

Compressão Medular por Plasmocitoma: Relato de um Caso

*Fernando Morgadinho Santos Coelho**

*Maria Paula Pelaez***

*Henrique Ballalai Ferraz****

*Roberto Gomes Nogueira*****

*Alberto Alain Gabbai******

RESUMO

Plasmocitoma é uma neoplasia originária de células plasmocitárias que pode produzir complicações neurológicas. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino que, aos 59 anos de idade, manifestou um quadro de compressão medular no nível T8. A investigação com ressonância magnética revelou a presença de massa tumoral epidural nos níveis T7 a T9. A investigação clínica e os achados do exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelaram tratar-se de plasmocitoma solitário. Plasmocitoma deve ser incluído no diagnóstico diferencial das lesões que produzem compressão medular.

UNITERMOS

Plasmocitoma, paraplegia, compressão medular.

INTRODUÇÃO

Plasmocitoma é uma neoplasia por células plasmocitárias da mesma origem, restrita, sem disseminação para outros órgãos, exceto, em alguns casos, para linfonodos regionais¹. É de diagnóstico difícil, por sua baixa incidência, havendo poucos casos relatados na literatura. Neste artigo, apresentamos um raro caso de plasmocitoma em região torácica provocando compressão medular, com repercussões neurológicas importantes, sem comprometimento sistêmico por doença hematológica.

RELATO DO CASO

E.B.C., 59 anos, masculino, casado, aposentado, natural de Olímpia – SP, procedente de São Paulo – SP.

Foi internado no Hospital São Paulo por dificuldade progressiva para a deambulação, decorrente de fraqueza em membros inferiores, que iniciara há 10 dias. Três dias após o início do quadro, surgiu hipoestesia em membros inferiores e, em seguida, retenção urinária e fecal. Referiu que vinha apresentando, há algum tempo, também, dores lombares frequentes e alteração da cor e do odor da urina. Referia ser tabagista, portador de enfisema pulmonar há 15 anos, submetido à cirurgia para correção de catarata há 8 e há 12 anos e à investigação recente para patologia prostática (ultra-sonografia e PSA) sem anormalidades. Negava transfusões de sangue ou de seus derivados.

Ao exame físico geral de entrada, apresentava-se em bom estado geral, pulso de 80 bpm e pressão arterial sistêmica de 130 x 95 mmHg. Levemente descorado, eupnéico, hidratado, sem linfadenomegalias. Semiologia cardiovascular sem anormalidades, murmúrio vesicular diminuído globalmente à ausculta pulmonar. Abdômen plano, sem visceromegalias, com ruídos presentes e normais.

* Médico Residente de Neurologia da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

** Médica Residente de Neurologia da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

*** Doutor em Neurologia e Chefe do Setor de Distúrbios do Movimento da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

**** Professor-adjunto do Departamento de Diagnóstico por Imagem da Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

***** Professor Titular e Chefe da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina – Unifesp.

Ao exame neurológico, encontrava-se vígil, atento, orientado no tempo e no espaço. Força muscular com grau zero nos membros inferiores (MsIs) e normal nos membros superiores (MsSs). Reflexos profundos e normais em membros superiores, exaltados em MsIs e presença do sinal de Babinski bilateralmente. Anestesia superficial e profunda com nível em T8. Equilíbrio e coordenação motora prejudicados em MsIs, coordenação motora normal em MsSs e semiologia nos nervos cranianos, incluindo fundo de olho sem anormalidades. Sem rigidez de nuca ou de outros sinais de irritação meníngea.

Exames subsidiários: hemograma – 9,9 mg/dl de hemoglobina, 12.100 leucócitos (com 88% de neutrófilos e 10% de plasmócitos), 224.000 plaquetas; glicemia 162 mg/dl; sódio, potássio, cálcio, magnésio, bilirrubinas, uréia e creatinina plasmáticos normais; provas de função hepática normais; eletroforese de proteínas sérica e urinária normais; urina tipo 1 normal; mielograma normal; raios X de crânio e de ossos longos normais.

O paciente foi submetido ao exame de ressonância magnética (RM) da coluna torácica, o qual revelou a presença de lesão expansiva única de T7 a T9, em região epidural, sem comprometimentos das estruturas ósseas.

Foi realizado o exame de ressonância magnética da coluna torácica, o qual evidenciou lesão expansiva nos níveis de T7 a T9, de característica epidural (Figuras 1 e 2), sem aparente comprometimento ósseo.

O paciente foi submetido à cirurgia de urgência por laminectomia de T6 a T9, sendo localizada e removida massa de aspecto friável e de coloração vinho, em região epidural.

O estudo anatomopatológico da massa tumoral evidenciou tratar-se de processo neoplásico, constituído exclusivamente por células plasmocitárias (Figura 3), compatível com mieloma múltiplo ou, mais raramente, com plasmocitoma.

Após os resultados do estudo anatomopatológico, o paciente foi investigado visando à detecção de mieloma múltiplo, não sendo localizadas outras lesões, tendo concluído por lesão isolada, ou seja, um tumor do tipo plasmocitoma. O paciente foi, em seguida, tratado com radioterapia. Evoluiu no pós-operatório sem recuperação dos déficits neurológicos, surgindo complicações infecciosas, vindo a falecer 45 dias após a internação por broncopneumonia.

DISCUSSÃO

O acometimento da coluna em vários níveis é bem estabelecido no mieloma múltiplo^{1,2,3}, este que é uma patologia de células plasmocitárias com compro-



FIGURA 1

Imagem de ressonância magnética em corte em T1, sem contraste, demonstrando massa em hipersinal com margens regulares e limites bem definidos de T7 e T9, envolvendo os arcos posteriores das respectivas vértebras e expandindo-se póstero-lateralmente, afetando o canal medular e a medula espinhal.

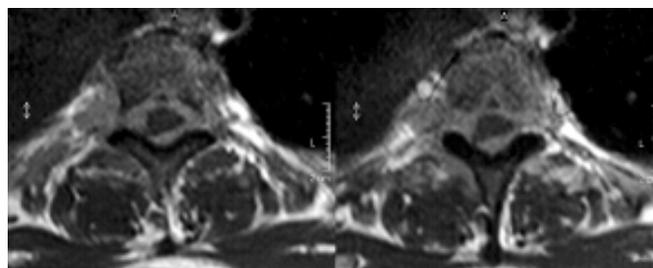


FIGURA 2

Imagem de ressonância magnética, com corte axial em T1, sem contraste, demonstrando massa paravertebral, póstero-lateral direita expandindo-se ântero-lateralmente, deformando o corpo vertebral de T8, invadindo o canal medular e envolvendo a medula espinhal.

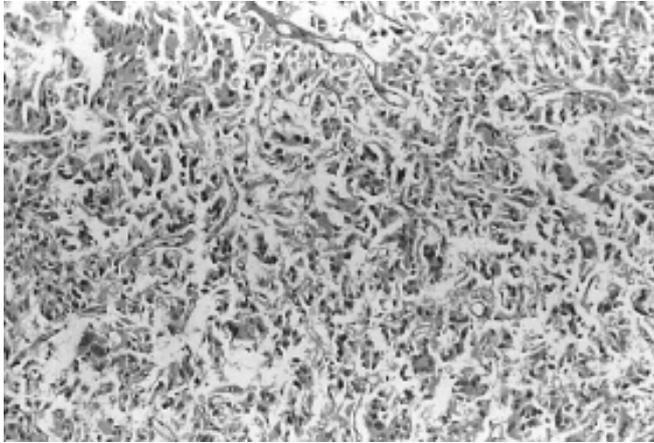


FIGURA 3

Imagem de fotomicrografia mostrando neoplasia constituída por plasmócitos atípicos que se caracterizam pela presença de núcleo com cromatina grosseira, de disposição periférica e de citoplasma eosinofílico (H&E, 10x).

metimento sistêmico, alterações renais e infiltração de medula óssea^{1,4}. O caso do paciente aqui relatado representa um tipo menos comum de neoplasia de células plasmocitárias. Trata-se da forma localizada de comprometimento pela patologia, sendo denominada plasmocitoma solitário (MS)^{1,2,5,6,7}, caracterizado pela proliferação local de uma mesma linhagem de plasmócitos, sem disseminação sistêmica, sem comprometimento renal e sem infiltração na medula óssea.

Além do tratamento cirúrgico, preconiza-se a irradiação locorregional do tumor⁶. O prognóstico não é bom e sabe-se que 56% dos casos de mieloma solitário evoluem para mieloma múltiplo em um período de tempo que varia de meses a anos⁶. No caso específico do nosso paciente, sua evolução insatisfatória alerta-nos para a importância do diagnóstico precoce das lesões medulares visando a evitar déficits neurológicos irreversíveis e suas complicações.

O presente caso é útil para chamar a atenção para a possibilidade do plasmocitoma ser o causador de compressão medular.

SUMMARY

Spinal Cord Compression by Plasmocytome: a Case Report

Plasmocytome is a plasmocyte cell neoplasm which can induce neurological impairment. A 59 year-old man with clinical signs of spinal cord compression at level D8 underwent magnetic resonance imaging examination, showing an epidural mass at D7 to D9. Extensive clinical investigation and anatomopathological examination confirmed the diagnosis of solitary plasmocytome. Plasmocytome should be include in the differential diagnosis of spinal cord compression causes.

KEYWORDS

Plasmocytome, paraplegia, spinal cord compression.

Referências

1. Bacci G. Solitary plasmocytoma of the vertebral column. A report of 15 cases. *Tumori*, 68(3):271-5, 1982.
2. Silva F. Multiple myeloma. An unusual case. *Acta Med Port*, 5(4):212, 1992.
3. Vigneron AM. Spinal cord compression in malignant plasmacytic diseases. Apropos of six cases. *Rev Rhum Mal Osteoartic*, 51(2):81-4, 1984.
4. Kanoh T. Renal plasmocytoma. *Rinsho Ketsueki*, 34(11):1470-3, 1993.
5. Bennett JC. *Cecil Tratado de medicina interna*. 1997; 20ª ed.
6. Lieboss RH. Clinical course of solitary extramedullary plasmocytoma. *Radiother Oncol*, 52(3):245-9, 1999.
7. Takanashi T. Solitary plasmocytoma in the thoracic spine. Two case reports. *Neurosurg Ver*, 21(2-3):121-5, 1998.

Endereço para correspondência:

Fernando Morgadinho Santos Coelho
Escola Paulista de Medicina – Unifesp
Disciplina de Neurologia
Rua Botucatu, 740 – Vila Clementino
CEP 04023-900 – São Paulo, SP