

## Síndrome de Horner durante Anestesia Peridural em Cesariana

L. E. Imbeloni, TSA<sup>1</sup> & L. F. Saubermann, TSA<sup>2</sup>

Imbeloni L E, Saubermann L F — Horner's syndrome during epidural anesthesia for cesarean section.

A síndrome de Horner é uma complicação bem conhecida da analgesia regional do pescoço e ombro, sendo raramente encontrada em outros bloqueios. Tem sido freqüentemente relatada após analgesia peridural torácica em pacientes com trauma torácico<sup>1, 2</sup> e ocasionalmente durante anestesia peridural lombar<sup>3, 4</sup> e caudal<sup>5</sup> em gestantes.

Relataremos os casos de duas pacientes que submeteram-se à cesariana e que desenvolveram síndrome de Horner após bloqueio peridural lombar.

### Caso 1

Paciente de 24 anos, pesando 80,5 kg e medindo 175 cm foi admitida em trabalho de parto. Há dois anos foi submetida a uma cesariana sob anestesia peridural em virtude de pré-eclampsia. Duas horas antes da internação ocorreu rotura da bolsa d'água. Anestesia peridural foi escolhida como técnica anestésica.

Após colocação de um cateter venoso e infusão de 500 ml de Ringer lactato, com a paciente em decúbito lateral esquerdo foi realizado o bloqueio peridural através do interespaço L2L3 identificado pela perda da resistência com ar. Após dose-teste de 3 ml de lidocaína 2% com adrenalina 1:200.000, completou-se a dose total de 23 ml

(460 mg) e retorno da paciente para a posição de decúbito dorsal. Não ocorreu alteração da pressão arterial e 10 minutos após foi iniciada a cirurgia. Neste momento a paciente referiu parestesia no membro superior esquerdo e através do teste dedo/nariz constatou-se bloqueio motor e pelo teste da agulha insensibilidade total neste membro. Pesquisada área de anestesia pelo teste da agulha, constatou-se assimetria com nível T<sub>7</sub> no lado direito e T<sub>2</sub> no lado esquerdo. Cinco minutos depois (15 minutos após o bloqueio) a paciente desenvolveu miose, ptose palpebral e congestão no olho esquerdo.

A anestesia foi considerada excelente, nascendo um feto masculino, pesando 3,850 kg e com Apgar de 8. O procedimento cirúrgico foi completado sem acidentes e a paciente encaminhada ao quarto. Setenta minutos após o bloqueio todos os sinais da síndrome de Horner tinham desaparecidos.

### Caso 2

Paciente de 28 anos, pesando 80 kg e medindo 167 cm, foi admitida em trabalho de parto, após rotura da bolsa d'água. Há três anos foi submetida a uma cesariana sob anestesia subaracnóidea. Anestesia peridural foi escolhida como técnica anestésica.

Após colocação de um cateter venoso e infusão de 500 ml de solução de Ringer lactato, com a paciente em decúbito lateral esquerdo foi realizado o bloqueio peridural através do interespaço L<sub>3</sub>L<sub>4</sub> identificado pela perda da resistência com ar. Após dose-teste de 3 ml, completou-se o total de 26 ml (130 mg) de bupivacaína 0,5%. Ao mesmo tempo que surgiram parestesias nos membros inferiores, a paciente referiu parestesia no membro superior esquerdo. Foi observado aos 10 minutos de bloqueio, diminuição da fenda palpebral e miose à esquerda. Pesquisada a área de

*Casos ocorridos na Clínica Obstétrica Santa Maria Madalena e Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro, RJ*

*1 Anestesiologista do H. Ipanema — INAMPS, Intensivista do CTI do Hospital Estadual Miguel Couto, Rio de Janeiro, RJ*

*2 Anestesiologista do H. Ipanema — INAMPS, Rio de Janeiro, RJ*

*Correspondência para Luiz E. Imbeloni  
Av. Epitácio Pessoa, 2566, ap. 410-A  
22471 - Rio de Janeiro, RJ*

*Recebido em 21 de março de 1985  
Aceito para publicação em 23 de setembro de 1985  
© 1986, Sociedade Brasileira de Anestesiologia*

anestesia com éter, esta se mostrou igualmente distribuída à direita e à esquerda no nível de T<sub>8</sub>. Não houve desconforto respiratório. O bloqueio do simpático cervical esquerdo desapareceu após 60 minutos e a anestesia foi considerada excelente, sem ocorrer hipotensão arterial.

### COMENTÁRIOS

As manifestações clínicas da síndrome de Horner são ptose palpebral devido à paralisia da inervação simpática do elevador da pálpebra, miose causada pela paralisia do dilatador pupilar, vasodilatação e anidrose resultantes da paralisia da inervação simpática da pele e vasos sangüíneos e algumas vezes enoftalmia. A síndrome de Horner pode ocorrer se o anestésico local bloqueia as fibras simpáticas pré-ganglionares do 1.º e 2.º segmento torácico ou as fibras pós-ganglionares do gânglio cervical<sup>5</sup>.

A síndrome de Horner tem sido descrita em mulheres sob anestesia peridural durante o trabalho de parto. Entretanto, após revisão da literatura foi encontrado apenas 1 relato desta síndrome em cesarianas eletivas<sup>4</sup>, isto é, sem o desencadear do trabalho de parto. Kepes e col.<sup>5</sup> foram os primeiros a relatarem um caso de síndrome de Horner após peridural caudal durante o trabalho de parto. Mudanças no tamanho da pupila foram encontradas em 17 de 20 parturientes que receberam lidocaína ou bupivacaína para anestesia caudal durante trabalho de parto<sup>6</sup> e em 75% das

parturientes após anestesia peridural lombar<sup>7</sup>.

Bromage<sup>8</sup> sugere que durante o trabalho de parto instalado, pequenas quantidades de anestésico local podem espalhar-se em direção cefálica. Durante o 2.º estágio do trabalho de parto com as manobras para expulsão do feto, há compressão do espaço peridural, podendo ocorrer difusão do anestésico local em direção cefálica<sup>9</sup>. Isto é bem conhecido e é uma das razões de que para se obter o mesmo nível de anestesia, as parturientes necessitam de 1/3 ou 1/2 da dose de anestésico empregada em pacientes não grávidas. Em nossos casos as gestantes receberam um volume maior do que a literatura preconiza e estavam ambas em franco trabalho de parto.

Não houve evidência de perfuração da dura-máter que resultaria em um bloqueio subaracnóideo. A perda da sensibilidade cutânea foi assimétrica e mais extensa no lado esquerdo do que no direito em um dos casos e no outro ocorreu simetria com nível máximo em T<sub>8</sub>. Hipotensão arterial comparável ao relato de Kepes e col.<sup>5</sup> não ocorreu em nenhum dos casos, apesar da evidência da extensão do bloqueio. É provável que a hipotensão foi prevenida pelo aumento da reposição volêmica com solução balanceada antes da punção do espaço peridural.

A síndrome de Horner é uma complicação benigna da anestesia peridural e a sua presença é um dos primeiros sinais do aumento da extensão da área do bloqueio, demonstrando a necessidade de vigilância constante mesmo em procedimentos anestésicos em pacientes saudáveis.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mohan J, Lloyd J W, Potter J M — Pupillary constriction following extradural analgesia. *Injury*, 1973; 5: 151-155.
2. McLean A P H, Mulligan G W, Otton P, MacLean L D — Hemodynamic alterations associated with epidural anesthesia. *Surgery*, 1967; 62: 79-87.
3. Evans J M, Gauci C A, Watkins G — Horner's syndrome as a complication of lumbar epidural block. *Anaesthesia*, 1975; 36: 774-777.
4. Skaredoff M N, Datta S — Horner's syndrome during epidural anaesthesia for elective cesarean section. *Can Anaesth Soc J*; 1981; 38: 82-85.
5. Kepes E R, Martinez L R, Pantuck E, Stark D C C — Horner's syndrome following caudal anesthesia. *N Y State J Med*, 1972; 72: 946-947.
6. Mohan J, Potter J M — Pupillary constriction and ptosis following caudal epidural analgesia. *Anaesthesia*, 1975; 30: 769-773.
7. Carrie L E S, Mohan J — Correspondence. *Br J Anesth*, 1976; 48: 611.
8. Bromage P R — *Epidural Analgesia*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1979.
9. Bromage P R — Spread of analgesic solution in the epidural space and their site of action: a statistical study. *Br J Anaesth*, 1962; 34: 161-166.