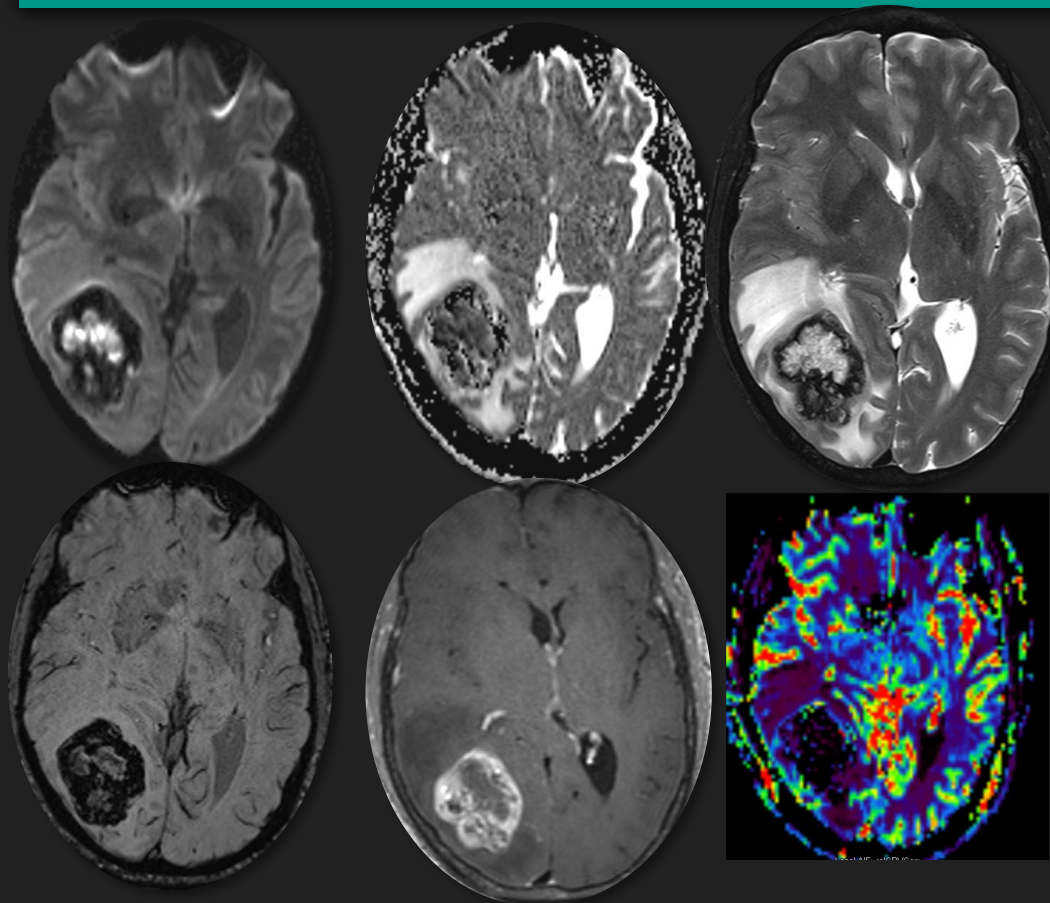


Coriocarcinoma
intracraniano primário:
relato de caso

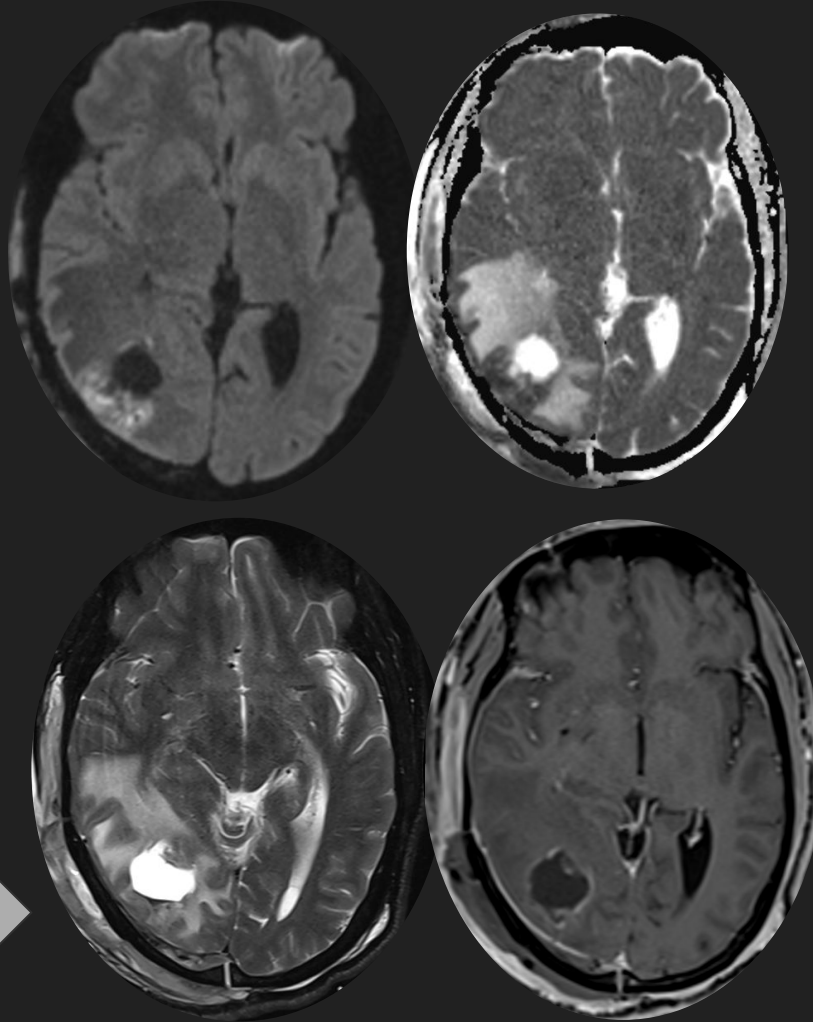
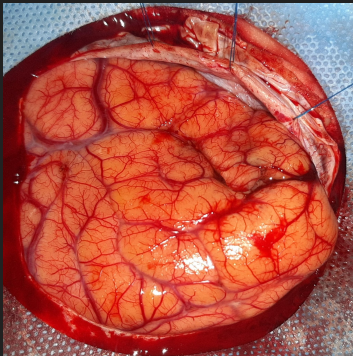


Paciente do sexo masculino, 41 anos, apresentou cefaleia súbita holocraniana associada a náuseas e distúrbios visuais.

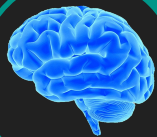


Formação expansiva intra-axial centrada nos giros occipitotemporais à direita, com contornos lobulados, e sinal difusamente heterogêneo, destacando-se áreas de alto sinal em T1 e marcado baixo sinal na sequência de susceptibilidade magnética, compatíveis com resíduos hemáticos em diferentes fases de metabolização, não se podendo excluir componentes cálcicos de permeio. Tais características limitavam a avaliação da difusão e da perfusão T2* devido aos artefatos de susceptibilidade magnética. A lesão apresentava contrastação heterogênea, predominantemente periférica, delimitando áreas centrais de necrose / liquefação. Associava-se extensa anormalidade de sinal na substância branca temporoparietal-occipital circunjacente, provável edema / infiltração. O conjunto de achados determina acentuado efeito expansivo com apagamento dos espaços liquóricos regionais e desvio das estruturas da linha mediana em até 1,2 cm no plano do septo pelúcido, além de herniações encefálicas.

O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica e o estudo anatomopatológico e imunohistoquímico caracterizam tratar-se de um carcinoma pouco diferenciado, com imunofenótipo de células trofoblásticas. Beta-HCG sérico solicitado posteriormente = 335. Foi realizada a investigação de sítio primário com PET-FDG e ultrassonografia de testículos, ambos negativos.



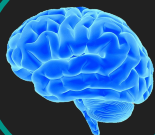
Sinais de ressecção da formação expansiva previamente demonstrada centrada nos giros occipitotemporais à direita, estando a cavidade cirúrgica preenchida por material heterogêneo, ao menos em parte hemático formando nível líquido. Destacam-se áreas de edema citotóxico corticossubcorticais na transição temporo-occipital direita, adjacentes ao leito cirúrgico.



ANATOMOPATOLÓGICO: CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO. Neoplasia maligna composta por células epitelióides com pleomorfismo nuclear acentuado e citoplasma eosinofílico. Presença de extensas áreas de hemorragia recente



IMUNO-HISTOQUÍMICA: Marcador Anticorpo/Clone Resultado Pancitoqueratina AE-1/AE-3 Positivo TTF1 8G7G3/1 Negativo CDX2 DAK-CDX2 Positivo focal GATA3 L50-823 Positivo SOX10 Policlonal Negativo PAX8 MRQ-50 Negativo OCT3/4 NINK Negativo Alfa-fetoproteína Policlonal Negativo CD30 BER-H2 Negativo HCG Policlonal Positivo Proteína S100 Policlonal Negativo CD45 2B11+PD7/26 Negativo GFAP Policlonal Negativo Melanossoma HMB45 Negativo MelanA A103 Negativo Desmina D33 Negativo.



CONJUNTO DE ACHADOS MORFOLÓGICOS E IMUNO-HISTOQUÍMICOS INDICAM TRATAR-SE DE CARCINOMA COM IMUNOFENÓTIPO DE CÉLULAS TOFOBLÁSTICAS



Beta-HCG pós-operatório: 335; PET-FDG e USG de testículos normais

CORIOCARCINOMA DO SNC

É um tipo neoplásico raro e agressivo da doença trofoblástica. Os coriocarcinomas gestacionais e não gestacionais têm fisiopatologia e prognóstico diferentes. São mais comuns em mulheres e, quando acometem os homens, normalmente fazem parte de um tumor misto de células germinativas, sendo o testículo o sítio primário mais comum.

Quando acometem o SNC, normalmente são metástases de um tumor primário sistêmico, acometendo outros órgãos como pulmões e fígado, sendo, muito raramente, primários do SNC. Quando primários, normalmente são tumores da linha média, localizados na glândula pineal e/ou cisterna supresselar.

Uma característica de imagem importante é a alta vascularização e tendência ao sangramento, fazendo diferencial com metástases de melanoma. Frequentemente, são caracterizados resíduos hemáticos em diferentes fases da metabolização, com alto sinal em T2 (meta-Hb) e/ou baixo sinal na sequência de susceptibilidade magnética (deoxi-Hb ou hemossiderina).

96,4% dos coriocarcinomas têm aumento sérico do beta-HCG, sendo um marcador importante no auxílio diagnóstico e acompanhamento desses pacientes