



**Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:**

**Resumo**

**Relato de Caso**

## **HEMANGIOPERICITOMA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO.**

**AUTOR PRINCIPAL:** Gregori Manfroi

**CO-AUTORES:** Luidia V. Giacomini, Laura R. T. Roso, Matheus Balen, Pedro R. Biasi, Marina Menegolla, Marina Olmi, Anna Vitória Minetto, Caroline Knak, Rafael A. Espanhol, Brigida Schembida, Eduardo Baldissera, Laisa Zanella, Monique Benetti, Timóteo de Almeida, Wellington De Souza, Diana Rosales, Anadabi Maciel, Matheus P. Brunet, Marcelo U. Crusius, Adroaldo B. Mallman, Paulo S. Crusius, Claudio A. Seibert

**ORIENTADOR:** Charles Andre Carazzo

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

### **INTRODUÇÃO**

O Hemangiopericitoma é uma neoplasia rara, agressiva e de difícil diagnóstico. O diagnóstico correto dessa doença só pode ser feito através de imuno-histoquímica, já que através de outros métodos é praticamente indistinguível de um meningioma. (TASHJIAN et al., 2009) Os autores visam relatar um caso de hemangiopericitoma, seu diagnóstico, abordagem cirúrgica e revisar de maneira consisa a literatura.

### **DESENVOLVIMENTO:**

Paciente, feminina, 31 anos, inicia quadro de hemiparesia leve proporcionada. Ao exame físico discreto sinal do pronador a esquerda. Foi realizado Ressonância Magnética que revelou lesão expansiva de contornos lobulados com hipersinal e edema circunjacente em T2 e FLAIR. Foi encaminhada para cirurgia, foi realizado Biopsia excisional. Anatomopatológico: células neoplásicas com positividade para anticorpos EMA e Ki-67 de 10%. Conclusão: hemangiopericitoma (grau II/WHO). A paciente foi encaminhada para o serviço de radioterapia, e hoje encontra-se em acompanhamento ambulatorial.

Hemangiopericitomas (HPC) são tumores raros, agressivos que quase sempre envolvem o sistema muscular e a pele. (TASHJIAN et al., 2009) Responsáveis por menos de 1% de todos os tumores intracranianos, e correspondem em torno de 2% a 4% de todos os meningiomas. (MENON et al., 2015) Quase sempre se apresentam como uma massa supra-tentorial (62%), aderidas a dura, e emergindo da foice, tentório, seios durais, ou da base do crânio. (TASHJIAN et al., 2009)

O diagnóstico é sempre um desafio, pois a diferenciação baseada por exames de imagem entre um HPC e um meningioma é muito difícil. (SEO et al., 2013) A característica mais fidedigna para distinguir entre as duas patologias é a presença de calcificação, a qual exclui o HPC. (TASHJIAN et al., 2009) O diagnóstico definitivo é através da biópsia e da imuno-histoquímica. A qual revela padrão celular clássico, composto por pequenas células ovais, com inúmeras ramificações de vasos de pequeno calibre, dando uma característica em padrão “*staghorn*”. (PRAKASHA et al., 2001) O marcador de proliferação Ki-67 geralmente fica entre 8% a 10%. (TASHJIAN et al., 2009)

Os HPC são conhecidos por sua alta agressividade local, altas taxas de recorrência e a capacidade de metastizar a distância. (PRAKASHA et al., 2001) A recorrência local chega a taxas de 91%, o tempo médio da primeira entre 12 a 47 meses, e o tempo médio para metástases é de 63 a 99 meses. (TASHJIAN et al., 2009) Os sítios mais comuns de metástases são, em ordem de frequência: osso, fígado, pulmão e o sistema musculoesquelético. (TASHJIAN et al., 2009)(PRAKASHA et al., 2001) A sobrevida média desses pacientes após o diagnóstico de metástases sistêmicas é de aproximadamente 2 anos. (TASHJIAN et al., 2009)

O tratamento do HPC, deve ser baseado em ressecção total da lesão como método de escolha, incluindo a excisão da dura e do osso envolvidos, quando não for possível a cauterização agressiva tanto do osso quanto da dura é mandatória. (SEO et al., 2013) A radioterapia adjuvante é recomendada na dose de 46-52Gy fracionada em 25 a 35 sessões. (TASHJIAN et al., 2009)

Mesmo com máxima ressecção cirúrgica, a doença tende a recorrer localmente em 6 anos. Desta forma, é recomendado um seguimento anual com exames de imagem nesses pacientes. A investigação não deve ser apenas com imagens intracranianas, mas também visando a detectar precocemente metástases sistêmicas. (TASHJIAN et al., 2009)

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Nós reportamos um caso de HPC, onde a biópsia selou o diagnóstico. A abordagem cirúrgica deve sempre visar a ressecção total da lesão, tendo em vista as altas taxas de recorrência local, a radioterapia adjuvante é indicada para o controle local. É de suma importância o acompanhamento desses pacientes, preconizando a detecção precoce de recorrências ou metástases a distância.

### **REFERÊNCIAS:**

MENON, G. R. et al. Meningeal Hemangiopericytomas : Review of An Institutional Series of 21 Cases. **Neurosurgery Quartely**, v. 25, n. 2, p. 219–227, 2015.

PRAKASHA, B. et al. Haemangiopericytoma diagnosed from a metastasis 11 years after surgery for “atypical meningioma”. **British Journal of Radiology**, v. 74, n. 885, p. 856–858, 2001.

SEO, I. et al. Hemangiopericytoma: a case report and review of the literature. **Brain Tumor Research and Treatment**, n. 1, p. 95–98, 2013.

TASHJIAN, V. S. et al. Hemangiopericytoma of the cerebellopontine angle: a case report and review of the literature. **Surgical Neurology**, v. 72, n. 3, p. 290–295, 2009.

**ANEXOS**

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.