

GRANULOMA ESQUISTOSSOMOTICO MEDULAR

REGISTRO DE UM CASO.

LAMARTINE CORRÊA DE MORAES JUNIOR *
DAMACIO RAMON KAIMEN MACIEL **
WANDER MIGUEL TAMBURUS *
ELIANA C. F. O. WANDERLEY **
HENRIQUE BALLALAI ***
MARIA DE LOURDES CAMARA ***

A esquistossomíase é uma das parasitoses de maior incidência no globo terrestre, ocorrendo principalmente em países não desenvolvidos cultural e economicamente. Na América Latina, particularmente no Brasil, acomete cerca de 12 milhões de pessoas. Geralmente apresenta características endêmicas regionais que podem se estender a outras áreas, pelas correntes migratórias populacionais, bastante frequentes em nosso país⁹. Três espécies do nematódio acometem o homem: o *Schistosoma Mansoni* (SM), o *Schistosoma japonicum* (SJ) e o *Schistosoma hematobium* (SH). A forma clínica de acometimento do homem mais comumente encontrada é a de hipertensão portal e intestinal. O sistema nervoso central (SNC) raramente é descrito como envolvido pela esquistossomíase. A forma de comprometimento medular pode ser variável e parece ser no SNC o local mais frequentemente acometido^{2, 5, 6, 8}.

É propósito deste trabalho registrar caso de comprometimento medular.

OBSERVAÇÃO

M.M.L., 34 anos, branco, registro 136941, procedente de Andirá - PR, procurou o Serviço em 26/01/82, com história de há 70 dias aproximadamente vir apresentando parestesias em ambos os membros inferiores, com característica ascendente. Há cerca de 30 dias apresentou quadro de lombalgia bilateral e lombociatalgia direita, com diminuição progressiva da força muscular nos membros inferiores, mais acentuadamente à direita, além de episódios de retenção urinária. *Antecedentes Pessoais* — Apenas dados epidemiológicos positivos para esquistossomose. *Exame Físico* — Pressão arterial 120/90 mmHg; pulso 96 bpm; temperatura 36,5°C; fígado palpável, não doloroso, a 3 cm do rebordo costal direito; baço não percutível e não palpável. *Exame Neurológico* — Paraparesia crural sensitivo-motora, com nível aproximado em T-12, mais acentuada à direita; reflexos profundos em membros inferiores; abolição dos patelares, aquileu vivo à direita e presente à esquerda; reflexos superficiais presentes; sensibilidade

Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Neurocirurgia (B. Horizonte, setembro de 1982) e realizado no Hospital Universitário-Setor de Neurologia e Neurocirurgia, Univ. Estadual de Londrina: * Neurocirurgião; ** Neurologista; *** Médico Residente.

superficial: hipoestesia táctil e dolorosa em região dorsal do pé direito e látero-externa da perna direita; sensibilidade profunda abolida nos membros inferiores até o nível da espinha ilíaca ântero-superior bilateralmente; força muscular diminuída (grau II à direita e grau III/IV à esquerda) em ambos os membros inferiores. *Exames complementares* — Hemograma: hematócrito 46%, hemoglobina 14,2 g/100 ml, plaquetas normais, leucócitos 9.200/mm³ (segmentados 63%, eosinófilos 13%, linfócitos 20%, monócitos 4%). Urina: 580.000 leucócitos, 25.000 hemácias, oxalato de cálcio ++, bactéria. +++ Sangue: glicemia 74 mg/dl; mucoproteínas 3,5 mg/dl, uréia 33 mg/dl; creatinina 1,2/dl, eletroforese de proteínas com discreta elevação da fração gama (2,6 g/dl), TGO 32 U/ml, TGP 30 U/ml, bilirrubinas (mg/dl) direta 66, indireta 0,10, totais 0,76. Líquido cefalorraqueano (LCR) por punção lombar em decúbito lateral ao nível de L4/L5: pressão (cm de água) inicial 10 e final 4; bloqueio parcial do canal raqueano; límpido e xantocrômico; citologia: hemácias 53/mm³, leucócitos 528/mm³ (100% linfócitos); proteínas 170 mg/dl; cloretos 729 mg/dl; glicose 39 mg/dl; reação de Pandy fortemente positiva; reação de Weinberg: 1,28; bacterioscopia negativa. RX de tórax (em AP) e da coluna tóraco-lombar (frente e perfil), normais. Mielografia descendente e retrógrada, com contraste positivo (04/02/82): bloqueio ao nível de T12/L2, com imagem sugestiva de processo expansivo intrarraqueano intramedular ao nível de L1 (Fig. 1). *Intervenção cirúrgica* (06-02-82) — Submetido a laminectomia tóraco-lombar

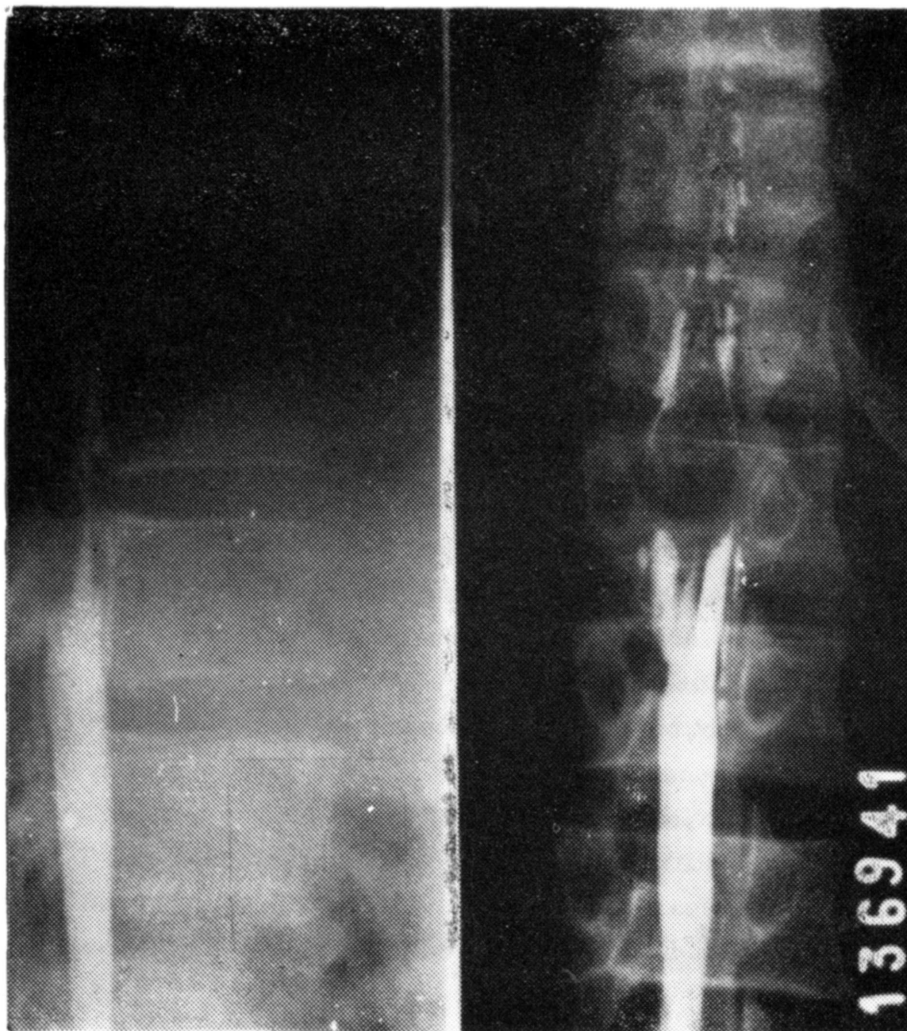


Fig. 1 — Caso M.M.L.: mielografia descendente e retrógrada com contraste positivo (Lipiodol U.F.) mostrando bloqueio parcial do canal raqueano ao nível de T12-L2, com imagem sugestiva de processo expansivo intramedular.

níveis T11 e L2, sendo encontrado granuloma intramedular ao nível de L1, o qual foi excisado e encaminhado para exame histológico, que mostrou granuloma com presença de ovos de *S. Mansoni* (Figs. 2 e 3). *Evolução* — Na pós-operatório imediato apresentou quadro de paraplegia crural sensitivo motora com nível em T 12; foi iniciada fisioterapia em membros inferiores no 4º dia de pós-operatório. Com o relato do resultado do exame do granuloma (3º dia de pós-operatório), no dia seguinte foi submetido a biópsia retal, além de ser realizado exame parasitológico de fezes; ambos foram positivos, demonstrando a presença de ovos de SM. Durante a evolução foi tratado com dexametasona, oxamniquine e antibióticos em virtude de quadro de infecção urinária, além de ser mantida a fisioterapia de modo intensivo. Recebeu alta hospitalar com quadro de paraparesia crural predominando à direita, deambulando com apoio de bengalas, mantendo bexiga neurogênica em involução, após 85 dias de inter-

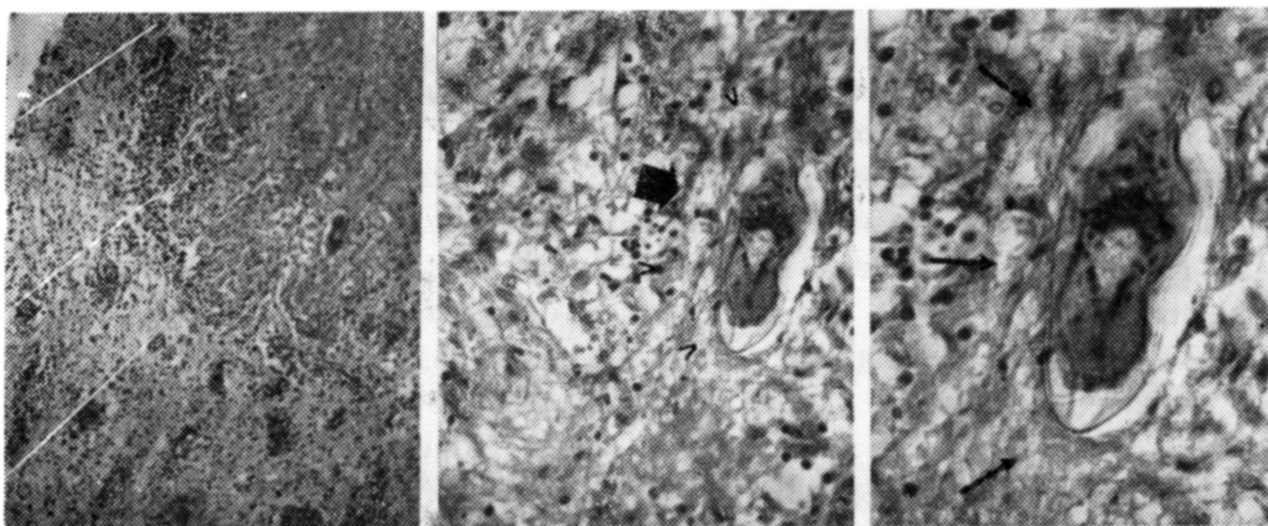


Fig 2 — Caso M.M.L.: microfotografias de corte histológico da peça cirúrgica. À esquerda: características gerais da reação inflamatória. No meio e à direita, detalhes mostrando ovo de Schistosoma mansoni (setas) em meio à reação inflamatória.

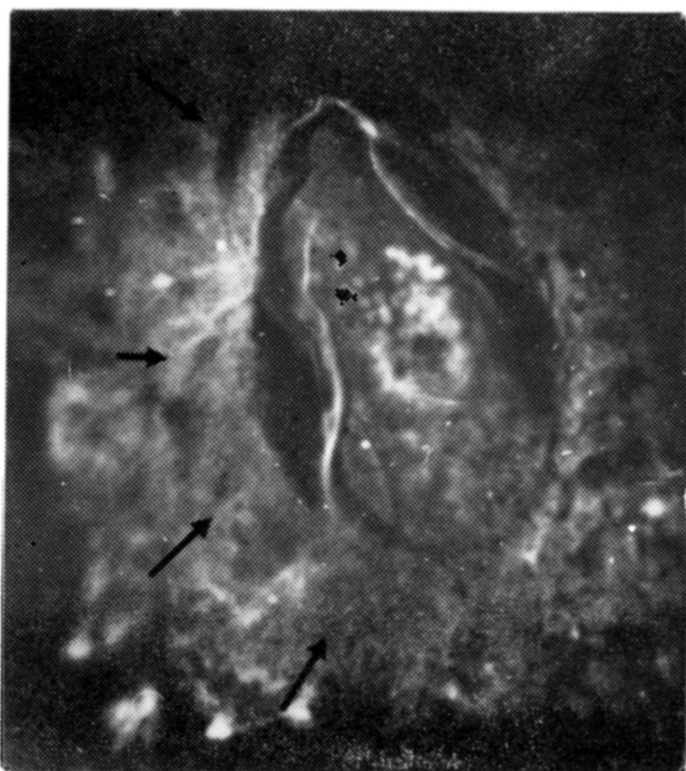


Fig. 3 — Caso M.M.L.: detalhe da reação inflamatória focalizando, em maior aumento, ovo de Schistosoma mansoni.

nação. No retorno ao ambulatório, cerca de 60 dias após a alta hospitalar, não havia modificado seu quadro clínico. Continua fazendo fisioterapia.

COMENTARIOS

A esquistossomose medular (EM) parece ser uma das formas mais frequentes de acometimento do SNC pela parasitose e pode ocorrer sob vários aspectos, com características inflamatórias medulares, mielorradiculares e/ou meningiomielorradiculares ou, ainda, tumorais^{1, 2, 5, 8, 9}. Herskowitz⁶ refere que o diagnóstico diferencial da EM deve ser feito com polineurites agudas, sub-agudas ou crônicas, lesões compressivas medulares ou de cauda equina, mielites e doenças desmielinizantes. O mesmo autor cita que as espécies SM e SH é que preferentemente acometem a medula, enquanto a espécie SJ afeta preferencialmente o cérebro. Segundo Scaff e col.⁹ o SJ determina predominantemente infestações cerebrais. Gahly e El-Banhawy classificam em quatro tipos as lesões na esquistossomose medular: 1 — forma granulomatosa inflamatória; 2 — mielite necrotizante aguda; 3 — forma radicular, 4 — deposição de ovos na medula. Em nosso caso ocorreu forma compressiva medular por reação granulomatosa. Alguns autores destacam que as reações de fixação do complemento no soro e no LCR orientam o diagnóstico da esquistossomose do SNC^{3, 6, 9}. O proteinograma do LCR pode mostrar-se útil na EM, mesmo nos casos em que não existam evidências clínicas de acometimento do SNC, principalmente quando ocorrem elevações das gama globulinas^{4, 10}. A presença de eosinoforraquia é indicio auxiliar de afecção do SNC pela parasitose^{3, 9}.

Vários autores, acreditam que a característica mais importante para o diagnóstico da esquistossomose seja o aspecto endêmico e a resposta à terapêutica específica^{5, 16, 9}. Provas laboratoriais podem ser úteis para o diagnóstico da EM, entre elas o estudo radiológico do canal raqueano através de mielografias, principalmente nas formas tumorais, quando permitem detectar o nível em que o bloqueio do canal raqueano está ocorrendo, e/ou a lesão expansiva medular^{2, 7, 8}. No presente relato, o LCR foi de grande auxílio diagnóstico no que diz respeito ao bloqueio do canal raqueano, bem como, quanto a suspeita de processo expansivo intrarraqueano. Não foi útil porém, para o diagnóstico da esquistossomíase, em virtude de não estarmos alertados para o diagnóstico final. Este só foi estabelecido após o exame histológico da peça cirúrgica. Além desse fato, não foram realizadas provas específicas para SM, bem como, outras provas que poderiam auxiliar no diagnóstico^{4, 6, 9, 10}. Com relação à mielografia realizada, foi bastante útil no diagnóstico topográfico da lesão, contudo em nada auxiliou quanto à etiologia do processo. O tratamento cirúrgico baseou-se no diagnóstico de processo tumoral intramedular. Posteriormente, já na fase pós-operatória, tratamento com dexametasona, oxamniquine e antibióticos foram instituídos. Molineux & Galaius-Jensen referem ter obtido bom resultado com tratamento clínico de paciente com granuloma esquistossomótico medular de localização cervical, embora discretas sequelas tenham permanecido⁷. Em nosso caso, julgamos satisfatório o resultado obtido pois o paciente,

embora tenha permanecido com sequelas, teve boa evolução conseguindo deambular com apoio.

No que diz respeito ao diagnóstico só ter sido definido após o exame histológico da peça cirúrgica, este dado é coincidente aos da literatura, na qual encontramos não só achados de exames, como também achados necrscópicos^{5, 6, 8}. A associação de esteróides a drogas específicas para a esquistossomíase não tem modificado de forma evidente os resultados obtidos, como observamos no presente registro.

RESUMO

Os autores relatam um caso de granuloma esquistossomótico de localização medular cujo diagnóstico inicial foi de tumor intramedular sem caracterização nosológica. O resultado e diagnóstico, após exame histológico da peça cirúrgica, bem como aspectos diagnósticos através de exames complementares e características endêmicas do processo são discutidos.

SUMMARY

Schistosomotic granuloma of the spinal cord: a case report.

A case of Schistosomotic granuloma of the spinal cord in a 34 years old man with a primary diagnostic of spinal cord tumor is reported. The diagnostic conditions, the complementary examinations and endemic aspects are commented. The surgical treatment and the results are comparized with literature data.

REFERÊNCIAS

1. DAR, J. & ZIMMERMAN, R. R. — Schistosomiasis of the spinal cord. Surg. Neurol. 8:416, 1977.
2. EL-BANHAWY, A. — Schistosomiasis of the spinal cord, conus and cauda. Neurol. med. chir. (Tokyo). 11:17, 1971.
3. FRANÇA NETTO, A. SPINA & AMATO NETO, V. — O líquido cefalorraquidiano na esquistossomose mansoni. Rev. paul. Med. 46:274, 1955.
4. GALHARDO, I.; GALHARDO, N. & SPINA-FRANÇA, A. — Proteinograma do líquido cefalorraqueano na esquistossomose mansoni. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 30:126, 1972.
5. GAHLY, A. F. & EL-BANHAWY, A. — Schistosomiasis of the spinal cord. J. Pathol. 111:57, 1973.
6. HERSKOWITZ, A. — Spinal cord involvement with Schistosoma Mansoni: case report. J. Neurosurg. 36:494, 1972.
7. MOLINEUX, M. E. & GALAIUS-JENSEN, F. — Successful drug treatment of Schistosomal myelopathy: a case report. S. Afr. med. J. 54:871, 1978.
8. ROSENBAUM, R. M. — Schistosomiasis Mansoni of the spinal cord: report of a case. Am. J. trop. Med. Hyg. 21:182, 1972.
9. SCAFF, M.; RIVA, D. & SPINA-FRANÇA, A. — Meningorradiculomielopatia esquistossomótica. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo). 29:226, 1971.
10. SPINA-FRANÇA, A. — Eletroforese em papel das proteínas do líquido cefalorraqueano. Rev. paul. Med. 59:420, 1961.