

Meningioma vs. migraña. Reporte de caso

Meningioma vs. migraine. A case report

Miguel A. Serra Valdés^I, Marleny Viera García^{II}, María Elena Palma López^{III},
Yelena Sifontes Rodríguez^{IV}

^IEspecialista Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera. Hospital Docente Dr. Enrique Cabrera. Correo electrónico: maserra@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera. Hospital Docente Dr. Enrique Cabrera. Correo electrónico: marleny@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera. Hospital Docente Dr. Enrique Cabrera. Correo electrónico: palmamaria@infomed.sld.cu

^{IV}Residente de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera. Hospital Docente Dr. Enrique Cabrera. Correo electrónico: yelena@hec.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los meningiomas son tumores benignos que se originan en células aracnoideas y como consecuencia pueden crecer en cualquier lugar donde exista duramadre. Suelen aparecer generalmente entre los 35 y 55 años de edad y son más frecuentes en mujeres.

Objetivo: Presentar un caso clínico cuyo diagnóstico pudo realizarse antes teniendo en cuenta la forma de presentación.

Caso clínico: Mujer de 38 años de edad con antecedentes de estar diagnosticada de migraña de más de 1 año de evolución y que ingresa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente Enrique Cabrera, de La Habana, con síntomas en los últimos 3 meses de intensificación de la cefalea y modificación de sus características, con hipertensión intracraneal y focalización motora. El examen clínico y la realización de TAC definen el diagnóstico y se corrobora con tratamiento quirúrgico. Posterior al tratamiento evoluciona satisfactoriamente.

Conclusiones. Un correcto interrogatorio y examen del paciente, y el uso

adecuado y preciso de las imágenes en los diagnósticos reduce la posibilidad de errores en la práctica clínica.

Palabras clave: cefalea, hipertensión intracraneal, meningioma, tumores intracraneales, tomografía axial computarizada (TAC).

ABSTRACT

Introduction: Meningiomas are benign tumors which are originated in arachnoid cells so they can grow anywhere it exists dura mater. They generally appear in ages between 35 and 55 years. They are more frequently found in women.

Objective: To present a case report that could be diagnosed long before taking into account its form of manifestation.

Case report: It's a 38 years old woman already diagnosed for migraine with more than a year of evolution who enters the service of internal medicine at the teaching hospital "Enrique Cabrera" in Havana. She has symptoms in the last three months of a strong migraine and modification of its characteristics with motor focalization and intracranial hypertension. After clinical examination with computed axial tomography included a diagnosis is established and surgical treatment is corroborated. After this treatment the patient evolves satisfactorily.

Conclusions: Correct questioning and clinical examination of the patients and use of images when necessary reduces the possibility of errors in clinical practice.

Key words: headache, intracranial hypertension, meningioma, intracranial tumors, computed axial tomography (CAT).

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas son tumores benignos que al parecer se originan en células aracnoideas y como consecuencia pueden crecer en cualquier lugar donde exista duramadre. Representan alrededor de 15 % a 20 % de los tumores intracraneales primarios. Tienden a localizarse en regiones características, como el seno sagital superior y región parasagital (25%), sobre la convexidad (18%), ala menor del esfenoides (18%), tubérculo olfatorio (10%), supraselares (8%), fosa posterior (7%), peritorculares (3%), fosa temporal (3%), región del ganglio de Gasser (2%), intracerebrales (2%) e intraorbitarios (1%). Los intrarraquídeos se localizan preferentemente en el segmento torácico. Los síntomas dependen de su localización y por ello son variados. Al crecer desplazan el tejido nervioso sin invadirlo; llegan a veces a alcanzar dimensiones enormes. Especialmente, cuando crecen en las regiones basales, forman una lámina tumoral (meningioma en placa) que puede adquirir características infiltrantes. Raramente pueden aparecer en los ventrículos, posiblemente a partir de células aracnoideas que han migrado con los plexos coroides.¹⁻⁴

Caso Clínico

HC 948169. Mujer de 38 años, mestiza, acompañada, ama de casa. Procedencia urbana. Ingresó en sala de Medicina Interna a través del Servicio de Urgencias con antecedentes de salud previo hasta algo más de 1 año que viene presentando cefalea, unas veces generalizadas y otras de localización hemicraneal derecha, con náuseas y mareos interpretados en varias consultas como migraña y llevando varios tratamientos sin mejoría. En los últimos 3 meses y relacionado con una caída y recibir golpe en la cabeza sin pérdida de la conciencia, ese dolor se hace más frecuente y más intenso con visión borrosa, sobre todo, del ojo izquierdo. En los últimos días, aparece dificultad para caminar, así como desviación discreta de la boca a la derecha, vómitos no precedidos de náuseas e intensificación de la cefalea.

Examen físico (Datos positivos): Neurológico. Consciente y orientada. Enlentecimiento del curso del pensamiento. Paresia discreta facial central izquierda. Hemiparesia izquierda con exaltación discreta de los reflejos osteotendinosos de ese lado. Fondo de ojo. Borramiento del borde papilar nasal y superior del ojo izquierdo con pérdida de la depresión central.

Exámenes complementarios: Hto. 0.50 vol % Hb. 150 grs/l. Lámina periférica sin alteraciones. VSG: 70 mm/h. Rx. de Tórax PA. Área cardíaca normal. No alteraciones pleuropulmonares. Hemoquímica todos normales. No se realizó punción lumbar ante la evidencia clínica de hipertensión intracraneal. TAC de Cráneo simple 2289: Gran masa isodensa de 38 UH de 75 x 55 mm, frontoparietal derecha, profunda, que cruza la línea media y produce colapso y compresión ventricular. La línea media está desplazada 13 mm hacia la izquierda. Debe repetirse el estudio con contraste. ID: lesión expansiva intraxial de característica tumoral (Figura 1). TAC de Cráneo con contraste 2376: la masa tumoral capta intensamente el contraste, bien delimitada, encapsulada. Hay erosión ósea en la base del cráneo. Posible meningioma. (Figura 2).

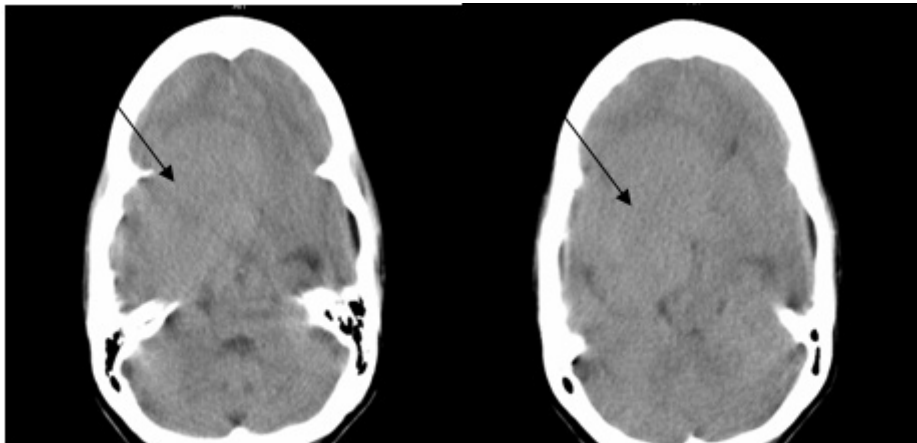


Figura 1. TAC simple de cráneo. Dos cortes del estudio. Muestra de la masa tumoral.

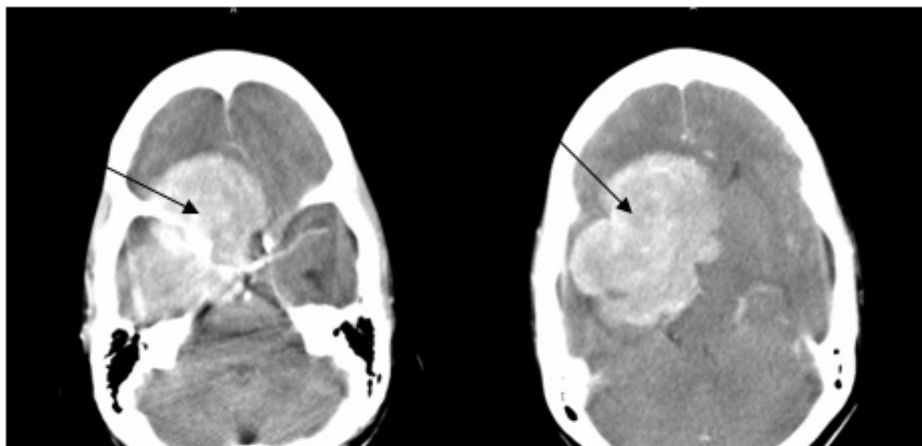


Figura 2. TAC. Contrastada. Captación importante de contraste que define mejor el tumor, encapsulado y ligera erosión ósea de hueso en la base del cráneo.

DISCUSIÓN

Por la edad de la paciente, la forma de instalación lenta y progresiva del cuadro neurológico en meses, se pensó en *un proceso expansivo intracraneal, en este caso tumoral primario*. No existían elementos para sospechar un absceso cerebral, pues no portaba un síndrome neuroinfeccioso. En el momento del trauma, no considerado importante, ya existían síntomas clínicos al producirse por lo que se descartó el hematoma subdural traumático. No era planteable un proceso de origen vascular a esta edad y sin antecedentes de afecciones que cursaran con vasculitis. Otros procesos menos frecuentes que se comportaran como tumorales y enfermedades degenerativas fueron también descartados. Por supuesto que la migraña quedaba excluida por la focalización motora y la hipertensión intracraneal. Se pensó en un tumor benigno por el tiempo de evolución, las imágenes donde aparece encapsulado con efecto de masa, su posible asiento en el ala esfenoidal por la erosión ósea. El meningioma era el más probable.

Los meningiomas son tumores más frecuentes en mujeres entre 35 y 55 años y se han demostrado receptores hormonales para la progesterona. Esto podría explicar la incidencia mayor en las mismas. Pueden ser múltiples y transformarse en malignos, especialmente el hemangiopericitoma meníngeo. Se han descrito múltiples tipos histopatológicos, pero todos presentan un curso clínico similar.¹⁻⁵ Muchos casos son esporádicos, y de etiología desconocida, mientras que otros presentan un patrón familiar; sin embargo, hay factores de riesgo reconocidos: personas que han sido expuestas a radiación, sobre todo, en la cabeza, la mutación genética más frecuente relacionada con la presencia de meningiomas es la inactivación del gen de la neurofibromatosis del tipo II, en el cromosoma 22q.⁶⁻¹¹

Se remitió al Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Calixto García, donde se confirmó el diagnóstico y sometió a tratamiento quirúrgico. Evolucionó satisfactoriamente hasta el momento.

CONCLUSIONES

Los meningiomas dan manifestaciones neurológicas en dependencia de su localización y crecimiento entre las cuales puede confundirse en sus inicios con cefaleas vasculares del tipo de la migraña, uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta.^{2,9} Un correcto interrogatorio y examen del paciente con cefalea no bien definida de determinada afección y su estudio con los adelantos actuales de las imágenes, reduce la posibilidad de errores en la práctica clínica y favorece el diagnóstico precoz para una conducta más oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison ONLINE. Tumores primarios y metastáticos del Sistema Nervioso Central. Capítulo 358. The McGraw-Hill Companies; Copyright 2006.
2. Pedro-Pons A. y cols. Tumores del sistema nervioso. En su Tratado de Patología y Clínica Médicas. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1969: 663-726.
3. Aminoff MJ. Tumores primarios intracraneales. En: Lawrence M.Tierney, Jr. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 41 ed. El Manual Moderno. 2006:871-74.
4. Mark H, Beers MD. Tumores intracraneales. En: Manual Merck de diagnóstico y tratamiento. 11 ed. Madrid: Elsevier; 2007: 2114-23.
5. Kleihues P, Sobin LH. World Health Organization Classification of tumors. Cancer. 2000; 88:2887.
6. Cai DX, Banerjee R, Scheithauer BW. y col. Chromosome 1p and 14q FISH analysis in clinicopathologic subsets of meningioma: diagnostic and prognostic implications. J Neuropathol Exp Neurol. 2005; 60:628-636.
7. Cerdá NM, López Ginés C, Pérez Bacete M. y col. Histological and cytogenetic findings in benign, atypical and anaplastic human meningiomas: a study of 60 tumors. Journal of Neuro-oncology. 2006; 00:1-10.
8. Zang KD. Meningiomas: a cytogenetic model of a complex benign human tumor, including data on 394 karyotyped cases. Cytogenet Cell Genet. 2007; 93:207-220.
9. Lamzus K. Meningioma Pathology, Genetics and Biology. J Neuropathol. 2004; 63:275-286.
10. Sales Llopis J. Meningiomas. [Descarga Internet mayo 2009] Disponible en: <http://www.neurocirugia.com/diagnostico/meningioma/index.htm>
11. Farreras R. Tumores del Sistema Nervioso Central en su Tratado de Medicina Interna. España: Ed. Harcourt; 2006. Versión electrónica.

Recibido: 1 de junio de 2011.

Aprobado: 13 de febrero de 2012.