

TUBERCULOMA INTRAMEDULAR SOLITARIO

RELATO DE UM CASO

ARISTIDES CHETO DE QUEIROZ *

ALFREDO RIZZO **

MARY SOUSA DE CARVALHO ***

Torna-se cada vez menos frequente a ocorrência de tuberculomas como lesões isoladas no sistema nervoso central (SNC) mesmo em áreas de grande prevalência da tuberculose⁵. Dentro desta baixa frequência, o cerebelo parece ser o local mais comprometido podendo mesmo constituir problema no diagnóstico clínico diferencial com as neoplasias cerebelares em crianças³. Mais raro ainda é o aparecimento desta lesão de maneira isolada na medula espinhal determinando quadro clínico de paraplegia. São poucos os trabalhos mostrando casos de tuberculomas intramedulares isolados^{1,2,14} pois a maioria mostra tuberculomas em outras localizações no SNC ou em associação com tuberculose sistêmica grave^{1,10,13,14}.

Este trabalho tem a finalidade de relatar um caso desta manifestação rara da tuberculose, com envolvimento medular isolado sob a forma de tuberculoma, atestando a necessidade da sua inclusão no diagnóstico diferencial das paraplegias de origem inflamatória.

OBSERVAÇÃO

L. R. P. 22 anos, sexo masculino, natural de Amargosa (BA), foi admitido no hospital em 08-07-75 queixando-se de dor lombar, retenção urinária, obstipação e incapacidade de deambular. Três meses antes havia sido internado em outro hospital onde se apresentou com as mesmas queixas, tendo sido tratado com corticosteróides e preparados vitamínicos com melhora significativa, apresentando retorno da capacidade de deambular. Permaneceu bem por cerca de 30 dias, quando então voltaram os sintomas e sinais presentes na internação atual. Referia ainda febre e perda de peso. Os dados mais significativos do exame físico restringiram-se ao sistema nervoso. Havia diminuição global das sensibilidades a partir de T9 com abolição total a partir de T11. Do ponto de vista motor, havia uma paraplegia crural flácida, com atrofia de desuso dos membros pélvicos. Ausência de sinais de irritação meníngea. *Exames complementares* — Hemograma: hematócrito 45%; hemoglobina 14,4%; 7800 leucócitos com diferencial normal. Parasitológico de fezes: ovos de *S. mansoni*. O exame do líquido cefalorraqueano mediante punção lombar mostrou prova do bloqueio positiva; o líquido

Trabalho realizado nos Serviços de Anatomia Patológica e Neurologia do Hospital Prof. Edgard Santos (Salvador, BA): *Professor Assistente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Universidade Federal da Bahia, bolsista do CNPq; ** Professor Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia; ***Residente de Neurologia do Hospital Prof. Edgard Santos.

era límpido, com 55 células/mm³ sendo 80% de linfócitos; 150 mg% de proteína e 50 mg% de glicose; reação de Pandy positiva; VDRL não reagente; pesquisa de criptococos negativa; Gram e Ziehl negativos. Outros exames: Reação de Mantoux não reator. Radiografias de tórax e de coluna torácica e lombo-sacra normais. A mielografia ascendente, realizada com contraste oleoso, mostrou bloqueio completo ao nível do espaço L1-L2, sugerindo tumoração intramedular (Fig. 1). Na mielografia descendente foi delineado o polo superior da tumoração ao nível da parte média do corpo de T12.

Intervenção cirúrgica e evolução — Laminectomia lombar mostrou intumescimento e nodularidade da medula numa extensão de 4cm. Fragmentos colhidos para estudo histopatológico permitiram o diagnóstico de mielite tuberculosa. Com este diagnóstico foi instituída terapêutica específica com rifampicina, etambutol e isoniazida associada a prednisona, além de fisioterapia e reeducação vesical. O seguimento no ambulatório até 20-13-76, tem mostrado regressão satisfatória dos sintomas e sinais, tendo o paciente voltado a deambular com alguma dificuldade, apresentando marcha escarvante e já tendo readquirido o controle vesical.

Dados histopatológicos — O material submetido a estudo microscópico estava representado por fragmentos de tecido nervoso que mostravam grandes áreas de necrose de caseificação circundadas por formações granulomatosas onde estavam presentes células histiocitárias, células gigantes ao lado de densa reação linfocitária (Fig. 2) não tendo sido encontrados elementos parasitários mesmo com a utilização de colorações especiais (PAS e Grocott). A coloração pelo método de Ziehl-Nielsen mostrou a presença de bacilos álcool-ácido resistentes no citoplasma de célula histiocitária e na área necrótica. Na periferia desta lesão o tecido nervoso mostrava densa reação glial com grande quantidade de astrócitos hipertrofiados.

COMENTARIOS

Paraplegias decorrentes da tuberculose podem aparecer por vários mecanismos: compressão medular no mal de Pott, aracnoidite, inflamação e oclusão



Fig. 1 — Caso L. R. P. Mielografia ascendente mostrando tumoração ao nível de L1-L2 bloqueando a passagem do contraste.

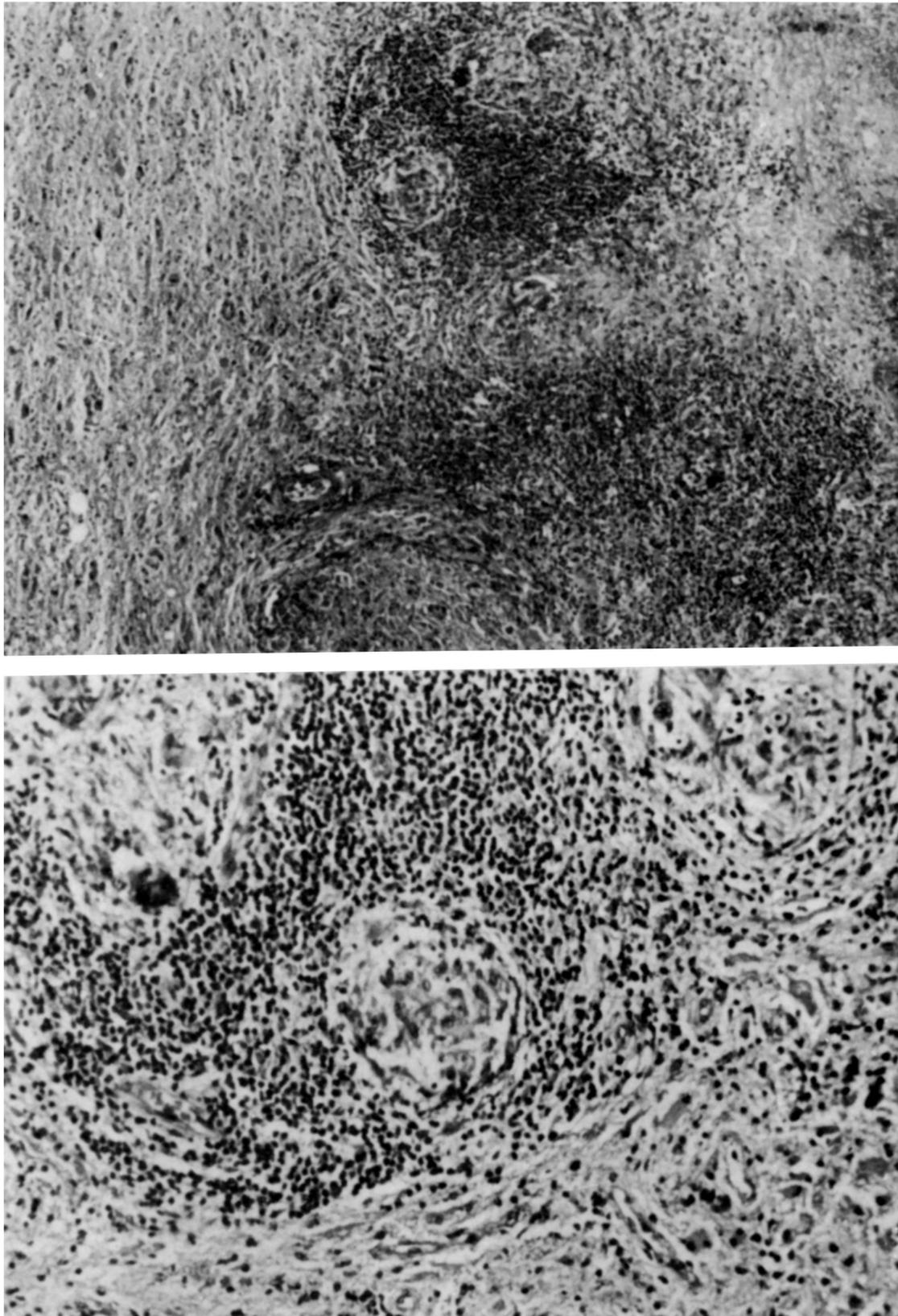


Fig. 2 — Caso L. R. P. Na parte superior, a secção mostra no tecido nervoso medular formações granulomatosas na periferia da necrose de caseificação (H.E. 100X); na parte inferior, detalhe mostrando as formações granulomatosas e densa reação linfocitária. Observar a gliose na periferia da lesão (H.E. 200).

vascular secundária a injeção intratecal de estreptomicina¹⁴ sendo bem mais raras as paraplegias determinadas por tuberculomas intramedulares, principalmente quando isolados. Esta raridade pode ser atestada no trabalho de Arseni & Samitca¹ que encontraram apenas 9 casos em 38.500 pacientes neurocirúrgicos onde havia 421 tumores medulares e 201 tuberculomas intracranianos. Outros trabalhos mostram também que a maioria dos casos de tuberculomas intramedulares ocorrem em indivíduos com tuberculose disseminada^{14,14}. No nosso caso não havia qualquer evidência de tuberculose em outro setor orgânico, assemelhando-se assim àquele descrito por Bertrand e col.² e a três dentre os 9 pacientes relatados por Arseni & Samitca¹. Quanto à topografia dos tuberculomas na medula parece não haver qualquer preferência por determinado segmento, segundo revisão de Kupka & Olsen⁸.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outros processos inflamatórios localizados, embora neoplasias da medula também devam figurar na lista de etiologias a serem afastadas. O *S. mansoni* representa agente importante na determinação de lesões medulares nas áreas endêmicas desta parasitose^{4,6,11,12} devendo, portanto, ocupar lugar de destaque no diagnóstico diferencial entre mielopatias de origem inflamatória. Desde que o quadro clínico-laboratorial pode ser superponível nestas duas situações, torna-se imperativo o exame histopatológico para diagnóstico definitivo⁷.

Apesar da boa resposta quimioterápica neste caso, vários autores chamam atenção para o tratamento cirúrgico dos tuberculomas, enfatizando que estas lesões medulares são passíveis de remoção completa^{1,9} devendo ser seguida de uma cobertura quimioterápica. Outros chegam a apontar a laminectomia decompressiva como uma urgência nos pacientes nos quais ocorreu paraplegia crural súbita¹⁰.

RESUMO

É relatado um caso de tuberculoma intramedular isolado em paciente de 22 anos, do sexo masculino, que apresentava quadro de paraplegia. Depois de comprovado o bloqueio completo do canal raqueano, foi realizada laminectomia que mostrou a presença de massa tumoral compressiva ao nível de T12 a L2, sendo recolhido material para biópsia. O estudo histopatológico revelou quadro característico de tuberculose no tecido nervoso, tendo sido verificada a presença de bacilos na lesão. Foi então instituído tratamento específico com o qual o paciente vem apresentando melhora do quadro, tendo voltado a deambular embora com alguma dificuldade e readquirido o controle do esfíncter vesical.

SUMMARY

Solitary tuberculoma of the spinal cord: report of a case

A case of an isolated tuberculoma of the spinal cord is reported. The 22 years old male patient came to the hospital with paraplegia and had a laminectomy

performed for a compression of the spinal cord by a tumor mass. The histopathological study showed the presence of the acid-fast bacilli in the tissue. After specific treatment the patient recovered partially.

REFERENCIAS

1. ARSENI, C. & SAMITCA, D. C. T. — Intraspinal tuberculous granuloma Brain 83: 285, 1960.
2. BERTRAND, I.; GUILLAUME, J. M.; SAMSON, M. & GUEGUES, Y. — Tuberculome intramedullaire dorsal. Rev. Neurol. (Paris) 98:51, 1958.
3. BLACKWOOD, W.; MCMENEMEY, W. H.; MEYER, A.; NORMAN, R. M. & RUSSEL, D. S. — Greenfield's Neuropathology. The Williams & Wilkins Co. Baltimore 1957, pág. 150.
4. CHALY, A. F. & EL-BAHMY, A. — Schistosomiasis of the spinal cord J. Path. 111:57, 1973.
5. DASTUR, D. K. — Neurotuberculosis *In* Minckler, J. (editor) — Pathology of the Nervous System. Vol. 1. McGraw-Hill Book Co., New York, 1972, pág. 2412.
6. GALHARDO, I.; BULHÖES, L. G.; LIMA, J. C.; STEVERSON, W. D. & HOLMANN, D. O. — Esquistossomose medular: registro de um caso. Neurobiol. (Rccife) 37:71, 1974.
7. JENNINGS, F. L. — Tuberculoma of the spinal cord. Ann. Int. Med. 7:1240, 1934.
8. KUPKA, E. & OLSEN, R. E. — Tuberculoma of the spinal cord. Amer. Rev. Tuberc. 38:517, 1938.
9. LIN, T. M. — Intramedullary tuberculoma of the spinal cord. J. Neurosurg. 17:497, 1960.
10. PARSONS, M. & PALLIS, C. A. — Intradural spinal tuberculomas. Neurology (Minneapolis) 15:1018, 1965.
11. PERPETUO, F. O. L. & RODRIGUES, P. A. — Esquistossomose medular. Rev. Assoc. Med. Minas Gerais 24:173, 1973.
12. QUEIROZ, A. C. — O envolvimento do sistema nervoso central na esquistossomose mansônica. Rev. Pat. Tropical 3:225, 1974.
13. TANDON, P. N. & PATHAK, S. N. — Intraspinal tuberculous granulomas. *In* Spillane, J. D., editor — Tropical Neurology, Oxford, London, 1973, pág. 61.
14. THALIMER, W. & HASSIN, G. B. — Clinic-pathologic notes on solitary tubercle of the spinal cord J. Nerv. Ment. Dis. 55:161, 1922.

Serviço de Anatomia Patológica — Hospital Prof. Edgard Santos — 40000 Salvador, BA — Brasil.