

COMPRESSÃO MEDULAR POR NEURINOMA GIGANTE. EXTIRPAÇÃO CIRÚRGICA

ROLANDO A. TENUTO *
J. A. CAETANO DA SILVA JR. **

Justifica a divulgação deste caso o resultado bastante satisfatório obtido com a intervenção cirúrgica, embora se tratasse de doença com evolução lenta e antiga, portanto, com poucas possibilidades de recuperação. A par disso, merecem referência o tamanho excepcionalmente grande do tumor e a disparidade dos dados fornecidos pelos exames mielográfico e clínico.

M. A., brasileiro, casado, com 54 anos, pedreiro, internado no Hospital das Clínicas da Fac. Med. Univ. São Paulo (Reg. 29003) em 14 de fevereiro de 1946, informando que sua doença surgira dois anos antes, com dormência nas pernas e pés, acompanhada de dificuldade para andar. Nessas condições permaneceu 3 a 4 meses, trabalhando com dificuldade. Com o progredir da doença só conseguia locomover-se apoiado às paredes; há 18 meses já não andava. A par das sensações parestésicas, começou a apresentar endurecimento progressivo nos membros inferiores, com crises de exacerbação. Quatro meses antes da internação, apresentou distúrbios de micção, com alternativas de retenção e incontinência. Os distúrbios sensitivos ascenderam até o abdome e parte inferior do tórax. Nos antecedentes nada havia de interessante.

Exame clínico-neurológico — Decúbito obrigatório, indiferente. Pele seca nos membros inferiores e no tronco e úmida nos membros superiores e segmento céfalico. Panículo adiposo normal. Musculatura e esqueleto normais. Gânglios inguinais palpáveis, pequenos, duros e indolores. Pressão arterial 185 x 115. Impotência coeundi. Só conseguia sentar-se com grande esforço e ajuda. Membros inferiores em extensão e tendência à adução. Paralisia nos membros inferiores, sendo apenas possíveis, com grande esforço, apenas alguns movimentos de pequena amplitude. Paralisia dos movimentos do tronco em sua metade inferior. Paresia dos movimentos de adução e abdução dos dedos da mão direita. Coordenação normal nos membros superiores e de pesquisa prejudicada nos inferiores. Hipertonia de tipo piramidal nos membros inferiores. Marcha impossível, ausência de hiperreflexias. Sinal de Babinski presente bilateralmente, tanto pela excitação plantar como pelas manobras de Schaefer, Gordon, Oppenheim. Reflexos cremastéricos e cutâneo-abdominais abolidos. Reflexos profundos dos membros inferiores exaltados e dos superiores, normais. Clono dos pés e rótulas. Automatismo medular. Sensibilidade: subjetivamente, parestesias e hipoestesia de T₂ para baixo; ausência de dores. Objetivamente, havia anestesia total a partir de T₄, com uma área de hipoestesia a montante, até T₁, irradiando-se para a face medial dos antebraços (fig. 1). Atrofia dos 3.^o e 4.^o interósseos dorsais na mão direita. Alter-

Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 5 dezembro 1946.

* Assistente de Clínica Neurológica (Prof. A. Tolosa) e da 3.^a C. C. (Prof. B. Montenegro) da Fac. Med. Univ. São Paulo. Neurocirurgião do Hospital das Clínicas.

** Assistente de Clínica Neurológica (Prof. A. Tolosa) da Fac. Med. Univ. São Paulo.

nativas de incontinência e retenção vesical. Tendência à retenção retal. Anidrose no abdome e membros inferiores.

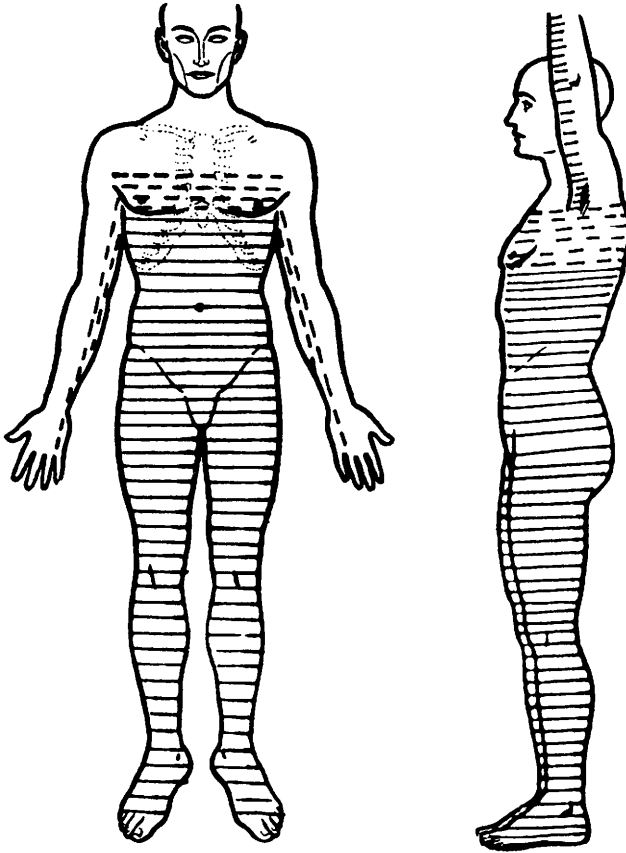


Fig. 1 — Caso M. A. Gráfico das alterações da sensibilidade.

Exames complementares — *Exame do líquido cefalorraqueano*: punção lombar em posição deitada; pressão inicial 8 (Claude); provas manométricas de Stookey mostrando bloqueio parcial do canal raqueano; líquido límpido e levemente xantocrômico; 0 células por mm^3 . 1,40 grs. de proteínas, 7,10 grs. de cloretos e 0,62 grs. de glicose por litro; r. Pandy e Nonne fortemente positivas; r. benjoim coloidal 22222.22100.00000.0; r. Takata-Ara fortemente positiva, tipo meningítico; r. Wassermann e Steinfeld negativas até com 1 cc. *Perimielografia com lipiodol*: alargamento acentuado do canal raqueano na região cervical, com seu maior diâmetro ao nível de C_7 . Parada do lipiodol na altura do corpo C_4 ; a massa opaca era limitada inferiormente por uma linha curva de concavidade inferior (imagem em zimbório). Sinais de bloqueio ao nível do corpo C_3 (fig. 2).

Intervenção cirúrgica — Laminectomia sob anestesia local, de C_3 a C_7 . Dura-máter tensa e azulada. Incisada a meninge, notou-se grande cisto, cujo polo superior atingia a altura de C_4 e se estendia até C_6 , limite inferior da laminectomia.

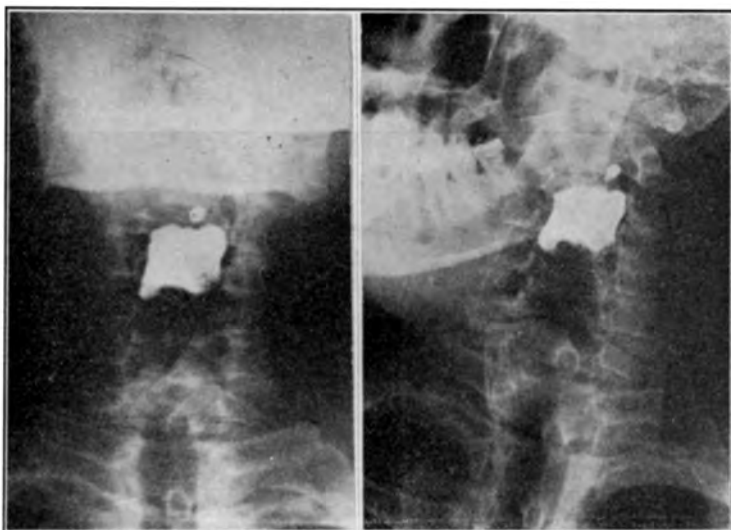


Fig. 2 — Caso M. A. Em A e B, perimielografia mostrando parada total do contraste com imagem em zimbório ao nível de C₄.



Fig. 3 — Caso M. A. Fotografia do campo operatório, mostrando o tumor e a raiz posterior abraçando a neoplasia.



Fig. 4 — Caso M. A. Herpes zóster pós-operatório nos territórios de C₇ e T₁, à direita.

Aberto o cisto, verificou-se, no seu polo inferior, por transparência, um tumor que se prolongava para baixo, o que obrigou a ampliação da intervenção até as lamnas T₁, T₂ e T₃, afim de expor totalmente a neoplasia. Ao nível de T₁, uma raiz posterior (fig. 3) contornava e abraçava o tumor, pouco aderida a êle, desfeitas essas aderências e luxado o tumor, essa raiz pode ser libertada. A tentativa de retirada do nódulo, verificou-se a existência de um prolongamento, como pedículo, que penetrava em um buraco de conjugação, independentemente de qualquer raiz; êsse pedículo foi seccionado e cauterizado. Retirada a neoformação, restou grande cavidade com a medula fortemente comprimida e desviada para a esquerda, exibindo sobre seu dorso uma impressão tumoral. Libertadas as aderências das meninges, a medula voltou ao centro do canal que, sondado, mostrou-se permeável. A intervenção foi dada como terminada, sendo feita sutura anatômica dos planos. O exame histopatológico do material extraído revelou tratar-se de *neurinoma*.

Evolução — Nos primeiros dias após a intervenção, iniciaram-se francas e surpreendentes melhoras, sendo indicadas, uma semana depois, aplicações de radioterapia profunda em dose anti-inflamatória. Um mês após a intervenção, em plena vigência da radioterapia, surgiu, no território de distribuição radicular de C₇ e T₁, uma erupção vesiculosa, dolorosa, característica da ganglionite posterior — herpes zoster (fig. 4). Iniciada logo a movimentação passiva e reeducação muscular, houve recuperação quase total da motricidade voluntária dos membros inferiores. A anestesia regrediu, sendo substituída por hiperestesia superficial, à qual seguiu-se hipoestesia superficial e profunda, que assim se manteve, com poucas variações, até a alta do doente. Dois meses depois da intervenção, o doente principiou a andar. As melhoras se acentuaram até que, em 26 de setembro, quando lhe foi dada alta hospitalar, o paciente tinha boa movimentação dos membros inferiores, com discreta diminuição da força muscular para todos os movimentos voluntários, além de pequena diminuição da força dos movimentos de adução e abdução dos dedos da mão direita. Ataxia de tipo sensitivo nos membros inferiores. Marcha possível, porém espasmódica e com apoio em bengalas. Reflexos profundos vivos. Sinal de Babinski bilateral. Reflexos cutâneo-abdominais e cremásticos presentes e normais. Automatismo medular e esbôço de clono dos pés e rótulas. Sensibilidade: hipoestesia discreta de T₄ para baixo. O exame do líquido cefalorraqueano foi inteiramente normal, inclusive as provas manométricas.

Tornamos a ver o paciente em fevereiro de 1948, dois anos após a intervenção, andando apoiado em bastão, com marcha espasmódica, discreta hipertonia dos membros inferiores, reflexos profundos vivos, sinal de Babinski à direita e clono nos pés. Hipoestesia superficial e profunda dos membros inferiores. Parestesias na mão direita, margem cubital.

COMENTARIOS

Houve apreciável recuperação sensitivo-motora, embora a retirada do neoplasma fôsse feita somente um ano depois do início dos sintomas e apesar de ter sido a medula fortemente comprimida, fatos que faziam supor resultados precários. Chamou-nos a atenção, também, o antagonismo que foi observado entre os resultados da perimielografia e do exame clínico, que localizaram a lesão em níveis bastante diversos. Êsses fatos indicam que, na eventualidade de tal discordância, as conclusões devem ser precedidas de um estudo acurado para que se evitem laminectomias em local inadequado. Parece-nos que, quando existir esta

discordância, a melhor orientação é fornecida pelo exame clínico, já que a freqüência com que as neoplasias são acompanhadas de aracnoidites, pode levar a falsas interpretações quanto ao nível das lesões indicadas pela mielografia. A perimielografia seria, no caso, indispensável para a evidênciação do bloqueio raqueano sem, contudo, prejudicar correspondência exata com o nível da lesão neurológica.

RESUMO

Os AA. apresentam o caso de um paciente portador de neurinoma intrarraqueano, que melhorou extraordinariamente após a extirpação do tumor, apesar do tempo relativamente longo de evolução. Referem-se particularmente à discordância entre os dados clínicos e os mielográficos, manifestando-se favoráveis à obediência aos dados clínicos, que seriam menos sujeitos a erros.

SUMMARY

The authors present the case history of a patient with an intrarachidian neurinoma. In spite of the relatively long duration history there was an uneventful recovery after extirpation of the tumor. The myelographic and clinical findings were somewhat discordant and the authors advise to rely more on the latter.

Rua São Vicente de Paulo, 110 — S. Paulo