

## INJEÇÃO SUBARACNOIDÉIA ACIDENTAL DE TRI-ETIL-IODETO DE GALAMINA

### Relato de um case

DR. GILBERTO NUNES DA CUNHA, E.A. (\*)  
DR. RICARDO REIXACH GRANÉS (\*\*)

Embora este acidente tenha sido relatado (1), voltamos ao assunto porque casos semelhantes se repetem com certa frequência em nosso meio e nem sempre a recuperação do paciente tem sido possível.

Recentemente tivemos ocasião de observá-lo em nosso serviço e, graças ao pronto diagnóstico e à terapêutica instituída, pudemos ter o paciente clinicamente recuperado em 24 horas.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

E. M., com 47 anos de idade, foi admitida ao hospital para ser operada de fibromioma do corpo uterino. Exames pré-operatórios satisfatórios. A anestesia de escolha foi um bloqueio subaracnoideo com lidocaina a 5% (Xilocaina pesada). A seqüência de eventos foi a seguinte:

8,30 h — Com a paciente sentada foi feita uma punção subaracnoidéia entre L3 e L4, sem dificuldades, líquido límpido. Injetado por engano 2 ml (40 mg) de tri-etil-iodeto de galamina (Flaxedil). A paciente foi colocada em decúbito dorsal horizontal, veia canulizada, gotejamente de sôro gli-

---

(\*) Chefe do Serv. de Anest. da Sta. Casa de Baurú, Baurú, SP.

(\*\*) Chefe da Clínica Neurológica e Neurocirúrgica da Sta. Casa de Baurú, SP.

cosado a 5% e injetados 1,5 mg de metedrina por via endovenosa.

8,40 h — Não havia sinal de bloqueio, mas a paciente estava bem; iniciaram-se os preparativos para fazer a anestesia geral, quando um membro do serviço examinando a ampola vazia verificou o engano cometido, eram 8,55 h e foi pedido o concurso do neurologista.

9,00 h — Paciente com náusea e vômito e contrações mioclônicas em ambos os pés; 150 mg de tiopental a 2,5% e 0,5 mg de atropina injetados na veia. Pressão arterial 13 x 9 e pulso 84. Respiração 22/minuto.

9,35 h — Nova punção em L3 e L4, retirando 20 ml de líquido ligeiramente hemorrágico que foi enviado ao laboratório; injetados 20 ml de soro fisiológico, manobra que se repetiu por 5 vezes, tendo sido usado um total de 100 ml de soro; 50 mg de tiopental na veia.

9,45 h — As contrações se propagam ascendentemente pelos membros inferiores, sendo principalmente visíveis nos músculos glúteos, (tipo tremor mioclônico); logo se tornam mais fortes assumindo o caráter de verdadeiras contraturas espásticas; P.A. 14x9 e pulso 120.

9,50 h — Paciente agitada; nova dose de tiopental (75 mg), repetida (75 mg) logo após; temperatura axilar 36,8° C.

10,00 h — Novamente bastante agitada; contrações menos intensas. Aplicado por via intramuscular 50 mg de mepazina e 100 mg de meperidina. Dissecada veia anterior do maleolo interno, instalado novo gotejamento de soro glicosado a 5% e injetados 50 mg de tiopental E.V.

10,20 h — Transportada para a sala de recuperação e instituídos os seguintes cuidados: P.A. pulso e respiração cada 30 minutos; temperatura axilar cada 3 horas; sonda vesical; soro glicosado a 5% — 1.500 ml; soro fisiológico — 500 ml.

12,25 h — Contrações de fraca intensidade por todo o corpo; 12,5 mg de clorpromazina e 50 mg de meperidina I.M.

14,00 h — Bastante agitada; contrações mais fortes e generalizadas; tiopental 75 mg E.V.

16,00 h — Contrações de fraca intensidade localizadas na perna esquerda e braço direito.

21,00 h — Um pouco agitada; consciente, queixando-se de dor ao longo da coluna; meperidina 50 mg e clorpromazina 12,5 mg por via intramuscular; 150 mg de tiopental lentamente na veia.

No primeiro dia pós-operatório, queixou-se de dores musculares, sendo medicada com meperidina — 50 mg e clorpro-

mazina — 12,5 mg, por via intramuscular. Vinte e quatro horas após o acidente, foi transferida para o leito. Passou bem o resto do dia e iniciou a alimentação oral sem maiores incidentes.

Resultado do exame do líquido céfalo-raquidiano turvo e com hemáceas; pleocitose, 4/mm<sup>3</sup>; proteínas, 0,3g/litro; reações de Pandy, Ross, None, Takata, Kahn e bacterioscopia pelo gram, negativas.

A medicação administrada nas primeiras vinte e quatro horas foi a seguinte: tiopental a 2,5%, 625 mg; meperidina, 250 mg; clorpromazina, 37,5 mg; mepazina, 50 mg; fluidos endovenosos, 2.500 ml.

O exame neurológico realizado 26,30 h após o acidente, não revelou anormalidades. A paciente teve alta no segundo dia, clinicamente restabelecida. Examinamos esta paciente periodicamente no ambulatório e um mês após estava passando bem, aguardando vaga para ser operada.

### CARACTERÍSTICAS DO FLAXEDIL

O Flaxedil é o triodoetilato de galamina, possui um teor de iodo de 42,07%. A solução comercial é a 2% (ampolas de 2 ml), a sua densidade a 15°C é 1010, portanto hiperbárica em relação ao líquido, e o pH é aproximadamente 6,4.

### COMENTÁRIOS

O principal sintoma apresentado pela nossa paciente foi convulsão e não tivemos o grave quadro do caso de Branco e Geretto (1). Constatado o engano, a primeira e principal medida é a lavagem do espaço subaracnoideo com soro fisiológico. O resto é terapêutica sintomática: tiopental, se houver convulsões, analgésicos, fluidos por via venosa, vitaminas B1 e B12, etc. Não vemos necessidade do uso da hidrocortisona.

Outro dado que merece atenção nesta paciente, é o tempo decorrido entre a injeção da droga e o aparecimento dos primeiros sintomas, apenas 30 minutos, em desacôrdo com os casos já relatados, em que os sintomas apareceram após 3 horas.

Outros relaxantes musculares, quando introduzidos no espaço subaracnoideo causam convulsões e isso foi verificado primeiramente com a d-tubo-curarina (2). Em 1952, Dundee dizia haver alguma evidência clínica de que o tri-etil-iodeto de galamina injetado intratecalmente no homem produziria convulsões (3). Infelizmente nos faltaram recur-

para determinar a quantidade de "Flaxedil" no líquido enviado ao laboratório.

Naturalmente prevenir é melhor do que remediar, assim aconselhamos abandonar o uso de prateleiras nas quais as mais diversas drogas estão estocadas e prontas para serem usadas. Certas ampolas de relaxantes musculares são semelhantes às ampolas de anestésicos de uso subaracnoideo e se prestam a confusões. O hábito tão generalizado da enfermeira abrir a ampola do anestésico para o anestesista aspirar o conteúdo e depois injetar na raque deve ser abandonado; não só pelo risco da enfermeira ter apanhado uma droga errada, mas também pelo perigo de contaminação. Muito mais segura é a rotina que autoclava no próprio estôjo, junto com as seringas e agulhas, o anestésico previamente separado; a ampola será manuseada pelo próprio anestesista que tem possibilidade de descobrir uma troca accidental, além de diminuir o risco de contaminação.

Todo bloqueio subaracnoideo ineficaz é suspeito da possibilidade de ter havido troca de drogas e, antes de repetir o bloqueio ou instituir uma anestesia geral, é obrigatório a verificação do medicamento empregado. Esta simples medida evita que uma anestesia geral mascare o erro, ou que se instale tardiamente a terapêutica correta.

#### RESUMO

Os autores apresentam um caso de injeção accidental subaracnoidéa de galamina, com recuperação total do paciente. Relatam pormenorizadamente a sintomatologia apresentada e a terapêutica instituída. Sugerem medidas para evitar essa desagradável ocorrência.

#### SUMMARY

##### ACCIDENTAL SUB-DURAL INJECTION OF GALAMINE (FLAXEDIL)

The authors report a case of accidental injection of gallamine into the subarachnoid space. The patient recuperated without sequelae. They describe the symptomatology and the therapeutic employed, suggesting measures to prevent such unpleasant occurrence.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BRANCO JUNIOR, L. e GERETTO, P. — Introdução inadvertida de Flaxedil na raque. Rev. Paul. de Med. 58: 389, 1958.
2. SALAMA, S. e WRIGHT — Action of d-tubocurarine chloride on the central nervous system of the cat. — Brit. J. Pharmacology 49: 64, 1950.
3. DUNDEE, J. W. — Personal communication. — Citado por Evans, T. and Gray, F. C. — General Anaesthesia — 1st. Ed. — Butterworth, London, 1959, p. 412.

DR. GILBERTO NUNES DA CUNHA

Rua 13 de Maio, 14-20

Bauru - SP.