

HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA PERIMESENCEFÁLICA NÃO-ANEURISMÁTICA

APRESENTAÇÃO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MÁRIO H. TSUBOUCHI*, WALTER O. ARRUDA*, RICARDO RAMINA**, MURILO S. MENESES**,
ARI A. PEDROZO**, LUIZ F. FAVORITO***, ROGÉRIO S. CLEMENTE****

RESUMO - Os autores apresentam um caso de hemorragia subaracnóidea perimesencefálica não aneurismática em um paciente masculino de 42 anos, com excelente evolução clínica. É realizada revisão da literatura, sendo apresentados aspectos clínicos e neurorradiológicos desta entidade benigna.

PALAVRAS-CHAVES: hemorragia subaracnóidea não-aneurismática, aneurisma cerebral, acidente vascular cerebral hemorrágico, hemorragia subaracnóidea perimesencefálica.

Nonaneurysmatic perimesencephalic hemorrhage: a case report and review of the literature

SUMMARY - A 42 year-old man with subarachnoid hemorrhage was admitted in our Service (Hunt & Hess grade II). CT-scan disclosed predominantly perimesencephalic subarachnoid hemorrhage. Digital subtraction angiographic study did not disclose either cerebral aneurysm or any other potential site of intracranial bleeding. The evolution was uneventful. A DSA was repeated one month later and was negative. Four months later, the patient was asymptomatic. The authors review the literature and emphasize the importance in recognizing this benign clinical form of nonaneurysmatic subarachnoid hemorrhage.

KEY-WORDS: nonaneurysmatic perimesencephalic hemorrhage, cerebral aneurysm, subarachnoid hemorrhage.

A maioria das hemorragias subaracnóideas espontâneas são decorrentes de rotura de aneurismas intracranianos (70-80%) ou de malformações arteriovenosas (5-10%), constituindo entidade clínica com elevados riscos de sequelas neurológicas e mortes^{5,6,17,18,21}. Em aproximadamente 15% dos pacientes com hemorragia subaracnóidea a causa do sangramento é indeterminada, não se observando qualquer anormalidade ao exame arteriográfico cerebral^{2,3,8-11,16}. Dentro desse grupo de casos tem se delineado um quadro mais específico chamado "hemorragia perimesencefálica não aneurismática"(HPNA), com prognóstico excelente¹⁹.

Os autores relatam neste estudo um caso dessa singular forma de acidente vascular cerebral hemorrágico e tecem comentários sobre ela.

RELATO DE CASO

DPSC, masculino, branco, 42 anos de idade; profissão: relojoeiro. Foi internado no Hospital das Nações com história de há 5 dias ter apresentado quadro súbito de cefaléia holocrânica intensa, náuseas, vômitos e tontura. Negava perda de consciência ou crises epiléticas. Exame físico geral normal. Exame neurológico revelava um paciente

Unidade de Ciências Neurológicas, Hospital das Nações, Curitiba: *Neurologista; **Neurocirurgião; ***Especializando em Neurocirurgia. Estudo apresentado como Tema Livre no XV Congresso Brasileiro de Neurologia (Porto Alegre, RS, 1992). Aceite: 20-julho-1993.

Dr. Mário H. Tsubouchi - Rua Raphael Papa 10 - 82530-190 Curitiba PR - Brasil.

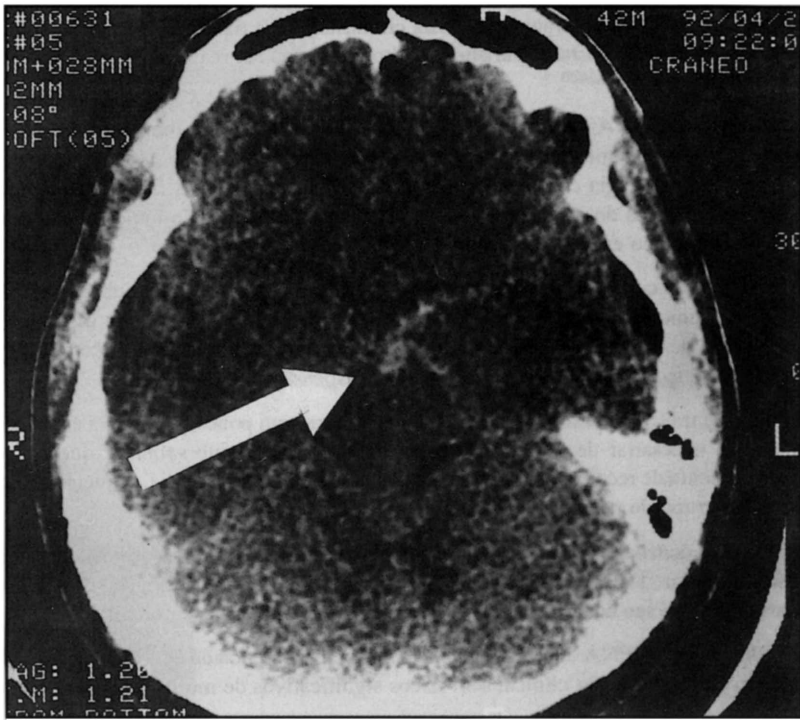


Figura 1. Paciente DPSC. Tomografia computadorizada de crânio (sem contraste) mostrando a presença de hemorragia subaracnóidea na cisterna interpeduncular.

em grau II de Hunt & Hess (cefaléia, rigidez de nuca, sem déficits neurológicos focais). Trazia uma tomografia computadorizada de crânio (TC) em que se evidenciava hemorragia subaracnóidea mais acentuada na região da fossa interpeduncular (Figura 1). Exames complementares (hemograma, dosagens séricas de sódio, potássio, uréia, creatinina, glicose, tempo de ativação da protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada) foram normais. Foi realizada angiografia digital cerebral que não revelou aneurisma ou outra malformação arteriovenosa, nem vasoespasmos. O tratamento consistiu de repouso no leito, analgésicos, anti-eméticos e nimodipina (60 mg via oral 4/4 horas por 21 dias). O paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar assintomático (no quarto dia após o internamento). Um mês após a alta, foi submetido a novo estudo angiográfico, que se revelou normal. Na última avaliação ambulatorial, 4 meses após o evento, apresentava-se bem, sem queixas, tendo retornado às suas atividades diárias normais.

COMENTÁRIOS

A "hemorragia subaracnóidea de etiologia indeterminada" (HSEI), cujo estudo angiográfico não demonstra aneurismas cerebrais ou outras fontes intracranianas de sangramento, representa um grupo heterogêneo de acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos com evolução clínica e prognóstico variáveis. Estudos que não diferenciavam subgrupos nessa população referem risco de ressangramento e de isquemia cerebral por vasoespasmos na incidência de pelo menos 10% para cada uma dessas complicações^{2,4,7,9,11}.

Desde 1985, van Gijn e colaboradores¹⁸⁻²⁰, após analisarem o padrão de hemorragia no espaço subaracnóideo pela TC, vêm definindo duas formas bem distintas de HSEI: 1. tipo perimesencefálico, em que o sangramento se localiza predominantemente ou somente nas cisternas em torno do mesencéfalo (cisternas interpeduncular, ambiens e quadrigeminal) sem extensão para as fissuras inter-hemisféricas e laterais, parênquima cerebral ou sistema ventricular; 2. tipo aneurismático, em que a distribuição da hemorragia subaracnóidea é indistinguível da habitualmente observada

nas roturas de aneurismas intracranianos. Nesta circunstância, a repetição do estudo angiográfico torna-se necessária para descartar aneurismas ocultos, devendo ser realizada 4-6 semanas após um primeiro estudo negativo^{12-14,18-20}.

Pacientes com HPNA geralmente não perdem a consciência no momento do ictus, não se apresentam criticamente enfermos, e os sinais de irritação meníngea são os únicos achados neurológicos¹²⁻¹⁴. Hemorragia confinada às cisternas perimesencefálicas fica demonstrada na TC obtida dentro de 72 horas do evento, pois além deste período ocorre diminuição da sensibilidade em se detectar sangue no espaço subaracnóideo^{1,8,20}.

A angiografia cerebral é obrigatória na avaliação inicial, desde que existe sempre a possibilidade da hemorragia perimesencefálica ter sido decorrente da ruptura de um aneurisma da artéria basilar¹⁹ ou de outros vasos das proximidades. Sendo o estudo angiográfico negativo e sem evidências de vasoespasm, novo exame poderá ser dispensável.

A única complicação descrita na HPNA e que ocorre com pouca frequência é a hidrocefalia, podendo ou não necessitar de derivação ventricular¹⁵. É importante salientar que não existem relatos até o momento de recorrência da hemorragia, isquemia cerebral tardia, sequelas neurológicas ou mortes neste grupo de pacientes^{12,14,19}.

Especula-se, com base nas características clínicas e tomográficas, que a origem do sangramento seja venoso ou capilar. Tal hipótese necessita ainda de comprovação patológica, difícil de obter-se nesses casos devido ao seu curso benigno e à inexistência de estudos postmortem^{2,12-14,19}.

Em conclusão, a HPNA deve ser reconhecida e bem diferenciada dentro do grupo das HSEI, pois possui excelente evolução clínica, sem riscos significativos de morbidade ou mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Adams HP Jr, Kassel NF, Torner JC, Sahs AL. Computed tomographic and clinical correlations in recent aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a preliminary report of the Cooperative Aneurysm Study. *Neurology* 1983, 33: 981-988.
2. Adams HP, Gordon DL. Nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Ann Neurol* 1991, 29: 461-462.
3. Alexander MSM, Dias PS, Uttley D. Spontaneous subarachnoid hemorrhage and negative cerebral panangiography: review of 140 cases. *J Neurosurg* 1986, 64: 537-542.
4. Beugelin C, Seiler R. Subarachnoid hemorrhage with normal panangiography. *Neurosurgery* 1983, 13: 409-411.
5. Biller J, Godersky JC, Adams HP. Management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke* 1988, 19: 1300-1305.
6. Bozzola FG, Gorelick PB, Jensen JM. Epidemiology of intracranial hemorrhage. *Neuroimaging Clin N Am* 1992, 2: 1-10.
7. Brismar J, Sundbarg G. Subarachnoid hemorrhage of unknown origin: prognosis and prognostic factors. *J Neurosurg* 1985, 63: 349-354.
8. Cioffi F, Pasqualin A, Cavazzani P, Da Pian R. Subarachnoid hemorrhage of unknown origin: clinical and tomographical aspects. *Acta Neurochir* 1989, 97: 31-39.
9. Giombini S, Bruzzone MG, Plunchino F. Subarachnoid hemorrhage of unexplained cause. *Neurosurgery* 1988, 22: 313-316.
10. Hayward RD. Subarachnoid haemorrhage of unknown aetiology: a clinical and radiological study of 51 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1977, 40: 926-931.
11. Nishioka H, Torner JC, Kassel NF, Sahs AI, Goettler LC. Cooperative study of intracranial aneurysms and subarachnoid hemorrhage: a long-term prognostic study. *Arch Neurol* 1984, 41: 1147-1151.
12. Rinkel GJE, Wijdicks EFM, Vermeulen M, Hageman LH, Tans JTT, van Gijn J. Outcome in perimesencephalic (nonaneurysmal) subarachnoid haemorrhage: a follow-up study in 37 patients. *Neurology* 1990, 40: 1130-1132.
13. Rinkel GJE, Wijdicks EFM, Hasan D, Kienstra GEM, Franke CI, Hageman LM, Vermeulen M, van Gijn J. Outcome in patients with subarachnoid haemorrhage and angiographic according to pattern of haemorrhage on computed tomography. *Lancet* 1991, 338: 964-968.
14. Rinkel GJE, Wijdicks EFM, Vermeulen M, Hasan D, Brouwers PJAM, van Gijn J. The clinical course of perimesencephalic nonaneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Ann Neurol* 1991, 29: 463-468.
15. Rinkel GJE, Wijdicks EFM, Vermeulen M, Hasan D, Brouwers PJAM, van Gijn J. Acute hydrocephalus in nonaneurysmal perimesencephalic hemorrhage: evidence of CSF block at the tentorial hiatus. *Neurology* 1992, 42: 1805-1807.

16. Ruelle A, Lasio G, Boccardo M, Gottlieb A, Severi P. Long-term prognosis of subarachnoid hemorrhages of unknown etiology. *J Neurology* 1985, 232: 277-279.
17. Solomon RA, Fink ME. Current strategies for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Arch Neurol* 1987, 44: 769-774.
18. Van Gijn J. Subarachnoid hemorrhage. *Lancet* 1992, 339: 653-655.
19. Van Gijn J, van Dogen KJ, Vermeulen M, Hijdra A. Perimesencephalic hemorrhage: a nonaneurysmal and benign form of subarachnoid hemorrhage. *Neurology* 1985, 35: 493-497.
20. Vermeulen M, van Gijn J. The diagnosis of subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990, 53: 365-372.
21. Watanabe AT, Mackey JK, Lufkin RB. Imaging diagnosis and temporal appearance of subarachnoid hemorrhage. *Neuroimag Clin N Am* 1992, 2: 53-59.