

Patología tumoral

MENINGIOMA CRANEOFACIAL. REPORTE DE UN CASO

Juan Mercuri, José Rego, Daniel Goldberg, Antonio De Leo,
Diego Masaragian, Felipe González la Riva

Servicio de Neurocirugía HIGA "Prof. Dr. Luis Güemes", Haedo, Pcia de Buenos Aires

ABSTRACT

Objective. To describe a craniofacial meningioma.

Description. A 50 years old female patient presented progressive headaches and left exoftalmus during the last year. MRI showed a tumoral lesion that involved the etmoidorbitomaxillary region.

Intervention. The lesion was resected through the subfrontal approach after performing a bifrontal craniotomy with a supraorbital osteotomy. Pathology informed meningioma. Postoperatively the patient showed transient left ptosis, diplopia and CSF fistula. After 18 months the patient was asymptomatic and control MRI showed no tumor.

Conclusion. The craniofacial meningioma was totally resected using a combined approach with low morbidity at 18 month.

Key words: Craniofacial surgery, Meningioma, Skull base.

Palabras clave: base de cráneo, cirugía craneofacial, meningioma.

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas representan aproximadamente el 20% de los tumores intracraneales en las mayores series quirúrgicas¹. Se originan generalmente en las células aracnoides en gorro y se localizan en su gran mayoría en la convexidad y base de cráneo. Más raramente pueden aparecer en cuero cabelludo, regiones orbitofaciales o extenderse a través de la base de cráneo, como en el presente caso requiriendo para su exéresis abordajes no tradicionales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 50 años que presenta cuadro de cefalea, exoftalmos de ojo izquierdo y quemosis de un año de evolución progresiva. Examen oftalmológico: agudeza visual conservada y papilas normales; tomografía computada (TAC) y resonancia magnética (IRM) con gadolinio: lesión isointensa en T1 que capta gadolinio etmoidorbitomaxilar izquierda con desplazamiento del globo ocular (Fig. 1,2).

Se realizó exéresis quirúrgica total macroscópica por vía subfrontal ampliada con craneotomía bifrontal y osteotomía supraorbitaria. A su vez al cierre se realizó plástica de duramadre con galea y fijación supraorbitaria con alambre de titanio³.

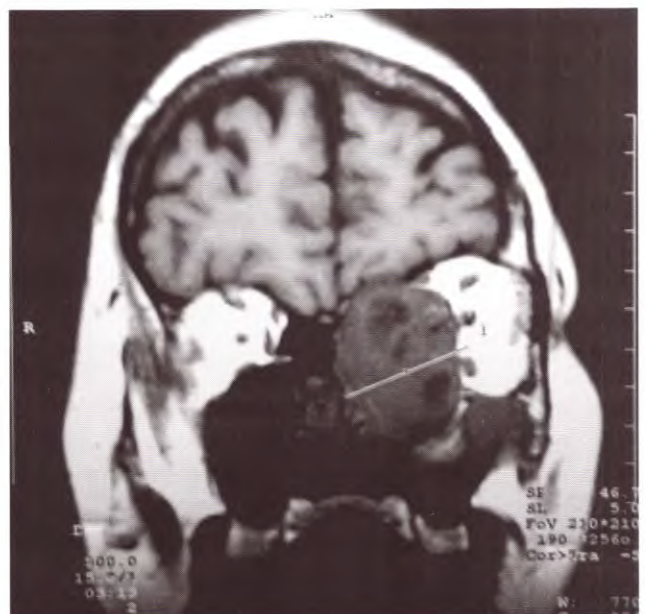


Fig. 1. IRM frontal que muestra una tumoración hipointensa.



Fig. 2. IRM axial que muestra una tumoración hipointensa.

Complicaciones postoperatorias: ptosis palpebral izquierda, diplopia y fistula de LCR. Presentó evolución favorable con resolución de la fistula de LCR con tratamiento médico y de las complicaciones oftalmológicas.

Anatomía patológica: meningioma meningotelial.

La paciente está asintomática a los 18 meses sin signos de recidiva tumoral por IRM de cerebro (Fig. 3).

DISCUSIÓN

En esta localización, base de cráneo fosa anterior y macizo facial es más común observar tumores de alto grado de malignidad². Ej: estioneuroblastoma, carcinoma nasosinusal, condrosarcomas, meningiomas malignos, etc.

Los tres principales abordajes para esta región son: 1) craneofacial, 2) subfrontal ampliado, 3) transfacial.

El abordaje transfacial consiste en una combinación de: transoral, transpalatino, transmaxilar, etc. El craneofacial combina el abordaje craneal bifrontal, orbitozigomático con el transfacial y el subfrontal ampliado con craneotomía bifrontal y osteotomía supraorbitaria. Utilizamos este último más relacionado con nuestra práctica diaria. Las complicaciones más comunes de este abordaje

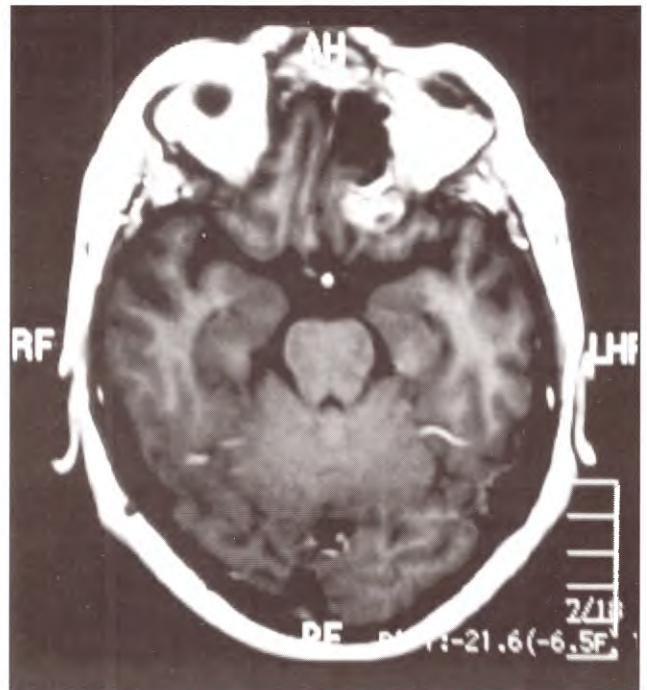


Fig. 3. IRM axial postoperatoria.

son la fistula de LCR, infecciones, las oftalmológicas (ptosis palpebral, diplopia, oftalmoplejías, etc) y las estéticas relacionadas con la reconstrucción. Pudimos resolver las que se presentaron en el postoperatorio con tratamiento médico.

CONCLUSIÓN

El meningioma craneofacial pudo researse totalmente con el abordaje combinado.

Bibliografía

1. Black P. Meningiomas: current perspectives. **Neurosurgery** 1993; 32: 643-57.
2. Origitano T, Petruzzelli G, Vandevender D. Management of malignant tumours of the anterior y anterolateral skull base. **Neurosurgical Focus** 2002; 12: 7-10.
3. Sekhar LN, Nanda A, Sen Ch, Snyderman CN, Janecka IP. The extended frontal approach to tumours of the anterior, middle and posterior skull base. **J Neurosurg** 1992; 76: 198-206.