

Cefaleia após Anestesia Subaracnoidea com Sete Meses de Evolução: Relato de Caso

Fabiano Timbó Barbosa, TSA¹

Resumo: Barbosa FT – Cefaleia após Anestesia Subaracnoidea com Sete Meses de Evolução: Relato de Caso.

Justificativa e objetivos: A cefaleia pós-punção dural é uma complicação possível e esperada em uma pequena parcela dos casos após a realização da raquianestesia. Este relato teve por objetivo descrever a conduta terapêutica tomada diante de um caso de cefaleia pós-punção de dura-máter com sete meses de evolução.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 40 anos, previamente saudável, apresentou-se ao hospital em quadro de cefaleia com sete meses de duração e que teve início após a realização de raquianestesia. Ao ser examinada, relatou que alguns analgésicos e a posição de decúbito lhe traziam alívio parcial da dor. Após a suspeita de cefaleia pós-punção dural, realizou-se um tampão sanguíneo peridural, com resolução completa do quadro. Recebeu alta hospitalar sem queixas.

Conclusões: O presente caso demonstrou que o tampão sanguíneo peridural foi eficaz no tratamento da cefaleia crônica pós-punção dural em um caso com sete meses de duração.

Unitermos: COMPLICAÇÕES, Cefaleia: pós-punção dural; SANGUE; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: subaracnoidea.

[Rev Bras Anesthesiol 2011;61(3): 355-359] ©Elsevier Editora Ltda

INTRODUÇÃO

A cefaleia após a punção da dura-máter (CPPD) é uma complicação bem conhecida e esperada após a perfuração da dura-máter, embora sua incidência seja pequena com o uso de agulhas finas, e a fisiopatologia ainda não esteja completamente esclarecida¹⁻⁴. A literatura já apresentou diversos índices de cefaleia com agulhas Whitacre e Quincke de diferentes calibres¹⁻³. O tampão sanguíneo peridural (TSP) é, entre outras estratégias terapêuticas, a mais efetiva na prática cotidiana⁴ e tem sido recomendado para o tratamento da cefaleia persistente após a punção da dura-máter^{1-3,5}. O objetivo deste relato foi descrever a conduta terapêutica tomada diante de um caso de cefaleia após a punção da dura-máter com sete meses de evolução.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 40 anos, foi admitida no hospital com quadro de cefaleia crônica. Após o exame, observou-se ausência de comorbidades e de quadros semelhantes anteriores. Não havia sinais físicos de uso de drogas ilícitas e

descartou-se a possibilidade de síndrome de abstinência. A cefaleia mostrava-se predominantemente frontal, não pulsátil, e era sentida quando a paciente assumia a posição de pé ou vertical. Não havia sinais de lesão neurológica transitória ou permanente. Ela também não relatou quadros de náusea, zumbido, sintomas auditivos, rigidez de nuca ou dorsal, tampouco fadiga. O exame clínico e a tomografia computadorizada de crânio foram normais.

Quando questionada sobre as características da dor, ela relatou que usava analgésicos em casa, com pouco alívio do sintoma, e que o quadro teve início após ter-se submetido a uma histerectomia sob raquianestesia sete meses antes da consulta. O prontuário da paciente foi revisado onde se confirmou a informação que ela fora submetida a uma raquianestesia para tratamento de mioma uterino sete meses antes, no mesmo hospital. A anestesia fora realizada com a paciente em posição sentada e a punção subaracnoidea logrou êxito na primeira tentativa no nível de L₃-L₄ usando agulha Whitacre de calibre (27G). O procedimento mostrou-se isento de complicações e o anestésico utilizado foi bupivacaína hiperbárica, na dose de 15 mg.

Houve suspeita de cefaleia pós-punção dural, realizando-se um tampão sanguíneo peridural. O espaço peridural foi identificado por meio da técnica da perda da resistência com ar utilizando agulha Tuohy de calibre 1,3 mm (18G). O sangue venoso da paciente foi retirado em condições assépticas de veia antecubital e, em seguida, injetou-se 15 mL lentamente no espaço de L₃-L₄. A paciente não referiu sensação de pressão localizada ou irradiada durante o procedimento. Ela permaneceu deitada por 2 horas e hospitalizada por 24 horas, quando, então, recebeu alta hospitalar sem o sintoma de cefaleia. Após três semanas, ela foi localizada e, por telefone, informou que se encontrava sem sintoma algum.

Recebido da Universidade Federal de Alagoas.

1. Mestre em Ciências da Saúde; Professor da Universidade Federal de Alagoas

Submetido em 27 de maio de 2010.

Aprovado para publicação em 13 de dezembro de 2010.

Correspondência para:

Dr. Fabiano Timbó Barbosa
Rua Comendador Palmeira, 113/202
Farol
57051150 – Maceió, AL, Brasil
E-mail: fabianotimbo@yahoo.com.br

DISCUSSÃO

A Sociedade Internacional de Cefaleia definiu CPPD como um quadro de dor encefálica bilateral que surge até sete dias após a punção lombar e que desaparece até 14 dias após a punção da dura-máter⁶. Em geral, a dor ocorre na região occipital ou frontal, mas pode acometer qualquer área⁷. Um estudo analisou 8.460 pacientes que se submeteram a anestésias subaracnoideas com seguimento por seis meses⁸. Os autores desse estudo reportaram que 72% dos casos de CPPD apresentaram resolução do quadro com sete dias de evolução e 87% em seis meses de acompanhamento.

O mecanismo responsável pelo surgimento da CPPD ainda não está completamente esclarecido, porém a literatura aborda duas possibilidades plausíveis.

Em primeiro lugar, a diminuição da pressão do líquido que pode causar tração em estruturas dolorosas quando o paciente assume a posição sentada ou ortostática⁴. A pressão líquorica normal na posição horizontal varia entre 5 e 15 cm H₂O, porém, após a punção neuroaxial, essa pressão pode assumir valores inferiores a 4 cm H₂O⁹. Um estudo realizado com 20 pacientes que se submeteram a ressonância magnética após a punção lombar e com CPPD demonstrou ausência de tração das estruturas, o que sugere que talvez esse não seja o modelo adequado para explicar a origem da cefaleia¹⁰.

Em segundo lugar, a perda do líquido pode causar venodilatação compensatória ao quadro de hipotensão intracraniana e manter ou causar o quadro de cefaleia⁴.

As manifestações clínicas da CPPD incluem: dor frontal ou occipital agravada pela posição vertical do corpo e aliviada pela posição de decúbito; náusea e vômito; sintomas auditivos e visuais, além de rigidez muscular cervical¹¹. Um teste que consiste em fazer pressão abdominal contínua por pelo menos 30 segundos com uma mão pressionando o abdome e a outra no dorso e na região lombar, observando a intensidade da dor antes e após a retirada das mãos, pode ser útil quando há dúvida acerca do diagnóstico e a cefaleia se faz presente¹². A dor característica da CPPD desaparece ou diminui no momento da compressão e retorna após a liberação do abdome¹². Cefaleias por outras causas não apresentam melhora com o uso dessa manobra. Outro teste que pode auxiliar no diagnóstico consiste em comprimir digitalmente a artéria carótida, observando a piora da cefaleia e comprimir a veia jugular interna, observando sua melhora¹³.

A incidência de CPPD diminui com o aumento da idade e com o uso de agulhas de menor calibre¹³⁻¹⁵. O fator predisponente mais importante para a CPPD é o calibre da agulha^{1,4,14}, que pode ser exemplificado pela incidência de 15,6% após o uso da agulha 0,9 mm (22G) Quincke 1,4% após o uso de agulha 0,3 mm (29G)¹. O uso de agulhas não cortantes como, por exemplo, a agulha ponta de lápis, tem sido associado à redução da incidência da CPPD quando comparado com o uso de agulhas de igual calibre do tipo Quincke^{4,15}. Se as diferenças de idade forem corrigidas, a incidência de CPPD entre os sexos não parece diferente^{4,6,14}.

Sabe-se que a proliferação de fibroblastos tem início aproximadamente 48 horas após a perfuração de dura-máter, permanecendo por sete dias, o que facilita a formação de colágeno, substância que forma um selo permanente para fechar o orifício^{4,16}. Se o processo cicatricial não ocorrer, a fístula líquorica pode tornar-se crônica, mantendo o quadro doloroso por um tempo prolongado^{4,16}. Esse é o mecanismo fisiopatológico mais defendido pelos autores como o responsável pelo quadro crônico de cefaleia após a punção da dura-máter^{1-4,16}. Há vários relatos de casos na literatura que abordam pacientes com mais de seis meses de duração de CPPD, configurando um quadro de cefaleia crônica cujo tratamento com TSP se mostrou bem-sucedido^{1-3,16}. Após uma busca na literatura sobre o tema e o afastamento de outras causas de cefaleia, optou-se pelo tratamento da cefaleia crônica presente na paciente em questão com TSP ocorrendo resolução completa do quadro doloroso. A paciente foi contatada por telefone três semanas após a realização do TSP, a fim de se verificar a eficácia do tratamento sugerido pela literatura.

As alterações vasculares podem ocorrer ou ser perpetuadas com o estresse cotidiano e agir como mais um fator para a manutenção da CPPD². O marcado hiper cortisolismo que alguns pacientes apresentam em resposta ao estresse pode interferir na liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e anular seus potenciais efeitos benéficos, os quais auxiliariam na resolução da CPPD^{9,17}. O ACTH pode aumentar a produção de líquido, assim como das betaendorfina, reduzindo o quadro doloroso^{9,17}.

O tratamento mais efetivo para a CPPD persistente ao tratamento conservador ou de grande intensidade é o TSP com sangue autólogo^{5,18}. Cerca de 10 a 20 mL de sangue autólogo podem ser injetados no espaço peridural próximo do inter-espaço no qual ocorreu a perfuração da dura-máter¹⁴. Um estudo realizado no Brasil utilizando 10 mL de sangue autólogo no espaço peridural imediatamente superior ao espaço da punção anterior obteve alívio total do sintoma em 98,3% dos participantes⁵. Essa intervenção terapêutica possibilitou a alta dos pacientes em um prazo inferior a 24 horas⁵. A cura da cefaleia ocorre quando o sangue sela o orifício e causa o imediato desaparecimento da fístula que ocorre em aproximadamente 100% dos casos em que o TSP foi utilizado¹². A compressão local aumenta a pressão subaracnoidea, forçando o líquido a migrar cefalicamente⁷. Os efeitos colaterais mais comuns do TSP são a dor na região dorsal e a dor radicular, porém hematoma ou abscesso também podem ocorrer^{1,12}.

Os maiores benefícios do TSP para os casos com CPPD são a possibilidade de diagnóstico e a realização terapêutica, e o TSP tem sido recomendado quando outras causas de cefaleia foram afastadas^{1-4,16}. No caso em questão, optou-se pelo tratamento com TSP, em detrimento do tratamento clínico conservador após observar os relatos de resolução completa do quadro doloroso de outros casos semelhantes de cefaleia crônica após raquianestesia presentes na literatura^{1,3,4,16,19}, pela ausência de patologias no sistema nervoso central que justificassem o quadro doloroso e pela história prévia referida pela paciente e colhida em prontuário reve

lando a realização de raquianestesia para procedimento cirúrgico. A paciente em questão não apresentou complicação imediata, nem mesmo três semanas após o procedimento, quando se realizou contato telefônico para avaliar o seguimento após o TSP.

O presente caso demonstrou que o tampão sanguíneo peridural mostrou-se eficaz no tratamento da cefaleia crônica após a punção da dura-máter em um caso com sete meses de duração.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

01. Klepstad P – Relief of postdural puncture headache by an epidural blood patch 12 months after dural puncture. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1999;43:964-966.
02. MacArthur C, Lewis M, Knox EG – Accidental dural puncture in obstetric patients and long term symptoms. *BMJ*, 1993;306:883-885.
03. Ferre JP, Gentil ME – Seven months delay for epidural blood patch in post-dural puncture headache. *Eur J Anaesthesiol*, 1999;16:257-258.
04. Turnbull DK, Shepherd DB – Post-dural puncture headache: pathogenesis, prevention and treatment. *BMJ*, 2003;91:718-729.
05. Pedrosa GC, Jardim JL, Palmeira MA – Tampão Sanguíneo Peridural e a Alta Hospitalar Precoce: Análise de 60 Pacientes Portadores de Cefaleia Pós-Raquianestesia. *Rev Bras Anesthesiol*, 1996;46:8-12.
06. Evans RW, Armon C, Frohman EM et al. – Assessment: prevention of post-lumbar puncture headaches. Report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2000;55:909-914.
07. Gaiser R – Postdural puncture headache. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2006;19:249-253.
08. Vandam LD, Dripps RD – Long-term follow-up of patients who received 10 098 spinal anesthetics. *JAMA*, 1954;156:1486-1491.
09. Barbosa FT, Cunha RM – É possível usar a hidrocortisona no tratamento da cefaleia após raquianestesia. *Rev Bras Anesthesiol*, 2007;57:450-451.
10. Grant R, Condon B, Hart I et al. – Changes in intracranial CSF volume after lumbar puncture and their relationship to post-LP headache. *J Neurol Neurosurg Psych*, 1991;54:440-442.
11. Yentis SM, Haire K – Epidural blood patch for atypical headache following obstetrical epidural analgesia. *Anaesthesia*, 1997;52:62-64.
12. Cooper G – Epidural blood patch. *Eur J Anaesthesiol*, 1999;16:211-215.
13. Cavicchio A, Imbelloni LE – Cefaleia Pós-Punção. em: Imbelloni LF – Tratado de Anestesia Raquidiana. Curitiba, Posigraf, 2001;178-191.
14. Bernards CM – Epidural and spinal anesthesia. em: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK - *Clinical Anesthesia*. Nova York, Lippincott Williams & Wilkins, 2006:691-617.
15. Flaatten H, Felthaus J, Kuwelker M et al. – Postural post-dural puncture headache. A prospective randomised study and a meta-analysis comparing two different 0.40 mm O.D. (27g) spinal needles. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2000;44:643-647.
16. Wilton NCT, Globerson H, Rosayro AM – Epidural blood patch for postdural puncture headache: its never too late. *Anesthesia and Analgesia* 1986;65:895-896.
17. Kshatri AM, Foster PA – Adrenocorticotrophic hormone infusion as a novel treatment for postdural puncture headache. *Reg Anesth*, 1997;22:432-434.
18. Polpun B, Suhattaya B – Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. *Cochrane Library*, (4):CD001791.
19. Davies JM, Murphy A, Smith M et al. – Subdural haematoma after dural puncture headache treated by epidural blood patch. *Br J Anaesth* 2001;86:720-723.

Resumen: Barbosa FT – Cefalea posterior a la Anestesia Subaracnoidea con Siete Meses de Evolución: Relato de Caso.

Justificativa y objetivos: La cefalea postpunción dural es una complicación posible y esperada en una pequeña parte de los casos posteriores a la realización de la raquianestesia. Este relato quiso describir la conducta terapéutica tomada frente a un caso de cefalea postpunción de dura madre con siete meses de evolución.

Relato del caso: Paciente del sexo femenino, 40 años, anteriormente sana, que se presentó en el hospital con un cuadro de cefalea con siete meses de duración y que se inició después de la realización de la raquianestesia. Al ser examinada, relató que algunos analgésicos y la posición de decúbito le aliviaban parcialmente el dolor. Después de sospechar de una cefalea postpunción dural, se realizó un tampón sanguíneo epidural, con la resolución completa del cuadro. Recibió alta sin quejarse.

Conclusiones: El presente caso demostró que el tampón sanguíneo epidural fue eficaz en el tratamiento de la cefalea crónica postpunción dural en un caso con siete meses de duración.

Descriptor: COMPLICACIONES, Cefalea, postpunción de la dura madre; SANGRE; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: subaracnoidea.