

# Meningioma parasagital

Harvey Williams Cushing y Louise Eisenhardt definieron el [meningioma](#) parasagital como aquel que llena el ángulo parasagital sin tejido cerebral entre el tumor y el [seno longitudinal superior](#). A veces, invade parcialmente o completamente este seno.

## Epidemiología

Representa el segundo lugar más común del [meningioma intracraneal](#).

## Clasificación

Se clasifican en anterior, medio y posterior según su ubicación a lo largo del seno.

## Fisiopatología

Inicia el crecimiento y se expande en la zona de unión entre la [duramadre](#) de la convexidad y la duramadre que envuelve el [seno longitudinal superior](#).

Hay dos posibilidades de crecimiento:

- 1.- Unilateral, como una forma mixta entre tumor de convexidad y de [meningioma de la hoz](#).
- 2.- Bilateral, quedando el seno longitudinal implicado o englobado en la zona más o menos central de la tumoración.

A medida que el seno longitudinal superior va siendo invadido o comprimido por el tumor se va dificultando el retorno venoso de la corteza cerebral. Para solventar esta situación, como la compresión o invasión del seno es muy lenta, le da tiempo a la naturaleza a generar anastomosis venosas entre venas de la corteza cerebral.

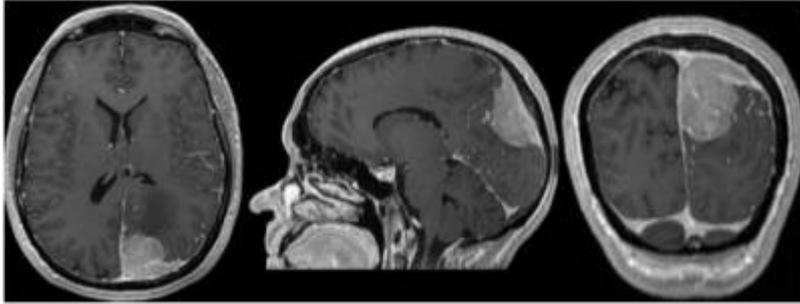
Cuando un paciente tiene estos canales naturales venosos de by-pass, la intervención tiene mucho menor riesgo.

## Diagnóstico

[Clasificación Sindou- Alvernia](#)

[Clasificación Brotchi](#)

Es importante, especialmente para las lesiones parcialmente obstructivas, evaluar estas vías colaterales venosas.



Mientras que la RM es de ayuda para evaluar la anatomía relevante, los estudios de flujo venoso (es decir, angiografía convencional o venografía por resonancia magnética) son útiles para evaluar las vías colaterales venosas.

Es importante el conocimiento de los lugares comunes de cambio de ruta venosa:

- a) anastomosis entre las venas corticales y ventriculares y las venas profundas cisternales
- b) anastomosis término-terminales.
- c) anastomosis con venas meníngeas para permitir el drenaje a través de otros senos duros y lagunas venosas
- d) las anastomosis con las venas del cuero cabelludo.

## Diagnóstico diferencial

Puede existir dificultad para distinguir entre un meningioma y lesión metastásica en los pacientes con cáncer conocido, sobre todo en esta localización, por lo que se debe tener cuidado en aquellos que no tienen un diagnóstico histológico <sup>1)</sup>.

## Tratamiento

La implicación del [seno sagital superior](#) o las [venas corticales](#) de drenaje profundo pueden impedir la [resección total](#) de estos tumores sin morbilidad significativa, por lo que es aceptable un [grado de resección Simpson II](#), por el riesgo de complicaciones.

La cirugía temprana antes de cualquier oclusión puede minimizar estos riesgos, incluso si el tumor es asintomático.

En este sentido la [videoangiografía intraoperatoria con verde de indocianina](#) está ganando importancia <sup>2) 3)</sup>

La resección radical de los meningiomas, de grandes senos duros o venas puente debe limitarse cuando estos canales venosos son patentes.

Algunos autores consideran que la invasión del seno es una contraindicación para la resección completa, sobre todo en los posteriores a la sutura coronal. Por ello, este grupo de lesiones cuenta con las más altas tasas de recurrencia postoperatoria (8% -24%) entre todos los meningiomas.

Por lo tanto, la utilización postoperatoria de radioterapia para el control de la enfermedad residual

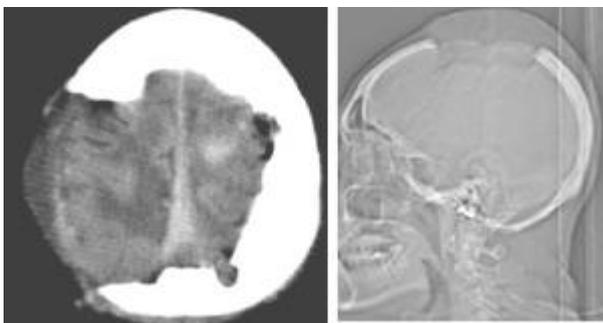
puede ser necesaria.

Un estudio retrospectivo demuestra que que la trombosis venosa cerebral / infarto se produce en un 3,6% y una tasa de recurrencia a largo plazo del 11% (Raza, Shaan M, Gary L Gallia, Henry Brem, Jon D Weingart, Donlin M Long, and Alessandro Olivi. 2010. "Perioperative and Long-term Outcomes from the Management of Parasagittal Meningiomas Invading the Superior Sagittal Sinus." *Neurosurgery* 67 (4) (October): 885-893; discussion 893. doi:10.1227/NEU.0b013e3181ef2a18.).

Estos resultados plantean la importancia de la comprensión de los factores de riesgo con respecto a la recurrencia.

Una estrategia es la resección total del meningioma con la restauración del flujo venoso mediante técnicas de reparación e injerto de vena a seno sagital.

Una segunda estrategia, consiste en la resección parcial a la espera de que el tumor residual ocluya con la esperanza de promover el desarrollo del flujo de salida venosa colateral.



Imágen de un TAC postoperatorio con extracción del hueso por edema postquirúrgico.

## Radiocirugía

La [radiocirugía](#) ofrece una opción de tratamiento mínimamente invasivo, con una buena tasa de control del tumor y una tasa aceptable de complicaciones comparable a las series quirúrgicas <sup>4)</sup>

## Recurrencia

En un estudio retrospectivo de 25 años, la tasa de recurrencia total fue del 47%.

La recurrencia a 10 y 25 años en Simpson grado 1-2 fueron 13% y 38%, respectivamente.

Las tasas de recurrencia aumentaron con el aumento de los grados de Simpson

La recurrencia a 10 y 25-años en el grupo Simpson grado 4 fueron de 62% y 69%, respectivamente.

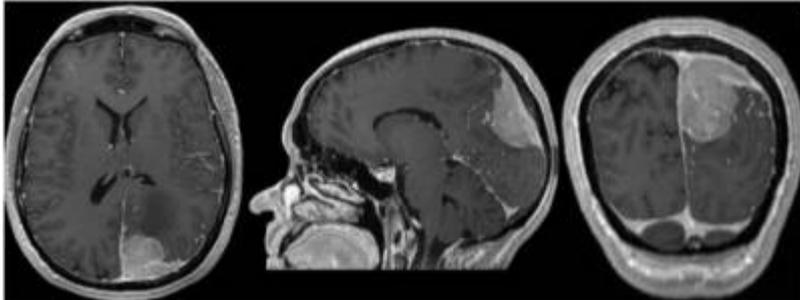
El riesgo relativo de recurrencia en pacientes Simpson grado 4 fue de 1,78 en comparación con los Simpson de grado 1-3.

Las tasas de mortalidad a 10 y 25 años fueron 33% y 63%, respectivamente <sup>5)</sup>.

## Casos clínicos

### I7392

Intervenida de [meningioma atípico](#) parasagital con posterior [radioterapia](#).



En aquella ocasión fue atendida por episodio de [hemiparesia](#) derecha acompañado de [cefalea](#), [mareo](#) y posterior [perdida de conciencia](#) transitoria.

Tras la intervención la paciente presentaba cuadro de mareos que mejoraron progresivamente.

Reingresa por crecimiento del meningioma

## Bibliografía

1)

Mumert, Michael L, Elizabeth M Jensen, and Randy Jensen. 2010. "Parafalcine Lesions in the Cancer Patient: Diagnostic Dilemma—meningioma or Metastatic Lesion?" *Journal of Neuro-Oncology* 99 (1) (August): 135–139. doi:10.1007/s11060-009-0104-1.

2)

d'Avella E, Volpin F, Manara R, Scienza R, Della Puppa A. Indocyanine green videoangiography (ICGV)-guided surgery of parasagittal meningiomas occluding the superior sagittal sinus (SSS). *Acta Neurochir (Wien)*. 2013 Mar;155(3):415-20. doi: 10.1007/s00701-012-1617-5. Epub 2013 Jan 10. PubMed PMID: 23307335.

3)

Ferrolli P, Acerbi F, Broggi M, Broggi G. The role of indocyanine green videoangiography (ICGV) in surgery of parasagittal meningiomas. *Acta Neurochir (Wien)*. 2013 Apr 25. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23615801.

4)

Ding D, Xu Z, McNeill IT, Yen CP, Sheehan JP. Radiosurgery for parasagittal and parafalcine meningiomas. *J Neurosurg*. 2013 Oct;119(4):871-877. Epub 2013 Aug 9. PubMed PMID: 23930861.

5)

Pettersson-Segerlind, Jenny, Abiel Orrego, Stefan Lönn, and Tiit Mathiesen. 2011. "Long-term 25-year Follow-up of Surgically Treated Parasagittal Meningiomas." *World Neurosurgery* 76 (6) (December): 564–571. doi:10.1016/j.wneu.2011.05.015.

From:

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

Permanent link:

[https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=meningioma\\_parasagital](https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=meningioma_parasagital)

Last update: 2025/03/10 15:02



