

# Enfarte Medular: Características Clínicas e Imagiológicas e Prognóstico a curto prazo de 3 casos

Rafael Dias<sup>1</sup>, Joana Osório<sup>1</sup>, Rafael Nascimento<sup>1</sup>, Teresa Carolina Aguiar<sup>1</sup>, Armando Morganho<sup>1</sup>, Patrício Freitas<sup>1</sup>, José Franco<sup>1</sup>, Duarte Noronha<sup>1</sup>, Rafael Freitas<sup>1</sup>, Orlando Sousa<sup>1</sup>

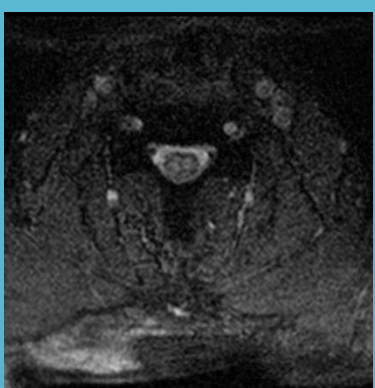






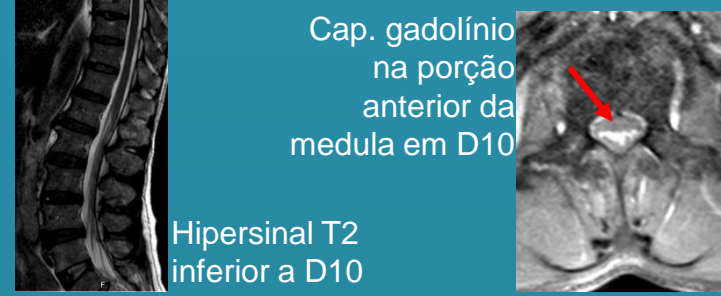
<sup>1</sup> Hospital Central do Funchal, SESARAM

**SESARAM**  
EPE  
Serviço de Saúde da RAM EPE



## Introdução

O Enfarte Medular é uma patologia rara quando comparado com o Acidente Vascular Cerebral (AVC), estimando que corresponda a 0,3-1% de todos os Acidentes Vasculares e para a qual ainda não existe tratamento agudo eficaz. Um *ictus* bifásico ocorre em cerca de 20% dos doentes, sendo importante reconhecer os primeiros sintomas, geralmente sintomas sensitivos medulares precedidos por dor intensa autolimitada localizada ao nível do enfarte (60-70%). As principais causas dos enfartes medulares espontâneos incluem aterosclerose, dissecção, embolia, idiopática ou outros. Enfartes do território da artéria espinhal anterior são mais frequentes, assim como enfartes toracolombares baixos em comparação com os cervicais.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
<b>Sexo</b>	Masculino	Masculino	Masculino
<b>Idade</b>	51	51	57
<b>Antecedentes</b>	∅	Hipertensão arterial não medicada	∅
<b>Hábitos</b>	Tabaco: ∅ Álcool: Consumo moderado	Tabaco: ∅ Álcool: ∅	Tabaco: 46 UMA Álcool: Ex-consumo pesado
<b>Motivo Admissão</b>	Dor cervical intensa autolimitada e <b>hipoestesia</b> distal dos quatro membros	Dor retrosternal intensa autolimitada e <b>parestesias</b> das mãos	Dor lombar intensa autolimitada
<b>1º contacto Médico</b>	4h após início sintomas	4h após início sintomas	1h após início sintomas
<b>1º contacto Neurologista</b>	14h após início sintomas	7h após início sintomas	5 dias após início sintomas
<b>Exame Neurológico</b>	<b>Tetraparésia</b> hipotónica arreflexica assimétrica (direita); <b>Hipoestesia algica</b> nível <b>C5</b> ; Sensibilidade profunda conservada	<b>Tetraparésia</b> hipotónica arreflexica com paraplegia; <b>Hipoestesia algica</b> nível <b>C7</b> ; Sensibilidade profunda conservada	<b>Paraparésia</b> hipotónica arreflexica assimétrica grau 3 à esquerda e grau 0 à direita; <b>Hipoestesia algica</b> nível <b>D10</b> ; Sensibilidade profunda conservada
<b>Sínd. Clínico</b>	<b>Síndrome medular anterior C5</b>	<b>Síndrome medular anterior C7</b>	<b>Síndrome medular anterior D10</b>
<b>Timing da RM</b>	36h após início sintomas	24h após início sintomas	7 dias após início sintomas
<b>RM</b>	  <p>Hipersinal T2 de C3 a D2 pior em C3-C7: padrão axial tipo "owl's eyes"</p>	 <p>Hipersinal T2 de C4-C5 a C6-C7</p> <p>Hipersinal do corpo vertebral de C7</p>	 <p>Hipersinal T2 inferior a T10</p>
<b>Complicação</b>	Episódios de disreflexia autonómica	<b>Perda</b> bilateral da sensibilidade posicional e <b>vibratória</b> com nível em <b>C5</b>	∅
		 <p>1. Hipersinal em TR Longo de C3 a D4 2. Hipersinal T1 espontâneo em C6 e C7 3. Captação gadolínio em C6 e C7</p>	
<b>Timing da Reabilitação</b>	5 dias (Enfermeiro) 40 dias (Fisioterapeuta) após início sintomas	4 dias (Enfermeiro) e ~30 dias (Fisioterapeuta) após início sintomas	7 dias (Enfermeiro) 19 dias (Fisioterapeuta) após início de sintomas
<b>Evolução</b>	Sem melhoria clínica significativa	<b>Síndrome medular transversal</b> inferior a <b>C5</b>	<b>Paraparésia</b> espástica assimétrica grau 4+ à esquerda e grau 3 à direita; <b>Hipoestesia algica</b> nível D12
	 <p>Hipersinal T2 de C3 a D2 com ligeira melhoria</p>	 <p>Hipersinal T2 e Hipersinal T1 de C4 a D2 (de C4 a C6 lesão medular +++ porção posterior)</p>	 <p>Cap. gadolínio na porção anterior da medula em D10</p> <p>Hipersinal T2 inferior a D10</p>
<b>Etiologia</b>	<b>Idiopática</b>	<b>Idiopática</b>	<b>Cardioembólico</b> (Fibrilhação Auricular)

## Conclusão

Uma das maiores dificuldades no tratamento agudo do enfarte medular é o seu reconhecimento precoce e a sua confirmação imagiológica, aspetos verificados nesta série de casos cujo tempo até a avaliação por neurologista e a realização de RM foi prolongado. As características etiológicas, clínicas e imagiológicas foram de encontro às descritas na literatura, nomeadamente, etiologia embólica, dor autolimitada prévia ao quadro neurológico e hipersinal do corpo vertebral como sinal confirmatório de enfarte medular.