

MENINGIOMA DEL NERVIO OLFATORIO

Dr. Abraham Krivoy

Cátedra de Clínica Neurológica de la U.C.V.
Servicio de Neurocirugía del Hospital J. M.
de los Ríos

Los pacientes portadores de meningiomas, tumores benignos por excelencia, deberían considerarse curados cuando dichos tumores son extirpados totalmente; sin embargo, la revisión de las recientes estadísticas de Grant (3) y Horrax (4) señalan que a pesar de los importantes avances de las técnicas, de la anestesia, del diagnóstico, etc., los meningiomas siguen constituyendo un verdadero problema en cuanto a su remoción total, ya que su mortalidad oscila entre 14 y 30 por ciento, según la situación y tamaño del tumor. De aquí que el buen juicio del neurocirujano se constituye en el punto clave para su extirpación total o parcial. La supervivencia de los meningiomas operados en manos de Horrax oscilaron entre 5-18 años, dentro de los cuales, 85 por ciento lograron una recuperación social integral. Entre nosotros, 10 casos de meningiomas operados y comunicados en las III Jornadas de Neurología y Psiquiatría en Maracaibo en septiembre de 1962 (2) por el equipo neuroquirúrgico del Hospital Maracaibo en septiembre de 1962 (2) por el equipo neuroquirúrgico del Hospital primeras 48 horas del 20 por ciento (2 casos) y un caso más murió dentro del primer mes (10 por ciento). Todos los casos mencionados fueron verificados anatomopatológicamente.

En cuanto a los meningiomas del surco olfatorio, vale recordar que el comienzo clínico suele ser anosmia unilateral, pero raramente en este período el paciente lo acusa. Ulteriormente, por el crecimiento del tumor, el otro nervio olfatorio es comprimido, produciéndose anosmia bilateral. El crecimiento del tumor provoca compresión de los nervios ópticos y del quiasma, produciendo defectos uni o bilaterales del campo visual, pudiendo ser homónimos o no. La fundoscopia suele revelar el síndrome de Foster-Kennedy en este estado evolutivo (atrofia óptica papilar de un lado y edema papilar del otro).

En algunas oportunidades los músculos extraoculares pueden presentar déficit por compresión de los respectivos troncos nerviosos en su paso por la fosa

media craneana. Los trastornos mentales no son infrecuentes, de allí que muchos de estos pacientes han recibido electroshoctrapia equivocadamente, debido a su síndrome psicótico. Los trastornos mentales suelen atribuirse a la compresión y oclusión de la arteria cerebral anterior. La radiología simple de cráneo, en algunas oportunidades, da hiperostosis del surco olfatorio y la angiografía cerebral carotídea suele ser característica. La mortalidad quirúrgica global en estos tumores es del 11 por ciento (1) y requiere especial atención durante la intervención, el control de la hemorragia, el control del edema cerebral y la exposición suficiente para evitar retracción innecesarias del cerebro, situación esta última muy mejorada con el uso de la urea (5) y otras sustancias con efectos osmóticos.

Vamos a presentar nuestro caso:

16-5-62. H. de E., 54 años de edad, sexo femenino, blanca, casada, leptosoma, alfabeta, de oficio doméstico, que según refiere el esposo en 1946 fue vista en Estados Unidos por eminente oftalmólogo, debido a atrofia óptica; luego fue vista varias veces más por oftalmólogos locales y extranjeros, sabiéndose sólo que existía atrofia óptica derecha. Hace aproximadamente 16 meses refería que no sentía bien el olor de las cosas, pero no le hizo mucho caso, y luego el viernes p.p. 11-5-62, sufrió bruscamente, sin pérdida del conocimiento, hemiplejía derecha, afasia e incontinencia urinaria. También se mencionaba una cefalea de algunos meses de evolución, irregular en su comportamiento, a lo que no se le dio mucha importancia y cedía con analgésicos corrientes. Es hospitalizada en una clínica particular y es vista por médico de cabecera y cardiólogo, quien piensa en la posibilidad de un accidente cerebro-vascular de tipo trombótico. Es vista también por otro internista y practican E.C.G., siendo totalmente normal, así como también sus signos vitales y exámenes de laboratorio, comprendiendo hematología, urea, glicemia, sedimentación, serología, colesterol, tiempo de sangría y coagulación. El sábado 12-5-62 le fue practicado examen neurológico, cuyo resumen es el que sigue: **Antecedentes familiares:** sin importancia. **Antecedentes personales:** tiene dos hijos de embarazos y partos normales. Sufrió las erupciones en la infancia y en general se considera de buena salud. **Examen mental:** paciente consciente, bien orientada, responde con gestos las preguntas que le hacen, no habla. **Lenguaje:** paciente derecha está imposibilitada para hablar, pero comprende todo y responde, cuando es posible, por gestos. **Examen físico:** T.A.: 128/80; pulso: 96/min.; resp.: 24/min.; temp. 36°C. **Cabeza:** aspecto general normal, auscultación y palpación de globos oculares, cráneo y cuello no revelaron soplos ni frémito. **Cuello:** discreta defensa de la nuca a la flexión de valor dudoso. Carótidas laten bien. **Cardio-respiratorio:** bien. **Abdomen:** sin alteraciones. **Sensibilidad:** bien en el lado normal. Refiere no sentir bien el pinchazo en hemicuerpo derecho. **Pares craneanos:** fundoscopia: sólo se logró ver la papila izquierda, la cual presenta signos de atrofia. Las pupilas están en posición media y responden a la luz. Motilidad ocular bien. Capimetría por confrontación: bien; A/V clínicamente había algo más de cuenta dedos a más de un metro en ambos ojos. Paresia facial inferior derecha. El resto fue negativo. **Motilidad:** espontánea. Abolida en miembros derechos. **Pasiva y tono:** bien. **Coordinación:** bien en M. I. **Actitud:** hemiplejía derecha. **Marcha:** imposibilitada. **Fuerza:** 1 en miembros derechos. **Reflejos:** osteotendinosos derechos: ++ izq.: + cutaneoabdominales: D: 0; izq.: ++; cutaneo-plantar: D: Babinsky; izq.: en flexión. **Impresión diagnóstica:** 1º Debe descartarse acci-

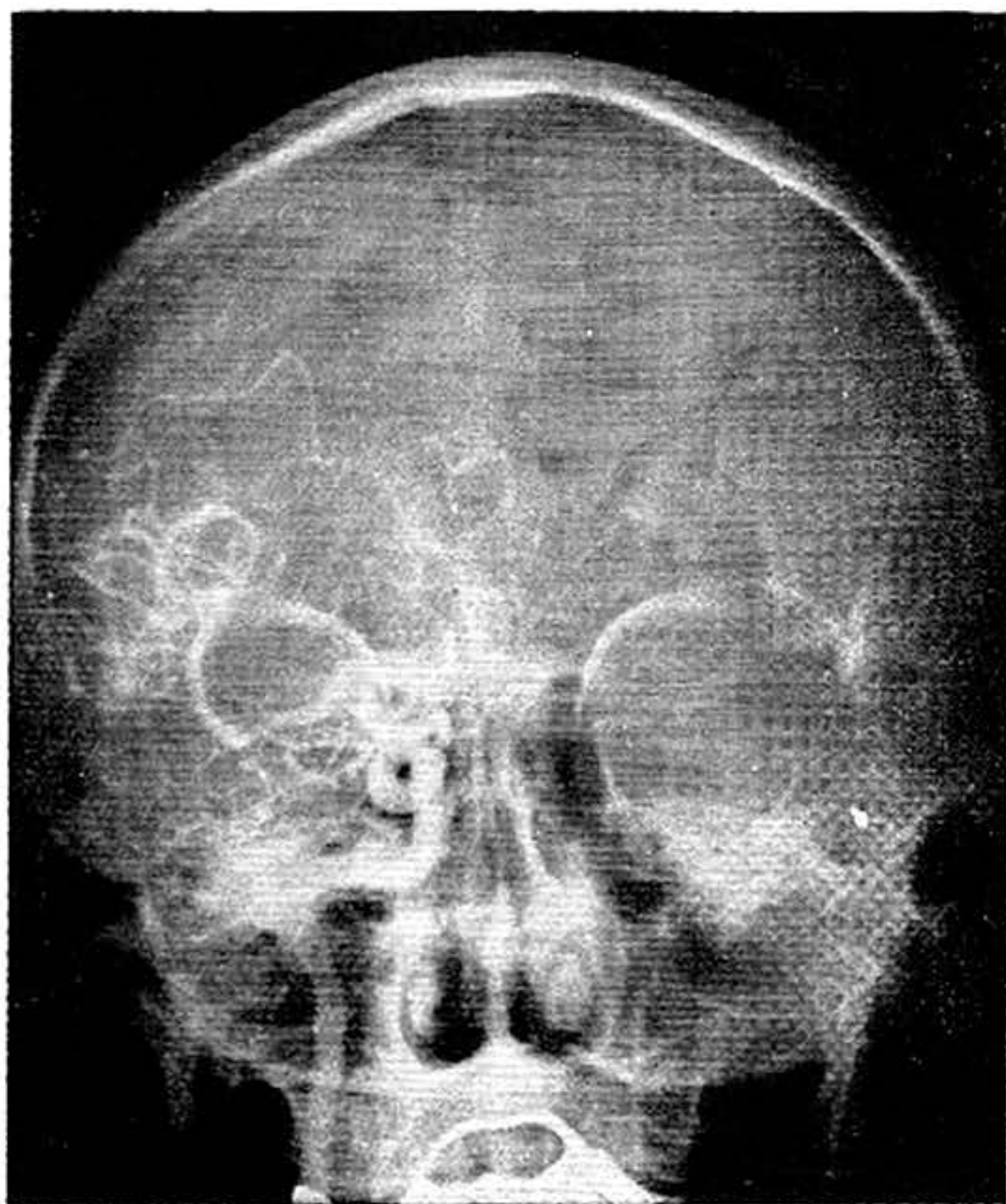


FIGURA 1

Proyección A. P. Fase arterial del angiograma carotídeo izquierdo.
Nótese la ausencia de la cerebral anterior.

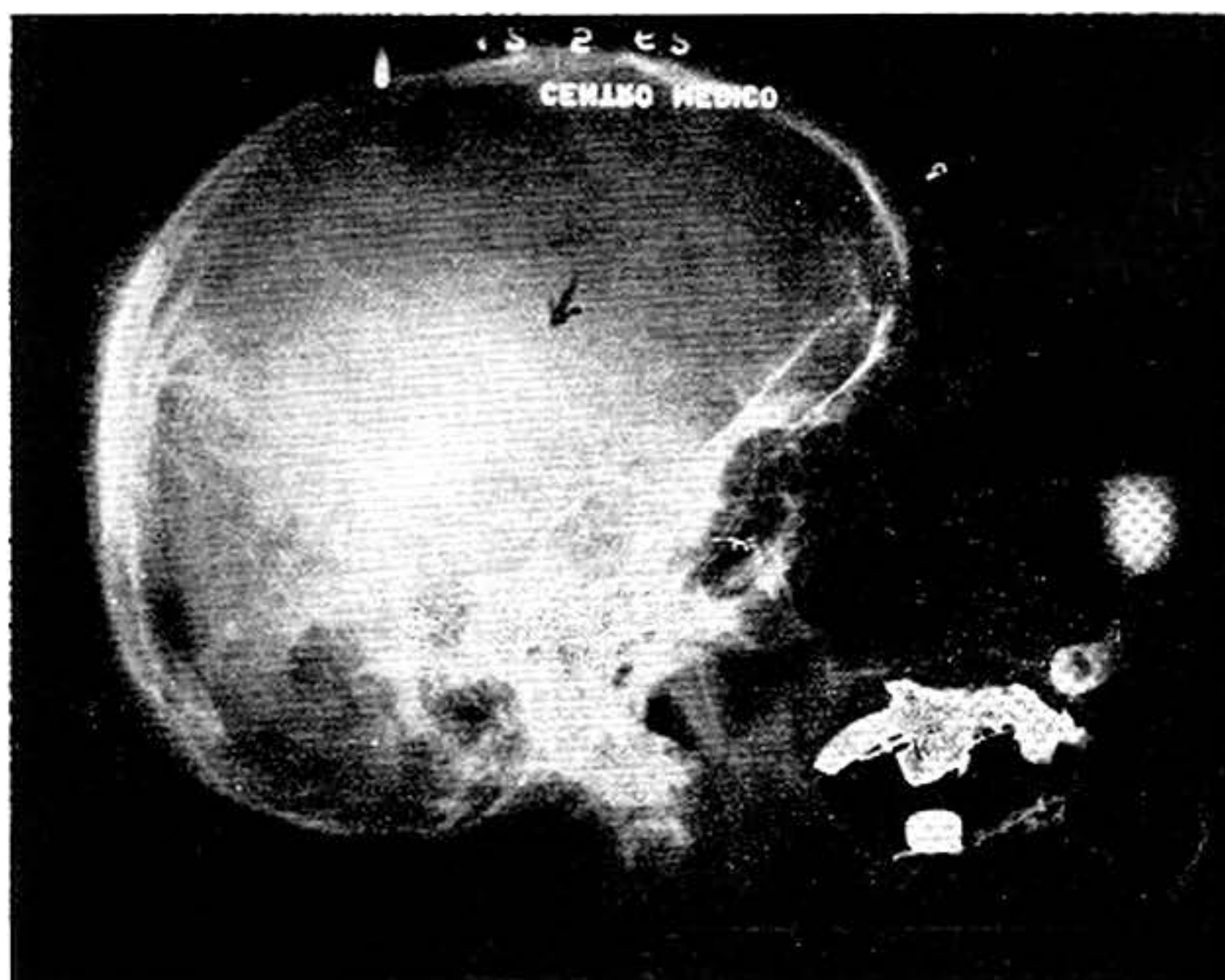


FIGURA 2

Proyección lateral de la fase arterial del angiograma carotídeo izquierdo. Se observa la ausencia de la arteria cerebral anterior ya anotada en la proyección A. P.



FIGURA 3

Proyección A. P. de la fase arterial del angiograma carotídeo derecho. Se observa ambas arterias cerebrales anteriores naciendo de este lado.

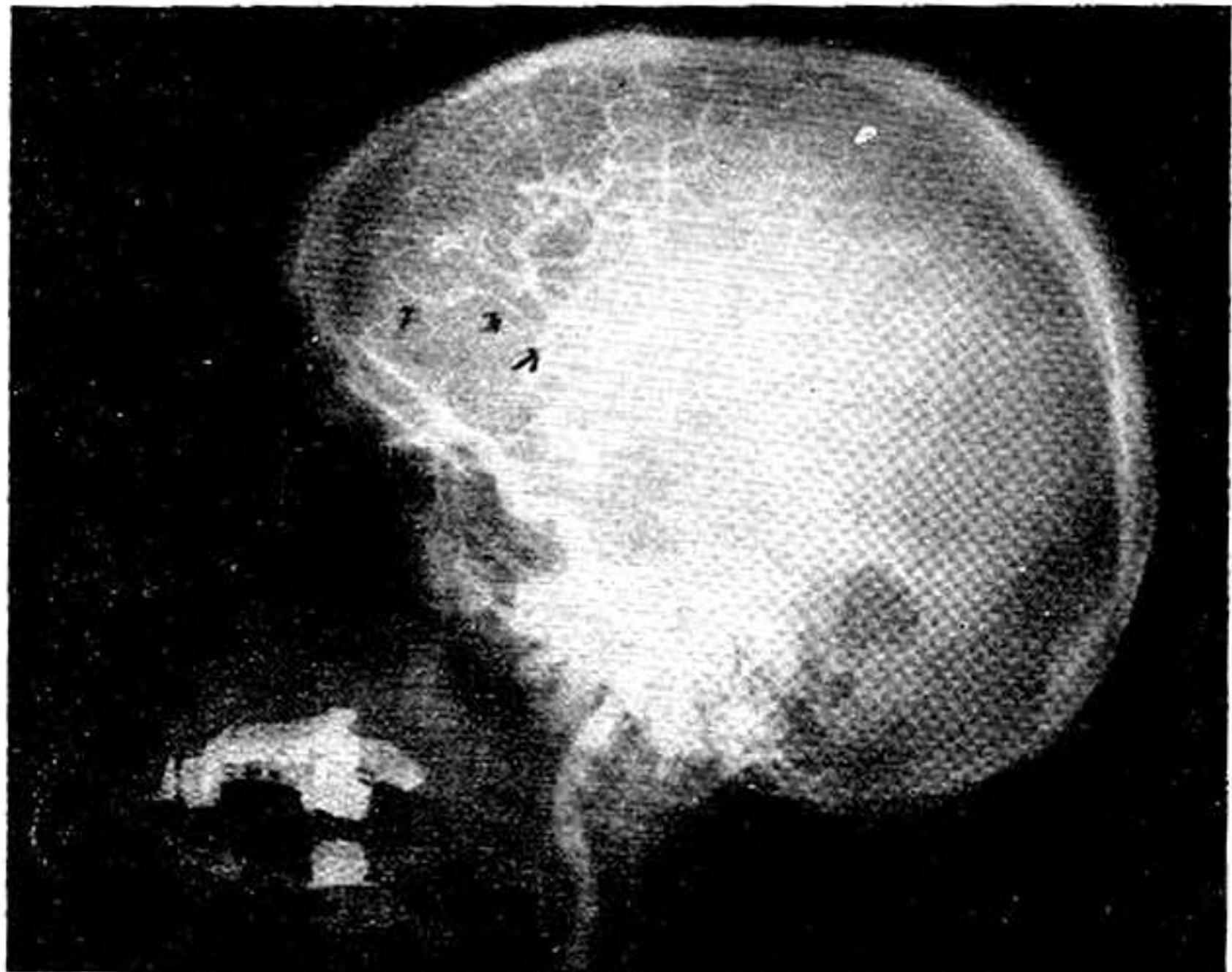


FIGURA 4

Proyección lateral de la fase arterial del angiograma carotídeo derecho. Obsérvese el llenamiento de las dos cerebrales anteriores del sistema carotídeo derecho y la deformidad del comienzo de la misma y la curvatura de la fronto polar circunscribiendo el tumor (flechas).

dente cerebro-vascular (trombosis, hemorragia, etc.). 2º Tumor del piso anterior. **Indicaciones:** Angiografía carotídea izquierda.

Los familiares y médicos estuvieron de acuerdo y se trasladó a otro instituto privado, donde bajo anestesia general con intubación endotraqueal se pinchó la carótida izquierda y tomaron la seriografía A.P. y lateral en un seriógrafo de Sánchez-Pérez. Las placas en húmedo revelaron una ausencia total de la cerebral anterior (ver figuras 1 y 2) y en la fase venosa, la vena cerebral interna y seno longitudinal inferior en línea media. En la placa lateral daba la impresión de que el ángulo venoso estaba rechazado hacia atrás (ver figura 5), por lo que se decidió hacer la angiografía del otro lado, donde aparecieron ambas cerebrales anteriores rechazadas hacia atrás (ver figuras 3 y 4) y vasos patológicos circunscribiendo una lesión de probable naturaleza tumoral del piso anterior del cráneo. El ángulo venoso también aparece rechazado hacia atrás (ver figura 6). Llama la atención que la vascularización de la cerebral anterior izquierda es siempre inferior a la del lado derecho.

Revisando los huesos de las placas, no aparece el llamado "bon-bon" del piso anterior de los meningiomas del olfatorio. La silla turca presenta su dorso erosionado parcialmente. **Impresión diagnóstica:** Meningioma del olfatorio. Evolución el día 13-5-62 persiste dormida y el 14-5-62 comienza a regresar el estado de consciencia, post-angiografía. Se decide la intervención. **Hallazgos:** abierta la dura se encontró una gran tumoración sobre la lámina cribosa aproximadamente del tamaño de una mandarina; ocupaba los dos lados de la hoz del cerebro y llegando su polo anterior hasta la apófisis crista galli y en su polo posterior se continuaba por encima del quiasma óptico. El tumor era grisáceo, friable completamente limitado, de características de un meningioma. Se usó urea per-operatorio. **Operación:** craneotomía frontal izquierda y extirpación del tu-

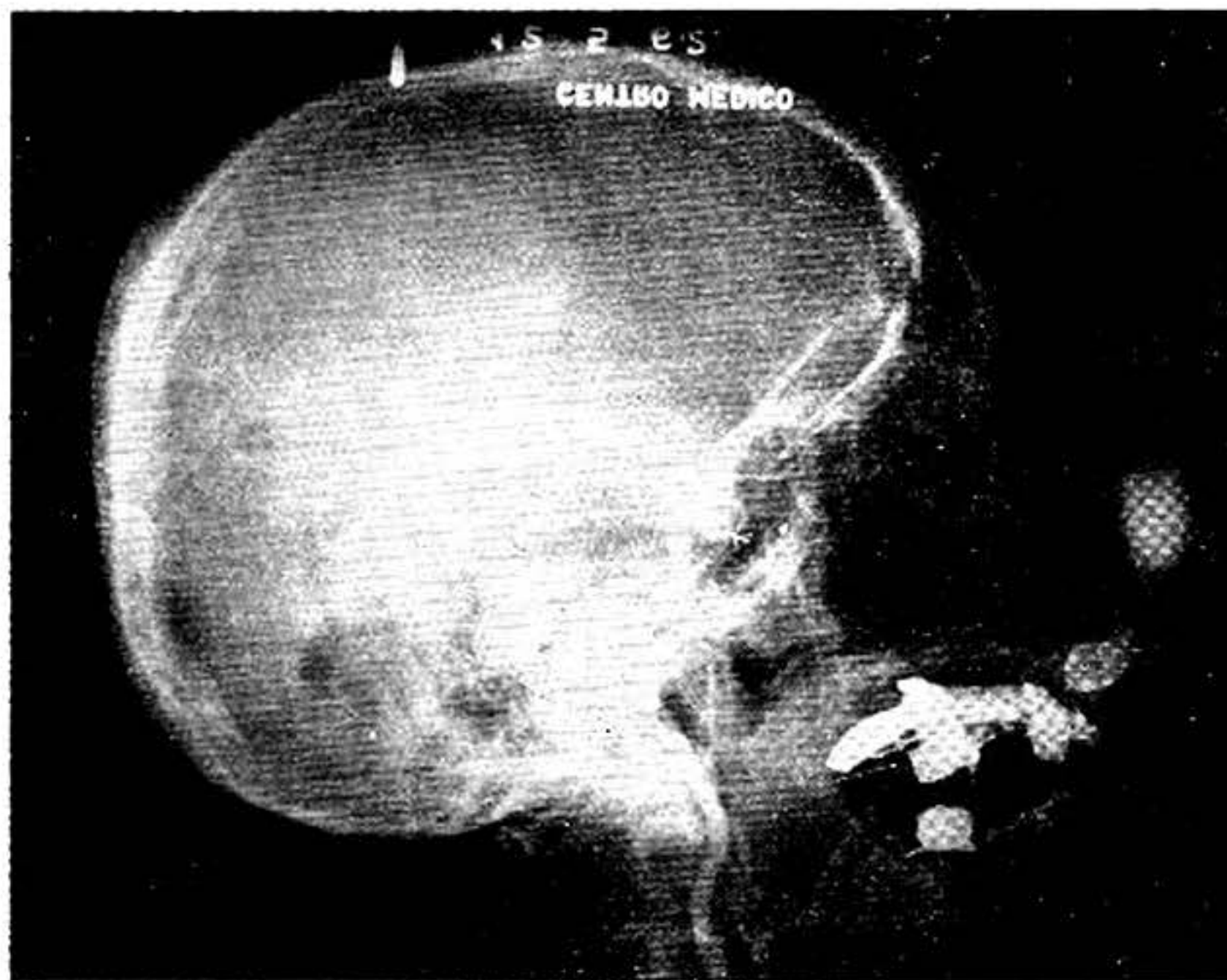


FIGURA 5

Proyección lateral de la seriografía carotídea izquierda. Se observa deformidad y desplazamiento posterior del ángulo venoso (flecha), indicando lesión expansiva anterior.

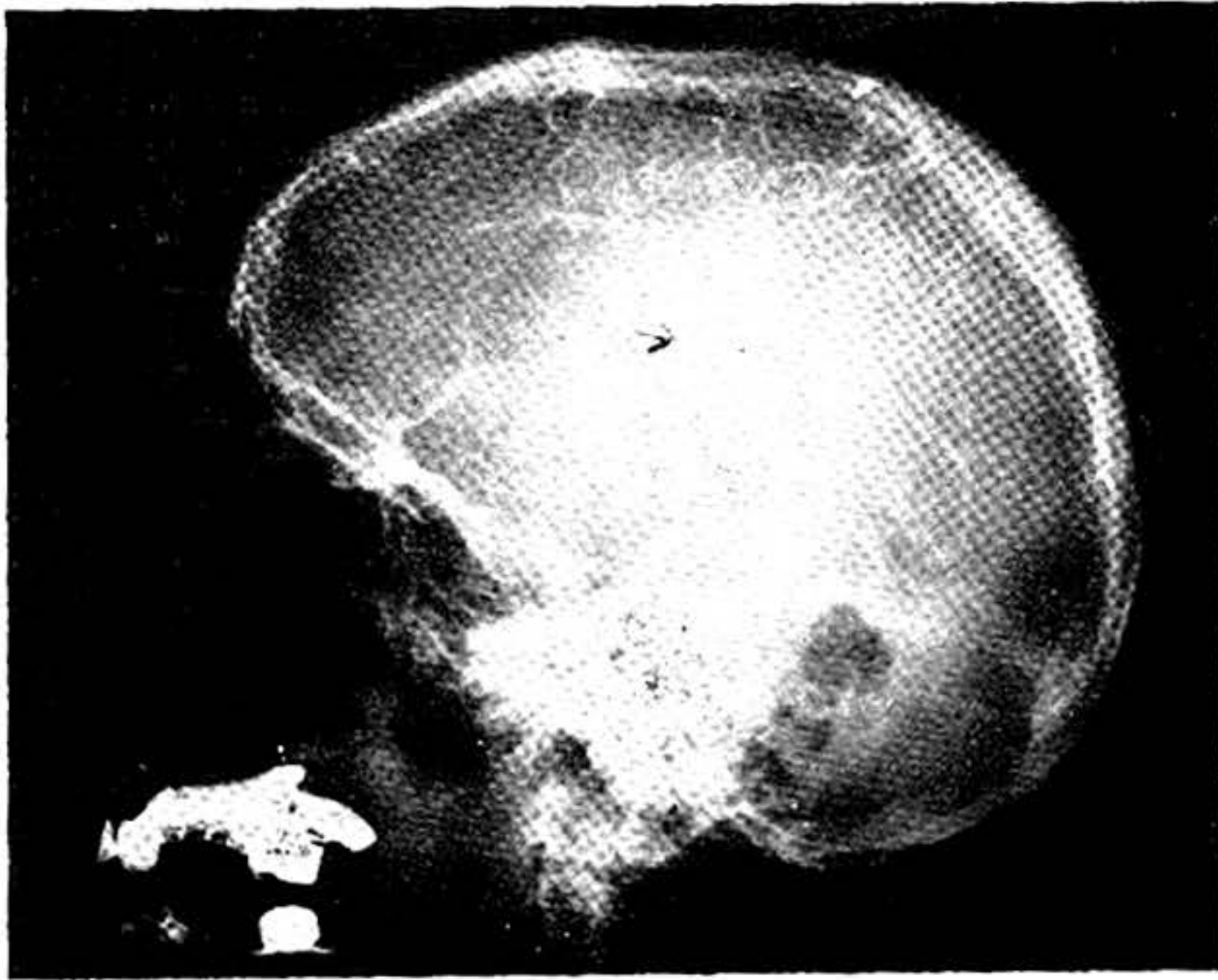


FIGURA 6

Proyección lateral de la serlografía carotídea derecha. Se observa deformidad de la vena del septum lúcido, casi vertical (flecha) con desplazamiento del ángulo venoso, signo de ocupación de espacio anterior.

mor. Incisión coronal. Colgajo osteoplástico del lado izquierdo en la forma de rutina. Apertura de la dura. Rechazamiento del polo frontal izquierdo hacia atrás. Coagulación de algunos vasos que se drenan al seno longitudinal superior. Desprendimiento del polo anterior. Exposición del tumor, coagulación de la corteza, y extirpación intra-tumoral. Se llegó a sacar todo el polo anterior del tumor y de ambos lados; sólo se dejó una pequeña porción posterior sobre el quiasma y las dos cerebrales anteriores. Asegurada la hemostasia se cerró la dura madre casi en su totalidad. Se recubre el colgajo óseo y se cierran los diferentes planos en la forma de rutina. Se envía material para Anatomía Patológica. **Evolución:** la paciente ha recobrado la consciencia parcialmente y parece estar orientada algo menos que el período pre-operatorio. Durante la noche la T.A. osciló hasta 6 de máx., pero con líquidos parenterales mejoró, estabilizándose alrededor de 100/60. La temperatura ha variado desde 39,5 hasta 38°C y el pulso alrededor de 135-100, con arritmia extrasistólica. Se le hizo un E.C.G. post-operatorio, dando isquemia subendocárdica y las arritmias extrasistólicas. Se trató con vasodilatadores coronarios y oxígeno. 22-5-62: La comprensión está presente, pero sigue la afasia y hemiplejía derecha. Se retiran los puntos y herida operatoria bien. 30-6-62: **Anatomía patológica:** el estudio microscópico con diferentes coloraciones dio la imagen típica de un meningioma.

16-6-62: Nuevo E.C.G. reveló total normalidad del trazado en dos oportunidades diferentes. Control de laboratorio revela una hematología con glóbulos rojos: 3.800.000; glóbulos blancos: 9.000; hemoglobina: 9 gr. por ciento. Neurológicamente la paciente posee sus signos vitales estabilizados. La comprensión

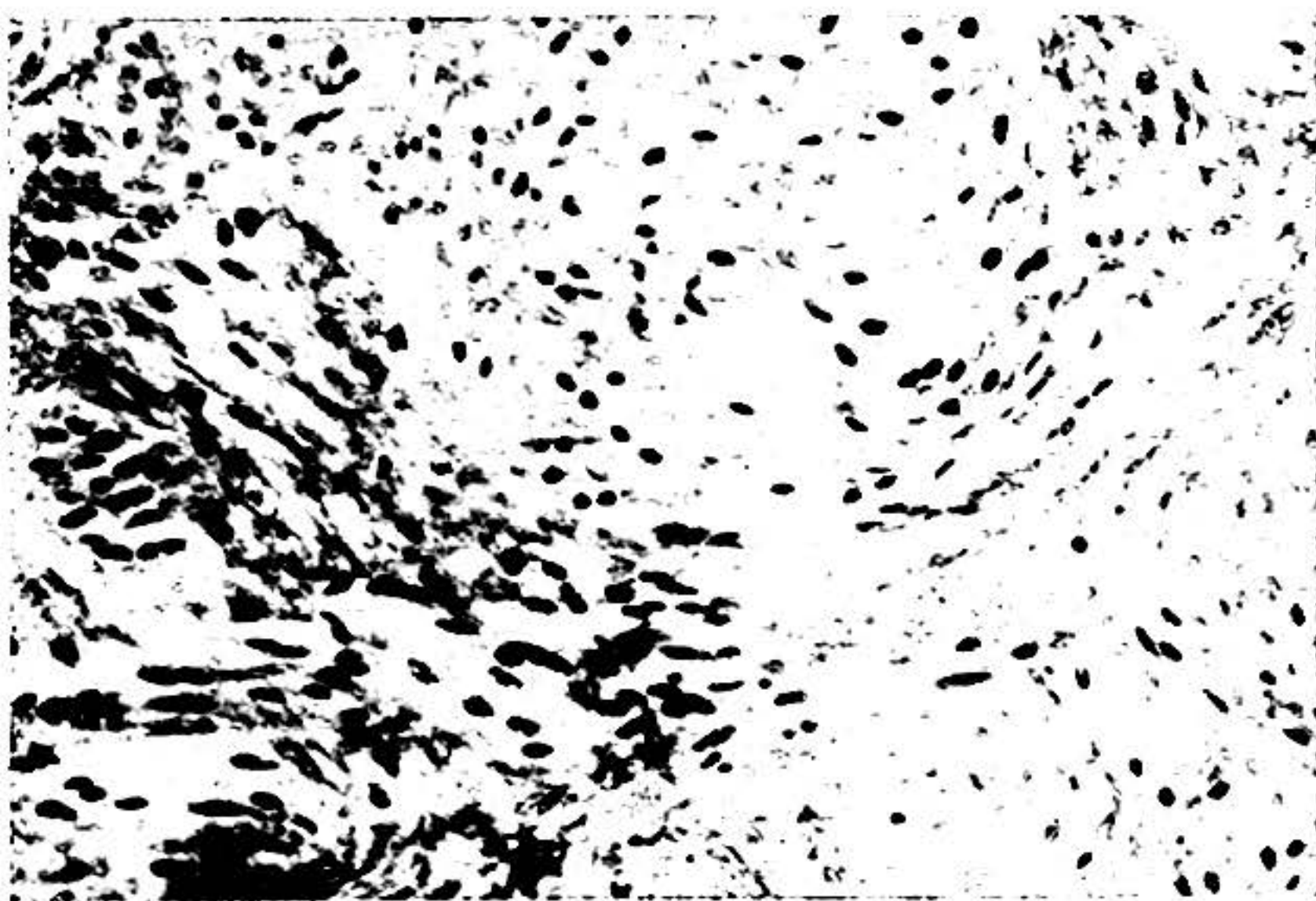


FIGURA 7

H. y E. 1.200x Nótese las células tumorales meningoteliales con abundante citoplasma con núcleos redondos, ovales o poliédricos. No se ven elementos mitóticos.
 Conclusión: Meningioma.

es íntegra; la expresión sólo está limitada a monosílabos con la letra N. La sensibilidad no presenta alteraciones. Los pares craneanos no presentan modificaciones importantes, excepto las ya señaladas en el pre-operatorio; paresia muy discreta facial inferior derecho. La atrofia óptica está presente en ambos ojos, pero los reflejos pupilares son de respuesta inmediata y completa. Anosmia total. En cuanto a la motilidad, persiste la hemiplejía derecha y sólo tiene como nuevo un discreto esbozo de contracción voluntaria del adductor de la pierna parálitica y un aumento del Hoffman de la mano derecha, así como de los reflejos osteotendinosos. El tono no presenta alteración. Babynsky izquierdo persiste. Sigue bajo rehabilitación y fisioterapia. En el mes de noviembre de 1962 la evolución ha sido satisfactoria en cuanto a su estado general y mental. El lenguaje comprensivo es bueno, pero el expresivo sólo lo realiza casi su totalidad por imitación; espontáneamente su expresión está limitada a escasos vocablos. No hay trastornos de la sensibilidad. Los pares craneanos no presentan modificaciones, excepto las pares y facial señaladas y la hemiplejía ha mejorado discretamente ya con manifestaciones moderadas de hipertonia. El resto bien.

Comentarios finales: El interés de este caso estriba en que, teniendo la paciente un cuadro de hemiplejía derecha y habiendo tenido ya, en varias oportunidades el diagnóstico de atrofia óptica por autoridades en oftalmología de reconocidos méritos, la angiografía cerebral carotídea izquierda, de haberse hecho sin seriografía, para visualizar la fase venosa, hubiera conducido al diagnóstico erróneo de trombosis de la cerebral anterior izquierda y el caso hubiera quedado con tratamiento vasodilatadores y anticoagulantes hasta que el tumor hubiera hecho de las suyas. Gracias a la seriografía, la simple sospecha del re-

chazamiento del ángulo venoso hacia atrás obligó a practicar la angiografía carotídea derecha, la cual aclaró todo el cuadro: tumor del surco olfatorio, llenamiento de las dos cerebrales anteriores que nacen de la carótida derecha y, por ende, la "aparente" trombosis izquierda. El nacimiento de las dos cerebrales anteriores, de un solo lado es una anomalía congénita, sin repercusión funcional y que suele verse en el hombre aproximadamente en 15 por ciento.

El retardo en el diagnóstico exacto de la etiología de la atrofia óptica, que fue diagnosticada 17 años atrás, condujo a la producción de la hemiplejía con afasia, con recuperación limitada, que bien pudieron haberse evitado, si sospechara la presencia de tumor ante las atrofias ópticas no muy claras, las anosmias y las cefaleas progresivas.

RESUMEN

Se presenta un caso de meningioma del olfatorio, con una evolución de 17 años, con comienzo de atrofia óptica, seguida de anosmia de 16 meses de evolución y finalmente hemiplejía y afasia. Además presentó la variedad del nacimiento de las dos arterias cerebrales anteriores de un solo lado.

SUMMARY

An olfactory sulcus' Meningioma in a 54 years old female was presented. An optic atrophy and a anosmia with an evolution of 17 years and 16 months respectively, were consigned.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BAKER, A. B.: Clinical Neurology. Hoeber-Harper Book. Second Edition. 1962.
- (2) CASTILLO, R. y KRIVOVY, A.: Resultados Quirúrgicos de Tumores Intracraneanos. III Jornadas Nacionales de Psiquiatría y Neurología. Maracaibo. Sept. 20-2-1962.
- (3) GRANT, F. C.: J. Neurosurgery. 11, 479. 1954.
- (4) HORRAX, G.: Arch. Neurol. Psychiat. Chicago. 68. 704. 1952.
- (5) KRIVOVY, A.: El uso de la urea en los estados de hipertensión endocraneana. I Jornadas Pediátricas del Hospital J. M. de Los Ríos. Boletín N° 3. Vol. 4. Caracas. Julio-Sept. 1962.