

# CASO CLÍNICO RADIOLÓGICO

DR. CLAUDIO PARDO B.  
DR. MARCELO GÁLVEZ M.  
SERVICIO DE RADIOLOGÍA.  
CLÍNICA LAS CONDES.

DR. SELIM CONCHA G.  
SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA.  
CLÍNICA LAS CONDES.

DRA MARÍA TERESA VIAL P.  
DR. ALVARO IBARRA V.  
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.  
CLÍNICA LAS CONDES.

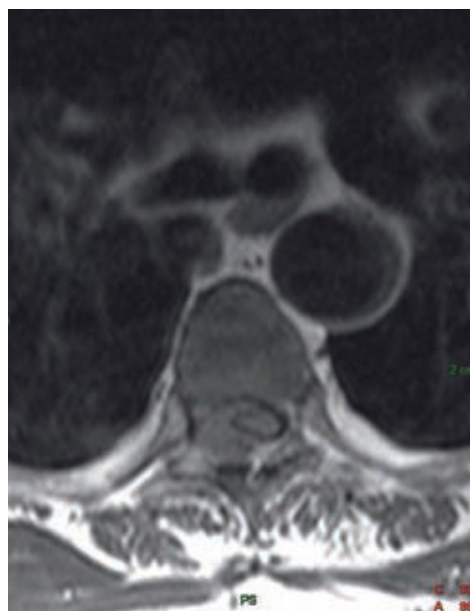
## HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 62 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, que seis meses antes de su ingreso presenta paresia crural derecha de evolución progresiva. Fue estudiada descartándose patología lumbar y dorsal de tipo degenerativo. En los últimos meses evolucionó a paraparesia que le impide la deambulaci3n. Se realiza resonancia magnética que demuestra proceso expansivo intrarraquídeo dorsal a nivel D4-D5.

Al ingreso el examen físico general se encuentra dentro de límites normales. Se plantea los diagn3sticos de paraparesia espástica de predominio derecho y síndrome de Brown Sequard.

## EXÁMENES RADIOLÓGICOS

La resonancia magnética preoperatoria demuestra una masa intrarraquídea extradural a nivel de D4 y D5. Esta lesi3n presenta relativamente baja seña en T1 (Figura 1) y es de tenue mayor seña en T2 (Figura 2). Esta lesi3n se encuentra lateralizada a derecha donde ocupa prácticamente todo el canal raquídeo (Figura 3) y se extiende hasta la parte medial del foramen intervertebral y rodea la imagen del saco dural y de la médula en su parte posterior y en menor grado en su parte anterior. El saco dural y la médula espinal aparecen desplazadas hacia la izquierda. En este nivel la imagen medular disminuye de diámetro y presenta seña alta T2 (Figura 4). La masa se refuerza en forma intensa después del uso de contraste (Figuras 5-7). El resto del examen demuestra espondilosis dorsal y pequeños hemangiomas de los cuerpos vertebrales D3 y D9. Se plantea la sospecha de un tumor secundario.



## TRATAMIENTO

Fue intervenida quirúrgicamente donde se demostró un tumor epidural vascularizado de consistencia firme y color rojizo. Se efectuó resección radical de tumor de límites precisos que no comprometía la estructura vertebral.

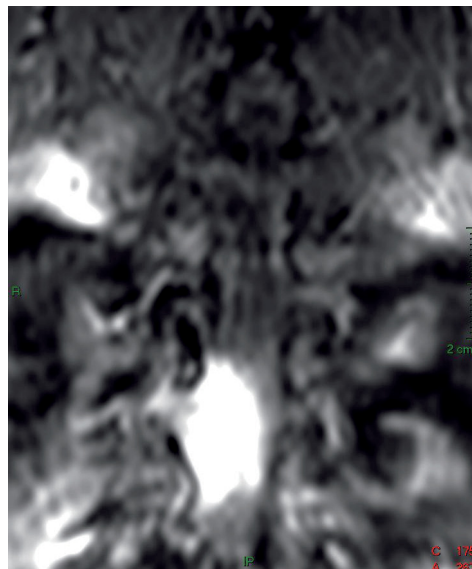
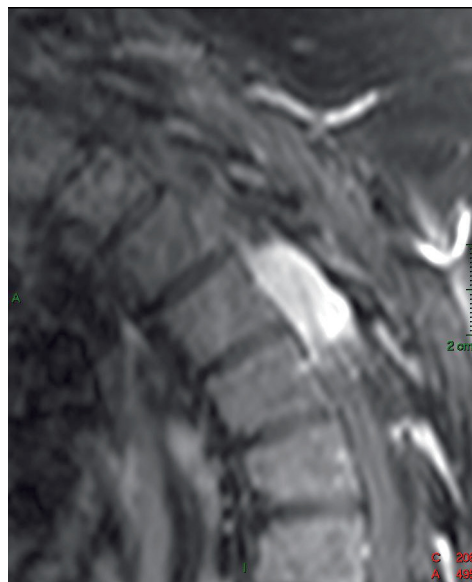
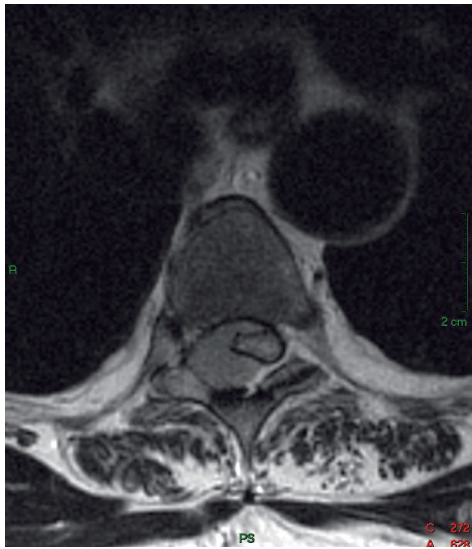
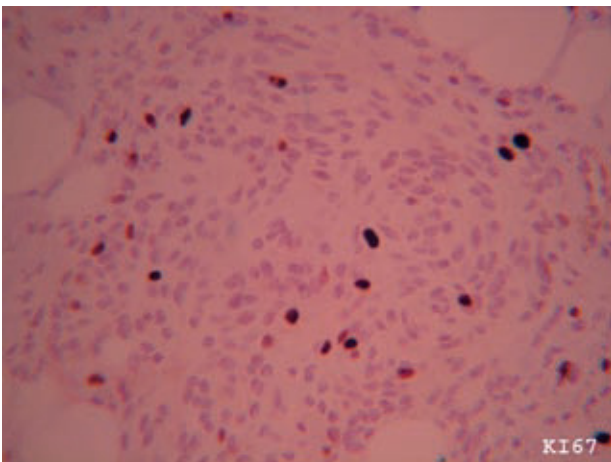
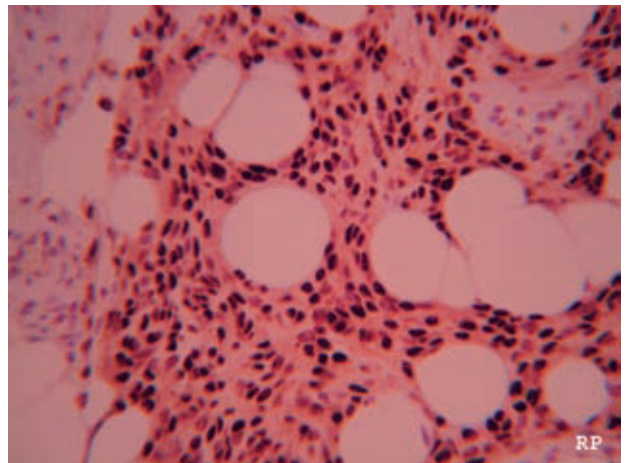
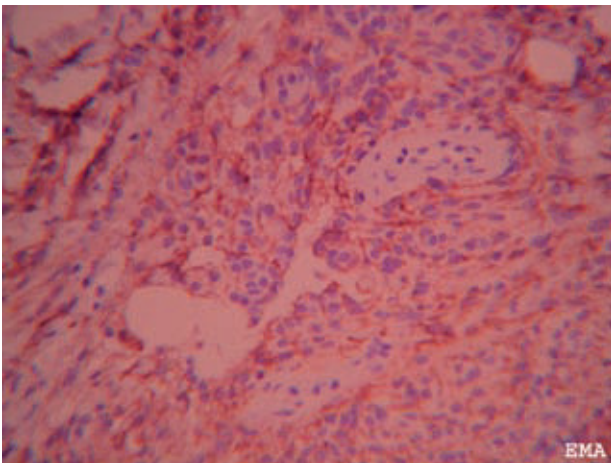
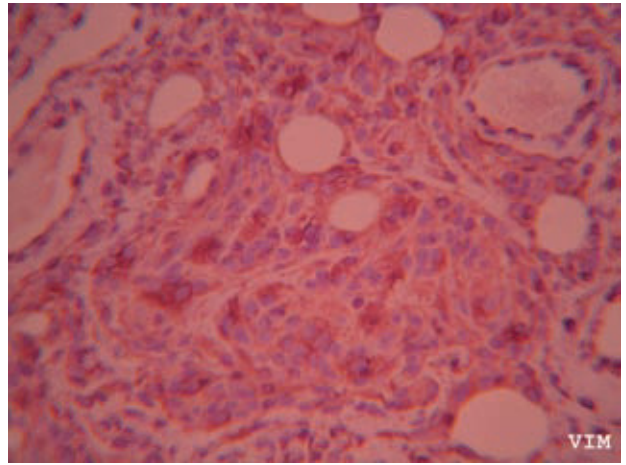
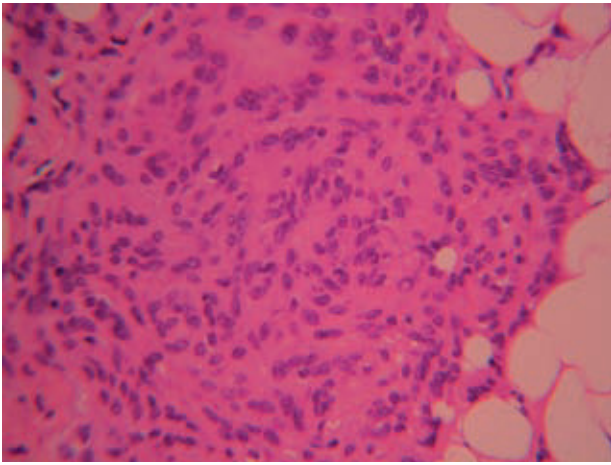


Figura 7: Imagen coronal T1WI post contraste (Gd)  
En el plano coronal se observa que tiene una base implantación en la pared lateral derecha del canal raquídeo y se insinúa en el foramen intervertebral derecho.

EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO



*Figura 12: Ki 67  
El anticuerpo  
monoclonal  
Ki-67 visualiza  
núcleos celulares  
en replicación.  
En este caso  
aproximadamente  
entre un 10 a  
un 15% de las  
células tumorales  
se encuentra en  
división, lo que se  
puede encontrar  
en algunos  
meningiomas.*

## DISCUSIÓN

Los tumores espinales corresponden aproximadamente al 5% de los tumores del sistema nervioso central. Se clasifican en tres grandes grupos, tumores intradurales intramedulares, intradurales extramedulares y extradurales. Su sintomatología frecuentemente es insidiosa y el diagnóstico puede ser difícil.

Los tumores intradurales intramedulares son poco frecuentes y generalmente corresponden a ependimomas o astrocitomas.

Las masas intradurales extramedulares más frecuentes corresponden a las meningiomas, schwannoma y metástasis leptomenígeas.

Las masas del espacio extradural corresponden a extensión extraóseas de metástasis (1), infecciones y menos frecuentemente a linfomas (2).

Los meningiomas representan entre el 15 y 45% de los tumores espinales. Son más frecuentes en las mujeres y tienen una baja tasa de recurrencia debido a su baja tendencia al crecimiento y su prevalencia en pacientes mayores. La mayor prevalencia se da en mujeres entre los 50 a 70 años de edad (3). Los síntomas más comunes son la debilidad y dolor localizado. Se ubican más frecuentemente en la columna dorsal a nivel intradural extramedular.

Las lesiones exclusivamente extradurales son raras (3-5) y pueden ser fácilmente confundidos con neoplasias malignas (6-8) que son mucho más frecuentes en esta localización

No es tan infrecuente la presencia de meningiomas intradurales asociados con meningiomas extradurales (9, 10).

Otra presentación de los meningiomas espinales es la de una placa dural calcificada, que produce compresión medular y mielopatía (11).

En general estos tumores requieren de tratamiento quirúrgico el cual se debe realizar tan pronto como aparezcan los síntomas neurológicos.

La resonancia magnética ha llegado a ser la técnica de elección en la evaluación de las lesiones de la columna y la médula espinal y es la modalidad de elección para la evaluación de las neoplasias espinales (12). Las imágenes son útiles para determinar el tamaño y proveen una adecuada localización de la lesiones en los espacios intramedular, intradural extamedular y extradural. Sin embargo, la resonancia no siempre puede diferenciar entre tumores intra y extramedular.

Los meningiomas se caracterizan por presentar una intensa captación de contraste homogénea y de la duramadre adyacente.

## CONCLUSIÓN

Las masas intrarraquídeas extradurales son tumores raros que más frecuentemente corresponden a lesiones secundarias malignas, sin em-

bargo debemos considerar también la posibilidad de un meningioma a este nivel.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley, W.G., Use of contrast in MR imaging of the lumbar spine. *Magn Reson Imaging Clin N Am*, 1999. 7(3): p. 439-57, vii.
2. Achari, G., et al., Extradural meningioma en-plaque of the cervical cord. *Neurol Res*, 2000. 22(4): p. 351-3.
3. Gelabert Gonzalez, M., A. Garcia Pravos, and J.M. Fernandez Villa, [Spinal meningiomas]. *Neurologia*, 2000. 15(2): p. 58-62.
4. Sato, N. and G. Sze, Extradural spinal meningioma: MRI. *Neuroradiology*, 1997. 39(6): p. 450-2.
5. Takeuchi, H., et al., Cervical extradural meningioma with rapidly progressive myelopathy. *J Clin Neurosci*, 2006. 13(3): p. 397-400.
6. Gambardella, G., et al., Epidural spinal meningioma. Role of magnetic resonance in differential diagnosis. *Acta Neurochir (Wien)*, 1990. 107(1-2): p. 70-3.
7. Vargas, M.I., et al., [Spinal extradural meningiomas: MRI findings in two cases]. *J Neuroradiol*, 2004. 31(3): p. 214-9.
8. Zevgaridis, D. and C. Thome, Purely epidural spinal meningioma mimicking metastatic tumor: case report and review of the literature. *Spine*, 2002. 27(18): p. E403-5.
9. Alorainy, I.A., Dural tail sign in spinal meningiomas. *Eur J Radiol*, 2006. 60(3): p. 387-91.
10. Weil, S.M., R.J. Gewirtz, and J.M. Tew, Jr., Concurrent intradural and extradural meningiomas of the cervical spine. *Neurosurgery*, 1990. 27(4): p. 629-31.
11. Gamache, F.W., Jr., et al., Unusual appearance of an en plaque meningioma of the cervical spinal canal. A case report and literature review. *Spine*, 2001. 26(5): p. E87-9.
12. Sevick, R.J., Cervical spine tumors. *Neuroimaging Clin N Am*, 1995. 5(3): p. 385-400.