

**Subependimoma infiltrativo de tronco encefálico: uma apresentação incomum**

*Infiltrative subependymoma of the brainstem: an uncommon presentation*

Sr. Editor,

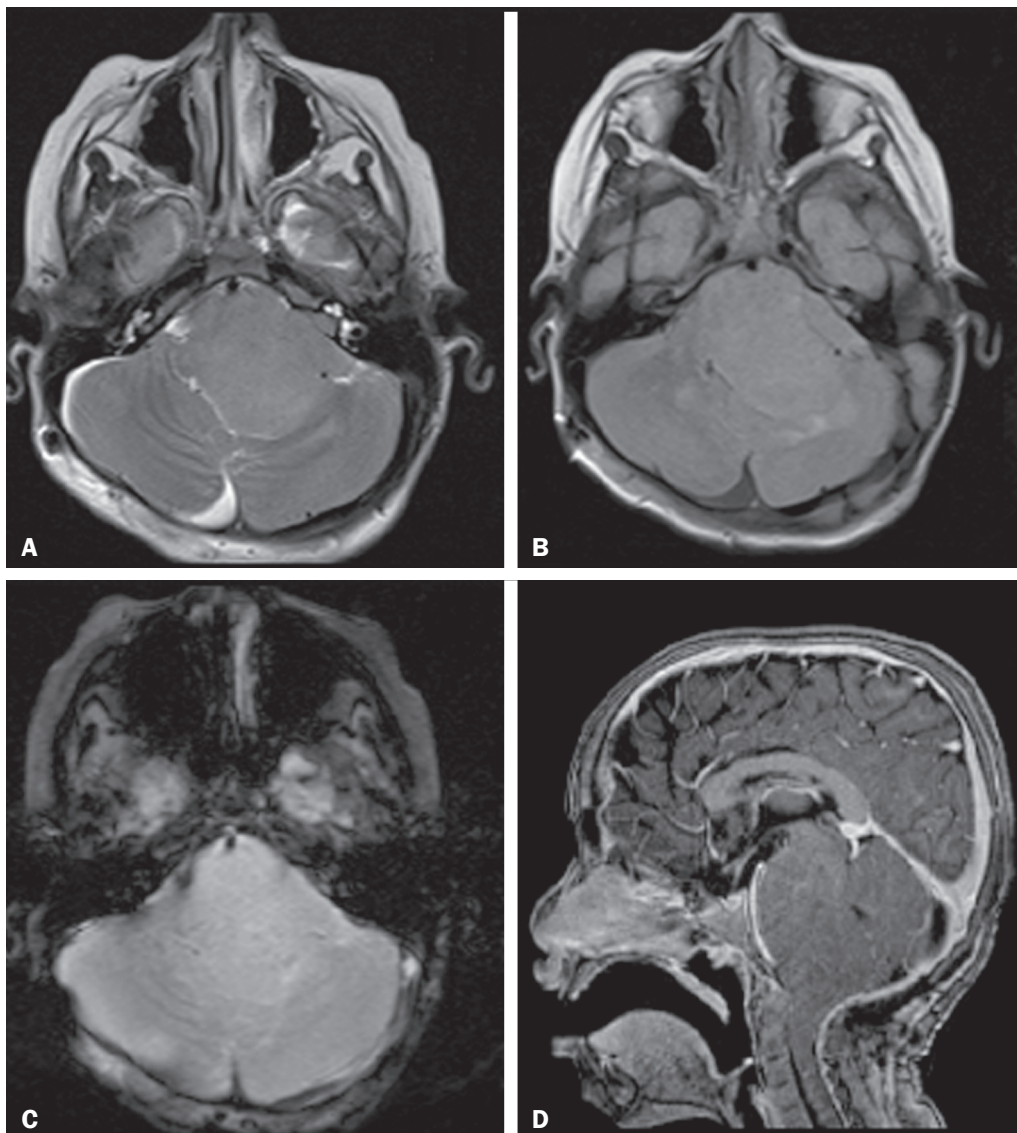
Paciente masculino, cinco anos, com quedas frequentes e dificuldade na linguagem verbal desde os dois anos, apresentou há dois meses paralisia facial periférica à esquerda associada a vômitos incoercíveis e fala escandida. Mãe relatou parto a termo com asfixia perinatal e internação em unidade de terapia intensiva. No exame físico apresentava, ainda, paresia fasciobraquiocrural e discreta dismetria à esquerda. Foi realizada ressonância magnética do encéfalo, que demonstrou lesão expansiva de tronco encefálico, predominantemente sólida e infiltrativa, isointensa em T1 e discretamente hiperintensa em T2, sem realce pelo contraste ou restrição à difusão (Figura 1). Foi realizada a ressecção da lesão, que confirmou subependimoma.

Os subependimomas são tumores de origem incerta, classificados como grau I pela Organização Mundial da Saúde<sup>(1)</sup>. Ocorrem tipicamente em adultos de meia-idade e idosos, com discreta preferência pelo sexo masculino<sup>(1-3)</sup>. Em cerca de 50–60% dos casos localizam-se no quarto ventrículo, podendo ocorrer também

nos ventrículos laterais, terceiro ventrículo, septo pelúcido e nos parênquimas cerebral, cerebelar e medular<sup>(1,2,4,5)</sup>. Os subependimomas intracranianos geralmente são assintomáticos, gerando sintomas quando promovem obstrução liquórica ou compressão de estruturas adjacentes<sup>(3)</sup>. Na histopatologia são caracteristicamente carnosos, brancos, hipovasculares e bem definidos<sup>(3)</sup>, compostos por grupos dispersos de células uniformes, com cílios e microvilos, núcleos ovais com poucas ou nenhuma mitose e por uma matriz de material fibrilar denso, associado frequentemente a microcistos<sup>(1,3)</sup>.

Quando se manifestam em jovens, os subependimomas geralmente são tumores mistos, associados a ependimomas e/ou astrocitomas<sup>(4)</sup>, e infiltrativos<sup>(3)</sup>. Ainda nesse grupo, foi demonstrado que em menores de 14 anos as lesões apresentam menores taxas de ressecção total e menor sobrevida livre de progressão, especialmente quando infiltrativos<sup>(4)</sup>, tornando a idade mais baixa e a infiltração fatores de pior prognóstico.

Lesões expansivas no sistema nervoso têm sido motivo de recentes estudos na literatura radiológica brasileira<sup>(6-10)</sup>. Na ressonância magnética, os subependimomas são lesões geralmente solitárias, circunscritas, sólido-microcísticas, intraventriculares e exofíticas<sup>(2,4,5)</sup>. Em comparação à substância branca, exibem



**Figura 1.** Imagens de ressonância magnética axial T2 (A), axial T2 FLAIR (B), axial T2\* (C) e sagital T1 pós-contraste (D) mostrando lesão centrada na transição bulbopontina, de aspecto expansivo e infiltrativo, com sinal discretamente elevado em T2, sem cistos, calcificação ou realce pelo contraste.

sinal isoíntenso a hipointenso em T1 e hipersinal em T2, podendo apresentar focos hipointensos nas sequências para suscetibilidade magnética, por calcificações ou, mais raramente, sangramentos<sup>(2,4,5)</sup>. Geralmente não se realçam pelo contraste ou se realçam de maneira mínima, e tendem a não ter edema perilesional ou restrição à difusão<sup>(1,4,5)</sup>. Os principais diagnósticos diferenciais por imagem incluem ependimomas, meduloblastomas, astrocitomas e neurocitomas centrais<sup>(4)</sup>, porém, quando infiltrativo, o glioma difuso é o principal diagnóstico diferencial.

Adota-se conduta cirúrgica somente quando os subependimomas são sintomáticos, realizando-se seguimento nos demais casos<sup>(3)</sup>. Quando o tumor ocorre em regiões críticas, não há necessidade de ressecção vigorosa, pois mesmo a remoção subtotal resulta em um desfecho favorável, podendo ainda, nesses casos, realizarem-se radiocirurgia e radioterapia<sup>(4)</sup>. Em conclusão, nosso caso mostra uma apresentação incomum do subependimoma, com características de pior prognóstico, que devem ser levadas em consideração nos exames de imagem.

#### REFERÊNCIAS

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, et al. WHO classification of tumors of the central nervous system. 4th revised ed. Lyon: IARC; 2016.
2. Alserehi M, Turkistani F, Alghamdi F, et al. Apoplexy of a collision tumour composed of subependymoma and cavernous-like malformation in the lateral ventricle: a case report. *Br J Neurosurg*. 2017 Oct 10:1–4.
3. Ragel BT, Osborn AG, Whang K, et al. Subependymomas: an analysis of clinical and imaging features. *Neurosurgery*. 2006;58:881–90.
4. Bi Z, Ren X, Zhang J, et al. Clinical, radiological, and pathological features in 43 cases of intracranial subependymoma. *J Neurosurg*. 2015; 122:49–60.
5. Kim Y, Lee SY, Yi KS, et al. Infratentorial and intraparenchymal subependymoma in the cerebellum: case report. *Korean J Radiol*. 2014;15:151–5.
6. Queiroz RM, Abud LG, Abud TG, et al. Burkitt-like lymphoma of the brain mimicking an intraventricular colloid cyst. *Radiol Bras*. 2017;50:413–4.
7. Loureiro BMC, Altemani AM, Reis F. Erdheim-Chester disease with isolated neurological involvement. *Radiol Bras*. 2018;51:206–7.
8. Abreu PP, Muniz BC, Ventura N, et al. Intraventricular ganglioglioma with dissemination of cerebrospinal fluid. *Radiol Bras*. 2018;51:272–3.
9. Eduardo DS, Franco SB, Castro JDV. Magnetic resonance imaging of sellar and juxtaseptal abnormalities: atypical findings of common diseases and typical findings of rare diseases. *Radiol Bras*. 2018;51:45–51.
10. Niemeyer B, Muniz BC, Ventura N, et al. Papillary tumor of the pineal region accompanied by Parinaud's syndrome: magnetic resonance imaging findings. *Radiol Bras*. 2018;51:202–4.

**Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro<sup>1,a</sup>, Rodrigo da Silva Mourão<sup>2,b</sup>, Bernardo Carvalho Muniz<sup>1,c</sup>, Nina Ventura<sup>1,d</sup>**

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Rodrigo da Silva Mourão. Rua Engenheiro Gama Lobo, 548, bl. 23, ap. 201, Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20551-100. E-mail: rodrigomouraasilva@yahoo.com.br.

a. <https://orcid.org/0000-0002-1936-3026>; b. <https://orcid.org/0000-0001-7605-7597>; c. <https://orcid.org/0000-0003-1483-2759>; d. <https://orcid.org/0000-0003-2364-1612>.

Recebido para publicação em 16/10/2017. Aceito, após revisão, em 29/12/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0186>

