

Galamina no Tratamento e Prevenção da Cefaléia Pós Punção de Dura-Máter

G. M. Labrunie, TSA[¶] & M. A. Gouveia, TSA[§]

Labrunie G M, Gouveia M A – Gallamine triethiodide for treatment and prevention of post dural puncture headaches. Rev Bras Anest 1983; 33: 4: 299 - 300.

Two female patients, aged 48 and 55, ASA PS I, had inadvertent dural puncture on epidural analgesia attempts. Analgesia was changed for spinal with 5% hyperbaric lidocaine plus epinephrine. Both develop post dural puncture headache that did not respond to conventional treatment.

Intravenous gallamine was effective to relieve the symptoms after a small dose of 12 mg. Two other patients aged 42 and 56 also had dural taps on attempted epidural analgesia. Technique was changed for general anesthesia with enflurane, but gallamine was employed for muscle relaxation. Patients did not develop post dural puncture headache. "Doses gallamine also prevent post dural puncture headache?"

Key - Words: ANESTHETIC TECHNIQUES: regional, epidural; COMPLICATIONS: dural puncture, inadvertent, headache; NEUROMUSCULAR RELAXANTS: non depolarizing, gallamine

A CEFALÉIA pós punção de dura-máter é um dos maiores óbices à raquianestesia. O cumprimento rigoroso de rotina estabelecida^{6,7,10} reduz sua incidência, mas não a elimina, não a trata e não a previne. Uma vez instalada, exige tratamento adequado, que pode ser conservador^{1,3,10,16} ou invasivo^{2,4,12,14}.

A teoria hidráulica justifica uma série de medidas aplicadas no tratamento da cefaléia pós raquianestesia^{4,8,11}.

Após o trabalho de Oliveira e col¹¹, confirmado em pacientes obstétricas⁹, passamos a empregar a galamina no tratamento de cefaléias pós punção inadvertida de dura máter.

Casos 1 e 2 – Dois pacientes do sexo feminino, ASA I, com idade de 48 e 55 anos, candidatas a cirurgias ginecológicas perineais, foram programadas para anestesia peridural lombar. Em decúbito lateral esquerdo e por via lateral, foram submetidas a punção do espaço peridural entre L3 e L4 com agulha de Tuohy 80 x 16. Houve perfuração acidental da dura-máter com escoamento de líquido em ambas. Optamos então pela raquianestesia com solução hiperbárica de lidocaína a 5% na dose de 50 mg e associada a 0,1 mg de adrenalina. A anestesia foi adequada para a cirurgia proposta para cada paciente.

No dia seguinte, ambas apresentaram cefaléia postural de localização frontal e occipital, prejudicando a deam-

bulação, e que melhorava significativamente, com o decúbito supino. Havia em ambas grande tensão da musculatura dos ombros e pescoço. Inicialmente foi tentado tratamento conservador de acordo com os métodos padronizados¹⁰. Em ambos os casos, estas medidas foram ineficazes e optamos pelo tratamento com a galamina por via venosa^{9,11}. As pacientes foram levadas ao centro cirúrgico e canulizada uma veia periférica com catéter de teflon. Iniciou-se um gotejamento de solução de Ringer com lactato, por medida de segurança.

Uma ampola de galamina (Flaxedil®) contendo 40 mg da droga, foi aspirada em uma seringa de 10 ml e adicionada de mais 8 ml de água destilada. Desta forma, ficamos com uma solução de galamina a 0,4% (4 mg.ml⁻¹). As pacientes foram colocadas sentadas na maca. Queixavam-se de intensa cefaléia. Iniciamos a administração da galamina por via venosa, lentamente, um mililitro de cada vez, com intervalos de um minuto marcado no cronômetro. Durante os intervalos, conversamos com as pacientes e questionamos suas condições de melhora. Após a injeção do terceiro mililitro, isto é, 12 mg, relataram alterações visuais, com dificuldade de acomodação e cessação da cefaléia.

A seguir, foram levadas aos seus leitos e observadas até o dia seguinte, quando tiveram alta. Tivemos contato com as pacientes por duas semanas e não houve recorrência dos sintomas.

Casos 3 e 4 – Duas outras pacientes com idade de 42 e 56 anos, foram selecionadas para anestesia peridural em decúbito lateral esquerdo. A primeira seria submetida a cirurgia para cura de hérnia umbilical e recebeu uma punção entre T9 e T10 por via lateral. A segunda seria submetida a laparotomia ginecológica e recebeu punção entre L3 e L4 por via lateral. Em ambos os casos houve perfuração acidental da dura com agulha de Tuohy 80 x 16.

Optamos então pela anestesia geral. O anestésico em-

¶ Anestesiologista do Hospital Central, do IASERJ, Rio de Janeiro, RJ

§ Chefe de Equipe Técnica do Serviço de Anestesiologia do Hospital Central do IASERJ, Rio de Janeiro, RJ

Correspondência para G. M. Labrunie
Praia de Botafogo, 252 - apto. 102
22250 Rio de Janeiro, RJ

Recebido em 27 de janeiro de 1983

Aceito para publicação em 22 de março de 1983

© 1983, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

pregado foi o enflurano, após indução com tiopental sódico.

Baseado em matéria publicada^{9,11}, em relato de colegas^{13,15} e em nossa experiência anterior, utilizamos a galamina como relaxante muscular para intubação traqueal e manutenção do relaxamento durante a cirurgia.

No pós-operatório observamos cuidadosamente as duas pacientes, na pesquisa de cefaléia pós-punção da dura. Tiveram alta hospitalar no quinto dia e foram acompanhadas por mais duas semanas sem queixa de cefaléia.

COMENTÁRIOS

Embora sem explicação clara, a galamina apresenta um índice de cura de 60%⁹ dos casos de cefaléia pós-raquianestesia. Pela inocuidade do método, torna-se tera-

pêutica importante, especialmente se outros métodos já foram empregados.

Quanto maior o calibre da agulha de punção da dura-máter, mais alta a incidência de cefaléia^{2,6,7,12} e mais intensa a sintomatologia, atingindo cifras que vão de 17,5 a 76,5%² quando usando agulhas de Tuohy. Como corolário podemos dizer que de 23,5² a 83%⁵ dos pacientes que tiveram punção acidental de dura-máter com agulha de grosso calibre não apresentam cefaléia.

Parece claro que a galamina é eficaz no tratamento da cefaléia instalada^{9,11,13,15}, mas quanto à possibilidade do seu uso profilático fica a dúvida, uma vez que as duas últimas pacientes poderiam ser parte do grupo de 23,5 a 83% dos que não apresentam cefaléia apesar da punção com agulha calibrosa^{2,5}. Enquanto persiste a dúvida, perguntamos: "Pode a galamina prevenir a cefaléia pós-punção de dura-máter?"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cirenza A P V, Castilho J A – Cefaléia pós-raquianestesia (CPR) contribuição ao seu tratamento. *An Paul Med* 1978; 105: 01 - 06.
2. Craft J B, Epstein B S, Coakley C S – Prophylaxis of dural-puncture headache with epidural saline. *Anesth Analg* 1973; 52: 228 - 231.
3. Deutsch E U – The treatment of post spinal headache with intravenous ethanol: a preliminary report. *Anesthesiology* 1952; 13: 496 - 500.
4. Di Giovanni A J, Dunbar B S – Epidural injections of autologous blood for post lumbar puncture headache. *Anesth Analg* 1970; 49: 268 - 271.
5. Elam J O – Catheter subarachnoid block for labor and delivery. A differential segmental technic employing hyperbaric lidocaine. *Anesth Analg* 1970; 49: 1007 - 1015.
6. Greene B A – A 26-gauge lumbar puncture needle: its value in the prophylaxis of headaches following spinal anesthesia for vaginal delivery. *Anesthesiology* 1950; 11: 464 - 469.
7. Harris L M, Harmel M H – The comparative incidence of lumbar puncture headache following spinal anesthesia administered through a 20 and 24 gauge needles. *Anesthesiology* 1953; 14: 390 - 397.
8. Krueger J E – Etiology and treatment of post spinal headaches. *Anesth Analg* 1953; 32: 190 - 198.
9. Mathias R S, Faria J R C, Assunção M I, Cremonesi E, Neme B – Emprego da galamina triodoetilada no tratamento da cefaléia pós-raquianestesia em obstetrícia. *J Bras Gin* 1978; 85: 289 - 292.
10. Moore D C – Regional block anesthesia. Springfield, Ill USA. Charles C Thomas 1965; 13: 341 - 369.
11. Oliveira W C, Faria J F – Emprego da galamina no tratamento de cefaléias rebeldes. *Rev Bras Clin Terap* 1972; 1: 787 - 788.
12. Palahniuk R J, Cumming M – Prophylactic blood patch does not prevent post lumbar puncture headache. *Canad Anaesth J* 1979; 26: 132 - 133.
13. Portella A A V – Comunicação pessoal. 1981.
14. Rice G G, Dabbs H – The use of peridural and subarachnoid injections of saline solutions in the treatment of severe postspinal headache. *Anesthesiology* 1950; 11: 17 - 23.
15. Rosa S D – Comunicação pessoal. 1981.
16. Sikh S S, Agarwal G – Post spinal headache: a preliminary report on the effect of inhaled carbon dioxide. *Anaesthesia*. 1974; 29: 297 - 300.