

## MENINGIOMA EXTRADURAL INTRATORACICO GIGANTE

C. HERNANDEZ ORTIZ, C. PEREZ SANCHEZ\*,  
G. VARELA SIMO, J.I. RODRIGUEZ GONZALEZ\*,  
F. CANSECO GONZALEZ, J. GARCIA S. GIRON,  
J.M. RODRIGUEZ PANIAGUA y M. CASILLAS PAJUELO

Servicio de Cirugía Torácica.  
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social  
«La Paz».

### Introducción

El meningioma es un tumor del sistema nervioso central, que se origina en la célula aracnoidea y con predilección en las granulaciones de Paccioni, siendo su incidencia del 25 % dentro de los tumores intraespinales primitivos<sup>1</sup>. Afecta con más frecuencia al sexo femenino, en una proporción de 4/1 con respecto al masculino. La localización extradural del meningioma es la menos frecuente<sup>2</sup>, habiéndose descrito distintas localizaciones fuera del sistema nervioso central, y relacionadas con parótida<sup>3</sup>, fosa pterigopalatina<sup>4</sup>, dermis<sup>5</sup>, seno paranasal<sup>6</sup>, nuca<sup>7</sup>, y recientemente un meningioma mediastínico en conexión con el ganglio estrellado<sup>8</sup>.

El caso que aportamos es el segundo descrito en la literatura con esta localización y cuyo abordaje se realizó por toracotomía.

### Observación clínica

Mujer de 49 años, que un mes antes de su ingreso, comienza con enrojecimiento de cara, cuello y ambas manos, así como hinchazón de miembro superior izquierdo, acompañado de disnea a medianos esfuerzos.

\* Departamento de Anatomía Patológica.

Recibido el día 5 de julio de 1982.

A la exploración, destaca un síndrome de Horner, eritema difuso descamativo en el dorso de ambas manos, y una circulación colateral no muy pronunciada a nivel de hombro y brazo izquierdo. A la auscultación pulmonar existe una disminución del murmullo vesicular en la mitad superior del hemitórax izquierdo. La fuerza muscular está conservada, y hay una zona de hiperestesia en la cara interna del brazo y antebrazo izquierdos.

La analítica habitual está dentro de los límites normales. ECG de trazado normal. Función respiratoria: CV de 2115 ml y un VEMS de 1650 ml.

El estudio radiológico de tórax muestra una masa de 12 cm de diámetro, que ocupa mediastino superior, de opacidad uniforme, lobulada y con imágenes cálcicas en su interior. Hay destrucción de la segunda costilla, así como de dos cuerpos vertebrales (fig. 1). El tránsito digestivo muestra un desplazamiento del esófago hacia la derecha sin signos de infiltración. Mediante la fibrobroncoscopia se confirma la desviación del tercio inferior de la tráquea hacia la derecha, con signos de compresión externa a este nivel, así como sobre el bronquio principal izquierdo, por lo que en la broncografía sólo se consigue rellenar el lóbulo inferior izquierdo, encontrándose éste plegado, sin otras alteraciones. En la electromiografía, aparece una reducción del potencial sensitivo del segundo y tercer dedos, y ausencia en el quinto, con afectación de las raíces C<sub>7</sub>, C<sub>8</sub> y D<sub>1</sub> a nivel postganglionar, con repercusión sólo en las fibras sensitivas. En la mielografía, no se evidencia compresión medular a ningún nivel. La angiografía pulmonar (fig. 2) muestra rechazamiento de la arteria del lóbulo superior izquierdo, y en una fase tardía se rellena normalmente la aorta torácica.

La biopsia transparietal con aguja de Vim Silvermann, objetiva tejido tumoral sin signos de malignidad.

Se interviene quirúrgicamente por toracotomía, encontrándose un pulmón libre, adherido a la tumoración por su vértice, y una masa de un tamaño superior a la cabeza de un feto (fig. 3), sólida y muy vascularizada, con base de implantación amplia a

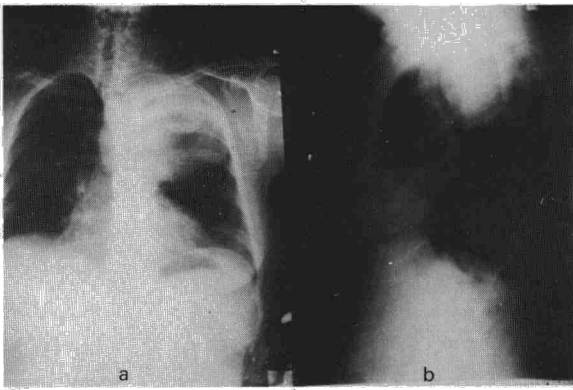


Fig. 1. Radiografías posteroanterior (A) y lateral (B) de tórax, en las que puede apreciarse una masa que afecta a tercio superior de mediastino y hemitórax izquierdo.

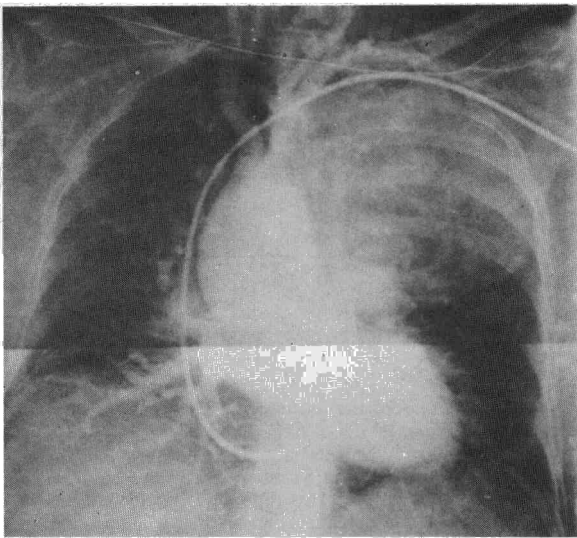


Fig. 2. Angiografía pulmonar en fase de retorno venoso. El relleno aórtico normal descarta la posibilidad de aneurisma.



Fig. 3. Vista del tumor durante la intervención quirúrgica.

nivel de pared torácica posterior y mediastino. Existe destrucción del segundo arco costal, y de dos cuerpos vertebrales D<sub>2</sub>D<sub>3</sub>. La liberación de la tumoración del agujero de conjunción, se hace en último lugar, constatando la falta de conti-

nuidad hacia el canal raquídeo, no siendo precisa la apertura de las meninges para extirparla en su totalidad.

El estudio anatomopatológico de la pieza, muestra una masa de 547 g y de 15 × 11 × 9 cm (fig. 5), con una superficie lobulada y una consistencia elástica, existiendo al corte zonas calcificadas. Se tomaron muestras que se incluyeron en parafina para microscopía óptica, y otras en Epon 112 según técnica de rutina.

Histológicamente (fig. 4), se observaron células que con frecuencia se agrupaban formando remolinos, alternando con otras áreas sin patrón específico cuyas células eran más poligonales. Se observó cuerpos de psamoma y calcificaciones.

Ultraestructuralmente (fig. 5), se comprueba la estipe epitelial de muchas células por la existencia de interdigitaciones entre las membranas celulares, y diferentes tipos de unión entre ellas, tipo desmosoma o tipo nexus.

### Discusión

El meningioma es un tumor benigno de crecimiento lento, que se origina en la célula aracnoidea con predilección en las granulaciones de Paccioni y, por tanto, suele localizarse en las proximidades del sistema nervioso central, donde las meninges recubren las estructuras nerviosas nobles. Según el crecimiento del tumor, sea hacia adentro o hacia la duramadre, se clasifican en intra, intra y extra, y

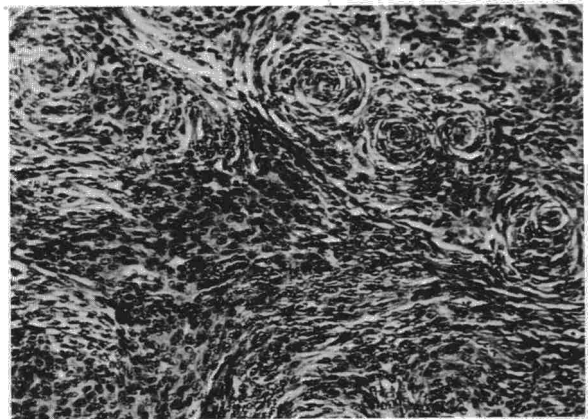


Fig. 4. Aspecto histológico típico del meningioma. Coinciden el patrón transicional junto al meningotelial. (HE 25x).

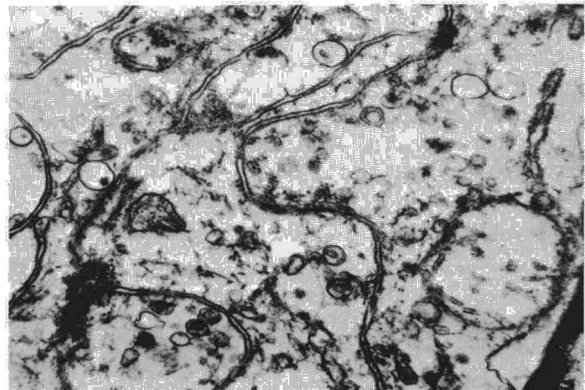


Fig. 5. Microscopía electrónica mostrando la interdigitaciones de las membranas celulares y los desmosomas. (Uranyl acetate y lead citrate. 6200x).

extradurales, con una proporción de 83, 10, y 7 % respectivamente. En los intradurales, que son los más frecuentes, hay sintomatología precoz debido a la compresión nerviosa que produce por su crecimiento centrípeto, con predominio de los síntomas motores sobre los trastornos de la sensibilidad. Fortuna (1969) en su recopilación de 13 casos recoge en todos ellos estas características.

Se han descrito otras localizaciones fuera del sistema nervioso central; la última aportación se trataba de una pequeña tumoración mediastínica en relación con el ganglio estrellado de donde procedía. En nuestro caso no hemos encontrado ninguna conexión con las meninges ni con ninguna estructura nerviosa, por eso intentamos explicar su origen por uno de estos tres mecanismos:

1. A partir de los manguitos meníngeos.
2. A partir de células aracnoideas ectópicas.
3. A partir de un meningioma intraespinal con gran crecimiento extrínseco y destrucción del pedículo.

Consideramos muy poco común el gran tamaño alcanzado, su localización, y la poca repercusión clínica, por lo que justificadamente no entra dentro de las posibilidades etiológicas del diagnóstico diferencial de las tumoraciones mediastínicas.

Histológicamente no existen dudas respecto a su etiología, ya que presentaba varios tipos histológicos, todos ellos característicos de estos tumores, transicional, fibroblástico, meningotelial, y psomatoso, permitiendo hacer la diferenciación con el schwannoma y el neurofibroma. A nivel ultraestructural, los hallazgos pueden superponerse a los descritos por D.A. López<sup>5</sup> y Wilson<sup>8</sup> respectivamente, siendo su origen mesotelial claramente comprobado.

## Resumen

Se describe un caso de un gran meningioma, afectando el mediastino y el pulmón izquierdo. Los autores comparan los datos, clínicos, terapéuticos y patológicos con los de la literatura.

## Summary

GIGANT INTRATHORACIC EXTRADURAL MENINGIOMA.

A mediastineal meningioma is an extremely rare finding. A case of a large meningioma affecting the mediastinum and left lung is described.

The clinical features, surgical treatment and pathological aspects are discussed and compared to the very few documented cases.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rubinstein LJ: Tumors of the central nervous system. En Atlas of the Tumor Pathology. Armed Forces Institute of Pathology, Washington 1962; 169-190.
2. Fortuna A, Gambagorda D, Occhipinti EM: Spinal extradural meningiomas. Neurochirurgia 1968; 12: 166-180.
3. Wolf M, Rankof RM: Meningioma of the parotid gland: an insight into the pathogenesis of extracranial meningiomas. Hum Pathol 1971; 12: 453-459.
4. Suzuki H, Gilbert EF, Zimmerman B: Primary extracranial meningioma. Arch Pathol 1967; 84: 202-206.
5. López DA, Silvers DN, Helwig EB: Cutaneous meningiomas. A clinicopathology study. Cancer 1974; 34: 728-744.
6. Khana SD, Scrigel RK: Ectopic meningioma in an infant. Arch Surg 1974; 89: 752-754.
7. Hoyer SJ, Hoar CS, Murray JE: Extracranial meningioma presenting as a tumor of the neck. Am Surg 1960; 100: 486-489.
8. Wilson AJ, Ratliff JL, Lagios MD, Aguilar MJ: Mediastinal meningioma. Am J Surg Pathol 1979; 3: 557-562.