



Meningioma del surco olfatorio

Olfactory groove meningioma

Elena Sánchez-Legaza*, Inmaculada C. Cervera*, José I. Miranda**

RESUMEN

Los meningiomas del surco olfatorio son tumores intracraneales infrecuentes. Suelen alcanzar gran tamaño antes de manifestarse clínicamente, siendo los síntomas más frecuentes los relacionados con la alteración de funciones corticales superiores.

Es esencial llegar a un diagnóstico precoz cuando el tumor es relativamente pequeño (3 a 4 cm), para reducir su alta morbi-mortalidad, puesto que el avance en las técnicas de neuro-imagen no han sido suficientes para mejorar el pronóstico.

Los signos precoces como edema de papila y/o cambios mentales, la anosmia permanente y la cefalea, desde el punto de vista del especialista de ORL, nos deben hacer sospechar una patología orgánica, descartando la presencia de una masa ocupante de espacio.

Palabras clave: Meningioma, surco olfatorio, tumor intracraneal

* Otorrinolaringólogo, Hospital de San Rafael, Cádiz
** Anestesiólogo, Hospital de Algeciras, Cádiz

Correspondencia:

Elena Sánchez Legaza
C / Obispo Hurtado 25, 2º B18004 Granada
manpro1910@hotmail.com

Recibido: 19-III-2009

Aceptado: 20-IV-2009

ABSTRACT

Meningiomas of the olfactory sulcus are rare intracranial tumors. They tend to reach a large size before showing clinically. Their most frequent symptoms are related to superior cortical functions.

Early diagnose is essential when the tumor is still relatively small (3 to 4 cm), in order to reduce its high morbid-mortality rate, since the advance in neuro-image techniques has not been good enough to improve its prognosis.

Early signs such as papilledema and/or cognitive changes and permanent anosmia and headache, from the ENT point of view should make us suspect an organic pathology, ruling out the presence of a space occupying mass.

Key words: Meningioma, olfactory groove, intracranial tumor

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas son tumores benignos muy raros, correspondiendo al 20 % del total de tumores intracraneales. Los meningiomas de la línea media de la fosa craneal anterior pueden tener varios orígenes (placa cribiforme, plano esfenoidal, tubérculo y diafragma selar), correspondiendo al 12- 22 % de los meningiomas intracraneales. Se clasifican en olfatorios o supraselares, por presentar una sintomatología, dificultad y riesgos quirúrgicos diferentes (1).

Los meningiomas extracraneales comprenden el 2% y pueden afectar la órbita, espacio parafaríngeo y, menos frecuentemente, los senos paranasales. Los meningiomas de los senos paranasales, sobre todo etmoidal y esfenoidal, suelen ser una invasión o extensión secundaria a un meningioma intracraneal (15 %), debido a una resección incompleta de un tumor primario (2,3). La extensión nasal es excepcional, siendo asintomáticos, aunque se han descrito signos de obstrucción y epistaxis.

Crecen lentamente y permanecen indetectables durante las etapas precoces, alcanzando gran tamaño antes de ser diagnosticados. La introducción de técnicas de imagen sofisticadas, no parece haber conllevado a una mayor precocidad en el diagnóstico de estos tumores.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 60 años, que acude por hiposmia de un año de evolución; teniendo como antecedentes personales, alérgico a sulfamidas e HTA sin hábitos tóxicos. Refiere hiposmia con sequedad nasal y orofaríngea, alteraciones del comportamiento, sin afectación gustativa ni infección viral previa.

Al examen físico otorrinolaringológico no se encontraron hallazgos positivos. Se pide una RNM de cráneo para descartar patología orgánica, apreciándose una masa intracraneana de línea media sobre el plato cribiforme, con un tamaño de 30 mm de altura por 38 mm de anchura y 45 mm de diámetro antero-posterior (Figuras 1 y 2).



Figura 1



Figura 2
Figura 1 y 2. En la RNM craneal y de senos paranasales se aprecia una lesión ocupacional subfrontal que corresponde al lóbulo olfatorio.

Se remite al Servicio de Neurocirugía, para valoración quirúrgica, solicitándose una arteriografía de ambas carótidas y vertebral izquierda compatible con meningioma de base de cráneo (Figura 3).



Figura 3. La arteriografía muestra una tumoración hipervascularizada, meningioma, de la base del cráneo.

Se realiza la exéresis completa del mismo, mediante un abordaje por vía pterioral, con un posoperatorio sin complicaciones. El estudio histológico confirmó el diagnóstico. En las revisiones periódicas, el paciente está asintomático sin recidivas, pero no recuperó la anosmia.

DISCUSIÓN

Los meningiomas del surco olfatorio son infrecuentes, constituyendo el 8 al 18% de los meningiomas intracraneales. Se localizan a nivel de la lámina cribosa del etmoides y el área de la sutura adjunta al plano esfenoidal, posterior al quiasma óptico (4). Histológicamente, existen varios tipos, siendo el meningioma psamomatoso el más común.

Ocurren en la sexta y séptima década de la vida, presentándose de manera insidiosa; siendo los síntomas más frecuentes los secundarios a la afectación de funciones superiores (cambios mentales), la cefalea y el déficit visual, apareciendo cuando el tumor ha alcanzado un gran tamaño y comprime ambos lóbulos frontales, o produce hipertensión intracraneal. Se ha descrito también como síntoma de presentación la cacosmia (5). Pocos pacientes se quejan de anosmia, a pesar buscarse en la anamnesis; constituyendo un síntoma clave, pues es el único síntoma neurológico antes de alcanzar gran tamaño (6).

El diagnóstico se realiza a través de imágenes diagnósticas, debiéndose usar cuando la anosmia no puede ser explicada mediante traumatismos craneoencefálicos, poliposis nasosinusal o iatrogenia de la región olfatoria. La RNM mostraría la relación del tumor con el nervio óptico, arteria cerebral media y celdas etmoidales. A pesar del gran avance en estas técnicas de neuro-imagen, el diagnóstico de estos tumores continúa siendo tardío, haciendo que se diagnostiquen cuando han alcanzado un gran tamaño. Una búsqueda en la literatura, anterior a los años 80, revela una mortalidad alta, probablemente como resultado de un diagnóstico tardío (7).

Se han propuesto diversos abordajes quirúrgicos; la mayoría preconizan el abordaje por vía pterioral, por presentar diversas ventajas frente al clásico subfrontal bilateral, aunque en tumores grandes no permite controlar el sangrado por no acceder a toda la extensión del tumor, como permite la vía clásica (8). La función olfatoria se puede preservar, mediante el abordaje por vía pterioral y la técnica de microcirugía. Si no hay invasión de la base del cráneo no es necesario el fresado de ésta (9).

La complicación posoperatoria más frecuente es la epilepsia, otras son el hematoma, hemiparesia, deterioro visual, deterioro mental, infección del colgajo óseo,

meningitis, y fístula de líquido cefalorraquídeo. El tamaño del tumor está en relación inversa con la recuperación funcional de la función olfatoria, desempeñando un papel fundamental en la morbi-mortalidad posoperatoria. Los resultados quirúrgicos mejoran con el diagnóstico precoz y con la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas.

La recidiva es el resultado de una resección incompleta, estimándose en el 30 % a los 5 años y del 41 % a los 10 años, dependiendo de la extensión de la resección y el tiempo de seguimiento. Las recidivas tienen predilección por la base del cráneo (seno cavernoso, órbita y ala esfenoidal) y senos paranasales. Entre los factores que se han asociado con la aparición de recidivas están, sobre todo el grado de resección tumoral, y su localización; además del tipo histológico y ciertas características histopatológicas y radiológicas, como la presencia de más de dos mitosis por 10 campos de gran aumento y tipo de captación del contraste (11).

Nosotros recomendamos que una anosmia permanente no debería considerarse como causada por una infección viral, hasta tanto no se hayan descartado otras causas mediante ayudas imagenológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Black PMcL. Meningiomas. *Neurosurgery* 1993; 32: 643-657.
2. Swain RE, Kingdom TT, Del Gaudio JM, Muller WJ: *Meningiomas of the paranasal sinuses*. *Am J Rhinol* 2001; 15: 27-30.
3. Daneshi A, Asghari A, Bahramy E. *Primary meningioma of the ethmoid sinus: a case report*. *Ear Nose Throat J* 2003; 82 (4): 310-311.
4. Rachlin JR, Rosenblum ML. Etiology and biology of meningiomas. In: Al- Mefty O, ed. *Meningiomas*. New York; Raven, 1991:27-32.
5. Tsikoudas A, Martin- Hirsch DP. *Olfactory Groove meningiomas*. *Clin Otolaryngol* 1999; 24: 507-509.
6. Ayad T, Khoueir P, Saliba I, Moumdjian R. Cacosmia secondary to an olfactory groove meningioma. *J Otolaryngol* 2007; 36 (3): E21-E23.
7. Van Toller S. *Assessing the impact of Anosmia: review of a questionnaire's findings*. *Chem Senses* 1999; 24: 705-712.
8. Lagares A, Lobato RD, Castro S, Alday R, Alén JF, González P. Meningioma of the olfactory groove: review of a series of 27 cases. *Neurocirugía* 2001; 12 (4): 374-375.
9. Welge- Luessen A, Temmel A, Quint C, Moll S, Wolf S, Hummel T. Olfactory function in patients with olfactory groove meningioma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 218-221.
10. Klimek L, Hummel T, Moll B et al. Lateralized and bilateral olfactory function in patients with chronic sinusitis compared to healthy controls. *Laryngoscope* 1998; 108: 111-114.
11. Obeid F, Al- Mefty O. Recurrence of olfactory groove meningiomas. *Neurosurgery* 2003; 53: 534-543.