

cavernoso⁽¹⁾. O hemangioma puramente epidural é uma lesão rara, representando apenas 4% das lesões epidurais, sendo o subtipo cavernoso o mais comum nesta região⁽¹⁾. A lesão localiza-se na região posterior da coluna em até 93% dos casos e a coluna dorsal é acometida em 80% dos casos⁽²⁾. O hemangioma cavernoso epidural é mais comum em homens, com relação de 2:1, em pacientes com idade superior a 40 anos⁽²⁾. O acometimento vertebral intraósseo é frequente, com prevalência de 11%⁽³⁾.

O quadro clínico é de dor dorsal ou lombar, com sinais de radiculopatia e mielopatia, sendo o paciente referido para exame de imagem por suspeita de hérnia discal. A apresentação clínica é comumente insidiosa, mas pode haver deterioração clínica aguda por aumento repentino do volume da lesão, decorrente de hemorragia ou oclusão venosa⁽⁴⁾. Como a lesão é altamente vascularizada, a suspeição deste diagnóstico é importante para programação operatória, reduzindo as chances de sangramento durante o procedimento. Sua ressecção incompleta, decorrente de sangramento, pode levar à manutenção dos sintomas clínicos, sendo a reabordagem cirúrgica de difícil execução em razão das aderências locais^(1,4).

Os hemangiomas epidurais são descritos como lesões alongadas e lobuladas, podendo exibir características de imagem distintas dependendo do subtipo. Os hemangiomas venosos e os arteriovenosos apresentam-se como massas císticas, geralmente com hipossinal ou sinal intermediário em T1 e marcado hipersinal em T2, com realce periférico pelo meio de contraste. Os hemangiomas capilares e cavernosos aparecem como massas sólidas, com hipossinal ou sinal intermediário em T1, marcado hipersinal em T2 e intenso realce pelo meio de contraste^(1,4-6). Os principais diagnósticos diferenciais dos hemangiomas epidurais incluem tumores da bainha nervosa, meningioma, linfoma, abscesso e hematoma extradural^(1,6-8).

Em conclusão, o hemangioma cavernoso deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesão epidural com hipersinal em T2 e realce proeminente pelo meio de contraste, principalmente quando acomete a região posterior da coluna dorsal.

REFERÊNCIAS

1. Lee JW, Cho EY, Hong SH, et al. Spinal epidural hemangiomas: various types of MR imaging features with histopathologic correlation. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28:1242–8.
2. Aoyagi N, Kojima K, Kasai H. Review of spinal epidural cavernous hemangioma. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2003;43:471–5.
3. Castro DG, Lima, RP, Maia MAC, et al. Hemangioma vertebral sintomático tratado exclusivamente com radioterapia exclusiva: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras.* 2002;35:179–81.
4. Sanghvi D, Munshi M, Kulkarni B, et al. Dorsal spinal epidural cavernous hemangioma. *J Craniovertebr Junction Spine.* 2010;1:122–5.
5. Rovira A, Rovira A, Capellades J, et al. Lumbar extradural hemangiomas: report of three cases. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20:27–31.
6. Shin JH, Lee HK, Rhim SC, et al. Spinal epidural cavernous hemangioma: MR findings. *J Comput Assist Tomogr.* 2001;25:257–61.
7. Atlas SW. *Magnetic resonance imaging of the brain and spine.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. El Khamary SM, Alorainy IA. Case 100: spinal epidural meningioma. *Radiology.* 2006;241:614–7.

Marcelo Mantiole Martins¹, Flavia Angelica Ferreira Francisco², Rafael Alfenas de Paula¹, Daniella Braz Parente²

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Mantiole Martins. Rua Francisco Otaviano, 23/802, Copacabana. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22080-040. E-mail: marcelomantiole@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2013.0018>

Pilomatricoma gigante: achados nas sequências convencionais de ressonância magnética e na difusão

Giant pilomatricoma: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings

Sr. Editor,

Homem, 32 anos, apresentava crescimento nos últimos dois anos de lesão pouco dolorosa, firme, localizada na região parietal alta. Em razão da deformidade cosmética, procurou atendimento médico, realizando exames laboratoriais sem alterações e ressonância magnética (RM) (Figura 1) que demonstrou lesão hete-

rogênea, com predomínio de iso/hipossinal em T1, baixo sinal em T2, focos de queda de sinal nas sequências para suscetibilidade magnética e ausência de restrição à difusão. Após administração de gadolínio, observou-se realce exuberante. Estudo histopatológico revelou células basaloides associadas a células fantasmas, com áreas de reação granulomatosa tipo corpo estranho, compatível com pilomatricoma. Realizou excisão cirúrgica, sem recorrência até o momento.

Processos tumorais no crânio, na maior parte das vezes, estão associados a lesões ósseas ou do sistema nervoso central, como pode ser visto em recentes publicações de autores nacionais⁽¹⁻⁷⁾.

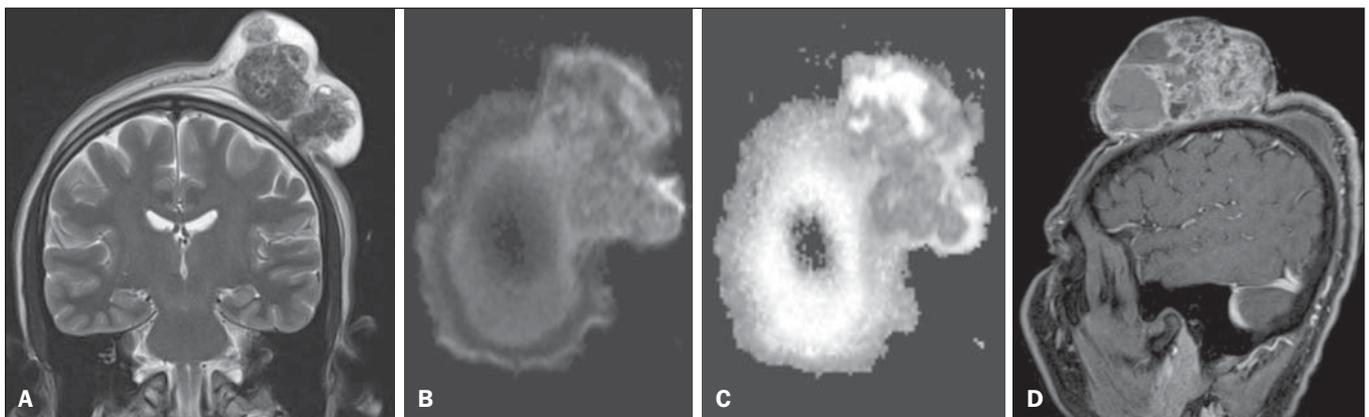


Figura 1. A: Imagem coronal, sequência T2 mostrando tumor na região parietal esquerda com predomínio de hipossinal, com áreas de degeneração cística/necrose de permeio. **B:** Imagem axial, sequência funcional em difusão não demonstrando áreas de hipersinal. **C:** Imagem axial, mapa de coeficiente de difusão aparente corroborando a ausência de áreas de restrição à difusão. **D:** Imagem sagital, sequência T1 pós-contraste mostrando realce exuberante e heterogêneo.

Entretanto, raramente tumores da pele se expressam de forma semelhante.

Pilomatricoma é um tumor benigno raro da pele, originado da matriz do folículo piloso, mais frequentemente localizado na cabeça ou pescoço⁽⁸⁻¹⁰⁾, sendo o tumor sólido de pele mais comum em pacientes com menos de 20 anos de idade⁽⁹⁾. Pilomatricomas gigantes (> 5 cm) são incomuns e transformação maligna raramente ocorre. Clinicamente, manifesta-se como lesão de crescimento lento, indolor ou pouco dolorosa, podendo associar-se a coloração azulada da pele⁽¹¹⁾. O diagnóstico definitivo é histopatológico, com tratamento por excisão cirúrgica com margens de 1 a 2 cm, evitando recorrência.

Na RM, a maioria dos pilomatricomas apresenta-se de limites precisos, medindo até 3 cm, com isossinal homogêneo em T1 e baixo sinal em T2, entretanto, há relatos de lesões com estriações com hipersinal do centro para a periferia^(8,10,12). Calcificações são comuns e podem não apresentar realce expressivo ou realçar apenas nas áreas de hipersinal em T2, já descritas^(8,10,12). O presente caso, além das dimensões incomuns da lesão, com medida de 10,2 cm, apresentou sinal heterogêneo em T1 e T2, com predomínio de iso/hipossinal em T1 e baixo sinal em T2, com áreas de degeneração cística/necrose de permeio, além de focos de queda de sinal nas sequências de suscetibilidade magnética. Após uso de gadolínio, observou-se realce exuberante das porções sólidas. Tais aspectos contradizem o padrão típico de imagem descrito na RM, provavelmente por tratar-se de um pilomatricoma gigante.

Não encontramos na literatura relatos sobre a difusão em pilomatricomas. No nosso caso não observamos áreas de restrição à difusão nas porções sólidas do tumor. Estudos recentes destacam o uso das sequências em difusão na avaliação de lesões de cabeça e pescoço, mostrando que valores do coeficiente de difusão aparente menores que $1,22 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ são sugestivos de malignidade⁽¹³⁾. No caso apresentado observou-se valor de coeficiente de difusão aparente de $1,35 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, corroborando os achados anteriormente descritos. Outras sequências avançadas de RM podem trazer dados adicionais, principalmente na previsão de benignidade e malignidade^(14,15).

Concluindo, o diagnóstico de pilomatricoma deve ser considerado em pacientes com menos de 20 anos com tumor na pele, principalmente localizadas na cabeça ou pescoço, não devendo ser esperados os padrões típicos de imagem quando se tratar de um pilomatricoma gigante.

REFERÊNCIAS

1. Werner Jr H. Evaluation of the central nervous system of fetuses and neonates. *Radiol Bras.* 2012;45(6):v-vi.
2. Sanches P, Yamashita S, Freitas CCM, et al. Chordoid glioma of the third ventricle: a new case report. *Radiol Bras.* 2012;45:288-90.
3. Coeli GNM, Tiengo RR, Silva AC, et al. Nodular calcified neurocysticercosis with signs of reactivation. *Radiol Bras.* 2012;45:291-3.
4. Reis F, Schwingel R, Nascimento FBP. Central nervous system lymphoma: iconographic essay. *Radiol Bras.* 2013;46:110-6.
5. Brandão LA. Primary and secondary lymphoma of the central nervous system. Conventional and functional magnetic resonance imaging findings. *Radiol Bras.* 2013;46(2):ix-x.
6. Curioni OA, Souza RP, Amar A, et al. Value of PET/CT in the approach to head and neck cancer. *Radiol Bras.* 2012;45:315-8.
7. Matushita JP, Matushita JS, Simões LAM, et al. Giant cell tumor of the frontal sinus: case report. *Radiol Bras.* 2013;46:255-8.
8. Hsieh TJ, Wang CK, Tsai KB, et al. Pilomatricoma: magnetic resonance imaging and pathological evaluation. *J Comput Assist Tomogr.* 2008;32:320-3.
9. Beaman FD, Kransdorf MF, Andrews TR, et al. Superficial soft-tissue masses: analysis, diagnosis, and differential considerations. *Radiographics.* 2007;27:509-23.
10. Laffan EE, Ngan BY, Navarro OM. Pediatric soft-tissue tumors and pseudotumors: MR imaging features with pathologic correlation: part 2. Tumors of fibroblastic/myofibroblastic, so-called fibrohistiocytic, muscular, lymphomatous, neurogenic, hair matrix, and uncertain origin. *Radiographics.* 2009;29:e36.
11. Whittemore KR, Cohen M. Imaging and review of a large pre-auricular pilomatricoma in a child. *World J Radiol.* 2012;4:228-30.
12. De Beuckeleer LH, De Schepper AM, Neetens I. Magnetic resonance imaging of pilomatricoma. *Eur Radiol.* 1996;6:72-5.
13. Gonçalves FG, Ovalle JP, Grieb DFJ, et al. Diffusion in the head and neck: an assessment beyond the anatomy. *Radiol Bras.* 2011;44:308-14.
14. Wang CK, Li CW, Hsieh TJ, et al. Characterization of bone and soft-tissue tumors with in vivo 1H MR spectroscopy: initial results. *Radiology.* 2004;232:599-605.
15. Costa FM, Vianna EM, Domingues RC, et al. Espectroscopia de prótons e perfusão por ressonância magnética na avaliação dos tumores do sistema musculoesquelético. *Radiol Bras.* 2009;42:215-23.

Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro¹, Edson Marchiori²

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Bruno Niemeyer de Freitas Ribeiro. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – Serviço de Radiologia. Rua do Rezende, 156, Centro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 20231-092. E-mail: bruno.niemeyer@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0071>