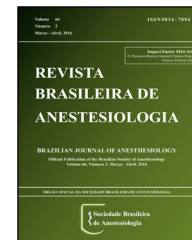




REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

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



INFORMAÇÃO CLÍNICA

Bloqueio do quadrado lombar: estamos cientes de seus efeitos colaterais? Relato de dois casos

Miguel Sá^{a,*}, José Miguel Cardoso^a, Hugo Reis^a, Marta Esteves^a, José Sampaio^a, Isabel Gouveia^b, Pilar Carballada^a, Célia Pinheiro^a e Duarte Machado^a

^a Centro Hospitalar de Trás-dos-Montes e Alto Douro, Departamento de Anestesiologia e Terapêutica da Dor, Vila Real, Portugal

^b Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Departamento de Anestesiologia, Matosinhos, Portugal

Recebido em 9 de julho de 2016; aceito em 21 de setembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Quadrado lombar;
Ultrassom;
Dor;
Anestesia regional;
Bloqueio de nervos
periféricos

Resumo

Justificativa e objetivos: O bloqueio do quadrado lombar foi primeiramente descrito em 2007 e tem como objetivo o bloqueio dos mesmos nervos envolvidos no bloqueio do plano transversal abdominal, ao atingir algumas inervações viscerais, bem como devido à maior proximidade com o neuroeixo e cadeia simpática. Dada a sua versatilidade, temos usado esse bloqueio com sucesso em uma grande variedade de procedimentos. Relatamos dois casos nos quais acreditamos que a dispersão do anestésico local pode ter levado a uma complicação não descrita previamente.

Relatos clínicos: Relatamos dois casos nos quais fizemos o bloqueio do quadrado lombar tipo II e anestesia geral para gastrectomia total e hemicolecotomia direita. Não houve eventos notáveis durante o bloqueio e a indução da anestesia geral, mas, dentro de 30 a 40 minutos, observamos grave hipotensão e taquicardia. Como outros motivos para a hipotensão foram descartados, o evento foi interpretado como simpatólise induzida pelo bloqueio devido à dispersão cefálica do anestésico local para os espaços paravertebral e epidural e tratado com sucesso com efedrina e aumento da taxa de infusão de cristaloides.

Conclusões: O bloqueio do quadrado lombar oferece segurança na execução e fornece analgesia eficaz à parede abdominal e vísceras. Porém, a possibilidade de provocar episódios indesejáveis requer cautela em sua execução e, por conseguinte, os médicos precisam estar atentos. As questões relacionadas à dosagem ideal, aos volumes, ao tempo de bloqueio e à pertinência dos cateteres permanecem indefinidas.

© 2016 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/>).

* Autor para correspondência.

E-mail: miguel.srmv@gmail.com (M. Sá).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.04.023>

0034-7094/© 2016 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/>).

Como citar este artigo: Sá M, et al. Bloqueio do quadrado lombar: estamos cientes de seus efeitos colaterais? Relato de dois casos. Rev Bras Anesthesiol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.04.023>

KEYWORDS

Quadratus lumborum;
Ultrasound;
Pain;
Regional anesthesia;
Peripheral nerve
block

Quadratus lumborum block: are we aware of its side effects? A report of 2 cases

Abstract

Background and objectives: The quadratus lumborum block was initially described in 2007 and aims at blocking the same nerves as the ones involved on the Transverse Abdominis Plane block, while accomplishing some visceral enervation as well due to closer proximity with the neuroaxis and sympathetic trunk. Given its versatility, we have successfully used it in a wide range of procedures. We report two cases where we believe the dispersion of local anesthetic is likely to have led to a previously undescribed complication.

Clinical reports: We report two cases in which we performed a quadratus lumborum type II block and general anesthesia for total gastrectomy and right hemicolectomy. There were no noteworthy events while performing the block and inducing general anesthesia, but within 30–40 min serious hypotension and tachycardia were noted. As other motives for hypotension were ruled out, the event was interpreted as block-induced sympatholysis due to cephalad dispersion of the local anesthetic to the paravertebral and epidural space, and successfully managed with ephedrine and increase of the crystalloid infusion rate.

Conclusions: The quadratus Lumborum block is safe to execute and provides effective abdominal wall and visceral analgesia. However, the possibility of eliciting undesired episodes should prompt caution when performing this block and practitioners should thereafter remain vigilant. Questions regarding ideal dosing, volumes, timing of block and pertinence of catheters remain to be answered.

© 2016 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/>).

Introdução

Em 2007, R. Blanco descreveu o bloqueio do quadrado lombar (QLB) guiado por ultrassom, que consiste na deposição guiada por ultrassom de anestésico local (AL) na superfície anterolateral do músculo QL, atinge os mesmos nervos que os envolvidos no bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) enquanto também atinge algumas enervação visceral devido à maior proximidade com o neuroeixo e o tronco simpático. Em 2013, uma técnica opcional foi descrita com as mesmas referências anatômicas usadas para o bloqueio do plexo lombar (método *shamrock*), sob o argumento de que há uma disseminação menos redundante de AL em uma direção anterolateral.¹ Finalmente, Blanco descreveu o tipo 2 de QLB (QLB2), uma variação que consiste na deposição de AL posteriormente ao QL, que agora é de sua preferência graças à disseminação mais previsível de AL no espaço paravertebral, ao melhor perfil de segurança e à melhor resolução ultrassonográfica devido ao ponto mais superficial da injeção.² Recentemente, abordagens oblíquas parassagitais foram desenvolvidas, mas ainda não há dados definitivos sobre sua eficácia.³

Usamos o QLB2 com sucesso em uma grande variedade de procedimentos, inclusive gastrectomias, colectomias, prostatectomias, nefrectomias, cistectomias, cesarianas e histerectomias. Apresentamos dois casos nos quais o uso de QLB2 levou a uma complicação não descrita e discutiremos suas implicações, bem como o seu potencial como uma arma analgésica versátil.

Caso 1

Paciente do sexo masculino, 83 anos, apresentou-se em nosso hospital para gastrectomia total eletiva devido a

carcinoma de células gástricas emanel de sinete responsável por sua perda de peso (65–52 kg em três meses), astenia e obstrução parcial do trato gastrointestinal. A história progressiva revelou hiperplasia prostática benigna e bloqueio completo do ramo esquerdo. O hemograma revelou apenas anemia microcítica hipocrômica leve. Como o paciente recusou uma peridural para o controle da dor, nossa equipe visou a obter benefícios semelhantes com um QLB2 bilateral.

O paciente foi monitorado de acordo com padrões da Sociedade Americana de Anestesiologistas (PA 124/62 mmHg, FC 73 bpm) e pré-medicação com midazolam (1 mg) e fentanil (0,05 mg). Um QLB2 bilateral foi feito com 20 mL de levobupivacaína a 0,25% em cada lado, com uma agulha de 100 mm e calibre 21G (Stimuplex® Ultra 22G, B. Braun, Melsungen, Alemanha), guiado por ultrassom (Venue 40 Ultrasound, GE Healthcare, com transdutor de matriz linear de banda larga de 5–13 MHz), com abordagem em plano, de lateral para medial. Após o bloqueio, a indução em sequência rápida e intubação foram feitas sem intercorrências com fentanil (3 mcg.kg⁻¹), propofol (2 mg.kg⁻¹) e rocuroônio (1,2 mg.kg⁻¹). A anestesia foi mantida com sevoflurano e mistura de O₂/ar (50/50).

Aproximadamente 40 minutos (min) após o bloqueio, o paciente apresentou uma súbita queda da PA (70/40 mmHg) e aumento da FC (100 bpm), que não poderiam ser explicados por medicamentos ou evento cirúrgico agudo. Esse acontecimento foi interpretado como simpatólise secundária ao QLB2 (com taquicardia reflexa) e controlado com efedrina (10 mg) e aumento da taxa de infusão de cristaloides. A produção urinária permaneceu bem acima de 1 mL.kg⁻¹.h⁻¹ durante todo o procedimento.

A analgesia consistiu em apenas 1 g de paracetamol 30 min antes do término do procedimento. O paciente também recebeu 4 mg de ondansetrona para profilaxia de náusea e vômito no pós-operatório (NVPO). Sob outros aspectos, o

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8611021>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8611021>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)