



<https://www.revistaneurocirugia.com>

O-ONC-52 - MENINGIOMA DEL ALA MAYOR ESFENOIDES (CLIONOIDEO) COMO CAUSA DE AMAUROSIS

J.A. Álvarez Salgado, F. González-Llanos Fernández de Mesa, L.M. Riveiro Vicente, M. Amosa Delgado, J.J. Villaseñor Ledezma, A. Rodríguez de Lope Llorca y L. Moreno

Servicio de Neurocirugía, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: Los meningiomas del ala esfenoidal se pueden clasificar en 3 categorías: Tercio lateral (pterional): Comportamiento y tratamiento similar a los menigiomas de convexidad. Tercio medio (alar). Tercio medial (clinoideo): Tendencia a envolver a la arteria carótida interna, cerebral media y extenderse hasta la fisura orbitaria superior y canal óptico.

Material y métodos: A continuación presentamos el vídeo de un varón de 67 años de edad, con pérdida de visión progresiva por el ojo izquierdo, de aproximadamente año y medio de evolución. La exploración oftalmológica mostró un edema de papila izquierda y un potencial visual plano. La RM cerebral mostró una lesión sólida de unos 3 cm, paraclinoidea izquierda, con extensión a la fisura orbitaria superior y canal óptico izquierdos, compatible con meningioma. Fue intervenido mediante craneotomía pterional izquierda ampliada hacia la base, clinoidectomía anterior (extradural), apertura del canal óptico y exéresis tumoral completa. En el postoperatorio el paciente desarrolló una afectación oculomotora leve (III, IV pares craneales) que se normalizó al alta hospitalaria.

Conclusiones: A menudo la resección completa de estas lesiones no es posible dada su localización y la relación con las estructuras adyacentes. En nuestra experiencia podemos decir que el abordaje pterional, ampliado hacia la base y seno cavernoso, junto con la realización de clinoidectomía anterior, permite una exéresis completa y reduce la tasa de recidiva.