

CAUSA RARA DE TETRAPARÉSIA NO ADULTO

ANGELINA V. DOS SANTOS, PAULO F. SARAIVA, JOANA B. TOMÉ, ANGELINA ISABEL VIEIRA DOS SANTOS
Serviço de Neurorradiologia. Hospital Garcia de Orta. Almada

RESUMO/SUMMARY

Os autores descrevem o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, de 61 anos de idade, internado por quadro lentamente progressivo de tetraparésia espástica e parésia dos IX, X e XI nervos cranianos, após traumatismo ligeiro do crânio e coluna. A investigação por imagem mostrou a presença de um massa, parcialmente quística do IV ventrículo, que se estendia até C1/C2. A análise neuropatológica da mesma foi compatível com papiloma dos plexos coróideus. Este constitui uma entidade patológica pouco frequente na população adulta, sendo rara a presente forma de apresentação clínica.

Palavras-chave: tetraparésia; papiloma dos plexos coróideus; IV ventrículo.

RARE CAUSE OF TETRAPARESIS IN ADULT

A 61 year old male developed progressive spastic tetraparesis and paresis of the lower cranial nerves (IX, X and XI) after a minor spine-head trauma. Magnetic resonance depicted a partially cystic IV ventricular mass, extending to C1/C2 level. Neuropathology was compatible with choroids plexus papiloma (CCP). This case shows a rare clinical presentation of an infrequent adult tumour.

Key words: tetraparesis, choroids plexus papiloma, fourth ventricle.

INTRODUÇÃO

O papiloma dos plexos coróideus (PPC), é um tumor benigno, de origem neuroectodérmica¹. É raro na população adulta, localizando-se mais frequentemente no IV ventrículo e nos *atria* dos ventrículos laterais². Manifesta-se habitualmente por uma síndrome de hipertensão intracraniana³.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 61 anos com um PPC do IV ventrículo revelado por quadro progressivo de tetraparésia.

CASO CLÍNICO

Um indivíduo do sexo masculino de 61 anos foi internado no Serviço de Neurocirurgia do HGO por diminuição progressiva da força muscular dos quatro membros, aparentemente surgida após traumatismo craniocervical *minor*, e posteriormente acompanhada de dificuldade na deglutição.

No exame neurológico constatou-se tetraparésia espástica de grau 4, de predomínio direito, reflexos osteotendinosos simétricos e patologicamente vivos (3+),

com aumento da área reflexogénea, sinal de Babinski bilateral, parésia dos IX, X e XI nervos cranianos e atrofia muscular generalizada.

A ressonância magnética (RM) encefálica efectuada mostrou a presença de uma massa bem delimitada, parcialmente quística, da linha média da fossa posterior, centrada ao IV ventrículo e cujo pólo inferior se situava a nível da transição C1/C2. O componente sólido apresentava marcado hipersinal, homogéneo, nas imagens após gadolínio. Havia ligeira dilatação ventricular a montante e posição *baixa* das amígdalas cerebelosas (Figura 1 e 2).

Foi operado por via suboccipital mediana, com remoção macroscópica total do tumor. A análise neuropatológica da peça operatória foi compatível com papiloma dos plexos coróideus.

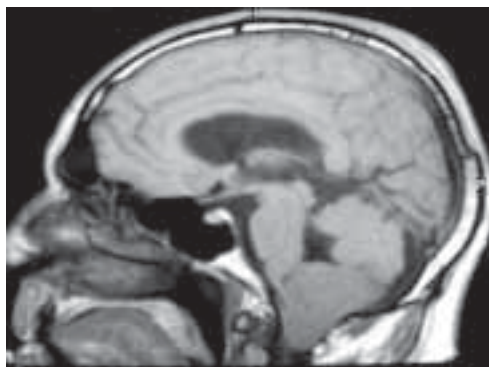


Fig. 1 - Imagem sagital ponderada em T1 lesão expansiva do IV ventrículo, estendendo-se a C1/C2. Ligeira hidrocefalia

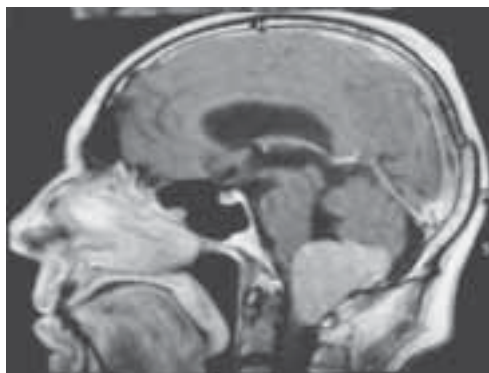


Fig. 2 - Imagem sagital ponderada em T1 após a administração de contraste paramagnético, hipersinal intenso e homogéneo na porção sólida do tumor.

DISCUSSÃO

O PPC é um tumor pouco frequente, essencialmente da idade pediátrica. É raro no adulto, onde constitui menos de 1% dos tumores primitivos intracranianos⁴. A sua localização no IV ventrículo é relativamente mais frequente neste grupo etário². A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica-o como tumor de grau I¹.

Cerca de 91% dos doentes apresenta quadro de hipertensão intracraniana, conseqüente a hidrocefalia³. Embora o mecanismo desta não esteja completamente esclarecido, pensa-se que possa ser atribuída a um ou mais dos seguintes mecanismos: hiperprodução de líquido céfalo-raquidiano (LCR) pela massa tumoral, obstrução quer à circulação quer à reabsorção do LCR por bloqueio das vilosidades aracnóideas ou multifactorial: hemorragia tumoral, secreção pelo tumor de material hiperproteico, presença *in situ* de células tumorais. Estas hipóteses têm sido apontadas como possíveis responsáveis pela persistência de hidrocefalia após ressecção tumoral⁶.

O contributo da imagem para o diagnóstico do PPC serve essencialmente à definição da sua localização, dimensões, extensão e relação com estruturas vizinhas já que o PPC pode apresentar grande variabilidade do seu conteúdo, com componentes sólidos, quísticos, cálcicos, hemorrágicos vasculares, o que o torna menos característico tanto em tomografia computadorizada como em RM^{7,8}. Na idade adulta os principais diagnósticos diferenciais fazem-se com metástases,ependimoma/subependimoma e, mais raramente, com meningioma.

No caso descrito, o quadro clínico era dominado por sinais resultantes da compressão exercida pela massa tumoral sobre o pavimento do IV ventrículo e vias longas. Apesar da obstrução dos orifícios de saída do IV ventrículo, constatada na RM e confirmada no acto operatório, a hidrocefalia era apenas ligeira, o que faz supor a existência de outros possíveis mecanismos na génese daquela e/ou a presença de sistema(s) de drenagem alternativo(s), parcialmente eficaz(es).

A extensão cervical tumoral fazia-se através da *obex* ventricular, o que está de acordo com a reconhecida potencialidade destes tumores se propagarem ao longo do sistema ventrículo-cisternal através dos buracos interventriculares, aqueduto cerebral e orifícios laterais e mediano do IV ventrículo⁹.

Por outro lado, pensamos não se poder excluir a contribuição do traumatismo craniocervical no desencadear do quadro clínico já que, tratando-se de uma massa em cavidade relativamente fechada, qualquer factor exógeno, ainda que *minor*, poderá influenciar decisiva e negativamente a precaridade do equilíbrio até então conseguida.

CONCLUSÃO

Embora raro, o PPC do IV ventrículo deve ser considerado como uma das causas de tetraparésia de instalação progressiva, podendo cursar sem os mais frequentes sinais de hipertensão intracraniana.

BIBLIOGRAFIA

1. KLEIHUES P, BURGER PC, SCHEITHAUER BW: Histologic typing of tumours of the central nervous system New York, Springer-Verlag 1993
2. RUSSELL DS, RUBENSTEIN LJ: Pathology of tumours of the nervous system, 5th edn. Baltimore: Williams and Wilkins 1989
3. PENCALET P, SAINTE-ROSE C, LELLOUCH-TUBIANA A et al: Pappilomas and carcinomas of the choroids plexus in children. J Neurosurg 1998; 88: 521-528
4. ERMAN T, GOCER AI, ERDOGAN S et al: Choroid plexus papiloma of bilateral lateral ventricle. Acta Neurochir (Wien) 2003; 145 (2): 139-43
5. REKATE HL, ERWOOD S, BRODKEY JA et al: Etiology of ventriculomegaly in choroids plexus papiloma. Pediatr Neurosci 1985-86; 12 (4-5): 196-201
6. DEPPER MH, HART BL: Pediatric brain tumors *in*, Orrison WW (ed) Neuroimaging, Philadelphia: WB Saunders 2000
7. JELINEK J, SMIRNIOTOPOULOS JG, PARISI JE et al: Lateral ventricular neoplasm of the brain: differential diagnosis based on clinical, CT, and MR findings. AM J Roentgenol 1990; 155 (2): 365-72
8. SHIN JH, LEE HK, JEONG AK et al: Choroid plexus papiloma in the posterior cranial fossa: MR, CT and angiographic findings. Clin Imaging 2001; 25 (3): 154-62
9. HOPPER KD, FOLEY LC, NIEVES NL et al: the interventricular extension of choroids plexus papiloma. Am J Neuroradiol 1987; 8 (3): 469-72

AVISO

Nova Indicação

O COZAAR (losartan) foi aprovado para uma nova indicação baseada no Estudo LIIFE.

O COZAAR tem indicação na redução do risco de morbidade e mortalidade cardiovascular em doentes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda.

O COZAAR está indicado para a redução do risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, avaliada pela incidência combinada de morte cardiovascular, acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio, em doentes hipertensos com hipertrofia ventricular esquerda.

A Direcção Médica da MSD,

04-94-028-23-P-192-JA