



CEFALEIA PÓS-PUNÇÃO DA DURA

Por Dr^a. Luísa Guedes
e Dr^a. Mara Sousa
Anestesiologia da CSB

O que é a Cefaleia Pós-punção da Dura (CPPD)?

O SNC é constituído pelo cérebro e pela medula espinhal e é responsável pela integração de estímulos nervosos que provêm do exterior. O SNC é revestido por várias camadas – as meninges – e é envolvido por um líquido – o líquido cefalorraquidiano (LCR). Uma dessas meninges é designada dura-máter e é puncionada para fins diagnósticos (por exemplo na punção lombar), para fins terapêuticos (como no bloqueio subaracnoideu para anestesia) ou de forma accidental (por exemplo durante a realização de bloqueio epidural).

A CPPD não ocorre sempre que a dura mater é puncionada. Ocorre quando há perda de LCR pelo orifício criado na dura-máter com consequente redução dos níveis de fluido no SNC e estiramento dos tecidos nervosos que envolvem o cérebro.

Quais são os sinais e sintomas da CPPD?

A CPPD manifesta-se com dor de cabeça, frequentemente na região frontal e occipital e que é postural - agrava na posição de sentado ou em pé e alivia com o decúbito, isto é, na posição deitada. Pode estar associada a outros sintomas como náuseas, vômitos, zumbidos, visão dupla e intolerância à luz. A CPPD manifesta-se habitualmente até 48h após a punção.

Como se trata a CPPD?

O tratamento inicial da CPPD é feito com repouso absoluto no leito com cabeceira a 0º, reforço da hidratação (oral ou endovenosa), administração de cafeína (em forma medicamentosa e/ou ingestão de bebidas com cafeína) e tratamento sintomático da dor com fármacos analgésicos. Este tratamento, denominado tratamento conservador, é habitualmente suficiente para resolver a CPPD, podendo prolongar-se durante vários dias. Se após 48-72h os sintomas persistirem, está indicado ponderar a realização de uma técnica invasiva, denominada blood patch epidural.

O que é o blood patch epidural?

O blood patch consiste em retirar uma pequena quantidade de sangue do próprio doente e injectá-lo de forma asséptica no espaço epidural, perto do local onde ocorreu a punção da dura-mater. O sangue aí colocado vai formar um coágulo que vai tapar o orifício de fuga de LCR.

Trata-se de uma técnica com elevada taxa de sucesso - eficácia descrita de 70-90% na 1ª tentativa e ~97% após 2ª tentativa, com baixo risco de complicações.

Quais as consequências da CPPD?

A CPPD é uma condição auto-limitada, em que a relação com a posição é muito sugestiva e permite habitualmente estabelecer o diagnóstico e iniciar o tratamento. No entanto, é importante excluir outras causas de cefaleia (dor de cabeça), como cefaleia de tensão (cansaço), enxaqueca, hemorragia intracraniana, pre-eclampsia, meningite ou outras. A principal consequência é limitar as actividades diárias do doente durante o período de tratamento conservador. A CPPD tem um curso habitualmente benigno mas dado o risco remoto de complicações sérias (como hematoma subdural), é fundamental o seu diagnóstico e tratamento adequados. Os doentes com suspeita ou diagnóstico de CPPD devem ser avaliados por um médico anestesiológico, que orientará o tratamento.

