

MENINGOENCEFALOVENTRICULOCELE TRANSESFENOIDAL ASSINTOMÁTICA EM ADULTO

Relato de um caso

Marcos Alberto da Costa Machado Júnior¹, Verônica Aline Oliveira Barbosa¹,
Maria da Conceição Matta Pires², Luiz Eduardo Lago de Castro⁴,
Fabiola Goyanna², Adriana Silva Matos², Lauro Conceição Vieira³

RESUMO - Relatamos um achado ocasional de meningoencefaloventriculocele esfenoidal num paciente adulto, com achados tomográficos interpretados como formação expansiva neoplásica com características de agressividade. Alertamos para a ocorrência dessa rara localização de patologia malformativa.

PALAVRAS-CHAVE: meningoencefalocelo, ressonância magnética, tomografia computadorizada.

Trans-sphenoidal meningoencephaloventriculocele in an asymptomatic adult: case report

ABSTRACT - We report a casual finding of a sphenoidal meningoencephaloventriculocele in an adult patient that the tomography finding was misinterpreted as an expansive neoplastic lesion with malignant features. We alert for the rare site of localization of this malformative pathology.

KEY WORDS: meningoencephalocelo, magnetic resonance imaging, computerized tomography.

A encefalocelo transesfenoidal representa 5% das meningoencefalocelos e cerca de 8% de todos os disrafismos do tubo neural¹. A meningoencefalocelo transesfenoidal, muitas vezes assintomática, pode simular lesão osteolítica da base do crânio ao exame pela tomografia computadorizada (TC). O exame pela ressonância magnética (RM) é superior, fornecendo detalhes anatômicos.

Relatamos um caso de meningoencefaloventriculocele (MEVC) diagnosticado ocasionalmente à neuroimagem.

CASO

Paciente do masculino de 42 anos de idade, com história de traumatismo craniano leve há 14 dias. O exame neurológico era normal. A TC revelava formação expansiva para-selar direita que realçava com contraste, associada a solução de continuidade do pavimento selar e da parede lateral direita do seio esfenoidal, erroneamente interpretada como tumoração com características de agressividade.

O paciente procurou nosso Serviço para a realização de RM do crânio, que evidenciou herniação do lobo temporal para o interior das células etmoidais posteriores e seio esfenoidal à direita, bem como do corno inferior e do seio cavernoso com a porção intracavernosa do sifão carotídeo direito. A haste pituitária encontrava-se deslocada para a esquerda, não sendo identificada a hipófise (Fig 1). Realizamos cortes complementares tomográficos coronais, com 2 mm e com programa para análise de estruturas ósseas, confirmando a ausência do pavimento selar e da parede lateral direita do seio esfenoidal (Fig 2).

Foi sugerida então a correção cirúrgica, a qual foi recusada pelo paciente.

DISCUSSÃO

Meningocele e encefalocelo são herniações extracranianas de meninges e de meninges contendo tecido encefálico respectivamente, através de defeito das estruturas ósseas. A presença de parte do sistema ventricular no interior da encefalocelo denomina-se ventriculocele. Essas patologias podem ser classificadas de acordo com a localização ou com o conteúdo¹.

Estudo realizado no Setor de Neurorradiologia do Serviço de Bioimagem do Hospital São Rafael (HSR) Monte Tabor (MT), Salvador - Bahia: ¹Neurorradiologista do Serviço de Bioimagem do HSR/MT, Hospital Salvador IGASE, Fundação de Neurologia e Neurocirurgia Instituto do Cérebro- Salvador - Bahia; ²Residente de Radiologia HSR-MT; ³Técnico do Serviço de Bioimagem do HSR; ⁴Radiologista do Hospital Prof. Jorge Valente.

Recebido 18 Julho 2000, recebido na forma final 20 Outubro 2000. Aceito 30 Outubro 2000.

Dr. Marcos Machado - Praça Dois de Julho 156 /1301 - 40080-120 Salvador BA - Brasil. E-mail: machado@e-net.com.br

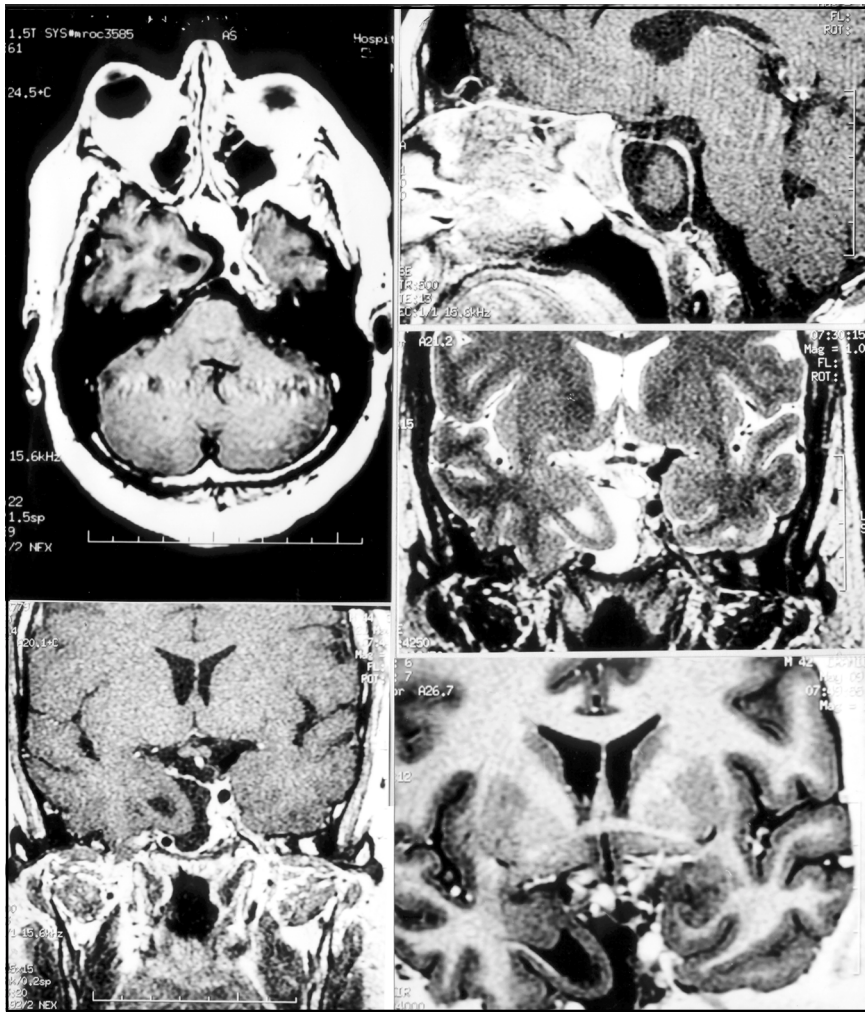


Fig 1. A,B,C,D e E. Ressonância Magnética: Ausência do pavimento da sela e da parede lateral direita do seio esfenoidal, com herniação do lobo temporal para o interior dessa cavidade e das células etmoidais posteriores homolaterais, assim como do corno inferior desse lado e do seio cavernoso com a porção intracavernosa do sifão carotídeo. A haste hipofisária encontra-se deslocada para a esquerda, sendo identificada a hipofise.

Fig 2. Tomografia computadorizada. A e B coronais: solução de continuidade da parede posterolateral direita do corpo do esfenóide e de parte da grande asa homolateral, deformando a sela turca e o seio esfenoidal, ambos ocupados por parte da cisterna supra-selar, do seio cavernoso e de parte do lobo temporal direito herniados. O teto da rinofaringe está íntegro. C e D axiais: herniação do lobo temporal direito, inclusive, do corno inferior, através da base do crânio e ausência da imagem do seio cavernoso, em seu sítio anatômico, deslocada antero-inferiormente, de forma a ocupar a topografia usual do seio esfenoidal. Não há evidência de erosão dos ápices petrosos nem das células etmoidais posteriores.



As encefalocelos basais são as formas menos comuns de encefalocele e devido ao defeito ósseo em topografia crítica, frequentemente estão associadas a distúrbios endocrinológicos e visuais². É conhecida a associação entre encefalocele transesfenoidal e hipopituitarismo consequente a compressão da hipófise³, que apresenta curso natural incerto, havendo então alterações séricas principalmente nos hormônios GH e ADH em 60 % dos casos⁴.

Há, apenas, um relato como o nosso na literatura descrito por Horky et al., em 1997, de descoberta incidental de meningoencefalocele, seguida de traumatismo craniano leve⁵.

Castano et al. referem um caso de meningite recidivante em paciente adulto com rinorréia e meningocele transesfenoidal⁶. Soyer et al. relatam casos de neuralgia trigeminal e angiomatose bucal, determinando obstrução de vias aéreas superiores^{7,8}.

O tratamento habitualmente é cirúrgico, sendo realizado através de enxerto intradural⁹.

Em conclusão, relatamos um caso de MEVC, diagnosticada incidentalmente pela TC, após traumatismo craniano. Afigurava-se formação expansiva

para-selar direita, que se realçava com contraste, com descontinuidade do pavimento selar e da parede lateral direita do seio esfenoidal, erroneamente interpretada como tumoração de índole agressiva. Na RM, as estruturas herniadas foram melhor caracterizadas.

REFERÊNCIAS

1. Naidich TP, Altman NR, Braffman BH, McLone DG, Zimmerman RA. Cephaloceles and related malformations. *AJNR* 1992;13:655-690.
2. Koral K, Geffner ME, Curran JG. Trans-sphenoidal and sphenoidal encephalocele: case report and literature review. *Australas Radiol* 2000;44:220-224.
3. Ros-P P, Pareja-G J, Nieto SI, Alonso BM, Visa ZM. Trans-sphenoidal encephalocele associated with hypopituitarism and arteriovenous malformations. *An Esp Pediatr* 1990;32:547-550.
4. Morioka M, Marubayashi T, Masumitsu T, Miura M, Ushio Y. Basal encephalocelos with mornig glory syndrome, and progressive hormonal and visual disturbances. *Brain Dev* 1995;17:196-201.
5. Horky JK, Chaloupka JC, Putman CM. Occult spontaneous lateral temporal meningocephalocele: MR findings of a rare developmental anomaly. *AJNR* 1997;18:744-746.
6. Castano-Ducque C, Monfort L, Muntane A. Trans-ethmoid meningocele diagnosed in adults: description of one case. *Rev Neurol* 1997;25:230-233.
7. Soyer P, Dobbelaere P, Reizine D, Ferquel C. Transelar sphenoidal meningoencephalocele associated with buccal angiomatosis: one case. *J Neuroradiol* 1990;17:222-226.
8. Soyer P, Dobbelaere P, Benoit S. Transelar sphenoidal encephalocele: uncommon clinical and radiological findings. *Clin-Radiol*. 1991;43:65-67.
9. Macfarlane R, Rutka JT, Armstrong D, et al. Encephalocelos of the anterior cranial fossa. *Pediatr Neurosurg* 1995;23:148-158.