



Hemorragia subaracnóidea: uma análise da
causa dos erros e equívocos cometidos no
processo diagnóstico.

Autores

**MACHADO, Gabriel Alves¹, QUEIROS, Ana Clara Pinto Orlandi²; BRITO, Josué da
Silva³, RABELO, Nicollas Nunes⁴**

¹ Acadêmico de Medicina, Faculdade Atenas Passos, Passos, Minas Gerais,
galvesmachadog0@gmail.com

² Acadêmica de Medicina, Faculdade Atenas Passos, Passos, Minas Gerais,
anaclarapoq@gmail.com

³ Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade Atenas Passos, Passos, Minas
Gerais, josuedasilvabrito1998@gmail.com

⁴ Professor do Departamento de Neurocirurgia da Faculdade Atenas Passos, Passos, Minas
Gerais, nicollasrabelo@hotmail.com

Realizar o diagnóstico da hemorragia subaracnóidea persiste como um desafio na medicina. Casos que possuem apresentação atípica, pouco déficit na consciência e paciente vígil tendem a não ser adequadamente diagnosticados. Este trabalho busca avaliar quais fatores impactam no erro diagnóstico dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Erro diagnóstico. Subdiagnóstico. Hemorragia subaracnóidea. Cefaleia.

1. INTRODUÇÃO

A hemorragia subaracnóidea, corresponde a 5% dos acidentes vasculares cerebrais, contudo é a responsável por 25% das mortes ocorridas nessa síndrome. Aproximadamente, 50 a 70% dos pacientes com hemorragia subaracnóidea vem a óbito no período de 30 dias após a ocorrência. Trata-se de uma doença com alta mortalidade e que também gera uma elevada incapacidade funcional, ocasionando, em 30% dos pacientes, déficits neurológicos importantes (MANNON, 2004; LEMONICK, 2010).

Apesar dos avanços na medicina, a HSA representa um grande desafio médico. Atrasos e erros no diagnóstico são a causa de ter havido pouca transformação, em termos de desfechos, nas últimas décadas (COELHO; COSTA; SILVA, 2016). Diante disso, este trabalho objetiva revisar os fatores responsáveis pela dificuldade de se realizar o diagnóstico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão integrativa realizado nas bases e motores de busca MedLine/Pubmed, Lilacs e Scielo, com o uso dos termos “hemorragia subaracnóidea espontânea”, “aneurisma cerebral”, “subdiagnóstico”, “erros diagnósticos”, utilizando-se os operadores booleanos AND e OR. Foram considerados artigos em inglês, português, francês e espanhol, publicados entre 1970 e 2020, sendo excluídos artigos incompletos e notas breves.

3. DISCUSSÃO

A primeira grande dificuldade no diagnóstico da HSA surge na apresentação clínica. A maior parte dos casos apresenta uma cefaleia de grande intensidade e início

súbito, contudo essa apresentação pode se tornar menos característica em pacientes com história de cefaleia crônica, além de poder assumir características atípicas, como intensidade moderada. A rigidez de nuca, outra das manifestações mais comuns, não surge no princípio do quadro, demorando 6 a 24 horas para ser detectada, atrasando o reconhecimento da HSA (MOLINA, 2015; VIVANCOS *et al.*, 2014).

Além disso, a HSA pode assumir apresentações incomuns, causando, fotofobia, diplopia, movimentos extraoculares anormais, ataxia, disartria, disfagia, radiculopatia e até mesmo sintomas psiquiátricos, como depressão, negatividade, mudança repentina de comportamento, apatia, cleptomania, delirium persecutório, alucinações auditivas (KATO; SANO, 2010; PETRIDIS *et al.*, 2017; REIJNEWELD, 2000).

A maior parte dos erros diagnósticos ocorrem nos pacientes com quadro clínico leve, mais conscientes e alertas no momento da avaliação. Apenas 1 a cada 5 pacientes é diagnosticado nessa situação, já que o quadro é confundido pelos médicos com enxaqueca, cefaleia tensional, espasmos musculares, crise hipertensiva e resfriado comum (OLIVEIRA *et al.*, 2014; YAMADA; NATORI, 2017).

O exame físico do quadro também contribui para a dificuldade de diagnóstico do quadro, visto que achados patognomônicos, como hemorragias retinianas e pré-retinianas, são restritos a 30% dos quadros, e o exame de fundo de olho, capaz de detectá-los, geralmente não é realizado ou é feito de forma inadequada. Até 40% dos pacientes, ademais, também não vão apresentar alteração no exame físico realizado nas primeiras horas (OSAWA; BERTRAND, 2018).

A tomografia computadorizada é o exame tido como primeira linha na avaliação complementar do paciente, contudo esse exame possui menor sensibilidade em pacientes anêmicos, com exame neurológico normal, e em pacientes

com hematócrito < 30%, nestes o sangramento pode ser isodenso ao tecido cerebral. Adicionalmente, com o atraso no reconhecimento e, outrossim, na solicitação desse exame, se reduz a sensibilidade do método de 98,7%, nas primeiras seis horas, a 76% no segundo dia após a ruptura do aneurisma, chegando a 50% no sétimo dia. Também sua sensibilidade pode ser reduzida diante de menores volumes de sangue e diante de erros de interpretação (GEE *et al.*, 2012; OSAWA; BERTRAND, 2018).

Quando as suspeitas de HSA permanecem fortes, apesar de uma tomografia sem alterações, a punção lombar adquire importância como teste diagnóstico. Esse exame, diferente de outros, apresenta um sinal patognomônico, a xantocromia. Porém, mesmo a xantocromia apresenta limitações na interpretação. O sinal surge em média de 6 a 12 horas após a hemorragia. Estima-se que apenas 2% a 7% dos pacientes com tomografia negativa vão apresentar a punção lombar positiva, gerando discussões sobre sua verdadeira utilidade no quadro. A punção ainda pode ser extremamente dolorosa, piorando o quadro de cefaleia (CARPENTER *et al.*, 2016).

Apesar dos achados divergentes, estima-se que o erro diagnóstico e o diagnóstico tardio sejam encontrados em 5 a 64% das consultas, gerando um atraso de 3 a 14 dias no reconhecimento da patologia (VERMEULEN; SCHULL, 2007).

No geral, as causas de erros se resumem em não considerar sintomas atípicos como causas de HSA, não realizar tomografia computadorizada e punção ou interpretar esses exames de forma incorreta. Juntamente a isso, soma-se a falta de treinamento e a inexperiência médica diante de situações em que há limitação de recursos (ABOAL, 2008; VERMEULEN; SCHULL, 2007)

Por outro lado, é sabido que os erros diagnósticos diminuem diante da observância de sinais de alerta para cefaleias e o seguimento de protocolos clínicos para o

diagnóstico de cefaleias na emergência (DO et al., 2019; CHEUNG; LUI; TSUI, 2018).

4. CONCLUSÃO

A dificuldade de se diagnosticar a HSA em tempo oportuno permanece, apesar dos avanços vivenciados pela tecnologia médica. O resultado desse processo é a manutenção de altas taxas de mortalidade e a obtenção de um pior prognóstico. Torna-se necessário, portanto, atenção aos sintomas atípicos e às limitações dos exames, bem como a necessidade de se observar os sinais de alerta.

5. REFERÊNCIAS

- ABOAL, C. Hemorragia subaracnoidea espontânea en la emergencia. error diagnóstico. **Arch. Inst. Neurol.**, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2008.
- CARPENTER, C. R. et al. Describing the Diagnostic Accuracy of History, Physical Examination, Imaging, and Lumbar Puncture With an Exploration of Test Thresholds. **Acad Emerg Med.**, v. 23, n. 9, p. 963-1000, 2016.
- COELHO, L. G. B. S. A.; COSTA, J. M. D.; SILVA, E. I. P. A. Non-aneurysmal spontaneous subarachnoid hemorrhage: perimesencephalic versus non-perimesencephalic. **Rev Bras Ter Intensiva.**, v. 28, n. 2, p. 141-146, 2016.
- CHEUNG, H. Y.; LUI, C. T.; TSUI, K. L. Validation and modification of the Ottawa subarachnoid haemorrhage rule in risk stratification of Asian Chinese patients with acute headache. **Hong Kong Med J.**, v. 24, n. 6, p. 584-92, 2018.
- DO, T. P. et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. **Neurology**, v. 92, n. 3, p. 134-44, 2019.
- GEE, C. et al. Sensitivity of newer-generation computed tomography scanners for subarachnoid hemorrhage: a Bayesian analysis. **J Emerg Med.**, v. 43, n. 1, p. 13-8, 2012.
- LEMONICK, D. M. Subarachnoid hemorrhage: State of the Art (ery). **Am J Clin Med**, v. 7, p. 62-73, 2010.
- MANNO, E. M. Subarachnoid hemorrhage. **Neurol Clin**, v. 22, p. 347-66, 2004.
- OLIVEIRA A. L. et al. Aneurysmal subarachnoid haemorrhage from a neuroimaging perspective. **Crit Care.**, v. 18, n. 6, p. 557, 2014.
- OSAWA, M. M. P., BERTRAND, X. L'hémorragie méningée sur rupture d'anévrisme Prise en charge dans un service d'Urgences. **Rev Med Liege**, v. 73, p. 344-50, 2018.
- PETRIDIS, A. K. et al (2017). Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. **Dtsch Arztebl Int.**, v. 114, n. 13, p. 226-36, 2017.
- REIJNEWELD, J. C. et al. Acute confusional state as presenting feature in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. **J Neurol**, v. 247, p. 112-6, 2000.
- VERMEULEN, M. J.; SCHULL, M. J. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. **Stroke**, v. 38, n. 4, p. 1216-21, 2007.
- VIVANCOS, J. et al. Clinical management guidelines for subarachnoid haemorrhage. Diagnosis and treatment. **Neurologia**, v. 29, n. 6, p. 353-70, 2014.
- YAMADA T, NATORI Y. Common cold is the most frequent cause for misdiagnosing aneurysmal SAH. **Int. Neuro.**, v. 9, p. 34-8, 2017.