

Raquianestesia total após anestesia peridural lombar com ropivacaína a 0,5% para abdominoplastia

Centro Médico de Sousas, Campinas, São Paulo

■ José T. Viana
■ Paulo M. Pereira
■ Tereza C. Carvalhaes

INTRODUÇÃO

Por causa das doses excessivamente grandes de anestésico local necessárias para o bloqueio peridural, em comparação com a raquianestesia, a injeção subaracnóidea acidental, que leva à raquianestesia total, é um risco sempre presente.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino com 48 anos, 153 cm, 91 Kg, índice de massa corpórea (IMC) = 38,88, P2 (antigo ASA II), com *diabetes mellitus* e hipertensão arterial controlada com medicação. Programada para abdominoplastia e correção de hérnia umbilical. Realizada monitorização com cardioscópio, oxímetro de pulso e esfigmomanômetro. Venóclise com cateter teflon 18 G, sendo em seguida administrado 5 mg de midazolam IV. Com a paciente sentada, foi feita punção lombar com agulha de Stephen Edward Tuohy 17 G entre os segmentos L1-L2, utilizando-se o sinal da perda da resistência (Achille Mario Dogliotti). O procedimento de punção foi difícil, mas o sinal foi nítido e não houve gotejamento de liquor. Injetado, sem resistência, 40 ml de ropivacaína a 0,5% com 100 mcg de fentanil. Imediatamente após a injeção, a paciente apresentava-se apnéica, inconsciente, midriática, PA = 90/60mmHg, pulso 56 bpm, SpO₂ 100% e sem alteração no ritmo cardíaco. Foi intubada e mantida em ventilação controlada com O₂ a 100%. A cirurgia teve duração de 240 min

e, durante todo o procedimento, foram administradas apenas doses fracionadas de 5 mg de efedrina. Aos 260 min, a paciente abriu os olhos e iniciou respiração espontânea e aos 300 min, já consciente, foi extubada. Apresentava boa força muscular em membros superiores e bloqueio parcial em membros inferiores (Bromage I), que desapareceu aos 340 min. A paciente não referiu nenhuma lembrança do ato cirúrgico, não apresentou cefaléia pós-raquianestesia e teve boa evolução.

DISCUSSÃO

Embora esses acidentes sejam extremamente dramáticos e realmente ameacem a vida, a grande maioria pode ser tratada com êxito, desde que o diagnóstico e o tratamento sejam rápidos.

REFERÊNCIAS

1. Delfino J, Vale N. Anestesia peridural, atualização e perspectiva. São Paulo: Atheneu; 2000:55-6.
2. Souza KM, et al. Raquianestesia total após anestesia peridural torácica para colocação de prótese de mama e abdominoplastia. Relato de Caso. Rev Bras Anesth. 2004; 54:216.

Endereço para correspondência:

José Tocantins Viana
Rua Giuseppe Beltramelli, s/nº – Sousas
Campinas (SP) – CEP 13105-512