

## Informação Clínica

### *Abscesso após Anestesia Peridural. Relato de Caso \**

José Marcos Pondé<sup>1</sup>, Eleonora Valente<sup>2</sup>, Jeconias Lemos<sup>3</sup>,  
Paulo César Carvalho<sup>3</sup>, Alessandro Albuquerque<sup>4</sup>

Pondé JM, Valente E, Lemos J, Carvalho PC, Albuquerque A - Epidural Abscess Following Epidural Anesthesia. Case Report

KEY WORDS: ANESTHETIC TECHNIQUES: Regional, epidural; COMPLICATION: epidural abscess; SURGERY: laminectomy

**A**bscesso peridural é uma condição clínica rara e sua ocorrência após realização de anestesia peridural, com ou sem colocação de cateter, mais rara ainda<sup>1,2</sup>. Este fato pode ser constatado pelas poucas descrições na literatura<sup>3-5</sup>.

O caso, motivo do presente relato, sucedeu em poucos dias a realização de anestesia peridural para cirurgia de hérnia umbilical, não tendo sido utilizado cateter peridural, que costuma ser referido na literatura como fator de risco<sup>1,5</sup>.

#### RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos, 74 kg, 1,70 m, ASA I, lavrador, com queixa de dor na região dorsal e fraqueza dos membros inferiores há 15 dias.

Informava que há duas semanas, três dias após submeter-se a cirurgia de hérnia umbilical sob anestesia peridural, passou a apresentar saída de secreção líquido-serosa no local da punção na região dorsal, associada a dor local com irradiação tipo faixa para a face anterior do tórax. Procurou um médico que prescreveu antibioticoterapia sistêmica e recomendou curativos locais diários. Foi notando piora progressiva da dor lombar, embora tenha havido redução da quantidade de secreção na região dorsal. Há três dias da internação passou a ter dificuldade de deambular devido a fraqueza dos membros inferiores.

Apresentava história de furunculose sistêmica 15 dias antes da cirurgia da hérnia. Sem história de diabetes, hipertensão ou cardiopatia.

O paciente apresentava-se com fácies de dor aguda, dificuldade em movimentar-se no leito pelo quadro algico. Força muscular grau III nos membros inferiores e Grau V nos membros superiores. Arreflexia patelar e aquileu bilateralmente. Lasegue positivo bilateralmente. Nível sensitivo de hipoestesia tátil dolorosa em T10.

\* Trabalho realizado no Hospital Geral do Estado e Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

1 Neurocirurgião do Hospital Geral do Estado, Professor Auxiliar da Universidade Federal da Bahia

2 Anestesiologista do Hospital Geral do Estado

3 Anestesiologista do Hospital das Clínicas Universidade Federal da Bahia

4 ME<sub>2</sub> de Neurocirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Correspondência para José Marcos Pondé

Rua Piauí 439/61

41830-270 Salvador BA

Apresentado em 18 de setembro de 1995

Aceito para publicação em 26 de março de 1996

© 1996, Sociedade Brasileira de Anestesiologia



Fig 1 - Tomografia em corte axial evidenciando compressão do estovo dural e captação de contraste pela meninge espessada

Esses dados permitiram supor tratar-se de um quadro sindrômico de compressão medular com topografia em T<sub>10</sub>. A tomografia computadorizada da coluna evidenciou presença de processo compressivo sobre o saco dural, estendendo-se de trás para diante, com espessamento da duramáter no local da compressão, ensejando o diagnóstico de processo inflamatório extramedular (Fig 1).

De acordo com os dados clínicos e radio-lógicos foi feita a proposição de laminectomia de emergência.

Após anestesia geral e com o paciente em decúbito ventral, foi feita incisão na região dorsal e abertura por planos visualizando-se presença de secreção purulenta e processo inflamatório com focos de necrose no espaço intervertebral, acometendo o ligamento interespinhoso e a musculatura paravertebral. Foi feita laminectomia em dois níveis com saída de moderada quantidade de secreção purulenta do espaço peridural. Após desbridamento do tecido desvitalizado foi feita lavagem do espaço peridural com solução fisiológica e fechamento por planos. Foi mantido regime de antibioticoterapia, inicialmente venosa com ceftriaxona, oxacilina e metronidazol, sendo o tratamento continuado por quatro semanas.

O paciente experimentou melhora da dor no pós-operatório. Houve regressão do *déficit* motor podendo o paciente deambular com quatro dias. A alta hospitalar ocorreu com 11 dias,

continuando a antibioticoterapia até completar quatro semanas. Após 30 dias houve completa remissão dos sintomas sem qualquer seqüela neurológica.

## DISCUSSÃO

Abscessos peridurais são raros <sup>1,2,5</sup>, com uma média de 0,2 a 1,2 casos para cada 10.000 admissões em hospitais terciários. Alguns fatores relacionam-se com maior probabilidade de ocorrência de abscessos como sejam:

- Tentativas repetidas de punção feitas de forma traumática. Esta ocorrência segundo alguns autores <sup>1</sup> pode levar a formação de processos infecciosos locais incluindo abscessos em 15 a 35% dos casos.
- Técnica asséptica inadequada
- Resposta imunológica deficiente secundária a uso de corticoesteróides ou imunossupressores <sup>4</sup>.
- Diabetes Mellitus citado por alguns autores como fator de risco para formação de abscessos <sup>2</sup>.

Em abscessos peridurais, sejam eles primários ou por complicação de anestesia peridural, o estafilococo é o microorganismo mais freqüente em algumas séries, correspondendo a 54% dos casos com positividade de 69% nas hemoculturas <sup>2</sup>.

Os abscessos recentes tem conteúdo purulento ao passo que os com mais de 2 semanas tem aparência granulosa.

Os modos de infecção incluem transcutâneo por agulhas contaminadas ou através de substâncias anestésicas retiradas de múltiplas ampolas e possível disseminação hematogênica.

No presente caso não se pode afirmar qual foi a causa do abscesso. A anestesia foi realizada com todo o rigor de assepsia e material devidamente esterilizado, somente valendo a informação de que a punção foi de certa forma

traumática, pela dificuldade na progressão da agulha malgrado posicionamento e técnicas corretas.

A história recente de estafilococcia pode permitir suposições quanto a uma provável contaminação por via hematogênica, porém não podemos confirmar tal assertiva já que não há como comprovar que tenha havido bacteremia durante o procedimento anestésico, capaz de produzir infecção no local da punção. Pode-se crer que o fato do diagnóstico ter sido feito precocemente e a conduta cirúrgica tomada de pronto permitiu ampla recuperação do paciente, que ficou livre de seqüelas neurológicas.

Apesar dos relatos na literatura com maior freqüência referirem-se à presença do cateter peridural, isto não é condição necessária e imprescindível para a ocorrência de abscesso, conforme o ocorrido no presente relato e em outras descrições<sup>3,8,9</sup>. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, o que significa que deva haver um alto grau de suspeição clínica.

O exame do líquido pode ser feito caso exista dúvida e queira se protelar ou subsidiar a indicação de um exame mais invasivo, como a mielografia. O achado mais comum é de hiperproteínoorraquia. A mielografia é o exame mais simples para o diagnóstico e o de mais baixo custo, sendo ainda utilizado. Obviamente que o processo infeccioso estando assestado na região cervical ou torácica pode ser feita a mielografia convencional ascendente, ao passo que o processo estando na região lombar exige uma mielografia descendente através de punção cisternal ou cervical lateral, desta forma evitando o risco de disseminação do processo infeccioso para o espaço subaracnóideo. A tomografia computadorizada mostra algumas falhas diagnósticas quando utilizada na fase inicial<sup>2</sup> porém permite uma boa visualização quando se trata de abscesso proveniente de processo infeccioso originário na coluna vertebral. A ressonância magnética é considerada o exame de eleição, pois permite não só verificar o nível da lesão, à semelhança da mielografia, como também

avaliar sua extensão ou eventual multiplicidade<sup>6,7</sup>. O tratamento dos abscessos peridurais é cirúrgico, sendo indicada a laminectomia com limpeza e drenagem amplas. Em crianças, alguns autores advogam a realização de pequenas fenestrações ao invés de laminectomia, para evitar deformidades tardias, e com colocação de sistemas de irrigação e lavagem contínuas<sup>10</sup>.

O tratamento clínico dos abscessos peridurais vem sendo relatado esporadicamente na literatura, sempre frisando-se como uma indicação para situações especiais, porém carecendo de estudos comparativos. Vale mencionado o fato de alguns pacientes terem deteriorado do ponto de vista neurológico no curso de tratamentos clínicos, o que suscita questões de ordem ética quando confrontados com a conduta cirúrgica precoce que se acompanha de baixos riscos.

Embora raramente, os abscessos peridurais podem ocorrer como consequência de anestesia peridural. O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível e a laminectomia realizada em caráter de emergência, sob pena de prejuízos funcionais definitivos.

Pondé JM, Valente E, Lemos J, Carvalho PC, Albuquerque A - Abscesso após Anestesia Peridural. Relato de Caso

UNITERMOS: CIRURGIA: laminectomia; COMPLICAÇÕES: abscesso peridural; TÉCNICAS ANESTÉSICAS: Regional, peridural

## REFERÊNCIAS

- Strong W - Epidural abscess associated with epidural catheterization. A rare event? Report of two cases with markedly delayed presentation. *Anesthesiology*, 1991;74:943-946.
- Danner R, Hartman B - Update of spinal epidural abscess: 35 cases and review of the literature. *Reviews of Infectious Diseases*, 1987;9:135-152.
- Hoefnagels WA, Van Poucke GE, Casselman JW et al - An abscess as an unexpected complication

- following epidural anesthesia. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 1994;138:580-582.
04. Linnemann MU, Bulow HH - Infections after insertion of epidural catheters. *Ugeskr-Laeger*, 1993; 155:2350-2352.
  05. Sowter MC, Burgess NA, Woodsford PV et al - Delayed presentation of an extradural abscess complicating thoracic extradural analgesia. *Br J Anaesth*, 1992;68:103-105.
  06. Mamourian AC, Dickman CA, Drayer BP et al - Spinal epidural abscess: three cases following spinal epidural injection demonstrated with magnetic resonance imaging. *Anesthesiology*, 1993;78: 204-207.
  07. Shintani S, Tanaka H, Irifune A et al - Iatrogenic acute spinal epidural abscess with septic meningitis: MR findings. *Clinical Neurol Neurosurg*, 1992; 94:253-255.
  08. Schregel W, Hartmann K, Schmitz C et al - An infected fistula following a peridural catheter. *Anaesthesist*, 1992;41:346-347.
  09. Wheeler D, Keiser P, Rigamonti O - Medical management of spinal epidural abscesses: Case report and review. *Clin Infect Dis*, 1992;15:22-27.
  10. Fischer EG, Greene Jr CS, Winston KR - Spinal epidural abscess in children. *Neurosurgery*, 1981; 9:257-260.