

# MENINGIOMAS INTRAOSSEOS

RELATO DE 2 CASOS

GILBERTO MACHADO DE ALMEIDA \*

JOÃO ROBERTO D. AZEVEDO \*\*

AFONSO VITULE FILHO \*\*\*

JOSÉ PINDARO P. PLESE \*\*\*\*

Os meningiomas extracranianos e extraespinais primários são raros, tendo sido descritos, até 1973, cerca de 50 casos<sup>3</sup>. Algumas das localizações mais comuns são a órbita, o nervo óptico, a pele, a cavidade nasal, o ouvido médio e o pescoço<sup>3, 4, 5</sup>. O meningioma intraósseo primário da calota craniana distingue-se do meningioma intraósseo secundário por não ser extensão de tumor intracraniano e pela ausência de comprometimento da dura-mater. Azar-Kia & col.<sup>1</sup> (1974) encontraram, na literatura, apenas 8 casos de meningioma intraósseo craniano e apresentaram outros 4.

## OBSERVAÇÕES

CASO 1 — C.T.S., 34 anos de idade, sexo feminino, cor parda, admitida em 13-12-73. Aos 15 anos de idade notou tumoração fronto-temporal direita, indolor, que aumentou lentamente. Ao exame clínico, nada foi observado de anormal, além da saliência fronto-temporal de forma ovalada, com 7 cm em seu maior diâmetro, de consistência dura e indolor à palpação. *Cranograma* — Grande neo-formação de natureza óssea, fazendo proeminência na região fronto-temporal direita (pterion). A neoplasia tem aspecto irregular, notando-se menor densidade na parte central. *Angiografia carotídea bilateral* — Grupo silviano do lado direito deslocado para dentro, pela tumoração óssea. Não existem sinais de processo expansivo intracraniano. Alguns ramos da artéria carótida externa dirigem-se para a área de hiperostose (Fig. 1). *Intervenção cirúrgica* — Aparentemente foi retirado todo o tecido anormal, que era muito sangrante, apresentando em seu interior vários pequenos cistos. Não havia comprometimento da dura-mater. *Exame histopatológico* — Meningioma psamomatoso infiltrando tecido ósseo. *Evolução* — O caso evoluiu bem. Um ano após a cirurgia foi feita plástica da falha óssea com acrílico.

CASO 2 — A.P.S., 50 anos de idade, sexo feminino, cor branca, admitida em 11-09-74. A paciente sofreu traumatismo parietal direito um ano antes. Logo após, notou pequena tumoração no mesmo local, com crescimento progressivo. Em algumas ocasiões sentiu dor na região abaulada. *Exame clínico* — Tumoração parietal direita, ovalada, de consistência dura, medindo 7 cm no maior diâmetro. *Craniograma* (Fig. 2 — Grande imagem arredondada, de densidade cálcica, de con-

---

Trabalho realizado na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. Horácio M. Canelas) e na Clínica Neurocirúrgica do Hospital 9 de Julho (Prof. Gilberto Machado de Almeida): \* Livre Docente; \*\* Residente; \*\*\* Assistente; \*\*\*\* Preceptor.

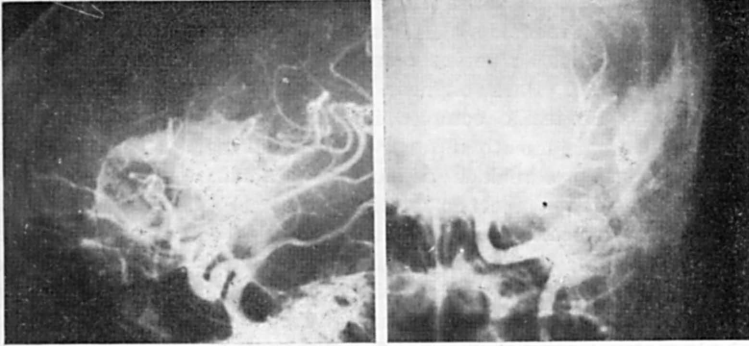


Fig. 1 — Caso 1. Angiografia carotídea direita. Nota-se a hiperostose e o discreto desvio do grupo silviano.

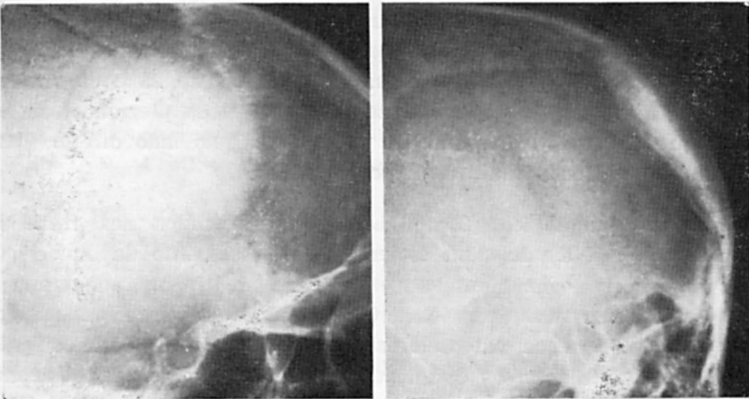


Fig. 2 — Caso 2. Radiografias simples nas incidências de perfil e oblíqua mostrando hiperostose de densidade homogênea.

tornos regulares e bem definidos, projetando-se na região fronto-parietal direita, ao nível da sutura coronária. Na incidência oblíqua observa-se que o tumor compromete as duas tábuas ósseas, fazendo proeminência externamente. *Angiografia carotídea bilateral* — Normal, não sendo visibilizada circulação própria do tumor. *Intervenção cirúrgica* — Aparentemente foi retirado todo o tecido anormal, bastante sangrento, de consistência menor do que o osso normal. Não havia comprometimento da dura-mater. *Exame histopatológico* — Meningioma intraósseo. *Evolução* — A paciente evoluiu bem.

#### COMENTARIOS

Os meningiomas são tumores formados por tecido conjuntivo pleiomórfico, derivado, provavelmente, dos meningócitos, que são células das vilosidades aracnóides<sup>7</sup>. A origem dos meningiomas intracranianos já está bem

estabelecida. A teoria mais aceita, para explicar o aparecimento de meningiomas à distância, baseia-se na existência de restos embrionários ectópicos de células da aracnóide<sup>6, 7</sup>. Restos embrionários deste tipo foram demonstrados nas bainhas de nervos cranianos e ao nível dos orifícios por onde eles saem do crânio. Para explicar os meningiomas intraósseos, apela-se para a existência de tecido ectópico infiltrado através das suturas, durante a vida fetal. Um argumento a favor desta hipótese é a grande frequência destes tumores na proximidade de suturas cranianas. Nos nossos doentes, o tumor situava-se ao nível do pterion (caso 1) ou da sutura coronária (caso 2). Outra teoria, baseada na histologia dos componentes celulares do meningioma, admite origem mesenquimal para o tumor, classificando os meningiomas como fibroblastos especializados, podendo surgir em qualquer lugar em que haja tecido mesenquimal<sup>7</sup>. Também é discutido o papel desempenhado pelos traumatismos na formação de meningiomas<sup>1</sup>. No nosso segundo caso, o processo expansivo foi notado alguns dias após traumatismo local. Segundo alguns autores<sup>3</sup>, as radiações ionizantes parecem ter alguma importância.

Os meningiomas intraósseos primários são mais comuns em mulheres, na proporção de 3:1<sup>1</sup>. As nossas duas pacientes são do sexo feminino. A idade dos doentes (34 e 50 anos) está entre os limites de 23 e 69 anos verificados por Azar-Kia & col.<sup>1</sup>. A localização, ao nível do pterion ou da sutura coronária é relativamente comum. A preferência pelo lado direito<sup>1</sup> também foi confirmada na nossa limitada experiência.

Os achados radiológicos foram bem esquematizados nos trabalhos de Azar-Kia & col.<sup>1</sup>. No início, há esclerose e espessamento da diploe e tábua externa, com aspecto semelhante ao encontrado no osteoma. O craniograma do nosso caso 2 mostra estas características. Mais tarde as radiografias revelam uma mistura de osteosclerose e osteólise, com algumas espículas radiais. Nestas condições, os diagnósticos de doença de Paget, osteomielite, displasia fibrosa e sífilis não podem ser esquecidos. O nosso segundo caso inclui-se neste grupo, pois as radiografias mostram sinais de osteólise na parte central. Segundo Azar-Kia & col.<sup>1</sup>, com a progressão das lesões, as espículas radiais e a osteólise tornam-se mais pronunciadas do que a esclerose. Nestas circunstâncias, as possibilidades de hemangioma, sarcoma e anemia hemolítica devem ser lembradas.

O aspecto angiográfico é variável<sup>1</sup>. Nos casos mais avançados, podem ser evidenciadas as artérias que se dirigem ao processo expansivo (caso 1) ou a circulação própria do tumor.

O quadro microscópico dos meningiomas ectópicos é o mesmo encontrado em tumores intracranianos e os tipos histológicos respeitam, mais ou menos, a mesma frequência e distribuição. Segundo Farr & col.<sup>1</sup> o tipo mais comum é o psamomatoso (ou de transição) que foi encontrado em 75% dos meningiomas ectópicos.

## RESUMO

Meningiomas primários da calota craniana são raros. Na literatura de língua inglesa apenas 12 casos foram relatados. São apresentados 2 casos e discutidos aspectos etiológicos, clínicos e radiológicos.

## SUMMARY

*Intraosseous meningioma: report of two cases*

Primary intraosseous meningiomas of the skull are rarely found. A review of the English literature reveals that only 12 cases have been reported previously. Two new cases are added: both occurred in females with grew up on the right side, adjacent to cranial sutures. In one case the meningioma developed few weeks after a parieto-frontal traumatism. The etiology of these tumors, the plain film findings and the angiographic appearance are discussed.

## REFERÊNCIAS

1. AZAR-KIA, B.; SARWAR, M.; MARC, J. A. & SCHECHTER, M. M. — Intraosseous meningioma. *Neuroradiology* 6:246, 1974.
2. CUSHING, H. & EISENHARDT, L. — *Meningiomas, Part. 1.* Hafner, New York, 1962.
3. FARR, H. W.; GRAY, G. F.; VRANA, M. & PANIO, M. — Extracranial meningioma. *J. surg. Oncol.* 5:411, 1973.
4. ROSENCRANTZ, M. & STATTIN, S. — Extradural meningiomas: report of two cases. *Acta radiol.* 12:419, 1972.
5. SIEGEL, G. J. & ANDERSON, P. J. — Extracalvarial meningioma: case report. *Neurosurg.* 25:83, 1966.
6. WAGA, S.; NISHIKAWA, M.; OHTSUBO, K.; KAMIJYO, Y. & HANDA, H. — Extracalvarial meningiomas: report of two cases. *Neurology (Minneapolis)* 20: 368, 1970.
7. WHICKER, J. H.; DEVINE, K. D. & MACCARTY, C. S. — Diagnostic and therapeutic problems in extracranial meningiomas. *Am. J. Surg.* 126:452, 1973.

*Clinica Neurológica — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo — Caixa Postal 3161 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.*