

Emergências Oncológicas - Síndrome de Compressão Medular na Emergência

Autores e Afiliação:

José Maurício S C Mota. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, ex-médico assistente da Unidade de Emergência, FMRP-USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

1. Reconhecer casos suspeitos para síndrome de compressão medular (SCM).
2. Identificar os exames a serem solicitados em caso de SCM e fornecer o tratamento inicial de casos de SCM.

Data da última alteração: segunda, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: segunda, 06 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Invasão ou compressão do saco dural por neoplasias localmente avançadas ou metástases ósseas ou epidurais.

Neoplasias mais comuns:

Próstata

Mama

Pulmão

Linfomas

Mieloma múltiplo

Tumores medulares

Carcinoma renal

Localização mais comum:

- Cervical - 15%
- Torácica - 60%
- Lombossacra - 25%
- Simultâneos - 20-35%

Quadro clínico:

Tempo médio início de sintomas para diagnóstico: 2 meses

Pode ser a manifestação inicial de neoplasia em até 1/5 dos pacientes Dor (95% dos pacientes).

Tipos de dor:

1. Dor localizada: geralmente é o primeiro sintoma: constante, localizada no dorso, sem piora com movimento, sem alívio ao deitar, causada por estiramento periosteal;
 2. Dor espinhal axial: dor que piora com os movimentos e melhora com repouso, causada por instabilidade, colapso vertebral e/ou deformidade espinhal;
 3. Dor radicular: constante, piora com movimentos, segue distribuição radicular, associada a parestias e alterações de sensibilidade, causada por compressão radicular;
- Parestia com síndrome de 1º ou 2º neurônio motor.

Disautonomias (ex. incontinência urinária ou fecal): ocorre em quadros mais tardios, marcador de mau prognóstico.

Diagnóstico:

Quadro clínico de SCM associado a exame de imagem demonstrando compressão dural. Considerar "compressão subclínica" se imagem compatível sem manifestação clínica de SCM.

Exames Complementares:

Na suspeita clínica, solicitar exame de imagem.

- Em situações ideais, solicitar RNM de coluna total (até 1/3 tem múltiplas lesões).
- TC pode ser realizada em casos de RNM indisponível.

Tratamento:

Tratamento clínico inicial:

1. Repouso absoluto no leito até excluir instabilidade;
2. Tratamento de suporte: analgesia, evitar constipação, prevenção de TEV;
3. Corticóides:
 - Dexametasona 4 mg 6/6 h (pode fazer 20 mg em bólus como dose de ataque) *;
 - Uso de altas doses (dexametasona 96 mg/dia) não está indicada;
 - Objetivo: aumentar taxa e deambulação e contribui para analgesia.

* Apesar de ser prática comum, há pouca evidência a respeito da função da dose de ataque.

- Sempre associar protetor gástrico e monitorar glicemia se uso de corticóide em altas doses.

1. Decisão do tratamento oncológico específico deve ser tomada em conjunto com oncologista, cirurgião de coluna (ortopedista ou neurocirurgião) e radioterapeuta.
2. Cirurgia de descompressão seguida de radioterapia (é o tratamento de escolha, mas nem todos pacientes serão elegíveis) OU
3. Radioterapia exclusiva (para pacientes não candidatos à cirurgia e com tumores radiosensíveis) OU Tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia) * OU
3. Cuidado paliativo exclusivo (Tabela 1).

* Tratamento sistêmico raramente tem papel na SCM aguda, por respostas serem mais tardias e imprevisíveis. Discutir tratamento sistêmico em bases individuais com Oncologia Clínica após estabilização do quadro.

Fatores associados à melhor resposta da radioterapia: bom status neurológico prévio, velocidade de instalação do déficit motor > 14 dias.

- Fatores associados à maior sobrevida: função motora preservada antes do tratamento, tumores radiosensíveis (pequenas células, linfomas, mieloma múltiplo, germinativos), ausência de metástases viscerais, sítio único de compressão, velocidade de instalação dos sintomas.

Referências Bibliográficas:

1. PMID: 18420159
2. PMID: 15629272
3. PMID: 23065671
4. PMID: 19447306
5. PMID: 27199232
6. PMID: 18843728

Anexos:

Tabela 1: Porcentagem de pacientes que evoluíram a óbito em 2 meses e escores correspondentes.

Tabela 1 - Porcentagem de pacientes que evoluíram a óbito em 2 meses e escores correspondentes

Característica	Porcentagem de óbito em 2 meses	Escore
ECOG		
2	2%	0
3-4	37%	4
Tipo de tumor		
Câncer de mama	9%	1
Câncer de próstata	15%	2
Mieloma/linfoma	6%	1
Câncer de pulmão	32%	3
Outros	27%	3
Outros sítios de metástases		
ósseas		
Não	12%	1
Sim	26%	3
Metástases viscerais		
Não	6%	1
Sim	40%	4
Intervalo do diagnóstico de câncer para o surgimento de SCM		
≤15 meses	27%	3
>15 meses	11%	1
Status ambulatorial antes da radioterapia		
Não ambulatorial	39%	4
Ambulatorial	8%	1
Tempo para desenvolver déficits motores		
1-7 dias	41%	4
>7 dias	10%	1

Escore ≥ 24 pontos: alta probabilidade de óbito em < 2 meses (baseado em Rades D et al. Cancer. 2012)