

TRATAMENTO DO FUNGO CEREBRAL POR DERIVAÇÃO VENTRICULO-ATRIAL

REGISTRO DE 5 CASOS

*PEDRO SAMPAIO **

*HENRIQUE GOLDBERG ***

Fungo cerebral é o nome dado à hérnia de tecido encefálico necrosado, de evolução crônica, que se forma mediante lesão da dura-mater e do crânio¹. Não raro aí se encontram pequenos abscessos de permeio com focos de gliose e edema difuso.

Magnant⁷ classifica os fungos cerebrais em dois tipos: infectuosos e mecânicos. A forma infectuosa exhibe-se por encefalite localizada, microabscessos e presença de corpo estranho. O tipo mecânico manifesta-se por simples proeminência do tecido cerebral, causada por hipertensão intracraniana. Campbell², analisando seu comportamento evolutivo, separou-os em benignos e malignos. A diferença entre ambos reside na qualidade patológica de seu conteúdo. Enquanto nos benignos a infecção, por acaso existente, é localizada e superficial, no tipo maligno há presença de abscesso, hematoma e necrose de topografia profunda.

As causas mais comuns de fungo cerebral são os traumatismos cranioencefálicos^{4,5,8} e as craniectomias extensas, praticadas na cirurgia dos tumores, abscessos e hematomas. Compreende-se que se o neurocirurgião não repõe o retalho ósseo isso se deve a edema cerebral acentuado com manuseio cirúrgico difícil. Estes fatores concorrem para necrose tissular, infecção e conseqüente desenvolvimento do fungo. Logo a parede do ventrículo adjacente se adelgaça e dá origem a verdadeiro divertículo (Fig. 1).

O tratamento comumente utilizado tem se resumido a punção lombar, antibióticos e debridamento da lesão, cranioplastias e enxertos de pele⁶. Nossa conduta terapêutica consiste em combater a infecção, fechar totalmente a pele, se houver deiscência e, após perfeita cicatrização, proceder à derivação ventriculo-atrial.

MATERIAL E METODOS

Nossa casuística consta de 5 pacientes com idade entre 40 e 65 anos, sendo 4 do sexo masculino e um do feminino. A patologia inicial consistiu de 3 glioblastomas, um

Trabalho do Departamento de Neurocirurgia da U.E.R.J.: * Professor Titular;
** Professor Assistente.

meningeoma e uma ligadura da artéria cerebral média para cura de aneurisma intracraniano. Em todos os casos havia grande falha óssea no local operado.



Fig. 1 — Caso R.V.S. Fungo cerebral com divertículo ventricular.

Os 5 pacientes foram enviados de outros serviços, já com fungo cerebral. A julgar pelos sintomas e pela punção raquiana, nenhum apresentava hipertensão intracraniana ou sinais de infecção. Não havia aumento dos ventrículos aos exames neuro-radiológicos.

O tratamento realizado consistiu em derivação ventrículo-atrial com válvula de média pressão.

RESULTADOS

Em todos os casos desapareceu a hérnia cerebral (Fig. 2 e 3) havendo em 2 grande reentrância (Fig. 4) da massa cerebral.

O prazo médio de acompanhamento dos pacientes foi de 2 meses.



Fig. 2 — Caso R.V.S. À esquerda fungo cerebral consequente a craniectomia extensa, em cirurgia de glioblastoma; à direita, mesmo paciente após derivação ventrículo-atrial.



Fig. 3 — Caso P.S. Reentrância acentuada após derivação ventrículo atrial para cura de fungo cerebral.

COMENTARIOS

Poucos trabalhos têm sido publicados sobre fungo cerebral e seu método específico de tratamento. A explicação talvez resida na diminuição crescente desta patologia devido a orientação cirúrgica adequada no trato das craniectomias extensas. Como a lesão é deformante e às vezes de consequências sérias, seu tratamento merece atenção especial. Pela ineficiência dos métodos antigos resolvemos recorrer à derivação ventrículo-atrinal. Julgamos ser este o rumo correto.

Estabelecida a derivação, a hérnia não desaparece de imediato demorando-se sua redução até 5 dias.

RESUMO

Os autores analisam os fungos cerebrais enfocando suas causas, sua patologia e seu tratamento. Apresentam 5 casos nos quais realizaram derivação ventrículo-atrinal com resultado excelente em todos. Propõem esta orientação como a melhor, no momento.

SUMMARY

Treatment of the cerebral fungus by ventriculoatrial shunt: a five cases report.

The causes and pathology of the cerebral fungi are analyzed. Five patients with this lesion were submitted to ventriculoatrial shunt. All were cured. According to the authors this is the best treatment for cerebral fungus, at present.

REFERENCIAS

1. CAIRNS, H. W. B.; ASCROFT, P. B. & HANNAH, R. — Brain fungus. *J. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 3:350, 1940.
2. CAMPBELL, E. H. JR. — Comminuted skull fractures produced by missiles *Ann. Surg.* 122:375, 1945.
3. CARMICHAEL, F. A. — The reduction of hernia cerebri by tantalus cranioplasty *J. Neurosurgery* 2:379, 1945.
4. O. CONNELL, J. E. A. — Traumatic cerebral fungus. *British J. Surg.* 30:201, 1943.
5. HOLBOURN, A. H. S. — Mechanics of trauma with special reference of the herniation of cerebral tissue. *J. Neurosurgery* 1:190, 1944.
6. HYNDMAN, D. R. — Treatment of major wounds of the skull cerebral fungus: treatment by skin grafting. *Surgery* 11:466, 1942.
7. MAGNANT, J. S. — Cerebral fungus. *Rev. de Chir. (Paris)* 65:576, 1927.
8. SCHWARTZ, H. A. & ROULHAC, G. — Craniocerebral war wounds: observations on delayed treatment. *Ann. Surg.* 121:129, 1945.

Departamento de Neurocirurgia do Hospital de Clínicas da U.E.R.J. — Avenida 28 de Setembro 87 — Vila Isabel — Rio de Janeiro, RJ.