

CISTO DERMOIDE CRANIANO INTRADIPLOICO

REGISTRO DE UM CASO

LAMARTINE C. DE MORAES JUNIOR *
ELIANA C.F.O. WANDERLEY **
ANTONIO MONTINI ***
MARILDA HASEGAWA ***

Tumores dermóides e epidermóides do crânio são raros. Sua localização intradiplóica é mais rara ainda, sendo encontrados nas regiões supra-orbitária, temporal anterior e também, do vértex ^{2,3,7,8,9}. O cisto dermóide é tumor constituído de tecidos derivados do ecto e mesoderma, localizando-se preferencialmente nas linhas de fechamento das fissuras embrionárias primitivas. Costuma situar-se superficialmente sob as camadas cutâneas e subcutâneas mas, pode localizar-se em cavidades orgânicas. Geralmente situa-se na linha mediana na região sacrococcígea, podendo contudo situar-se nas faces laterais do pescoço, cauda dos supercílios, ducto tireoglossos e outros locais ^{2,5,7,8}. Os tumores dermóides diferem da variedade epidermóide pela presença adicional de elementos mesodérmicos e glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. O cisto dermóide contém frequentemente cabelos e tem aparência mais amarelada devido à presença de secreções sebáceas ³.

Constitui propósito deste registro apresentar caso de cisto dermóide intradiplóico.

OBSERVAÇÃO

M.C.B., paciente branca, registro 30708, natural e procedente de Londrina, com 1 ano e 9 meses de idade, trazida para consulta em março de 1977, com queixa de crises convulsivas há cerca de três meses, do tipo focal à direita. Tendo procurado facultativo, realizou eletrencefalograma (EEG) que mostrou atividade irritativa difusa. Foi medicada com barbitúricos em baixas doses. As crises voltaram a se repetir por mais duas vezes apesar de estar a medicação sendo seguida de acordo com a orientação inicial. Como antecedentes apresentava: história de icterícia neonatal por incompatibilidade sanguínea materno-fetal; nasceu de parto normal a termo, sendo a última filha de uma prole de 4; o desenvolvimento neuropsicomotor foi normal. *Exame neurológico* — Apresentou apenas assimetria reflexa profunda em membros inferiores (reflexos vivos à direita). *Exames complementares* — EEG: atividade irritativa com moderado sofrimento cerebral na região parieto-temporal esquerda; líquido cefalorraqueano por punção sub-occipital: normal; RX do crânio: lesão osteolítica frontal direita, uniforme, de características circula-

Trabalho realizado na Santa Casa e Neuroclínica de Londrina: * Neurocirurgião; ** Neuropediatra; *** Médico residente.

res, bordas regulares de aproximadamente dois centímetros de diâmetro, sugerindo granuloma eosinófilo (Fig. 1); angiografia cerebral pela carótida: sem sinais de processos expansivos intracranianos e/ou malformações vasculares. Com esses dados, a paciente foi submetida a biópsia com finalidade diagnóstica (18-maio-1977). Durante o ato operatório observou-se tratar-se de cisto dermóide intradiploico, sem expansão extra e intracraniana, com presença de material amorfo amarelecido e presença de fios de cabelos enrolados no material retirado, tendo sido curetadas as bordas ósseas, aparentemente normais (Fig. 2). O exame histológico do material mostrou tratar-se de cisto dermóide. *Evolução*: pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta 4 dias após, com exame neurológico normal; medicada com Comital (1,5 compr. ao dia), voltou para controle e retirada de pontos cirúrgicos no sétimo dia de pós-operatório. Nos 4 meses seguintes, em que foi sub-

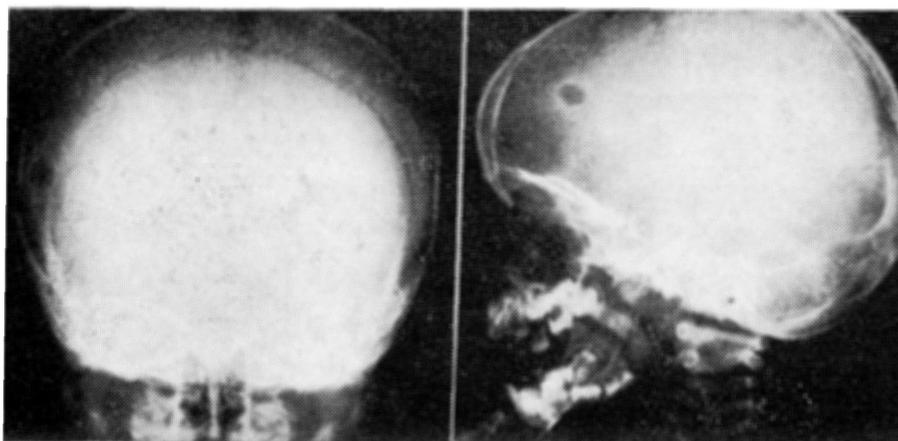


Fig. 1 — Craniograma simples nas incidências de frente e perfil, mostrando lesão osteolítica, de contornos definidos e arredondados, de diâmetro aproximado de 2 cm, com projeção na região frontal direita.

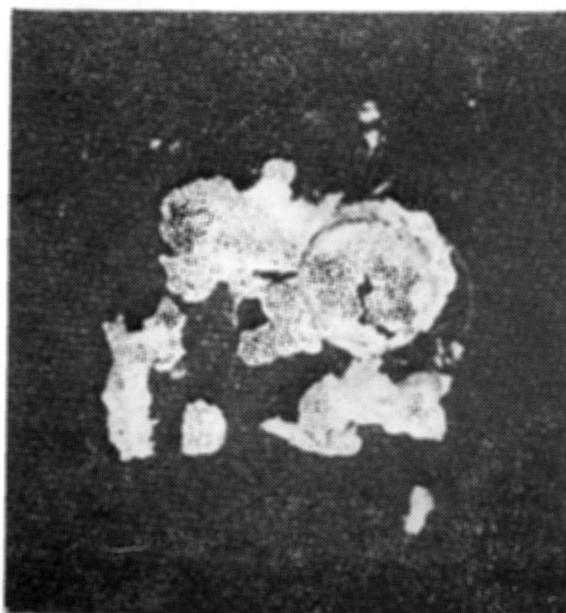


Fig. 2 — Peça cirúrgica do tumor dermóide e fragmentos ósseos após craniectomia ao nível da lesão, com presença de material amorfo e fios de cabelo no cisto.

metida a acompanhamento clínico em ambulatório, não apresentou intercorrências. O anticonvulsivante foi mantido e o EEG de controle estava normal; o RX de controle mostrava sinais da craniectomia realizada. Após 5 anos, a paciente veio para novo controle clínico, estando assintomática e referindo não ter mais apresentado crises convulsivas, além de ter deixado de tomar a medicação por conta própria há cerca de 8 meses. Nessa ocasião foi realizado EEG e RX de crânio, que foram normais. Atualmente encontra-se sem medicação.

COMENTARIOS

Os cistos dermóides diplóicos são menos comuns que os tumores epidermóides e tendem, geralmente, a ser maiores^{3,8,9}. Segundo Canale e col. foi Muller, em 1858, quem descreveu pela primeira vez um caso de tumor epidermóide craniano, ao qual deu o nome de colesteatoma, pelas suas características histológicas³. A denominação não é considerada correta pela maioria dos autores. Esmarch, em 1956, citado pelos mesmos autores, foi quem tratou cirurgicamente pela primeira vez esse tipo de tumor³. Pereira e col. descreveram dois casos de cistos dermóides do bregma cujo diagnóstico inicial foi de meningoencefalocèle⁷. No caso que estamos apresentando, diagnóstico de cisto dermóide foi feito no ato cirúrgico e comprovado pelo exame histopatológico. Os dados clínicos e resultados de exames pré-operatórios em nenhum momento sugeriram a patologia encontrada. Frequentemente, quando os cistos dermóides ocorrem no segmento craniano, eles invadem a cavidade determinando sinais e sintomas neurológicos, além de lesões no conteúdo intracraniano, o que não ocorreu no presente relato^{1,6,9}. As alterações radiológicas simples podem sugerir o diagnóstico de tumor dermóide. A angiografia cerebral costuma ser normal desde que não ocorra expansão intracraniana, como em nosso caso. Embora a radiologia simples não tenha auxiliado no diagnóstico etiológico foi, contudo, de grande valia ao evidenciar a lesão craniana existente^{4,5,7,9}. A sintomatologia mais comumente referida pelos pacientes com esses tumores é a cefaléia; convulsões ocasionalmente focais têm sido notadas. No presente registro, o quadro convulsivo foi o que determinou as investigações, sendo que a sintomatologia clínica não condizia com o achado radiológico^{1,6,9}. O tratamento dessas lesões é sempre cirúrgico. Em virtude do freqüente envolvimento dos seios venosos, cuidados e estudos prévios devem ser estabelecidos. A curetagem e, às vezes, craniectomia das margens ósseas que envolvem o cisto devem ser realizadas, visto que existem frequentemente infecções pericísticas. Não só o resultado como o prognóstico, com características benignas, são critérios altamente recomendáveis para instituição da terapêutica intervencionista^{5,6,7}. Como em nosso caso — que coincide com os dados e informações de literatura — a resolução do problema em caráter definitivo, permite indicar sempre o tratamento cirúrgico, respeitando critérios ditados pela localização do processo. O fato de ser intraósseo o tumor encontrado, sem expansão tanto intra como extracraniana, torna ainda mais interessante, pela raridade, o presente relato. É de destacar ainda a dificuldade diagnóstica, só estabelecida ao ato cirúrgico.

RESUMO

Relato de caso de cisto dermóide craniano intradiplóico. É ressaltado o aspecto diagnóstico e o procedimento cirúrgico que permitiu caracterizar a natureza do tumor. Destacando a benignidade do processo, a apresentação do caso é justificada pela respectiva raridade.

SUMMARY

Intradiploic dermoid cyst of the skull: a case report.

A case of intradiploic dermoid cyst of the skull in a female child with seizures is reported. The authors emphasize diagnostic aspects and the surgical procedure. The characteristics of the tumor were cleared at the surgical procedure, and its nature was confirmed by histological examination. The importance of the skull biopsy when radiological aspects are not definite and the benign characteristics of the process are discussed. Good results of surgical treatment and the infrequency of the tumor justify the report.

REFERÊNCIAS

1. BRAY P.F. — Neurological Pediatrics. Yearbook Med. Publ., Chicago, 1969. pág. 276.
2. BOYD, W. — Compêndio de Patologia Geral e de Anatomia Patológica. Trad. por Torres, C.M. & Azevedo, A.P. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1954, pg. 83.
3. CANALE, D.J.; CLARKE, H.A.; PAK Y.H. & BURTON, W.D. — Giant primary intradiploic epidermoid tumor of the skull: case report. Surg. Neurol. 2:51, 1974.
4. GLASAUER, F.E.; LEY, L.F. & AUCHTERLONIE, W.C. — Congenital inclusion dermoid cyst of the anterior fontanel. J. Neurosurg. 48:274, 1978.
5. LONG, D.M.; KIEFFER, S.A. & CHOU, S.N. — Tumorous lesions of the skull. In Youmans, J.R. (ed.): Neurological Surgery 3:1231, W.B. Saunders, Philadelphia, 1973.
6. MATSON, D.D. — Neurosurgery of Infancy and Childhood. Charles C. Thomas, Springfield, 1969, pg. 607.
7. PEREIRA, W.C.; ANDRADE, A.F. & LOPES, P.G. — Cisto dermóide na região do bregma. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 27:349, 1969.
8. TOCLIA, J.U.; NETSKY, M.G. & ALEXANDER, E. Jr. — Epithelial (epidermoid) tumors of the cranium. Their common nature and pathogenesis. J. Neurosurg. 23:384, 1965.
9. TAN, T.I. — Cisto dermóide intracerebral. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 34:104, 1971.