

LIPOMATOSE EPIDURAL SECUNDÁRIA A CORTICOTERAPIA

EDUARDA CARNEIRO, IRENE BERNARDES, MARIA LUÍS RIBEIRO DA SILVA, JOAQUIM CRUZ
Serviço de Neurorradiologia. Hospital de S. João. Porto

RESUMO/SUMMARY

A lipomatose epidural consiste na deposição de gordura não encapsulada no espaço epidural da coluna vertebral. Trata-se de uma patologia rara podendo estar associada a níveis elevados de esteróides endógenos ou a corticoterapia prolongada. A precocidade de diagnóstico é fundamental uma vez que influencia a evolução clínica e a opção terapêutica, constituindo os exames imagiológicos, nomeadamente a Tomografia Computorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM), importantes meios de diagnóstico. Os autores descrevem um caso de um doente com quadro de insuficiência respiratória aguda e défice neurológico nos membros inferiores, a fazer altas doses de corticoterapia, com suspeita clínica inicial de linfoma e com diagnóstico final de lipomatose mediastínica e epidural. A propósito deste caso clínico os autores tecem alguns comentários sobre esta entidade.

Palavras-chave: Lipomatose epidural, corticoterapia, défice neurológico, ressonância magnética

INTRODUÇÃO

A lipomatose epidural (LE) consiste na deposição de gordura não encapsulada no espaço epidural da coluna vertebral, causando compressão do cordão medular ou do saco tecal. Trata-se de uma patologia rara podendo estar associada a níveis elevados de esteróides endógenos ou a corticoterapia prolongada, havendo casos descritos cuja causa é desconhecida¹. Cerca de 60% dos casos de LE surgem na coluna torácica, em 40% dos casos na coluna lombar, havendo envolvimento tóraco-lombar em cerca de

EPIDURAL LIPOMATOSIS INDUCED BY CORTICOSTEROID THERAPY

Spinal epidural lipomatosis is the excessive deposition of unencapsulated fat in the epidural space. This is a rare disorder often associated with high levels of endogenous steroids or the administration of exogenous steroids. A precocious diagnosis is important because it influences the clinical evolution and the therapeutics option. The computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are very important to the diagnosis.

Authors report a case of a mediastinal and epidural lipomatosis in a man receiving corticoid therapy, with symptoms consistent with acute respiratory failure and progressive paraparesis.

Key words: Lipomatosis, steroid treatment, neurologic deficit, magnetic resonance imaging (MRI)

16% dos casos. Ainda não foram descritos casos de LE cervical². Os autores descrevem um caso de lipomatose epidural em doente a fazer altas doses de corticoterapia por quadro de lombociatalgia de longa duração.

CASO CLÍNICO

Doente de 65 anos, sexo masculino, raça caucasiana, médico de profissão, com antecedentes de arritmia cardíaca e lombociatalgia ligeira bilateral, de longa data (mais marcada à esquerda). Por agravamento da lombociatalgia e

início de parestesias nos membros inferiores, iniciou automedicação com AINEs e prednisolona EV (150 mg/dia). Após de sete meses de terapêutica, para além de agravamento do quadro de paraparésia e lombociatalgias, desenvolve quadro de insuficiência respiratória aguda, que motivou recorrência a um Serviço de Urgência.

No exame objectivo o doente apresentava-se vigil, obeso (115 kg, com aumento de 25 kg em três meses), dispneia intensa e sons respiratórios globalmente diminuídos. No exame neurológico apresentava paraparésia com força muscular grau 2/5 e 3/5 nos membros inferiores esquerdo e direito, respectivamente. Apresentava ainda hipostesia e alterações da sensibilidade no território de L4 e L5, à esquerda. Reflexos rotulianos e aquilianos aumentados, bilateralmente, restantes reflexos osteotendinosos sem alterações. Sem alterações esfinterianas.

Nos exames auxiliares de diagnóstico apresentava analiticamente trombocitopenia, sem leucocitose ou leucopenia e hipoproteïnemia com hipoalbuminemia. Apresentava valores gasométricos consistentes com insuficiência respiratória hipoxémica, tendo sido internado numa Unidade de Cuidados Intensivos. No RX torácico (Figura 1) observava-se alargamento mediastínico. Perante estes exames preliminares foi colocada a hipótese de linfoma. Na electromiografia apresentava sinais de radiculopatias L4 e L5, mais marcada à esquerda. É realizada RM coluna dorso-lombar onde se observava no espaço epidural, área de hipersinal em T1 SE (Figura 2 e 3) e hipersinal, menos intenso, em T2 TSE; na região dorsal também se observava área de hipersinal ao longo do espaço epidural posterior, não tão marcado como na região lombar (Figura 4). Estas imagens eram compatíveis com aumento da gordura epidural, que condicionavam compressão sobre



Fig. 1 – RX tórax – Alargamento do mediastino

o saco tecal. Associadamente visualizava-se extrusão discal em L4-L5, que ocupava o recesso lateral esquerdo, com compressão da raiz L5 homolateral (Figura 3), para além de outros fenómenos degenerativos. Complementarmente foi

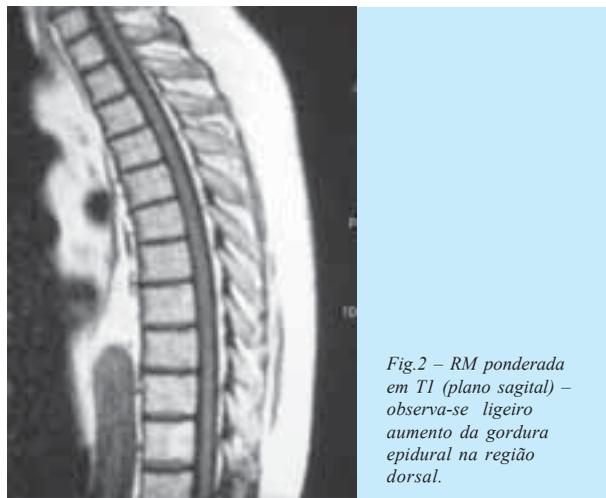


Fig. 2 – RM ponderada em T1 (plano sagital) – observa-se ligeiro aumento da gordura epidural na região dorsal.

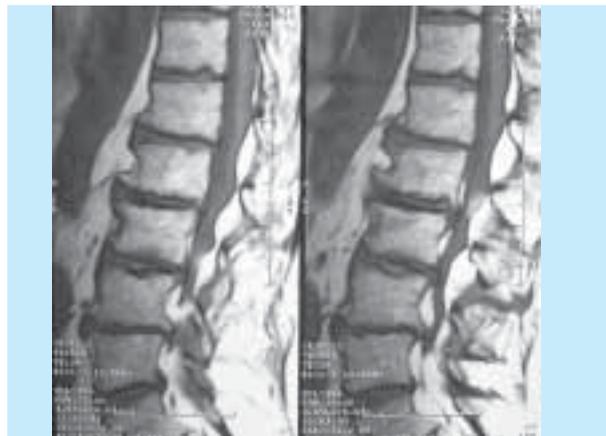


Fig. 3 – RM ponderada em T1 (plano sagital) – observa-se aumento da gordura epidural na região lombo-sagrada, de predomínio no espaço epidural posterior

realizada RM torácica que demonstrou marcado aumento da gordura mediastínica (Figura 5)

O doente foi submetido a intervenção cirúrgica, tendo-se realizado laminectomia de L4, remoção da apófise espinhosa de L4 e flavectomia de L3-L4 e L4-L5, com remoção de material lipomatoso epidural e fragmento herniário (ambos confirmados por exame anátomo-patológico). Os corticóides foram retirados gradualmente e iniciou fisioterapia quatro dias após a intervenção cirúrgica. À data de alta (16 dias após a intervenção cirúrgica) o doente apresentava paraparésia com força muscular grau 4/5 nos membros inferiores, com discreta

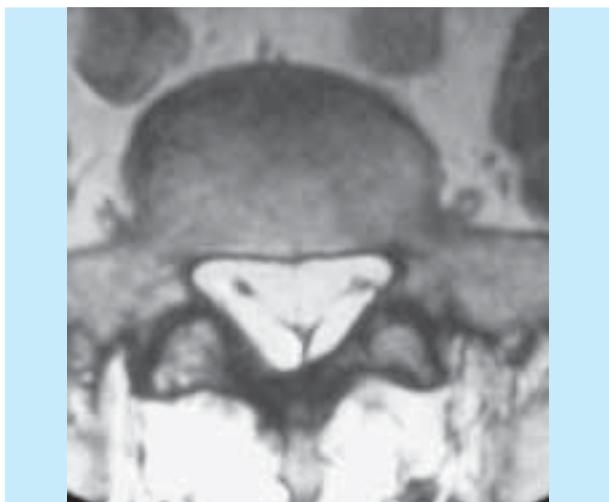


Fig. 4 – RM ponderada em T1 (plano axial) – aumento da gordura epidural na transição lombo-sagrada, adquirindo o “sinal do Y”, devido à compressão do saco tecal



Fig. 6 – RX tórax – mediastino com dimensões normais

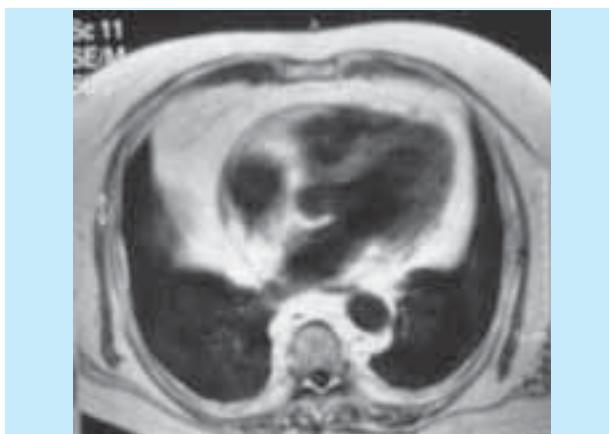


Fig. 5 – RM ponderada em T1 (plano axial) - presença de marcado aumento da gordura mediastínica

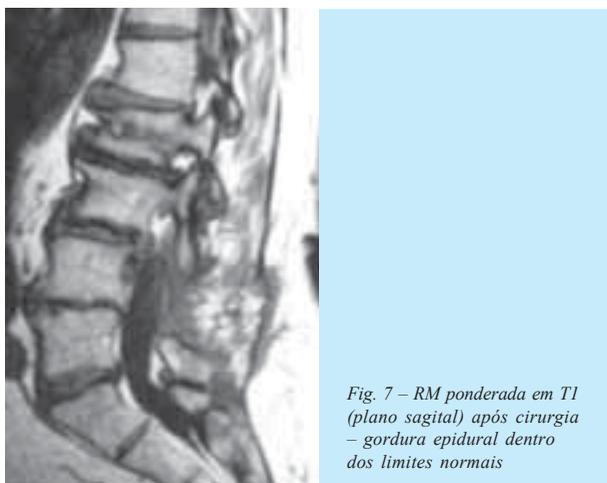


Fig. 7 – RM ponderada em T1 (plano sagital) após cirurgia – gordura epidural dentro dos limites normais

hipostesia no território L5 esquerdo.

Foi reavaliado clínica e imagiológicamente seis meses após o evento, tendo perdido 35 kg neste período e não apresentava défices neurológicos. No RX torácico não era visível alargamento do mediastino (Figura 6) e na RM coluna lombo-sagrada observava-se re-expansão do saco tecal, apresentando a gordura epidural dimensões dentro da normalidade (Figura 7 e 8).

DISCUSSÃO

A lipomatose é uma complicação relativamente rara da corticoterapia.⁴ O efeito sistémico da corticoterapia na acumulação de gordura ao nível da região torácica superior (*pescoço de búfalo*) é bem conhecido. A acumulação de tecido adiposo ao nível da região mediastínica, bem como no espaço epidural é mais rara, pelo que pode pôr

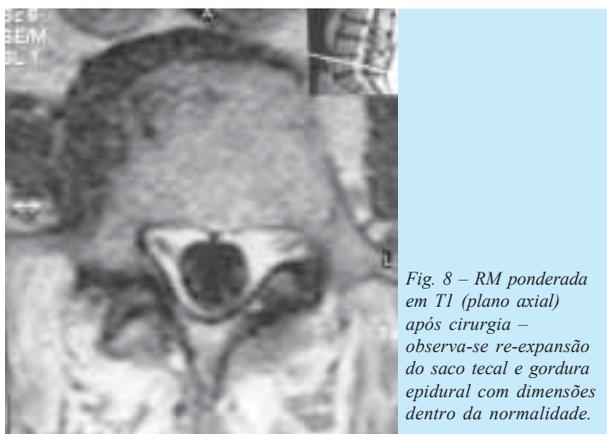


Fig. 8 – RM ponderada em T1 (plano axial) após cirurgia – observa-se re-expansão do saco tecal e gordura epidural com dimensões dentro da normalidade.

maiores dificuldades de diagnóstico e terapêutica precoces.^{2,3} Manifesta-se clinicamente por quadro de lombalgias, radiculopatia ou por sintomas de compressão medular, conforme o nível atingido. O período entre o início

da terapia corticóide e o início da sintomatologia é altamente variável e depende da dose terapêutica efectuada. Está descrito que para doses entre os 30-100 mg/dia de prednisolona o início de sintomatologia surge entre os dois a cinco anos^{2,9}. No nosso doente a precocidade do aparecimento da sintomatologia poderá ser explicada pelo facto de ter feito doses extremamente elevadas (150 mg/dia) de prednisolona associado à sua patologia degenerativa discal de base.

A TC e a RM têm um papel fundamental no diagnóstico destas entidades, sendo considerada a última o exame de escolha⁶. Na RM a gordura traduz-se por hipersinal em T1 SE e ligeiro hipersinal em T2 TSE. Na região lombar, o saco tecal adquire a aparência de uma estrela de três raios, denominada *sinhal do Y do saco tecal* (Figura 4), devido à compressão circunferencial provocada pela gordura sobre o saco tecal, considerado por alguns autores patogmónica de lipomatose epidural⁵. A espessura da gordura epidural lombar situa-se habitualmente entre os 3 e 6 mm no plano sagital⁷. Nos casos em que a LE se torna sintomática situa-se entre os 7 e 15 mm de espessura⁸.

O tratamento depende do quadro clínico e da certeza diagnóstica² (Quadro I). A indicação cirúrgica é determinada pelo quadro neurológico do doente, e deve ser o mais precoce possível pelo risco de progressão dos défices neurológicos⁹. No caso do doente apresentado a suspeita de se tratar de lipomatose era alta, e dado o quadro neurológico ser grave e ter patologia discal importante associada, foi decidido realização de intervenção cirúrgica. No entanto a possibilidade de se efectuar um tratamento conservador, com diminuição gradual da dose de corticóide, deve ser sempre ponderada, nomeadamente nos casos em

Quadro I - Quadro clínico e tratamento recomendado em doentes com suspeita de lipomatose epidural, a fazer corticoterapia

Quadro Clínico	Tratamento recomendado
Compressão medular; diagnóstico desconhecido	Laminectomia a vários níveis descompressiva
Sem compressão medular; diagnóstico diferencial entre neoplasia, hematoma, abscesso e lipomatose epidural	Laminectomia limitada a um nível; biópsia da lesão; tratamento adequado
Sem compressão medular; lipomatose epidural nos exames imagiológicos	Redução da corticoterapia; laminectomia se os sintomas não melhoram ou agravam

que o quadro clínico não for grave, já que estes doentes têm risco aumentado de complicações médicas pós-operatórias ≈20%)¹⁰, por frequentemente apresentarem uma condição imunológica e médica debilitada e que depende da patologia de base do doente.

A recuperação dos défices após a cirurgia, depende de variados factores, nomeadamente, da extensão da laminectomia, isto é, quanto mais extensa for a cirurgia pior é a recuperação; do local de abordagem, ou seja, os doentes operados à coluna lombar têm melhor recuperação do que aqueles cuja abordagem é a nível torácico. A dose de corticoterapia efectuada é também de grande importância, já que está descrito que doentes a fazer doses diárias abaixo dos 50 mg de prednisolona recuperam melhor e mais rapidamente do que doentes a fazer doses superiores a esta⁹.

CONCLUSÃO

A lipomatose epidural é a acumulação de gordura no espaço epidural, podendo provocar lombalgia, radiculopatia ou sintomas de compressão medular. Embora seja considerada uma complicação rara da corticoterapia, é importante o conhecimento desta entidade, já que o número de doentes a fazer este tipo de tratamento está a aumentar, o que consequentemente fará aumentar o número de casos de lipomatose epidural, que deve ser diagnosticada e tratada tão precocemente quanto possível. Os exames imagiológicos, nomeadamente a TC e principalmente a R M, são fundamentais para o seu diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

- OSBORN A: Tumors, cysts, and tumorlike lesions of the spine and spinal cord: lipomatosis epidural. In: Diagnostic neuroradiology. Mosby, 1994: p885
- FESSLER RG, DOUGLAS L, BROWN FD, ERIKSON RK, REID SA, KRANZLER L: Epidural lipomatosis in steroid-treated patients. Spine 1992; 17:183-188
- HUMBLLOT S, WEBWE JC, KORGANOW AS, HAMMANN B, PASQUALI JL, MARTIN T: Lipomatosis induced by corticosteroid therapy. Rev Med Interne 1997;18(5):396-401
- MANZANERA JL: Lipomatosis due to chronic steroid therapy. Prescrire Int 1999;8(41):84-5.
- KUHN MJ, YOUSEFF HT, SWAN TL, SWENSON LC: Lumbar epidural lipomatosis secondary: The « Y » signal of thecal sac compression. Comp Imaging Graph 1994;18:367-372
- ROBERTSON SC, TRAYNELIS VC, FOLLETT KA, MENEZES AH: Idiopathic spinal epidural lipomatosis: Neurosurgery 1997; 41(1):68-74
- KUMAR K, NATH RKN AIR CV TCHANG SP: Symptomatic epidural lipomatosis secondary to obesity. J Neurosurgery 1996; 85:348-350
- QUINT DJ, BOULOS RS, SANDERS WP: Epidural lipomatosis. Radiology 1988;169:485-490
- ROY-CAMILLE R, MAZEL CH, HUSSON JL, SAILLANT G: Symptomatic spinal epidural lipomatosis induced by a long-term steroid treatment. Spine 1991;16:1365-1371
- STAMBOURGH JL, CHEEKS ML, KEIPER GL: Nonglucocorticoid-induced lumbar epidural lipomatosis: a case report and review of the literature. J Spinal Disorders 1989;2:201-207