

Meningioma del ala esfenoidal

[Cushing](#) y [Eisenhardt](#) fueron los primeros en describir los [meningiomas](#) del [ala esfenoidal](#) en detalle, clasificándolos en tres grupos: 1) medial, 2) medio), y 3) lateral.

Se originan en la región [esfenoidal](#), y presentan a menudo un patrón de crecimiento invasivo y destructivo de las estructuras vecinas.

El sinónimo más utilizado de los meningiomas esfenoidales en placa en la literatura es el [meningioma esfenoorbitario](#) (Li y col.,2009).

Epidemiología

Ésta es la localización más frecuente entre los meningiomas de la [base del cráneo](#) y constituyen aproximadamente el 18% de todos los [meningiomas intracraneales](#).

Es la localización más frecuente del [meningioma en placa](#).

Son más frecuentes en pacientes del sexo femenino en la década de los 50 años de edad.

Clasificación

[Meningioma del ala esfenoidal clasificación](#).

Anatomía Patológica

La mayoría son meningoteliales o psammomatosos. Pueden presentar distintos grados de calcificación o hialinosis.

Clínica

ver [Meningioma del ala esfenoidal clínica](#)

Diagnóstico

La RM es la técnica primaria para diagnosticar meningiomas:

Delinea el nivel del tumor y la relación del tumor con el parénquima cerebral. Las imágenes son hipo o isointensas en T1 e hiperintensas en T2, con captación de contraste irregular, debido a la presencia de cuerpos de psamoma.

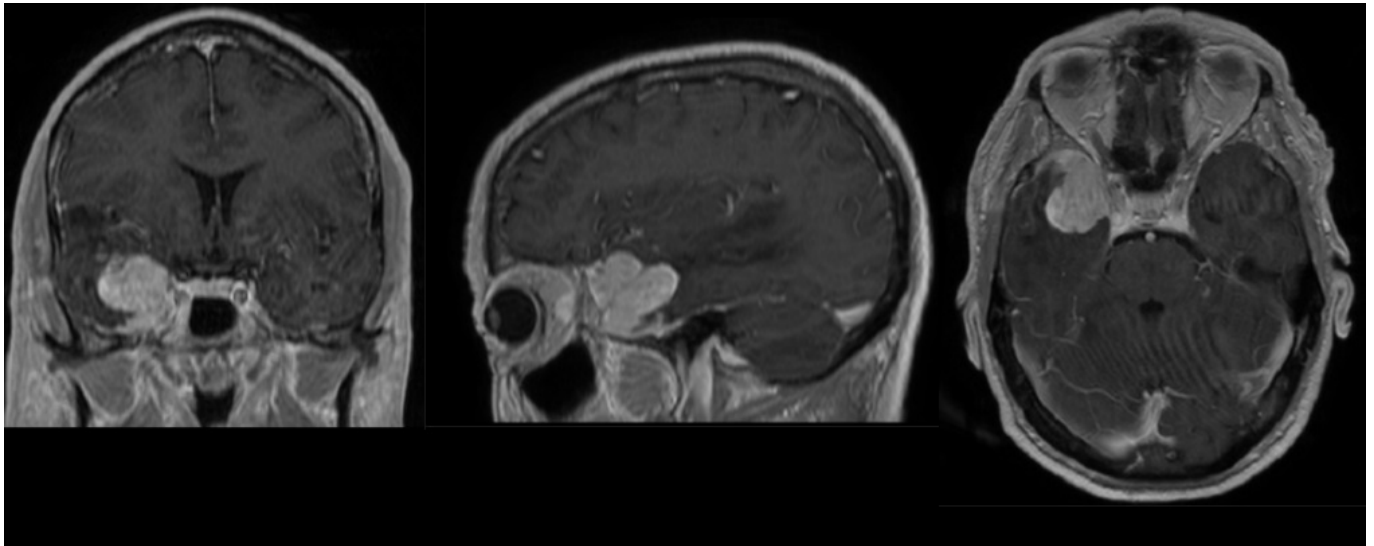
En algún caso la imagen de hipointensidad es más evidente por la gran cantidad de calcio

intratumoral.

Se visualiza la característica imagen de pseudocápsula de LCR en casi todos los casos.

Asimismo se observa imagen de cola dural en casi todos ellos y a veces de forma muy evidente.

Pueden presentar edema importante y se corresponde con tumores de diámetro mayor.



Se precisa TAC de cráneo. En algunos casos se observan hiperostosis de la base y calcificaciones intratumorales.

En las imágenes de la angiografía cerebral dependiendo del tamaño se pueden apreciar desplazamientos y atrapamientos vasculares. Las arterias nutricias proceden de la carótida interna, carótida externa, ramas de la menínea media y ramas de la maxilar interna.

Diagnóstico diferencial

En los casos quísticos pueden aparenter gliomas (Gol'bin y col., 2011).

Pseudotumor inflamatorio (Kasliwal y col., 2008).

Tratamiento

Técnica quirúrgica

Craneotomías pterionales o según expansión craneotomías frontotemporales con fresado del techo de la órbita, ala menor del esfenoides y clinoides anteriores, según técnica de Dolenc y AlMefty, acompañado de la resección extradural de hueso infiltrado (Schick, Bleyen et al. 2006).

- 1.-Devascularización extradural y luego intradural.
- 2.-Vaciamiento tumoral (debulking).
- 3.-Microdissección de la arteria cerebral media (sus ramas y perforantes) de la cápsula tumoral.

4.-Identificación del nervio óptico y la arteria carótida interna en la base.

5.-Disección de la cápsula tumoral hasta exponer la arteria carótida distal y la parte proximal de la arteria cerebral media (Rey-Dios y Cohen-Gadol, 2013).

Se consiguen generalmente resecciones de grado 1 y 2 de Simpson, aunque algunas veces la extirpación solo es subtotal.

La creneotomía ipsilateral se realiza a nivel fronto-temporal en anestesia general.

Los pacientes se colocan en posición de decúbito supino con la cabeza inclinada 20 hasta 45 ° según autores hacia el lado contralateral.

La incisión se realiza entre 5 mm y 1 cm por delante del conducto auditivo externo.

El suministro de sangre de este tumor procede generalmente de las ramas de la arteria meníngea media.

Pronóstico

Como complicaciones más frecuentes se pueden producir paresias del III - V par y hemiparesias que suelen ser transitorias. Crisis epilépticas postoperatorias y fístula de LCR , trombosis venosa profunda y tromboflebitis, diabetes transitoria y neumonía.

El pronóstico es más favorable en aquellos sin afectación del seno cavernoso.Los trastornos de visión mejoran en un 50 % de los casos (Nakamura, Roser et al. 2006).

Su recurrencia puede llegar a ser del 30% (Korshunov,Cherekaev et al. 2007) y está en relación a la invasión ósea (Roser, Nakamura et al. 2005).

En una serie de 56 pacientes, de todas las características de imagen estudiados, sólo la ubicación del tumor a lo largo del tercio medio del ala esfenoidal predijo significativamente una mayor tasa de complicaciones nuevas o un empeoramiento de déficit neurológico preexistente (OR 2,7, p <0,05) (Sughrue y col., 2013).

Bibliografía

AlMefty O, Anand VK. Zygomatic approach to skullbase lesions. J Neurosurg 1990; 73: 66873.

AlMefty O, Fox JL, Smith RRA. Petrosal approach for petroclival meningiomas. Neurosurgery 1988; 22: 5107.

AlMefty O, Khalil N, Elwany MN, Smith RR. Shunt for bypass graft of the cavernous carotid artery. An anatomical and technical study. Neurosurgery 1990; 27: 7218.

AlMefty O, Smith RRA. Surgery of tumors invading the cavernous sinus. Surg Neurol 1988; 30: 37081.

AlMefty O. Management of the cavernous sinus and carotid siphon. Otolaryngol Clin N Am 1991; 24: 152335.

Bonnal J, Thibaut A, Brotchi J, Born J. Invading meningiomas of the sphenoid ridge. J Neurosurg 1980; 53: 587-99.

Cushing H, Eisenhardt L. Meningiomas: their classification, regional behavior, life history, and surgical

end results. Springfield, Illinois: Charles C Thomas; 1938.

Dolenc VV. Direct microsurgical repair of intracavernous vascular lesions. *J Neurosurg* 1983; 58: 824-31.

Gol'bin, D A, V A Cherekaev, L V Shishkina, and L A Nikulina. 2011. "[Cystic sphenoid wing meningioma mimicking astrocytic glioma]." *Zhurnal Voprosy Neirokhirurgii Imeni N. N. Burdenko* 75 (2): 68-71; discussion 71.

Kasliwal, Manish K, Ashish Suri, Deepak K Gupta, Vaishali Suri, Arvind Rishi, and Bhawani S Sharma. 2008. "Sphenoid wing inflammatory pseudotumor mimicking a clinoidal meningioma: case report and review of the literature." *Surgical Neurology* 70 (5) (November): 509-513; discussion 513. doi:10.1016/j.surneu.2007.07.075.

Korshunov, A., V. Cherekaev, et al. (2007). "Recurrent cytogenetic aberrations in histologically benign, invasive meningiomas of the sphenoid region." *J Neurooncol* 81(2): 131-7.

Li, Yong, Ji-tong Shi, Yu-zhi An, Tian-ming Zhang, Ji-di Fu, Jia-liang Zhang, and Ji-zong Zhao. 2009. "Sphenoid wing meningioma en plaque: report of 37 cases." *Chinese Medical Journal* 122 (20) (October 20): 2423-2427.

Mac Carty CS. Meningiomas of the sphenoidal ridge. *J Neurosurg* 1972; 36: 11420.

Nakamura M, Roser F, Jacobs C, Vorkapic P, Samii M: Medial sphenoid wing meningiomas: clinical outcome and recurrence rate. *Neurosurgery* 58:626-639, discussion 626-639, 2006.

Ojemann RG. Meningiomas: clinical features and surgical management. In Wilkins RH, Rengachary SS, eds. *Neurosurgery*. Vol. 1. New York: McGrawHill; 1985. p. 635-54. Roser, F., M. Nakamura, et al. (2005). "Sphenoid wing meningiomas with osseous involvement." *Surg Neurol* 64(1): 37-43; discussion 43.

Rey-Dios, Roberto, and Aaron A Cohen-Gadol. 2013. "Microsurgical Resection of Large Medial Sphenoid Wing Meningiomas: Technique." *Neurosurgery* (January 28). doi:10.1227/NEU.0b013e318288a21f.

Schick, U., J. Bleyen, et al. (2006). "Management of meningiomas en plaque of the sphenoid wing." *J Neurosurg* 104(2): 208-14.

Sughrue, Michael E, Martin J Rutkowski, C Jared Chen, Gopal Shangari, Ari J Kane, Andrew T Parsa, Mitchel S Berger, and Michael W McDermott. 2013. "Modern Surgical Outcomes Following Surgery for Sphenoid Wing Meningiomas." *Journal of Neurosurgery* (February 22). doi:10.3171/2012.12.JNS11539.

Youmans JR. Meningeal tumors of the brain. In *Neurological Surgery. A comprehensive reference guide to the diagnosis and management of neurosurgical problems*. Vol. 5. Philadelphia: Saunders WB; 1982. p. 2936-66.

From:

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

Permanent link:

http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=meningioma_del_ala_esfenoidal



Last update: **2020/10/06 12:59**