

## Hematoma Sub-Dural Encefálico Após Anestesia Subaracnóidea

Flora M Barra Bisinoto, TSA<sup>1</sup>; José Martins Sobrinho, TSA<sup>1</sup>; Carlúcia M Augusto<sup>1</sup>; Daniela P Sobreira<sup>2</sup>; Leopoldo P de Araújo<sup>3</sup>

Bisinoto FMB, Martins Sobrinho J, Augusto CM, Sobreira DP, Araújo LP - Subdural hemathoma following spinal anesthesia

KEY WORDS: ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional: spinal; COMPLICATIONS: subdural hematoma

**H**ematoma subdural encefálico é uma complicação rara de raquianestesia. O objetivo deste relato é descrever o caso de uma paciente de 39 anos que apresentou hematoma subdural após ser submetida a uma cirurgia vascular sob raquianestesia bem como, enfatizar a importância que se deve dar ao aparecimento de cefaléia resistente ao tratamento rotineiro, para o diagnóstico precoce desta condição.

### CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, branca, estado físico ASA I, programada para tratamento cirúrgico de varizes do membro inferior direito sob raquianestesia. O bloqueio foi realizado no espaço L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> com agulha 60/6 com lidocaína hiperbárica. A hidratação constou de solução glicosada a 5% 500 ml e solução de Ringer lactato 1500 ml. O tempo cirúrgico foi de 90 minutos sem intercorrências.

A paciente não tinha história de cefaléia, traumas, alterações neurológicas anteriores ou coagulopatias, não fazendo uso de qualquer medicação. Recebeu alta no dia seguinte à cirurgia sem queixas. No terceiro dia de pós-operatório apresentou forte cefaléia frontal direita que aparecia quando assumia a posição ortostática, chegando a apresentar um episódio

de síncope. Foi reinternada e tratada com hidratação venosa associada a analgésicos comuns. Recebeu nova alta hospitalar com melhora da cefaléia e em uso de analgésicos. No sexto dia de pós-operatório a dor aumentou de intensidade e não havia mais relação com o decúbito. Foi tratada com analgésicos mais potentes, sem resposta. A cefaléia intensificou-se, sendo acompanhada de vômitos, fotofobia, sonolência e torpor. Foi feito diagnóstico clínico de hematoma subdural. O exame do líquido cefalorraquidiano foi normal e a tomografia de crânio mostrou hematoma à direita. A paciente foi submetida à craniotomia para drenagem. A cirurgia e pós-operatório transcorreram sem problema, sendo que a paciente apenas relatou amnésia lacunar de três dias.

### DISCUSSÃO

Hemorragias subdural, epidural ou intracerebral após punção lombar diagnóstica, em pacientes com doenças neurológicas, têm sido descritas várias vezes na literatura<sup>1</sup>. Na maioria dos casos ocorrem concomitantemente ao aumento da pressão intracraniana. Entretanto, a punção na dura-máter na ausência de doenças intracranianas é geralmente considerada um procedimento seguro, embora tenham sido descritos casos de hemorragias, algumas das quais fatais<sup>1,2</sup>. É também bem conhecido que hematomas podem ocorrer após traumas, em pacientes portadores de coagulopatias, com anormalidades vasculares, em uso de anticoagulantes ou medicação antiplaquetária e após períodos de tosse violenta.

Também podem ocorrer os chamados hematomas espontâneos, que a princípio não apresentam fator desencadeante<sup>3-5</sup>.

A incidência de tal complicação em associação com a raquianestesia não é conhecida e até o ano de 1990 existiam relatados apenas 15 casos associados à anestesia ou punção<sup>6</sup>.

\* Trabalho realizado no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG

1 Anestesiologista

2 ME<sub>2</sub> (1992)

3 Neurocirurgião

Correspondência para Flora M Barra Bisinoto  
Av Leopoldino de Oliveira 2907 Ap 700  
38015-000 Uberaba - MG

Apresentado em 15 de janeiro de 1993  
Aceito para publicação em 01 de março de 1993

© 1993, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

O encéfalo é suspenso pelo líquido céfalorraquidiano com a ajuda de vasos arteriais e seios venosos. Para baixo o suporte é feito pela tenda do cerebelo e grandes vasos da base do crânio. Quando parte do líquido é perdida por orifícios feitos na dura-máter o encéfalo tende a descer, especialmente quando o paciente assume a posição ortostática. Tem sido mostrado que o orifício feito pela agulha pode permanecer aberto por 14 dias, segundo alguns autores, ou até mesmo 18 semanas segundo outros<sup>1,2</sup>, e a perda líquórica ser considerável, chegando até a 240 ml por dia em orifícios de 0,6 mm de diâmetro<sup>1</sup>. Considerando uma produção diária de 300-500 ml, esta perda causa substancial decréscimo no volume de líquido e induz a descida do encéfalo com tração de vasos e da dura-máter, estruturas sensíveis, levando à cefaléia, complicação mais freqüente após raquianestesia, podendo ocorrer ainda lesões em vários nervos intracranianos. Mas a mais grave complicação da perda de líquido levando ao deslocamento do encéfalo é a ruptura de pequenos vasos que drenam para o seio sagital levando à formação de hematoma subdural.

Ordinariamente não se espera que a punção dural com agulha de calibre 25 produza um orifício suficientemente grande para causar tão séria complicação. Mas é possível, entretanto, que múltiplas punções possam resultar em suficiente perda líquórica e levar à ruptura de veias frágeis do encéfalo<sup>2</sup>.

Há alguns fatores que podem contribuir para esta ocorrência, como a presença de considerável atrofia cerebral (é bem conhecida a maior incidência de hematoma subdural em pessoas idosas), desidratação séria, aumento da pressão venosa devido a contraturas abdominais intensas.

O intervalo de tempo compreendido entre a punção dural e os sintomas neurológicos tem sido de alguns dias até 4 meses, sendo o quadro clínico

caracterizado por uma evolução em duas fases<sup>1,2,7,8</sup>. A primeira, logo após a cirurgia, quando surge cefaléia de forte intensidade devido à perda líquórica e se relaciona com o ortostatismo, desaparecendo por um período de tempo com a hidratação. Na segunda fase, há um aumento gradual da cefaléia, que já não se relaciona com a posição ortostática e se associa a sintomas de hipertensão intracraniana tais como: vômitos, alteração da visão, desorientação e torpor. Tal evolução clínica ocorreu com a paciente citada.

O diagnóstico é firmado com a ajuda da tomografia computadorizada de crânio. A falha em diagnosticar precocemente pode resultar em graves complicações e, conseqüentemente, quando um paciente relatar cefaléia após raquianestesia, intensa, persistente e resistente às medidas conservadoras ou ao "blood patch", devemos considerar a possibilidade de hematoma subdural.

Há relatos de que esta complicação seja mais freqüente, pois segundo alguns autores, podem ocorrer hematomas após punções lombares em um grande número de pacientes, que por serem pequenos e associados a grande complacência intracraniana não dão sintomas e são reabsorvidos espontaneamente<sup>3</sup>. Complicações fatais já foram descritas, mas são extremamente raras e sua ocorrência não deve considerar uma contra-indicação à raquianestesia, entretanto recomendam que o anestesologista deve ficar atento à esta possibilidade.

Bisinoto FMB, Martins Sobrinho J, Augusto CM, Sobreira DP, Araújo LP - Hematoma Subdural Encefálico após Anestesia Subaracnóidea

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES: hematoma subdural; TÉCNICA ANESTÉSICA, Regional: subaracnóidea

## REFERÊNCIAS

01. Eerola M, Kaukinen L, Kaukinen S - Fatal brain lesion following spinal anaesthesia. *Acta Anaesth Scand*, 1981; 25: 115-116.
02. Macon ME, Armstrong L, Brown EM - Subdural haematoma following spinal anaesthesia. *Anesthesiology*, 1990; 72: 380-381.
03. Alemohammad S, Bouzarth WF - Intracranial subdural haematoma following lumbar myelography. *J Neurosurg*, 1980; 52: 256-258.
04. Owens EL, Kasten GW, Hessel EA - Subarachnoid haematoma after lumbar puncture and heparinization: A case Report, Review of the literature, and discussion of anesthetic implications. *Anesth Analg*, 1986; 65: 1201-7.
05. Gustafsson H, Rutberg H and Bengtsson M - Spinal haematoma following epidural analgesia. *Anaesthesia*, 1988; 43: 220-222.
06. Vieira ZEG, Hergan E - Hematoma Subdural após raquianestesia contínua e heparinização: Apresentação de um caso clínico, revisão de literatura e implicações anestesiológicas. *Rev Bras Anesthesiol*, 1982; 42: 319-324.
07. Jonsson LO, Einarsson P, Olsson GL - Subdural haematoma and spinal anaesthesia. *Anaesthesia*, 1988; 38: 144-146.
08. Giomund A, Benvenuti D, Lavanda, D'Andrea F - Chronic subdural haematoma after spinal. *Case Report J Neurosurg*, 1985; 29: 153-155.