

Quadríplegia e afonia após punção epidural – relato de caso

Quadríplegia and aphonia after epidural puncture – a case report

Celso Homero Santos Oliveira¹, Alysson Higino G. da Silva², Filipe Maia Araujo³

RESUMO

¹ Anestesiologista – Corresponsável CET Hospital Felício Rocho. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² MEI CET Hospital Felício Rocho. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ MEI CET Hospital Felício Rocho. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Justificativa e objetivos: complicações de anestesia epidural são pouco frequentes, principalmente aquelas que levam à perda de funções sensoriais com envolvimento de áreas cognitivas. Diversas hipóteses podem ser aventadas, entretanto, não se pode afirmar com exatidão o diagnóstico que levou ao transcurso clínico. Medidas simples e eficazes podem contornar a intercorrência com segurança. **Relato do caso:** paciente de 36 anos ASA I, submeteu-se à anestesia epidural para procedimento em membro inferior D, desenvolveu após 15 min quadríplegia e afonia, com agitação moderada.

Palavras-chave: Anestesia Epidural; Complicações Pós-operatórias; Quadríplegia; Afonia.

ABSTRACT

Justification and objectives: Complications upon epidural anesthesia are rare, specially those leading to loss of sensory functions and compromise of cognitive areas. Several hypotheses can be formulated, but no diagnosis is precise enough to explain the cause of such incidences. Simple and efficient measures may help overcome the intercurrent safely. *Case report:* A 36-year-old ASA I patient that had epidural anesthesia applied for a procedure in the right lower limb developed quadriplegia and aphonia with mild agitation upon 15 minutes.

Key words: Epidural Anesthesia; Postoperative Complications; Quadriplegia; Aphonia.

INTRODUÇÃO

As complicações neurológicas, desencadeadas pelos bloqueios do neuroeixo são raras. Estudos publicados na última década mostraram que elas variam de 0,003% a 0,1%, após técnica epidural.¹⁻³ O diagnóstico e o tratamento precoces dos eventos adversos podem evitar lesões irreversíveis e mudar o prognóstico dos pacientes. Relata-se uma complicação incomum de afonia, bloqueio motor extenso e dispneia, que ocorreram após uma anestesia epidural.

Instituição:
Hospital Felício Rocho
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Dr. Celso Homero S. Oliveira
Alameda dos Manacás, 137
Condomínio Bosque da Ribeira
CEP: 34000-000
Nova Lima, MG – Brasil
E-mail: celsohomero@gmail.com

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 36 anos, estado físico ASA I, candidato a implante de expansor na face medial da perna esquerda após trauma automobilístico. O mesmo já havia se submetido a vários procedimentos anteriores, relacionados ao tratamento des-

DISCUSSÃO

sa lesão, como desbridamentos e enxerto de pele. Foram realizadas raquianestésias e epidural. Nesse dia, o paciente solicitou que, se possível, não fosse submetido à raquianestesia, visto que se sentia muito incomodado com a sensação de perda motora dos membros inferiores. Foi então programada anestesia epidural com ropivacaína 100 mg acrescida com sufentanil 10 mcg.

Realizada monitorização com eletrocardiograma, oxímetro de pulso e esfigmomanômetro (PNI). Estabelecida venóclise com cateter de teflon 20G no membro superior esquerdo, sendo em seguida administrados 5 mg de midazolam IV como medicação pré-anestésica. Posicionado o paciente em posição assentada, à inspeção apresentava coluna retilínea e com projeção das apófises espinhosas, de fácil visualização e palpação. Foi realizada, após assepsia local, punção epidural única no interespaço L3-L4, com agulha de Tuohy 18G. A identificação do espaço epidural foi feita a partir do sinal da perda da resistência (sinal de Dogliotti), sendo o procedimento realizado sem qualquer dificuldade ou intercorrência. Foram administrados ropivacaína 0,5% (100 mg) e sufentanil (10 mcg), perfazendo volume total de 22 mL. Ao final da injeção queixou-se de peso na nuca, ao que retornou à posição de decúbito dorsal horizontal.

Após 15 minutos do correto posicionamento do paciente em leito cirúrgico, houve bloqueio motor progressivo em membros inferiores e superiores, afonia, dispneia e desconforto, com alguma agitação, não ocorrendo perda da consciência. Optou-se por realizar sedação contínua com propofol e intubação orotraqueal.

O procedimento cirúrgico estendeu-se por duas horas e não houve intercorrências nesse período ou instabilidade hemodinâmica, mantendo PA = 120/80 mmHg e pulso 80 bpm apenas com reposição volêmica adequada. Ao término, o paciente foi extubado e encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com bom padrão respiratório e saturando 100% com oxigênio por cateter nasal, porém ainda apresentando bloqueio motor alto e afasia.

Após aproximadamente 30 minutos na SRPA, apresentou melhora completa da fala e, após três horas em observação, apresentou melhora do bloqueio motor com ampla movimentação dos membros superiores e inferiores, recebendo alta para o quarto sem sequelas. Durante seu período na SRPA apresentou hipotensão e bradicardia leve (PAM: 55 mmHg e pulso 53 bpm), com melhora após posicionamento em céfalo declive e administração de 10 mg de efedrina, sem outras intercorrências.

O paciente apresentado desenvolveu alterações neurológicas incomuns, fora da expectativa rotineira quanto à anestesia epidural. Há várias possíveis hipóteses para tal fato, mas nenhuma delas o explica como um todo. O nível exato da anestesia epidural não pôde ser determinado, mas muito possivelmente o anestésico tenha atingido níveis cervicais. Isso poderia explicar a dispneia pelo bloqueio do nervo frênico (C3 a C5) e a tetraplegia pelo bloqueio completo do plexo braquial, mas é improvável que tenha causado a afonia, já que toda a inervação motora da laringe é feita por ramos do n. vago (laríngeo recorrente e laríngeo interno).

Drexler *et al.*⁴, em relato de caso semelhante, propõe como possível explicação um episódio passageiro e curto de isquemia envolvendo a circulação vertebrobasilar após episódio transitório de hipotensão. Isquemia em área das artérias vertebrais antes de entrarem na artéria basilar pode explicar a tetraplegia e a paralisia das cordas vocais com preservação simultânea dos outros nervos cranianos (por exemplo, facial e hipoglosso). O paciente permanece acordado e alerta, capaz de ventilar adequadamente e mover os olhos, os lábios e a língua de forma intencional, excluindo assim a alteração na consciência, que seria associada a elevado nível da isquemia do tronco cerebral. No entanto, esse paciente não apresentou período de diminuição transitória na pressão arterial e, em vista de não sido alterado o nível de consciência ou de outros pares cranianos, a isquemia em outras regiões cerebrais torna-se improvável.

Outra possibilidade do caso é a punção inadvertida do espaço subaracnóideo. No entanto, tal fato desencadearia deterioração rápida do nível de consciência e hipotensão significativa. Essa observação da evolução clínica é comum nas anestésias eletivas com raque total, nos procedimentos indicados. A injeção subdural é outra possibilidade importante no diagnóstico diferencial, já que pode causar bloqueio extenso, dificuldade respiratória e perda de consciência, mas a afasia é descrita raramente nessa situação. Outra explicação que não pode ser excluída, levantada por Drexler, é uma reação de conversão ou histeria. Afonia e paralisia transitória não são manifestações incomuns de histeria.⁴

Acreditamos que esse caso seja uma anestesia subdural após punção epidural. O espaço subdural, situado entre a dura-máter e a aracnoide, é uma fen-

da estreita contendo pequena quantidade de líquido. O bisel pode ter lesado discretamente a dura-máter, produzindo nela uma solução de continuidade, sem, no entanto, acometer o espaço subaracnóideo. Dessa forma, uma parte do anestésico teria de ter sido injetado inicialmente no espaço epidural e se difundido pelo espaço subdural. O espaço subdural é trabecular, sendo que os níveis do bloqueio usualmente podem apresentar-se de forma irregular. Essa disposição anatômica poderia justificar o bloqueio motor em membros inferiores e superiores, além da dispnéia e da afonia associadas.⁵

Anestesia subdural acidental é uma complicação extremamente rara. A hipótese diagnóstica de anestesia subdural acidental, nesse caso, limitou-se aos dados clínicos. As complicações desse tipo de bloqueio podem ser das mais variadas, mas na sua maioria são de fácil resolução, desde que sejam diagnosticadas e tratadas rapidamente.

Para tal, bastam acompanhamento próximo do anesthesiologista, suporte ventilatório e cardiovascular quando se fizer necessário e SRPA funcionante para vigilância até a recuperação total das funções essenciais do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Aromaa U, Lahdensuu M, Cozantitis DA. Severe complications associated with epidural and spinal anaesthetics in Finland 1987-1993. A study based on patient insurance claims. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1997; 41:445-52.
2. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, *et al.* Serious complications related to regional anesthesia. *Anesthesiology.* 1997; 87:479-86.
3. Dahegren N, Törnebrandt K. Neurological complications after anaesthesia. A follow-up of 18000 spinal and epidural anaesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995; 39:872-80.
4. Drexler H, Zaroura S, Shapira Y. Transient aphonia and quadriplegia during epidural anesthesia. *Anesth Analg.* 1985; 64:365-6.
5. Vásquez CE, Tomita T, Bedin A, Castro R. Anestesia epidural após punção epidural. Relato de dois casos. *Rev Bras Anesthesiol.* 2003; 53(2):209-13.