

Cisto aracnoide: relato de caso

Arachnoid cyst: case report

Quiste aracnoideo: reporte de caso

Thalles Ferreira **COSTA**¹
Laís Figueiredo **FARIA**¹
Luciana Estevam **SIMONATO**²
Gabriel Pina **PAIVA**²

¹Graduando(a) do Curso de Medicina da Universidade Brasil, 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil

²Docentes do Curso de Medicina da Universidade Brasil, 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil

Resumo

Este trabalho tem o propósito de descrever um relato de caso clínico onde foram utilizados os seguintes exames de imagem: tomografia computadorizada do crânio e ressonância magnética do crânio, para detecção de um cisto aracnoide localizado na topografia da cisterna magna à esquerda. A solicitação para os exames ocorreu devido a sintomas secundários apresentados pelo paciente, porém, foi encontrada tal formação ovalada e assim, foi realizada pesquisa com mais objetivo e atenção. O relato do caso tem como intuito facilitar o diagnóstico da situação clínica, além de discernir quando é necessário o tratamento, visto que a descrição do caso clínico somado aos registros fotográficos podem fornecer referências das características satisfatórias atingidas, além do prognóstico. Por meio deste caso busca-se familiarizar a comunidade médica com os possíveis achados de cisto aracnoide em pacientes com sintomas previamente caracterizados como de pouca importância.

Descritores: Cistos Aracnoideos; Diagnóstico; Diagnóstico por Imagem.

Abstract

This work has the purpose of describing a clinical case report where the following imaging tests were used: computed tomography of the skull and magnetic resonance of the skull to detect an arachnoid cyst located in the topography of the cisterna magna on the left. The request for the exams occurred due to secondary symptoms presented by the patient, however, an oval formation was found and, therefore, a more objective and attentive research was carried out. The purpose of the case report is to facilitate the diagnosis of the clinical situation and to discern when the treatment is necessary, since the description of the clinical case added to the photographic records can provide references of the satisfactory characteristics reached, besides the prognosis. By means of this case, it is sought to familiarize the medical community with the possible findings of arachnoid cyst in patients with symptoms previously characterized as of little importance.

Descriptors: Arachnoid Cysts; Diagnosis; Diagnostic Imaging.

Resumen

Este trabajo tiene el propósito de describir un relato de caso clínico donde se utilizaron los siguientes exámenes de imagen: tomografía computarizada del cráneo y resonancia magnética del cráneo, para detectar un quiste aracnoideo localizado en la topografía de la cisterna magna a la izquierda. La solicitud para los exámenes ocurrió debido a síntomas secundarios presentados por el paciente, sin embargo, fue encontrada tal formación ovalada y así, se realizó investigación con más objetivo y atención. El relato del caso tiene como objetivo facilitar el diagnóstico de la situación clínica, además de discernir cuando es necesario el tratamiento, ya que la descripción del caso clínico sumado a los registros fotográficos pueden proporcionar referencias de las características satisfactorias alcanzadas, además del pronóstico. Por medio de este caso, se busca familiarizar a la comunidad médica con los posibles hallazgos de quiste aracnoideo en pacientes con síntomas previamente caracterizados como de poca importancia.

Descritores: Quistes Aracnoideos; Diagnóstico; Diagnóstico por Imagen.

INTRODUÇÃO

Os cistos aracnoides são coleções de líquido cefalorraquidiano intracranianas, periencefálicas e, geralmente, congênita, segundo Cabral¹. Para Brito², o desenvolvimento do cisto decorre de malformação primária da aracnoide, com resultante duplicação da membrana, numa fase precoce da embriogênese. Alguns cistos podem se originar da ruptura ou fragilidade da membrana aracnoide na vigência de trauma, tumor ou infecção^{1,2}.

De acordo com Faleiro³, cistos aracnoides correspondem a 1% das lesões expansivas intracranianas, sendo sua prevalência maior nas primeiras duas décadas de vida. Além disso, também, afirmaram que os cistos são envoltos por várias camadas de células da membrana aracnoide reforçadas por fibras colágenas e preenchidas por líquido semelhante ao líquido. Seus sintomas, segundo Borges⁴, são diversos, como cefaleias, epilepsia, hidrocefalia, hipertensão intracraniana, macrocefalia, proeminência calvariana, paralisia dos nervos cranianos, vertigo, proptose discreta, hemiparesia, retardo mental ou em sua maioria, assintomático. No entanto, para Castro⁵, é conhecida a propensão de ocorrer hemorragias no interior dos cistos. De acordo com Massella Junior⁶, o achado de

lesão craniana osteolítica em exames de imagem deve incluir como diagnósticos diferencial de cisto aracnoide.

Por fim, para Brito², a maioria dos cistos é supratentorial e, aproximadamente, a metade deles está situada na fissura de Sylvius do hemisfério cerebral. Em frequência menor, são descritos cistos aracnoides em outras localizações como a fissura inter-hemisférica e as regiões suprassellar, parapineal, incisural e interpeduncular. Ocasionalmente, os cistos desenvolvem-se dentro dos ventrículos, no cavo do septo pelúcido e na cava vergae ou apresentam expansão bilateral.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 20 anos de idade, que há cinco anos sofreu um acidente automobilístico sem traumas graves procurou um médico neurologista queixando-se de cefaleia frontal moderada há um dia sem interrupção. O paciente foi submetido a uma anamnese minuciosa, incluindo sua vida pregressa, bem como sua evolução clínica. Depois de completada a anamnese familiar e pessoal no que tange a patologia apresentada, o examinado foi submetido a um exame físico clínico, envolvendo diversos

aparelhos e sistemas evidenciando: sistema tegumentar - nada digno de nota, sistema respiratório - eupneico e murmúrio vesicular audível sem ruídos adventícios, expansibilidade preservada, sem manifestações clínico-patológicas, tórax sem alterações ou deformidades, sistema cardiovascular - pressão arterial de 130/80 mmHg e pulso rítmico, frequência cardíaca de 60 bpm, ritmo cardíaco em dois tempos e bulhas normofonéticas, ausência de sopros e extrassístoles, ausência de edemas funcionais, bem como de tonturas e/ou dispneia, aparelho músculo-ósseo-articular - membros superiores e inferiores não mostraram alterações anatômicas ou funcionais, esqueleto axial - nada digno de nota, sistema nervoso - consciente, contatando com o ambiente, não foi evidenciado déficit acentuado da memória e cognição, sistema sensorial - nada digno de nota, exame oftalmológico - apresenta visão de 20/30 em olho direito e 20/30 em olho esquerdo e exame otorrinolaringológico - audiometria de 20/20 em cada ouvido.

O médico neurologista, em seguida, solicitou uma tomografia computadorizada contrastada do crânio e no exame de imagem, foi concluída a presença de uma formação ovalada na região posterior cefálica. Encaminhado para uma pesquisa mais detalhada, foi solicitado uma ressonância magnética do crânio. No primeiro exame verificou-se presença de formação ovalada, hipointensa T1 e hiperintensa T2, contornos bem definidos, com diâmetro máximo de aproximadamente 3.5 cm, de localização na topografia da cisterna magna à esquerda, com discreto deslocamento anterior do cerebelo, compatível com formação de conteúdo líquido ou seja cística de localização na topografia da cisterna magna à esquerda compatível com cisto aracnoide (Figura 1).

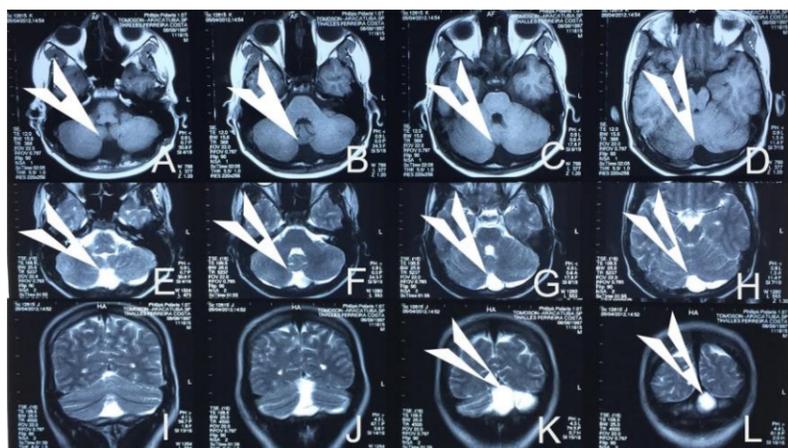


Figura 1: A – D. Exame de ressonância magnética inicial com cisto aracnoide na ponta da seta em corte axial - ponderação T1. E – H. Exame de ressonância magnética inicial com cisto aracnoide na ponta da seta em corte axial - ponderação T1 pós contraste (gadolínio). I – L. Exame de ressonância magnética inicial com cisto aracnoide na ponta da seta em corte coronal - ponderação T1 pós contraste (gadolínio).

Após sete meses do último, o exame de ressonância magnética do crânio foi repetido e mostrou região infratentorial compatível com formação cística com isossinal ao líquido de contornos regulares e limites definidos na topografia da cisterna magna à esquerda medindo 4.3 cm no seu maior eixo (Figura 2), sendo que as diferenças das medidas do atual exame com o exame anterior são referentes a variação interobservador. Dessa forma, verificou-se controle de formação cística na topografia da cisterna magna à esquerda, de aspecto inalterado comparativamente ao exame anterior, mostrando que não se notou crescimento do cisto, assim como nenhum comprometimento do sistema nervoso central ou órgãos ao

redor, adicionado a ausência de sintomas clínicos relacionados à patologia.

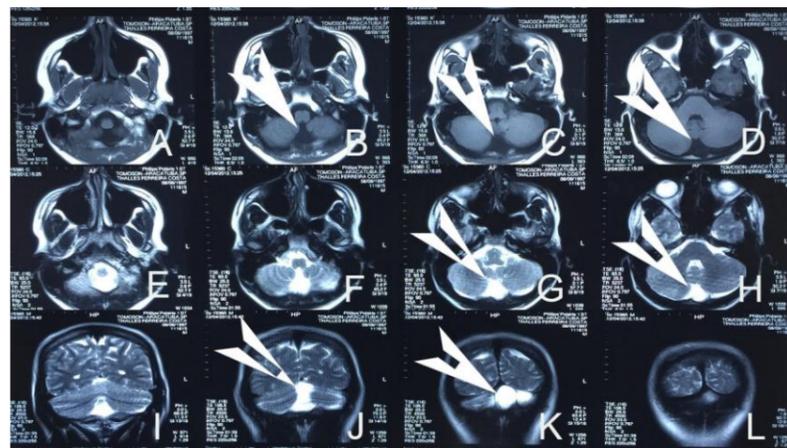


Figura 2: A – D. Exame de ressonância magnética final com acompanhamento imagiológico da lesão na ponta da seta em corte axial - ponderação T1. E – H. Exame de ressonância magnética final com acompanhamento imagiológico da lesão na ponta da seta em corte axial - ponderação T1 pós contraste (gadolínio).. I – L. Exame de ressonância magnética final com acompanhamento imagiológico da lesão na ponta da seta em corte coronal - ponderação T1 pós contraste (gadolínio).

DISCUSSÃO

De acordo com Faleiro³ e Borges⁴ respectivamente, sua prevalência continua evidente em adolescentes com até duas décadas de vida e é mais comum e frequente serem diagnosticados no sexo masculino, em especial, no lado esquerdo, o que corrobora com o caso descrito. Por ser uma patologia praticamente assintomática, bem como sua relação como um achado clínico, como afirma Castro⁵, nos dias atuais, a avaliação clínica requer certas medidas para verificar se é necessária a remoção cirúrgica.

No caso relatado optou-se pelo acompanhamento clínico e imagiológico do paciente e, segundo Brito², a principal etiologia foi, provavelmente, o mesmo ser portador de malformação congênita do sistema venoso. Esta malformação venosa foi responsável pela gênese do cisto de fossa posterior.

Como descrito por Castro⁵, muitos cistos podem constituir achados incidentais, já outros podem causar sintomas por compressão do parênquima cerebral ou aumento da pressão intracraniana. Neste caso, o cisto em si não produzia sintomas, tanto que não foi necessário sua remoção cirúrgica.

Sendo assim, de acordo com Masella Junior⁶, o achado de lesão craniana osteolítica em exames de imagem deve incluir como diagnóstico diferencial, além de cistos aracnoides, mieloma múltiplo, granuloma eosinofílico, cisto epidermoide, osteomielite e tumores ósseos metastáticos. Apesar de não se ter realizado a biópsia, a ausência de sintomas clínicos relacionados com os resultados nos exames de imagem demonstraram uma precisão diagnóstica para o cisto aracnoide.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso relatado pode-se concluir que o cisto aracnoide é uma patologia de diagnóstico simples, porém pouco diagnosticada na população, muitas vezes devido a falta de sintomas clínicos, já que grande parte dos portadores não apresentam manifestações clínicas. Dessa forma, o conhecimento das suas principais características clínicas e imagiológicas se fazem necessárias para facilitar

o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento desta patologia, mesmo se necessário ou não.

REFERÊNCIAS

1. Cabral ND, Nitrini R, Plese JPP. Cisto de aracnóide e pseudotumor cerebral: relato de caso. Arq Neuropsiquiatr. 1996; 54(2):304-8.
2. Brito JCF, Silva JAG, Neves VD, Nóbrega PV. Cisto aracnóide intracraniano: relato de nove casos operados. Arq Neuropsiquiatr. 1998; 56(2):218-22.
3. Faleiro RM, Almada BF, Silva PB, Barroso PMC, Nobre IM. Resolução espontânea de cisto aracnóide supraselar. Arq bras neurocir. 2012; 31(4):237-9.
4. Borges G, Zambelli HJ, Fernandes YB, Carelli EF, Bonilha L. Arachnoid cyst: adversity and plasticity. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57(2B):377-81.
5. Castro SC. Cistos aracnóides intracranianos: tratamento pela neuroendoscopia. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57(1):63-7.
6. Massella Junior CR, Amato MCM, Balancin ML. Cisto aracnóide intradiploico não traumático-relato de caso. Arq bras neurocir. 2015; 34(1):86-90.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Thalles Ferreira Costa
thalles_costa12@hotmail.com

Submetido em 01/11/2017

Aceito em 07/12/2017