



Meningioma intracraniano tipo “dumbbell” se apresentando como pólipos auricular e massa cervical

Dumbbell-type intracranial meningioma presenting as an aural polyp and a neck mass

Artigo publicado previamente em *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, October 2003, vol. 129, 4: 457-60.
Reproduzido com autorização do autor.

Aloysio Augusto Tahan de Campos Netto¹

C. Gray Jackson²

James L. Netterville³

Carl R. Hampf⁴

Raquel Ann Redtfeldt⁵

Resumo

Meningiomas constituem tumores geralmente benignos que se originam de células da camada mais externa da aracnóide e raramente se estendem para fora de seus limites extra-cranianos.

Eles representam 10 a 15 % dos tumores do ângulo ponto-cerebelar.

O caso relatado a seguir mostra uma apresentação extremamente rara de um meningioma intra-craniano, o qual se estendeu inferiormente para o espaço parafaríngeo via forâmen jugular e lateralmente para o conduto auditivo externo.

Os autores evidenciam o acesso cirúrgico à base do crânio em um único tempo para a ressecção da neoplasia, o qual foi realizado por uma equipe multidisciplinar composta por otologista, neurocirurgião e cirurgião de cabeça e pescoço.

Palavras-Chave

Meningioma, espaço parafaríngeo, pólipo auricular.

Abstract

Meningiomas are usually benign neoplasms that arise from the arachnoid cap cells and rarely extend out of their intracranial boundaries.

They account for 10 to 15% of the tumors of the cerebellopontine angle.

The case we report below represents an extremely rare presentation of an intracranial meningioma, which extended inferiorly into the parapharyngeal space traveling via the jugular foramen and laterally to the external auditory canal.

The authors present a single-stage surgical approach to the skull base for the resection of the neoplasm, which was performed by a multidisciplinary team that included a neurotologist, a neurosurgeon and a head and neck surgeon.

Key Words

Meningioma, parapharyngeal space, aural polyp

¹Médico Otorrinolaringologista do Hospital Santa Helena e Cooperado da Unimed Paulistana
Mestre em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da USP – Ribeirão Preto
Coordenador do Grupo Otológico e de Cirurgia de Base de Crânio do Hospital Santa Helena-Unimed Paulistana.
Fellow da The Ear Foundation at Baptist Hospital – The Otology Group, Nashville, Tennessee, USA.

²Presidente do The Otology Group da Vanderbilt University, Nashville, TN, USA.

³Professor Clínico de Otorrinolaringologia da Georgetown University, Washington, DC, USA.

⁴Chefe da Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA.

⁵Neurocirurgião do The Otology Group da Vanderbilt University e do Baptist Hospital, Nashville, TN, USA.

⁶Fellow da The Ear Foundation at Baptist Hospital – The Otology Group, Nashville, TN, USA.

Otorrinolaringologista em prática privada em Phoenix, Arizona, USA.

Correspondência: aloysioaugusto@uol.com.br

Discussão

De acordo com Nager e cols., este caso pode ser classificado como um meningioma intracraniano que se estendeu extracranialmente ou como um meningioma do forâmen jugular com extensão extracranial. Dos 371 meningiomas reportados por estes autores, 20% se estenderam extracranialmente, sendo mais comumente para a órbita (8%) e mais raramente para o espaço parafaríngeo, parótida ou região cervical (1,3%). Eles mencionaram a possibilidade de envolvimento dos ouvidos médio e externo, caso o tumor entre no osso temporal, mas nenhum caso foi citado na revisão destes autores. Um meningioma intracraniano que se expande para o conduto auditivo externo é, de longe, o tipo mais raro de extensão intracraniana dos meningiomas. A grande maioria dos pólipos auriculares está associada a colesteatomas epidermóides ou doenças inflamatórias do ouvido médio, como tecido de granulação, necrose, fibrose, granuloma de colesterol e inflamação xantogranulomatosa. Pólipos auriculares originários no próprio conduto auditivo externo incluem lesões benignas como exostoses, osteomas, ceruminomas, cistos sebáceos e quelóides.⁽³⁾ Neoplasias são muito raramente encontradas como lesões polipóides do ouvido. Em uma série de 162 biópsias de pólipos aurais, apenas 5 eram neoplasias e somente 1 delas era meningioma (0,6%). Neoplasias que erodem o osso temporal e se apresentam como pólipos de conduto auditivo externo incluem condroblastomas, tumores de células gigantes, adenocarcinomas, carcinomas de células basais e escamosas e menos comumente metástases.

O caso relatado foi único, pois houve extensão extracraniana inferiormente e lateralmente. Acreditamos que o tumor alcançou o espaço parafaríngeo via forâmen jugular e penetrou o ouvido médio e conduto auditivo externo via hipotímpano. É difícil determinar se a paciente em questão apresentou um tumor extremamente agressivo ou começou a apresentar sintomas muito tardiamente devido à sua perda auditiva congênita, levando a um crescimento despercebido do tumor. É provável que as duas hipóteses sejam verdadeiras. Meningiomas não são usualmente considerados no diagnóstico diferencial de tumores do espaço parafaríngeo ou de pólipos aurais. Desta forma, a extensão extracraniana de um meningioma deve ser adicionada ao diagnóstico

diferencial de tumores do espaço parafaríngeo e do ouvido externo. Outro diagnóstico diferencial a ser adicionado seria o de glomus jugular, pois as manifestações clínicas apresentadas por indivíduos com este tipo de tumor são as mesmas, uma vez que estes ocupam a mesma localização e possuem maneiras similares de acometimento de estruturas vizinhas. Meningiomas neste sítio têm sido considerados mais invasivos que os tumores glômicos, exigindo uma maior margem de segurança durante a ressecção. Na grande maioria dos casos, a ressonância magnética com gadolínio pode diferenciar meningiomas da fossa posterior de outros tipos de tumores deste sítio, devido às suas características únicas e específicas neste tipo de exame por imagem. Eles aparecem como massas grandes, ovaladas e sésseis que possuem uma larga base dural no osso petroso posterior. Neste caso, a ressonância magnética foi útil em ilustrar a conexão direta entre os tumores dos espaços intra e extracranianos, descartando a possibilidade de 2 lesões separadas ou de doença metastática em potencial. A ressecção tumoral completa em um único tempo é o tratamento de escolha para extirpar tais neoplasias, porém a altíssima morbidade da cirurgia do seio cavernoso foi um empecilho significativo à ressecção total nesta paciente. O risco de uma disfunção adicional potencial dos nervos cranianos e seus efeitos na qualidade de vida da paciente após a cirurgia também representaram importantes fatores limitantes à ressecção total da neoplasia.⁽⁴⁾ Duas alternativas emergiram no follow-up desta paciente: planejar um segundo tempo cirúrgico para remoção do tumor residual ou tratamento por radioterapia externa e focada, em caso de progressão da doença. A radioterapia externa pós-operatória tem sua função no controle de doença residual microscópica e tem diminuído os índices de recorrência em excisões tumorais subtotais de neoplasias que apresentam uma alta taxa de morbidade cirúrgica.⁽⁵⁾

Concluindo, nós reportamos nossa experiência no manejo de uma apresentação excepcionalmente rara de um meningioma intracraniano. Este caso exemplifica o espectro de comportamento dos meningiomas intracranianos, os quais comumente crescem lentamente e silenciosamente ou, como neste caso, podem ser tão agressivos a ponto de serem potencialmente letais.

Referências Bibliográficas

- 1 - Nager NT, Heroy J, Hoeplinger M. Meningiomas invading the temporal bone with extension to the neck. *Am J Otolaryngol* 4:297-324, 1983.
- 2 - Brugler G. Tumors presenting as aural polyps: a report of four cases. *Pathology* 24:31 5-9, 1992.
- 3 - Huin E, Tan KP. Case Report: Meningioma presenting as an aural polyp. *Clin Radiol* 53:619-22, 1998.

- 4 - Molony BT, Brackmann DE, William WM. Meningiomas of the jugular foramen. *Otolaryngol Head Neck Surg* 106: 128-36, 1992.
- 5 - Maniglia AJ, Page LK. Posterior cranial fossa and temporal bone meningioma in a child appearing as a neck mass. *Otolaryngol Head Neck Surg* 87:578-83, 1979.