

**Compressão medular por metástase de carcinoma de mama**

*Marcelle de Novaes Tavares<sup>1</sup>, Tchandra Andrade Gomide<sup>1</sup>, Fernanda Teodora de Souza Abrantes<sup>1</sup>, Amanda Moreira Pimentel<sup>1</sup>, Natália Canêdo Almeida<sup>1</sup>, Henrique Rivoli Rossi<sup>1</sup>, Janine Capobiango Martins<sup>2</sup>, Nathália Monerat Pinto Blazuti Barreto<sup>2</sup>, Leonardo José de Mendonça Araújo<sup>3</sup>*

*1- Acadêmica do curso de Medicina do UniFoa*

*2- Médica residente em Clínica Médica em Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa*

*3- Médico especialista em Neurologia, Orientador*

**Introdução:**

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres e o segundo tipo mais frequente no mundo. Aproximadamente 30% dos pacientes com carcinoma de mama evoluem para doença metastática, sendo que o envolvimento ósseo é frequentemente notado. Quando sintomática, a metástase de coluna vertebral causa dor intratável, deterioração neurológica, instabilidade, fratura patológica, deformidade e compressão medular (CM), necessitando intervenção cirúrgica.<sup>1</sup> Em cerca de 20% dos pacientes que apresentam metástase na coluna pode ser observada compressão medular, porém esse número pode chegar a 50% devido à demora na procura por atendimento especializado ou pela insistência em tratamentos analgésicos, retardando assim a investigação.<sup>2,3</sup> A CM pode ser devido à compressão tumoral direta ou por colapso de um corpo vertebral por invasão tumoral, e sem tratamento adequado é fonte de significativa morbidade e mortalidade, dor intensa, paralisia, incontinência urinária e piora da qualidade de vida.<sup>3,4</sup>

**Objetivos:**

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente apresentando compressão medular por metástase de carcinoma de mama.

**Relato de Experiência:**

RCP, 51, sexo feminino, faxineira aposentada, residente de Barra Mansa – RJ. Há cerca de 5 anos, paciente foi diagnosticada com carcinoma de mama, sendo submetida à quadrantectomia e linfadectomia axilar à esquerda no mesmo ano, e

à quimioterapia e radioterapia no ano seguinte. Após o término de ambas, iniciou tratamento com Tamoxifeno e seguimento ambulatorial. Durante exames de controle foram constatados nódulos pulmonares metastáticos à radiografia de tórax, os quais foram confirmados por tomografia computadorizada (TC). Sendo reiniciada quimioterapia oral. Cerca de um ano após, foram visualizadas metástases em radiografia de coluna. Em cintilografia óssea foi evidenciado aumento da atividade osteogênica em coluna tóraco-lombar (D7/D8, D12 e L2/L3). Durante esse período, apresentou-se para consulta em pronto socorro de hospital de nível terciário, com queixa de tremores, parestesia de membros superiores (MMSS), desorientação e síncope. Em uso contínuo de Tramadol e Codeína para algia intensa em membros superiores e coluna tóraco-dorsal. Através dos exames laboratoriais solicitados na internação, foi constatada a presença de infecção urinária, a qual foi tratada inicialmente com Ampicilina. No terceiro dia de internação permaneceu com piúria maciça e sem melhora clínica, associou-se Ciprofloxacino. Em TC da coluna torácica solicitada no momento da internação, foram observadas lesões osteolíticas vertebrais sugestivas de implante secundário associadas a massa de partes moles perivertebrais com aparente extensão intrarraquiana, em TC de coluna lombar foram descritas osteo-artroses e discopatias degenerativas. Por volta do quinto dia de internação, paciente evoluiu com oligoanúria, hematúria macroscópica e piora laboratorial, mantendo leucocitose, sendo optado por suspender Ampicilina e associar Ceftriaxone ao Ciprofloxacino. Evoluiu em poucos dias com perda de sensibilidade em abdome, pelve e membros inferiores (MMII). Ao exame físico, a paciente apresentava edema importante e plegia de MMII, assim como períodos de alucinações visual e auditiva associadas. Após término da antibioticoterapia e considerável melhora clínica, foi realizada tentativa de desmame de sonda vesical sem sucesso. Paciente recebe alta com sondagem vesical.

**Conclusão:**

A compressão medular é uma emergência médica, e a falha na suspeita diagnóstica e a demora no início do tratamento aumentam a probabilidade de déficit neurológico permanente do paciente. Assim como a velocidade de instalação das manifestações clínicas determina a gravidade do caso, e a manutenção do quadro por mais de sete dias o torna irreversível. Desta maneira, é necessária a avaliação do paciente para definição da melhor conduta terapêutica, preocupando-se com o tipo de tumor, sua

localização e agressividade, sensibilidade à radioterapia, status funcional do paciente e exame neurológico. Os objetivos terapêuticos devem incluir alívio da dor, estabilização da coluna e manutenção ou melhora da função neurológica. Deve-se entender que o tratamento é paliativo, visto que a expectativa de vida desses pacientes varia de 4 a 15 meses.

**Referências Bibliográficas:**

- 1- OLIVEIRA JUNIOR, Alex Veneziano; BORTOLETTO, Adalberto and RODRIGUES, Luiz Claudio Lacerda. **Avaliação do tratamento cirúrgico nos pacientes com metástase vertebral secundária ao carcinoma de mama.** Coluna/Columna[online]. 2012, vol.11, n.3, pp. 226-229. ISSN 1808-1851.
- 2- FALAVIGNA, Asdrubal; RIGHESSO NETO, Orlando; IOPPI, Ana Elisa Empinotti and GRASSELLI, Juliana. Metástases do segmento torácico e lombar da coluna vertebral: estudo prospectivo comparativo entre o tratamento cirúrgico e radioterápico com a imobilização externa e radioterapia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2007, vol.65, n.3b, pp. 889-895. ISSN 0004-282X.
- 3- JOAQUIM, A.F.; MATURANA, F.A.P.; ANDERLE, D.V.; ZAMBELLI, H.J.L.; MALDAUN, M.V.C. Metástases na coluna vertebral. *Rev Neurocienc* 2007;15:240-245.
- 4- PATCHELL, Roy A. et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. *The Lancet*, v. 366, n. 9486, p. 643-648, 2005.
- 5- ALMEIDA, R. et al. Metástases da Coluna. Revisão de uma População Hospitalar. *Medicina Interna*, 1996, vol 3, n.4, pp. 212-215.
- 6- BACH, F.; LARSEN, B. H.; ROHDE, K.; BØRGESEN, S.; GJERRIS, F.; BØGERASMUSSEN, T.; SØRENSEN, P. S. (1990). Metastatic spinal cord compression. *Acta neurochirurgica*, 107(1-2), 37-43.
- 7- GIACOMINI, Leonardo, et al. Há um período exato para cirurgia em pacientes com paraplegia secundária à compressão medular não traumática?. *Einstein (16794508)* 10.4 (2012).
- 8- HARRIES, B. (1970). Spinal cord compression. *British medical journal*, 1(5696), 611.
- 9- MIRANDA, Christiana Maia Nobre Rocha de et al. A tomografia computadorizada *multislice* é ferramenta importante para o estadiamento e seguimento do câncer de mama?. *Radiol Bras* [online]. 2012, vol.45, n.2, pp. 105-112. ISSN 0100-3984.

Palavras-chave: compressão medular; carcinoma de mama; metástase vertebral.

[marcellentavares@gmail.com](mailto:marcellentavares@gmail.com)