

INFARTO MEDULAR POR PROVÁVEL EMBOLIA FIBROCARILAGINOSA:
DIAGNÓSTICO EM VIDA POR CORRELAÇÃO CLÍNICO-RADIOLÓGICA

Luísa dos Santos Furquim¹, Luciano Araldi¹, Maria Eduarda Fraga Turatti², Mayke Anderson de Andrade¹, Nicole Pietra Kerber Ribeiro¹, Kayan Alkmim Mota¹, Willian Douglas dos Santos Rocha¹, Bethânia Cecília Bonassi¹, Júlia Smariotto Ritt¹, Henrique Vargas Guimarães dos Santos¹, Johnny Regis Eigodanzo do Nascimento¹, Leonardo Paz Medeiros¹, Martin Tobias Bravo Leite¹, Mariana Manica Tamiozzo¹, Gustavo Ravanello Suertegaray¹.

¹Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), ²Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

INTRODUÇÃO:

A embolia fibrocartilaginosa (EFC) é uma causa rara e subdiagnosticada de infarto medular, decorrente da embolização de material do núcleo pulposo para a circulação medular^{1,2}. Apresenta-se como mielopatia aguda precedida por dor axial súbita, mimetizando mielite transversa³. O diagnóstico em vida é presumido por rigorosos critérios clínico-radiológicos: exclusão de causas inflamatórias, infecciosas e outras etiologias vasculares, associada à presença de doença discal no nível topográfico da isquemia^{2,4}.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente feminina, 42 anos, hígida, apresentou cervicalgia súbita irradiada para escápula esquerda e parestesias difusas. Evoluiu no dia seguinte com tetraparesia súbita e queda da própria altura. Negava traumas, esforço extenuante ou infecções. A ressonância magnética (RM) inicial revelou hipersinal T2 na porção anterior da medula (C6-T1), sem expansão, associado a discopatia. Manteve tetraparesia residual, alodinia dorsal e dissociação sensitiva. Após líquido e angiogramografia de carótidas e vertebrais normais, uma RM de controle confirmou a persistência do hipersinal T2 no território da artéria espinhal anterior. Notou-se também hérnia discal central em C5-C6 com fissura do anelo fibroso, mas sem compressão medular. Com o quadro indicando isquemia aguda adjacente à ruptura do anelo fibroso, a etiologia presumida foi EFC. A paciente evoluiu com melhora parcial e foi encaminhada à reabilitação.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

A EFC ocorre quando material discal penetra na vasculatura medular devido a picos de pressão intradiscal^{1,2}. Na RM, a distribuição anterior da lesão, sem características de processo inflamatório, sustentou a hipótese de isquemia^{3,4}. A fissura anular em C5-C6 correlacionada à lesão medular inferior adjacente (C6-T1) preenche os modernos critérios diagnósticos para EFC presumida². O diagnóstico da isquemia medular é desafiador e, portanto, reconhecer a EFC como causa de infarto medular em pacientes de meia-idade com doença discal orienta a equipe clínica para o manejo adequado, evitando tratamentos empíricos e procedimentos desnecessários.

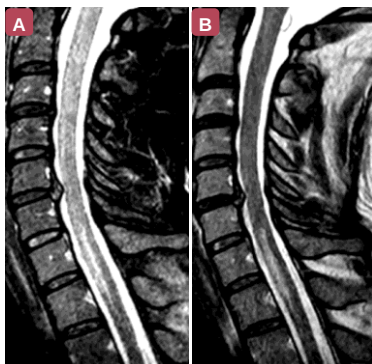


Fig. 1: RM cervical sagital. Sequências ponderadas em T2 demonstrando hipersinal intramedular de C6 a T1, predominantemente nas colunas anteriores, com leves impressões discais em C5-C6 e sem estenose significativa.

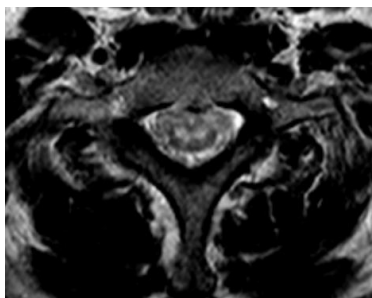


Fig. 2: RM cervical axial. Sequência ponderada em T2 mostrando acometimento anterior bilateralmente simétrico, em focos circulares a ovoides ('sinal dos olhos de coruja'), típico de injúria isquêmica no território da artéria espinhal anterior.

REFERÊNCIAS:

1. Tosi L, Rigoli G, Beltrame L. Fibrocartilaginous embolism of the spinal cord: a clinical and pathogenetic reconsideration. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1996;60(1):55-60.
2. AbdelRazek MA, Mowla A, Farooq S, et al. Fibrocartilaginous embolism: a comprehensive review of an under-recognized cause of spinal cord infarction. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2016;39(2):146-154.
3. Zalewski NL, Rabinstein AA, Krecke KN, et al. Characteristics of Spontaneous Spinal Cord Infarction and Proposed Diagnostic Criteria. *JAMA Neurology*. 2019;76(1):56-63.
4. Vargas MI, Gariani J, Sztajzel R, et al. Spinal cord ischemia: practical imaging tips, pearls, and pitfalls. *AJNR American Journal of Neuroradiology*. 2015;36(5):825-830.