

11234

29/15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

MENINGIOMA ORBITARIO

REVISION DE LOS ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS
DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS EN EL HOSPITAL DE
LA ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN
MEXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL
POSTGRADO EN OFTALMOLOGIA
PRESENTA EL

DR. GUILLERMO TREJO DOZAL



1983

*Vs. B.O.
Fujalmanzan
20 Enero 83*

FALLA DE ...

Guillermo Trejo Dozal



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MENINGIOMAS ORBITARIOS.

REVISION DE LOS ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS
DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS EN EL HOSPITAL DE
LA ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN
MEXICO.

PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS.

CONTENIDO

I.- INTRODUCCION.....	1
II.- OBJETIVOS.....	2
III.- MENINGIOMAS ORBITARIOS.	
1.- ASPECTOS HISTORICOS.....	3
2.- INCIDENCIA Y LOCALIZACION.....	4
3.- CLASIFICACION.....	6
4.- CUADRO CLINICO.....	10
5.- DIAGNOSTICO.....	14
6.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	16
7.- TRATAMIENTO.....	17
8.- PRONOSTICO.....	18
IV.- REVISION CLINICO-HISTOPATOLOGICA.	
1.- MATERIAL Y METODOS.....	19
2.- RESULTADOS.....	20
3.- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS.....	26
4.- DISCUSION.....	34
5.- CONCLUSIONES.....	36
V.- BIBLIOGRAFIA.....	37

I. INTRODUCCION.-

Dentro de los tumores orbitarios, los meningiomas tienen un papel muy importante ya que ofrecen al clínico una serie de dificultades, tanto diagnósticas como de tratamiento.

Estos tumores se desarrollan a partir de células meningoeliales de la aracnoides, las cuales son de origen neuroectodérmico. Tienen muchos hallazgos en común con los gliomas del nervio óptico, mismo origen embriológico y mismo cuadro clínico, como se verá más adelante.

Referente a los meningiomas primarios de la órbita, éstos generalmente se desarrollan de las vainas del nervio óptico, aunque pueden tener un origen ectópico, dentro de la misma órbita.

La presentación del trabajo se hará en dos secciones:

En la primera se hará una revisión bibliográfica de los meningiomas en general.

En la segunda presentaré los hallazgos clínico-histopatológicos de estos tumores, de los últimos veinte años en el Hospital de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, que fueron estudiados por el Dr. Alfredo Gómez Leal, Jefe de Patología del citado Hospital. El final de esta sección lo ocupará el reporte de dos casos clínicos que fueron estudiados y tratados por el Dr. Mario Salcedo, Jefe del Servicio de Órbita y Párpados del mismo Hospital.

II. OBJETIVOS.-

- A.- Dar a conocer nuestra casulstica, así como comparar ésta con los resultados publicados en la literatura internacional.
- B.- Elaborar un trabajo útil y actualizado sobre el tema.

III. MENINGIOMAS.-

1.- ASPECTOS HISTORICOS.-

En el siglo pasado, se consideraba al glioma del nervio óptico y al meningioma como una misma entidad, por lo tanto es difícil saber quién --
fue el primer cirujano que extirpó un meningioma orbitario.

Aunque no se cuenta con datos exactos, se cree que fue Antonio ---
Scarpa,(1816), el primero en extirpar un tumor orbitario.

En 1877 Leber, con la ayuda del microscópio fue quién descubrió la
diferencia entre glioma y meningioma; él también clasificó a los meningiomas
según su localización a lo largo del nervio óptico.

Durante 50 años se conoció al meningioma como endotelionoma dural,
y no fue sino hasta 1922, que Cushing propuso el término de "Meningioma", --
el cual perdura hasta nuestro tiempo.

2.- INCIDENCIA Y LOCALIZACION.-

En el Sistema Nervioso Central, los gliomas son mas frecuentes -- que los meningiomas, pero en la órbita éstos últimos son un poco mas frecuentes; por ejemplo, en nuestro Hospital de la APEC, de 450 tumores orbitarios, 28 (6.2%), fueron meningiomas, éstos resultados son similares a los publicados por Henderson , (1), de la Clínica Mayo, que de 475 tumores orbitarios, 32 (6.8%), correspondieron a meningiomas; Reese, (2), 28 (3.1%) de 877 -- tumores. Moss, (3), 11 (5%) de 230 tumores; y Silva (4), de la APEC, publicó que de 230 tumores orbitarios, 15 (6.5%) correspondieron a meningiomas orbitarios.

Hay una definitiva prevalencia en el sexo femenino, ésto reafirmado por las diversas publicaciones. La razón de ésta prevalencia en la mujer, no se conoce aunque se han tratado de implicar factores hormonales. Duke⁽⁵⁾ -- Elder da una incidencia del 75% en el sexo femenino; Reese, (2), 71% del -- sexo femenino. De 52 meningiomas orbitarios Craig y Gogela (1949), 79% se presentaron en el sexo femenino; Henderson (1), de sus 32 pacientes, 23 (72%) fueron mujeres. En nuestra serie de 28 casos, 21, (75%) correspondieron al sexo femenino.

Craig y Gogela dividieron sus 52 casos en meningiomas primarios, --

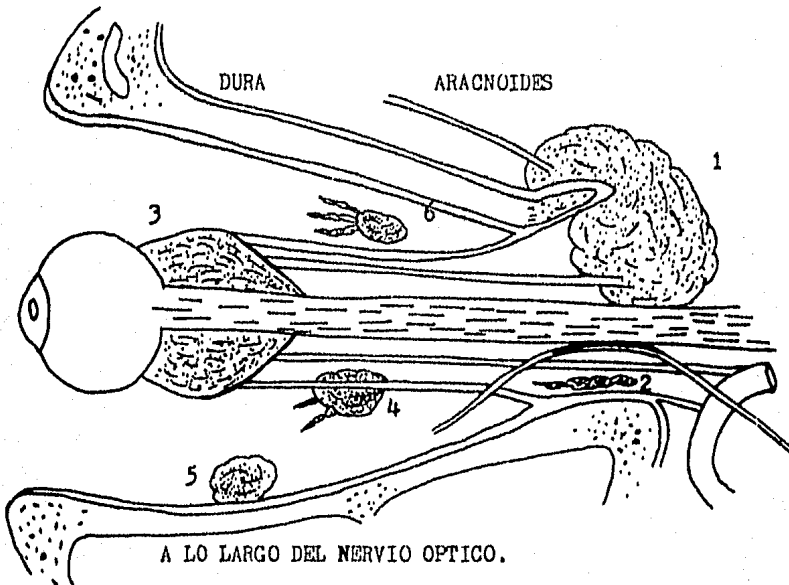
(originados en la órbita, sobre todo, de las vainas del nervio óptico), y --
Secundarios (como extensión de tumores intracraneanos, siendo mucho más ---
frecientes éstos últimos. Henderson (1), publicó 14 primarios y 18 secunda-
rios. En nuestra casuística no fué posible obtener éste dato con precisión,
aunque al parecer solo uno de los 28 casos se presentó como extensión de un
proceso intracraneano, esto podría ser factible ya que nuestro Hospital es -
exclusivamente oftalmológico.

Con respecto a la edad, también existe una uniformidad en toda la
literatura consultada, la generalidad de los autores refieren que la inci-
dencia máxima está entre la cuarta y quinta década. Henderson (1), solamente
publica un caso, en un niño de 8 años, el resto todos eran mayores de 29 ---
años, con un promedio de 44 años.

Al parecer hay una relación entre el lugar de origen y edad, ya que
en el adulto la mayoría de los meningiomas orbitarios son secundarios, no -
así en los jóvenes. Por ejemplo Karp (6), de 25 meningiomas primarios, 10 se
presentaron en menores de 20 años, y de éstos en 6 casos fueron menores de -
10 años. De nuestros 28 casos 8 fueron menores de 20 años, y 4 correspondie-
ron a pacientes entre 5 y 10 años de edad.

3.- Clasificación.-

Como ya lo mencioné, los meningiomas orbitarios se pueden clasificar en dos formas: la primera según su origen, primarios y secundarios (Extensión de tumor intracraneano).



1.- Intracraneal.

2.- Alrededor del Canal.

3.- Alrededor del polo posterior del ojo.

ARACNOIDE ECTOPICA.

4.- Duramadre.

5.- Perióstio.

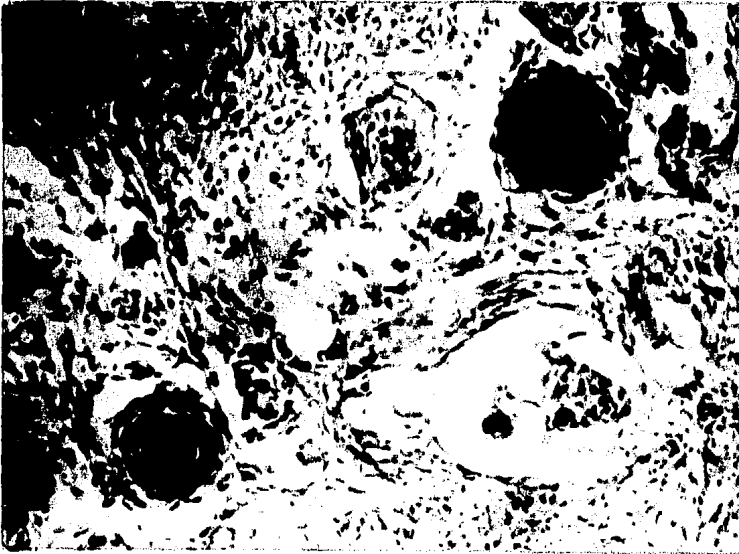
6.- Orbita.

Los primarios a su vez se pueden dividir según su localización a

lo largo del nervio óptico (alrededor del canal óptico y porción intraorbital del nervio óptico), hay otro tipo de tumor intraorbital más raro -- y que se origina de aracnóide ectópica (duramadre, perióstio y órbita) (Fig) Y la segunda clasificación es según su estirpe histológica. Hay autores como Bailey (7), que dan nueve tipos histológicos, sin embargo, otros autores como Kernohan (8), consideran que todos los meningiomas pueden ser incluidos en tres tipos histológicos: Meningotelomatoso, Psamomatoso y Fibrótico. -- Por cuestiones prácticas nosotros aceptamos ésta última. Al parecer no tiene importancia clínica ni pronóstica el tipo histológico, por lo que su importancia solo radica en el interés académico.

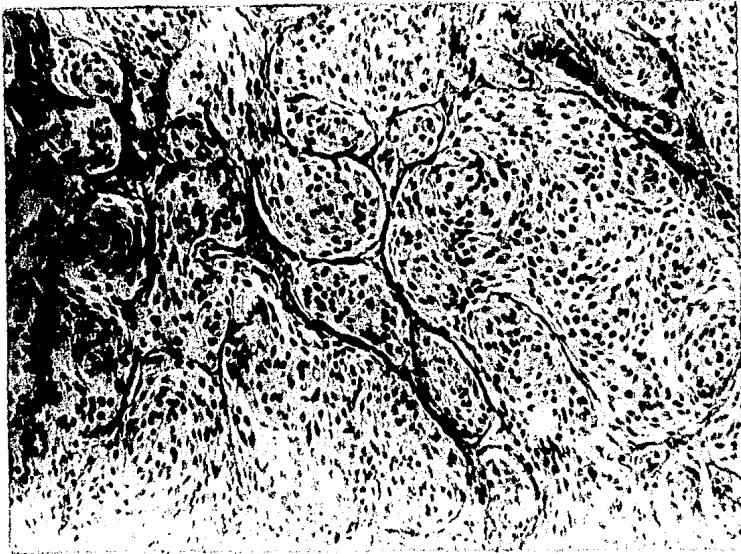
La célula predominante en éstos tumores es el meningocito, éstos están localizados en la superficie externa de la aracnóides y tienden a formar conglomerados. Kernohan (8), denomina a los meningocitos, células capa (cubierta), y éstas son de origen neuroectodérmico.

El tipo Psamomatoso, es una variante del meningotelomatoso, las células tumorales tienen la capacidad de infiltrar al tejido huésped en pequeños racimos y lóbulos, dá la apariencia como de caracol, el cual en el centro puede tener un vaso sanguíneo, el centro de este "caracol" puede hincharse y finalmente presentar depósitos de sales de calcio (cfs. Psamoma, éstas estructuras están separadas por tabiques de tejido conectivo. En la serie de Henderson (1), sólo dos de los 32 tumores fueron de éste tipo. En nuestra casística es de 5 meningiomas de tipo Psamomatoso.

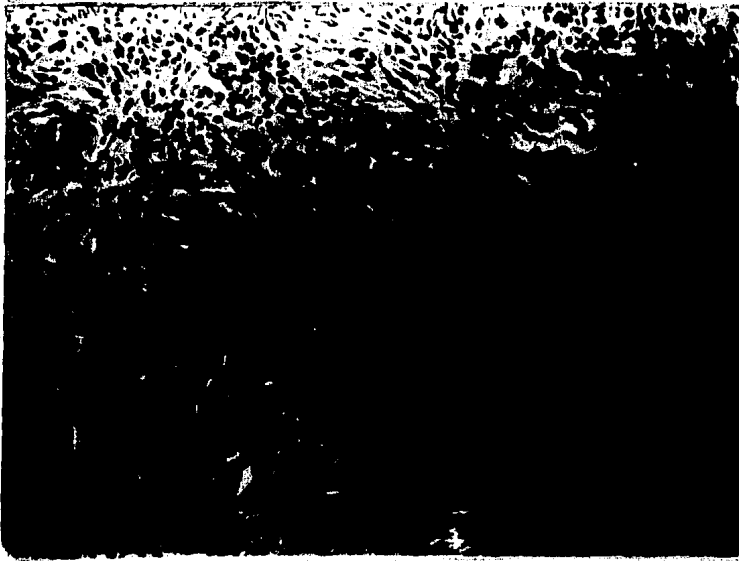


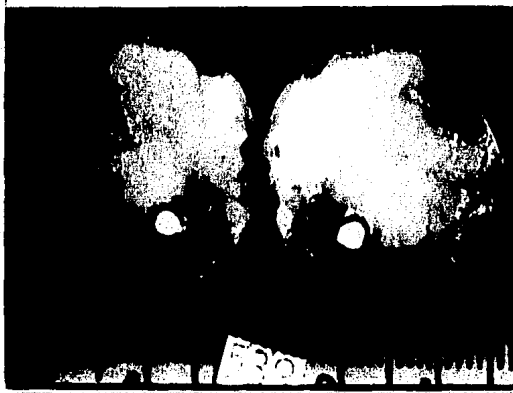
MENINGIOMA DE TIPO PSAMOMATOSO.

Meningoteliomatoso.- En éste tipo los meningocitos tienden a agruparse en placas sólidas, como remolinos, los núcleos son largos, ovales, vacuolados, poco basófilos y tienen una distribución uniforme con citoplasma granular. La cantidad de tejido conectivo entre las placas de células varía. Puede ser extremadamente vascularizado y en otras áreas parcialmente hialinizado, es el tipo histológico más frecuente. Henderson (1) encontró 26 de 32. Nuestra serie muestra 21 de 28.

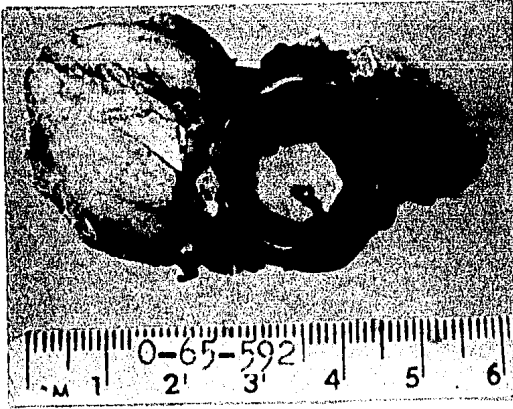


Fibrótico, (Fibroblástico).- Como su nombre lo indica con grandes cantidades de tejido conectivo, puede ser muy denso, casi hialinizado, aquí los meningocitos se agrupan en pequeñas filas, Henderson (1), reporta 3 casos, y nosotros 2 casos.





Meningioma de las Vainas del
Nervio Optico.



Vista Macroscópica.



Meningioma que invade Globo Ocular.

Vista Microscópica.

4.- CUADRO CLINICO.-

Los datos clínicos producidos por el meningioma pueden ser muy diversos, y en muchas ocasiones es muy difícil o imposible establecer un diagnóstico clínico de certeza, por lo tanto, éste es posterior a la toma de biopsia. Sin embargo con los nuevos métodos de diagnóstico como son, la Tomografía Axial Computada y Ecografía cada vez se tiene menos necesidad de practicar biopsias diagnósticas.

Por supuesto, el cuadro clínico vá a depender de la localización tamaño y crecimiento del tumor, por ésto el comportamiento de los meningiomas primarios y secundarios son diferentes.

Existen hallazgos comunes independientes del tipo de meningiomas: como son, proptosis, alteraciones visuales (disminución de la Agudeza visual, defecto en el campo visual, o algún cambio oftalmológico en la papila), lenta evolución de los síntomas y prevalencia en la mujer entre la cuarta y quinta década. La proptosis es el más común de éstos signos, aproximadamente el 90 % de los pacientes la presentan, ésta generalmente es directamente proporcional al tiempo de evolución, es decir, entre más tiempo pase, la proptosis se hará mas ostensible. Usualmente es hacia adelante y abajo, aunque puede tener cualquier dirección.

Las alteraciones visuales se manifiestan por disminución de la agudeza visual, defecto en el campo visual y palidez de la papila o papile-

edema. Uno o la combinación de varios de éstos signos son encontrados en el 60 % de los casos, cuando existen alteraciones bilaterales de las papilas, generalmente se trata de tumoraciones intracraneanas. La disminución de la agudeza visual es variable, puede ser muy marcada, cuando la neoplásia está localizada en las vainas del nervio óptico, característicamente la disminución de la agudeza visual es proporcional a la evolución o desarrollo tumoral, es decir lentamente progresiva. Las alteraciones de los campos visuales son prequiasmáticas (Escotoma central y paracentral), por ésta razón la Cam pimetría es de gran utilidad diagnóstica, sobre todo para los meningiomas intracraneanos.

Hay otros hallazgos menos frecuentes, como son: parálisis de oculo-motores, edema palpebral, dolor periorbitario, estrías retino-coroideas e hiperostosis de la órbita. La parálisis de los oculo-motores no es muy frecuente, generalmente existe dificultad o limitación para llevar a cabo los movimientos conjugados de los ojos, ésto debido principalmente por compresión directa de la masa tumoral. El edema palpebral es más frecuente en los meningiomas primarios y es una manifestación clínica que se presenta después de una larga evolución, es blando y no inflamatorio. El dolor periorbitario se presenta en pocos pacientes, de intensidad leve, difuso y de larga evolución, y es más frecuente en meningiomas secundarios. Las estrías

corio-retinianas son más frecuentes en los tumores de las vainas del nervio óptico.

Es importante señalar la exacerbación de síntomas y signos durante el embarazo, ésto debido probablemente a estímulos hormonales; así como la asociación de meningioma con la neurofibromatosis.

Como características especiales, los meningiomas primarios de la órbita que generalmente son de las vainas del nervio óptico y rara vez ectópicos, no dan manifestaciones intracraneanas. Los meningiomas del nervio óptico generalmente cursan con proptosis y disminución de la agudeza visual al mismo tiempo, entre más cerca del polo posterior esté la tumoración, más rápida es la pérdida de la agudeza visual.

En cambio los meningiomas secundarios no tienen ésta asociación - proptosis - pérdida de la agudeza visual y si la existe es primero la proptosis, y mucho después la disminución de la visión, además de que frecuentemente produce síntomas y signos intracraneanos, (Síndrome de Cráneo Hipertensivo y Síndrome de Foster-Kennedy). Obviamente las manifestaciones intracraneanas dependerán de la localización y tamaño de la tumoración. Dentro de nuestro campo, y por la frecuencia con que invade la órbita, merece una mención especial el meningioma de la cresta esfenoidal, que por su localización anatómica es el meningioma secundario más frecuente. Produce síntomas

y signos orbitarios y oculares, como los ya descritos, con grandes zonas de engrosamiento osteomatoso (meningioma en placa). Estos tumores pueden crecer y llegar a la pared del Seno cavernoso, anteriormente invade la órbita (exoftalmos lento) y lateralmente erosiona al hueso temporal.

5.- DIAGNOSTICO.-

Como ya mencioné, en ocasiones la elaboración de un diagnóstico de meningioma puede ser muy difícil y no es sino hasta después de la biópsia - cuando se tiene un diagnóstico de certeza. No obstante en la mayoría de las ocasiones se puede tener un diagnóstico de probabilidad por la elaboración de una buena Historia Clínica apoyado con los estudios de Gabinete.

Dentro de éstos estudios tenemos: Radiografías; todos los pacientes con disminución de la agudeza visual y proptosis deben de tener radiografías de cráneo, comparativas de ambas órbitas, así como de agujeros --- ópticos.

Las radiografías son particularmente útiles para observar el --- crecimiento de un meningioma en placa a lo largo del esfenoides. Ocasionalmente las radiografías pueden confirmar el daño alrededor del hueso en el agujero óptico. Frecuentemente se observan sombras opacas adyacente al hueso que representan la reacción del hueso al crecimiento de la neoplásia (En grosamiento osteomatoso). Estos cambios son casi exclusivos de los meningiomas de la cresta esfenoidal.

Desgraciadamente los meningiomas primarios de la órbita, sobre -- todo de tipo globular pueden alcanzar grandes dimensiones sin alteraciones en las radiografías a menos, de que el tumor se calcifique.

Henderson (1), publicó que de 32 meningiomas, el 69 % (22 casos),

las radiografías fueron de utilidad, de éstos solo cuatro fueron primarios y mostraron cambios radiográficos, los 13 restantes fueron secundarios.

Fluorangiografía; Frisen (10), encuentra la presencia de cortos circuitos óptico-ciliares en presencia de meningioma de nervio óptico (Intraorbitario), y pueden ser para ayuda del diagnóstico temprano, ya que éstos se pueden presentar cuando empieza la disminución de la agudeza visual. La palidez de la papila, sin dolor, mucho antes de la proptosis, con identificación del polo posterior y cortos circuitos óptico-ciliares, nos dá el Síndrome de Hoyt-Spencer (14).

Angiografía; Es útil para la localización de los tumores intracranianos en forma más precisa.

Ultrasonido; Este tipo de estudio ha cobrado mucho auge en la actualidad, por la gran utilidad que tiene en la detección y localización de masas tumorales. En el caso de los meningiomas, ya que éstos son de consistencia dura y dan un aumento en la reflectividad del Eco.

Tomografía Axial Computada; Este estudio también es de gran utilidad y probablemente sea el estudio de gabinete más importante, tanto en la detección como en la localización de tumores primarios de órbita. Desgraciadamente su disponibilidad solo es posible en grandes centros hospitalarios.

6.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Este se debe de establecer con todas las alteraciones que produzcan el cuadro clínico mencionado.

Por supuesto, el diagnóstico diferencial será diferente, si se trata de un meningioma primario o secundario. Pero como generalidad, son los -- procesos ocupativos generalmente tumorales, los que más dificultad dan al -- clínico. De éstos, y por mucho, el que más dificultad ofrece para establecer un diagnóstico diferencial es el glioma del nervio óptico.

El glioma del nervio óptico puede ser difícil o imposible de diferenciarse del meningioma primario de órbita, (vainas del nervio óptico). --- Como características principales del glioma es que generalmente se presenta en niños entre los 2 y 8 años de edad, rara vez se presenta después de la -- tercera década a diferencia del meningioma, con proptosis lentamente progresiva, con disminución gradual de la visión, y alteraciones campimétricas, de evolución lenta y pronóstico favorable, puede producir presión escleral y -- estasis venosa.

Otros tumores aunque mucho menos frecuentes, pero que deben diferenciarse del meningioma son, el osteosarcoma y rhabdomyosarcoma, ambos con un cuadro mucho más aparatoso, de más rápida evolución y de muy mal pronóstico, así como el carcinoma metastásico y el osteoma órbito-etmoidal, etc.

7.- TRATAMIENTO.-

El manejo del meningioma es quirúrgico. La extirpación más completa da menos recidivas y más posibilidades de cura, ésta remoción no es fácil, debido a algunos factores como localización inaccesible, extremada vascularización y crecimiento infiltrativo en el hueso. Algunos de esos tumores pueden ser tratados por el oftalmólogo (abordaje lateral), pero la mayoría son mejor manejados por el neurocirujano, por vía transcraneal, por lo tanto todos los meningiomas secundarios así como los primarios de órbita que afectan el agujero óptico hay que dejarlos en manos de un neurocirujano experto.

Muchas veces es posible preservar o mejorar la visión, en otras es necesaria la resección del nervio óptico para tratar de evitar recidivas.

Cuando el tumor es primario de órbita y se localiza libre o en el nervio óptico (Cono muscular), se puede efectuar una extirpación por vía lateral (Krönlein).

Para Henderson (1), es más importante evitar la recidiva o avance del tumor, que la función visual.

En 1979, se publica el primer caso con recuperación de visión -- después de extirpación con microcirugía de un meningioma de las vainas del nervio óptico.(15).

8.- PRONOSTICO.-

En el pronóstico influyen factores tales como: posición, tiempo de evolución, tamaño y crecimiento de la neoplásia, así como la proximidad a estructuras como la silla turca, seno cavernoso, etc.

El pronóstico es mejor para los meningiomas primarios que para los secundarios.

En niños y adultos jóvenes, el pronóstico es peor, por un persistente crecimiento de la neoplásia, pero en la mayoría de los pacientes de mediana edad, el crecimiento es lento, lo que permite conservar un mejor estado general por más tiempo, no así en los menos (En placa) que generalmente tiende a extenderse y su extirpación completa es muy difícil. En cambio, los meningiomas orbitarios primarios al tratar de extirparlos quirúrgicamente, es más fácil y completa y siempre deberá intentarse en la primera intervención, porque las reoperaciones son muy difíciles.

La muerte se presenta por invasión a estructuras intracraneanas.

Las metástasis son muy raras. La Radioterapia y la Quimioterapia no son de utilidad.

IV. REVISION CLINICO-HISTOPATOLOGICA.-

1.- MATERIAL Y METODOS.-

Se hizo una revisión, del material de los últimos veinte años del Archivo del Laboratorio de Anatomía Patológica de la APEC, y se obtuvieron 28 casos de meningioma orbitario. En todos los casos, el material de estudio fueron piezas operatorias, las cuales se incluyeron, cortaron y tiñeron con las técnicas habituales.

En la presente tesis se hace una revisión Clínico-Histopatológica con los siguientes parámetros, todos ellos contenidos en los expedientes de cada caso: Edad, sexo, localización de la tumoración, diagnóstico pre-operatorio y diagnóstico histológico.

Además se incluye la presentación de dos casos clínicos, con el diagnóstico de Meningioma Orbitario.

2.- RESULTADOS.-

La edad promedio en nuestra casuística es de 36 años, el paciente más joven es de 6 años y el mayor de 63 años de edad.

Es importante mencionar que tenemos ocho casos en menores de 28 años, lo cual no es común en las Estadísticas Internacionales.

CUADRO No. 1.-
MENINGIOMA ORBITARIO.

EDAD	CASOS
0 - 10.....	4
10 - 20.....	1
20 - 30.....	3
30 - 40.....	9
+ de 40.....	11
<hr/>	
TOTAL 28	

CUADRO No. 2.-

MENINGIOMA ORBITARIO.

SEXO	CASOS	
FEMENINO /.....	21	(75 %)
MASCULINO/.....	7	(25 %)
<hr/>		
TOTAL....	28	(100 %).

En el Cuadro No. 2,- observamos el franco predominio en frecuencia del sexo femenino, con un 75 %.

En el Cuadro No. 3,- presento la localización de los meningiomas dentro de la órbita. Cabe hacer la aclaración que no tengo datos precisos, sobre si son meningiomas secundarios o primarios, aunque se puede inferir, ya que -- tenemos 16 casos de meningiomas de la vaina del nervio óptico, y dos libres de órbita, que hacen un 64 %, éstos son de origen primario, lo cual va en -- contra de todas las estadísticas, que dan como más frecuente al meningioma secundario,; Como ya lo mencioné anteriormente, ésto probablemente se deba a que nuestro hospital es exclusivamente oftalmológico.

CUADRO No. 3.-

MENINGIOMA ORBITARIO.

LOCALIZACION	CASOS
Vainas del Nervio Optico.....	16
Libre en Orbita.....	2
Pared Externa de la Orbita.....	4
Angulo Superoexterno de la Orbita.....	4
Pared Inferior de la Orbita.....	1
Extensión Intracraneana.....	1
TOTAL	28

CUADRO No. 4.-

MENINGIOMA ORBITARIO.

EXTIRPE HISTOLOGICA.	CASOS.
MENINGOGLIOMATOSO.....	21
PSANOMATOSO.....	5
FIBROTICO.....	2
<hr/>	
TOTAL.....	28

Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura.

Como ya mencioné, al parecer no existe relación entre evolución y pronóstico con respecto al tipo histológico.

CUADRO No. 5.-
 MENINGIOMA ORBITARIO.
 1962-1972.

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS.	CASOS.
TUMOR DE ORBITA.....	6
MENINGIOMA.....	3
MENINGIOMA DEL NERVIO OPTICO.....	2
HEMANGIOMA.....	1
DISPLASIA FIBROSA.....	1
TUMOR DE GLANDULA LAGRIMAL.....	1
CONDROMIXOSARCOMA.....	1
<u>TOTAL.....</u>	<u>15</u>

En el cuadro No. 5 y 6.- aparecen los diagnósticos pre-operatorios, los ---
 cuales, con los métodos diagnósticos auxiliares modernos, como la ecografía
 y Tomografía Axial Computada cada vez, son más certeros.

CUADRO No. 6.-

MENINGIOMA ORBITARIO.

1972-1982

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO.	CASOS
MENINGIOMA DEL NERVIO OPTICO.....	4
MENINGIOMA ORBITARIO.....	1
MENINGIOMA DEL N.O. VS/NEUROFIBROMATOSIS.....	1
MENINGIOMA VS/ HEMANGIOMA.....	1
MENINGIOMA DE N.O. VS/ GLIOMA DE N.O.....	1
MENINGIOMA.....	1
GLIOMA DE NERVIO OPTICO.....	1
FIBROMA OSIFICANTE.....	1
LIPOMATOSIS.....	1
TUMOR DE ORBITA.....	1
TOTAL	13

3.- PRESENTACION DE CASOS CLINICOS.-

CASO No. 1.-

HISTORIA CLINICA.

A.- FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre.....	T.M.E.	Ocupación.....	Comerciante.
Sexo.....	Femenino.	Edo. Civil.....	Casada.
Edad.....	46 años.	Fecha de Ingreso..	4 - VIII - 81

B.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.-

Negativos.

C.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Negativos.

D.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.-

Negativos.

E.- PADECIMIENTO ACTUAL.-

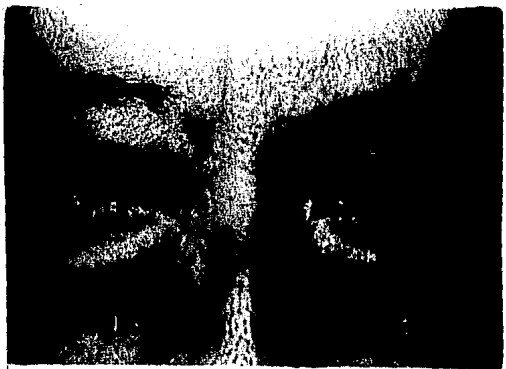
Inicia 15 años antes de su ingreso, con cefalea fronto-parietal derecha de lenta evolución, de leve intensidad e intermitentes, que se acompañó de aumento de volúmen del párpado del O.D., así como de ptosis del mismo lado, lentamente progresiva, y disminución gradual y progresiva de la visión del O.D. Con éste cuadro llega a nuestro Hospital, donde es revisada en el Servicio de Orbita, estableciéndose el diagnóstico clínico de Meningioma del Nervio Óptico; motivo por el cual es intervenida quirúrgicamente, extrayendo se masa tumoral intraorbitaria, retroocular, dependiente de las vainas del nervio óptico.

Actualmente, la paciente ha tenido una evolución favorable, sin signos de recidiva tumoral.

F.- EXPLORACION FISICA A SU INGRESO.-

	O.D.	O.I.
A.V.....	Percibe Luz.	8/10
T.O.....	12mm. Hg.	15 mm Hg.
Reflejos Pupilares.....	Normales.	Normales.
Color.....	No discrimina.	Discrimina.

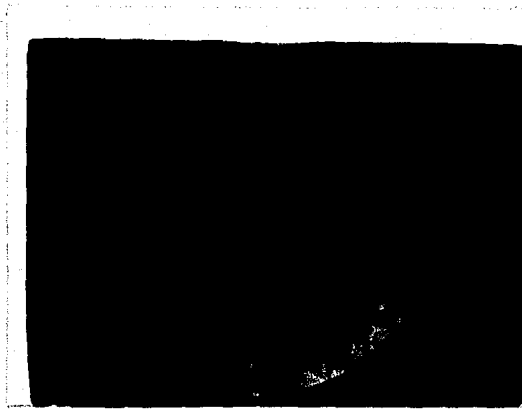
	O.D.	O.I.
Motilidad Ocular.....	Disminuida hacia Arriba.	Normal.
Exoftalmometria.....	19 mm. c/base 101.	11 mm. c/base 101.
Párpados.....	Edema blando, no inflamatorio, principalmente el párpado inferior.	Normal.
Segmento Anterior.....	Normal.	Normal.
Segmento Posterior.....	Papila pálida, bordes difusos, borrados, -- vasos tortuosos, edema retiniano.	Normal.



LA PACIENTE EN EL MOMENTO DE SU INGRESO.

MISMA PACIENTE DESPUES DE LA CIRUGIA.





Aquí se aprecia la papila, con bordes borrados, vasos tortuosos, algunas -- hemorragias y edema retiniano.

G.- ESTUDIOS EFECTUADOS.-

Radiografías A-P, y Lateral de cráneo, así como comparativa de orbitas, Las cuales no mostraron alteraciones.

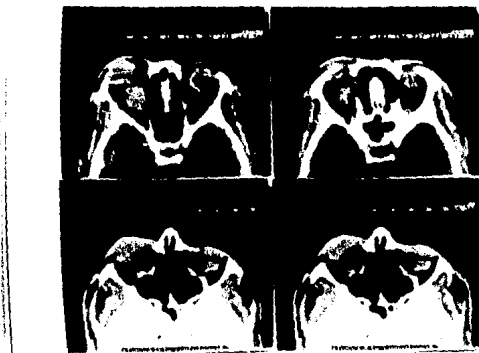
Tomografía Axial Computada.- Muestra tumoración orbitaria, sin extensión a cráneo, localizada a nivel de nervio óptico (porción intraorbitaria), de forma oval, que no llega a la pared orbitaria.

H.- DIAGNOSTICO CLINICO.-

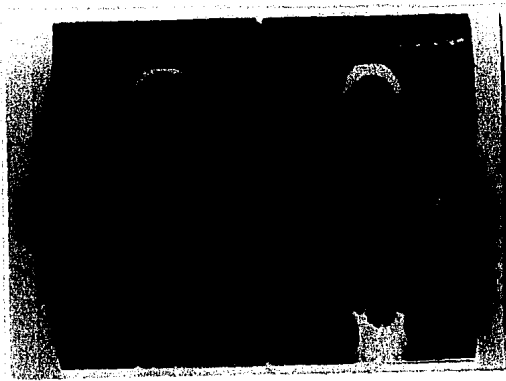
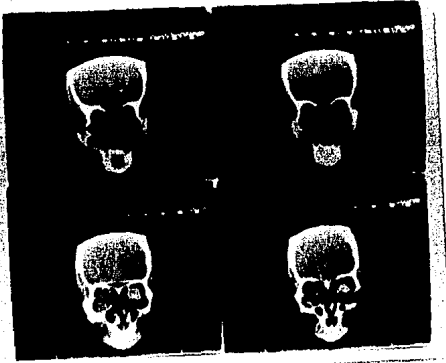
Meningioma de las vainas del Nervio Optico.

I.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.-

Meningioma de tipo Meningotelomatoso.



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Diversas perspectivas de la Tomografía Axial Computada, donde se observa claramente la presencia de masa tumoral orbitaria, dependiente del Nervio Optico, sin invadir cráneo ni paredes orbitarias.

CASO No. 2.-

HISTORIA CLINICA.

A.- FICHA DE IDENTIFICACION.-

Nombre.....	H.G.M.	Ocupación.....	Campesina.
Sexo.....	Femenino.	Edo. Civil.....	Casada.
Edad.....	40 años.	Fecha de Ingreso..	3 - IX - 80.

B.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.-

Negativos.

C.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.-

Negativos.

D.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.-

Negativos.

E.- PADECIMIENTO ACTUAL.-

Lo inicia 7 años antes de acudir a éste Hospital con un cuadro caracterizado por: dolor, localizado en región fronto-parietal izquierda, moderado, punzante, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, con una duración de 30 minutos aproximadamente, que cedía a los analgésicos comunes. Un año después se agrega, disminución de agudeza visual gradual y progresiva de el ojo izquierdo, así como proptosis lentamente progresiva del mismo ojo, además de edema de párpados y limitación de movimientos de dicho ojo. Con éste cuadro acude al Hospital de la APEC, en donde se establece el diagnóstico de Meningioma del nervio óptico, ésto por medio de Biopsia, la cual fué tomada en Octubre de 1980, en Diciembre de ese mismo año, es operada, extrayendosele tumoración retroocular, dependiente de las vainas del nervio óptico, que llega hasta paredes orbitarias, durante 8 meses tiene buena evolución, hasta que tiene datos de recidiva tumoral, motivo por el cual es intervenida nuevamente, en Octubre de 1981, extirpandose tejido retroocular neoplásico, cinco meses después, vuelve a presentar datos de recidiva, por lo que es sometida a Exenteración orbitaria, en marzo de 1982. Actualmente (9 meses después), la paciente se encuentra con buen estado general, sin datos de reactivación tumoral.

F.- EXPLORACION FISICA A SU INGRESO.-

	O.D.	O.I.
A.V.....	10/10	No Percibe luz.
P.O.....	14	26 mm Hg.

O.D.

Reflejos pupilares.....Normales.
Motilidad Ocular.....Normal.
Exoftalmometría..... 18 mm.
Párpados. Normales.

Segmento Anterior..... Normal.
Segmento Posterior..... Normal.

O.I.

Atrólicos.
Limitada hacia arriba.
28 mm. c/base 103.
Edema blando, no inflamatorio +++.
Proptosis.
Midriasis media.
Estrías corio-retinianas, papila -
pálida ++, con excavación 9/10



PACIENTE A SU INGRESO.
(Se muestra el O.I., que por
error fotográfico semeja el
O.D.)

Papila atrófica, después de
varios años de evolución tu-
moral.



G.- ESTUDIOS ESPECIALES.-

Radiografía de cráneo y comparativas de órbitas, las cuales no mostraron alteraciones, ni óseas ni de tejidos blandos.

Ecografía; Muestra masa ocupativa retroocular, sólida, dependiente de -- nervio óptico.

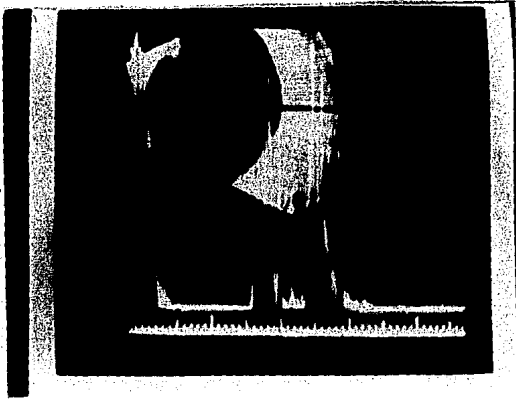
Tomografía Axial Computada.- Muestra claramente tumoración del nervio óptico que se extiende hasta pared orbitaria.

H.- DIAGNOSTICO CLINICO.-

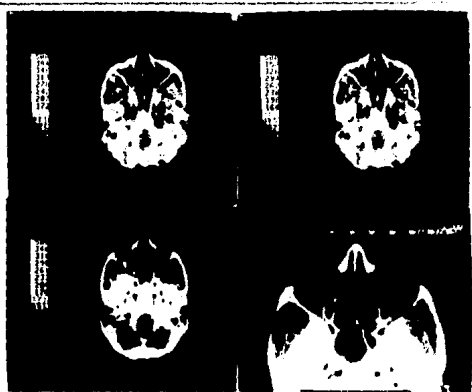
Probable Meningioma del Nervio Optico.

I.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.-

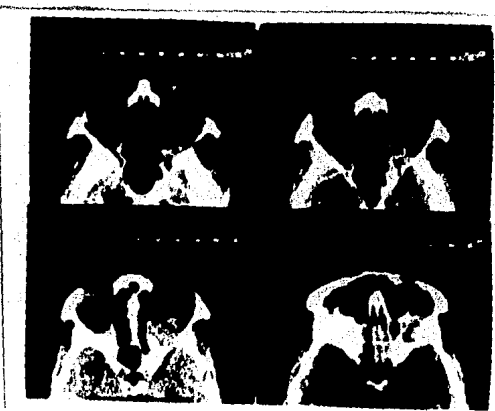
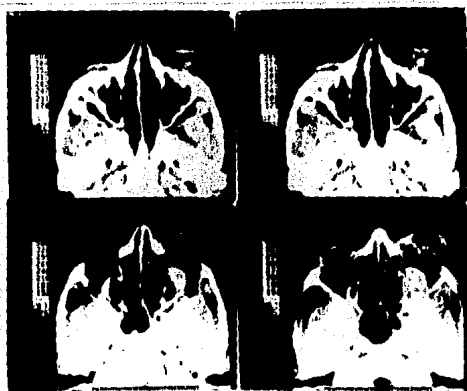
Meningioma del Nervio Optico de tipo Meningotelomatoso.



Se aprecia en la Ecografía, espigas que corresponden a masa tumoral retroorbitaria.



En la T.A.C. se aprecia claramente, tumoración orbitaria, la cual si llega hasta la pared orbitaria..



4.- DISCUSION.-

El meningioma orbitario, es una alteración frecuente en nuestro medio. Nuestra casuística (6.2 %) de las tumoraciones orbitarias es similar a la publicada por otros autores: Henderson dá un 6.8 %, Moss, 5.0 %, y --- Reese, 3.1 %.

La incidencia entre mujeres en nuestro estudio fué superior a la de los hombres con un 75 %, ésto también concuerda con lo publicado con --- Duke - Elder, que dá un 75 %, Reese 71 % y Henderson 72 %, todos en favor del sexo femenino.

En la mayoría de las publicaciones se reporta que los meningiomas orbitarios son raros en gente joven, sin embargo en nuestra estadística tuvimos 8 casos (28.5 %), en menores de 30 años, por ejemplo, Henderson solo tiene un caso en un paciente menor de 29 años de los 32 meningiomas publicados. Sin embargo, Karp publica 25 meningiomas primarios de los cuales 10 se presentaron en menores de 20 años de edad, por lo cual se cree que hay una relación entre edad y lugar de origen.

Sobre el tipo de meningioma según su origen, es decir, si es primario o secundario; en nuestra casuística no es posible establecer con certeza éste parámetro, debido a que no es descrito con claridad en el expediente del Laboratorio de Anatomía Patológica de la APEC, de donde fueron tomados los datos (cabe señalar, que dichos expedientes son llenados, con los datos enviados por los cirujanos).

Sin embargo, por datos indirectos, como edad, diagnóstico pre-operatorio, - así como la descripción transoperatoria, de la localización del tumor, creemos que se puede orientar, que la mayoría de los meningiomas en nuestro --- Hospital son de origen primario, lo cual podría ser posible ya que es un -- Centro exclusivamente Oftalmológico, aunque éste dato debe ser tomado con - muchas reservas.

De acuerdo con Kernohan para fines prácticos consideramos que los meningiomas pueden ser incluidos en tres tipos histológicos: Meningotelionatoso, Psanomatoso y Fibrótico. No hay duda que la mayoría corresponde al -- tipo Meningotelionatoso, lo cual está de acuerdo con todas las publicaciones.

Como ya se mencionó, al parecer el tipo histológico no tiene importancia ni clínica ni pronóstica, sin embargo no existen datos precisos - en las publicaciones internacionales a éste respecto.

En relación al diagnóstico clínico pre-operatorio, es indiscutible que en los últimos años ha sido más certero. Esto probablemente debido a -- que se cuenta con mejores y más sofisticados estudios de gabinete, como la Tomografía Axial Computada, Ecografía, etc., los cuales sin lugar a dudas - nos dan una mejor visión, la cual hace una década no se tenía.

5.- CONCLUSIONES.-

- 1.- El meningioma orbitario es un tumor frecuente en nuestro medio.
- 2.- Es más frecuente en mujeres.
- 3.- En nuestro medio su incidencia es alta en gente joven y niños.
- 4.- Tumoraación de crecimiento muy lento, que rara vez es fatal.
- 5.- El tipo histológico aparentemente no tiene importancia clínica ni pronóstica.
- 6.- Los estudios de gabinete como la Tomografía Axial Computada y Ecografía son de gran ayuda, para el diagnóstico pre-operatorio de éste tipo de tumores.

V. BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Henderson J.N.: Orbital Tumors. Pag.527-554 1973.
- 2.- Reese A.B.: Tumors of the eye: Pag.147-154, 1976.
- 3.- Moss H.M.: Expanding lesions of the orbit, a clinical study of 230 consecutive cases. Am.J.Ophthalmol. 54, 761-770. 1962.
- 4.-Silva D.: Orbital Tumors. Am.J.Ophthalmol. 65:318-339, 1968.
- 5.- Duke-Elder S.: Text Book of Ophthalmology, Vol.5: The Ocular Adnexa.: - London, Henry Kimpton, 1952. Pag. 4631-5713.
- 6.- Karp L.A., Zimmerman L.E., Borit A., Spencer W., Primary Intraorbital - Meningiomas. Arch.Ophthalmol. 91:24-28, 1974.
- 7.- Bailey P, Bucy P.C.: The origin and nature of meningeal tumors. Am.J. - Ophthalmol. (Cancer). 15:15-54, 1931.
- 8.- Kernohan J.W., Sayne G.P.: Tumor of the Central Nervous System. In Atlas of tumor Pathology, Section 10, Fascicles 35 and 37. Washington D.C., - Armed Forces Institute of Pathology, 1952.
- 9.- Rucker C.N., Kearns T., Mistaken diagnosis in some cases of meningiomas: Clinica in perimetry, No.5, Am.J.Ophthalmol. 51:15-19, 1961.
- 10.- Frisen L., Hoyt W.F., Tengroth B.M.: Optociliary veins, disc pallor and visual loss: A triad of signs indicating sphenoidal meningioma. Acta Ophthalmol, 51:241, 1973.

- 11.- Harrison's: Principles of Internal Medicine. Eighth Edition. Pag. 1885
-1886, 1977.
- 12.- Beeson P.B., McDermott W.: Tratado de Medicina Interna. Pag. 868, 1975.
- 13.- Birge H.L., Meningiomas: An Ophthalmic Problem; Diagnosis and Results
of Treatment. Am.J.Ophthalmol.:39: 828-838, 1955.
- 14.- Craig W.McK., Gogela L.J.: Intraorbital Meningioma: A clinico-pathologic
study. Am. J. Ophthalmol.:32: 1663-1680, 1949.
- 15.- Mark L.E., Kennerdell, J.S., Maroon J.C., Rosenbaum A.E., Heinz R., and
Johnson B. Microsurgical Removal of a Primary Intraorbital Meningioma.
Am. J. Ophthalmol.: 86: 704-709, Nov.,1978.
- 16.- Kearns T.P., Wagener H.P.: Ophthalmologic diagnosis of meningioma of -
the sphenoid ridge. Am. J. Ophthalmol. (Kbh): 44:684-688, 1966.
- 17.- Jensen I.K.: Orbital Meningioma: A monstuous case with a 30 years, his-
tory of disease. Acta Opt. 44: 684-688, 1966.
- 18.* Brondt D.E., Beisner D.H. Meningioma of the Optic Nerve. Diagnosis by
Orbitography. Arch.Ophthalmol. 84:477-480. 1970.
- 19.- Hollenhorst R.W.Jr., and Hollenhorst R.W.Sr.: Visual Prognosis of Op-
tic Nerve sheat Meningioma producing shunt vessels on the optic disc:
Hoyt-Spencer Syndrome. Trans. Am. Ophthalmol. Soc.: 75:141-163, 1977.
- 20.- Kennedy R.E.: The Benefit of Coronal Computerized Tomography. Year ---
Book of Ophthalmolgy. Pag.:7-10, 1979.