva y, por lo tanto, de supervivencia, existiendo una clara significación estadística entre grado de resección e intervalo libre de recidiva⁴⁻⁶.

También es importante conocer los grados de Simpson ya que hoy en día, numerosos autores aconsejan que en meningiomas de áreas críticas, no intentar resecciones completas (grado I) por mayor riesgo de complicaciones y secuelas, y realizar resecciones



menos amplias (grado II), ya que después se puede completar el tratamiento con radiocirugía obteniéndose un buen control del tumor^{7,8}.

Bibliografía

1. Troya Castilla M, Chocrón González Y, Márquez Rivas FJ. Complicaciones y pronóstico de pacientes ancianos diagnosticados de meningioma intracraneal. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.004>.
2. Gelabert-González M, Prieto A, González J, García A, García A, Bandín FJ, et al. Meningiomas intracraneales en el anciano. Neurocirugía. 1998;9:226-31.
3. Simpson D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1957;20:22-39.
4. Sughrue ME, Kane AJ, Shangari G, Rutkowski MJ, McDermott MW, Berger MS, et al. The relevance of Simpson grade I and II resection in modern neurosurgical treatment of World Health Organization grade I meningiomas. J Neurosurg. 2010;113:1029-35.
5. Hasseleid BF, Meling TR, Rønning P, Scheie D, Helseth E. Surgery for convexity meningioma: Simpson Grade I resection as the goal: Clinical article. J Neurosurg. 2012;117:999-1006.
6. Gelabert-González M, Serramito-García R. Meningiomas intracraneales: I. Epidemiología, etiología, patogénesis y factores pronósticos. Rev Neurol. 2011;113:1029-35.
7. Hadelsberg U, Nissim U, Cohen ZR, Spiegelmann R. LINAC radiosurgery in the management of parasagittal meningiomas. Stereotac Func Neurosurg. 2015;93:10-6.
8. Aboukais R, Zairi F, Reynolds N, Le Rhun E, Touzet G, Blond S, et al. Surgery followed by radiosurgery: A deliberate valuable strategy in the treatment of intracranial meningioma. Clin Neurol Neurosurg. 2014;124:123-6.

Paula Román-Pena*, Eduardo Arán-Echabe
y Miguel Gelabert-González

Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: paula.roman.pena@sergas.es (P. Román-Pena).