

## REGISTRO DE CASOS

### GLIOMAS MÚLTIPLOS DO CÉREBRO

J. LAMARTINE DE ASSIS \*  
ROLANDO TENUTO \*  
WALTER E. MAFFEI \*\*

Apresentamos um caso de tumor cerebral, interessante pelo aspecto revelado na intervenção cirúrgica, que foi seguida de complexo êxito.

L. D. O., branca, brasileira, solteira, com 14 anos de idade, examinada (L. de A.) em 27 de março de 1947. Queixava-se de cefaléia, ambliopia, vômitos, convulsões no hemicorpo direito e fraqueza no membro superior direito. Estes sintomas vinham evoluindo por surtos e remissões, tendo-se agravado nos últimos meses, principalmente a fraqueza do membro superior direito, que ficou paralisado nos seus segmentos distais. Nas últimas semanas, a cefaléia tornara-se insuportável, manifestando-se por crises agudas em curtos intervalos. As convulsões também se tornaram mais freqüentes, predominando na face e membro superior direito. No dia seguinte ao do nosso primeiro exame, a paciente sofreu violento acesso de cefaléia e vômitos, que melhorou após punção raquidiana com retirada de 14 cc. de líquido.

Nos antecedentes pessoais e familiares nada há de interesse. Ao exame físico geral não se verificou qualquer alteração digna de nota. A pressão arterial era 12x8 (aparélho de Vaquez-Lauby). Pulso 80, com caracteres normais.

O exame do sistema nervoso revelou uma síndrome deficitária piramidal no hemicorpo direito, com hiperreflexia profunda e paresia predominando na extremidade distal do membro superior. Não havia reflexos patológicos, nem alterações dos reflexos cutâneos, da coordenação ou da praxia. Normais o funcionamento dos esfínteres, o trofismo, a sensibilidade e o sensorio.

*Exames complementares — Líquido cefalorraquidiano:* punção suboccipital em decúbito lateral; pressão inicial, 32 (Claude); pressão final, 14 (após a retirada de 10 cc de líquido); quocientes de Ayala; Qr=4,3; Qrd.=1,8; células 3,8 por mm<sup>3</sup>, sendo 48% linfócitos e 16% granulócitos neutrófilos; proteínas 0,18 grs. por litro; cloretos 7,43 gr. por litros; glicose 0,70 grs. por litro; reações de Pandy e Nonne, levemente positivas; reação de benjoim coloidal 00000.02210.00000.0.; reações de Wassermann, Eagle, Steinfeld e para cisticercose, negativas. (Dr. J. B. Reis). *Exame neurocular:* motricidade extrínseca e sensibilidade normais; acuidade visual: OD=0,7 e OE=0,8; pupilas em midríase; reflexos pupilares presentes e diminuídos; edema da papila, bilateral. A campimetria revelou o campo periférico normal e aumento da mancha cega: 10 graus + (Dr. P. Braga

---

Trabalho apresentado à Secção de Neuropsiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 5 junho 1947.

\* Assistentes de Neurologia do Hosp. das Clínicas da Fac. Med. Univ. S. Paulo (Prof. Adherbal Tolosa).

\*\* Docente-livre de Anatomia Patológica na Fac. Med. Univ. S. Paulo.

Magalhães). *Radiografia do crânio*: Disjunção das suturas; impressões digitais bem pronunciadas; erosão do soalho e de parte do dorso da sela turca (Dr. C. Mazzilli).

Esses dados levavam à conclusão de um tumor intracraniano, localizado na região fronto-parietal esquerda e, por isso, foi feita a intervenção por um de nós (R. A. T.): craniotomia ampla fronto-parieto-temporal esquerda, nos moldes clássicos, sob anestesia local. Levantado o retalho ósseo, notou-se a dura-máter fortemente tensa e, depois de incisada, romperam-se alguns cistos da leptomeninge. *Chamava a atenção o fato de toda a área cerebral descoberta pela craniotomia estar ocupada por três grandes tumores*, que foram enucleados sucessivamente com o dedo indicador da mão direita, depois dos quais *apareceram mais três pequenos*, resultando, assim, uma grande cavidade. Na região parietal, um dos tumores estava recoberto por uma lâmina do córtex, que foi cuidadosamente respeitada na enucleação do tumor. Pesquisando a região e nada mais tendo sido encontrado de anormal, encheu-se a cavidade ocupada pelos tumores com trombinotópico e soro morno. A dura-máter foi suturada com seda preta, o osso reposto, a gálea suturada com catgut 2 e o couro cabeludo, com seda 2.

Período pós-operatório normal, tendo cessado as convulsões, a cefaléia e os vômitos. Vinte dias depois da operação, a paciente foi ao consultório com seus próprios recursos, sem qualquer ajuda. Marcha normal. Persistia ainda o déficit motor do membro superior direito predominando nos dedos e mão; não obstante, conseguia movimentar todos os segmentos deste membro. Mantinha-se a hiperreflexia do lado direito e, dos reflexos patológicos, só foi encontrado o sinal de Rossolimo na mão paresiada. Reflexos cutâneos normais. Manobras de Barré e Mingazzini negativas, indicando não haver déficit nos membros inferiores. Ligeiro desvio da boca para a esquerda. Astereognosia na mão direita. Ausência de ataxia e apraxia. Novo exame neurológico praticado 60 dias depois do ato cirúrgico mostrou melhoras ainda mais acentuadas, tendo regredido muito a paresia do membro superior direito. Nesta ocasião, procedeu-se a novo exame radiológico simples do crânio, que mostrou o retalho ósseo já consolidado.

*Exame anátomo-patológico* — Trata-se de 3 tumores de tamanho e forma aproximadas de laranja-cravo e mais 3 pequenos, pesando em conjunto 180 grs. Cada tumor é bem circunscrito e a superfície externa apresenta o aspecto de circunvoluções cerebrais hipertrofiadas e malformadas. A consistência é firme. Ao corte, o tecido é de cor branca e exhibe o mesmo aspecto de circunvoluções cerebrais, entre as quais permanecem espaços irregulares contendo sangue ou material de aspecto gelatinoso. Microscopicamente, o aspecto é idêntico em todos os tumores: o parênquima é muito celular, constituído por elementos alongados semelhantes àqueles do epêndima, que se inserem na parede dos vasos que lhe constituem o estroma, formando, assim, figuras conhecidas pelo nome de pseudo-rosetas; este aspecto é uniforme, não só nos cortes do mesmo tumor, como também nos demais. Não existem mitoses, nem necrose e calcificação. *Diagnóstico anátomo-patológico: ependimomas* (Dr. W. E. Maffei).

Desta observação ressaltam vários fatos de importância: em primeiro lugar, a sintomatologia relativamente simples, permitindo a localização precisa dos tumores, para um achado cirúrgico tão grande. Este é verdadeiramente notável, pois os gliomas geralmente se apresentam como tumor único; neste caso tratava-se de seis nódulos independentes. Na literatura médica existem raras referências a gliomas múltiplos, mas não idênticos; assim, por exemplo, Horrax e Bai-

ley<sup>1</sup> mencionam um caso de pinealoma com glioma do nervo óptico e outro de meduloepitelioma do III ventrículo com pinealoma. Quanto a nós, é também a primeira vez que temos ocasião de ver gliomas múltiplos. É interessante que o aspecto macroscópico destes tumores é aquêlê descrito nos oligodendrogliomas por Bailey e Cushing<sup>2</sup> e, no entanto, histològicamente tratava-se de ependimomas, devendo notar-se ainda que o ependimoma é, em geral, o tumor dos ventrículos cerebrais ou do canal da medula e, neste caso, estavam em pleno córtex cerebral, sem conexão com os ventrículos. Deve-se, então, admitir que o crescimento neoplástico tenha partido de germes ependimais deslocados durante o desenvolvimento embrionário, o que encontra certo apóio na idade jovem da paciente. Os tumores estavam situados na região frontoparietal esquerda e, no entanto, a doente não apresentou afasia; compreende-se êste fato, bem como os fenômenos motores pouco acentuados, sabendo-se que o ependimoma é um glioma maturo e, portanto, de crescimento lento e expansivo, comprimindo apenas o tecido vizinho, sem destruí-lo, de modo que os elementos nervosos podem adaptar-se às novas condições; daí, também, a enucleação relativamente fácil no ato cirúrgico e o restabelecimento quase completo da paciente após a extirpação dos tumores.

#### RESUMO

Os AA. apresentam um caso de gliomas múltiplos do cérebro, com regressão dos sintomas clínicos após intervenção cirúrgica. A localização do tumor foi feita exclusivamente pelos dados clínicos. Chamava a atenção o fato de tóda área cerebral descoberta pela craniotomia estar ocupada por três grandes gliomas, que foram facilmente enucleados, e, mais profundamente, três outros tumores menores. Houve regressão notável da sintomatologia após o ato cirúrgico. O exame anátomo-patolóico mostrou tratar-se de ependimoma. Os AA. terminam a exposição do caso tecendo considerações de ordem clínica e anátomo-patológica, e admitindo, como ponto de origem dos gliomas no caso em aprêço, os germes ependimais deslocados durante o desenvolvimento embrionário, pois os tumores estavam em pleno córtex cerebral, sem conexão com os ventrículos.

---

1. Horrax, G. e Bailey, F. — Tumors of the pineal body. Arch. Neurol. a. Psychiat. 13:423-467, 1925.

2. Bailey, P. e Cushing, H. — A classification of the tumors of the glioma group on a histogenetic basis with a correlated study of prognosis. J. B. Lippincot Co., 1926.

## SUMMARY

The authors report a case of multiple cerebral glioma in which surgery withdraw the clinical manifestation. Localization was made by clinical data alone. There was on the whole operative area three gliomas of great size and, deeper, three other smaller tumors; the first were easily removed. Symptomatology disappeared. Histopathology showed an ependymoma. An explanation is made on clinical and pathological basis, realizing the origin of the tumor as a development ependymal malformation, for the tumor was in cerebral cortex without relation to the ventricles.

*R. Marconi, 138 5.º andar — S. Paulo*

*GLIOMAS MÚLTIPLOS DO CÉREBRO*

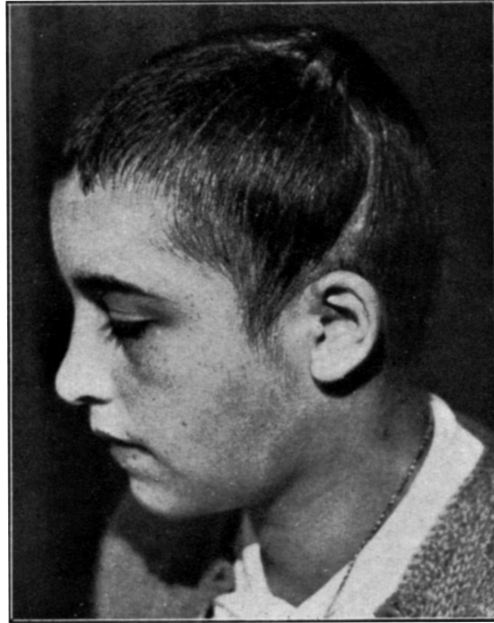


FIG. 1 — Fotografia da paciente 45 dias após a intervenção.

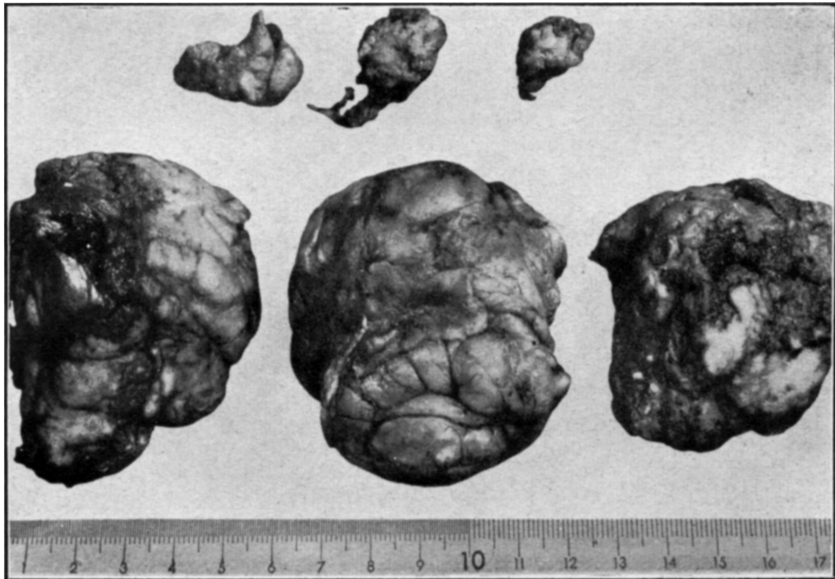


FIG. 2 — Nódulos tumorais extirpados.

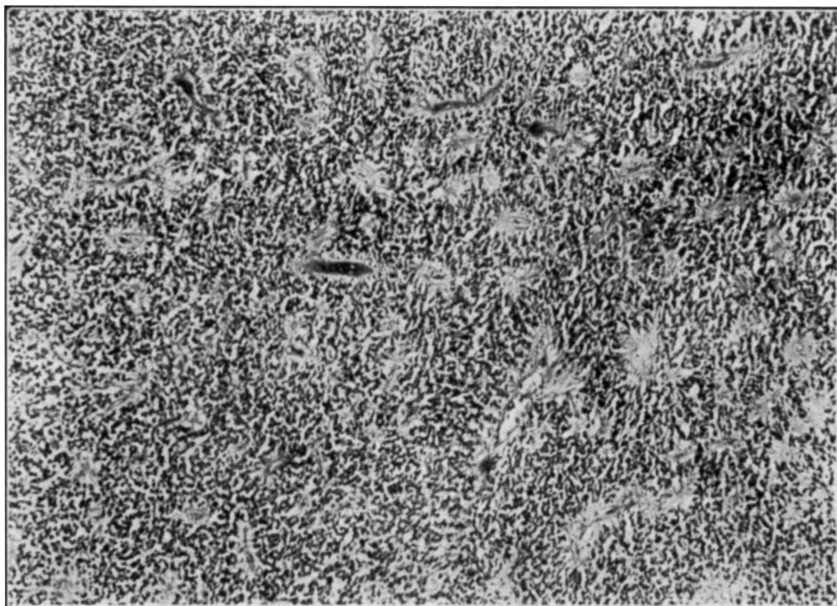


FIG. 3 — Microfoto com pequeno aumento mostrando a estrutura geral dos tumores (hemat. eosina. — Zeiss oc. 5, obj. 8)

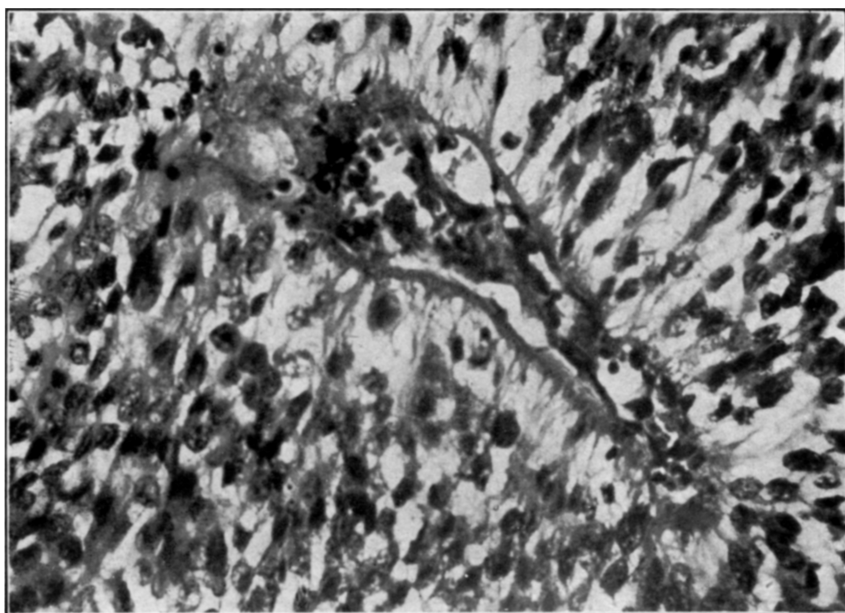


FIG. 4 — Microfoto com maior aumento (Zeiss oc. 5, obj. 40) mostrando uma pseudo-roseta (hemat. eosina.)