Cisto de inclusão epidérmica em osso occipital

Epidermoid cyst of the occipital bone

Briane Avila Fucolo[1], Guilherme José Morgan[1], Ingrid Berger Severo[1],
Mariana de Oliveira Marques[1], Heitor Alberto Jannke[2], Vinícius de Paula Guedes[3]

RESUMO

Os cistos epidérmicos intraósseos são lesões benignas e representam cerca de 1% dos tumores intracranianos. A forma mais comum é a assintomática, e raramente há cefaleia e sinais neurológicos focais. O objetivo deste artigo é direcionar o diagnóstico e tratamento adequados frente a um caso de cisto epidérmico de inclusão óssea, descrevendo seus achados clínicos, exames de imagem e anatomopatológico.

UNITERMOS: Cisto, Epidérmico, Cefaleia.

ABSTRACT

The intraosseous epidermal cysts are benign lesions and represent about 1% of intracranial tumors. The most common form is asymptomatic and there is rarely headache and focal neurological signs. The purpose of this article is to direct the diagnosis and treatment facing a case of epidermal cyst of bone inclusion, describing its clinical, imaging and pathology findings.

KEYWORDS: *Epidermal Cyst, Headache.*

INTRODUÇÃO

Os Cistos Epidérmicos de Inclusão Intraóssea são tumores benignos de crescimento lento, incomuns na prática neurocirúrgica (1-6). Representam 0,3-1,8% de todos os tumores intracranianos, sendo mais frequentes na faixa etária entre 32 e 38 anos e não tendo distinção entre os gêneros (1). Podem dividir-se na forma gigante que apresenta sintomas neurológicos focais e na forma não gigante, a qual é mais incomum e geralmente assintomática (1, 3). Acredita-se que sua formação ocorra na vida embrionária por migração de tecido epitelial (3, 6).

O objetivo deste relato é apresentar um caso de uma doença incomum, diagnosticada em uma paciente com idade atípica, além de realizar-se uma breve revisão de literatura.

RELATO DE CASO

Uma paciente com 49 anos, feminina, tabagista há 30 anos, natural e procedente de Pelotas/RS, procurou atendimento médico por apresentar lapsos de memória e cefaleia crônica. Ao exame físico, não apresentou alterações neurológicas e evidenciou-se uma proeminência de consistência dura na linha média, abaixo da protuberância occipital.

Foi solicitada uma tomografia computadorizada de crânio para investigação, que evidenciou uma lesão hipoatenuante ovalada com borda esclerótica bem delimitada no osso occipital, medialmente com lise das tábuas ósseas externa e, principalmente, interna de aproximadamente 2,5 cm no maior eixo, com densidade interna heterogênea, sem realce significativo ao contraste, sendo aventadas as hipóteses de cisto epidermoide e plasmocitoma (Figura 1).

[1] Acadêmico de Medicina na Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
[2] Professor Titular de Patologia da Faculdade de Medicina da UCPel.
[3] Professor de Neurocirurgia, Médico Neurocirurgião do Hospital Universitário São Francisco de Paula, Professor Técnico Científico da UCPel.

A ressonância nuclear magnética mostrou uma lesão expansiva intracraniana e extradural na linha média da região occipital, deslocando o seio transverso com intensidade de sinal mista em todas as ponderações, medindo aproximadamente 3,6 x 1,5 cm em seus maiores eixos e determinando erosão da tabula óssea (Figura 2).

A paciente foi submetida à cirurgia. O acesso cirúrgico foi através da linha média, realizando-se subsequente craniotomia com ressecção da lesão óssea próxima ao seio venoso. Durante o procedimento cirúrgico, não foi observada invasão da dura-máter, obtendo-se a exérese total da lesão. O exame anatomopatológico revelou fragmentos de tecido ósseo compacto, porções de epitélio escamoso de parede de um cisto, com abundantes lamelas córneas, sendo os aspectos compatíveis com cisto epidérmico de inclusão intraóssea (Figura 3).

Após a cirurgia, a paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, encontrando-se na alta hospitalar alerta, orientada e sem déficit motor.

DISCUSSÃO

Os cistos epidérmicos intraósseos apresentam menor frequência comparado aos intracranianos. Esses tumores prevalecem em regiões frontal, parietal e occipital. De acordo com Skandalakis *et al* (7), a localização dos tumores em ambas as tábuas cranianas é de 46%; da tábua externa de 31%; ambas as tábuas e dura-máter de 10%; tábua interna 7%; tábua interna e dura-máter 3%; tábua interna, dura-máter e cérebro 3%.

A primeira descrição de um cisto epidérmico intraósseo foi realizada por Müller em 1838. Após, em 1957, Kleinsasser and Albrecht acumularam mais de 100 casos, e Roth, em 1964, citou mais 150. Conforme a literatura avaliada, o número de casos publicados até essa data estima-se em 244 (1-6).

Contudo, a primeira teoria em relação à origem do cisto epidérmico de inclusão óssea foi postulada por Von Remak, em 1854, mostrando que tal tumor teria surgido de fragmentos de tecido epitelial que migram durante o desenvolvimento embrionário (1-3, 6). Uma revisão mostrou que a possível etiologia é pela separação errônea e presença de epitélio remanescente do sulco neural entre a terceira e quinta semanas embrionárias (2).

Alguns pacientes podem apresentar pouca ou nenhuma evidência clínica, exceto o crescimento indolor do escalpo

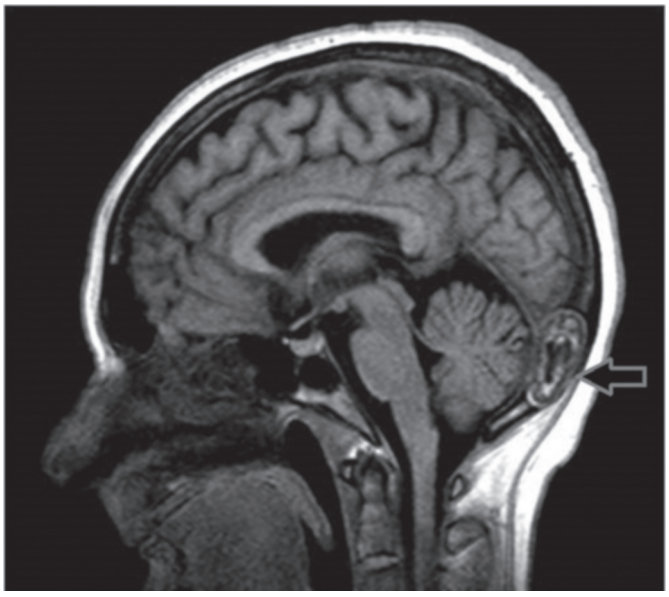


Figura 2 – Ressonância Nuclear Magnética mostrando lesão expansiva intracraniana (seta).

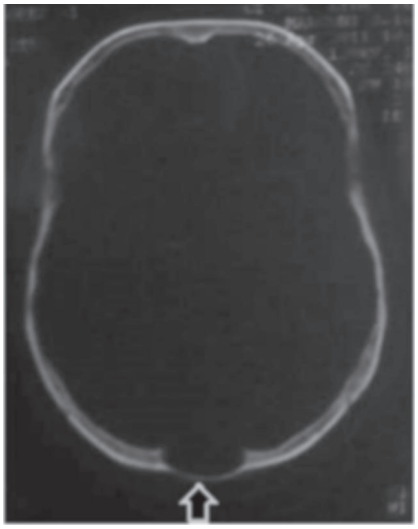


Figura 1 – Tomografia computadorizada de crânio mostrando lesão ovalada bem delimitada no osso occipital (seta).

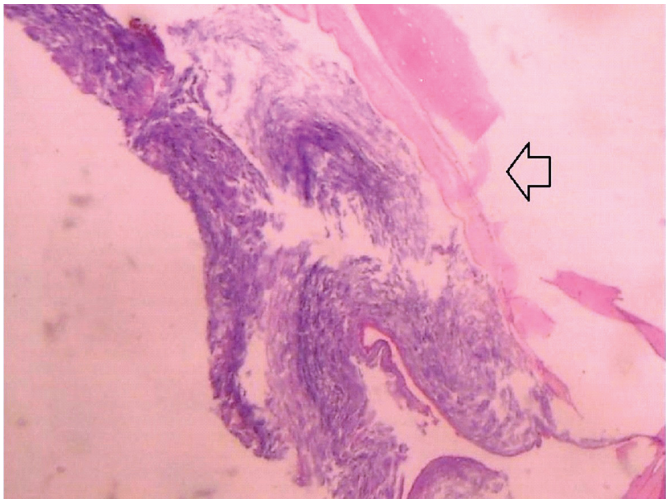


Figura 3 – Exame Anatomopatológico evidenciando conglomerado de lamelas córneas, cercadas por epitélio escamoso e osso compacto (Hematoxilina-eosina) (seta).

e, ocasionalmente, relaciona-se a uma protuberância óssea palpável (1, 2, 4).

A forma não gigante é, muitas vezes, assintomática, mas o paciente pode apresentar cefaleia e convulsões focais. Já a forma gigante pode cursar com estes sintomas acrescidos de hipertensão intracraniana e usualmente por sinais neurológicos focais (1, 3, 4).

A tomografia computadorizada mostra com grande definição o sítio, o tamanho e delimita as lesões, além de ajudar na identificação exata das espessuras ou do espaço entre as tábuas ósseas e pode mostrar calcificações e o estado do parênquima adjacente (2, 5). Esse exame evidencia uma lesão lítica central, podendo estar presentes margens escleróticas. A lesão típica apresenta densidade variando entre -20 e + 20 Unidades Hounsfield (HU). A ressonância nuclear magnética revela cistos consistentemente hiperintensos em T2, ocasionalmente manifestando-se com hiperintensidade em T1 devido a fluidos proteináceos ou hemorrágicos; além disso, não há realce com contraste, exceto se houver superinfecção (6).

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica da lesão. Em 1922, Cushing afirmou que o objetivo da cirurgia é conseguir a remoção completa do tumor com a sua cápsula, que deve ser dissecado a partir do osso e da dura-máter. A remoção total de tumor é essencial para a progressão da lesão, risco de infecção e meningite asséptica, e a ressecção incompleta da parede tumoral sinaliza o risco de recorrência. O tratamento com sucesso apresenta um excelente prognóstico a longo prazo com cura definitiva e mínima mortalidade operatória (1-4).

Dentre os diagnósticos diferenciais radiológicos, encontram-se o plasmocitoma, as metástases ósseas, o cisto dermoide, o hemangioma cavernoso, o granuloma eosinofílico e o granuloma de células gigantes reparativo. Os cistos dermoides são lesões que podem conter gordura, associam-se às linhas de suturas e à região orbital, sendo mais frequentes em crianças. Granulomas eosinofílicos são lesões de aparência pouco heterogênea, possivelmente macios e com borda chinfrada. Hemangiomas cavernosos apresentam formato em favo de mel ou imagem em raios de sol. Granulomas reparativos de células gigantes são lesões líticas sem esclerose e, na RNM, são isointensas e apresentam aumento da intensidade após o gadolíneo (6). As metástases ósseas se apresentam normalmente como lesões múltiplas líticas e associam-se a sintomas constitucionais. O plasmocitoma solitário é uma lesão única em esqueleto axial, lítica em pacientes entre 55-65 anos.

COMENTÁRIOS FINAIS

O cisto epidérmico de inclusão intraóssea é um diagnóstico importante a considerar em pacientes que apresentam uma massa em couro cabeludo lentamente progressiva. O prognóstico geralmente é bom se houver uma intervenção cirúrgica adequada, evitando-se, assim, hemorragias, formação de abscessos e a rara transformação maligna. Vale ressaltar que esse tipo de tumor é incomum no crânio. Ademais, por se tratar de uma lesão osteolítica, é de cardinal importância considerar e excluir nos diagnósticos diferenciais de plasmocitoma e metástases osteolíticas.

REFERÊNCIAS

1. Enchev Y, Kamenov B, William A, Karakostov V. Posttraumatic Giant Extradural Intradiploic Epidermoid Cysts of Posterior Cranial Fossa : Case Report and Review of the Literature. J Korean Neurosurg Soc. 2011; 49:53-57.
2. Ciappetta P, Artico M, Salvati M, Raco A, Gagliardi FM. Intradiploic Epidermoid Cysts of the Skull: Report of 10 Cases and Review of the Literature. Acta Neurochir. 1990; 102:33-37.
3. Jaiswal AK, Mahapatra AK. Giant intradiploic epidermoid cysts of the skull. A report of eight cases. British Journal of Neurosurgery. 2000; 14(3): 225-28.
4. Guridi J, Ollier J, Aguilera F. Giant Intradiploic Epidermoid Tumor of the Occipital Bone: Case Report. Neurosurgery. 1990; 27(6): 978-81.
5. Rengachary S, kishore PRS, Watanabe I. Intradiploic epidermoid cyst of the occipital bone with torcular obstruction: Case report. J Neurosurg. 1978; 48:475-478.
6. Narlawar RS, Nagar A, Hira P, Raut AA. Intradiploic epidermoid cyst. J Postgrad Med. 2002; 48:213.
7. Skandalakis JE, Godwin JT, Mabon RF. Cisto epidermóide do crânio; relato de quatro casos e revisão da literatura. Cirurgia. junho 1958; 43 (6):990-1001.

✉ Endereço para correspondência
Briane Avila Fucolo
Rua Anchieta, 1240/603
96.015-420 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 8118-7386
brifucolo@yahoo.com.br
Recebido: 10/4/2013 – Aprovado: 14/5/2013