

Metástasis pulmonar de meningioma benigno

H. Scavuzzo, F.J. Del Cazo, E. Otero, F.J. Aldaz y B. Fernández

Servicio de Medicina Interna.
Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

Se presenta el caso de un paciente varón de 53 años de edad estudiado por presentar un nódulo pulmonar solitario con cambios radiológicos evolutivos en el último año, afectado de una metástasis pulmonar de meningioma benigno que había sido diagnosticado por punción-aspiración transtorácica. Se analiza lo infrecuente de esta patología y se discute la necesidad de considerarla en aquellos pacientes con antecedente de meningioma independientemente de la benignidad de la lesión primaria y del tiempo de evolución de la misma, ya que la resección quirúrgica precoz de la metástasis resuelve satisfactoriamente esta complicación.

Arch Bronconeumol 1994; 30: 266-268

Introducción

La observación de metástasis extracraneales en pacientes diagnosticados de meningioma es extremadamente rara. Si se consideran sólo aquellos que anatómopatológicamente presentan signos de benignidad la incidencia de esta complicación es significativamente menor. Sin embargo, ni la benignidad ni el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor primario permiten descartar la aparición de lesiones metastásicas en otro órgano de la economía. La localización más frecuente de las metástasis de tumores intracraneales es el pulmón y su presentación clínica como nódulo pulmonar único es lo habitual. La importancia de realizar un diagnóstico correcto de metástasis pulmonar por meningioma benigno, que descarte otras causas más frecuentes de nódulo pulmonar solitario como el carcinoma bronquial, el carcinoma metastásico o los granulomas, consiste en que una cirugía de resección precoz y conservadora tiene resultados altamente favorables.

Correspondencia: Dr. H. Scavuzzo.
Santa Soria, 22. 31200 Estella. Navarra.

Recibido: 19-7-93; aceptado para su publicación: 8-12-93.

Benign metastasizing meningioma of the lung

We report a 53-year-old man with a solitary pulmonary nodule and signs of disease progression in chest films taken in the last year with lung metastasis from benign meningioma diagnosed by transthoracic puncture and aspiration. The rarity of this condition is discussed along with the need to include it as a differential diagnosis in patients with recurring meningioma even when the primary lesion is benign, given that early surgical resection of the metastasis resolves this complication.

Se presenta el caso de un paciente que 11 años después de haber sido intervenido por un meningioma sagital benigno fue diagnosticado de metástasis pulmonar de meningioma con evolución satisfactoria tras la realización de una segmentectomía atípica.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 53 años de edad, fumador de 20/25 cigarrillos/día, sin alergias conocidas. Entre sus antecedentes se refiere un politraumatismo por caída en 1981 con traumatismo craneoencefálico. Se realiza por ello un escáner cerebral donde se observa circunstancialmente una masa intracraneal. Fue intervenido quirúrgicamente y diagnosticado de meningioma parasagital benigno, del que quedaron como secuelas crisis comiciales por las que se sigue tratamiento con carbamacepina y fenobarbital; cumple además criterios clínicos de bronquitis crónica. En agosto de 1987 fue estudiado en un servicio especializado de neumología ya que se había observado en un control rutinario de radiología un nódulo pulmonar solitario de localización basal derecha; sin embargo, no pudo establecerse el diagnóstico etiológico porque la biopsia pulmonar por aspiración fue inconcluyente y el paciente rehusó la toracotomía. En febrero de 1992 fue remitido a nuestro servicio por observarse en un control radiológico periódico (fig. 1) un aumento del tamaño de la imagen pulmonar en los últimos 6 meses. Con

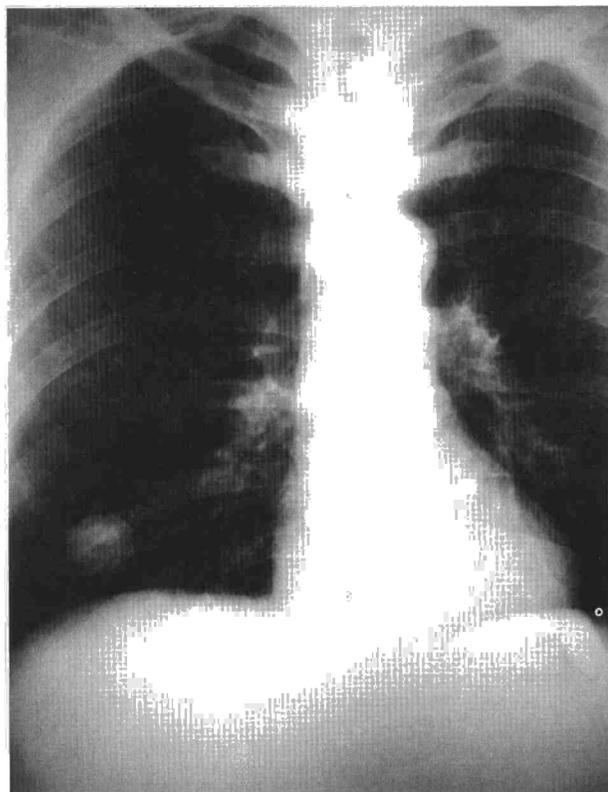


Fig. 1. Imagen nodular basal derecha (meningioma).

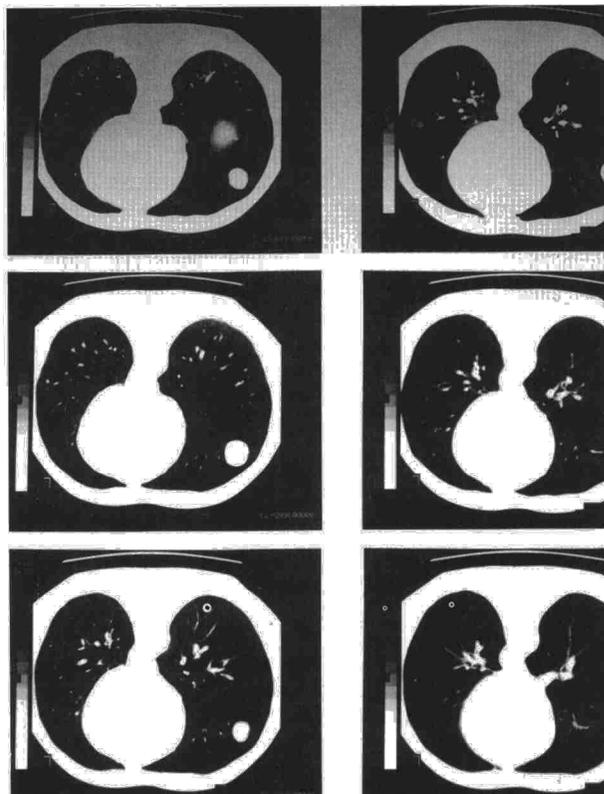


Fig. 2. Imágenes de escáner torácico demostrando la localización previa para PAAF.

el diagnóstico sindrómico de nódulo pulmonar solitario ingresó para su diagnóstico etiológico y posterior tratamiento.

A su ingreso se encontraba en buen estado general, afebril, con una frecuencia cardíaca regular de 80 lpm, tensión arterial 130/60 y frecuencia respiratoria de 16 rpm. En la exploración no presentaba adenopatías cervicales, supraclaviculares ni axilares y se observaba una hipoventilación pulmonar global sin ruidos agregados.

Las pruebas complementarias iniciales mostraban una hematimetría sin alteraciones hematológicas ni bioquímicas con pruebas de función hepática normales. Las serologías específicas para hidatidosis y micobacterias eran negativas. CEA y alfafetoproteína negativas. La radiografía de tórax mostraba signos de atrapamiento aéreo y un nódulo hiperdenso basal anterior derecho de 3 cm de diámetro con límites bien definidos. La gasometría arterial en condiciones basales era: pH, 7,38; pO₂, 75,3 mmHg; pCO₂, 42,8 mmHg; EB, -1, y el ECG mostraba un ritmo sinusal a 67 lpm con eje QRS normal en el plano frontal sin arritmias ni signos de coronariopatía. La espirometría mostraba: CVF, 4,65/l (101%); VEF₁, 2,09 l (57%); VEF₁/CVF, 45%, y FEF 25-75%, 1,53 l/s.

Continuando con el protocolo de estudios se realizó una fibrobroncoscopia que mostró signos de bronquitis crónica sin evidencia de tumor endobronquial. Con el objeto de realizar una biopsia pulmonar por punción aspiración transtorácica se le indicó un escáner toracoabdominal (fig. 2) que demostró una imagen nodular en el lóbulo inferior del pulmón derecho de 2,5 cm de diámetro y contornos bien definidos con pequeñas imágenes de calcificación periféricas. El resto del parénquima pulmonar y el mediastino se informa-

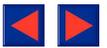
ron como normales, sin que se apreciaran lesiones en hígado, bazo, páncreas, riñones ni suprarrenales.

Delimitada la lesión se realizó una biopsia pulmonar por aspiración con aguja fina bajo control radioscópico que se consideró como metástasis pulmonar de meningioma. Con este diagnóstico, previa valoración prequirúrgica, el paciente fue enviado a un servicio de cirugía torácica para su tratamiento. Se le practicó una segmentectomía atípica que confirmó el diagnóstico en la pieza operatoria y fue dado de alta en perfectas condiciones sin presentar complicaciones postoperatorias inmediatas ni mediatas.

Discusión

La observación de metástasis extracraneales de tumores cerebrales es bastante infrecuente. Su incidencia aproximada es del 3,8% de los casos siendo más frecuentes en el meduloblastoma, el glioblastoma multiforme, el meningioma maligno y el ependimoma¹.

El meningioma metastatiza sólo en el 0,1% de los casos y casi el 60% de estas metástasis corresponden a aquellos que presentan signos de malignidad, que representan entre el 2 y el 10% del total². La observación de lesiones metastásicas de un meningioma benigno es sumamente rara³⁻⁵ aunque alcanza una revisión realizada por el Departamento de Patología de la Universidad de Hong Kong en 1990 un total de 5 casos publicados en la literatura internacional⁶. Se han comunicado algunos casos en que las metástasis pul-



monares precedieron a la aparición del tumor primario⁷ y otros en que pasaron más de 10 años hasta la aparición de las mismas, sin que estudios posteriores hayan podido identificar ninguna característica clínica, genética ni inmunohistoquímica que permita predecir qué tipo de tumores van a metastatizar y por qué puede existir un período de latencia tan largo^{8,9}.

El órgano más frecuentemente afectado es el pulmón y su presentación como nódulo pulmonar suele ser lo habitual; le siguen en orden de frecuencia las lesiones óseas vertebrales, hepáticas, pleurales y renales¹. El estudio de estas lesiones mediante biopsia pulmonar por aspiración con aguja fina bajo control radioscópico o escáner es el método de diagnóstico más rentable¹⁰⁻¹² e implica un riesgo mínimo para el paciente.

Es importante destacar que existen casos de pacientes con tumores pulmonares diagnosticados como meningiomas sin que hayan desarrollado un meningioma intracraneal en su seguimiento a largo plazo y que no deben ser confundidos como metástasis¹³⁻¹⁵. Se trata de otra infrecuente forma de presentación de este tumor neurogénico como meningioma pulmonar primario y no deben clasificarse como metastásicos ya que no existe evidencia clínica, radiológica ni tomográfica de tumoración intracraneal¹⁶.

Concluimos finalmente que una correcta historia clínica con una pormenorizada relación de antecedentes clínicos y un estudio protocolizado de estos pacientes con diagnóstico sindrómico de nódulo pulmonar solitario permite, sin dejar de tener presente otras etiologías más frecuentes como el carcinoma bronquial, los granulomas y las metástasis malignas, el diagnóstico de lesiones metastásicas benignas que detectadas en el momento oportuno permiten un tratamiento quirúrgico precoz, conservador y definitivamente curativo en la mayoría de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakamura K, Hawkin S, Aizawa M et al. Extracranial metastases of brain tumors. *Gan-No-Rinsho* 1986; 32: 281-286.
2. Slavin ML. Metastatic malignant meningioma. *J Clin Neuro Ophthalmol* 1989; 9: 55-59.
3. Miller DC, Ojeman RG, Proppe KH, McGinnis BD, Grillo HC. Benign metastasizing meningioma. Case report. *J Neurosurg* 1985; 62: 763-766.
4. Tognetti F, Donati R, Bollini C. Metastatic spread of benign intracranial meningioma. *J Neurosurg Sci* 1987; 31: 23-27.
5. Clavere P, Rouillet B, Loubet R, Bachelieric-Rhein B, Olivier JP. Bone and lung metastasis from recurrent benign meningioma. *Presse Med* 1990; 19: 1.904.
6. Ng TH, Wong MP, Chan KW. Benign metastasizing meningioma. *Clin Neurol Neurosurg* 1990; 92: 152-154.
7. Onoda K, Imai S, Wakao T, Chiba S. Lung metastasis of intraosseous meningioma prior to craniotomy. Case report. *Neurol Med Chir Tokyo* 1985; 25: 306-310.
8. Kodama K, Doi O, Higashiyama M, Yokouchi H, Kabuto T. Cell kinetic in two cases of meningioma with ultra-late pulmonary metastases. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1992; 40: 891-895.
9. Som PM, Sacher M, Strenger SW, Biller HF, Malis LI. Benign metastasizing meningiomas. *AJNR Am J Neuroradiol* 1987; 8: 127-130.
10. Jha RC, Weisbrod GL, Dardick I, Herman SJ, Chamberlain D. Intracranial meningioma with pulmonary metastases: diagnosis by percutaneous fine-needle aspiration biopsy and electron microscopy. *Can Assoc Radiol J* 1991; 42: 187-190.
11. Tao LC. Pulmonary metastases from intracranial meningioma diagnosed by aspiration biopsy cytology. *Acta Cytol* 1991; 35: 524-528.
12. Peiss J, Klose KC, Klever P. The lung metastasis of an intracranial meningioma: Diagnostic confirmation by CT guided percutaneous biopsy. *ROFO* 1990; 153: 728-729.
13. Flynn SD, Yousem SA. Pulmonary meningiomas: a report of two cases. *Hum Pathol* 1991; 22: 469-474.
14. Robinson PG. Pulmonary meningioma. Report of a case with electron microscopic and immunohistochemical findings. *Am J Clin Pathol* 1992; 814-817.
15. Strimlan CV, Golembiewski RS, Celko DA, Fino GJ. Primary pulmonary meningioma. *Surg Neurol* 1988; 29: 410-413.
16. Drlicek M, Grisold W, Lorber J et al. Pulmonary meningioma. Immunohistochemical and ultrastructural features. *Am J Surg Pathol* 1991; 15: 455-459.