

MIELITE TRANSVERSA

TERESA C. MONTEIRO, PAULA ESPERANÇA,
ISABEL BAPTISTA, LUISA MEDEIROS,
JOAQUIM CANDIDO

Serviço de Medicina. Unidade de Neurologia e Neurofisiologia.
Hospital de S. José. Lisboa

RESUMO

Os autores apresentam três casos de mielite transversa de instalação aguda em doentes jovens, salientando a possível gravidade do quadro neurológico, a necessidade de excluir uma causa potencialmente tratável e a controversia da terapêutica com corticosteroides.

SUMMARY

Transverse Myelitis – Three clinical reports

The authors report three clinical cases of acute transverse myelitis in young patients with emphasis given to the seriousness of this kind of pathology, the need to exclude a potentially treatable cause and the controversial corticosteroid treatment.

INTRODUÇÃO

A mielite transversa aguda (MTA) é uma entidade neurológica que se caracteriza por um compromisso de toda a área medular, ou seja, das substâncias cinzenta e branca da medula. Clinicamente manifesta-se por um síndrome medular com:

- tetraplegia / parésia ou paraplegia / parésia, consoante a lesão for respectivamente cervical ou dorsal e lombar.
- abolição ou diminuição da sensibilidade superficial e/ou profunda abaixo do nível da lesão.
- alteração dos reflexos osteo-tendinosos.
- alteração do tônus muscular.
- disfunção dos esfíncteres vesical e anal¹.
- alterações do sistema nervoso autónomo

Apesar do quadro clínico se instalar em horas ou dias, a sua recuperação parcial ou completa pode durar meses.

A MTA pode ter várias etiologias, sendo as mais frequentes:

- compressões medulares (ex : tumores intra e extra-medulares, abscesso epidural)
- traumatismos vertebro-medulares
- infecções bacterianas (ex : treponema, bacilo de Koch, leptospira, riquetsia), virais (ex : influenza, herpes zoster e herpes simples, citomegalovirus, virus de Epstein-

Barr, virus do síndrome de imunodeficiência adquirida), fungicas ou parasitárias

- vasculites (ex : lupus eritematoso disseminado, artrite reumatóide)
- doenças vasculares (ex : acidente vascular isquémico ou hemorrágico, malformações arterio-venosas)
- pós vacinal (ex : tétano)
- doenças dismielinizantes (ex : a mielite pode ser a 1ª manifestação de uma esclerose múltipla)
- síndromes paraneoplásicas (ex : linfomas, carcinoma oat-cell do pulmão, carcinoma do ovário)
- iaterogénicas (ex : pós radiação)

Quando a história clínica, os exames laboratoriais e imagiológicos não nos permitem determinar uma causa estamos perante uma MTA idiopática².

Os corticosteroides têm sido usados na terapêutica da MTA idiopática, mas a sua eficácia é controversa³.

A investigação diagnóstica da MTA exige o despiste prioritário das causas potencialmente tratáveis^{4,5,6}.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Doente do sexo masculino, 26 anos, raça caucasiana, trabalhador rural, internado a 5.07.93 por diminuição da força muscular nos membros inferiores.

Quadro 1 – Resumo dos dados clínicos (história clínica)

	DOENTE 1	DOENTE 2	DOENTE 3
Idade (anos)	26	48	24
Raça	caucasiana	caucasiana	caucasiana
Sexo	masculino	masculino	masculino
História prévia	irrelevante	irrelevante	irrelevante
Teste muscular	força muscular grau 1	força muscular grau 1	força muscular grau 0
Nível de sensibilidade	D7	D7-D8	C7-D1
ROT*	diminuídos	diminuídos	abolidos
RCP**	indiferentes	indiferentes	indiferentes

*Reflexos osteo-tendinoso; **Reflexos cutâneo-plantares

Em 48 horas, instalou-se um quadro de paraparésia assimétrica, com nível de sensibilidade D7 e retenção urinária (Quadro 1).

Não houve história de traumatismos vertebro-medulares, síndrome febril à data da instalação do quadro clínico, vacinações, factores de risco para doenças vasculares, surtos de doença desmielinizante ou terapêutica com radiações.

Os estudos citoquímico, imunoelctroforético, bacteriológico do liquor não revelaram alterações.

A serologia para o vírus herpes simples 2 - IgM foi positiva em 2 determinações.

As restantes serologias para doenças infecciosas foram negativas.

A ressonância magnética nuclear (RMN) cranio-encefálica não apresentou alterações e a RMN cervico-dorsal revelou um alargamento no segmento medular dorsal inferior, compatível com mielite.

Os testes dirigidos ao despiste de doenças auto-imunes como a velocidade de sedimentação, os anticorpos antinucleares, o factor reumatóide e os imunocomplexos circulantes foram negativos.

Os potenciais evocados auditivos e visuais não revelaram alterações (Quadro 2).

O doente fez terapêutica com dexametasona na dose de 12 mg / ev / dia, durante 8 dias, com melhoria gradual do quadro clínico.

Ao 30º dia de internamento não apresentava défices da força muscular nem da sensibilidade, tinha controlo de esfíncteres e, funcionalmente, era independente na marcha sem auxiliares e nas restantes actividades da vida diária.

Teve alta clínica com o diagnóstico de MTA de provável etiologia viral - herpes simples 2.

CASO CLÍNICO 2

Doente do sexo masculino, 48 anos, raça caucasiana, empregado de escritório, que a 15.05.93, iniciou um quadro de dorso-lombalgias resistente à terapêutica sintomática.

Uma semana depois, o quadro complicou-se por parestesias e disestesias nos membros inferiores, paragem da emissão de fezes e dificuldade em iniciar a micção.

Por apresentar uma paraparésia e um nível de sensibilidade D7-D8 foi internado, a 6.06.93, no Serviço de Medicina (Quadro 1).

Não houve história de traumatismos vertebro-medulares, síndrome febril à data da instalação do quadro clínico, vacinações, factores de risco para doenças vasculares, surtos de doença desmielinizante ou terapêutica com radiações.

Os estudos citoquímico, imunoelctroforético, bacteriológico e imunológico do liquor não revelaram alterações.

A RMN cranio-encefálica não apresentou alterações e a RMN cervico-dorsal revelou um alargamento difuso da medula dorsal, compatível com mielite.

Quadro 2 – Resumo dos exames complementares de diagnóstico

	DOENTE 1	DOENTE 2	DOENTE 3
Estudo do Liquor	normal	normal	aumento de IgG sem banda oligoclonal
Mielografia	não	não	alargamento difuso da transição cervico-dorsal
RMN cranio-encefálico	sem alterações	sem alterações	sem alterações
RMN medular	alargamento do segmento dorsal inferior	alargamento difuso do segmento dorsal	aumento das dimensões da medula na transição cervico-dorsal (C6-D3)
PEA e PEV*	sem alterações	sem alterações	sem alterações
Serologias para doença infecciosa	HSV 2 IgM +	negativas	negativas
Testes para despiste de doenças auto-imunes	negativos	negativos	negativos

*Potenciais evocados auditivos e visuais

Os restantes exames complementares de diagnóstico, semelhantes aos realizados no caso clínico 1, não apresentaram alterações (*Quadro 2*).

Não foi efectuada terapêutica com corticosteroides.

À data da alta, a 4.08.93, o doente apresentava uma força muscular normal, abolição da sensibilidade proprioceptiva e bexiga neurogênea. Era independente na marcha com andarilho (*Quadro 3*).

O doente foi transferido para um Serviço de Reabilitação, para recuperação funcional, com o diagnóstico de MTA idiopática.

Quadro 3 – Resumo da terapêutica e resultados

	DOENTE 1	DOENTE 2	DOENTE 3
Dexametasona	sim	não	sim
Metilprednisolona	não	não	sim
Recuperação	completa	parcial	nula

CASO CLÍNICO 3

Doente do sexo masculino, 24 anos, raça caucasiana, empregado da indústria hoteleira que a 2.05.93 iniciou um quadro de hiperestesia no tronco e nos membros inferiores que evoluiu, algumas horas depois, para uma dor intensa a nível dorso-lombar.

Após as primeiras 24 horas, houve regressão das queixas álgicas e instalou-se um quadro de tetraparésia com paraplegia flácida, com nível de sensibilidade C7-D1 e compromisso esfíncteriano (*Quadro 1*).

Não houve história de traumatismos vertebro-medulares, síndrome febril à data da instalação do quadro clínico, vacinações, factores de risco para doenças vasculares, surtos de doença desmielinizante ou terapêutica com radiações.

O estudo imuno-electroforético do liquor revelou um aumento de IgG, sem banda oligoclonal.

Os estudos citoquímico, bacteriológico e imunológico do liquor não revelaram alterações.

A RMN cranio-encefálica não apresentou alterações e a RMN cervico-dorsal revelou um aumento das dimensões da medula na transição cervico-dorsal, de limites difíceis de definir (C6 a D3 ?).

Os potenciais evocados somato-sensitivos (nervo tibial posterior bilateral) estavam abolidos. Os potenciais evocados somato-sensitivos do mediano bilateral, potenciais evocados visuais e auditivos foram normais.

A mielografia cervical e dorsal revelou um discreto aumento fusiforme do calibre da medula a nível da região cervical inferior e da transição cervico-dorsal.

Os restantes exames complementares não demonstraram alterações (*Quadro 2*).

O doente fez terapêutica com dexametasona na dose de 12 mg / ev / dia, durante 3 dias seguida de metilprednisolona na dose de 1g / ev / dia, durante 5 dias, sem melhoria clínica (*Quadro 3*).

Como intercorrência verificou-se uma escara sagrada de grau 3 que exigiu tratamento cirúrgico.

Não houve recuperação clínica e, a 18.10.93. (5 meses

depois), foi transferido para um Serviço de Reabilitação, com o diagnóstico de MTA idiopática.

DISCUSSÃO

Os três casos clínicos em causa verificaram-se no mesmo trimestre (Maio a Julho de 93), foram provenientes de diferentes zonas do país e em nenhum dos casos houve antecedentes de traumatismo, infecção, vacinação, exposição a radiações, factores de risco para doenças vasculares, surtos de doença desmielinizante ou síndrome febril à data da instalação do quadro neurológico.

Em nenhum dos doentes foi detectada uma neoplasia oculta.

Não foi encontrada a etiologia em dois casos (MTA idiopática) e no restante admitiu-se como provável a etiologia viral, por apresentar uma serologia para o vírus herpes simples 2 - IgM positiva em 2 determinações.

A atitude terapêutica e a evolução clínica foram diferentes nos três casos :

- no caso clínico 1, assistiu-se a uma melhoria clínica desde o início do tratamento.
- no caso clínico 2, não foram administrados corticosteroides dado o doente ter sido internado no Serviço após a fase aguda, a única altura em que, eventualmente, esta terapêutica estaria indicada. O doente recuperou parcialmente sem administração de corticosteroides.
- no caso clínico 3, para além da dexametasona administrou-se metilprednisolona pelo facto do quadro clínico ter sido mais grave e não ter respondido à terapêutica inicial. O doente não recuperou.

A indicação e a eficácia dos corticosteroides na MTA é controversa, sendo escassa a literatura encontrada sobre a utilização destes fármacos na MTA idiopática.

Os diferentes resultados que têm sido obtidos poderão estar relacionados com variáveis tais como a dose, a frequência e a via de administração dos corticoides e ainda com a gravidade e tempo de evolução do quadro neurológico antes da instituição da terapêutica³.

Na experiência de Dowling e Bosch³, a resposta à administração de corticosteroides foi favorável, em doenças neurológicas agudas de carácter inflamatório como a MTA, o Síndrome de Guillain-Barré e ainda a esclerose múltipla em fase de exacerbação : em 15 doentes tratados com doses elevadas de corticosteroides por via endovenosa, 10 apresentaram uma melhoria clínica significativa em 72 a 96 horas ; a maioria dos doentes que não respondeu à terapêutica iniciou a mesma tardiamente (14 a 28 dias após o início do quadro neurológico). Dos 15 doentes, 3 apresentaram MTA e verificou-se uma resposta à terapêutica em 2 destes casos.

Nos estudos de Popper e Poskanzer⁷ apenas 7 de 52 doentes readquiriram a marcha ao fim de três semanas e apenas 18 de 34 doentes, nos estudos de Lipton e Teasdall⁸, foram independentes na marcha com auxiliares, entre o 3º e o 6º mês de evolução.

Nos doentes acima mencionados, a melhoria clínica poderá estar relacionada com a administração de corticoides.

No entanto, o seu mecanismo de acção nesta patologia continua por esclarecer, não havendo consenso no critério de utilização.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelly, C.E., Mathews, Y., Noskin, G.A. - Acute transverse myelitis in the emergency department : a case report and review of the literature. *J-Emerg-Med* 1991 Nov / Dec ; 72 (2) : 417-20.
2. Tippett, D.S., Fishman, P.S., Panitch, H.S. - Relapsing transverse myelitis. *Neurology* 1991 May ; 41 (5) : 703-6.
3. Dowling, P.C., Bosch, V.V., Cock, S.D. - Possible beneficial effect of high-dose intravenous steroid therapy in acute demyelinating disease and transverse myelitis. *Neurology* 1980 July ; 30 (2) : 33-36.
4. Berman, M., Feldman, S., Alter, M. et al. - Acute transverse myelitis : incidence and etiologic considerations. *Neurology* 1981 ; 31 : 966-71.
5. Austin, S.G., Zee, C.S., Waters, C. - The role of magnetic resonance imaging in acute transverse myelitis. *Can. J. Neurol- Sci* 1992 Nov ; 19 (4) : 508-11.
6. Miska, R.M., Pojunas, K.W., McQuillen, M.P. - Cranial magnetic resonance imaging in the evaluation of myelopathy of indetermined etiology. *Neurology* 1987 ; 37 : 840-43.
7. Ropper, A.H., Poskanzer, D.C. - The prognosis of acute and subacute transverse myelopathy based on early signs and symptoms. *Ann. Neurol.* 1978 ; 4 : 51-59.
8. Lipton, H.L., Teasdall, R.D. - Acute transverse myelitis in adults. *Arch. Neurol.* 1973 ; 28 : 252-57.