

Meningioma intracraneal

El [meningioma](#) intracraneal es generalmente benigno y de crecimiento lento ¹⁾.

Epidemiología

Los [meningiomas](#) intracraneales, suponen el 33,8% de todos los [tumores intracraneales](#)

La incidencia del meningioma es de 1 a 2,8 por 100.000 personas/año en la población general y 8,5 por cada 100.000 entre las personas mayores (Rohringer y col., 1989).

El pico de frecuencia está en los 50-60 años.

En un análisis retrospectivo entre 1998 y 2007, se intervinieron 72257 pacientes adultos en hospitales de Estados Unidos ²⁾.

En un análisis retrospectivo de los datos registrados prospectivamente de los pacientes tratados por meningioma intracraneal entre enero de 2006 y septiembre de 2011 en el Hospital de Neurocirugía Memfys, Enugu, Nigeria, el diagnóstico radiográfico se basó en la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética.

La relación hombre-mujer fue de 1:1.08. El rango de edad para las hembras estaba en la 6ª década y para los hombres en la quinta década.

En un estudio de la población de las Antillas y Guayana Francesa la relación mujer-hombre fue de 2,5 a 1.

En su mayoría en la sexta década de la vida y la localización anatómica más frecuente fue [convexidad](#), seguido de parasagital y parafalciano (Mostofi, 2013).

Clasificación

ver [Clasificación del meningioma intracraneal](#).

Clínica

Si son sintomáticos van a depender en gran parte de su localización.

Se caracterizan por tres tipos de síntomas generales:

Epilepsia

Déficit neurológico focal

Trastornos neuropsicológicos

Causan con frecuencia epilepsia focal, si están localizados en región parietal, frontal o temporal.

En meningiomas muy anteriores suelen tener un síndrome frontal (alteraciones del comportamiento.

Los meningiomas del surco olfatorio dan lugar a una clínica propia.

En región central van a producir parestias o hipoestesias en extremidades. En región occipital, hemianopsias. En el hemisferio dominante, pueden producir alteraciones del lenguaje.

Los meningiomas implantados en la base del cráneo van a producir afectación de pares craneales. Así, los meningiomas del surco olfatorio, alteraciones del I par; los meningiomas del tubérculo de la silla, afectación del II par; los meningiomas que afecten el seno cavernoso, afectación de los pares oculomotores; los meningiomas localizados en el ángulo pontocerebeloso, afectación de V, VII y VIII; o los meningiomas del peñasco-agujero magno, afectación de pares bajos (IX-XII).

En el análisis retrospectivo del Hospital de Neurocirugía Memfys, Enugu, Nigeria, la presentación clínica más frecuente fue la cefalea en el 67,3%, seguido de convulsiones (40,4%) y discapacidades visuales (38,5%).

Diagnóstico

La mayor utilización de TAC y resonancias, conduce a un diagnóstico cada vez mayor de meningiomas asintomáticos y pequeños.

Radiografía de cráneo

Se podrán observar con relativa frecuencia surcos vasculares aumentados de tamaño, signos de calcificación o hiperostosis o signos de hipertensión intracraneal crónica.

En la TAC puede mostrar ensanchamiento de los surcos vasculares de la calota (arteria meníngea media).

Tratamiento

Consiste en la extirpación quirúrgica lo mas completa posible.

Los factores clave que influyen en la toma de decisiones del abordaje quirúrgico son la biología del tumor, el tamaño, patrón de crecimiento, la invasión de estructuras neurovasculares que lo rodean, orígenes vasculares, e intervención previa.

Las innovaciones recientes en radioterapia han tenido un impacto enorme.

El [gammaknife](#) ha demostrado ser un tratamiento eficaz con tasas aceptables de control tumoral y complicaciones durante un periodo de 5 a 10 años ^{3) 4) 5) 6)}

Pronóstico

El riesgo de [recurrencia](#) se reduce con la [extirpación](#) total ^{7) 8) 9) 10)}

véase clasificación de [Simpson](#)

Complicaciones

La resección radical del meningioma puede llevar a importantes riesgos de deterioro neurológico postoperatorio, especialmente si el meningioma surge en la base del cráneo o se adhiere a las estructuras neurovasculares que la rodean.

El aumento de la extensión de la resección del tumor para un mejor control se contradice con frecuencia con la necesidad de minimizar el deterioro neurológico postoperatorio. Por lo tanto, puede ser difícil planificar una estrategia quirúrgica para meningiomas histológicamente benignos con el fin de conciliar estos dos objetivos. Aunque la ventaja de la resección completa es clara, la deliberada preservación de una porción sustancial del tumor puede ser un objetivo realista de la cirugía para meningiomas con altos riesgos operatorios ¹¹⁾.

Bibliografía

Mezue, Wilfred C, Samuel C Ohaegbulam, Chikandu A Ndubuisi, Mark C Chikani, and David S Achebe. 2012. "Management of Intracranial Meningiomas in Enugu, Nigeria." *Surgical Neurology International* 3: 110. doi:10.4103/2152-7806.101788.

Mostofi, Keyvan. 2013. "Intracranial Meningiomas in French West Indies and French Guiana." *Journal of Neurological Surgery. Part A, Central European Neurosurgery* (February 26). doi:10.1055/s-0032-1333128.

¹⁾

Oya S, Kim SH, Sade B, Lee JH: The natural history of intracranial meningiomas. Clinical article. *J Neurosurg* 114:1250-1256, 2011

²⁾

Dickinson, Holly, Christine Carico, Miriam Nuño, Kristin Nosova, Adam Elramsisy, and Chirag G Patil. "The Effect of Weight in the Outcomes of Meningioma Patients." *Surgical Neurology International* 4 (2013): 45. doi:10.4103/2152-7806.110023.

³⁾

Hasegawa T, Kida Y, Yoshimoto M, Iizuka H, Ishii D, Yoshida K: Gamma Knife surgery for convexity, parasagittal, and falx meningiomas. Clinical article. *J Neurosurg* 114:1392-1398, 2011

⁴⁾

Pollock BE, Stafford SL, Link MJ, Brown PD, Garces YI, Foote RL: Single-fraction radiosurgery of benign intracranial meningiomas. *Neurosurgery* 71:604-613, 2012

⁵⁾

Starke RM, Williams BJ, Hiles C, Nguyen JH, Elsharkawy MY, Sheehan JP: Gamma Knife surgery for skull base meningiomas. Clinical article. *J Neurosurg* 116:588-597, 2012

⁶⁾

Williams BJ, Yen CP, Starke RM, Basina B, Nguyen J, Rainey J, et al: Gamma Knife surgery for parasellar meningiomas: long-term results including complications, predictive factors, and progression-free survival. Clinical article. *J Neurosurg* 114:1571-1577, 2011

⁷⁾

Jääskeläinen J: Seemingly complete removal of histologically benign intracranial meningioma: late recurrence rate and factors predicting recurrence in 657 patients. A multivariate analysis. *Surg Neurol* 26:461-469, 1986

⁸⁾

Kunishio K, Ohmoto T, Furuta T, Matsumoto K, Nishimoto A: Factors influencing the recurrence rate of intracranial meningiomas after surgery. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 34:81-85, 1994 ((Mathiesen T, Lindquist C, Kihlström L, Karlsson B: Recurrence of cranial base meningiomas. *Neurosurgery* 39:2-9,

1996

⁹⁾

Stafford SL, Perry A, Suman VJ, Meyer FB, Scheithauer BW, Lohse CM, et al: Primarily resected meningiomas: outcome and prognostic factors in 581 Mayo Clinic patients, 1978 through 1988. Mayo Clin Proc 73:936-942, 1998

¹⁰⁾

Oya S, Kawai K, Nakatomi H, Saito N: Significance of Simpson grading system in modern meningioma surgery: integration of the grade with MIB-1 labeling index as a key to predict the recurrence of WHO Grade I meningiomas. Clinical article. J Neurosurg 117:121-128, 2012

¹¹⁾

Fukushima Y, Oya S, Nakatomi H, Shibahara J, Hanakita S, Tanaka S, Shin M, Kawai K, Fukayama M, Saito N. Effect of dural detachment on long-term tumor control for meningiomas treated using Simpson Grade IV resection. J Neurosurg. 2013 Dec;119(6):1373-9. doi: 10.3171/2013.8.JNS13832. Epub 2013 Sep 20. PubMed PMID: 24053497.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=meningioma_intracranial

Last update: **2025/03/10 15:08**

