

Metástases da coluna

Revisão de uma população hospitalar

Metastatic spinal cord tumors

Review of hospital-based population

Rita Almeida*, Pinto Viana*, Joaquim Monteiro**, Cristina Gonçalves***, Carlos Calado****

Resumo

As lesões metastáticas extradurais são o tipo de tumor mais frequente a nível dos diferentes segmentos da coluna. Entre Janeiro de 1989 e Junho de 1996, foram observados a nível hospitalar 209 doentes com metástases da coluna. Com base num protocolo de avaliação individual, foi efectuado um estudo retrospectivo destes doentes, incidindo primordialmente sobre o respectivo quadro clínico e alterações neuro-imagiológicas encontradas, bem como sobre o tipo de neoplasia primária e a resposta à terapêutica instituída. Tivemos como objectivo fundamental o de tentar caracterizar a semiologia e evolução mais habituais deste tipo de lesões, no sentido da obtenção dum diagnóstico rápido e da instituição duma terapêutica em tempo útil, permitindo um índice de sobrevida com o mínimo de qualidade.

Palavras chave: metástases, terapêutica, prognóstico

Abstract

Metastases are the commonest extradural tumors leading to spinal cord compression at multiple levels. This is a retrospective study of 209 patients admitted at our hospital (Neurology and Neurosurgery departments and outpatient consultation) between 1989 and June of 1996 with metastatic spinal cord tumors. Sex and age, neurologic presentation, neuroradiologic findings, primary tumour origin, therapeutic approaches and outcome were evaluated in all patients.

Our main purpose with this review was to es-

tablish the most frequent clinical presentation that would permit a very fast diagnosis and treatment with a favourable outcome.

Key words: metastases, therapy, outcome

Introdução

Tendo em conta a relativa raridade dos tumores primários da coluna, a grande maioria das lesões a esse nível são de tipo secundário, ou seja, metastático. Calcula-se que aproximadamente 5% do total de doentes neoplásicos virão a apresentar lesões tumorais a nível extradural, embora nem todas elas tenham tradução clínica^{1,2}. Este valor percentual apresenta cada vez mais uma tendência crescente, tendência essa directamente proporcional à melhoria da esperança de vida destes doentes.

O diagnóstico dos tumores da coluna e muito em particular as possíveis abordagens e combinações terapêuticas médicas e/ou cirúrgicas têm sofrido uma considerável modificação na última década. Com os meios imagiológicos que temos actualmente ao nosso dispor, é cada vez mais importante uma detecção precoce destes tumores, através da valorização dum conjunto de sinais e sintomas neurológicos característicos, muitas vezes atribuídos a uma patologia da coluna de tipo degenerativo e/ou reumatismal.

Objectivos

Foi efectuada uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com metástases a nível da coluna, internados no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia ou seguidos nas respectivas consultas, no sentido de se conhecer a sua história natural (muito em particular a semiologia precoce), evolução clínica e o prognóstico global.

Com base num protocolo de estudo individual, procurou-se avaliar a distribuição etária e por sexos, o quadro neurológico e as alterações neuro-imagiológicas encontradas na TAC da coluna, bem como o tipo de neoplasia de origem e o tempo de latência decorrido entre o seu diagnóstico e o aparecimento da(s) lesão(ões) metastática(s) da coluna, as estratégias terapêuticas adoptadas e os índices de sobrevida (tempo de sobrevivência, em meses).

Material e métodos

No período de tempo compreendido entre Janeiro de 1989 e Junho de 1996 (90 meses), foram seleccionados 209 doentes com metástases da coluna. Foram igualmente incluídos neste estudo os mielomas múltiplos e os linfomas, inclusão esta justificada pela sua importância e frequência na prática clínica diária.

*Assistente Hospitalar de Neurologia

**Assistente Hospitalar de Neurocirurgia

***Interna do Internato Complementar de Neurorradiologia

****Interno do Internato Complementar de Neurocirurgia

Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

Recebido para publicação em 20.07.96

Resultados

A - Distribuição por sexos e idades

Dos 209 processos analisados, 129 correspondiam a doentes do sexo masculino (62%) e 80 do sexo feminino, com uma média etária de 60,8 anos (extremos de variação: 18 - 87 anos).

B - Tipo de neoplasia

Foram encontrados 44 casos de mieloma múltiplo, 39 neoplasias da próstata, 35 neoplasias da mama, 22 neoplasias do pulmão, 20 do tracto gastrointestinal, 12 linfomas e 20 neoplasias cuja origem nunca foi possível determinar (apesar de exaustivamente procurada). Os restantes tipos de neoplasia constam do Quadro 1.

De realçar que em 110 doentes (57%) existiam metástases em outros órgãos, muito em particular a nível hepático e cerebral, comprovativas duma disseminação difusa da lesão tumoral primitiva.

Quanto ao tempo de latência decorrido entre o diagnóstico do tumor primitivo e a metastização da coluna, obtivemos dados muito variáveis e só possíveis de calcular em 70% dos casos (dados insuficientes nos restantes processos); assim, a média obtida rondou os 45 meses, com extremos de variação tão amplos quanto 9 meses para as neoplasias da próstata e os 6 anos para as neoplasias da mama.

C - Quadro clínico

A grande maioria dos doentes (117 casos; 56%) apresentava um quadro neurológico (Quadro 2) constando duma paraparesia (45%) ou tetraparesia (11%) com nível de sensibilidade à picada, associada a um quadro algíco (dor tipo moinha, espontânea e/ou após percussão local); em apenas 32 destes casos o quadro clínico teve um início súbito, constituindo uma urgência neurocirúrgica. Nos restantes 92 casos (44%), existia um quadro clínico associado a alterações neurológicas sugestivas de radiculopatia.

D - Neuro-imagiologia

Todos os doentes efectuaram pelo menos uma TAC da coluna pré e pós-terapêutica. No que respeita ao número de lesões, elas eram preferencialmente múltiplas: em 141 doentes (67%) observaram-se, pelo menos 3 por doente (Quadro 3).

A grande maioria das lesões era de tipo osteolítico (85% dos casos), caracterizando-se pelo envolvimento múltiplo de mais do que um segmento da coluna (com atingimento do corpo e pedículo vertebrais), quase exclusivamente de tipo extramedular. Em termos de localização, a distribuição foi a que se encontra representada no Quadro 4.

E - Terapêutica

- médica: radioterapia (RT) e/ou quimioterapia (QM)
- cirúrgica

A terapêutica médica foi instituída em todos os doentes quer de forma isolada, quer em associação com a cirurgia das lesões. Assim, dos 209 doentes, 108 efectuaram RT (49%), 79 QT (38%) e os restantes 22 QT+RT (13%).

Ainda em termos terapêuticos medicamentosos, de referir que a grande maioria dos autores consultados¹⁻⁶ é adepta da corticoterapia por via parentérica (dexametasona) como medida anti-edema nas lesões metastáticas da coluna, muito em particular nos casos cuja instalação dos défices neurológicos foi súbita, prática esta igualmente adoptada nos nossos doentes submetidos a uma intervenção neurocirúrgica de urgência.

No que respeita à abordagem cirúrgica, foram adoptadas três estratégias: 1- cirurgia descompressiva; 2- cirurgia de ressecção; e 3 - biópsia lesional.

Do total de doentes, apenas 99 (47%) foram submetidos a uma intervenção neurocirúrgica. A cirurgia descompressiva tumoral foi efectuada em 48 doentes, assumindo um carácter de emergência em 32 casos (a grande maioria associada a paraparesias ou tetraparesias de instalação súbita); de realçar que todos os doentes foram posteriormente submetidos a múltiplas sessões de RT. A cirurgia de ressecção tumoral foi realizada em 23 doentes; também neste grupo a grande maioria dos doentes efectuou posteriormente RT. A biópsia lesional, com intuito diagnóstico, foi efectuada em 28 doentes (tendo sido conclusiva em apenas 18 casos).

F - Prognóstico

Os índices de sobrevivência, calculados em meses, foram determinados apenas nos 5 tipos de neoplasias primárias mais frequentes: mieloma múltiplo: 13 meses; mama: 12 meses; próstata: 11 meses; pulmão: 5 meses; indeterminada: 4 meses.

Comentários finais

Da análise dos resultados obtidos, pensamos poder elaborar o perfil mais frequente e paradigmático do doente com metástases da coluna.

Doente na 6ª década de vida, de sexo masculino mais provavelmente com uma neoplasia da próstata, do pulmão ou um mieloma múltiplo e, no caso particular do sexo feminino, com uma neoplasia da mama, em aparente remissão da sua lesão tumoral primitiva, que se apresenta ao médico com um quadro neurológico caracterizado inicialmente pela instalação de dor tipo moinha (em crescendo de intensidade) ao que se associará, semanas ou meses depois, uma paraparesia (com nível) e/ou compromisso de esfíncteres. Nalguns casos mais ra-

Quadro 1

Neoplasias primárias			
1 - Mieloma múltiplo	44	8 - Fígado	3
2 - Próstata	39	9 - Rim	3
3 - Mama	35	10 - Ovário	3
4 - Pulmão	22	11 - Melanoma	2
5 - Tracto gastrointestinal	20	12 - Língua	1
6 - Linfomas	12	13 - Laringe	1
7 - Tiróide	4	14 - Indeterm.	20

Quadro 2

Semiologia neurológica	
Paraparesia e dor	45%
Tetraparesia e dor	11%
Radiculopatia	44%

Quadro 3

Número de lesões
Múltiplas - 141 doentes (mínimo de 3, máximo de 12)
Únicas - 68 doentes

Quadro 4

Distribuição segmentar das lesões	
1 - Dorsal	101 doentes (48,3%)
2 - Lombar	41
3 - Dorsolombar	24
4 - Lombo-sagrada	18
5 - Cervical	12
6 - Sacrococcígea	8
7 - Cervico-dorsal	4
8 - Sagrada	1

ros, o déficit motor instala-se subitamente, embora quase sempre uma anamnese cuidada detecte queixas inespecíficas (tais como dores e/ou impotência funcional, adopção de posições antiálgicas), não valorizadas ou atribuídas a outra etiologia, muito provavelmente já relacionadas com a disseminação metastática da coluna. A TAC da coluna irá evidenciar lesões previamente sugeridas pelo estudo radiológico simples, ou seja, múltiplas lesões osteolíticas (embora nalgumas neoplasias, como a da próstata, possam ser também osteoblásticas), envolvendo vários segmentos da coluna, mas com uma nítida preferência pela região dorsal e/ou dorsolombar, associadas a sinais de compressão medular.

De realçar, neste perfil, um sintoma extremamente importante e precoce: a dor no local da lesão ou próximo desta e/ou a radiculargia sugestiva do compromisso da ou das raízes envolvidas. A paraparesia com nível surgirá quase sempre *a posteriori*, obrigando à realização imediata duma TAC ou duma mielo-TAC, para confirmação do diagnóstico e discussão da melhor abordagem terapêutica. Quanto a esta última, ela é, infelizmente, numa grande maioria dos doentes, de tipo paliativo, tendo como objectivo prioritário a resolução dos défices neurológicos *major* ou a restauração funcional, bem como o controlo da dor. Em fases avançadas da doença, a dor pode

ser extremamente incapacitante e resistente à terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides e/ou opióides, obrigando à colocação dum catéter epidural para melhor controlo da mesma.

A escolha da terapêutica deverá surgir dum consenso multidisciplinar, devendo ter-se sempre em consideração o prognóstico do tumor primitivo e o estado geral do doente. A grande maioria dos centros oncológicos¹⁻⁷ opta por uma cirurgia descompressiva seguida de RT. Se tivermos em conta que a RT poderá agravar consideravelmente o quadro neurológico do doente, devido ao edema intra e peritumoral, a sequência terapêutica aconselhada será exactamente esta: primeiro cirurgia e só depois RT. Na nossa série, 48 doentes (23%) foram submetidos a uma cirurgia deste tipo, em associação com esquemas de RT. Nas séries bibliográficas consultadas¹⁻⁷, a RT melhorava consideravelmente os défices neurológicos em cerca de 45% dos casos; estes resultados são ainda melhores nos tumores radiosensíveis, tais como os linfomas Hodgkin e não-Hodgkin e o mieloma múltiplo, ao contrário do que acontece com os carcinomas e o melanoma. A cirurgia isolada (laminectomia mais ou menos extensa, por via anterior ou posterior) só consegue melhorar (parcialmente) o doente em cerca de 30% dos casos¹⁻⁷.

Há, em termos gerais, 6 indicações *major* justificativas duma intervenção neurocirúrgica num doente com metástases da coluna¹:

1 - Instabilidade da coluna ou compressão medular (por fractura óssea com compressão directa das estruturas neurais); há que optar por uma cirurgia descompressiva com estabilização do eixo ósseo através duma fusão;

2 - Falência na resposta à RT;

3 - Tumor radiorresistente;

4 - Exposição prévia da coluna à RT (no caso de o doente já ter efectuado múltiplas sessões de RT e descompensar de novo, do ponto de vista neurológico); há que optar por uma cirurgia descompressiva;

5 - Diagnóstico desconhecido: efectua-se uma biópsia lesional;

6 - Recaída tumoral local associada a compressão medular, em doente já submetido a altas doses de RT.

Em termos de prognóstico, o doente vê as suas hipóteses de recuperação dos défices neurológicos, em geral, e da autonomia de marcha, em particular, significativamente comprometidas nos casos em que o quadro clínico se instala de forma aguda e progride rapidamente. No que respeita ao tipo de tumor primitivo, os piores índices de sobrevida estão, nos nossos doentes, associados às neoplasias de origem indeterminada, muitas das quais já com sinais de disseminação difusa à data da instalação do quadro neurológico.

Bibliografia

1. Wilkins HR, Rengachar SS. Spinal Epidural Tumors. In: Neurosurgery, 5th edition; McGraw-Hill Book Company 1995; Cap. 126:1062-1069.
2. Sundaresan N, Krol G, Hughes J, Hough L. Tumors of the Spine: Diagnosis and Management. In: The Practice of Neurosurgery; 1996; Williams and Wilkins; Baltimore; Cap. 86: 1303-1334.
3. Bruckman JE, Bloomer WD. Management of spinal cord compression. *Semin Oncol* 1978; 5: 135-140.
4. Youmans RJ. Spinal Cord Tumors in Adults. In: Neurological Surgery, 1990: 3th edition; W.B.Saunders Company vol 5: 3541-3547.
5. Ominus M, Schraub S, Bertin D, Bosset J. Surgical treatment of vertebral metastasis. *Spine* 1986; 11: 883-891.
6. Sundaresan N, Galicich JH, Lane JM et al.: Treatment of neoplastic epidural cord compression by vertebral body resection and stabilization. *J Neurosurg* 1983; 31:506-549.
7. Harrington KD. Anterior cord decompression and spinal stabilization for patients with metastatic lesions of the spine. *J Neurosurg* 1984; 61:107-117.