Meningioma maligno y quiste dermoide, dos lesiones de diferente origen en un mismo paciente. A propósito de un caso

Lara-Torres Héctor Ricardo,* Gómez-Campos Guillermo,* Rosas-Peralta Víctor Hugo**

De los servicios de *Patología y **Neurocirugía, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Revista Mexicana de Neurociencia — Marzo-Abril, 2011; 12(2): 95-98

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides son trastornos del desarrollo producidos por la inclusión de ectodermo embriónico en el tubo neural hacia la 5a. a la 6a. semana del desarrollo embrionario y frecuentemente se presentan en la línea media.[1-4] Por otra parte, los meningiomas son neoplasias de células aracnoideas, adheridos a la superficie interna de la duramadre.[5]

Presentamos el caso poco común de dos lesiones intracraneales distintas consistentes en un meningioma maligno del ventrículo lateral derecho asociado a un gran quiste dermoide esfenoidal derecho.

CASO CLÍNICO

Hombre de 43 años quien presentó cefalea de dos años de evolución y pérdida de memoria reciente en los últimos ocho meses. A la exploración física presentó marcha atáxica y en el fondo de ojo se observó papiledema del ojo derecho. No había otros signos ni síntomas. Se realizó estudio de tomografía computada (TC) que reveló dos lesiones intracraneales de características distintas (Figura 1), las cuales se confirmaron mediante imágenes de resonancia magnética (IRM) (Figura 2). El diagnóstico preoperatorio fue el de un meningioma intraventricular y un quiste epidermoide. Se intervino quirúrgicamente y en el transoperatorio

RESUMEN

Los quistes dermoides son lesiones congénitas raras que se originan de la inclusión de estructuras ectodérmicas cuando el surco neural se cierra durante el periodo embrionario. Los meningiomas son tumores que con mayor frecuencia presentan un comportamiento benigno y se presentan adheridos a la duramadre. Esta asociación esporádica es rara. Presentamos el primer caso de un meningioma maligno intraventricular asociado a un quiste dermoide. Se trata de masculino en la quinta década de la vida que presentó cefalea de dos años de evolución y pérdida de memoria reciente de ocho meses de evolución. Los estudios de neuroimagen evidenciaron las dos lesiones intracraneales de características distintas, una subtemporal y otra intraventricular. Se llevó a cabo la exploración quirúrgica de las lesiones y mediante estudio de neuropatología se documentó que histológicamente la lesión subtemporal presentó características de un quiste dermoide y la lesión intraventricular cumplía con los criterios para ser diagnosticado como meningioma maligno.

Palabras clave: Tumores cerebrales, dermoide, meningioma maligno, neoplasias intraventriculares.

Malignant meningioma and dermoid cyst, two lesions of different origin in the same patient. A case report

ABSTRACT

Intracranial dermoid cysts are rare congenital lesions that originate from the inclusion of ectodermal structures when the neural groove is enclosed during the embrionary stage. Meningiomas are usually benign tumors most frequently associated with the duramater. We present the first known case of a malignant intraventricular meningioma associated with an intracranial dermoid cyst. Patient was a male in the fifth decade of life that had headache in the last two years and disorder of recent memory in the last eight months. Neuroimaging estudies disclosed the presence of two different intracranial lesions, one in the subtemporal region and the other was intraventricular. Surgery was performed and neuropathological study and histological results revealed that subtemporal lesion corresponded to a dermoid cyst and the other lesion to a malignant intraventricular meningioma.

Key words: *Brain tumors, dermoid, malignant meningioma, intraventricular neoplasms.*

Rev Mex Neuroci 2011; 12(2): 95-98

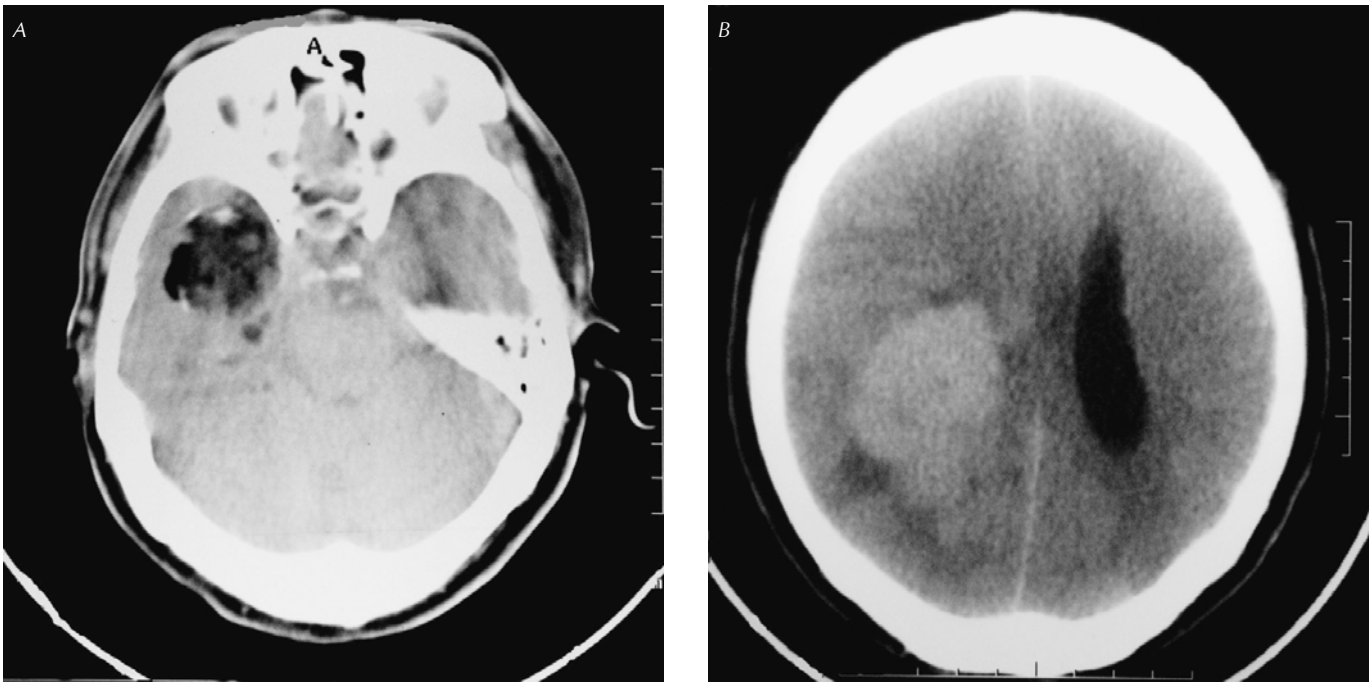

Figura 1. A. *La imagen axial de TC muestra una lesión temporal medial derecha con una densidad heterogénea.* ***B.*** *La imagen hacia la convexidad demuestra una lesión intraventricular derecha bien definida.*

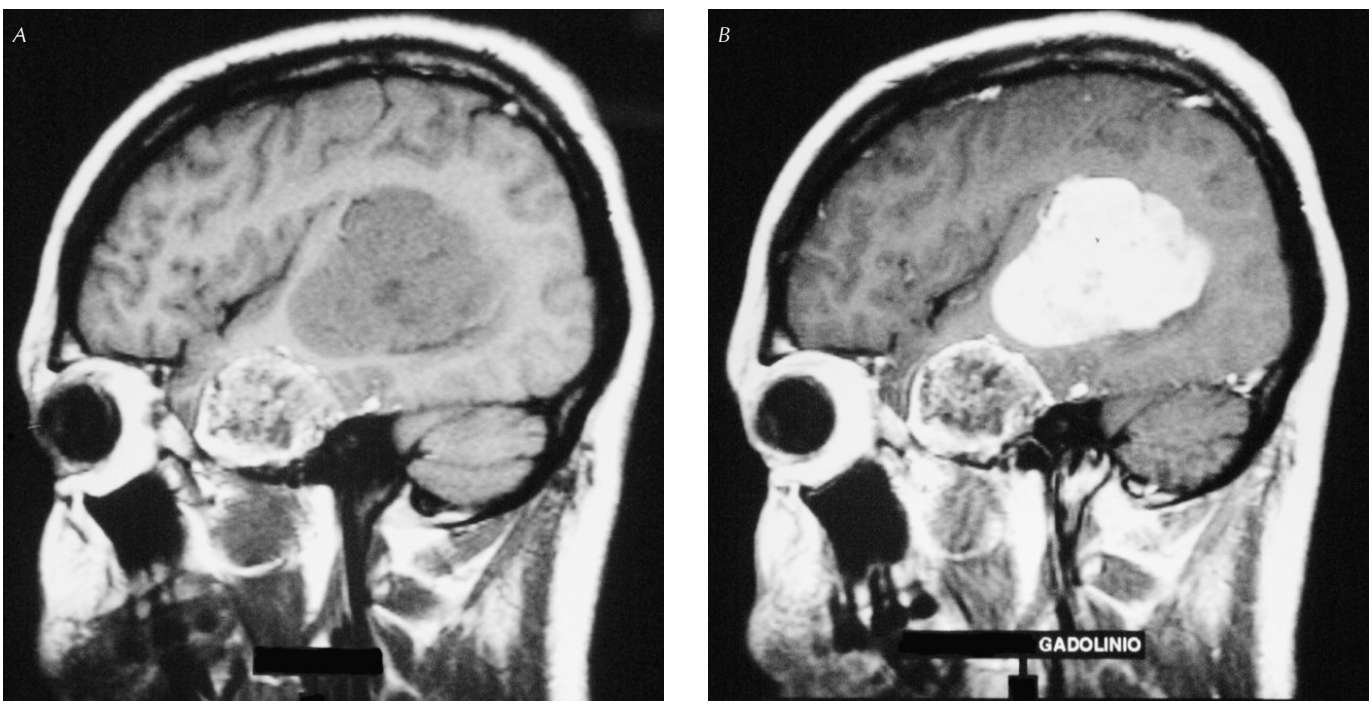

Figura 2. A. *La IRM ponderada en T1 muestra dos lesiones de características diferentes. La lesión subtemporal muestra una hiperintensidad periférica bien definida con un centro heterogéneo. La lesión del trígono es lobulada, al igual que la anterior bien definida, isointensa a la corteza con pequeñas áreas de hipointensidad.* ***B.*** *La misma imagen parasagital muestra un realce a la administración de medio de contraste con pequeñas áreas de hipointensidad en la lesión del trígono. La lesión subtemporal no muestra cambios.*

la lesión subtemporal tenía el aspecto de un quiste epidermoide, mientras que la lesión intraventricular correspondió macroscópicamente a un meningioma con infiltración al parénquima cerebral. Ambas lesiones fueron enviadas al laboratorio de patología, donde el tejido fue fijado con una solución de formalina al 10% y posteriormente incluido en parafina para posteriormente obtener cortes teñidos con hematoxilina y eosina para ser revisados con microscopía de luz. Histológicamente la lesión subtemporal presentó características de un quiste dermoide (Figura 3) y la lesión intraventricular cumplía con los criterios para ser diagnosticado como meningioma maligno (Figura 4), esta última lesión presentaba más de 20 mitosis en diez campos de seco fuerte y algunas áreas que recuerdan al melanoma (Figura 4A).

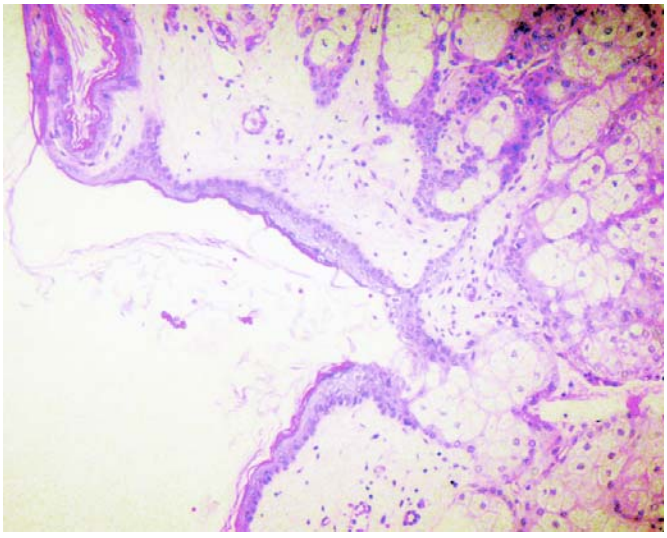

Figura 3. *La pared del quiste está revestida por epitelio escamoso estratificado y glándulas sebáceas (derecha). La luz del quiste está compuesta de queratina laminada (izquierda, abajo). H &E. 20X.*

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides intracraneanos son lesiones raras, las cuales se presentan en menos del uno por ciento de todos los tumores intracraneanos. Los síntomas están asociados con su localización y al efecto de masa y suelen presentarse alrededor de la tercera década de la vida. Son generalmente benignos y de crecimiento lento, este aumento de volumen se ha atribuido a la combinación de secreciones glandulares y a la descamación epitelial. Cuando estas lesiones se rompen, ya sea de manera espontánea o al momento de la cirugía, se suele presentar una meningitis química que puede ser muy severa, produciendo vasoespasmo, infarto o incluso la muerte. Las características de los estudios de radiodiagnóstico dependen del contenido de la lesión. En los estudios de TC estas lesiones suelen presentarse homogéneamente hipodensas con una atenuación similar a la del líquido cefalorraquídeo. En las IRM el pelo y el contenido sebáceo del quiste les da un aspecto heterogéneo y el contenido de grasa puede ser visto como una hiperintensidad en las imágenes ponderadas en T1 e hipointensas en las imágenes ponderadas en T2. Histológicamente la pared del quiste está compuesta de epitelio escamoso estratificado con anexos dentro de tejido fibroso. El contenido del quiste está compuesto de queratina, pelo y secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Aunque la mayor parte de la literatura refiere a esta lesión como un tumor,

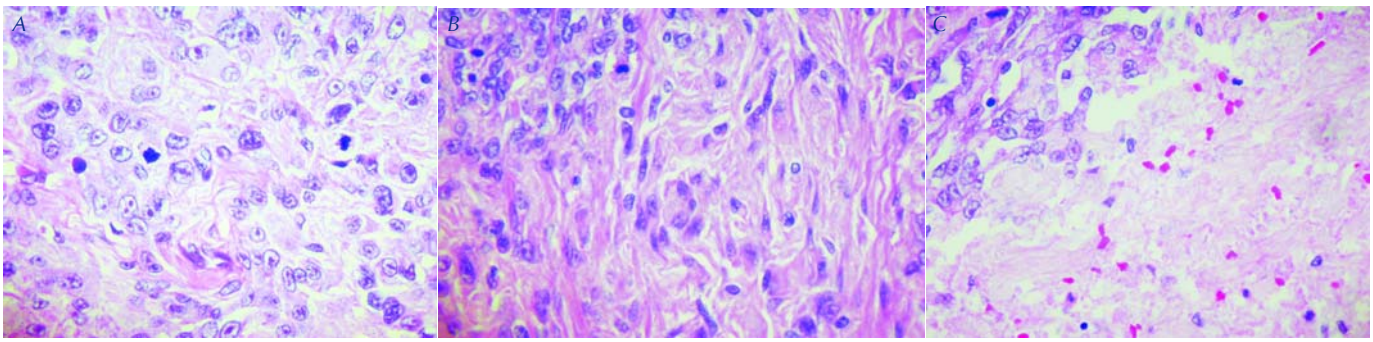

Figura 4. A. *La lesión del trígono está compuesta de láminas de células poliédricas con núcleos pleomórficos y nucléolos rojos prominentes. También hay dos mitosis (derecha e izquierda al centro), y un cuerpo apoptósico (izquierda centro). H & E. 40X.* ***B.*** *Las áreas mejor diferenciadas muestran características de un meningioma fibroso, con células fusiformes de núcleo oval sin nucléolos. En la parte de arriba a la izquierda se muestra una área más densamente celular con mitosis. H & E 40X.* ***C.*** *También hay focos de necrosis (abajo a la derecha). H & E. 40X.*

la Organización Mundial de la Salud (OMS) no los incluye en su libro azul de la clasificación de los tumores del Sistema Nervioso Central.[1-5]

Los meningiomas son tumores frecuentes que se originan de las células aracnoideas que recubren al cerebro y la médula espinal y constituyen aproximadamente 20% de todos los tumores intracraneanos en el hombre y 38% en las mujeres.[6] Más de 90% de ellos son benignos, alrededor de 5% son atípicos y menos de 5% son malignos.[7] Los meningiomas intraventriculares son raros y constituyen alrededor de 0.7% de todos los tumores intracraneanos y alrededor de 0.7-2% de todos los meningiomas intracraneanos.[8,9] En los estudios de TC los meningiomas intraventriculares son discretamente hiperdensos, con límites bien definidos que pueden ser lisos o irregulares. En algunos casos puede haber áreas hipodensas en el centro de la lesión, lo cual indica necrosis tisular.[9] Las IRM muestran a los meningiomas como iso o hipointensos en imágenes ponderadas en T1 y en T2. En las imágenes ponderadas en T1 contrastadas hay un realce uniforme o puede ser heterogéneo debido a la presencia de necrosis o áreas quísticas.[9,10] Los criterios histológicos que la OMS propone para los meningiomas malignos incluyen características de franca malignidad que exceden a las presentadas por los meningiomas atípicos. Éstas incluyen ya sea el aspecto citológico que sugiera carcinoma, melanoma o sarcoma de alto grado, o un elevado índice mitósico (20 o más mitosis por diez campos de seco fuerte).[5,10]

El presente caso es interesante, ya que no hay informes previos de la asociación esporádica de un meningioma maligno intraventricular y un quiste dermoide intracraneano, siendo estas lesiones raras y de distinto origen. Al igual que Canbaz, et al.,[4] quienes describieron un caso de un quiste dermoide que simuló a un aneurisma gigante trombosado, en nuestro caso éste también fue uno de los diagnósticos preoperatorios sugeridos de la lesión subtemporal, asociada con una lesión intraventricular diagnosticada como meningioma. A un año después de que la resección total de ambas lesiones se realizará con éxito, no hay evidencia de recurrencia o metástasis espinales.

REFERENCIAS

1. Brown JY, Morokoff AP, Mitchell PJ, Gonzales MF. Unusual Imaging Appearance of an Intracranial Dermoid cyst. Am J Neuroradiol 2001; 22: 1970-2.
2. Moonrinta S. Intracranial Dermoid tumor: case report and literature review. Chiang Mai Med Bull 2003; 42(4): 161-7.
3. Venkatesh SK, Phadke RV, Trivedi P, Bannerji D. Asymmptomatic spontaneous rupture of suprasellar dermoid cyst. A case report. Neurol India 2002; 50: 480-3.
4. Canbaz B, Kemerdere R, Ocal E, Tanriverdi T. Intracranial dermoid cyst mimicking a giant thrombosed aneurysm. Neurol India 2004; 52: 524-5.
5. Perry A, Louis DN, Scheithauer BW, Budka H, Dailing Von A. Meningiomas. In: Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK (eds.). WHO classification of tumours of the central nervous system. International Agency for research on cancer (IARC); lyon, 2007, pp 164-172.
6. Bondy M, Ligon BL. Epidemiology and etiology of intracranial meningiomas: A review. J Neuro-oncology 1996; 29: 197-205.
7. Larjavaara S, Haapasalo H, Sankila R, Helén P, Auvinen A. Is the incidence of meningiomas underestimated? A regional survey. Br J Cancer 2008; 99: 182-4.
8. Ramakrishnamurthy TV, Murty AV, Purohit AK, Sundaram C. Benign meningioma metastasizing through CSF pathways: a case report and review of literature. Neurol India 2002; 50: 326-9.
9. Gelabert-González M, García-Allut A, Bandín-Diéguez J, Serramito-García R, Martínez-Rumbo R. Meningiomas of the lateral ventricles. A review of 10 cases. Neurocirugía 2008; 19: 427-33.
10. Eom KS, Kim HS, Kim TY, Kim JM. Intraventricular malignant meningioma with CSF-diseminated spinal metastasis: case report and literature review. J Korean Neurosurg Soc 2009; 45: 256-9.

Correspondencia: Dr. Héctor Ricardo Lara-Torres
Departamento de patología, Hospital de especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico "La Raza", IMSS. Calle Seris y Zaachila S/N, Col. La Raza, C.P. 02990, México, D.F.
Tel.: (01-55) 5724-5900 Ext.: 23052 y 23053.
Correo electrónico: elvamure@yahoo.com