

NEURORRADIOLOGIA

Acta Med Port 2005; 19: 455-458

HEMATOMA SUBDURAL RAQUIDIANO

MANUEL RIBEIRO, JOÃO CERQUEIRA, JOÃO FERNANDES, CARLOS ALEGRIA, JAIME ROCHA
Serviço de Neurocirurgia. Hospital de São Marcos. Braga

RESUMO

O hematoma subdural raquidiano é uma patologia rara e pode provocar défices neurológicos graves.

Apresentamos um caso de hematoma subdural raquidiano agudo de etiologia multifactorial – traumática versus iatrogénica - em que a avaliação clínica, a Tomografia Axial Computorizada e a Ressonância Magnética foram primordiais no diagnóstico precoce, permitindo assim que a cirurgia descompressiva evitasse a progressão dos défices neurológicos.

Palavras chave: *Hematoma subdural raquidiano, Ressonância Magnética, Cirurgia*

SUMMARY

SPINAL SUBDURAL HAEMATOMA

Spinal subdural haematoma is a rare pathology and may cause severe neurological deficit.

In this paper a case of acute spinal subdural haematoma of multifactorial etiology – traumatic versus iatrogenic – is presented, in which the clinical evaluation, Computerized Tomography and Magnetic Resonance were of utmost importance as far as the early diagnosis is concerned, allowing therefore decompressive surgery to avoid neurological deficit development.

Key words: *Spinal subdural haematoma, Magnetic Resonance, Surgery*

INTRODUÇÃO

O hematoma subdural raquidiano é uma patologia rara, com incidência máxima na 5ª e 6ª décadas de vida. A sua etiologia está habitualmente relacionada com alterações do foro hematológico, podendo surgir na sequência de eventos traumáticos ou iatrogénicos (punção lombar ou cervical com fins diagnósticos ou anestésicos)¹.

O hematoma subdural raquidiano pode comprimir a medula ou a cauda equina resultando em défice motor progressivo e/ou hipostesia nos dermatómos correspondentes, sendo no entanto a dor localizada e radicular a forma mais frequente de apresentação².

A sua localização mais habitual é a coluna toraco-lombar - em mais de 80% dos casos - e preferencialmente na vertente dorsal do canal raquidiano¹. Tipicamente estende-se por múltiplos níveis, podendo ter a forma de *crescente*. As características de sinal em ressonância magnética (RM) são variáveis, de acordo com a evolução temporal do hematoma.

O diagnóstico precoce e a identificação da extensão do hematoma são fundamentais para planear a terapêutica.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino de 22 anos, sem antecedentes patológicos relevantes.

Vítima de acidente de viação do qual resultou fratura do fémur direito tendo sido submetido a intervenção cirúrgica. Iniciou terapia hipocoagulante, no pós-operatório, por apresentar trombose venosa profunda.

Após 24 horas, iniciou quadro de cervicalgias com diminuição progressiva de força nos quatro membros. Ao exame físico apresentava tetraparésia de predomínio direito, sem alterações da sensibilidade.

Realizou TAC cervical que revelou coleção hiperdensa na vertente anterior do canal raquidiano, entre C3 e C5, com deformação medular embora com a gordura epidural parcialmente preservada.

Dada a suspeita de um hematoma perimedular realizou RM cervical no sentido de orientar a terapêutica, avaliar a real extensão da lesão, a sua localização e repercussão na medula espinal. Confirmou-se a presença de uma coleção hemática aguda com compressão medular, mais extensa do que previamente observado em TAC, desde C3 a D1. Apresentava um sinal heterogéneo em T2, tendo na porção mais volumosa, entre C3 e C5, isosinal na ponderação T1.

A hipótese diagnóstica de hematoma subdural foi inferida pelo facto de não existir qualquer *interface*, discernível em RM, entre a medula e o hematoma, de existir uma separação do hematoma em relação ao muro posterior do corpo vertebral e da gordura epidural estar parcialmente conservada. A medula espinal apresentava-se comprimida de C3 a C5, com extenso edema intra-medular e extensão bulbar.



Fig. 1 - TAC (plano axial por C4): coleção hiperdensa, na vertente anterior do canal raquidiano com deformação medular.

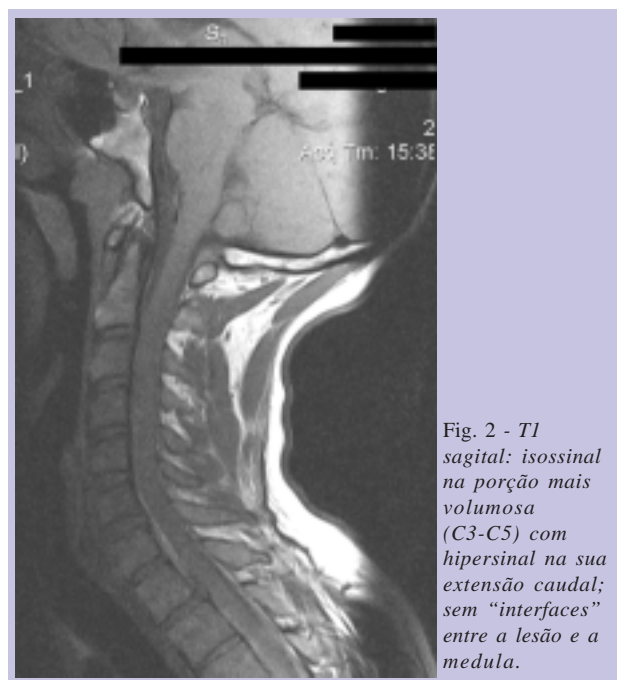


Fig. 2 - T1 sagital: isosinal na porção mais volumosa (C3-C5) com hipersinal na sua extensão caudal; sem "interfaces" entre a lesão e a medula.

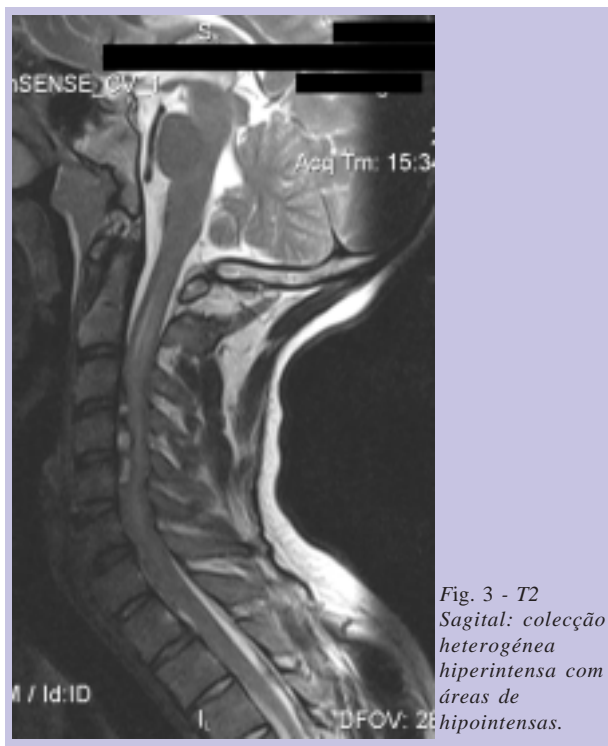


Fig. 3 - T2 Sagittal: coleção heterogênea hiperintensa com áreas de hipointensas.

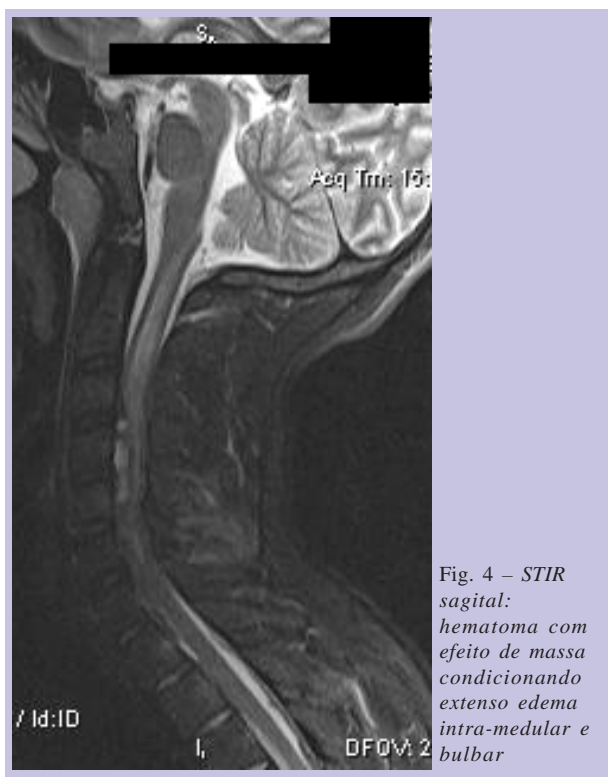


Fig. 4 - STIR sagittal: hematoma com efeito de massa condicionando extenso edema intra-medular e bulbar

Por apresentar um déficit neurológico progressivo, que não respondeu à terapêutica anti-edematosa, o doente foi sujeito a cirurgia a descompressiva, cerca de 24 horas após o início do quadro neurológico. Foi

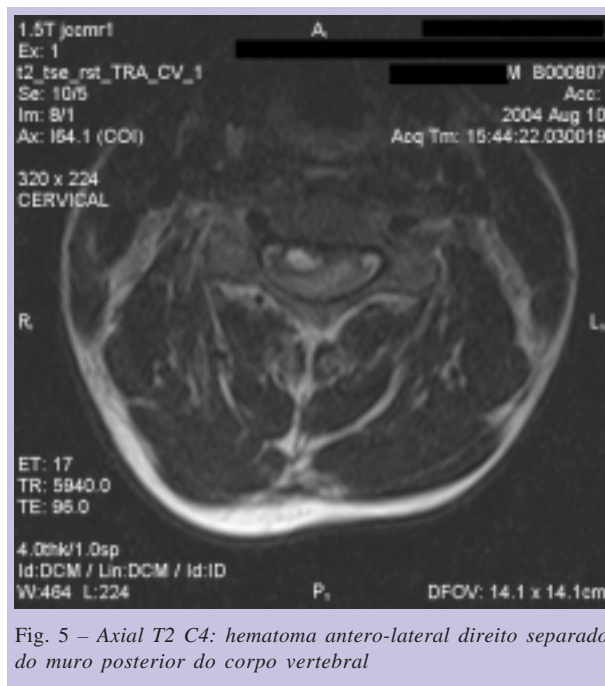


Fig. 5 - Axial T2 C4: hematoma antero-lateral direito separado do muro posterior do corpo vertebral

operado por via anterior, com corporectomia parcial de C4. O espaço epidural tinha aparência normal e a duramater apresentava-se ligeiramente abaulada com tonalidade azulada. A duramater foi aberta e o hematoma parcialmente organizado, removido. Foi efectuada fixação dos corpos vertebrais C3 e C5 com placa de titânio.

No pós-operatório, o doente recuperou parcialmente dos défices neurológicos com correspondência imagiológica – regressão quase completa do hematoma e do edema intra-medular e bulbar.

CONCLUSÃO

Trata-se de um hematoma subdural raquidiano secundário ao traumatismo potencialmente agravado pela hipocoagulação. A localização cervical, que ocorre em apenas 4% dos casos¹, e o posicionamento na face anterior do canal, acentua a raridade do caso apresentado.

O contexto clínico e o reconhecimento dos produtos de degradação da hemoglobina em RM são factores importantes para diferenciar o hematoma subdural de outras lesões intra-raquidianas. O diagnóstico diferencial com hematoma epidural - mais frequente - nem sempre é fácil. No entanto, em RM a maior extensão cranio-caudal da lesão, a integridade da gordura epidural e a visualização da duramater, demonstrando a sua localização intradural, são dados preciosos nessa diferenciação^{2,3}.

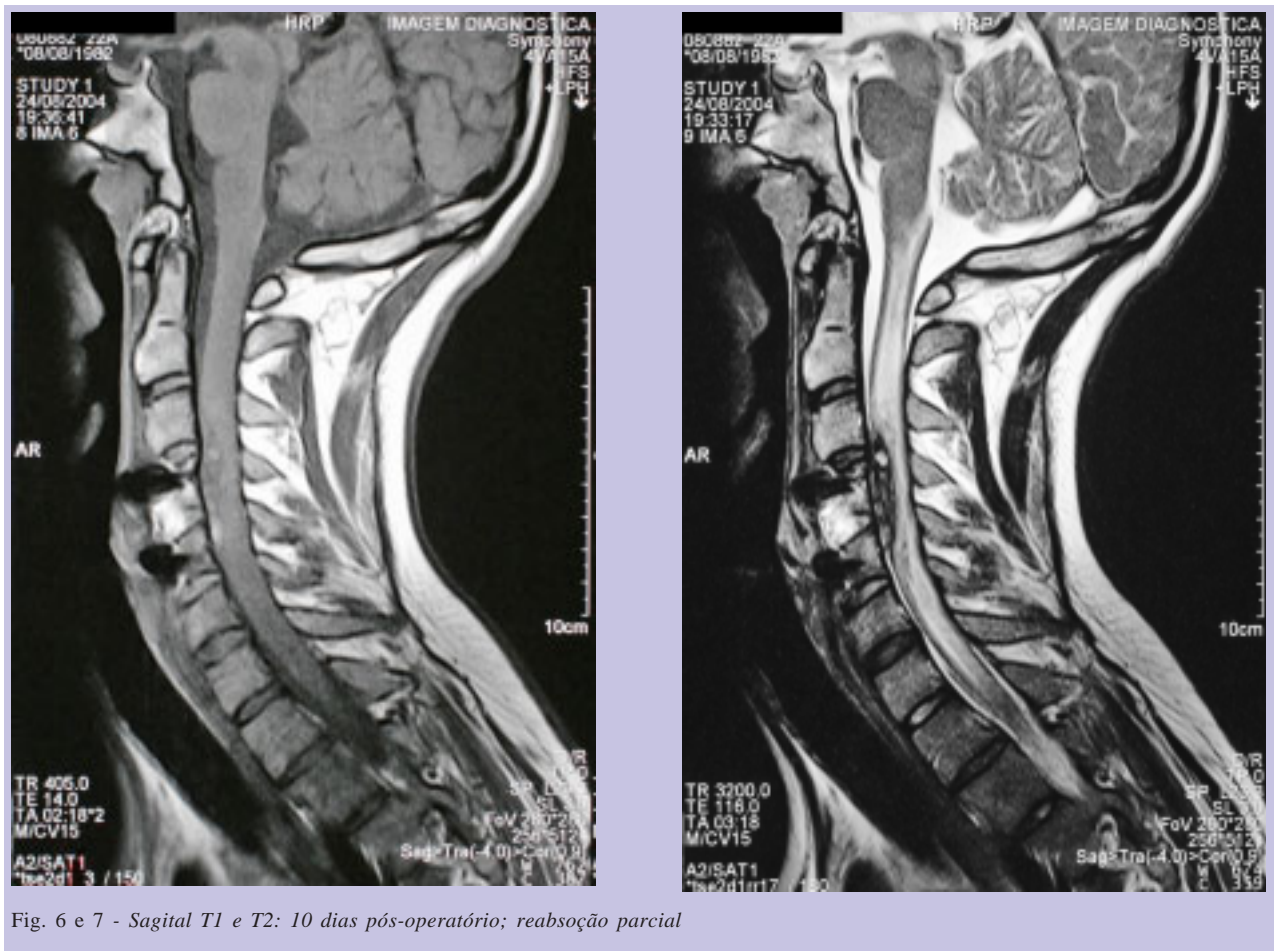


Fig. 6 e 7 - Sagittal T1 e T2: 10 dias pós-operatório; reabsorção parcial

Estão descritos na literatura vários casos em que o tratamento conservador com controlo imagiológico seriado foi adoptado com sucesso²⁻⁴. No entanto, na presença de défices neurológicos graves e/ou em progressão o tratamento cirúrgico é emergente, no sentido de evitar défices neurológicos permanentes¹.

O prognóstico está directamente relacionado com a severidade dos défices pré-cirúrgicos e com o intervalo que medeia entre a sua apresentação e a cirurgia⁵, com recuperação total dos défices em cerca de 40% dos doentes³.

BIBLIOGRAFIA

1. DOMENICUCCI M, RAMIERI A, CIAPPETTA P et al: Nontraumatic acute spinal subdural haematoma; J Neurosurg 1999; 91: 65-7
2. BOUKOBZA M, HADDAR D, BOISSONET M et al: Spinal subdural haematoma - A Study of three cases; Clinical Radiol 2001;56:475-480
3. HUNG K, LUI C, WANG C et al: Traumatic spinal subdural haematoma with spontaneous resolution; SPINE 2002;27: E534-E538
4. MAEDA M, MOCHIDA J, TOH E et al: Case report: Non-surgical treatment of an upper thoracic spinal subdural haemorrhage; Spinal Cord 2001;39:657-661
5. MELANIE B, FUKUI, SWARNKAR A et al: Acute spontaneous spinal epidural haematomas; AJNR Am Neuroradiol 1999;20:1365-1372