



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 11, pp. 60471-60473, November, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25873.11.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

HEMATOMA ESPINHAL EPIDURAL ESPONTÂNEO

*¹Otávio De Luca Druda, ²Adauto Francisco Lara Junior and ³Alex Fabiano Dias Pinto

¹Médico Ortopedia e Traumatologia, ASST del Garda - Ospedale di Gavardo, Via Gosa Andrea, 74 - Gavardo - BS - Italia; ²Médico Ortopedia e Traumatologia, Hospital Semper - Belo Horizonte, Alameda Ezequiel Dias 389 - Belo Horizonte - MG; ³Médico - Mestre Ortopedia e Traumatologia, Hospital Francisco José Neves - Unimed BH, Avenida da Contorno 3097 - Belo Horizonte-MG

ARTICLE INFO

Article History:

Received 08th September, 2022

Received in revised form

26th September, 2022

Accepted 19th October, 2022

Published online 30th November, 2022

KeyWords:

Hematoma Espinhal Epidural
Espontâneo. Ortopedia. Coluna.

*Corresponding author:

Otávio De Luca Druda

ABSTRACT

O hematoma espinhal epidural grande parte das apresentações é secundário à ocorrência de um trauma, contudo, é possível identificar apresentações raras de hematoma espinhal epidural espontâneo (HEEE). O HEEE tem sido associado a distúrbios de coagulação, uso de antiagregantes plaquetários, anticoagulante ou malformações vasculares. Entretanto, sua etiologia exata pode não ser descoberta em inúmeros casos. Dependendo da localização e tamanho pode vir associado a um déficit neurológico com parestesia e fraqueza à medida que o hematoma evolui e acaba por comprimir a medula espinhal. Os sintomas do HEEE normalmente aparecem de forma repentina e possuem rápida progressão e demandando celeridade identificação e tratamento de modo a possibilitar a completa recuperação das funções afetadas. Apresenta-se aqui caso clínico de paciente de 24 anos, sexo feminino, com queixa de dor cervical intensa com irradiação para a região escapular, evoluindo para quadro de paraplegia, havendo necessidade de intervenção cirúrgica para descompressão, com sucesso na abordagem de modo a proporcionar total recuperação das funções afetadas em razão da lesão após intervenção. A análise do caso raro em cotejo com revisão de literatura sobre a matéria, que trata inclusive das opções de tratamento conservador em casos de menor gravidade, permite melhor compreensão do fenômeno objeto de estudo.

Copyright©2022, Otávio De Luca Druda et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Otávio De Luca Druda, Adauto Francisco Lara Junior and Alex Fabiano Dias Pinto. 2022. "Hematoma espinhal epidural espontâneo", *International Journal of Development Research*, 12, (11), 60471-60473.

INTRODUCTION

O hematoma espinhal epidural espontâneo (HEEE) é de rara apresentação sendo sua incidência estimada em 1 novo caso por 1.000.000 de pessoas por ano (HOLTAS; HEILING; LÖNNTOFT, 1996) e tem sido associado a distúrbios de coagulação, uso de antiagregantes plaquetários, anticoagulante ou malformações vasculares, entretanto, sua etiologia exata pode não ser descoberta em 40 a 50% dos casos (FOO; ROSSIER, 1981). Da revisão de literatura é possível observar que os HEEE embora possam apresentar-se em qualquer idade são predominantes em adultos com idade entre 50 e 60 anos, sendo que a origem do sangramento pode ser arterial ou venosa com localização mais frequente cervicotorácica e toracolombar. Importante ainda referir que são mais frequentemente encontrados na parte posterior do canal espinhal, onde o espaço peridural é mais amplo e os plexos venosos são mais protuberantes (LEGNANI *et al.*, 2014). Da revisão de literatura é possível observar o surgimento de sintomas do HEEE subitamente e com abrupta progressão, com quadro geralmente caracterizado por início agudo de dor cervical ou torácica de grande intensidade. Dependendo da localização e tamanho pode vir associado a um déficit neurológico com parestesia a fraqueza

à medida que o hematoma evolui e acaba por comprimir a medula espinhal (COUNSELMAN; TONDT; LUSTIG, 2020). Alguns pacientes apresentam quadro de integral perda sensorial e motora abaixo do nível da lesão, sendo que em alguns casos de manifestação mais branda as funções são preservadas até estágios mais avançados. Tal aspecto apresenta significativa importância considerando que os pacientes que mantêm as funções, ainda que de forma residual, possuem maiores chances de total recuperação (SALEHPOUR *et al.*, 2018). Na literatura é estabelecido que ressonância magnética é o exame mais indicado para diagnóstico da lesão, entretanto, não existe consenso quanto ao tratamento de intervenção cirúrgica ou terapia conservadora como melhor opção terapêutica, conforme se verá à frente, embora da análise de literatura possa ser possível observar que o HEEE é, via de regra, considerado urgência cirúrgica (GONZÁLEZ *et al.*, 2015).

METODOLOGIA

Trata-se de relato de caso, aplicado, descritivo, realizado com paciente do sexo feminino, 24 anos, apresentando lesão rara, submetida a intervenção cirúrgica, envolvendo ainda breve revisão de

literatura relacionada à matéria, a fim de proporcionar melhor dimensão dos parâmetros adotados na condução do caso.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Paciente de 24 anos, sexo feminino. Compareceu ao pronto-socorro com queixa de dor cervical intensa com irradiação para a região escapular. Foi medicada pelo plantonista e retornou para casa após melhora parcial da dor. Na mesma noite apresentou novo episódio de dor intensa seguida de fraqueza súbita dos membros inferiores (MMII). Retornou ao mesmo hospital para reavaliação. Negava trauma, comorbidades ou uso de medicamentos. Ao exame apresentava sinais vitais inalterados. À avaliação neurológica mostrava paraplegia. Reflexos cutâneo abdominal, patelar e aquileu abolidos bilateralmente. Sinal de Babinski positivo. Sensibilidade presente, mas bastante diminuída nos dermatômos abaixo de D4. Necessitou cateterização vesical de demora devido a retenção urinária. Realizada Ressonância Magnética (RM) que demonstrou uma imagem alongada e com hipersinal em T1 localizada na região pósterolateral esquerda do interior do canal vertebral. Apresentava situação extradural ao nível de D1 e D2, medindo aproximadamente 3 cm X 1 cm (Figuras 1, 2 e 3).



Figure 1. Pre-operatório Sagital T1



Figure 2. Pre-operatório Sagital T2

Exames laboratoriais, incluindo coagulograma, não apresentaram alterações. A paciente foi operada dentro de 36 horas do início dos sintomas. Foi realizada uma hemilaminectomia à esquerda no nível de D1 e D2. O hematoma foi identificado e drenado, utilizando-se irrigação com soro fisiológico. A paciente obteve melhora sensitiva e motora significativas após o procedimento cirúrgico. Depois de 24 horas da cirurgia apresentava sensibilidade praticamente normal e uma força M4 nos MMII, nas raízes de L2 a S1 bilateralmente. Retirado o cateter vesical, mostrou recuperação do controle espontâneo da urina. Recebeu alta após 72 horas do procedimento cirúrgico relatando apenas sensação de fraqueza subjetiva nos MMII. Com 2 semanas de cirurgia já se apresentava sem queixas. Seu exame neurológico era normal. Foi realizada nova RM, a qual não evidenciou qualquer lesão intracanal (Figuras 4 e 5).

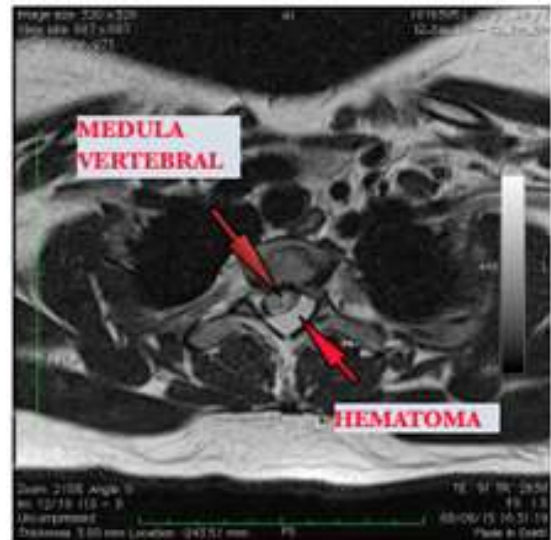


Figure 3. Pre-operatório axial T2



Figure 4. Pos-operatório Sagital T2

A paciente realiza consultas de rotina, sem queixas. Tendo retornado à vida de trabalho e atividade física normalmente. Robert Jackson foi o primeiro a descrever, em 1869, caso de HEEE. No caso por ele apresentado a paciente veio a óbito, tendo sido autorizada a necrópsia, por meio da qual se concluiu que a totalidade da região cervical estava tomada por coágulo alongado, em especial a parte anterior do lado esquerdo (JACKSON, 1869). Jackson (1869), não foi capaz de correlacionar a ocorrência a nenhuma causa aparente, tratando-se de paciente saudável, sem trauma prévio. A única explicação possível foi a de que o coágulo teria se formado gradualmente e expandido, sem que fosse viável encontrar explicação aparente para sua gradual formação. No caso em análise a paciente também não apresentava nenhum dos fatores habitualmente identificados como possíveis

causas subjacentes ao HEEE tais como distúrbios de coagulação, uso de antiagregantes plaquetários, anticoagulante ou malformações vasculares.

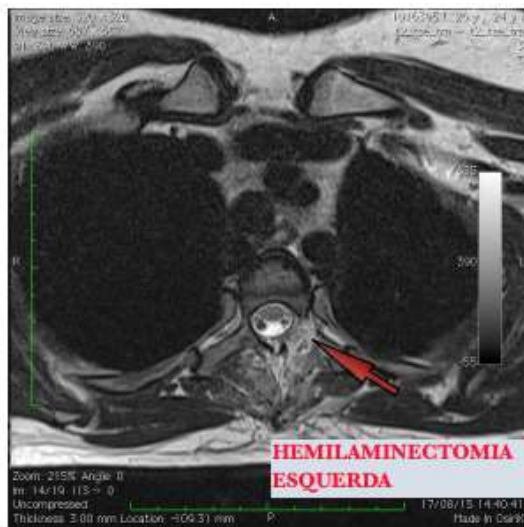


Figura 5. Pos-operatorio axial T2

Ainda hoje tais apresentações, sem causas subjacentes definidas, são as hipóteses mais comuns segundo revisão de literatura na matéria. Conforme FIGUEROA e DEVINE (2017), embora existam registros de utilização de anticoagulantes, gravidez, hemofilia e leucemia como causas associadas ao quadro de hematoma epidural espontâneo é fato que em uma pesquisa mais atual e ampla, pode-se observar que entre 40 e 60% dos casos não foram verificados fatores de risco para a hemorragia. No caso em comento não foi possível verificar a origem do sangramento, mas a literatura atual entende pela viabilidade de origem tanto venosa como arterial dos hematomas em estudo, embora o entendimento mais aceito seja no sentido de que a fonte seria venosa devido ao fato das veias epidurais espinais não apresentarem válvulas que permitam o controle em casos de alteração da pressão abdominal ou torácica (GOPALKRISHNAN; DHAKOJI; NAIR, 2012).

A dinâmica observada no caso em tela é a mesma usualmente verificada nos processos de HEEE, nos quais o derrame no espaço epidural acaba por progredir para parestesia, paraplegia ou quadriplegia, no caso específico em comento paraplegia, em razão da compressão da medula espinhal, ao nível da medula torácica. Com Groen (2004) casos de HEEE normalmente são tratados como emergência cirúrgica para imediata descompressão do hematoma, contudo Groen, dedica-se à análise dos casos de HEEE que receberam a abordagem de tratamento conservador sugerindo que coagulopatias estariam sujeitas a regressão espontânea do coágulo com a terapia medicamentosa adequada. Contudo o próprio Groen (2004) ao final do estudo afirma que a maioria dos casos de tratamentos conservadores por ele analisados apresentavam manifestações leves ou de regressão rápida de sintomas. Lado outro, reconhece que a análise da literatura internacional sobre o tema entende que a intervenção cirúrgica será necessária na grande maioria dos pacientes. No caso em análise, no qual a paciente, conforme acima referido, à avaliação neurológica mostrava paraplegia, com evolução negativa do quadro desde a primeira manifestação de sintomas, a indicação cirúrgica apresentava-se como a mais adequada ao caso. Importante destacar que parece haver consenso entre os autores no que toca aos fatores que convergem para um bom prognóstico do quadro.

Conforme Salehpour *et al.* (2018), fatores que podem colaborar para plena recuperação são a rapidez da intervenção, o nível do déficit neurológico prévio à cirurgia e a severidade da lesão. No mesmo sentido FIGUEROA e DEVINE (2017), após extensa análise de literatura, verificam tendência a melhora neurológica significativa quando a intervenção cirúrgica ocorre entre 12 e 48h do início dos sintomas, embora reconheçam que a análise de tal parâmetro possa mostrar-se falha em razão da pequena amostragem e da rápida evolução de sintomas, valendo ressaltar que o nível de comprometimento neurológico do paciente antes da cirurgia também é fator importante quando se analisa a melhora do quadro pós intervenção cirúrgica.

CONCLUSÃO

No caso apresentado, não foram verificados fatores de risco que pudessem apresentar-se como causas subjacentes à patologia identificada, na linha do que ocorre na maioria das raras apresentações similares descritos em literatura especializada. Foi descartada a possibilidade de tratamento conservador, considerando o comprometimento neurológico que já se mostrava severo, denotando paraplegia. Também na linha da revisão bibliográfica realizada a rápida e precisa intervenção cirúrgica pode ter contribuído para a plena recuperação relatada.

Declaração de interesses: Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- COUNSELMAN, Francis L.; TONDT, Julie M.; LUSTIG, Harry. A case report: The challenging diagnosis of spontaneous cervical epidural hematoma. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, v. 4, n. 3, p. 428, 2020
- FIGUEROA, Jessica; DEVINE, John G. Spontaneous spinal epidural hematoma: literature review. *Journal of Spine Surgery*, v. 3, n. 1, p. 58, 2017
- FOO, Dominic; ROSSIER, Alain B. Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural hematomas. *Surgical neurology*, v. 15, n. 5, p. 389-401, 1981.
- GONZALEZ, A. Muñoz *et al.* Hematoma espinal epidural espontâneo: estudio retrospectivo de una serie de 13 casos. *Neurología*, v. 30, n. 7, p. 393-400, 2015.
- GOPALKRISHNAN, C. V.; DHAKOJI, Amit; NAIR, Suresh. Spontaneous cervical epidural hematoma of idiopathic etiology: case report and review of literature. *The journal of spinal cord medicine*, v. 35, n. 2, p. 113-117, 2012.
- GROEN, R. J. M. Non-operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas: a review of the literature and a comparison with operative cases. *Acta neurochirurgica*, v. 146, n. 2, p. 103-110, 2004.
- HOLTÁS, Stig; HEILING, Marianne; LÖNNTOFT, Mats. Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology*, v. 199, n. 2, p. 409-413, 1996.
- JACKSON, Robert. Case of spinal apoplexy. *The Lancet*, v. 94, n. 2392, p. 5-6, 1869
- LEGNANI, Mariana *et al.* Hematoma espinal extradural espontâneo. *Rev Neurol*, v. 58, p. 526-527, 2014.
- SALEHPOUR, Firooz *et al.* Spontaneous epidural hematoma of cervical spine. *International Journal of Spine Surgery*, v. 12, n. 1, p. 26-29, 2018
