

Cisto dermoide intracraniano hipointenso em T1

A T1-hypointense intracranial dermoid cyst

Marcos Gil da Veiga¹, Amets Sagarrabay¹, Carlos Marques Pontinha², Carla Conceição¹

¹ Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

² Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

DOI: 10.31744/einstein_journal/2021AI6347

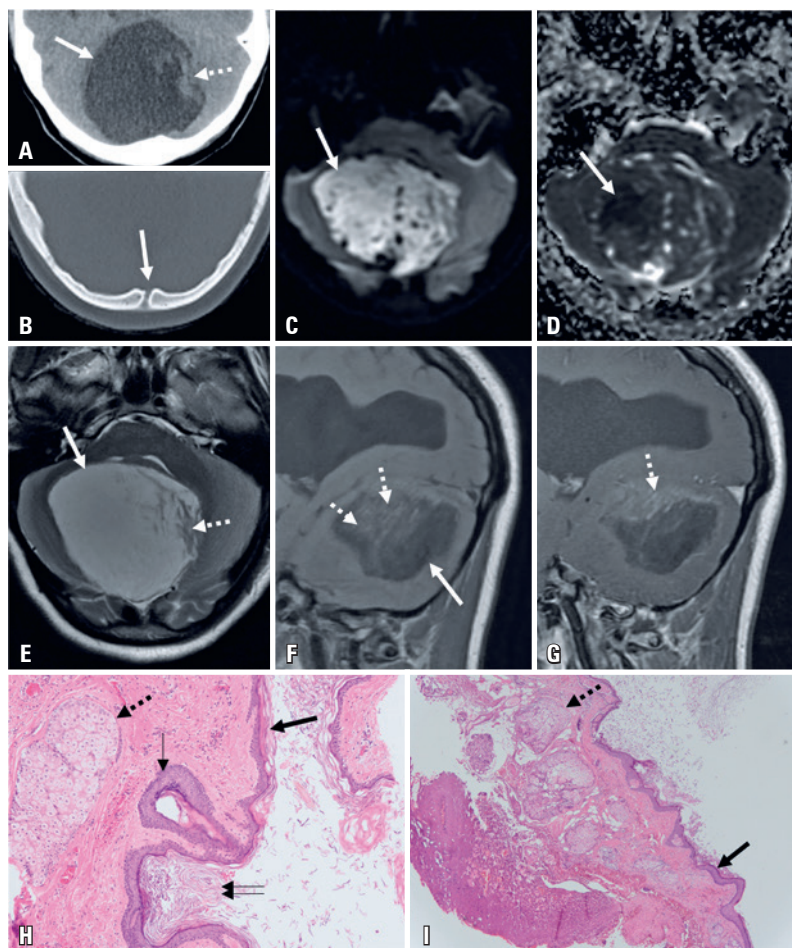


Figura 1. Tomografia computadorizada e ressonância magnética ilustrando as principais características da imagem de cisto dermoide. Imagens microscópicas da lesão. (A) Tomografia computadorizada em janela de tecido mole indicando a presença de lesão cística da fossa posterior, na maioria hipodensa (≈ 10 unidades Hounsfield) (seta), com pequenos elementos densos na região esquerda (≈ 29 unidades Hounsfield) (seta tracejada); (B) Tomografia computadorizada em janela óssea demonstrando a presença de fistula, representando possibilidade de presença de cisto de inclusão; (C e D) Área extensa de redução da difusão de água, demonstrada por hiperintensidade de imagem ponderada em difusão e hipointensidade em coeficiente de mapa de difusão aparente; (E) Imagem axial ponderada em T2, demonstrando T2 hiperintenso posterior na lesão da fossa predominante (seta); (F) Imagem sagital ponderada em T1, demonstrando um T1 hipointenso posterior da lesão da fossa posterior predominante (seta) com pequenos elementos isointensos superiores (setas tracejadas); (G) Imagem sagital ponderada em T1, mostrando presença de componentes hiperintensos lineares após administração de gadolínio; (H e I) Imagens histológicas apresentando lesão cística delineada por epitélio escamoso queratinizado (seta) com camadas granulosas (seta fina), glândulas sebáceas (seta tracejada) e queratina molhada (seta dupla), tornando possível o diagnóstico de cisto dermoide

Como citar este artigo:

Veiga MG, Sagarrabay A, Pontinha CM, Conceição C. Cisto dermoide intracraniano hipointenso em T1. *einstein* (São Paulo). 2021;19:eAI6347.

Autor correspondente:

Marcos Gil da Veiga
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital de São José
Rua José António Serrano
CEP: 1150-199 – Lisboa, Portugal
Tel.: +351913265366
E-mail: marcos.gil.d.veiga@gmail.com

Data de submissão:

20/1/2021

Data de aceite:

8/4/2021

Copyright 2021



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

Paciente do sexo feminino, 15 anos, com histórico de 6 meses de tremor progressivo na mão direita com disfunção funcional, agravada por histórico de 1 mês de ataque episódico. A paciente foi submetida a rastreamento por tomografia computadorizada, que revelou lesão expandida da fossa posterior com densidade similar a de fluido raquimedular e descontinuidade óssea na linha mediana (Figuras 1A e 1B; janela de tecido mole não demonstrada). O exame de imagem por ressonância magnética (RM) (Figuras 1C a 1G) foi realizado após internação hospitalar, revelando lesão expandida na fossa posterior, com predominância de hiperintensidade T2, hipointensidade T1 e áreas lineares com redução de difusão de água. As imagens supratentoriais revelaram sinais de hidrocefalo crônico. A paciente foi submetida à cirurgia, na qual se observou lesão capsulada extra-axial com substância branca contendo apêndices cutâneos, sendo confirmado o diagnóstico de cisto dermoide na histologia (Figuras 1H e 1I).

Cistos intracranianos são lesões raras e representam menos do que 0,5% dos tumores intracranianos primários.⁽¹⁾ Esses são cistos ectodérmicos de inclusão congênita e tendem a ocorrer na linha mediana.⁽¹⁾ Em ocasiões raras em que esses são desenvolvidos na fossa posterior, eles tendem a se localizar no *vermis* ou no quarto ventrículo.⁽¹⁾ Os cistos dermoides podem ser assintomáticos a longo prazo e apresentar histórico longo de sintomas vagos, sendo muito comum a dor de cabeça.^(2,3) Dependendo do local, tais sintomas podem estar associados a *deficits* focais neurológicos, convulsões e, também, meningite asséptica recorrente.⁽³⁾

Os cistos dermoides são classicamente descritos como lesões T1 hiperintensa, e alguns autores afirmam que “todas” as lesões são apresentadas em sinais de RM.⁽¹⁾ Esses cistos intracranianos também estão descritos como lesões sem melhora de gadolínio e com difusão aparente

de valores de coeficientes similares aos do parênquima cerebral.⁽¹⁻⁴⁾ Alguns relatos descrevem características de imagem incomuns, como hipointensidade T1, redução de difusão de água ou regiões melhora de gadolínio.⁽²⁻⁴⁾ A fístula dérmica pode se apresentar como indicação clínica/imagem para o diagnóstico correto.⁽²⁾

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Marcos Gil da Veiga: foi responsável pela conceptualização e desenho do estudo, aquisição dos dados e escrita. Amets Sagarrabay: manejou o paciente, realizou cirurgia neurológica, teve contribuição substancial, além de revisar o texto, e fez a aprovação final do manuscrito. Carlos Marques Pontinha: analisou a patologia, revisou criticamente e fez a aprovação da versão final do estudo. Carla Conceição: foi responsável pela análise e interpretação da imagem de ressonância magnética, contribuiu com a revisão e aprovou a versão final do estudo.

INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Veiga MG: <http://orcid.org/0000-0001-7714-4967>

Sagarrabay A: <http://orcid.org/0000-0003-2280-8417>

Pontinha CM: <http://orcid.org/0000-0002-1265-949X>

Conceição C: <http://orcid.org/0000-0003-1430-1122>

REFERÊNCIAS

1. Osborn AG, Preece MT. Intracranial cysts: Radiologic-pathologic correlation and imaging approach. *Radiology*. 2006;239(3):650-64. Review.
2. Wallace D, Tress B, Kwan PF. Radiologically atypical congenital posterior fossa dermoid cyst presenting late in life. *J Clin Neurosci*. 2008;15(7):835-8.
3. Orakcioglu B, Halatsch ME, Fortunati M, Unterberg A, Yonekawa Y. Intracranial dermoid cysts: Variations of radiological and clinical features. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008;150(12):1227-34; discussion 1234.
4. Abderahmen K, Bouhoula A, Aouidj L, Jemel H. Temporal dermoid cyst with unusual imaging appearance: Case report. *Turk Neurosurg*. 2016;26(1):176-9.