

A pesar de que es una variante benigna de meningioma, tiende a recidivar con relativa frecuencia e incluso metastatizar.

Este comportamiento dio lugar a un cambio en su clasificación de la OMS de grado I al grado II que se incluye en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una variante peculiar que afecta a los pacientes más jóvenes (Kleihues et al. 1993).

Han sido reportados en sólo el 0,2% de los casos de meningioma y tienen un curso más agresivo y complicado debido a su naturaleza histológica y localización anatómica (Zorludemir et al. 1995).

Localización

La proporción de afectación espinales mayor para los meningiomas de células claras (45%) que para otros meningiomas. Sobre todo en la región torácica inferior, lumbar o lumbosacra. Heth et al. cree que una historia familiar puede ser un factor de riesgo para este tipo de meningioma (Heth et al. 2000).

La mayoría de los meningiomas están adheridos a la duramadre y muy rara vez crecen sin contacto dural. Sólo se han reportado varios casos de localización intraespinal sin relación dural (Ko et al. 2011).

Los meningiomas de células claras tienen un patrón morfológico de predominio nodular y contienen láminas de células poligonales con un citoplasma claro que contiene glucógeno y que toma la tinción de ácido periódico-Schiff.

El hallazgo de áreas de aspecto meningoteliomatoso dentro del mismo tumor así como la inmunohistoquímica (positividad de las células tumorales para vimentina y EMA y negatividad para citoqueratinas, CD10, HMB-45 y proteína glial fibrilar ácida) permite establecer un diagnóstico diferencial con otras neoplasias principalmente con las metástasis de carcinoma renal (Rodríguez-Parets et al. 2010).

Tratamiento

Resección completa

Estadísticamente, el papel de la radioterapia no ha demostrado ser eficaz.

Por otro lado, algunos autores han sugerido que la radioterapia se debe realizar solamente tras una resección parcial o en recurrencias.

En niños pequeños se ha sugerido un enfoque quirúrgico agresivo siempre que sea posible, seguido por un meticuloso seguimiento teniendo en cuenta el potencial de graves efectos tardíos por la radioterapia.

La tasa de recidiva de meningioma de células claras se sitúa entre el 42 a 61%.

El meningioma intraespinal de células claras se asocia con una menor tasa de recurrencia que la variante intracraneal.

El plan de seguimiento debe incluir la proyección de imagen de todo el neuroaxis para descartar posibles metástasis (Ko et al. 2011).

Bibliografía

Heth JA, Kirby P, Menezes AH. Intraspinal familial clear cell meningioma in a mother and child. Case report. J Neurosurg. 2000;93:317-321.

Kleihues, P, P C Burger, y B W Scheithauer. 1993. «The new WHO classification of brain tumours». Brain Pathology (Zurich, Switzerland) 3 (3) (Julio): 255-268.

Ko, Jun Kyeung, Byung Kwan Choi, Won Ho Cho, y Chang Hwa Choi. 2011. «Non-Dura Based Intaspinal Clear Cell Meningioma» 49 (1) (Enero): 71-74. doi:10.3340/jkns.2011.49.1.71.

Rodríguez-Parets, Javier Ortiz, María Auxiliadora Aparicio, y Agustón Bullón Sopelana. Abril. «Meningioma de cels claras. Una rara variante de meningioma». Revista Española de Patología 43 (2): 120-122. doi:10.1016/j.patol.2009.12.003.

Zorludemir, S, B W Scheithauer, T Hirose, C Van Houten, G Miller, y F B Meyer. 1995. «Clear cell meningioma. A clinicopathologic study of a potentially aggressive variant of meningioma». The American Journal of Surgical Pathology 19 (5) (Mayo): 493-505.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=meningioma_de_celulas_claras

Last update: **2019/09/26 22:22**

