

Mielite transversa aguda - relato de caso

Acute transverse myelitis - case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-107

Recebimento dos originais: 28/10/2022

Aceitação para publicação: 29/11/2022

Eder Cruz de Sousa

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: eder.sousa@medicina.uniceplac.edu.br

Wilson Tomaz da Silva Júnior

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: wil.jr.98@gmail.com

Letícia Matos Gonçalves

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: leticiamathos@gmail.com

Sarah Barreto Pinheiro Souza Pinto

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: barreto938@gmail.com

Anamaria Camargo Macedo

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: anamaria.c@hotmail.com

Marcos Masini

Graduado em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos

Endereço: SIGA Área Especial para Indústria, Lote 2-3, Scc St. Leste,
Gama - DF

E-mail: marcos.masini@uniceplac.edu.br

RESUMO

Este relato de caso tem uma abordagem estritamente científica, sem conflitos de interesses e respeita as múltiplas facetas éticas. Visa analisar um caso clínico de Mielite Transversa Aguda e suas repercussões para o paciente. A pesquisa se baseia no laudo médico final e dados de prontuário relacionados com a evolução do tratamento. A nosso ver, acrescentar elementos desconhecidos pela literatura atual promove novas evidências científicas que certamente trarão benefícios aos futuros pacientes e à comunidade.

Palavras-chave: mielite transversa, isquemia.

ABSTRACT

This case report has a strictly scientific approach, without conflicts of interest and respects multiple ethical facets. It aims to analyze a clinical case of Acute Transverse Myelitis and its repercussions for the patient. The research is based on the final medical report and medical record data related to the evolution of the treatment. In our view, adding elements unknown in the current literature promotes new scientific evidence that will certainly bring benefits to future patients and the community.

Keywords: transverse myelitis, ischemia.

1 INTRODUÇÃO

As mielopatias se referem a desordens patológicas que afetam a medula espinhal e englobam tanto distúrbios primários da própria medula, quanto as condições que a afetam secundariamente. Além disso, quando a afecção é de natureza inflamatória recebe a denominação mielite⁵.

A mielite transversa aguda (MTA) é definida como síndrome inflamatória aguda da medula espinhal, que pode resultar em disfunção motora, sensorial e autonômica^{12,13}. Os sinais e sintomas são geralmente bilaterais, no entanto, podem ser unilaterais ou assimétricos⁵.

Em relação ao diagnóstico, deve-se excluir a causa extrínseca de compressão medular, sendo necessária uma ressonância magnética (RM) para descartar lesões estruturais que necessitam de intervenções neurocirúrgicas urgente⁵. Por conseguinte, o tratamento da MTA inclui as causas subjacentes quando presentes, como infecções e autoimunes, reduzir a inflamação da medula espinhal e o alívio dos sintomas¹⁴.

Diante disso, percebe-se a relevância do tema para a saúde. O presente trabalho, sob uma abordagem estritamente científica e sem conflitos de interesses, visa analisar um caso de Mielite Transversa Aguda, bem como suas repercussões clínicas. A pesquisa irá se basear no laudo médico final e laudos de evolução do paciente em questão, respeitando as múltiplas facetas éticas que esse tipo de estudo exige e promovendo novas evidências científicas e benefícios sociais a longo prazo.

O objetivo geral é relatar um caso de Mielite Transversa Aguda e contextualizá-lo com a literatura atual e descrever aspectos particulares do caso relativos a etiopatogenia, a epidemiologia, as manifestações clínicas, a investigação diagnóstica, ao manejo e ao prognóstico.

O trabalho apresenta riscos ínfimos aos participantes, consistindo na análise de um caso pouco frequente em neurologia e na produção de dados essenciais voltadas ao controle e profilaxia dessa inflamação debilitante da medula espinhal, na conscientização dos profissionais da saúde acerca da possibilidade da ocorrência e de suas repercussões, além de oferecer melhor entendimento acerca da importância de uma adequada e breve resolução do quadro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo clínico observacional descritivo, longitudinal, não-controlado, de natureza *ex post facto* e prospectivo concorrente¹.

É igualmente um estudo de acurácia, uma vez que o objetivo é acompanhar o tratamento da mielite transversa aguda no indivíduo selecionado, obedecendo aos “três componentes fundamentais na realização do estudo de acurácia, o padrão ouro ou de referência, que é a forma de afirmar com precisão a existência ou não da doença; (1) o teste diagnóstico que é o que está sendo estudado, onde é importante a descrição de como, aonde, quando e quem realizou (2) o teste diagnóstico; (3) os resultados do teste”³.

É também de abordagem qualitativa e quantitativa, por usar métodos como observação, entrevista e discussão de critérios subjetivos em relação a doença e seu tratamento. E quantitativa, por se tratar de um método que utilizará de medições e conhecimentos consagrados acerca do assunto⁴.

O delineamento da pesquisa caracteriza-se como de campo, a qual possibilita o aprofundamento do fenômeno a ser estudado e ser fidedigno, visto que é desenvolvido no próprio local em que o alvo do estudo se encontra, onde o cenário a ser explorado consiste. Ademais, tem-se como instrumento conjunto uma revisão bibliográfica, tendo como objeto o indivíduo acometido por mielite transversa isquêmica aguda.

O estudo obedece as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), um órgão subordinado ao Ministério da Saúde que normatiza as diretrizes regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos na área de saúde e que exige previamente o consentimento esclarecido do participante em potencial, por meio da assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE). O participante tem o direito de se recusar a participar, e mesmo que aceite poderá desistir a qualquer momento.

A partir de informações originadas do doente e, através de uma cuidadosa observação clínica (anamnese e exame físico), são coletados dados relacionados ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia. A revisão sistemática é realizada após as pesquisas primárias para a determinação da melhor intervenção no tratamento ou na prevenção da doença, e contará com bases de dados internacionais como o Medline, Pubmed, Scielo, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), assim como bases regionais, LILACS, Portal Capes, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS MS.

3 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, sessenta e cinco anos, viúva, três filhos, católica, aposentada, ensino fundamental incompleto, residente de Cocalzinho de Goiás, sem viagens. Refere que acordou no dia 28/02/2019 com paresia de MMII, simétrica, força grau um associada a hipoestesia, retenção urinária e lombalgia. Compareceu nesse dia ao Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ), onde ficou internada por três dias e foi encaminhada ao Instituto Hospital de Base (IHB) para investigação diagnóstica pela neurologia.

Relatava ser ex-tabagista há dois anos (>30 unidades anos/maço), ex-etilista há dois anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS), esteatose hepática, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e obesidade. Em uso de medicações: Losartana 50 mg 12x12h, Hidroclorotiazida 25 mg/dia; Ácido acetilsalicílico (AAS) 200mg/dia; Anlodipino 5mg/dia; Sinvastatina 40mg/dia; Brometo de glicopirrônio 50mcg/dia; Formoterol 6 mcg + Budesonida 100mcg 12/12h. Referia irmã com câncer gástrico e mãe portadora de diabetes mellitus tipo dois.

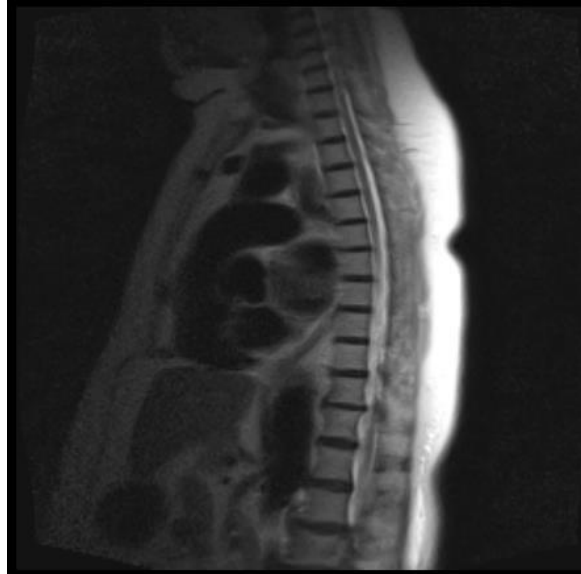
Ao exame físico em 03/03/2019, observou-se paciente em bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril ao toque, normocorada e hidratada. Aparelho cardiovascular com ritmos cardíacos regulares em dois tempos, bulhas hipofonéticas, sem sopros. Pressão arterial de 120x76 mmHg. Aparelho respiratório com murmúrios vesiculares fisiológicos sem ruídos adventícios. Neurológico com Escala de Coma de Gasglow (ECG): 15, lúcida, orientada, sem alterações de nível ou qualidade de consciência. Paciente em cadeira de rodas, mímica facial, fala, motricidade ocular extrínseca e pupilas isocóricas e fotorreagentes, paraplegia em membros inferiores, simétrica, força grau cinco em membros superiores. Paciente em uso de sonda vesical de demora. Sem sinais de rigidez de nuca e reflexos osteotendinosos normoativos.

Em 04/03/2019, os exames laboratoriais demonstraram: Cálcio 9,8 mg/dL; Cloreto 98 mEq/L; Creatinina 0,96 mg/dL; Fósforo 3,9 mg/dL; Glicose 151 mg/dL; Magnésio 2,1 mEq/L; Potássio 5,10 mg/dL; Sódio 133 mEq/L; TGO 23 UI/L; TGP 11 UI/L; Ureia 50 mg/dL; Hemoglobina 16 g/dL; Hematócrito 54,4%; Leucócitos 7.800 (12% Eosinófilos). Líquido Cefalorraquidiano (LCR) em 04/03: Pressão de abertura liquórica de 17cmH₂O; aspecto de água de rocha; sem intercorrências. Hemácias 22 /mm³; Células Nucleadas 1 /mm³; Glicose 88 mg/dL; Proteínas 45,5 mg/dL; Uréia 49 mg/dL; Cloro 114,5 mEq/L; TGO: 62 UI/L; LDH: 91 UI/L. Gasometria em 05/03/19 demonstra: pH 7,39; pO₂ 50,2 mmHg; pCO₂ 51,4 mmHg; HCO₃ 30,4 mmol/L; Saturação de O₂ 85,3%; nion-Gap 22,4; Lactato 3,0 mmol/L. E, por fim, em 06/03: Colesterol total 226 mg/dL; HDL 52 mg/dL; LDL 109 mg/dL; Triglicerídeos 323 mg/dL; Ureia 56 mg/dL; VHS 3 mm/h; INR 1,21; não reagente para HIV, chagas, anti-HBC, HBsAg e anti-HCV.

A Ressonância Magnética (RM) de coluna cervical e (torácica) dorsal (02/03/2019) demonstrou área hiperintensa em topografia de medula espinhal, estendendo-se do nível D8-D9 a D12- L1, predominando nos cornos anteriores, mas com algumas áreas de acometimento lateral à direita e à esquerda nos níveis mais superiores, o que indica a possibilidade de lesão de natureza isquêmica, podendo ser mielite ou infarto medular (figura 1). A Tomografia Computadorizada (TC) de tórax evidenciou ateromatose parietal fibrocalcificada da aorta torácica, revelando trombos intramurais em aorta torácica descendente, sem evidências de estenoses significativas, ateromatose coronariana e de troncos supra-aórticos. A TC de coluna torácica demonstrou espondiloartrose torácica, destacando-se estreitamento do forame neural esquerdo ao nível D11- D12. Exame liquórico sem intercorrências significativas.

O quadro clínico, no dia 02/04/2019, associado à área hiperintensa na RM e os achados dos exames complementares sugeriram o diagnóstico de paraparesia simétrica, com etiologia provável de mielite de causa vascular e obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Figura 1 - RNM de coluna cervical e torácica denotou área hiperintensa em topografia de medula espinhal estendendo-se do nível D8-D9 a D12- L1.



Fonte: Autor, 2019.

Foi instituído os medicamentos como prednisona 5mg/dia no dia 09/03/2019 e gabapentina 300 mg/noite no dia 02/04/2019 para controle da dor neuropática e a paciente foi encaminhada para reabilitação no Hospital de Apoio de Brasília (HAB).

A paciente foi então transferida do Instituto Hospital de Base (IHB) e admitida no dia 02/04/2019 no Hospital de Apoio de Brasília, onde realizou fisioterapia, tratamento da dor e da DPOC. Obteve alta no dia 08/07/2019, com o seguinte exame neurológico: força grau cinco em membro superior direito e esquerdo, força grau cinco em membro inferior direito e grau quatro em membro inferior esquerdo. Sensibilidade tátil e dolorosa: sensibilidade profunda presente. Posição segmentar presente e locomovendo-se com ajuda de um andador.

4 DISCUSSÃO

O termo mielopatia se refere a qualquer desordem patológica que afeta a medula espinhal. São, portanto, consideradas agudas quando os sintomas evoluem em um prazo de 21 dias. Além disso, quando a afecção é de natureza inflamatória recebe a denominação de mielite⁵.

A mielite transversa aguda é uma síndrome clínica na qual a medula espinhal é afetada de forma bilateral, resultando em alterações sensoriais ou motoras de ambos os lados do corpo⁵. É uma enfermidade de etiologias múltiplas, podendo decorrer de patologias inflamatórias, como esclerose múltipla, mielite para-infecciosa, doenças sistêmicas e infarto medular, ou de origem isquêmica, as quais instauram rapidamente um déficit motor e/ou sensitivo⁶.

Em relação à paciente, observa-se que a RM dorsal com sinal hiperintenso apresentou contribuição relevante para o diagnóstico, já que as manifestações clínicas súbitas eram altamente sugestivas de mielite aguda. A rápida formação do déficit motor indica uma maior probabilidade de mielite transversa aguda (MTA) ser de origem isquêmica⁶, sendo a causa aterosclerótica a mais comum de isquemia, seguida de dissecção aórtica ou cirurgia aórtica/stent, oclusão da artéria vertebral, hipotensão e embolia fibrocartilaginosa, embora nenhuma causa definida seja identificada em um número substancial de casos⁵.

As opções terapêuticas para o manejo da mielite transversa aguda consistem no alívio da inflamação da medula espinhal, tratamento da causa infecciosa de base, se presente, e melhora dos sintomas e complicações, como disfunções respiratórias, geniturinárias, intestinais, espasticidade e dor. A maioria dos pacientes é hospitalizada para observação e tratamento⁷. Ainda que não existam ensaios randomizados e estudos controle, o tratamento padrão da MTA consiste em terapia com o intuito de conter o processo inflamatório, sendo indicados anti-inflamatórios esteroides em altas doses intravenosas, como metilprednisolona em um regime terapêutico de 1.000mg/dia de 3 – 7 dias⁸.

Plasmaférese é indicada para os pacientes que não obtiveram melhora significativa com altas doses de corticosteroides, a fim de remover qualquer fator humoral que esteja contribuindo para o processo inflamatório. A dose típica é de 1,5 volumes de plasma em tratamentos por um período maior que 10 dias. Caso a plasmaférese e sua associação ao corticosteroide não seja eficiente, são utilizados outros recursos terapêuticos como imunossupressores, entre eles a ciclofosfamida, a azatioprima e o rituximab⁸.

O suporte respiratório de orofaringe e a avaliação regular dessas funções é fundamental, tendo em vista que a MTA pode ocasionar insuficiência respiratória, sendo necessário, em algumas situações, intubação para ventilação mecânica e alimentação parenteral temporária para minimizar o risco de pneumonia aspirativa⁷. Na fase aguda, pode haver retenção urinária, sendo necessário o uso de cateter uretral de demora e, após esse período, incontinência urinária e polaciúria, aliviados com a administração de anticolinérgicos. Concomitante a isso, pode ocorrer obstipação intestinal e também, disfunções sexuais são frequentes⁷.

A diminuição do tônus muscular e da força é frequente na fase aguda da mielite transversa, seguida por espasmos musculares involuntários e espasticidade, que podem ser minimizados com o uso de baclofeno, tizanidina e benzodiazepinas⁷.

A dor é comum durante e após um ataque de mielite e pode ser causada por uma lesão neuronal direta (dor neuropática) ou fatores ortopédicos envolvendo distúrbios posturais ou

bursite. A dor neuropática pode responder ao tratamento com agentes anticonvulsivos, antidepressivos, analgésicos não-esteroides e narcóticos⁷.

Inicialmente, a paciente recebeu suporte clínico e cuidados gerais para tratar a retenção urinária e constipação. Posteriormente, foi submetida ao tratamento medicamentoso com prednisona 5mg/dia e gabapentina 300 mg/noite para o tratamento da dor neuropática. Foi encaminhada para reabilitação na fisioterapia, a qual realizou fisioterapia por cerca de três meses, passando a deambular com auxílio de andador.

5 CONCLUSÃO

As mielopatias transversas isquêmicas agudas são raras e apresentam surgimento de sinais e sintomas de forma abrupta. Foi observado que, associado ao quadro clínico, a ressonância magnética foi de extrema importância para definição diagnóstica. Além disso, intervenções rápidas devem ser instituídas para amenizar o processo inflamatório, bem como um oferecer um suporte para redução das disfunções respiratórias, geniturinárias, intestinais, espasticidade e dor. Nem sempre, apesar do tratamento correto, o paciente recupera de forma integral, necessitando supervisão durante um prolongado período de sua vida.

REFERÊNCIAS

1. HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. *Acta Cirurgica Brasileira*, v. 20, n. suppl 2, p. 2–9, 2005.
2. ANDRADE, M. M. DE; MARTINS, J. A. DE A. *Introdução à metodologia do trabalho científico elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas, 2009.
3. SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 42, n. 1, p. 3, 30 mar. 2009.
4. HADDAD, N. *Metodologia de estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico*. São Paulo: Roca, 2004.
5. KRANZ, P. G.; AMRHEIN, T. J. Imaging Approach to Myelopathy. *Radiologic Clinics of North America*, v. 57, n. 2, p. 257–279, mar. 2019.
6. MASSON, C. Myélopathies aiguës transverses : myélopathie inflammatoire ou ischémique ? *La Presse Médicale*, v. 34, n. 12, p. 869–877, jul. 2005.
7. FROHMAN, E. M.; WINGERCHUK, D. M. Transverse Myelitis. *New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 6, p. 564–572, 5 ago. 2010.
8. WEST, T. W. Transverse Myelitis — a Review of the Presentation, Diagnosis, and Initial Management. *Discovery Medicine*, v. 16, n. 88, p. 167–177, 29 set. 2013.
9. ANNUNZIATA, P. et al. Clinical, laboratory features, and prognostic factors in adult acute transverse myelitis: an Italian multicenter study. *Neurological Sciences*, v. 40, n. 7, p. 1383–1391, jul. 2019.
10. CHAVES, M. et al. Acute transverse myelitis in Buenos Aires, Argentina. A retrospective cohort study of 8 years follow-up. *Neurología (English Edition)*, v. 27, n. 6, p. 348–353, jul. 2012.
11. PRADHAN, S.; KUMAR, A. Lower motor neuron paralysis with extensive cord atrophy in parainfectious acute transverse myelitis. *Annals of Indian Academy of Neurology*, v. 17, n. 3, p. 347, 2014.
12. MARRODAN, M. et al. Differential diagnosis in acute inflammatory myelitis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, v. 46, p. 102481, nov. 2020.
13. SMITH, E. et al. Frequency and etiology of acute transverse myelitis in Southern Finland. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, v. 46, p. 102562, nov. 2020.
14. CORWELL, B. N.; DAVIS, N. L. The Emergent Evaluation and Treatment of Neck and Back Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, v. 38, n. 1, p. 167–191, fev. 2020.://doi.org/10.34117/bjdv7n