

# CARCINOMATOSE DAS MENINGES

OSWALDO RICCIARDI CRUZ \*

Os aspectos clínicos e anátomo-patológicos dos processos metastáticos que acometem as leptomeninges se assemelham aos de um processo meningítico subagudo, fato que sugeriu a denominação de *meningites carcinoma-tosas secundárias*, utilizada por Sigwald e col.<sup>5</sup>. Entretanto, em muitos casos não existem sinais de irritação meníngea, o que levou Fischer-Williams e col.<sup>4</sup> a preferir a denominação de *carcinomatose das meninges*. As revisões bibliográficas feitas pelos autores supracitados assinalam a raridade com que ocorrem tais processos, o que justifica o registro do caso que ora fazemos.

OBSERVAÇÃO — K. F., japonês, do sexo masculino, internado na Clínica Neurológica em março de 1958 (Reg. Geral n.º 494.892). Início da afecção há 6 meses, com dores epigástricas e disfagia para líquidos e, a seguir, para sólidos; há três meses, cefaléia occipital com propagação para as regiões parietais; há três semanas, a cefaléia tornou-se mais intensa, acompanhada de náuseas e vômitos. *Antecedentes*: Paciente radicado no Brasil há 23 anos; alcoólatra crônico até há 3 anos. *Exame físico* — Paciente normolíneo; pressão arterial 150 x 100 mm Hg; afebril; emagrecido; gânglios não palpáveis; fígado palpável a um dedo do rebordo costal, mole, indolor e de superfície lisa. *Exame neurológico* — Confusão mental, apatia; marcha instável; de pé, o paciente mantinha-se em equilíbrio instável com oscilações para ambos os lados; hipotonia e hiporreflexia generalizadas; reflexos cutâneo-abdominais abolidos à esquerda; rigidez de nuca, sinais de Kernig e Brudzinski; paralisia facial de tipo periférico à direita.

*Exames subsidiários* — *Oftalmoscopia* normal. *Exame radiológico de tórax* normal. *Exame de escarro*: presença de *Candida albicans*. *Angiografia cerebral via artéria carótida*, normal de ambos os lados. *Iodoventriculografia* normal. *Exame radiológico contrastado do esôfago e estômago*: aspecto sugestivo de neoformação infiltrativa submucosa do terço inferior do esôfago. *Exame do líquido cefalorraquidiano*: punção suboccipital em decúbito lateral; pressão inicial 25 cm de água; pressão final 0 após retirada de 10 ml de líquido; 33 leucócitos por mm<sup>3</sup> (pequenos e médios mononucleares, regular número de grandes células mononucleares com abundante citoplasma, por vezes vacuolizadas, muito variáveis quanto ao tamanho e à morfologia nuclear); 20 mg de proteínas por ml; reação de Pandy fracamente positiva; reação de Takata-Ara positiva, tipo floculante; exame micológico direto negativo; exame cultural negativo. *Exame de líquido cefalorraquidiano ventricular*: punção do ventrículo lateral esquerdo, com o paciente sentado; pressão inicial 12 cm de água; líquido levemente turvo; 66 leucócitos e 33 hemácias integras por mm<sup>3</sup>; além de células linfóides típicas, foram encontradas grandes células epiteliais (25 µ apro-

---

Trabalho da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Prof. Adherbal Tolosa).

\* Assistente extranumerário.

ximadamente) apresentando acentuada basofilia citoplasmática, algumas com grânulos azurrofílos, tôdas com núcleos grandes, com a cromatina disposta em malhas grosseiras e nucléolos pequenos.

*Evolução* — O caso evoluiu mal, com queda acentuada do estado geral, agravando-se progressivamente a cefaléia, a desorientação e a confusão mental. Um mês após a internação o paciente teve distúrbios respiratórios graves que conduziram à apnéia e morte.

*Exame necroscópico* — Autópsia n.º 48.011: *No estômago*, presença de carcinoma séssil, ulcerado, ocupando tôda a pequena curvatura e paredes laterais da metade superior, invadindo a cárdia. Metástases carcinomatosas nos gânglios peripancreáticos, da pequena curvatura do estômago, do mesentério, do grande epiploon e nos retroperitoneais periaórticos. *No encéfalo*, macroscópicamente, apenas edema. *Nas leptomeninges*, espessamento ao nível da face anterior da protuberância, com granulações esbranquiçadas, de consistência firme e tamanho aproximado ao da cabeça de um alfinete. *Diagnóstico histológico*: carcinoma sólido no estômago (fig. 1); carcinomatose metastática das meninges (fig. 2).

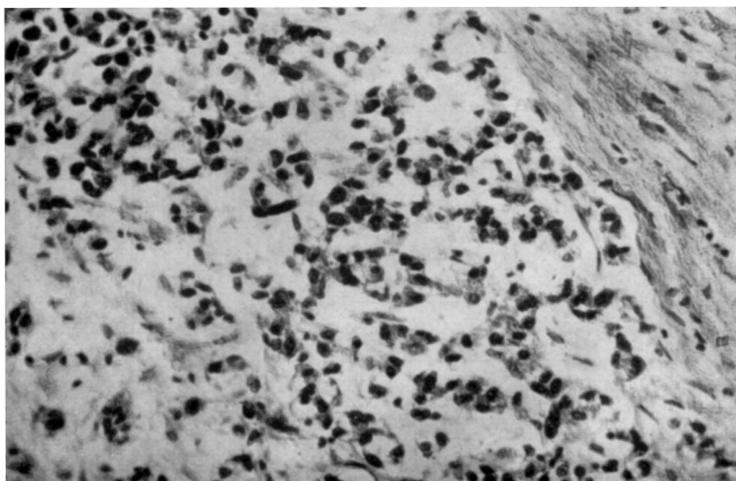
#### COMENTÁRIOS

Na carcinomatose das meninges a sintomatologia inicial é devida ao acometimento dos mais variados órgãos, em geral relacionada com a localização inicial do processo neoplásico; de três meses a um ano depois surge sintomatologia relacionada ao comprometimento do sistema nervoso. A cefaléia, de caráter difuso e em certos casos com irradiação para a nuca, é o sintoma mais comum; seguem-se, em ordem de freqüência, distúrbios mentais, alterações visuais e crises convulsivas. Não são raras as lesões de nervos cranianos. Tem sido relatada a ocorrência de hipotonia e hipo ou arreflexia, assim como de sinais de irritação meníngea.

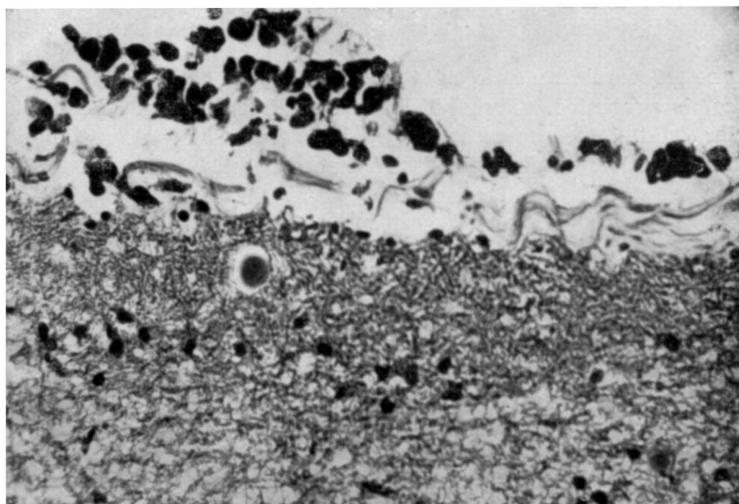
Comumente são descritas três formas clínicas de carcinomatose das meninges: polirradiculoneurítica, espinal e cerebral. Nas duas primeiras os característicos dominantes do quadro clínico são as dôres e os déficits motores, conseqüentes ao acometimento polirradiculoneurítico e à mielite carcinomatosa (Alajouanine e col.<sup>1</sup>, Denny-Brown<sup>3</sup>). Na forma cerebral podem ocorrer degenerações subagudas do córtex e, secundariamente, degenerações dos tractos descendentes da medula. Russel Brain e col.<sup>2</sup> assinalaram degenerações do córtex cerebelar.

São três as vias de disseminação que determinam carcinomatose das meninges: a arterial, mais relacionada com as neoplasias de localização pulmonar; a linfática, sugerida por vários autores; a nervosa, na qual a propagação das células carcinomatosas se processa pelas raízes raquidianas. No caso relatado a evolução não diferiu daquela que tem sido assinalada habitualmente na literatura médica. Os pródromos atribuíveis à localização tumoral primária (estômago) e o aparecimento dos primeiros sintomas neurológicos três meses após concordam com as descrições de Fischer-Williams e col.<sup>4</sup>.

O diagnóstico etiológico baseado apenas em dados clínicos é difícil por ser variável a sintomatologia em função da localização diversa do processo;



*Fig. 1 — Microfotografia da neoplasia gástrica (H.E.).*



*Fig. 2 — Microfotografia mostrando a invasão da leptomeninge, em superfície, por grupos celulares neoplásicos; o tecido nervoso subjacente não mostra alterações dignas de notas (H.E.).*

sômente a presença de células carcinomatosas no líquido cefalorraquidiano constitui achado orientador, como ocorreu no caso aqui relatado. O achado de células carcinomatosas no líquido cefalorraquidiano do espaço subaracnóideo não foge à regra; entretanto, a presença dessas células no líquido ven-

tricular é digno de realce. Em geral, o quadro anátomo-patológico é constituído por uma invasão difusa das leptomeninges por células carcinomatosas, sem metástases encefálicas visíveis macroscopicamente. Os agrupamentos celulares metastáticos têm, na maioria dos casos e como ocorreu no caso aqui relatado, disposição e morfologia semelhantes às observadas na neoplasia primária e nas outras localizações viscerais.

#### RESUMO

Registro de um caso de carcinomatose das leptomeninges secundária a carcinoma sólido do estômago. Células carcinomatosas foram encontradas no líquido cefalorraquidiano colhido tanto por via suboccipital como no ventrículo lateral. O exame histopatológico mostrou invasão neoplásica das leptomeninges. Não foram encontradas metástases encefálicas. A disposição e a morfologia das células carcinomatosas das leptomeninges eram semelhantes às da neoplasia primária.

#### SUMMARY

##### *Carcinomatosis of the meninges.*

A case of carcinomatosis of the meninges, metastatic from a gastric carcinoma, is presented. Tumoral cells were found in the suboccipital and ventricular fluid. Macroscopic encephalic metastases were not found. The disposition and the morphology of the tumoral cells detected in the leptomeninges were similar to those of the primary tumor.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALAJOUANINE, Th.; BOUDIN, G.; NICK; CONTAIS, J. — Polyrradiculonévrite généralisée rapidement mortelle; méningite cancéreuse et infiltration directe des racines au contact des méninges malades. *Rev. Neurol.*, 82:40, 1950.
2. BRAIN, W. R.; DANIEL, P. M.; GREENFIELD, J. G. — Subacute cortical cerebellar degeneration and its relation to carcinoma. *J. Neurol. a. Psychiat.*, 14:59, 1951.
3. DENNY-BROWN, D. — Primary sensory neuropathy with muscular changes associated with carcinoma. *J. Neurol. a. Psychiat.*, 11:73, 1948.
4. FISCHER-WILLIAMS, M.; BOSANQUET, D. F.; DANIEL, M. P. — Carcinomatosis of the meninges: report of three cases. *Brain*, 78:42, 1955.
5. SIGWALD, J.; AJURIAGUERRA, J.; BOUTTIER, D.; HÉBERT — Méningite carcinomateuse secondaire à un cancer du sein. *Rev. Neurol.*, 96:286, 1957.