



Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Caso Clínico

Meningioma de la convexidad en placa: reporte de caso y revisión de la literatura



Astrid Torres Jaimes^{a,*}, Loida Camargo^b y Norman Lopez^c

^a Residente de Neurología, Escuela de Medicina, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia

^b Docente de Neurología, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia

^c Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de la Costa, Barraquilla, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2022

Aceptado el 12 de julio de 2022

On-line el 18 de agosto de 2022

Palabras clave:

Meningioma en placa

Convexidad

Ala esfenoidal

Keywords:

Plaque meningioma

Convexity

Sphenoid wing

R E S U M E N

El meningioma en placa es un subtipo raro de tumor localizado principalmente en la región esfenoorbitaria caracterizado por una arquitectura hiperostótica e invasiva de la duramadre con consideraciones únicas de diagnóstico y tratamiento. Presentamos un caso de meningioma en placa de la convexidad en una paciente de 44 años con una adecuada respuesta a la resección quirúrgica paliativa y radioterapia coadyuvante.

© 2022 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Plaque convexity meningioma: Case report and literature review

A B S T R A C T

Plaque meningioma is a rare subtype of tumor located primarily in the sphenoorbital region characterized by a hyperostotic and invasive architecture of the dura mater with unique diagnostic and treatment considerations. We present a case of plaque meningioma of the convexity in a 44-year-old patient with an adequate response to palliative surgical resection and adjuvant radiotherapy.

© 2022 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los meningiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central¹. La variante meningioma en

placa (MEP) es una forma de presentación rara que constituye el 2-9% de todos los meningiomas. Morfológicamente se caracteriza por su crecimiento lento y proliferación plana en forma de alfombra a lo largo de la duramadre con hiperostosis extensa².

Los MEP se localizan principalmente en las regiones esfenoorbitarias y con menor frecuencia a lo largo de la convexidad cerebral, el hueso temporal y el foramen magno³. Presentamos

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: astridtorresj@gmail.com (A. Torres Jaimes).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2022.07.001>

1853-0028/© 2022 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

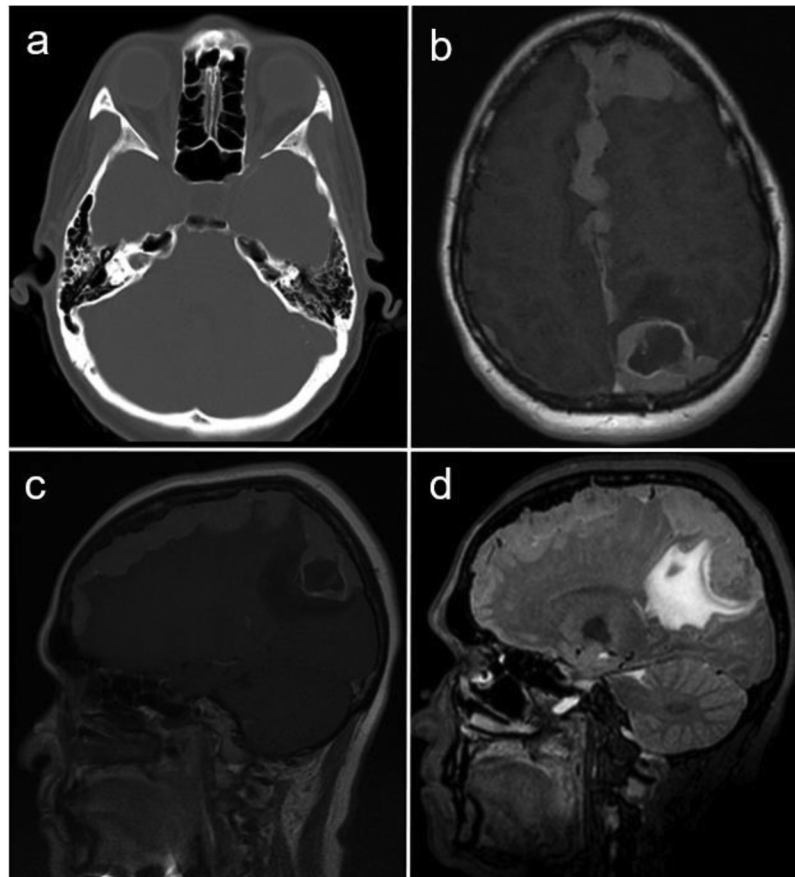


Figura 1 – a. TC de cráneo sin contraste ventana ósea: no se evidencia compromiso de estructuras óseas ni áreas de hiperostosis

b. RM axial T1 con contraste: lesiones extraaxiales dependientes de meninges a nivel cortical captantes de contraste de manera homogénea, edema vasogénico intraaxial

c. RM sagital T1 con contraste: lesión hipointensa de contornos redondeados rodeando la hoz del cerebro con realce en anillo

d. Sagital T2: lesión expansiva parietal izquierda con marcado edema que comprime el asta posterior del ventrículo izquierdo.

el caso de una mujer de mediana edad previamente sana con un MEP de características atípicas.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 44 años de edad, ama de casa previamente sana que presenta cefalea holocraneal de 10 días de evolución, tipo peso, de intensidad creciente, exacerbada con maniobras de Valsalva asociado a visión borrosa, náuseas, emesis y episodio de desconexión con el medio, mirada fija con alteración del estado de conciencia de 2 min de duración con recuperación espontánea. A su ingreso a la institución estaba alerta, orientada, sin alteraciones en la estructura y curso del pensamiento, no se evidenció déficit sensitivo o motor focal, datos de meningismo o movimientos anormales; resto de examen físico normal. Se solicitan estudios paraclínicos hemograma y química sanguínea básica, descartando trastorno electrolítico y/o metabólico, tomografía computarizada (TC) de cráneo simple con evidencia de lesión hiperdensa parietooccipital izquierda de contornos

definidos adyacente a seno sagital superior, sin compromiso de estructuras óseas ni extensión extracraneal. La resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral contrastada reveló lesión intraaxial expansiva parietal izquierda y de la hoz cerebral en todo su recorrido de contornos redondeados, hipointensa en las secuencias T1 y T2, con realce paquimeníngeo y edema vasogénico marcado a nivel parietal izquierdo (fig. 1). Dadas las características de la lesión se planteó paquimeningitis linfomatosa vs. metástasis cerebral de primario desconocido y se solicitan estudios complementarios; prueba rápida virus de la inmunodeficiencia humana negativa, marcadores tumorales antígeno de cáncer (ca) 125, ca 15.3, ca 19.9 y antígeno carcinoembrionario negativos, en RMN cerebral con espectroscopia se observó un aumento considerable en la concentración de la colina con descenso de la creatina y del N-acetil aspartato altamente sugestivos de malignidad, TC toracoabdominal simple y contrastada negativa para malignidad. Neurocirugía consideró resección paliativa de lesión expansiva a nivel parietal izquierdo, con una evolución postoperatoria exitosa, no recurrencia de crisis, remisión de la cefalea y TC control sin contraste que evidenció resección

total de lesión intraparenquimatosa, cambios posquirúrgicos de lesión a este nivel y presencia de restos tumorales; estudio inmunopatológico compatible con meningioma; posterior al egreso recibió radioterapia adyuvante.

Discusión

El MEP es una variante compleja con consideraciones únicas de diagnóstico y tratamiento, se observa generalmente en mujeres con una relación mujer:hombre de 4:1 y se describe en la literatura como grado I de la OMS a pesar de ser localmente invasivo³.

Las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación y diseminación del tumor. Dado el compromiso predominante del ala esfenoidal con invasión ósea, hiperostosis y compresión de las estructuras neurales, el síntoma de presentación más común es la proptosis seguida de disminución de la agudeza visual, defectos del campo visual, cefalea, dolor orbitario, edema temporal y periorbitario. La cefalea recurrente es el síntoma más frecuente en las lesiones de la convexidad^{4,5}.

Las imágenes diagnósticas de primera línea incluyen tanto la TC como la RMN cerebral. La TC permite delimitar mejor la afectación ósea y la hiperostosis, especialmente en la base del cráneo y la RMN ayuda a caracterizar la invasión tumoral en la órbita, el seno cavernoso y las estructuras clinoideas. Las hiperostosis se observan en un patrón perióptico con irregularidad de la superficie de las estructuras involucradas y abombamiento hacia adentro de la lesión, lo que permite diferenciarlas de otros tipos de lesiones hiperostóticas⁶.

Su apariencia radiológica inusual plantea como diagnósticos diferenciales el meningioma intraóseo primario, metástasis derales, linfoma, tuberculoma, neurosarcooidosis meníngea, displasia fibrosa, osteoma y fibrosarcoma meníngeo primario, entre otros⁷. Dado el tratamiento no quirúrgico de alguna de estas lesiones, se requiere una historia clínica completa y análisis de neuroimagen para evitar diagnósticos e intervenciones erróneas.

La intervención quirúrgica temprana y agresiva es el pilar del tratamiento, sin embargo, estudios recientes demuestran que las resecciones totales macroscópicas tienen un alto

riesgo de morbilidad neurológica. Para resecciones subtotales, invasión tumoral en el seno cavernoso o cualquier signo de recurrencia en las imágenes de seguimiento, se debe considerar radioterapia adyuvante.

La paciente de nuestro caso presentó un MEP de localización inusual a nivel de la convexidad sin la hiperostosis característica y su evolución posquirúrgica tras la resección parcial fue favorable. Debido a su crecimiento lento progresivo y grado de extensión, es importante individualizar cada caso, establecer el diagnóstico diferencial con entidades no susceptibles de manejo quirúrgico y plantear un abordaje conservador dirigido al control sintomático.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry A, Louis DN, Scheithauer BW, Budka H, von Deimling A. Meningiomas. WHO classification of tumors of the Central Nervous System. Lyon: IARC; 2007. p. 164-72.
2. Elder TA, Yokoi H, Chugh AJ, Lagman C, Wu O, Wright CH, et al. En plaque meningiomas: A narrative review. *J Neurol Surg B Skull Base*. 2021;82(Suppl 3):e33-44.
3. Yao A, Sarkiss CA, Lee J, Zazour HK, Shrivastava RK. Surgical limitations in convexity meningiomas en-plaque: Is radical resection necessary? *J Clin Neurosci*. 2016;27:28-33.
4. Simas NM, Farias JP. Sphenoid Wing en plaque meningiomas: Surgical results and recurrence rates. *Surg Neurol Int*. 2013;4:86.
5. Li Y, Shi JT, An YZ, Zhang TM, Fu JD, Zhang JL, et al. Sphenoid wing meningioma en plaque: Report of 37 cases. *Chin Med J*. 2009;122:2423-7.
6. Akutsu H, Sugita K, Sonobe M, Matsumura A. Parasagittal meningioma en plaque with extracranial extension presenting diffuse massive hyperostosis of the skull. *Surg Neurol*. 2004;61:165-9.
7. Honeybul S, Neil-Dwyer G, Lang DA, Evans BT, Ellison DW. Sphenoid wing meningioma en plaque: A clinical review. *Acta Neurochir (Wien)*. 2001;143:749-58.