

HEMATOMA EPIDURAL ESPINAL ESPONTANEO

REGISTRO DE DOIS CASOS

RODRIGO O. M. F. FERREIRA *
JOSE DE ARAUJO BARROS *

FRANCISCO JOSE ROCHA **
AUGUSTO V. B. FONSECA *

PAULO ROBERTO DE PAIVA ***

Os hematomas epidurais espontâneos são raros. Desde o primeiro relato de Jackson em 1869, citado por Harris⁵, até a presente data, temos conhecimento de pouco mais de 100 casos⁶. A localização mais frequente desses hematomas é na região torácica, seguida pelas regiões cervical e lombar. Quanto à idade são mais comuns na 5ª década³; entretanto podem ocorrer em qualquer idade. Os hematomas que se formam em consequência de traumatismos, de malformações vasculares, de discrasias sanguíneas ou em decorrência de terapêutica anticoagulante não são classificados como espontâneos⁷.

Registramos dois casos que se apresentaram com distúrbios neurológicos agudos e que obtiveram melhora sensível com a remoção do hematoma mediante laminectomia.

OBSERVAÇÕES

Caso 1 — J.B.C., sexo masculino, preto, 54 anos de idade, internado em 14-09-78 (Registro nº 1968), apresentou de forma súbita ao acordar, dor intensa na região lombar e face anterior da coxa esquerda, acompanhada, no espaço de poucas horas, de diminuição da força muscular no membro inferior esquerdo. Ulteriormente, notou dificuldade para urinar e impotência sexual. O início da sintomatologia ocorreu 6 dias antes da internação. Ao exame clínico, apresentava pressão arterial de 210-140mmHg e estertores pulmonares de finas bolhas e crepitantes no terço inferior de ambos os lados. Diante de provável quadro de edema pulmonar incipiente, o paciente foi submetido a tratamento cardiológico. *Exame neurológico* — Paciente consciente, lúcido, sem alterações de nervos cranianos. A fundoscopia mostrou sinais de retinopatia hipertensiva. O exame dos membros inferiores evidenciou monoparesia crural esquerda, acometendo principalmente a extensão da perna e inversão do pé, com arreflexia patelar e aquilea. Pequena área de hipoestesia tátil e dolorosa na região anterior da coxa esquerda. A marcha estava impossibilitada e o sinal de Lasègue evidente a 40º no membro inferior esquerdo. Diante do quadro que sugeria uma síndrome de cauda equina lateralizada, foram feitas radiografias de coluna torácica e lombo-sacra que resultaram normais e raquemanometria que evidenciou bloqueio completo do canal vertebral. O líquido cefalorraqueano apresentou-se xantocrômico e

Trabalho do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Santa Mônica (Belo Horizonte, MG): * Neurocirurgião; ** Chefe do Serviço; *** Médico residente.

seu exame revelou 20 células mm³ (100% de mononucleares), glicose 40mg%, proteínas 1540mg% e cloretos 720mg%. No momento da punção lombar, foram injetados 5 ml de Duroliopaque e realizada mielografia, que mostrou bloqueio ao nível de L2.

No dia seguinte, com o quadro cardiológico mais estável, o paciente foi submetido a laminectomia de T12 a L4, sendo encontrado hematoma epidural organizado, estendendo-se de T12 a L4, localizado mais na porção lateral e posterior do estojo dural. O pós-operatório transcorreu sem complicação e o paciente recebeu alta, com encaminhamento para tratamento fisioterápico. Três meses após a cirurgia o paciente estava bem, sem deficit neurológico e com marcha normal.

Caso 2 — M.L.R., 36 anos de idade, sexo feminino, preta, no nono mês de gestação, internada em 18-09-78 (Registro nº 1977), apresentou dor súbita, com irradiação para os membros inferiores. Nos dias seguintes, notou diminuição gradativa da força muscular nos membros inferiores e, ulteriormente, retenção urinária. No 3º dia, a contar do início dos sintomas, sofreu parto a termo (feto morto). O exame clínico revelou paciente afebril, pressão arterial de 230-150mmHg, pulso 80p/m rítmico, mucosas coradas e anictéricas. O exame cardiológico evidenciou cardiopatia hipertensiva compensada. *Exame neurológico* — Paciente consciente, bem orientada e sem alterações dos pares cranianos. O exame dos membros inferiores revelou paraparesia flácida com arreflexia patelar e aquílea bilateral e hipoestesia táctil, térmica e dolorosa com nível em L1. A raquemanometria mostrou bloqueio completo do canal vertebral e o exame líquido cefalorraqueano mostrou aspecto xantocrômico, glicose: 54mg%, proteína 500mg% e cloretos 731mg%. A mielografia foi realizada por via lombar com injeção de 3 ml de Duroliopaque, mostrando parada do contraste em L2. O nível superior do bloqueio foi delimitado em T12, com injeção de contraste por via cisternal.

O quadro neurológico mantinha-se inalterado e 48 horas após a mielografia, foi realizada a laminectomia de T12 a L2, tendo-se evidenciado hematoma epidural em fase de organização, cobrindo toda a porção posterior do estojo dural. Onze dias após a cirurgia, a paciente recebeu alta com melhora acentuada do quadro, já mantendo-se de pé quando auxiliada.

COMENTARIOS

Em ambos os casos o diagnóstico só foi possível após a laminectomia, tendo-se suspeitado apenas da possibilidade de hérnia discal lombar alta.

A presença de hipertensão arterial nos dois casos parece ter pouca importância na gênese do hematoma, uma vez que a hipótese mais aceita é que o sangramento seja de origem venosa decorrente de diferença da pressão entre os sistemas cava e vertebral, presente em certas situações³. No caso 2 a gravidez pode ter sido fator importante na produção do hematoma, devido à pressão intra-abdominal aumentada, às vezes com inversão do fluxo do sistema cava para o vertebral, cujas veias não possuem valvas⁴.

As características do quadro clínico são o início agudo, sempre com dor, geralmente de irradiação radicular, acompanhada por deficit neurológico grave e rapidamente progressivo.

Alguns autores chamam a atenção para a presença de um intervalo livre¹, com acalmia dos sintomas, entre o início da dor e o aparecimento dos sinais motores.

Os hematomas de localização cervical acarretam prognóstico grave e só evoluem satisfatoriamente quando o tratamento cirúrgico é realizado nas primeiras 6 horas após o início do quadro¹. Quando presentes na região lombar, evoluem de forma mais benigna, pois as raízes espinais toleram melhor a compressão do que a medula².

A presença de sangue ou a xantocrômia do líquido cefalorraqueano são fatores importantes para o diagnóstico e a mielografia sempre mostra um bloqueio epidural completo¹.

Apesar da pequena frequência e da dificuldade de diagnóstico clínico dos hematomas epidurais, é importante ter em mente a possibilidade dessa patologia, considerando-se a necessidade do tratamento cirúrgico urgente e a possível recuperação do paciente.

RESUMO

São discutidos os aspectos clínicos relativos ao diagnóstico e tratamento dos hematomas epidurais espinais espontâneos. Os dados obtidos em dois casos são apresentados, sendo salientada a localização lombar destes hematomas, os distúrbios neurológicos agudos, geralmente de irradiação radicular, acompanhados por déficit neurológico de caráter progressivo.

A problemática desses hematomas epidurais espinais, principalmente a sua pequena frequência, a demonstração radiológica por mielografia contrastada e o seu tratamento cirúrgico por laminectomia, são ressaltados. O tratamento de escolha é o cirúrgico, laminectomia com dissecação e remoção do hematoma que possibilita a recuperação do paciente.

SUMMARY

Spontaneous epidural hematoma of the lumbar region: report of two cases.

Two cases of spontaneous epidural hematoma of the lumbar region are reported. Some considerations are drawn about the values of the early diagnosis before the incidence of neurological sequela. The clinical and radiological findings and the treatment of these hematomas are discussed. Lumbar puncture and myelography are the best method for the diagnosis. Treatment should be surgical, consisting of laminectomy with total excision of the hematoma.

REFERENCIAS

1. BINNERT, D.; THYERRY, A. & MICHIELS, R. — Presentation d'un nouveau cas d' hematome extra-dural rachidien spontané observé au cours d' un accouchement. *J. Med Lyon* 52:1307, 1971.

2. BOYD, H. R. & PEAR, B. L. — Chronic spontaneous spinal epidural hematoma: report of two cases. *J. Neurosurg.* 36:239, 1972.
3. CORREA, A. V. & BEASLEY, B. A. L. — Spontaneous cervical epidural hematoma with complete recovery. *Surg. Neurol. (Boston)* 10:227, 1978.
4. DEVADIGA, K. V. & GASS H. H. — Chronic lumbar extradural hematoma simulating disc syndrome. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* (London) 36:255, 1973.
5. HARRIS M. E. — Spontaneous epidural spinal hemorrhage. *Amer. J. Roentgenol.* 105:383, 1969.
6. LONDON, G. W.; Mc KEEVER, P. E. & WIEDERHOLT, W. C. — Spontaneous spinal epidural hematoma in alcoholism. *Ann Intern. Med* 81:266, 1974.
7. POSNIKOFF, J. — Spontaneous spinal epidural hematoma of childhood. *J. Pediat.* 73:178, 1968.

Clinica Neurocirúrgica — Hospital Santa Mônica — Av. Antonio Carlos 1694 — 30000 Belo Horizonte, MG — Brasil.