

Meningioma del tubérculo selar

Silvia Gómez-García, Beatriz Marcuello-Melendo, Ana María Piñero-Rodríguez

Servicio de Oftalmología. Hospital de Alta Resolución de Utrera, Empresa Pública Bajo Guadalquivir. Utrera (Sevilla). España

Recibido: 26/12/2017

Aceptado: 23/07/2018

En línea: 31/08/2018

Citar como: Gómez-García S, Marcuello-Melendo B, Piñero-Rodríguez AM. Meningioma del tubérculo selar. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 69-72.

Autor para correspondencia: Silvia Gómez-García. silvier@icai.es

Palabras clave

- ▷ Síndrome quiasmático
- ▷ Pérdida visual
- ▷ Meningioma del tubérculo selar

Keywords

- ▷ Chiasmatic syndrom
- ▷ Visual loss
- ▷ Tuberculum sellae meningioma

Resumen

El meningioma selar representa el segundo tumor hipofisario en frecuencia, por detrás de los adenomas hipofisarios. Crece afectando el quiasma y nervio óptico, provocando una pérdida visual progresiva que conduce a la ceguera. Inicialmente puede dar muy pocas indicaciones de su existencia y, cuando los síntomas visuales son pronunciados, el tumor puede haber alcanzado un tamaño considerable y comprometer las estructuras adyacentes, invadiendo incluso ambas arterias carótidas y comprometiendo el éxito quirúrgico. En estas circunstancias, la pérdida visual puede ser permanente. Se remite el caso de un paciente con sintomatología visual inespecífica como único síntoma de un meningioma de tubérculo selar.

Abstract

Tuberculum sellae meningioma represents the second most frequent pituitary gland neoplasm, only preceded by the pituitary adenoma. The tumor grows involving the optic chiasm and optic nerves, causing a progressive visual loss that may result in blindness. Initially it can give very few indications of its existence and, since this region is crowded with important structures, with moderate increase it can implicate the carotid arteries and cranial nerves. In these cases, the surgical task is insurmountable and visual loss can be permanent. The case of a patient with a tuberculum sellae meningioma and unspecific visual loss as the only symptom is reported.

Puntos destacados

- ▷ Los meningiomas del tubérculo selar representan una entidad bien definida entre los meningiomas intracraneales.
- ▷ Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos, siendo los más frecuentes la pérdida visual unilateral y la cefalea.
- ▷ La anamnesis y la exploración campimétrica temprana establecen la sospecha diagnóstica, que debe ser confirmada por técnicas de neuroimagen.

Introducción

Los meningiomas son neoplasias del tejido conectivo que afectan a las meninges en cualquier localización del sistema nervioso central.

Constituyen el segundo tumor cerebral en frecuencia, por detrás de los gliomas¹.

Los meningiomas del tubérculo selar representan una entidad bien definida entre los meningiomas intracraneales.

Caso clínico

Paciente varón de 41 años que acude al Servicio de Urgencias de Oftalmología por visión borrosa en el ojo derecho desde hacía 20 días. Debido a su alto nivel de estrés, y a una discreta alteración macular, se diagnostica posible coroidopatía central serosa, instaurándose tratamiento con ansiolítico. En la exploración en Consulta de Retina, 15 días después, se objetivó agudeza visual (AV) de la unidad en ambos ojos y se realizó estudio macular con tomografía de coherencia óptica (OCT), que fue normal. Como el paciente insistía en la borrosidad visual, se añadió tratamiento tópico con colirio nepafenaco 3 mg/100 ml una gota al día, y se citó para nueva revisión en un mes. En esa cita, la AV había caído a 0,6, siendo el resto de la exploración normal, incluida OCT, por lo que se realizó campimetría inmediata, que reveló una hemianopsia temporal derecha, siendo el ojo izquierdo normal (**Figura 1**). Tras este hallazgo, el paciente fue derivado a Neurocirugía, practicándose tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo sin contraste que informó como lesión selar y extensión supraselar de 25 x 23,8 x 18,9 mm que improntaba sobre quiasma óptico y suelo anterior de III ventrículo y sin infiltración ósea, compatible con probable macroadenoma hipofisario (**Figura 2**). En la resonancia magnética nuclear (RMN) con gadolinio se llegó al diagnóstico de meningioma del tubérculo selar (**Figura 3 y Figura 4**). El estudio hormonal fue normal.

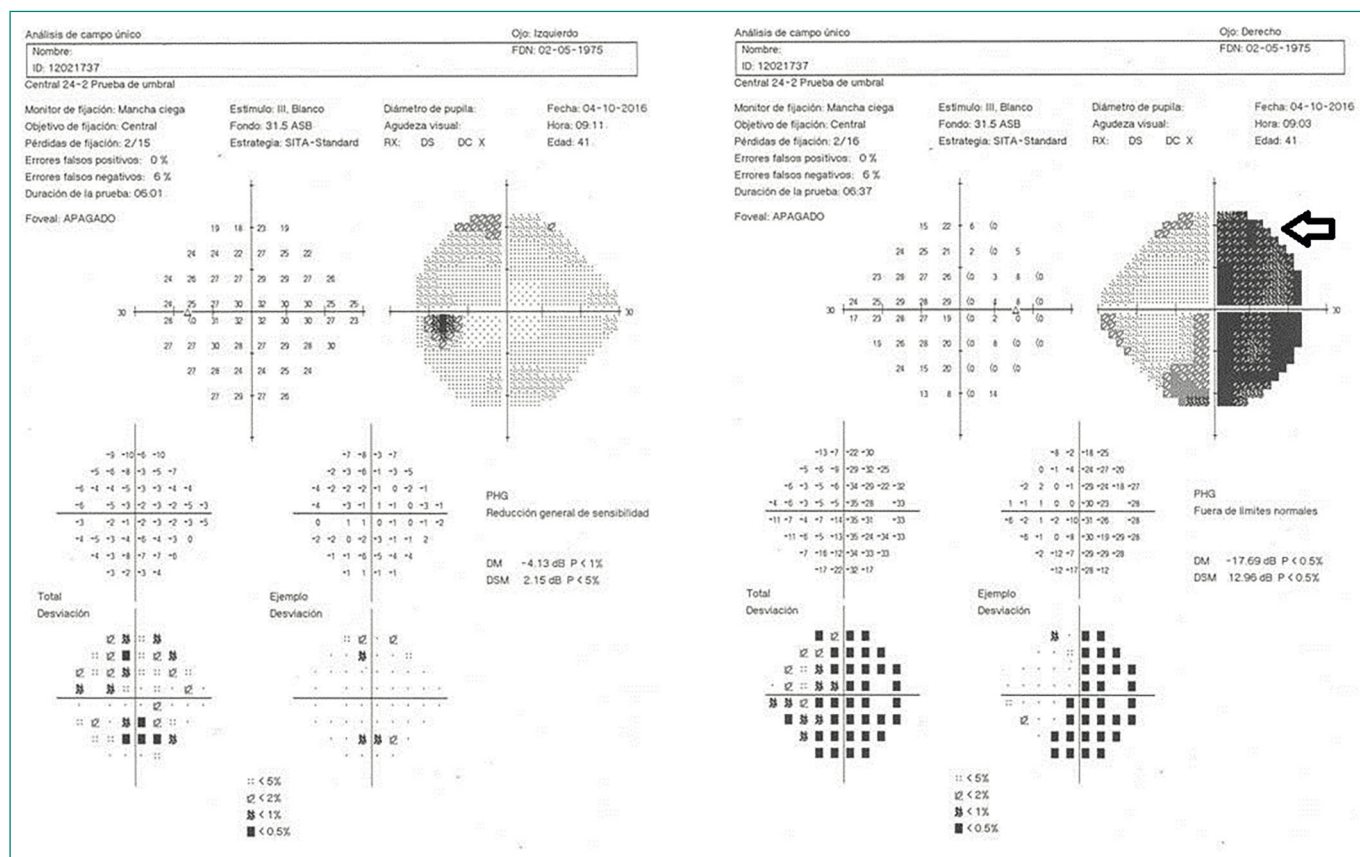


Figura 1. Campimetría inicial

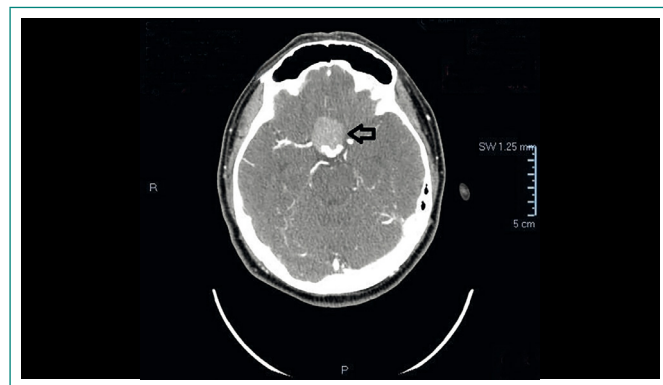


Figura 2. TAC diagnóstica

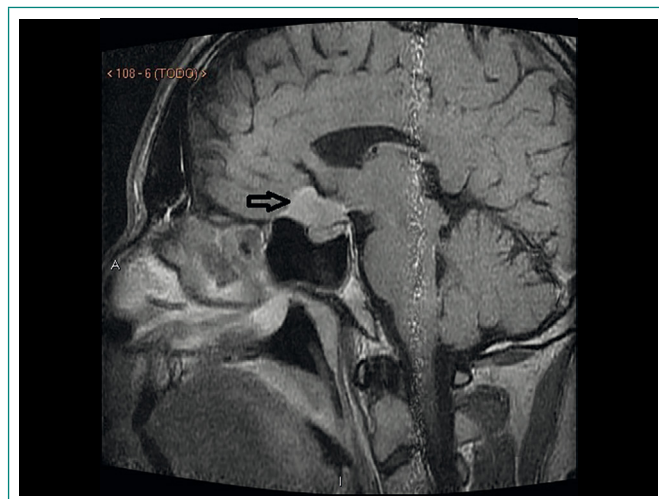


Figura 4. Resonancia magnética (corte sagital)

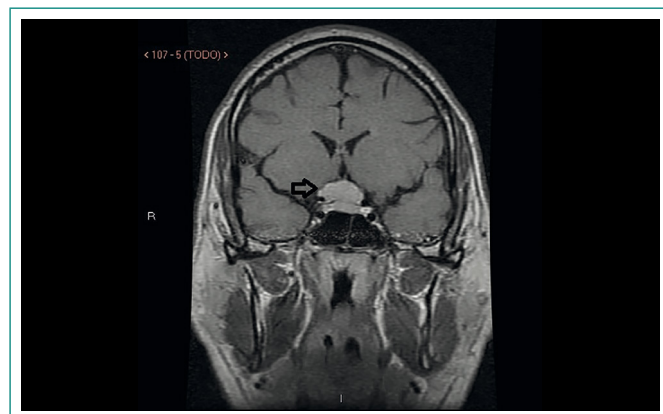


Figura 3. Resonancia magnética (corte coronal)

El paciente se intervino quirúrgicamente mediante abordaje endonasal expandido transefenoidal/transtubérculo y resección tumoral, cursando el posoperatorio sin incidencias. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, su AV es de la unidad y la última campimetría de control a los 10 meses de la cirugía presenta una resolución total del defecto (Figura 5).

Discusión y conclusiones

Los meningiomas del tubérculo selar son neoplasias intracraneales que se localizan en el ala menor del esfenoides o a nivel del tubérculo selar.

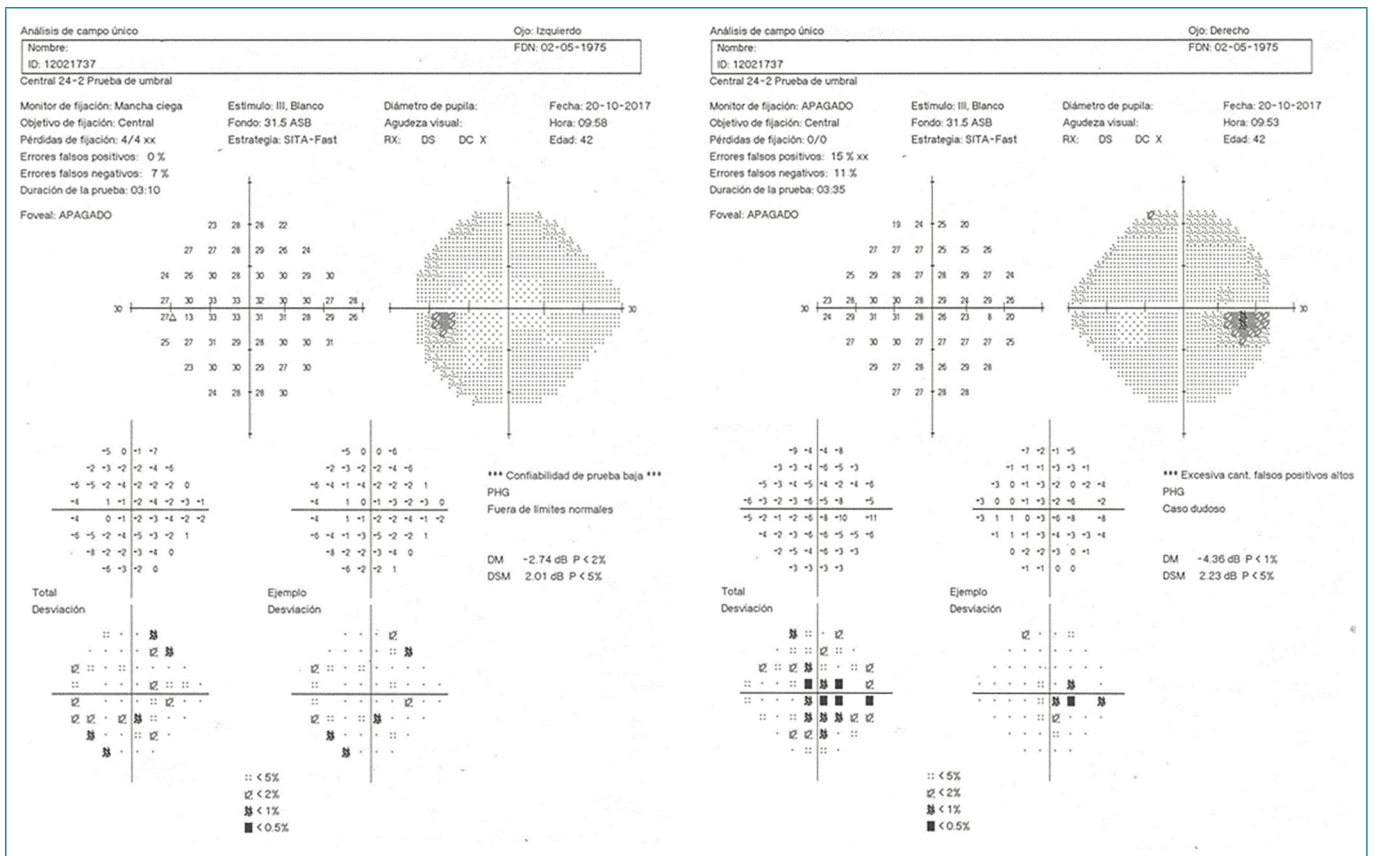


Figura 5. Campimetría final

Su espacio de crecimiento está estrechamente relacionado con la arteria carótida interna y las arterias comunicantes posteriores; con los nervios ópticos y el quiasma óptico, y en la zona posterior, con la hipófisis. Por ello, al crecer provocan compresión del quiasma o del nervio óptico, causando sintomatología visual, antiguamente conocida como *síndrome quiasmático de Cushing*. El síndrome quiasmático, definido como atrofia óptica primaria, defectos campimétricos bitemporales en adultos jóvenes con silla turca aparentemente normal en la radiografía, fue descrito por primera vez por Holmes y Sargent en 1927, y confirmado por Cushing en 1929 y 1930¹. Actualmente, con las nuevas técnicas neurorradiológicas, se pueden detectar tumores quiasmáticos o paraquiasmáticos de muy pequeño tamaño ante una sospecha clínica. No obstante, un tumor en esta posición puede dar muy pocas indicaciones de su existencia, cursando sin cefaleas ni alteraciones hormonales evidentes, y cuando el síndrome quiasmático está presente y los síntomas visuales son pronunciados, el tumor puede haber alcanzado un tamaño considerable y comprometer las estructuras adyacentes, invadiendo incluso ambas arterias carótidas y comprometiendo el éxito quirúrgico.

El meningioma es un tipo de tumor que afecta más frecuentemente a las mujeres, aunque en nuestro caso se trataba de un varón, observándose un aumento durante el embarazo debido al papel de los receptores hormonales de estrógenos y progesteronas^{2,3}.

La pérdida visual unilateral, como en nuestro paciente, suele ser el primer síntoma de estos enfermos, cursando con afectación campimétrica en uno de los dos ojos². Por tanto, en la mayoría de estos tumores, es el oftalmólogo el que debe sospechar el diagnóstico. Normalmente, esta pérdida de visión se manifiesta de forma fluctuante durante semanas, dificultando el diagnóstico. A veces, se acompaña de dolor con los movimientos oculares. El intervalo que se observa entre el inicio de la pérdida visual unilateral has-

ta la afectación bilateral oscila entre 1 y 8 años¹. En ocasiones, la cefalea puede ser el síntoma de presentación². Al ser un síntoma tan frecuente en la población general, ante una cefalea intensa en un paciente previamente sano es necesario realizar una historia clínica detallada y buscar otros signos neurológicos asociados. Cuando son de mayor tamaño por un retraso en el diagnóstico pueden asociar alteraciones mentales, convulsiones e incluso hidrocefalia. El promedio entre la aparición de los síntomas y la detección del tumor suele ser de 21,8 meses⁴. En este caso, el diagnóstico se realizó aproximadamente un mes después de la primera consulta médica. En la oftalmoscopia, las papilas se observan normales al inicio de la enfermedad, evolucionando hacia la palidez asimétrica. El síndrome de Foster-Kennedy (atrofia óptica junto con edema de papila contralateral) es muy raro hoy en día.

Al ser tumores histológicamente benignos, no suelen comprometer la vida del paciente. No obstante, el resultado visual final sí está directamente relacionado con la duración de los síntomas hasta la instauración del tratamiento, siendo peor en los pacientes con clínica de más de 6 meses^{2,3}, ya que estas neoplasias raramente invaden el tejido nervioso, sino que sólo lo comprimen. Por tanto, si se resecan de forma precoz, el resultado es la recuperación de la función neuronal normal, pero una demora en el diagnóstico o tratamiento puede resultar en una pérdida visual permanente. Algunos tumores crecen invadiendo las estructuras óseas, causando una marcada hiperostosis reactiva. Nuestro paciente recuperó la agudeza visual de la unidad y se resolvió la alteración campimétrica tras la cirugía. También influyen en el pronóstico la edad del paciente y la capacidad para compensar la deprivación microvascular temporal².

El diagnóstico por imágenes es indispensable para realizar un diagnóstico diferencial adecuado^{2,4}. En la radiografía lateral de cráneo, la expansión intraselar orienta hacia un adenoma hipofisario, mientras que la extensión

Bibliografía

supraselar es más frecuente en los meningiomas. El TAC permite diferenciar mejor el contorno, aunque el mejor estudio de imagen en estos casos es la RMN con contraste de gadolinio². A veces resulta difícil apreciar incluso en la RMN la diferencia entre los meningiomas del tubérculo selar y los adenomas de hipófisis. Taylor *et al.* distinguen tres características radiológicas en la resonancia: realce, brillante, homogéneo con gadolinio en los meningiomas, y heterogéneo y pobre captación en macroadenomas; epicentro tumoral supraselar en meningiomas, y selar en macroadenomas; y extensión dural en meningiomas⁵. El diagnóstico diferencial entre macroadenoma hipofisario y meningioma es importante, ya que el abordaje quirúrgico suele ser diferente³⁻⁷.

El tratamiento suele ser la resección quirúrgica del tumor, aunque otra opción es la radiación del mismo. Algunos estudios demuestran recurrencias a los 5 años tras la cirugía, incluso con resecciones totales^{4,7}, por lo que está indicado el control anual con neuroimágenes. Los objetivos de la cirugía son eliminar total o parcialmente del tumor, disminuir la morbilidad y mejorar la visión del paciente. Para ello, como se ha señalado anteriormente, es necesario un buen diagnóstico temprano, en el cual la anamnesis y la exploración física son las principales claves del éxito.

1. Lázaro García C, Benítez del Castillo Sánchez JM. Patología tumoral cerebral. En: Sociedad Española de Oftalmología, editor. Manifestaciones oftalmológicas de las enfermedades generales. Capítulo XIV.5. 2001; 433-435.
2. Ávila D, Ruiz E. Meningioma del tubérculo selar (reporte de un caso). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; LXV(585): 297-301.
3. Kwancharoen R, Blitz AM, Tavares F, Caturegli P, Gallia GL, Salvatori R. Clinical features of sellar and suprasellar meningiomas. Pituitary. 2014 Aug; 17(4): 342-348.
4. Schick U, Hassler W. Surgical management of tuberculum sellae meningiomas: involvement of the optic canal and visual outcome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76: 977-983.
5. Taylor SL, Hirsch JA, Harsh GR, Wilson ChB. Magnetic resonance imaging of tuberculum sellae meningiomas: preventing preoperative misdiagnosis as pituitary macroadenoma. Neosurgery 1992; 31: 621-627.
6. Margalit N, Shahar T, Barkay G, Gonen L, Nossek E, Rozovski U, et al. Tuberculum sellae meningiomas: surgical technique, visual outcome, and prognostic factors in 51 cases. J Neurol Surg B Skull Base. 2013 Aug; 74(4): 247-258.
7. Chicani CF, Miller NR. Visual outcome in surgically treated suprasellar meningiomas. J Neuroophthalmol. 2003 Mar; 23(1): 3-10.