

Informação Clínica

Fístula Cutânea de Líquido Cefalorraquidiano. Uma Complicação Rara da Anestesia Peridural. Relat de Casos*

Nilton Pinto Sanchez Jr¹, Eduardo Toshiyuki Moro¹,
José Reinaldo Cerqueira Braz, TSA², Paulo do Nascimento Jr, TSA³

Sanchez Jr NP, Moro ET, Braz JRC, Nascimento Jr P - Cerebrospinal Fluid Cutaneous Fistula: An Unusual Complication of Epidural Anesthesia. Case Report.

KEY WORDS: CEREBROSPINAL FLUID; COMPLICATIONS: cutaneous fistula; ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional, epidural

A ocorrência de fístula cutânea de líquido cefalorraquidiano (LCR), após a realização de anestesia peridural, é rara¹. Geralmente está associada a fatores que podem contribuir para sua formação, como a perfuração acidental da dura-máter durante a realização do bloqueio peridural² ou a passagem de cateter no espaço subaracnóideo^{3,4}, durante a realização de raqui-anestesia contínua.

Relatamos um caso de fístula cutânea de líquido cefalorraquidiano, após a realização de anestesia peridural contínua, em paciente obstétrica.

RELATO DO CASO

Mulher de 17 anos, 1,60 m e 65 kg, estado físico ASA III, primigesta, com indicação de cesariana por sofrimento fetal agudo. À avaliação pré-anestésica, apresentava PA de 170 x 120 mmHg, FC de 72 bpm, edema generalizado (+++), sem queixas clínicas importantes, com história de hipertensão arterial induzida pela gravidez e sob tratamento com alfa - metildopa (500 mg/dia) e hidroclortiazida (50 mg/dia). No dia da internação foi introduzida hidralazina em infusão venosa contínua. Na urina os exames laboratoriais mostraram proteinúria intensa (+++).

Na sala de operação realizou-se monitorização com eletrocardioscópio em DII, esfigmomanômetro e oxímetro de pulso (SpO₂). Como a paciente não se encontrava em jejum, fez-se injeção venosa de 10 mg de metoclopramida e 300 mg ranitidina, além de hidratação venosa com 500 ml de Ringer lactato. Com a paciente em posição sentada, realizou-se a anestesia peridural lombar, através de punção no espaço L₂-L₃, com agulha de Tuohy 17 G. A identificação do espaço peridural foi feita com o teste da perda da resistência com ar. Em seguida injetou-se lentamente, pela agulha, 20 ml (100 mg) de solução de bupivacaína a 0,5% sem vasoconstritor, seguida da introdução de 5 cm de cateter 16 G no espaço peridural, com teste negativo para aspiração de líquido ou sangue.

* Trabalho realizado no CET - SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP

1 ME₂ do CET - SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP

2 Prof Titular do CET - SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP

3 Auxiliar de Ensino do CET - SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP

Correspondência para José Reinaldo Cerqueira Braz
Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP
Caixa Postal 530 - Rubião Júnior
18618-970 - Botucatu - SP

Apresentado em 04 de agosto de 1995
Aceito para publicação em 25 de setembro de 1995

© 1996, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Durante todo o procedimento anestésico-cirúrgico não foi injetado anestésico local pelo cateter.

A operação durou 85 min, sem intercorrências. Apenas verificou-se a presença de ascite materna, num volume entre 400 e 500 ml. Ao término da operação o cateter peridural foi retirado e a paciente encaminhada a Sala de Recuperação pós-anestésica, onde permaneceu por 30 minutos, sem apresentar intercorrências, quando então foi encaminhada à enfermaria.

Doze horas após a realização do ato operatório, a paciente queixou-se que em seu dorso havia uma região constantemente molhada e que inclusive havia umedeceu sua roupa. Ao exame constatou-se a drenagem de gotículas de líquido límpido, incolor e inodoro pelo orifício da pele onde foi realizada a punção peridural. A paciente não apresentava queixa de cefaléia ou outra queixa neurológica.

Levantada a hipótese de fístula liquórica, a paciente foi orientada pelo serviço de anestesiologia para que se mantivesse em decúbito dorsal horizontal (DDH) e aumentasse a ingestão de líquidos por via oral. Foi feito curativo compressivo no local da fístula.

No segundo dia do pós-operatório a paciente continuava a apresentar pequena perda de líquido pelo orifício, mas em quantidade insuficiente para análise, e com queixa de discreta cefaléia frontal. Por recomendação da Clínica Neurológica, a prescrição foi alterada para restrição hídrica, manutenção de DDH e introduzida antibioticoterapia com cefalexina, 1 g por via oral de 8 em 8 h, e inibidor da anidrase carbônica, 250 mg por via oral de 6 em 6 horas, para diminuir a produção de líquido. O curativo compressivo foi mantido.

No quinto dia do pós-operatório a paciente não mais apresentava drenagem de líquido pelo orifício ou queixa de cefaléia, quando recebeu alta hospitalar, com solicitação de retorno no prazo de cinco dias e com a recomendação de que retornasse imediatamente ao hospital, caso apresentasse qualquer intercorrência clínica, como cefaléia, febre ou vômitos. A

paciente retornou, sem queixas, após cinco dias.

DISCUSSÃO

A ocorrência de fístula cutânea de LCR, após a realização de anestesia peridural, é uma complicação rara. Quando não tratada adequadamente, há o risco de desenvolvimento de meningite e de cefaléia persistente e incapacitante².

As causas associadas ao aparecimento da fístula liquórica são: múltiplas tentativas para identificação do espaço peridural^{1,4}, perfuração acidental da dura-máter pela agulha² ou pelo cateter de peridural⁵, passagem de cateter no espaço subaracnóideo, durante a realização de anestesia espinal contínua⁶ ou após a injeção peridural de corticoesteróides, onde a deposição do esteróide ao longo do local da injeção poderia ser fator causal de formação de fístula^{2,7}, além de causas cirúrgicas, como operações na coluna vertebral⁸.

A incidência de formação de fístula em associação com cateter espinal parece ser dependente do diâmetro e do tempo de permanência do cateter².

No caso descrito, não se percebeu durante a realização da anestesia que houvesse perfuração da dura-máter, mas ela provavelmente ocorreu durante a penetração de agulha de Tuohy ou durante a passagem do cateter de peridural. Existem relatos de aparecimento de fístula cutânea de LCR após a realização de bloqueios peridurais, nos quais também não se percebeu a ocorrência de perfuração da dura-máter².

No presente caso, a fístula desapareceu após o tratamento clínico que objetivou a diminuição da formação de líquido. Na literatura, a preferência dos autores^{2,9} é pela realização de tampão sangüíneo peridural, principalmente quando ocorre queixa clínica de cefaléia, embora alguns autores⁶, como nós, prefiram, o repouso da paciente no leito e a colocação de curativo no local da punção, visto que a realização de tam-

pão sangüíneo não é isenta de riscos adicionais². Outro fator de importância na conduta clínica escolhida foi o fato da paciente apresentar cefaléia de fraca intensidade, não incapacitante e que melhorou rapidamente com a terapia instituída.

Sanches Jr NP, Moro ET, Braz JRC, Nascimento Jr P - Fistula Cutânea do Líquido Cefalorraquidiano. Uma Complicação Rara da Anestesia Peridural. Relato de Caso.

UNITERMOS: COMPLICAÇÕES: fístula cutânea, líquido cefalorraquidiano; LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: peridural

01. Ball CG, D'Alessandro FT, Rosenthal J et al - Case history number 86: an unusual complication of lumbar puncture: a CSF cutaneous fistula. *Anesth Analg*, 1975; 54:691-694.
02. Howes J, Lenz R - Cerebrospinal fluid cutaneous fistula. *Anaesthesia*, 1994; 49:211-212.
03. Katz J - Treatment of a subarachnoid - cutaneous fistula with an epidural blood patch. *Anesthesiology*, 1984; 60:603-604.
04. Jawalekar SR, Marx GF - Cutaneous cerebrospinal fluid leakage following attempted extradural block. *Anesthesiology*, 1981; 54:348-349.
05. Motsch J, Hutschenveuter K - Cutaneous cerebrospinal fluid fistula following a secondary dural perforation caused by an epidural catheter. *Reg Anesth*, 1984; 7:74-76.
06. Hullander M, Leivers D - Spinal cutaneous fistula following continuous spinal anesthesia. *Anesthesiology*, 1992; 76:139-140.
07. Daugherty JH, Fraser RAR - Complications following intraspinal injections of steroids. *J Neurosurg*, 1978; 48:1023-1025.
08. Zide BM, Wisoff JH, Epstein FJ - Closure of extensive and complicated laminectomy wounds: Operative technique. *J Neurosurg*, 1987; 67:59-64.
09. Kumar V, Maves T, Barcellos W - Epidural blood patch for treatment of subarachnoid fistula in children. *Anaesthesia*, 1991; 46:117-118.

REFERÊNCIAS