

Meningioma del tentorio

Epidemiología

El meningioma del tentorio, representa sólo un 2% a 3% de todos los [meningiomas intracraneales](#) ¹⁾ 30% de los [meningiomas de la fosa posterior](#).

Localización

Pueden surgir de cualquier localización sobre el [tentorio](#) e implican el espacio supra e infratentorial y, a menudo están en estrecho contacto con el [seno cavernoso](#), los [nervios craneales](#), y el [mesencéfalo](#).

La base de implantación de estos tumores en el tentorio es variable.

La zona anterior es un lugar poco frecuente como base de implantación y es más habitual que se vea afectada de forma secundaria por extensión de un menininioma del [seno cavernoso](#) o de la región paraselar.

La zona media es en la que más frecuentemente asientan los menininiomas del borde libre.

Medialmente se encuentra la unión mesencéfalo-protuberancia y lateralmente el uncus temporal. Esta zona media tiene una relación próxima con el IV y V pares craneales, así como con las [arteria coroidea anterior](#), [arteria cerebral posterior](#) y [arteria cerebelosa superior](#).

La zona posterior del borde libre se encuentra muy relacionada con la glándula pineal y los tubérculos cuadrigéminos, así como importantes estructuras de drenaje venoso, como son la unión de la [vena de Galeno](#) con el [seno recto](#), y la [vena cerebral interna](#) y la [vena basal de Rosenthal](#) de ambos lados. La invasión de estas estructuras venosas limita muchas veces la resección completa de estos tumores.

Yasargil considera al tentorio dividido en tres anillos.

El anillo interno correspondería al borde libre con esas tres áreas de implantación.

El anillo externo es la zona del tentorio unida al seno transversal. Los meningiomas implantados en este anillo externo los subdivide en torculares, del seno transversal y de la unión transversal-sigmoide. La invasión de estos senos venosos limita, a veces, la resección completa

Clasificación

Suele alcanzar tamaños considerables antes de su diagnóstico, haciendo difícil su clasificación.

Los meningiomas de la [incisura tentorial](#) de gran tamaño pueden ser difíciles de distinguir de aquéllos originados a nivel del seno cavernoso, peñasco o región petroclival.

Por estas muchas razones, existen múltiples clasificaciones y abordajes quirúrgicos de estos tumores.

Kakou y Jan ²⁾ los divide en:

Pósterolateral

Pósteromedial

Tentorial

Ánterolateral

Ápex de la incisura tentorial

Borde libre de la incisura tentorial.

[Meningioma de la incisura tentorial](#)

Los laterales se caracterizan por su capacidad de invasión de los senos venosos transversos y sigmoideos, limitando así su resección completa.

Tumores de la región falcotentorial

Aquellos localizados en la unión entre la hoz y la tienda del cerebelo, falcotentoriales, en la confluencia de los senos rectos y laterales, se caracterizan por su infrecuencia.

Estos meningiomas pueden invadir el seno longitudinal, dura y la falx adyacentes, así como pares III al VIII.

Pueden ser difíciles de clasificar en falcotentoriales, petroclivales o de la incisura tentorial.

Tórculotentorial

3)

Diagnóstico

La prueba diagnóstica de elección es la RM cerebral.

La angiografía es generalmente necesaria para determinar el estado del seno y la relación con las venas corticales y valoración de una embolización prequirúrgica.

La angio-TAC puede mostrar la relación con el [seno transversos](#) ⁴⁾.

Tratamiento

La vía de abordaje dependerá de su localización respecto al tentorio

Vías de acceso:

Parieto-occipital, subtemporal, Supra-infratentorial combinada.

[Abordaje suboccipital lateral supra infratentorial](#)

Los de extensión supratentorial representan un desafío terapéutico ⁵⁾.

Posición

Posición semi-sentada

Decúbito prono.

Park-Bench

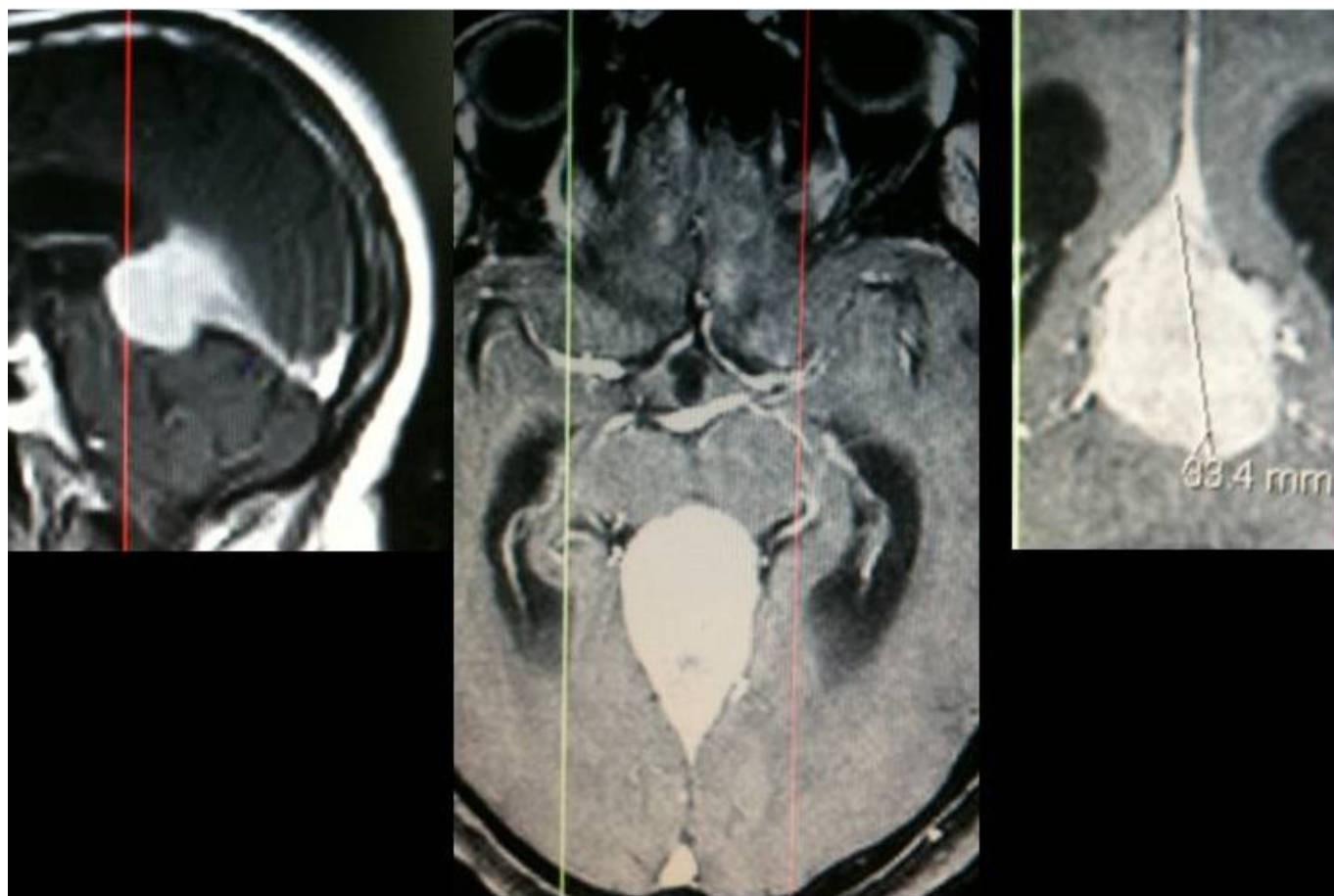
Los de extensión supratentorial precisan la exposición del **confluens sinuum** del **seno sagital superior** y transverso.

En primer lugar, se abre la duramadre desde la región infratentorial, lo cual va a permitir la salida de líquido cefalorraquídeo (LCR).

En una segunda fase se abre la duramadre a nivel supratentorial preservando el seno.

Estos tumores pueden estar irrigados por una multitud de vasos que surgen de la hoja tentorial. Uno de estas es la **arteria de Bernasconi-Cassinari**, que emerge de la porción cavernosa de la arteria carótida y corre posteriormente a irrigar el tentorio. Esta arteria normalmente no se visualiza en angiografías normales, pero puede estar patente en angiografías de meningiomas tentoriales.

Este tipo de meningioma puede crecer hacia el compartimento supratentorial, infratentorial o hacia ambos, produciendo diferente sintomatología según las estructuras específicas a las que comprima.



Bibliografía

Satisfactory exposure of posterior fossa has been accomplished for decades using a craniotomy. Available instrumentation did not usually allow consideration of the bone flap. Reports from Yasargil and Fox³, Ogilvy and Ojemann⁴ proved that the replacement of the bone flap at the conclusion of the procedure in the posterior fossa is safe and easy to perform. Any approach relies on consideration of the surface and superficial anatomy for proper placement of opening⁷. This is especially important in posterior fossa approach.

The asterion is defined as the junction of the lambdoid, parietomastoid, and occipitomastoid sutures (Figs 1a and 1b). The asterion has been used as a landmark in lateral approaches to the posterior fossa. Day and Tschabitscher⁸ described that approximately 60% of the asterion are located over the transverse or sigmoid sinus complex in both sides. Indeed the asterion is not necessarily a reliable landmark in terms of location the underlying posterior fossa dura. Burr holes placed at the asterion may often open the bone directly over the sinus, leading to venous bleeding. We placed the first burr hole in the first case posteroinferior to the asterion. According with Mallis⁹ we prefer to drill the first burr hole approximately 2 cm medial to the mastoid or 1 cm medial to occipitomastoid suture. We do not use the asterion as a landmark to place the burr hole.

In the second case we placed four burr holes in the right side of the posterior fossa. The location of the inferior margin of the transverse sinus is quite accurately estimated at two fingers breadhts above the mastoid notch (usually just above the superior nuczal line). Another important landmark on the bone is the inion that usually identifies the torcula and a straight line between the inion to the asterion that corresponds to the transverse sinus. Then, we placed two burr holes above the transverse sinus and two below. The four burr holes allow the surgeon to separate the dura from the bone completely and without any tears, and then craniotomy can be performed safely.

In our experience there is no increase in the operative morbidity or mortality when craniotomies (rather than craniectomies) were performed in the posterior fossa.

The literature reports some common complications after surgery of the posterior fossa such as: hematomas, edema, cerebrospinal fluid (CSF) leak and dural sinus tears. However the use of craniotomies do not necessarily increase the rate of these complications. In both cases the craniotomy allowed an excellent visualization but sometimes additional bone removal is performed with a drill to expose the limits of transverse sigmoid sinus complex as describe in the petrosal approach^{5,6}.

The replacement of the bone flap reestablishes normal anatomic planes at the conclusion of the procedure. This is specially important if a subsequent procedure is needed in the same location. The replacement of the bone flap also provides a better protection of the posterior fossa structures and a better cosmetic result. Some patients have complained of discomfort along the margins of the craniotomy. Additionally, replacement of the bone flap reduces this problem by prevention the sear formation between dura and muscles or subcutaneous tissue. A posterior fossa craniotomy can be performed by every neurosurgeon qualified to do a conventional craniotomy. Increased use and familiarity with high-speed air drills make possible this type of modification of standard neurosurgical procedures.

The replacement of the bone flap in the posterior fossa is a simple and safe procedure that represents a significant advance and option to the neurosurgical technical armamentarium.

REFERENCES

1. Al-Mefy O. Operative atlas of meningiomas, Philadelphia: Lipincott-Raven, 1998;425-429.
2. Yasargil MG. Microneurosurgery. Stuttgart: Thieme, 1986;1:238-244.
3. Yasargil MG, Fox JL: The microsurgical approach to acoustic neurinomas. Surg Neurol 1974;2:393-398.
4. Ogilvy CS, Ojemann RG. Posterior fossa craniotomy for lesions of the cerebellopontine angle: technical note. J Neurosurg 1993;78:508-509.
5. Al-Mefty O, Fox, JL, Smith RP. Petrosal approach: petroclival meningiomas. Neurosurgery 1988;22:510-517.
6. Al-Mefty O, Ayoubi S., Smith RP. The petrosal approach: indication, technique and results. Acta Neurochir. 1991;53(Suppl):166-170.
7. Day JD, Kellog JX, Tschabitscher M, Fukushima T. Surface and superficial surgical anatomy of the posterolateral cranial base: significance for surgical planning and approach. Neurosurgery 1996;38:1079-1084.
8. Day JD, Tschabitscher M. Anatomic position of the asterion. Neurosurgery 1998;42:198-199.
9. Mallis L. Anatomic position of the asterion (comments). Neurosurgery 1998;42:198-199.

1)

Mezue WC, Ohaegbulam SC, Ndubuisi CA, Chikani MC, Achebe DS. Management of intracranial meningiomas in Enugu, Nigeria. Surg Neurol Int. 2012;3:110. doi: 10.4103/2152-7806.101788. Epub 2012 Sep 28. PubMed PMID: 23087826; PubMed Central PMCID: PMC3475883.

2)

Kakou M, Jan M. [Tentorial meningioma. Surgical experience with 20 cases]. Neurochirurgie. 1999 Mar;45(1):15-23. French. PubMed PMID: 10374230.

3)

Das KK, Jaiswal AK, Behari S. Synchronous tricompartmental benign CNS tumors with tonsillar herniation, cervicodorsal syringomyelia and hydrocephalus. Indian J Surg. 2012 Oct;74(5):420-1. doi: 10.1007/s12262-012-0463-2. Epub 2012 Mar 16. PubMed PMID: 24082600; PubMed Central PMCID: PMC3477420.

4)

Zhao X, Yu RT, Li JS, Xu K, Li X. Clinical value of multi-slice 3-dimensional computed tomographic angiography in the preoperative assessment of meningioma. Exp Ther Med. 2013 Aug;6(2):475-478. Epub 2013 Jun 6. PubMed PMID: 24137211; PubMed Central PMCID: PMC3786818.

5)

König, S A, and U Spetzger. 2011. "Surgical Strategies for Supra- and Infratentorially Grown Occipital Meningeomas." Central European Neurosurgery (November 21). doi:10.1055/s-0031-1283120. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22105659>.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=meningioma_del_tentorio

Last update: **2025/05/04 00:03**

