

Resolução espontânea de cisto aracnóideo supresselar

Rodrigo Moreira Faleiro¹, Bárbara Faria Almada²,
Patrícia Bernardes Silva³, Pedro Moreira Coelho Barroso², Isadora Maia Nobre²

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Cisto aracnóideo é uma coleção de líquido semelhante ao liquor, de parede formada por membranas aracnoides reforçadas por fibras colágenas. É uma anomalia congênita, benigna e rara, correspondendo a aproximadamente 1% das lesões expansivas intracranianas. Geralmente, os cistos aracnóideos (CAr) localizam-se na fossa média e, em apenas 10% dos casos, na região supresselar. A involução espontânea dos CAr é um fato raro e pouco descrito na literatura. Relata-se um CAr supresselar diagnosticado intraútero cuja conduta foi conservadora, observando-se sua involução espontânea à ressonância magnética de controle aos 24 meses de vida.

PALAVRAS-CHAVE

Cistos aracnóideos, remissão espontânea, imagem por ressonância magnética, cistos do sistema nervoso central.

ABSTRACT

Spontaneous resolution of a suprasellar arachnoid cyst

Arachnoid cyst is a benign fluid collection, formed by arachnoid bands. It is a rare congenital abnormality, representing approximately 1% of all intracranial expanding lesions. Generally, the arachnoid cysts (CAr) are located in the middle cranial fossa and only 10% occur in the suprasellar region. The spontaneous resolution of CAr is indeed a rare and poorly described evolution reported in the literature. We report a gestational diagnosed suprasellar cyst with spontaneous resolution at the 24th month old.

KEYWORDS

Arachnoid cysts, spontaneous remission, magnetic resonance imaging, central nervous system cysts.

Introdução

Cistos aracnóideos (CAr) são anomalias do desenvolvimento e correspondem a 1% das lesões expansivas intracranianas, sendo sua prevalência maior nas primeiras duas décadas de vida.¹ Os CAr são envoltos por várias camadas de células da membrana aracnoide reforçadas por fibras colágenas e preenchidas por líquido semelhante ao liquor.^{1,2} A fossa média é o local mais comumente acometido e os cistos na região supresselar constituem apenas 10% dos casos.^{3,4}

O desenvolvimento e a história natural dos CAr são controversos. A maioria permanece estável e assintomática, podendo ser indicada conduta conservadora. Nos casos sintomáticos ou quando há crescimento, pode ser indicada cirurgia.⁵ Em raros casos, pode ocorrer regressão do cisto, de forma espontânea ou associada

a traumatismo craniano.⁶ Este trabalho relata um caso de resolução espontânea de CAr localizado na região supresselar.

Relato de caso

Paciente HC, masculino, foi detectado com cisto intracraniano na ultrassonografia gestacional de rotina, realizada aos seis meses de gestação. Não havia hidrocefalia. À ressonância nuclear magnética (RNM) realizada aos oito meses de gestação, evidenciou-se imagem compatível com CAr supresselar e, à RNM pós-nascimento, com 1 mês de idade, o cisto permanecia de tamanho inalterado e sem hidrocefalia associada (Figura 1).

1 Coordenador do serviço de Neurocirurgia e Neurologia do Hospital de Pronto-Socorro João XXIII, neurocirurgião do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

3 Acadêmica de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como o paciente encontrava-se assintomático e com exame de fundoscopia inalterado, foi indicada conduta conservadora, com realização de RNM a cada seis meses. Foram realizados quatro exames, aos 4, 10, 18 e 24 meses de vida. O desenvolvimento

neuropsicomotor estava normal para a idade, bem como as medidas craniométricas. Aos 24 meses, sendo negada história de trauma ou sintomas neurológicos prévios, a RNM evidenciou regressão do cisto (Figura 2).

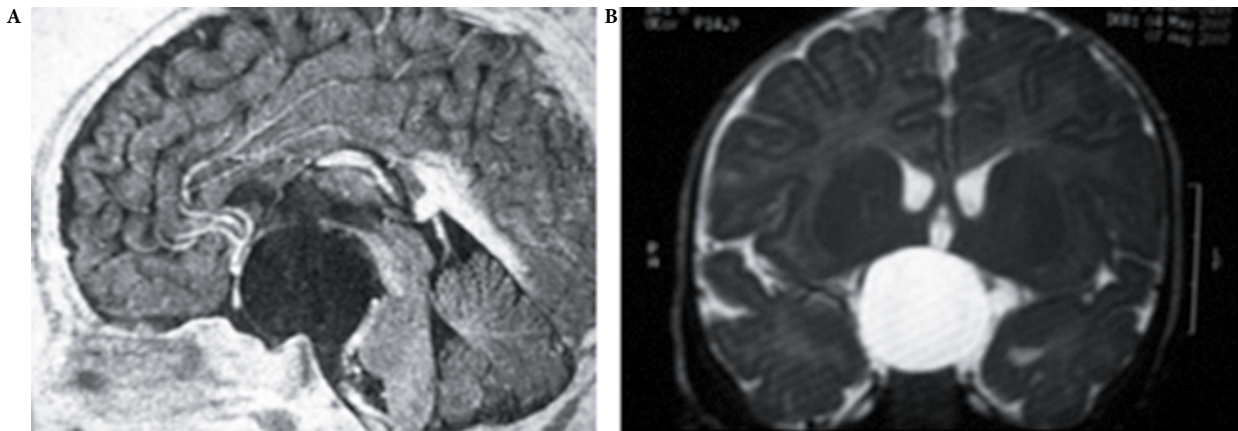


Figura 1 – RNM realizada com 1 mês de vida, ponderada em T1 (corte sagital em A) e T2 (corte coronal em B), evidencia lesão cística em região supraselar, compatível com diagnóstico de cisto aracnóideo.

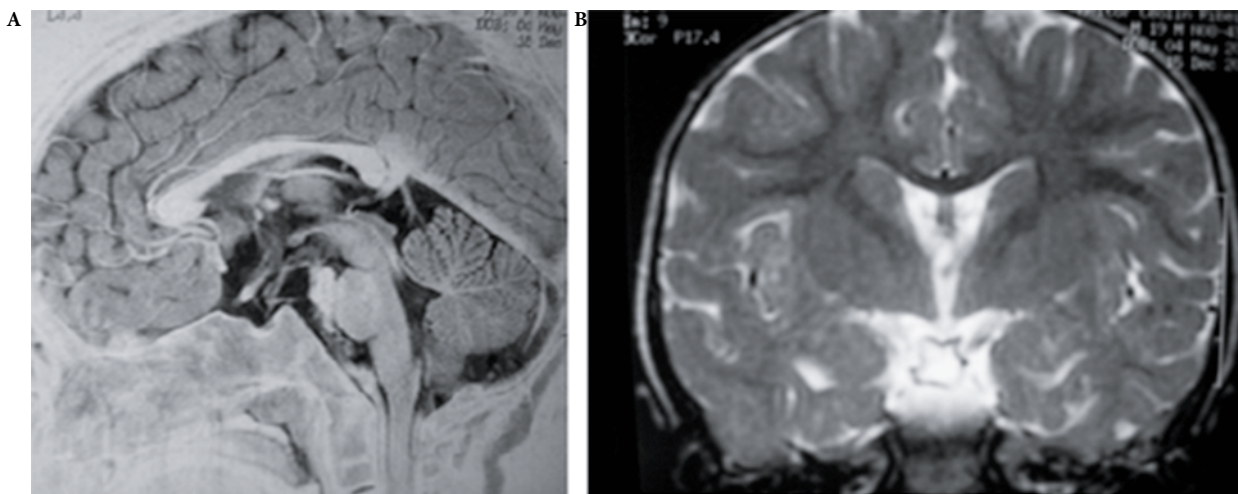


Figura 2 – RNM realizada aos 24 meses de idade, ponderada em T1 (corte sagital em A) e T2 (corte coronal em B), evidencia regressão do cisto.

Discussão

Acredita-se que a origem dos CAR deva-se a *splitting* ou duplicação da membrana aracnoide nos períodos iniciais de desenvolvimento embrionário.⁶ A formação de um mecanismo de válvula unidirecional ao redor da artéria basilar é postulado como responsável pela formação de cisto prepontino, que então cresceria e se estenderia à região supraselar.⁴ A maior parte dos CAR permanece assintomática e, nesses casos, é indicado

tratamento conservador, com realização periódica de exames de imagem para avaliar o crescimento da lesão.^{5,6} Os CAR podem causar sintomas à medida que crescem e exercem efeito de massa sobre estruturas adjacentes.⁷ Quando localizados na região supraselar, podem comprimir o hipotálamo, quiasma óptico e vias de fluxo líquórico, causando cefaleias, vômitos, disfunções endócrinas e hidrocefalia.⁸ Nesses casos, é indicado tratamento cirúrgico, que inclui derivação cistoperitoneal, microcirurgia ou cistostomia endoscópica.¹

No US pré-natal, os CAr aparecem como lesão hipoeoica, sendo a maioria diagnosticada no primeiro trimestre de gestação. O diagnóstico pré-natal de lesões hipoeoicas deve incluir o diagnóstico diferencial de CAr, cistos porencefálicos, cisto gliopendimal, cisto do plexo coroide, aneurisma da veia de Galeno, esquizoencefalia, neoplasias e hemorragia intracraniana.⁸

O curso natural dos cistos aracnoides permanece indeterminado, havendo relatos de resolução espontânea.^{1,5,9} Uma possibilidade é que, após enfraquecimento focal da parede do cisto, ocorra comunicação entre o cisto e o espaço subdural, hipótese sustentada pelos relatos de regressão espontânea após traumatismo craniano leve.^{1,2,7} Acredita-se que, nesses casos, ocorra uma ruptura traumática do cisto e, com a resolução da coleção subdural, o cisto também desapareceria. Essa comunicação entre CAr e espaço subdural ocorre mais comumente nos cistos da fossa média.¹⁰

Uma segunda hipótese é a formação de comunicação entre o cisto e o espaço subaracnoide ou ventricular, possibilitando a drenagem do cisto por meio do fluxo normal do líquido cefalorraquidiano.¹ Como a parede do cisto é mais espessa do que a membrana aracnoide normal, essa comunicação ocorreria com o rompimento onde a parede se encontra mais frágil. No caso de cistos suprasselares, a membrana ao redor da artéria basilar é o provável local de ocorrência.² Na ausência de traumatismo prévio, essa comunicação seria provocada por efeitos mecânicos sobre o tecido cerebral e o cisto, como os ocasionados por tosse, espirros ou prática de atividades físicas.⁶

A resolução espontânea de CAr é rara, e, dentre os 20 casos relatados na literatura, apenas dois eram localizados na região suprasselar.^{1,5,9} Entretanto, acredita-se que a ocorrência de CAr, bem como a resolução espontânea dessas anomalias, seja maior que a documentada, visto que muitos casos assintomáticos só são descobertos em exames de imagem realizados por outras indicações. Portanto, ao se considerar a intervenção cirúrgica para pacientes assintomáticos, deve-se considerar que a regressão espontânea, embora rara, é uma evolução possível.

Referências

1. Dodd RL, Barnes PD, Huhn SL. Spontaneous resolution of a prepontine arachnoid cyst. Case report and review of the literature. *Pediatr Neurosurg.* 2002;37(3):152-7.
2. Thomas BP, Pearson MM, Wushensky CA. Active spontaneous decompression of a suprasellar-prepontine arachnoid cyst detected with routine magnetic resonance imaging. Case report. *J Neurosurg Pediatr.* 2009;3(1):70-2.
3. Güzel A, Trippel M, Ostertag CB. Suprasellar arachnoid cyst: a 20-year follow-up after stereotactic internal drainage: case report and review of the literature. *Turk Neurosurg.* 2007;17(3):211-8.
4. Moon KS, Lee JK, Kim JH, Kim SH. Spontaneous disappearance of a suprasellar arachnoid cyst: case report and review of the literature. *Childs Nerv Syst.* 2007;23(1):99-104.
5. Seizeur R, Forlodou P, Coustans M, Dam-Hieu P. Spontaneous resolution of arachnoid cysts: review and features of an unusual case. *Acta Neurochir (Wien).* 2007;149(1):75-8.
6. Cincu R, Agrawal A, Eiras J. Intracranial arachnoid cysts: current concepts and treatment alternatives. *Clin Neurol Neurosurg.* 2007;109(10):837-43.
7. Briostol RE, Albuquerque FC, McDougal C, Spetzler RF. Arachnoid cysts: spontaneous resolution distinct from traumatic rupture. Case report. *Neurosurg Focus.* 2007;22(2):E2.
8. Chen CP. Prenatal diagnosis of arachnoid cysts. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007;46(3):187-98.
9. Marlin E, Marlin A. Arachnoid cyst resolution. *J Neurosurg Pediatr.* 2010;5(3):310-1.
10. Inoue T, Matsushima T, Tashima S, Fukui M, Hasuo K. Spontaneous disappearance of a middle fossa arachnoid cyst associated with subdural hematoma. *Surg Neurol.* 1987;28(6):447-50.

Endereços para correspondência

Rodrigo Moreira Faleiro
Rua Caraça, 518, ap. 201, Bairro Serra
30220-260 – Belo Horizonte, MG, Brasil
Telefone: (31) 9970-7676
E-mail: r.m.faleiro@hotmail.com

Bárbara Faria Almada
Rua Augustus Willian Parish, 15, Santa Amélia
31560-410 – Belo Horizonte, MG, Brasil
Telefone: (31) 9162-5031
E-mail: barbara.falmada@gmail.com