

Problemas neurológicos

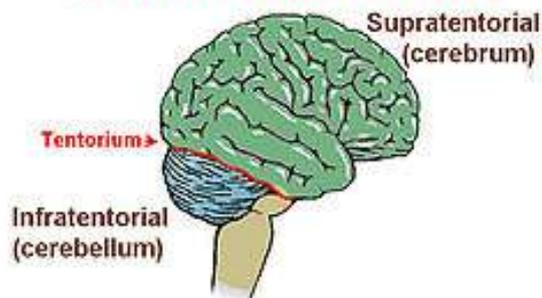
Cuidados Paliativos
Ferraz Gonçalves

Metástases cerebrais

Introdução

- Presentes em 15 a 40% dos doentes com cancro metastático,
- É o tipo mais comum de tumor cerebral.
- Os três cancros mais frequentemente associados a metástases cerebrais são o do pulmão, o da mama e o melanoma
 - Em séries de autópsia, cerca de 60% dos doentes com cancro do pulmão de pequenas células e 75% dos doentes com melanoma metastático têm metástases cerebrais.
- Geralmente ocorrem quando a doença é conhecida e está disseminada;
 - quando são a primeira manifestação, o primário é geralmente o pulmão.

The Tentorium Cerebelli



Manifestações

- Evolução
 - Mais frequente
 - em dias a semanas
 - Ocasionalmente
 - Súbita (hemorragia no tumor)
- Cefaleias
 - Metástases supratentoriais
 - bifrontais
 - só do lado do tumor
 - Metástases infratentoriais
 - mais intensas
 - região occipital e pescoço
- Hemiparesia
- Convulsões
- Afasia
- Apraxia
- Alterações comportamentais
- Disfunção cerebelar
- Alterações dos nervos cranianos

Diagnóstico

- TAC ou RNM.
- Nestes exames deve-se procurar determinar:
 - número de metástases,
 - extensão do edema circundante,
 - sistema ventricular,
 - desvio da linha média.

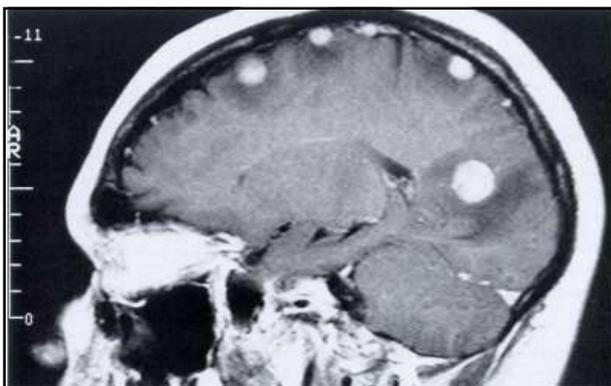
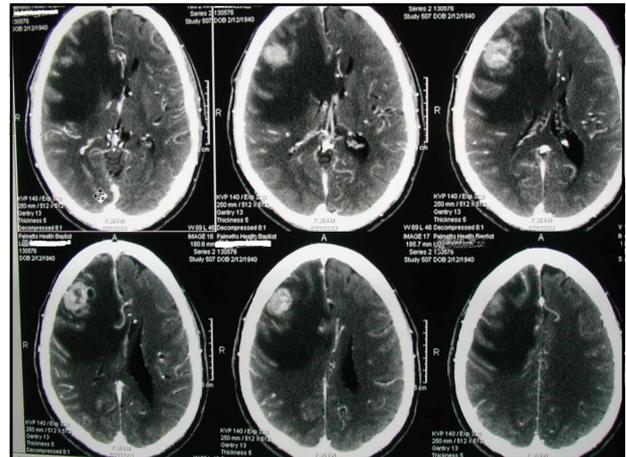
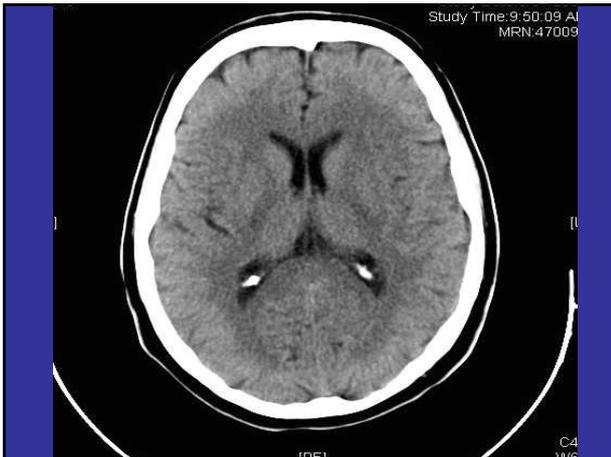


FIGURE 3: Gadolinium-enhanced MRI scan demonstrating multiple brain metastases. Note the edema surrounding each lesion.

Tratamento

- Corticosteróides:
- Os sintomas melhoram em 60-70% dos doentes.
 - A melhoria clínica, quando ocorre, dá-se geralmente dentro de 24 horas,
 - Em alguns casos pode haver uma resposta mais gradual durante alguns dias.
- A dexametasona é o corticosteroide de eleição:
 - A dose habitualmente prescrita é de 12 a 16 mg/d.
 - Alguns doentes que não respondem a estas doses podem responder a doses mais altas, ex. 100mg/d.
 - Semivida de 36 a 54 horas – permite 1 dose diária
 - intervalos mais curtos para as doses mais altas.
 - Reduzir a dose para o mínimo eficaz.

Tratamento

- Radioterapia:
- Em 80% dos doentes há uma resposta clínica e radiológica à radioterapia.
- A resposta pode demorar 1 mês.
- 20-30% dos doentes morrem 1 mês após a radioterapia.

Tratamento

- Cirurgia:
- Reserva-se para os doentes com metástase única e doença extracraniana limitada.
- Na altura do diagnóstico mais de 50% dos doentes têm mais de uma metástase visualizada nas imagens radiográficas,
 - percentagem ainda maior em estudos de autópsia.

Prognóstico

- Mau prognóstico.
- Sobrevivência média sem tratamento de cerca de 1 mês.
- Com corticóides aumenta para 2 meses,
- Com irradiação cerebral aumenta para 3 a 6.

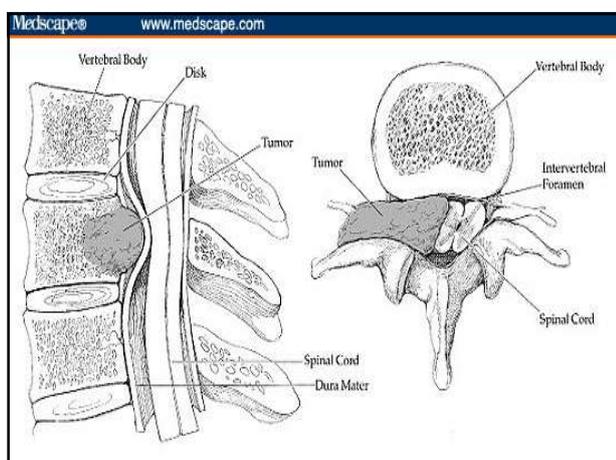
Compressão medular

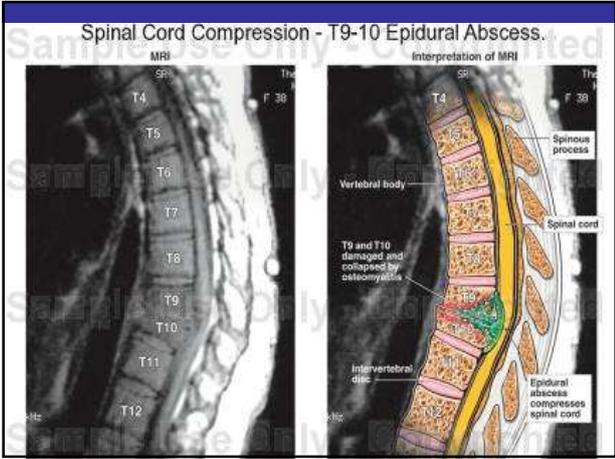
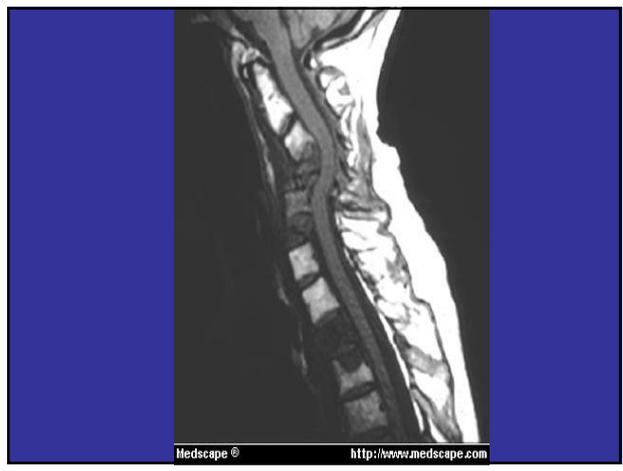
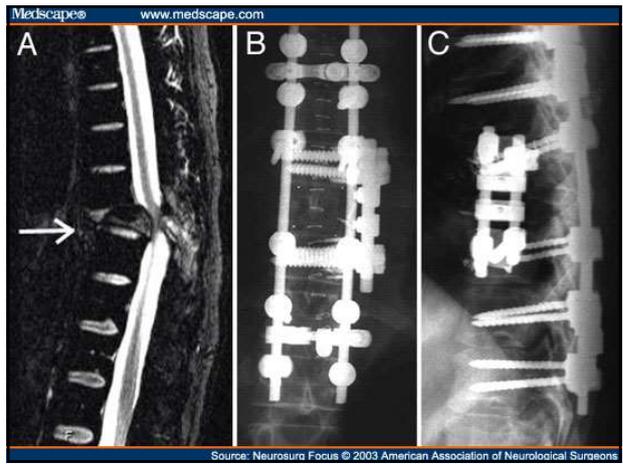
Compressão medular

- Nos tumores sólidos a compressão medular é causada em 85 a 90% dos casos por metástases vertebrais.
- Em 10% dos casos é causada por uma massa paravertebral que se estende através dos buracos de conjugação, sendo mais comum em doentes com linfomas.
- Em mais de 95% dos doentes com uma lesão epidural desenvolve-se dor focal ou referida como manifestação inicial, podendo preceder os défices neurológicos por 5 dias a 2 anos (média 2 meses).

Compressão medular

- No entanto, na altura do diagnóstico observa-se:
 - paresia, geralmente dos membros inferiores, em 76% dos casos;
 - disfunção vesical e intestinal em mais de 50%;
 - sintomas sensitivos, como entorpecimento e parestesias, em 50%;
 - paraplegia em 15%;
 - e, raramente, herpes zoster na distribuição das raízes nervosas no local da compressão





Avaliação de emergência por RMN

- Dor associada a sinais de radiculopatia ou mielopatia
- Dor associada a lesões altamente suspeitas nas radiografias simples ou na TAC
 - Um colapso superior a 50% de um corpo vertebral nas radiografias simples associa-se a uma probabilidade de doença epidural superior a 85%
- Dor com características sinistras
 - Sinal de Lhermitte ("flash" de dor pela coluna abaixo e por vezes nos membros com a flexão do pescoço)
 - Agravamento por manobras de Valsalva (tosse, espirros, defecação)
 - Agravamento pelo decúbito dorsal
 - Dor que aumenta gradualmente com o tempo
 - Aumento rápido da dor
 - Dor mal definida, muitas vezes ascendente nos membros inferiores

Tratamento

- Dexametasona
 - 16 mg/d numa ou em duas doses
 - 100 mg IV, seguidos de 96 mg/d durante 3 dias divididos em 4 doses, com redução rápida durante 2 semanas
 - a usar nos doentes com sintomas neurológicos mais intensos ou rapidamente progressivos

Tratamento

- Radioterapia – método de eleição sobretudo em:
 - tumores radio-sensíveis - linfomas, mielomas múltiplos, neuroblastoma, etc.
 - doentes com uma sobrevivência previsível curta,
 - doentes com mais do que 1 nível de compressão,
 - doentes com contra-indicações para a cirurgia.

Tratamento

- Cirurgia
 - quando há dúvidas de diagnóstico
 - não há história anterior de cancro
 - a história de cancro é remota
 - a compressão medular ocorre numa zona já irradiada,
 - quando há deterioração neurológica durante a radioterapia,
 - quando há instabilidade da coluna,
 - se há compressão óssea.
- À cirurgia segue-se geralmente radioterapia, se o doente está ambulatorio.

Prognóstico

- O factor mais importante é o estado neurológico antes do tratamento.
- Os doentes ambulatorios antes do tratamento têm grandes possibilidades de assim permanecerem,
- Nos doentes paraplégicos a probabilidade é inferior a 10%

Convulsões

Causas

- Num doente com cancro levanta sempre a suspeita de metástases cerebrais ou meníngeas.
- Outras possibilidades:
 - Alteração ou suspensão de medicação anti-epiléptica prévia;
 - Doença cerebrovascular;
 - Hipoxemia;
 - Hipoglicemia;
 - Febre/infecção, nomeadamente do sistema nervoso;
 - Alterações electrolíticas;
 - Interação de fármacos;
 - Abstinência de drogas ou álcool.
 - Podem excluir-se como causa única, nas convulsões focais mesmo quando se generalizam.

Tratamento das crises

- Podem ser de tão curta duração que não necessitam de qualquer fármaco para as controlar.
- Se não for assim, pode usar-se o
 - diazepam R na dose de 10 mg, a qual pode ser repetida,
 - se houver um acesso venoso disponível, IV na dose de 0,15 a 0,25 mg/kg a uma velocidade não superior a 5 mg/min

Estado epiléptico

- Quando as convulsões duram mais de 30 min.
- Se ocorrem 2 ou mais convulsões consecutivas sem que tenha havido recuperação completa da consciência entre elas.
- O estado epiléptico é uma emergência neurológica.

Tratamento de manutenção

- Se as convulsões forem provocadas por uma lesão cerebral estrutural ou por epilepsia, deve manter-se o controlo com anticonvulsivos.
- Se a causa for uma alteração metabólica transitória não é necessário fazer medicação anticonvulsiva crónica.

Anticonvulsivos

- O valproato é o fármaco de eleição para as convulsões generalizadas.
- A carbamazepina para as parciais, incluindo as que se generalizam secundariamente,
 - embora possam ser usadas nos dois casos.
- A fenitoína pode ser uma alternativa em qualquer das situações.
- O fenobarbital para os doentes que não podem deglutir por qualquer motivo, administrando-se por via SC.

Anticonvulsivos

Fármaco	Dose habitual/24h mg	Níveis terapêuticos µg/mL	Efeitos laterais
Carbamazepina	400-1600	8-12	Sedação, tonturas, cefaleias, desequilíbrio, náuseas, diplopia, visão turva, leucopenia, trombocitopenia, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca, hiponatremia
Valproato	500-3000	50-120	Sedação, náuseas, tremor, aumento do apetite, alopecia, insuficiência hepática, dermatite, pancreatite, hiperamonemia
Fenitoína	300-400	10-20	Sedação, tonturas, desequilíbrio, diplopia, disartria, hiperplasia gengival, hirsutismo, eritema, alterações cognitivas
Fenobarbital	90-200	10-40	Sedação, depressão, perda de concentração, hiperactividade

Interações

Fármaco	Concentração aumentada por	Concentração diminuída por	Aumenta a concentração de	Diminui a concentração de
Carbamazepina	Entromicina, isoniazida, propoxifeno, diliazem, verapamil	Carbamazepina (reduz o seu próprio metabolismo), fenitoína	Fenitoína	Teofilina, varfarina, haloperidol, valproato, corticosteróides
Valproato		Fenitoína, carbamazepina	Fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, lamotrigina	
Fenitoína	Carbamazepina, alopurinol, amiodarona, imipramina, algumas sulfonamidas, valproato*, salicilados*			Carbamazepina, valproato, anticoagulantes, corticosteróides
Fenobarbital	Propoxifeno, valproato			Teofilina, varfarina, haloperidol, valproato, corticosteróides

Níveis séricos

- Não se deve determinar por rotina,
 - porque os níveis terapêuticos convencionais podem não corresponder nos doentes individuais aos níveis em que as convulsões são controladas nem às em que aparecem efeitos laterais importantes.
 - os níveis terapêuticos são apenas indicativos e devem reservar-se para circunstâncias particulares, como:
 - O doente continua a ter convulsões;
 - Aparecerem sinais e/ou sintomas que podem ser atribuídos à toxicidade dos fármacos;
 - Suspeita-se de adesão deficiente do doente ao tratamento.