

Meningioma del tubérculo selar

Los [meningiomas](#) del [tubérculo selar](#) se encuentran en la proximidad de los [nervios ópticos](#), grandes vasos de la circulación anterior así como la [región selar](#).

Historia

El primer caso fue reportado por Steward en 1899 en una autopsia.

La primera extirpación completa la realizó [Cushing](#) en 1916.

Localización

Tiene un espacio de crecimiento restringido por las siguientes estructuras:

Lateral: La [carótida interna](#), [arterias comunicantes posteriores](#) y el recubrimiento aracnoideo de la [cisterna carotídea](#).

Anterior: Los [nervios ópticos](#) y su cubierta aracnoidea.

Posterior: La [hipófisis](#), el infundíbulo y la [membrana de Liliequist](#).

Superior: Quiasma óptico y su cubierta aracnoidea, la lámina terminalis, el segmento A1 de la arteria cerebral anterior y la arteria comunicante anterior.

Por ello la única vía para la extensión del tumor es anterior, sobre el plano esfenoidal, sobre los nervios ópticos o entre el quiasma alrededor del complejo de la arteria cerebral anterior.

Epidemiología

Representan el 5 - 10% de todos los meningiomas intracraneales, con preponderancia en la mujer y en la tercera a quinta década de la vida.

Etiopatogenia

Este tumor se origina a partir del tuberculo selar, surco quiasmático, limbo esfenoidal o diafragma selar.

Anatomía patológica

El tipo anatomopatológico más frecuente es el meningoteliomatoso seguido del fibroso psammomatoso.

Clínica

La presentación clínica de esta clase de meningiomas se caracteriza por disfunciones visuales (100%), ya sea en un ojo (68%) o en ambos ojos (32%).

Estas alteraciones van desde la disminución en la agudeza visual, defectos en los campos visuales, hasta la ceguera en pocos casos.

El primer síntoma que usualmente aparece es el deterioro en la agudeza visual en el 95% de los pacientes.

Defectos de los campos visuales (hemianopsias bitemporales asimétricas) y papiledema.

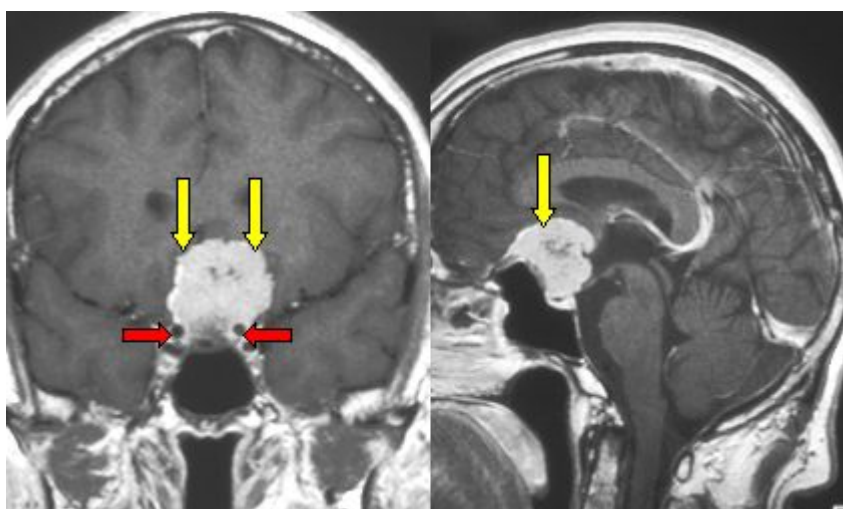
Los síntomas clínicos de alteraciones endocrinas son consecuencias de la etapa tardía la enfermedad.

El segundo síntoma en importancia, es la cefalea, que ocurre en el 35 a 45% de los pacientes y ocasionalmente puede ser el síntoma principal.

Otros síntomas, más raros son: alteración del estado mental, convulsiones, endocrinopatías (especialmente hiperprolactinemia) y anosmia.

Diagnóstico

Al examen físico el 75-80% presentan atrofia del nervio óptico. El patrón de pérdida visual más frecuente es la hemianopsia bitemporal.



Se precisa TAC y RM.

La imagen es sólida y homogénea con captación de contraste.

Diagnóstico diferencial

Macroadenoma hipofisario o metástasis.

En los casos en que la lesión es muy pequeña se puede confundir con una inflamación granulomatosa del nervio óptico (Chai y col., 2012).

Tratamiento

La vía tradicional es transcraneal, siendo las vías de abordaje empleadas:

Frontal unilateral

del ojo más afectado.

Pterional

Preferible según Arifin y col., 2012, con apertura de la [cisura de Silvio](#) para drenar el líquido cefalorraquídeo (LCR) y mejorar el acceso a la zona del tumor.

Bifrontal

Supraorbitaria keyhole

Subfrontal contralateral

Reduce la manipulación del nervio óptico y visualiza el aspecto inferomedial del nervio óptico comprometido que podría resultar en la mejora de los resultados visuales postoperatorias (Jang y col., 2012).

Transecfenoidal

Ampliada tiene un potencial equivalente a la cirugía transcraneal para los de un diámetro máximo de menos de 30 mm. Los tumores con extensión lateral hacia la arteria carótida interna tienen menos posibilidades de extirpación total (Ogawa y Tominaga, 2012).

La descompresión del canal óptico puede aumentar la posibilidad de mejorar los síntomas visuales preoperatorias en la resección quirúrgica de estos tumores.

Interhemisférica superior

En la serie de Curey y col., la agudeza visual mejoró en 8 pacientes (72,8%), se mantuvo sin cambios en 2 pacientes (18,2%) y empeoró en 1 paciente (9%).

Alteración del olfato en 7 pacientes (35%), y panhipopituitarismo en 1 paciente (5%). Ninguno de los pacientes experimentó una fístula de LCR. El impacto del deterioro olfativo en la calidad de vida, según las estimaciones de un EVA (rango 0-10), fue una media de $5,7 \pm 2,2$ (95% IC 4.1 a 7.3). En la RM de seguimiento, no hubo lesiones adicionales, por lo que este abordaje parece ser eficaz en la resolución del problema del deterioro visual debido al meningioma de T.Sellae, sin inducir una lesión quirúrgica en la superficie del cerebro o a lo largo del corredor quirúrgico. El deterioro olfativo sigue siendo el reto en este abordaje (Curey y col., 2012).

Vía endoscópica endonasal

La radiocirugía complementaria se recomienda en los casos de recurrencia o extirpación subtotal.

El pronóstico depende de la duración de los síntomas visuales englobamiento del complejo de la arteria cerebral anterior y el tamaño tumoral.

Vídeo

<html><iframe src="http://player.vimeo.com/video/22311780?byline=0&portrait=0" width="500" height="281" frameborder="0" webkitAllowFullScreen mozallowfullscreen allowFullScreen></iframe> <p>How I Do It: Surgical resection of a tuberculum sellae meningioma after anterior clinoidectomy from Surgical Neurology International on Vimeo.</p></html>

Bibliografía

Arifin, Muhammad Zafrullah, Ignatius Mardjono, Roland Sidabutar, Beny Atmadja Wirjomartani, and Ahmad Faried. 2012. "Pterional Approach Versus Unilateral Frontal Approach on Tuberculum Sellae Meningioma: Single Centre Experiences." *Asian Journal of Neurosurgery* 7 (1) (January): 21-24. doi:10.4103/1793-5482.95691.

Chai, Yuzhu, Hiroko Yamazaki, Akihide Kondo, Toshiyuki Oshitari, and Shuichi Yamamoto. 2012. "Case of Acute Optic Nerve Compression Caused by Tuberculum Sellae Meningioma with Optic Canal Involvement." *Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)* 6: 661-666. doi:10.2147/OPTH.S30418.

Curey, Sophie, Stéphane Derrey, Pierre Hannequin, Didier Hannequin, Pierre Fréger, Marc Muraine, Hélène Castel, and François Proust. 2012. "Validation of the Superior Interhemispheric Approach for Tuberculum Sellae Meningioma." *Journal of Neurosurgery* 117 (6) (December): 1013-1021. doi:10.3171/2012.9.JNS12167.

Cushing H, Eisenhardt L: Suprasellar meningiomas, in *Meningiomas: Their Classification, Regional Behaviour, Life History, and Surgical End Results*. Baltimore, Charles C Thomas, 1938, pp 224-249.

Ehler N, Malmros R. The suprasellar meningioma. A review of the literature and presentation of a series of 31 cases. *Acta Ophthalmol (Suppl)* 1973;121:1 - 74.

Fahlbusch R, Schott W. Pterional surgery of meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale: surgical results with special consideration of ophthalmological and endocrinological outcomes. *J Neurosurg* 2002;96:235 - 43.

Guiot G, Montrieux B, Goutelle A, Comoy J, Langie S: Retro-chiasmatic suprasellar meningiomas [in French]. *Neurochirurgie*. 16:273-285, 1970.

Jang, Woo-Youl, Shin Jung, Tae-Young Jung, Kyung-Sub Moon, and In-Young Kim. 2012. "The Contralateral Subfrontal Approach Can Simplify Surgery and Provide Favorable Visual Outcome in Tuberculum Sellae Meningiomas." *Neurosurgical Review* (June 6). doi:10.1007/s10143-012-0397-y. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22669329>.

Kadis GN, Mount LA, Ganti SR: The importance of early diagnosis and treatment of the meningiomas of the planum sphenoidale and tuberculum sellae. *Surg Neurol*. 12:367-371, 1979. Abstract

Kunicki A, Uhl A: The clinical picture and results of surgical treatment of meningioma of the tuberculum sellae. *Cesk Neurol*. 31:80-92, 1968.

Nozaki, K., K. Kikuta, et al. (2008). "Effect of early optic canal unroofing on the outcome of visual functions in surgery for meningiomas of the tuberculum sellae and planum sphenoidale." *Neurosurgery* 62(4): 839-44; discussion 844-6.

Ogawa, Yoshikazu, and Teiji Tominaga. 2012. "Extended transsphenoidal approach for tuberculum sellae meningioma-What are the optimum and critical indications?" *Acta Neurochirurgica* (January 10). doi:10.1007/s00701-011-1266-0. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231779>.

Olivecrona H: The suprasellar meningiomas, in Olivecrona H, Tonniss W (eds): *Handbuch der Neurochirurgie*. Berlin, Springer-Verlag, 1967, pp 167172.

Presutti, L., M. Trani, et al. (2008). "Exclusive endoscopic removal of a planum sphenoidale meningioma: a case report." *Minim Invasive Neurosurg* 51(1): 51-3.

Solero CL, Giombini S, Morello G: Suprasellar and olfactory meningiomas:. *Acta Neurochir (Wien)*. 67:181194, 1983

Tuberculum sellae meningioma: a report on management on the basis of a surgical experience with 70 patients.

Goel A, Muzumdar D, Desai KI.

Department of Neurosurgery, King Edward Memorial Hospital and Seth Gordhandas Sunderdas Medical College, Parel, Bombay, India. atulgoel62@hotmail.com

From:

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

Permanent link:

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

Last update: **2025/05/04 00:02**

