

## *Convulsão Após Administração de Anestesia Local*

Prezado Senhor Editor:

Atualmente, pela comodidade de um anestesista sempre presente, os cirurgiões perderam o hábito de usar a anestesia local, preparada e injetada por eles mesmos. Frequentemente se pode ouvir falar de um caso de convulsão, mesmo em mãos de pessoal cirurgicamente hábil.

Recentemente tivemos 3 casos de convulsões que relataremos a seguir:

**Caso I** — Paciente de sexo feminino, com 34 anos, estado físico I da ASA, deu entrada no centro cirúr-

gico, sem pré-medicação, para se submeter a ressecção de cicatriz abdominal pós colecistectomia, sob anestesia local. O cirurgião pediu ao serviço de enfermagem que lhe providenciasse anestésico local para o procedimento. Sugeri a lidocaína. Como esta droga estivesse em falta no Hospital, perguntou o que estava sendo usado pelos anestesistas. A resposta foi: "bupivacaína, Dr". — "Então vou usar isso também". Ao ser perguntado qual a concentração desejada, entre 0,5 e 0,75 preferiu ele a maior, por ser mais forte, portanto melhor. Dois frascos foram derramados sem uma cuba, perfazendo um

total de 300 mg de bupivacaína sem vasoconstritor. Não se pode precisar a quantidade injetada ao longo de ambas as bordas da cicatriz quelóide a ser ressecada. Sabemos apenas que cerca de 10 minutos após o início do procedimento fomos chamados a atender a paciente em convulsão. Punção venosa de emergência, oxigênio e barbitúrico contornaram o quadro.

**Caso II** — Paciente do sexo masculino, 26 anos, 160 cm e 52 kg, ASA I, apresentando um quadro de hepatite crônica, foi programado para biópsia hepática por laparoscopia sob anestesia local, após receber pré-anestésico de petidina 100 mg + diazepam 10 mg por via muscular. O exame seria realizado em uma sala de ambulatório. Não havia fonte de oxigênio disponível. Em uma cuba foram derramados 3 frascos de lidocaína 2% sem vasoconstritor.

Convenientemente sedado, recebeu infiltração na parede abdominal num total de 40 ml (800 mg). O procedimento endoscópico transcorreu sem anormalidades até que, para desobstruir a agulha de um coágulo, o cirurgião resolveu lavá-la, injetando algo como 15 ml de uma "agüinha" que se encontrava ainda na cuba. Por acaso se tratava de mais 15 ml de lidocaína 2%, perfazendo um total de 1100 mg da droga, para um paciente de pouco mais de 50 kg. Em poucos minutos o paciente iniciou movimentos tônico-clônicos, com períodos de apnéia e cianose. Um anestesista, presente por acaso, iniciou respiração boca-boca, por absoluta falta de material para ressucitação. Alguém puncionou uma veia com "scalp" e foi injetado mais 10 mg de diazepam que não controlou a convulsão. A mesa foi então arrastada para a sala ao lado onde havia uma fonte de oxigênio. A ventilação foi então facilitada com administração do oxigênio diretamente no nariz, através de uma borracha. O paciente apresentou midríase parálitica progressiva, evidenciando a insuficiência da ventilação conseguida.

Entre um e outro episódio, o paciente foi intubado com material conseguido de urgência e ventilado com oxigênio a 100%, até que chegasse ajuda com tiopental, que foi empregado em pequenas doses para controle do quadro. Durante o período de convulsões, a ventilação só foi possível no intervalo das crises. Foram necessários 1000 mg de barbitúrico para se conseguir o controle das convulsões. Tão logo se conseguiu debelar o quadro, foi medicado com corticóide, manitol e encaminhado ao STI em coma. O quadro regrediu gradativamente e teve alta 24 horas após.

O acompanhamento posterior mostrou perda de memória para fatos recentes que durou uma semana, quando começou a regredir, normalizando-se cerca de um mês após o acidente.

**Caso III** — Paciente do sexo feminino, 54 anos, 152 cm e 54 kg, portadora de síndrome de Wolf-

-Parkinson-White, controlada com Ancoron. Devido a excesso de gordura na face interna dos joelhos, pretende uma solução com lipoaspiração sob anestesia local.

Deu entrada na sala de operação sem pré-anestésico. Em uma cuba foram derramados dois frascos de lidocaína 2% sem vasoconstritor, que foram diluídos a 1% com mais 40 ml de água destilada. Durante a infiltração observou-se que o volume não fora suficiente, quando já se tinha administrado 800 mg da droga. Um novo frasco foi aberto enquanto se iniciava o procedimento de um lado, um auxiliar continuava a infiltração do outro. Quando já se tinha injetado mais 10 ml, perfazendo um total de 900 mg de lidocaína, a paciente se queixou de dormência na língua, dificuldade de fala, tonteira e palpitação. Um anestesista da sala do lado foi solicitado com urgência para opinar sobre o quadro. Observou-se discreta cianose de polpa digital e algum movimento incoordenado de mão.

Imediatamente foi canulizada uma veia e injetado 5 mg de diazepam para observação. Foram também colocados eletrodos precordiais para monitorização da frequência cardíaca e alterações do QRS. O diazepam não foi suficiente para resolver o quadro. Foram então injetadas duas doses de 50 mg de tiopental sódico e tomada a pressão arterial que apresentava discreta hipotensão para os valores habituais informados pela paciente.

Desapareceram os sintomas e a paciente teve alta no mesmo dia após um repouso de 6 horas.

**Comentários:** Estes casos servem para nos mostrar quão falha ainda é a estrutura dos serviços médicos oferecidos à população. Mesmo ainda quando se escolhe o médico, não estamos livres de iatrogenia. Nossa participação deve ser no sentido de orientar os colegas no manuseio destas drogas, que são o nosso dia a dia. Nossa posição deve ser defender o interesse do paciente e propiciar-lhe o máximo de segurança. Achamos recomendável que se ensine a realizar anestesia local a todas especialidades médicas, somente em salas que tenham uma fonte de oxigênio, com soluções diluídas, se possível com vasoconstritor a 1:200.000, e em pacientes que tenham uma veia canulizada com cateteres de teflon, evidentemente bem fixadas, com gotejamento lento de uma solução, apenas para mantê-la per-viável. A hidratação convencional pode trazer o inconveniente de encher a bexiga durante a cirurgia. Se possível, a colocação de eletrodos precordiais, para monitorização do ECG. Mesmo que o cirurgião não entenda de eletrocardiograma, estará facilitando o trabalho do colega que venha ajudá-lo, caso ocorra uma emergência.

G. M. Labrunie, TSA

M. A. Gouveia, TSA

Praia de Botafogo, 252/102  
22250 - Rio de Janeiro, RJ