

SINDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DA DOENÇA DE HODGKIN

REGISTRO DE UM CASO

MARCOS R. G. DE FREITAS *

DANIEL CINCINATUS **

OSVALDO J. M. NASCIMENTO **

HERBERT PRAXEDES ***

MYRIAN D. HAHN ****

A compressão radiculo-medular constitui a complicação neurológica mais frequentemente encontrada nos linfomas (Currie e Henson⁴, Sparling e col.⁹). De acordo com Bhagwati e McKissok¹ a doença de Hodgkin é responsável por 1,9% dos tumores medulares. A medula geralmente é comprimida em um ou dois segmentos, sendo a região torácica a mais acometida. Em raras oportunidades a participação do sistema nervoso constitui a nota inicial do processo linfomatoso. A observação de paciente na qual se desenvolveu paraplegia sensitivo-motora de evolução crônica com distúrbios esfínterianos, devido a compressão medular por granuloma hodgkiniano, precedendo de alguns meses o aparecimento de sinais e sintomas sistêmicos desta reticulose levou-nos a fazer o presente relato.

OBSERVAÇÃO

J.C.G.M. (Registro 166120, HUAP) 21 anos de idade, sexo masculino, branco, estudante, examinado em junho de 1978. Há 4 meses principiou a queixar-se de dormência nos membros inferiores, seguida de progressiva fraqueza dos mesmos, com dificuldade para andar. Dois meses após instalou-se retenção de urina. *Exame neurológico* — Marcha paraparética. Diminuição de força nos membros inferiores. Abolição dos reflexos cutâneos-abdominais inferiores. Presença bilateral do sinal de Babinski. Reflexos patelares e aquileus exaltados com presença de clonus dos pés. Hipoestesia superficial e profunda de T10 para baixo. Retenção urinária. *Exame físico* sem alterações. *Exames complementares* — Hemograma normal. Glicose, uréia e creatinina, normais. Reações para sífilis negativas. Radiografias de coluna torácica normais. Raquicentese com prova de Queckenstedt-Stookey; líquido cefalorraqueano claro com zero células/mm³; proteínas 87mg%, glicose 43mg%; cloretos 128mEq/l. *Mielografia* — Ao nível de T9 observa-se parada completa do contraste, sugerindo processo expansivo extrajural (Fig. 1).

Trabalho da disciplina de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense: * Professor assistente; ** Auxiliares de ensino; *** Professor adjunto de Hematologia; **** Professor assistente de Anatomia Patológica.

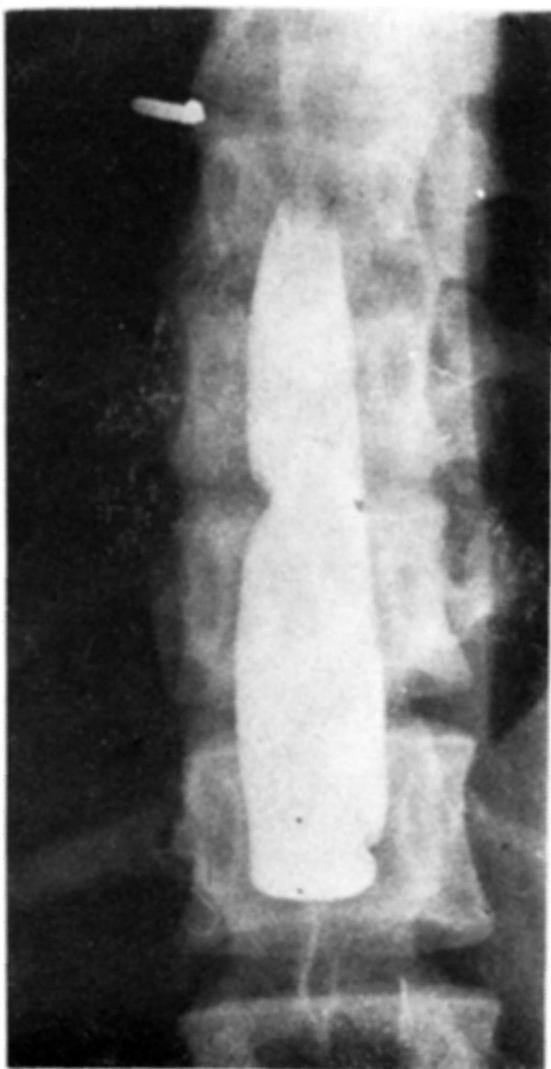


Fig. 1 — Caso J.C.G.M. Mielografia evidenciando parada completa do contraste em T9.

Intervenção — O paciente foi submetido à laminectomia, com retirada de tumor envolvendo, em anel, o saco dural e invadindo os buracos de conjugação de T8 e T9. Microscopia do tumor: neoplasia de origem mesenquimal, constituída por células com núcleos volumosos, vesiculosos, nucléolos e citoplasma escasso, característicos da célula de Reed-Sternberg. De permeio foram encontrados numerosos eosinófilos e escassos linfócitos (Fig. 2).

Evolução — Após a cirurgia houve regressão parcial da paresia dos membros inferiores. Retirou-se o paciente, por sua vontade, 7 dias após o ato cirúrgico. Dois meses após, retornou com queixas de astenia, anorexia e aparecimento de gânglios no pescoço. O exame físico revelou a presença de gânglios cervicais e axilares, duros, móveis e indolores; fígado palpável a 6cm do rebordo costal direito e baço a 2cm do rebordo costal esquerdo. Feita biópsia de gânglio, que foi compatível com linfoma de Hodgkin do tipo celularidade mista.

COMENTARIOS

Vários são os mecanismos para justificar a compressão das raízes nervosas e da medula nos linfomas malignos: 1) o mais frequente é a presença de tecido linfomatoso no espaço epidural, sem lesão de corpo vertebral, sendo

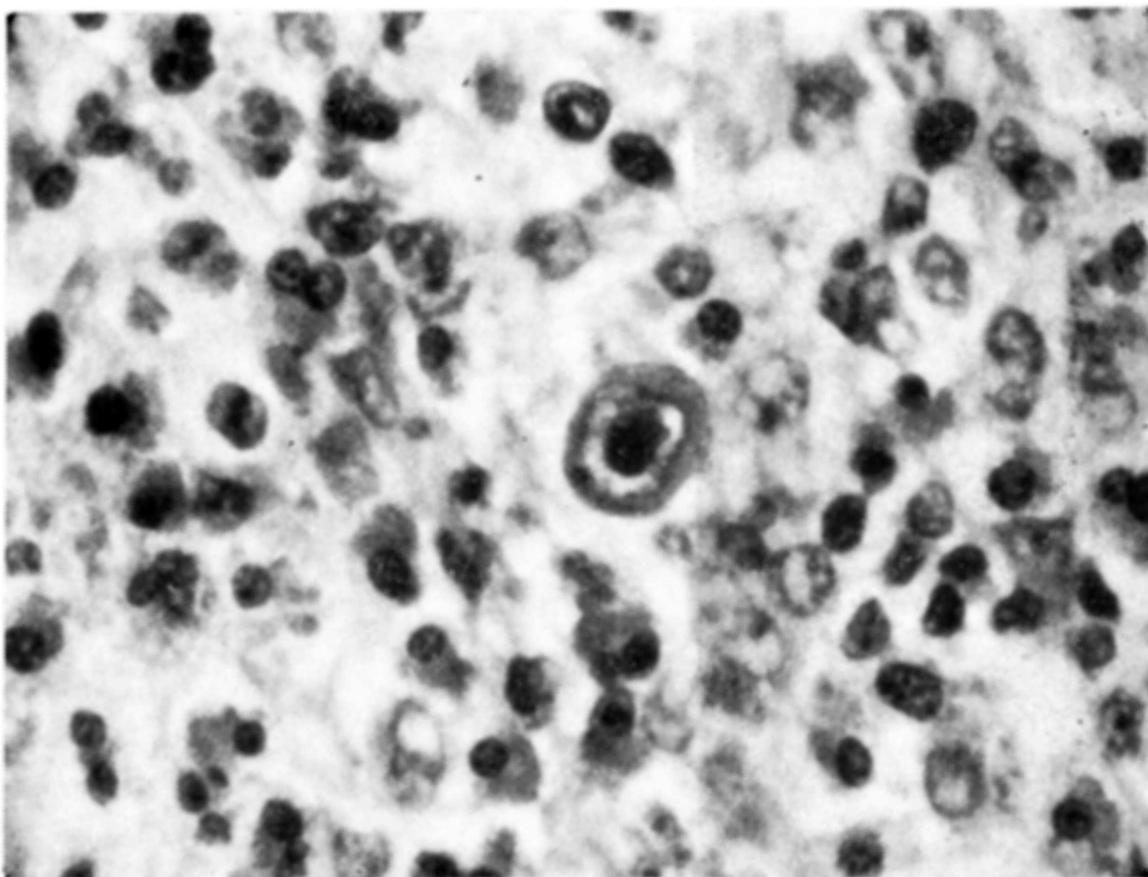


Fig. 2 — Caso J.C.G.M. Presença de célula de Reed-Sternberg caracterizada por núcleo volumoso com nucléolo acidófilo proeminente, halo perinucleolar e citoplasma escasso. Observa-se ainda grande número de eosinófilos e linfócitos (H.E. 40x).

este infiltrado oriundo da extensão de linfonodos cervicais, mediastinais ou retroperitoneais, através dos buracos intervertebrais; 2) acometimento de corpo vertebral pela reticulose com compressão mecânica da medula por colapso de vértebra; 3) compressão vascular medular por tumores originários de gânglios linfáticos adjacentes. Whisnant e col.¹⁰ e Cambier e col.³ julgam que grande número de “mielites” que ocorrem em linfomas malignos teriam este mecanismo; 4) formação primitiva de tecido linfomatoso no espaço epidural. Love e col.⁷ e Bucy e Jerva², referem-se a 39 e 8 casos, respectivamente, de linfomas primários do espaço extra-dural.

O quadro clínico é de uma compressão radiculo-medular de evolver subagudo ou crônico, iniciando-se com dor do tipo radicular, seguida de alterações motoras e sensitivas abaixo da lesão, com hipertonia, exaltação dos reflexos profundos, presença bilateral do sinal de Babinski e distúrbios esfinterianos. Nos casos de compressão aguda, a paraplegia é geralmente do tipo flácido com abolição dos reflexos.

A radioterapia e a quimioterapia, associados ou não à cirurgia são os meios terapêuticos preconizados⁵. Silva⁸ julga que nas compressões medulares a laminectomia só deve preceder a radioterapia, quando houver fratura vertebral com afundamento ósseo, promovendo compressão mecânica da medula. Nos outros tipos de compressão a simples radioterapia melhoraria o quadro neuro-

lógico. No entanto Sparling e col.⁹ julgam que qualquer que seja o mecanismo do comprometimento medular, deve o paciente ser submetido à laminectomia e cirurgia.

No caso por nós estudado, a síndrome compressiva medular devido a granuloma de Hodgkin precedeu de 5 meses o aparecimento de sinais e sintomas sistêmicos desta moléstia. Dos 28 pacientes com compressão da medula por linfomas malignos estudados por Hutchinson e col.⁶ em 4 o cortejo sintomático iniciou-se pelo acometimento da medula espinhal. O comprometimento extradural do nosso caso, parece ter sido provocado por infiltração linfomatosa, proveniente de linfonodos da vizinhança, uma vez que houve invasão tumoral dos buracos intervertebrais. A realização de laminectomia, sem radioterapia, justificou-se pelo desconhecimento da reticulose, uma vez que inexistiam sinais e sintomas clínicos e laboratoriais desta afecção granulomatosa.

RESUMO

É relatado o caso de paciente com doença de Hodgkin cuja primeira manifestação clínica traduziu-se com síndrome de compressão medular. Os autores fazem comentários sobre os mecanismos invocados para justificar a compressão radiculo-medular nesta granulomatose.

SUMMARY

Spinal cord compression as early manifestation of Hodgkin's disease: a case report.

A case of Hodgkin's disease in which the first clinical manifestation was a radiculo-spinal compression is reported. The authors comment about the possible mechanisms to explain this radiculo-spinal compression in this granulomatosis.

REFERENCIAS

1. BHAGWATI, S. N. & McKISSOK, W. — Spinal cord compression in Hodgkin's disease: a review of 10 cases. *British J. Surg.* 46:672, 1961.
2. BUCY, P. C. & JERVA, M. J. — Primary epidural lymphosarcoma. *J. Neurosurg.* 19:142, 1962.
3. CAMBIER, J.; LECHEVALIER, B. & LHVILLIER, M. — Les complications neurologiques des hémopathies malignes. *Rev. Prat. (Paris)* 19:763, 1969.
4. CURRIE, S. & HENSON, R. A. — Neurological syndromes in the reticuloses. *Brain* 94:307, 1971.
5. FREITAS, M. R. G. — Contribuição para o estudo das manifestações neurológicas das leucemias e dos linfomas. Tese de mestrado UFRJ, 1979.

6. HUTCHINSON, E. C.; LEONARD, B. J.; MAUDSLEY, C. & YATES, P. O. — Neurological complications of the reticuloses. *Brain* 81:75, 1958.
7. LOVE, J. G.; MILLER, R. H. & KERNOHAN, J. W. — Lymphomas of spinal epidural space. *Arch. Surg.* 69:66, 1954.
8. SILVA, M. S. — Manifestações neurológicas dos linfomas. *J. Bras. Med.* 9:256, 1965.
9. SPARLING, A. J.; ADAMS, R. D. & PARKER, F. — Involvement of the nervous system by malignant lymphoma. *Medicine (Baltimore)* 26:285, 1947.
10. WHISNANT, J. P.; SIEKERT, R. G. & SAYRE, G. P. — Neurologic manifestations of the lymphomas. *Med. Clin. North Am.* 40:1151, 1956.

Hospital Universitário Antonio Pedro — Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense — Rua Marquês do Paraná s/n — 24000 Niterói, RJ — Brasil.