

PARALISIA BILATERAL DO ABDUCENTE EM CARCINOMA DE NASOFARINGE

ANTONIO L. DOS SANTOS WERNECK * — JOAO J. FREITAS DE CARVALHO *
ROBERTO C. PEREIRA DO PRADO *

RESUMO — Apresentamos um caso de paralisia bilateral do abducente como achado inicial em carcinoma de nasofaringe. Discute-se o modo de envolvimento. Somente um caso semelhante foi registrado anteriormente na literatura.

Abducens bilateral palsy in nasopharyngeal carcinoma.

SUMMARY — We report a case of bilateral abducens palsy as initial finding in nasopharyngeal carcinoma. Possible mode of involvement is discussed. Only one case has been reported in the past.

Dentre as causas prováveis de paralisia bilateral do nervo abducente estão incluídas a hipertensão intracraniana, o aneurisma carotídeo intracavernoso, a polineuropatia craniana idiopática e a síndrome de Guillain-Barré. O carcinoma da nasofaringe comumente invade nervos cranianos, sendo o abducente um dos preferidos. No entanto, o comprometimento do nervo ocorre de forma unilateral e, geralmente, acompanhando outros sinais e sintomas próprios ao tumor.

Tivemos a oportunidade de examinar um paciente cujo achado clínico inicial foi paralisia bilateral do abducente. Em revisão da literatura mundial encontramos apenas publicação de um caso semelhante¹. O caso do paciente observado por nós é aqui relatado.

OBSERVAÇÃO

MRS, paciente do sexo masculino, com 58 anos de idade (registro HSE 612742), internado com história de cefaléia occipito-frontal há 8 meses. Visão dupla horizontal surgiu dois meses após o início da cefaléia. Relata perda de 6 Kg nos últimos dois meses. Tabagista inveterado. A ectoscopia mostrava paciente emagrecido, com muccas hipocoradas. O restante do exame clínico era normal. O exame neurológico mostrava, bilateralmente, paresia do VI nervo craniano. No restante, o exame neurológico era normal. Punção lombar evidenciou líquido cefalorraqueano (LCR) de aspecto claro, com pressão inicial de 7,8 cm H₂O e apresentando: 1,0 células/mm³, proteínas 74 mg/dl e glicose 56 mg/dl. Exames laboratoriais: hemograma e bioquímica normais. Tomografia simples de teto de cavum (Fig. 1) evidenciou erosão no corpo do esfenóide, no assoalho selar e nas extremidades proximais dos rochedos temporais. Tomografia computadorizada de crânio (Fig. 1) mostrou ventrículos de tamanho normal e massa hiperdensa na base do crânio ao nível do clivus. A rinoscopia posterior mostrou abaulamento da parede postero-lateral do cavum, recoberto por mucosa. Biópsia nesta região demonstrou tratar-se de carcinoma epidermóide pouco diferenciado. O paciente foi submetido a radioterapia associada a corticoterapia, mas veio a falecer alguns meses após.

* Serviço de Neurologia, Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE).

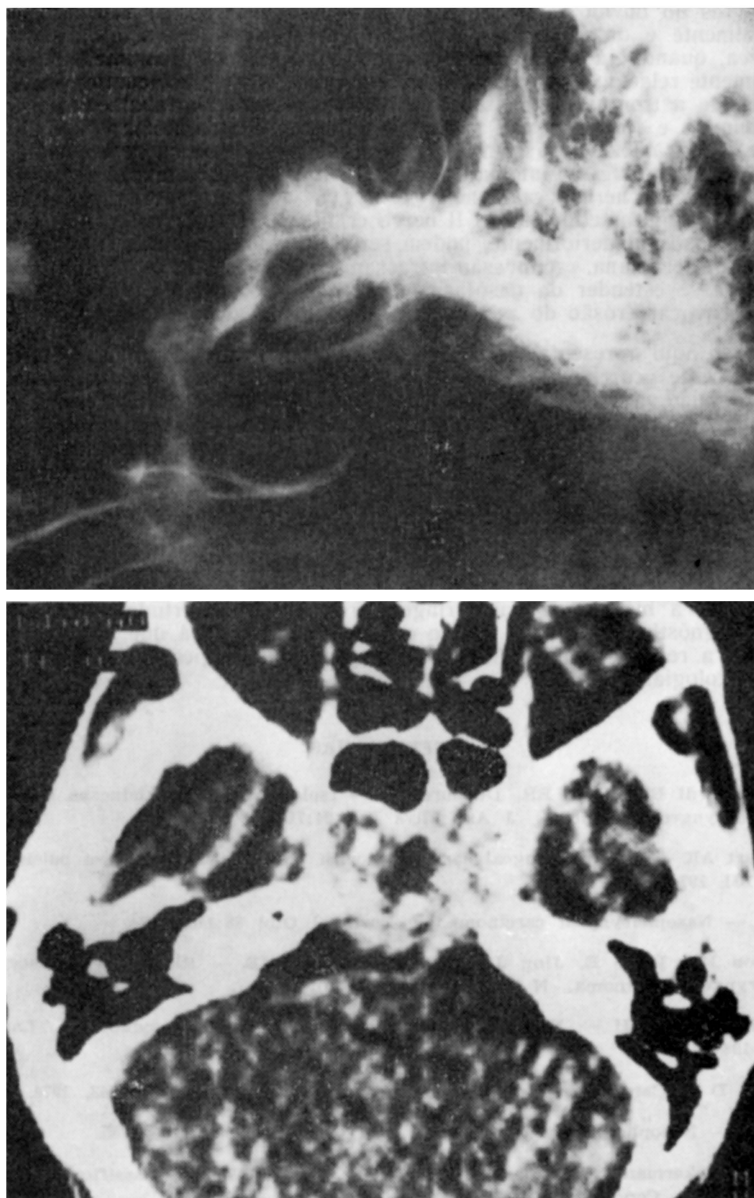


Fig. 1 — Caso MRS. No alto, tomografia simples do teto do carum evidenciando erosão no corpo do esfenóide, no assoalho selar e nas extremidades proximais dos rochedos. Em baixo, tomografia computadorizada do crânio mostrando massa hiperdensa na base do crânio ao nível do clívis.

COMENTARIOS

O carcinoma de nasofaringe não é tumor raro, constituindo 8% de todas as lesões malignas do ouvido, nariz e garganta³. No entanto, por causa de sua localização, geralmente é diagnosticado após sua palpação no pescoço ou provocar destruição óssea, quando já se encontra bastante aumentado de volume. A nasofaringe está intimamente relacionada com os forames da base de crânio, com o seio esfenoidal, a fossa nasal e a trompa de Eustaquio. Numa análise dos trabalhos de McCallum⁶, Matz e Conner⁵ e Perez et al.⁸ sobre a frequência dos sintomas de carcinoma da nasofaringe, verificamos que o primeiro achado seria a presença de massa no pescoço, seguido de surdez, otalgia, sintomas nasais (obstrução e epistaxe) e, finalmente, sintomas unilaterais de nervos cranianos (V e VI). Quando o tumor se estende para a órbita, existe comprometimento do II nervo craniano. Os nervos cranianos VII e XII, que se situam mais posteriormente, podem ser envolvidos nos estágios mais avançados de extensão intracraniana. A invasão intracraniana é feita através do foramen lacerum. O tumor pode se estender da nasofaringe até o crânio, numa distância de um centímetro, sem provocar erosão do assoalho da fossa média demonstrado radiologicamente.

No caso aqui apresentado, tivemos como achado singular o fato de ter a paralisia do abducente ocorrido de forma bilateral e como achado sintomatológico inicial. Em nossa opinião, a causa desta evolução incomum deveu-se a invasão simultânea ou quase que simultânea da fossa média em suas divisões direita e esquerda. A possibilidade de compressão unilateral do VI nervo e paralisia contralateral por hipertensão intracraniana nos parece improvável, pois nosso paciente apresentava pressão do LCR normal e ausência de edema de papila na fase inicial. Outro aspecto importante a ser analisado é o de que a primeira rinoscopia foi dada como normal, fato para o qual Pang⁷ já tinha chamado atenção. Preconizava ele a necessidade de repetidas biópsias uma vez suspeita a patologia, além de considerar o não constatar a patologia pela palpação, um dado insuficiente para afastar o diagnóstico. Esta discussão sobre a biópsia de nasofaringe é relevante em virtude da necessidade de se fazer o diagnóstico diferencial com o cordoma de clivus, já que não raramente este tumor invade a região da nasofaringe e o aspecto radiológico pode ser o mesmo em ambas as patologias.

REFERÊNCIAS

1. Bomb BS, Bedi HK, Vyas BR, Deyapura JC — Isolated bilateral abducens nerve paralysis in nasopharyngeal carcinoma. *J Ass Phys Ind* 24:719, 1976.
2. Chakrabart AK — Nasopharyngeal carcinoma with multiple cranial nerve palsies. *Practitioner* 212:103, 1974.
3. Choa G — Nasopharyngeal carcinoma. *J Laringol Otol* 88:145, 1974.
4. Henderson LE, Lovie E, Jing JS, Buel P, Garoner MB — Risk factors associated with nasopharyngeal carcinoma. *N Engl J Med* 295:1101, 1974.
5. Matz CJ, Conner GH — Nasopharyngeal carcinoma: signs and symptoms. *Laryngoscope* 78:1763, 1968.
6. McCallum D — Carcinoma of the nasopharynx. *J Laringol Otol* 88:843, 1974.
7. Pang LQ — Nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol* 88:622, 1965.
8. Perez CA, Ackerman LY, Mill WB, Ogura JH, Powers WE — Classification of nasopharyngeal cancer. *Cancer* 24:1, 1969.
9. Silver AJ — Computed tomography of the nasopharynx and related spaces. *Radiology* 147:733, 1983.