

Convulsão Acidental em Peridural com Bupivacaína 0,75%

Prezado Senhor Editor:

Absorção de anestésico local do espaço peridural ou injeção intravascular acidental são causas de convulsões, similar a das sobredoses, já que os níveis séricos são rapidamente elevados, com grave risco de depressão do miocárdio, disritmias e parada cardíaca de difícil reversão.

Felizmente, o número de casos é quase irrelevante, ante o número real de anestésias peridurais realizadas diariamente no Brasil. Fica, no entanto, a observação de que quando o fato ocorre, é de extrema gravidade, exigindo diagnóstico imediato, e tratamento correto. Qualquer atraso pode ser letal para o paciente. A baixa incidência da complicação é causa de agravamento do risco, já que pode pegar o anestesista desprevenido, por excesso de confiança na estatística favorável, sem material adequado para ventilação, ou sem aticonvulsivante disponível.

Este caso se refere a uma paciente do sexo feminino, de 42 anos, 162 cm e 61 kg de peso (ASA I) candidata a dermolipectomia associada a histerectomia total abdominal. Foi programada para ser operada sob anestesia peridural lombar, com bupivacaína 0,75% + adrenalina a 1:200000, associada a sedação inalatória após intubação traqueal.

Com 10 mg de diazepam via oral 40 minutos an-

tes da cirurgia, foi encaminhada à sala de operação. Após monitorização precordial com um aparelho EMAI-EC 102 foi registrado o ECG por 30 segundos para controle. A seguir foi canulizada uma veia periférica para hidratação com solução de glicose a 5%, onde foi adicionado 0,15 mg de fentanil.

A anestesia foi iniciada após ter sido administrado cerca de 300 ml da solução. A paciente se encontrava tranqüila, consciente, respirando normalmente, obedecendo a ordens verbais. Sua pressão arterial era de 140 x 80 mm Hg e frequência cardíaca de 96 bpm.

Após identificar o espaço peridural pela perda da resistência, sem nenhuma dificuldade, foi feita aspiração com seringa de 5 ml e não se observou presença de sangue. Injetou-se então 10 ml de solução de bupivacaína 0,75%, com adrenalina a 1:200000, recentemente preparada. A seguir, foi colocado um cateter em direção cefálica, cerca de 3 cm além da ponta da agulha.

Enquanto se procedia a retirada da agulha, foi observado que a paciente se calou, houve depressão dos movimentos respiratórios, e o sangue que circundava a emergência do cateter se apresentou escuro. Neste momento sua mão esquerda já se apresentava também cianótica, exibindo movimentos incoordenados, dando início a uma convulsão.

O cateter foi imediatamente retirado, a paciente recoitada em decúbito dorsal, e ventilada com oxigênio sob máscara. Pela veia foi administrada uma dose de 4 mg de pancurônio e 50 mg de tiopental a 2,5%. Restabelecido o controle foi verificado no monitor que se manifestava uma bradicardia de 50 bpm que respondeu a atropina venosa, e pressão arterial de 90 x 70 mm Hg.

A seguir foi intubada e mantida em sistema circular com absorvedor de dióxido de carbono. Foi empregado uma mistura de oxigênio + óxido nítrico a 50% e enflurano. A cirurgia durou cerca de 3 h e 30 minutos. Aberto o sistema a paciente foi intubada lúcida em 6 minutos, sem apresentar seqüelas do estado de hipóxia por que passou.

Comentários: A convulsão por uso de anestésico local pode ocorrer virtualmente com qualquer anestésico em qualquer concentração. O que importa é estar preparado para enfrentá-la, tanto do ponto de vista psicológico como farmacológico. Há que se estar ciente de que **Uma Convulsão Pode Ocorrer com Qualquer Anestesista**, mesmo que ela nunca lhe tenha ocorrido e porisso mesmo, estatisticamente poderá estar próximo a acontecer. Todo material de reanimação e tratamento da convulsão tem que estar pronto para uso.

Canulização de veia com cateteres de teflon de

maior calibre garantem a administração dos fármacos indispensáveis ao tratamento da complicação em velocidade adequada.

Observação: embora a solução contivesse adrenalina na concentração de 1:200000, não se observou taquicardia prevista por Moore¹. Provavelmente se deve ao fato de não se ter empregado uma dose teste de 3 ml. A injeção do volume inicial de 10 ml é, sem dúvida, suficientemente grande para depressar o miocárdio antes que a pequena dose de adrenalina pudesse se manifestar.

O diagnóstico de injeção intravascular foi feito com base na súbita depressão respiratória seguida de convulsão. A monitorização com bip audível mantém o anestesista informado da frequência cardíaca no momento da crise, quando é virtualmente impossível ter mais que os cinco sentidos.

M. A. Gouveia, TSA
Visconde de Pirajá, 379/404
22410 - Rio de Janeiro, RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moore D C, Batra M S — Further consideration regarding the component of an effective test dose prior epidural block. (correspondence) *Anesthesiology*, 1982; 57: 121 - 142.