

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS ACERCA DE LA CONDUCTA BIOLÓGICA AGRESIVA QUE MUESTRAN CIERTOS MENINGIOMAS HISTOLÓGICAMENTE BENIGNOS

OTTINO, C. A. CAPUTI, E. SIERRA, J. ANTICO, J. C. DRIOLLET LASPIUR, R.
Secciones de Neurooncología y de Neuropatología del Instituto de Neurocirugía de la U.B.A.

PALABRAS CLAVES: Meningiomas - Conducta agresiva - Diagnóstico.

Introducción

En la patología tumoral craneoencefálica, los meningiomas ocupan aproximadamente el 16% de los casos.

En la amplia mayoría su conducta biológica es benigna. Sin embargo un porcentaje difícil de determinar evoluciona demostrando un definido comportamiento agresivo.

Es motivo de esta comunicación recordar que esta posibilidad conductual puede ser diagnosticada presuntivamente con los datos que aporta el estudio tomográfico computado; que el diagnóstico de certeza se hace a través del estudio histopatológico de los tejidos que rodean al tumor, y que se debe investigar la actividad hormonal del tejido tumoral.

Método

Desde su advenimiento como método diagnóstico neurorradiológico no invasivo la tomografía computada se ha convertido en un estudio insustituible para reconocer la existencia de procesos de naturaleza neoplásica, precisar el lugar de su implantación y dar en ciertas oportunidades elementos de predicción histológica y del comportamiento biológico.

En el estudio simple, los tumores meníngeos aparecen como una imagen netamente delimitada y homogénea. El 75% de las veces son ligeramente hiperdensos, 15% isodensos, 10% mixtos y menos del 1% hipodensos.

Aparecen calcificaciones en aproximadamente un 20% y el 65% de los tumores tienen edema perilesional.

Después de la administración del medio de contraste el refuerzo de la imagen tumoral (97% de los casos) es marcadamente positivo. Modificándose escasamente en aquellos tumores que están calcificados. Los signos tomográficos que hacen presumir la presencia de un meningioma con actividad biológica agresiva serían: marcado edema, que ocupa una amplia zona alrededor del tumor, ausencia de depósitos cálcicos, áreas de aspecto quístico que aparecen en el estudio simple o en el contrastado, moderado refuerzo heterogéneo con límites de la masa neoformada irregulares y mal definidos.

En la preparación intelectual de la operación de un meningioma intracraneano el principal objetivo es la escisión del tumor y su posterior estudio anatomopatológico, para determinar su ordenamiento histogenético y su grado de anaplasia.

Siguiendo la clasificación de la OMS de los "Tumores de las meninges y tejidos afines",

tenemos, en el grupo "A" MENINGIOMAS, se describen los siguientes subtipos:

- 1°) Meningioma meningotelomatoso, sincial o aracnoteliomatoso;
- 2°) fibroso o fibroblástico;
- 3°) transicional o mixto;
- 4°) psamomatoso;
- 5°) angiomatoso;
- 6°) hemangioblástico.

Estos son aceptados como histológicamente grado I.

El subtipo 7: meningioma hemangiopericítico o hemangiopericitoma de leptomeninges corresponde al grado II.

Se destaca que los subgrupos 6 y 7 (hemangioblástico y hemangiopericítico) constituyen en conjunto el denominado meningioma angioblástico.

En el subtipo 8: "Meningioma papilar", al cual se le asigna el grado II o III.

Luego figuran en el grupo B, el fibrosarcoma (G. III y IV), el sarcoma de células polimorfas (G. III y IV) y la sarcomatosis meníngea primitiva (G. IV).

En el grupo C: Denominado "Tumores Xantomatosos" figuran el "fibroxantoma" y el "Xantosarcoma" o fibroxantoma maligno. Para estos tumores la OMS no asigna grado debido a la falta de experiencia (casos de escasa incidencia) como para encasillarlos todavía bajo un grado específico. Acepta que tienen mejor pronóstico que el deducible por su aspecto microscópico.

En el grupo D: "Tumores melanóticos primitivos" se menciona al "melanoma" (primitivo meníngeo) y la "melanomatosis meníngea", ambos G. IV.

Por último en el grupo "E" (otros tumores) menciona el fibroma, condroma, condrosarcoma mesenquimático, etc. que teóricamente pueden desarrollarse dentro del cráneo.

También debemos determinar en el tejido tumoral extraído su actividad hormonal pues, su positividad correlacionada con la conducta agresiva podría propiciar una útil terapéutica anti-hormonal.

La presunción diagnóstica de meningiomas con comportamiento agresivo, hará que el segundo objetivo de nuestra preparación intelectual sea la toma de muestras de todos los tejidos en relación inmediata o mediata con el proceso expansivo. Aun cuando su aspecto sea de total inocencia o indemnidad, pues será exclusivamente su posterior estudio histológico el que confirmará o negará la agresividad tumoral.

Habitualmente la leptomeninges que da implante al tumor forma una membrana conectiva que lo rodea, simulando una delicada cápsula. Si el comportamiento del meningioma es benigno, y sólo actúa por compresión, ésta se mantendrá inalterada.

En el parénquima nervioso subyacente no se producirá movilidad celular ni hiperplasia glial pero sí moderado edema vasogénico. El área suprayacente craneal podrá responder con una llamativa reacción hiperostótica u osteolítica.

Cuando la conducta biológica es agresiva el tumor no respeta la integridad de la envoltura conectiva leptomeníngea y penetra en la corteza cerebral o cerebelosa, duramadre, senos venosos, tejido óseo y tejidos epicraneales, siguiendo el trayecto de las ramas vasculares que ingresan o egresan. Rodeándolas a la manera de dedos de guante que al corte microscópico se verán como "nidos" circundando un vaso.

Conclusiones

Repasando los casos de nuestro registro reconocemos, que los meningiomas descritos en la clasificación de la OMS como subtipos uno al seis y aceptados como grado uno de anaplasia, pueden tener un particular comportamiento agresivo.

Este comportamiento biológico se manifiesta por la penetración de células en los tejidos vecinos, desde donde recomenzará su crecimiento a posteriori de la "escisión completa" del cuerpo del tumor.

Es interesante saber, que estos meningiomas no muestran malignización histológica en los estudios que se efectúan luego de cada reoperación y que mantienen una definida estabilidad en el subgrupo original.

La presunción diagnóstica de comportamiento agresivo en los meningiomas, se hace habitual-

mente cuando se produce el primer recrecimiento luego de una escisión macroscópicamente completa.

Nosotros valoramos con fundamento los datos que da el estudio T.C., para hacer el diagnóstico presuntivo de meningioma con conducta biológica agresiva y de esta manera justificar y recordar la necesidad de obtener muestras de los tejidos circundantes al tumor: parénquima nervioso, duramadre, hueso y tejidos epicraneales, que servirán para hacer el diagnóstico de certeza.

Proponemos además el reconocimiento de receptores hormonales que pueda tener el tejido tumoral pues será útil para ensayar medidas terapéuticas antihormonales. Y por último reafirmamos que el diagnóstico certero de conducta agresiva en los meningiomas histológicamente benignos es fundamental para decidir en el período postoperatorio los tratamientos necesarios con el fin de evitar su recrecimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. CUSHING, H. and EISENHARDT, L. Their classification, Regional Behaviour, Life history and Surgical end results. Springfield, ILL., Charles C. Thomas, p. 69, 1938.
2. GRANT, F. G. A Study of the results of Surgical treatment in 2326 consecutive patients with brain tumor. *J. Neurosurg.* 12: 479-488, 1956.
3. MAC CARTY, C. S. y TAYLOR, W. F. Intracranial Meningiomas. Experience at di Mayo Clinic. *Neurol. Med. Chir. (Tokyo)* 19: 569-574, 1979.
4. OMS. Clasificación histológica internacional de tumores. Tipos histológicos de tumores del S.N.C. Tomo 21. Ginebra 1979.
5. RUSING, A.; YBON, A. and STENFLO, J. Intracranial meningioma. A population Study of ten years. *Acta Neurol. Scand.* 46: 102-110, 1970.
6. RUSELL, D. S.; RUBINSTEIN, L. J. Pathology of tumours of the nervous system. Londres, E. Arnold, 1977.
7. SIMPSON, D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. *J. Neurol. Neurosurgery Psychiat.* 20: 22-39, 1957.
8. VASSILOUTHIES, J.; AMBROSE, J. Computerized tomography scanning appearances of intracranial meningioma. *J. of Neurosurgery* 50, 320-327, 1979.
9. ZULCH, K. J. Brain tumors. Their Biology and Pathology. New York, Springer-Verlag, p. 57, 1957.