

METASTASE CRANIANA DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA SIMULANDO MENINGIOMA PARASSAGITAL

J. FRANCISCO SALOMÃO* — YARA M. S. LIMA** — RENÉ D. LEIBINGER***
ANTONIO C. FRANCO RIBAS**

RESUMO — Metástases osteoblásticas de câncer de próstata podem mimetizar meningiomas tanto do ponto de vista de radiologia simples, como de TC e de arteriografia cerebral. Os autores apresentam o caso de um paciente em que metástase craniana de adenocarcinoma prostático simulava meningioma parietal parassagital e chamam a atenção para a importância da correta interpretação dos achados clínicos no diagnóstico desta patologia.

Cranial metastasis from prostatic adenocarcinoma simulating parasagittal meningioma.

SUMMARY — The authors report the case of a 69 year-old man in whom X-Ray, CT and angiography findings typical for a parietal parasagittal meningioma were caused by cranial metastasis from prostatic adenocarcinoma. The authors stress the importance of the correct interpretation of the clinical features in order to achieve a correct diagnosis.

Em 1953, Schaerer e Whitney²³ descreveram pela primeira vez metástase de carcinoma de próstata simulando meningioma. Na ocasião, os autores alertaram para o risco de se estabelecer erroneamente o diagnóstico de tumores tendo como base os chamados sinais patognomônicos e negligenciando aspectos discrepantes do quadro clínico.

A ocorrência de caso em que metástase craniana de adenocarcinoma de próstata simulava radiologicamente meningioma parassagital, constitui a base do presente relato.

OBSERVAÇÃO

A.R.P., 69 anos de idade, branco, português, foi examinado inicialmente em 15-12-82 com queixa de dores na região dorsal e dificuldade progressiva para deambular iniciadas 5 meses antes. Na ocasião, o exame revelava paresia do membro inferior esquerdo, reflexos tendinosos simétricos e resposta plantar indiferente bilateralmente. O estudo radiológico simples da coluna vertebral mostrou apagamento dos pedículos de C5 e T4 e o paciente foi encaminhado a exame urológico, descobrindo-se que a próstata estava aumentada de volume. Cintilografia óssea com TC⁹⁹ revelou múltiplas áreas de aumento da atividade osteogênica em vértebras, arcos costais, ilíaco e crânio; fosfatase ácida, 160 mU/ml, com fração prostática de 60 mU/ml; urografia excretora compatível a tumor de próstata. O paciente recusou a terapia proposta e não mais foi visto até 21-02-83, quando foi admitido na Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro. Informavam os familiares que, ao longo dos últimos 30 dias, ele vinha se queixando de constante cefaléia e se tornara progressivamente apático nos dias que antecederam a internação. Ao exame neurológico, encontrava-se sonolento, confuso e atendendo com dificuldade aos comandos verbais; havia borramento bilateral das papilas ópticas e as pupilas eram de igual diâmetro, reagentes à luz; o dimídio esquerdo encontrava-se parético com predomínio crural e não havia comprometimento facial;

Serviço de Neurocirurgia, Hospital dos Servidores do Estado, INAMPS, Rio de Janeiro;
* Chefe de Clínica e Neurocirurgia da Beneficência Portuguesa, Rio de Janeiro; ** Ex-Residente; *** Neurocirurgião.

a resposta plantar era em extensão à esquerda e os reflexos tendinosos estavam exaltados ipsilateralmente. O paciente sabia ser diabético há 4 anos, sendo controlado com dieta e hipoglicemiantes orais. Exames laboratoriais — glicemia, 134 mg%; fosfatase alcalina, 100 mU/ml; fosfatase ácida 160 mU/ml, com fração prostática de 90 mU/ml. Radiografia simples do crânio: extensa área de hiperdensidade óssea interessando à região parietal direita. Tomografia computadorizada cerebral (TC): lesão expansiva com altos valores de atenuação, captante de contraste, ao nível dos lobos parietal e occipital direitos; colapso do ventrículo lateral direito e discreto desvio da linha média para o lado esquerdo; espessamento ósseo adjacente à lesão (Fig. 1). Arteriografia carotídea direita: massa homo-

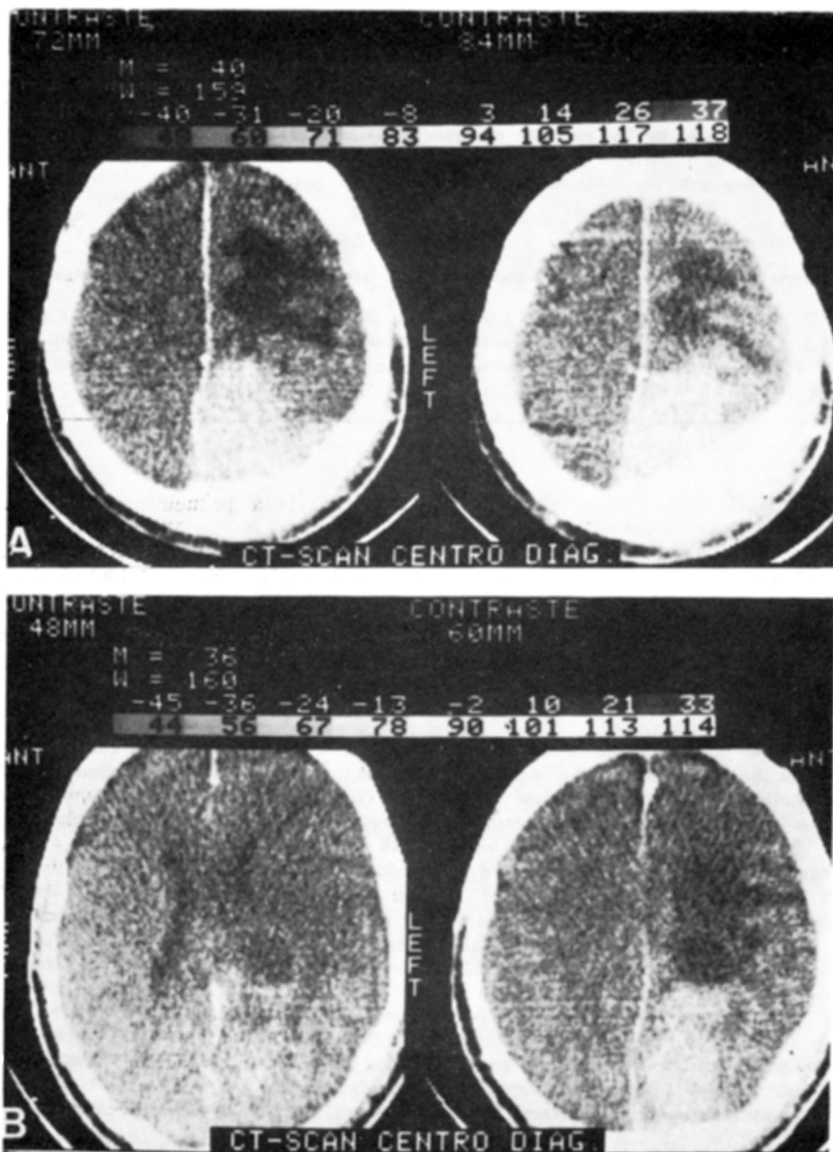


Fig. 1 — Caso A.R.P.: TC. Em A, massa com captação homogênea de contraste em localização parieto-occipital parassagital, aparentemente aderida à foice do cérebro; edema cerebral adjacente; note-se espessamento ósseo. Em B, deformação do ventrículo lateral direito.

gencamente captante de contraste, nutrida por ramos da carótida externa direita, com projeção na região parietal posterior. Cirurgia — Alguns dias após, o paciente foi submetido a exploração cirúrgica da lesão; o osso parietal encontrava-se amolecido e infiltrado por tumoração de consistência firme e coloração acastanhada; a massa ocupava a região parietal posterior, estendia-se ao occipital e em direção à linha média, deprimindo a dura máter e comprimindo secundariamente o cérebro; não havia infiltração das meninges. Anatomia patológica — Foram examinados vários fragmentos irregulares de tecido com áreas ora friáveis, ora de consistência firme, de coloração pardacenta, em meio a esquirolas ósseas; microscopia: estrutura óssea infiltrada por neoplasia de linhagem epitelial constituída de pequenos ácinos revestidos por células cúbicas de núcleos hiperconrados e atípicos; diagnóstico: adenocarcinoma metastático. Evolução — O pós-operatório transcorreu sem anormalidades. Duas semanas após a alta neurocirúrgica, sobreveio quadro de pneumopatia aguda complicada por cetoacidose diabética e septicemia. O óbito ocorreu 8 dias após o início do quadro infeccioso. Não se obteve permissão para a realização de necrópsia.

COMENTARIOS

O comprometimento do sistema nervoso no câncer de próstata é, em geral, consequência de compressão medular secundária a metástases vertebrais. Metástases disseminadas são características deste tipo de câncer e, em dois terços dos casos, acometem o esqueleto e linfáticos, sendo o terço restante distribuído por vísceras como o fígado e os pulmões¹. Metástases cranianas de câncer de próstata são consideradas infrequentes por Coppola e Salanga⁹ e, segundo Saitoh e col.²⁰, correspondem a 2% do total de metástases ósseas. Por sua vez, a ocorrência de metástases intracranianas é extremamente rara, sendo poucos os relatos encontrados na literatura^{5,7,8,10,11,19,21,24,25}. A incidência de metástases cerebrais é estimada entre 1,4 e 4,4% dos casos^{8,20,21,25} e, na maioria dos estudos compulsados, sua ocorrência é restrita a achados de necrópsia. Metástases intracranianas de carcinoma prostático podem eventualmente apresentar-se sob a forma de hemorragia intracerebral⁵, de hematoma subdural⁷, ou mesmo de implantes em tumores intracranianos primários⁶. Admite-se que a disseminação metastática dos carcinomas de próstata se faça tanto a partir da neoplasia primitiva quanto de focos secundários ósseos ou pulmonares, configurando, no último caso, o chamado efeito cascata^{5,8,24,25}. Acredita-se que, na ausência de metástases ósseas ou pulmonares, as células tumorais possam alcançar o segmento céfalico através do plexo venoso descrito por Batson^{4,9,20,21,24,25}.

Metástases de câncer de próstata podem, a exemplo de outros tumores^{2,3,13,14,18,22}, simular meningiomas, tanto clínica como radiologicamente^{11,12,15,16,17,22,23}. Revendo a literatura, Lippman e col.¹⁷ colecionaram 13 exemplos de metástases de carcinoma de próstata mimetizando meningiomas, aos quais adicionaram dois casos observados por eles. Embora alguns desses 15 casos sejam de metástases intracranianas^{11,25}, a maioria é relacionada a comprometimento craniano geralmente ao nível do esfenóide ou da órbita^{15,16,17,22,23}. Metástase para a abóbada craniana simulando meningioma, a exemplo do caso por nós apresentado, foi descrita por Lippman e col.¹⁷ e parece tratar-se de ocorrência mais rara. As semelhanças radiológicas observadas podem ser explicadas pelos padrões osteoblásticos das lesões ósseas do carcinoma de próstata, que muitas vezes se assemelham à hiperostose vista nos meningiomas^{16,17}. Da mesma forma, na TC, tanto os meningiomas como as metástases de adenocarcinoma de próstata reforçam-se de maneira homogênea após a introdução de contraste¹⁶. O fato de as metástases cranianas receberem seu suprimento sanguíneo de ramos da carótida externa, a exemplo dos meningiomas, pode tornar eventuais diferenças menos evidentes ainda.

No caso por nós relatado, as evidências clínicas de carcinoma de próstata, a demonstração cintilográfica de lesões ósseas disseminadas e a existência de tumor intracraniano com rápida evolução, levaram à suposição de processo de natureza metastática. No entanto, os achados neurorradiológicos sugestivos de meningioma justificavam a exploração cirúrgica da lesão devido à possibilidade de coexistência das duas patologias.

Finalizando, podemos concluir que: as características radiológicas classicamente atribuídas aos meningiomas podem ser observadas em lesões de outra natureza; a possibilidade de metástase de carcinoma de próstata deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos meningiomas, em se tratando de adultos idosos do sexo masculino.

REFERENCIAS

1. Arnheim FK — Carcinoma of the prostate: a study of the post-mortem findings in one hundred and seventy-six cases. *J Urol* 60:599, 1948.
2. Asbi CB, Bannister CM, Turnbull LW — Primary cranial vault lymphoma mimicking a meningioma. *Neurochirurgia (Stuttgart)* 26:130, 1983.
3. Atweh GF, Jabbour N — Intracranial solitary extraskeletal plasmacytoma resembling meningioma. *Arch Neurol* 39:57, 1982.
4. Batson OV — The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastasis. *Ann Surg* 112:138, 1940.
5. Baumann MA, Holoye PY, Hoi H — Adenocarcinoma of prostate presenting as brain metastasis. *Cancer* 54:1723, 1984.
6. Bernstein RA, Grumet KA, Wetzel N — Metastasis of prostatic carcinoma to intracranial meningioma. *J Neurosurg* 58:774, 1983.
7. Bucci MN, Farhat SM — Metastatic adenocarcinoma of the prostate as a cause of subdural hematoma. *J Urol* 135:803, 1986.
8. Catane K, Kaufman J, West C, Merrin C, Tsukuda Y, Murphy GP — Brain metastasis from prostatic carcinoma. *Cancer* 38:2583, 1976.
9. Coppola RJ, Salanga VD — Metastatic prostatic adenocarcinoma to the temporal bone. *Neurology* 30:311, 1980.
10. Delaney P — Subdural metastases from prostatic adenocarcinoma (Letter). *J Neurol Neurosurg Psychiat* 46:186, 1983.
11. Fink LH — Metastasis of prostatic adenocarcinoma simulating a falx meningioma. *Surg Neurol* 12:253, 1979.
12. Khan AU, Greene LF, Neault RW — Orbital metastasis from prostatic carcinoma. *Int Surg* 62:465, 1977.
13. Khosla VK, Banerjee AK, Chopra JS — Intracranial actinomycoma with osteomyelitis simulating meningioma: case report. *J Neurosurg* 60:204, 1984.
14. Killebrew K, Krigman M, Mahley MS Jr, Scatliff JH — Metastatic renal cell carcinoma mimicking a meningioma. *Neurosurgery* 13:430, 1983.
15. Kirkwood JR, Margolis MT, Newton TH — Prostatic metastasis of the base of the skull simulating meningioma en plaque. *Am J Roentgenol* 112:774, 1971.
16. Kwee IL, Nakada T, St John JN — Triple fossa metastasis of prostate cancer. *Neurosurgery* 13:584, 1983.
17. Lippman SM, Buzaid AC, Iacono RP, Steinbronn DV, Stanicic TH, Rennels MA, Yang PJ, Garewal HS, Ahmann FR — Cranial metastases from prostate cancer simulating meningioma: report of two cases and review of the literature. *Neurosurgery* 19:820, 1986.
18. Maleki M, Robitaille Y, Bertrand G — Atypical xanthoastrocytoma presenting as a meningioma. *Surg Neurol* 20:235, 1983.
19. Penley MW, Kim YC, Pribram HF — Subdural metastases from prostatic adenocarcinoma. *Surg Neurol* 16:131, 1981.
20. Saitoh H, Hida M, Shimbo T, Nakamura K, Yamagata J, Satoh T — Metastatic patterns of prostatic cancer: correlations between sites and number of organs involved. *Cancer* 54:3078, 1984.
21. Sarma DP, Godeau L — Brain metastasis from prostatic cancer. *J Surg Oncol* 23:173, 1983.
22. Schaerer JP, Whitney RL — Prostatic metastasis simulating intracranial meningioma: a case report. *J Neurosurg* 11:546, 1953.
23. Shapiro R, Janzen AH — Osteoblastic metastases to the floor of the skull simulating meningioma en plaque. *Am J Roentgenol* 81:964, 1959.
24. Smith VC, Kasdon DL, Hardy RC — Metastatic brain tumor from the prostate: two unusual cases. *Surg Neurol* 14:189, 1980.
25. Taylor HG, Lefkowitz M, Skoog SJ, Miles BJ, McLeod DG, Coggin JT — Intracranial metastases in prostate cancer. *Cancer* 53:2728, 1984.