



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

## ABORDAGEM CIRURGICA DE RADIONECROSE INSULAR PÓS RADIOTERAPIA: RELATO DE CASO

**AUTOR PRINCIPAL:** Gregori Manfroi

**CO-AUTORES:** Fernanda de Carli, Luiz Pedro Williman Rogério, Tobias Ludwig do Nascimento, Marcelo Martins dos Reis, Leandro Pelegrini de Almeida

**ORIENTADOR:** Pasquale Gallo

**UNIVERSIDADE:** Hospital Cristo Redentor

### INTRODUÇÃO

A necrose cerebral pós-radioterapia é uma grave complicação do tratamento para tumores cerebrais e de cabeça e pescoço, podendo acarretar diversas sequelas debilitantes nos pacientes.(DASSARATH et al., 2011)(MIYATAKE et al., 2015) Embora, existam diversos tipos de tratamento para esse tipo de lesão, o tratamento cirúrgico permanece pouco explorado na literatura.(CHEN et al., 2011)(LI et al., 2013) Os autores visam relatar um caso de radionecrose cerebral pós-radioterapia, onde a abordagem cirúrgica foi decisiva na manutenção da vida do paciente, e revisar de maneira concisa a literatura.

### DESENVOLVIMENTO:

Paciente masculino, branco, 69 anos, apresentou lesão pré-auricular à esquerda em setembro de 2012, sendo submetido à ressecção cirúrgica da mesma em fevereiro de 2013. Peça cirúrgica com margem profunda comprometida e anatomopatológico compatível com carcinoma epidermoide. Realizou radioterapia entre abril e junho de 2013 com 66 Gy (33 sessões com 2 Gy). Em meados de 2014 inicia com confusão mental e afasia. A Ressonância Magnética (RM) realizada na admissão evidencia lesão em insula à esquerda (Fig.1). Biopsia estereotáxica da lesão realizada em dezembro de 2014 compatível com necrose cerebral.

Em junho deste ano apresentou piora da confusão e afasia. Tomografia de Crânio (TC) foi realizada e mostrou edema cerebral com desvio de linha média (Fig.2). Submetido então a ressecção da lesão, evoluindo dois dias após procedimento cirúrgico com anisocoria, edema e desvio de linha média (Fig. 3). Devido ao quadro clínico, craniotomia descompressiva foi necessária (Fig. 4) e anatomopatológico revelou necrose tecidual.

Até a conclusão deste relato o paciente permanece estável, hospitalizado no Hospital Cristo Redentor.

A necrose cerebral tardia é observada em doses menores do que 50 Gy, porém a incidência aumenta conforme a dose, a fração, e a administração de quimioterapia subsequente.(MIYATAKE et al., 2015)(YOSHII, 2008) A incidência varia de 0,5% até 25%, sendo que a maioria ocorre em torno do terceiro ano após radioterapia.(LEE et al., 2004)

As manifestações dessa patologia incluem vasculopatia e/ou radionecrose,<sup>4</sup> contudo sabemos que algumas manifestações não estão relacionadas diretamente a radioatividade, mas sim, ao efeito de massa da lesão. Entre elas: disfunção cognitiva, hemiparesia, afasias, crises convulsivas, anormalidades do exame neurológico correspondente ao local atingido, em suma, sinais e sintomas *tumor-like*. (MIYATAKE et al., 2015)

A necrose cerebral tardia é caracterizada por um estado de vasculite devido a radiação predominando os achados de esclerose em microvasculatura acompanhados de fibrose perivascular e áreas de hemorragia petequial.(MIYATAKE et al., 2015) (CHEN et al., 2011)

Os métodos de imagem como a TC, RM, e a PET-CT, embora úteis para o diagnóstico da doença, não são específicos,(DASSARATH et al., 2011) contudo, quando associados com a história prévia de exposição a radiação, a interpretação da imagem torna-se mais fidedigna. O padrão-ouro para esses casos é através da ressecção total da lesão e análise histopatológica, porém, isso nem sempre é possível.(MIYATAKE et al., 2015)

O propósito do tratamento da radionecrose, sendo uma condição não-neoplásica, deve ser minimizar a perda da função cerebral prevenindo a progressão e se possível revertendo o processo de radionecrose. O tratamento tradicionalmente inclui o uso de corticoesteróides, antiplaquetários, anticoagulantes, altas doses de vitaminas e cirurgia,(DASSARATH et al., 2011)(MIYATAKE et al., 2015)(CHEN et al., 2011)(LI et al., 2013) mais recentemente foi adicionado ao esquema o bevacizumab, precisando de investigações adicionais.(CHEN et al., 2011) A cirurgia sempre foi considerada uma das últimas opções no tratamento da radionecrose, indicada apenas em grandes massas, complicações hemorrágicas ou abscessos.(CHEN et al., 2011) A ressecção do tecido necrótico, concomitantemente com a craniotomia descompressiva, parece melhorar o prognóstico desses pacientes, principalmente para aqueles com indicações cirúrgicas de emergência.(LI et al., 2013)

### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A literatura nos mostra evidências limitadas a relatos ou pequenas séries de casos acerca da eficácia da cirurgia no manejo da doença que é uma complicação da radioterapia e causa grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Evidencia-se que a ressecção cirúrgica pode reverter apenas uma parte do processo, tendo como intuito básico reduzir o edema cerebral e remover o efeito de massa da lesão.

### REFERÊNCIAS

CHEN, J. et al. Radiation induced temporal lobe necrosis in patients with nasopharyngeal carcinoma: a review of new avenues in its management. **Radiation Oncology**, v. 6, n. 1, p. 128, 2011.

DASSARATH, M. et al. Temporal lobe necrosis: A dwindling entity in a patient with nasopharyngeal cancer after radiation therapy. **Head and Neck Oncology**, v. 3, n. 1, p. 8, 2011.

LI, Y. et al. Neurosurgery and prognosis in patients with radiation-induced brain injury after nasopharyngeal carcinoma radiotherapy: a follow-up study. **Radiation oncology (London, England)**, v. 8, p. 88, 2013.

MIYATAKE, S.-I. et al. Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Radiation Necrosis in the Brain. **Neurologia medico-chirurgica**, v. 55, n. 1, p. 50–59, 2015.

ANEXOS

