

IMAGEN DEL MES: HEMANGIOMA DEL SENO CAVERNOSO

Dr. Martín Alberto Fausti, Dr. Francisco Marco del Pont, Dr. Exequiel Reynoso

DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS
RAÚL CARREA, FLENI

*Dirección Postal: FLENI, Montañeses 2325, C1428AQK. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Argentina.*

Email: mfausti@fleni.org.ar

Resumen: *El hemangioma del seno cavernoso es una lesión poco frecuente que puede ser de difícil diagnóstico pre quirúrgico. Se presenta a una paciente femenina de 49 años de edad que fue remitida a nuestra institución para valoración neuroquirúrgica tras ser diagnosticada en otro establecimiento de una lesión expansiva intracranial. Por este motivo se decidió realizar una resonancia magnética (RM) de cerebro al ingreso, donde se*

observó una lesión ovoidea extraaxial, en topografía del seno cavernoso izquierdo, que presentaba señal intermedia en T1 e hiperintensa en T2, con realce globular periférico que incrementaba de forma centripeta en tiempos tardíos. Dichos hallazgos se interpretaron en relación a hemangioma cavernoso del seno cavernoso.

Palabras clave: Hemangioma Cavernoso, Seno Cavernoso. Resonancia Magnética.

Abstract: *Cavernous sinus hemangioma is a rare entity that may be difficult to diagnose preoperatively. A 49-year-old female patient was referred to our institution for neurosurgical assessment. A magnetic resonance study (MRI) of the brain at admission showed an extra-axial, ovoid mass in topography of the left cavernous sinus. It presented intermediate signal in T1 weighted-images (WI) and hyper-intense signal in T2*

WI with globular enhancement in its periphery that increased centripetally in late times. These findings were interpreted as a cavernous haemangioma of the cavernous sinus.

Keywords: Cavernous Haemangioma, Cavernous Sinus, Magnetic Resonance Imaging.

CASO CLÍNICO

Reportamos el caso de una paciente de sexo femenino de 49 años de edad, que fue referida a nuestra institución para valoración neuroquirúrgica, tras ser diagnosticada en otro establecimiento de una lesión expansiva intracraneal. No presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos de relevancia, ni tratamientos farmacológicos en los últimos años. Refería cefalea de larga evolución a predominio frontal, acompañada de parestesias en región malar izquierda. Además, refería un episodio aislado y transitorio de ptosis palpebral izquierda que remitió de forma completa.

Al examen físico, y como único hallazgo positivo, se evidenció ptosis palpebral izquierda leve, sin limitación de la motilidad ocular. En las imágenes de RM al ingreso se observó una lesión expansiva extraaxial ovoidea ubicada en el seno cavernoso izquierdo, con señal hiperintensa en ponderación T2 e intermedia en ponderación T1, con áreas de realce globular en su periferia tras la administración del contraste. Ante esos hallazgos se sugirió, en futuros controles, realizar adquisiciones en tiempos tardíos tras el contraste endovenoso.

A los 3 meses se realizó RM de control, donde no se reconocieron cambios significativos en cuanto a la morfología y señal de la lesión, observándose el realce nodular periférico descrito con incremento progresivo de forma centrípeta en tiempos tardíos. Dichos hallazgos por RM se interpretaron en relación a hemangioma del seno cavernoso.

Dada la evolución favorable de la paciente con cefaleas esporádicas y leves parestesias en región malar izquierda, se decidió control en 3 meses con RM y posterior evaluación por los servicios de neurocirugía y neurología vascular.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos muy vascularizados de localización variada. A nivel intracraneal se sitúan con mayor frecuencia en el seno cavernoso, si bien pueden aparecer en otros senos duros. Estas lesiones extraaxiales son poco frecuentes representando el 2% de las lesiones en esta región anatómica.¹

Entre el 85-90% aparecen en mujeres (relación sexo femenino/masculino de 7/1).² A medida que crecen comprimen y distorsionan estructuras adyacentes.³ Los síntomas más comunes son cefalea, dolor retroorbitario y parálisis de pares craneales de instalación aguda o subaguda. Son menos frecuentes la pérdida de visión, proptosis, diplopía, anisocoria,

hipertensión intracraneal (si está comprometido el flujo de los senos).^{2,3} No obstante, la sintomatología no es exclusiva de los hemangiomas, sino que son comunes para todas aquellas lesiones que se originan o afectan secundariamente al seno cavernoso.¹

Los estrógenos podrían jugar un papel clave en la historia natural de estas lesiones. Se ha demostrado que durante el embarazo aumentan de tamaño, tornándose muchos de ellos sintomáticos o empeorando la clínica de los ya diagnosticados. En otros casos se produce involución después del parto con una mejora en la sintomatología.^{1,2}

En RM, los hemangiomas se observan iso o hipointensos en ponderación T1 y marcadamente hiperintensos en ponderación T2. En ponderación T1 con contraste dinámico se observa realce desde la periferia hacia el centro de la lesión (realce centrípeta) muchas veces llegando a un realce homogéneo del hemangioma en tiempos tardíos.^{4,5}

Los principales diagnósticos diferenciales son tumores que comprometen con mayor frecuencia el seno cavernoso. El meningioma es el tumor benigno más frecuente del seno cavernoso. Es una masa extraaxial, con unión dural de base ancha, presenta el signo de la "cola dural", hiperostosis, calcificaciones. Suelen ser iso o hipointensos en ponderación T1 y T2, y el 95% de ellos presenta realce intenso y homogéneo.⁶ Los neurinomas del trigémino tienen una apariencia muy similar a los hemangiomas en ponderación T2, y si bien su patrón de realce suele variar, no se ha descrito este patrón de progresión centrípeta. Los neurinomas del trigémino suelen asociarse además a una mayor tasa de neuralgia hemifacial.⁷ Otras lesiones que se deben incluir son aquellas que pueden asentar en el seno cavernoso por extensión secundaria, como los adenomas hipofisarios.⁸

La cirugía se considera actualmente el tratamiento de elección de los hemangiomas del seno cavernoso. Esta entidad representa un desafío neuroquirúrgico debido a la complejidad de esta región anatómica y la tendencia del tumor a sangrar durante su disección. El objetivo es realizar una resección tumoral completa preservando la máxima funcionalidad de las estructuras adyacentes.^{9,10}

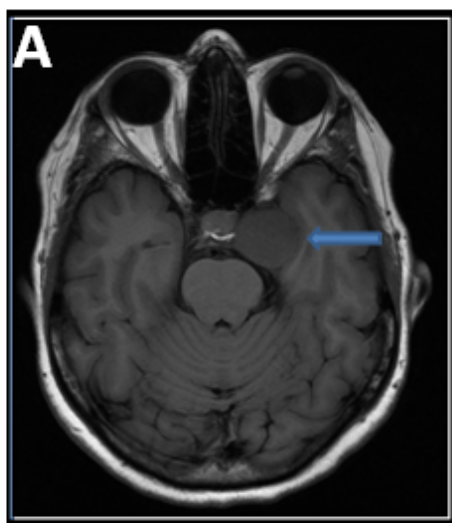


Figura 1: A- RM axial potenciada en T1 muestra lesión extra axial isointensa en topografía del seno cavernoso (flecha).



Figura 3: C- RM axial potenciada en T1 con contraste tardío muestra el realce de carácter centrípeto de la lesión.

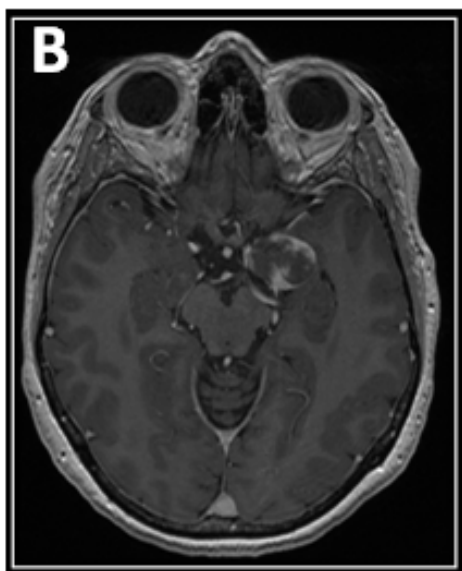


Figura 2: B-RM axial potenciada en T1 con contraste temprano, donde se observa realce de la lesión predominantemente periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navas M, Pedrosa-Sanchez M, Martinez Flores P, et al. Hemangioma gigante del seno cavernoso. Caso clínico. Neurocirugía. 2009;20 :461-466.
2. Shah R, Nadimpalli S. Key imaging characteristics for preoperative identification of cavernous sinus hemangioma. Radiology Case Reports 2015; 10: 1013.
3. Jinhu Y, Jianping D, Xin L, Yuanli Z. Dynamic Enhancement Features of Cavernous Sinus Cavernous Hemangiomas on Conventional Contrast-Enhanced MR Imaging. AJNR 2008; 29: 577 – 81.
4. Osborn AG, Salzman KL, Hemangioma de senos duros/venosos. Gregori L, Katzman. Diagnóstico por imagen cerebro. Madrid; 2011.p.94-5.
5. Sohn Ch, Kim S, Kim II, et al. Characteristic MR Imaging Findings of Cavernous hemangiomas in the cavernous sinus. AJNR 2003;24:1148-1151.

6. Korchi A.M, Cuvinciuc J, Caetano M, et al. Imaging of the cavernous sinus lesions. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 2014; 95:846-857.
7. Razek AA, Castillo M. Imaging lesions of the cavernous sinus. *AJNR Am J Neuroradiol* 2009;30:444-52.
8. Cottier JP, Destrieux C, Brunereau L, et al. Cavernous sinus invasion by pituitary adenoma: MR imaging. *Radiology* 2000;215:463-9.
9. Jixin S, Chunhua H, Yunxi P, et al. Cavernous Hemangiomas in the Cavernous Sinus. *Neurosurgery* 1999; 45: 1308-1314.
10. Anand V.K., House J.R., Al-Mefty O. Management of benign neoplasms invading the cavernous sinus. *Laryngoscope* 1991; 101: 557-564.