

Síndrome da Sela Vazia

CAROLINA MARIA DE AZEVEDO

Médica radiologista do INCa.

Mestranda em Radiologia da F.M. — U.F.R.J.

SÉRGIO DE PAULA GOMES

Ex-Médico residente da Seção de Neurocirurgia do INCa.

JOÃO PAULO MATUSHITA

Médico radiologista do INCa — C.N.C.C.

Prof. Assistente da F.M. — U.F.R.J.

HILTON A. KOCH

Médico radiologista do INCa.

Prof. Adjunto da F.M. — U.F.R.J.

RESUMO

A síndrome da sela vazia é bastante rara. Os autores observaram um caso, surgido durante a neuroadenólise de um paciente apresentando previamente a suspeita radiológica de aumento selar.

UNITERMOS: Sela túrcica. Sela vazia. Neuroadenólise hipofisária.

RELATO DE CASO

O termo "Sela Vazia", foi introduzido por Busch em 1951, para descrever um diafragma selar deficiente, sela túrcica discretamente aumentada de volume e glândula pituitária não-visível.

Em seu trabalho Busch¹ descreveu três tipos de diafragma selar:

1.º — **Tipo A** — O diafragma forma uma cobertura completa da sela, deixando passar numa abertura a haste pituitária (41,9%).

2.º — **Tipo B** — O diafragma é fechado incompletamente, deixando passar por uma abertura de menos de 3 mm a haste pituitária.

3.º — **Tipo C** — Pequena

depressão em forma de anel ou funil na periferia da haste pituitária.

Recentemente (1968), Bergland e cols.⁷ encontraram em 39% dos casos estudados o diafragma selar abrindo-se no interior da sela e com mais de 5 mm. Nestes casos havia aumento do espaço subaracnóideo que se estendia por dentro da sela (20%). Achados como fistula cérebro-espinhal e persistência do canal crânio-faríngeal foram observados por Kaufman.⁵

Clinicamente os pacientes podem apresentar distúrbios visuais e endócrinos.³

Deve-se recordar que a deterioração da função visual após tratamento de tumor hipofisário por radioterapia, é considerado como recidiva do tumor. Muitos destes pacientes submetidos mais tarde à cirurgia

Trabalho realizado no Serviço de Radiologia do INCa.

não acusavam a presença de tumor e a pneumoencefalografia demonstrou a existência de ar dentro da sela túrcica.⁶

Dessa forma caracteriza-se a chamada "Síndrome da Sela Vazia", denominação que os autores consideram muito apropriada.

A alteração do campo visual que pode ocorrer algumas vezes, seria explicada pelo deslocamento do quiasma e dos nervos ópticos para o interior da sela, ou pela pressão exercida pela artéria cerebral anterior sobre essas estruturas;² em muitos casos observou-se cefaléia e rinoliquorréia.

Do ponto de vista endócrino, embora a hipófise esteja reduzida, não há repercussões negativas sobre a função. Nos raros casos em que há disfunção hipofisária, esta poderia ser explicada por lesão glandular resultante da transmissão das pulsações do liquor.

Nos casos verificados por cirurgia ou nas autópsias de adenomas cromófbos tratados pela radioterapia em que se encontrou o diafragma alterado, a lesão foi interpretada como resultante da dilaceração do hiato diafragmático pelo crescimento do tumor. Quando este se retrai pelo efeito do tratamento, o diafragma fica incompetente, permitindo que o espaço subaracnóideo se expanda para o interior da sela.²

Trata-se de especulação, de cogitar o aumento da sela ser devido a cisto aracnoideano que inicialmente penetrou na cavidade selar, ou se houve primeiro aumento da hipófise e a seguir sua retração pelo tratamento irradiante, criando espaço vazio de modo a permitir a ocupação, por cisto aracnoideano.⁴

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 56 anos de idade, portadora de adenocarcinoma de ovário e de reto com metástases supra-claviculares axilar e inguinal.

Submetida a ooforectomia direita, apendicectomia e omentectomia em 04/09/73.

Em dezembro do mesmo ano nefrectomia esquerda.

Em outubro de 1977, cirurgia de Milles.

Em junho de 1980, foi realizada ressecção cirúrgica de lesões cutâneas.

Fez quimioterapia e radioterapia.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

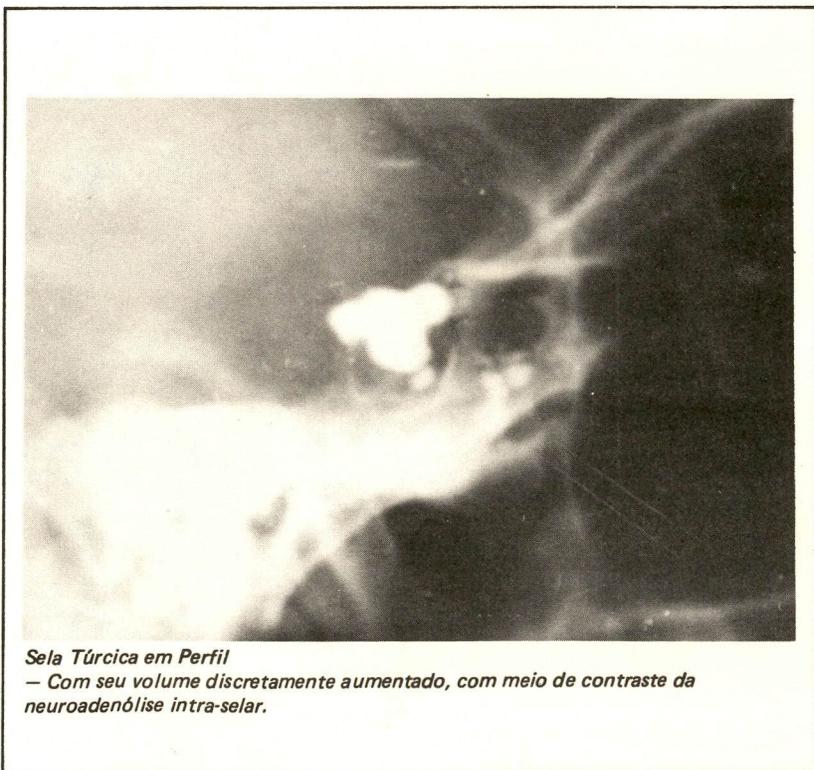
Ao exame simples em 05/08/81, observou-se aumento do volume selar, contorno selar mal definido e dorso delgado.

Foi solicitado exame localizado em perfil para melhor

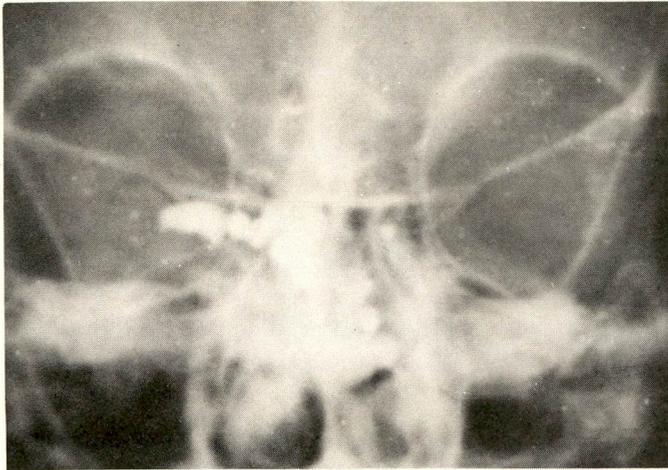
avaliação, o que foi realizado após a neuroadenólise, com Duroliopaque. Em agosto foi submetida à neuroadenólise que consiste na injeção de álcool absoluto intra-hipofisário com alternativa para a terapêutica da dor no câncer avançado.⁸

O procedimento foi realizado com agulha de raque número 18 por via transnasal sob o controle radioscópico.

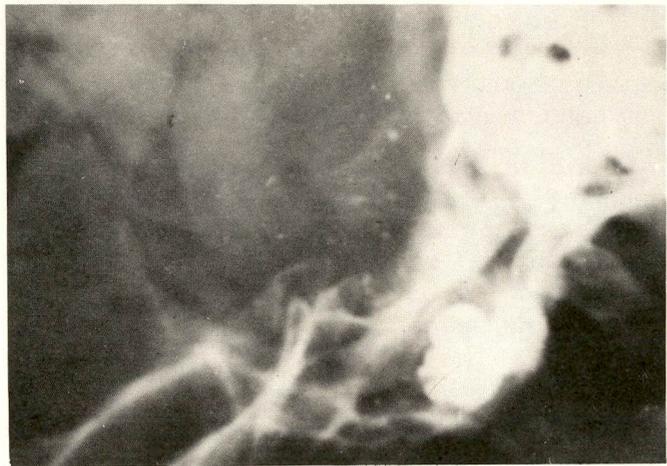
Após a agulha ter sido introduzida no parênquima hipofisário, retirando-se o mandril observou-se saída de liquor; a mesma agulha foi introduzida dentro da sela sempre com saída de liquor. Uma segunda agulha foi colocada, conservando-se a primeira; houve saída de liquor pela agulha em todo interior da sela. Injetados os 0,3 ml de Duroliopaque a paciente foi encaminhada à Seção de Radiagnóstico (sem comprometimento neurológico).



*Sela Túrcica em Perfil
— Com seu volume discretamente aumentado, com meio de contraste da neuroadenólise intra-selar.*



Sela Túrca em Pa e Perfil
— Com saída do meio de contraste,
para os seios esfenoidais.



DISCUSSÃO

À base do que já se conhece no momento, o encontro de uma sela aumentada leva a considerar três hipóteses diagnósticas:

- a) Sela vazia
- b) Tumor intra-selar
- c) Hipertensão intra-craniana geral.

A sela vazia é uma entidade anatômica e radiográfica singular, caracterizada por aumento selar remodelante não tumoral, observado nos casos de diafragma selar incompleto, associado a aumento de pressão do liquor.²

Do ponto de vista prático, conclui-se que:

— A pneumoencefalografia é necessária todas as vezes em que se encontra sela aumentada na ausência de sinais clínicos que a justifiquem.

— A pneumoencefalografia deve preceder o tratamento cirúrgico ou radioterápico.

— A tomografia computadorizada pode sugerir o diagnóstico pela atenuação do fluido cérebro-espinhal demonstrado no conteúdo selar.⁹

SUMMARY

The empty sella syndrome is very rare.

The case presented was found during neuroadenolysis in a patient with a previous finding of enlarged sella on X-Ray examination.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRISMAN, R.; HUGHES, I.E.D.; MOUNT, L.A. — *Cerebro fluid rhinorrhea and empty sella*. J. Neuro. Surg., 31:538-543, 1969.
2. CAMINHA, N.C. — *Sela túrcica — sua importância clínico radiológica*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.
3. CAPLAN, R.H.; DOBBEN, G.D. — *Endocrine studies in patients with the empty sella syndrome*. Arch. Intern. Med., 123:611-619, 1969.
4. GABRIELE, D.F. — *The empty sella syndrome*. Amer. J. Roentgen., 104:168-170, 1968.
5. KAUFMAN — *The empty sella tursica — manifestation of the selar sub-arachnoid space*. Radiology., 90:931-940, 1968.
6. LEE, W.N.; ADAMS, J.E. — *The empty sella syndrome*. Neurosurg., 28:351-356, 1968.
7. NEWTON, T.H.; POTTS, G. — *Radiology of the skull and brain*. Thec. V. Mosby Company, Saint Louis, 1974.
8. PINTO, F.; GOMES, S.P. — *Neuroadenólise hipofisária, alternativa terapêutica para a dor no câncer avançado*. Revista Brasileira de Cancerologia, 3, 29:11-15, 1983.
9. SUTTON, D.A. — *Textbook of radiology and imaging*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1980.