

Da Cefaléia Pós-Raqui: Raciocínio à luz de Antigos e Novos Conceitos

José Delfino, TSA

A cefaléia pós-punção subaracnóidea é oriunda de fatores predisponentes múltiplos e está relacionada a procedimentos onde se produz, de informa intencional ou não, a perfuração da duramáter. Os avanços técnicos, o moderno arsenal farmacológico e o controle de qualidade na fabricação de agulhas de menor calibre se contrapõem totalmente às limitadas facilidades disponíveis em 1889, quando Bier descreveu o quadro clínico característico, ao passar ele próprio pela experiência. Não obstante, constitui-se ainda empecilho ao emprego da anestesia subaracnóidea em escala mais abrangente, apesar de publicações recentes acenarem com a possibilidade de um maior controle na tentativa de anular a incidência ^{1,2}.

Apesar de, na maioria das vezes, não causar repercussões clínicas de monta e exibir a probabilidade de remissão espontânea, é atualmente a terceira causa mais comum de litígio em tribunais norte-americanos. Os ganhos de causa respondem por 56% dos casos, sendo superados apenas pelos referentes ao óbito materno e a lesão cerebral irreversível do recém-nato ³. O fato surpreende em virtude da magnitude do dano ser comparável a incidentes considerados de pequena gravidade como a lombalgia e o estresse emocional, também objetos de disputa jurídica.

Existe unanimidade quanto a magnitude e incidência da cefaléia estarem diretamente relacionadas ao calibre da agulha utilizada na punção. Esta assertiva é corroborada pela evidência segundo a qual a retirada intencional de 20 ml de líquido produz cefaléia postural imediata e a reposição de líquido em igual volume produz o seu desaparecimento ⁴. Infere-se daí que a diferença de pressão estabelecida entre o momento da punção e o posterior aparecimento da sintomatologia depende do volume e do

tempo.

Excluídas as punções subaracnóideas acidentais em bloqueios peridurais, as baixas incidências recentemente publicadas (0,5%-1,7%) guardam relação a execução de punções com agulhas de pequeno calibre. Entretanto, outras variáveis envolvidas e indissociáveis do fator causal primário nem sempre são levadas na devida conta.

O tipo e a qualidade das agulhas são importantes. As dotadas de pontas em forma de ponta de lápis (Pitkin, Greene, Whitacre e Sprotte) ao contrário das mais rotineiramente empregadas, de bisel curto (Quincke) produziriam divulsão das fibras com conseqüente menor lesão da duramáter. Publicações recentes apontam para a possibilidade de anulação da complicação com agulhas descartáveis e de pequeno calibre (Quincke e Sprotte) ¹.

Especula-se que a orientação do bisel com agulhas tipo Quincke de uso múltiplo, paralela ao sentido longitudinal das fibras da duramáter, acarretaria um menor trauma, facilitando o fechamento por diminuição do tempo de cicatrização ⁴. As abordagens paramedianas acarretariam perda líquórica desprezível por perfurarem a duramáter e a aracnóide em ângulos diferentes, produzindo um mecanismo valvular que impediria uma maior vazão de líquido para o espaço peridural ⁵. Nas abordagens medianas com agulhas de menor calibre o mesmo fenômeno ocorreria devido a flexibilidade da agulha ⁶.

É geralmente aceito que os anestésicos locais e seus adjuvantes não exercem um papel relevante na incidência da cefaléia. Entretanto, em pacientes que receberam lidocaína ou bupivacaína a incidência de cefaléia é quase o dobro quando comparada àqueles aos quais foram administradas tetracaína ou procaína ⁷. As amidas

anestésicas alcançariam o líquido, como o fazem também os hipnoanalgésicos por via espinhal e exerceriam efeitos vasculares importantes por um tempo mais prolongado. Os ésteres anestésicos não permaneceriam no líquido o tempo suficiente para produzir os mesmos efeitos.

Outra possibilidade seria o efeito da glicose comumente associada aos anestésicos hiperbáricos. Os trabalhos publicados reportam, mas não assinalam ou comentam, os aumentos percentuais das cefaléias quando altas concentrações de glicose são empregadas⁸. As diminuições percentuais quando do uso de anestésicos isobáricos estão disponíveis, apesar de não discutidas.

A complexidade de uma análise mais acurada aumenta quando considerada à luz de evidências pouco comuns e às vezes subjetivas. A incidência de perfuração de duramáter por médicos estagiários é quatro vezes maior quando comparada com anesthesiologistas experientes, ou quando da sua execução em situações de emergências⁹. Punções múltiplas aumentam as chances de complicação. A deambulação precoce não altera o curso da sintomatologia, no entanto esforços excessivos no pós-operatório podem provocar o aumento de escape do líquido. O desencadeamento de cefaléia em situações específicas como o esforço ao erguer a própria mala na alta hospitalar e em viagens aéreas nos dias subsequentes a uma cirurgia realizada sob anestesia subaracnóidea estão assinaladas¹⁰⁻¹². Em pacientes predispostos a enxaqueca as cefaléias são mais frequentes e prolongadas¹³. A reposição insuficiente de líquidos no per-operatório e os vômitos pós-operatórios podem predispor ao aparecimento da cefaléia. Existem casos de cefaléias com duração de até um ano e refratárias a qualquer tratamento, sugerindo também a possibilidade do aspecto psicológico e da sugestão como fatores adicionais¹⁴. Do exposto conclui-se que, em que pese a etiologia básica estar bem esclarecida, uma adequada prevenção e a obtenção de baixos índices de incidência da complicação passam necessariamente por um

enfoque multifatorial prévio para o controle das diversas variáveis predisponentes.

José Delfino, TSA, M.Sc.

Responsável por CET-SBA

R Prof Antonio Fagundes, 1849

59054-390 - Natal - RN

REFERÊNCIAS

01. Cesarini M, Torrielli R, Lahaye F et al - Sprotte needle for intrathecal anaesthesia for Caesarean section: Incidence of postdural puncture headache. *Anaesthesia*, 1990; 45: 656-658.
02. Imbelloni L E, Carneiro A N G, Sobral M G C - Cefaléia Pós-Raquianestesia com Agulha Quincke 4 (27G). Estudo em Pacientes Obstétricas e Ginecológicas. *Rev Bras Anesthesiol*, 1994; 44:3: 171-173.
03. Chadwick H S, Posner K, Caplan R A et al - A Comparison of Obstetric and Nonobstetric Anesthesia Malpractice Claims. *Anesthesiology*, 1991; 74: 242-249.
04. Macintosh R - Puncion lombar y analgesia espinal, Barcelona, Salvad Ed. 1981:115.
05. Barberá M, Pallaré V, Belda J - Cefalea Pospunción raquídea. Alternativas de tratamiento: parche hemático epidural. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 1989; 36: 25-34.
06. Hatfalvi B Y - The dynamics of post-spinal headache. *Headache*, 1987; 17: 64-66.
07. Naulty J S, Hertwig L R N, Datta M B - Influence of Local Anesthetic Solution on Post-dural Headache. *Anesthesiology*, 1985; 63:3A-A454.
08. Axelsson K, Widman B - Clinical significance of specific gravity of spinal anesthetic agents. *Acta Anaesth Scand*, 1979; 23: 427-434.
09. Brownridge P - The management of headache following accidental dural puncture in obstetric patients. *Anesth Intens Care*, 1983; 11: 4-15.
10. Vacanti J J - Post-spinal headache and air travel. *Anesthesiology*, 1972; 37:358-359.
11. Mulroy M F - Spinal headache and air travel. *Anesthesiology*, 1979; 51:479.
12. Mulroy M F - Spinal headaches management and avoidance. *Problems in Anaesthesia*, 1987; 4: 602-611.
13. Wolff H G. Headache and other pain. Oxford University Ed. 1963; 110-120.
14. Daniel A M, Sallie R - Headache, lumbar puncture and expectation. *Lancet*, 1981; 1:1003.