



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Lesão de nervo cutâneo antebraquial lateral relacionada à venipuntura: o que saber?

Juan A. Ramos

Departamento de Anestesiologia, Mayo Clinic, College of Medicine, Jacksonville, FL, Estados Unidos

Recebido em 23 de janeiro de 2013; aceito em 10 de junho de 2013

Disponível na Internet em 7 de fevereiro de 2014

PALAVRAS-CHAVE

Lesões de nervos periféricos;
Flebotomia;
Consentimento informado

Resumo

Justificativa e objetivos: a venipuntura é um dos procedimentos mais comuns na prática anestésica cotidiana. Embora geralmente inócuas, lesões de nervos periféricos com sequelas graves foram descritas após venipuntura. Apresentamos um caso de lesão de nervo cutâneo antebraquial lateral relacionada à venipuntura, juntamente com as informações de diagnóstico e prognóstico essenciais para a prática cotidiana.

Relato de caso: paciente do sexo masculino, 27 anos, submetido à venipuntura de fossa antecubital direita, com uma agulha de calibre 20, para avaliação metabólica de rotina. O paciente sofreu uma dor aguda, tipo choque elétrico, que percorreu a face lateral do antebraço desde a fossa antecubital proximal até o pulso lateral direito e a base do polegar direito. Após 24 horas, o paciente ainda sentia a dor semelhante a choque elétrico que foi classificada como 8/10 no braço distal lateral direito, no pulso lateral direito e na base do polegar, acompanhada de parestesia. Fizemos uma revisão da literatura e o paciente recebeu orientação sobre os resultados publicados a respeito desse tipo de lesão. Durante o acompanhamento, o paciente relatou que a disestesia diminuiu cerca de 3-4 semanas após a lesão inicial e que não restou déficit neurológico.

Conclusões: lesões de nervos periféricos foram descritas pós-venipuntura, mas a literatura é limitada. Os nervos da fossa antecubital estão classicamente localizados em um plano logo abaixo – e muito próximos – das veias, o que os torna susceptíveis a lesões durante a flebotomia; além disso, sabe-se que existe uma extensa variação anatômica, o que sugere que mesmo uma venipuntura satisfatória não traumática pode danificar diretamente esses nervos. O anestesiológista deve estar ciente dessa possível complicação e também do diagnóstico e prognóstico para orientar os pacientes de forma adequada, caso essa complicação ocorra.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Introdução

A venipuntura, incluindo a canulação intravenosa, é um dos procedimentos mais comuns na prática anestésica cotidiana. É universalmente entendido que um acesso intravenoso

E-mail: ramos.juan@mayo.edu

adequado deve ser obtido para que a anestesia geral seja feita adequadamente e com segurança. Embora as lesões de nervos periféricos geralmente sejam inócuas, há relatos de complicações raras com sequelas mais graves e de longa duração após venipuntura;¹ essas complicações produzem angústia e sofrimento físico desnecessários nos pacientes afetados e podem resultar em desfechos debilitantes.

Caso

Paciente do sexo masculino, 27 anos, sem história clínica significativa, submetido à venipuntura de fossa antecubital direita com agulha de calibre 20, para avaliação metabólica de rotina. No momento da coleta de sangue, o paciente sofreu uma dor aguda, tipo choque elétrico, que percorreu a face lateral do antebraço desde a fossa antecubital proximal até o pulso lateral direito e a base do polegar direito. Pouco tempo depois da remoção da agulha, a dor diminuiu gradualmente.

Após 24 horas, o paciente sentiu uma dor semelhante a descarga elétrica que foi avaliada (em uma escala visual analógica [EVA] de 11 pontos, de 0 = sem dor e 10 = pior dor imaginável) como 8/10 no braço distal lateral direito, no pulso lateral direito e na base do polegar. A dor aumentou com a flexão do cotovelo, durou alguns segundos e diminuiu quando o braço foi deflexionado. A dor era acompanhada de parestesia leve da área (descrita como sensação de alfinetadas e agulhadas), mas não houve déficits motores. Exames periódicos em 24 horas e sete dias após o incidente não revelaram hematoma ou sinais locais de infecção. Os déficits sensoriais seguiram claramente a distribuição do nervo cutâneo lateral do antebraço; eletromiografia (EMG) foi protelada, mas oferecida como opção ao paciente caso os déficits não diminuíssem em quatro semanas.

Naquela ocasião, a literatura foi revisada e o paciente tranquilizado com a informação de que 70%, 90% e 96% das lesões nervosas relacionadas à venipuntura geralmente se resolvem dentro de um, três e seis meses, respectivamente.¹ O acompanhamento foi estabelecido por quatro semanas no pós-operatório para avaliação adicional e possível tratamento.

Durante o acompanhamento, o paciente declarou que a disestesia diminuiu cerca de 3-4 semanas após a lesão inicial e que não havia déficit neurológico restante.

Discussão

Lesões de nervos periféricos foram descritas após venipuntura e doações de sangue, mas a literatura é limitada. Essa lesão é definida como uma dor persistente, semelhante a uma queimadura e choque elétrico ou parestesia em distribuição específica pelo nervo periférico, que começa imediatamente enquanto a agulha está *in situ* ou pode ser retardada por várias horas subsequentemente. Em geral, as evidências históricas no momento do procedimento sugerem uma flebotomia difícil traumática (p. ex., várias tentativas) ou séptica (p. ex., formação de hematoma ou, raramente, abscesso).²

Sua incidência na população de doadores de sangue foi descrita como entre 1:21.000 e 1:26.000 venipunturas.^{1,3} A maioria das lesões desaparece espontaneamente. Déficits

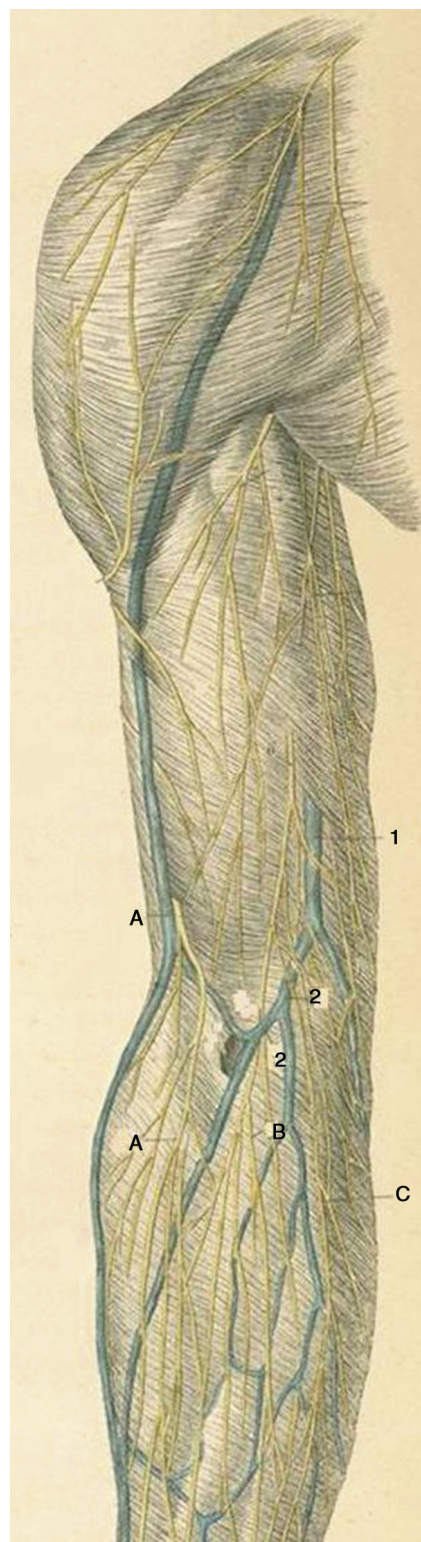


Figura 1 Fossa antecubital. Reproduzida com a permissão de D'Alessandro M. Anatomy Atlases. Com curadoria de Ronald Bergman, Ph.D. <http://www.anatomyatlases.com>. 1 - veia basilíca mediana; 2 - veia céfalica mediana; A - nervo cutâneo antebraquial lateral; B - ramo palmar do nervo cutâneo antebraquial medial; C - ramo ulnar do nervo cutâneo antebraquial medial.

incapacitantes crônicos foram descritos (1:1,5 milhão de flebotomias);⁴ porém, danos permanentes foram relatados em até 87% dos pacientes que necessitaram de atendimento por especialistas em controle da dor.² A formação de hematoma está presente no local da punção em 24% dos pacientes com lesões de nervos relacionadas à venipuntura, o que sugere algum grau de trauma associado à punção.¹ Na maioria das vezes, entretanto, os hematomas estão ausentes.

Os nervos da fossa antecubital estão classicamente localizados em um plano logo abaixo – e muito próximos – das veias (fig. 1) e tornam-se suscetíveis a lesões durante a flebotomia.⁵ Além disso, Horowitz² mostrou em extremidades superiores dissecadas de cadáveres que em seis de 14 espécimes os principais ramos de nervos cutâneos eram superficiais ou sobrepostos às veias: nervos cutâneos antebraquiais mediais e laterais do antebraço em relação à basilíca, basilíca mediana, cefálica mediana ou veias cefálicas na fossa antecubital. Isso sugere que mesmo uma venipuntura não traumática satisfatória pode danificar diretamente esses nervos.

As melhores práticas para flebotomia sugerem que a agulha inserida para venipuntura deve ser colocada superficialmente e que o aspecto medial da fossa antecubital deve ser evitado.³ Minimizar o movimento da agulha enquanto *in situ*, provavelmente, também é sábio; contudo, considerando a grande variabilidade anatômica, o risco de lesões nervosas imprevistas ainda é uma possibilidade. Como anestesiológicas, precisamos estar cientes desses riscos para evitar essa complicação e, igualmente importante, devemos estar preparados para discutir com o paciente as opções possíveis para o diagnóstico e o tratamento, bem como o prognóstico.

Conclusão

Anestesiológicas rotineiramente administram medicamentos que necessitam de uma via intravenosa de aplicação.

Embora as lesões nervosas relacionadas à venipuntura não sejam frequentes, os anestesiológicos devem estar cientes dessa possível complicação e informar os pacientes adequadamente durante a aquisição de consentimento informado, caso a possibilidade de acesso venoso antecubital seja considerada. A familiarização com o prognóstico em lesões de nervos relacionadas à venipuntura também é defendida para a orientação adequada dos pacientes, caso essa complicação ocorra.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Agradecimientos

O autor gostaria de expressar sua gratidão ao Dr. Sorin J. Brull pela orientação e pelas contribuições intelectuais para a elaboração deste manuscrito.

Referências

1. Newman BH, Waxman DA. Blood donation-related neurologic needle injury: evaluation of 2 years' worth of data from a large blood center. *Transfusion (Paris)*. 1996;36:213–5.
2. Horowitz SH. Venipuncture-induced causalgia: anatomic relations of upper extremity superficial veins and nerves, and clinical considerations. *Transfusion (Paris)*. 2000;40:1036–40.
3. Berry P. Venipuncture nerve injuries. *Lancet*. 1977;1:1236–7.
4. Newman B. Venipuncture nerve injuries after whole-blood donation. *Transfusion (Paris)*. 2001;41:571–2.
5. Horowitz SH. Peripheral nerve injury and causalgia secondary to routine venipuncture. *Neurology*. 1994;44:962–4.