

# Meningioma gigante como causa de alterações psiquiátricas

## Relato de caso

Marcelo Motta Zanatelli<sup>1</sup>, Jorge Ismael Brumatt<sup>2</sup>, Filipe Mota Zanatelli<sup>2</sup>

Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Santos, SP, Brasil

### RESUMO

Muitos dos pacientes neurológicos procuram auxílio médico devido a sintomas inespecíficos e subjetivos, nem sempre possíveis de diagnóstico claro e imediato. Dentre tais lesões, os tumores de crescimento lento como os meningiomas estão entre os mais encontrados. Pela acomodação cerebral peritumoral, esses tumores podem atingir volumes extremamente grandes com pouco ou nenhum sintoma associado. Relatamos o caso de paciente que estava sob medicação antipsicótica para tratamento de alterações comportamentais, atendido na Santa Casa de Misericórdia de Santos após crise convulsiva e traumatismo cranioencefálico. Durante a avaliação tomográfica foi encontrado volumoso tumor frontal com lise óssea e extensão para gálea e subcutâneo. Foi submetido à craniotomia eletivamente com ressecção completa da lesão de aproximadamente 9 cm e 145 gramas. O paciente recebeu alta no oitavo dia pós-operatório, consciente, orientado e sem sequelas neurológicas. Este relato visa atentar sempre para uma possível lesão ainda não identificada nos casos de pacientes com sintomas inespecíficos neurológicos, devendo a tomografia computadorizada de crânio, procedimento relativamente simples e quase sempre disponível, ser usada para tal fim.

### PALAVRA-CHAVE

Meningioma.

### ABSTRACT

#### **Meningioma as the etiology of psychiatric symptoms. Case report**

Many patients have neurological symptoms that could not be easily elucidated. Meningeomas are frequently involved in those cases, because of their slow growth. The surrounding brain to these lesions may be perfect, or with minimal disfunction, difficulting the diagnosis. On this report, we describe a case of a 47 year-old male, on antipsychotic medical therapy due to behavior disturbances, brought to the emergency room, victim of head injury following seizure. CT scan showed a large frontal brain tumor, extending to subcutaneous. We performed an elective craniotomy and removed the whole lesion (meningioma; 9 cm and 145 gr), without neurological complications. The patient was discharged on 8th postoperative day and returned to his normal life.

### KEY WORD

Meningioma.

## Introdução

Muitos dos pacientes neurológicos procuram auxílio médico devido a sintomas inespecíficos e subjetivos, nem sempre possíveis de diagnóstico claro e imediato. As lesões frontais estão entre as causadoras de tais sintomas, geralmente alterando personalidade, emo-

tividade e sensações, podendo levar a um tratamento inadequado antes do diagnóstico definitivo.<sup>4,5,10</sup> Dentre tais lesões, os tumores de crescimento lento, como os meningiomas, estão entre os mais encontrados.<sup>2-5,8</sup> Pela acomodação cerebral peritumoral, esses tumores podem atingir volumes extremamente grandes com pouco ou nenhum sintoma associado.<sup>2-5,8,12</sup> Também fazem parte do diagnóstico diferencial coleções subdurais crônicas

1 Neurocirurgião, assistente do Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

2 Residentes do Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Santos.

(hematomas, higromas, empiemas), processos encefálicos infecciosos, isquêmicos ou desmielinizantes.

Os lobos frontais são componentes do sistema límbico e responsáveis, entre outras funções, pelas emoções.<sup>1,5,10</sup> Apresentam íntima relação com os nervos cranianos I e II e com complexo vascular da artéria cerebral anterior.<sup>1</sup> Distúrbios visuais e olfatórios podem estar presentes em lesões expansivas frontais,<sup>1,3,5,8</sup> mas, mesmo quando estudadas prontamente, revelam lesões já extensas e muitas vezes complexas. As alterações psiquiátricas, principalmente depressivas e alteração do humor<sup>2,3,5,8</sup> (desânimo, cansaço, desinteresse) são ainda mais desafiadoras quando pensamos em relacioná-las a doenças neurológicas.

Os meningiomas ocupam posição de especial interesse para o neurocirurgião, por se tratar de lesão benigna mais frequente,<sup>3,5,6,8,11</sup> de crescimento lento,<sup>2-5,8,10,12</sup> passível de ressecção cirúrgica completa na maioria dos casos e com bom prognóstico.<sup>2-5,8,12</sup>

Originam-se das células aracnoideas das meninges<sup>1-5,8,12</sup> e são classificados em típicos<sup>6,8</sup> (meningoteliais, fibroblásticos, transição), angioblásticos<sup>6,8</sup> (hemangiopericitomas), atípicos<sup>6,8</sup> (meningiomas que apresentem muitas figuras de mitose, atipia celular e necrose) e malignos<sup>6,8</sup> (anaplásicos, papilares, sarcomatosos). No Brasil, a incidência de meningiomas oscila entre 15% e 17%.<sup>3,8,11</sup> É achado incidental em cerca de 2,5% dos casos.<sup>3,8,11</sup> São mais frequentes em paciente da quinta a sétima décadas de vida e do sexo feminino.<sup>3,8</sup> Na fossa craniana anterior, originam-se principalmente da convexidade dural, foice, sulcos olfatórios e região parasselar,<sup>2,3,5,8,12</sup> gerando sintomas e sinais relativos às estruturas acometidas.

Atribuem-se aos meningiomas pré-coronais as alterações de personalidade.<sup>2-4,8</sup> As alterações demasiadamente marcantes de personalidade associadas à incontinência urinária e demência só são vistas em tumores grandes e de linha média.<sup>3,8</sup> Também são muito comuns os achados de cefaleia, crises convulsivas (parciais em meningiomas pararrolândicos e generalizadas em meningiomas lobares), alterações motoras e visuais.<sup>2,3,5,8</sup>

O diagnóstico precoce dos meningiomas aumentou muito com o advento da tomografia computadorizada e da ressonância magnética,<sup>3,5,8</sup> sendo cada vez mais encontrados em fase inicial e ainda assintomáticos (achados incidentais). A angiografia cerebral digital completa o arsenal diagnóstico, tendo também lugar como adjuvante terapêutica por meio da embolização pré-operatória.

A remoção completa da lesão associada à remoção da dura-máter de origem e do retalho ósseo acometido continua sendo o padrão-ouro do tratamento dos meningiomas.<sup>2-5,8,12</sup>

## Relato do caso

EMS, 47 anos de idade, cor branca, sexo masculino, foi trazido ao Posto de Pronto Atendimento da Santa Casa de Misericórdia de Santos, com história de crise convulsiva seguida por traumatismo cranioencefálico. Na avaliação inicial neurológica, recebeu sete pontos na escala de Glasgow e foi submetido à intubação orotraqueal e à ventilação assistida. Apresentava ferimento corto-contuso frontal esquerdo associado a hematoma periorbitário homolateral. Chamava a atenção abaulamento frontal direito, amolecido, sem características traumáticas (Figura 1). Foi encaminhado à tomografia computadorizada que constatou volumosa formação expansiva frontal direita com extensão aos planos subcutâneos, através do osso frontal, com importante deformação do sistema ventricular e desvio de estruturas de linha média, associado a mínimo edema circunjacente. O paciente foi extubado em 36 horas. Já consciente, não aparentava alteração de força muscular ou visual, demonstrando apenas alteração cognitiva leve. Negava doença orgânica progressiva e relatava tratamento psiquiátrico por longa data. Ressonância nuclear magnética possibilitou melhor estudo da lesão (Figuras 2 e 3), sugerindo meningioma parassagital frontal direito.



Figura 1 – Abaulamento frontal direito.

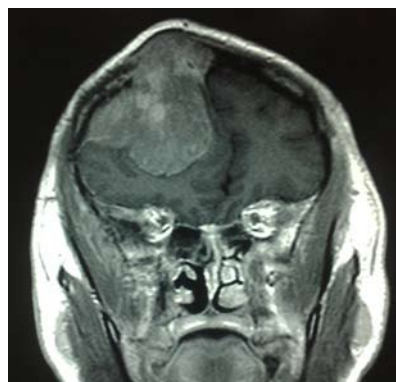


Figura 2 – Ressonância magnética coronal mostrando o tumor parassagital frontal direito.

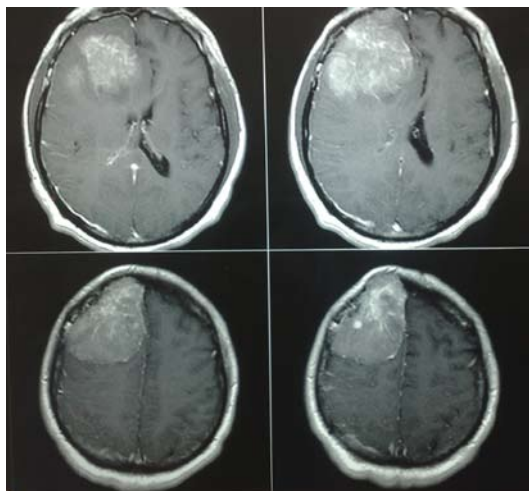


Figura 3 – Ressonância magnética em cortes axiais.

O paciente foi submetido à incisão bicoronal e craniotomia frontal direita com extensão contralateral para exposição do seio sagital superior, em seu terço anterior. Durante a exposição óssea, já se visualizava lise óssea com extravasamento tumoral (Figura 4). Através de microscopia e coagulação bipolar, cuidadosa dissecação do tumor foi realizada, com ressecção também de toda a aderência dural e do osso acometido pelo tumor, mantido o seio sagital superior. A peça cirúrgica removida media aproximadamente 9 cm e pesava 145 gramas (Figura 5) e a tomografia pós-operatória imediata demonstrou mínimo sangramento no leito tumoral e já melhor acomodação do tecido encefálico (Figura 6). No oitavo dia pós-operatório, recebeu alta sem sequelas neurológicas ou complicações cirúrgicas.



Figura 4 – Erosão óssea provada pelo meningioma.

## Discussão

Os meningiomas, por seu crescimento lento,<sup>2-5,8</sup> alcançam proporções gigantescas em muitos dos



Figura 5 – Peça cirúrgica.



Figura 6 – Tomografia computadorizada pós-operatória.

casos. De acordo com sua localização, tornam-se de ressecção total muito arriscada. Quando originários da convexidade encefálica (como o caso relatado), o acesso cirúrgico necessita ser amplo para exposição de toda a lesão e para controle dos vasos que irrigam o tumor, provenientes em sua maioria da dura-máter local.<sup>5,8,12</sup> A elevação dural circunjacente ao tumor deve ser feita com cautela para evitar sangramentos por vezes profusos.<sup>5,8,12</sup> A colocação de hemostáticos, já em posição definitiva para evitar novos sangramentos no final da cirurgia, a ligadura das principais artérias durais com fios e a coagulação bipolar tornam esse tempo mais fácil.<sup>3,8</sup> Neste caso, o tumor originava-se da convexidade frontal direita, parassagital, com lise óssea e extensão à gálea. Já durante o exame inicial, notava-se abaulamento frontal amolecido, podendo ser facilmente confundido com céfalo-hematoma.

Após identificada a lesão, o estudo por ressonância nuclear magnética ajuda na programação da via de acesso bem como visualiza a posição das principais estruturas neurais em relação ao tumor.<sup>3,5,8,12</sup> Os vasos de maior importância podem estar deslocados ou envolvidos pelo tumor,<sup>2-5,8,12</sup> o que torna o estudo angiográfico conveniente. Nas lesões mais volumosas, a aspiração do interior do tumor ajuda a mobilização deste.<sup>2,3,5,8,12</sup> Não se pensa mais em retirar a lesão em uma única peça, somente quando possível e seguro.<sup>3,8</sup>

O caso relatado descreve uma situação ainda frequente: paciente considerado psiquiátrico com doença neurológica em curso. Muitos desses pacientes são pouco providos de recursos financeiros e assistenciais, geralmente não estão em sua cidade de origem e postergam em muito o primeiro contato com neurologista. Passam por diversas vezes em pronto-socorros, mas não seguem o encaminhamento solicitado. A própria superlotação dos pronto-socorros dificulta uma anamnese detalhada que leve a suspeita de uma doença de base ainda indefinida (uma queixa de crise convulsiva, um sinal focal cerebral ou sintoma subjetivo mais persistente).

## Conclusão

Não há como realizar investigação neurológica detalhada em toda a população que procura auxílio médico no sistema público de saúde. Os pacientes são selecionados de acordo com as queixas mais indicativas de transtorno encefálico, porém uma doença ainda não identificada deve ser sempre suspeitada naqueles pacientes que apresentam má evolução na vigência de um tratamento considerado adequado para a hipótese diagnóstica inicial incorreta.

## Referências

1. Abrahams PH, Marks Jr. SC, Hutchings RT. Atlas de Anatomia humana de McMinn. 5.ed. São Paulo: Elsevier; 2005.
2. Al-Mefty O. Meningiomas. New York: Raven Press; 1991.
3. Colli BO. Meningeomas da base do crânio: I – anterior. In: Siqueira MG, Novaes V, editores. Tumores intracranianos. Biologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter e Santos; 1999.
4. Cushing H. The Meningiomas (dural endotheliomas): Their source and favoured seats or origin. Brain. 1992;45:282-316.
5. Greenberg MS. Handbook of neurosurgery. 5.ed. New York: Saunders; 2001.
6. Kleihues P, Burger PC, Scheithauer BW. The new WHO classification of brain tumours. Brain Pathol. 1993;3:255-68.
7. Lana-Peixoto MA, Pitella JEH, Arouca EMG. Primary intracranial tumours: analysis of a series of consecutive autopsies and biopsies. Arq Neuro-psiquiat (São Paulo). 1981;39:13-24.
8. Mandalozzo LE, Torres LFB. Meningeomas da convexidade, foice e tenda. In: Siqueira MG, Novaes V, editores. Tumores intracranianos. Biologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter e Santos; 1999.
9. Rhoton Jr. AL, Natori Y. The orbit and sellar region. Microsurgical anatomy and operative approaches. New York: Thieme; 1996.
10. Skaf CR, Yamada A, Akamine S, Filho GB. Meningeoma frontal numa paciente com síndrome depressiva maior crônica. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999;21(2):114-116.
11. Torres LFB, Almeida R, Ávila S, Alessi S, Freitas R. Brain tumours in South Brazil. Arq Neuro-psiquiat (São Paulo). 1990;48:279-85.
12. Yasargil MG. Microneurosurgery. Vol. I. New York: Thieme; 1984.

*Original recebido em abril de 2009*

*Aceito para publicação em setembro de 2009*

### **Endereço para correspondência**

Marcelo Motta Zanatelli  
Av. Dr. Washington Luis, 341/22  
11055-000 – Santos, SP  
E-mail: mzanatelli@bol.com.br