



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



CARTAS AO EDITOR

Cicloplegia no pós-operatório de cirurgia oftalmológica: NÃO é a anestesia

Post-operative cycloplegia following ophthalmic surgery: it is NOT anesthesia

Caro Editor,

Há muito que a prática da anestesia vive cercada por uma aura mística. Isso pode ser demonstrado, por exemplo, pela atual falta de provas concretas sobre o mecanismo de ação dos anestésicos voláteis que, na maioria das vezes, é conjectural.¹ Essas margens obscuras do conhecimento chegam aos profissionais não-anestesiologistas que usam técnicas anestésicas, às vezes, sem compreender totalmente a gama do conhecimento associado a essas técnicas (isto é, infiltração de anestésicos locais, sedação). Essa mistificação da anestesia também é exemplificada por anestésicos e anestesiologistas que são injustamente acusados devido a complicações pós-operatórias que não podem ser explicadas de outra forma.

Uma paciente saudável, de 55 anos de idade, apresentou-se para o implante de lente fática de câmara anterior para correção de miopia do olho esquerdo. Algumas semanas antes, o mesmo procedimento foi realizado no olho direito sem intercorrências, com o uso de anestesia retrobulbar. Monitores padrão, de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), foram colocados; a paciente foi pré-medicação com 2 mg de midazolam por via intravenosa e o bloqueio retrobulbar foi realizado em seguida. Com o globo ocular em posição primária, uma agulha de 31 mm e calibre 23G foi inserida através da pele do aro orbital infero-temporal. A agulha foi tangencialmente avançada 15 mm e, subsequentemente, redirecionada para cima e para o interior para atingir a proximidade do cone muscular. Com aspiração prévia negativa, 3 mL de bupivacaína a 0,75% foram injetados. Após cinco minutos, oftalmoplegia interna e externa, bem como anestesia ocular foram obtidas, e a cirurgia prosseguiu sem intercorrências.

No primeiro dia de pós-operatório a paciente queixou-se de dor equivalente ao escore 7/10 (em uma escala visual analógica [EVA] de 11 pontos, ancorada com 0 = sem dor e 10 = pior dor imaginável) no olho esquerdo, com midríase fixa associada, e os movimentos extraoculares dos olhos estavam preservados. A paciente foi avaliada pelo oftalmologista, os achados foram considerados como bloqueio anestésico

residual e analgésicos foram prescritos. A paciente foi reavaliada três dias mais tarde com sintomas persistentes; o aumento da pressão intraocular foi observado e tratado pelo oftalmologista que, novamente, considerou os achados secundários à anestesia; e posteriormente discutidos com o anestesiologista.

Uma revisão anatômica mostrou o gânglio ciliar como a única estrutura no caminho da agulha que, quando comprometida, poderia levar à cicloplegia.² Uma revisão bibliográfica minuciosa não mostrou casos de lesões ganglionares ciliares ou cicloplegia a longo prazo após bloqueios retrobulbares. Contudo, dois casos semelhantes foram descritos após o implante intraocular de lente fática,^{3,4} produzindo o diagnóstico de Síndrome de Urrets-Zavalía, uma complicação pós-operatória rara, geralmente presente após ceratoplastia penetrante.³⁻⁵ O enchimento tardio dos capilares da íris e a perfusão diminuída foram observados por meio de angiofluoresceinografia, confirmando o diagnóstico.

Podemos extrair duas lições do caso exposto acima: 1) Urrets-Zavalía é uma complicação rara após a cirurgia intraocular para o implante de lente fática, da qual os anestesiologistas que aplicam bloqueios oculares precisam estar cientes; 2) a importância da disponibilidade de literatura para esclarecer as acusações indevidas com base na mística da anestesia.

Referências

1. McKay RE. Inhaled anesthetics. In: Miller RD, Pardo MC, editors. Basics of anesthesia. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 82.
2. Putz R, Pabst R. Atlas de Anatomia Humana Sobotta, vol. 1, 21st ed. Madrid: Panamericana; 2001. p. 377.
3. Park SH, Kim SY, Kim HI, et al. Urrets-Zavalía syndrome following iris-claw phakic intraocular lens implantation. J Refract Surg. 2008;24:959-61.
4. Yuzbasioglu E, Helvacioğlu F, Sencan S. Fixed, dilated pupil after phakic intraocular lens implantation. J Cataract Refract Surg. 2006;32:174-6.
5. Urrets Zavalía Jr A. Fixed, dilated pupil, iris atrophy and secondary glaucoma. Am J Ophthalmol. 1963;56:257-65.

Juan A. Ramos

Departamento de Anestesiologia, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela

E-mail: juan_ramos66@hotmail.com (J.A. Ramos).

Disponível na Internet em 30 de agosto de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.02.010>