

MENINGEOMA DE FOSSA POSTERIOR COM EXPANSÃO EXTRACRANIANA EM CRIANÇA

REGISTRO DE UM CASO

LAMARTINE CORRÊA DE MORAES JR. *

ELIANA C. F. O. WANDERLEY **

WANDER MIGUEL TAMBURUS *

FAHD HADDAD *

APARECIDO JOSÉ DE ANDRADE ***

Meningeomas em crianças são raros. Mendiratta e col.⁷, em revisão de 2.620 tumores encontraram apenas 1,5% de meningeomas. Cooper e Dohn acharam somente 7 casos, nenhum deles com localização na fossa posterior, em levantamento realizado no período de 1960 a 1973 no Departamento de Neurocirurgia da Cleveland Clinic³. Bodian e Lawson², em 129 casos de tumores do sistema nervoso central (SNC) em crianças, encontraram apenas 5 casos de meningeoma. A localização dos meningeomas na fossa posterior em crianças é mais incomum ainda, principalmente aqueles com acometimento ósseo e projeção extracraniana^{1, 4, 8, 9, 11}.

Constitui propósito deste trabalho a apresentação de caso de tumor de fossa posterior em criança, com expansão extracraniana.

OBSERVAÇÃO

E.O.S., paciente branca, com 3 anos de idade, registro 79723, procedente de Cambé-PR, procurou o serviço em 21-01-1981 por estar apresentando episódios de cefaléia e vômitos desde há 3 dias, sem melhora com tratamento sintomático, além de estar sendo observada, pela mãe, crescimento de massa tumoral na região posterior da cabeça desde há 2 anos aproximadamente. *Exame Clínico-Neurológico* — consciente, sonolenta, desidratada, sem déficits motores, ataxia global com discreto predomínio à esquerda, reflexos profundos universalmente vivos e simétricos, reflexos cutâneos superficiais presentes e simétricos; fundoscopia: papiledema bilateralmente; sinal de pote rachado à percussão do crânio; tumoração de grande volume na região occipital, arredondada, dura, indolor à palpação, com projeção extracraniana, em linha média, medindo aproximadamente 12 cm no diâmetro horizontal e 10,5 cm no diâmetro vertical (Fig. 1). *Exames complementares* — hemograma, urina, glicemia, uréia, creatinina e RX de tórax

Trabalho realizado no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Setor de Neurologia e Neurocirurgia, C.C.S., Universidade Estadual de Londrina: * Neurocirurgião; ** Neuropediatra; *** Médico Estagiário.

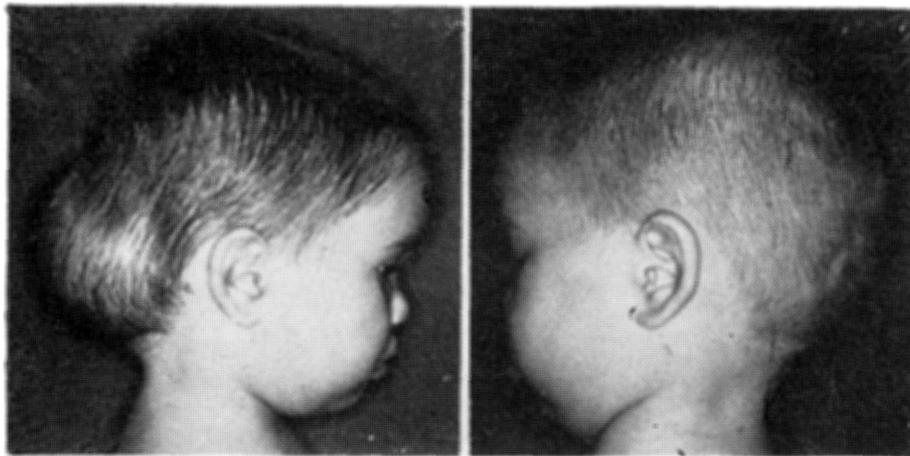


Fig. 1 — Caso E.O.S. - À esquerda, perfil mostrando processo expansivo de fossa posterior, com expansão extra craniana, medindo aproximadamente 12 cm no diâmetro horizontal de 10,5 cm no diâmetro vertical. À direita, após a cirurgia.

normais. Eletrencefalograma (EEG): lentificação difusa, com predomínio em áreas posteriores. RX de crânio: disjunção de suturas, com imagem tumoral na região occipital, de projeção extracraniana, com lesão osteolítica, sugerindo cisto ósseo aneurismático (Fig. 2). Angiografia cerebral por injeção retrógrada pela artéria braquial

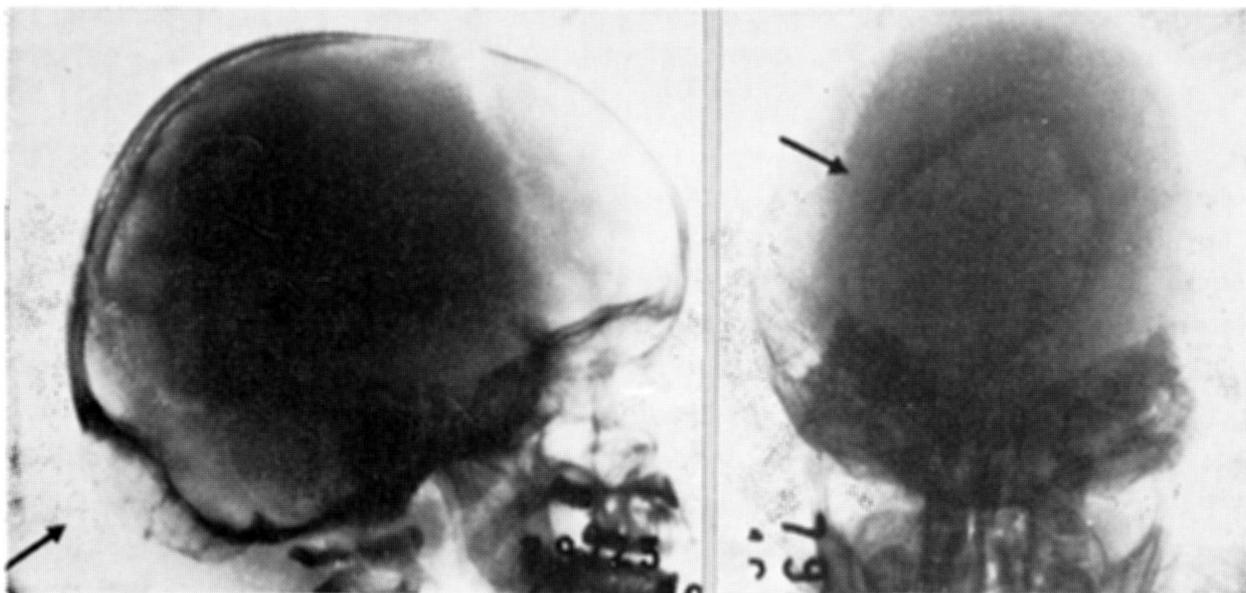


Fig. 2 — Caso E.O.S. - RX de crânio (incidências de perfil e de Towne) mostrando disjunção de suturas e imagem tumoral com lesões osteolíticas em concha, na região occipital, com projeção extracraniana.

direita (29-01-81): sinais indiretos de dilatação ventricular no sistema carotídeo; deslocamento da artéria basilar no sentido anterior com elevação da artéria cerebral posterior esquerda e dissociação do sistema vascular posterior, no estudo do sistema vértebro-

-basilar. *Intervenção cirúrgica (02-02-81)* — submetida a craniectomia de fossa posterior, observou-se massa tumoral endurecida, consistente, de cor amarelo-parda, com projeção extracraniana, logo abaixo dos grupos musculares cervicais posteriores, envolvida por tênue camada de tecido ósseo, o qual foi retirado em fragmentos, evidenciando expansão intracraniana com destruição parcial da duramáter, invadindo e deslocando os hemisférios cerebelares através da linha média, com acometimento parcial do vermis cerebelar, além de ocupar grande parte do IV ventrículo, o qual se achava anteriormente deslocado e dilatado. A excisão do tumor foi completa, em fragmentos (Fig. 3), permitindo imediatamente a permeabilidade do aqueduto e conseqüente restau-

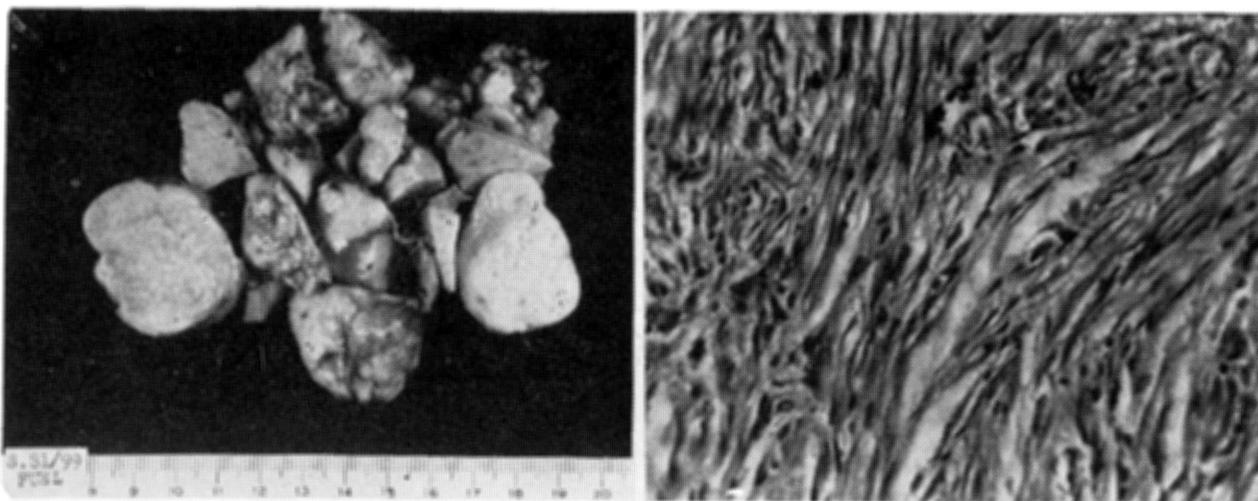


Fig. 3 — Caso E.O.S. - À esquerda, fragmentos do tumor da fossa posterior após excisão completa. À direita, exame histológico do tumor mostrando tratar-se de meningeoma fibroblástico (H.E.; 200 X).

ração do fluxo do líquido cefalorraqueano (LCR). *Evolução* — a evolução foi satisfatória (Fig. 1), apresentando pequenas intercorrências do tipo infeccioso pulmonar, tratadas com antibióticos, além de fistula de LCR no 9º dia pós-operatório, que foi fechada através de sutura com mononylon 000 sob anestesia local. Recebeu alta hospitalar em 20-02-81, fazendo uso de dexametasona em dose decrescente e antibióticos por via oral devido ao quadro pulmonar em regressão. O primeiro controle em ambulatório ocorreu 19 dias após a alta hospitalar, sendo constatada presença de cisto de LCR na região occipital. Foi reinternada e submetida a tratamento cirúrgico do cisto, com plástica de duramáter (04-03-81) tendo boa evolução. Recebeu nova alta hospitalar em 25-03-81, tendo sido acompanhada em ambulatório, não apresentando intercorrências. A última revisão ambulatorial, realizada em 24-11-82, mostrava a paciente em boas condições gerais, sem recidiva do processo, assintomática e sem medicações. A fundoscopia revelou papilas normais, o quadro de ataxia havia desaparecido por completo. RX de crânio de controle só mostrava sinais de craniectomia realizada na fossa posterior, com as suturas cranianas já aproximadas. O exame histopatológico do tumor mostrou tratar-se de meningeoma do tipo fibroblástico (Fig. 3).

COMENTARIOS

Os meningeomas, geralmente, são tumores com características histológicas benignas. Acometem mais frequentemente pessoas adultas do sexo feminino, em torno da terceira e quarta décadas da vida. Sua incidência em crianças é rara ^{1, 4, 8}. A localização na fossa posterior torna ainda mais incomum o processo. O envolvimento ósseo pelo tumor pode ocorrer, contudo a projeção extracraniana é infrequente ^{1, 4, 5, 8, 11}. Em nosso caso observamos a presença de massa tumoral de grande volume, com expansão extracraniana além de comprometimento de estruturas intracranianas na fossa posterior, o que deve ter contribuído para o aparecimento do quadro de hipertensão intracraniana desenvolvido pela paciente. As características benignas da patologia permitiram que o tumor alcançasse grande volume, com crescimento lento, demorando para apresentar o quadro neurológico citado. O crescimento extracraniano também influi na demora do aparecimento dos sinais clínicos e neurológicos. Zoltan ¹¹, em série de 37 pacientes observados durante o período de 20 anos, encontrou apenas um paciente com idade inferior a 10 anos, com meningeoma localizado ao nível do forâmen magno, sem expansão intracraniana. Porras ⁹, relatou um caso de meningeoma do forâmen magno em uma criança do sexo masculino, com 8 anos de idade, o qual não apresentava projeção extracraniana nem mesmo envolvimento ósseo. Abraham e Chandy ¹, apresentaram um caso de meningeoma de fossa posterior sem envolvimento da duramáter em paciente com 40 anos de idade. Gannon, relatou um caso de meningeoma de fossa posterior em criança, cuja característica radiológica era calcificação. O mesmo autor, cita que Olivecrona, em uma série de 4.185 casos de tumores cerebrais, observou apenas 68 meningeomas com localização na fossa posterior ⁴. Observamos assim, que além de ser rara a localização na fossa posterior, os meningeomas em crianças, nesse local, são mais infrequentes ainda. Lecuire e col. ⁵, encontraram apenas 1,7% dos casos de tumores na infância com essa localização. Apenas o caso relatado por Mendiratta e col. ocorreu em paciente de faixa etária inferior a do nosso relato; os mesmos autores consideraram como meningeoma congênito o referido registro ⁷. Alguns autores acreditam que as dificuldades diagnósticas sejam pelo crescimento lento do tumor, além das respectivas características histológicas, bem como a pouca freqüência com que ocorre em idades inferiores à segunda década de vida ^{2, 4, 5, 9}. No presente registro, acreditamos que o crescimento volumoso da massa tumoral para fora da caixa craniana tenha chamado a atenção dos familiares com relação à patologia. Contudo, recursos só foram procurados por eles quando os sinais clínicos de hipertensão intracraniana começaram a aparecer.

O diagnóstico definitivo da patologia encontrada só foi possível após a intervenção cirúrgica, com o estudo histológico da peça. O diagnóstico radiológico inicial foi de cisto ósseo aneurismático o qual, segundo Steimlé e col. ¹⁰, pode demonstrar ao RX, erosões ósseas com imagem calcificada em concha na duramáter. Ressaltamos que outros diagnósticos diferenciais com patologias ósseas cranianas devem ser lembradas, tais como: osteomas e sarcomas ⁸. O estudo angiográfico intracraniano, bem como a utilização de exames neurorradiológicos

para estudo das cavidades ventriculares podem se fazer necessários⁵. No caso que ora apresentamos, realizamos apenas a angiografia cerebral com estudo do sistema carotídeo e vertebrobasilar, os quais foram suficientes para demonstrar comprometimento intracraniano do tumor. O craniograma simples foi de grande valia para localização do processo, embora não tenha definido sua natureza. O EEG foi de pouca valia e o exame do LCR não foi realizado, respeitando-se o quadro de hipertensão intracraniana da paciente.

O tratamento preconizado foi a cirurgia com abordagem direta do tumor, sendo que o ato operatório foi suficiente para definir que não se tratava de cisto ósseo aneurismático, de acordo com o diagnóstico inicial. A utilização de dexametasona no pós-operatório, além de antibióticos devido à complicação infecciosa apresentada, foram medidas auxiliares de grande valia. Vários autores preconizam ser o tratamento cirúrgico a medida segura e definitiva para o processo^{6, 8}. Nosso caso obedeceu a frequência e os dados de literatura quanto ao resultado terapêutico. O aparecimento de fistula de LCR, e posteriormente, a presença de formação de cisto de LCR na fossa posterior, são complicações eventuais que podem ocorrer e que podem com certa frequência ser evitadas, principalmente naqueles casos em que não há comprometimento da duramáter. O prognóstico costuma ser bom em qualquer das circunstâncias^{3, 6, 8, 9}.

Contrariando as informações da literatura, segundo as quais os meningeomas ectópicos costumam ter características histológicas do tipo psamomatoso, nosso caso apresentou características próprias ao tipo fibroblástico⁸. O resultado obtido e a raridade em que eles ocorrem, permitem recomendar sempre a terapêutica cirúrgica para essa patologia.

RESUMO

Os autores relatam caso de meningeoma de fossa posterior com projeção extracraniana em criança de 3 anos de idade, submetido a terapêutica cirúrgica com boa evolução e remissão completa dos sinais e sintomas neurológicos apresentados. A raridade do tipo e localização do tumor nessa faixa etária justificam a apresentação e registro do caso.

SUMMARY

Posterior fossa meningeoma with extracranial projection in a child: a case report.

A case of posterior fossa meningeoma with extracranial projection in a three years old female child is reported. The rarity of the process, its localization and the age group committed are emphasized. The radiological findings first suggesting an aneurismatic bone cyst like are commented. The surgical treatment with a posterior fossa approach and good results observed as well as the rarity of this pathology justify the report.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHAM, J. & CHANDY, J. — Meningiomas of the posterior fossa without dural attachment. A case report. *J. Neurosurg.* 20:177, 1963.
2. BODIAN, M. & LAWSON, D. — Intracranial neoplastic diseases of childhood. A description of their natural history based on a clinical-pathological study of 129 cases. *Brit. J. Surg.* 40:368, 1953.
3. COOPER, M. & DOHN, D.F. — Intracranial meningiomas in childhood. *Cleveland Clin. Quart.* 41:197, 1974.
4. GANNON, W.E. — Meningioma of the posterior fossa in a child. *Amer. J. Roentg.* 86:456, 1961.
5. LECUIRE, J.; LAPRAS, C.; TOMASI, M. & TUSINI, G. — Les méningiomes sustentoriels de l'enfant. Considerations anatomo-cliniques et histopathologiques à propos de 6 observations. *Neuro-Chir.* 6:147, 1960.
6. LEIBEL, S.A.; WARA, W.M.; SHELINE, G.E.; TOWNSEND, J.J. & BOLDREY, E.B. — The treatment of meningiomas in childhood. *Cancer* 37:2709, 1976.
7. MENDIRATTA, S.S.; ROSENBLUM, J.A. & STROBOS, R.J. — Congenital meningioma. *Neurology (Minneapolis)*, 17:914, 1967.
8. MORAES JR., L.C.; HADDAD, F.; MACIEL, D.R.K.; RIBEIRO, J.I.C.; WANDERLEY, E.C.F.O. & PASSOS, E.M. — Meningioma ectópico do calvário: registro de um caso. *Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo)* 40:179, 1982.
9. PORRAS, C.L. — Meningioma in the foramen magnum in a boy aged 8 years. *J. Neurosurg.* 20:167, 1963.
10. STEIMLÉ, R.; PAGEAUT, G.; GEHIN, Ph. & TROPET, Y. — Kyste aneurismal de l'occipital. *Acta neurochir.* 30:139, 1974.
11. ZOLTAN, L. — Die Tumoren in Foramen occipitale magnum — *Acta neurochir.* 30:217, 1974.

Av. Bandeirantes, 476 - 86100, Londrina, PR - Brasil.