

MENINGIOMAS MÚLTIPLES EN CANAL RAQUÍDEO DORSOLUMBAR

Dr. Julio Alberto Andrés Sanz¹ / Dr. Francisco José Gallego Peñalver² / Dr. Alfonso Vázquez Míguez¹

¹ Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

² Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

RESUMEN

La coexistencia de múltiples meningiomas en un mismo paciente es un hecho infrecuente, más aún si ambos se hallan en regiones raquídeas. Como lesión ocupante de espacio extra-axial, la clínica vendrá determinada por la tolerancia del tejido nervioso a la compresión. Presentamos un caso ilustrativo.

PALABRAS CLAVE

Meningioma, dorsal, múltiple, lumbalgia y déficit

ABSTRACT

The coexistence of multiple meningiomas in the same patient is an infrequent occurrence, even more if both are in spinal regions. As an extra-axial space-occupying lesion, the clinical manifestations will be determined by the tolerance of the nerve tissue to compression. We introduce an illustrative case.

KEY WORDS

Meningioma, dorsal, multiple, low back pain and deficit

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 84 años, con antecedentes de neoplasia quística de cavum, HBP, HTA, asma bronquial crónica y terapia crónica con esteroides.

Consulta por clínica de dolor dorsal irradiado a ambos flancos, ingle y muslo izquierdo que le incapacitaba severamente para la vida diaria, requiriendo por ello ingreso inicialmente para tratamiento analgésico intravenoso con múltiples fármacos. La exploración neurológica inicial revelaba disestesias termoalgésicas en miembros inferiores sin clara distribución dermatómica y déficit motor de 4/5 global en la extremidad inferior izquierda, afectando a la flexión de la cadera, la extensión de la rodilla, dorsiflexión del tobillo y extensión del primer dedo.

Se realizó estudio de RMN de raquis completo, en el que se encontraron dos lesiones ocupantes de espacio intrarraquídeas extramedulares a la altura de vértebras D12 y L2; de 23,5 y 17,5 mm de diámetro respectivamente (Fig. 1-3) Dichas lesiones se muestran isointensas con respecto a la médula en T1, discretamente hiperintensas en T2, y muestran realce homogéneo con contraste (Fig. 1). En perspectiva coronal vemos cómo desplazan desde lados distintos el cono medular, y las raíces de la cola de caballo, obligando a las mismas a zigzaguear por el canal. El estudio se completó con la realización de potenciales evocados somatosensitivos, que demostraron la afectación de cordones posteriores a nivel dorsal.

El tratamiento realizado fue resección quirúrgica completa y tras el informe anatomopatológico las lesiones fueron identificadas como meningioma meningotelial, grado I de la OMS. Tras la intervención el paciente presentó franca mejoría del dolor y completó tratamiento rehabilitador específico con cinesiterapia activa.

Ante la sospecha de patología compresiva dorsal, la resonancia magnética es la técnica diagnóstica de elección. En nuestra imagen, los meningiomas se muestran como una masa homogénea, isointensa en T1 en contacto con meninges cerebrales o raquídeas. Dichas lesiones son realizadas homogéneamente con la administración de contraste paramagnético.

Diagnóstico por imagen

La buena tolerancia a la compresión de la médula y las raíces se explica por el lento crecimiento de los meningiomas grado I, benignos, que desplazan de manera lenta y gradual el contenido del canal medular. La velocidad de crecimiento es de aproximadamente 2 mm al año. La existencia concomitante de varios meningiomas en un paciente ocurre entre el 1 y el 10% de los casos. La meningiomatosis múltiple es característica de la neurofibromatosis tipo II. Dicha coexistencia puede aparecer también con carácter esporádico, inducida por radiación o por otras asociaciones genéticas distintas. En este caso no se completó estudio genético.



Fig. 1. Imagen por RMN con contraste paramagnético. Corte coronal. Se observan dos lesiones con realce homogéneo de contraste, de morfología ovalada, de 2,3 y 1,75 cm respectivamente. Se aprecia el desplazamiento lateral que ejercen sobre el cono medular y las raíces de la cola de caballo

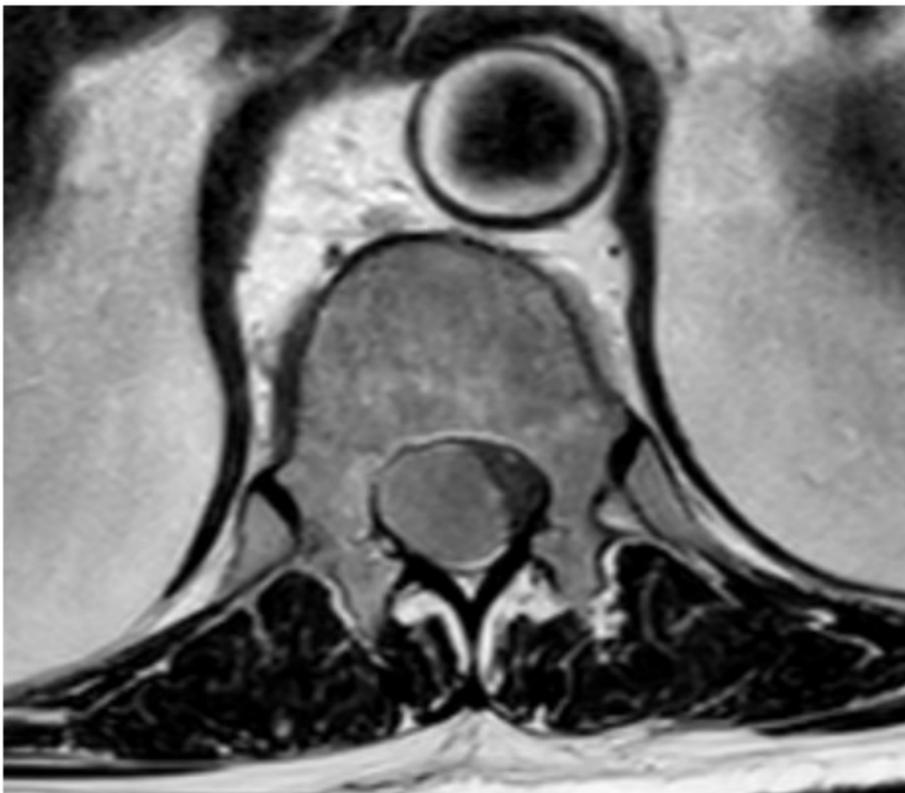


Fig. 2. Imagen de RMN ponderada en T1, corte axial a la altura de la vértebra D12. Se aprecia como la lesión de mayor tamaño ocupa un 70% del diámetro del canal aproximadamente, desplazando hacia la izquierda el cono medular.

Diagnóstico por imagen



Fig. 3. Imagen de RMN ponderada en T2, corte axial. En este corte podemos apreciar las imágenes en relación al LCR circundante, hiperintenso en esta secuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsermoulas G, Turel MK, Wilcox JT, Shultz D, Farb R, Zadeh G, et al. Management of multiple meningiomas. *J Neurosurg.* 2018;128(5):1403–9.
2. Kale A, Akyol Ç, Keskin E, Aydoğmuş E, Aydın HA, Barut F, et al. Coexistence of cervico-thoracic extradural en-plaque meningioma with multiple intracranial meningiomas. *Neurol Neurochir Pol.* 2014;48(5):363–7.
3. Lee KS, Cheang CM, Lieu AS, Howng SL. Multiple spinal meningiomas--a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 1999 Mar;15(3):182-6. PMID: 10224843.