

REGISTRO DE CASOS

HEMATOMA INTRAPROTUBERANCIAL

ROLANDO A. TENUTO *

OSWALDO RICCIARDI CRUZ **

As hemorragias primárias maciças da protuberância apresentam aspecto clínico e anatomopatológico definidos tendo, desde longa data, despertado a atenção de neurologistas e anatomo-patologistas. A incidência dessa entidade, dentro dos acidentes vasculares cerebrais, oscila entre 2 a 10 por cento (Manchi e Sanginario⁴, Epstein¹, Környey³, Fang e Foley²). O quadro clínico, de instalação aguda, é caracterizado por coma profundo, hipertonia em extensão do tipo decerebrado, miose bilateral; a evolução é fatal na maioria dos casos. Em alguns casos há comprometimento de nervos cranianos⁵. Pode ocorrer síndrome de hipertensão intracraniana revelável pelo exame oftalmoscópico e pela punção raquidiana. Em 65 por cento dos casos de Steegmann⁵ foram observadas alterações respiratórias, desde ritmos anormais até apnéia. A etiopatogenia está sempre relacionada a moléstias cardiovasculares hipertensivas; em alguns casos têm sido assinaladas moléstias associadas tais como diabetes, lúes e toxemia gravídica.

Nos propusemos ao registro dêste caso pelas peculiaridades do quadro neurológico observado, por ter o hematoma determinado bloqueio da circulação do líquido cefalorraquidiano e pelo bom resultado obtido com a derivação do trânsito ventrículo-subaracnoídeo.

OBSERVAÇÃO — J. S., 33 anos, branca, sexo feminino, internada na Clínica Neurológica em março de 1958 (Reg. geral 466.832). Início súbito da moléstia há três anos com cefaléia, náuseas e vômitos. Esses sintomas permaneceram com intensidade variável até há dois anos, quando ocorreu perda da acuidade visual em ambos os olhos, de caráter progressivo. Há dois meses surgiu, de modo brusco, adormecimento na hemiface direita, associada a sensações parestésicas principalmente ao redor do globo ocular. *Antecedentes* — Processo pleurítico, ocorrido na infância, com recuperação integral. *Exame clínico-neurológico* — Paciente normotensa, afebril, normal o exame clínico geral e especial; hipostesia tátil, térmica e dolorosa na face, no território do V nervo craniano à direita; diminuição da sensibilidade corneana e do reflexo córneo-palpebral; paresia facial periférica à direita

Trabalho da Clínica Neurológica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Adherbal Tolosa). * Chefe do Serviço de Neurocirurgia. ** Assistente extra-numerário.

com ausência do reflexo de Mc Carthy; hipoacusia à direita. *Exames complementares* — *Audiograma*: moderada hipoacusia para os sons graves particularmente à direita. *Oftalmoscopia*: edema de papila bilateral de duas dioptrias, com áreas de hemorragias retinianas peri-papilares e edema de retina. Os *exames laboratoriais* de rotina, inclusive a reação para cisticercose no sangue foram negativos. *Eletrencefalograma*: moderada assimetria entre a atividade dos hemisférios cerebrais, sem elementos que permitissem localização. *Exame radiológico simples do crânio*: erosão das apófises clínoídes posteriores e do segmento posterior do assoalho selar; aspecto radiológico normal dos meatos auditivo se das pirâmides temporais. Foram feitas, então, perfurações occipitais e *punção ventricular*: o líquido obtido era límpido e incolor, com pressão inicial de 22 cm de água, sendo as reações e dosagens normais. *Iodoventriculografia*: dilatação do III ventrículo e bloqueio do trânsito ao nível do IV ventrículo, o qual se apresenta dilatado nas incidências lateral e ântero-posterior, sem apresentar desvios em relação ao plano médio-sagital; imagem iodoventriculográfica compatível com o diagnóstico de processo expansivo ao nível da porção média do ventrículo rombencefálico (fig. 1).

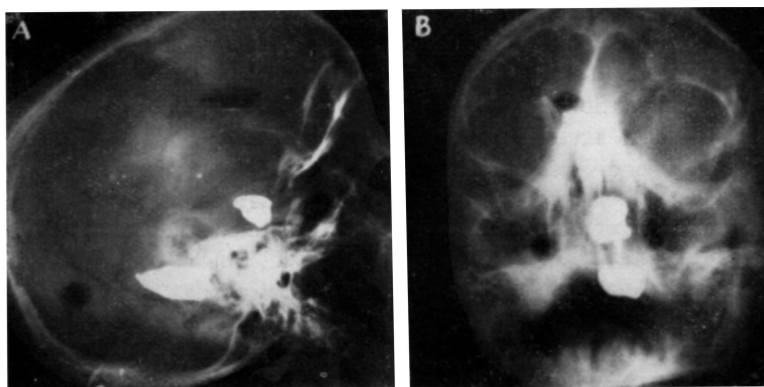


Fig. 1 — Iodoventriculografia: dilatação do III ventrículo e bloqueio do trânsito ao nível do IV ventrículo, o qual se encontra também dilatado (A); não há desvios em relação ao plano médio-sagital (B).

Intervenção cirúrgica — Craniectomia de fossa posterior, tipo bimaistoidéia nos moldes clássicos. A exploração do assoalho do IV ventrículo mostrou, ao nível de sua porção intermédia, um abaulamento de consistência dura que bloqueava essa cavidade. Ao nível das estrias medulares afloravam pequenos coágulos sanguíneos. Feita a incisão do abaulamento, foi colhido material das paredes mediana e laterais para o exame anátomo-patológico. Foi feita, a seguir, uma derivação ventrículo-subaracnóidea usando a cisterna de ângulo ponto-cerebelar dada a impossibilidade de realizar a operação de Torkildsen nos moldes clássicos.

Exame histológicos coágulos sanguíneos em organização; não foi encontrado qualquer indicio de processo neoplásico.

No pós-operatório manteve-se a síndrome de hipertensão intracraniana, agravando-se o estado geral progressivamente. Com intuito de verificar a possível existência de malformação vascular no território da artéria basilar foi feita *angiografia cerebral via artéria vertebral*, com resultado normal. A persistência da síndrome de hipertensão intracraniana indicou que se tornava necessária nova modalidade de

derivação do trânsito liquórico, optando-se pela abertura da lâmina terminalis. Após essa segunda intervenção regrediram os sinais de hipertensão intracraniana e houve acentuada melhora do estado geral. *Evolução* — Três meses após a intervenção a paciente apresentava quadro neurológico idêntico ao de sua admissão, notando-se apenas melhora da acuidade visual e do estado físico geral.

COMENTÁRIOS

Os sinais neurológicos síndrome de hipertensão intracraniana e lesão parcial dos V, VII, e VIII nervos cranianos à direita — levaram à hipótese inicial de processo expansivo situado no ângulo ponto-cerebelar; entretanto, o quadro iodoverniculográfico, evidenciando bloqueio ao nível da porção média do IV ventrículo sem desvios laterais, afastou por completo esta hipótese. Somente o ato cirúrgico possibilitou o diagnóstico etiológico (hematoma intraprotuberancial). Não havia qualquer elemento clínico, dos que usualmente acompanham os processos vasculares pontinos maciços, que nos levasse a essa hipótese. A permanência do bloqueio do trânsito ventrículo-subaracnóideo após a exploração da fossa posterior nos parece ser devido à ineficácia da derivação praticada na primeira intervenção, utilizando a cisterna de ângulo ponto-cerebelar, pois foi tecnicamente impossível, por óbvias razões, a feitura da operação clássica de Torkildsen. Com a abertura da lâmina terminalis em intervenção subsequente, foi resolvido plenamente o problema de hipertensão intracraniana. A melhora do quadro clínico no pós-operatório tardio demonstra a benignidade do processo. Não encontramos, em nosso caso, antecedentes que nos levassem a um diagnóstico etiopatogênico.

RESUMO

Os autores apresentam um caso de hematoma intraprotuberancial com bloqueio do trânsito do líquido cefalorraquidiano na porção média do quarto ventrículo. Os sinais neurológicos e a evolução clínica do caso afastavam-se daqueles observados nos processos hemorrágicos maciços ao nível da ponte. O tratamento cirúrgico, uma vez verificada a impossibilidade da excisão, consistiu em derivação do trânsito liquórico por meio da abertura da lâmina terminalis. O caso evoluiu favoravelmente.

SUMMARY

Primary pontile haematoma

A case of pontile haematoma blocking the flow of the spinal fluid in the pars intermedia of the fourth ventricle is reported. Neurological signs and clinical evolution of this case were dissimilar of those observed in massive pontile hemorrhage. By the impossibility of the excision, was made the derivation of the spinal fluid flow by opening the lamina terminalis.

BIBLIOGRAFIA

1. EPSTEIN, A. W. — Primary massive pontile hemorrhage. O clinical pathological study. J. Neuropatol. a. Exp. Neurol., 10:426, 1951.
2. FANG, H. C. H.; FOLEY, J. M. — Hipertensive hemorrhages of the pons and cerebellum. Arch. Neurol. a. Psychiat., 72:638, 1954.
3. KÖRNEYEY, S. — Rapidly fatal pontile hemorrhage: clinical and anatomic report. Arch. Neurol. a. Psychiat., 41:739, 1939.
4. MANCHI, E.; SANGINARIO, M. — Ipertonia estensoria simil-decerebrata da emorragia nel terzo inferiore del ponte. Riv. Patol. Nerv. e Ment., 78:529, 1957.
5. STEEGMANN, A. T. — Primary pontile hemorrhage whith particular reference to respiratory failure. J. Nerv. a. Ment. Dis., 114:35, 1951.

Clinica Neurológica. Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo — Caixa Postal 3461 — São Paulo, Brasil.