

RELATO DE CASO

*Manifestações oculares como achados iniciais de meningioma de seio cavernoso: relato de caso clínico**

Gina Carriero Lima¹, Augusto Adam Netto², Gustav Arno Auwaerter³

Introdução:

Os meningiomas são tumores de origem mesodérmica geralmente benignos e de crescimento lento. Derivam das meninges e são relativamente frequentes no adulto.¹ É descrito um pico de incidência entre os 50 e os 70 anos de idade, com predomínio em pacientes do sexo feminino, sendo raros na infância.² Os meningiomas podem originar-se na cavidade orbital ou cavidade craniana e se propagar para a órbita.³ Dependendo da localização e estruturas comprometidas podem adquirir grande importância médico oftalmológica.⁴

As manifestações neuro-oftalmológicas dos meningiomas estão relacionadas intrinsecamente com sua localização e conexão com os nervos (II, III, IV e VI pares cranianos), surgindo sinais e sintomas evidentes de afecções que se localizam no trajeto dos mesmos.⁴

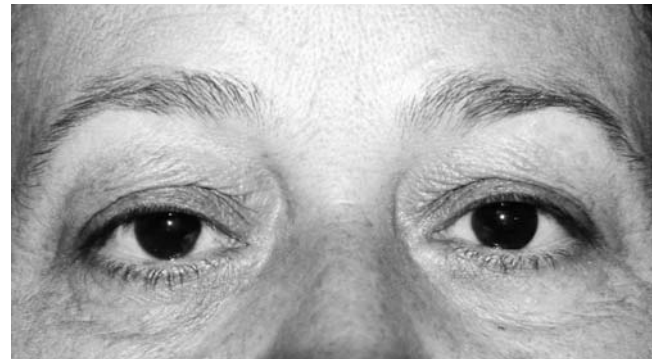
Desde os estudos pioneiros de Parkinson⁵, que descreveram em pormenores a complexa anatomia do seio cavernoso, após dissecar 200 cadáveres, os exames de neuroimagem e as técnicas microcirúrgicas que tornaram possível a abordagem dessa estrutura, ainda existe certa relutância no acesso direto às lesões que envolvem esse local.⁶

O objetivo deste artigo é descrever um caso de meningioma do seio cavernoso, cujos achados oculares foram a manifestação inicial da doença. Procuramos resgatar, assim, o real sentido da semiologia, como fator primordial para a obtenção de melhores resultados diagnósticos e terapêuticos.

Relato de Caso:

Paciente com 52 anos, do sexo feminino, residente em Tubarão-Santa Catarina, apresenta-se para exame oftalmológico com queixa de diminuição da fenda palpebral do olho direito há 3 meses (Figura 1).

Figura 1 - Paciente com diminuição da fenda palpebral do olho direito.



Referia alterações na motilidade ocular, insônia e ansiedade. Ao exame físico apresentava discreta ptose do olho direito e impossibilidade de olhar para cima (Síndrome de Parinaud). Apresentava pupilas isocóricas e reflexo fotomotor normal. Na fundoscopia, o disco óptico não apresentava alterações e na campimetria computadorizada apresentou uma discreta redução da sensibilidade visual no quadrante nasal superior do OD.

1. Professora da Disciplina de Oftalmologia do Módulo de Sistemas Sensoriais do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

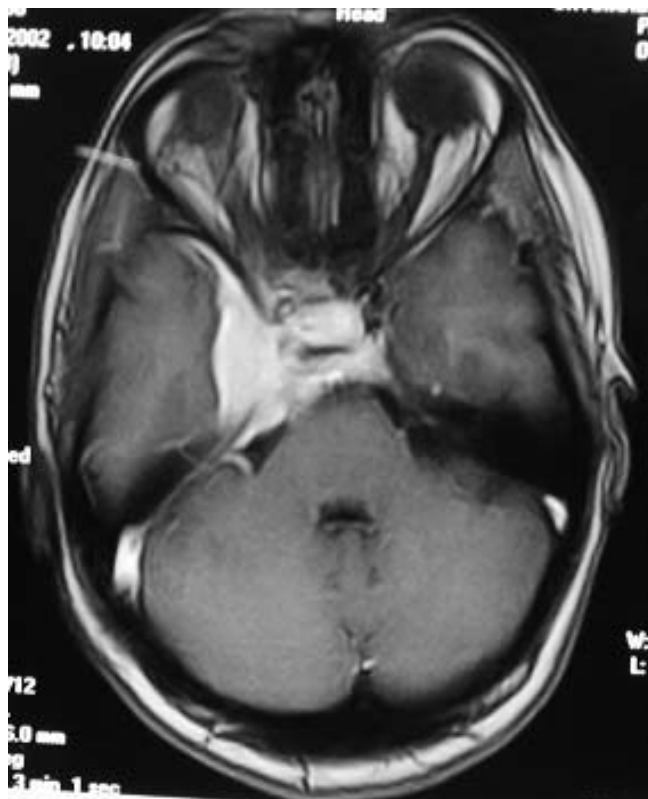
2. Professor Titular do departamento de Clínica Cirúrgica do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Chefe do serviço de Oftalmologia do Hospital da UFSC. Professor Coordenador da Disciplina de Oftalmologia do Módulo de Sistemas Sensoriais do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

3. Acadêmico do 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

* Trabalho realizado na Disciplina de Oftalmologia do Módulo de Sistemas Sensoriais do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.

Os sinais e sintomas sugeriram uma parestesia do III par craniano. Para melhor investigar esse achado, a paciente foi encaminhada ao serviço de neurologia, onde, através de tomografia computadorizada evidenciou-se lesão arredondada isodensa, hiper-captante do meio de contraste, adjacente à sela turcica na parede do esfenóide à direita. A ressonância magnética demonstrou lesão localizada na margem lateral da asa do osso esfenóide e do clivus, com invasão do seio cavernoso e assoalho selar e parte da cisterna quadrigeminal com extensão ao longo da parte da tenda cerebral ipsilateral, demonstrando ainda base de implantação dural, que se apresenta espessada (Figura 2 e 3).

Figura 2 - Tomografia Computadorizada Craniana evidenciando tumoração em seio Cavernoso.



Devido à localização da tumoração e estruturas atingidas, não houve indicação cirúrgica. A conduta adotada foi apenas de acompanhamento e controle periódico através de avaliações clínicas e radiológicas.

Figura 3 - RM sagital 3.(a) e axial 3.(b) respectivamente com processo expansivo da asa lateral do osso esfenóide da com invasão do seio cavernoso e assoalho selar.

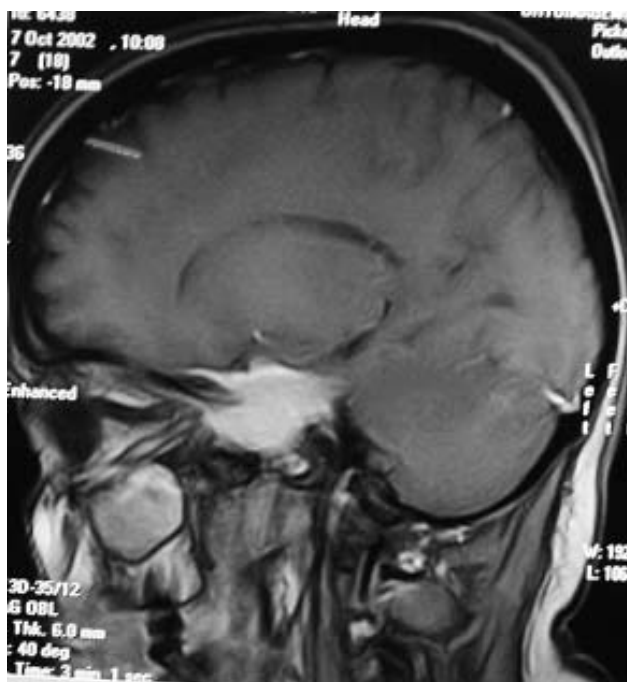


Figura 3 - a)

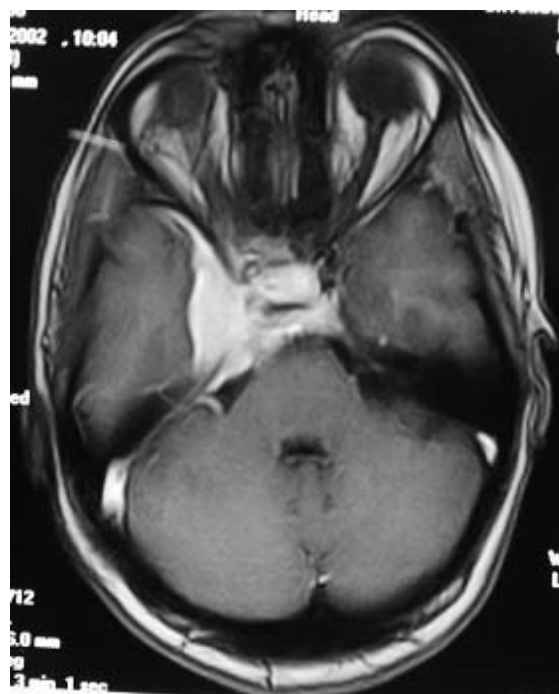


Figura 3 - b)

Discussão:

O seio cavernoso é um dos seios mais importantes da dura-máter, é atravessado pela “porção cavernosa” da artéria carótida interna e pelo III, IV e VI nervos cranianos em seu trajeto para o ápice da órbita e os ramos V1 e V2 do V nervo, que dão sensibilidade à frente, regiões perioculares, córnea e área malar da face.⁷ Essas estruturas são separadas do sangue presente no seio por um revestimento endotelial.⁷

A relação destes elementos com o seio cavernoso é de grande importância clínica, pois lesões nestas estruturas podem determinar distúrbios típicos dos movimentos oculares. No seio cavernoso podemos encontrar lesões combinadas, seja pela infiltração tumoral ou pela presença de patologias vasculares. Nessa localização, a compressão das fibras pupiloconstritoras pode fazer com que a pupila seja incapaz de contração à luz ou à proximidade, com ou sem outros elementos de paralisia do terceiro nervo.⁸ A localização relativamente periférica das fibras pupiloconstritoras parassimpáticas eferentes no terceiro nervo torna-se particularmente vulnerável à compressão.⁸

O tratamento de lesões do seio cavernoso, seja pela infiltração de tumores ou pela presença de patologias vasculares, sempre constitui um desafio, sendo, na maioria das vezes, o limite de tratamento cirúrgico radical.⁶ O fator mais importante no prognóstico dos meningiomas é dado pela localização e conseqüentemente pela ressecabilidade da lesão.⁹ A infiltração de nervos cranianos e da artéria carótida interna constitui um fator limitante de ressecção radical em alguns pacientes com meningioma. A radioterapia foi preconizada como terapia complementar nos casos de ressecção subtotal dos meningiomas.⁶ Barbaro et al.¹⁰ observaram 60% de recidiva em pacientes submetidos à ressecção subtotal e que não foram irradiados, quando comparados a somente 32% dos pacientes irradiados. Na série não houve complicações inerentes à radiação.⁶

No caso relatado neste trabalho, os sinais clínicos orientaram a localização da lesão focal do sistema neurológico disfuncional. De maneira geral, numa lesão do seio cavernoso, o diagnóstico baseia-se na história clínica com sinais e sintomas evidentes de manifestações neuro-oftalmológicas devido às estruturas comprometidas.

Verificou-se que a sintomatologia relacionada apenas ao aparelho ocular pode ser a primeira orientação para o diagnóstico de afecções neurológicas graves.

As bases para a elucidação diagnóstica devem sempre priorizar a valorização dos sintomas e sinais apre-

sentados pelo paciente. Cabe ao médico habilidoso e com conhecimento técnico e científico, direcionar a investigação para obter a provável etiologia. Na análise do caso foi evidenciado que a anamnese é de primordial importância e muitas vezes a sintomatologia a que se refere o paciente, orienta perfeitamente o diagnóstico.

Referências Bibliográficas

1. Souto AA, Chimelli L, Takyá CM, et al. Edema cerebral em meningiomas. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2002;60:807-17.
2. Dziuk TW, Woo S, Butler B et al. Malignant meningioma: an indication for initial aggressive surgery and adjuvant radiotherapy. *Journal Neuro Oncology* 1998;37:177-88.
3. Dantas AM. *Oftalmologia Pediátrica*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
4. Marcondes M, Sustovich, DR, Ramos, OL. *Clínica Médica - Propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.
5. Parkinson D. Surgical approach to the cavernous portions of the carotid artery: anatomic studies and case report. *Journal Neurosurgery* 1965; 23:474-83.
6. Landeiro JA, Ribeiro CH, Lapenta MA, Flores MS, Lopes CAR, Marins J. Correlação entre a extensão de ressecção cirúrgica e lesões neurovasculares em 16 pacientes. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2001; 59(3B).
7. Utida H, Abreu MT, Manso PG, Koller K, Wang S, Leite CR. Trombose séptica de seios cavernosos, transverso e sigmóide e de veia jugular, associada à meningite, secundária a furúnculo nasal - Relato de Caso. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 2002; 65(3).
8. Pavan-Langston D. *Manual de Oftalmologia*. 2nd Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.
9. Ramina R, Menezes MS, Pedrozo AA, et al. Tratamento cirúrgico das lesões do seio cavernoso. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia* 1996;15:167-75.
10. Barbaro NM, Gutin PH, Wilson CB, Sheline GE, Boldrey EB, Wara WM. Radiation therapy in the treatment of partially resected meningiomas. *Neurosurgery* 1987; 20(4):525-8.

Endereço para correspondência:

Gina Carriero Lima.

Av. Marcolino Martins Cabral 1788. Sala 15 sobre-loja Bairro: Vila Moema. - CEP 88700000

Tubarão-SC.

Fone: (48) 3622-1724

E-mail: lgclinic@netuno.com.br