

## REGISTRO DE CASOS

### COMPRESSÃO RADICULOMEDULAR POR LINF OSSARCOMA. OPERAÇÃO COM REGRESSÃO DOS SINTOMAS CLÍNICOS

J. LAMARTINE DE ASSIS \*  
ROLANDO A. TENUTO \*\*

A raridade dos linfossarcomas como causa de compressão radioculomedular, o fato de se tratar de uma neoplasia infiltrando os músculos estriados paravertebrais com invasão secundária do canal raquidiano, simulando, do ponto de vista clínico-cirúrgico, um tumor primitivo intraraquidiano e, de outro lado, a regressão dos sintomas e sinais clínicos após a intervenção cirúrgica, fizeram com que julgássemos de interesse o registro e a divulgação do presente caso.

H. N., brasileira, filha de japoneses, com 16 anos de idade, solteira, examinada no Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Adherbal Tolosa), em 15 de fevereiro de 1947, internada sob o número 65315. Anamnese difícil, pois a doente compreendia mal o português. Conseguimos apurar que a moléstia datava de 3 meses, tendo-se iniciado de modo insidioso, com dores dorsais e abdominais. Estas algias adotavam a distribuição em faixas, em quase todo o tronco. Referia a paciente que tais dores persistiram por mais de um mês, e depois transformaram-se em adormecimentos (sic); estes desceram para os membros inferiores, primeiramente do lado esquerdo. Nos antecedentes pessoais e familiares nada havia de interesse.

*Exame físico geral e especial:* Paciente normolínea, bem nutrida e com mucosas visíveis normalmente coradas. Normais os diferentes órgãos e aparelhos. Pressão arterial: 13 e 9 (Tycos). Pulso 78, com características normais. Temperatura 37,4° C. Não há sinais clínicos de tumor em qualquer órgão ou aparelho. *Sistema nervoso:* A paciente apresentava-se em decúbito preferentemente dorsal, com os membros inferiores absolutamente imóveis. Fácies normal e equilíbrio prejudicado. A doente não se sentava sozinha no leito e não conseguia ficar de pé, nem andar. Paralisia flácida dos membros inferiores, com acentuada hipotonia muscular e completa perda da força nêstes segmentos. Não havia clono, trepidações, nem automatismos ou sincinesias. Reflexos patelares diminuídos e os aquilianos abolidos. Mediopubiano com resposta de adução esboçada na côxa direita e ausentes as demais respostas. Reflexos cutâneo-abdominais superiores e médios presentes; abolidos os inferiores. Reflexo de Geigel ausente dos dois lados. Cutaneoplantar indiferente à direita; extensão do grande dedo esboçada à esquerda. Reflexos mucosos e pupilares normais. Não havia distúrbios tróficos. Pelo que informava a paciente e segundo o relatório da enfermeira, não havia distúrbios esfinterianos. Sensibilidade (Fig. 1): hipoestesia superficial de T<sub>8</sub> para baixo;

---

Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 6 de outubro 1947.

\* Assistente de Neurologia da Fac. Med. Univ. S. Paulo (Prof. A. Tolosa).

\*\* Assistente de Neurologia da Fac. Med. Univ. S. Paulo (Prof. A. Tolosa) e neurocirurgião da 3.ª Clin. Cirúrgica do Hospital de Clínicas (Prof. B. Montenegro).

larga faixa de hiperestesia térmico-dolorosa ao nível do t $\acute{e}$ rço superior do tórax, entre T $_1$  e T $_3$ ; parestesias nos membros inferiores e dôres torácicas; abolição da sensibilidade artrestésica no dedo grande dos pés e hipopalestesia até a altura das saliências ósseas dos joelhos.

*Exames complementares:* *Exame de líquido cefalorraquidiano:* punção lombar em decúbito lateral; pressão inicial 10 (Claude). As manobras de Stookey revelaram bloqueio parcial do canal raquidiano; líquido límpido e levemente xantocrômico; 15,6 células por mm $^3$  (linfomononucleose); 0,30 grs. de proteínas totais por litro; r. Pandy e Nonne positivas; r. benjoim 00000.12222.10000.0; r. Takata-Ara positiva (tipo vermelho); r. Wassermann e r. Steinfeld negativas; r. para cisticercose negativa; r. Meinicke negativa; r. Eagle negativa (Dr. J. M. Taques Bittencourt). *Exame radiológico:* Perimiografia descendente com injeção de 4 cc. de iodolipol por via suboccipital (Fig. 2): Parada do contraste em cúpula ao nível do espaço intervertebral T $_1$  e T $_2$ . Dois dias após a injeção do contraste notavam-se gotículas do contraste ao longo do espaço peridural, sem assumir características patológicas. Maior parte do contraste no fundo de saco dural (Dr. José Zaclis). *Exame radiológico dos campos pulmonares normal.*

Estes dados permitiram o diagnóstico de um *processo compressivo radiculomedular ao nível dos dois primeiros segmentos torácicos e produzindo bloqueio parcial do espaço subaracnóideo*. Foi feita a laminectomia (Rolando Tenuto), tendo sido extirpado um tumor mole, de aspecto morfológico atípico (fig. 3), extramedular, e englobando várias raízes, ao nível de T $_1$ , T $_2$  e T $_3$ , com invasão dos músculos paravertebrais à direita. Não havia destruição de qualquer raiz. *Exame histopatológico* — Peça: Tumor extradural e fragmentos musculares. Diagnóstico histopatológico: Linfossarcoma infiltrando o tecido muscular estriado (Dra. Maria L. Mercadante).

O pós-operatório foi muito bom. A motricidade ativa dos membros inferiores reapareceu e logo tornou-se satisfatória, permitindo, depois de algumas semanas, a marcha sem apóio. As alterações sensitivas regrediram totalmente. Três meses após o ato cirúrgico, a enferma caminhava perfeitamente bem e não acusava qualquer sintoma. Durante este tempo a doente submeteu-se a aplicações de radioterapia profunda, doses cancericidas, na zona da laminectomia. A síndrome neurológica havia regredido quase que completamente, restando apenas discreta diminuição da força e do tono muscular nos membros inferiores e abolição dos reflexos aquilianos.

*Comentários:* Esta observação clínico-cirúrgica mostra vários fatos de importância prática: o linfossarcoma acarretou, como primeira manifestação, uma síndrome compressiva radiculomedular, fato este muito raro; a neoplasia teve origem nos tecidos vizinhos, silenciosamente e, invadindo depois o canal raquidiano, produziu, de modo rápido, após uma fase álgica relativamente curta, um quadro paraplégico crural fiácido. Embora tratando-se de neoplasia maligna, a intervenção cirúrgica teve indicação e permitiu regressão da sintomatologia clínica. Dada a precocidade com que foi feita a extirpação da neoplasia, é possível uma sobrevida relativamente longa em condições satisfatórias.

Dos 30 casos de compressões medulares por neoplasias, em que um de nós (Rolando Tenuto) teve oportunidade de intervir cirúrgicamente, apenas na presente observação encontramos as características histológicas

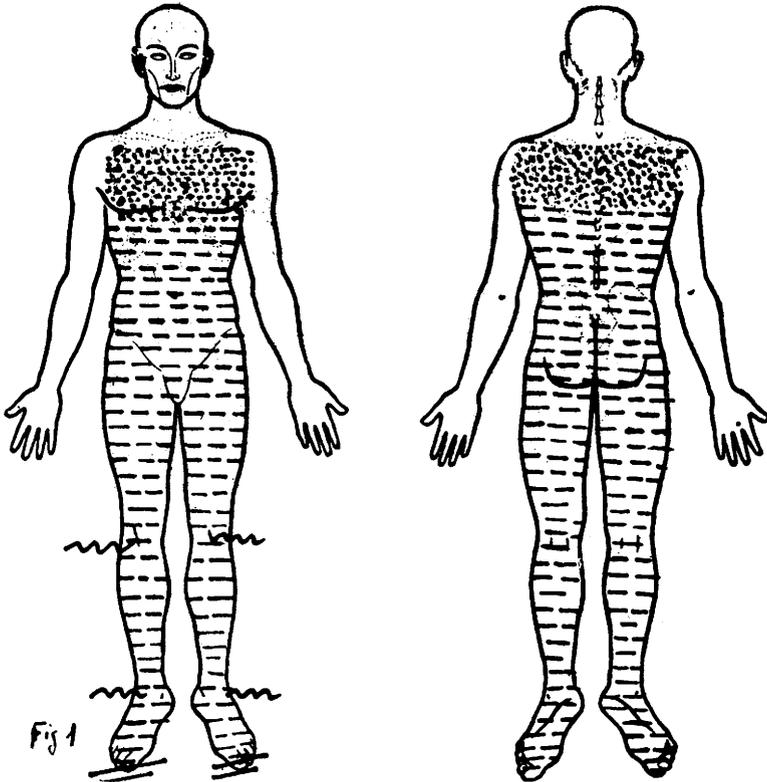


Fig. 1 — Caso H. N. Distúrbios da sensibilidade: faixa de hiperestesia entre  $T_1$  e  $T_6$ ; hipoestesia térmico-táctil-dolorosa de  $T_6$  para baixo; hipopalestesia nos membros inferiores até os joelhos; sensibilidade artrestésica abolida nos grandes dedos dos pés.

de linfossarcoma. Elsberg <sup>1</sup>, em 275 casos de tumores intra-raqueanos operados, encontrou linfossarcoma em apenas 7% dos casos. Nas estatísticas de outros autores, como Browder e Veer, estas neoplasias entram ainda em porcentagem menor. Na literatura brasileira não encontramos relatado um único caso de linfossarcoma intra-raquidiano.

#### RESUMO

Os AA. apresentam um caso de linfossarcoma intra-raquidiano propagado dos músculos paravertebrais dorsais, acarretando, como primeira

1. Elsberg, C. — Surgical diseases of the spinal cord membranes and nerve roots (Symptoms, diagnosis and treatment). Ed. 1, Paul B. Hoeber Inc. New York, 1941, pág. 208.

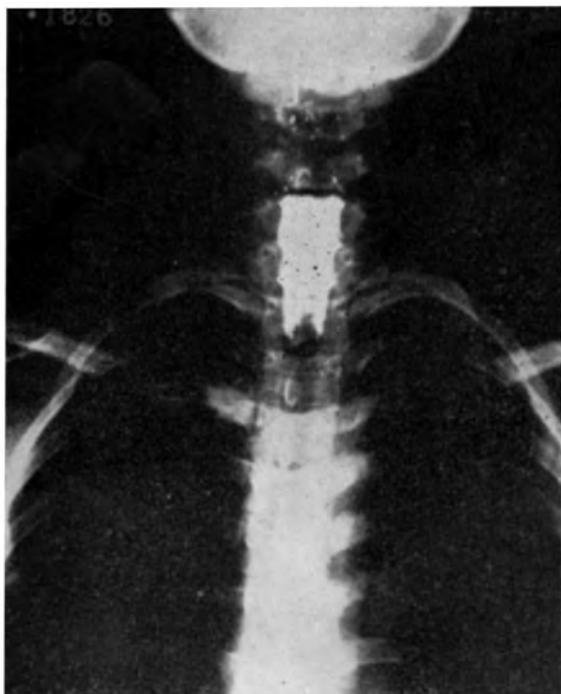


Fig. 2 — Caso H. N. Perimielografia descendente. Parada do lipiodol ao nível do espaço intervertebral T<sup>1</sup> e T<sup>2</sup>

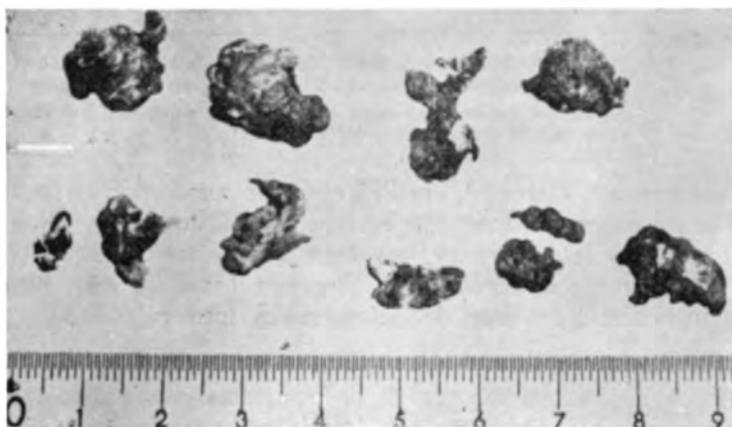


Fig. 3 — Caso H. N. Fragmentos do tumor extirpado

manifestação clínica, uma síndrome compressiva radiculomedular. Tratava-se de uma adolescente de 16 anos de idade, a qual não apresentava sinais ou sintomas clínicos de localização tumoral, em qualquer outra parte do organismo. Após uma fase álgica radicular de 2 meses, instalou-se paraplegia flácida crural com síndrome sensitiva cordonal de T<sub>6</sub> para baixo e larga faixa de hiperestesia entre T<sub>1</sub> e T<sub>6</sub>. Confirmada a localização clínica pela perimielografia descendente, foi a paciente laminectomizada, tendo sido extirpado um tumor mole, o qual englobava várias raízes sem destruí-las, e cujo exame histopatológico revelou tratar-se de linfossarcoma. Houve regressão quase total dos sintomas e sinais clínicos, poucas semanas depois do ato cirúrgico. As AA. salientam, entre os fatos de maior interesse prático, a possibilidade de um quadro compressivo radiculomedular como primeira manifestação dos linfossarcomas, a raridade da localização primitiva deste tumor no espaço subaracnóideo, e as possibilidades cirúrgicas do mesmo, com regressão dos sintomas clínicos e sobrevida relativamente longa, desde que extirpado precocemente.

#### SUMMARY

The authors report a case of intraspinal lymphosarcoma spread from dorsal paravertebral muscles and bringing as first clinical manifestation a compressive radicular syndrome. It was a 16 years old girl who had crural flaccid paraplegia which appeared after a two months period of radicular pain between T<sub>1</sub> — T<sub>6</sub> and cordonal sensitive syndrome below T<sub>6</sub>.

Poppy-seed oil perimielography was confirmative with the clinical localisation. The patient was operated upon (laminectomy) and a soft tumour around several nerve roots was withdrawn. The nerve roots were not involved by the tumour, the histopathological examination of which showed it to be a lymphosarcoma. There was an almost complete recovery of the clinical symptomatology, a few weeks after the surgical procedure. Among the facts of most practical interest, the authors emphasize: 1. the compressive myelo-radicular symptoms can be the first sign of lymphosarcomata; 2. the rare occurrence on the primitive localisation of this tumour in the subarachnoidal space; 3. the success of neurosurgery, with relief of the clinical symptoms and a relatively long survival, when the tumour is early removed.