

## RELATO DE CASO

# Ressangramento cerebral após raquianestesia em gestante com hematoma subdural crônico não diagnosticado: relato de caso

Laura Bisinotto Martins<sup>a,\*</sup>, Flora Margarida Barra Bisinotto<sup>a,b</sup>, Roberto Alexandre Dezena<sup>c,d</sup>, Rafael Meirelles<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CET/SBA Integrado de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

<sup>b</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Disciplina de Anestesiologia, Uberaba, MG, Brasil

<sup>c</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Departamento de Neurocirurgia, Uberaba, MG, Brasil

<sup>d</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Hospital de Clínicas, Programa de Residência Neurocirurgia, Uberaba, MG, Brasil

<sup>e</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Hospital de Clínicas, Uberaba, MG, Brasil

Recebido em 12 de fevereiro de 2021; aceito em 7 de agosto de 2021.

### PALAVRAS-CHAVE:

Técnicas de anestesia;  
Complicações da  
raquianestesia;  
Cefaleia  
pós-punção dural;  
Hematoma subdural

### RESUMO:

O hematoma intracraniano após raquianestesia é uma complicação rara. Geralmente apresenta-se com cefaleia pósuro-dependente que se torna persistente. Descrevemos o caso de paciente submetida à raquianestesia para cesariana que apresentou cefaleia não pósuro-dependente, resistente ao tratamento clínico, com piora progressiva e sintomas de hipertensão intracraniana. O paciente tinha história de traumatismo craniano sem sintomas. A tomografia computadorizada revelou hematoma parietal bilateral crônico com componente hemorrágico recente, tratado cirurgicamente. Concluímos que a punção espinal levou a hematoma crônico a ressangramento. Relatamos o caso para chamar a atenção para a importância da investigação da cefaleia atípica após raquianestesia.

## Introdução

A raquianestesia provavelmente é a técnica anestésica mais utilizada para a realização de cesarianas devido à sua eficácia e segurança. É também a melhor alternativa, quando comparada à anestesia geral, em casos de cesarianas emergenciais. Apresenta taxa de complicações

muito baixa no pós-operatório, sendo a cefaleia a mais comum. O diagnóstico é clínico, inicia tipicamente nas primeiras 24 a 48 horas após a punção, de caráter postural e autolimitada, com resolução em torno de cinco dias sem nenhuma intervenção. A mudança nas suas características, principalmente a ausência de relação com a postura e a duração mais prolongada, faz com

### Autor correspondente:

E-mail: laurabisinotto@hotmail.com (L.B. Martins).

<https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.08.025>

© 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

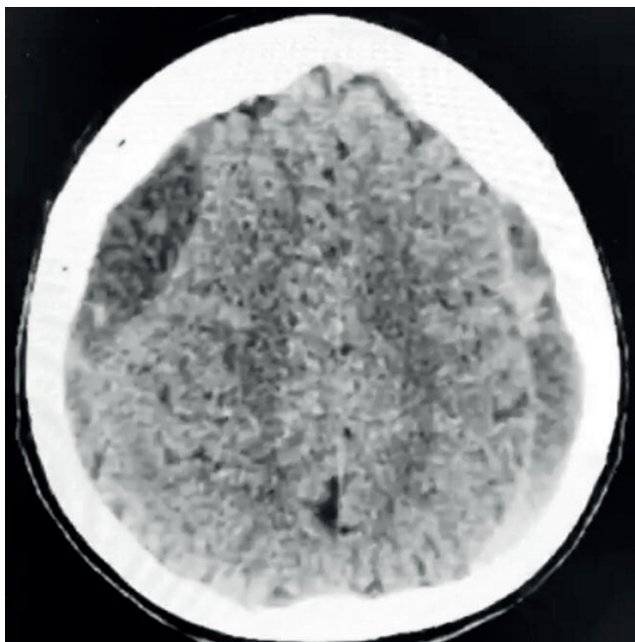
que se suspeite de outros diagnósticos, como o hematoma subdural<sup>1,2</sup>. Considerando que poucos casos dessa complicação neurológica são descritos na literatura e as implicações potencialmente fatais, sinais de alerta da presença de hematoma intracraniano precisam ser prontamente reconhecidos e o tratamento adequado instituído. O objetivo é relatar o caso de paciente obstétrica com hematoma subdural crônico bilateral, não diagnosticado, que apresentou ressangramento do hematoma crônico após uma raquianestesia para cesariana. E assim chamar a atenção para a necessidade de se avaliar criteriosamente casos atípicos de cefaleia após bloqueios espinhais. A paciente permitiu a publicação do presente caso.

Paciente de 36 anos com diagnóstico de hematoma subdural parietal bilateral foi programada para cirurgia de drenagem em caráter de urgência. A mesma havia sido submetida a parto cesariano eletivo há 45 dias sob raquianestesia. Esta foi realizada com agulha 27G, bisel cortante, em decúbito lateral esquerdo e punção única. O anestésico utilizado foi bupivacaína 0,5% (12,5 mg) adicionada de glicose mais sulfato de morfina (100 µg), e não houve nenhuma intercorrência. No entanto, logo após o término da cirurgia, a paciente queixou-se de cefaleia e foi medicada com dipirona, mantida no pós-operatório. Ela recebeu alta hospitalar com queixa de cefaleia não postural, occipital, e com piora progressiva. A intensidade da dor era de seis em dez na escala verbal numérica de dor, quando na posição deitada, e nove quando na posição ereta. Com a persistência e agravamento do quadro, a paciente procurou atendimento em unidades de emergência por duas vezes e recebeu medicação sintomática, como dipirona e tramadol, sem obter alívio satisfatório dos sintomas. No período de 45 dias após o parto, evoluiu progressivamente com cefaleia importante, resistente aos analgésicos comuns, associada a tonturas, náuseas, parestesia na hemiface e membro superior esquerdo, diplopia horizontal e aumento dos níveis pressóricos. Procurou atendimento por um neurocirurgião que solicitou tomografia computadorizada (TC) de crânio. Esta revelou a presença de coleções subdurais frontoparietais bilaterais, compatíveis com hematomas crônicos, e áreas de sangramento recente (Figura 1). A drenagem dos hematomas foi indicada em caráter de urgência. Na admissão à sala cirúrgica, apresentava pressão arterial de 170/100 mmHg e frequência cardíaca de 62 batimentos por minuto e foi submetida a anestesia geral venosa total, com propofol e remifentanil, em bombas de infusão alvo-controlada. O procedimento confirmou a hipótese tomográfica de sangramento recente em um hematoma crônico. O procedimento foi sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte. Houve recuperação total, sem sequelas. Realizou-se TC de crânio e angiogramografia arterial craniana após 45 dias, com resultado normal. Como antecedente, a paciente relatou traumatismo craniano ocorrido um ano e cinco meses antes do parto cesariano. Houve queda de um fardo de suco

sobre a sua cabeça no local de trabalho. Apresentou quadro de tonturas e hematoma galeal. Foi avaliada em uma unidade de emergência onde fez TC de crânio que não evidenciou alterações. Com a ausência posterior de qualquer sintoma, ela retornou às suas atividades. Durante a gestação, não apresentou qualquer intercorrência de sua consideração, apenas alguns episódios de cefaleia de baixa intensidade e esporádicas. Os exames de rotina realizados nesse período foram normais.

## Discussão

O caso relatado destaca dois problemas clínicos importantes: a presença de hematoma subdural crônico bilateral que, por ter evoluído de forma assintomática, não foi diagnosticado; e a dificuldade em caracterizar a cefaleia como decorrente da punção da dura-máter em virtude das características atípicas de sua manifestação. A ocorrência de sangramento intracraniano é complicação rara e potencialmente fatal, que pode surgir após raquianestesia ou perfuração inadvertida da dura-máter na anestesia peridural. Geralmente, manifesta-se por um quadro inicial de cefaleia decorrente da perda líquórica, com conseqüente deslocamento caudal do cérebro, resultando em tração de estruturas sensíveis à dor. Essas mesmas forças podem induzir ao alongamento e ruptura das veias-pontes durais, das paredes do seio dural ou das pequenas veias corticais cerebrais, com conseqüente hemorragia e formação do hematoma subdural<sup>1,2</sup>. Os hematomas são lesões intracranianas muito comuns após traumas graves, mas também podem ocorrer devido a algum trauma leve não reconhecido, principalmente em idosos, conforme o espaço intracraniano alarga-se pela atrofia fisiológica do cérebro. Causas não traumáticas são menos comuns, como a ruptura de aneurismas ou artérias corticais, hemorragia cerebral hipertensiva, malformações arteriovenosas, coagulopatias, uso de fármacos anticoagulantes ou de drogas ilícitas e doença hipertensiva da gestação. Além disso, a paciente gestante apresenta alterações fisiológicas induzidas por hormônios que alteram a coagulação e a estrutura da circulação, as quais podem contribuir para aumentar ainda mais o risco de isquemia e sangramento<sup>3</sup>. No caso descrito, a paciente não apresentava distúrbios da coagulação sanguínea e não fazia uso de fármacos que alterassem a mesma. Também não houve alterações pressóricas gestacionais que pudessem levar a quadros de sangramento nesse período e a cesariana foi sem intercorrências. Após a recuperação da cirurgia, os exames não identificaram possíveis anomalias vasculares preexistentes. A paciente provavelmente já apresentava um hematoma subdural crônico, de origem traumática, não diagnosticado que, embora tenha permanecido assintomático por vários meses, ressangrou após a realização da raquianestesia. Estima-se que a incidência de hematoma subdural intracraniano seja de 1:500.000 a 1.000.000 das punções lombares<sup>1</sup>. Entretanto, de acordo com outros autores<sup>4</sup>, a verdadei-



**Figura 1** Coleções subdurais frontoparietais bilaterais, heterogêneas, com componente de maior atenuação, compatíveis com hematomas crônicos, e áreas de sangramento recente. Determinam efeito compressivo com apagamento dos sulcos corticais locais.

ra incidência do hematoma subdural é desconhecida, e pode ser maior do que os poucos casos publicados sugerem. No entanto, um ressangramento de hematoma subdural crônico após raquianestesia é condição muito rara <sup>4</sup>. As características da cefaleia pós-punção dural já estão bem definidas. O quadro da paciente foi de cefaleia de apresentação atípica, com ausência de componente postural, de início muito precoce, persistente e não responsiva à terapia analgésica. É comum as pacientes obstétricas queixarem cefaleia no período pós-parto <sup>3</sup>. As mais comuns são a cefaleia tensional e a enxaqueca, e a maioria dos casos são tratados sem investigação, o que pode dificultar o diagnóstico etiológico, como ocorreu no caso descrito. Em uma revisão de literatura feita por Amorim e cols.<sup>2</sup>, foram descritos 33 casos de pacientes com diagnóstico de hematoma subdural intracraniano após raquianestesia. O tempo decorrido entre a anestesia e o início dos sintomas variou de quatro horas a 29 semanas, e a cefaleia foi o principal sintoma, presente em 74,3% dos casos. Outros relatos foram alteração do nível de consciência, vômitos, hemiplegia ou hemiparesia, diplopia ou paresia do VI nervo craniano e distúrbio da linguagem. Foram considerados fatores contribuintes para essa complicação a presença de gestação, múltiplas punções, uso de anticoagulantes, anormalidades vasculares intracranianas e atrofia cerebral. Em 15 casos, não foi citado nenhum fator. No presente caso, além da cefaleia, a paciente também apresentou sintomas de hipertensão

intracraniana, como tonturas, náuseas, parestesias e distúrbios visuais. Durante a formação do hematoma subdural crônico, podem ser definidos três períodos <sup>5</sup>. O primeiro deles corresponde ao evento traumático, que pode apresentar-se com um ou vários traumatismos, clínicos ou subclínicos, e que leva à formação do hematoma, e representa a origem para o desenvolvimento do hematoma crônico. Após esse, há um segundo período, de latência, quando o hematoma se desenvolve e aumenta lentamente de volume. O coágulo sanguíneo torna-se liquefeito por atividade fibrinolítica e ocorre a formação de membranas tanto do lado da dura-máter quanto da aracnoide, que facilitam o seu encapsulamento, e é potencialmente a fonte de micro hemorragias devido à fragilidade dos vasos neoformados. Nesse período, os pacientes podem permanecer assintomáticos por semanas a anos. Finalmente, o período de manifestações clínicas, quando ocorre descompensação progressiva da capacidade intracraniana devido ao crescimento contínuo da cápsula do hematoma. Uma vez que é necessário tempo considerável para a membrana se formar, o hematoma da paciente poderia ter surgido como consequência de sangramento no trauma relatado, e que se tornou crônico sem qualquer sintoma. A imagem tomográfica da lesão exibe características que denotam o caráter crônico e de sangramento recente (Figura 1). O presente caso demonstra que a raquianestesia, que conhecidamente pode complicar com a formação de hematoma subdural, também pode levar a ressangramento em paciente com hematoma subdural crônico não diagnosticado. É muito provável que a perda líquórica devido à punção raquidiana ocasionou redução da pressão intracraniana com consequente ressangramento na cápsula do hematoma já existente. Isso ocorre devido à forte aderência existente entre a cápsula do hematoma e a dura-máter, ocasionando uma síndrome de herniação.

## Conclusão

A punção da raquianestesia levou ao ressangramento de um hematoma crônico, causando um quadro de cefaleia atípica após cesariana. Os anesthesiologistas e médicos que trabalham em unidades de emergência devem reconhecer hematomas subdurais no contexto clínico de pacientes com cefaleia persistente após punção dural. Esses requerem acompanhamento cuidadoso para que o diagnóstico e o tratamento de possíveis complicações intracranianas sejam precoces

## Conflitos de interesse

Os autores não possuem conflitos de interesse a declarar.

## Declaração de consentimento livre e esclarecido

Consentimento informado escrito foi obtido da paciente para a publicação do presente relato.

## Referências

1. Bisinotto FMB, Dezena RA, Fabri DC, et al. Hematoma subdural intracraniano: uma rara complicação após raqui-anestesia: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2012; 62: 88-95.
2. Amorim JA, Remígio DSCA, Damázio Filho O, et al. Hematoma subdural intracraniano pós-anestesia subaracnoidea: Relato de dois casos e revisão de 33 casos da literatura. *Rev Bras Anesthesiol.* 2010; 60(6):620-9.
3. Marcus DA. *Expert Rev Neurotherapeutics.* 2008;8(3):385-95.
4. Park IB, Moon SY, Kim YY, et al. Acute-on-chronic subdural hematoma by spinal anesthesia in a patient with undiagnosed chronic subdural hematoma. A case report. *Korean J Anesthesiol.* 2011;61(1):75-8.
5. Yang W, Huang J. Chronic subdural hematoma: Epidemiology and natural history. *Neurosurg Clin N Am.* 2017;28(2):205-10.