

REGISTRO DE CASOS

COMPRESSÃO RADICULOMEDULAR POR CISTICERCOS: REGISTRO DE DOIS CASOS COM TRATAMENTO CIRÚRGICO

O. RICCIARDI CRUZ *

O acometimento encéfalo-meníngeo pelo *Cysticercus cellulosae* apresenta, em nosso meio, incidência elevada que contrasta com a raridade da localização intrarraqueana. A neurocisticercose vem sendo bastante estudada na América Latina^{2, 4, 5, 7, 10}, sendo ressaltada, na maioria dos trabalhos a relativa raridade da localização raqueana. Spina-França⁹ revendo os casos internados na Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo registrou, entre 50 casos de neurocisticercose, 3 com acometimento mielorradicular. Barini¹ registrou um caso de cisticercose macrocístico intramedular. Monteiro Salles⁶, dentre 7 casos que foram levados a necropsia, refere um caso de acometimento difuso no qual havia também um cisticercose intramedular. Rocca⁸, revendo 86 casos de neurocisticercose, registrou 17 localizados na raque, sendo 15 subdurais (13 cervicais, 1 dorsal e 1 lombar), 1 epidural dorsal e 1 intramedular dorsal. Cabieses e col.³, em publicação recente, registraram 3 casos de cisticercose intrarraqueana, sendo 2 de localização intramedular e 1 extramedular.

A observação de 2 casos de cisticercose raqueana constitui a razão d'êste trabalho, cujo intuito é o de chamar a atenção para essa causa de compressão radiculomedular.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — J.R., com 42 anos de idade, admitido na Clínica Neurológica em 21-7-1949 (Reg. G. 146816)*. O paciente se queixava, há 6 meses, de dores na região inferior do tórax e coluna lombo-sacra que se irradiavam para os membros inferiores; há 10 dias, adormecimento e fraqueza nos membros inferiores dificultando a marcha. *Exame neurológico* — Paraparesia crural sensitivo-motora; marcha talonante; abolição da sensibilidade palestésica até o nível das espinhas ilíacas ântero-superiores. *Exames complementares* — *Exame do líquido cefalorraqueano* em punção lombar, com o paciente deitado: pressão inicial 15 cm de água; liquor límpido e incolor; 52 células/mm³ (linfócitos 70%, monócitos 26%, neutrófilos 1%,

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

* Caso incluído na casuística de Spina-França⁹.

eosinófilos 3%); proteínas 80 mg/100 ml; reação de Pandy positiva; não foi feita a reação de fixação do complemento para cisticercose. *Exame do líquido cefalorraqueano* em punção suboccipital, com o paciente deitado: pressão inicial 8 cm de água; 12 células/mm³ (linfócitos 76%, monócitos 17%, neutrófilos 2%, eosinófilos 5%); proteínas 15 mg/100 ml; glicose 50 mg/100 ml; reações de Pandy e Nonne levemente positivas; reações coloidais com desvio para a esquerda; reação de desvio do complemento para cisticercose *positiva*; reações de Wassermann, Steinfeld, Meinicke e Eagle negativas. *Reação de fixação do complemento para cisticercose no sangue positiva*. *Perimielografia*: dificuldade no trânsito do contraste desde Tv₁₂ para baixo (fig. 1).

Intervenção cirúrgica — Laminectomia de Tv₁₁ a Lv₂. Dura mater de aspecto normal, mas tensa, sugerindo a existência de processo expansivo subdural. A abertura da dura mater deu saída a várias vesículas cisticercóticas. Outras vesículas aderiam à medula e às raízes da cauda equina.

Evolução — O quadro neurológico se manteve inalterado no pós-operatório imediato. No 10º dia de evolução foi tentada uma punção lombar para exame de líquido cefalorraqueano, não sendo obtido material. Novo exame perimielográfico mostrou bloqueio do contraste entre Lv₃ e Lv₅. Um mês após foi feita nova laminectomia, sendo encontrada uma vesícula cisticercótica ao nível da cauda equina e intensa aracnoidite. Após esta segunda intervenção houve discreta melhora dos distúrbios motores, permanecendo inalteradas as alterações da sensibilidade palestésica. Alta hospitalar em 28-10-1949. A revisão do caso após um ano mostrou condições neurológicas idênticas às do último exame.

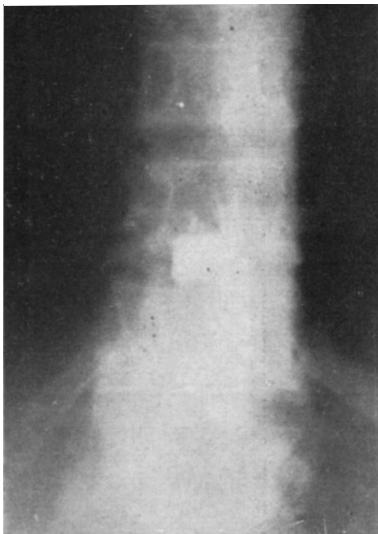


Fig. 1 — Caso 1 (J.R.). Perimielografia descendente mostrando dificuldade no trânsito do contraste desde Tv₁₂ para baixo.



Fig. 2 — Caso 2 (M.C.F.B.). Perimielografia retrógrada mostrando bloqueio total do canal raqueano, parando o contraste ao nível de Tv₃.

CASO 2 — M.C.F.B., com 26 anos de idade, admitido no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas em 6-12-1960 (Reg. G. 594954). O paciente se queixava, há ano

e meio, de dores intermitentes na região lombar irradiando para a face anterior do abdome; há 6 meses irradiação da dor para o membro inferior esquerdo, associado a dormência e a enfraquecimento que dificultava a marcha; sintomas semelhantes acometeram o membro inferior direito após 7 dias, impossibilitando a marcha e a atitude bípede. *Exame neurológico* — Paraplegia crural sensitivo-motora com nível de sensibilidade em T₈. *Exames complementares* — *Exame do líquido cefalorraqueano* em punção lombar, com o paciente deitado: pressão inicial 24, pressão final 0; bloqueio total do canal raqueano às provas de Stookey; líquido límpido e incolor; 18 células/mm³ (linfócitos 90%, monócitos 5%, neutrófilos 5%); reação de Pandy e Nonne positivas; proteínas 350 mg/100 ml; reações de Wassermann e Steinfeld negativas; reação de fixação do complemento para cisticercose negativa. *Perimielografia*: bloqueio total do canal raqueano, parando o contraste ao nível de Tv₈ (fig. 2).

Intervenção cirúrgica — Laminectomia de Tv₈ a Tv₉. Dura mater de aspecto normal, mas tensa, sugerindo a existência de processo expansivo subdural. A tumoração, de caráter cístico, estava localizada à esquerda da medula; ao seu redor a leptomeninge mostrava intensa reação inflamatória, com aderências entre a meninge mole, a medula e o cisto que se rompeu ao ser extirpado, dando saída a líquido incolor. Macroscopicamente a formação cística correspondia a um cisticerco.

Evolução — Nas primeiras semanas houve regressão parcial da paraplegia crural. Após a terceira semana surgiram vômitos incoercíveis e intensa desidratação. Com o emprêgo de derivados sulfamídicos e corticosteróides houve melhora do quadro clínico. Após 3 meses o quadro neurológico piorou, assumindo condições idênticas às da admissão, sendo feitos novos exames. *Exame do líquido cefalorraqueano* em punção lombar com o paciente deitado: não houve alteração da pressão líquórica pela compressão jugular; líquido límpido e incolor; 18 células/mm³ (linfócitos 70%, monócitos 23%, neutrófilos 4%, eosinófilos 3%); proteínas 36 mg/100 ml; reações de Pandy e Nonne positivas; reação de fixação do complemento para cisticercose positiva. *Exame do líquido cefalorraqueano* em punção suboccipital, com o paciente deitado: pressão inicial 5; 29 células/mm³ (linfócitos 76%, monócitos 15%, neutrófilos 2%, eosinófilos 7%); proteínas 44 mg/100 ml; reações de Pandy e Nonne positivas; reação de Takata-Ara positiva (tipo floculante); reação de Wassermann e Steinfeld negativas; reação de fixação do complemento para cisticercose positiva. Foi instituído tratamento com corticóides por via intrarraqueana (Solucortef 100 mg por via suboccipital); após a primeira aplicação ocorreu crise convulsiva generalizada; as aplicações seguintes, em número de 10, não causaram efeitos colaterais. Alta hospitalar em 25-3-1961. A revisão do caso, 4 meses após a alta, mostrou regressão acentuada dos distúrbios neurológicos.

COMENTARIOS

São raros os casos de compressão radiculomedular determinada por processos parasitários. Em tôdas as publicações sôbre a neurocisticercose é salientada a raridade da localização raqueana e particularmente a sede intramedular; essa localização do parasito só foi assinalada por Monteiro Salles⁶, Barini¹, Cabieses e col.³ e Rocca⁸. Rocca⁸, entre 86 casos de neurocisticercose, encontrou 17 com localização do parasito no canal raqueano, sendo 15 subdurais e extramedulares; interessante notar que, desses 15 casos, em 13 o parasito se localizava na região cervical, o que pode ser explicado pela proximidade dessa região com a fossa posterior que é sede freqüente dessa parasitose e, mais particularmente, da cisticercose racemosa que, em geral, ultrapassa os limites do forame magno.

O diagnóstico de neurocisticercose, na maioria dos casos, é feito pelo exame do líquido cefalorraqueano, tendo por base a positividade da reação de desvio do complemento (reação de Weinberg) e a presença de células eosinófilas, como aconteceu no caso 1, o que possibilitou o diagnóstico exato antes da intervenção cirúrgica. No caso 2, a negatividade da reação de Weinberg e a anaeosinofílinorraquia dificultaram o diagnóstico, que só foi feito durante o ato cirúrgico; cumpre notar que nesse caso os exames de líquido cefalorraqueano feitos no período pós-operatório mostraram que a reação de Weinberg se tornara positiva, o que pode ser explicado pela rotura da vesícula cisticercótica durante o ato cirúrgico e conseqüente formação de anticorpos.

A evolução de ambos os casos demonstra que o tratamento cirúrgico da cisticercose raqueana não tem a eficácia observada em casos de compressão radiculomedular por outras causas. Indubitavelmente isso é devido às reações inflamatórias, local e difusa, determinadas pelo parasito e suas toxinas. É óbvio que o combate a essa aracnoidite cisticercótica difusa não pode ser cirúrgico. A terapêutica com os derivados sulfamidicos e corticóides parece dar resultados satisfatórios. No caso 2, no qual existiam fortes aderências leptomeníngicas, foram empregados corticóides por via intrarraqueana. Os resultados pós-operatórios observados em nossos casos são superponíveis: no caso 1, o ataque cirúrgico ao parasito e uma segunda intervenção visando a aracnoidite não lograram êxito; no segundo caso, a intervenção cirúrgica também não produziu resultado satisfatório. Entretanto, o emprêgo de corticóides por via intrarraqueana no caso 2 determinou grande redução da sintomatologia neurológica.

RESUMO

São relatados dois casos de cisticercose raqueana subdural e extramedular tratados cirúrgicamente. Ambos os pacientes apresentavam paraplegia crural sensitivo-motora por compressão radiculomedular. No primeiro caso o diagnóstico etiológico foi firmado antes da intervenção cirúrgica com base no exame do líquido cefalorraqueano; no segundo caso a parasitose constituiu achado cirúrgico.

A evolução pós-operatória no primeiro caso, submetido a duas intervenções cirúrgicas, não foi satisfatória; no segundo caso, a intervenção cirúrgica aparentemente ineficaz, foi seguida de administração de corticóides por via intrarraqueana, com o que ocorreram acentuadas melhoras no quadro neurológico.

SUMMARY

Spinal cysticercosis: report of two cases with surgical treatment.

Two cases of spinal cysticercosis are reported, both with spinal cord compression. In the first one the etiologic diagnosis before operation was made by the positivity of the complement fixation test for cysticercosis and

the presence of eosinophilic cells in the spinal fluid; in the other case these tests were negative and the diagnosis was established at operation room.

The surgical removal of the cysts in both cases yielded poor results possibly by the interference of inflammatory adhesive arachnoiditis. Intracranial administration of corticosteroids relieved the neurological manifestations in the second case.

REFERENCIAS

1. BARINI, O. — Cisticercos macrocisticos intramedulares: extirpação cirúrgica. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, 12:264, 1954.
2. BROTTTO, W. — Aspectos neurológicos da cisticercose. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, 5:258, 1947.
3. CABIESES, F.; VALLENAS, M.; LANDA, R. — Cysticercosis of the spinal cord. *J. Neurosurg.*, 16:337, 1959.
4. CASTEX, M. R.; ROMANO, N.; HENDETLASS, A. P. — Cisticercosis cerebro-espiñal. *Rev. Soc. Argent. Biol.*, 2:257, 1926.
5. LANGE, O. — Síndrome líquóricos da cisticercose encefalo-meningea. *Rev. Neurol. e Psiquiat. de São Paulo*, 6:35, 1940.
6. MONTEIRO SALLES, F. J. — Cisticercose cerebral. Tese de doutoramento, São Paulo, 1934.
7. PUPO, P. P.; CARDOZO, W.; REIS, J. B. — Cisticercose encefálica: estudo clínico, anátomo-patológico, radiológico e do líquido cefalorraqueano. *Arq. Assist. a Psicop. do Estado de São Paulo*, 10/11:1-123, 1945.
8. ROCCA, E. D. — Cisticercosis intramedular. *Rev. Neuro-Psiquiat.*, 22:166, 1959.
9. SPINA-FRANÇA, A. — Cisticercose do sistema nervoso central. *Rev. Paulista de Medicina*, 48:59, 1956.
10. TRELLES, J. O.; LAZARTE, J. A. — La cisticercosis cerebral. Editorial de La Prensa, Lima (Peru), 1941.

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