

ANGIOLIPOMA EPIDURAL TORÁCICO

RELATO DE CASO

*ROQUE JOSÉ BALBO**, *JOÃO FLÁVIO MATTOS ARAÚJO***, *CARLOS ALBERTO MORASSI MELRO***,
*MARIA GRACIA IAFIGLIOLA****, *FRANK ROBERTO VALVASSORE****

RESUMO - Angiolipomas da coluna vertebral constituem neoplasias raras (40 casos descritos na literatura). Em sua maioria, estes tumores são epidurais, apresentam características benignas, contendo elementos vasculares e elementos adiposos maduros. A sintomatologia é inespecífica, mas a tomografia computadorizada e principalmente a ressonância eletromagnética permitem fazer o diagnóstico com precisão, como exemplifica o caso relatado.

PALAVRAS-CHAVE: angiolipoma, angiolipoma epidural, tumor espinhal.

Thoracic epidural angiolipoma: case report

SUMMARY - Angiolipomas of the spine are rare (40 cases in the literature). When they are intraspinal, these masses are epidural in more than 90 % of the cases. Angiolipomas are benign tumors containing vascular and mature adipose elements. The clinical symptomatology is non specific, but computed tomography and mostly MRI provide a precise diagnosis. With one additional case and a review of the literature, we define the main characteristics of these tumors.

KEY WORDS: angiolipoma, epidural angiolipoma, spinal cord tumor.

Angiolipomas epidurais constituem neoplasias raras, benignas, podendo ou não infiltrar tecido ósseo adjacente. Localizam-se no espaço epidural, podendo levar a compressão medular, por vezes de rápida evolução. Na maioria dos casos o tumor é totalmente removido através de laminectomia. Casos com infiltração óssea exigem terapêutica cirúrgica apropriada.

Neste artigo relatamos um caso de angiolipoma da coluna torácica e discutimos as principais características desta neoplasia.

RELATO DO CASO

VM, 41 anos, masculino, apresentando há quatro meses diminuição progressiva da força muscular, sensações parastésicas nos membros inferiores e dificuldade para iniciar a micção. Ao exame neurológico encontramos paraparesia crural com sinais piramidais, alterações das sensibilidades superficiais a nível de T-9/T-10 e alterações das sensibilidades profundas em membros inferiores. Realizada mielotomografia da coluna torácica, que evidenciou processo expansivo bloqueando totalmente o canal raquidiano a nível de T-6/T-7, sem

Departamento de Neuro-Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Departamento de Neurologia do Hospital Vera Cruz: *Professor Adjunto; **Neurocirurgião; ***Médico Residente. Aceite: 24-março-1995.

Dr. João Flávio Mattos Araújo - Departamento de Neurologia, Hospital Vera Cruz - Avenida Andrade Neves 402 - 13013-900 Campinas SP - Brasil.

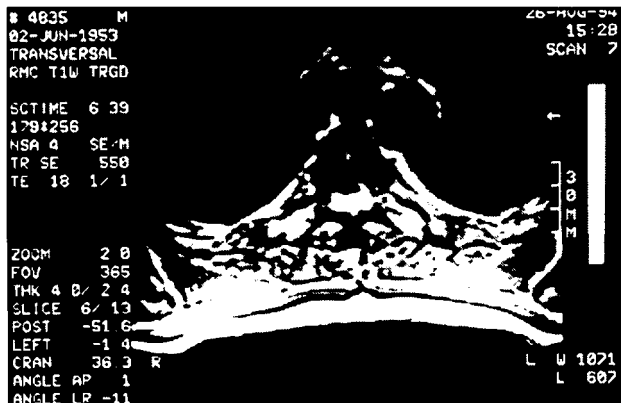


Fig 1. Lesão hiperintensa em corte transversal em T-1 /I, situada na região dorsal.

vasculares e elementos adiposos maduros^{5,8,9}. Segundo Lin e Lin³, presença de formação tumoral evidente com ou sem cápsula, evidência microscópica de células adiposas maduras como a população celular predominante (ao menos 50 % das células) e evidência microscópica de proliferação angiomatosa no interior do tumor, constituem os critérios para o diagnóstico desta neoplasia benigna.

Na literatura, são relatados 40 casos de angioliopomas epidurais, sendo a maioria não infiltrante^{2,9,10}. A frequência deste tumor é estimada em 0,14 % entre todos os tumores medulares epidurais^{2,9,10}. Incide igualmente em ambos os sexos, sendo 40 anos a média de idade dos pacientes no momento do diagnóstico¹⁰.

O angioliopoma espinal apresenta algumas características importantes, como a presença exclusiva no espaço epidural, não infiltrando tecido ósseo na maioria dos casos^{2,5,8,9}. Outra característica importante é sua maior incidência na região dorsal ou dorsolateral da coluna torácica^{2,5,6,8,9}.

Clinicamente o angioliopoma epidural determina, na maioria dos casos, sinais e sintomas de compressão medular, apresentando evolução clínica de aproximadamente um ano, até a realização do diagnóstico^{5,8,9}. Entretanto em alguns casos, podem apresentar rápida deterioração clínica, devido ao alargamento dos vasos anômalos, aumentando o risco de estase venosa e hemorragia no interior da lesão, com conseqüente compressão epidural⁹. Também pode ocorrer fenômeno local de roubo sanguíneo para a lesão com queda da perfusão dos tecidos neurais adjacentes, agravando o déficit neurológico^{6,9}. Este fenômeno seria potencializado pela existência de onda pulsátil, pois a neoplasia é extremamente vascularizada⁹.

lesão óssea evidente. A ressonância magnética, por sua vez, mostrou lesão extra-dural, dorsal, a nível de T-6/ T-7, hiperintensa em T-2 e captante de contraste (Figs 1 e 2). O paciente foi submetido a laminectomia torácica, com remoção total da lesão. No pós-operatório ocorreu remissão da sintomatologia descrita. O exame anátomo-patológico comprovou tratar-se de angioliopoma epidural não infiltrante.

COMENTÁRIOS

O angioliopoma epidural constitui neoplasia rara, sendo constituído de componentes

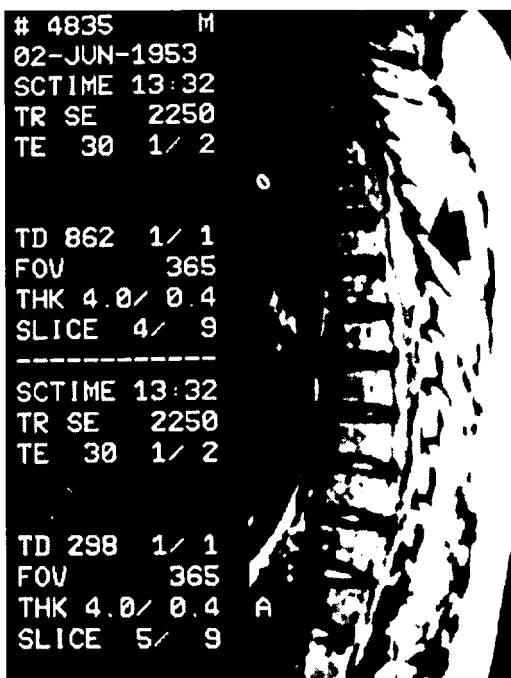


Fig 1. Lesão hiperintensa, captante de contraste, situada na região dorsal no nível de T-6 / T-7.

A histopatogênese do angioliopoma pode estar relacionada a dois processos: estímulo, que poderia ser traumático, levando a alterações celulares do mesênquima primitivo; malformação hamartomatosa^{2,5,6,9}.

Apesar de incomum, o angioliopoma epidural pode infiltrar o tecido ósseo com extensão tumoral para o corpo vertebral e pedículos, fato este que complica a realização da terapêutica cirúrgica^{2,9}.

Radiologicamente, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética da coluna desempenham papel fundamental no diagnóstico desta neoplasia, principalmente a última. A tomografia mostra massa com densidade baixa ou intermediária e, devido a seu rico componente vascular, captação do contraste injetado endovenosamente^{4,9}. A ressonância magnética combina aspectos de sinal isointenso ou hiperintenso em T1 e hiperintensidade em T2, com captação de contraste. A razão de sinal hiperintenso em T2 nos angioliopomas não é clara, mas provavelmente está relacionada à quantidade de sangue estagnado no interior da lesão^{1,4}. Fazem parte do diagnóstico diferencial os meningiomas, neurinomas, lipomas, abscessos, hematomas, metástases e doenças sistêmicas, como leucemias ou linfomas⁴.

No tratamento cirúrgico, a lesão deve ser removida totalmente, através de laminectomia, quando dorsal ou dorsolateral. No caso de lesão infiltrante, abordagem anterolateral é recomendada, realizando-se a estabilização do seguimento vertebral envolvido^{2,7,9}.

Agradecimento: A Maria Aparecida Araújo, pela colaboração na realização deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Brooks RA, Di Chiro G, Patronas N. MR imaging of cerebral hematomas at different field strengths: theory and applications. *J Comput Assist Tomogr* 1989, 13:194-206.
2. Kuroda S, Abe H, Akino M, Iwasaki Y, Nakashima K. Infiltrating spinal angioliopoma causing myelopathy: case report. *Neurosurgery* 1990, 27:315-318.
3. Lin JJ, Lin F. Two entities in angioliopoma: a study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angioliopoma. *Cancer* 1974, 34:720-727.
4. Mascalchi M, Arnetoli G, Dal Pozzo G, Canaveiro S, Pagni CA. Spinal epidural angioliopoma: MR findings. *AJNR* 1991, 12:744-745.
5. Miki T, Oka M, Shima M, Hirofuji E, Tanaka S. Spinal angioliopoma: a case report. *Acta Neurochir (Wien)* 1981, 58:115-119.
6. Padovani R, Speranza S, Pozzati E. Spinal extrathecal hemangioliopomas: report of two cases and review of the literature. *Neurosurgery* 1982, 11:674-677.
7. Pearson J, Stellar S, Feigin I. Angiomyolipoma: long-term cure following radical approach to malignant-appearing benign intra-spinal tumor. Report of three cases. *J Neurosurg* 1970, 33 466-470.
8. Schiffer J, Gilboa Y, Ariazoroff A. Epidural angioliopoma producing compression of the cauda equina. *Neurochirurgia (Stuttgart)* 1980, 23:117-120.
9. von Hanwehr R, Apuzzo MLJ, Ahmadi J, Chandrasoma P. Thoracic spinal angiomyolipoma: case report and literature review. *Neurosurgery* 1985, 16:406-411.
10. Weill A, Melancion D, Del Carpio R, Tampieri D, Ethier R. Angioliopome du système nerveux central. *Rev Neurol (Paris)* 1991, 147:285-292.