

Metástases cerebelosas como manifestação inaugural de “Linite plástica”: um caso excepcionalmente raro

Cerebellar metastasis as a unique presenting feature of linitis-plastica: a very uncommon case

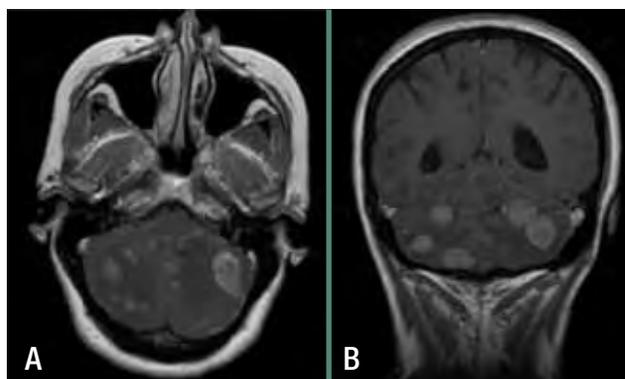
Ana Graça Velon, Pedro Guimarães, Dina Carvalho, Mário Rui Silva

CASO CLÍNICO

Mulher de 54 anos, emigrante em França, e com antecedentes de HTA, dislipidemia e um internamento um ano antes por depressão. Assintomática até uma semana antes da admissão, altura em que se queixa de tonturas posicionais, cefaleias occipitais com irradiação anterior (cuja intensidade aumentava com manobras de *Valsalva*), náuseas e desequilíbrio. Ao exame objectivo apresentava uma discreta síndrome cerebelosa estática e cinética esquerda, com restante exame neurológico normal. A TC e a RMN cerebrais (Fig. 1) revelaram metástases cerebelosas múltiplas, bilaterais e, com um importante efeito de massa. A investigação complementar, nomeadamente EDA (com biópsia) e TC torácico, conduziu ao diagnóstico de um adenocarcinoma gástrico invasivo pouco diferenciado – “linite plástica”. Não se identificaram quaisquer outras metástases. A avaliação neurocirúrgica recomendou tratamento conservador. A doente evoluiu com deterioração da síndrome pancerebelosa e clínica de hipertensão intracraniana, apesar da corticoterapia (30 mg/dia). Foi transferida para uma instituição hospitalar em França 9 dias após a admissão, conforme desejo expresso pela própria e seus familiares. Acabou por falecer uma semana depois.

DISCUSSÃO

As metástases cerebrais nas neoplasias gástricas são incomuns, e a sua identificação ocorre fundamentalmente nos estádios avançados da doença o que explica a baixa sobrevida aquando da sua detecção (sobrevida



RMN encefálica em T1 com contraste, cortes axial (A) e coronal (B). Múltiplas lesões cerebelosas, bilaterais, com captação anómala do produto de contraste e rodeadas por área de edema, a traduzir metástases. As lesões condicionam aumento de volume do cerebelo, com descida das amígdalas cerebelosas, mas o IV ventrículo, está patente apesar de dimensões diminuídas.

FIG. 1

média: 9 semanas). Há casos em que a clínica neurológica precede a identificação do tumor primitivo, mas na sua maioria existe sintomatologia associada a evocar o envolvimento sistémico. A presença de metástases cerebrais na ausência de envolvimento hepático e/ou pulmonar pode explicar-se por um *bypass* à circulação porta, através de disseminação hematogénea pelo plexo vertebral de *Batson*.

Da literatura revista figura apenas um caso em que a apresentação clínica inaugural foi semelhante, com a identificação de múltiplas metástases restritas ao compartimento infratentorial, mas cujo diagnóstico de adenocarcinoma gástrico foi *post mortem*. ■

Agradecimentos

Dr. Fernando Alves, Internista, Serviço de Oncologia; Dr. João Paulo Gabriel, Interno Complementar de

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

Recebido para publicação a 09.02.10

Aceite para publicação a 18.09.11

Neurologia, Serviço de Neurologia e Dr. Alexandre Costa, Interno Complementar de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Bibliografia

1. York JE, Stringer J, Ajani JA et al. Gastric Cancer and Metastasis to the Brain. *Annals of Surgical Oncology* 6 (8): 771-776.
2. Kodera Y, Nakanishi H, Ito S et al. Detection of disseminated cancer cells in linitis plastica-type gastric carcinoma. *Jpn J Clin Oncol* 2004; 34 (9): 525 – 531.
3. Kasakura Y, Fujii M, Mochizuki F et al. Clinicopathological study of brain metastasis in gastric cancer patients. *Surg Today* 200; 30 (6): 485 – 490.
4. Perri F et al. Cerebellar metastasis as a unique presenting feature of gastric cancer. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33 (1): 80 – 81.
5. Mizumatsu S et al. A case of brain metastasis from gastric cancer involving bilateral middle cerebellar peduncles. *No Shinkei Geka* 2006; 34 (9): 955 – 960.