



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Perda intermitente de consciência durante cesariana sob raquianestesia: relato de caso



Selda Kayaalti *

Develi Public Hospital, Department of Anesthesiology and Reanimation, Kayseri, Turquia

Recebido em 7 de junho de 2019; aceito em 7 de setembro de 2019

Disponível na Internet em 30 de novembro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Anestesia;
Obstetria;
Complicações;
Bloqueio subdural;
Inconsciência

KEYWORDS

Anesthesia;
Obstetric;
Complications;
Subdural block;
Unconsciousness

Resumo A perda de consciência durante a raquianestesia é uma complicação rara, mas assustadora. Essa complicação geralmente está relacionada à grave hipotensão e bradicardia, mas, neste caso, a perda de consciência ocorreu em uma paciente parturiente hemodinamicamente estável. Apresentamos o caso de uma paciente de 31 anos, submetida a uma cesariana de emergência. A paciente perdeu a consciência e apresentou apneia que teve início 10 minutos após a raquianestesia bem-sucedida e repetiu o episódio três vezes por 25 minutos, a despeito de sua hemodinâmica estável. O caso foi considerado como um bloqueio subdural e a paciente recebeu suporte respiratório. Espera-se que o bloqueio subdural inicie lentamente (aproximadamente 15–20 minutos), mas, neste caso, cerca de 10 minutos após a anestesia, a paciente repentinamente perdeu a consciência. Após a recuperação da consciência e o retorno da respiração espontânea, a paciente que estava orientada e cooperativa apresentou nível de bloqueio sensorial em T4. Havia bloqueio motor em ambas as extremidades inferiores. O bloqueio sensorio-motor terminou quatro horas após a injeção intratecal e a paciente recebeu alta hospitalar dois dias depois, sem complicações. Considerando o exposto, os pacientes que recebem raquianestesia devem ser atentamente observados para quaisquer complicações indesejáveis.

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Intermittent loss of consciousness during cesarean section under spinal anesthesia: a case report

Abstract Loss of consciousness during spinal anesthesia is a rare but scary complication. This complication is generally related to severe hypotension and bradycardia, but in this case, the loss of consciousness occurred in a hemodynamically stable parturient patient. We present a 31 years-old patient who underwent an emergency cesarean section. She lost consciousness and had apnea that started 10 minutes after successful spinal anesthesia and repeated three

* Autor para correspondência.

E-mails: drselda@hotmail.com, selda.kayaalti@saglik.gov.tr

times for a total of 25 minutes, despite the stable hemodynamics of the patient. The case was considered a subdural block, and the patient was provided with respiratory support. The subdural block is expected to start slowly (approximately 15–20 minutes), but in this case, after about 10 minutes of receiving anesthesia, the patient suddenly had a loss of consciousness. After the recovery of consciousness and return of spontaneous respiration, the level of a sensory block of the patient, who was cooperative and oriented, was T4. There were motor blocks in both lower extremities. Four hours after intrathecal injection, both the sensory and motor blocks ended, and she was discharged two days later with no complications. Hence, patients who receive spinal anesthesia should be closely observed for any such undesirable complications.

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Sumário

Neste relato de caso, objetivamos apresentar o caso de uma paciente com perda de consciência (*Loss of Consciousness* – LOC) intermitente e períodos de apneia, que iniciaram 10 minutos (min) a partir da raquianestesia, mas apresentava hemodinâmica estável. Há diferenças importantes os entre relatos de casos na literatura e o nosso relato de caso. Primeiro, os sintomas de pupilas dilatadas já foram detectados em casos na literatura devido à propagação intracraniana do anestésico local, mas as pupilas de nossa paciente estavam normais. Segundo, a despeito de outros relatos de caso, em nosso caso, três períodos curtos de LOC e apneia foram observados em intervalos de 5 min nessa paciente.

Introdução

Ultimamente, a preferência pela raquianestesia em cesariana é maior.¹ Essa preferência ocorre porque a anestesia regional é mais segura para a mãe e o feto.² Além disso, a consciência durante o parto de seus bebês também é a razão pela qual a raquianestesia é preferida pelas pacientes. No entanto, foram relatadas complicações graves que causam perda transitória de consciência (*Loss of Consciousness* – LOC) durante a raquianestesia.

Objetivamos apresentar uma paciente que teve LOC intermitente e períodos de apneia a partir de 10 minutos da raquianestesia com hemodinâmica estável. Diferentemente de outros casos na literatura que relataram LOC durante a raquianestesia, três períodos curtos de LOC e apneia foram observados em intervalos de 5 min nessa paciente.^{3,4} Obtivemos da paciente a assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido para a publicação deste relato de caso.

Relato de caso

Uma parturiente de 31 anos em trabalho de parto (grávida 4, paridade 3) foi encaminhada em caráter de emergência para uma cesariana devido a repetidas cesarianas. A paciente não tinha história de doença médica ou psiquiátrica e não houve complicações sob anestesia geral durante as cesárias anteriores. Os achados laboratoriais pré-operatórios

estavam dentro dos limites normais. Não foi administrada pré-medicação, exceto por 1.000 mL de solução de NaCl a 0,9% administrados no período pré-operatório. A pressão arterial basal era de 120/70 mmHg, a frequência cardíaca de 70 bpm e a SpO₂ de 96%. Uma única tentativa foi feita com uma agulha espinhal Quincke 25G (Galena, Kadıköy, Istambul, Turquia) no espaço intervertebral L3–4 em posição sentada e sob condições assépticas.

Uma infusão intratecal lenta foi feita com 1,9 mL de bupivacaína hiperbárica a 0,5%. A paciente foi imediatamente posicionada em supinação, com leve posicionamento lateral esquerdo para evitar a compressão uterina. Em seguida, oxigênio suplementar foi administrado (2 e 3 L.min⁻¹). A paciente atingiu o nível de bloqueio sensitivo T4 em 3 min após a injeção intratecal (escore de Bromage modificado⁵ = 3). Uma única dose de efedrina (10 mg) foi administrada quando sua pressão arterial chegou a 90/50 mmHg nos primeiros 10 min. Então, a pressão arterial voltou ao normal (110/80 mmHg).

Quando o bebê nasceu no décimo minuto da anestesia, a paciente subitamente apresentou LOC. Ela não respondeu aos estímulos verbais e dolorosos e sua respiração parou. Após o nascimento do bebê, nenhum outro medicamento além da ocitocina foi administrado (20 UI de ocitocina em 1.000 mL de NaCl a 0,9% foram administrados por duas horas imediatamente após o parto). Antes da perda de consciência, a paciente não fez queixa de náusea, vômito, fraqueza muscular, dificuldade de respirar ou dor no peito. Seus sinais vitais também estavam estáveis (pressão arterial e frequência cardíaca de 110/70 mmHg e 70 bpm, respectivamente). As pupilas estavam normais e seu reflexo pupilar à luz era positivo. A paciente recebeu suporte respiratório imediato via máscara com balão. Como a duração do período de apneia não podia ser estimado, a paciente não foi intubada, mas sua consciência e esforço respiratório espontâneo foram avaliados em intervalos de 2 minutos. Após 5 minutos, a paciente começou a respirar espontaneamente e estava consciente, cooperativa e orientada. Não houve aumento dos níveis de bloqueio sensitivo e motor.

Após cerca de 5 minutos, um novo período de apneia ocorreu e a paciente ficou inconsciente. O segundo período de LOC também durou cerca de 5 minutos. Então, após um período consecutivo de 5 minutos, a paciente perdeu a consciência pela terceira vez. Durante esse período,

sua respiração era rápida e superficial, mas não parou completamente. Nesse terceiro episódio, a paciente foi apoiada com a manobra de inclinação da cabeça/elevação do queixo e oxigenação via máscara. O último período de LOC durou cerca de 3 minutos. Durante os dois últimos episódios, a pressão arterial e a frequência cardíaca registradas foram de 110/70 mmHg e 80 bpm e 100/70 mmHg e 80 bpm, respectivamente. A paciente permaneceu estável até o fim da operação e nenhum outro problema foi encontrado. Para análises de pH do sangue arterial, glicemia e eletrólitos, amostras de sangue foram coletadas durante os períodos de apneia da paciente. Não houve anormalidades nos resultados dos testes para explicar a LOC (glicose no sangue: 85 mmol.L⁻¹, hemoglobina: 12,3 g.dL⁻¹, plaquetas: 144.10⁹/L, leucócitos: 8,49.10⁹/L, aspartato transaminase/alanina transaminase [AST/ALT]: 22,5/16,8 U.L⁻¹, razão BUN/creatinina [BUN/Cr]: 8/0,57 mg.dL⁻¹, Na/K: 141/3,7 mmol.L⁻¹, Ca: 7,9 mg.dL⁻¹, pH do sangue arterial: 7,48, PCO₂: 29,4 mmHg, PO₂: 85,6 mmHg e SO₂: 95,8%). Quatro horas após a injeção intratecal, a paciente apresentou escore de Bromage modificado = 0. Quando foi perguntada sobre os episódios de LOC, a paciente disse não conseguir lembrar-se de nada. Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio foi feita no pós-operatório e nenhuma patologia foi detectada. A paciente recebeu alta após dois dias sem complicações.

Discussão

Complicações cerebrais, tais como pré-eclâmpsia, crises de ausência, embolia por líquido amniótico, embolia pulmonar ou eventos cranianos agudos estão entre as causas de LOC em pacientes submetidas à cesariana. Complicações relacionadas à raquianestesia, como um bloqueio espinal total ou um bloqueio subdural, também podem causar LOC.

A paciente não tinha história de pré-eclâmpsia ou epilepsia. Não houve complicações, como espumar pela boca, espasmos ou movimentos circulares dos olhos. Portanto, acreditou-se que a perda de consciência não foi devida a uma convulsão. Seus níveis de glicose no sangue também estavam dentro dos limites normais. Não houve sintomas sugestivos de reação alérgica.

A paciente não foi intubada porque sua consciência retornou rapidamente em um curto período de 5 min. A paciente não respondeu a estímulos repetidos e dolorosos. Seu estado de apneia foi observado por dois anestesistas que, ao mesmo tempo, confirmaram que o transtorno mental da paciente não era histérico.

A embolia por líquido amniótico é uma das piores complicações da gravidez. Quatro critérios para o diagnóstico incluem: hipotensão aguda ou parada cardíaca, hipóxia aguda, coagulopatia ou sangramento grave.⁶ A paciente não apresentou hipotensão, instabilidade cardiovascular ou coagulopatia. Também não apresentou queixa de dor no peito ou falta de ar antes dos episódios de LOC.

Davis et al.⁷ relataram o caso de uma paciente com embolia aérea que ocorreu na artéria cerebral durante uma cesariana. No entanto, em sua paciente, recuperação tardia após a anestesia geral e déficits neurológicos que duraram dias foram identificados, além de LOC intraoperatória. Em nossa paciente, nenhum déficit neurológico foi detectado.

A tomografia pós-operatória não revelou patologia. A falta de Doppler precordial ou ecocardiografia no momento dos episódios de LOC ou após a recuperação para excluir o diagnóstico de embolia aérea ou defeitos cardíacos é a limitação desse relato de caso.

O bloqueio espinal total é uma complicação rara, mas de risco para a vida. É caracterizada por LOC, hipotensão, bradicardia e insuficiência respiratória.⁸ Nossa paciente apresentou hipotensão leve apenas uma vez e permaneceu hemodinamicamente estável durante toda a operação. Portanto, o diagnóstico de bloqueio espinal total também foi excluído.

Em dois relatos de caso^{3,4} de LOC durante cesariana sob raquianestesia, nenhuma instabilidade cardiovascular foi observada. As pacientes dos casos relatados por Bhati et al.³ e Chan et al.⁴ apresentaram LOC e insuficiência respiratória com durações aproximadas de 30 min e uma hora após 12 e 20 min da injeção intratecal, respectivamente. Os autores concluíram que esses eventos podem ser devidos ao bloqueio subdural.

Há muitos relatos de casos que descrevem complicações relacionadas ao bloqueio subdural após raquianestesia ou anestesia peridural. O bloqueio subdural deve começar lentamente (aproximadamente 15–20 min). Porém, como o espaço subdural é limitado, apneia e LOC podem ser observadas em pouco tempo devido à disseminação intracraniana após a administração da solução anestésica. Em nossa paciente, os sintomas foram observados após 10 min. Vários relatos de caso^{9–11} identificaram o mesmo tempo para o aparecimento dos sintomas ou até um tempo menor (dentro de 1–2 min). Ao contrário de outros relatos de caso, três períodos curtos de LOC e apneia foram observados em intervalos de 5 min em nosso caso.

Acredita-se que o início rápido do bloqueio subdural seja uma razão altamente provável para a perda de consciência. Com suporte rápido e adequado, a paciente se recuperou sem outras complicações ou sequelas.

Financiamento

Não houve apoio financeiro ao trabalho por parte de pessoa/organização.

Conflitos de interesse

O autor declara não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Siddik-Sayyid S, Zbeidy R. Practice guidelines for obstetric anesthesia. *Middle East J Anesthesiol.* 2008;19:1291–303.
2. Jadon A. Complications of regional and general anaesthesia in obstetric practice. *Indian J Anaesth.* 2010;54:415–20.
3. Bhati FS, Vijayvergia VK, Laxmi V, et al. Loss of consciousness following spinal anaesthesia for caesarean section. *Indian J Anaesth.* 2004;48:57–8.
4. Chan Y, Gopinathan R, Rajendram R. Loss of consciousness following spinal anaesthesia for caesarean section. *Br J Anaesth.* 2000;85:474–6.

5. Bromage PR. A comparison of the hydrochloride and carbon dioxide salts of lidocaine and prilocaine in epidural analgesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1965;16:55–69.
6. Kaur K, Bhardwaj M, Kumar P, et al. Amniotic fluid embolism. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2016;32:153–9.
7. Davis F, Glover P, Maycock E. Hyperbaric oxygen for cerebral arterial air embolism occurring during caesarian section. *Anaesth Intensive Care*. 1990;18:403–5.
8. Collier C. Total spinal or massive subdural block? *Anaesth Intensive Care*. 1982;10:92–3.
9. Karaca Ö, Ahiskaloğlu A, Aksoy M, et al. What happened? An inexplicable case: Accidental subdural block. *Agri*. 2018;30:31–4.
10. Kalil A. Unintended subdural injection: a complication of epidural anesthesia - a case report. *AANA J*. 2006;74:207–11.
11. Wills JH. Rapid onset of massive subdural anesthesia. *Region Anesth Pain Med*. 2005;30:299–302.