

## SÍNDROME DE CAUDA EQUINA PRODUZIDA POR MELANOMA

J. LAMARTINE DE ASSIS \*  
CARLOS DE LUCCIA \*

Fomos levados à apresentação deste caso pela oportunidade de poder fazer algumas considerações a respeito dos tumores melânicos do sistema nervoso que são bastante raros.

**OBSERVAÇÃO** — M. M. (R. 136.215), com 26 anos de idade, solteiro, comerciário, branco, brasileiro, residente em São Paulo, foi internado na Enfermaria da 3.ª Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. A. de Almeida Prado) em 21-2-1949. Em janeiro de 1948, o paciente começou a sentir, na face externa da perna direita, dor contínua e sem irradiação, melhorando pelo repouso, agravando-se pelos movimentos. Quinze dias depois, apareceu intensa dor na região posterior da côxa, de freqüência e intensidade variáveis. Assim continuou até março de 1948, tratando-se por ciática. Depois começou a sentir dor na região lombossacral e, no mês seguinte, dor na face posterior da côxa direita, irradiando-se da nádega para o calcanhar. Três meses depois o paciente notou amortecimento na região perianal, na face posterior da côxa e no calcanhar, à direita, sentindo, também, grande fraqueza no pé direito e joelho esquerdo, o que lhe dificultava a marcha e a movimentação. Fizeram-lhe radiografias da coluna vertebral, tendo sido feito o diagnóstico de radiculite. Alguns dias depois o paciente teve retenção aguda de urina. As dôres se agravaram e se estenderam pelo território do nervo ciático esquerdo. A sensação de adormecimento aumentou em intensidade e extensão, tomando ambos os membros inferiores, as regiões glúteas e o pênis. Houve rápida diminuição da potência sexual. *Antecedentes pessoais e familiares* sem maior interesse para o caso.

*Exame clínico-neurológico* — Trata-se de indivíduo em precário estado geral, pálido, em decúbito horizontal no leito, com sonda de demora na bexiga. Coopera bem no exame, apresentando, porém, dificuldade na movimentação dos membros inferiores, os quais se apresentam hipotróficos ao nível das pernas. Constituição músculo-esquelética regular. Pele e fâneros normais. Nada há a assinalar de anormal no exame clínico dos diferentes aparelhos. Movimentação ativa relativamente conservada nos segmentos distais dos membros inferiores, estando prejudicados, entretanto, os movimentos dos extensores dos pés e dedos, particularmente à direita. A extensão das pernas sobre as côxas está muito comprometida. A flexão faz-se satisfatoriamente, nos membros inferiores. Força muscular diminuída nos extensores dos pés, principalmente à direita, e relativamente conservada nos flexores. Diminuição da força muscular nos extensores e flexores das pernas. Na côxa a força muscular está normal. Não há reflexos patológicos. Reflexos patelares vivos e aquileus abolidos. Anestesia em sela; hipostesia superficial nos pés e nas pernas (figura 1).

*Exames complementares* — *Hemograma*: Anemia hipocrônica, neutrofilia com desvio à esquerda e eosinofilia. *Exame do líquido cefalorraquidiano* (16-3-949): Punção lombar em decúbito lateral; foram praticadas as provas manométricas de Stookey, as quais mostravam pequena ascensão à compressão profunda jugular, com

---

\* Assistentes do Serviço de Neurologia (Prof. Adherbal Tolosa), na Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

descida lenta da pressão; líquor límpido e xantocrômico; 0,3 células por  $\text{mm}^3$ ; 0,60 g de proteínas totais por litro; 7,10 g de cloretos por litro; 0,74 g de glicose por litro; r. Pandý e Nonne fortemente positivas; r. benjoim 00000.12101.22210.0; r. Takata-Ara fortemente positiva (tipo vermelho). *Exame do líquido cefalorraquidiano* (16-3-949): Punção suboccipital em decúbito lateral; pressão inicial, 6; líquor límpido e incolor; 1,3 células por  $\text{mm}^3$ ; 0,20 g de proteínas totais por litro; 7,20 g de cloretos por litro; 0,92 g de glicose por litro; r. Pandý e Nonne levemente

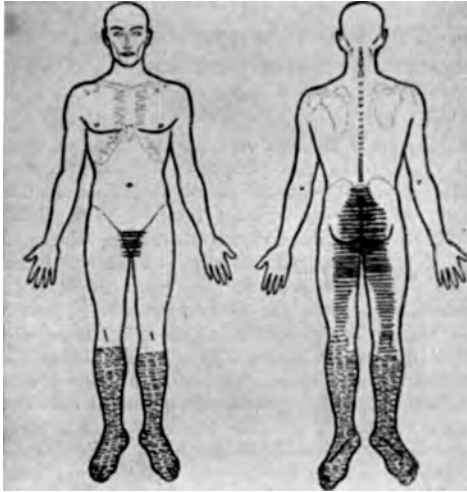


Fig. 1 — Caso M. M. Gráfico dos distúrbios sensitivos. Anestesia na região perineal; hipostesia superficial nos pés e pernas.

positivas; r. benjoim 00000.01221.00000.0; r. de Takata-Ara negativa. *Perimielografia* (19-4-1949): Lipiodol injetado por via suboccipital: bloqueio completo entre  $L_3$  e  $L_4$ . *Exame elétrico dos membros inferiores* (4-6-949): Reação abolida no ponto motor do músculo grande glúteo de ambos os lados e no do médio glúteo direito; reação de degeneração parcial nos pontos motores dos músculos gastrocnêmios e dos músculos extensores do pé e grande dedo de ambos os lados.

Com o diagnóstico de síndrome de cauda equina por provável tumor, foi o paciente operado em 13-4-949, na 3.<sup>a</sup> Clínica Cirúrgica (Serviço do Prof. B. Montenegro). Laminectomia abrangendo  $L_2$ ,  $L_3$  e  $L_4$ . Até à dura-mater nada se notou de anormal, mas, aberta esta, as raízes se apresentavam envolvidas por um retículo escuro; no limite superior da incisão dural, havia tênue membrana pontilhada de preto e amarelo; no limite inferior, o espaço subaracnóideo estava bloqueado por um tumor esponjoso e escuro, que apresentava aderências com as raízes nervosas. O tumor perdia-se em profundidade e sua extirpação foi parcial. Foram desfeitas as aderências na medida do possível e tentou-se a decompressão, deixando-se aberta a porção inferior da dura-mater. O exame histopatológico do material retirado mostrou tratar-se de melanoma (fig. 2).

O pós-operatório imediato foi trabalhoso, em virtude do estado geral precário e de infecção urinária rebelde aos antibióticos. Entretanto, a dor desapareceu e regrediram as perturbações esfíntéricas. No pós-operatório imediato o doente foi submetido à radioterapia profunda. Na data da alta haviam melhorado as condições gerais, persistindo praticamente inalterados os distúrbios sensitivo-motores. Dois meses depois da alta hospitalar o doente conseguia andar e continuava a apresentar melhoras progressivas. Oito meses depois da intervenção, verificou-se decadência rápida do estado geral, instalando-se paraplegia flácida com anestesia dos membros inferiores e abdome. A morte ocorreu pouco depois em caquexia.

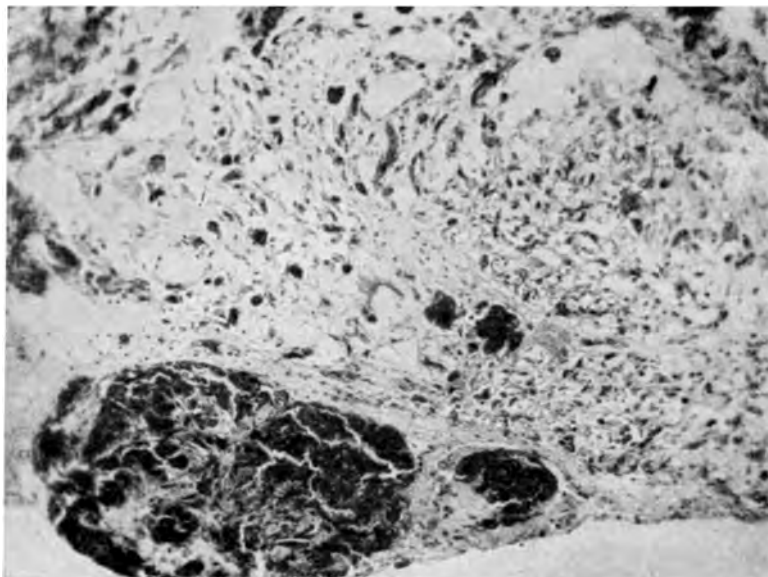


Fig. 2 — Caso M. M. (H. E. x 240): proliferação de células de formas variáveis, predominando as fusiformes; grande quantidade de pigmento melânico intra e extra-celular.

#### COMENTARIOS

Os tumores melânicos do sistema nervoso são raros, sendo-o, ainda mais, os do canal raquidiano. Rasmussen, Kernohan e Adson, numa série de 557 tumores medulares registrados na Mayo Clinic até 1940, só encontraram três melanomas medulares possivelmente metastáticos. Nas estatísticas de Elsberg, cuja experiência em patologia medular é incontestável, não vimos registro de melanoma medular.

São poucas as publicações que se referem a êsses tipos de tumores, com a localização e as características do caso que apresentamos. Castaner, Oliveras de la Riva e Barraquer-Bordas publicaram, êste ano, a observação de um caso, com localização, sintomatologia e patologia bastante semelhantes ao que acabamos de relatar; em ambos não havia, clinicamente, anormalidade alguma em outro setor do organismo que não o sistema nervoso. Tanto no caso dos autores citados como no nosso, infelizmente não foi possível obter a autópsia; contudo, a ausência de outros antecedentes, a limitação do processo à cauda de cavalo e a particular localização dêsse tipo de tumor, nos levaram à suposição de que se tratasse de um melanoma primitivo da cauda equina.

A doença evoluiu mais ou menos em dois anos, no início com dores nos membros inferiores sob a forma de cialgia, a princípio uni e, a se-

guir, bilateral, com alterações sensitivo-motoras e perturbações esfintéricas e genitais concomitantes. O diagnóstico sindrômico foi feito com facilidade, mas não se suspeitou da natureza do tumor. A êsse respeito é interessante notar que Farnell e Globus se referem à xantocromia do líquido como sendo provavelmente devida a pigmento, e sugerem que uma pesquisa minuciosa talvez possa revelar, nesses casos, células melanóforas. Também Bjorkensten diz que se deve procurar as células tumorais no líquido. Em nosso doente, cujo líquido era xantocrômico, não se cogitou dêsse dado para o diagnóstico etiológico.

Lubarsch exclui o caráter de primitividade de melanoma do sistema nervoso quando há nevos ou molas, que não existiam em nosso paciente; outros autores, como Farnell e Globus, julgam êsse critério muito rígido, podendo haver um melanoma primário do sistema nervoso mesmo quando existam células pigmentares quiescentes no corpo e sob a forma de nevos ou molas. Ribbert, por sua vez, chega a negar a existência do melanoma primitivo do sistema nervoso. Já é muito duvidoso o caso de Dobbertin, em que havia história de remoção de um tumor ocular dez anos antes, sabendo-se da predileção dos melanomas por essa localização e das possíveis metástases para o lado do sistema nervoso.

Em nosso doente, o tumor era infiltrante, ao contrário daquele encontrado por Castaner, Riva e Barraquer-Bordas, que se apresentou limitado, encapsulado e que foi extirpado totalmente. A malignidade da neoformação, que já se mostrava ao aspecto operatório, foi confirmada pela evolução; depois de breve melhora sintomática, o caso se agravou e terminou pela caquexia e morte, aproximadamente onze meses depois da operação.

Virchow descreveu um caso de melanoma do sistema nervoso e considerava como origem do tumor as células melânicas que existem normalmente nas leptomeninges das regiões lombar, cervical e na base do cérebro. Justamente aí apareceriam os melanomas do sistema nervoso. A proveniência dessas células é incerta, tanto podendo ser neurepithelial como mesenquimal, mas certamente podem constituir o ponto de partida do tumor.

Nos casos de melanomas primários das meninges, autopsiados, não foram encontradas metástases viscerais. Neste particular êles diferem dos localizados na pele ou nos olhos, nos quais a metástase é a regra, fato que se explicaria pelas diferenças histogenéticas. Willis afirma que a presença de metástases viscerais em caso de melanoma do sistema nervoso, deve fazer suspeitar a existência de um tumor fora do neuro-eixo e que passou despercebido.

Apesar de, em nosso caso, não ter havido sinais de outro tumor que não o descrito, não podemos ser categóricos, por falta de autópsia. O tipo, a localização do tumor, a oportunidade que tivemos de rever a literatura e a sobrevida pós-operatória de oito meses em condições satisfatórias, pareceram-nos motivos suficientes para a apresentação do caso.

## SUMÁRIO

Os autores apresentam um caso de melanoma da cauda equina. A evolução foi de, aproximadamente, dois anos, tendo havido, a princípio, dôres nos membros inferiores que, depois, adquiriram a forma de ciatalgia bilateral, associada a perturbações sensitivo-motoras e esfíntéricas. Tratava-se, portanto, de uma síndrome de cauda equina. O paciente foi operado, encontrando-se um tumor escuro, infiltrante da cauda, e que foi diagnosticado, ao exame histopatológico, como melanoma meníngeo. Ao tratamento cirúrgico seguiu-se o radioterápico. Depois de um período de melhora sintomática, o caso evoluiu para a caquexia, tendo-se verificado o falecimento do enfermo 11 meses depois da operação. Não foi feita autópsia, mas a ausência, nos antecedentes, de dados que pudessem sugerir uma possível metástase, o exame clínico e a localização do processo fazem pensar no caráter primário do tumor.

## SUMMARY

The authors present a case of melanoma of the cauda equina which evolved during two years, starting with pain in the lower extremities and becoming at length a cauda equina syndrome, with bilateral sciatic pain, motor and sensorial signs and bladder and rectal disturbances. The tumor was only partially removed, on account of its infiltrating character. The patient died eleven months later. He had X-ray therapy soon after the operation. Autopsy was not performed but considering the clinical data, the localization and the type of the tumor, authors believe it connected by a primary melanoma of the lumbar leptomeninges. A brief review of the literature is made.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Anderson, W. A. D. — Pathology. Mosby Co., St. Louis, 1948.
2. Bjorkesten, G. — Melanomas of the leptomeninges. *Acta Psychiat. et Neurol. (Copenhagen)*, **24**:307-315, 1949.
3. Castaner, E., Riva, C. O. e Barraquer-Bordas, L. — Primitive melanoma of the cauda equina. *Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol.*, **120**:227, 1950.
4. Elsberg, A. C. — Diseases of the spinal cord and its membranes. Saunders Co., 1916.
5. Farnell, F. J. e Globus, J. H. — Primary melanoblastosis of the leptomeninges and brain. *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, **25**:803, 1931.
6. Garcin, R., Petit Dutailis, D. e Bertrand, I. — Melanoblastome primitif de la queue de cheval. *R. Neurol.*, **73**:255, 1941.

7. Mackay, F. H. e Hurteau, E. F. — Primary(?) melanomas of the C.N.S. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **96**:369-377, 1942.
8. Ray, B. S. e Foote, N. C. — Primary melanotic tumors of the meninges. *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, **44**:104-177, 1940.
9. Rasmussen, T. B., Kernohan, J. W. e Adson, A. W. — Pathological classification, with surgical considerations, of intraspinal tumors. *Ann. Surg.*, **3**: 513, 1940.
10. Schnitker, M. T. e Ayer, D. — Primary melanomas of leptomeninges; clinico-pathological study with review of literature and report of an additional case. *J. Nerv. Ment. Dis.*, **87**:45-73, 1938.
11. Willis, R. A. — *Pathology of Tumors*. Butterworth and Co. Publish., Londres, 1948.

*Serviço de Neurologia — Hospital das Clínicas — São Paulo.*