

Relato de caso sobre Síndrome de Compressão Medular em Paciente Adulto em Cuidados Paliativos, no Hospital São João Batista (UHG), em Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.

Case report on Spinal Cord Compression Syndrome in an Adult Patient in Palliative Care, at Hospital São João Batista (UHG), in Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brazil

Luiza Pereira Curvo

Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
luizapcurvo@gmail.com

Gabriela Valiante de Oliveira Gilberto

Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
gvcuidadopaliativo@gmail.com

Fernanda Beatriz Cristofori Saraiva

Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
fecristofori@gmail.com

Maria Luiza Galvão França da Costa Souza

Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
malucostagalvao@hotmail.com

Luciana Ferreira de Oliveira

Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
lu.oliveira.md@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Compressão Medular é uma consequência da expansão de um tumor ou metástase, que causa compressão mecânica da medula espinal. É considerada uma emergência oncológica, visto que é de rápida evolução. Relata-se, desta forma, o caso de um paciente de 45 anos, que deu entrada no pronto-atendimento adulto de um hospital público do município de Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil, no dia 24/04/2023, com diagnóstico de Síndrome de Compressão Medular realizado em dezembro de 2022, em necessidade de cuidados paliativos. Em vista disso, por meio de um relato de caso, pretende-se alertar a respeito da importância do diagnóstico precoce de neoplasias, além do manejo e conduta adequados acerca dessa síndrome.

Palavras-chave: síndrome de compressão medular. neoplasia. cuidados paliativos

ABSTRACT

Spinal Cord Compression Syndrome is a consequence of the expansion of a tumor or metastasis that causes a mechanical compression of the spinal cord. It's considerate to be an oncologic emergency, since it is a fast-evolving complication. Thus, we report the case of a patient aged 45 years old and 8 months who was admitted to the adult emergency department of a public hospital in the city of Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brazil on 24/04/23, with a diagnosis of Spinal Cord Compression Syndrome since December of 2022, in need of palliative care. In view of this, through a case report, we intend to warn about the importance of early cancer diagnosis, besides the importance of adequate management and conduct regarding this syndrome.

Keywords: spinal cord compression syndrome. neoplasm. palliative care.

1 CONTEXTO

A síndrome de compressão medular é uma emergência oncológica. A invasão tumoral resulta na compressão do saco dural, que envolve a medula espinal, gerando um edema vasogênico, que evolui para citotóxico e pode resultar em isquemia ou sequelas irreversíveis da função motora e sensitiva. O quadro clínico pode variar, porém os sintomas mais observados são: dor na região da coluna vertebral, alterações sensitivas, déficit motor e disfunção esfincteriana, que cursa com constipação e retenção urinária.

A etiologia pode ser primária ou metastática. Aproximadamente 60% dos casos são resultantes de neoplasias de mama, brônquios ou próstata.

A importância desse relato se dá pelo fato de tratar-se de uma temática pouco abordada em artigos, mas pertinente socialmente, já que a grande maioria dos pacientes desconhecem, não só os sinais e sintomas da doença, mas como a síndrome em si. Ademais, há relevância profissional, visto que a progressão da síndrome é muito acelerada, sendo seu diagnóstico precoce imprescindível para um melhor prognóstico do paciente.

Este relato de caso, descritivo e observacional, em acordo com o Código de Ética da Associação Médica Mundial (Declaração de Helsinque) e com a Resolução do Conselho Federal de Medicina em 1595/2000, contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da protagonista do caso, e encontra-se sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 45 anos, melanodermo, solteiro, desempregado, etilista, natural e residente de Volta Redonda – RJ. Não possui filhos, porém possui boa relação com familiares, tendo duas irmãs e residindo com uma delas. Não praticante de religião.

Paciente deu entrada em pronto-atendimento em 10/12/2022 acompanhado da irmã, com relato de parestesia bilateral em membros inferiores, diminuição de força bilateral em membros superiores e dor em região lombar há 1 semana. Relatou emagrecimento importante de cerca de 8kg em um mês e meio, além de queda do estado geral.

Internado em 10/12/2022 para investigação em enfermaria hospitalar, na cidade de Volta Redonda. Foi levantada a hipótese diagnóstica de tumoração com síndrome de compressão medular, confirmada com o resultado da tomografia computadorizada.

Evoluiu com quadro de tetraplegia e piora do estado geral, emagrecimento acentuado e dispneia em repouso. Paciente teve alta após controle medicamentoso de dispneia e biópsia, que confirmou neoplasia mesenquimal fusocelular com atipias discretas e raras figuras de mitose. Foi conversado com a família e com o paciente o plano terapêutico paliativo, devido ao estado geral do paciente e ao nível de infiltração tumoral.

Retornou ao pronto-atendimento em 24/04/2023 com queixa de piora da dispneia e importante queda do estado geral, muito emagrecido, em fase final de vida, sem conseguir verbalizar, porém lúcido. Ao exame físico apresentou extremidades frias, cianose periférica, escaras em região dorsal, membros inferiores e pés. Acompanhado pela irmã, esta relatou que paciente apresentava quadro de febre constante (38,3 °C), perda de apetite e dispneia há 1 semana.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Exame anatomopatológico do tumor realizado dia 30/01/2023: “neoplasia mesenquimal fusocelular com atípicas discretas e raras figuras de mitose.”

Tomografia computadorizada de tórax realizada dia 14/03/2023: “Volumosa massa de etiologia neoplásica de limites definidos e regulares localizado em mediastino posterior predominantemente à esquerda, junto ao corpo vertebral o qual é englobado pela massa, medindo 8,9 cm X 6,8 cm em seus maiores eixos.”

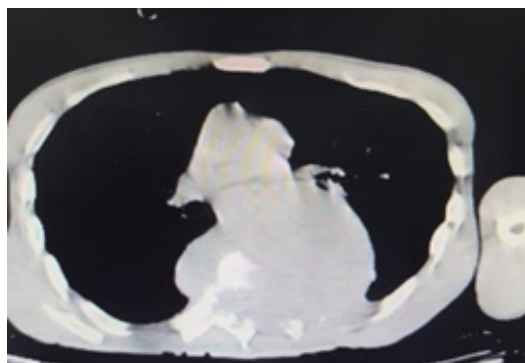


Figura 01 – Setor de Clínica Médica, em 14/03/2023, alterações compatíveis com massa neoplásica junto ao corpo vertebral.

Fonte: Equipe do HSJB.

4 TRATAMENTO

Iniciada antibioticoterapia – Piperaciclina + Tozabactam – em 24/04/2023, com troca de medicamento para Meropenem 1G FRS/AMP 8/8H por hipodermóclise - em 27/04/2023, prescrita pela geriatra paliativista que acompanhou o caso.

Em uso contínuo de morfina 10MG/ML 1ML AMP – 2 AMP, midazolam 5MG/ML 3ML AMP – 1ML e butilbrometo de escopolamina 20MG/ML 1ML AMP – 12 AMP, diluídos em 100ML de cloreto de sódio 0,9% 100ML em BIC por hipodermóclise 5ML/HORA.

Em uso contínuo de cloreto de sódio 0,9% 500ML 12/12, dipirona 500MG/ML 2ML AMP 6/6H e fosfato dissódico de dexametasona 4MG/ML AMP – 1 AMP/DIA.

Paciente em dieta oral branda e pastosa.

Foi prescrito medicação em caso de piora de dispneia ou dor intensa (midazolam 5MG/ML 3ML AMP – 1ML e morfina 1MG/ML 2ML AMP – 1 AMP), além de oxigenoterapia por ventilação não invasiva, por meio de CPAP.

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Paciente seguiu em acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos e faleceu no dia 17/05/2023 às 00:40, no Hospital São João Batista – Volta Redonda, em decorrência da evolução da doença.

6 DISCUSSÃO

A fisiopatologia da síndrome de compressão medular é, na maioria dos casos, secundária a metástases hematogênicas para os corpos vertebrais, especialmente para a parte posterior destes, visto que esta é mais vascularizada. Tal processo resulta na compressão do saco dural e seu conteúdo, a medula espinal, por uma massa tumoral extradural. Inicialmente, a compressão medular provoca estase venosa, com conseqüente edema vasogênico. Posteriormente, ocorrem lesões isquêmicas e edema citotóxico, culminando em uma lesão neurológica irreversível (PAIVA et al., 2008;).

Na avaliação da síndrome de compressão medular, deve-se elucidar se a doença é de natureza primária ou secundária e excluir diagnósticos diferenciais. Em 85-90% dos casos, a síndrome de compressão medular é secundária ao acometimento dos corpos vertebrais por tumores metastáticos; 10-15% são decorrentes de neoplasias paravertebrais (PAIVA et al., 2008).

O quadro clínico característico desta síndrome ocorre conforme a progressão do acometimento das raízes medulares. Os primeiros sintomas envolvem dores e hipersensibilidade no dorso, que pioram quando ocorre aumento da pressão do espaço epidural, como ao tossir, espirrar e fazer esforço evacuatório, e não melhoram com o uso de analgésico comuns. Já a disfunção neurológica motora ocorre em cerca de 80% dos pacientes e é seguida pelo acometimento neurológico sensitivo e autonômico, que ocorrem em quadros mais avançados (PAIVA et al., 2008; FARIA et al., 2022).

O diagnóstico é realizado por meio de exames de imagem, sendo a ressonância nuclear magnética de coluna o padrão-ouro, pois esta define o local da compressão e facilita a elaboração do plano terapêutico. Entretanto, a tomografia computadorizada de coluna é o exame mais utilizado devido a sua melhor acessibilidade. Vale ressaltar que o diagnóstico precoce é de suma importância para um melhor prognóstico, visando manter a capacidade funcional do paciente, bem como sua qualidade de vida (PAIVA et al., 2008).

O tratamento imediato consiste no uso de corticosteroides para diminuir o edema vasogênico, sendo a dexametasona a droga mais utilizada; além do controle da dor por meio de analgésicos, muitas vezes opioides. O repouso no leito, a passagem de sonda vesical de demora e a fisioterapia também são importantes medidas a serem consideradas. Já o tratamento definitivo deve ser individualizado, sendo a radioterapia com ou sem cirurgia descompressiva prévia o mais comum. Os pacientes com indicação de tratamento paliativo, não candidatos a cirurgia ou radioterapia, devem receber medidas gerais de suporte, conforto e controle da dor (SCHMIDT et al., 2005).

EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1 (múltipla escolha)

Sobre a Síndrome de Compressão Medular, assinale a alternativa correta:

- a) O padrão-ouro de exame de imagem para diagnóstico é o raio X de coluna.
- b) Entre os possíveis sintomas estão déficit motor, déficit esfincteriano e dor.
- c) Tem etiologia primária, não sendo causada por metástases.
- d) Não é uma emergência oncológica, visto que suas sequelas são sempre reversíveis.

Gabarito: Letra B.

Questão 2 (Múltipla Escolha)

Assinale a alternativa correta acerca da Síndrome de Compressão Medular:

- a) A etiologia mais frequente é Linfoma não-Hodgkin.
- b) A radioterapia só deve ser realizada em pacientes com cirurgia descompressiva prévia.
- c) O corticoide de escolha para aliviar dor e o edema é a dexametasona.

d) É contraindicado o uso de opioides em pacientes portadores dessa síndrome, sendo priorizado o uso de AINEs.

Gabarito: Letra C.

Questão 3 (Discursiva)

Explique brevemente a fisiopatologia da Síndrome de Compressão Medular.

Resposta: A Síndrome de Compressão Medular é uma emergência oncológica resultante de uma compressão mecânica da medula espinal, causada por tumor primário ou metástases. A invasão tumoral resulta em compressão do saco dural, edema vasogênico, edema citotóxico, isquemia e lesões neurológicas irreversíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FARIA, Eduarda Martins et al. **Fatores Prognósticos e Funcionalidade na Síndrome de Compressão Medular Metastática: um estudo de Coorte.** Revista Brasileira de Cancerologia, n. 68, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2160/1713>.

PAIVA, Carlos Eduardo et al. **O que o emergencista precisa saber sobre as Síndromes da Veia Cava Superior, Compressão Medular e Hipertensão Intracraniana.** Revista Brasileira de Cancerologia, n. 16, p. 289-296, 2008. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1727/1021>. Acesso em 09/06/2023.

SCHMIDT, Meic H; JR, Paul Klimo; VRIONIS, Frank D. **Metastatic Spinal Cord Compression. Journal of the National Comprehensive Cancer Network.** Florida, 3(5), pág. 711-719, setembro 2005. Disponível em <https://jncn.org/downloadpdf/journals/jnccn/3/5/article-p711.pdf>. Acesso em 15/06/2023.