

Abordagem pré-temporal para meningeoma esfenopetroclival causando neuropatia trigeminal

Pretemporal approach for sphenopetroclival meningeoma causing trigeminal neuropathy

Heloisa Paiva Balestri¹, Rafaela Fernandes Gonçalves², Gustavo Tomasi^{2,3}, Bruno Saciloto², Lucas Magno de Lacerda Martins², Junio Pereira Pardins², Guilherme Nobre Nogueira^{2,4}, Pedro Henrique de Almeida⁵, Rafael Fernandes Romani⁵, César Monte Serrat Titton⁵, Gustavo Rassier Isolan²

PALAVRAS-CHAVE: Craniotomia. Meningeoma. Neuropatia.
KEYWORDS: Craniotomy. Meningioma. Neuropathy.

INTRODUÇÃO

A craniotomia pré-temporal,¹ consiste em exposição mais ampla do polo temporal seguida da retração posterior e lateral de parte do lobo temporal. Desse modo, o procedimento expõe o lobo temporal, a fim de possibilitar as vias transylviana e laterosubfrontal – típicas da craniotomia pterional – somadas às vias subtemporal e temporopolar para acessar a fossa interpenduncular através de perspectiva lateral, além de permitir acesso a fossa média do crânio e à região do seio cavernoso. Essa craniotomia representa a união das vantagens das outras técnicas (pterional, subtemporal e temporopolar) em somente um procedimento, podendo ser realizada como suas extensões, dependendo das características da lesão e dos alvos anatômicos de interesse.²

O meningeoma petroclival corresponde a um tipo do tumor na fossa posterior da base do crânio. Quando ele invade a fossa média é chamado de esfenopetroclival.³ Esses tumores causam significativos efeitos compressivos ao deslocar o tronco encefálico e são caracterizados por quadro clínico inespecífico a depender do grau de compressão das estruturas adjacentes. O diagnóstico é feito por exames de imagem – TC contrastada ou RNM – que determinarão a extensão tumoral e o tipo de acesso cirúrgico que deverá ser utilizado.⁴

Nesse artigo, relatamos o caso de uma paciente com neuropatia trigeminal causada por meningioma esfenopetroclival refratária ao tratamento clínico. A resolução dos sintomas foi possível pela descompressão do nervo trigêmeo empregando-se a via cirúrgica pré-temporal.⁵

RELATO DO CASO

Mulher de 53 anos apresentou-se com quadro de dor constante em território de V1 e V2 do nervo trigêmeo à direita com padrão de neuropatia. O exame da musculatura extraocular e o reflexo corneopalpebral eram normais, bem como a acuidade visual estava

preservada. A ressonância magnética de crânio com gadolínio revelou tumor intradural na altura do terço superior do clivus estendendo-se para o interior do seio cavernoso à direita. A lesão impregnava o contraste homogeneamente (Figura A).

A paciente estava fazendo uso de gabapentina e carbamazepina há 6 meses, porém sem sucesso. Devido ao fato dela possuir musculatura extraocular e visão preservadas, optou-se pela realização de craniotomia pré-temporal com ressecção do tumor da fossa posterior para descompressão do nervo trigêmeo e não ressecção do componente intracavernoso do meningeoma (Figura B).

A operação foi realizada conforme planejado e ela obteve melhora da dor no pós-operatório imediato. Os medicamentos foram suspensos gradativamente 2 semanas após a operação e ela seguiu sem dor nos últimos 8 anos. Há 4 anos, houve pequeno crescimento do componente intracavernoso do tumor, sendo então realizada radiocirurgia, com controle tumoral desde então.

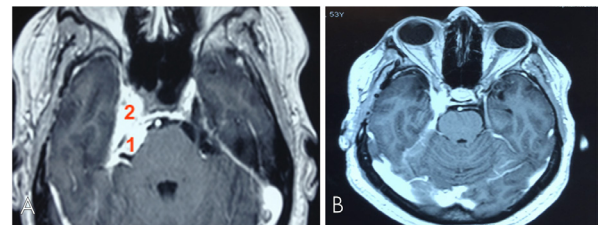


FIGURA – Ressonância magnética axial em T1: A) Na imagem pode-se observar lesão expansiva no espaço paraselar com extensão posterior em direção ao clivus superior, levantando a hipótese de tumor esfenopetroclival sugestivo de meningeoma (1 e 2); B) ressecção do componente da fossa posterior do tumor com parte do componente intracavernoso intacto

DISCUSSÃO

A neuralgia do trigêmeo é condição clínica caracterizada por dor paroxística envolvendo um ou

mais ramos do 5º par craniano, provocada por estímulos faciais e com duração de segundos até minutos. Além dos episódios de dor contínua com momentos de exacerbação, comprometimento da sensibilidade pode figurar entre os sintomas, dependendo da progressão da lesão.

A fisiopatologia desta entidade clínica parece estar relacionada à hiperexcitabilidade dos núcleos trigeminais causada pela irritação do nervo em sua zona de entrada, devido à compressão vascular. Possíveis causas da neuralgia trigeminal são lesões intracranianas, como meningiomas – tumores intracranianos primários comuns. No caso dos meningiomas petroclival, a neuralgia do trigêmeo pode estar presente em até 5% dos casos, visto que tumores dessa região estão intimamente relacionados com múltiplos pares cranianos, além de tronco encefálico, artéria basilar e artérias perfurantes.⁶

A neuropatia trigeminal, por outro lado, se caracteriza por um tipo diferente de dor, mais constante e sem episódios de “choque” na face, como acontece na neuralgia. A fisiopatologia da neuropatia trigeminal está relacionada à disfunção das funções sensitivas e/ou motoras do 5º par craniano. Essa doença é caracterizada por entorpecimento da região inervada pelo trigêmeo, podendo estar associada à parestesia, dor e fraqueza da musculatura mastigatória. Possíveis causas para essa condição são traumas, tumores, doenças reumatológicas, desmielinizantes ou idiopáticas. Fazer a diferenciação clínica entre neuralgia e neuropatia trigeminal é crucial, pois enquanto na neuralgia os sintomas podem melhorar por meio de procedimento ablativos – como rizotomia por balão, na neuropatia, os sintomas, sobretudo dor, podem cursar com piora clínica, devido ao aumento da deafferentação do nervo.

Nesse caso foi optado por usar abordagem cranio-órbito-zigomática com peeling da fossa média e abertura da parede lateral do seio cavernoso, o que resultou em ressecção macroscópica total do tumor.

Como mensagem final, a craniotomia pré-temporal é abordagem efetiva para meningiomas petroclivais dos terços superior e médio do clivus. A descompressão do nervo trigêmeo mediante ressecção tumoral demonstrou ser efetiva para a resolução dos sintomas da paciente.

Afilição dos autores:

- ¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO); Guarapuava, PR, Brasil;
² Centro Avançado de Neurologia e Neurocirurgia (CEANNE);
³ Hospital São Vicente e OncoCenter de Guarapuava, PR, Brasil;
⁴ Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil
⁵ Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

Correspondência

Gustavo Rassier Isolan
 Email: gisolan@yahoo.com.br

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Como citar:

Balestri HP, Gonçalves RF, Tomasi G, Saciloto B, Martins LML, Pardins JP, Nogueira GN, de Almeida PH, Romani RF, Titton CMS, Isolan GR. Abordagem pré-temporal para meningioma esfenopetroclival causando neuropatia trigeminal. *BioSCIENCE*. 2024;82(S1):e030

Contribuição dos autores

Conceituação: Todos os autores

Administração do projeto: Todos os autores

Redação (esboço original): Todos os autores

Redação (revisão e edição): Todos os autores

Recebido em: 23/04/2024

Aceito em: 28/05/2024

REFERÊNCIAS

1. de Oliveira E, Tedeschi H, Siqueira MG, Peace DA. The pretemporal approach to the interpeduncular and petroclival regions. *Acta Neurochirurgica*. 1995;136(3-4):204-11. Doi: 10.1007/bf01410627.
2. Chaddad-Neto F, Dória-Netto, HL, Campos-Filho JM, Reghin-Neto M, Oliveira E. Pretemporal craniotomy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2014;72(2):145-51. Doi: 10.1590/0004-282x20130202.
3. Wayhs SY, Lepski GA, Frighetto L, Isolan GR. Petroclival meningiomas: remaining controversies in light of minimally invasive approaches. *Clinical Neurology And Neurosurgery*. 2017;152:68-75. Doi: 10.1016/j.clineuro.2016.11.021.
4. Isolan GR, Wayhs AS, Lepski GA, Dini LI, Lavinsky J. Petroclival Meningiomas: factors determining the choice of approach. *Journal Of Neurological Surgery Part B: Skull Base*. 2017;79(04):367-78. Doi: 10.1055/s-0037-1608654.
5. Isolan GR, Wayhs SY, de Araújo RL, de Aguiar PHP, Pinto JAR, Marques VMO. Abordajes quirúrgicos de meningiomas petroclivales parte 1: anatomía microquirúrgica. *Surg Neurol Int*. 2022;13:277. Doi: 10.25259/SNI_413_2022
6. Isolan GR, Lavinsky J, Marques VMO, Monteiro JM, dos Santos RS, de Aguiar PHP. Abordajes quirúrgicos de los meningiomas petroclivales Parte 2: revisión narrativa y lo que aprendimos con 30 casos. *Surg Neurol Int*. 2022;13:515. Doi: 10.25259/SNI_696_2022