

INFORME DE CASO

Afectación de la vía visual aferente y eferente por meningioma intracraneal. Informe de tres pacientes

Dra. Lillian Gloria León Veitía¹

Dra. Tamara de las Mercedes Galbán Lueje²

Dr. Raidel Oliva Valdés³

RESUMEN

Los meningiomas son los tumores intracraneales benignos más comunes después de los tumores gliales, tienen un crecimiento lento y, aunque pueden surgir de los fibroblastos de la duramadre, la mayoría procede de células aracnoideas. Se presentan tres pacientes afectados por esta enfermedad con manifestaciones oftalmológicas por la afectación de la vía visual que se trataron de forma quirúrgica; uno de ellos evolucionó satisfactoriamente, los dos restantes quedaron con secuelas debido a la larga evolución con dicha tumoración.

DeCS:

MENINGIOMA/complicaciones
TRASTORNOS DE LA VISION/cirugía

SUMMARY

The meningiomas are the most common benign intracranial tumors after the glial tumors, they have a slow growth, and, although they can arise from the fibroblasts of the dura mater, the majority comes from the arachnoid cells. Three patients affected by this illness, with ophthalmologic manifestations due to the compromise of the visual pathway, are presented here. They were surgically treated; one of them evolved satisfactorily, the other two presented sequelae as a result of the long evolution of the tumor.

MeSH:

MENINGIOMA/complications
VISION DISORDERS/surgery

Los meningiomas son los tumores intracraneales benignos más comunes después de los tumores gliales, tienen un crecimiento lento y, aunque pueden surgir de los fibroblastos de la duramadre, la mayoría procede de células aracnoideas; representan del 15 al 20% de los tumores cerebrales primarios, con un pico de incidencia entre la 5ta y la 6ta décadas de la vida, son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y en el 90% de los casos son supratentoriales. Las localizaciones más frecuentes son la región silviana, la superficial parasagital superior de los lóbulos frontal y parietal, los surcos olfatorios, las alas menores del esfenoides, el tubérculo de la silla turca y la superficie superior del cerebelo y el canal medular; de ahí que sus síntomas sean variables. En un 25% aparecen asociados a calcificaciones, crecen de

forma muy lenta -incluso a lo largo de muchos años-, por lo que pueden llegar a alcanzar gran tamaño pues el cerebro se adapta sin dar síntomas clínicos y desplazan el cerebro pero no lo suelen invadir (extraparenquimatosos y expansivos). Su diagnóstico se puede confirmar mediante tomografía axial computadorizada (TAC) o resonancia magnética nuclear; el tratamiento de elección es el quirúrgico.¹⁻³

Estos tres casos fueron atendidos en la Consulta de Neuroftalmología de este hospital con cuadros sugerentes de compresión de la vía visual y se les diagnosticó tumor intracraneal del tipo meningioma con signos clínicos sugerentes de afectación de vía visual aferente y eferente; posteriormente fueron remitidos al Servicio de Neurocirugía para el tratamiento quirúrgico correspondiente.

PRESENTACIÓN DE TRES PACIENTES

Paciente 1

Paciente de 29 años de edad, raza blanca, femenina, con historia de salud aparente, que fue remitida a la Consulta de Neuroftalmología pues informaba disminución de la agudeza visual del ojo derecho de aproximadamente ocho meses de evolución, lo que había empeorado en los últimos dos meses. En la historia clínica neuroftalmológica no se señalaron antecedentes patológicos personales (solo en el caso de los familiares: su mamá padece de diabetes mellitus e hipertensión arterial controlada) y no informó hábitos tóxicos ni ingestión de medicamentos. En relación al examen ocular la agudeza visual se comportó así: 20 VAR para el ojo derecho, que no mejoraba con corrección óptica, y 100 VAR para el ojo izquierdo; la visión de colores 1/21 para el ojo derecho y 21/21 para el ojo izquierdo. Los exámenes de los anejos, del segmento anterior y de los medios y el fondo de ojo fueron completamente normales, excepto por la presencia de un pequeño escape cuando se exploraron los reflejos pupilares, específicamente en el ojo derecho. Se le realizó una tomografía de coherencia óptica y se midió el grosor de la capa de fibras nerviosas, que resultó dentro de los límites normales en todos los sectores. Se pensó en un posible síndrome compresivo de la vía visual anterior; se le indicaron neuroimágenes.

Paciente 2

Paciente de 69 años de edad, raza negra, masculino, remitido a la Consulta de Neuroftalmología porque informaba disminución lenta y progresiva de la agudeza visual en ambos ojos desde hacía cinco años aproximadamente. La historia clínica neuroftalmológica reveló antecedentes de ser hipertenso sin control medicamentoso, con respecto a los hábitos tóxicos sus familiares señalaron que el paciente ingería, diariamente, bebidas alcohólicas desde que tenía aproximadamente 40 años de edad (había abandonado el hábito hacía un año pues temió quedarse ciego). El examen ocular mostró una agudeza visual de 16 VAR para el ojo derecho y 30 VAR para el ojo izquierdo, lo que no

mejoraba con corrección óptica; la visión de colores 0/21 en el ojo derecho y 1/21 en el ojo izquierdo; los anejos, el segmento anterior y los medios, sin alteraciones. El examen del fondo de ojo mostró discos ópticos difusamente pálidos con disminución global del patrón de capa de fibras nerviosas retinianas, afinamiento arteriolar y ausencia de reflejo foveal; los reflejos pupilares se encontraron marcadamente hipoquinéticos. Ante este paciente se planteó inicialmente, como impresión diagnóstica, una neuropatía tóxica nutricional teniendo en cuenta sus antecedentes personales; se indicó la realización de neuroimágenes pues la presencia de un síndrome compresivo siempre debe ser descartada en estos casos.

Paciente 3

Paciente de 52 años de edad con antecedentes de ser tratada por las Especialidades de Neurología y Oftalmología pues presentaba, desde el año 2004, una paresia del VI par izquierdo que progresivamente había empeorado y se había añadido una oftalmoplejía del III par del mismo lado y la disminución de la agudeza visual de dicho ojo. La TAC de cráneo, al inicio de su evaluación, resultó negativa, pero al valorar su evolución se decidió repetir la neuroimagen, pues lo primero a descartar era un síndrome compresivo.

Después de evaluar el resultado de las imágenes los pacientes fueron remitidos al Servicio de Neurocirugía para sus respectivas intervenciones quirúrgicas. A la paciente 1 se le realizó una escisión completa del tumor -que envolvía parte de la porción intracraneal del nervio óptico derecho- y en la consulta, después de un mes de la intervención, los parámetros visuales del ojo derecho se habían recuperado totalmente: la agudeza visual 100 VAR y la visión de colores 21/21, los reflejos pupilares y el fondo de ojo eran normales; el resultado postoperatorio de los dos pacientes restantes no fue favorable: les quedaron secuelas permanentes sobre la vía visual que no deben recuperar. El resultado anatomopatológico resultó ser meningioma intracraneal en diferentes localizaciones; se confirmó así la impresión diagnóstica preoperatoria.

El pronóstico de un paciente que padece un meningioma depende de varios factores: la condición clínica preoperatoria, la localización y el tamaño de la lesión, las características de su vascularización, la extensión del edema circundante, el grado de la resección lograda y de su histología, así como el tiempo de evolución.^{2,4}

Los meningiomas son tumores mayoritariamente benignos, a pesar de lo que se considera que, luego de una resección quirúrgicamente completa, el porcentaje de recidivas es de un 9-11%; cifras estas que se elevan a casi un 40% cuando la exéresis es incompleta. Un diagnóstico temprano y un tratamiento apropiado de los pacientes que sufren lesiones compresivas de la vía visual anterior disminuyen el riesgo de defectos permanentes de visión y de motilidad ocular.^{3,5,6}

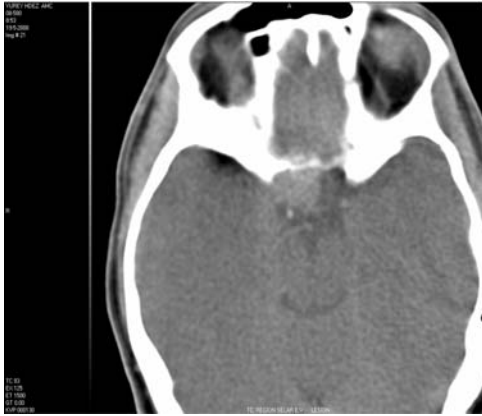


Figura 1. *Paciente 1: Imagen T hiperdensa hacia tubérculo sellar lateralizado hacia la derecha que ensancha el canal óptico de ese lado*

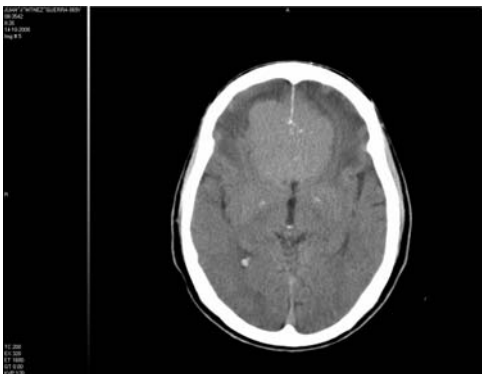


Figura 2. *Paciente 2: Imagen T hiperdensa muy extensa en lóbulo frontal*

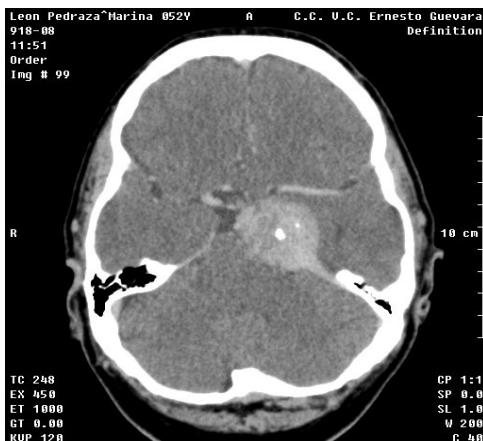


Figura 3. *Paciente 3: Imagen T hiperdensa hacia borde libre del tentorio del lado izquierdo*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gossman MV, Zachariah SB, Khoromi S. Meningioma, Optic Nerve Sheath [Internet]. 2010 [citado el 24 de abril de 2010]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1217466-overview>
2. García Moreira T, Piedra Chávez F, López Arbolay O, García Ferrer L, Navarro Miranda H, Delgado Gutiérrez D. Correlación topográfica y clínica, pre y posquirúrgica en los tumores de la región sellar. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2008 [citado el 12 de agosto de 2009]; 37(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol37_1_08/mil03108.htm
3. Nakamura M, Roser F, Michel J. The natural history of incidental meningiomas. J Neurosurg. 2006;53:62.

4. Hidetoshi K, Osami K, Masahiko T, Kosaku A, Koichi K, Tomokatsu H. Clinical and radiological features related to the growth potential of meningioma. *Rev Neurosurg*. 2006 October; 29(4):293–297.
5. Sang-Bong Chung, Chae-Yong Kim, Chul-Kee Park, Dong Gyu Kim, Hee-Won Jung. Falx meningiomas: surgical results and lessons learned from 68 Cases. *J Korean Neurosurg Soc*. 2007 October; 42(4):276–280.
6. Larjavaara S, Haapasalo H, Sankila R, Helén P, Auvinen A. Is the incidence of meningiomas underestimated? A regional survey. *Br J Cancer* [Internet]. 2008 [citado el 12 de agosto de 2009]; 99(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2453036/pdf/6604438a.pdf>

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Oftalmología. Diplomada en Neurooftalmología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Departamento de Oftalmología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. E-mail: lillianlv@hamc.vcl.sld.cu.
2. Especialista de I Grado en Oftalmología. Diplomada en Neurooftalmología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Departamento de Oftalmología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. E-mail: tamaragl@hamc.vcl.sld.cu.
3. Especialista de I Grado en Neurocirugía. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Departamento de Neurocirugía. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. E-mail: mariarc@hamc.vcl.sld.cu.