

# MENINGIOMA ORBITÁRIO PRIMÁRIO ECTÓPICO

**Alisson Lima Andrade**

**Silvana Artioli Schellini**

# Meningioma orbitário primário ectópico

Alisson Lima Andrade, Silvana Artioli Schellini  
 Faculdade de Medicina de Botucatu

## INTRODUÇÃO

Os meningiomas orbitários podem ter origem intracraniana, serem associados ao nervo óptico ou ectópicos. Os meningiomas ectópicos são tumores benignos, raros, dissociados do nervo óptico e sem conexão com as meninges intracranianas, ocorrendo tanto em crianças quanto adultos e, sendo mais comuns em homens. Apresentam variadas localizações, porém as mais comuns descritas são nos setores mediais e súperomediais.<sup>1</sup> Os paciente podem se apresentar com proptose, dor ocular, estrabismos, redução da acuidade visual e outros sintomas.

Os tumores extracranianos são os mais comuns e afetam a órbita por contiguidade. Os meningiomas primários da órbita surgem associados à bainha meníngea do nervo óptico (96%) ou como pontos ectópicos (4%).<sup>2</sup>

O tratamento dessas lesões depende da localização e dos sintomas experimentados pelo paciente, sendo comumente optado pela remoção cirúrgica completa, entretanto a radioterapia fracionada vem sendo instituída como método curativo e/ou coadjuvante para quimiorredução.<sup>3</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, apresentou-se ao nosso serviço com relato de dor retroorbitária superior à direita, intermitente e de leve intensidade há 2 anos. Negou comorbidades sistêmicas e oculares, não possuía sinais de neurofibromatose. Ao exame ocular não se observou alterações, acuidade visual sem correção 1,0 em ambos os olhos, exoftalmometria 18 mm em ambos os olhos, motricidade ocular preservadas e ortoforia bilateral.

Foi observado na ressonância magnética (RM) lesão em teto orbitário direito extraconal em contato com complexo levantador – reto superior, contornos lobulados, hipointenso em T1 e hiperintensa em FLAIR com alguns focos hipointensos (possíveis flebólitos), sem extensão intracraniana.

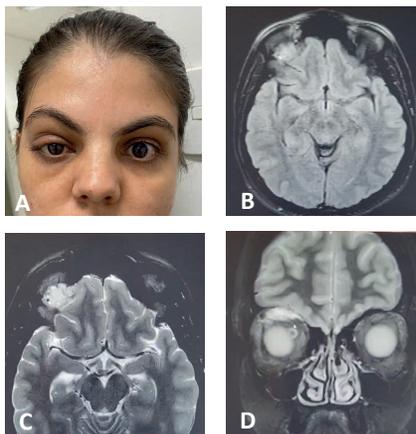
A lesão foi abordada via sulco palpebral, sendo observado lesão friável de cor castanha em teto orbitário causando erosão óssea de aproximadamente 2 cm no maior diâmetro. A lesão foi removida parcialmente por dificuldade de acesso pelo orifício e risco de formação de fístula líquórica. A análise histopatológica e imunohistoquímica revelou um Meningioma Meningotelial grau I com presença de células sinciciais, pseudoinclusões nucleares e corpos psamomatosos, além de positividade para antígeno de membrana epitelial (EMA) e receptor de progesterona (RP), e negatividade para proteína ácida fibrilar glial (GFAP).

A paciente apresentou ptose palpebral à direita no pós operatório imediato com melhora total em 3 meses e referiu melhora da dor ocular até o momento.

## REFERÊNCIAS

- Gündüz K, Kurt RA, Erden E. Ectopic Orbital Meningioma: Report of Two Cases and Literature Review. *Survey of Ophthalmology*.2014. doi: 10.1016/j.survophthal.2014.01.009.
- Dutton JJ. Optic nerve sheath meningiomas. *Surv Ophthalmol*. 1992;37(3):167-83.
- Carrasco JR, Penné RB. Optic nerve sheath meningiomas and advanced treatment options. *Curr Opin Ophthalmol* 15:406-410.
- Farah SE, Konrad H, Huang DT, Geist CE. Ectopic Orbital Meningioma: a case report and review. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. 1999., (15), 6; 463-6.

## EXAME DE IMAGENS



A. Pós operatório de 1 mês com discreta ptose à direita. B. RM axial FLAIR evidenciando contornos lobulares e flebólito. C. RM axial T2. D. Coronal FLAIR mostrando lesão em teto orbitário extraconal.

## CONCLUSÃO

A origem do meningioma orbitário ectópico é discutível, existem autores que defendem o surgimento a partir de um tecido meníngeo aprisionado na órbita ou uma meningocoe involuída.<sup>4</sup> No caso descrito, temos uma mulher jovem com RM evidenciando lesão em teto orbitário extraconal, erosão óssea e sem envolvimento intracraniano ou com o nervo óptico. RM ponderada em T2 mostrou hiperintensidade, diferenciando-se da hipointensidade observada em outros tipos de meningiomas.<sup>1</sup> A análise histopatológica se mostrou compatível com o evidenciado na literatura mostrando células ovais ou arredondadas com padrão sincicial, positividade para EMA, negatividade para GFAP e antígeno carcinoembrionário (CEA). O tratamento cirúrgico para remoção do tumor é a terapia mais indicada na maioria dos casos, como realizado em nossa paciente. A escolha da melhor via para acesso ao tumor depende da localização tumoral, dos sintomas apresentados e da experiência do cirurgião. A radioterapia fracionada externa vem sendo utilizada nos últimos anos com bons resultados para quimiorredução, como também para tratamento. No caso relatado, foi realizado cirurgia com princípio curativo e diagnóstico havendo melhora do dor ocular relatada previamente. A única complicação observada foi a ptose palpebral transitória com melhora total após 3 meses.