

HEMANGIOMA DO CAVUM DE MECKEL

REGISTRO DE CASO

JOSÉ EDUARDO DE ANDRADE LOPES *

RESUMO — É relatado um caso de hemangioma capilar localizado no cavum de Meckel. O autor chama a atenção para a raridade da lesão, sua sintomatologia e alterações radiológicas.

Meckel's cave haemangioma: report of a case.

SUMMARY — A case of haemangioma of Meckel's cave is reported. The rarity of the lesion is focused, as well as its symptomatology and the radiologic changes.

Os hemangiomas, hamartomas, são tumores vasculares de caráter benigno, considerados malformações congênitas. Segundo Russel e Rubinstein, em várias séries catalogadas, os tumores vasculares compreendem de 1,1 a 2,4% dos tumores intracranianos, com preferência pelo sexo masculino¹¹. O caso que a seguir se descreve é de hemangioma capilar localizado no cavum de Meckel. Foram descritos na literatura apenas três casos de hemangioma com esta localização¹.

OBSERVAÇÃO

CMM, paciente do sexo feminino, com 33 anos de idade, internada por apresentar há 4 meses dor facial à direita (D) de início insidioso, progredindo de intensidade. Neste intervalo de tempo foi medicada com carbamazepina, após suspeita de neuralgia do trigêmio. Posteriormente, com diagnóstico de luxação de articulação têmporo-mandibular, submeteu-se a cirurgia buco-maxilo-facial, com retirada de côndilo da mandíbula, sem resposta satisfatória. Posteriormente (janeiro de 1983), associada à dor facial ocorreu desvio da rima bucal para a esquerda, dificuldade para ocluir a pálpebra D, para deglutir e anestesia da orofaringe. Exame clínico geral, sem particularidades. Exame neurológico normal, exceto à D: anestesia da hemiface e do terço anterior do couro cabeludo; reflexo córneo-palpebral ausente; paralisia facial periférica; estrabismo convergente e reflexo velo-palatino e nauseoso abolidos. Tomografia computadorizada de crânio (TC) mostrou área captante de contraste para-selar D, na fossa temporal (Fig. 1). Angiografia de carótida D e vertebral mostrou área de vascularização anômala em região retro-selar. Submetida a craniotomia, com acesso subtemporal extradural ao cavum de Meckel, encontrou-se tumoração de coloração vinhosa, consistência firme, extraída em fragmentos. O exame anátomo-patológico revelou: tecido neoplásico de aspecto benigno, moderadamente celular, constituído de abundantes vasos capilares, contendo hemácias e revestidos por endotélio levemente hiperplásico, de permeio a estroma conjuntivo; não há atipia celular; a impregnação argêntica para reticulina evidencia abundantes fibrilas argirófilas em torno dos vasos; diagnóstico: hemangioma capilar (Fig. 2). Recebeu alta no sexto dia de pós-operatório sem qualquer queixa de dor, apresentando paralisia facial periférica e comprometimento do V e VI nervos. Em avaliações feitas posteriormente notou-se apenas hipoestesia de hemiface D, discreta diminuição da excursão lateral do globo ocular D e facial íntegro.

* Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Itapira (SCMI).

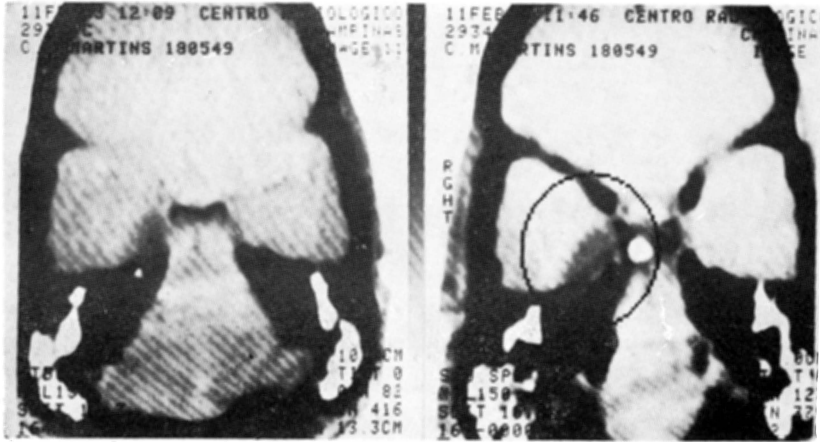


Fig. — 1 Caso CMM: tomografia computadorizada do crânio.

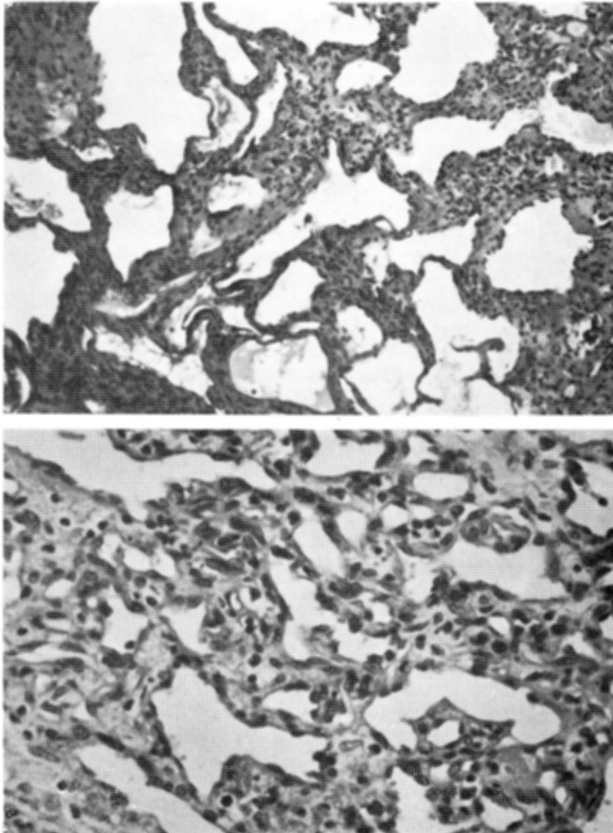


Fig. 2 — Caso CMM: aspectos histopatológicos do hemangioma.

COMENTÁRIOS

Os tumores primitivos do gânglio de Gasser são extremamente raros. Ver Bruggen, após 180 operações para neuralgia do trigêmio, havia encontrado apenas 4 casos de tumor. Desses, apenas dois haviam sido diagnosticados previamente. Frazier, apud Bruggen, em 300 operações para neuralgia do trigêmio encontrou apenas três casos de tumor desta região¹⁵. Meningeomas, neurofibromas, gliomas, ganglioneuromas, adamantinomas e metástases de carcinomas são os tipos histológicos mais frequentemente descritos. Aneurismas da artéria carótida interna podem também causar sintomas similares a estes tumores. Mais raros ainda são os tumores vasculares desta região⁴.

Nos casos descritos na literatura a dor é o sintoma proeminente. Geralmente de forte intensidade, de início insidioso, pode comprometer total ou parcialmente a área innervada pelo trigêmio. Pode, em algumas ocasiões, ser precedida por hipoestesia². Krayenbuhl destaca que a dor ocorre quando o gânglio está primariamente envolvido, estando ausente quando o tumor é originário do nervo⁶. Em alguns casos a dor pode ser confundida com doença da articulação têmporo mandibular, causada por má oclusão dentária¹⁵. Outros sintomas comumente descritos são: diminuição do reflexo córneo palpebral; diminuição da força do músculo masséter, com desvio da mandíbula à abertura da boca; paralisia do III nervo, com ptose, anisocoria e desvio lateral do globo ocular, perda da visão por compressão direta do nervo óptico; paralisia do palato e das cordas vocais^{3,4,7,8,13,16}. Segundo Nijensohn e col. a presença da lesão de outros nervos cranianos além do V, provocada por meningeomas, é de mau prognóstico, sugerindo malignidade e a recidiva do tumor e da dor⁹. Em muitas ocasiões chega a ser impossível a distinção clínica entre um neurinoma do acústico e um tumor do trigêmio, já que os mesmos sinais e sintomas podem aparecer tanto numa como noutra patologia⁴.

Apesar da raridade dos tumores da região do cavum de Meckel, as alterações radiológicas por eles produzidas são bastante conhecidas. É necessário, contudo, estudo radiológico dirigido e bem cuidadoso para detectar anormalidades. Na radiografia simples podemos encontrar erosão com alargamento da fissura têmporo esfenoidal, bem como erosão do forame infraorbitário, fissura orbitária inferior e do forame rotundus. Estes forames são melhor visualizados na projeção de Waters^{4,14}. A erosão da ponta do rochedo pode acontecer mesmo quando não houver extensão do tumor para a fossa posterior¹². As alterações na angiografia cerebral consistem em deslocamento medial e para baixo da porção cavernosa da artéria carótida interna e estiramento do sifão carotídeo. Podem também ser vistos vasos anômalos originários da artéria carótida, especialmente quando se usa técnica de subtração de imagens. Entretanto, é com a TC que se faz o diagnóstico com maior precisão e eficiência, principalmente quando o estudo é dirigido para a fossa média, com cortes sagital e coronal. Em lesões pequenas, com diâmetro inferior a 1,0cm, o estudo dirigido para o forame oval, com cortes de 5mm ou ainda menores, demonstra lesões que normalmente não apareceriam nos estudos convencionais^{5,10,12}.

Apesar da raridade de tumores nesta localização, sua presença deve ser sempre lembrada se não houver melhora da dor facial quando se suspeita de neuralgia essencial do trigêmio ou doença da articulação têmporo-mandibular.

REFERÊNCIAS

1. Agozzino L, Giordona MT, Mignini R, Moraci A — Angioma del ganglio di Gasser: considerazioni morfologiche ed istogenetiche su di un caso. Riv Neurol 51:287, 1981.
2. Cohen I — Tumors involving the gasserian ganglion. J Nerv Ment Dis 78:492, 1933.
3. Comninos S — Das Neurinom des Ganglion Gasserii und des Trigeminierven im Kindesalter. Arch Psych Nervenkr 230:171, 1981.
4. Cuneo HM, Rand CW — Tumor of the left gasserian ganglion associated with enlargement of the mandibular nerve. J Neurosurg 9:423, 1952.
5. Currie J, Lubin JH, Lessel S — Chronic isolated abducens paresis from tumors at the base of the brain. Arch Neurol 40:226, 1983.

6. Krayenbuhl H — Primary tumors of the root of the fifth cranial nerves: their distinction from tumors of the Gasserian ganglions. *Brain* 59:337, 1936.
7. Love JG, Woltman HW — Trigeminal neuralgia and tumors of the gasserian ganglion. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 17:490, 1942.
8. McDonald NI — Neurological signs in orbital disease. *Trans Ophthalm Soc UK* 39:229, 1979.
9. Nijensohn DE, Araujo JC, MacCarty CS — Meningeomas of Meckel's cave. *J Neurosurgery* 43:197, 1975.
10. Noyek AM, Kassel EE, Wortzman G, Jazrawy H, Holgate RC — Clinically directed CT in occult disease of the skull base involving foramen ovale. *Laryngoscope* 92:1021, 1982.
11. Russel DS, Rubinstein LJ — Pathology of tumours of the nervous system. Williams and Wilkins, Baltimore, 1977.
12. Schubiger O, Valavanis A, Hayer J, Dabir K — Neuroma of the cavernous sinus. *Surg Neurol* 13:313, 1980.
13. Shelden WD — Tumors involving the gasserian ganglion. *JAMA* 77:700, 1921.
14. Trobe JD, Hood CI, Parsons JT, Quisling RG — Intracranial spread of squamous carcinoma along the trigeminal nerve. *Arch Ophthalmol* 100:608, 1982.
15. Ver Bruggen A — Paragasserian tumours. *J Neurosurg* 9:451, 1952.
16. Verger H, Grenier de Cardenac H — Nevralgie faciale et tumeur du ganglion de Gasser. *Rev Neurol (Paris)* 13:704, 1905.
17. Vidovzky T, Benoist G — Comparative study of trigeminal neurinomas and parasellar meningeomas. *Acta Neurochir* 28 (suppl):397, 1979.