

TUMOR CORTICAL E SUBCORTICAL NO LOBO TEMPORAL DIREITO – PARTE 2 CORTICAL AND SUBCORTICAL TUMOR IN THE RIGHT TEMPORAL LOBE – PART 2

Vinicius Trindade Gonçalves¹, Fabiano Reis², Ricardo Schwingel¹, Renata Bertanha³

A lesão mostrada na RM era compatível com lesão de origem tumoral.

As lesões mais comuns que entrariam no diagnóstico diferencial são: astrocitomas, gangliogliomas e DNET (Tumor Disembrioblástico Neuroepitelial). Astrocitomas, habitualmente, são lesões mais infiltrativas e difusas e, na maioria das vezes, envolvem mais áreas de substância branca. DNETs não costumam apresentar componentes com realce pelo contraste. Presença de componentes císticos, componente de realce, sem edema, em lobo temporal foram características de imagem que nos permitiram colocar ganglioglioma como primeira hipótese diagnóstica. O estudo histopatológico confirmou esta hipótese.

As condutas adotadas para o caso foram a remoção cirúrgica da lesão. A paciente apresentou evolução favorável.

DISCUSSÃO

O ganglioglioma foi primeiramente descrito em 1870, por Loretz,¹ mas somente em 1926 o termo ganglioglioma foi popularizado por Perkins.² Quatro anos mais tarde, Courville e Anderson³ publicaram uma casuística de 20 pacientes com ganglioglioma e foram os primeiros a estabelecer corretamente a entidade histopatológica deste tumor.

O ganglioglioma é caracteristicamente um tumor glioneuronal, formado por células neoplásicas gliais e células neuronais, de baixo grau histológico e bom prognóstico após ressecção completa do tumor. Alguns gangliogliomas podem sofrer transformação anaplásica, mais comumente a partir do seu componente glial, sendo classificados como grau III pela Organização Mundial de Saúde (WHO).

Gangliogliomas são tumores intracranianos raros. Correspondem a 0,4% - 0,9% de todas as neoplasias intracranianas, e 1% - 4% de todas as neoplasias do sistema nervoso central (SNC) na faixa pediátrica.⁴ Apesar disso, representam a neoplasia glioneuronal mais comum do SNC e a principal causa de epilepsia crônica de lobo temporal.⁵

Clinicamente, são tumores de evolução lenta e afetam principalmente crianças e adultos jovens. Cerca de 80% dos casos ocorrem em pacientes menores que 30 anos, com pico na segunda década de vida.

O ganglioglioma tem localização caracteristicamente cortical/superficial, afetando principalmente o lobo temporal (38%), seguido do lobo parietal (30%) e frontal (10%). Embora os hemisférios cerebrais sejam os locais mais afetados, os gangliogliomas podem ocorrer em outras diversas localizações, como tronco encefálico, cerebelo, pineal, medula espinhal, nervo óptico, quiasma óptico e sistema ventricular.⁴ História de epilepsia é muito comum, sobretudo as crises parciais complexas, com curso crônico, refratárias à terapêutica medicamentosa. Outros sinais e sintomas neurológicos, como *déficits* focais, alterações de pares cranianos e sinais de hipertensão intracraniana são raros, mas podem estar presentes.

O tratamento de escolha para os gangliogliomas é a ressecção cirúrgica e, aparentemente, o melhor tratamento para a recorrência desses tumores é a repetição das cirurgias.

O papel da quimioterapia e radioterapia ainda não está bem estabelecido, mas estes recursos terapêuticos vêm sendo reservados apenas para formas raras e malignas de ganglioglioma, doença em progressão ou quando a localização do tumor impossibilita a ressecção total.⁴ Muitos autores acreditam que a radioterapia está diretamente associada ao desenvolvimento de gangliogliomas anaplásicos⁶ e os efeitos deletérios da radiação no desenvolvimento do SNC de crianças são os principais argumentos contra o uso de radioterapia como recurso terapêutico primário.⁴

Nos exames de imagem, o padrão observado é de lesão cística bem definida com nódulo mural ou lesão sólida, com diferentes graus de densidade na tomografia computadorizada (TC), apresentando-se à ressonância magnética (RM) como lesão hipo ou isointensa em T1 e hiperintensa em T2, com captação muito variável pela porção sólida após administração de gadolínio. Calcificações estão presentes em cerca de 30% dos casos. Erosão da tábua óssea pode ser observada em localizações periféricas evidenciando crescimento lento do tumor. Tipicamente no ganglioglioma o edema é ausente e, em caso da presença deste, deve-se suspeitar de transformação maligna de ganglioglioma ou tumores gliais anaplásicos.⁷

Furuta *et al.*⁸ propõem que o ganglioglioma e o xantastrocitoma pleomórfico (PXA) cresçam a partir de uma falha de migração, resultando em uma posição ectópica de células neuronais e gliais. Isso explicaria o fato de o ganglioglioma coexistir em alguns casos com o PXA ou com outros tumores corticais. Como, em geral, pode-se considerar o ganglioglioma um tumor de boa evolução e baixo grau, o conhecimento e reconhecimento dos padrões de imagem associados podem contribuir para o diagnóstico e tratamento precoces, sobretudo de pacientes jovens com longa história de epilepsia refratária à medicação.

REFERÊNCIAS

1. Loretz W. Ein fall von gangliosem neurom (gangliom). *Virchows Arch.* 1870; 49:435-7.
2. Perkins OC. Ganglioglioma. *Arch Pathol Lab Med.* 1926; 2:11-7.
3. Courville CB, Anderson FM. Ganglioglioma: tumor of the central nervous system: review of the literature and report of two cases. *Arch Neurol Psychiatry.* 1930; 24:439-91.
4. Koeller K, Henry JM. Superficial gliomas: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics.* 2001; 21:1533-56.
5. Adachi Y, Yagishita A. Gangliogliomas: characteristic imaging findings and role in the temporal lobe epilepsy. *Neuroradiology.* 2008; 50:829-34.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 164-165, 2012

1. Aluno do curso de Medicina - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

2. Professor do Depto. de Radiologia - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

3. Médica residente do Depto. de Radiologia - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Recebido em 3/9/2012. Aceito para publicação em 4/9/2012.

Contato: viniciustri@gmail.com

6. De Marchi R, Abu-Abed S, Munoz D, Loch Macdonald R. Malignant ganglioglioma: case report and review of literature. *J Neurooncol.* 2011; 101:311-8.
7. Urbach H. MRI of long-term epilepsy-associated tumors. *Clin Neuroradiol.* 2006; 16:209-16.
8. Furuta A, Takahashi H, Ikuta F, Onda K, Takeda N, Tanaka R. Temporal lobe tumor demonstrating ganglioglioma and pleomorphic xanthoastrocytoma components. *J Neurosurg.* 1992; 77:143-7.