

Lesão do Nervo Femoral após Cirurgia para Correção de Hérnia Inguinal. Relato de Caso *

Fábio Ferrari¹, Yara Marcondes Machado Castiglia, TSA², Eliana Marisa Ganem, TSA³, Luiz Antonio de Lima Resende⁴

Ferrari F, Castiglia YMM, Ganem EM, Resende LAL - Lesão do Nervo Femoral após Cirurgia para Correção de Hérnia Inguinal. Relato de Caso
UNITERMOS - COMPLICAÇÕES: lesão nervosa, nervo femoral

Ferrari F, Castiglia YMM, Ganem EM, Resende LAL - Femoral Nerve Injury after Hernia Inguinal Surgery. Case Report
KEY WORDS - COMPLICATIONS: nervous injury, femoral nerve

As complicações neurológicas que se desenvolvem após cirurgia, principalmente aquelas realizadas sob efeito de anestesia regional, são geralmente imputadas à técnica anestésica utilizada. Assim o anestesiológista deve, juntamente com o cirurgião, fazer o acompanhamento clínico do paciente nos dias subseqüentes à cirurgia.

Na literatura existem casos descritos de lesão do nervo femoral após cirurgias ginecológicas realizadas sob anestesia peridural e geral, sendo a lesão provocada pelo posicionamento do afastador cirúrgico¹. Outra lesão descrita, desta vez do nervo ciático poplíteo externo, foi devida à compressão do nervo entre a fíbula e a perneira da mesa cirúrgica, também em cirurgia ginecológica, realizada sob anestesia geral². Foram ainda descritos casos de lesão do nervo femoral em pacientes submetidos à herniorrafia inguinal, tendo havido compressão pelo tecido fibroso e laceração do nervo, além de transfixação por fio de sutura³⁻⁶.

O objetivo deste relato é mostrar um caso de lesão do nervo femoral após correção de hérnia inguinal.

RELATO DO CASO

Paciente de 64 anos, sexo feminino, branca, 40 kg, 1,40 m, com diagnóstico de hérnia inguinal bilateral recidivada, programada para herniorrafia inguinal bilateral. Referia tabagismo há 40 anos e cirurgia para correção de hérnia inguinal bilateral, à esquerda, por duas vezes, sendo que da última vez havia sido usada tela de Marlex. Apresentava pulso arritmico com eletrocardiograma mostrando fibrilação atrial, e

demais exames laboratoriais dentro dos limites da normalidade, sendo classificada como estado físico ASA II.

A paciente chegou à sala de operações sem medicação pré-anestésica, consciente, tranqüila e cooperativa. Após venóclise, a monitorização constou de medida de pressão arterial com esfigmomanômetro, oximetria de pulso e eletrocardiografia contínua, que evidenciou ritmo sinusal. Com a paciente sentada, foi realizada punção entre L₄ e L₅, utilizando-se agulha de Tuohy 17G, com identificação do espaço peridural pelo sinal da perda de resistência. Foi passado cateter 16G e a paciente referiu discreta parestesia no membro inferior esquerdo, tendo ocorrido refluxo de sangue pelo cateter logo a seguir. Foi então retirado todo o conjunto e realizada nova punção entre L₃ e L₄, seguida do mesmo procedimento, sem intercorrências. Injetados, através do cateter, 3 ml de lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000 (dose teste) e, logo após, 12 ml de ropivacaína a 1%, com instalação de bloqueio sensitivo em T₈. Decorridos 120 minutos do início da cirurgia, a paciente queixou-se de desconforto à manipulação cirúrgica, sendo a anestesia complementada com a injeção de 8 ml de ropivacaína a 1%. A paciente manteve-se hemodinamicamente estável durante os 195 minutos de cirurgia, sem demais queixas.

No 1º dia de pós-operatório, 24 horas após a cirurgia, por ocasião da visita pós-anestésica, rotineira em nosso serviço, a paciente apresentava queixa de dormência e fraqueza muscular no membro inferior esquerdo. Ao exame neurológico foram detectadas hipoestesia na região anterior da coxa e do joelho e face medial da perna até o terço médio e impossibilidade de extensão da perna, com hiporreflexia patelar. A ressonância magnética nuclear da coluna lombar excluiu quadro de compressão das raízes nervosas no espaço peridural e a eletroneuromiografia, realizada 20 dias após o procedimento cirúrgico, foi compatível com lesão do nervo femoral esquerdo por axonotmese de grau acentuado nas adjacências da incisão cirúrgica. Este resultado indica prováveis seqüelas definitivas como prognóstico para esta paciente. A eletromiografia dos músculos paravertebrais esquerdos L₄ e L₅ excluiu radiculopatias nestes níveis.

DISCUSSÃO

As lesões de nervos periféricos detectadas após procedimento cirúrgico realizado sob anestesia regional podem ter

* Trabalho realizado no CET/SBA do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB - UNESP)

1. ME₁ do CET/SBA da FMB - UNESP

2. Professora Titular do CET/SBA da FMB - UNESP

3. Professora Assistente Doutora do CET/SBA da FMB - UNESP

4. Professor Adjunto Livre-Docente do Departamento de Neurologia e Psiquiatria da FMB - UNESP

Apresentado em 11 de novembro de 1999

Aceito para publicação em 06 de janeiro de 2000

Correspondência para Dra. Yara Marcondes Machado Castiglia
Deptº de Anestesiologia da FMB - UNESP - Distrito de Rubião Junior
18618-000 Botucatu, SP

© 2000, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

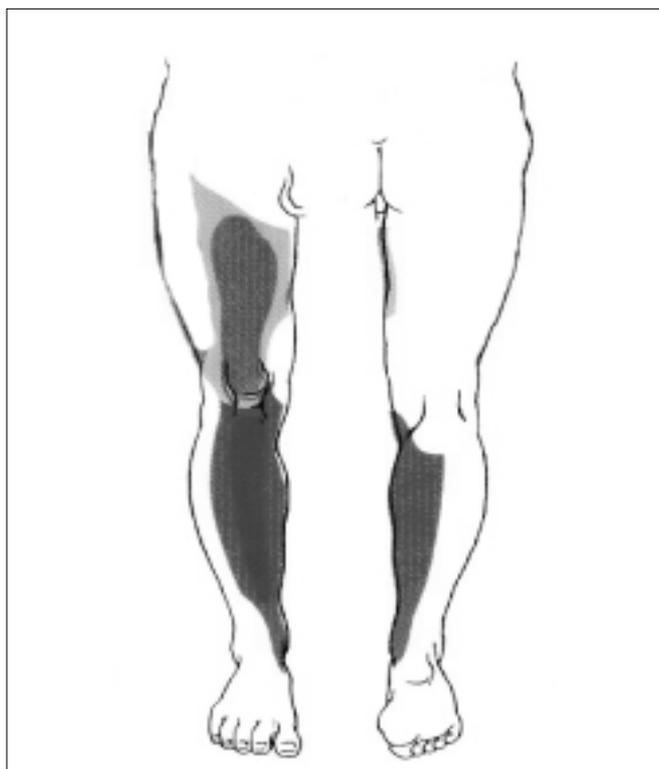


Figura 1 - Área de Inervação Sensitiva do Nervo Femoral

diversas etiologias, dentre as quais devemos sempre destacar a possível lesão por manipulação intra-operatória. No caso descrito, apesar de a paciente ter apresentado queixa de parestesia durante a introdução do cateter na realização da anestesia peridural, o quadro clínico pós-operatório de parestesia e paresia manifestou-se de maneira muito exuberante, sendo confirmada lesão grave do nervo femoral, pelo exame eletroneuromiográfico.

O nervo femoral é o maior ramo do plexo lombar e origina-se das raízes L₂, L₃ e L₄. Emerge através das fibras do músculo psoas maior na parte distal de sua borda lateral e dirige-se

para baixo entre ele e o íliaco, coberto pela porção ilíaca da fáscia transversal, passando sob o ligamento inguinal, lateralmente à artéria femoral. Seus ramos sensitivos inervam as regiões anterior e medial da coxa. Emerge, então, como nervo safeno interno no canal subsartorial de Hunter para inervar a região medial da perna (Figura 1). Seus ramos motores são responsáveis pela inervação dos músculos iliopsoas, pectíneo, sartório e quadríceps femoral. Como consequência de sua lesão, há perda da força de extensão da perna e do reflexo patelar e pode haver enfraquecimento na flexão do quadril, além da perda da sensibilidade da pele na área inervada.

No presente caso, a lesão do nervo femoral, de grau acentuado, ocorreu possivelmente pelo posicionamento dos afastadores durante o procedimento cirúrgico, o qual foi difícil por ser a terceira cirurgia no local, tendo a eletroneuromiografia confirmado a topografia da lesão nas adjacências do ligamento inguinal.

Evidencia-se, neste caso, a importância da visita pós-anestésica para que o anestesiologista possa manter boa relação com o paciente e conduzir a investigação diagnóstica a fim de esclarecer a natureza da lesão, confirmada pela eletroneuromiografia, e romper o elo entre a técnica de anestesia regional empregada e a complicação neurológica periférica.

REFERÊNCIAS

01. Barbosa JS, Rabello RP, Saraiva RA et al - Lesão de nervo periférico nem sempre é complicação da anestesia regional. *Rev Bras Anesthesiol*, 1992;42:239-242.
02. Damião AC - Lesão compressiva bilateral do nervo ciático popliteo externo em posição de litotomia. *Rev Bras Anesthesiol*, 1988;38:345-346.
03. Krenkel W, Toennis W - Iatrogene verletzung des n. femoralis. *Zbl Chir*, 1961;86:1637-1640.
04. Kline DG - Operative management of major nerve lesions of the lower extremity. *Surg Clin North Am*, 1972;52:1247-1265.
05. Pozzati E, Poppi M, Galassi E - Femoral nerve lesion secondary to inguinal herniorrhaphy. *Int Surg*, 1982;67:85-86.
06. Collier CB - Femoral nerve block after inguinal hernia repair. *Anaesthesia*, 1989;44:169.