**Título:** SÍNDROME DE HORNER COMPLETO NA SEQUÊNCIA DE ANESTESIA EPIDURAL PARA CESARIANA

**Autores:** Joana Tinoco, André Eloy, Catarina Azevedo

**Instituições:** Centro Hospitalar de Setúbal (Joana Tinoco e André Eloy) Hospital Beatriz Ângelo (Catarina Azevedo)

**Área Terapêutica/Tema:** Anestesia Regional (Regional Anaesthesia)

**Resumo:**

SÍNDROME DE HORNER COMPLETO NA SEQUÊNCIA DE ANESTESIA EPIDURAL PARA CESARIANA.

Joana Tinoco, André Eloy, Catarina Azevedo.  
Serviço de Anestesiologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

Resumo  
Introdução: A analgesia de trabalho de parto é atualmente um procedimento comum na prática da anestesiologia. Apesar de ser uma técnica segura, não está livre de complicações. A Síndrome de Horner, parcial ou completa, é uma complicação rara, descrita na literatura, associada a analgesia/anestesia epidural. Na maioria das vezes esta complicação é benigna e auto-limitada, contudo, na sua sequência, pode ocorrer paragem respiratória e/ou cardíaca. Na população obstétrica, a incidência da síndrome de Horner é superior, em virtude de alterações fisiológicas e anatómicas que potenciam a dispersão cefálica e o aumento da sensibilidade do sistema nervoso ao anestésico local.

Caso clínico: Grávida de 31 anos (152cm, IMC 29), ASA II, primípara (40s+5d) sem antecedentes pessoais relevantes. Admitida em fase ativa do trabalho de parto, com 3 cm de dilatação. Foi realizado bloqueio sequencial para analgesia. Técnica linear, punção única, nível L3-L4, mediana, com a doente sentada. Administraram-se 2,5µg(0,5mL) de sufentanil intratecal e 3mg(1,5mL) de ropivacaína 0,2% pelo cateter epidural, sem intercorrências. Passadas 12 horas e após 4 repicagens [8mL ropivacaina 0.2% cada, as 3 primeiras com 2mL(10 µg) sufentanil, a doente é encaminhada para cesariana por paragem de progressão do trabalho de parto, tendo a última administração sido feita 2h antes. Após aspiração negativa, foram lentamente administrados 97,5mg(13mL) de ropivacaína 0,75%. Deu-se início à cirurgia assim que constatado bloqueio sensitivo ao nível adequado de T5. Cerca de 30 minutos após a administração verifica-se ocorrência de S. de Horner completo unilateral à esquerda (miose, ptose, enoftalmia, anisocoria e hiperémia conjuntival) associado a diminuição da força no membro superior esquerdo e parestesia do tronco ipsilateral. Aproximadamente 2 horas após o final da cirurgia, a força do membro superior foi recuperada e às 6 horas os sintomas regrediram na totalidade sem permanência de défices neurológicos.

Discussão: Sendo a S. Horner uma complicação rara, o diagnóstico atempado e vigilância tornam-se primordiais, permitindo prevenir possíveis complicações de um bloqueio simpático alto (insuficiência respiratória e/ou paragem cardíaca). É importante explicar e tranquilizar a parturiente, para evitar ansiedade. Geralmente é transitória, pelo que a sua não resolução deverá incentivar uma avaliação completa para exclusão de outras etiologias.

Referências:  
1. Clayton KC. The incidence of Horner’s syndrome during lumbar extradural for elective Caesarean section and provision of analgesia during labour. Anaesthesia. 1983;38:583–5  
2. Day CJ, Shutt LE. Auditory, ocular, and facial complications of central neural block. A review of possible mechanisms. Reg Anesth. 1996;21:197–20  
3. Reg Anesth. 1996;21:197–201



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_