

Meningioma del seno cavernoso

Algunos presentan un crecimiento lento e incluso, en ocasiones, falta de progresión tumoral en controles radiológicos a largo plazo.

Epidemiología

Los meningiomas del seno cavernoso representan una localización rara dentro de los meningiomas.

Al mismo tiempo es el tipo de tumor primario más frecuente del seno cavernoso.

Pueden originarse en el propio seno o afectarlo de forma secundaria.

Clínica

La clínica es debida a la afectación de las estructuras neurovasculares que contiene.

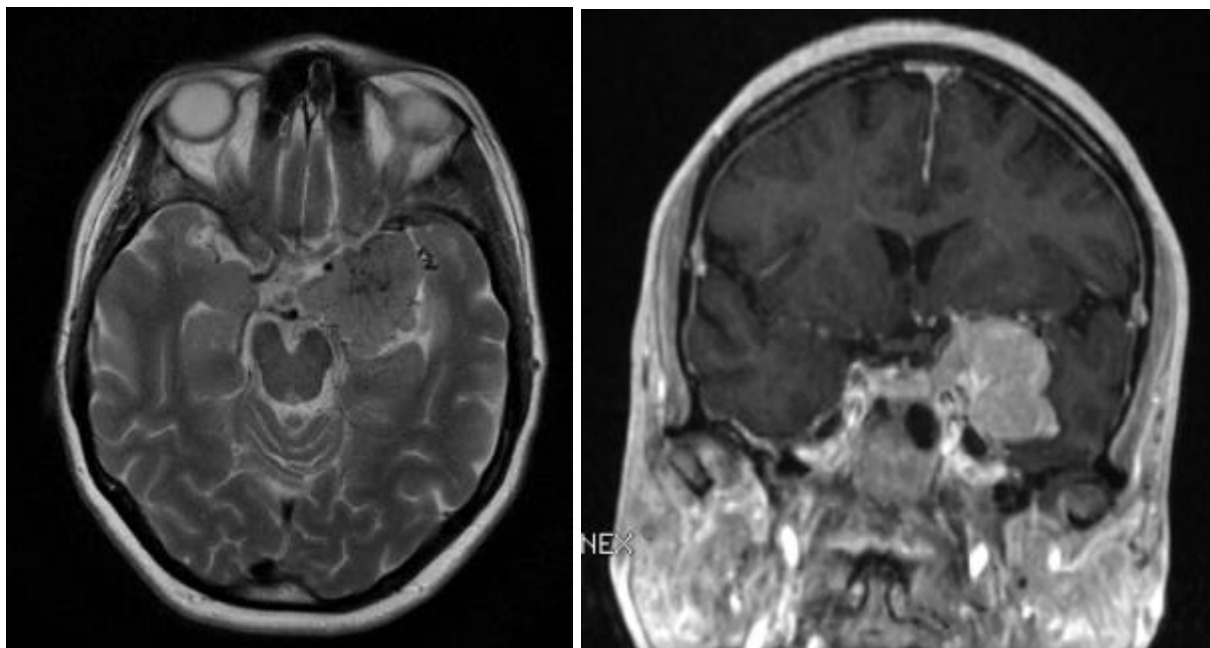
Los déficits oculomotores suponen en la mayoría de los casos el síntoma inicial más frecuente, bien paresias u [oftalmoplejía](#) completa; con [ptosis](#), [diplopía](#) y [anisocoria](#).

Los pacientes pueden referir también [hipoestesia](#) facial o hiperestesia facial debido a disfunción del [nervio trigémino](#).

Pueden aparecer síntomas debidos a la compresión por el tumor de las estructuras adyacentes; como déficits en el [campo visual](#) por compresión del [nervio óptico](#), fenómenos isquémicos por compresión de la [arteria carótida interna](#) y disfunción hipofisaria por compresión del cuerpo o tallo de la hipófisis.

Cuando el drenaje venoso se ve comprometido aparecen signos orbitarios como [exoftalmos](#) y congestión orbitaria, pero esta forma de presentación es más rara.

Diagnóstico



Lesión de 4 x 3.6 x 3.6 cm (AP x T x CC) sólida de márgenes irregulares en seno cavernoso izquierdo, en contacto dural con ala mayor del esfenoides y con discreto edema asociado en lóbulo temporal izquierdo así como colapso del asta temporal ventricular a dicho nivel. Isointenso en T1 y T2 con focos hipointensos en su interior que podrían corresponder a calcio o vasos, ligera hiperseñal en secuencia FLAIR e intensa captación homogénea tras la administración de contraste. No asocia restricción a la difusión. Hallazgos que sugieren meningioma del seno cavernoso como primera posibilidad. La lesión produce efecto de masa sobre la arteria cerebral media izquierda, Segmento comunicante de la arteria carótida interna (C7) desplazándolas hacia adelante y disminuyendo su calibre, así como sobre la arteria cerebral posterior izquierda desplazándola hacia atrás. No obstante se mantienen permeables. Desplazamiento de la línea media a la derecha de 3 mm. La lesión se extiende también obliterando la región izquierda de la cisterna quiasmática, desplazando la vía óptica izquierda cranealmente, sin alteración de señal asociada a la misma. Efecto de masa también sobre el pedúnculo cerebral y tálamo izquierdos, sin alteraciones de señal asociadas.

Tratamiento

La necesidad de establecer un tratamiento debe establecerse en función de la existencia de clínica progresiva y de las características individuales de cada paciente.

No está bien establecido en la literatura que la resección radical de un MSC (con sacrificio de la carótida) posibilite la curación de la enfermedad, por lo que posiblemente, el abordaje terapéutico aceptable sería una resección subtotal preservando en lo posible la función de los pares craneales y vasos cerebrales

véase: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90142709&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=340&ty=59&accion=L&origen=neurocirugia&web=www.revistaneurocirugia.com&lan=es&fichero=340v11n03a90142709pdf001.pdf

Véase:

[Meningioma del ala esfenoidal](#)

Meningioma del tubérculo selar

Hoja operatoria

Bajo [anestesia general](#), [intubación orotraqueal](#) y [profilaxis antibiótica](#) con [cefazolina](#) 2 gr IV. Actocortina perioperatoria iv. Colocación del paciente en decúbito supino sobre [cabezal de Mayfield®](#). Antisepsia cutánea con [Povidona yodada](#) al 10 %. Planificación del abordaje. [Incisión cutánea](#) curvilínea sobre la región región pterional izquierda. Craneotomía pterional con descenso hasta la base de fosa craneal media. Apertura dural curvilínea pediculada a órbita. Se aprecia tumoración de aspecto meningioma muy vascularizado y con base de implantación en ala esfenoidal y seno cavernoso izquierdo. Tras apertura de cápsula se realiza vaciado interno del tumor con CUSA. Tras vaciado se consigue delimitar plano de clivaje del tumor que en su plano medial linda con cisterna supraselar y superiormente con arteria cerebral media. Se realiza exéresis completa y coagulado de base de implantación en ala esfenoidal y seno cavernoso lateral. [Simpson](#) II. Hemostasia con floseal y surgicel. Cierre dural hermético. Punto de pexia central. Reposición de hueso con miniplacas. Cierre de plano subcutáneo con reabsorbible. Cierre de piel con grapas.

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2019/09/26 22:14**

