

MIELITE TRANSVERSA POS-INFECCIOSA E ESPINHA BÍFIDA TORÁCICA

REGISTRO DE UM CASO

*LUIZ AUGUSTO F. ANDRADE **
*PEDRO SIMÕES ROSADO ***

Espinha bífida oculta não é condição rara, especialmente quando se considera seu aparecimento na coluna lombossacra ou cervical. Entretanto, pacientes com esta malformação no segmento torácico da coluna vertebral são considerados como minoria. Na série publicada por Inzrahm e Swan², em que 546 casos de espinha bífida e crânio bífido foram apresentados (462 pacientes com espinha bífida) apenas 39 tinham a anormalidade congênita na região torácica (menos de 10%).

Muitas infecções comprometendo estruturas extraneurais de natureza bacteriana ou viral podem desencadear complicações neurológicas durante ou após o seu curso clínico. Algumas destas complicações podem ser explicadas pela simples invasão das estruturas nervosas pelo agente infeccioso. Outro grupo de pacientes tem suas complicações neurológicas secundárias a envolvimento imunológico, semelhante ao que ocorre após alguns tipos de vacinação. A encefalomielite pós-infecciosa e a síndrome de Guillain-Barré são exemplos típicos desta forma de comprometimento do sistema nervoso. Um pequeno número de pacientes, ocasionalmente, pode desenvolver sinais de uma mielite transversa no decurso da cachumba¹, sarampo⁵, influenza⁴, mononucleose infecciosa³ e outras infecções virais.

A ocorrência de espinha bífida oculta torácica e de mielite transversa pós-infecciosa em um mesmo paciente e o fato de ambas as patologias afetarem estruturas situadas em mesmo nível, mostram o relacionamento existente entre elas e motivaram a descrição deste caso.

OBSERVAÇÃO

A.A.F., branco, dentista, 30 anos de idade, admitido no hospital em 19 de novembro de 1974. Cinco dias antes havia iniciado o quadro com mal estar geral e indefinido, dores musculares difusas em todo o corpo, dor à movimentação dos olhos e febre. Ele notou que seu pescoço estava ligeiramente rígido e doloroso quando tentava a flexão ou a rotação da cabeça para os lados. Dirigiu-se ao seu médico e este solicitou radiografia simples dos seios da face (a qual mostrou apenas a presença de um cisto no seio maxilar esquerdo). O médico diagnosticou quadro infeccioso sistêmico, de

Trabalho da Disciplina de Neurologia do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina: * Professor Adjunto; ** Professor Auxiliar de Neurologia na Faculdade de Medicina de Belém, Pará.

etiologia viral, do tipo gripal e forneceu-lhe prescrição de analgésico. Houve melhora discreta do quadro geral mas, na véspera da internação, começou a apresentar dificuldade para urinar, com retenção urinária, sendo necessária passagem de sonda vesical. As dores musculares já haviam cessado nesta fase, mas a febre persistia (38°C). No dia da internação a retenção urinária ainda era manifesta, necessitando de sondagens repetidas e ele notou que o seu equilíbrio durante a marcha estava prejudicado e havia sensação de amortecimento em ambas as pernas, até a altura dos joelhos. Após a internação foi chamado um urologista. Este encontrou-o febril (40°C) e sonolento. Foi tratado com penicilina cristalina (20.000.000 U por dia) e cloranfenicol (2 g por dia), além de prednisona (40 mg por dia). Duas semanas antes do início dos sintomas ele havia tido infecção dentária. Sua história médica pregressa revelava que 2 anos antes havia tido lesão sífilítica primária, a qual fora tratada convenientemente com penicilina. No terceiro dia de hospitalização um de nós foi chamado em consulta. Nesta ocasião o paciente estava lúcido e não apresentava mais febre. O abdome se apresentava distendido e ainda havia necessidade de se manter sondagem vesical permanente. Há vários dias não evacuava. A palpação do abdome não revelava aumento do fígado, o baço não era palpável e não se encontrou nenhum linfonodo infartado. O sistema cardiocirculatório não apresentava anormalidades. O exame neurológico revelou marcha atáxica e parética, caminhando com as pernas bem abertas e com dificuldade. Seu equilíbrio era instável na posição em pé, mas não havia sinal de Romberg. A força muscular estava normal nos membros superiores e cabeça, e levemente diminuída nos membros inferiores, mais no membro inferior esquerdo. O tono muscular apresentava-se normal. Os reflexos tendinosos estavam normais nos membros superiores e hiperativos nos inferiores, de maneira simétrica. Havia sinal de Babinski bilateralmente. Os nervos cranianos não apresentavam alterações e o exame fundoscópico era normal. A estimulação cutânea com algodão ou com agulha produzia uma hiperestesia desagradável no segmento cutâneo correspondente a T9-T10, continuando até T12-L1, apenas no lado direito do abdome e do dorso. A sensibilidade voltava ao normal deste nível até as pernas, voltando a apresentar o mesmo aspecto hiperestésico no terço inferior destas e nos pés. A sensibilidade vibratória estava diminuída nos joelhos e pés. Não havia rigidez de nuca.

Neste estágio o diagnóstico clínico era o de uma mielite transversa pós-infecciosa no nível medular T9-T10. O exame hematológico mostrava apenas presença de linfócitos atípicos em pequeno número. O estudo das proteínas do soro revelou os seguintes resultados: proteínas totais: 7,2 g por 100 ml; albumina 44,1%; alfa-1: 10%; alfa-2: 15,3%; beta: 14,1%; gama: 16,5%. A reação de Paul-Bunnell foi negativa. Uma amostra de líquido cefalorraquiano (LCR) foi obtida por punção lombar e revelou: LCR límpido, com pressão normal; ausência de bloqueio à manobra de Queckenstedt-Stookey; 6,4 células/mm³ (86% linfócitos, 12% monócitos e 2% plasmócitos; ausência de glóbulos vermelhos; proteínas totais 62 mg por 100 ml; reação de Pandy positiva; concentração de glicose normal; reações imunológicas para sífilis e cisticercose negativas; eletroforese das proteínas: pré-albumina: 8,8%; albumina: 43,2%; alfa-1: 10,4%; alfa-2: 10,8%; beta: 11,6%; gama: 15,2%. Uma radiologia simples da coluna torácica mostrou a presença de espinha bifida em T7; na projeção lateral pode-se observar que esta vértebra apresentava uma forma em cunha (Fig. 1). Foi realizada perimielografia com contraste iodado, que não revelou anormalidades. Não havia outras

anormalidades anatômicas que pudessem ser detectadas pela radiografia simples da coluna torácica. O paciente foi medicado com dexametasona (4,5mg/dia, durante 10 dias) e os demais medicamentos foram interrompidos. Duas semanas após ele se encontrava livre de sintomas e o exame neurológico mostrava apenas reflexos tendinosos vivos nos membros inferiores. Nestes últimos 8 anos o paciente vem desempenhando normalmente sua atividade de dentista, sem sintomas neurológicos.

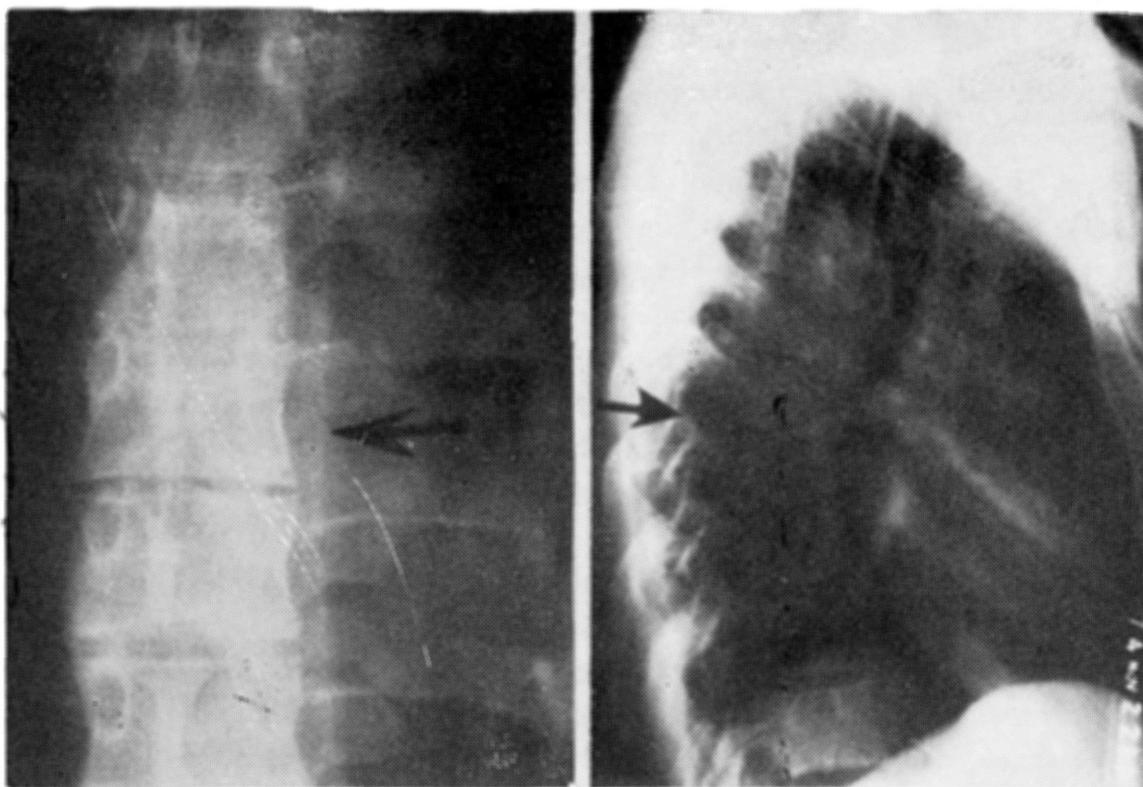


Fig. 1 — Caso A.A.F.: à esquerda a flexa aponta a vértebra T7 (visão frontal); a direita, a flexa aponta a vértebra T7, cuneiforme (visão lateral).

COMENTÁRIOS

O diagnóstico de quadro infeccioso a vírus, de tipo gripal, foi feito basendo-se apenas nos dados clínicos. Nenhuma pesquisa específica para vírus foi feita neste caso.

A anormalidade congênita de vértebra T7, pelo menos depreendendo-se do observado na radiografia simples de coluna e na perimielografia, não parece estar associada a anormalidades anatômicas das estruturas neurais subjacentes. No entanto, isto não pode ser considerado como evidência definitiva, desde que pequenos defeitos de desenvolvimento poderiam existir sem que se manifestassem nestas investigações. Embora o achado radiológico de defeito de desenvolvimento na coluna nem sempre possa ser relacionado a sintomas que apareçam ao longo da vida, pensamos que a ocorrência de mielite transversa no mesmo nível de uma vertebra com tais defeitos (espinha bífida em T7 e comprometimento medular no segmento T9-T10, os quais se encontram aproximadamente no mesmo nível) seria mais que simples coincidência. Pensamos, ainda, que neste caso particular o defeito congênito desempenhou

um papel no desenvolvimento da mielite, provavelmente em virtude de ser um "ponto vulnerável" ontogeneticamente determinado ("locus minor resistentia") naquele nível — quer anatômico ou imunológico.

RESUMO

Os autores registram um caso de mielite transversa pós-infecciosa em paciente que apresenta espinha bífida oculta torácica, no mesmo nível. Estas duas condições clínicas são infreqüentes e o fato de surgirem em um mesmo paciente e, ainda, no mesmo nível, leva ao raciocínio de que estejam relacionadas uma à outra. Os autores pensam que o defeito congênito vertebral estabeleceu um "ponto vulnerável" naquela área predispondo o paciente a que ali se estabelecesse a complicação medular pós-infecciosa ("locus minor resistentia").

SUMMARY

Post-infectious transverse myelitis and thoracic spina bifida. Report of a case.

The patient, a 30 year-old man, dentist, started having an influenza-like infection which lasted five days, with malaise, muscle pain throughout the body and fever. One day before the hospital admission he presented urinary retention followed in the next day by ataxia and numbness sensation in both feet and lower third of his legs. The neurological examination disclosed a thoracic spinal cord impairment at T9-T10 level and the diagnosis of a post-infectious transverse myelitis was made. The plain Rx of the spine showed a spina bifida oculta in the T7 vertebra, which is roughly at the same level of the T9-T10 spinal cord segment. An iodinated myelography showed no abnormalities. The CSF examination showed small increase in the white cells (6.4 cells/cu.mm). The patient received dexamethasone (4.5g/day) and two weeks later was entirely free of symptoms. The authors think that the congenital bone defect (spina bifida) might have played a role in the development of the myelitis, probably because of an ontogenetically determined "vulnerable point" ("locus minor resistentia") at that level, either anatomical or immunological.

REFERENCIAS

1. BENADY, S.; BEN ZVI, A. & SZABO, G. — Transverse myelitis following mumps. *Acta paediat. scand.* 62:205, 1973.
2. INGRAHAM, F.D. & SWAN, H. — Spina bifida and cranium bifidum: survey of 546 cases. *N. Engl. J. Med.* 228:559, 1943.
4. OWEN, N.L. — Myelitis following type A-2 influenza. *J. amer. Med. Assoc.* 64:1752, 1969.
4. OWEN, N.L. — Myelitis following type A-2 influenza. *J. amer. Med. Assoc.* 215:1986, 1971.
5. WESOLEK, I. — Transverse myelitis in the course of measles in a 7 years old boy. *Neurol. Neurochir. Pol.* 4:471, 1970.