

## CO 7 - BLOQUEIO ESPINHAL TOTAL EM CIRURGIA OFTALMOLÓGICA – UM RELATO DE CASO

Carolina Sousa Dias<sup>1</sup>, Teresa Sanchez<sup>1</sup>, Joana Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHULC - HOSPITAL DE SAO JOSE

A realização de bloqueio anestésico retrobulbar para cirurgia da câmara posterior do olho é uma prática comum, eficaz e segura, ainda que não isenta de riscos. A descrição do presente caso pretende alertar para umas das complicações mais temidas do bloqueio oftálmico, cujo desafio diagnóstico e gestão exigem da parte do anestesiológista elevado grau de suspeição e agilidade de atuação.

O caso reporta uma doente do sexo feminino, de 91 anos, estado físico ASA III, parcialmente dependente nas atividades de vida diária, proposta para vitrectomia via *pars plana* do olho esquerdo por descolamento da retina. Como antecedentes médicos apresenta insuficiência cardíaca NYHA II, obesidade (IMC 50 kg/m<sup>2</sup>) e patologia osteogenerativa, medicada com furosemida 20mg/dia e paracetamol em SOS. Dos métodos complementares de diagnóstico, sem alterações a relatar. Foi submetida a sedoanalgesia com fentanil 20mcg, droperidol 0.625mg e bloqueio retrobulbar esquerdo, com injeção de 2.5mL de ropivacaína a 1% e 2.5mL de lidocaína a 2%. Aproximadamente dois minutos após a injeção de anestésico local, desenvolve-se um quadro clínico súbito de alteração do estado de consciência com GCS 3 (O1V1M1), acompanhado de midríase fixa do olho direito, taquicardia sinusal com frequência cardíaca máxima de 150bpm, pico hipertensivo com pressão arterial sistólica máxima de 225mmHg, seguido de apneia central. Procedeu-se a administração de propofol 20mg, intubação orotraqueal, e conexão a prótese ventilatória em CMV sem intercorrências, mantendo-se bem oxigenada e ventilada. Manteve-se hemodinamicamente estável, com PAM 70mHg e normocárdica. Foi transferida para o serviço de urgência, onde realizou métodos complementares de diagnóstico, nomeadamente tomografia computadorizada crânio-encefálica, sem quaisquer alterações. O quadro foi progressivamente revertendo, com recuperação do estado de consciência, tendo sido possível o desmame ventilatório e a extubação com sucesso ao final de quatro horas. A doente manteve-se estável, sob vigilância, e teve alta para domicílio ao final de 48 horas.

A inadequada realização da técnica é responsável pela maioria das complicações associadas ao bloqueio anestésico oftálmico. O quadro clínico é compatível com anestesia do tronco cerebral, explicado pela dispersão do anestésico local para o espaço subaracnoideu, através da punção inadvertida da artéria oftálmica ou das meninges que envolvem o nervo óptico. Embora seja uma intercorrência rara desta técnica, deve ser mantido um baixo limiar de suspeição, dada a potencial gravidade do quadro clínico. Ao reconhecimento precoce deve-se seguir uma

abordagem sistematizada ABCDE, sendo a evolução, na maioria dos casos, favorável, com remissão completa dos sintomas ao final de poucas horas.

A vigilância e monitorização cautelosas devem acompanhar a realização de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos, sendo a presença de um anestesiológico imprescindível à qualidade dos serviços prestados e à segurança dos doentes.



