

Síndrome meníngea devida a hemorragia após punção lombar

Meningeal syndrome due to haemorrhage after lumbar puncture

Fernando Guimarães*

Resumo

A punção lombar continua a ser um exame complementar de diagnóstico útil e seguro em muitas situações da prática clínica. A sua complicação mais frequente é a síndrome de cefaleia pós-punção lombar, que, por vezes, se acompanha de rigidez da nuca. Outra complicação frequente mas geralmente sem significado é a hemorragia no líquido. Relatamos aqui um caso de síndrome meníngea devida a hemorragia intra-raquídea após realização deste procedimento. Abordamos a demora no reconhecimento desta situação, inicialmente interpretada como cefaleia pós-punção lombar, e os problemas de diagnóstico diferencial levantados por um líquido sanguinolento.

Palavras chave: Punção lombar, síndrome meníngea, síndrome de cefaleia pós-punção lombar, líquido cefalorraquidiano sanguinolento, diagnóstico diferencial.

Abstract

Lumbar puncture remains a useful and safe diagnostic test in many clinical situations. The most common complication associated with this procedure is lumbar puncture headache syndrome, which may include neck stiffness. Another frequent complication, usually without clinical relevance, is blood staining of the cerebrospinal fluid. We report here a case of meningeal reaction due to intrathecal haemorrhage after lumbar puncture. We discuss the delay in recognition of the situation, first assumed to be a post lumbar puncture headache, and differential diagnosis issues of blood stained cerebrospinal fluid.

Key words: Lumbar puncture, meningeal syndrome, lumbar puncture headache syndrome, blood stained cerebrospinal fluid, differential diagnosis.

Introdução

O traumatismo da punção lombar (PL) pode levar à presença de sangue no líquido cefalorraquidiano (LCR), sem significado clínico, que habitualmente clareia durante a colheita do espécime. Relatamos um caso de síndrome meníngea exuberante devida à persistência de hemorragia para o espaço subaracnoideu, cujo diagnóstico foi retardado pela suposição de tratar-se de síndrome de cefaleia pós-punção lombar, uma das complicações mais frequentes deste procedimento.

Relato do caso

Um homossexual masculino de 30 anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de cefa-

leias frontais e occipitais, febre e prostração, referindo também balanite resistente a vários tratamentos. Ao exame neurológico não apresentava alterações, nomeadamente rigidez da nuca, e do exame geral destacavam-se apenas febre (38°C) e glande e prepúcio do pénis eritematosos e friáveis. Analiticamente, salientavam-se leucopenia (2.500/mm³, fórmula normal) e trombocitopenia (100.000/mm³); taxa de protrombina 73% e o tempo de tromboplastina parcial activada 43 segundos (controlo 31 s.).

As serologias de VIH (ELISA) e Hepatite B e C foram negativas. Pediu-se a determinação de RNA do VIH por PCR. A serologia da sífilis era positiva (RPR 1/16; TPHA 1/5120). Foi efectuada PL, com saída de líquido algo tingido de sangue, que rapidamente clareou, e cujo estudo laboratorial mostrou: Glicose, 58 mg/dl; Proteínas, 30 mg/dl; Glóbulos brancos, zero; Glóbulos rubros, 1180/mm³; Pesquisa de criptococo e bactérias negativa; VDRL negativa.

Três horas após o procedimento, o paciente estava mais queixoso, com dor lombar no local da punção e dor na nuca, e apresentava discreta rigidez da nuca

*Assistente Graduado de Medicina Interna

Serviço de Medicina Interna

CHVRPR - Hospital São Pedro - Vila Real

Recebido para publicação a 15.12.05

Aceite para publicação a 09.08.06

na fase final da flexão do pescoço. Nos dias seguintes manteve febre, cefaleias intensas, dor na nuca e lombar, tonturas e ansiedade, conservando-se sempre lúcido. O parecer do consultor de Neurologia em duas ocasiões foi de que se trataria de uma situação de síndrome de cefaleia pós-PL, mas não se registou alívio deste quadro com repouso, hidratação por via intravenosa, elevação dos membros inferiores, paracetamol, ibuprofeno e tramadol. Como mantivesse a sintomatologia e surgissem vômitos e meningismo franco (rigidez da nuca, sinal de Brudzinski e sinal de Kernig), realizámos PL ao 13º dia de internamento, executada com facilidade à primeira tentativa. O líquido apresentava aspecto francamente sanguinolento, não clareando na colheita para três tubos; levado de imediato ao laboratório, após centrifugação exibia xantocromia intensa (aspecto de vinho do Porto *ruby*), com os seguintes resultados: Glicose, 20 mg/dl; Proteínas, 323 mg/dl; Glóbulos brancos, 200/mm³ (30% neutrófilos, 70% mononucleares), Glóbulos rubros, 50.000/mm³; exame microbiológico negativo. Uma tomografia computadorizada cerebral não mostrou evidência de hemorragia subaracnoideia (HSA), aneurisma, malformação vascular intracraniana, ou lesão ocupando espaço.

O doente melhorou gradualmente de toda a sintomatologia e da síndrome meníngea, a febre desapareceu ao 18º dia e teve alta três dias depois. Confirmou-se a hipótese de síndrome retroviral aguda: carga vírica do VIH por PCR era superior a um milhão de cópias de RNA, e teste de ELISA positivo subsequentemente. A contagem de linfócitos CD4+ era 317/mm³.

Discussão

A punção lombar é um exame fundamental no diagnóstico neurológico, mesmo tendo em conta que certas situações em que estava indicada passaram a dispensar a sua realização com o advento de outros procedimentos diagnósticos, em especial de tipo imagiológico.¹

A principal complicação da punção lombar consiste num quadro benigno de cefaleia, constante, de localização occipital e/ou frontal, que pode ocorrer em 10 a 30% dos casos.^{1,2} Inicia-se cerca de 12 a 48 horas após o procedimento e dura vários dias, por vezes semanas.^{2,3} Tipicamente, piora com a posição erecta e alivia com o decúbito.^{2,4} O mecanismo subjacente é a deslocação do cérebro devido à diminuição

da pressão provocada pelo “leakage” do LCR para os músculos paravertebrais e outros tecidos locais através do trilho da agulha.⁴

A síndrome de cefaleia pós-punção lombar pode incluir dor na nuca e parte superior da coluna dorsal, rigidez do pescoço, náuseas e vômitos, o que pode levantar a questão de meningite pós-punção;⁵ mais raramente, visão turva, fotofobia, zumbido, tonturas ou vertigem.^{3,6} Esta sintomatologia alivia com medidas posturais, hidratação vigorosa, e analgésicos; em alguns casos mais renitentes, pode estar indicada a injeção no local da punção de sangue autólogo (“blood clot”) para obliterar o orifício.^{5,6}

A meningite bacteriana como complicação da PL é muito rara, mesmo em presença de bacteriemia, e, em geral, deve-se à infracção das medidas correntes de assepsia.^{1,7}

Uma situação vulgar é a hemorragia no espaço subaracnoideu resultante da lesão acidental de uma veia intratecal pela agulha. A taxa de punções traumáticas pode chegar aos 20%.^{7,8} Os doentes com alterações da coagulação ou distúrbios das plaquetas quantitativos (< 30.000/mm³) ou funcionais (alcoolismo, uremia), são mais predispostos.⁷

Na maior parte dos casos a hemorragia é auto-limitada e reconhecida simplesmente como sangue no líquido espinal. Contudo, uma punção traumática pode dificultar o diagnóstico e mesmo ser interpretada como hemorragia subaracnoideia.^{7,8} Ao contrário da HSA, habitualmente na PL traumática a pressão de saída do LCR é normal, o sangue tende a formar coágulos ou redes de fibrina, e, em regra, clareia conforme se vai colhendo o LCR em sucessivos tubos.^{7,8} A centrifugação imediata do líquido estabelece a distinção: na HSA o sobrenadante é xantocrómico, ao passo que na PL traumática é incolor. Em alguns casos, porém, esta metodologia não permite tal distinção.⁹ Nomeadamente, existem situações de HSA sem xantocromia visível a olho nu, sobretudo nas primeiras 12 horas.^{9,10} Nestas raras ocasiões, pode ser importante o recurso à espectrofotometria, para a identificação de pigmentos de sangue no sobrenadante do LCR centrifugado (com sensibilidade de 100% para HSA) ou à pesquisa de eritrofagócitos na amostra (sempre negativa na PL traumática - especificidade de 100%).¹¹

A hemorragia intensa ou continuada após a realização da PL pode produzir rigidez da nuca ou outra evidência de irritação meníngea, como acontece na HSA, onde o meningismo pode surgir horas após o

início da cefaleia.¹²

Esta situação é ilustrada de modo eloquente pelo caso do paciente que relatamos na presente comunicação, em que não há qualquer sugestão de HSA espontânea.

Alertamos também para a necessidade de ponderar a realização de PL, para excluir esta complicação nos doentes com suspeita de síndrome de cefaleia pós-punção lombar quando a sintomatologia se intensifica com o passar dos dias ou persiste desproporcionadamente incômoda ou mais tempo que o habitualmente descrito. Esta chamada de atenção poderá ter particular interesse nos casos em que a PL inicial foi aparentemente traumática ou em que existam alterações da coagulação. ■

Bibliografia

1. Marton KI, Gean AD. The spinal tap: a new look at an old test. *Ann Intern Med*, 1986; 104-148.
2. Martin JB, Hauser SL. Abordagem ao paciente com doença neurológica. Cap. 356. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 15th Ed. (tradução brasileira). Ed.s Braunwald, Fauci et al. McGraw-Hill, 2001: 2473-2478.
3. Raskin NH, Peroutka SJ. Cefaleia, enxaqueca e cefaleias em salva. Cap. 15. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 2001: 76-86.
4. Adams RD, Victor M, Ropper AM. Disturbances of cerebrospinal fluid and its circulation, including hydrocephalus and meningeal reactions. Ch. 30. In *Principles of Neurology*, 6th Ed. McGraw-Hill, 1997: 623-641.
5. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Headache and other craniofacial pains. Ch. 10. In *Principles of Neurology*. 1997: 167-193.
6. Mokri B. Headache associated with abnormalities in intracranial structures and function. Low CF pressure headache. In *Wolff's Headache*, 7th Ed. Ed.s Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Oxford University Press, 2001: 417-433.
7. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Special techniques for neurological diagnosis. Ch. 2. In *Principles of Neurology*. 1997: 12-39.
8. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342: 29-36.
9. McDonald A, Mendelow AD. Xanthochromia revisited: a re-evaluation of lumbar puncture and CT scanning in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51: 342-344.
10. Walton JN. *Subarachnoid haemorrhage*. Edinburgh: Livingstone, 1956.
11. Buruma OJS, Janson HLF, Den Bergh FAJTM et al. Blood stained cerebrospinal fluid: traumatic puncture or haemorrhage? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981; 44: 144-147.
12. Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP. Headache and facial pain. Ch. 2. In *Clinical Neurology*, 5th Ed. Lange Medical Books. McGraw-Hill, 2002: 70-94.