

Deterioro neurocognitivo y motor con lesión hipodensa frontal en tomografía axial computarizada craneal. Forma de presentación de un meningioma

J.M. Moral-Pascual^a, P. García-Méndez^b, J.L. Barbosa-Rodríguez^c, P. Mata-González^d y E. Pintor-Holguín^e

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz. Madrid.

^bServicio de Medicina Interna. Clínica Santa Elena. Madrid.

^cServicio de Radiodiagnóstico. Clínica Santa Elena. Madrid.

^dServicio de Neurocirugía. Clínica Ruber. Madrid.

^eDepartamento de Especialidades Médicas. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.

Se presenta el caso de un varón de 84 años sin antecedentes de interés que, encontrándose previamente en buena situación neurológica y funcional, sufre un deterioro neurocognitivo progresivo de 6 semanas de evolución. En la exploración física sólo se apreciaron alteraciones neuropsicológicas inespecíficas, con analítica sin hallazgos. La tomografía axial computarizada (TAC) craneal mostró una imagen hipodensa frontal compatible con lesión isquémica crónica, sin poderse descartar otros diagnósticos, por lo que se realizó resonancia magnética (RM) que tras la administración de gadolinio intravenoso objetivaba intensa captación de contraste paramagnético, lo que constituye un dato fuertemente sugestivo de meningioma, diagnóstico confirmado por la histopatología de la pieza de resección quirúrgica. Tras la intervención se obtuvo la curación del paciente, con restitución a la integridad.

Los meningiomas son uno de los tumores intracraniales más frecuentes. Generalmente benignos, se originan a partir de células aracnoideas. Habitualmente se muestran como lesiones hiperdensas en la TAC craneal.

Palabras clave: meningioma, lesión hipodensa, resonancia magnética cerebral.

The case of an 84 year old male without any background of interest is presented. Previously having good neurological and functional condition, he suffered progressive neurocognitive deterioration over six weeks. In the physical examination, only non-specific neuropsychological alterations were seen, there being no findings in the analyses. The cranial CT scan showed frontal hypodense image consistent with chronic ischemic lesion, not being possible to rule out other diagnosis. Thus, an MRI was done. After the administration of intravenous gadolinium, intense uptake of the paramagnetic contrast was observed. This data is strongly suggestive of meningioma, a diagnosis confirmed by the histopathology of the surgical resection piece. After the operation, the patient was cured, with full recovery.

Meningiomas are one of the most frequent intracranial tumors. Generally benign, they originate from arachnoid cells. Generally, they are seen as hyperdense lesions in the cranial CT scan.

Key words: meningioma, hypodense lesion, cerebral magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas son tumores intracraniales generalmente benignos. La clínica depende de su localización, y el diagnóstico se realiza por técnicas de imagen¹⁻⁵. Habitualmente en la tomografía axial computarizada (TAC)

craneal se manifiestan como imágenes hiperdensas, con desplazamiento de la línea media. Son muy infrecuentes los meningiomas isodensos, y aún más raros los hipodensos¹.

Se expone el caso de un varón anciano, sin factores de riesgo cardiovascular, que sufre deterioro neurológico de corta y progresiva evolución. El diagnóstico de presunción fue encefalopatía isquémica, no confirmado mediante TAC craneal, que mostraba lesión frontal izquierda. La resonancia magnética (RM) definió el diagnóstico.

Correspondencia: J.M. Moral Pascual.
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fronteras.
C/ Puerto de Navacerrada, 4.
28850 Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Recibido el 17-11-04; aceptado para su publicación el 27-05-05.



Figura 1. Tomografía axial computarizada craneal.



Figura 2. Resonancia magnética cerebral.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 84 años, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con ciproterona y osteoporosis senil con aplastamientos vertebrales sin radiculopatía. No presenta factores de riesgo cardiovascular conocidos ni otros antecedentes de interés. Mantiene una buena situación neuropsicológica basal, con actividad física, social y administrativa cotidianas.

Sufre deterioro progresivo neurocognoscitivo y motor de 6 semanas de evolución, llegando a precisar ayuda para las actividades de la vida diaria, con amnesia de evocación y de fijación, confusión y, en la última semana, incontinencia vesical. No muestra déficit segmentarios, fiebre ni otra sintomatología. En la exploración física: presión arterial 120/70 mmHg, buen estado general, normocoloreado, bien nutrido e hidratado, colaborador, sin soplos carotídeos, cardiovascular y broncopulmonar sin anomalías, abdomen sin hallazgos. En la exploración neurológica destacaba: desorientación temporoespacial, pares craneales sin alteraciones, sin rigidez ni temblor, reflejos osteotendinosos normales y simétricos, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, signos meníngeos negativos, torpor global y marcha incoordinada con maniobras cerebelosas positivas, sin déficit focales. Análítica sin alteraciones, con antígeno específico prostático (PSA) de 0,52 ng/ml. La TAC craneal (fig. 1) muestra una extensa lesión hipodensa que ocupa prácticamente todo el lóbulo frontal izquierdo, con leve desviación de la línea media hacia la derecha

y discreto colapso del asta frontal del ventrículo izquierdo, que se interpretó como lesión isquémica crónica, sin descartar una improbable lesión tumoral, por lo que se realizó RM cerebral (fig. 2), que a nivel frontal izquierdo muestra una lesión de aproximadamente 5 cm de diámetro, isointensa en secuencias potenciadas en T1 e hiperintensa en las potenciadas en T2, con gran edema perilesional acompañante; tras la administración de gadolinio intravenoso la lesión presenta una marcadísima captación de contraste paramagnético, fuertemente sugestiva de corresponderse a un meningioma.

Extirpada quirúrgicamente la masa, el paciente es dado de alta hospitalaria a los 6 días, consciente, orientado y colaborador, con tan sólo parestesia distal en miembro inferior derecho, de la que se recupera totalmente en las siguientes 4 semanas. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de presunción: meningioma meningotelial (grado I de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) de la hoz cerebral a nivel frontal izquierdo.

DISCUSIÓN

Los meningiomas constituyen entre el 14% y el 20% de todos los tumores intracraneales, con incidencia máxima entre los 35-75 años, y más frecuentes en mujeres. Se originan a partir de células aracnoideas. Un 95% son tumores benignos, de crecimiento lento; el resto son variantes anaplásicas¹⁻⁴. Presentan una clínica muy variable⁵ en función de su localización (ataxia, anosmia, etc.).

El diagnóstico se establece mediante imagen. En TAC se muestran como lesiones bien definidas, que producen desplazamiento de estructuras de la línea media. Son generalmente hiperdensas, isodensas en un 14% de las ocasiones y sólo en un 0,8% hipodensas¹. Los escasísimos meningiomas hipodensos en la TAC suelen ser debidos a la variedad histológica denominada lipomeningioma o al tipo meningoteliomatoso, con áreas de degeneración grasa⁴. En RM suelen manifestarse con señal isointensa en secuencias T1 y realce intenso de contraste; en T2 suelen tener señal iso o hiperintensa incluso en los casos atípicos³; no obstante, un 10% de las imágenes muy sugerentes o casi patognomónicas de meningioma, corresponden a otras entidades: hemangiopericitomas, plasmocitomas, ependimomas anaplásicos y carcinomas metastásicos⁶. En un 40% de los casos existe edema peritumoral significativo en la TAC, que puede ser trasudado (43%) o secreción tumoral (57%). El edema se asocia a histologías atípicas⁷.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. La tasa de mortalidad intraoperatoria es del 14% aproxima-

damente. La tasa de supervivencia a los 10 años de la cirugía varía entre el 43% y el 77% según las series².

BIBLIOGRAFÍA

1. Víaño J. Tumores cerebrales. En: Pedrosa CS, editor. Diagnóstico por imagen. Tratado de radiología clínica. Vol. II. Madrid: Emalsa S.A. Interamericana; 1986. p. 1605-13.
2. Black PM. Meningiomas. *Neurosurgery*. 1993;32:643-57.
3. Gelabert González M, Fernández Villa JM, Iglesias Pais M. Meningiomas intracraneales atípicos y malignos. *Rev Neurol*. 2004;38:304-10.
4. García Pravos A, Gelabert M, Arias MD, González J, Rumbo RM. Meningioma hipodenso. A propósito de un caso. *Rev Neurol*. 1998;26:74-6.
5. Drummond KJ, Zhu JJ, Black PM. Meningiomas: updating basic science, management, and outcome. *Neurologist*. 2004;10:113-30.
6. Rodríguez LE, Rodríguez CY, Cardozo DP, Peña JA, Molina OM, Cardozo JJ. Las características clínico-imaginológicas clásicas de los meningiomas son imitadas por otras lesiones expansivas. *Rev Neurol*. 2000;30:907-10.
7. Abe T, Black PM, Ojemann RG, Hedley White ET. Cerebral edema in intracranial meningiomas: evidence for local and diffuse patterns and factors associated with its occurrence. *Surg Neurol*. 1994;42:471-5.