

RAQUEANESTESIA

Resultados de exames neurológicos tardios (*)

DR. PETER SPIEGEL, E.A. (**)

DR. BENTO M. V. GONÇALVES, E.A. (***)

DR. RENAUD A. MENEZES, E.A. (**)

DR. FÁBIO DE MELLO (**)

Uma das principais críticas à raqueanestesia tem sido a possibilidade aventada por alguns, de que possa causar sequelas neurológicas tardias permanentes e mais ou menos graves. Pretendemos com o presente trabalho, confirmar, mais uma vez, as observações de outros autores^{1, 2, 3, 4} de que com técnica cuidadosa não ocorrem sequelas neurológicas graves e permanentes. Em nosso serviço realizamos e ensinamos a raqueanestesia com todo o rigor da técnica e em três anos não observamos nenhum acidente tardio do tipo síndrome de cauda equina, mielite ou aracnoidite.

Dentre as sequelas neurológicas mais freqüentes já relatamos a incidência de 11,23% de cefaléia pós-raqui⁵.

O presente trabalho foi realizado com a colaboração da equipe de neuro cirurgia, que examinou nossos pacientes no ambulatório, após a alta hospitalar. Êste exame neurológico foi feito entre 10 e 40 dias após a raqueanestesia.

Material e Método

Realizamos a anestesia⁶ com material autoclavado em bandeja de aço inoxidável, numa temperatura de 120°C, durante 20 min., incluindo seringas, agulhas, serrinhas, anestésicos, glicose e adrenalina. A punção é feita com todo o rigor

(⁶) Trabalho realizado no Serviço de Anestesia do Hospital de Clínicas Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, GB., e apresentado no IX Congresso Brasileiro de Anestesiologia, Salvador, Bahia, novembro de 1962.

(**) Anestesiologistas assistentes do Serviço.

(***) Anestesiologista, chefe do Serviço.

AP2687

de assepsia e antissepsia. O anestesista além do uniforme da S.O. usa gôrró, máscara e luvas; a antissepsia é realizada com tintura de "Sterylderme", colocando-se a seguir um campo fenestrado no local da punção. A solução de anestésico a ser injetada é preparada antes da antissepsia da pele do paciente. Usamos agulha 80, 60, ou 100/7 (esta nossa ordem de freqüência), de bixel curto. Geralmente, a punção é feita em decúbito lateral, após infiltração local com agulha pequena, o local varia entre L2 e L5.

O anestésico usado de rotina é a tetracaína (Nèotuto-caína) a 1%, diluída em volume igual de glicose a 10% mais 0,3 a 0,5 ml de adrenalina a 1:1000.

As anestésias foram realizadas pelos anestesistas do serviço ou, sob seu contróle, por médicos em treinamento. Num período de treze meses foram realizadas 532 raqueanestésias.

Os pacientes foram solicitados a comparecer ao Ambulatório de Neurocirurgia pelo menos 10 dias após a realização da anestesia, onde foram submetidos a exames neurológicos e anamnese dirigida. A escolha dos pacientes era fortuita, tendo entretanto vigorado certa seleção, no sentido de enviar ao neurologista todos os enfermos que durante a visita pós-operatória já manifestassem síndrome neurológica (ex Caso 14).

RESULTADOS

Este relatório abrange o resultado do exame pós-anestésico de 97 pacientes (18,2% do total dos casos anestesiados). Dêstes apenas dois (casos 14 e 97) apresentaram sintômas que podem ter sido causados pela raqueanestesia. Sete pacientes tiveram dor lombar por ocasião do exame pós-operatório; 8 apresentaram dor nos membros inferiores (três dos quais também incluídos nos casos relatados de lombalgia) sem achados neurológicos positivos. Nos demais, não houve qualquer evidência de distúrbio neurológico objetivo.

CASO 14 — Raquialgia

Punção difícil por falta de cooperação (em decúbito lateral direito). Injetados 6 mg de tetracaína hiperbárica com adrenalina, em L2 — L3 após tentar L3 — L4 e L4 — L5. — A raquialgia típica apareceu no primeiro dia pós-operatório e regrediu com analgésicos. Encaminhada ao serviço de Neurocirurgia, alguns dias depois ainda apresentou lombalgia, porém nenhum déficit neurológico.

CASO 31 — Hipoestesia em faixa T12 a L2, mais nítida à esquerda.

Esta paciente submeteu-se a uma pielolitomia esquerda. Consi-

deramos o déficit neurológico como conseqüência de manipulação cirúrgica paravertebral ao nível D12-L2.

CASO 51 — Discreta hipoestesia no território do nervo tibial anterior.

Operação: Vulvectomia simples. Hipoestesia provavelmente devido à posição na S.O.

CASO 82 — Paralisia do nervo ciático popliteo externo à esquerda.

Esta paciente com 70 anos submeteu-se a uma colpoperineorrafia anterior e posterior, permanecendo 2 horas e 45 minutos em posição de litotomia. A punção foi dificultada por calcificação da coluna, sendo injetados 6 mg de tetracaina hiperbárica com adrenalina. Acreditamos que esta síndrome foi causada por posição operatória viciosa e prolongada. A sintomatologia regrediu espontaneamente no decorrer de três meses.

CASO 97 — Meralgia parestésica típica do lado esquerdo.

Esta paciente submeteu-se a uma histerectomia abdominal, apendicectomia e diverticulectomia. Foram injetados, sem nenhuma dificuldade, 11 mg de tetracaina hiperbárica com 0,3 ml de adrenalina entre L3 — L4.

É possível que a síndrome tenha sido causada pela compressão do nervo femorocutâneo por um afastador mal colocado, mas não podemos excluir a raqueanestesia como fator etiológico.

COMENTÁRIOS

Em três anos foram realizadas em nosso Hospital aproximadamente duas mil raqueanestesias, em pacientes sem doença neurológica ativa. Em nenhum dos pacientes foram observadas seqüelas neurológicas graves ou permanentes tais com síndrome de cauda equina, meningite, aracnoidite ascendente, parestias ou paralisias. Desta casuística computamos apenas pequena parcela como amostra, que foi levada a exame neurológico, para confirmação de impressão clínica, de que a raqueanestesia feita com todos os cuidados de técnica não causa lesão neurológica grave.

RESUMO

Cinco casos com síndrome neurológica transitória, dos quais apenas 2 podem ser imputados especificamente à anestesia raquídea, num total de 97 pacientes que se submeteram a exame neurológico tardio pós-raquianestesia foi a incidência encontrada nesta pesquisa clínica. Considerando que nenhum enfermo apresentou seqüelas permanentes, ou de recuperação prolongada podemos concluir que a ra-

que anestesia, quando realizada com os devidos cuidados técnicos, é um método que não produz lesões neurológicas graves.

A G R A D E C I M E N T O

Agradecemos a colaboração da equipe de neuro-cirurgia do prof. Oscar Fontenelle no exame pós-operatório dos pacientes.

S U M M A R Y

A REPORT ON POST-SPINAL NEUROLOGICAL EXAMINATION

The authors report the results of neurological examination in 97 patients who received spinal anesthesia. There were five cases of minor, temporary, neurological complications; only two may have been due to spinal block and none was permanent. Post-spinal headache was not included in this clinical investigation.

R E F E R Ê N C I A S

- 1) Dripps, R. D. e Vandam, L. D.: Long-term follow-up of patients who received 10.098 spinal anesthetics — Failure to discover major neurological sequelae. J. A. M. A. 156:1486, 1954.
- 2) Sadove e Levin — Neurological complications of spinal anesthesia after the use in more than 10.000 cases. Ill. Med. J. 105:169, 1954.
- 3) Stephen, C. R.; Martin, R. e Nowill, W. K.: How safe is spinal anesthesia in present day practice — North Carolina Med. J. 15:33, 1954.
- 4) Greene, N. M.: Neurological sequelae of spinal anesthesia — Anesthesiology 22:682, 1961.
- 4) Menezes, R. A4.: Incidência da cefaléia pós-raque anestesia — Trabalho apresentado na IV Jornada de Anestesiologia do Estado da Guanabara, 1962.
- 6) Spiegel, P.: Raqueanestesia — Bol. do Col. Bras. Cir., 34:22, 1962.

DR. PETER SPIEGEL
Rua Guilhermina Guinle. 114
Rio de Janeiro - GB.

E R R A T A

Os autores do trabalho "uso de esteroides na terapêutica do edema sub-glótico produzido pelas manobras de entubação traqueal em crianças", publicado na página 77 da Revista do mês de março de 1963 (ano 13, n.º 1) apareceu truncado por lapso de revisão.

O correto é:

"Drs. R. L. Nicoletti, E.A.; P. M. Soares; C. S. Curti; M. Sato e Ddo. J. R. Medeiros".