

ANGIOMA CAVERNOSO DELLA TECA CRANICA PARIETO-OCCIPITALE A DESTRA: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Assunta Punzo, Giuseppe Ambrosio, Carla Maglione, Giovanna Carrillo *, Giovanni Profeta
Neurochirurgia d'Urgenza, *U.O. Anatomia Patologica. A.O.R.N. "Antonio Cardarelli", Napoli

Gli angiomi cavernosi ossei rappresentano lo 0.7-1% delle neoplasie ossee, sono frequenti a livello dei corpi vertebrali e originano dalla vascolarizzazione intrinseca dell'osso (10). Le localizzazioni craniche rappresentano una rara affezione (0.2% di tutte le neoplasie ossee e il 10% delle lesioni ossee benigne del cranio) (2, 3, 4, 5, 6, 9, 11). Essi si manifestano in individui di giovane età prevalentemente di sesso femminile (4, 6, 9). In una revisione della letteratura dal 1975 al 2000 pubblicata nel 2002 sono stati evidenziati 103 angiomi cavernosi intratecali istologicamente provati (5). La localizzazione più frequente è la frontale seguita dalla occipitale (5). Tali lesioni sono frequentemente solitarie, ma sono descritte localizzazioni craniche multiple e a livello dell'orbita (7). La presentazione clinica è caratterizzata dalla presenza di una massa indolente o leggermente dolente che s'ingrandisce lentamente. Il reperto radiologico alla TC è di una lesione osteolitica intradiploica che risparmia il tavolato interno (2) e alla RMN si presenta come una lesione iperintensa in T2 e isointensa in T1 (5). A causa della loro scarsa frequenza e della mancanza di un quadro radiologico caratteristico e omogeneo è difficile una diagnosi preoperatoria e possono venire confusi con localizzazioni di mieloma o di osteosarcoma (8). La rimozione completa ed in blocco della lesione e la cranioplastica, quando necessario, è il trattamento di scelta (10). L'esame istopatologico è fondamentale per la diagnosi del tumore (8).

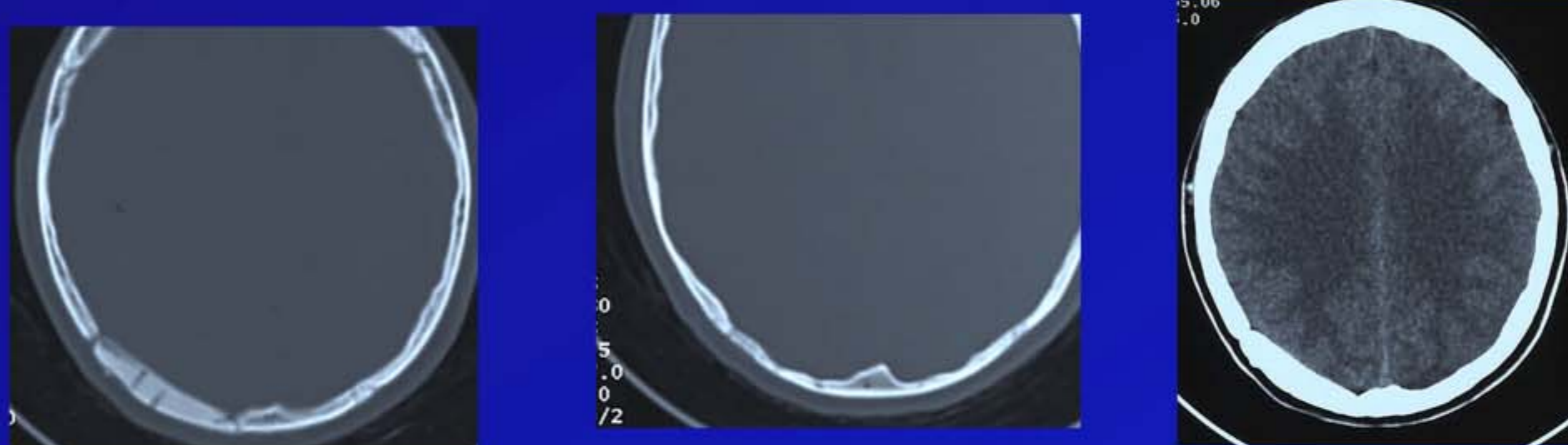
Caso Clinico

Gli autori descrivono il caso di una paziente di 16 anni che si presentava alla loro osservazione con una tumefazione dolente in regione parieto-occipitale destra alla cui ispezione risultava evidente una sottostante osteolisi e una mobilità rispetto ai piani sottocutanei sovrastanti. Praticava una TC del cranio che evidenziava la presenza di una lesione osteolitica nella suddetta sede. Si procedeva all'asportazione della lesione ed alla cranioplastica con rete di titanio e metilmetacrilato. All'esame istopatologico veniva evidenziata la presenza di un angioma cavernoso intratecale. Il decorso postoperatorio risultava regolare e privo di complicazioni. Una TC cranio postoperatoria, eseguita ad 1 mese di distanza evidenziava la scomparsa della lesione ossea e un buon posizionamento della cranioplastica.

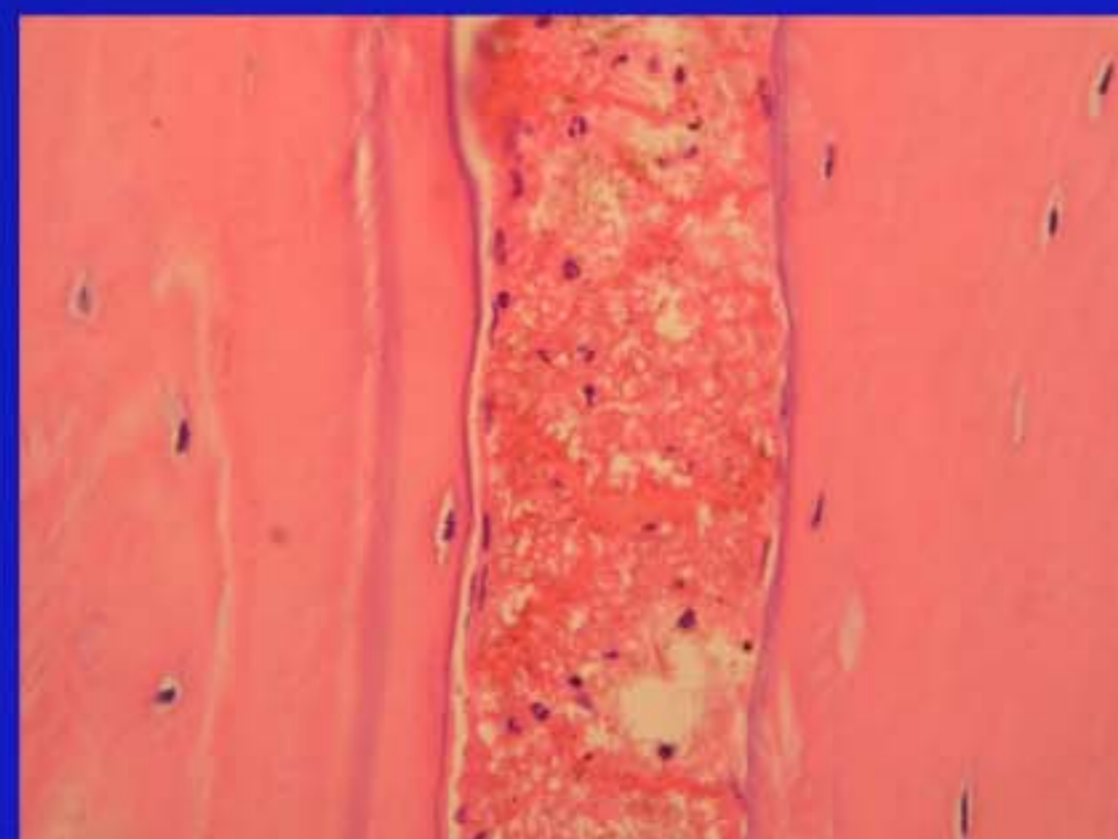
TC preoperatoria



TC postoperatoria



Aspetto macroscopico : Campione di resezione di osso piatto delle dimensioni di cm 6x4x1,3 alterato nel contorno esterno dalla presenza di un'area di ispessimento al centro del campione. Dopo la fissazione in formalina neutra tamponata al 10% ,al taglio ,si evidenzia la presenza, all'interno dello spessore della diploe, di una lesione di aspetto chiaramente emorragica delle dimensioni di cm 1,5 x 1,8 x 0,7, con aspetto a nido d'ape, ben delimitata. I margini di resezione chirurgica appaiono macroscopicamente indenni.



Aspetto microscopico: L'aspetto istologico è caratterizzato da ampie cavità vasali ripiene di sangue, con atteggiamento distruttivo nei confronti dell'osso compatto della diploe, ma mai chiaramente infiltrativo né aggressivo. La parete di tali vasi è rivestita da endotelio appiattito, a volte difficilmente percettibile, oltre che da una sottile parete fibrosa. Tali cellule sono risultate positive all'anticorpo CD31 a conferma del fenotipo vascolare.

Conclusioni

L'angioma cavernoso della teca cranica pur essendo una rara lesione del tavolato cranico, andrebbe sempre considerata nella diagnostica differenziale delle lesioni ossee craniche, trattandosi di una lesione benigna a differenza della gran parte delle lesioni con cui può essere confusa. La diagnosi definitiva può essere posta solo con la conferma all'esame istopatologico.

Bibliografia

- 1) Ball WS Jr: Pediatric neuroradiology. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997 pag 434
- 2) Bizzozzero L, Solaino Talamonti C, Villa F, Brusamolino R, Collice M: Cavernous hemangioma of the skull. Case report and review of the literature. J Neurosurg Sci. 1997 Dec;41(4):419-21
- 3) Cervoni L, Artico M, Delfini R: Intraosseous cavernous hemangioma of the skull. Neurosurg Rev. 1995;18(1):61-4
- 4) Garcia-Marin V, Ravina J, Trujillo E, Gonzalez-Feria L: Symptomatic cavernous hemangioma of the occipital condyle treated with methacrylate embolization. Surg Neurol. 2001 Nov;56(5):301-3
- 5) Heckl S, Aschoff A, Kunze S: Cavernomas of the skull: review of the literature 1975-2000. Neurosurg Rev. 2002 Mar;25(1-2):56-62; discussion 66-7
- 6) Honda M, Toda K, Baba H, Yonekura M: Congenital cavernous angioma of the temporal bone: case report. Surg Neurol. 2003 Feb;59(2):120-3; discussion 123
- 7) Hwang K: Intraosseous hemangioma of the orbit. J Craniofac Surg. 2000 Jul;11(4):386-7
- 8) Khanam H, Lipper MH, Wolff CL, Lopes MB: Calvarial hemangiomas: report of two cases and review of the literature. Surg Neurol. 2001 Jan;55(1):63-7; discussion 67
- 9) Nakayama Y, Tanaka A, Ueno Y, Yoshinaga S, Takano K: Scalp cavernous angioma presenting as sinus pericranii: diagnostic value of cerebral angiography and magnetic resonance imaging. Childs Nerv Syst. 2000 Sep;16(9):598-602
- 10) Pastore FS, De Caro GM, Faiola A, Mauriello A, Giuffrè R: Cavernous hemangioma of the parietal bone. Case report and review of the literature. Neurochirurgia. 1999 Nov;45(4):312-5
- 11) Shinno K, Nakagawa Y, Matsumoto K, Ii K: Cavernous hemangioma of the frontal bone. No Shinkei Geka. 1986 Sep;14(10):1231-5.