

Psicosis Secundaria A Meningioma. Revisión A Propósito De Un Caso

Secondary Psychosis Due To Meningioma. Review About A Case

Mauro Medeiro F¹., Sergio Bazaes L²., Felipe Quintanilla G³., Hernán Acevedo G⁴., Joaquín Vallejos E.⁴

Meningiomas are the most frequent central nervous primary tumors, which tend to be benign and present a slow growth. They may be asymptomatic or present clinically just with psychiatric symptoms including a psychotic state. There are no clinical randomized controlled trials that study the relationship between meningioma and a psychotic episode. Available evidence is based on case reports and series. There is a relationship between the magnitude of perilesional edema and the presence of psychotic symptoms. On the other hand, the size of the tumor or its specific neuroanatomic location would have less relevance. Surgical resection of the tumor associated with psychiatric management usually leads to the cessation of psychotic symptoms. In the assessment of patients with psychotic symptoms, there must be a high index of suspicion, particularly in first psychotic episodes, atypical manifestations and resistance to treatment. In these cases, a neuroimaging study is recommended. This article presents the case of a patient evaluated in our hospital and diagnosed with a large left frontal meningioma with secondary psychotic symptoms, and an updated bibliographic review of this association is presented.

Key words: meningiomas, brain tumors, psychosis
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2021; 59 (1):72-83

Introducción

Los meningiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central, estos pueden manifestarse clínicamente en un inicio sólo con sintomatología psiquiátrica. En esta revisión, se presenta el

caso clínico de una paciente que presentó un meningioma frontal izquierdo con manifestaciones psicóticas, con el objetivo de comprender de mejor manera las manifestaciones psiquiátricas que pueden presentar este tipo de tumores, así como su estudio, pronóstico y eventuales estrategias terapéuticas.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Aceptado: 2020/12/15

Recibido: 2020/07/02

¹ Médico Psiquiatra Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente Universidad de Chile.

² Médico Psiquiatra y Químico Farmacéutico COSAM Los Andes.

³ Médico Residente de Neurocirugía Universidad de Chile.

⁴ Médico Neurocirujano Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 43 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos personales.

Cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por fatiga, disminución de energías, debilidad en ambas extremidades inferiores y desmotivación en sus actividades habituales. Luego comienza con alteraciones conductuales que se hacen notorias tanto para la paciente como para sus cercanos, donde destaca el aislamiento social, dejando de compartir con amigos y familiares. Pese a mantener su actividad laboral, al llegar a su hogar, tendía a permanecer encerrada en su habitación, ayudando sólo en tareas domésticas mínimas.

Posteriormente cursa con irritabilidad, tanto en su trabajo como con familia y amigos.

Luego de un año de evolución se agregan polimialgias y gonalgia bilateral, por lo cual la paciente consulta a un médico general, realizándose el diagnóstico de fibromialgia. Inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos con pobre respuesta, abandonando luego su tratamiento.

Tras dos años de evolución cursa con una disminución progresiva de la agudeza visual bilateral. Seis meses después comenzó a descuidar su aseo personal y a acumular basura en su habitación, al punto que era difícil deambular por la misma. Esto fue llamativo para sus cercanos, ya que previamente era muy cuidadosa con el aseo y la limpieza. En aquel tiempo fueron evidentes algunas respuestas erróneas por parte de la paciente a preguntas triviales, como su edad, o la fecha de cumpleaños de su hijo. Presentó también risas inmotivadas, ocasionalmente alucinaciones cenestésicas, en las cuales describía que estaba temblando. Al comentarle de esta situación a sus familiares, y ellos negar dicha aseveración, se mostraba perpleja sin cuestionarse lo percibido.

Su familia la llevó a consultar a médicos de distintas especialidades, sin obtener un diagnóstico claro. Se mantuvo con reposo laboral por más de 6 meses con el diagnóstico de fibromialgia.

Dos semanas previas a su ingreso a Instituto de Neurocirugía comienza con ideas delirantes de daño y perjuicio, en donde afirmaba que su padre deseaba envenenarla con leche descompuesta y que la basura acumulada en su pieza la influenciaba mediante “energías”. Además, presentó alucinación visual de un hombre de negro que la acompañaba permanentemente. Estas situaciones generaban en ella intensa angustia dado que tenía la sensación que podrían hacerle daño.

Pese a la sintomatología previamente señalada, la paciente fue llevada a consultar por empeoramiento considerable de la agudeza visual. En evaluación oftalmológica se detectó papiledema, se le solicitó resonancia magnética (RM) de cerebro que informó masa extra-axial de base implantación dural frontal izquierda, de 7.7x6.7x5.5 cm de diámetro, que condiciona importante efecto de masa sobre las estructuras adyacentes, con desplazamiento a derecha de las estructuras de la línea media, herniación subfalcina, obliteración de los surcos de la convexidad locales y colapso de los cuernos frontales de los ventrículos laterales, con deformidad y compresión de la porción anterior del cuerpo calloso (Fig. 1 y 2)

Dado este hallazgo es trasladada a Instituto de Neurocirugía, donde fue evaluada y posteriormente se realiza resección completa del proceso expansivo y de los márgenes duros de implantación. El informe anatomo-patológico informó hallazgos concordantes con un meningioma atípico, grado II de la OMS.

Dado persistencia de síntomas psicóticos tras cirugía se realizó manejo con haloperidol 4 mg al día por 7 días y luego retiro gradual. Evoluciona con buena respuesta desde el punto de vista psiquiátrico, sin

Figura 1. Resonancia Magnética corte encéfalo axial y coronal Secuencia T2 SE, se evidencia gran efecto de masa sobre lóbulo frontal izquierdo y derecho. Además de edema perilesional mayor en región frontoinsular izquierda.

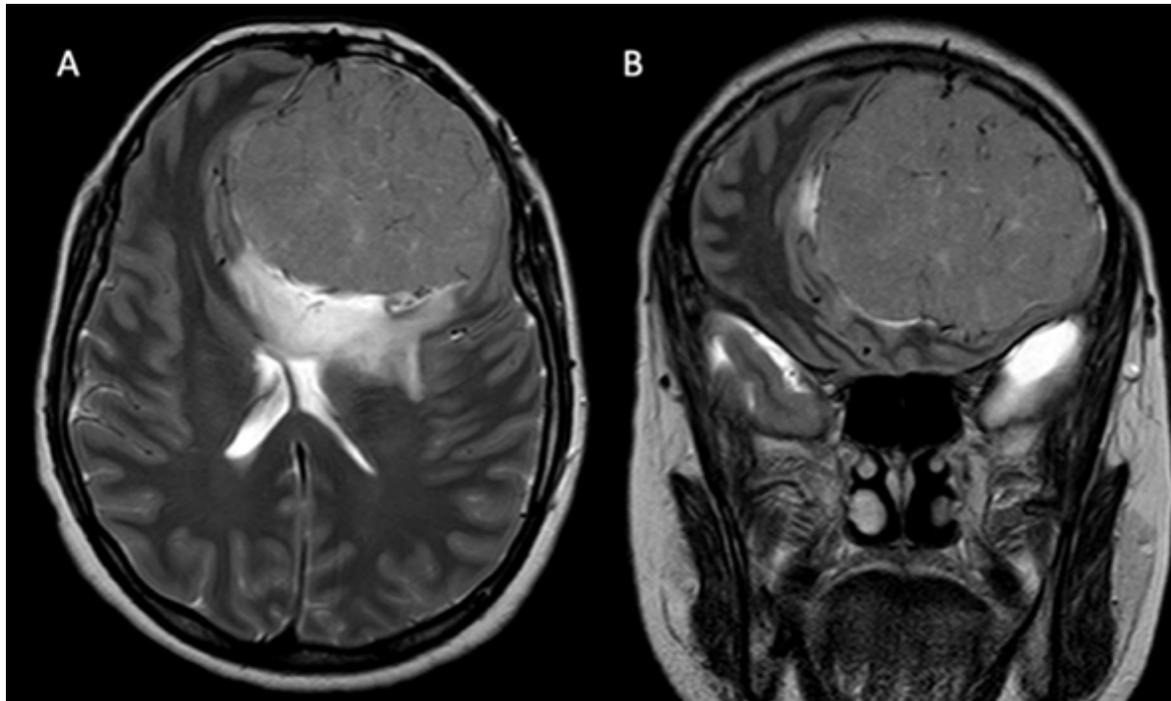
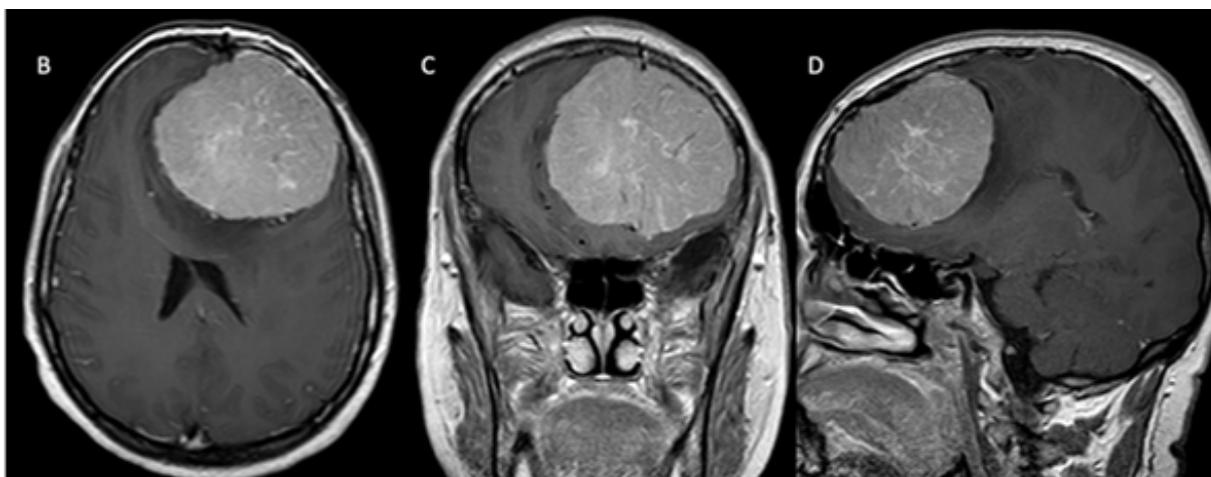


Figura 2. Resonancia Magnética corte encéfalo axial, coronal y sagital. Secuencia T1 con gadolinio, donde se demuestra lesión extra axial frontal izquierda con realce homogéneo tras la administración del contraste.



sintomatología significativa en controles posteriores.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Meningiomas

Un tumor cerebral es una masa de crecimiento anormal de células que se puede presentar con una amplia variedad de síntomas. Se pueden clasificar de acuerdo a sus características histopatológicas o localización anatómica. Si el origen del tumor proviene del tejido cerebral, corresponden a tumores cerebrales primarios, y si se presentan como metástasis cerebrales provenientes de tumores de otros tejidos corporales, corresponden a tumores cerebrales secundarios. Los tumores cerebrales primarios que se originan a partir de células gliales se denominan gliomas, dentro de los cuales se encuentran los astrocitomas, los oligodendrogliomas y los ependimomas. Dentro de los tumores cerebrales que no provienen del tejido glial, se encuentran los meningiomas, schwannomas, craneofaringiomas, tumores de células germinales, adenomas pituitarios y tumores de la región pineal.⁽¹⁾

Los meningiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central, representando aproximadamente el 37%, con una incidencia anual de 7,61 por cada 100,000 individuos⁽²⁾

Los meningiomas son tumores intracraneales extra-axiales que se originan en las células meningoteliales de la aracnoides⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Se pueden encontrar meningiomas que surgen de cualquier superficie dural intracraneal o espinal. Pueden desarrollarse en cualquier lugar donde estén presentes células aracnoidales, siendo más frecuentes las localizaciones parasagitales (20.8%), de la convexidad cerebral (15.2%) y tubérculo selar (12.8%). Los meningiomas parasagitales ocurren con mayor frecuencia en el lóbulo frontal.⁽⁵⁾ Se

presentan con mayor frecuencia en mujeres, con una frecuencia de 2-4: 1 respecto de los hombres y la incidencia aumenta con la edad. Otros factores de riesgo son la presencia de neurofibromatosis tipo 1 y tipo 2, así como la exposición a radiación ionizante⁽⁶⁾. Su peak de incidencia es a los 45 años y edad media de diagnóstico a los 65 años. El riesgo aumenta con la edad, aunque un 1.5 % ocurren en la infancia y adolescencia, en general entre los 10 y 20 años y se asocian a neurofibromatosis tipo 1.⁽⁷⁾

Los meningiomas generalmente corresponden a lesiones solitarias, benignas, circunscritas y de lento crecimiento. Pueden ser múltiples en aproximadamente el 8% de los casos, siendo más frecuente este hallazgo en pacientes que presentan neurofibromatosis. Muchos se descubren incidentalmente en las neuroimágenes. Si bien no tienen una presentación patognomónica, los síntomas típicos son cefalea debido al aumento de la presión intracraneal, déficits neurológicos focales o convulsiones causadas por el efecto de masa.⁽⁸⁾ El papiledema y la hemianopsia homónima fueron rasgos característicos de los meningiomas avanzados a nivel parasagital anterior.⁽⁵⁾

Las imágenes por RM a menudo son suficientes para hacer el diagnóstico. La frecuencia de los meningiomas probablemente se subestima, ya que la exploración sistemática por RM mostró que la prevalencia de meningiomas no diagnosticados es 0.5% en los sujetos de 45 a 59 años y 1.6% después de 75 años⁽⁹⁾ Según la clasificación histopatológica de la OMS⁽¹⁰⁾ 94% son grado I (típicos), 4% grado II (atípicos), y el 1% corresponde a grado III (anaplásicos).⁽¹¹⁾

Presentación psiquiátrica en tumores cerebrales

Los tumores cerebrales metastásicos pueden estar asociados con una mayor incidencia de síntomas psiquiátricos que

los tumores cerebrales primarios, muy probablemente debido a la distribución difusa de las metástasis en el parénquima cerebral⁽¹²⁾.

Entre un 50 y un 78% de los pacientes con tumores cerebrales presenta manifestaciones psiquiátricas.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Sin embargo, en el estudio de Keschner et al, tomando una muestra de 530 pacientes afectados por un tumor cerebral, solamente el 18% presentó sintomatología psiquiátrica como primera manifestación clínica.⁽¹⁴⁾ Un cambio en el estado mental puede ser el primer signo en aproximadamente el 15-20% de los pacientes con un tumor cerebral, el cual puede presentarse como un cambio de personalidad, alteraciones emocionales o déficit intelectual.⁽¹⁵⁾

Algunos estudios antiguos reportan que no existiría relación entre la histología tumoral y sintomatología psiquiátrica.⁽¹⁴⁾ Esto ha sido corroborado con estudios más recientes, que informan que el 44% de los pacientes con tumores cerebrales tienen sintomatología afectiva independientemente de la histología tumoral⁽¹⁷⁾.

Algunos estudios muestran que la sintomatología psiquiátrica puede depender de la localización del tumor⁽¹⁸⁾. Tumores cerebrales frontales y temporales tienden a causar mayor sintomatología psiquiátrica que los parietales u occipitales.⁽¹⁵⁾ Un tumor en la región prefrontal dorsolateral tiende a producir disfunción ejecutiva, a nivel orbitofrontal, tiende a generar desinhibición. Un tumor en la región medial frontal puede conllevar a abulia o apatía⁽¹⁸⁾ y tumores temporales límbicos se pueden presentar con psicosis.⁽¹⁹⁾ Existe una asociación entre anorexia y tumores hipotalámicos; una posible asociación entre síntomas psicóticos y tumores hipofisarios; síntomas cognitivos y tumores talámicos; y síntomas afectivos y tumores frontales.⁽¹⁸⁾ La sintomatología psicótica en los tumores cerebrales tiende a ser de preferencia visual, y con mayor

frecuencia con características simples más que complejas⁽²⁰⁾ Madhusoodanan et al. señalan que los síntomas afectivos son los más comunes, han sido reportados en un 36% de los casos, mientras que los síntomas psicóticos en 22% de los pacientes. En los casos de pacientes que presentaron síntomas psicóticos, muchos de ellos presentaban tumores pituitarios. En otro estudio los tumores de lóbulo temporal estuvieron mayormente relacionados a manifestaciones psicóticas.⁽¹⁸⁾ El hecho que tumores en las mismas localizaciones cerebrales puedan ocasionar síntomas psiquiátricos similares, sugiere que están alterando conexiones relativamente específicas dentro de la corteza cerebral.

Los meningiomas son tumores de las meninges y no del parénquima cerebral, sin embargo, pueden afectar la corteza creando un efecto de masa, el cual puede interrumpir la conectividad dentro y entre lóbulos corticales, y por lo tanto, pueden originar estos síntomas psiquiátricos documentados.⁽²¹⁾ Así también se ha planteado el edema peritumoral como el causante de dicha interrupción en la conectividad neuronal cerebral⁽²²⁾ En este sentido, existe evidencia que alteraciones de la conectividad corticotálamica pueden estar relacionados con la aparición de síntomas psicóticos. Sin embargo, no se ha logrado identificar qué circuitos corticotálamicos específicos estarían implicados.⁽²³⁾ Existiría una relación bidireccional entre la patología psiquiátrica y los tumores cerebrales. En este sentido, los pacientes con patología psiquiátrica presentan hasta 10 veces mayor frecuencia de tumores cerebrales⁽²⁴⁾ En esa misma línea, un estudio demostró que uno de cada 323 pacientes psiquiátricos a los que se realizaban una tomografía computada de cerebro presentaba un tumor cerebral.⁽²⁵⁾

Meningiomas y síntomas psiquiátricos generales

Los meningiomas pueden ser clínicamente

silenciosos o sólo pueden presentarse con manifestaciones psiquiátricas que no se encontraban previamente. En este sentido, se ha visto que un 21% de los meningiomas presentan sintomatología psiquiátrica en ausencia de síntomas neurológicos. Los síntomas afectivos serían los más frecuentes y no existiría una correlación entre la lateralidad del tumor y las manifestaciones psiquiátricas.⁽²⁶⁾ En otro estudio se diagnosticaron cuadros psiquiátricos en un 44% de los meningiomas de la convexidad⁽²⁷⁾.

Cefalea, papiledema o signos neurológicos focales a menudo surgen sólo cuando el meningioma ha alcanzado una etapa avanzada.⁽²²⁾ Los cambios psiquiátricos atribuidos a los meningiomas incluyen depresión, ansiedad, apatía, manía, psicosis y cambios de personalidad.⁽²⁶⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁹⁾ Meningiomas que comprimen los lóbulos frontales desde el exterior podrían no producir ningún tipo de síntomas o bien un cambio progresivo en la personalidad y funciones intelectuales sólo al alcanzar un gran tamaño.⁽¹⁸⁾ La intensidad y el curso que sigan los síntomas dependerá del tiempo de evolución del tumor y su velocidad de crecimiento.⁽³⁰⁾

Gyawali et al. el año 2019 realizaron una revisión sobre meningiomas y síntomas psiquiátricos, en donde analizaron 48 estudios correspondientes a reportes de caso, series de casos (máximo de 3 casos) y cartas al editor, dando un total de 52 casos. Encontraron que la localización más frecuente del tumor fue el lóbulo frontal con aproximadamente 30 casos. Los síntomas más frecuentes reportados para los meningiomas frontales, fueron los síntomas depresivos. Meningiomas frontales derechos se asociaron a trastorno bipolar, abuso de alcohol y alucinaciones musicales y visuales. Síndrome de Capgras y de Anton fueron también descritos en tumores frontales. Un caso de meningioma del surco olfatorio que comprometía ambos lóbulos frontales

presentó síntomas de aplanamiento afectivo, abulia, disminución del cuidado personal durante 3 años, el que fue inicialmente diagnosticado como esquizofrenia. Un meningioma temporoparietal derecho se asoció con síntomas depresivos y posteriormente desarrolló un cuadro compatible con un síndrome esquizomorfo agudo. De forma similar, la región parasagital derecha del lóbulo parietal se asoció a una psicosis esquizofreniforme.⁽¹⁾

Psicosis

El término "psicosis" aún carece de una definición unificada, pero denota un síndrome compuesto de varios síntomas⁽³¹⁾. Los síntomas psicóticos son comunes y disruptivos de muchos cuadros psiquiátricos, del neurodesarrollo, neurológicos y médicos; y un objetivo importante de evaluación y tratamiento en la práctica neurológica y psiquiátrica.⁽³²⁾ La definición y caracterización del concepto de psicosis es complejo y ha ido cambiando a lo largo del tiempo⁽³³⁾, desde que fuera por primera vez utilizado por el médico austriaco Ernst von Feuchtersleben en 1845.⁽³⁴⁾ En las primeras ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la psicosis se definió en términos generales como "alteración grave en la prueba de la realidad" o "pérdida de los límites del YO" que interfiere con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida.⁽³⁵⁾

Para otras escuelas, como la alemana, la definición de los síntomas característicos de la psicosis estaban relacionados con el nivel de gravedad (siendo la psicosis la forma más grave de los trastornos mentales), la falta de insight, los trastornos de pensamiento, la incomprendibilidad de los síntomas y la reducción de la adaptación social.⁽³¹⁾

En los sistemas actuales de clasificación diagnóstica, tanto de la APA como de la

organización mundial de la Salud (OMS) la alteración en la prueba de realidad sigue siendo central conceptualmente para la psicosis. A diferencia de los sistemas de clasificación diagnóstica anteriores, se ha buscado operacionalizar dicha alteración⁽³²⁾. En este sentido, en el DSM-5, el capítulo "Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" establece que estos trastornos se definen por anormalidades en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta desorganizada o anormal (incluida la catatonía) y síntomas negativos.⁽³⁶⁾ Aún no es posible determinar los mecanismos exactos que operan en casos individuales de manifestaciones psicóticas. Por lo tanto, la psicosis todavía se define por el cuadro clínico y no por investigaciones de laboratorio, genéticas o de neuroimagen.⁽³¹⁾

Meningiomas y psicosis

Meningiomas localizados en el lóbulo parietal derecho, glándula pineal, ventrículo lateral y lóbulo occipital bilateral se han encontrado asociados con psicosis.⁽¹⁸⁾⁽³⁷⁾ Así también, a nivel temporal medial, específicamente, complejo hipocampal, giro parahipocampal, amígdala y giro temporal superior, de preferencia a nivel izquierdo⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾. Respecto de la lateralización de la lesión, los meningiomas frontales derechos están asociados con síntomas psiquiátricos con mayor frecuencia que los del lado izquierdo.⁽²²⁾ Meningioma parietal derecho en particular, se ha relacionado con delirios paranoides y alucinaciones.⁽³⁷⁾ Meningiomas de la convexidad cerebral se han asociado a sintomatología delirante.⁽²²⁾⁽⁴²⁾ Se ha visto que la compresión y edema perilesional de lóbulo temporal derecho ocasionado por meningiomas en dicha localización, se ha asociado con pérdida de reconocimiento facial y familiaridad así como a delirios y conducta agresiva, similar a Síndrome de Capgras.⁽⁴³⁾ Se ha visto que no hay relación

entre el volumen del meningioma y síntomas psicóticos, pero sí se ha visto tal asociación entre el volumen de edema perilesional y dichos síntomas.⁽²²⁾ Sin embargo, los mecanismos mediante los cuales el meningioma produce dichos síntomas psicóticos permanecen siendo poco claros.⁽²¹⁾

Respecto del tratamiento existe alguna evidencia basada en reportes de casos respecto al uso de olanzapina en dosis bajas para disminuir la sintomatología psicótica en este grupo de pacientes, la cual sería segura y con buenos índices de efectividad⁽⁴⁴⁾

De acuerdo a la revisión de casos realizada por Gyawali et al, el tratamiento de los pacientes consistió en la resección total o parcial del meningioma junto al tratamiento de las afecciones psiquiátricas con el uso de antidepresivos, antipsicóticos y anticonvulsivantes. Habitualmente con la resección del tumor, las manifestaciones psiquiátricas cedían, y muchas veces no requerían continuar con el tratamiento psicofarmacológico. Sin embargo, algunos reportes de caso describieron una nueva aparición de síntomas psiquiátricos tras la resección del tumor. La mayoría de los reportes de caso no son claros en especificar si los agentes psicotrópicos se siguieron indicando o no tras la resección del tumor.⁽¹⁾

DISCUSIÓN

Existe escasa evidencia respecto a la relación entre meningiomas y sintomatología psicótica, siendo predominantemente en base a reportes y series de casos. No existen estudios clínicos controlados randomizados doble ciego para esta asociación clínica.

Pensamos que este bajo nivel de evidencia puede ser debido a la pérdida de continuidad entre la anamnesis psiquiátrica del caso y luego su resolución quirúrgica. Probablemente en el caso que un psiquiatra como parte del estudio de un episodio

psicótico, solicite una neuroimagen que arroje como hallazgo un tumor cerebral, derivará inmediatamente a un equipo de neurocirugía. Estos últimos analizarán la mejor forma de remover el tumor y procederán. La prioridad de intervenir quirúrgicamente un caso como el presentado por nosotros, relega a segundo plano el estudio de la forma de presentación de los síntomas psiquiátricos en el tiempo y la manera en que se llegó al diagnóstico.

El caso presentado por nosotros es excepcional, en tanto muestra una paciente joven con un meningioma frontal izquierdo y sintomatología psicótica. Este caso es altamente sugerente de una relación entre el meningioma y la manifestación de la psicosis, considerando que la resolución quirúrgica se tradujo en una mejoría clínica evidente del cuadro, en la cual el uso de un fármaco antagonista dopaminérgico probablemente actuó como coadyuvante.

En vista de lo anteriormente planteado, nos parece que este trabajo puede sumarse al cuerpo de evidencia que indica que los meningiomas pueden presentarse con sintomatología psicótica.

No se tiene claridad respecto al porqué un paciente en particular que presente un meningioma frontal izquierdo pudiera permanecer asintomático, presentar síntomas psicóticos u otro tipo de manifestaciones psiquiátricas. Sin embargo, creemos que el edema perilesional, el efecto de masa ocasionado por el tumor o la interrupción de vías corticotalámicas pueden estar implicadas en esta manifestación.

Con respecto a la sintomatología asociada, los síntomas psicóticos en presencia de tumores cerebrales no tendrían valor localizadorio para la lesión en regiones neuroanatómicas específicas.

La sintomatología psiquiátrica presente no se relaciona con el tipo histopatológico del tumor.⁽¹⁸⁾ Por lo tanto, la presencia de un meningioma no se manifestaría de forma diferente a otros tipos de tumores cerebrales

primarios.

No existe información disponible que relacione el tamaño del tumor con la gravedad de la sintomatología. Sin embargo, existiría una relación directamente proporcional entre el edema cerebral generado por el tumor y la gravedad de los síntomas psiquiátricos.⁽²²⁾ Algunos signos neurológicos sutiles que pueden encontrarse previo o en conjunto con las manifestaciones psiquiátricas son: apraxia, déficits de campo visual y anomia. Luego pueden presentarse cambios de personalidad, alteraciones del sueño, apatía, pérdida de peso, anorexia y falta de concentración. Posteriormente puede configurarse un cuadro psiquiátrico que no coincida fácilmente con los manuales diagnósticos categoriales existentes, así como síntomas atípicos, refractarios o recurrentes.⁽¹⁸⁾

Concordamos con Madhusoodanan et al, en el sentido de tener un elevado índice de sospecha y solicitar un estudio con neuroimágenes ante un nuevo episodio psicótico, pérdida de memoria de reciente inicio, aparición por primera vez de síntomas ansioso-depresivos en adultos mayores. Así también, frente a la aparición de síntomas atípicos, cambios de personalidad y anorexia sin síntomas dismórficos como alteración de la autoimagen corporal. Quisiéramos agregar la sugerencia de realizar una neuroimagen en caso de pacientes que presenten una evolución tórpida o resistencia al tratamiento psiquiátrico indicado pese a una buena adherencia y cumplimiento de las indicaciones dadas.

Es importante plantear la necesidad de un abordaje en conjunto por las distintas especialidades, buscando una adecuada conexión entre los distintos especialistas. Se hace relevante la necesidad de trabajo en equipo y tener feedback respecto de las derivaciones o interconsultas realizadas.

Consideramos que sería deseable que en los programas de formación de médicos

generales y especialistas se aborden estos tópicos de forma óptima, principalmente lo que respecta a presentaciones psiquiátricas de cuadros neuroquirúrgicos.

No existen estudios randomizados doble ciego sobre el tratamiento de síntomas psicóticos en meningiomas. Se requiere más investigación para contar con un mayor nivel de evidencia, ya que aún quedan muchas interrogantes por resolver. Por ejemplo ¿Es necesario continuar con el tratamiento

psicofarmacológico tras la resección del tumor?, y si es así, ¿por cuánto tiempo?

En conclusión, es imprescindible que ante un primer episodio psicótico o presentación atípica de un cuadro psiquiátrico, se solicite un estudio de neuroimágenes. De esta forma, en caso de pesquisar un tumor cerebral, hay mayor probabilidad de lograr un diagnóstico precoz y tratamiento neuroquirúrgico oportuno, en conjunto con un tratamiento psiquiátrico en caso de ser necesario.

Resumen

Los meningiomas son los tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso central, tienden a ser benignos y de lento crecimiento. Pueden ser asintomáticos o incluso manifestarse únicamente con síntomas psiquiátricos, incluyendo un cuadro psicótico. No existen estudios clínicos controlados randomizados que estudien la relación entre meningioma y cuadros psicóticos. La evidencia disponible se basa en series y reportes de casos. Existe una relación entre la magnitud del edema perilesional y la presencia de síntomas psicóticos. Por otra parte, el tamaño de la lesión o su localización neuroanatómica específica tendrían menor relevancia. La resección quirúrgica de la lesión, en conjunto con el manejo psiquiátrico adecuado, usualmente conduce al cese de la sintomatología psicótica. En la evaluación de pacientes con síntomas psicóticos se debe tener un elevado índice de sospecha, en particular en cuadros de reciente inicio, con manifestaciones atípicas o resistentes al tratamiento. En estos casos se recomienda un estudio con neuroimágenes. Este artículo presenta el caso de una paciente evaluada en nuestro hospital diagnosticada con un meningioma frontal izquierdo de gran tamaño, que presentó sintomatología psicótica secundaria, y se expone una revisión bibliográfica actualizada de esta asociación.

Palabras clave: meningioma, tumores cerebrales, psicosis.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Gyawali S, Sharma P, Mahapatra A. Meningioma and Psychiatric Symptoms: An Individual Patient Data Analysis. *Asian Journal of Psychiatry* 2019; 42: 94-103.
- 2.- Ostrom QT, Gittleman H, Liao P, VecchioneKoval T, Wolinsky Y, Kruchko C, et al. CBTRUS Statistical Report: Primary brain and other central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2010–2014. *Neurooncology* 2017;19:v1–88.
- 3.- Goldbrunner R, Minniti G, Preusser M, Jenkinson M D, Sallabanda K, Houdart E, et al. EANO guidelines for the diagnosis and treatment of meningiomas. *The Lancet Oncology*, 2016; 17(9): e383–e391.
- 4.- Sahm F, Schrimpf D, Olar A, Koelsche C, Reuss D, Bissel J, et al. TERT Promoter Mutations and Risk of Recurrence in Meningioma. *J Natl Cancer Inst.* 2015 Dec 13;108(5):djv377
- 5.- Marosi C, Hassler M, Roessler K, Reni M, Sant M, Mazza E, et al. Meningioma. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2008;67:153–171.
- 6.- Flint-Richter P, Sadetzki S. Genetic predisposition for the development of radiation associated meningioma: an epidemiological study. *Lancet Oncol.* 2007; 8:403–410
- 7.- Saraf S, McCarthy BJ, Villano JL. Update on meningiomas. *Oncologist.* 2011;16:1604–1613.
- 8.- Buerki R.A., Horbinski C.M., Kruser T., Horowitz P.M., James C.D., Lukas R.V. An overview of meningiomas. *Futur. Oncol.* 2018;14:2161–2177.
- 9.- Vernooij MW, Ikram MA, Tanghe HL, et al. Incidental findings on brain MRI in the general population. *N Engl J Med.* 2007;357:1821– 1828
- 10.- Louis DN, Perry A, Reifenberger G, et al. The 2016 World Health Organization classification of tumors of the central nervous system: a summary. *Acta Neuropathol.* 2016;131:803–820.
- 11.- Kshetry VR, Ostrom QT, Kruchko C, et al. Descriptive epidemiology of World Health Organization grades II and III intracranial meningiomas in the United States. *Neuro Oncol.* 2015;17:1166–1173
- 12.- Madhusoodanan S, Opler MG, Moise D, et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies. *Expert Rev Neurother.* 2010;10(10):1529-1536
- 13.- Kaplan HI, Sadock BJ. Mental disorders due to general medical condition. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Synopsis of Psychiatry.* 8th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 1998. p. 350–364.
- 14.- Keschner M, Bender MB, Strauss I. Mental symptoms associated with brain tumors: a study of 530 verified cases. *JAMA.* 1938; 110: 714–718
- 15.- Akan M, Gonenir-Erbay L, Erbay MF, Unal S. Brain tumors and atypical psychiatric symptoms: two case presentations. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2018;31:326-328
- 16.- Frazier CH. Tumor involving the frontal lobe alone: a symptomatic survey of 105 verified cases. *Arch. Neurol. Psychiatry* 1935; 35: 525–571
- 17.- Madhusoodanan S, Danan D, Moise D. Psychiatric manifestations of brain tumors: diagnostic implications. *Expert Rev Neurother.* 2007;7:343–349.
- 18.- Madhusoodanan S, Ting MB, Farah T, et al. Psychiatric aspects of brain tumors: a review. *World J Psychiatry* 2015; 5: 273–285
- 19.- Filley CM, Kleinschmidt-DeMasters BK. Neurobehavioral presenta-

- tions of brain neoplasms. *West J Med.* 1995;163(1):19-25.
- 20.- Price TRP, Goetz KL, Lovell MR. Brain tumors. In: Yudofsky SC, Hales RE, editors. *Clinical Manual of Neuropsychiatry.* Washington; American Psychiatric Press, 2011. P.235–263
- 21.- Moore E, Srivastava AA, Rajaram Manoharan SVR, Hussain N. Mania and psychosis associated with right parietal meningioma. *Int J Psychiatry Med.* 2020;55(2):74-81.
- 22.- Lampl Y, Barak Y, Achiron A, Sarova-Pinchas I. Intracranial meningiomas: correlation of peritumoral edema and psychiatric disturbances. *Psychiatry Res.* 1995;58(2):177-80.
- 23.- Woodward ND, Heckers S. Mapping Thalamocortical Functional Connectivity in Chronic and Early Stages of Psychotic Disorders. *Biol Psychiatry.* 2016;79(12):1016-1025.
- 24.- Kocher R, Linder M, Stula D. Primäre Hirntumoren in der Psychiatrie [Primary brain tumors in psychiatry]. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr.* 1984;135(2):217-227
- 25.- Roberts JK, Lishman WA. The use of the C.A.T. head scanner in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry.* 1984;145:152-158
- 26.- Gupta RK and Kumar R. Benign brain tumors and psychiatric comorbidity: a 5-years retrospective data analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 316–319
- 27.- Kaur D, Ajinkya S, Nabi J, et al. Meningioma masquerading as acute psychosis with symptoms of schizophrenia. *Bombay Hosp Journal* 2012; 54: 316–318
- 28.- Maurice-Williams RS, Dunwoody G. Late diagnosis of frontal meningiomas presenting with psychiatric symptoms. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1988;296:1785-6.
- 29.- Kumar T, Archana K, Carrol TL. Right Temporal Lobe Meningioma presenting as postpartum depression: A case report. *Apollo Medicine .* 2013;10(14):299–301.
- 30.- Dutschke LL, Steinau S, Wiest R, Walther S. Brain tumor- associated psychosis and spirituality—a case report. *Front Psychiatry* 2017; 8:237.
- 31.- Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(1):9-18.
- 32.- Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-736.
- 33.- Schrimpf LA, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis. *Continuum (Minneapolis Minn).* 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):845-860
- 34.- Von Feuchtersleben E. *Lehrbuch der Ärztlichen Seelunde.* Viena, Austria: Gerald Verlag; 1845.
- 35.- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd edition (DSM-II).* Arlington: American Psychiatric Association, 1968.
- 36.- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 37.- Canuet L, Ikezawa K, Ishii R, Aoki Y, Iwase M, Takeda M. Schizophrenia-like psychosis associated with right-parietal meningioma. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2011;23(3):E36
- 38.- Bogerts B, Ashtari M, Degreef G, Alvir JM, Bilder RM, Lieberman JA: Reduced temporal limbic structure volumes on magnetic resonance images in first episode schizophrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging* 1990;35:1–13. }

- 39.- Dauphinais ID, DeLisi LE, Crow TJ, Alexandropoulos K, Colter N, Tuma I, Gershon ES. Reduction in temporal lobe size in siblings with schizophrenia: a magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Res* 1990;35:137-47.
- 40.- Barta PE, Pearlson GD, Powers RE, Richards SS, Tune LE. Auditory hallucinations and smaller superior temporal gyrus volume in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1990;147:1457-62.
- 41.- Shenton ME, Kikinis R, Jolesz FA, Pollak SD, LeMay M, Wible CG, Hokama H, Martin J, Metcalf D, Coleman M, McCarley RW. Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia: a quantitative magnetic resonance imaging study. *N Engl J Med* 1992;327:604-12.
- 42.- Hunter R, Blackwood W, Bull J. Three cases of frontal meningiomas presenting psychiatrically. *Br Med J*. 1968;3:9-16.
- 43.- Cabello-Rangel H, Díaz-Castro L. Frontal lobe syndrome with psychotic symptoms secondary to a giant meningioma in a 38 year old man. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(6):244-252
- 44.- Maia-de-Oliveira P, Brasileiro L, Correia C, Machado-de-Sousa J, Hallak J. Psychotic syndrome secondary to meningioma treated with a low dose of olanzapine *Rev Bras Psiquiatr*. 2015;37:179-180

Correspondencia:
Mauro Medeiro Fuentes
Avenida José Manuel Infante 553,
Providencia.
Código Postal: 7500691
m.medeiro87@gmail.com
+56987152895