

Síndrome de Claude Bernard-Horner após Bloqueio Peridural Lombar. Relato de um Caso ‡

J. R. Nocite, TSA ¶, R. L. Nicoletti Filho §

Nocite J R, Nicoletti Filho R L – Claude Bernard-Horner's syndrome following lumbar epidural block. Report of a case. Rev Bras Anest 1983; 33: 4: 297 - 298.

It is presented an episode of Claude Bernard-Horner's syndrome following lumbar epidural block in a 27 years old female, for caesarian section. It was injected the volume of 20 ml of bupivacaine 0,75% plus epinephrine 1/200 000 solution. The procedure was uneventful. By five hours after the end of operation, the patient became restless in the Postanesthetic Recovery Room and the signs of Claude Bernard-Horner's syndrome were found in the left hemiface. One hour later all signs have disappeared parallel to the regression of sensitive blockade in the inferior limbs. The mechanisms to explain the syndrome are discussed, with special reference to the abnormal dispersion of anesthetic solution in the epidural space of the pregnant woman.

Key - Words: ANESTHETICS: local, bupivacaine; ANESTHETICS TECHNIQUES: regional, epidural, lumbar; COMPLICATIONS: Claude Bernard-Horner, syndrome

Nocite J R, Nicoletti Filho R L – Síndrome de Claude Bernard-Horner após bloqueio peridural lombar. Relato de caso. Rev Bras Anest 1983; 33: 4: 297 - 298.

A síndrome de Claude Bernard-Horner é consequência do bloqueio do gânglio estrelado, o qual faz parte da cadeia simpática paravertebral, formando-se em cerca de 80% dos casos pela fusão dos gânglios cervical inferior e primeiro torácico. O gânglio estrelado recebe fibras pré-ganglionares das oito ou nove primeiras raízes torácicas e dele emergem fibras pós-ganglionares para os três últimos nervos cervicais e os dois primeiros nervos torácicos⁶. A síndrome é caracterizada por^{5,11}: a) miose, devida à paralisia do músculo dilatador da pupila; b) ptose palpebral, secundária à paralisia do músculo elevador da pálpebra; c) anidrose, causada por bloqueio da estimulação simpática para as glândulas sudoríparas da face; d) vasodilatação no lado correspondente da face e do pescoço, do que decorrem rubor cutâneo, congestão da conjuntiva e obstrução nasal por congestão da mucosa da narina; e) enoftalmia, devida, à redução da pressão intra-ocular.

Esta síndrome pode constituir uma complicação benigna

‡ Trabalho realizado no CET-SBA do Serviço de Anestesia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, SP

¶ Chefe do Serviço de Anestesia e Responsável pelo CET-SBA da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto. Assistente do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Catanduva, SP

§ Médico estagiário do CET-SBA da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, SP - 1981-1982

Correspondência para José Roberto Nocite
Caixa Postal 707
14100 Ribeirão Preto, SP

Recebido em 13 de janeiro de 1983

Aceito para publicação em 10 de março de 1983

© 1983, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

da anestesia peridural lombar, não sendo rara em parturientes^{1,9}.

Unitermos: ANESTÉSICOS: local, bupivacaína; COMPLICAÇÕES: Claude Bernard-Horner, síndrome; TÉCNICAS ANESTÉSICAS: regional, peridural, lombar.

RELATO DE CASO

PACIENTE de 27 anos, branca, pesando 65 kg, grávida a termo, foi admitida em trabalho de parto. Na ausência de evolução satisfatória deste, e tendo ocorrido variação da frequência dos batimentos cardíacos fetais, foi indicada operação cesariana. Com a paciente em decúbito lateral esquerdo, foi realizada punção peridural em L3 - L4, utilizando-se agulha de Tuohy nº 15-F com o bisel em direção cefálica. Foram administrados 20 ml de solução de bupivacaína a 0,75% com adrenalina a 1/200 000, correspondendo a 150 mg do anestésico local. Em dez minutos o nível superior de bloqueio sensitivo atingiu T8 e a cirurgia foi iniciada. O recém-nascido exibiu índice de Apgar 8 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto. Após a extração da criança, foram administrados à mãe 10 mg de diazepam e 1 ml de inoval por via venosa. A cirurgia transcorreu sem qualquer anormalidade, durando 70 minutos. Não se registrou variação importante da pressão arterial. Ao final do procedimento, a paciente foi removida para a Sala de Recuperação Pós-anestésica. Cerca de 5 horas após o término da cirurgia, foi solicitada a presença do anestesiológico: a paciente estava agitada e ainda persistia o bloqueio sensitivo nos membros inferiores. Apresentava ptose palpebral, miose, congestão de conjuntiva e intenso rubor cutâneo, sinais estes presentes na hemiface esquerda e ausentes na direita. A paciente acusava ainda parestesias na face medial do antebraço esquerdo. A conduta adotada foi expectante, explicando-se que o quadro desapareceria brevemente. Com efeito, cerca de uma hora mais tarde todos os sinais acima descritos haviam desaparecido, paralela-

mente à regressão do bloqueio sensitivo nos membros inferiores.

COMENTÁRIOS

A ocorrência da síndrome de Claude Bernard-Horner acompanhando anestesia peridural lombar foi registrada pela primeira vez em 1970 por Usubiaga e col¹⁰. Dois anos mais tarde, Kepes e col⁷ descreveram o fenômeno associado a bloqueio peridural caudal para analgesia de parto. Diversos relatos se seguiram^{2,3,4,8,9}, ressaltando deles as seguintes observações: a) o fenômeno é quase sempre unilateral; b) é paralelo a grande extensão do bloqueio no sentido longitudinal; c) ocorre, na quase totalidade dos casos, em parturientes.

O mecanismo da síndrome de Claude Bernard-Horner associada à anestesia peridural, ainda não está totalmente esclarecido. Reis Jr. e col⁹ acreditam que ele deve ser o mesmo que leva à instalação de bloqueio peridural unilateral, podendo estar envolvido um dos seguintes fatores: a) aderências existentes no espaço peridural, que podem interferir na dispersão da solução; b) injeção do anestésico numa das regiões paravertebrais, através de cateter nela introduzido erroneamente; c) gravidade, facilitando a deposição da solução nas porções mais baixas do espaço peridural (e daí para a região paravertebral) quando o paciente é mantido em decúbito lateral; d) posição anterolateral do cateter, em relação à duramáter. Para Bromage¹, o fato de que o quadro tem sido registrado em pacientes nas quais o parto é conduzido com doses relativamente altas de ocitócicos, sugere uma relação

causal que acarretaria incidência elevada da síndrome de Claude Bernard-Horner em unidades obstétricas onde é prática comum o uso de doses generosas destas substâncias. O mesmo autor considera que o fenômeno constitui mais um atestado da grande difusão anestésica que caracteriza o bloqueio peridural na grávida a termo.

O que chama a atenção no caso ora descrito, é o grande espaço de tempo decorrido entre a injeção da solução de bupivacaína e a comprovação dos sinais característicos da síndrome de Claude Bernard-Horner. Reis Jr. e col⁹, em 1977, já haviam focalizado a grande variação deste lapso de tempo nos casos até então publicados; não obstante, o período de 5 - 6 horas observado nesta paciente é inusitado. É possível que o quadro tenha se instalado num tempo inferior a este, sem que a paciente (ou a Enfermagem) tenha acusado o fato. De qualquer maneira, ficou patente o paralelismo entre o desaparecimento do fenômeno e a regressão do bloqueio peridural.

Outro fato que merece atenção neste caso é a ocorrência de parestesias no membro superior ipsilateral. A localização das mesmas fala a favor da difusão longitudinal exagerada da solução anestésica, pelo menos até o nível de C₈, uma vez que elas ocorreram no território inervado pelo cutâneo medial do antebraço (formado por fibras provenientes de T₁ e C₈).

Concluindo, devemos lembrar que a ocorrência da síndrome de Claude Bernard-Horner em anestesia peridural, embora seja considerada uma complicação benigna da técnica, traduz extensão exagerada do bloqueio simpático, que pode eventualmente ter implicações mais sérias em anestesia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bromage P R – Epidural Analgesia, Philadelphia, WB Saunders Co, 1978: 588.
2. Carrie L E S, Mohan J – Horner's syndrome following obstetric extradural block. Br J Anaesth 1976: 48: 611 - 612.
3. Collier C B – Horner's syndrome following obstetric extradural block analgesia. Br J Anaesth 1975: 47: 1342 - 1343.
4. Evans J M, Gauci C A, Watkins G – Horner's syndrome as a complication of lumbar extradural block. Anaesthesia 1975: 30: 774 - 777.
5. Guyton A C – Estrutura e Função do Sistema Nervoso, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974: 139.
6. Houssay B A, Lewis J T, Orías O, Menéndez E B, Hug E, Foglia V G, Leloir L F – Fisiología Humana, 3ª ed, Buenos Aires, El Ateneo, 1958: 1345 - 1350.
7. Kepes E R, Martinez L R, Pantuk E, Stark D C C – Horner's syndrome following caudal anesthesia. N Y State J Med 1972: 72: 946 - 950.
8. Mohan J, Potter J M – Pupillary constriction and ptosis following caudal epidural analgesia. Anaesthesia 1975: 30: 769 - 773.
9. Reis Jr A, Lorenzo A V, Slikta F J – Anestesia peridural e síndrome de Claude Bernard-Horner. Rev Bras Anest 1977: 27: 413 - 424.
10. Usubiaga J E, Reis Jr A, Usubiaga L E – Epidural misplacement of catheters and mechanisms of unilateral blockade. Anesthesiology 1970: 32: 158 - 164.
11. Wylle W D, Churchill-Davidson H C – A Practice of Anaesthesia, 4th ed, London, Lloyd-Luke Medical Ltda, 1978: 1127 - 1128.