

Cisto aracnoide selar e suprasselar

Sellar and suprasellar arachnoid cyst

João Mangussi-Gomes¹, André Felix Gentil², Renée Zon Filippi², Rafael Almeida Momesso², Benjamin Wolf Handfas², João Radvany², Leonardo Balsalobre¹, Aldo Cassol Stamm¹

¹ Complexo Hospitalar Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

DOI: 10.31744/einstein_journal/2019AI4269

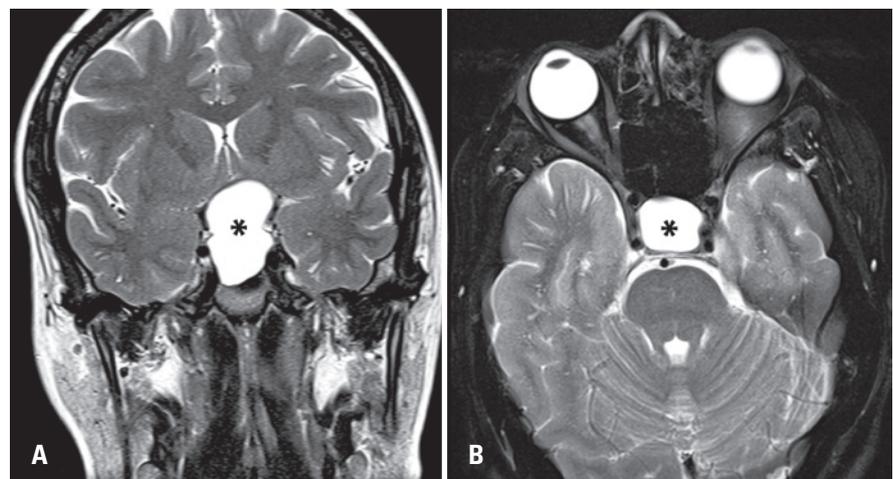


Figura 1. Imagens de ressonância magnética ponderada em T2. (A) Visão coronal revelando grande lesão selar (asterisco) hipertensa e bem delineada com extensão suprasselar. (B) Visão axial. Lesão homogênea (asterisco) ocupando a toda a sela túrcica

Como citar este artigo:

Mangussi-Gomes J, Gentil AF, Filippi RZ, Momesso RA, Handfas BW, Radvany J, et al. Cisto aracnoide selar e suprasselar. *einstein* (São Paulo). 2019;17(1):eAI4269. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AI4269

Autor correspondente:

João Mangussi-Gomes
Rua Martiniano de Carvalho, 807, apto 1.603
São Paulo, SP, Brasil – CEP: 01321-001
Tel.: (11) 98278-5776
E-mail: joaopauloemt@gmail.com

Data de submissão:

10/10/2017

Data de aceite:

27/4/2018

Copyright 2019



Esta obra está licenciada sob uma Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

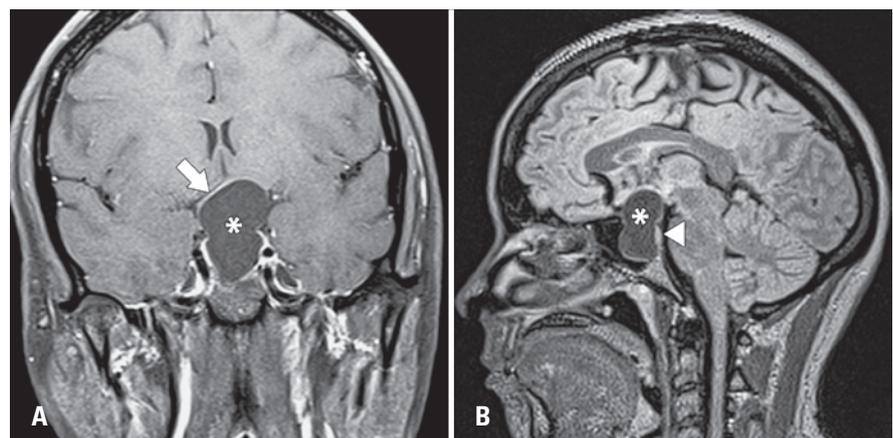


Figura 2. Imagens de ressonância magnética ponderadas em T1. (A) Imagem coronal após administração de gadolínio. A lesão (asterisco) mostra parede fina com leve realce do contorno (seta). (B) Imagem de ressonância magnética na sequência FLAIR sagital. É possível observar extensão selar e suprasselar de lesão e glândula pituitária plana, em oposição ao dorso da sela (ponta da seta)

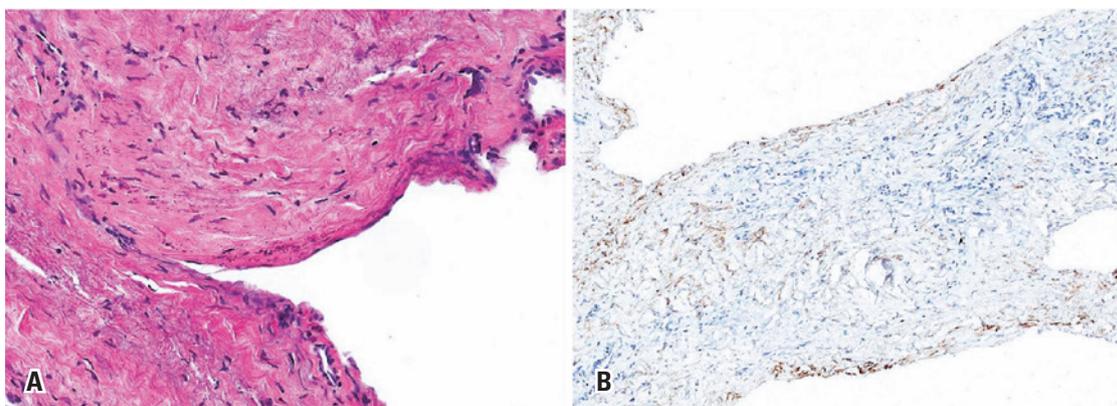


Figura 3. Imagens histopatológica e de análise imuno-histoquímica da peça cirúrgica. (A) Imagem histopatológica de espécime cirúrgica (hematoxilina e eosina, 200x). Note a matriz fibrosa alinhada pelas células aracnoides retas, e a ausência de células ciliadas e células escamosas. (B) Análise imuno-histoquímica foi positiva para antígeno de membrana epitelial, corroborando diagnóstico de cisto aracnoide

Paciente do sexo feminino, 36 anos, que apresentava dor de cabeça e visão embaçada por 2 semanas. Seu histórico médico foi positivo para menstruação irregular e hipotireoidismo. O teste de campo visual revelou defeitos nos quadrantes superiores bilaterais, e os exames de sangue indicaram pequena elevação dos níveis de prolactina (24,4; variação de 4,8 a 23,3), cortisol reduzido no período da manhã (3,8; variação 4 a 22) e níveis do hormônio do crescimento reduzidos ($<0,05$; variação 0,13 a 9,88).

A imagem por ressonância magnética identificou lesão cística selar com extensão suprasselar bem delimitada e homogênea, com paredes finas. A glândula pituitária e a haste hipofisária pareceram estar alargadas ao longo das margens do cisto e pressionadas contra o dorso selar. Não foram identificadas calcificações e nem áreas sólidas (Figuras 1 e 2).

A paciente realizou cirurgia endoscópica endonasal, e a lesão foi descomprimida. A evolução após a cirurgia foi boa, e o exame patológico das paredes confirmou o diagnóstico de cisto aracnoide (Figura 3).

A região selar pode ser acometida por diversas lesões císticas não hipofisárias, incluindo craniofaringiomas, cistos de bolsa de Rathke e cisto aracnoide.⁽¹⁾ Tais lesões representam apenas 5,5% das lesões selares, com o cisto aracnoide representado em até 20% delas.^(2,3) O cisto aracnoide selar é raro e representa apenas 0,6% a 0,08% de todas as lesões selares.^(2,4)

A diferenciação radiológica entre craniofaringiomas, cistos de bolsa de Rathke e cisto aracnoide é fundamental para o planejamento pré-operatório e para a determinação do prognóstico, porém, algumas vezes, tal diferenciação pode ser desafiadora.^(1,5)

Na imagem por ressonância magnética, os craniofaringiomas são heterogêneos (sólido-císticos) e, com frequência, apresentam-se como lesão calcificada. Em contraste, os cistos de bolsa de Rathke e o cisto aracnoide mostram-se apresentam-se como lesões homogêneas com contornos leves.^(2,5) Os cistos de bolsa de Rathke têm tipicamente localização na linha média, já que se originam entre a hipófise anterior e posterior. Apresentam aspecto variável à ressonância magnética, dependendo de seu conteúdo proteico/mucoso, e a maioria dos cistos apresenta um nódulo sólido intracístico. Os cistos de bolsa de Rathke podem exibir realce periférico após injeção do contraste, representado pelo tecido hipofisário comprimido ao redor do cisto (sinal da garra).⁽⁶⁾ Do mesmo modo, os cistos aracnoides não mostram aumento do sinal após injeção de contraste, e a glândula pituitária pode ser vista comprimida contra as paredes da sela.⁽⁷⁾ O cisto aracnoide contém líquido no seu interior, sendo, portanto, a lesão mais homogênea e menos variável entre todas as acima descritas, como ilustrado no presente caso.^(1,2)

INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Mangussi-Gomes J: <http://orcid.org/0000-0002-9441-1489>

Gentil AF: <http://orcid.org/0000-0002-5228-2033>

Filippi RZ: <http://orcid.org/0000-0002-1250-0876>

Momesso RA: <http://orcid.org/0000-0003-1087-8047>

Handfas BW: <http://orcid.org/0000-0001-9129-1090>

Radvany J: <http://orcid.org/0000-0002-3687-1444>

Balsalobre L: <http://orcid.org/0000-0001-8251-9217>

Stamm AC: <http://orcid.org/0000-0001-8007-3979>

REFERÊNCIAS

1. Zada G, Lin N, Ojerholm E, Ramkissoon S, Laws ER. Craniopharyngioma and other cystic epithelial lesions of the sellar region: a review of clinical, imaging, and histopathological relationships. *Neurosurg Focus*. 2010;28(4):E4. Review.
2. Valassi E, Biller BM, Klibanski A, Swearingen B. Clinical features of nonpituitary sellar lesions in a large surgical series. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;73(6):798-807.
3. Cavallo LM, Prevedello D, Esposito F, Laws ER Jr, Dusick JR, Messina A, et al. The role of the endoscope in the transsphenoidal management of cystic lesions of the sellar region. *Neurosurg Rev*. 2008;31(1):55-64; discussion 64.
4. Dubuisson AS, Stevenaert A, Martin DH, Flandroy PP. Intracellular arachnoid cysts. *Neurosurgery*. 2007;61(3):505-13; discussion 513.
5. Shin JL, Asa SL, Woodhouse LJ, Smyth HS, Ezzat S. Cystic lesions of the pituitary: clinicopathological features distinguishing craniopharyngioma, Rathke's cleft cyst, and arachnoid cyst. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999;84(11):3972-82.
6. Seeburg DP, Dremmen MH, Huisman TA. Imaging of the sella and parasellar region in the pediatric population. *Neuroimag Clin N Am*. 2017;27(1):99-121. Review.
7. Nomura M, Tachibana O, Hasegawa M, Kohda Y, Nonaka M, Yamashima T, et al. Contrast-enhanced MRI of intracellular arachnoid cysts: relationship between the pituitary gland and cyst. *Neuroradiol*. 1996;38(6):566-8.