



Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata

HIPEROSTOSIS Y MENINGIOMAS

Mariana García Crosta, Agustín Alexis
Valussi, David Damián Daza Velásquez

Caso:

- Mujer de 45 años.
- Sin antecedentes personales ni familiares de relevancia.
- Consulta por molestias en región frontal.
- Examen físico: exostosis en coincidencia con área de dolor.

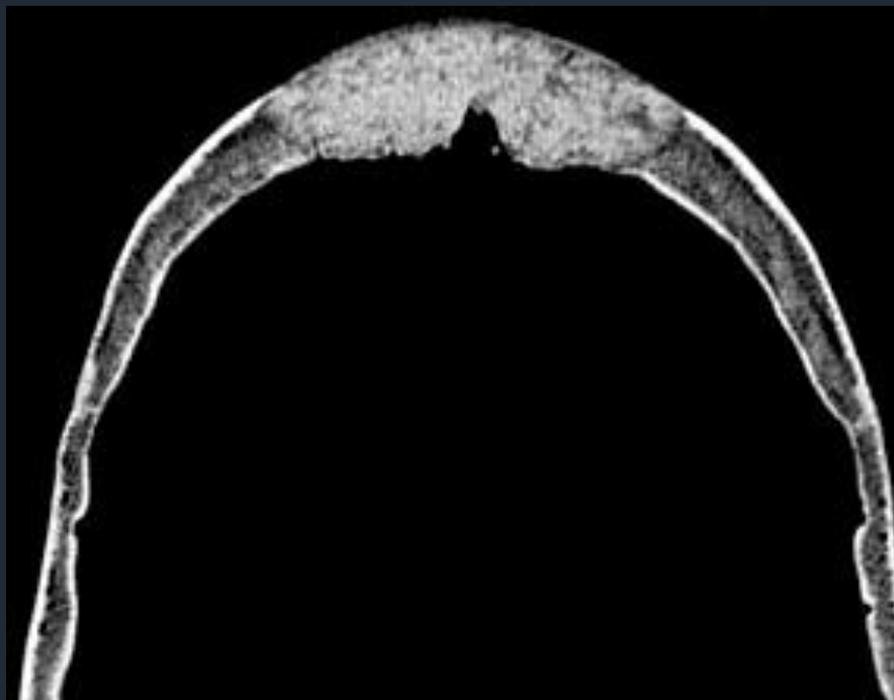




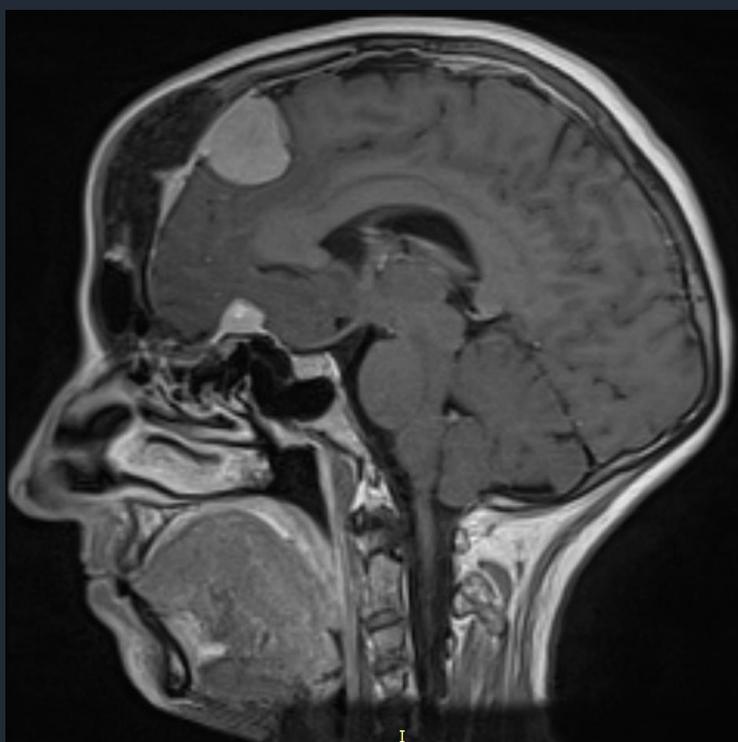
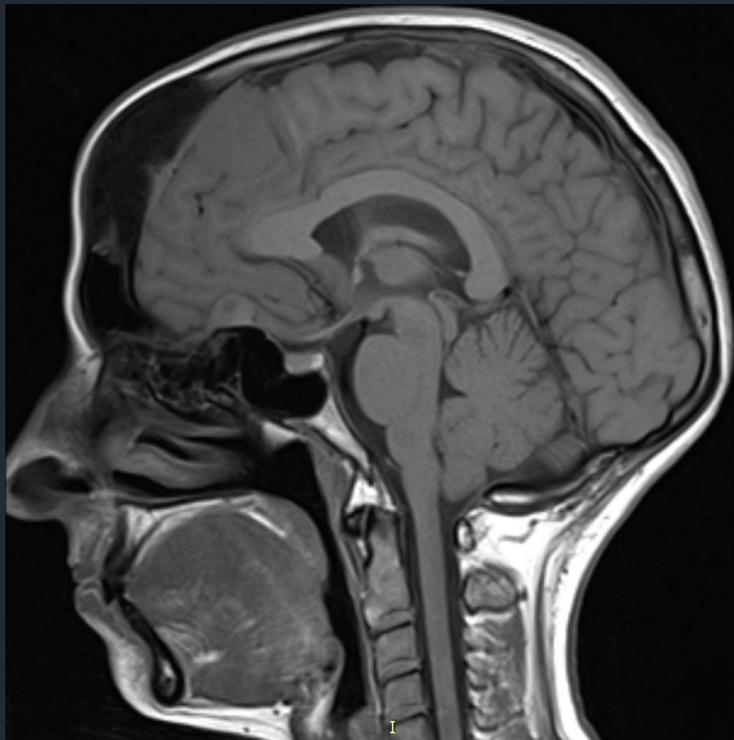
Centellograma óseo corporal total: Captación patológica en hueso frontal y alas mayores del esfenoides.



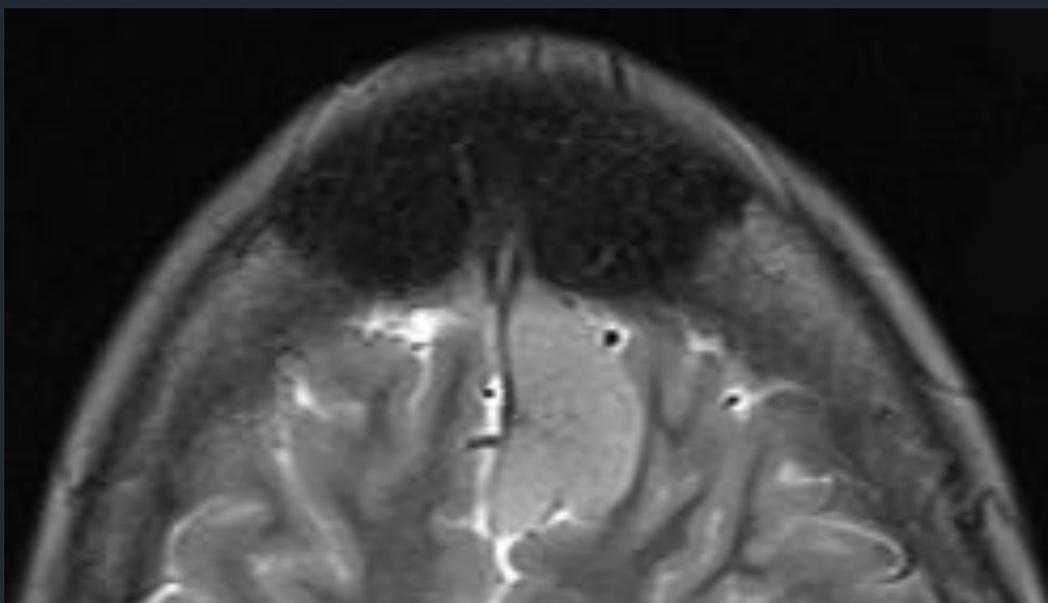
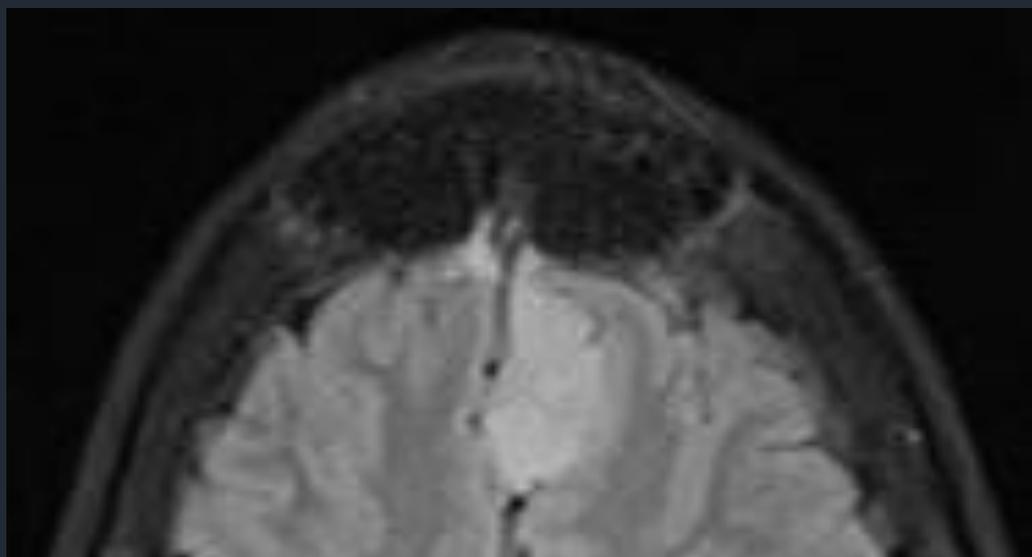
Radiografía de cráneo: Ensanchamiento del hueso frontal con aumento de su densidad.



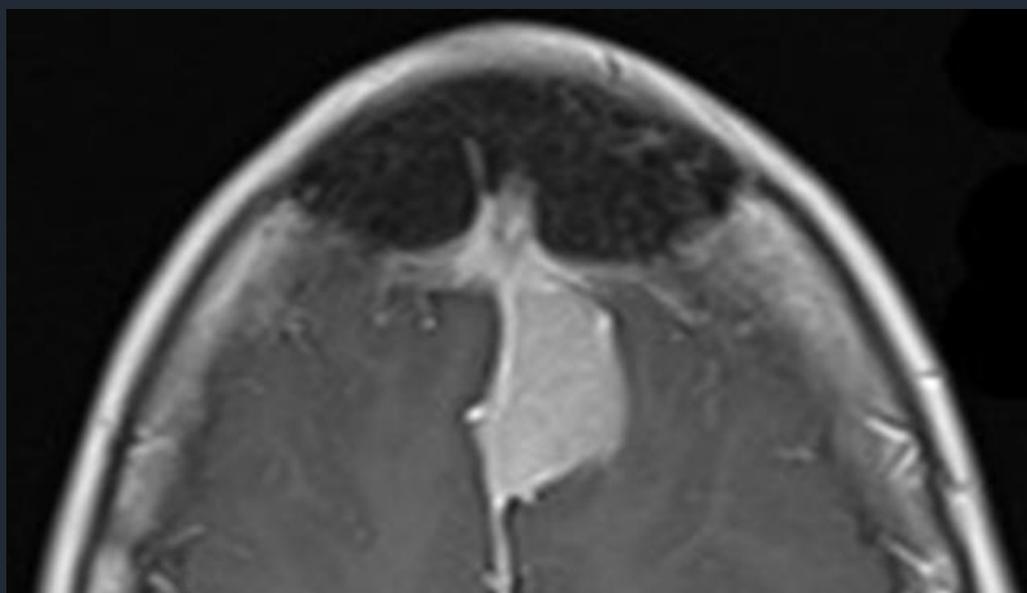
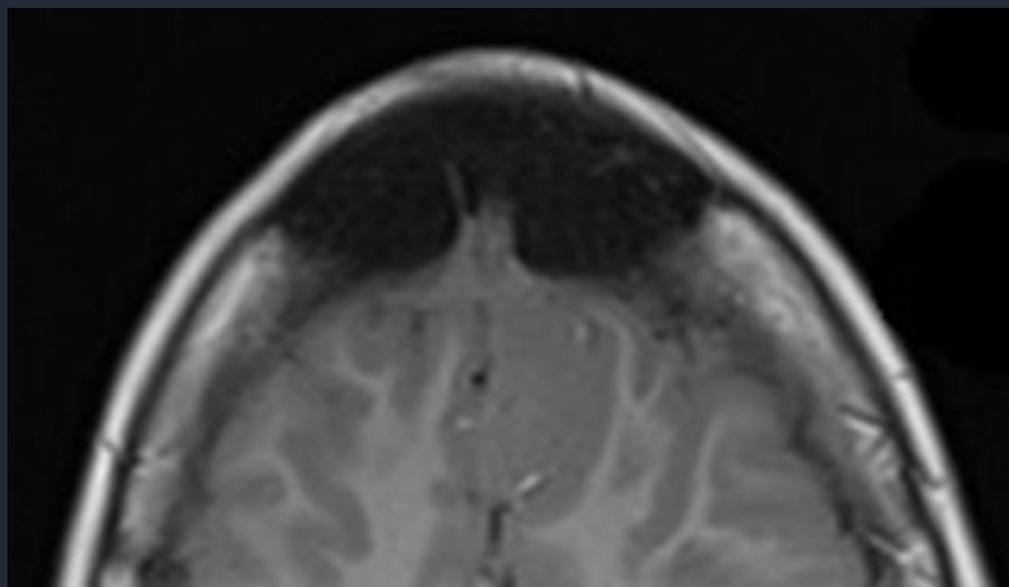
TC: Imagen osteocondensante homogénea con patrón en vidrio esmerilado, de bordes definidos e irregulares en hueso frontal. Imagen de similares características se observa en las alas mayores del esfenoides.



RM, T1 Y T1 con contraste: Dos imágenes extraaxiales, frontales en relación a la hoz y parasagital izquierda, isointensas al parénquima con realce homogéneo asociadas a realce paquimeníngeo frontal y temporal e imagen osteoblástica en hueso frontal. Hallazgos sugerentes de meningiomas.



Secuencias Flair y T2: Imagen extraaxial frontal izquierda en relación a la hoz, isointensa al parénquima asociado a engrosamiento focal del hueso frontal hipointenso en todas las secuencias sugerente de lesión blástica.



DIAGNOSTICO:

- HUESO CALOTA REGION FONTAL, RESECCION:

INFILTRACION POR MENINGIOMA A NIVEL DE LOS ESPACIOS MEDULARES QUE LLEGAN A LOS BORDES DE RESECCION.

- HUESO BORDE DEL TUMOR, RESECCION:

INFILTRACION POR MENINGIOMA A NIVEL DE LOS ESPACIOS MEDULARES.

- MENINGES, RESECCION:

MENINGIOMA PREDOMINANTEMENTE MENINGOTELIAL CON AREAS ANGIOMATOSAS CON PRESENCIA DE PSAMMOMAS Y CALCIFICACIONES DIFUSAS, GRADO I, OMS. NO SE OBSERVAN MITOSIS NI NECROSIS.

HAY ADHERIDO PERO NO INFILTRADO UN SECTOR DE CORTEZA CEREBRAL.

Discusión:

¿Es simplemente expansión reactiva o se da por infiltración tumoral? ¿puede existir infiltración sin cambios macroscópicos o traducción imagenológica? Y desde el punto de vista de las imágenes, ¿existen cambios evidenciables que permitan diferenciarlas? La hiperostosis se observa principalmente en meningiomas de la convexidad y alas del esfenoides. Varias teorías se han postulado intentando explicar este hallazgo, entre las cuales se encuentran la irritación, la estimulación de osteoblastos por factores secretados por células tumorales, producción ósea por parte del tumor y trastornos vasculares. Se la ha intentado relacionar con la invasión tumoral del hueso, pero no todos los pacientes con hiperostosis la presentan y al mismo tiempo, hay invasión sin hiperostosis.

Los meningiomas que más frecuentemente se asocian a invasión ósea son los localizados en la convexidad, seguidos por los de las alas mayores del esfenoides. La variante histopatológica más frecuente es la meningotelial y el grado de la OMS no se modifica por este aspecto.

En la RM, puede evidenciarse áreas de hiperintensidad en secuencias T2 y densidad protónica (con saturación grasa), aunque no en todos los casos. En lo que respecta al comportamiento tras la administración de contraste, presenta un comportamiento variable, demostrando más frecuentemente realce intermedio y heterogéneo.

Conclusión:

Aún no se ha demostrado un patrón imagenológico con equivalencia anatomopatológica. Sin embargo, las imágenes podrían tener un papel fundamental en la evaluación prequirúrgica, teniendo en cuenta la alta recurrencia en casos de resección incompleta.