

MENINGEOMA E GLIOBLASTOMA CONCOMITANTES

REGISTRO DE UM CASO

*APIO CLAUDIO MARTINS ANTUNES **
*MARIO FERREIRA COUTINHO ***
*LIGIA MARIA BARBOSA COUTINHO ****

Dentre os casos de tumores intracranianos múltiplos, predominam as metástases cerebrais e as neurofibromatoses¹⁴, associadas ou não a meningiomas ou gliomas múltiplos^{10,15,16,17}; quando um dos tumores é de origem glial, tem-se mais frequentemente a associação de glioma com meningioma^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,13,14,15,17,18}.

O presente relato se refere a um caso de glioma cerebral e meningioma associados que, clinicamente, manifestaram-se como lesão única, embora radiologicamente houvesse dupla lesão, simulando metástase cerebrais múltiplas.

OBSERVAÇÃO

B.S.G., sexo feminino, branca, 66 anos (Registro nº 6408)), internada em 28-05-1977. Dois meses antes da internação a paciente apresentou três crises convulsivas focais à esquerda, predominando na face e no braço. Desde então apresentou cefaléia e vômitos, com hemiparesia esquerda progressiva. Dez dias antes da internação fez tratamento com corticoesteróides e manitol em outro hospital, tendo havido regressão parcial da hemiparesia e melhora da cefaléia. *Exame neurológico* — Paciente consciente, lúcida e bem orientada; hemiparesia esquerda de predomínio braquio-facial; reflexos profundos simétricos; nenhuma alteração da sensibilidade; edema de papila bilateral com focos hemorrágicos.

Exames complementares — Radiografias do crânio mostraram hiperostose frontal interna com osteoporose das clinóides posteriores (Fig. 1A). O EEG mostrou área de sofrimento fronto-temporal direita. A angiografia carotídea direita mostrou duas imagens circunscritas com vasos neofórmados, sendo uma fronto-sagital e outra parietal, podendo decorrer de metástases cerebrais (Fig. 1B). A cintilografia cerebral com tecnécio 99 mostrou área hiperradiativa, com captação irregular, localizada na região fronto-parietal direita, compatível com dupla lesão.

Intervenção cirúrgica e evolução — A craniotomia mostrou a meninge aderente ao osso, especialmente na região frontal, onde havia nódulo de hiperostose que foi ressecado. Aberta a meninge, foi verificada a presença de extenso processo expansivo que infiltrava o tecido cerebral, na zona rolândica, permitindo apenas ressecção parcial do tumor.

No pós-operatório imediato, a paciente apresentou plegia do membro superior esquerdo e acentuada paresia do membro inferior esquerdo, que pouco regrediram.

Trabalho do Serviço de Neurologia e Neurocirurgia Professor Mario Coutinho:
* Neurocirurgião; ** Neurocirurgião chefe; *** Auxiliar de Ensino do Departamento de Patologia na Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre.

Ulteriormente foi encaminhada para tratamento radioterápico, vindo a falecer 30 dias após a craniotomia, sem que se tenha realizado a autópsia.

O exame anátomo-patológico confirmou a hipótese de glioblastoma heteromorfo, além de caracterizar a lesão da dura-máter como meningioma meningotelial (Fig. 2).

COMENTARIOS

A maneira pela qual os tumores múltiplos manifestam-se clinicamente é variada, já tendo sido descritos 3 grupos principais, não excludentes.

No primeiro deles, talvez o mais frequente, um tumor adicional, assintomático, é diagnosticado acidentalmente durante o ato cirúrgico ou à autópsia (Alexander¹, Strong e col.¹⁹, O Connell¹⁴). No segundo grupo são incluídos os casos de Feiring e Davidoff⁷, Sackett e col.¹⁸ e um dos casos de Strong e col.¹⁹, nos quais desenvolve-se edema cerebral no trans ou no pós-operatório, em grau acentuado, levando à re-exploração cirúrgica e ao diagnóstico de um segundo tumor. No terceiro grupo, no qual inclui-se o presente relato, há nítida discrepância entre o quadro clínico e os achados radiológicos, o que leva à suspeita diagnóstica de lesões múltiplas, primárias ou secundárias¹¹. Em nosso caso, a história clínica era compatível com lesão única; porém, radiologicamente, havia dupla lesão manifestada na radiografia de crânio pela hiperostose frontal interna correspondente a um meningioma e, na angiografia e cintilografia cerebral, por lesão com acentuada vascularização, com neoformação vascular, que sugeriam metástases cerebrais e/ou glioma cerebral.

No que tange à origem dos tumores intracranianos múltiplos, a maioria dos autores^{1,16,17,18} afirma que, por serem meningiomas e gliomas, tumores intracranianos relativamente frequentes, estatisticamente falando, há sempre a possibilidade de que ocorram ao mesmo tempo; este raciocínio também se aplica quanto à localização próxima ou afastada das lesões. Por outro lado, Arieti³ e Myersom¹² postulam que fatores vários, atuando sobre células germinativas

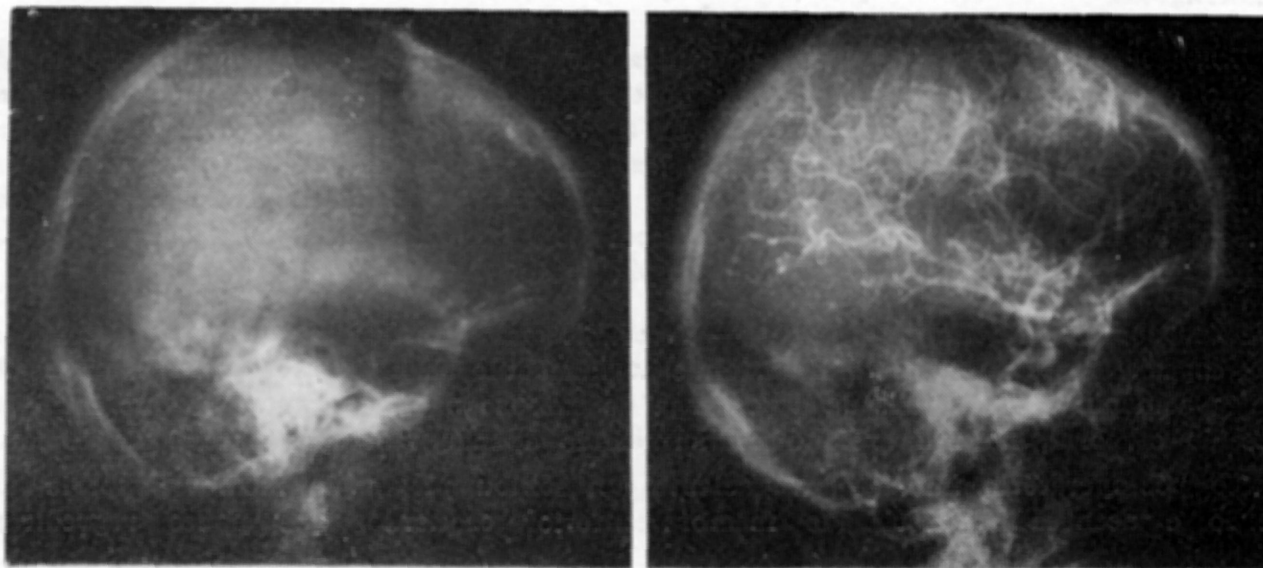


Fig. 1 — Caso BSG. À esquerda, craniograma mostrando área de hiperostose frontal interna; à direita, angiograma carotídeo direito mostrando duas imagens circunscritas com vasos de neo-formação.

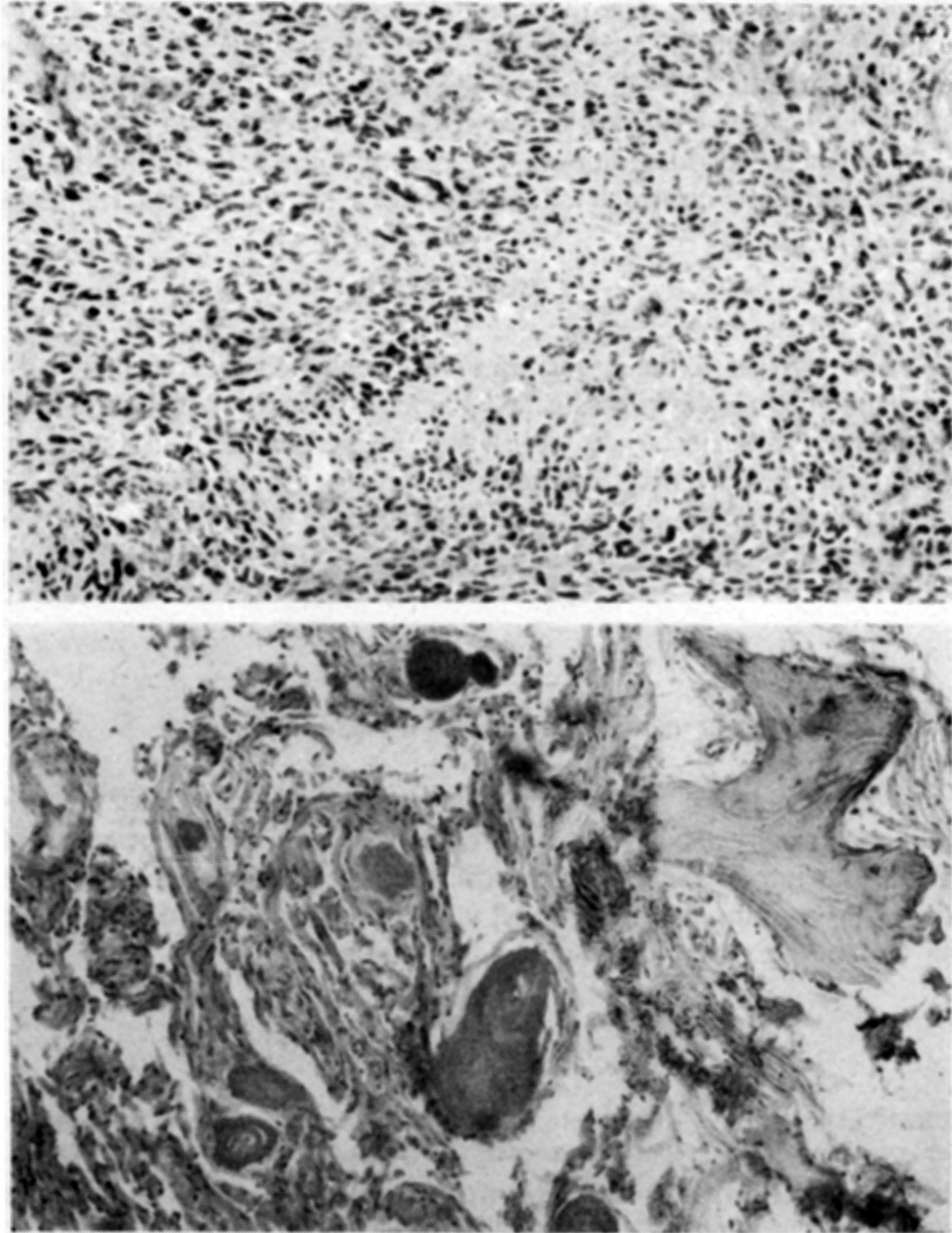


Fig. 2 — Caso BSG. Exame histopatológico: na parte superior, glioblastoma heteromorfo com área de necrose e formação de pseudo-paliçadas. Observa-se o heteromorfismo celular (HE — objetiva 10 x); na parte inferior, meningeoma intra-ósseo com presença de psamomas. Observa-se à direita fragmento de osso invadido pelo tumor (HE — objetiva 6,3 x)

pluri-potenciais do embrião ou sobre células germinativas remanescentes no adulto são capazes de desencadear o surgimento de tumores múltiplos.

A tomografia axial computadorizada poderá eliminar, na maioria das vezes, a dúvida diagnóstica quanto à presença de metástases múltiplas ou de tumores intracranianos primários². Na impossibilidade de sua realização, é importante a avaliação cuidadosa da história clínica, a investigação de possível tumor extracraniano metastatizante e a valorização detalhada dos exames neuro-radiológicos correntes. A indicação cirúrgica e o consequente prognóstico terapêutico, estarão na dependência da identificação pré-operatória da lesão múltipla, no que tange ao planejamento cirúrgico ou à realização de tratamento radioterápico.

RESUMO

É relatado um caso com associação de glioblastoma heteromorfo e de meningioma meningotelial, cuja manifestação inicial foi crise convulsiva focal. Por ser infrequente a associação de neoplasias intracranianas, discute-se a forma de expressão clínica, as teorias referentes à presença concomitante de tais associações tumorais e, ainda, o valor do diagnóstico pré-operatório no estabelecimento da conduta cirúrgica e do prognóstico em tais ocasiões.

SUMMARY

Coincidental glioma and meningioma: a case report.

A case of coincidental glioblastoma and meningioma in which the first manifestation were focal convulsive fits is reported. As the association of intracranial tumors is infrequent, their clinical ways of presentation and the theories on their origin are discussed, as well as the importance of the preoperative diagnosis for the surgical planning and prognosis.

REFERENCIAS

1. ALEXANDER, W. S. — Multiple primary intracranial tumors: meningioma associated with a glioma: report of a case. *J. Neuropath. Exp. Neurol.* 7:81, 1948.
2. AMBROSE, J.; GOODING, M. R. & RICHARDSON, A. E. — Sodium iothalamate as an aid to diagnosis of intracranial lesions by computerised transverse axial scanning. *Lancet* ii:669, 1975.
3. ARIETI, S. — Multiple meningioma and meningiomas associated with other brain tumors. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 3:25, 1944.
4. CHATTY, E. M. & EARLE, K. M. — Medulloblastoma: a report of 201 cases with emphasis on the relationship of histologic variants to survival. *Cancer* 28:977, 1971.
5. COURVILLE, C. B. — Multiple primary tumors of the brain: review of the literature and report of twenty-one cases. *Am. J. Cancer* 28:703, 1936.
6. CUSHING, H. & EISENHARDT, L. — Meningiomas: Their Classification, Regional Behavior, Life History and Surgical Results. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), 1938, pag., 506.

7. FEIRING, E. H. & DAVIDOFF, L. M. — Two tumors (meningioma and glioblastoma multiforme) in one patient. *J. Neurosurg.* 4:232, 1947.
8. FISHER R. G. — Intracranial meningioma followed by a malignant glioma. *J. Neurosurg.* 29:83, 1968.
9. GASS, H. & VAN VAGENEN, W. P. — Meningioma and oligodendroglioma adjacent in the brain: a case report. *J. Neurosurg.* 7:440, 1950.
10. HOSOI, K. — Meningiomas, with special reference to the multiple intracranial type. *Am. J. Path.* 6:245, 1930.
11. MARRA, A.; RAMPONI, G. & GRIMALDI, C. — Simultaneous occurrence of right supratentorial meningioma and glioblastoma multiforme: a case report. *Acta Neurochir (Wien)* 36:83, 1977.
12. MYERSON, P. G. — Multiple tumors of diverse origin. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 1:406, 1942.
13. NAGASHIMA, C.; NAKASHIO, K. & FUJINO, T. — Meningioma and astrocytoma adjacent to the brain. *J. Neurosurg.* 20:995, 1963.
14. O'CONNEL, J. E. A. — Intracranial meningiomata associated with other tumors involving the central nervous system. *Brit. J. Surg.* 48:373, 1961.
15. RODRIGUEZ, H. A. & BERTHRONG, M. — Multiple primary intracranial tumors in von Recklinghausen's neurofibromatosis. *Arch. Neurol. (Chicago)* 14:467, 1966.
16. RUBINSTEIN, L. J. — Tumors of the Central Nervous System. Armed Forces Institute of Pathology (Washington), 1972, pag. 56 e 172.
17. RUSSELL, D. S. & RUBINSTEIN, L. S. — The Pathology of Tumors of the Nervous System. Edward Arnold, London, 1971. pag. 55 e 155.
18. SACKETT, J. F.; STENWIG J. T. & SONGSIRIKUL, P. — Meningeal and glial tumors in combination. *Neuroradiology* 7:153, 1974.
19. STRONG, A. J.; SYMON, L.; MAC GREGOR, B. J. L. & O'NEILL, B. P. — Coincidental meningioma and glioma: report of two cases. *J. Neurosurg* 45:455, 1976.

Serviço de Neurologia e Neurocirurgia Professor Mario Coutinho — Avenida Independência 270 — 90000 Porto Alegre, RS — Brasil