

Recuperação Prolongada Pós-Raquianestesia com Lidocaína 5%?

Prezado Senhor Editor:

Uma paciente do sexo feminino, com 21 anos de idade, 1,60 m e 60 kg de peso deu entrada no Serviço de Emergência com hérnia inguinal encarcerada. Seu estado geral era satisfatório, tendo sido classificada no grupo IE da ASA.

Após exames de rotina para a emergência, foi levada a SO sem medicação pré-anestésica. Punccionou-se uma veia periférica e iniciou-se a hidratação com solução glicosada 5%. Foram instalados eletrodos precordiais para monitorização do ECG e fez-se o primeiro registro para controle.

Tratando-se de uma emergência compatível com a anestesia peridural, foi proposta esta técnica a ser realizada com bupivacaína 0,5%, associada a adrenalina 1:200000.

Neste momento encontrava-se com pressão arterial de 120 x 70 mmHg e 80 bpm.

Em decúbito lateral esquerdo foram identificadas as apófises de L3 e L4 e infiltrado até os planos profundos com lidocaína 1%. O espaço peridural foi aproximado com uma agulha de Tuohy número 16, por via mediana, com bisel em sentido cefálico. Uma seringa de 5 ml foi conecta-

da à agulha para pesquisa do EP pela perda da resistência. No entanto, após a sensação de perda de resistência, houve refluxo de LCR para a seringa, confirmando perfuração acidental da dura-máter.

Nestes casos, por conduta do Serviço de Anestesiologia, optou-se por raquianestesia. O anestésico foi trocado pela lidocaína 5% (Xylocaína® pesada) que foi empregada na dose de 90 mg adicionada de 0,2 mg de adrenalina. O nível atingido foi T9 e a cirurgia transcorreu sem necessidade de complementação da anestesia.

Como o tempo de duração da raquianestesia com lidocaína 5% não costuma ultrapassar 2 horas, não foi dada maior importância à recuperação do bloqueio, já que o tempo total desde a punção até o fim da cirurgia foi de praticamente 120 minutos.

Durante todo o tempo da cirurgia não se observou hipotensão (menor valor – 100 x 60 mmHg) assim como não apresentou bradicardia (menor valor 75 bpm). O ECG foi registrado várias vezes durante o procedimento e não mostrou alteração.

Ao tentar se levantar no segundo dia de pós-operatório, teve cefaléia intensa, do tipo pós-raquianestesia. Medicada com hidergine, repouso e analgésico não apresentou melhora nas próximas 24 horas. Recebeu então uma dose de 20 mg de galamina por via venosa que também não apresentou o efeito esperado. No sexto dia de pós-operatório referiu sensação de formigamento nas pernas e que após uma forte dor de cabeça não pôde mais movimentá-las (sic). Foi então solicitado o comparecimento da Neurocirurgia para fazer uma avaliação do quadro. Notou-se preservação de tônus muscular e reflexos superficiais e profundos com controle dos esfíncteres, o que parecia incompatível com lesão medular ou radicular. Durante a anamnese relatou que há dois anos procurou o Serviço de Neurologia, que após exame eletroencefalográfico lhe receitou Tegreto!. Referiu ainda tentativa de suicídio com ingestão de altas doses de tranqüilizantes (diazepam) assim como tratamento psiquiátrico nesta mesma época. Depois disso iniciou "namoro", com remissão da sintomatologia, namoro esse que durou até dois meses antes desta internação.

Uma semana antes da cirurgia, procurou o Hospital com queixa de dor abdominal. Quando foi informada que seu caso não era cirúrgico, a paciente "desmaiou".

Foi solicitado observação por parte de enfermagem quanto à evidência de algum movimento de membro inferior.

No oitavo dia apresentou imobilização total dos membros inferiores e insensibilidade até T-10, com descontrole esfíncteriano. Novamente solicitada a presença da Neurocirurgia. Constatou-se manutenção do quadro, com déficit motor e insensibilidade dos MMII e incontinência urinária. No dia seguinte não houve evacuação espontânea, necessitando a aplicação de um "fleet" enema. Solicitada avaliação da Neurologia.

No 12º dia se apresentou com excelente estado de ânimo aguardando transferência para uma enfermaria da Neurologia. Foi então programado eletroforese do LCR. Este exame não chegou a ser realizado.

No 13º dia, ao exame neurológico, apresentou forte dor no joelho direito. Referiu sensibilidade tátil e dolorosa na coxa e perna direita tendo conseguido movimentar voluntariamente o membro inferior direito. Referiu também dor em área periumbilical.

No 14º dia relatou que a dor do joelho parou, mas que não mais conseguia movimentar a perna. Apresentava neste momento insensibilidade nas extremidades dos pododáctilos. Admitiu a hipótese, sugerida por ela mesma, de estar fazendo um "bloqueio mental". Neste dia foi realizada a eletromiografia. O laudo informou que não foi encontrada nenhuma justificativa para imobilidade dos membros inferiores. O exame foi normal. Sugeriram observação por um psiquiatra.

No 15º dia iniciou movimentação ativa dos MMII, com sensibilidade tátil e dolorosa em toda a extensão dos membros e abdômen inferior. Iniciou deambulação na enfermaria com ajuda. Ainda se queixava de cefaléia, mas apresentava reflexos profundos dos MMII e neste dia foi retirado o cateter vesical.

No 17º dia a paciente se apresentou lúcida, tranqüila, deambulando com certa facilidade, queixando-se de dores articulares e ainda fez referência à cefaléia occipital, de caráter intermitente que piorava com a mobilização. Pupilas isocóricas, foto-reagentes, queixava-se de dor ao movimentar a cabeça. Reflexo cutâneo-abdominal presente, reflexo cutâneo-plantar em flexão, força global preservada grau 5 nos MMSS e 4 nos MMII.

No 18º dia foi encontrada deambulando sozinha, e ao exame constatou-se recuperação da força muscular, presença da sensibilidade térmica e dolorosa, reflexos profundos, sem cefaléia. Na última semana fez uso de meticorten (60 mg/dia).

Teve alta hospitalar sem seqüela, orientada para retornar ao ambulatório para acompanhamento pela Medicina psicossomática e pela Neurologia.

Encontra-se passando bem, atualmente trabalhando em uma Casa de Saúde particular.

Esta paciente é auxiliar de enfermagem e está habituada à linguagem hospitalar. Foi admitida a hipótese de "paraplegia histérica" uma vez que todos os exames neurológicos denunciaram incompatibilidade com lesão medular ou radicular.

Felizmente são poucos os casos de complicações tão alarmantes por tão pouco^{1, 2}.

* J.R. Moll, TSA — Anestesiologista do Hospital Central do IASERJ