

# Meningioma incidental de base de cráneo en mi consultorio

Santiago Feldman y Miguel Mural  
Hospital del Cruce. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Los meningiomas son los tumores benignos intracraneanos de mayor incidencia. Se originan en cualquier lugar donde hallemos células aracnoideas, por lo que pueden ser clasificados según su localización. Los síntomas van a estar determinados por el efecto de masa a las estructuras subyacentes y, en el caso de los de base de cráneo, debemos prestar atención a los síntomas de pares craneanos que pueden pasar inadvertidos según el nivel de alarma de cada paciente. En este artículo nos enfocaremos en analizar la conducta terapéutica de los meningiomas incidentales originados en la base del cráneo.

Con el advenimiento de los estudios por imágenes nos enfrentamos con mayor frecuencia a hallazgos que nos obligan a estudiar la historia natural de cada patología a fin de brindar una respuesta adecuada y personalizada a cada paciente.

Al momento de evaluar un paciente con un meningioma en nuestro consultorio debemos tener en cuenta qué tipo de tratamientos podemos ofrecerle. Contamos con la conducta expectante, la resección quirúrgica, la terapia radiante y la combinación de los mismos.

De acuerdo con su localización podemos dividir su análisis en base de cráneo anterior, media y posterior.

En los meningiomas de base de cráneo anterior debemos tener en cuenta que los frontobasales y del surco olfatorio causan trastornos conductuales y síntomas olfativos, muchas veces inadvertidos por el paciente. En cambio, los meningiomas del tubérculo selar con un volumen menor desarrollan síntomas visuales por comprimir la vía óptica. Para tomar una conducta es interesante objetivar los síntomas del paciente, como por ejemplo, con un test neurocognitivo, entrevista a familiares para evaluar trastornos de conducta y una evaluación oftalmológica con campo visual computarizado.

Los meningiomas de la fosa media más preponderantes en la práctica diaria son aquellos que se originan dentro del seno cavernoso y los del ala del esfenoides. Los meningiomas intrínsecos del seno cavernoso presentan un crecimiento lento, pudiendo causar paresias oculomotoras transitorias que mediante tratamiento con corticoides se resuelven, permitiendo que la observación clínica sea el primer tratamiento indicado. Si durante el seguimiento objetivamos crecimiento tumoral, el siguiente paso es

evaluar principalmente el tratamiento radioterápico. El tratamiento quirúrgico lo reservamos para aquellos casos sintomáticos con compromiso de fosa media por fuera del seno cavernoso. Para aquellas lesiones originadas en la apófisis clinoides anterior, aún asintomáticas, es imperativo realizar una evaluación oftalmológica completa, a fin de diagnosticar un déficit visual/campimétrico incipiente, lo cual determinará la conducta a seguir.

Los meningiomas de fosa posterior pueden ser clasificados en petroclivales, petrosos posteriores y del foramen magno a grandes rasgos. En los últimos dos, el pronóstico funcional postquirúrgico es más favorable comparado con las lesiones petroclivales. El control clínico es importante, como se mencionó previamente, para evitar hallarnos con lesiones en estadios avanzados con afectación de pares craneales y compresión del tronco encefálico.

Los meningiomas de base de cráneo generalmente presentan un crecimiento lento o nulo, con curso clínico indolente, lo cual favorece la conducta expectante. Por otro lado, el tratamiento quirúrgico presenta morbilidades propias, como la afectación de los nervios craneanos y la fístula de líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, es importante destacar que en cirugías de meningiomas de base de cráneo en estadios precoces el plano de disección entre el tumor y las estructuras neurovasculares se favorece brindando un mejor resultado funcional. Por ello, consideramos indispensable el control estricto de lesiones asintomáticas, lo que nos permite evaluar crecimiento, aún asintomático, y con ello indicar tratamiento quirúrgico precoz.

Para la toma de decisiones debemos tener en cuenta factores inherentes al paciente y a la patología. La edad del paciente es el factor más preponderante a tener en cuenta junto con las comorbilidades asociadas.

En pacientes mayores de 65 años es frecuente hallar meningiomas asintomáticos en estudios imagenológicos, los cuales presentan una tasa de crecimiento anual muy baja. Este dato sumado a la elevada morbilidad asociada a procedimientos quirúrgicos en pacientes añosos nos inclina a tomar una conducta expectante, con controles periódicos.

En pacientes menores de 65 años a quienes objetivamos un aumento del volumen tumoral aún asintomático o con síntomas incipientes indicamos la resección quirúrgica.

En aquellos casos donde el paciente presente elevadas comorbilidades el tratamiento a instaurar debe ser personalizado y consensuado con su familia.

Como conclusión, creemos que para cualquier meningioma de la base del cráneo diagnosticado como hallazgo

y asintomático la mejor conducta a seguir es la expectante. De este modo, no vamos a exponer a riesgos innecesarios a los pacientes y vamos a conocer la verdadera actividad tumoral en los controles periódicos.