



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

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



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Quando um paciente cai (no sono) e não consegue acordar: transtorno conversivo – paraplegia após anestesia geral[☆]



Chawla LaToya Mason

Baylor College of Medicine, Department of Anesthesiology, Houston, EUA

Recebido em 4 de setembro de 2014; aceito em 28 de outubro de 2014

Disponível na Internet em 19 de setembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Anestesia geral;
Paraplegia;
Psiquiatria;
Transtorno conversivo

Resumo

Justificativa e objetivos: Descrever a rara ocorrência de paraplegia causada por distúrbio conversivo em uma mulher que recebeu anestesia geral para a cirurgia de mama.

Relato de caso: Mulher saudável de 46 anos recebeu anestesia geral para excisão de uma lesão fibroepitelial na mama esquerda. Na sala de recuperação pós-anestesia, a paciente relatou perda bilateral de sensibilidade e motricidade abaixo dos joelhos. Os sinais físicos e sintomas não se correlacionavam com qualquer padrão anatômico ou neurológico; exame de imagem não revelou anormalidades. Uma consulta psiquiátrica foi feita e constatou circunstâncias familiares estressantes, o que levou ao diagnóstico e ao tratamento de transtorno conversivo.

Conclusão: O transtorno conversivo é caracterizado por alteração da função física devido à expressão de uma doença psicológica subjacente. Seu diagnóstico requer uma avaliação minuciosa, incluindo tratamento adequado para excluir causas orgânicas. O entrosamento de anestesiologia e psiquiatria, como demonstrado neste relato de caso, oferece uma oportunidade para destacar as informações importantes relativas à definição, ao diagnóstico e ao manejo do transtorno conversivo, pois esse transtorno pode ser encontrado no período de recuperação pós-anestesia.

© 2015 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Instituição: Departamento de Anestesiologia, Baylor College of Medicine, Houston, TX, EUA.
E-mail: cmason@bcm.edu

KEYWORDS

General anesthesia;
Paraplegia;
Psychiatry;
Conversion disorder

When a patient falls (asleep) and can't get up: conversion disorder – paraplegia following general anesthesia**Abstract**

Background and objectives: This case report describes the rare occurrence of paraplegia caused by conversion disorder in a woman who received general anesthesia for breast surgery.

Case report: A 46-year-old healthy woman received general anesthesia for excision of a left breast fibroepithelial lesion. In the post-anesthesia care unit, she reported bilateral loss of both sensation and motor function below the knees. Physical signs and symptoms did not correlate with any anatomical or neurological patterns; imaging revealed no abnormalities. Psychiatric consultation was performed wherein familial stressor circumstances were identified, leading to diagnosis and management of conversion disorder.

Conclusion: Conversion disorder is characterized by alteration of physical function due to expression of an underlying psychological ailment. Its diagnosis requires thorough evaluation including appropriate workup to exclude organic causes. The meshing together of anesthesiology and psychiatry – as demonstrated by this case report – offers an opportunity to highlight important information pertaining to the definition, diagnosis, and management of conversion disorder as it may be encountered in the postanesthesia recovery period.

© 2015 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O transtorno conversivo, anteriormente conhecido como histeria e atualmente muitas vezes referido como transtorno neurofuncional somático, é representativo de um processo involuntário inconsciente no qual as necessidades psicossociais, os conflitos ou estressores são expressos como sintomas somáticos para os quais não há explicação anatômica ou fisiológica apropriada.¹ Entre a população geral dos Estados Unidos, relata-se que sua incidência fica entre 11 e 300 por 100.000 pessoas, ou 0,01-0,5%, e parece afetar mais as mulheres do que os homens (proporção de 2:1).¹⁻³ Uma prevalência maior foi relatada em outras populações: 5-14% entre os pacientes internados em geral; 1-3% entre os pacientes ambulatoriais encaminhados a psiquiatras e 5-25% entre os pacientes psiquiátricos ambulatoriais.⁴ A prevalência do transtorno conversivo no período perioperatório – especificamente após a administração de anestesia geral – é desconhecida. O trabalho conjunto de anestesiologia e psiquiatria, como demonstrado por este caso, oferece uma oportunidade para destacar informações importantes relativas à definição, ao diagnóstico e ao tratamento do transtorno conversivo, pois esse transtorno pode ser encontrado no período de recuperação pós-anestesia.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 74 kg, 46 anos, apresentou-se a uma unidade de cirurgia ambulatorial para a excisão de uma lesão fibroepitelial em mama esquerda. Sua história médica incluía colecistectomia laparoscópica e cirurgia de mama direita; ambos os procedimentos foram feitos sob anestesia geral, sem a ocorrência de eventos adversos. Após a avaliação pré-anestésica e aquisição de consentimento

informado, midazolam (2 mg) foi administrado para ansiólise. Em sala de cirurgia, a anestesia foi introduzida sem intercorrências com fentanil (100 mcg), lidocaína (70 mg) e propofol (150 mg). A anestesia geral via máscara laríngea (ML) foi mantida com o uso de sevoflurano em uma mistura de ar/oxigênio (50/50) para o procedimento de 46 minutos sem intercorrências. Outros medicamentos intravenosos administrados no intraoperatório foram cefazolina (1.000 mg), acetaminofeno (1.000 mg) e ondansetrona (4 mg). No fim do procedimento, a ML foi removida e a paciente transferida para a sala de recuperação pós-anestésica. Cerca de meia hora depois, a paciente relatou ausência de controle motor e uma sensação que afetava ambos os membros inferiores abaixo dos joelhos. Os sinais vitais permaneciam dentro dos limites normais. Equipes de neurocirurgia e neurologia foram imediatamente consultadas para uma avaliação mais detalhada, que incluiu exame físico neurológico e tomografia computadorizada (TC) do crânio em caráter de emergência, devido à preocupação de que a paciente tivesse sofrido um acidente vascular cerebral que exigisse tratamento imediato. Após a confirmação de TC negativa e na ausência de qualquer explicação orgânica aparente para os sintomas neurológicos da paciente, uma consulta psiquiátrica foi feita. A entrevista da paciente revelou a presença de estressores familiares e sociais significativos em sua vida (incluindo um conflito recente com o seu cônjuge), que levou a um diagnóstico presuntivo de transtorno conversivo. O tratamento subsequente incluiu psicoterapia, fisioterapia e instrução sobre estratégias de enfrentamento. A paciente recebeu alta hospitalar três dias depois, ainda precisava de um andador para ajuda deambulatória. A paciente foi perdida para o acompanhamento até que, vários meses depois, apresentou-se para uma visita médica não relacionada e, nessa ocasião, a paciente não apresentou déficits neurológicos ou limitações físicas.

Discussão

O transtorno conversivo, classificado como uma doença somatoforme, caracteriza-se pela presença de um ou mais sintomas ou déficits que afetam a função sensorial ou motora voluntária, sugestiva de uma condição neurológica ou outra condição médica, mas com apresentações e achados diferentes que ajudam a diferenciá-la de uma doença orgânica.¹ Embora o transtorno possa variar em termos de gravidade, duração e apresentação, os sintomas geralmente se manifestam como uma das quatro características seguintes: sintomas motores ou déficits sensoriais, sintomas ou déficits sensoriais, pseudoconvulsões ou apresentação mista. O transtorno é geralmente desencadeado por um estresse significativo ou trauma emocional recente. Outros fatores de risco incluem história de abuso físico ou sexual e negligência na infância, história pessoal ou familiar de doença mental ou história de doença neurológica que causa sintomas semelhantes.⁴

Em muitos níveis, o transtorno conversivo envolve o papel do inconsciente na fisiopatologia de uma determinada condição. Seu diagnóstico é muitas vezes difícil de ser feito e exige a determinação definitiva de que os sintomas ou déficits não estão sendo produzidos intencionalmente. Esse fator-chave diferencia o transtorno conversivo de fingimento ou outros transtornos fictícios. Ao considerar o diagnóstico de transtorno conversivo, é essencial eliminar cuidadosamente qualquer possível explicação anatômica, fisiológica ou patológica para a sintomatologia. Os distúrbios conversivos podem imitar uma variedade de condições neurológicas e musculoesqueléticas, incluindo, mas não se limitando a, acidente vascular cerebral, lesão da medula espinal, miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré, doença de Parkinson, epilepsia ou esclerose múltipla.

Na literatura, poucos relatos descrevem a ocorrência de distúrbio conversivo em associação com técnicas anestésicas. Três relatos descrevem seu desenvolvimento em pacientes pediátricos após anestesia geral.^{3,5,6} Han et al.⁷ descrevem o desenvolvimento pós-operatório da síndrome de encarceramento conversiva em uma mulher que recebeu anestesia geral para a implantação de um estimulador da medula espinhal. Pelo menos outros três casos isolados relatam a ocorrência de distúrbio conversivo após técnicas neuroaxiais (duas espinhais e uma peridural).⁸⁻¹⁰ A paciente discutida neste relato apresentou déficits motores e neurológicos profundos durante a recuperação de uma técnica de anestesia geral sem intercorrências e procedimento operatório que não puderam ser explicados por alguma anomalia encontrada nos exames físico e neurológico.

O tratamento eficaz do transtorno conversivo requer uma abordagem multidisciplinar. O encaminhamento oportuno

a serviços psiquiátricos é um componente essencial, bem como a psicoterapia, fisioterapia e a abordagem do estresse relacionado. É primordial que os prestadores de cuidados estejam cientes dos eventos atuais da vida do paciente, de suas respostas ao estresse sofrido e dos sistemas de apoio presente. A terapia farmacológica não é a base dos regimes de tratamento e, de fato, deve ser evitada sempre que possível devido à preocupação com o desenvolvimento de dependência química.² A administração de agentes farmacológicos apropriados pode ser considerada em determinados pacientes com extrema ansiedade. Há alguns dados que sugerem um papel impactante para o uso da estimulação magnética transcraniana no tratamento desse transtorno.¹¹ Acima de tudo, o tratamento do transtorno conversivo deve incluir um esclarecimento honesto, garantia de recuperação e o reforço de estratégias opcionais de enfrentamento.³

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. American Psychiatric Association. Conversion disorder. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-4*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Haque R, Alavi Z. Mr. Smith is falling every day: conversion disorder in an elderly man. *Ann Long-Term Care Clin Care Aging*. 2012;20:30-5.
3. Judge A, Spelman F. Postoperative conversion disorder in a pediatric patient. *Pediatr Anesth*. 2010;20:1052-4.
4. Feinstein A. Conversion disorder: advances in our understanding. *CMAJ*. 2011;183:915.
5. Haden RA. Conversion reaction following anaesthesia. *Anaesthesia*. 2004;59:728-9.
6. Reilly MJ, Milmo G, Pena M. Three extraordinary complications of adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70:941-6.
7. Han D, Connelly NR, Weintraub A, et al. Conversion locked-in syndrome after implantation of a spinal cord stimulator. *Anesth Analg*. 2007;104:163-5.
8. Yokoyama K, Okutsu Y, Fujita H. A case of monoplegia from conversion disorder after spinal anesthesia. *Masui*. 2002;51:1363-7.
9. Sugimoto Y, Makino S, Doi Y, et al. A case of conversion disorder (hysteria) after spinal anesthesia. *Masui*. 2009;58:209-11.
10. Kwok-On N, Jia-Fu L, Mui W. Aphonia induced by conversion disorder during a Cesarean section. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2012;50:138-41.
11. Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Viviani R, et al. Transcranial magnetic stimulation in motor conversion disorder: a short-case series. *J Clin Neurophysiol*. 2006;23:472-5.