

EPIDURITES AGUDAS E CRÔNICAS

TOMÁS INSAUSTI *

RAÚL F. MATERA **

Relataremos nossa experiência nas infecções do espaço epidural vertebral, excluindo as infecções específicas (tuberculose, brucelose, sífilis, micose, infecções parasitárias, etc.). Não pretendemos fazer um estudo exclusivo do tema e nos abstrairemos de toda referência bibliográfica.

Também é nosso propósito divulgar esta entidade nosológica entre os médicos gerais porque o quadro clínico é tão característico na forma aguda que se pode estabelecer quase com certeza o diagnóstico precoce, o que é essencial para o êxito cirúrgico. Apesar disso, chamou-nos a atenção que nenhum de nossos doentes nos tivesse sido enviado com diagnóstico; em geral, quando foi solicitada a intervenção do neurocirurgião, já existiam lesões medulares irreparáveis.

A distinção entre epidurites agudas e crônicas é perfeitamente justificada, não só pelos quadros clínicos e anátomo-patológico, como pela oportunidade da intervenção cirúrgica, que é sempre de urgência nas primeiras, enquanto que, nas formas crônicas, muitas vezes o ato cirúrgico não requer indicação tão perentória.

EPIDURITES AGUDAS

Em todos os nossos casos havia um *foco supurativo em outra parte do organismo*, donde partiu a infecção, por via sanguínea. Este antecedente, de grande importância, permite em geral estabelecer a natureza piógena de uma compressão epidural aguda. O *agente etiológico* individualizado em dois dos casos era o estafilococo, porém qualquer germe piógeno é capaz de produzir este quadro. Em dois de nossos doentes o foco originário era uma osteomielite. Muitas vezes o paciente não dá maior importância a um furúnculo, uma piodermite ou uma ferida infectada, como ocorreu em nosso caso 3, no qual, suspeitado o diagnóstico, tive-

Trabalho apresentado ao IV Congresso Sul-Americano de Neurocirurgia, realizado em Porto Alegre em maio de 1951. Tradução feita por Horácio M. Canelas.

* Subdiretor do Instituto de Neurocirurgia da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires (Diretor: Prof. Ramón Carillo). Chefe de Clínica.

** Neurocirurgião-chefe do Instituto de Neurocirurgia da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires.

mos que insistir com o enfêrmo para que relatasse ter apresentado, dois meses antes, uma ferida infectada no calcanhar direito. Nem sempre se encontra, no momento do exame, o foco originário em atividade; muitas vêzes já desapareceu ou está em franca regressão.

Em nossos casos a *disseminação* se fêz por via hematogênica a partir de focos originários afastados da coluna, porém pode também ocorrer que a infecção se propague por contiguidade (flegmões perinefríticos propagados para o espaço epidural, furúnculos ou abscessos na proximidade da coluna, etc.). Nem sempre a infecção se localiza inicialmente no espaço epidural; muitas vêzes atinge a vértebra e secundariamente invade êsse espaço; nos casos 2 e 3 pudemos comprovar, durante a intervenção, uma osteomielite vertebral. O conhecimento das *lesões no espaço epidural e na medula* é de capital importância, não só para entender o quadro clínico, como para aquilatar a necessidade da intervenção cirúrgica de urgência.

Inicialmente, o processo epidural consiste em um fenômeno inflamatório intensamente congestivo, que chegará à supuração formando um abscesso, ou assumirá caráter difuso de tipo flegmonoso se fôr retardada a operação. O cirurgião deve intervir no período congestivo, não devendo preocupar-se em evitar ou retardar a supuração com o uso de antibióticos. Quando os pacientes são operados neste momento, a percentagem de recuperações é muito maior.

Não possuímos estudo anátomo-patológico da medula na epidurite aguda, pelo que teremos que nos referir às observações feitas por outros autores. Na medula se constitui uma verdadeira mielite transversa com lesão grosseira dos vasos, sobretudo veias. A compressão exercida pelo processo epidural é de importância secundária. Pela operação preoce não só é eliminada a compressão, como também se evita, no possível, a instalação da mielite, mediante o emprêgo local de antibióticos.

O *quadro clínico* destas formas agudas é típico e se reproduz com bastante exatidão em todos os casos. A primeira manifestação consiste em dor aguda e súbita em uma região muito limitada da raque. Em poucas horas geralmente, a dor se irradia para tôda a coluna, ocasionando um quadro de raquialgia difusa, exacerbada pelos esforços da tosse e espirro. Em algumas oportunidades a dor adquire tal intensidade que requer grandes doses de analgésicos (caso 3). O menor movimento é suficiente para aumentar as dores, pelo que os pacientes permanecem imobilizados. Coincide com o aparecimento desta sintomatologia a instalação de um quadro febril ou, se o paciente já tinha hipertermia, eleva-se a temperatura nesse momento.

O exame neste primeiro estágio revela rigidez de tôda a coluna, com contratura dos músculos paravertebrais, podendo-se encontrar um ou vários pontos vertebrais próximos muito sensíveis. Êste é um elemento im-

portante, pois contribui para determinar a altura da compressão nos casos em que ainda não se tenha instalado um quadro neurológico nítido e nos quais o estudo radiológico simples é negativo, como ocorre na maioria dos casos.

Explorando minuciosamente a sensibilidade é possível, algumas vezes, encontrar um território radicular com hiperestesia e principalmente com hiperalgesia. Êste quadro de irritação radicular não afeta exclusivamente a raiz sensitiva, pois em alguns casos a irritação da raiz motora se traduz por quadros clínicos cujo desconhecimento pode induzir a erros diagnósticos. Assim, a irritação das raízes dorsais inferiores pode ocasionar contração dos músculos abdominais, levando ao diagnóstico de abdome agudo. Além das dores radiculares existem outras, às vezes muito intensas, com caracteres de dores cordonais.

Nesta primeira fase costuma haver ligeira exaltação dos reflexos osteotendinosos. Também neste período, embora não seja comum, podem surgir distúrbios esfintéricos (no caso 3 êles precederam a constituição do quadro medular). cremos — apesar de não termos caso com esta localização — que as epidurites agudas da região lombar, nas quais é comprimida a cauda equina, ocasionam com maior frequência perturbações esfintéricas no período inicial.

Se o doente fôr abandonado, passa para outro estágio, onde já existem claras manifestações de comprometimento medular. Não se creia que o quadro medular se instale depois de vários dias; muitas vezes em poucas horas se passa do período algico radicular ao medular.

O estado geral piora. A temperatura em geral se mantém elevada; entretanto, com a medicação antibiótica, pode cair a temperatura, sendo isto considerado como indicio para protelar a intervenção, com o que se expõe o enfermo a lesões medulares irreversíveis. As dores se mantêm com tôda a sua intensidade ou se exacerbam e continua a rigidez da coluna e a contração dos músculos paravertebrais.

O sofrimento medular traduz-se por alterações da motilidade, da sensibilidade, da refletividade, esfintéricas e do trofismo. Êsses distúrbios, evidentemente, dependem da localização da lesão em altura; em todos os nossos casos a lesão estava situada na medula torácica, porém a localização também pode ser cervical ou sacrolombar.

A *paralisia*, em geral, é flácida (casos 1 e 2), porém pode ser espástica desde o princípio (caso 3). E' interessante consignar, a propósito, que só neste caso de paraparesia espástica houve *restitutio ad integrum*; a melhor evolução dêste caso não deve ser atribuída à precosidade da intervenção, pois no caso 1 a operação foi realizada cinco dias depois de iniciada a doença, enquanto que no caso 3 a intervenção só foi praticada no 9.º dia após a primeira manifestação clínica. Parece-nos que, nos casos com paraplegia flácida, já exista verdadeira mielite, ao passo que

nos espásticos o quadro medular é devido mais a um processo compressivo da medula, suscetível de recuperação após o ato cirúrgico. É óbvio que as epidurites sediadas na região lombar inferior e sacra só podem produzir transtornos motores flácidos porquanto lesam a cauda equina.

Em geral os *transtornos da sensibilidade* consistem em hipoestesia superficial global abaixo da compressão, podendo encontrar-se acima uma pequena zona de hiperestesia ou hiperalgesia. Às vêzes desaparecem tôdas as formas da sensibilidade, o que indica pior prognóstico, pois o comprometimento medular assume o tipo da secção transversa. Assim, em nossos dois primeiros casos, existiam nítidas alterações da sensibilidade, e a operação não trouxe benefício, enquanto que, no caso 3, no qual os distúrbios sensitivos se reduziam a discreta hipoalgesia abaixo de T₆, houve cura completa com intervenção.

As *perturbações esfinctéricas*, que podem surgir no período anterior, não faltam neste estágio, o que pudemos comprovar em todos os casos. As *alterações tróficas*, principalmente as escaras sacras e glúteas, aparecem muito precocemente; assim, no caso 1 já havia uma escara sacra e outra em início no calcanhar, cinco dias após ter-se iniciado a doença. O aparecimento precoce de escaras é de mau prognóstico, pois isso acontece, em geral, nos portadores de mielite. Pelo contrário, no caso 3, em que não se observou escara em nenhum momento, a evolução foi boa, o que veio corroborar a hipótese de que o quadro medular fôsse de natureza sobretudo compressiva.

Se a intervenção não fôr praticada neste período, ou se a operação não deu bom resultado, o doente entra no que chamaremos de período terminal, caracterizado pela agravação do estado geral e neurológico, intensificando-se as escaras e surgindo infecção urinária, vindo a falecer habitualmente por uma enfermidade intercorrente.

As *radiografias simples da coluna* em geral nada revelam de anormal e, embora em dois dos nossos casos existisse osteomielite, ela ainda não se traduzia por modificações radiológicas. É claro que em todos os nossos casos já se havia firmado o diagnóstico e decidido a intervenção, de modo que não nos esmeramos em tirar radiografias minuciosas. Nas epidurites manifestadas muito tempo após a osteomielite vertebral, é possível que o estudo radiográfico seja muito útil. Também cremos que constitua auxiliar de grande valor em certos tipos de abscessos epidurais consecutivos a osteomielites brucelóticas da raque. As considerações feitas não significam que desprezemos o valor do estudo radiográfico simples, pois nunca intervimos em pacientes sem o exame radiológico prévio. Apenas queremos salientar que geralmente êsse exame é normal, fato que representa mais um elemento em favor da existência de epidurite; o espondilograma serve especialmente para descartar outros processos que podem confundir-se com as epidurites agudas e mais de uma vez o exame radiográfico mostrou um mal de Pott ou uma metástase óssea em casos suspeitos de epidurite aguda piógena.

A *punção lombar* mostrou bloqueio parcial ou total, com xantocromia e dissociação albumino-citológica em 2 casos e, em um deles, com síndrome de Froin (caso 3). Se o bloqueio manométrico não fôr evidente, estão indicadas as punções combinadas acima e abaixo do obstáculo.

Há uma prova durante a punção que estabelece o diagnóstico com tóda a certeza: punciona-se no nível em que está o abscesso epidural e ao chegar a êle se extraem algumas gôtas de pus; depois empurra-se a agulha e, quando esta atinge o espaço subaracnóideo, extrai-se líquido cefalorraqueano. Proscrevemos terminantemente esta manobra, pois com ela se infecta o espaço subaracnóideo, determinando meningite. Nunca tivemos que recorrer a ela para fazer o diagnóstico e cremos que mais vale ignorá-la. Para o médico prático que faz rotineiramente a punção lombar aconselhamos que, suspeitando a existência de epidurite nesse ponto, evite êste exame complementar.

Nestes casos, se houver alguma dúvida diagnóstica, deve preferir-se a *mielografia* com injeção da substância opaca acima do local em que se supõe esteja localizado o abscesso. Propositalmente deixamos o estudo da mieloscopia e mielografia para êste momento, pois, cronologicamente, realizamos os exames complementares na ordem em que os estamos considerando. Em geral a mielografia não faz falta, e se nós a praticamos nos casos 1 e 2 foi unicamente para verificar se a localização clínica de altura estava correta. Por outro lado, nos 3 casos que estudamos, o nível determinado pelo estudo clínico foi exato.

O *diagnóstico* em geral não oferece dúvidas ante um caso de paraplegia medular de instalação brusca e com caracteres de compressão, acompanhada de transtornos esfíntéricos e da sensibilidade, com bloqueio manométrico, dissociação albumino-citológica do líquido, sem alterações radiológicas na maioria dos casos, em paciente febril e com antecedentes de um processo supurativo em outra parte do organismo.

Estabelecida a existência de uma paraplegia medular aguda, um primeiro ponto a elucidar é se estamos em presença de um quadro compressivo ou não. Além das características clínicas da compressão, entre as quais deve salientar-se a importância das dores radiculares, a punção lombar com determinação correta da manometria, o exame do líquido e, excepcionalmente, a mielografia, nos dirão prontamente se estamos ante um quadro compressivo. Com isto já eliminamos o importante grupo das paraplegias medulares agudas não compressivas. Queremos somente recordar que, dentre estas, as que exigem diagnóstico diferencial com as epidurites agudas são as mielites, a hematomielia e a enfermidade de Heine Medin. As mielites têm um quadro clínico muito semelhante ao das epidurites agudas, bastando recordar que o substrato anatômico de muitas destas é uma verdadeira mielite; o diagnóstico de certeza é dado pela punção lombar que, na epidurite, mostrará um bloqueio manométrico com

dissociação albumino-citológica. A hematomielia também determina paraplegia medular de instalação brusca, porém a dissociação siringomiélica da sensibilidade, ou antecedentes de trauma e a falta de bloqueio manométrico e de dissociação albumino-citológica do líquido, facilmente orientarão o diagnóstico. Todavia, talvez o erro que mais comumente se cometa é o de confundir uma epidurite com a enfermidade de Heine Medin, pois ambas podem produzir paraplegia flácida, aguda e febril; entretanto, facilmente se faz o diagnóstico, pois na enfermidade de Heine Medin as dorsais sensitivas e esfintéricas não são a regra, além de não existir bloqueio manométrico, revelando o exame do líquido uma pleocitose e não uma dissociação albumino-citológica. Por fim, não perder nunca de vista que a existência de um foco supurado em outra parte do organismo fala em favor de epidurite. Também nos parece oportuno recordar o diagnóstico diferencial com a polirradiculoneurite, que pode produzir uma paraplegia flácida atrófica, com arreflexia e distúrbios esfintéricos e dissociação albumino-citológica do líquido, associados a febre; porém, nunca há bloqueio manométrico.

Chegados ao diagnóstico de paraplegia medular aguda compressiva, o problema seguinte é determinar a causa da compressão. Praticamente em todas as compressões medulares agudas o processo se localiza no espaço epidural, com exceção dos abscessos subdurais e intramedulares; no entanto, o diagnóstico diferencial com estes dois quadros praticamente não tem importância, pois, estabelecido o diagnóstico de compressão medular por processo piógeno, seja este epidural, subdural ou intramedular, a indicação cirúrgica é obrigatória. Os outros processos que mais comumente determinam compressão aguda são os tumores metastáticos epidurais, o desabamento de uma vértebra com tumor metastático ou pótica, ou a abertura de um abscesso frio no espaço epidural; entretanto, o espondilograma esclarece o diagnóstico. As metástases epidurais não são tão raras como poderia parecer; vimos compressões medulares agudas por metástases epidurais de neoplasia do pulmão, com dores muito intensas e com todas as alterações do líquido que descrevemos nas epidurites. Neste caso o estudo radiológico simples da coluna não soluciona o problema porque, de início, a metástase não produz qualquer alteração radiológica. Entretanto, a febre e a existência de um foco supurativo em outra parte do organismo solucionam o diagnóstico. Além disso, ante qualquer dúvida deve-se investigar rapidamente a existência de um tumor em outra parte do organismo, particularmente no pulmão. Em última instância se operará uma metástase crendo que seja uma epidurite. Embora até o momento nós não tenhamos cometido este erro, não afastamos a possibilidade de que tal possa suceder mais tarde. Porém, preferimos operar uma metástase erroneamente do que deixar sem intervir uma epidurite pensando numa possível metástase.

O *prognóstico* é mau em geral; se se consultarem outras estatísticas mais numerosas, ver-se-á que os resultados não são muito mais brilhantes

que os nossos; contudo, julgamos que a percentagem de curas melhorará quando se tiver generalizado mais o conhecimento desta enfermidade e não se enviem os doentes aos neurocirurgiões com uma paraplegia de vários dias de evolução. O ideal consiste em operar o paciente antes da instalação dos fenômenos medulares. Todo o indivíduo que, com um foco supurativo em outra parte do organismo, apresente um surto febril com um quadro doloroso na coluna vertebral, no qual se comprove a existência de um ou vários pontos dolorosos na raque e de um quadro radicular, sendo normal o espondilograma, deve ser operado de urgência ao nível da vértebra dolorosa, sendo complementado o tratamento pelo uso de antibióticos. Cremos oportuno recordar que no nosso Serviço se considera a epidurite aguda como a apendicite aguda na cirurgia geral.

Instalada já a paraplegia, quando seja devida a uma mielite, pouco poderá influir a intervenção cirúrgica. Porém, quando o quadro medular é mais compressivo do que mielítico, fato a que nos referimos anteriormente, pode-se obter um retrocesso do quadro com a intervenção cirúrgica (caso 3).

Técnica operatória aconselhada — Realizada a laminectomia com a técnica habitual, expõe-se o espaço epidural infectado. Extirpa-se com pinça o tecido granulomatoso inflamatório. Exposta bem a dura-máter em tôda a extensão da laminectomia, colocam-se uma ou duas sondas de Nelaton n.º 9 ou 10, multiperfuradas em uma das extremidades, para injeção de 50.000 U. de penicilina cada 6 horas. Este processo é realizado durante 4 a 5 dias ou mais até que a febre ceda totalmente ou a eritrosedimentação mostre franco declínio do processo. Nestas condições são extraídas as sondas.

Caso 1 — S. C., com 54 anos de idade, italiano, comerciante, casado, Reg. Geral 6315. Há 5 dias, dores em cinta, com caráter radicular, na parte superior da região lombar; no dia seguinte, ao despertar, paraplegia flácida com retenção de urina e fezes. As dores se estenderam a ambas as pernas, seguindo o trajeto dos ciáticos, porém também se manifestavam na face anterior de ambas as pernas e na profundidade dos membros inferiores. *Antecedentes*: Há 17 meses, atecção pleuropulmonar mal detalhada, sendo operado de uma pleurite purulenta, restando uma fistula que foi reoperada em duas oportunidades; no momento da internação persistia a supuração.

Exame clínico-neurológico — Paciente pálido, com aspecto de intoxicado, em mau estado geral, com escara sacra e início de escara no calcanhar. Na região dorsal esquerda do tórax há uma cicatriz curvilínea, em cujo trajeto se notam vários orifícios de fistulização. Pares cranianos e membros superiores normais. Paraplegia flácida, estando os membros inferiores adelgaçados e com aparente tendência a atrofia. Reflexos cutâneos-abdominais abolidos; cremastéricos presentes à direita e ausentes à esquerda; rotulianos diminuídos e aquilianos ausentes; ausência de Babinski e sucedâneos. Hipoestesia superficial global, em sela, na região ano-períneo-escrotal; hipoestesia táctil na face anterolateral de ambas as pernas.

Com este quadro clínico e o antecedente de uma supuração crônica no tórax foi feito o diagnóstico de epidurite, sendo adiada a intervenção em virtude do mau estado do paciente. Foi medicado com penicilina, sulfamidas, transfusão de

sangue e hidratação. Novamente examinado 3 dias depois: paciente febril, sumamente excitado e com delírio; zona de hipoalgesia alcançando T₆.

Mielografia — Por punção cisternal foram injetados 3 ml de lipiodol, observando-se parada completa ao nível de T₆ (fig. 1).

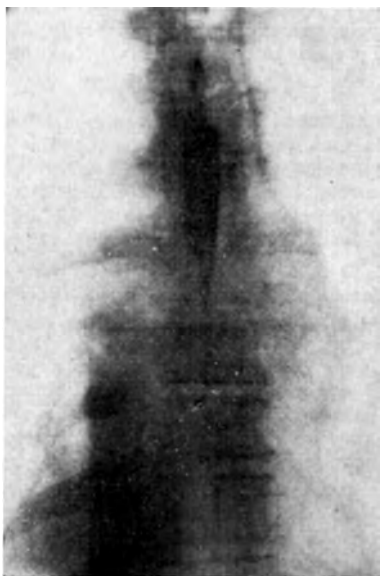


Fig. 1 — Caso 1 (S. C.). Mielografia. Nota-se o aspecto característico do polo inferior da imagem mielográfica.

Operação (29-7-1946) — Anestesia local e geral (pentotal). Incisão mediana sobre as apófises espinhosas das vértebras T₆ a T₉. Pela laminectomia dessas vértebras foi exposto o conduto dural, que se encontrava rodeado por um tecido escleroso reacional em forma de fuso, cuja parte mais proeminente se situava à direita, deslocando o envoltório dural para a esquerda. Com as manobras de dissecação extravasou pus esverdeado e untuoso, coletado à direita do envoltório dural, apesar do tecido reacional rodear completamente a medula. Este tecido foi dissecado e extraído em fragmentos. Deixaram-se dois tubos de drenagem para injeção de penicilina. Pulverizada a ferida com sulfamida. O estudo histopatológico revelou tratar-se de epidurite exsudativa leucocitária.

Evolução — O paciente faleceu após 40 horas com um quadro de choque.

CASO 2 — A. I., com 31 anos de idade, engenheiro, argentino, solteiro, Reg. Geral 10.946. Há 5 dias, coriza e elevação discreta da temperatura. Depois, apareceram dores nos ombros, que depois passaram ao esterno e espaço paravertebral direito e que se exacerbavam com os movimentos e os esforços da tosse e espirro. Rápida e se instalaram parestesias no membro inferior esquerdo e discreta parestesia. No dia seguinte, estes fenômenos se estenderam ao membro do outro lado e as desordens sensitivas subiram até a região umbilical. Apareceu disúria e, horas depois, tornou-se impossível a micção e a marcha.

Exame clínico-neurológico — Enfermo lúcido, febril, sendo completamente normal o exame neurológico dos nervos cranianos e membros superiores. Paraplegia flácida total, com arreflexia rotuliana e aquiliana bilateral, estando conservados

os reflexos plantares; ausência de reflexos cutâneo-abdominais e cremastéricos de ambos os lados. Anestesia completa abaixo de T₄; dêste nível até T₇ existe uma zona de hiperestesia. A compressão das vértebras dorsais T₃ a T₆ é sumamente dolorosa. Início de escara sacra. *Antecedentes*: Três anos antes, traumatismo da tíbia, sendo formulado o diagnóstico de periostite; ao fim de dois anos houve abertura espontânea com eliminação de pus, curando-se rapidamente. Oito meses antes do começo de sua moléstia atual, teve osteomielite do terço inferior do fêmur direito; foi operado após 5 meses pela primeira vez e reoperado um mês antes do início da moléstia atual. Durante todo o transcorrer de sua moléstia fez tratamento com penicilina e sulfa.

Exames do líquido cefalorraqueano (feitos anteriormente, durante a internação no Hospital Muñiz) — O primeiro mostrava uma taxa de proteínas de 2 g/l, com 7,4 g/l de cloretos, 0,5 g/l de glicose e 10 células por mm³ (80% de linfócitos e 20% de polimorfonucleares neutrófilos); o exame bacteriológico era negativo. Novo exame praticado 4 dias depois mostrou: proteínas 4 g/l; glicose 0,5 g/l; cloretos 7,6 g/l; 3 células por mm³ (100% de linfócitos). Em ambos os exames o liquor era límpido e incolor.

Com êstes elementos foi feito o diagnóstico de abscesso epidural e decidiu-se a intervenção cirúrgica imediata, prescindindo de nova punção lombar ou mielografia.

Operação (28-4-1949) — Anestesia local e geral (pentotal). Laminectomia de T₄ a T₆. Atingido o plano muscular, apareceu pus esverdeado entre as apófises espinhosas das vértebras T₄ e T₆. Extirpadas as lâminas vertebrais, extravasou pus na quantidade de 60 ml, aproximadamente, o qual formava uma espécie de saco piógeno comprimindo o cilindro dural nesse nível. O saco dural estava envolvido por uma bainha de tecido inflamatório fibrolipomatoso, que foi totalmente extirpado. Além disso, foi verificada a existência de osteomielite de T₆. Foram colocadas duas sondas de Nelaton perfuradas no canal medular e tubos de drenagem por baixo do plano muscular e no tecido celular subcutâneo. O exame histológico da bainha do tecido extirpado durante o ato cirúrgico mostrou tratar-se de tecido inflamatório.

Evolução — O pós-operatório imediato foi bom. A recuperação, porém, foi muito escassa, pois só reapareceu a motilidade do grande artelho direito, tendo os distúrbios sensitivos descido para o nível da raiz lombar. Os esfíncteres modificaram-se muito pouco, pois, embora a micção parecesse obedecer à vontade em seu início, a evacuação total da bexiga só era conseguida pelo paciente mediante compressão abdominal; além disso, instalou-se uma infecção urinária muito rebelde a todo tratamento, embora, desde a internação, tivesse sido feito a drenagem vesical. Não houve recuperação do esfíncter anal.

Caso 3 — P. D., com 37 anos de idade, argentino, mecânico, casado, Reg. Geral 13.987. Há 9 dias, lombalgia de instalação brusca. Foi tratado com leucotropina e aplicações de ondas curtas na região lombar. As dores se exacerbavam intensamente pelos esforços da tosse e espirro, porém permitiam a marcha. Três dias depois surgiram transtornos esfinctéricos; urinava com dificuldade e não evacuava. Uma semana após o início da moléstia atual, as dores eram tão intensas que requeriam injeções repetidas de morfina. Examinado nessa ocasião pelo Dr. S. L. Biachetti, foi encontrada uma paraplegia espástica com hiperreflexia tendinosa, clono do pé e rótula e sinal de Babinski bilateral. Uma punção lombar demonstrou bloqueio total com síndrome de Froin. Com o diagnóstico de compressão medular aguda foi enviado ao Instituto de Neurocirurgia. Reinterrogado, o paciente relatou que, há dois meses, tivera um ferimento supurado no calcanhar direito, que melhorou nitidamente com penicilina e estreptomina, embora não curasse totalmente.

Exame clínico-neurológico — Paciente febril, muito excitado, respondendo muito mal às perguntas que lhe eram formuladas, sendo o exame dificultado porque qualquer movimento produzia intensas dores na coluna dorsolombar. No calcanhar, ferimento com crôsta aderente e discretamente tumefeita. Nervos cranianos e membros superiores normais. Paraparesia crural espástica, com hiperreflexia rotuliana e aquiliana bilateral, clono dos pés e Babinski bilateral; não se obtiveram os reflexos cremastéricos e abdominais. Discreta hipoalgesia abaixo de T₆. Retenção de urina e fezes; intenso meteorismo. Rigidez da coluna dorsolombar. A pressão nas vértebras dorsais e lombares era muito dolorosa. Nestas condições, formulou-se o diagnóstico de compressão medular aguda por presumível abscesso epidural.

Mielografia — Por punção cisternal foram injetados 2 ml de lipiodol, observando-se parada completa ao nível da porção inferior da vértebra T₄ (fig. 2).

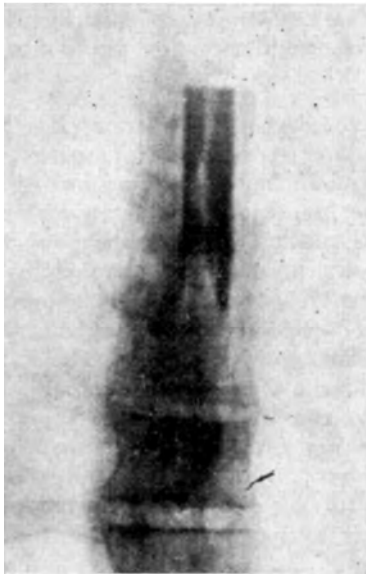


Fig. 2 — Caso 3 (P. D.). Mielografia. Aspecto característico do polo inferior da imagem mielográfica.

Operação (24-5-1950) — Anestesia geral com pentotal sódico. Feita a laminectomia de T₄ a T₆ foi encontrada osteomielite vertebral e abscesso epidural que foi drenado. Foram colocadas duas sondas de Nelaton perfuradas no espaço epidural para a irrigação com penicilina.

Evolução — Pós-operatório muito bom. Medicado com penicilina, estreptomicina e sulfamida. O paciente abandonou o Serviço após 15 dias, com recuperação total da motilidade, sensibilidade e esfíncteres.

EPIDURITES CRÔNICAS

Creemos que tôdas as considerações etiopatogênicas que esboçamos em relação às formas agudas são extensivas às formas crônicas.

Em dois dos casos estudados existia como antecedente um *foco supurativo em outra parte do organismo*: osteíte da tíbia (caso 4) e antraz na região supra-espinhosa e mão esquerda (caso 5). No caso 6 não pudemos descobrir, pelo interrogatório ou pelo exame do enfermo, a existência de qualquer foco piógeno, mas devemos assinalar que, um ano antes do comêço da enfermidade, o paciente tivera forte dor no maléolo interno esquerdo, acompanhada de dores na região lombo-sacra. Ficamos em dúvida se êsse processo agudo doloroso não teria sido um foco de osteíte que remitira espontâneamente.

Queremos fazer uma ressalva antes de nos ocuparmos da *anatomia-patológica*. O caso 4, levando-se em consideração a evolução clínica, seria agudo; porém, o estudo anátomo-patológico revelou a existência de um granuloma crônico inespecífico, pelo que resolvemos enquadrá-lo nas formas crônicas. Talvez êste caso merecesse estritamente o qualificativo de subagudo, porém nos pareceu que assim complicariamos um pouco êste relato.

Do ponto de vista anátomo-patológico, devemos ocupar-nos das lesões do espaço epidural, da medula e da coluna vertebral. No espaço epidural encontramos, nos casos 5 e 6, um granuloma crônico inespecífico contendo um abscesso crônico, enquanto que, no caso 4, não existia abscesso. Na autópsia do último caso encontramos tuberculose do pulmão e de um gânglio intertraqueobrônquico; assim, conjecturamos se o granuloma epidural não teria a mesma etiologia; porém, repetindo os cortes e procurando com todo o cuidado, não foi possível encontrar lesão bacilar. Queremos referir sumariamente um caso estudado por um de nós (R. F. M.), ainda inédito, em que a etiologia da epidurite é um tanto complexa. Tratava-se de um paciente que foi operado com um quadro de compressão medular, apresentando como antecedente um furúnculo; foi feito o diagnóstico de epidurite. Tempos depois, houve recidiva da compressão medular; após nova intervenção cirúrgica foi encontrado, pelo estudo histológico, um tecido de granulação tuberculosa.

Lendo-se com cuidado as histórias clínicas e se as vincularmos com os achados anátomo-patológicos, observamos imediatamente que as formas com abscessos têm evolução diversa da que apresentou o caso em que não se encontrou abscesso; nos casos 5 e 6, em que havia abscesso, a enfermidade evoluiu por surtos, constituindo-se um quadro paraplégico intenso, que melhorou a ponto de os pacientes poderem retomar a marcha. Disto poderia concluir-se que as formas com abscesso apresentam um quadro de compressão medular de evolução intermitente, enquanto que as formas não abscedadas têm evolução contínua. Contudo, com 3 casos não se podem firmar conclusões tão gerais e, além disso, no único caso não abscedado que observamos, a intervenção cirúrgica foi praticada quatro semanas depois de iniciado o quadro medular; poderíamos, pois, indagar se êste não remitiria espontâneamente. A propósito, recordamos que, no caso 5, em que foi feito o diagnóstico de compressão medular, em virtude

do doente não aceitar a intervenção cirúrgica, foi instituído tratamento médico, tendo o paciente melhorado acentuadamente.

Muito interessantes são as lesões da medula que pudemos estudar no caso 6. Não encontramos lesões de mielite, fato que havíamos suposto pela evolução, mas apenas processos mais discretos, como os observados em muitas compressões medulares. Encontramos discreta dismielinização nos feixes piramidais, fascículos cerebelares dorsal e ventral e, parcialmente, no cordão posterior; êstes achados anátomo-patológicos podiam ser presumidos pelo quadro clínico (dois episódios paraplégicos com grande melhora durante o primeiro e com uma remissão não tão acentuada no segundo, tudo fazendo pensar que existissem lesões reversíveis na medula).

De modo que, ao contrário do que ocorre nas formas agudas, nos casos crônicos as lesões são principalmente de tipo compressivo e as lesões mielíticas, de pior prognóstico, devem ser muito menos freqüentes.

Em todos os casos por nós estudados, como aconteceu com as formas agudas, o processo se localizava na região dorsal. Naqueles casos em que o processo epidural não é mais que uma propagação de osteomielite vertebral, é lógico que se encontrem lesões ósseas, como aconteceu no caso 5 (lesões ebúrneas em duas vértebras).

Quanto ao *quadro clínico*, tomaremos como padrão os casos 5 e 6, que são característicos de epidurite crônica; referiremos depois brevemente o caso 4, que teve evolução clínica aguda ou subaguda.

Os pacientes apresentam um quadro franco de compressão medular, com suas dores radiculares, sendo as manifestações medulares de ordem motora, sensitiva, reflexa e esfintéfrica. A evolução é intermitente. No caso 5 houve três episódios paraplégicos, processando-se no primeiro uma remissão de tal grau que permitiu a locomoção e a realização de tarefas pesadas. Não obstante, nestes períodos de remissão os sintomas não desaparecem de todo, pois os enfermos dizem que sentem alguns distúrbios sensitivos e motores, que no caso 6 eram muito fugazes. Não observamos nenhum caso durante as fases de remissão, porém, cremos que devem apresentar algumas alterações objetivas da motilidade, sensibilidade e reflexos.

O primeiro quadro de compressão medular nos dois casos instalou-se mais ou menos lentamente, enquanto que os ulteriores se apresentaram bruscamente. As paraplegias ou paraparesias que observamos foram espásticas, com hiperreflexia, mesmo no caso 4. Cremos que êste é um fato que deve ser levado em consideração: nas epidurites crônicas o quadro medular é espástico, ao contrário do que ocorre nas formas agudas, onde pode ser flácido ou espástico segundo predomine o quadro mielítico ou compressivo. As desordens esfintéricas foram encontradas nos dois pacientes. Nenhum dêles apresentava escaras.

No caso 4 — que teve um quadro clínico agudo ou subagudo e que, sob o ponto de vista anátomo-patológico, era portador de lesão epidural

crônica — havia uma compressão medular de instalação rápida, com paraplegia praticamente total e grandes distúrbios sensitivos, comprometimento esfintérico e hiperreflexia osteotendinosa, com clono do pé.

A *punção lombar* demonstrou franco bloqueio (em um deles total), com xantocromia em dois dos casos. Em um só caso foi feito o estudo do líquido, encontrando-se dissociação albumino-citológica.

O *estudo radiológico simples* pode ser de grande importância nos casos em que existe osteomielite, pois nestes, ao contrário do que sucede nas formas agudas, como o processo ósseo tem evolução mais ou menos prolongada, deve haver nítidas alterações radiológicas. Em um de nossos casos, no ato cirúrgico, foram encontradas duas vértebras ebúrneas; lamentamos não possuir radiografias demonstrativas desta alteração.

A *mielografia*, praticada nos três casos, demonstrou bloqueio total que, em seu aspecto, é idêntico ao das formas agudas, sendo caracterizado, segundo nossa opinião, pelo aspecto franjado do lipiodol na zona em que tinha contacto com o obstáculo.

Para estabelecer o *diagnóstico* devemos recordar que se trata de compressão medular crônica evoluindo com períodos de agravação e melhora e que tem como antecedente de importância a existência de um foco supurativo em outra parte do organismo.

Não levaremos em conta, no diagnóstico diferencial, tôdas as paraplegias medulares de evolução lenta com períodos de remissão, mas apenas aquêles quadros compressivos com estas características, pois as paraplegias não compressivas são facilmente afastadas pelo quadro clínico e pela ausência de bloqueio manométrico e mielográfico.

As varizes e os angiomas medulares também possuem como característico produzir quadros medulares intermitentes, porém, segundo nossa experiência, nelas pode-se observar uma discrepância entre a prova manométrica e a mielografia; assim pudemos observar falta de bloqueio manométrico, com parada do lipiodol. Acrescentemos que pode haver aumento da distância interapendicular em várias vértebras, coisa que não notamos nunca nas epidurites. Entretanto, consideramos como fatos de maior valor a existência de um foco supurativo e a imagem franjada do lipiodol. As paraplegias lentas e intermitentes do mal de Pott facilmente são excluídas pela radiografia simples. Os glio-epiteliomas, também denominados ependimomas, podem determinar compressões medulares, com período de remissão franca, porém, é óbvio que não têm como antecedente uma supuração; além disso, o estudo dos pedículos vertebrais e da distância entre êles adquire nesses casos grande valor, pois o desgaste ósseo se ser tão grande que o canal medular parece insuflado e a distância interapendicular está aumentada. Os cistos congênitos extradurais, dos quais não temos experiência, localizam-se geralmente na região torácica e, se bem que tenham em comum com as epidurites crônicas a evolução intermiten-

te, se diferenciam pelo fato de existir geralmente uma cifose e por haver franco aumento da distância interapendicular. Com certas aracnoidites o diagnóstico costuma ser muito difícil, pois as características clínicas podem ser iguais e, em algumas oportunidades, o aspecto da parada mielográfica é muito semelhante; contudo, pensamos que um foco supurativo em outra parte do organismo fala em favor de epidurite crônica e não de aracnoidite.

No caso 5, que foi a nossa primeira observação de epidurite crônica, e no caso 6 que se lhe seguiu, não fizemos o diagnóstico. Pelo contrário, no último paciente (caso 4), o diagnóstico foi imediato, pois conhecíamos bem o quadro clínico e sabíamos valorizar o antecedente de uma osteíte. Contudo, pensamos que muitas vezes não se fará o diagnóstico etiológico correto; porém, isto não tem grande importância prática, pois o que interessa é demonstrar a compressão medular, sendo que a indicação cirúrgica, na maioria dos casos de epidurite crônica, não tem caráter de urgência.

De acordo com os caracteres clínicos e os achados anátomo-patológicos pensamos que o *prognóstico* nas epidurites crônicas é muito melhor que nas agudas, embora nossa experiência pareça afirmar o contrário. Não obstante, não se pode levar muito em conta nossos resultados, pois, no caso 6, o paciente faleceu em consequência de uma complicação pulmonar e, no caso 5, formou-se um abscesso na ferida operatória, sendo ignorada a evolução ulterior, pois o paciente retirou-se do Serviço. Além disso, nessa época não contávamos com os antibióticos que se usam agora e as sulfamidas não foram administradas em doses elevadas devido à intolerância. Também no caso 4, que do ponto de vista clínico evoluiu de forma mais ou menos aguda, se bem que a recuperação motora, sensitiva e esfintéfrica não se houvesse manifestado um mês após a intervenção, cremos que ulteriormente possa ter havido melhora pelo fato de que, por ocasião da alta, já se haviam cicatrizado completamente quase tôdas as escaras. Sabemos quão difícil é a cura das escaras nas mielites; por isso presumimos que também neste caso de evolução mais ou menos rápida o componente mielítico, se houver existido, não deve ter sido muito importante.

O *tratamento* é sempre cirúrgico, complementado com o uso de antibióticos, devendo, sempre que possível, ser diagnosticado o tipo de germe para que se possa eleger o medicamento mais ativo. Após a evacuação de um abscesso, aconselhamos deixar temporariamente sondas de Nelaton, para a irrigação com antibióticos. Deve-se completar o tratamento cirúrgico com aplicações de radioterapia. Embora nunca tenhamos tido a oportunidade, pode ocorrer que se faça o diagnóstico de epidurite crônica em um dos períodos de remissão; nesses casos, cremos que devem ser feitas, no pré-operatório, aplicações de radioterapia profunda e um intenso tratamento antibiótico.

Caso 4 — V. S., com 22 anos de idade, polonês, mecânico, solteiro, Reg. Geral 13.255. Há 18 dias, depois de ter andado de bicicleta, sensação de astenia generalizada, acompanhada de profusa sudorese. No dia seguinte, perda de força nos membros inferiores, sem dores. Tratou-se com vitamina B₁₂, leucotropina e repouso no leito. Quatro dias depois de iniciada a moléstia já lhe era impossível a marcha. Nessas condições internou-se no Instituto de Neurocirurgia. *Antecedentes*: Há um ano, traumatismo na perna esquerda, com intensa dor, que se acalmou em poucos dias. Quatro meses depois reapareceram as dores no membro traumatizado. Examinado em um serviço hospitalar desta Capital, foi formulado o diagnóstico de osteíte, submetendo-se a radioterapia profunda. Desapareceram os fenômenos dolorosos até o momento atual.

Exame clínico-neurológico — Paciente em bom estado geral. Nervos cranianos e membros superiores normais. Paraplegia crural intensa, subsistindo somente débeis movimentos de flexão da articulação coxofemural. Reflexos rotulianos e aquilianos policinéticos; Babinski bilateral; clono do pé; ausência de reflexos cremastéricos e abdominais. Anestesia superficial global abaixo do território lombar; hipoestesia global desse nível até T₅. A percussão da coluna vertebral é dolorosa de T₂ a T₁. Retenção de urina e fezes.

Exame do líquido lombar: Bloqueio parcial; líquido xantocrômico; proteínas 6,2 g/l; cloretos 6,8 g/l; 65 células por mm³; r. Pandy e Nonne positivas; r. Wassermann negativa. *Líquido cisternal*: Proteínas totais 0,24 g/l; 4 células por mm³; reações das globulinas negativas. *Exames de sangue*: R. Wassermann, Kahn padrão, Kahn presuntiva e micro-reação de Pagniez negativas. *Eritrossedimentação*: na primeira hora 43 mm; na segunda hora 98 mm. *Glicemia* 1 g/l. *Uréia* 0,15 g/l. *Hemograma*: Eritrócitos 3.340.000 por mm³; leucócitos 7.000 por mm³; hemoglobina 60%; valor globular 0,9. Fórmula leucocitária: basófilos 0%; eosinófilos 11%; neutrófilos 62%; linfócitos 16%; monócitos 11%. *Mieloscopia e mielografia*: Parada total (fig. 3). *Radiografia da perna esquerda*: Nítidas alterações osteomielíticas na tíbia. Com estes elementos foi feito o diagnóstico de epidurite da região torácica superior.

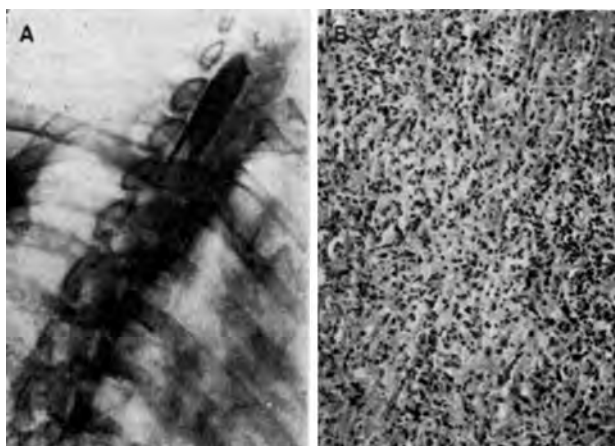


Fig. 3 — Caso 4 (V. S.). À esquerda, aspecto mielográfico característico. À direita, exame histológico do material colhido no ato cirúrgico (granuloma inespecífico).

Operação (3-3-1950) — Anestesia local e geral. Feita a laminectomia das vértebras T₂ a T₁₁, apareceu o cilindro dural enormemente engrossado por um processo fibrolipomatoso. Este foi aberto longitudinalmente e ressecado, aparecendo então a medula intacta. Com sonda de Nelaton, foi explorada a permeabilidade do espaço epidural para cima e para baixo, fazendo-se depois o mesmo no espaço subaracnóideo. Foi deixada drenagem, injetando-se localmente 600.000 U. de penicilina. Fechamento dos planos. O exame histológico do processo de aspecto fibrolipomatoso, extirpado durante o ato cirúrgico, demonstrou tratar-se de um granuloma infeccioso inespecífico.

Evolução — Um mês após a intervenção foi dada alta. Haviam-se curado totalmente as escaras glúteas surgidas antes do ato cirúrgico. Não houve recuperação motora, sensitiva ou dos esfíncteres.

Caso 5 — S. W., com 67 anos de idade, russo, casado, Reg. Geral 1925. Em setembro de 1939, dores em cinta em ambas as regiões lombares, aparecendo, pouco depois, perda da força nos membros inferiores. Por intensificarem-se estes transtornos ingressou num hospital da Capital em janeiro de 1940. Surgiu então retenção de urina e fezes. Feito o diagnóstico de compressão medular, foi medicado com vitamina B₁₂, ondas curtas e calor na região dorsal. O paciente melhorou sensivelmente e abandonou o hospital. Em julho de 1940 apresentou outro episódio paraplégico, de instalação brusca, que lhe impediu a marcha. Reinternou-se no mesmo hospital, onde foi submetido a tratamento idêntico ao anterior, sendo obtida tal remissão que permitia ao enfermo locomover-se. Não obstante, em nenhum momento a restituição foi total. Em 10 de julho de 1941 novamente surgiu paraplegia de instalação brusca com retenção de urina e íleo paralítico. Foi internado na Clínica de Neurocirurgia em 25-7-1941. *Antecedentes*: Meses antes do começo da moléstia atual teve um antraz na região supra-espinal e mão esquerda.

Exame neurológico: Nervos cranianos e membros superiores normais. Paraplegia espástica, mais intensa no membro inferior esquerdo. Reflexos cutâneo-abdominais e cremastéricos ausentes em ambos os lados; rotulianos vivos, especialmente do lado direito, onde a resposta é pendular; aquiliano vivo à direita e ausente à esquerda; Babinski bilateral. Reflexos de defesa bilaterais. Marcha impossível. Anestesia superficial global abaixo de T₉, à esquerda; à direita, o nível é mais alto (T₇). Ausentes todas as formas de sensibilidade profunda nos membros inferiores.

Punção lombar: Pressão inicial 20 (manômetro de Claude); pela compressão jugular bilateral a pressão subiu a 22. *Mielografia*: Por punção cisternal foram injetados 3 ml de lipiodol, que parou totalmente ao nível da vértebra T₇.

Operação (5-8-1941) — Anestesia local. Laminectomia das vértebras T₆ a T₈, verificando-se que T₇ e T₈ tinham consistência eburnea. A dura-máter estava muito espessada, tendo desaparecido totalmente a gordura epidural. Ao nível de T₆ encontrou-se um espessamento anular que, incisado, revelou a existência de cavidade contendo uma substância semelhante à de um abscesso em organização. Foi ressecada a dura-máter e liberada a face posterior do cilindro medular, restando somente, ao nível de T₇ e T₈, uma capa fibrosa que fazia corpo com o cilindro medular. Ressecaram-se depois as lâminas de T₆, verificando-se integridade da gordura epidural. Hemostasia e fechamento da ferida em três planos, com lino. Diagnóstico operatório: epidurite supurada crônica.

Evolução — Pós-operatório muito acidentado, com febre alta e agitação. No quinto dia foi evacuado um abscesso da ferida operatória e a família decidiu retirar o paciente do Serviço, não se podendo obter mais dados acêrca de sua evolução ulterior.

Caso 6 — D. O., com 28 anos de idade, argentino, jornalista, casado, Reg. Geral 4202. Há mais ou menos 3 anos, forte dor no maléolo interno esquerdo, que se acompanhava de dores na região lombo-sacra, mais intensas do lado esquerdo e exacerbadas pela movimentação. Feito o diagnóstico de reumatismo, tendo melhorado. Um ano mais tarde notou perda das forças nos membros inferiores e o aparecimento de abalos involuntários no membro esquerdo. Este quadro continuou progredindo lentamente e cinco meses depois a marcha já se tornara difícil, apresentando ainda distúrbios esfintéricos, estando conservadas a ereção e a ejaculação. Melhorou lentamente e, um mês após, estava em condições de poder locomover-se quase normalmente, voltando a trabalhar. Algumas vezes, queixava-se de dores não muito intensas e diminuição da força no membro inferior esquerdo, que passava após alguns minutos. Continuou com o mesmo quadro durante 15 meses, ao fim dos quais se instalou bruscamente uma monoplegia crural esquerda acompanhada de intensa sensação de frio e adormecimento. Um mês mais tarde manifestou-se parestesia do membro inferior direito. Cêrca de quatro semanas após, a evolução do quadro se deteve, parecendo mesmo que se esboçava uma melhora. No momento de sua internação o paciente queixava-se de perda de força nos membros inferiores, mais nítida à esquerda, com dores na região lombo-sacra esquerda, que se exacerbavam quando se deitava, porém não se modificavam com os esforços da tosse e espirro; ausência de distúrbios esfintéricos ou da esfera genital. *Antecedentes* sem importância.

Exame neurológico: Nervos cranianos e membros superiores, normais. Paraparesia espástica, mais intensa no lado esquerdo, sobretudo para os movimentos da perna sobre a coxa. Reflexos cutâneo-abdominais diminuídos; rotulianos poliginéticos; aquilianos exagerados; clono dos pés e rótulas. Os grandes artelhos apresentam-se em extensão permanente; Babinski bilateral. Acentuado equinismo em ambos os pés. Marcha ataxoparética. Romberg presente. Sensibilidade táctil e dolorosa conservada; hipotermoestesia abaixo de T₂; acentuadas alterações da estatoestesia e da cinestesia; hipopalestesia.

As radiografias simples da coluna dorsal revelaram apenas ligeira escoliose. *Punção lombar:* Bloqueio total; xantocromia. *Mielografia:* Punção cisternal e injeção de 3 ml de lipiodol; parada total entre as vértebras T₃ e T₁; imagem de tumor extradural.

Operação (6-9-1944) — Laminectomia das vértebras T₁ a T₃. Foi ressecado um granuloma epidural com abscesso na parte central; o granuloma continuava para cima, porém, devido ao estado do enfermo, foi suspensa a intervenção. Uma semana depois foi ampliada a laminectomia para cima, sendo ressecadas as lâminas das vértebras T₁ a T₃ e extirpado o resto do granuloma.

Evolução — Duas semanas após o enfermo faleceu com um quadro pulmonar. O estudo histológico de um gânglio antracótico intertraqueobrônquico e o do pulmão revelou a existência de tuberculose.

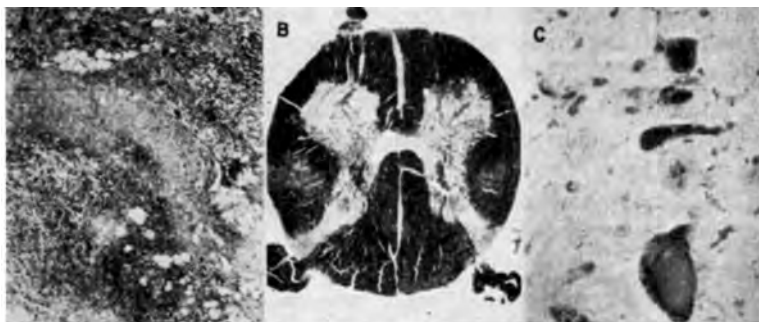


Fig. 4 — Caso 6 (D. O.). À esquerda, tecido fibroadiposo epidural com acúmulos inflamatórios crônicos. No centro, corte na altura do 4.º segmento lombar da medula, mostrando ligeira degeneração do feixe piramidal cruzado e do feixe rubroespinal. À direita, tumefação e cromatolise de células ganglionares da ponta anterior da medula cervical. Alterações idênticas foram encontradas nas células da coluna de Clarke.

RESUMO E CONCLUSÕES

Foram estudados 6 casos de epidurite vertebral, sendo feita distinção entre formas agudas e crônicas, não só pelo quadro clínico e anátomo-patológico, como pela oportunidade da intervenção cirúrgica, que é sempre de urgência nos casos agudos.

Nas formas agudas a mielite é mais importante que o fator compressivo na produção do quadro medular, pelo que insistimos na necessidade da operação precoce, mesmo antes de existir franca manifestação medular, para evitar, no possível, a instalação da mielite. Quando o fator compressivo predomina sobre o mielítico nos casos agudos, o distúrbio motor seria espástico desde o início. Pelo contrário, nas epidurites crônicas, o fator compressivo prevalece sobre o mielítico, o que explicaria a remissão espontânea dos sintomas e a pouca intensidade das lesões medulares encontradas no estudo anátomo-patológico de um dos casos.

E' realçada a importância, em ambos os tipos de epidurite, da existência prévia de um foco supurativo em outra parte do organismo, do qual parte a infecção, geralmente por via sangüínea; os autores admitem também que a infecção possa propagar-se por contigüidade, embora não tenham nenhum caso com êste caráter.

Os casos agudos se caracterizam, do ponto de vista clínico, por um quadro de compressão medular brusca, acompanhado de febre, com marcadas alterações da motilidade, da sensibilidade e dos esfíncteres, com bloqueio manométrico e dissociação albumino-citológica do líquido, sem al-

terações radiológicas na maioria dos casos, e com antecedentes de um processo supurativo em outra parte do organismo. São referidas as normas para poder diferenciá-los de outros quadros neurológicos semelhantes.

As epidurites crônicas produzem um quadro de compressão medular que se instala mais ou menos lentamente, com períodos de franca remissão alternados com fases de agravação de início brusco, reconhecendo-se, também aqui, a importância de um foco supurativo prévio. São referidos os elementos para diferenciá-las de outros quadros neurológicos semelhantes.

Na mielografia, o lipiodol, tanto nos casos agudos como nos crônicos, se apresenta com uma imagem franjada no ponto em que a substância opaca entra em contacto com o processo epidural. Os autores reconhecem que geralmente pode-se prescindir da mielografia para o diagnóstico dos casos agudos, devendo ela ser reservada unicamente para os casos duvidosos.

O prognóstico é grave em ambas as formas, embora o seja mais nos casos agudos; têm grande importância o diagnóstico e a intervenção cirúrgica precoce.

Para ambos os tipos de epidurites o único tratamento é o cirúrgico, complementado pelo uso de antibióticos, sendo aconselhada a radioterapia profunda pós-operatória nas formas crônicas, e a radioterapia profunda pré-operatória combinada com a administração de antibióticos nos períodos de remissão dos casos crônicos.

Sob o ponto de vista técnico-cirúrgico os autores aconselham deixar temporariamente, na ferida operatória, sondas de Nelaton perfuradas para praticar a irrigação do espaço epidural com antibióticos.

SUMMARY

Six cases of vertebral epiduritis were studied and it was made a difference between acute and chronic forms. In the acute cases the secondary myelitis is more important than the compression in producing the medullar picture. The acute cases are characterized by a sudden beginning of medullar compression with hyperthermia, canal block and albumin-cytologic dissociation. In every case there is a purulent process in another part of the body. The myelography shows that the contrast takes a fringed appearance in its lower part. Either in the acute or in the chronic form prognosis is grave and in both cases surgical treatment is advised, becoming an emergency in the acute cases.