

Craniofaringioma: análise retrospectiva das manifestações clínicas, tratamento e evolução de pacientes em um centro universitário

Craniopharyngioma: retrospective analysis of clinical manifestations, treatment, and outcome of patients at a university center

Craneofaringioma: análisis retrospectivo de las manifestaciones clínicas, el tratamiento y la evolución de pacientes en un centro universitario

 Rui Barbosa de Sousa Neto¹,  Beatriz Hallal Jorge Lara¹,  Roberto Alexandre Dezena¹
 Heloísa Marcelina da Cunha Palhares¹,  Yuri Bittencourt¹,  Maria de Fátima Borges¹

Recebido: 19/02/2026 Aceito: 30/08/2026 Publicado: 30/09/2026

Resumo:

Objetivo: descrever as características clínicas, radiológicas e endocrinológicas ao diagnóstico, bem como avaliar as abordagens terapêuticas adotadas, os achados anatomopatológicos, a evolução das alterações visuais e hormonais e a ocorrência de recidiva ou remanescente tumoral durante o seguimento. **Método:** estudo descritivo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico de craniofaringioma acompanhados no ambulatório de Neuroendocrinologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, entre janeiro de 2013 e outubro de 2025. **Resultados:** foram incluídos 12 pacientes, com predomínio de diagnóstico na faixa etária pediátrica. As manifestações iniciais mais frequentes foram cefaleia, alterações visuais e déficits hormonais. A maioria dos pacientes apresentava comprometimento de múltiplos eixos hipofisários já ao diagnóstico. Todos foram submetidos a tratamento cirúrgico, com aumento das deficiências hormonais no pós-operatório. Lesão residual ou recidiva tumoral foi observada em mais da metade dos casos. **Conclusão:** o craniofaringioma apresenta alta morbidade desde o diagnóstico e está frequentemente associado a comprometimento visual e endocrinológico significativo. O tratamento cirúrgico é fundamental para o controle tumoral, porém pode agravar disfunções hormonais. O manejo exige seguimento prolongado e abordagem multidisciplinar voltada ao controle da doença e à preservação funcional.

Palavras-chave: Craniofaringioma; Neoplasias hipofisárias; Hipopituitarismo.

Abstract:

Objective: to describe clinical, radiological, and endocrinological characteristics at diagnosis, as well as to evaluate therapeutic approaches, histopathological findings, the evolution of visual and hormonal abnormalities, and the occurrence of tumor recurrence or residual disease during follow-up. **Methods:** a retrospective descriptive study based on a review of medical records of patients diagnosed with craniopharyngioma who were followed at the Neuroendocrinology Outpatient Clinic of the Hospital de Clínicas at the Universidade Federal do Triângulo Mineiro in Uberaba/MG, Brazil, between January 2013 and October 2025. **Results:** twelve patients were included, with a predominance of diagnoses in the pediatric age group. The most frequent initial manifestations were headache, visual disturbances, and hormonal deficits. Most patients exhibited impairment of multiple pituitary axes at the time of diagnosis. All patients underwent surgical treatment, which resulted in increased hormonal deficiencies postoperatively. Residual lesions or tumor recurrence were observed in more than half of the cases. **Conclusion:** craniopharyngioma is associated with high morbidity from the time of diagnosis and is frequently linked to significant visual and endocrinological impairment. Surgical treatment is essential for tumor control but may exacerbate hormonal dysfunction. Management requires long-term follow-up and a multidisciplinary approach aimed at disease control and functional preservation.

Keywords: Craniopharyngioma; Pituitary neoplasms; Hypopituitarism.

Resumen:

Objetivo: describir las características clínicas, radiológicas y endocrinológicas en el momento del diagnóstico, así como evaluar los abordajes terapéuticos adoptados, los hallazgos anatomopatológicos, la evolución de las alteraciones visuales y hormonales y la aparición de recidiva o remanente tumoral durante el seguimiento. **Método:** estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de craneofaringioma atendidos en la consulta externa de Neuroendocrinología del Hospital de Clínicas de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, durante el período comprendido entre enero de 2013 y octubre de 2025. **Resultados:** se incluyeron 12 pacientes, con predominio del diagnóstico en el grupo de edad pediátrica. Las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron cefalea, alteraciones visuales y déficits hormonales. La mayoría de los pacientes presentaba afectación de múltiples ejes hipofisarios ya en el momento del diagnóstico. Todos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, con aumento de las deficiencias hormonales en el posoperatorio. Se observó lesión residual o recidiva tumoral en más de la mitad de los casos. **Conclusión:** el craneofaringioma presenta una alta morbilidad desde el momento del diagnóstico y se asocia con frecuencia con una afectación visual y endocrinológica significativa. El tratamiento quirúrgico es fundamental para el control tumoral, pero puede agravar las disfunciones hormonales. El manejo requiere un seguimiento prolongado y un abordaje multidisciplinario orientado al control de la enfermedad y a la preservación funcional.

Palabras clave: Craneofaringioma; Neoplasias hipofisarias; Hipopituitarismo.

Autor Correspondente: Rui Barbosa de Sousa Neto – ruineto85@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O craniofaringioma é uma neoplasia benigna, relacionado a remanescentes do epitélio do ducto craniofaríngeo. Corresponde a aproximadamente 1,2-4,6% dos tumores intracranianos, com incidência estimada entre 0,5 e 2,5 novos casos por milhão de habitantes por ano em nível global. Trata-se da neoplasia intracerebral não neuroepitelial mais frequente em crianças e adolescentes, representando cerca de 5-11% dos tumores intracranianos nessa faixa etária, das quais em torno de 30–50% dos casos são diagnosticados durante a infância e a adolescência¹.

As localizações mais frequentes do craniofaringioma são as regiões selar e supraselar, podendo desenvolver-se ao longo do eixo hipotálamo-hipofisário, desde a sela túrcica até o terceiro ventrículo, com origem comum a partir de remanescentes epiteliais do ducto craniofaríngeo (bolsa de Rathke). Aproximadamente metade dos tumores origina-se ao nível do assoalho do terceiro ventrículo, frequentemente em íntimo contato com estruturas hipotalâmicas.

Do ponto de vista histopatológico, os craniofaringiomas são classificados em dois subtipos principais: adamantinomatoso e papilar. O subtipo adamantinomatoso é o mais frequente, apresenta distribuição etária bimodal, com picos entre 5–15 anos e 45–60 anos de idade e caracteriza-se por lesões predominantemente císticas, com calcificações frequentes, epitélio escamoso disposto em cordões e nódulos, além de conteúdo cístico rico em colesterol, estando associado a mutações somáticas do gene CTNNB1, com ativação da via WNT/ β -catenina. O subtipo papilar ocorre quase exclusivamente em adultos, com idade média ao diagnóstico entre 40 e 55 anos, sem diferença significativa entre os sexos, apresenta-se geralmente como lesão sólida, com epitélio escamoso bem diferenciado, ausência de calcificações e distinto perfil molecular, frequentemente associado à mutação BRAF V600E¹. Ambos os subtipos são classificados como tumores grau I pela Organização Mundial da Saúde (OMS), refletindo seu baixo grau histológico, embora associados a elevada morbidade em função da localização hipotálamo-hipofisária².

Existem diferentes hipóteses sobre a origem dos craniofaringiomas, sendo as mais relevantes: remanescentes ectodérmicos da bolsa de Rathke e origem do epitélio embrionário residual da hipófise anterior e do infundíbulo anterior. A primeira hipótese defende que os craniofaringiomas do tipo adamantinomatoso surgem de resquícios de células que formam o canal craniofaríngeo, que corresponde ao trajeto feito pela bolsa de Rathke no osso esfenóide, até formar a adeno-hipófise. Já a segunda hipótese defende que o surgimento do subtipo papilar

está ligado à metaplasia de células hipofisárias na pars tuberalis da adeno-hipófise, resultando na formação de ninhos de células escamosas³⁻⁴.

Os sintomas do craniofaringioma geralmente evoluem de forma lenta e progressiva, o que frequentemente resulta em atraso no diagnóstico. As manifestações clínicas decorrem principalmente do crescimento tumoral e do comprometimento de estruturas adjacentes, destacando-se cefaleia, alterações visuais, náuseas e vômitos. As disfunções endócrinas são comuns e estão relacionadas ao envolvimento direto ou compressivo do eixo hipotálamo-hipofisário, podendo afetar múltiplos eixos hormonais, como os eixos somatotrófico, gonadotrófico, tireotrófico, lactotrófico e corticotrófico. As repercussões clínicas dessas alterações variam conforme a faixa etária, manifestando-se como déficit de crescimento em crianças e disfunção sexual em adultos. O acometimento do infundíbulo está frequentemente associado ao desenvolvimento de deficiência de arginina-vasopressina⁵.

Alterações visuais resultam, sobretudo, da compressão ou extensão tumoral para as vias ópticas, sendo comuns defeitos campimétricos, particularmente hemianopsia bitemporal, e redução da acuidade visual. Tumores com extensão paraselar podem ocasionar diplopia ou estrabismo em decorrência do comprometimento de nervos cranianos. Manifestações menos frequentes incluem déficits motores, crises epiléticas, alterações psiquiátricas e distúrbios autonômicos. Em casos de lesões volumosas, o efeito obstrutivo pode levar a papiledema e atrofia do nervo óptico, com impacto adicional sobre a função visual⁵⁻⁶.

O diagnóstico do craniofaringioma é estabelecido com base na correlação clínico-radiológica, tendo a Ressonância Magnética (RNM) como método de imagem de escolha. Ela permite a caracterização precisa da topografia tumoral, intra e/ou supraselar, da extensão ao longo do eixo hipotálamo-hipofisário e do envolvimento de estruturas adjacentes críticas, como o quiasma óptico, o hipotálamo e o terceiro ventrículo. As sequências ponderadas em T1 e T2, associadas ao estudo com contraste, possibilitam a identificação dos componentes sólidos e císticos da lesão e a avaliação do padrão de realce. A Tomografia Computadorizada (TC) é recomendada como exame complementar, particularmente para a detecção de calcificações, achado característico do subtipo adamantinomatoso e relevante para o diagnóstico diferencial e o planejamento terapêutico. Além da avaliação por imagem, recomenda-se investigação endocrinológica sistemática já no momento do diagnóstico, com avaliação dos eixos corticotrófico, tireotrófico, gonadotrófico, somatotrófico e lactotrófico (hiperprolactinemia por compressão da haste hipofisária), considerando a elevada frequência de disfunções. A avaliação oftalmológica completa, incluindo acuidade visual e campimetria, integra o processo

diagnóstico mesmo na ausência de queixas visuais, devido à alta prevalência de comprometimento subclínico das vias ópticas em pacientes com craniofaringioma⁷.

O tratamento do craniofaringioma deve ser individualizado e conduzido por equipe multidisciplinar, considerando idade, extensão tumoral e risco de comprometimento hipotálamo-hipofisário. A cirurgia constitui o pilar do manejo terapêutico, com a extensão da ressecção cuidadosamente balanceada entre controle tumoral e preservação funcional. Em casos de ressecção incompleta ou recidiva, a radioterapia adjuvante pode ser recomendada, preferencialmente com técnicas conformacionais modernas. Em tumores predominantemente císticos, terapias intracísticas, como a administração de interferon alfa ou radioisótopos, podem ser consideradas em situações selecionadas, sobretudo para reduzir morbidade cirúrgica. Para o subtipo papilar, portador da mutação BRAF V600E, terapias-alvo com inibidores de BRAF têm sido descritas como alternativa em casos específicos, ainda sem padronização como tratamento de primeira linha. O manejo endocrinológico e o seguimento clínico prolongado permanecem componentes essenciais do tratamento⁷⁻⁹.

Considerando a raridade do craniofaringioma, sua elevada morbidade e a necessidade de acompanhamento prolongado, a descrição da experiência de centros universitários contribui para ampliar o conhecimento sobre as características clínicas, endocrinológicas, radiológicas, terapêuticas e evolutivas desses pacientes.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever as características clínicas, radiológicas e endocrinológicas ao diagnóstico, bem como avaliar as abordagens terapêuticas adotadas, os achados anatomopatológicos, a evolução das alterações visuais e hormonais e a ocorrência de recidiva ou remanescente tumoral durante o seguimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, baseado na revisão de prontuários de pacientes com diagnóstico de craniofaringioma. Os pacientes incluídos neste estudo foram diagnosticados e/ou acompanhados no ambulatório de Neuroendocrinologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). A seleção dos casos restringiu-se a pacientes cujo acompanhamento ocorreu entre janeiro de 2013 e outubro de 2025, com vistas a reduzir a heterogeneidade decorrente de diferenças nos métodos diagnósticos, terapêuticos e de seguimento ao longo do tempo.

As informações clínicas, laboratoriais, radiológicas e terapêuticas foram obtidas retrospectivamente por meio da revisão de prontuários médicos físicos e eletrônicos. A coleta dos dados foi realizada entre outubro e dezembro de 2025. Os prontuários físicos foram

analisados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição, enquanto os dados eletrônicos foram acessados por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). As informações coletadas foram organizadas em uma base eletrônica própria, em ambiente institucional seguro.

A análise dos dados neste estudo foi descritiva, com apresentação narrativa dos achados clínicos. Foram incluídos dados quantitativos como valores absolutos e frequências para interpretação dos resultados. A extração das informações foi realizada utilizando-se uma ficha padronizada de coleta de dados, contemplando variáveis demográficas, clínicas, endocrinológicas, radiológicas, anatomopatológicas, terapêuticas e de seguimento.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFTM, com parecer de aprovação nº 8.025.762.

RESULTADOS

Neste estudo, relatam-se casos de 12 pacientes com diagnóstico de craniofaringioma. A idade ao diagnóstico apresentou ampla variação, abrangendo desde a infância até a idade adulta. A maioria dos diagnósticos ocorreu antes dos 18 anos (66,7%), caracterizando predomínio na faixa etária pediátrica e na adolescência. A menor idade ao diagnóstico foi de 2 anos, enquanto a maior foi de 64 anos.

Os sinais e sintomas ao diagnóstico foram descritos em 11 dos 12 pacientes, os quais, na avaliação inicial, exibiram um amplo espectro de manifestações clínicas, com predomínio de sintomas visuais e alterações relacionadas à disfunção endócrina. Cefaleia constituiu o sintoma mais frequente, relatada por nove pacientes (81,8%), seguida por queixas visuais (63,6%) e baixa estatura (54,5%). Outras manifestações clínicas incluíram baixo peso (18,2%) e retardo puberal (18,2%), além de sintomas neurológicos, como ataxia de marcha, incoordenação, rigidez de nuca e nistagmo, observados em apenas um paciente (9,1%). Amenorreia primária foi identificada em uma paciente (9,1%).

As manifestações oftalmológicas incluíram redução da acuidade visual e alterações campimétricas. Quatro pacientes (36,4%) não relataram sintomas visuais; entretanto, em dois desses casos, identificaram-se alterações no campo visual. No pós-operatório, a queixa visual persistiu em pacientes já sintomáticos e surgiu em um previamente assintomático.

As deficiências hormonais ao diagnóstico foram avaliadas em 11 pacientes desta série e estiveram presentes em 90,9% desses casos, envolvendo um ou mais eixos hormonais ([Tabela 1](#)). Os mais acometidos foram o corticotrófico e o somatotrófico (63,6%), seguidos pelos eixos tireotrófico (45,4%) e gonadotrófico (36,3%). A deficiência somatotrófica foi frequentemente

acompanhada de queixa de baixa estatura. Alterações menos frequentes incluíram deficiência do hormônio antidiurético (AVP) em um paciente (9,1%) e hiperprolactinemia em outro (9,1%). A maioria apresentou pan-hipopituitarismo.

No pós-operatório, observou-se aumento na frequência das deficiências hormonais em comparação ao período pré-operatório. A deficiência do eixo tireotrófico acometeu todos os pacientes, enquanto as deficiências dos eixos corticotrófico e gonadotrófico foram identificadas em 90,9% dos casos. A frequência de deficiência do eixo somatotrófico permaneceu inalterada (63,6%), assim como a de hiperprolactinemia (9,0%). Destacou-se ainda o aumento da frequência de deficiência de AVP, de 9,0% no pré-operatório para 81,8% no pós-operatório (Tabela 1).

Tabela 1. Deficiências dos eixos hormonais hipotálamo-hipofisários em pacientes com craniofaringioma antes e depois do tratamento cirúrgico. Uberaba/MG, 2025.

Eixo hormonal	Pré-operatório (n = 11)	Pós-operatório (n = 11)
Corticotrófico	07 (63,3%)	10 (90,9%)
Gonadotrófico	04 (36,3%)	10 (90,9%)
Lactotrófico*	01 (9,0%)	01 (9,0%)
Somatotrófico	07 (63,6%)	07 (63,6%)
Tireotrófico	05 (45,4%)	11 (100,0%)
Deficiência AVP	01 (9,0%)	09 (81,8%)
Sem alteração	01 (9,0%)	00 (0,0%)

Nota: Em razão da indisponibilidade de informações hormonais completas no período pré-operatório, um paciente foi excluído das análises pré e pós-operatórias, para evitar vieses na comparação dos períodos. * Hiperprolactinemia

A avaliação radiológica pré-operatória demonstrou lesões predominantemente localizadas nas regiões selar e supraselar, com extensão variável ao longo do eixo hipotálamo-hipofisário. O tamanho tumoral variou aproximadamente entre 1,5 e 4,9 cm em seu maior diâmetro, com predomínio de lesões entre 2 e 3 cm. As lesões apresentaram características predominantemente císticas ou mistas sólido-císticas, com contornos lobulados e limites relativamente bem definidos.

Em 58,3% dos pacientes, havia descrição de calcificações de aspecto grosseiro ou periférico. As características de sinal foram heterogêneas, com predomínio de hipersinal em T2 e intensidade variável em T1, incluindo áreas hiperintensas compatíveis com conteúdo cístico, proteico ou hemorrágico, além de focos hipointensos sugestivos de calcificação ou depósito de hemossiderina. O padrão de realce pós-contraste foi variável, predominando realce em anel ou heterogêneo do componente sólido, enquanto algumas lesões predominantemente císticas não apresentaram impregnação significativa.

Em 33,3% dos pacientes, observou-se dilatação, extensão ou contato com o terceiro ventrículo e, em 16,6%, invasão ou abaulamento dos seios cavernosos. A relação com as vias ópticas foi descrita em 58,3%, com deslocamento, distensão ou compressão do quiasma óptico,

inclusive em pacientes sem queixas visuais, alguns dos quais apresentavam alterações campimétricas. A caracterização da hipófise e da haste hipofisária foi variável, sendo descritos compressão, deslocamento ou ausência de efeito de massa, conforme o caso.

A abordagem terapêutica inicial foi cirúrgica em todos os pacientes, com craniotomia transcraniana em 83,3% e transesfenoidal em 8,3%. Em um caso (8,3%), a via não foi detalhada. Reabordagens cirúrgicas ocorreram em dois casos (16,4%). Quanto às terapias adjuvantes, radioterapia isolada foi utilizada em dois casos (16,7%), enquanto outro paciente (8,3%) recebeu combinação de quimioterapia e radioterapia. Apesar de todas as intervenções, 58,3% dos pacientes apresentaram lesão remanescente ou residual nos exames radiológicos de controle. Durante o seguimento, um paciente (8,3%) foi a óbito em decorrência de complicações neurológicas pós-operatórias, com edema cerebral e isquemia difusa.

No exame anatomopatológico, o diagnóstico de craniofaringioma foi detalhado em nove pacientes (75,0%). Destes, 66,6% apresentaram o subtipo adamantinomatoso e 11,1% o subtipo papilífero. Em 22,2% dos casos, não se explicitou a subclassificação. Em outros dois pacientes (16,6%), o exame foi sugestivo de craniofaringioma. Em um caso (8,3%), não houve acesso ao anatomopatológico, o diagnóstico foi sustentado em todos os casos por achados clínicos e radiológicos.

A avaliação da Densidade Mineral Óssea (DMO) foi realizada em nove pacientes (75,0%), dos quais quatro (44,4%) não apresentaram alteração, e baixa massa óssea ou osteoporose nos outros cinco (55,6%).

DISCUSSÃO

Nesta série, a maioria dos pacientes foi diagnosticada antes dos 18 anos de idade, achado compatível com a epidemiologia do craniofaringioma descrita em publicações, que demonstra maior frequência na infância e adolescência, associada a uma distribuição etária bimodal, com um segundo pico na idade adulta^{1,5,6}. A presença de diagnósticos em diferentes faixas etárias nesta casuística reforça que o craniofaringioma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões selares e supraselares independentemente da idade do paciente.

As manifestações iniciais mais frequentes foram cefaleia, alterações visuais e sinais de insuficiência hipofisária. Esse padrão é compatível com o comportamento expansivo do craniofaringioma, comprometendo o eixo hipotálamo-hipofisário, responsável pela maior parte da sintomatologia ao diagnóstico^{1,6}. A frequência de alterações relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento puberal ressalta o impacto precoce da disfunção endócrina em pacientes jovens, fenômeno amplamente documentado em séries pediátricas^{8,10}. Nas crianças e

adolescentes, destaca-se também a importância da valorização dos sintomas de cefaleia e de distúrbios visuais, mais frequentes nessa faixa etária ao diagnóstico e relacionados à hipertensão intracraniana, que podem se apresentar de forma variada e levar a sequelas⁷. Manifestações neurológicas focais foram raras nesta casuística, achado que se alinha a descrições prévias⁵, que atribuem esses sintomas principalmente ao efeito compressivo tumoral. As alterações oftalmológicas abrangeram desde a redução da acuidade visual até déficits campimétricos subclínicos, e sua detecção em pacientes assintomáticos reforça a necessidade de avaliação oftalmológica sistemática. A persistência ou o surgimento de queixas visuais no pós-operatório evidencia a complexidade do tratamento cirúrgico e a proximidade anatômica com o quiasma óptico, aspecto enfatizado em consensos recentes^{1,7}.

Todos os pacientes, exceto uma, apresentaram deficiências hormonais acometendo um ou mais eixos hormonais. Houve predomínio das alterações nos eixos corticotrófico e somatotrófico, seguidos pelos tireotrófico e gonadotrófico, além de casos isolados de deficiência do hormônio antidiurético e de hiperprolactinemia. A maioria dos pacientes apresentou pan-hipopituitarismo, reforçando a gravidade do comprometimento do eixo hipotálamo-hipofisário. Esses achados são consistentes com estudo prévios^{1,6,11}, que descrevem alta prevalência de disfunções hormonais já na apresentação clínica e ressaltam o pan-hipopituitarismo como característica comum do craniofaringioma, tanto em adultos quanto em crianças.

Após o tratamento cirúrgico, houve um aumento evidente na frequência e na extensão das deficiências hormonais, especialmente nos eixos tireotrófico, corticotrófico, gonadotrófico e de AVP. Isso evidencia a interferência do tratamento sobre a função hipofisária e o equilíbrio entre controle tumoral e preservação funcional^{1,5,7,10}. Assim, o manejo multimodal — combinando cirurgia conservadora, radioterapia de precisão e acompanhamento endocrinológico contínuo — é atualmente considerado a estratégia mais adequada e está em conformidade com os consensos internacionais^{7,8,12}, que enfatizam a necessidade de abordagens individualizadas voltadas ao controle tumoral e à preservação funcional.

A avaliação radiológica mostrou que as lesões ocorrem principalmente nas regiões selar e supraselar, com características cística ou sólido-cística, padrão descrito em estudos recentes^{1,6,10}. As imagens mostraram sinal heterogêneo em T1 e T2, com áreas que sugerem conteúdo proteico, hemorrágico ou calcificado e realce pós-contraste variável, características típicas dos craniofaringiomas^{5,13}. Sintomas compressivos foram frequentes, envolvendo terceiro ventrículo e vias ópticas, mesmo em pacientes sem sintomas visuais, o que demonstra associação entre achados radiológicos e repercussões oftalmológicas^{7,8,12}. Há uma correlação entre o envolvimento hipotalâmico identificado por exames de imagem e a maior probabilidade

de ocorrência de disfunções endócrinas em pacientes com craniofaringioma, o que sustenta a relação entre as alterações anatômicas e o perfil hormonal dos pacientes¹³.

Nesta série, a craniotomia transcraniana foi a via cirúrgica predominante, provavelmente devido à extensão supraselar das lesões e ao contato frequente com o hipotálamo, o quiasma óptico e o terceiro ventrículo. As diretrizes atuais indicam a abordagem transcraniana para tumores com extensão lateral não cística ou componente intraventricular, enquanto o acesso endonasal é preferido para lesões medianas restritas, sendo a escolha dependente da anatomia tumoral e da experiência da equipe^{6,7}. Metanálise recente mostra que não há diferenças consistentes nas taxas de ressecção completa e de recorrência entre as vias cirúrgicas, indicando que a topografia tumoral tem maior peso na decisão terapêutica do que a técnica isolada⁵.

A presença de lesão residual ou recidiva em mais da metade dos pacientes indica a dificuldade de controle tumoral cirúrgico no craniofaringioma, especialmente em tumores com proximidade às estruturas adjacentes como as vias ópticas e ao eixo hipotálamo-hipofisário. Nesses casos, a radioterapia conformacional fracionada é utilizada como terapia complementar para controle tumoral, com eficácia semelhante à ressecção total e menor morbidade cirúrgica^{7,8,10}. O manejo atual do craniofaringioma envolve estratégias com integração entre cirurgia, radioterapia e, em casos selecionados, terapias-alvo, exigindo acompanhamento longitudinal multidisciplinar^{1,5,10}.

O exame anatomopatológico mostrou predomínio do subtipo adamantinomatoso, uma vez que é mais frequente em crianças e adolescentes, em contraste com o papilar que é exclusivo do adulto⁵. As diferenças morfológicas entre os subtipos histológicos têm relevância prática, já que o adamantinomatoso costuma apresentar maior infiltração local, calcificações e aderências firmes, ao passo que o papilífero tende a se comportar como uma lesão sólida e com planos de clivagem mais definidos⁶.

Embora a confirmação histológica seja preferível antes do tratamento definitivo, uma pesquisa aponta que, em cenários clínico-radiológicos típicos ou em situações de urgência neurocirúrgica, a conduta pode ser definida mesmo sem a caracterização tecidual completa⁸. A classificação atual baseia-se principalmente na morfologia, com a imunohistoquímica e a análise molecular atuando como ferramentas complementares, reservadas sobretudo para casos de dúvida diagnóstica ou quando se considera terapia-alvo⁷.

CONCLUSÃO

Esta série mostra que, apesar de ser considerado um tumor benigno, o craniofaringioma está ligado a alta morbidade desde o diagnóstico. A maioria dos pacientes já apresentava problemas visuais e hormonais importantes ao diagnóstico, o que demonstra o impacto precoce da doença no eixo hipotálamo-hipofisário.

A cirurgia permaneceu como etapa central do tratamento e foi fundamental para o controle tumoral. No entanto, frequentemente esteve relacionada ao agravamento das deficiências hormonais, evidenciando o delicado equilíbrio entre ressecção tumoral e preservação funcional. A alta taxa de lesão residual e a necessidade de terapias complementares mostram que o controle definitivo da doença nem sempre é possível.

O craniofaringioma requer acompanhamento prolongado e cuidados multidisciplinares e o tratamento não deve focar apenas no controle tumoral por meio de exames de imagem, mas também incluir monitoramento hormonal, avaliações oftalmológicas e apoio clínico para a reabilitação. A longo prazo, a qualidade de vida do paciente depende tanto do controle da doença quanto do manejo adequado das complicações.

Os resultados desta série destacam a importância da avaliação clínica, oftalmológica e endocrinológica sistemática desde o diagnóstico, bem como do acompanhamento multidisciplinar após o tratamento cirúrgico, incluindo psicólogos, psicopedagogos e terapeutas ocupacionais. Além disso, esses dados auxiliam na avaliação do perfil clínico e da evolução de pacientes com craniofaringioma atendidos em um centro universitário brasileiro, servindo de base para pesquisas futuras com maior número de pacientes e acompanhamento prolongado.

Entre as limitações deste estudo estão o delineamento retrospectivo, o pequeno número de pacientes, característica inerente à raridade da doença, e a dependência das informações disponíveis nos prontuários, fatores que podem ter resultado em dados incompletos para algumas variáveis e restringem a generalização dos achados. Apesar disto, a casuística apresentada amplia o conhecimento sobre a evolução clínica, hormonal e terapêutica desses pacientes em um serviço de referência.

REFERÊNCIAS

1. Müller HL, Merchant TE, Warmuth-Metz M, Martinez-Barbera JP, Puget S. Craniopharyngioma. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2019 [citado em 4 fev 2026]; 5:75. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0125-9>

2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. WHO classification of tumours: central nervous system tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2021. [Internet] [citado em 4 fev 2026]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8328013/>
3. Müller HL. Craniopharyngioma. *Endocr Rev* [Internet]. 2014 [citado em 4 fev 2026]; 35(3):513-43. DOI: <https://doi.org/10.1210/er.2013-1115>
4. Bordallo MAN, Ferreira RM, Bulzico DA. Atualização terapêutica no tratamento dos craniofaringiomas. *Arq Bras Endocrinol Metabol* [Internet]. 2011 [citado em 4 fev 2026]; 55(8):520-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000800004>
5. Javidialsaadi M, Luy DD, Smith HL, Cecia A, Yang SD, Germanwala AV. Advances in the management of craniopharyngioma: a narrative review of recent developments and clinical strategies. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [citado em 04 fev 2026]; 14(4):1101. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm14041101>
6. Alboqami MN, et al. Craniopharyngioma: a comprehensive review of the clinical presentation, radiological findings, management, and future perspective. *Heliyon* [Internet]. 2024 [citado em 4 fev 2026]; 10(11):e32112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32112>
7. Cuny T, Reynaud R, Raverot G, Coutant R, Chanson P, Kariyawasam D, et al. Diagnosis and management of children and adult craniopharyngiomas: a French consensus statement. *Ann Endocrinol (Paris)* [Internet]. 2025 [citado em 04 fev 2026]; 86(1):101631. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ando.2024.07.002>
8. Gan HW, Morillon P, Albanese A, Aquilina K, Chandler C, Chang YC, et al. National UK guidelines for the management of pediatric craniopharyngioma. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2023 [citado em 4 fev 2026]; 11:694-706. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00162-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00162-6)
9. Amayiri N, Spitaels A, Zaghloul M, Figaji A, Cavalheiro S, Muller HL, et al. SIOP PODC Craniopharyngioma Working Group. SIOP PODC clinical practice guidelines for craniopharyngioma. *Pediatr Blood Cancer* [Internet]. 2020 [citado em 4 fev 2026]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pbc.28493>
10. Lohkamp LN, Kasper EM, Pousa AE, Bartels UK. An update on multimodal management of craniopharyngioma in children. *Front Oncol* [Internet]. 2023 [citado em 4 fev 2026]; 13:1149428. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1149428>
11. Dogra P, Bedatsova L, Van Gompel JJ, Giannini C, Donegan DM, Erickson D. Long-term outcomes in patients with adult-onset craniopharyngioma. *Endocr* [Internet]. 2022 [citado em 4 fev 2026]; 78(1):123-34. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12020-022-03134-4>
12. Qi S. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of craniopharyngioma. *Natl Med J China* [Internet]. 2024 [citado em 4 fev 2026]; 104(4):251-61. DOI: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112137-20231206-01302>

13. Calandrelli R, Pilato F, Massimi L, D'Apolito G, Grimaldi A, Chiloiro S, et al. Pediatric craniopharyngiomas: magnetic resonance imaging assessment for hypothalamus-pituitary axis dysfunction and outcome prediction. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2024 [citado em 4 fev 2026]; 54:157-69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00247-023-05814-3>

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: não houve

Contribuições:

Conceituação –Borges MF, Lara BHJ, Sousa Neto RB

Investigação –Borges MF, Lara BHJ, Sousa Neto RB

Escrita – primeira redação –Borges MF, Lara BHJ, Sousa Neto RB

Escrita – revisão e edição – Bittencourt Y, Borges MF, Dezena RA, Lara BHJ, Palhares HMC, Sousa Neto RB

Como citar este artigo (Vancouver)

Sousa Neto RB, Lara BHJ, Dezena RA, Palhares HMC, Bittencourt Y, Borges MF. Craniofaringioma: análise retrospectiva das manifestações clínicas, tratamento e evolução de pacientes em um centro universitário. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2026 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 14:e026022. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8895>

Como citar este artigo (ABNT)

SOUSA NETO, R. B. de; LARA, B. H. J.; DEZENA, R. A.; PALHARES, H. M. da C.; BITTENCOURT, Y.; BORGES, M. de F. Craniofaringioma: análise retrospectiva das manifestações clínicas, tratamento e evolução de pacientes em um centro universitário. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e026022, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8895>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Sousa Neto, R. B. de, Lara, B. H. J., Dezena, R. A., Palhares, H. M. da C., Bittencourt, Y., Borges, M. de F. (2026). Craniofaringioma: análise retrospectiva das manifestações clínicas, tratamento e evolução de pacientes em um centro universitário. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 14, e e026022. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.8895>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons