

Pneumotórax Após Bloqueio do Plexo Braquial. Relato de um Caso ‡

José Teles da Silva, EA¶ & José Adão Lopes§

Relato de um caso

A técnica do bloqueio do plexo braquial por via supraclavicular tornou-se muito conhecida em todo o mundo desde a sua introdução por Kuhlenkampff em 1911².

As principais indicações do bloqueio do plexo braquial são para o tratamento de fraturas, luxações e traumatismo do antebraço e mão, bem como exérese do cisto sinovial do punho.

O plexo braquial é constituído pela fusão dos ramos ventrais das raízes nervosas correspondentes a C₅, C₆, C₇, C₈ e T₁ e de alguns ramos de C₄ e T₂.

O volume de anestésico local injetado no bloqueio é tão importante quanto a sua concentração, respeitando-se o limite tóxico de cada anestésico. Assim, no adulto, devemos sempre injetar um volume nunca inferior a 25 ml para que o bloqueio seja perfeito. São imperiosas a canulização de uma veia, sedação do paciente e ter em mãos todo material de anestesia geral e de reanimação.

Falhas da técnica podem levar a complicações graves ou mesmo fatais, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Uma das complicações mais sérias que pode ocorrer é o pneumotórax, objetivo desta comunicação.

Relato do Caso: Paciente de 26 anos, 50 kg, estado físico 1 (ASA ps) foi encaminhada para exérese de cisto sinovial do punho esquerdo. Após medicação pré-anestésica com venóclise à direita, a pressão arterial e os batimentos cardíacos eram normais. O bloqueio foi realizado com agulha 40x8, conforme a técnica habitual e, injetados 30 ml de bupivacaína a 0,3% (90 mg). Após o tempo de latência médio do anestésico, o membro superior esquerdo do paciente estava completamente bloqueado; tempo de operação, 50 minutos. Sessenta minutos após, começou a referir desconforto torácico que rapidamente progrediu para dor à ventilação normal. Duas horas depois, apresentou dispnéia, taquisfigmia, palidez e taquicardia. A dor tornou-se insuportável agravando-se com a inspiração profunda. Imediatamente depois foi realizada

telerradiografia do tórax em PA (Fig. 1) que evidenciou pneumotórax de mais de dois terços do pulmão esquerdo. Levada com urgência à sala de operação, praticou-se toracotomia esquerda com drenagem contínua (sêlo d'água) mantida por 48 horas com aspiração.

Após a constatação radiológica da reexpansão total do pulmão esquerdo, foi retirado o dreno. Depois de cinco dias de tratamento hospitalar, a paciente recebeu alta.

COMENTÁRIOS

O pneumotórax, durante a realização do bloqueio, é devido a laceração da pleura visceral pela agulha. O ar não penetra no espaço pleural através da agulha; extravasa do parênquima pulmonar pelo orifício pleural¹.

Uma vez diagnosticado, o pneumotórax deve ser drenado imediatamente. A drenagem em sêlo d'água é a conduta mais eficiente para o sucesso terapêutico (Fig.2).

Nos casos de pequenos pneumotóraces, a reexpansão pulmonar ocorre quase sempre sem necessidade de tratamento específico³.

Segundo Bonica⁵ a incidência de pneumotórax como complicações do bloqueio do plexo braquial pela técnica de Kuhlenkampff, varia de 0,66 até 2%. Nos pacientes com capacidade vital reduzida, a exacerbação da sintomatologia do pneumotórax é evidente⁴.

A exuberância da sintomatologia, bem como a precocidade da instalação do pneumotórax no nosso caso, contrariando o aparecimento lento já descrito por alguns autores, independe de pressão positiva sobre as vias aéreas¹.

Após a realização de bloqueio do plexo braquial pela técnica supraclavicular, deve-se manter o paciente sob observação clínica, no mínimo por 24 horas, mesmo que o ato cirúrgico assim não o exija.

Outras técnicas de bloquear o plexo braquial eliminam, praticamente, o risco de pneumotórax.

‡ Trabalho realizado na Casa de Saúde São Raimundo, Fortaleza, CE

¶ Membro do CET-SBA do Instituto de Anestesiologia e Pneumologia do Ceará (IAPC) - Casa de Saúde São Raimundo, Fortaleza, CE

§ Médico Ex-Estagiário do CET-SBA do Instituto de Anestesiologia e Pneumologia do Ceará (IAPC) - Anestesta do Hospital Fernandes Távora - Fortaleza, CE

Correspondência para José Teles da Silva

R. Fausto Cabral, 56 - Planalto de Aldeota, 60.000 Fortaleza, CE

Recebido em 30 de maio de 1980

Aceito para publicação em 12 de junho de 1980

© Direitos Reservados à Sociedade Brasileira de Anestesiologia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collins V J - Bloqueios de Nervos Espinhais Cervicais. Collins V J - Princípios de Anestesiologia, 2^o Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 679, 1978.
2. Kuhlenkampff D - Anesthesia of brachial plexus. Zentralbl' Chir 38:1337 - , 1911.
3. Nocite J R, Moreira V A - Penumotórax após bloqueio pela via supraclavicular. Rev Bras Anest 29:91 - 93, 1979.
4. Wylie W D, Churchill-Davidson H C - Anestesiologia, 3^o Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 48, 1974.
5. Bonica J J

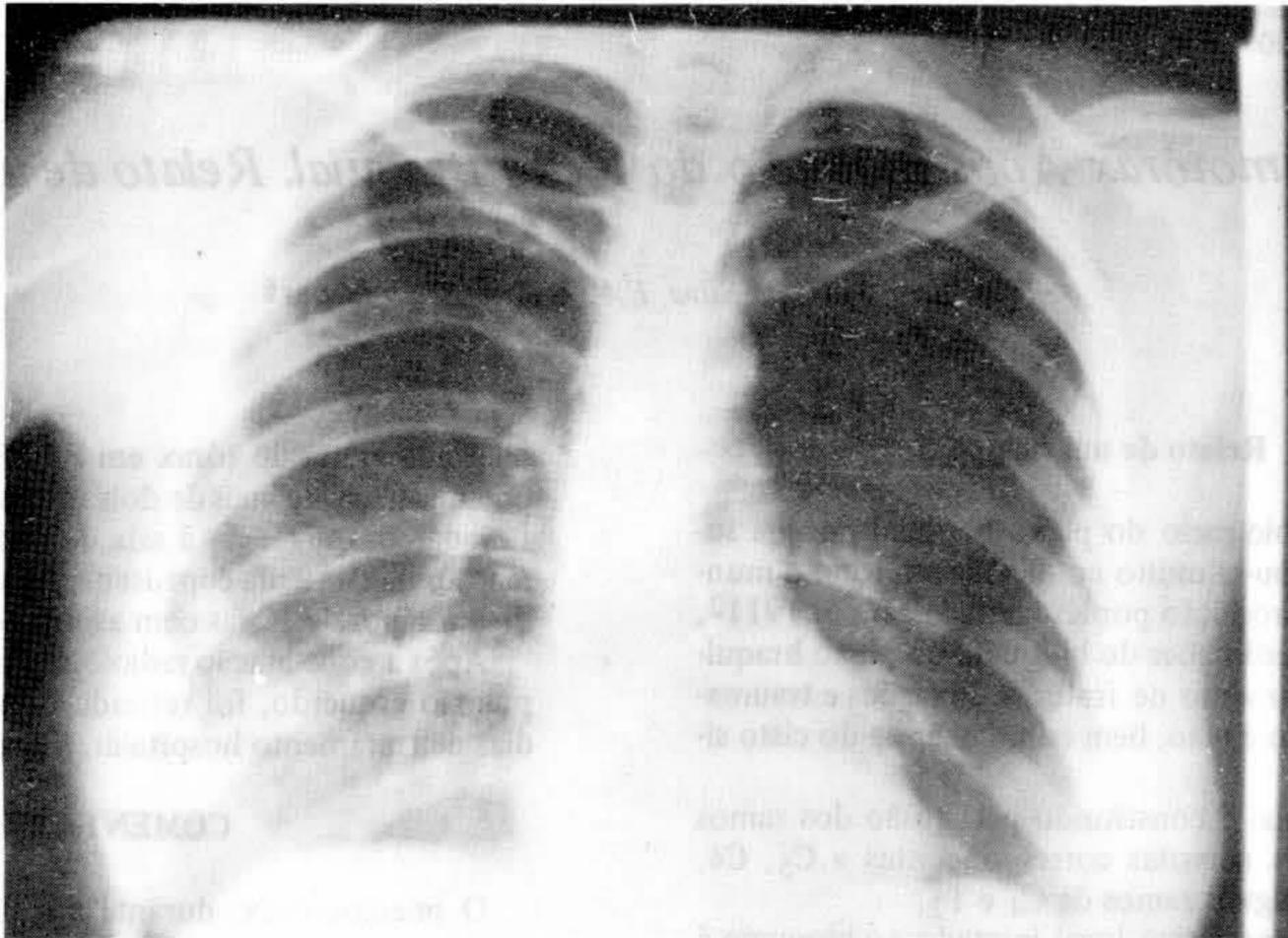


Fig. 1 - Teleradiografia do Tórax em P. A., mostrando volumoso pneumático (mais de 2/3 do pulmão colabado).

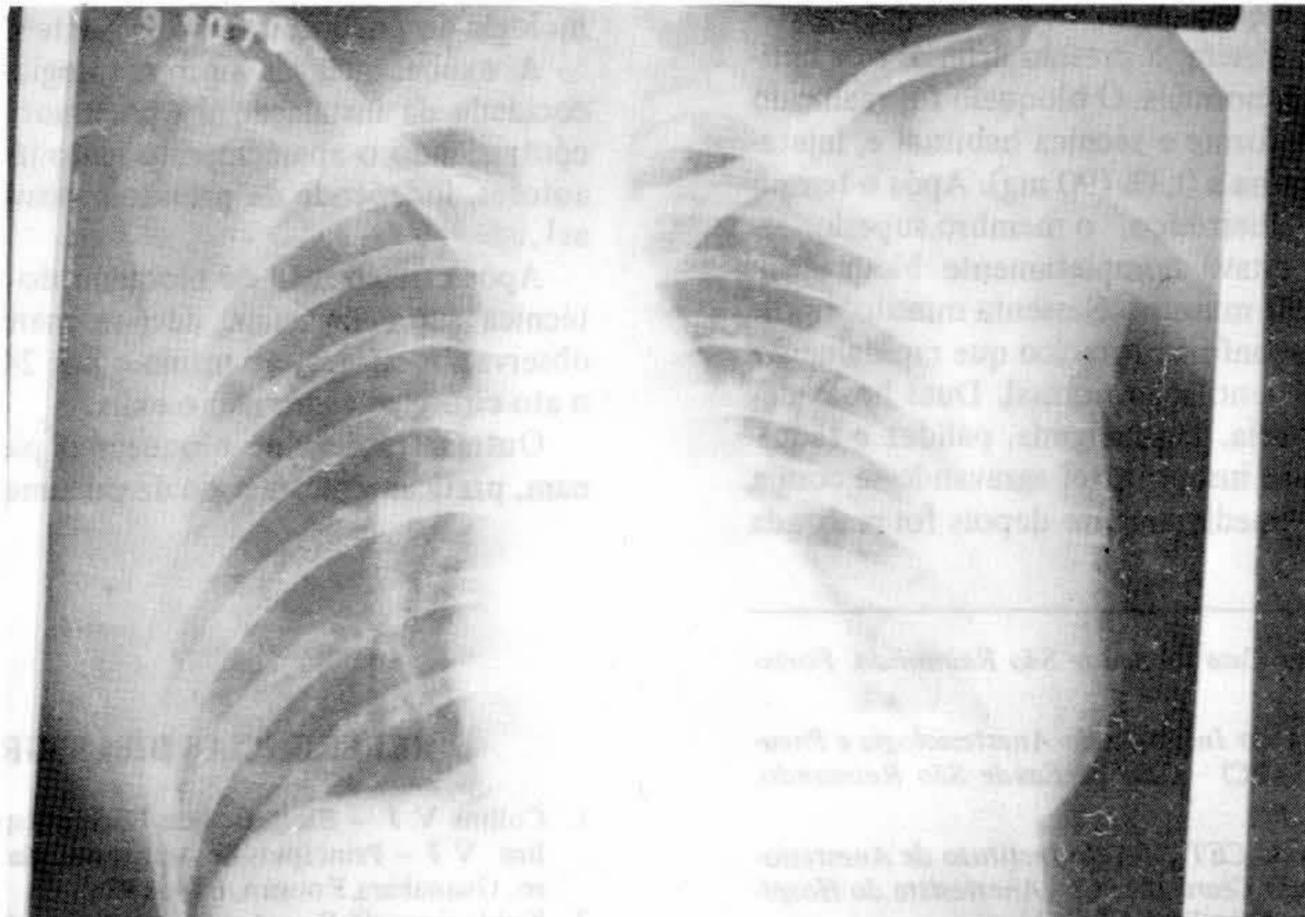


Fig. 2 - Teleradiografia do tórax em P. A., mostrando a reexpansão do pulmão após drenagem em sêlo d'água.