

Cisto ósseo aneurismático do osso parietal

Relato de caso

Carlos Umberto Pereira*, João Domingos Barbosa Carneiro Leão**
Egmond Alves Silva Santos***

Serviço de Neurocirurgia do Hospital João Alves Filho. Aracaju, SE

RESUMO

O cisto ósseo aneurismático é uma tumoração óssea vascular benigna de crescimento rápido e destruição extensa do osso. Sua localização craniana ocorre entre 1% e 6% dos casos. Os autores relatam um caso de cisto ósseo aneurismático na região parietal esquerda, em uma criança de 4 anos de idade, sem história de traumatismo craniano e doenças sistêmicas associadas. Foi submetida à ressecção total da lesão, com evolução excelente. Discutem sua etiopatogenia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE

Cisto ósseo aneurismático.

ABSTRACT

Aneurysmal bone cyst of the parietal bone. Case report
Aneurysmal bone cyst is a benign vascular lesion of the bone with fast growth and bone destruction. Cranial localization occurs in about 1% to 6% of the cases. The authors report a case of an aneurysmal bone cyst in the left parietal bone, in a four years-old child, without history of head trauma and systemic disease. A total excision was done with an excellent result. The authors discuss the physiopathology, diagnosis, treatment and prognosis.

KEYWORDS

Aneurysmal bone cyst.

Introdução

O cisto ósseo aneurismático (COA) foi identificado como uma entidade nosológica distinta em 1942, por Jaffe e Lichtenstein¹⁰. Caracteriza-se por ser uma lesão óssea vascular benigna com crescimento rápido e destruição extensa do osso^{21,24}. Sua localização craniana é encontrada entre 1% e 6% dos casos^{3,9,12}. Os ossos cranianos mais acometidos em ordem decrescente são: temporal, occipital, orbital, frontal, parietal, etmoidal e esfenoidal^{6,12}.

Os autores relatam um caso de COA de osso parietal, em uma criança de 4 anos de idade, e discutem sua etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. Na literatura nacional, os relatos são raros, justificando assim sua publicação.

Relato do caso

MSO, 4 anos de idade, sexo masculino, esteve no Serviço de Neurocirurgia do Hospital João Alves Filho (Aracaju, SE), acompanhado da sua genitora, com queixa de dor de cabeça e carço na cabeça há seis meses. Relatou-se que a dor de cabeça era ocasional e que cedia ao uso de analgésicos simples. A tumoração vinha crescendo gradativamente e, por isso, o profissional de saúde da sua cidade o encaminhou ao especialista. Antecedentes patológicos: nega traumatismo craniano e doenças sistêmicas associadas. Exame físico: bom estado geral, eupnéico, hidratado, presença de tumoração de consistência amolecida, indolor à palpação superficial e dolorosa à profunda, localizada na região parietal esquerda, sem lesões primárias e

*Professor Adjunto Doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE.

**Neurocirurgião do Serviço de Neurocirurgia do Hospital João Alves Filho. Aracaju, SE.

***Doutorando de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE.

secundárias de pele dessa região. Radiografia simples de crânio: lesão osteolítica circunscrita na região parietal esquerda. Tomografia craniana: erosão do osso na região parietal esquerda (Figuras 1 e 2).

Foi realizada a exérese ampla da lesão, que apresentou sangramento abundante durante a operação; a dura-máter encontrava-se íntegra. O exame anatomopatológico mostrou tratar-se de cisto ósseo aneurismático do crânio. Recebeu alta médica bem.



Figura 1 – TC demonstrando lesão osteolítica na região parietal esquerda.



Figura 2 – TC com janela óssea, apresentando lesão osteolítica na região parietal esquerda.

Discussão

O COA é uma lesão óssea benigna caracterizada por espaços vasculares císticos múltiplos cheios de sangue e com paredes formadas por tecido fibroso e osso^{7,12}. É um tumor de evolução rápida e representa cerca de 1,5% dos tumores ósseos e lesões pseudotumorais^{7,13}. O sexo feminino é o mais acometido, com uma frequência maior nas segunda e terceira décadas da vida^{7,11}.

Sua etiopatogenia é ainda desconhecida⁶. De acordo com Jaffe e Lichtenstein¹⁰, a lesão poderia ser secundária a distúrbios hemodinâmicos associados com aumento da pressão venosa ou por hemorragia induzida por trauma. Não obstante, a maioria dos autores acredita que o COA pode se desenvolver como lesão primária ou, como na maioria dos casos, a partir de lesão óssea preexistente como um cisto ósseo simples, granuloma eosinófilo, tumor de células gigantes, fibroma condromixóide, osteoblastoma e condroblastoma^{6,21,24}. Schonauer e cols.²¹ descreveram um caso de COA no osso frontal de um jogador de futebol. Segundo esses autores, a origem desse COA estava relacionada aos microtraumas repetidos que romperam alguns vasos anômalos dentro do osso e levaram à hemorragia e conseqüente envolvimento do osso.

O diagnóstico do COA é feito basicamente por meio dos exames de imagem e o anatomopatológico^{7,14,17}. Na avaliação radiológica, o COA apresenta quatro fases: 1) área bem definida de osteólise e discreta elevação de periósteo; 2) fase de crescimento, na qual a lesão evolui rapidamente com destruição progressiva do osso e aparência apagada à radiologia (*blown-out*); 3) fase de estabilização, maturação da cápsula óssea; 4) progressiva calcificação e ossificação da lesão^{11,14,17}.

A tomografia computadorizada (TC) de crânio deve ser usada para definir a lesão e principalmente em áreas nas quais a anatomia do osso é complexa e não pode ser avaliada por radiologia convencional; áreas de níveis fluidos também são vistas à TC^{7,14,17}. A TC fornece informações a respeito do tamanho da lesão, do conteúdo cístico e da presença de septos internos. As imagens por ressonância magnética (RM) revelam com maior clareza os detalhes da lesão, seus contornos, os níveis líquidos e os septos internos, que podem ter bordas finas e bem definidas^{1,14,17}. A RM tem sido o método de diagnóstico por imagem preferido, em virtude dos maiores detalhes que fornece, em casos de COA.

É conhecido que os cistos ósseos são muito vascularizados quando aparecem na coluna vertebral ou nos ossos longos. Entretanto, a vascularização do COA no crânio não é tão grande, podendo não ser demonstrável à angiografia⁶.

Ao exame de microscopia óptica, apresenta cavidades sangüíneas revestidas por fibroblastos achatados, não apresentando endotélio ou parede muscular; há septos com tecido conectivo fibroso denso ou frouxo, com trabéculas de tecido ósseo imaturo ou osteóide do tipo fibroso e tecido condromixóide^{8,18,20,22,24,26}.

Clinicamente, o COA pode se manifestar como uma massa palpável e dolorosa, de alguns meses de evolução, sem outros achados aparentes ao exame físico^{5,6}. Porém, cefaléia, déficit neurológico focal, proptose, hipoacusia, tumoração indolor e sinais de aumento da pressão intracraniana podem ocorrer^{5,6,12}.

O COA apresenta diagnóstico diferencial com sarcoma osteogênico, hemangioma, osteoblastoma, granuloma eosinófilo, displasia fibrosa, cisto ósseo simples e tumor de células gigantes^{14,17,23}.

O tratamento do COA pode ser feito com bons resultados apenas com curetagem parcial ou biópsia excisional^{17,13,14,17}. No entanto, a remoção cirúrgica total associada a enxertos ósseos é o tratamento mais eficiente, pois evita a recidiva observada após curetagem parcial^{6,11,12,14,17}. Sheikh²³, analisando uma série de 61 casos de COA no crânio, conclui que a embolização arterial é um procedimento usado no pré-operatório, com o objetivo de diminuir o sangramento transoperatório e também como tratamento definitivo em casos de difícil acesso. Nos casos tecnicamente viáveis, a excisão completa é o procedimento de escolha^{2,11,16}. Lesões envolvendo a base do crânio são mais difíceis de se remover e a excisão parcial ou a curetagem se tornam alternativas, entretanto, com risco de recidiva^{4,15,19,25,27}. A recidiva é rara nos casos em que a dura-máter não está envolvida¹². Na presença de recidivas, há de se pensar no tratamento radioterápico, sempre avaliando o risco de aparecimento de sarcomas⁶. A radioterapia também tem sido indicada em casos de COA localizados na base do crânio, sendo contra-indicada na presença de displasia fibrosa¹².

Referências

- BELTRAN J, SIMON DC, LEVY M, HERMAN L, WEIS L, MUELLER CF: Aneurysmal bone cysts. MR imaging at 1.5 T1. *Radiology* 158:689-90, 1986.
- BILGE T, COBAN O, OZDEN B, TURANTAN I, TURKER K, BAHAR S: Aneurysmal bone cysts of the occipital bone. *Surg Neurol* 20:227-30, 1983.
- BORGES G, GUERREIRO MM: Cisto ósseo aneurismático orbitário: relato de um caso. *Arq Neuropsiquiatr* (São Paulo) 44:293-5, 1986.
- CALLIAUW L, ROELS H, CAEMAERT J: Aneurysmal bone cysts in the cranial vault and base of skull. *Surg Neurol* 23:193-8, 1985.
- CHATEIL JF, DOUSSET V, MEYER P, PEDESPAN JM, SAN-GALLI F, RIVEL J, CAILLÉ JM, DIARD F: Cranial aneurysmal bone cyst presenting with raised intracranial pressure: report of two cases. *Neuroradiology* 39:490-4, 1997.
- CLAVEL ESCRIBANO M, ROBLES BALIBREA A, CLAVEL LARIA P, ROBLES CANO V: Quiste óseo aneurismático del hueso frontal. Caso clínico. *Neurocirugia* 12:166-9, 2001.
- DeDIOS AMV, BOND JR, SHIVES TC, MCLEOD RA, UNNI KK: Aneurysmal bone cyst. A clinicopathologic study of 238 cases. *Cancer* 69:2921-31, 1992.
- FECHNER RE, MILLS SE: Non-neoplastic lesions mimic neoplasm. In *Tumors of the bones and joints. Atlas of tumor pathology*. Washington, DC, Armed Forces Institute of Pathology, 1993, pp 253-77.
- GRANATO L, PROSPERO JD, LOUREIRO JT: Cisto ósseo aneurismático do osso maxilar. *Rev Bras Otorrinolaringol* 47:7-17, 1981.
- JAFFE HL, LICHTENSTEIN L: Solitary unicameral bone cyst with emphasis on the roentgen picture, the pathological appearance and the pathogenesis. *Arch Surg* 44:1004-25, 1942.
- KEUSKAMP PA, HOROUPIAN DS, FEIN JM: Aneurysmal bone cyst of the temporal bone presenting as a spontaneous intracerebral hemorrhage: case report. *Neurosurgery* 7:166-70, 1980.
- KRANSDORF MJ, SWEET DE: Aneurysmal bone cyst: concept, controversy, clinical presentation and imaging. *Am J Roentgenol* 63:1-8, 1995.
- KUMAR R, MUKHERJEE KK: Aneurysmal bone cysts of the skull: report of three cases. *Br J Neurosurg* 13:82-4, 1999.
- LICHTENSTEIN L: Aneurysmal bone cyst: pathologic entity commonly mistaken for giant-cell tumor and occasionally for hemangioma and osteogenic sarcoma. *Cancer* 3:279-84, 1950.
- ODCKU EL, MAINWARINAR: Unusual aneurysmal bone cyst, a case report. *J Neurosurg* 22:172-6, 1975.
- PAIGE ML, CHIU YT, CHRIST M: Aneurysmal bone cyst of the temporal bone. *Neuroradiology* 18:161-4, 1979.
- PEREIRA CU, SOUZA PRM, GODINHO AS, LEÃO JDB: Tumores benignos e lesões pseudotumorais do crânio. Aspectos clínicos e radiológicos. *Arq Bras Neurocir* 20:94-100, 2001.
- PEREIRA CU, BARBOSA CSP, MELO RS: Cisto ósseo aneurismático. In *Defino HLA, Pereira CU, Barbosa CSP (eds): Tumores benignos e lesões pseudotumorais da coluna vertebral*. Rio de Janeiro, Revinter, 2002, pp 67-73.
- RONNER HJ, JONES IS: Aneurysmal bone cyst of the orbit: a review. *Ann Ophthalmol* 15:626-9, 1983.
- SCHAJOWICZ F: *Tumors and tumorlike lesions of bone. Pathology, radiology and treatment*. Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1994, pp 505-612.
- SCHONAUER C, TESSITORE E, SCHONAUER M: Aneurysmal bone cyst of the frontal bone in a soccer player. *Acta Neurochir (Wien)* 142:1165-6, 2000.
- SCHWAMM HA, MILLWARD CL: *Hystologic Differential Diagnosis of Skeletal Lesions*. New York/Tokyo, Igaku-Shoin, 1995, pp 82-96.
- SHEIKH BY: Cranial aneurysmal bone cyst "with special emphasis on endovascular management". *Acta Neurochir (Wien)* 141:601-11, 1999.

24. TILLMAN BP, DAHLIN DC, LIPSCOMB PR, STEWART JR: Aneurysmal bone cyst: an analysis of ninety-five cases. *Mayo Clin Proc* 43:478-95, 1968.
25. TRACI G, GIORDANO R, FIORE D, PIZZI G, GEROSA LT, GEROSA M: Exophthalmos from aneurysmal bone cyst of the orbital roof. *Childs Brain* 6:206-17, 1980.
26. VIGORITA VJ: *Orthopaedic Pathology*. Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins, 1999, pp. 253-74.
27. WOJNO KJ, MCCARTHY EF: Fibro-osseous lesions of face and skull with aneurysmal bone cyst formation. *Skeletal Radiol* 23:15-8, 1994.

*Original recebido em dezembro de 2003
Aceito para publicação em junho de 2004*

Endereço para correspondência:

*Carlos Umberto Pereira
Av. Augusto Maynard, 245/404
CEP 49015-380 – Aracaju, SE
E-mail: umberto@infonet.com.br*

2004