XXXII Encontro Anual de Iniciação Científica
IX Encontro Anual de Iniciação Científica Jr.
EAIC 2023

ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE DOR MIELOPÁTICA APÓS TRAUMA RAQUIMEDULAR

Amanda Aire Souto Otake (PIBIC/FA), Leonardo Christiaan Welling (Orientador), e-mail: lcwelling9@gmail.com.

Universidade Estadual de Ponta Grossa / Departamento de Medicina.

Medicina, cirurgia, neurocirurgia.

Dor mielopática, trauma raquimedular, análise.

Resumo

O trauma medular (TRM) engloba lesões de origem traumática por fraturas da coluna vertebral, causando déficits nas funções motoras e/ou sensoriais. As complicações são comuns e graves, levando a reinternações em 55% dos pacientes no primeiro ano após a lesão e permanecendo a uma taxa estável de 37% ao ano nos próximos 20 anos. Um número significativo de pacientes desenvolve uma síndrome de dor crônica vários meses a anos após a lesão medular, a chamada dor mielopática, sendo que 25-35% deles têm uma dor tão intensa que afeta significativamente a qualidade de vida (ABRAMS; WAKASA, 2022).

Introdução

O traumatismo raquimedular (TRM) é uma lesão que acomete a medula espinal e compromete, total ou parcialmente, suas funções. Pode ser dividido em primário ou secundário e a população mais acometida são homens jovens. O mecanismo de trauma é variado, como acidentes automobilísticos, quedas, acidentes por mergulho em água rasa, agressões e ferimentos por arma de fogo, sendo que o nível mais comumente afetado é a coluna cervical baixa (C3-C7) (HANSEBOUT; KACHAR, 2018).

Em média dois terços dos pacientes desenvolve uma síndrome de dor crônica vários meses a anos após a lesão medular, a chamada dor mielopática, uma dor mal localizada, descrita como queimação, pontada ou em choque. Além disso, 25-35% dos pacientes têm dor tão intensa que afeta significativamente a qualidade de vida (FREITAS, 2020).

Materiais e Métodos

O estudo foi realizado através da análise de prontuários de pacientes que sofreram trauma raquimedular entre 2010-2020, sendo submetidos à cirurgia (artrodese). Após, foi analisado o desenvolvimento de dor mielopática em relação aos fatores estudados.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e exportados para o programa Epi Info 7.2.2.6 para as análises estatísticas necessárias. Para análise estatística univariada, foi utilizado o teste de Fisher ou qui-quadrado para variáveis nominais e o teste de Mann-Whitney ou Teste T student para variáveis contínuas. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados e Discussão

Um total de 158 prontuários de pacientes foram analisados, mas após os critérios de inclusão e exclusão, restaram 126 para análise. Dos 126 pacientes submetidos à artrodese pós-trauma, 52 desenvolveram dor mielopática. A tabela 1 apresenta alguns fatores que influenciaram no surgimento da dor mielopática.

Tabela 1. Distribuição de pacientes com dor mielopática de acordo com os fatores avaliados estatisticamente significativos.

Variáveis	Com dor mielopática	Sem dor mielopática	*p*
	N (%)	N (%)	
T. internamento			
7 dias ou mais	44 (53,66)	38 (46,34)	0,001
Menos de 7 dias	8 (18,18)	36 (81,82)	
Cuid. intensivos			
Sim	39 (72,22)	15 (27,78)	0,02
Não	13 (18,06)	59 (81,94)	
Alta com sonda			
Sim	17 (65,38)	9 (34,62)	0,004
Não	34 (34,34)	65 (65,66)	
Reoperação			
Sim	15 (60)	10 (40)	0,03
Não	37 (36,63)	64 (63,37)	
Uso de tricíclicos			
Sim	30 (60)	20 (40)	0,0005
Não	22 (28,95)	54 (71,05)	

Conclusão ou Conclusões

O trauma raquimedular (TRM) é uma afecção frequente que acarreta graves consequências físicas, psíquicas e econômicas. Os dados obtidos demonstraram que um tempo de internamento maior do que 7 dias, a internação em unidade de terapia intensiva (UTI), a necessidade de alta com sonda vesical e a demanda de reoperação aumentam o desenvolvimento de dor mielopática pós-trauma. Além disso, demonstrou-se que os pacientes com esse espectro de dor precisam de analgesia com medicamentos mais potentes, como antidepressivos tricíclicos e análogos do GABA, devido difícil controle álgico e interferência na qualidade de vida.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Leonardo Welling pela oportunidade, ao Hospital Bom Jesus pela contribuição e à Fundação Araucária pelo financiamento do projeto.

ABRAMS, GM; WAKASA MW. Chronic complications of spinal cord injury and disease. **UptoDate**, 2022.

BURCHIEL, KJ; HSU, FP. Pain and spasticity after spinal cord injury: mechanisms and treatment. **Spine** 2001; 26:S146..

FREITAS, GBL**. Trauma e Emergência.** 1 ed. 2 Vol. Irati: Pasteur, 2020.

HANSEBOUT, RR; KACHUR, E. Acute traumatic spinal cord injury**. UptoDate**, 2018.

MCDONALD, JW; SADOWSKY, C. Spinal-cord injury. **Lancet** 2002; 359:417.

SIDDALL, PJ; LOESER, JD. Pain following spinal cord injury. **Spinal Cord** 2001; 39:63.