

COMPRESSÃO MEDULAR POR METÁSTASE DE TUMOR DO MEDIASTINO

MARIA REOLON *

LIGIA M. BARBOSA COUTINHO **

JOSÉ L. C. TEIXEIRA ***

CLÁUDIO G. ZETTLER *

O mediastino é sede freqüente de lesões neoplásicas e, das que se localizam em sua porção anterior, as mais comuns são representadas pelos timomas e teratomas.

O timo normal é formado por elementos epiteliais (corpúsculos de Hassal) e linfóides. Seus tumores podem originar-se em um desses tipos celulares ou em ambos¹¹. Segundo Rubin¹¹, o termo "timoma" geralmente se refere aos tumores de origem epitelial, que são os mais freqüentes. Alguns autores chamam de timoma a todos os tumores originados no timo, incluindo neste grupo os teratomas. Schlumberger¹⁵ acredita que estes tumores tenham origem tímica, por deslocamento de tecidos durante a embriogênese. Os teratomas de mediastino são relativamente raros^{6, 7, 15}. Rusby¹², em 1944, coletou 251 casos da literatura. Durante a segunda guerra mundial, o Instituto de Patologia das Forças Armadas Norte-Americanas reuniu 29 casos, dos quais a terça parte era constituída por tumores malignos¹⁵.

Grande parte das neoplasias de mediastino são diagnosticadas ocasionalmente, em autópsia ou avaliação radiológica de rotina¹⁵. Lattes⁴, estudando 107 casos de tumores primitivos do timo, verificou que aproximadamente 40% deles eram assintomáticos, sendo que 11 constituíram achados de necrópsia e 32 foram visualizados em exames radiológicos de rotina.

Friedman², em 1951, relatou um caso de teratoma de mediastino a que denominou germinoma. Caracterizava-se por apresentar células grandes, arredondadas, semelhantes às células embrionárias, com linfócitos dispersos no tecido, fazendo lembrar um tumor gonadal. Desde essa época outros casos foram relatados, nos quais a morfologia do tumor era parcial ou totalmente, semelhante a seminoma⁹. Estes tumores são raros, sendo considerados, às vezes, como metástase de um tumor testicular de difícil detecção^{1, 6, 7}. Entretanto, os tumores gonadais primitivos raramente dão metástases para o me-

Trabalho realizado no Departamento de Patologia da Fundação Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre e apresentado no IX Congresso Brasileiro de Neurocirurgia (Rio de Janeiro, julho-1972); * Residentes; ** Auxiliar de Ensino; *** Residente do Instituto de Neurocirurgia de Porto Alegre, RS.

diastino anterior¹⁰; habitualmente eles determinam comprometimento metastático em gânglios para-aórticos e retroperitoniais⁶. Até 1968 foram encontrados 38 casos de seminoma, considerados primitivos do mediastino.

OBSERVAÇÃO

A.A.M., sexo masculino, branco, com 24 anos, em regular estado de nutrição, com queixa de dor no membro inferior direito há 6 meses. Há um mês apresentou paraplegia de instalação súbita, acompanhada de retenção urinária. Hospitalizado, o exame neurológico mostrou paraplegia sensitivo-motora com nível sensitivo em D8. Os testes raquemanométricos realizados durante punção lombar, não modificaram a pressão líquórica. O exame do líquido cefalorraqueano mostrou 6 células/mm³, 470 mg% de proteínas, 79 mg% de glicose e 696,1 mg% de cloretos. Radiografia simples de coluna dorsal mostrou massa tumefacente envolvendo o corpo vertebral de D8, que se encontrava colapsado. A punção-biopsia vertebral não revelou alterações patológicas. A mielografia gasosa mostrou bloqueio total na altura da vértebra deformada. Foi indicada laminectomia dorsal. No início do ato cirúrgico, o paciente veio a falecer por parada cardíaca.

Exame necroscópico — No pulmão direito existia área de infarto hemorrágico, sub-pleural, de forma triangular, ocupando o segmento lateral basal do lobo inferior; os vasos desta região encontravam-se trombosados. Também o pulmão

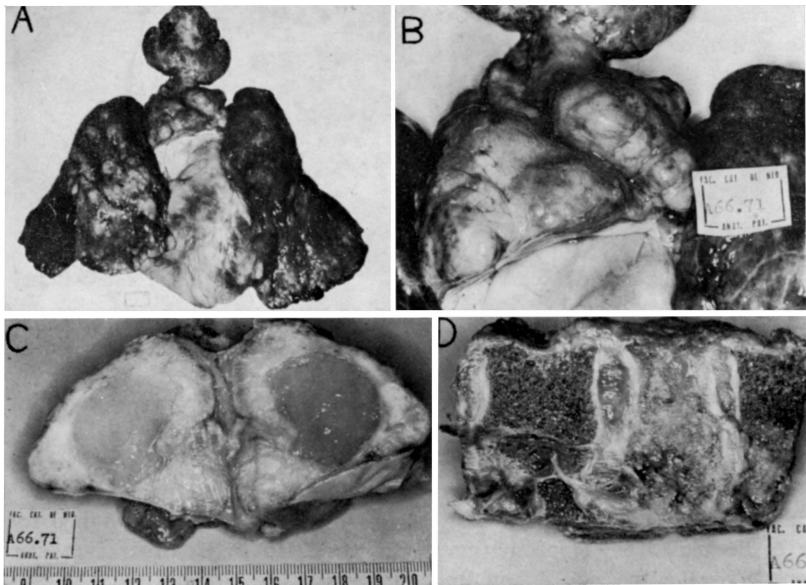


Fig. 1 — Caso A.A.M. Em A, peça de autópsia mostrando o tumor mediastinal multilobulado e infartos hemorrágicos no segmento lateral basal do pulmão direito e no segmento superior do lobo inferior esquerdo; em B, detalhe do tumor mediastinal, mostrando área cística; em C, corte transversal do tumor, mostrando área cística; em D, corte longitudinal da 7.ª, 8.ª e 9.ª vértebras, mostrando destruição do corpo de D8.

esquerdo apresentava área de infarto hemorrágico no segmento superior. Na região correspondente ao timo observou-se massa bem delimitada, multilobulada, branca, fosca, medindo 6 x 4 x 2 cm e pesando 109 g, frouxamente aderida aos tecidos vizinhos. Ao corte, apresentava-se lobulada, com área cística de 3 cm de diâmetro, contendo material gelatinoso cinzento. Fazendo parte dessa massa, identificavam-se alguns linfonodos que apresentavam, ao corte, superfície branca e fosca (Fig. 1). Após a retirada de todos os órgãos da cavidade torácica foi encontrada, ao nível da 8.^a vértebra dorsal, massa com características semelhantes às da massa mediastinal, destruindo parcialmente o corpo vertebral (Fig. 1). Os demais órgãos não apresentavam alterações dignas de nota. Histologicamente, o tumor era constituído por células moderadamente grandes, arredondadas e poliédricas, de tamanho uniforme, com citoplasma levemente eosinofílico, núcleos grandes, vesiculosos e nucléolos proeminentes e ligeiramente eosinofílicos. As células se dispunham em grupos irregulares, circundados por septos fibrosos delicados, dando ao tumor aspecto lobular. Dispersas no tecido, encontram-se células linfóides e, em algumas áreas, células gigantes multinucleadas, semelhantes às células de Langhans. Vêem-se numerosas mitoses. O aspecto histopatológico é compatível com o diagnóstico de tumor seminomatoso (Fig. 2).

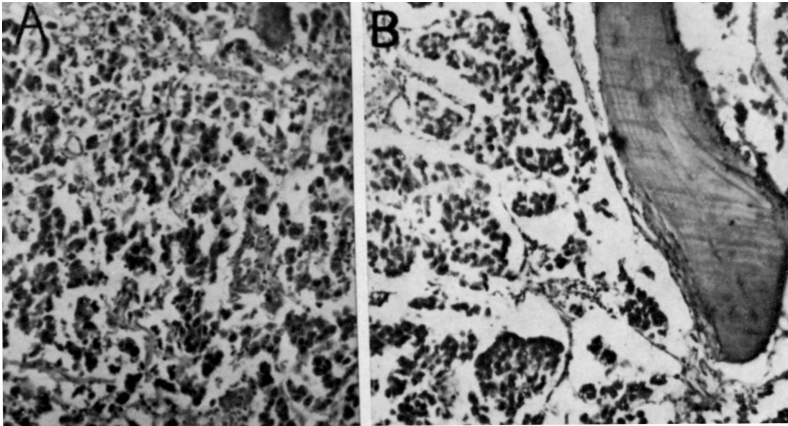


Fig. 2 — Caso A.A.M. Em A, aspecto histológico do tumor, onde se observam células gigantes multinucleadas (H.E. 400 ×); em B, aspecto da metástase óssea (H.E. 400 ×).

COMENTÁRIOS

Os tumores do mediastino metastatizam inicialmente para os linfonodos regionais e pulmões¹⁵, podendo disseminar-se por via hemática, dando metástases à distância. O comprometimento metastático de estruturas ósseas por tumor de mediastino não é comum. Metástases de timoma para o crânio³, pelve¹⁶, femur¹⁴ e vértebras^{5, 8, 13} foram relatadas, bem como de teratomas malignos para vértebras¹⁵. No paciente cujo caso estudamos havia comprometimento metastático do corpo da 8.^a vértebra torácica, determinando compressão medular, à semelhança de um caso relatado por Schlumberger¹⁵.

A localização primitiva de seminoma no mediastino é muito discutida, pois apenas uma cicatriz no testículo pode ser considerada como lesão primi-

tiva¹. Nos seminomas primários de mediastino relatados na literatura não foi observada lesão testicular em nenhum dos casos⁹. Para Oancea e col.⁷, a simples presença de um tumor em um homem jovem, a sua disposição topográfica no mediastino anterior, bem como a sensibilidade à radioterapia, seriam fatores importantes no diagnóstico de seminoma primário do mediastino.

O caso por nós relatado, por ser em um homem jovem, sem alterações morfológicas de testículo e por apresentar aspecto característico de seminoma, nos levou ao diagnóstico de tumor seminomatoso de mediastino, com metástase vertebral, determinando compressão medular.

RESUMO

É relatado o caso de um paciente masculino, de 34 anos, com paraplegia de instalação súbita e nível sensitivo em D8, cujo diagnóstico, realizado por ocasião da autópsia, foi de tumor seminomatoso de mediastino anterior, com metástase para o corpo vertebral de D8, determinando compressão medular.

SUMMARY

Spinal cord compression by metastasis of mediastinal tumor: a case report.

The case of a 24 year old male with crural paraplegia and sensitive level at T8 is reported. The thoracic spine films revealed an expansive process producing spinal cord compression and deformation of T8 vertebral body. A laminectomy was performed and the patient died by cardio-respiratory arrest during the surgery. The post-mortem examination discovered an anterior mediastinal tumor, the T8 vertebral body being involved by a mass with the same characteristics. The hystopathologic study revealed a mediastinal seminoma like-tumor, metastasizing at T8 vertebral body.

REFERÊNCIAS

1. CASTELMAN, B. — Tumors of the Thymus Gland. *In* Atlas of Tumors Pathology, Section V, fascicle 19. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1955.
2. FRIEDMAN, N. B. — Cit. por CASTELMAN¹.
3. HASNER, E. & WESTENGAARD, E. — Cit. por WHITAKER e col.¹⁰
4. LATTES, R. — Thymona and others tumors of the thymus. An analysis of 107 cases. *Cancer* 15:1224, 1962.
5. MINKOWITZ, S.; SOLOMON, L. & NICOSTRI, A. D. — Cytologically malignant thymona with distant metastasis. *Cancer* 21:426, 1968.
6. MOLINA, C.; MERCIER, R.; DELAGE, J.; LAGUILLAUMIE, B. de & CHEMINOT, J. Cl. — Les seminomes du mediastin. *Sem. Hôp. Paris* 51:1416, 1965.
7. OANCEA, T.; ATANASESCU, S.; STEFANESCU-GALATI, Th.; POPESLU, P. & SINGER, D. — Seminome mediastinal primitif. *Sem. Hôp. Paris* 44:580, 1968.
8. O'GARA, R. W.; HORN, R. C. Jr. & ENTERLINE, H. T. — Cit. por WHITAKER e col.¹⁰

9. PATCHER, M. R. & LATTES, R. — Germinal tumors of mediastinum: a clinico-pathologic study of adult teratomas, teratocarcinomas, choriocarcinomas and seminomas. *Dis. Chest* 45:301, 1964.
10. PRUSTY, S.; BHAYANA, J. N.; NAYAK, N. C.; SINGH, S.; SINGHAL, V. S.; SHARMA, S. R. & GOEL, P. P. — Primary mediastinal choriocarcinoma. *Dis. Chest* 56:543, 1969.
11. RUBIN, E. H. & RUBIN, M. — *Thoracic Diseases*. Segunda edição. W. B. Saunders, Philadelphia, 1962.
12. RUSBY — Cit. por SCHLUMBERGER¹⁵.
13. SONADJEAN, J. V. & SILVERSTEIN, M. H. — Cit. por WHITAKER e col.¹⁶.
14. SCALEY, J. R. & COLLINS, J. — Thymona metastatic to bone: report of a case diagnosed by percutaneous biopsy. *Radiology* 96:423, 1970.
15. SCHLUMBERGER, H. G. — Tumors of the Mediastinum. *In Atlas of Tumors Pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1955.
16. WHITAKER, J. A.; VOGLER, W. R. & WERNER, J. H. — Red cell aplasia and osteoblastic metastasis in a patient with thymoma. *Cancer* 26:427, 1970.

Departamento de Patologia — Fundação Faculdade Católica de Medicina — Rua Sarmento Leite 245 — 90000 Porto Alegre, RS — Brasil.