



54^a **JOSULBRA** 
Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia

TEMAS LIVRES



**ROHNELT MACHADO DE OLIVEIRA
FRANCISCO AMARAL EGYDIO DE CARVALHO**



54^a JOSULBRA 
Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia

Rohnelt Machado de Oliveira
Francisco Amaral Egydio de Carvalho

EDITORES:
Rohnelt Machado de Oliveira
Francisco Amaral Egydio de Carvalho

TEMAS LIVRES

54^a JOSULBRA 

Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia

SPA

SOCIEDADE PARANAENSE DE ANESTESIOLOGIA

CURITIBA 2019

www.spa.org.br | spa@spa.org.br

Temas Livres JOSULBRA 2019

Copyright© 2019, Sociedade Paranaense de Anestesiologia
Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer sistema,
sem prévio consentimento da SPA.



SPA – DIRETORIA 2019/2020	
Presidente:	DR ^a . MARISTELA BUENO LOPES
Vice-Presidente:	DR. ROHNELT MACHADO DE OLIVEIRA
1 ^a Secretário:	DR. PAULO ARMANDO RIBAS JR.
2 ^o Secretária:	DR ^a . SARITA FRANÇA COFFANI
1 ^a Tesoureira:	DR ^a . LARISSA SALES OTTOBONI
2 ^o Tesoureiro:	DR. JOSE LUIS ASTIGARRAGA MAIDANA
Diretor Científico:	DR. ADEMAR SILVA NETO
Vice-Diretor Científico:	DR. RICARDO ANDRADE ALEXANDRINO



COMISSÃO ORGANIZADORA	
Presidente:	DR. FABIANO TADASHI SHIOHARA
Tesouraria	DR ^a . MARISTELA BUENO LOPES
Tesouraria	DR. ROHNELT MACHADO DE OLIVEIRA
Secretaria	DR. RICARDO ANDRADE ALEXANDRINO
Secretaria	DR ^a . ÚRSULA BUENO DO PRADO GUIRRO
Comissão Social	DR ^a . SARITA FRANÇA COFFANI
Comissão Científica	DR. ADEMAR SILVA NETO DR. FRANCISCO AMARAL EGYDIO DE CARVALHO DR. PAULO ARMANDO RIBAS JR DR. PAULO ADILSON HERRERA

FICHA CATALOGRÁFICA

Temas Livres JOSULBRA 2019 / Editores: Rohnelt Machado de Oliveira, Francisco Amaral Egydio de Carvalho. Curitiba - Sociedade Paranaense de Anestesiologia/SPA, 2019. 72 p.; 14,8 x 21 cm.;

ISBN ----- Vários colaboradores.

1. Anestesiologia – Temas Livres.
 - I. Sociedade Paranaense de Anestesiologia.
 - II. Oliveira Rohnelt.
 - III. Carvalho Francisco.

CDD -

O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es). Produzido pela Sociedade Paranaense de Anestesiologia.

Material Digital de distribuição exclusiva aos médicos anesthesiologistas. Produzido durante a 540 Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia em Curitiba- Paraná.

Sociedade Paranaense de Anestesiologia
Rua Itupava 72- Alto da XV – Curitiba - Paraná
Fone: (41)3264-6666 | Fax: (41)3263-3333
Spa.org.br

APRESENTAÇÃO



TEMAS LIVRES

54^a JOSULBRA 

Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia

24 a 26 de maio de 2019

Estação Convention – Curitiba | PR



SUMÁRIO



15 - 16

ANALGESIA CONTÍNUA VIA CATETER EM PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA LOBECTOMIA PULMONAR INFERIOR

Batista, Guilherme Tadashi Hono; Camargo Junior, de Pedro Tavares; Lopes, Maicon Piana; Piratelo, Fernando Martins.

17 - 18

ANALGESIA POR CATETER INTRA-LESIONAL EM CIRURGIA DE CARCINOMA INVASIVO DE BEXIGA

Wichmann, Jessica Francine; Delbello, Ricardo Baraldo; Melo, Natalia Elisa Boing; Winckler, Diego Carrão.

19 - 20

ANESTESIA EM PACIENTE COM POSSÍVEL SUSCETIBILIDADE PARA HIPERTERMIA MALIGNA – RELATO DE CASO

Andrade, Wyndira Marhalle Simião Nunes Venâncio; Machado, Ezequiel Milani; de Carvalho, Emerson Alexandre Penteado.

21 - 22

ANESTESIA NA DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA

Taguchi, Dany William; Lima, Breno; Machry, Viviane.

23 - 24

ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

de Franceschi, Luciana Dal Prá; Basso, Letícia Hellen; de Lima, Breno José Santiago Bezerra; Benedetti, Roberto Henrique

25 - 26

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS – RELATO DE CASO

Cabral, Camille; Muehlbauer, Eloá; Sakuma, Karinne; Pereira, Raôni.

27 - 28

ANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE DISTROFIA MUSCULAR E VIA AÉREA DIFÍCIL

Carvalho, Izabel; Porsani, Douglas Flavio; Piratelo, Fernando Martins.

29 - 30

BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA APÓS PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

Pizzichini, Marisa; Macedo, Lúcio Sordi; Cardoso, Danilo Wolff; Laurindo, Thiago Vinicius Froes.

31 - 32

BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA MODIFICADO - RELATO DE CASO

Guimarães, Andrieli Caroline Vieira; Gurgel, Sanderland José Tavares; Biatto, Fernanda Pestana; Berto, Rafael Teruel.

33 - 34

BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM LAMINECTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE CASO

Pereira, Natalia Forni; de Paula, Welton Everton Rodrigues; Murad, Mayara Vieira.

35 - 36

BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR GUIADO POR US PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Bernardino, Aline Fernandes; Colucci, Caio Funck; de Paula, Welton Everton Rodrigues; Jeusti, Camila Maso.

37 - 38

BLOQUEIO PROLONGADO DE NERVO SAFENO E CIÁTICO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO

Mendes, Leticia Tramontin; Marcato, Beatriz Paranhos; Wagner, Hannelyze; Bernart, Júlia.

39 - 40

DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I - PARTICULARIDADES DA TÉCNICA ANESTÉSICA E FATORES RELACIONADOS

Cabral, Camille; Smiderle, Angélica; Nunes, Mariana.

41 - 42

EFICÁCIA DO ESP BLOCK PARA ANALGESIA EM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Sposito, Rafael Justini; Andrade, Pedro Maçada; Cota, Guilherme de Holanda; de Mendonça, Alan Diego.

43 - 44

FREQÜÊNCIA DE IDEIAÇÃO SUICIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ANESTESIOLOGISTAS

Sousa, Samuel da Rosa; Franck, Claudio Luciano; Madeira, Kristian; Ambrosio; Pedro Gabriel.

45 - 46

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR LESÃO DEFINITIVA DO NERVO LARÍNGEO RECORRENTE APÓS TIREOIDECTOMIA

Jeusti, Camila Maso; Colucci, Caio Funck; Bernardino, Aline Fernandes; de Paula, Welton Everton Rodrigues.

47 - 48

INTOXICAÇÃO INADVERTIDA POR SULFATO DE MAGNÉSIO EM COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Herrera, Paulo Adilson; de Menezes, Augusto Lopes; Pedrollo, Lucas Delfino; Caldeira, Deize.

49 - 50

INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM PACIENTE ACORDADO COM VIDEOLARINGOSCÓPIO PARA RESSECÇÃO DE GRANDE TUMOR DE CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO

de Paula, Welton Everton Rodrigues; Colucci, Caio Funck; Jeusti, Camila Maso; Bernardino, Aline Fernandes.

51 - 52

MANEJO ANESTÉSICO DE USUÁRIO CRÔNICO DE COCAÍNA SUBMETIDO À GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA - RELATO DE CASO

Pizzichini, Marisa; Laurindo, Thiago Vinicius Froes; Macedo, Lúcio Sordi; Cardoso, Danilo Wolff.

53 - 54

MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM VENTILAÇÃO MONOPULMONAR

Carvalho, Antonio Andrigo Ferreira; Lima, Breno José Santiago Bezerra; Taguchi, Dany William.

55 - 56

NEURALGIA PÓS HERPÉTICA- BLOQUEIO PARAVERTEBRAL GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA: RELATO DE CASO

Melo, Natalia Elisa Boing; e Silva, Andre Souza; Wichmann, Jessica Francine; Lima, Breno.

57 - 58

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR ENOVELAMENTO DE HASTE METÁLICA APÓS IOT PROLONGADA COM TUBO ARAMADO

Voltoini, Guilherme; Franck, Claudio Luciano; de Melo, Raquel Jardim; Sousa, Samuel da Rosa.

59 - 60

RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM GRAVE DEFORMIDADE DA COLUNA TORÁCICA E LOMBAR

Sousa, Samuel da Rosa; Leite, André Luís Neves; Leite, Fernanda Almeida; Boccato, Maria Israela Cortez.

61 - 62

RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA EPIDERMÓLISE BOLHOSA

Cunha, Diogo Rodrigues da Silva; Bernardin, Cristiane de Pauli; Negri, Mayara Galante.

63 - 64

RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA TORACOSCOPIA E BIÓPSIA MEDIASTINAL COM MÁSCARA LARÍNGEA

Bernardin, Cristiane de Pauli; Cunha, Diogo Rodrigues da Silva; dos Santos, Bruna Bastiani.

65 - 66

RELATO DE CASO: MANEJO DE VIA AÉREA E DESPERTAR ANESTÉSICO, COM PASSAGEM DE MÁSCARA LARÍNGEA POSTERIORMENTE À EXTUBAÇÃO EM PACIENTE COM MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)

Aquino, Mirna Lopes; Sales, Samuel Mendes; Gonçalves, Mariana Fagundes.

67 - 68

SÍNDROME DE HORNER TRANSITÓRIA SECUNDÁRIA A ANESTESIA PERIDURAL CERVICAL: UM RELATO DE CASO

Scheffer, Bruno Eduardo; Herrera, Paulo Adilson.

69 - 70

**TRANSPLANTE RENAL VIDEOLAPAROSCÓPICO: ANESTESIA GERAL BALANCEADA ASSO-
CIADA A ANALGESIA MULTIMODAL – RELATO DE CASO**

da Silva, Aglaher Mayra Stocco; Dal Prá, Mariana; Tonin, Maria Fernanda Gasparetto; Cardoso, Arthur Ruzzon.

71 - 72

**VALIDADE DA ANESTESIA LIVRE DE OPIÁCEOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA
BARIÁTRICA**

Serra, Caroline Esteves; Nogaroto, Jaqueline; Jorge, Jaime João; Maria, Luis Fernando Rodrigues.

ANALGESIA CONTÍNUA VIA CATETER EM PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA LOBECTOMIA PULMONAR INFERIOR

Batista, Guilherme Tadashi Hono; Camargo Junior, de Pedro Tavares; Lopes, Maicon Pi-ana; Piratelo, Fernando Martins. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 15-16.

Introdução:

O bloqueio do plano do eretor da espinha (Erector Spinae Plane - ESP) é um bloqueio do plano interfascial descrito em 2016, em que o anestésico local é injetado no plano entre o músculo eretor da espinha e o processo transverso da vértebra torácica subjacente, atuando, nos ramos dorsais e ventrais dos nervos espinhais torácicos¹. Estudos já demonstraram a aplicação do bloqueio ESP em diversos procedimentos, tais quais, videotoracoscopia, toracotomia, lobectomia pulmonar, fraturas de costela, cirurgia abdominal, entre outros².

Relato de Caso:

LFL, 25 anos, submetida a lobectomia inferior esquerda mais toracostomia, devido a bronquiectasias e pneumonias de repetição, sem outras comorbidades. Foi realizada anestesia endovenosa total com propofol e remifentanil, em seguida realizado bloqueio ecoguiado em plano eretor da espinha à esquerda com 30 ml de ropivacaina 2% e infusão contínua 5 ml/h via cateter. Cirurgia teve duração de 6 horas, com estabilidade hemodinâmica em todo perioperatório. Extubada ao final do procedimento e encaminhada à unidade de terapia intensiva mantendo analgesia em cateter, com infusão aumentada para 7 ml/h. No primeiro dia pós operatório paciente relatou dor 2/10 (somente ao movimentar). Optado por aumentar vazão para 8 ml/h mais bolus de ropivacaina 0,2% 10 ml 12/12h e morfina 2 mg EV. No segundo pós operatório não apresentou queixas álgicas, sendo optado por retirada do cateter de analgesia.

Discussão:

O bloqueio ESP é realizado em um plano musculofascial longe do neuroeixo, sendo assim, o paciente não é exposto às complicações típicas da anestesia neuroaxial. Os principais pontos de referência do processo transverso e o músculo eretor da espinha são facilmente visualizados na ultrassonografia, tornando a técnica relativamente simples de ser executada. Isso, combinado com a analgesia imediata e profunda que acompanha o bloqueio, o torna uma opção atrativa para procedimento torácicos, independentemente da etiologia¹. Aliado a isso, o bloqueio ESP permite a inserção de cateter, o que é importante para a analgesia contínua, diminuindo o uso de opioides, melhorando o manejo da dor e, por consequência, reduzindo a permanência intra-hospitalar. Em nosso caso, a paciente foi submetida a uma lobectomia inferior esquerda, tendo o bloqueio ESP e a inserção de cateter desempenhado bem suas funções.

Conclusão:

Nesse contexto, o bloqueio ESP pode ser uma técnica adequada na prática de anestesia e algologia.

Referências

- 1) Forero M.; Adhikary S.D.; Lopez H.; et al. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. **Reg Anesth Pain Med.** 2016;41:621-7.
- 2) Yayık A. M.; Ahiskaliogiu A.; Çelik E. C.; et al. Bloqueio do eretor da espinha para analgesia pós-operatória de cirurgia de fratura de múltiplas costelas: relato de caso. **Rev Bras Anesthesiol.** 2019;69(1):91-94.

ANALGESIA POR CATETER INTRA-LESIONAL EM CIRURGIA DE CARCINOMA INVASIVO DE BEXIGA

Wichmann, Jessica Francine; Delbello, Ricardo Baraldo; Melo, Natalia Elisa Boing; Winckler, Diego Carrão. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 17-18.

Introdução:

Cistectomia Radical (CR) com dissecação de linfonodos pélvicos é o tratamento padrão-ouro para o carcinoma invasivo de bexiga. A analgesia por cateter intra-lesional com infiltração contínua da ferida (ICF) para CR no plano do transversal abdominal é uma alternativa à anestesia neuroaxial para analgesia perioperatória.

Relato de caso:

Paciente M.S, sexo masculino, 72 anos de idade, portador de carcinoma urotelial (T4cN2) e IRC agudizada pós renal devido a obstrução uretral causada pelo carcinoma. História de hipertensão arterial crônica, fibrilação arterial em anticoagulação, IAM prévio e ecocardiograma evidenciando FEVE 42%, acinesia latero-dorsal, insuficiência mitral e tricúspide leves e PSAP de 35mmHg. Em uso de enalapril, bisoprolol e varfarina. O paciente foi submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia retroperitoneal, rafia intestinal, reimplante ureterointestinal e enteroanastomose. Procedimento cirúrgico sem intercorrências anestésicas. Paciente encaminhado à unidade de tratamento intensivo (UTI) em uso noradrenalina a 0,05mcg/kg/min. Pensando na analgesia pós-operatória (PO), paciente foi deixado com catéter intra-incisional (intra-peritoneal e próximo a bainha do músculo reto abdominal), por onde foi administrado solução de ropivacaina à 1% na dose de 3ml de 6/6 horas, dipirona EV fixo de 4/4h e pregabalina 75mg VO 1x/dia. Apresentou ótima evolução PO, com controle algíco adequado (escala de dor sempre <3/10), sem necessidade de resgate com opióide. Cateter retirado no 3º dia PO, sem intercorrências.

Discussão:

Nos últimos anos, a analgesia epidural (AE) tem sido amplamente utilizada em procedimentos cirúrgicos variados, uma vez que diminui a incidência de complicações e reduz a dor no PO imediato. No entanto a AE pode apresentar alguns efeitos adversos tais como retenção urinária, hipotensão, náuseas e vômitos, prurido, bloqueio motor completo e atraso na mobilização. Por outro lado a ICF atua como uma técnica alternativa que pode oferecer uma eficácia satisfatória em reduzir a intensidade da dor, e por conseguinte o consumo de opióides, além de permitir uma mobilização precoce do paciente, sem os efeitos adversos da AE. Analgesia pós-operatória ótima para cirurgia urológica de grande porte inclui diferentes técnicas e diferentes drogas.

Conclusão:

Novas técnicas cirúrgicas necessitam de novos esquemas de analgesia à serem pesquisadas e implementadas, sempre otimizando a recuperação do paciente e visando o seu bem-estar.

Referências:

- 1) Li H, Chen R, Yang Z et al. Comparison of the postoperative effect between epidural anesthesia and continuous wound infiltration on patients with open surgeries: A meta-analysis. *J Clin Anesth.* 2018;51:20–31. Pang KH, Groves R, Venugopal S et al. Prospective Implementation of Enhanced Recovery After Surgery Protocols to Radical Cystectomy. *Eur Urol.* 2018;73:363–71.

ANESTESIA EM PACIENTE COM POSSÍVEL SUSCETIBILIDADE PARA HIPERTERMIA MALIGNA – RELATO DE CASO

Andrade, Wyndira Marhalle Simião Nunes Venâncio; Machado, Ezequiel Milani; de Carvalho, Emerson Alexandre Penteadó. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 19-20.

Introdução:

Hipertermia maligna (HM) é uma síndrome hereditária desencadeada principalmente pela succinilcolina e o halotano, sendo fatal na ausência de tratamento imediato. O estudo relata a anestesia em um jovem com história familiar de HM.

Relato de caso:

Paciente de 30 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, submetido a gastroplastia redutora. Na escala de Larach o paciente foi classificado como improbabilidade para HM (história familiar em parente que não era de primeiro grau – 5 pontos); já na escala de Bachand, foi considerado com provável risco. Durante a anestesia foram adotadas as seguintes medidas: utilizadas traqueias do circuito do ventilador e balão novos; desconectado o vaporizador dos gases anestésicos do aparelho; mantido o dantrolene a disposição; monitorização da temperatura central, capnografia, cardioscopia, BIS e eletrólitos no intraoperatório e nas primeiras 24 horas do pós-operatório. A indução anestésica foi realizada com Propofol e Fentanil. Para o bloqueio neuromuscular foi utilizado Vecurônio. O paciente foi submetido ao procedimento sob anestesia venosa total com Propofol e Remifentanil. O suporte ventilatório foi sob o modo volume controlado, com fluxo de gases (ar comprimido e oxigênio) a 10 L/min. Durante a cirurgia e nas 48 horas de pós-operatório, o paciente manteve-se estável, sem apresentar nenhum comemorativo que levantasse a hipótese de HM. Após a alta foi orientado a procurar o Programa de HM do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Discussão:

HM é uma miopatia hereditária autossômica dominante, cuja manifestação clínica é desencadeada por anestésicos voláteis e bloqueadores neuromusculares despolarizantes. Em pessoas predispostas, essas medicações alteram a homeostase intracelular do cálcio, culminando em uma hiperatividade contrátil e a uma alta resposta metabólica, que pode ser letal ou apenas resultar na contração isolada do masseter. Ocorre principalmente em indivíduos jovens, previamente hígidos. O teste da contratura in vitro é o método padrão ouro para o diagnóstico. A escala de Larach baseia-se em critérios clínico-laboratoriais para prever a suscetibilidade à patologia; já a de Bachand, utiliza essencialmente o histórico familiar, e classifica quanto a suscetibilidade à HM em membros da mesma família. O dantrolene é a medicação de escolha

para tratamento e deve estar a disposição de acordo a resolução 2174/ 2017 do CFM. Nos pacientes suscetíveis, medidas específicas devem ser tomadas durante a anestesia. Diante da gravidade da síndrome e por ser uma doença familiar, o anesthesiologista deve estar atento quanto a importância de identificar pacientes suscetíveis à HM através da consulta pré-anestésica, bem como atentar-se aos sinais clínicos durante o procedimento cirúrgico, para possibilitar diagnóstico precoce e assistência adequada durante a cirurgia e no período pós-operatório.

Referências:

- 1) Santaló CV, Arias OD, Gregorich ACR. Hipertermia maligna. Rev Cuba Cir. 2002 Nov; 41(2): 110-4.

ANESTESIA NA DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA

Taguchi, Dany William; Lima, Breno; Machry, Viviane. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 21-22.

Introdução:

Manejar as comorbidades do paciente é imperativo para a prática da anestesia segura. A Discinesia Ciliar Primária (DCP) é um desafio, pois afeta a dinâmica das secreções das vias aéreas e exige conhecimento para utilizar fármacos que melhorem os desfechos anestésicos.

Relato de Caso:

HBDBN, masculino, 29 anos, submetido à timpanotomia e sinusectomia. História progressiva: DCP e infecções recorrentes das vias aéreas. Medicação: Salmeterol, Fluticasona, Budesonida e Ciprofloxacino (7 dias antes da cirurgia). Exame físico sem alterações, DTM > 7cm, Mallampati II. Exames laboratoriais normais, ECG: sinusal sem dextrocardia, Raio X de tórax: bronquiectasias. Cultura de escarro com BAAR negativo e *Klebsiella pneumoniae* positivo. Pré-oxigenação com O₂ a 100%. Indução: Sufentanil 0,3mcg/kg, Propofol 3mg/kg e Rocurônio 0,4mg/kg seguida de intubação orotraqueal. Manutenção: Propofol e Remifentanil. Analgesia: Morfina 0,1mg/kg e Dipirona 2g. Ventilação controlada por volume: VC 7ml/kg; PEEP 5; FR 12; ETCO₂ 37 mmHg; SpO₂ 97%. Tempo cirúrgico e anestésico de 60 e 90 minutos, respectivamente. Antes de extubar foi realizada aspiração copiosa das secreções pelo TOT e remoção quando os reflexos das vias aéreas eram patentes. Encaminhado à SRPA em ar ambiente.

Discussão:

A DCP ocorre por um metacronismo congênito diminuindo o clearance do trato respiratório e predispondo a traqueobronquites. A ocorrência da tríade: sinusite crônica, bronquiectasias e situs inversus é chamada Síndrome de Kartagener e ocorre em 1/25.000 entre os doentes. Anestesia geral retém 3 vezes mais muco se comparada à regional; inspiração de gases secos prejudica o movimento ciliar e lentifica a depuração mucosa. Além disso, tubo endotraqueal, ventilação com pressão positiva, alta FiO₂, corticóides e halogenados desequilibram o pool mucoso e aumentam as complicações pulmonares (pneumonia, atelectasias). Esta cilioinibição não é descrita com agentes venosos, mas não se pode afirmar que protejam as vias aéreas. Anestesia com Sevoflurano (CAM 0.8 a 1.5) versus Propofol mostrou que a primeira é mais deletéria no transporte de muco. No pré-operatório recomenda-se terapia pulmonar para drenar secreções e broncodilatadores. Antibioticoterapia baseia-se na cultura do escarro. No despertar deve-se aspirar o excesso de muco e a intubação não deve ser nasal pela recorrência de sinusites. A ventilação obedece parâmetros obstrutivos. Quanto à anestesia não há ensaios clínicos específicos para tal doença.

Conclusão:

Conhecer a farmacodinâmica e a fisiopatologia dessa entidade evita desfechos desfavoráveis.

Referências:

- 1) Tao J, Kurup V. Obstructive Respiratory Diseases. In: Hines RL, Marschall KE. Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease. 7 ed. Philadelphia, PA, Elsevier, 2018; 15-32. Farber NE, Stuth EAE, Pagel PS et al. Inhaled Anesthetics: Pulmonary Pharmacology. In: Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI et al. Miller's Anesthesia. 8 ed. Philadelphia, PA, Elsevier, 2015; 670-705.

ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

de Franceschi, Luciana Dal Prá; Basso, Letícia Hellen; de Lima, Breno José Santiago Bezerra; Benedetti, Roberto Henrique. 54^a Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 23-24.

Introdução:

A síndrome de Guillain-Barré (SGB) caracteriza-se por polirradiculoneurite desmielinizante aguda ou sub-aguda, associada ou não à disfunção autonômica e lesão de neurônio motor inferior. Manifesta-se com fraqueza progressiva e reflexos miotáticos diminuídos ou ausentes. Tanto a anestesia neuroaxial como a anestesia geral podem interferir na evolução da SGB, o que torna o manejo anestésico do paciente portador da doença um desafio.

Relato de caso:

Gestante (G5PN1PC3), com 28 anos, 65kg, 1,60cm, idade gestacional de 39 semanas e indicação de cesariana. Histórico de SGB há oito anos, após vacinação antitetânica, apresentando atualmente tetraparesia flácida, predominantemente à direita. Ao exame neurológico apresentava hiporreflexia direita, perda de força muscular em membros superior e inferior direito (2+/4 e 2+/4), com prejuízo da marcha, equilíbrio e coordenação, sem alteração em pares cranianos. Não apresentava sintomas cardiorrespiratórios, nem preditores de via aérea difícil. Dentre os exames laboratoriais, somente KPTT estava alterado (>120seg). Para o caso descrito optou-se por anestesia geral balanceada, com remifentanil 0,5 µg/kg/min, propofol 2mg/kg e rocurônio 1,2mg/kg para indução; e sevoflurano 0,5 CAM, e remifentanil 0,1mcg/kg/min para manutenção. A analgesia foi feita com morfina 0,1 mg/kg e cetoprofeno 100mg. Utilizado sugamadox 4mg/kg para descurarização, pela ausência de monitorização neuromuscular. Após extubação traqueal a paciente foi levada à sala de recuperação pós-anestésica, com fraqueza muscular em coxa direita, que voltou ao normal após uma hora.

Discussão:

Anestesia geral foi escolhida pela história prévia de fraqueza muscular residual após raquianestesia nas três cesarianas anteriores com duração de cinco dias. Além disso, raquianestesia em pacientes portadores de doenças neurológicas está associada a piora ou novo déficit neurológico no período per-operatório. O uso de relaxante muscular como succinilcolina é contraindicado pelo risco de hipercalemia, enquanto sensibilidade aos anestésicos locais está aumentado, o que pode aumentar a extensão do bloqueio após raquianestesia. O manejo de paciente gestante com SGB a ser submetida a cesariana é um desafio para o anesthesiologista; pois além das dificuldades relacionadas a própria doença, existe a preocupação com o bem-estar fetal. Por isso, a conduta deve ser individualizada e discutida com a equipe cirúrgica e com o paciente a fim de realizar o procedimento da forma mais segura possível.

Referências:

- 1) Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA, et al. Miller's anesthesia. 2009;1173. Walling A.D, Dickson G. Guillain Barre Syndrome. Am Fam Physician. 2013 Feb 1;87(3): 191-197. Kocabas S, Karaman S, Firat V, et al. Anesthetic management of Guillain-Barré syndrome in pregnancy. J Clin Anesth. 2007;19: 299-302.

ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM MIASTENIA GRAVIS – RELATO DE CASO

Cabral, Camille; Muehlbauer, Eloá; Sakuma, Karinne; Pereira, Raôni. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 25-26.

Introdução:

Miastenia gravis (MG) é uma doença autoimune caracterizada por uma desordem da transmissão neuromuscular resultante da ligação de auto-anticorpos contra o receptor de acetilcolina (AChR). Recomenda-se que a gravidez em paciente com MG seja planejada, com objetivo de otimização clínica e redução de riscos para o feto.

Relato de caso:

Paciente de 24 anos diagnosticada durante sua primeira gestação com MG (tipo generalizada moderadamente severa), já submetida a timentomia. Faz uso de Prednisona e Piridostigmina. Procurou a maternidade por trabalho de parto prematuro. No ultrassom o feto estava com 32 semanas e 5 dias, com apresentação pélvica e foi realizado diagnóstico de oligodrâmnio. O neurologista assistente recomendou parto cesariana e enfatizou o difícil controle dos sintomas apesar do tratamento clínico e indicou manutenção de corticoterapia durante internação. Orientou também que caso a paciente apresentasse dificuldade respiratória deveria ser administrada imunoglobulina. Previamente à anestesia a paciente recebeu cefazolina, hidrocortisona e foi monitorizada com oximetria de pulso, cardioscopia e pressão arterial não-invasiva. A cesariana foi realizada sob anestesia peridural com 15 ml de Ropivacaína 1% e 10µg de sufentanil, com colocação de cateter peridural, atingindo nível sensitivo em T4. Durante procedimento foi realizado dose complementar de 5 ml de Ropivacaína 1% via cateter peridural. Após clampamento do cordão umbilical foi administrado 5UI de ocitocina e cetoprofeno 100mg.

Discussão:

O manejo anestésico da gestante com MG inicia durante a avaliação pré-anestésica, que fornecerá informações importantes para o planejamento adequado. Parto vaginal deve ser incentivado em pacientes com MG, sob analgesia peridural para redução do esforço e fadiga materna. Os partos cirúrgicos devem ser indicados por condições obstétricas. No caso relatado optou-se por realização de peridural com colocação de cateter como técnica anestésica para promover titulação do nível do bloqueio e promover analgesia pós-operatória. A anestesia geral em pacientes com MG é um desafio para o anestesiológico. Se possível o uso de relaxantes musculares deve ser evitado devido ao pequeno número de AChR normais. Além disso, os pacientes que usam inibidores da colinesterase como parte do tratamento da MG, podem ter efeito prolongado da succinilcolina, pois a colinesterase plasmática também é inibida. Halogenados interferem na transmissão neuromuscular, além de poderem aumentar os efeitos dos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes.

Referências:

- 1) Gilhus NE, [Verschuuren JJ](#). Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. [Lancet Neurol](#). 2015 Oct;14(10):1023-36.
- 2) [Norwood F](#), [Dhanjal M](#), [Hill M](#), et al. Myasthenia in pregnancy: best practice guidelines from a U.K. multispecialty working group. [J Neurol Neurosurg Psychiatry](#);2014 May;85(5):538-43.

ANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE PORTADOR DE DISTROFIA MUSCULAR E VIA AÉREA DIFÍCIL

Carvalho, Izabel; Porsani, Douglas Flavio; Piratelo, Fernando Martins. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 27-28.

Introdução:

Baseada na história clínica e exame físico identificamos e planejamos a abordagem de uma via aérea difícil (VAD). Protocolos de (VAD) ponderam a intubação com paciente acordado ou após indução; técnica invasiva ou não para abordagem e preservação ou abolição da ventilação espontânea. As distrofias musculares tem como principal modelo a de Duchenne, herança recessiva ligada ao X, com incidência de 1:3500 nascidos vivos, caracterizada por fraqueza musculoesquelética progressiva por deficiência de distrofina, inabilidade para deambulação e escoliose. A variante de Becker com início mais tardio, evolução mais lenta e grande variabilidade de manifestações.

Relato de Caso:

M.C, 36 anos, colecistectomia videolaparoscópica eletiva, ASA 3, distrofia muscular, submetido a correção de fratura de fêmur sob raqui anestesia sem intercorrências. Relato de dificuldade de abertura bucal e de irmã com distrofia muscular que apresentou parada cardiorrespiratória na unidade de recuperação após anestesia geral. Exame físico: Mallampati 4, abertura bucal <4cm e pescoço grosso. Monitorizado com cardioscópio, oxímetro, pressão arterial não invasiva, capnógrafo e termômetro esofágico. Administrado O₂ através de cateter nasal, 2 mg de midazolam e 5 mcg de sufentanil. Instilado 3 ml de lidocaína 2% sem vasoconstritor intratraqueal através da membrana críóide após botão anestésico na pele. Anestesia tópica com lidocaína gel e oximetazolina em narina direita e lidocaína spray de cavidade bucal. Com o paciente consciente realizada intubação nasotraqueal com fibrobroncoscopia e utilização de tubo aramado n°7. Administrado 100 mg de propofol, 10 mg de cisatracúrio. Manutenção com 15 mcg de sufentanil e propofol em infusão alvo controlada de 2,5. Extubado após reversão do BNM, encaminhado a recuperação pós anestésica.

Discussão:

As distrofias musculares são relacionadas a Hipertermia Maligna, síndrome hipertermia like e rabdomiólise, desencadeadas pelo uso de succinilcolina e anestésicos voláteis. A anestesia venosa total é indicada nestes pacientes após descontaminação dos aparelhos de anestesia ou utilização de filtros de carvão. A monitorização de temperatura e ETCO₂ auxiliam na detecção precoce e início rápido do tratamento com dantrolene. O paciente colaborativo permitiu a téc-

nica não invasiva para intubação. Optamos pela extubação com o paciente acordado. Apesar do paciente ter consciência da via aérea difícil, foi novamente orientado, descrito em boletim anestésico e prontuário e orientado quanto a condição e possíveis complicações.

Referências:

- 1) Oliveira CRD, Nunes RR e Azevedo RA. Anestesia e Doenças Incomuns Coexistentes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2017. 101-102; Bagatini, A, Cangiani LM, Carneiro AF et al Bases do Ensino da Anestesiologia Rio de Janeiro: SBA, 2016.

BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESFENOPALATINO PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA APÓS PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

Pizzichini, Marisa; Macedo, Lúcio Sordi; Cardoso, Danilo Wolff; Laurindo, Thiago Vinicius Froes. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 29-30.

Introdução:

Cefaleia após punção da dura-máter é uma complicação relativamente comum da anestesia do neuroeixo. O mecanismo neuromodulador, ainda não comprovado, pode estar relacionado com a diminuição da pressão intracraniana pela perda de líquido, com posterior vasodilatação intracerebral compensatória e dolorosa, ou tração das estruturas intracranianas sensíveis a dor. Em mais de 90% dos casos, o início dos sintomas começa em até 3 dias após o procedimento. O tratamento pode ser conservador com suporte medicamentoso ou intervencionista com a utilização de tampão sanguíneo ou bloqueio local de nervo, como o bloqueio do gânglio esfeno-palatino (BGEP).

Relato de caso:

Uma paciente de 38 anos, 162 cm, 65 kg, ASA 1 foi submetida a raquianestesia com agulha Quincke calibre 27G para correção de prolapso retal. Realizada uma única punção, utilizando 15 mg de bupivacaína 0,5% com glicose e 80 ug de morfina. A cefaleia holocraniana que piorava com posição ortostática e melhorava com o decúbito teve início oito horas após o procedimento, na enfermaria. Apesar de hidratação com 1000 ml de cristalóide e analgesia com dipirona e anti-inflamatório venoso, dor intensa ainda era relatada. Após consentimento da paciente, procedemos com o BGEP bilateral, por 5 minutos, utilizando aplicadores com ponta de algodão embebida em ropivacaína 1%. Após 10 minutos do término do procedimento a paciente referiu alívio total da dor prévia. Negou dor no retorno ambulatorial após 7 dias.

Discussão:

O gânglio esfeno-palatino possui cerca de 5 mm e localiza-se no interior do corneto nasal posterior. É um gânglio de predomínio parassimpático, responsável por vasodilatação intracraniana, e assim relacionado com o mecanismo de nocicepção da cefaleia.

Conclusão:

Seu bloqueio tem demonstrado resultados positivos como alternativa menos invasiva, início de ação mais rápido e melhor perfil de segurança para o tratamento de cefaleia após punção dural em comparação com o tampão sanguíneo, ficando esse restrito a casos refratários.

Referências:

- 1) Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI et al. Miller's Anesthesia. 8 ed. Elsevier; 2015.
- 2) Puthenveetil N, Sunil R, Mohan A, et al. Sphenopalatine ganglion block for treatment of post-dural puncture headache in obstetric patients: An observational study. Indian J Anaesth. 2018; 62: 972-977

BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA MODIFICADO - RELATO DE CASO

Guimarães, Andrieli Caroline Vieira; Gurgel, Sanderland José Tavares; Biatto, Fernanda Pestana; Berto, Rafael Teruel. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 31-32.

Introdução:

O bloqueio do plano do eretor da espinha é um bloqueio do plano interfacial descrito e eficaz para analgesia após procedimentos torácicos e abdominais. Neste relato descrevemos o caso de um paciente com dor importante pós lesões herpéticas, submetido ao bloqueio do plano do eretor da espinha guiado por ultrassom para analgesia.

Relato de caso:

Paciente, T.L.M.S., 71 anos, sexo feminino, branca, encaminhada ao serviço de dor do hospital, por dor em região tóraco-lombar à direita após quadro de herpes zoster há dois meses. Após insucesso do manejo conservador do quadro algico com uso de Pregabalina 150mg e duloxetine 30mg, optado por bloqueio do plano eretor da espinha guiado por ultrassom em L1. O paciente foi colocado em decúbito lateral esquerdo, com acesso venoso periférico em membro superior esquerdo e, após sedação com propofol 1,5mg/kg, realizado o bloqueio. Sob condições estéreis, o transdutor ultrassônico curvilíneo de baixa frequência foi posicionado 3 cm à direita do processo espinhoso de L1, com orientação parassagital longitudinal. Os músculos, oblíquo interno, oblíquo externo, eretor da espinha e o processo transversos foram visualizados. Com a técnica em plano, uma agulha modelo Quincke calibre 22G foi introduzida até contato com processo transversos de L1. Realizado, então, injeção de 15 ml de solução de levobupivacaína 0,375% com clonidina 0,150 mg, depomedrol 40 mg e decadron 10mg, observando-se a hidrodissociação. Foi também realizado injeção de 20 ml de solução de novabupivacaína 0,375% com depomedrol 40mg, em leque ao redor da lesão. A avaliação da dor foi feita em movimento e em repouso, com o uso de uma escala visual analógica (Visual Analogue Scale --- VAS) 1, 2, 4, 8, 12 e 24 h após o bloqueio.

Discussão:

A intensidade dolorosa em repouso nas primeiras 24 h foi zero, sem a necessidade de opióides durante a internação. Nenhuma complicação pós-operatória foi registrada e, atualmente, 90 dias após o bloqueio, a paciente necessita apenas de duloxetine 30mg.

Conclusão:

O bloqueio do plano do eretor da espinha modificado é confiável e simples de

executar. Pela sua eficácia em promover analgesia é uma opção adequada para o tratamento da dor aguda e crônica. Contudo, estudos clínicos randomizados são necessários para validar a eficácia desse bloqueio em cenários clínicos diferentes.

Referências:

- 1) Chung K, Kim ED. Continuous erector spinae plane block at the lower lumbar level in a lower extremity complex regional pain syndrome patient. *J Clin Anesth* 2018.
2. Kose HC, Kose SG, Thomas DT. Lumbar versus thoracic erector spinae plane block: similar nomenclature, different mechanism of action. *J Clin Anesth* 2018.

BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA EM LAMINECTOMIA DESCOMPRESSIVA: RELATO DE CASO

Pereira, Natalia Forni; de Paula, Welton Everton Rodrigues; Murad, Mayara Vieira. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 33-34.

Introdução:

O bloqueio do plano eretor da espinha tem sido utilizado recentemente para proporcionar analgesia pós-operatória em cirurgias de tórax, e abdome. Nas cirurgias realizadas sobre a coluna lombar, ainda há poucos estudos. Este caso mostra mais uma indicação do bloqueio do plano eretor da espinha que pode ser utilizada como analgesia pós-operatória em cirurgias da coluna como as laminectomias.

Relato de Caso:

Paciente feminina 63 anos, 159cm e 64Kg foi submetida a descompressão lombar no nível de L3 e L4 devido a lombociatalgia intensa. Paciente portadora de dislipidemia em tratamento com estatina e que fazia uso frequente de excitalopram para tratamento de ansiedade. Na sala de cirurgia, foi realizada a venopunção com cateter 20G, seguida de monitorização habitual e indução de anestesia geral com midazolam 2mg, fentanil 300mcg, propofol 90mg e rocurônio 40mg, por via venosa. Em seguida, foi realizada a intubação orotraqueal sob laringoscopia direta sem dificuldades. A manutenção da anestesia com foi feita com sevoflurano, oxigênio e ar comprimido com ventilação mecânica ajustada para manutenção da normocapnia. Com a paciente posicionada em decúbito ventral foi realizado o bloqueio do plano eretor de espinha em L3 bilateralmente, após a localização do processo transverso de L3, utilizando agulha de 100mm guiado por US com transdutor de baixa frequência. Foi administrada ropivacaína a 0,5%, 20ml de cada lado entre o ligamento ileolombar e o músculo eretor da espinha. Durante a cirurgia, a paciente permaneceu estável hemodinamicamente. Ao final da cirurgia, que durou 150 minutos, a paciente foi extubada sem intercorrências. Durante a internação a escala de dor foi avaliada, a cada 12 horas, pela equipe de anestesia. Nessas avaliações a paciente não relatou dor significativa (EAV<2) e recebeu apenas analgésicos comuns. Recebeu alta hospitalar no segundo dia após a cirurgia em boas condições.

Discussão:

O bloqueio do plano eretor da espinha promove analgesia visceral e somática devido a dispersão ventral e dorsal do anestésico local no compartimento interfascial entre os músculos eretor da espinha e rombóide quando utilizado para cirurgia sobre o tórax e entre o grande dorsal, quadrado lombar e o eretor da espinha no nível mais inferior. Na região lombar é melhor rea-

lizado utilizando-se o transdutor convexo de baixa frequência uma vez que o plano interfacial onde o anestésico local deve ser injetado é mais profundo. No estudo recente publicado por Elsharkawy et al, fica caracterizada que a dispersão da solução injetada no bloqueio eretor da espinha inferior é igual ao bloqueio do quadrado lombar posterior (tipo 2), onde os ramos dorsais das raízes nervosas são bloqueados com facilidade proporcionou boa recuperação à paciente.

Referências:

- 1) Elsharkawy H et al, Comparing two posterior quadratus lumborum block approaches with low thoracic erector spinae plane block: an anatomic study, Reg Anesth and Pain Med: 2019,549-555.

BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR GUIADO POR US PARA ANALGESIA PÓS-OPERARATÓRIA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Bernardino, Aline Fernandes; Colucci, Caio Funck; de Paula, Welton Everton Rodrigues; Jeusti, Camila Maso. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 35-36.

Introdução:

Os bloqueios guiados por ultrassonografia são procedimentos com alta eficácia. Devem ser incluídos no planejamento da técnica de analgesia multimodal. Nesse relato, foi utilizado como uma alternativa, uma vez que o paciente apresentava alterações anatomopatológicas da coluna lombar.

Relato de caso:

Menor de 3 anos, 17kg, 95cm estado físico ASA II, com história prévia de lipoma no canal medular sacral, onfalocela corrigida aos 2 dias de vida e mais duas laparotomias, foi submetida a cirurgia para reestabelecimento do trânsito intestinal. O menor apresentava-se em bom estado geral e exames laboratoriais normais. Foi administrado midazolam, por via oral, como medicação pré-anestésica. Na sala operatória, o menor foi monitorizado, realizada indução inalatória com sevoflurano, N₂O e O₂ com sistema alveolar de Baraka. Em seguida, foi realizada venopunção e administração de propofol 20mg, fentanil 75mcg e rocurônio 10mg, por via venosa. Em seguida, foi realizada a intubação traqueal sob laringoscopia direta, sem dificuldades e a manutenção da anestesia com sevoflurano, O₂ e ar comprimido. No final da cirurgia, foi realizado o bloqueio do quadrado lombar bilateral, guiado por US, realizado na região superior à espinha ilíaca pósterio-superior, no plano axial de L3. Nesse bloqueio, foram injetados 20ml da solução de ropivacaína a 0,2%. A cirurgia teve duração de 130 minutos, sem intercorrências. O menor permaneceu na UTI por 24 horas e recebeu alta hospitalar no 4 dia de pós-operatório.

Discussão:

O bloqueio do quadrado lombar produz analgesia da parede abdominal atingindo as raízes de T12 a L2. O bloqueio de fibras simpáticas pode ocorrer no bloqueio do quadrado lombar, porém, neste caso, não foi observada nenhuma alteração hemodinâmica significativa decorrente do bloqueio simpático. Como não havia possibilidade de realização de bloqueio neuroaxial devido ao lipoma medular, o bloqueio do quadrado lombar foi utilizado como alternativa. Trata-se de um bloqueio que promove apenas analgesia da parede abdominal, portanto foram utilizados analgésicos comuns para a analgesia visceral. O menor manteve-se sem dor por mais de 14 horas, apresentou boa evolução clínica e promoveu grande satisfação aos pais e ao paciente.

Referências:

- 1) Elsharkawy H, El-Boghdadly K, Barrington M, Quadratus Lumborum Block, *Anesthesiology*, 2019: 322-335.

BLOQUEIO PROLONGADO DE NERVO SAFENO E CIÁTICO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO

Mendes, Letícia Tramontin; Marcato, Beathriz Paranhos; Wagner, Hannelyze; Bernart, Júlia. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 37-38.

Introdução:

Bons resultados anestésico e analgésico são obtidos através dos bloqueios periféricos. Esta prática tem se mostrado bastante segura e efetiva, apresentando um enorme crescimento dentro da anestesia hoje praticada. O bloqueio do nervo ciático via poplítea associado ao bloqueio do nervo safeno ao nível do canal dos adutores está relacionado à redução de dor e menor uso de opioides no pós-operatório, além de aumentar a satisfação do paciente submetido a cirurgia de joelho. No entanto, em casos de complicações neurológicas, sua definição etiológica pode ser desafiadora principalmente por dividir mecanismos fisiopatológicos com o ato cirúrgico.

Relato de caso:

GSE, 58 anos, hipertenso, submetido a artroplastia total de joelho (ATJ) direito sob sedação, bloqueio subaracnóideo e bloqueios analgésicos safeno no canal dos adutores e ciático na fossa poplítea. O bloqueio subaracnóideo foi realizado com agulha 27W, L3/L4, 12mg de bupivacaína pesada. Ambos os bloqueios periféricos realizados com técnica antisséptica, guiado por USG, agulha A100 Stimuplex, 20ml Ropivacaína 0,5% e 75mcg de clonidina em cada. Procedimento anestésico realizado sem intercorrências. Cirurgia com duração de 2 horas. Garrote com faixa de Smarch na porção média da coxa, duração de 1h40min. Durante recuperação, constatados tempos de bloqueios safeno e ciático prolongados com aproximadamente 30 horas para início de retorno motor e sensitivo. Melhora completa em 48 horas, sendo a parestesia o último sintoma a regredir.

Discussão:

O uso de anestésicos locais de longa duração em bloqueios periféricos promove duração de analgesia de 10/20 horas, facilitando o pós-operatório com rápida reabilitação. Adjuvantes como a clonidina nesse tipo de anestesia possuem benefícios controversos, podendo aumentar sobremaneira o tempo de bloqueio, conferindo uma imprevisibilidade indesejada na sua resposta. A taxa de lesão neural desencadeada por bloqueios periféricos guiados por ultrassom é de cerca de 0,04%, portanto, são considerados seguros. No entanto, mesmo com o uso de agulhas atraumáticas e ausência de falhas na execução da técnica, a lesão nervosa é possível. Após 24h de bloqueio deve-se aventar possibilidade de lesão neural.

Conclusão:

Este caso apresenta um bloqueio prolongado de nervos safeno e ciático e discute possíveis etiologias tendo em vista o uso de clonidina como adjuvante e a proximidade do bloqueio com regiões abrangidas pelo procedimento cirúrgico.

Referências:

- 1) AGHDASHI, Mir Moussa et al. Unusually Prolonged Motor and Sensory Block Following Single Injection Ultrasound-Guided Infraclavicular Block With Bupivacaine and Dexamethasone. *Anesthesiology And Pain Medicine*, 2013;2:260-262.
- 2) FARIA-SILVA, Raphael et al. Associação de clonidina e ropivacaína no bloqueio de plexo braquial para artroscopia de ombro. *Brazilian Journal Of Anesthesiology*. 2016;4:335-340.

DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I – PARTICULARIDADES DA TÉCNICA ANESTÉSICA E FATORES RELACIONADOS

Cabral, Camille; Smiderle, Angélica; Nunes, Mariana. 54^a Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 39-40.

Introdução:

A distrofia miotônica tipo I é uma de distrofia do adulto, autossômico dominante, caracterizada pela presença da miotomia. É uma desordem sistêmica que pode apresentar complicações graves. O manejo perioperatório desses pacientes é desafiador pela sensibilidade aumentada aos anestésicos e pelos riscos de complicações cardiorrespiratórias.

Relato de caso:

Paciente feminina, 46 anos, internada por fratura de tíbia esquerda. Apresentava diabetes mellitus e retardo mental, sem história de cirurgias prévias. Ao exame físico possuía preditores de via aérea difícil - mallampati III e micrognatia. Realizado sedação com 2 mg de midazolam e 50 µg de fentanil, o que causou depressão respiratória com dessaturação e cianose, revertidas com ventilação sob máscara com pressão positiva. Após recuperação foi realizado raqui-anestesia com bupivacaína hiperbárica e morfina, sem dificuldades técnicas ou intercorrências. Optado por sedação com dexmedetomidina durante o intraoperatório. Após 2 horas de procedimento convertido para anestesia geral com máscara laríngea devido à agitação. Indução realizada com propofol e manutenção com sevoflurano. Na sala de recuperação pós-anestésica apresentou dessaturação. Optado por intubação orotraqueal, ventilação mecânica e transferência para UTI. Foi então diagnosticado distrofia miotônica tipo I. Recebeu alta após 5 meses, com necessidade de suporte ventilatório (CPAP), falecendo uma semana após a alta.

Discussão:

A avaliação pré-anestésica é fundamental em pacientes portadores de distrofia musculares, pois podem apresentar cardiopatias, via aérea difícil e distúrbios respiratórios. Anestesia neuroaxial ou regional periférica são as técnicas de escolha. Sedação com benzodiazepínicos ou anestesia geral devem ser evitado pela maior suscetibilidade à depressão respiratória. Anestésicos Inalatórios não são recomendados pelo risco associado de hipertermia maligna e rabdomiólise. O hipnótico mais utilizado é o propofol. Quanto aos opioides considerar uso de agentes de curta ação ou a necessidade de suporte ventilatório pós-operatório. Bloqueadores neuromusculares despolarizantes devem ser evitados, pelo risco de hiperpotassemia, rabdomiólise e crise de hipertermia maligna. Já, os relaxantes musculares adespolarizantes podem ter duração prolongada, o que torna o uso de rocurônio/sugamadex uma alternativa adequada nessas circunstâncias.

Referências:

- 1) Rossi S, Della Marca G, Ricci M, et al. Prevalence and predictor factors of respiratory impairment in a large cohort of patients with Myotonic Dystrophy type 1: A retrospective, cross sectional study. *J Neurol Sci.* 2019.
- 2) Sofia M Pereira, Eduardo A de Castro, Vitor M Brochad. Doenças neuromusculares e bloqueadores neuromusculares. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 (Supl 1): S52-S59.

EFICÁCIA DO ESP BLOCK PARA ANALGESIA EM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Sposito, Rafael Justini; Andrade, Pedro Maçada; Cota, Guilherme de Holanda; de Mendonça, Alan Diego. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 41-42.

Introdução e Objetivo:

O bloqueio do plano erector da espinha vem como uma promessa de melhora na qualidade do manejo da dor no peri e pós-operatório imediato, além de ser considerada uma técnica simples e segura. Com ela, discute-se uma menor necessidade do uso de medicações de resgate para alívio dos sintomas, principalmente em toracotomias, as quais possui etapas muito agressivas e que tendem a provocar um pós-operatório mais doloroso.

Relato do caso:

Paciente maculino 80Kg 1,6m, portador de HAS, DM, DAC. Foi submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio sem CEC (mamária-DA).

Realizado medicação pré-anestésica com midazolam 15mg, uma hora antes da cirurgia. Optou-se por uma anestesia multimodal com bloqueio do plano erector da espinha (bilateral), associado à anestesia geral balanceada. Paciente foi monitorado com oximetria de pulso, cardioscopia, PAM, analisador de gases e termômetro. O bloqueio foi realizado antes da indução anestésica com o paciente sentado, com o probe linear de alta frequência, posicionado de forma longitudinal, 3cm lateralmente do processo espinhoso de T5. Foi injetado 20mL de levobupivacaína a 0,25% mais 75mcg de clonidina de cada lado. Foi visualizada a dispersão do anestésico com aumento da área hipocóica. Realizada indução anestésica seguida de anestesia geral balanceada. Durante o procedimento cirúrgico, não houveram intercorrências, sendo o paciente extubado logo após a cirurgia. Foi avaliada a escala de dor do paciente após a primeira hora do procedimento e posteriormente há cada 3 horas no período de 24 horas na CTI. Durante esse tempo não foi necessário uso de opióides, e como medicações de resgate, foi usado somente AINE e analgésicos comuns.

Discussão:

Com o uso do bloqueio do plano erector da espinha associado a técnica convencional de manejo intra-operatório, observou-se o menor uso de medicações de resgate para a dor no período pós-operatório quando comparado aos pacientes com o mesmo perfil que usaram somente a técnica anestésica convencional. Destaca-se ainda a não utilização de opióides durante as primeiras 24 horas após a cirurgia, demonstrando a efetividade do bloqueio.

Referências:

- 1) *Forero M, Rajarathinam M, Adhikary S, et al. Erector spinae plane (ESP) block in the management of post thoracotomy pain syndrome: A case series. Scand J Pain 2017;10:325-329.*
- 2) *Tsui BCH, Fonseca A, Munshey F et al. The erector spinae plane (ESP) block: A pooled review of 242 cases. J Clin Anesth. 2019;53:29-34.*

FREQUÊNCIA DE IDEAÇÃO SUICIDA EM UMA POPULAÇÃO DE ANESTESIOLOGISTAS

Sousa, Samuel da Rosa; Franck, Claudio Luciano; Madeira, Kristian; Ambrosio; Pedro Gabriel. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 43-44.

Justificativa:

Devido a ausência de dados concisos quanto a saúde laboral e mental dos Médicos Anestesiologistas (MA), procurou-se neste estudo, identificar a frequência de ideação suicida em Anestesiologistas de um Estado brasileiro.

Objetivos:

Verificar a frequência de ideação suicida e variáveis comuns aos Anestesiologistas da população escolhida visando uma contribuição literária e geração de conhecimento que possa trazer benefício através de estratégias de saúde mental e laboral.

Método:

Foi realizado um estudo individual, observacional, transversal, caracterizado como inquérito, de abordagem quantitativa entre médicos anestesiologistas através de questionário eletrônico. A amostra foi composta por um n de 233 MA. Os dados coletados foram analisados com auxílio do software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de mediana e amplitude interquartil. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$. A distribuição dos dados quanto à normalidade foi avaliada por meio da aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson, Razão de Verossimilhança e Exato de Fisher, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

Resultados:

Verificou-se que 34 (14,59%) MA já experimentaram pensamentos suicidas. Destes, 21 (61,8%) são do sexo masculino, 15 (44,1%) pertencem a faixa etária de 30 a 39 anos, 24 (70,6%) são casados, 30 (88,2%) de pele branca, 22 (64,7%) trabalham predominantemente na capital, 11 (32,4%) com remuneração salarial entre 20 a 29 mil reais. A maioria considerara-se desatualizada em seus trabalhos ($p = 0,036$), assim como, com frequência usam ansiolítico ou antidepressivo e sentem estresse rotineiramente ($p = 0,001$). Verificou-se ainda, que a maioria sentem-se deprimidos ultimamente ($p = 0,003$). No quesito relacionamento familiar, a maioria dos MA que experimentaram pensamentos suicidas consideram regular a relação com os familiares, se comparados a profissionais que consideram de outra maneira esta relação ($p = 0,012$).

Conclusões:

Fornecer material científico para a compreensão deste grave problema é fundamental para criar no meio médico a conscientização de que a prevenção do suicídio é possível. É necessário ainda, criar programas de orientação e informação, estímulo a novas pesquisas e o desenvolvimento de políticas de saúde.

Referências:

- 1) Carneiro, MB, Gouveia, VV. O médico e o seu trabalho: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.
- 2) Shanafelt, TD, Sloan, JA, Habermann, TM, The well-being of physicians. The American Journal of Medicine. 2003; 114: 513-519.

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR LESÃO DEFINITIVA DO NERVO LARÍNGEO RECORRENTE APÓS TIREOIDECTOMIA

Jeusti, Camila Maso; Colucci, Caio Funck; Bernardino, Aline Fernandes; de Paula, Welton Everton Rodrigues. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 45-46.

Introdução:

A paralisia no nervo laríngeo recorrente em tireoidectomias tem incidência de 5 a 6%. É mais frequente nas reoperações e pode ocorrer em outras situações.

Relato de caso:

Paciente feminina 52 anos, 77kg, 150cm, estado físico ASA II devido a hipertensão arterial controlada com atenolol e losartan, foi submetida a tireoidectomia. Apresentava exame físico e laboratoriais normais. Na sala operatória, foi realizada a venopunção e monitorização habitual, seguida da indução da anestesia geral com midazolam 2mg, fentanil 350mcg, propofol 100mg e rocurônio 40mg, por via venosa. Foi realizada a intubação traqueal sob laringoscopia direta, manutenção da anestesia com oxigênio e sevoflurano. A anestesia teve duração de 75 minutos. A paciente foi extubada na sala operatória em boas condições e apresentou um leve estridor inspiratório. O cirurgião foi informado, examinou a paciente e, em seguida, foi transportada para a sala de recuperação. Cinco minutos após a chegada na SRPA, a paciente apresentou obstrução respiratória grave, dessaturação, agitação e queda do nível de consciência. Imediatamente, a paciente foi ventilada sob pressão positiva com oxigênio e encaminhada para a sala de cirurgia. A ventilação sob pressão positiva manteve a saturação de oxigênio acima de 90%. Foi realizado o exame das cordas vocais com o dispositivo óptico e observada a paralisia da corda vocal devido a provável lesão do nervo laríngeo recorrente. Em seguida, foi reintubada após indução de anestesia geral realizada com fentanil, propofol e rocurônio e realizada traqueostomia. No final, o rocurônio foi revertido com sugamadex, a ventilação sob máscara foi mantida e o cirurgião fez a traqueostomia sob anestesia local. A paciente foi encaminhada a UTI, manteve-se bem e recebeu alta hospitalar no 4 dia de pós-operatório.

Discussão:

A integridade nervo laringeo recorrente pode ser monitorada por potenciais evocados no intraoperatório. Porém, há estudos que não mostram superioridade da monitorização em relação a visualização do nervo. Neste caso, a paciente apresentou insuficiência respiratória aguda que foi prontamente diagnosticada e tratada, porém a paciente vive com traqueostomia até os dias atuais.

Referências:

- 1) Pisanu A, Porceddu G, Podda M et al, Systematic Review with meta-analysis of studies comparing intraoperative neuromonitoring of recurrent laryngeal nerves versus visualization alone during thyroidectomy, J Surg Reserch, 2014:152-161.

INTOXICAÇÃO INADVERTIDA POR SULFATO DE MAGNÉSIO EM COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Herrera, Paulo Adilson; de Menezes, Augusto Lopes; Pedrollo, Lucas Delfino; Caldeira, Deize. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 47-48.

Introdução:

O magnésio é um íon encontrado no ambiente intracelular do organismo, sendo um importante cofator para diversas reações enzimáticas. Pela sua ação em receptores NMDA glutamérgicos tem sido indicado como adjuvante na analgesia intra e pós-operatória. Níveis séricos elevados de magnésio no organismo podem ocasionar diversas manifestações clínicas: reduzem os reflexos dos tendões, fraqueza muscular e bloqueio cardíaco.

Relato de Caso:

No relato a seguir o sulfato de magnésio foi utilizado como adjuvante da anestesia e analgesia de um paciente submetido a colecistectomia laparoscópica. Porém em doses extremamente elevadas injetadas inadvertidamente. A indução foi feita com Propofol 2mg/kg, Rocurônio 0,6 mg/kg, Remifentanil 0,1-0,3 µg/kg/minuto. Manutenção com remifentanil e sevoflurano. Por engano foi administrado SF 250 ml com 6 ampolas de Sulfato de Magnésio a 50%. Infusão em 15 minutos, sendo administrado 30g inadvertidamente. Foi mantido com infusão de sulfato de magnésio 10 gramas por hora por cerca de 1 hora até que foi detectado o erro e a infusão interrompida, administrado Gluconato de Cálcio 1g, 500 ml de SF e 2 ampolas de furosemida. A primeira magneemia ainda durante o procedimento, foi de 4,87 mg/dl. Transcorridas duas horas 7,34 mg/dl.

Discussão:

Após o procedimento, o paciente foi encaminhado para a UTI entubado e sem resposta no estimulador TOF. Em 16 horas magneemia 3,85 mg/dl, evoluiu com quadro hemodinâmico estável, melhora no padrão respiratório e com boa diurese. Com 30 horas magneemia 2,47 mg/dl, consciente, eupneico e sem queixas. Alta da UTI. Recebeu alta após 72 horas. O tratamento imediato com o gluconato de cálcio, furosemida e fluidoterapia, acarretou evolução com melhora gradual do quadro do paciente, concomitante à redução dos valores do magnésio sem efeitos residuais transcorridos quatro dias após a intoxicação pelo sulfato de magnésio. É de extrema importância a presença de relatos de caso e de estudos feitos sobre falhas na administração medicamentosa. Da mesma forma é importante que haja sempre a checagem das doses por parte do profissional, independentemente da sua familiaridade ou não com o medicamento, tendo em vista as possíveis complicações que podem ocorrer em virtude da administração excessiva de qualquer fármaco.

Referências:

- 1) SHARDLOW, E. Magnesium and Anesthesia tutorial of the week 90, 2008. <https://www.wfsahq.org>.

INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM PACIENTE ACORDADO COM VIDEOLARINGOSCÓPIO PARA RESSECÇÃO DE GRANDE TUMOR DE CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO

de Paula, Welton Everton Rodrigues; Colucci, Caio Funck; Jeusti, Camila Maso; Bernardino, Aline Fernandes. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 49-50.

Introdução:

A utilização do videolaringoscópio para o acesso a via aérea difícil é uma realidade. Neste caso, apresentamos a utilização do videolaringoscópio para o acesso a via aérea de uma paciente com tumor volumoso na porção superior da cavidade oral.

Relato de caso:

Paciente masculino 85 anos, 162cm e 70kg apresentou-se para a realização de maxilectomia devido a um tumor do seio maxilar direito que invadiu o palato duro e a arcada dentária superior. O paciente não apresentava doenças crônicas e fazia uso de pantoprazol. Ao exame físico apresentava lesão grande que envolvia o palato duro e a região superior da cavidade bucal. O tumor era friável e apresentava pouco sangramento ao deglutir e ao escovar os dentes. Os exames laboratoriais estavam normais. No pré-operatório foi explicado ao paciente sobre os procedimentos para a realização da intubação com o paciente “acordado”. Na sala de cirurgia, foi realizada sedação leve com remifentanil em infusão alvo controlada (alvo de 2ng/ml) e 1 mg de midazolam, por via venosa. Realizada punção da membrana cricotireóidea com cateter 22G e instilada solução de lidocaína (8mL) a 1%. A intubação orotraqueal foi realizada com videolaringoscópio, na primeira tentativa, sem intercorrências. Em seguida a anestesia geral foi induzida com aumento do alvo da infusão do remifentanil, seguida de propofol (0,5mg/kg) e rocurônio (0,6mg/kg) e a manutenção da anestesia com sevoflurano, oxigênio e ar. A maxilectomia foi realizada em 90 minutos. O paciente foi extubado após a reversão do rocurônio com sugamadex e conduzido a UTI onde permaneceu por 3 dias. Teve alta hospitalar no 7º dia de pós-operatório.

Discussão:

Nos casos de via aérea difícil prevista, é recomendada a realização da intubação orotraqueal acordado. Neste caso, a utilização de método óptico, permitiu melhor visualização das estruturas da cavidade oral e da glote facilitando a intubação traqueal. A visualização da via aérea com laringoscopia convencional poderia ser insuficiente, impedindo o sucesso da intubação. A nasofibrosopia foi descartada porque o cirurgião solicitou que fosse realizada intubação pela via oral. Portanto, nesse caso, o acesso a via aérea difícil com videolaringoscópio teve sucesso.

Referências:

- 1) Frerk C et al, Difficult airway society 2015 Guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults, BJA 2015, Higgs A, et al, Guidelines for the management of tracheal intubation in critically ill adults, BJA, 2018

MANEJO ANESTÉSICO DE USUÁRIO CRÔNICO DE COCAÍNA SUBMETIDO À GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA - RELATO DE CASO

Pizzichini, Marisa; Laurindo, Thiago Vinicius Froes; Macedo, Lúcio Sordi; Cardoso, Danilo Wolff. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 51-52.

Introdução:

Inúmeros fatores favorecem um maior consumo de cocaína, dentre eles está a facilidade no acesso e na administração, bem como a falsa percepção de segurança. No entanto, cocaína é a droga ilícita que mais está associada a óbitos. As implicações per-peratórias do uso de cocaína são bem conhecidas pelos anestesiológicos. Para prestar o melhor atendimento é importante identificar o paciente usuário no pré-operatório, o que permite que a equipe esteja adequadamente preparada para manejar eventuais efeitos adversos durante o ato anestésico-cirúrgico. O domínio da neurofisiologia, da farmacologia e das consequências fisiopatológicas decorrentes do uso da cocaína é também fator essencial no manejo desse paciente.

Relato de caso:

Paciente masculino, 57 anos, ASA 3, 37kg, usuário crônico de cocaína em abstinência há 1 semana, com plano cirúrgico de gastrectomia total por adenocarcinoma gástrico. Paciente ingressa ao centro cirúrgico sendo devidamente posicionado e monitorizado com PAI em artéria radial direita, oximetria de pulso, acesso venoso periférico com cateter 16G e eletrocardiografia. A indução anestésica foi feita com propofol 2mg/kg, succinilcolina 1mg/kg e fentanil 3µ/kg. Após a intubação oro-traqueal a manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano e cisatracúrio 0.15mg/kg. Após a laringoscopia paciente apresentou taquicardia importante de 140bpm e PA de 190x110 mmHg. Não houve intercorrências durante as 5 horas de cirurgia. Ao término, paciente foi extubado e encaminhado a UTI.

Discussão:

O uso agudo de cocaína no per-operatório aumenta a demanda miocárdica de oxigênio podendo resultar em disfunção ventricular e aumentar o risco de IAM. Os níveis de catecolaminas plasmáticas também estão aumentados, gerando respostas exacerbadas durante a laringoscopia e cirurgia. O risco de disritmias e defeitos de condução são maiores pelo aumento da irritabilidade ventricular e diminuição do limiar para fibrilação. Complicações pulmonares ocorrem em 25% dos usuários, desde crises de asma até hemorragias pulmonares fatais. Dentre as complicações gastrintestinais está a isquemia aguda, secundária à intensa vasoconstrição arterial e redução no fluxo sanguíneo que pode resultar em úlcera duodenal e perfuração. As ações anticolinérgicas da cocaína produzem hipomotilidade, diminuição do tempo de esvaziamento gástrico e tempo prolongado de exposição ao ácido gástrico, o que contribui para a formação de úlcera. A cocaína também pode precipitar o surgimento de convulsões.

Conclusão:

Diante das consequências do uso crônico de cocaína e seu impacto para o ato anestésico destaca-se a importância em identificar o paciente usuário para o adequado preparo da equipe.

Referência:

- 1) Beaulieu, P. Can J Anesth/Anesth (2017) 64: 1236. <https://doi.org/10.1007/s12630-017-0975-0>.

MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM VENTILAÇÃO MONOPULMONAR

Carvalho, Antonio Andriago Ferreira; Lima, Breno José Santiago Bezerra; Taguchi, Dany William. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 53-54.

Introdução:

A intubação orotraqueal (IOT) para ventilação monopulmonar (VMP) em uma nítida via aérea difícil (VAD) pode ser realizada com broncoscopia no paciente acordado para a colocação de tubo de duplo lúmen (TDL), tubo Univent (TU) ou tubo de lúmen único (TLU) e troca por TDL com auxílio de trocador de tubos (TT). Contudo, em situações de VAD não predita ou IOT em presença de edema facial, secreções e trauma laríngeo pela manipulação da via aérea, necessita-se de abordagem específica.

Relato de caso:

Feminina, 55anos, 59Kg, ASAIL, Mallampati II, sem alergias. Internada para segmentectomia de lobo superior direito por videotoracosopia. Seus dados vitais eram PA=122/72mmHg, FC=62bpm, SpO2=99%, ECG sinusal. Instalado oxigênio, venóclise e pressão arterial invasiva em radial esquerda após fentanil 50µg, midazolam 2mg e cefazolina 2g. Indução anestésica com remifentanil (3ng/ml) e propofol (3ug/ml). Após falha na IOT com TDL (Robertshaw) por laringoscopia, tentou-se a intubação por fibroscopia, porém, sem sucesso. Obteve-se êxito na IOT com TLU por videolaringoscopia e troca por TDL com auxílio do TT. Ao fim da cirurgia, devido a VAD e trauma pelas tentativas de IOT, optou-se pela manutenção do TDL no pós-operatório. Contudo, na UTI, houve discordância da conduta, motivando a revisão dos protocolos para essas situações.

Discussão:

Se a impossibilidade de obter a separação dos pulmões puder causar uma situação potencialmente fatal, há algumas formas de instituir VMP após um TLU ser colocado, como utilizar TU ou direcionar um bloqueador brônquico (BB) através do TLU até o brônquio fonte selecionado. No entanto, oferta-se proteção inadequada em alguns procedimentos. Nesta situação, TT podem ser utilizados para trocar TLU por TDL. Essa manipulação da via aérea pode tornar difícil uma nova IOT, exigindo cuidados extras na extubação. Se utilizado BB para VMP, este pode ser removido, deixando o TLU. Com TU, o bloqueador poderá ser completamente retraído e este passará a ser utilizado como TLU. O problema surge quando se utiliza TDL em paciente com VAD, edema facial ou de estruturas periglóticas. Nessa situação os guidelines sugerem a permanência do TDL após a cirurgia. Deve ser lembrado que a equipe da UTI é geralmente menos experiente na manipulação desse tipo de tubo (mais traumático à via aérea, facilmente deslocado e difícil de aspirar secreções). Uma alternativa é retraindo o TDL deixando o lúmen endobrônquico acima da carina e ventilando ambos os pulmões. A retirada do TDL

deve ser considerada após diurese, terapia com esteroides, redução do edema facial e das vias aéreas.

Conclusão:

O anestesista deve conhecer os dispositivos para VMP e planejar o pós-operatório ao escolher o método de separação dos pulmões. Para isso, é importante o diálogo com equipe a cirúrgica e UTI.

Referências:

- 1) Moraes JMS, Araujo FP. Anestesia para cirurgia torácica. In: Bagatini A, Cangiani LM, Carneiro AF et al. Bases do Ensino da Anestesiologia. Rio de Janeiro, SBA, 2016;877-906.

NEURALGIA PÓS HERPÉTICA- BLOQUEIO PARAVERTEBRAL GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA: RELATO DE CASO

Melo, Natalia Elisa Boing; e Silva, Andre Souza; Wichmann, Jessica Francine; Lima, Bre-no. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 55-56.

Introdução:

O vírus Varicela-Zoster, agente responsável pela varicela na infância permanece latente no gânglio da raiz dorsal e pode reativar na vida adulta causando herpes-zoster (HZ). Apesar de autolimitado, o HZ pode provocar intensa dor e evoluir para neuralgia pós herpética (NPH), condição crônica em que a dor persiste, mesmo após a resolução do “rash” inicial. Apresentamos relato de caso de paciente com NPH refratária à terapia medicamentosas, que necessitou de abordagem intervencionista para controle da dor.

Relato de caso:

Sexo feminino, 60 anos, apresentou há 18 meses HZ em área correspondente à T7, com surgimento de vesículas e dor em queimação. Foi tratada com aciclovir por via oral, com remissão total dos sintomas. Após 3 meses foi encaminhada ao ambulatório de dor com quadro algico em queimação, constante, com intensidade 8/10 na escala para avaliação da dor, na mesma região do HZ. Estava associada a alodínea e hiperalgesia importantes, sem fator de alívio, nem resposta a dipirona. Foi realizado o diagnóstico de NPH e iniciou-se o tratamento com pregabalina 75 mg/dia por 3 semanas, sendo necessário aumento da dose para 150 mg/dia, o que promoveu apenas alívio discreto da dor. Outros tratamentos realizados, como acupuntura, lidocaína a 5% tópica e injeção de toxina botulínica via hipodérmica, também não foram eficazes. Foi então proposto realização de bloqueio paravertebral como tratamento. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico, monitorizada e submetida à sedação leve. Com auxílio da ultrassonografia foi identificado o espaço paravertebral no mesmo nível e lateralidade da queixa algica. Com a paciente sentada, foi realizada introdução guiada de agulha com 100 mm de comprimento sonossensível, seguido de injeção de 20 ml de ropivacaina 0,3%, clonidina 30 µg e dexametasona 5 mg. O procedimento aconteceu sem intercorrências e resultou em alívio total da dor pelos 20 dias de acompanhamento.

Discussão:

A NPH é uma doença de caráter crônico muitas vezes incapacitante, cujo tratamento é um desafio para o anestesista. Os fatores de risco associados a NPH são: idade, intensidade da dor no quadro inicial de HZ e a gravidade do “rash”. A dor geralmente é em queimação ou pontadas, podendo ser constante ou intermitente, associada a alodínia em até 90% dos casos. Os fármacos de primeira escolha para o tratamento da NPH são os antidepressivos tricíclicos,

a gabapentina e a pregabalina. Outras opções de tratamento descritas são: ácido valpróico, lidocaína, capsaicina, corticóide subaracnóideo e injeção de toxina botulínica. Procedimentos intervencionistas, como o bloqueio paravertebral, são opções práticas, seguras e devem ser consideradas em casos refratários ao tratamento clínico.

Referências:

- 1) Dworkin RH, et al. Diagnosis and assessment of pain associated with herpes zoster and postherpetic neuralgia. *J Pain* 2008; 9: S37. Johnson RW, Rice AS. Clinical practice. Postherpetic neuralgia. *N Engl J Med* 2014; 371: 1526.

OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA POR ENOVELAMENTO DE HASTE METÁLICA APÓS IOT PROLONGADA COM TUBO ARAMADO

Voltolini, Guilherme; Franck, Claudio Luciano; de Melo, Raquel Jardim; Sousa, Samuel da Rosa. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 57-58.

Introdução:

O tubo endotraqueal aramado (TEA) é um dispositivo para intubação que permite a ventilação invasiva durante uma anestesia geral. Diferencia-se de um tubo endotraqueal convencional (TEC) pela presença interna de uma espiral de aço inoxidável, que reforça a parede e dificulta o colapamento. O TEA pode ser utilizado quando há risco de obstrução da passagem do fluxo de gases por compressão ou acotovelamento do tubo endotraqueal, durante procedimentos cirúrgicos orofaciais, neurocirurgias ou em posições cirúrgicas não supinas sob anestesia geral profunda. A raridade de relatos semelhantes na literatura e a gravidade de um distúrbio obstrutivo agudo de um tubo endotraqueal norteou o objetivo desse relato de caso, que intenta orientar medidas preventivas e resolutivas, além de inserir no rol de diagnósticos de causas de obstruções agudas de um tubo endotraqueal.

Relato de caso:

Paciente masculino, 67 anos, ASA II, Mallampati III, submetido a nefrectomia esquerda em decúbito lateral direito. Após indução anestésica, durante laringoscopia, verificou-se a visualização glótica 3A da classificação de Cormack-Lehane. A Intubação Orotraqueal foi realizada com dificuldade, utilizando-se tubo endotraqueal aramado número 8,0 (TEA-8.0). Sedação mantida até o décimo dia sob gradação RASS-2, quando apresentou assincronia com o respirador, redução do volume corrente, dessaturação, aumento da pressão de pico e resistência de vias aéreas, sugerindo processo obstrutivo. Apresentou hipoxemia grave e optou-se pela troca do TEA por TEC, solucionando o fator obstrutivo. Observou-se ruptura da haste metálica no exato local de contato com a arcada dentária.

Discussão:

A utilização do TEA deve ser restrita ao período transoperatório sob anestesia geral profunda, em cirurgias com risco de compressão ou acotovelamento do tubo. Recomenda-se que, finalizado o procedimento, o TEA seja substituído por TEC afim de prevenir desfechos desfavoráveis e potencialmente danosos ao paciente.

Referências:

- 1) Catane R, Davidson JT. A hazard of cuffed flexometallic endotracheal tubes. Br J Anaesth 1969; 17: 297.

- 2) Ball JE, Platt S. Obstruction of a reinforced oral tracheal tube. BJA: British Journal of Anaesthesia. 2010; 105(5): 699–700. Doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aeq289>.

RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM GRAVE DEFORMIDADE DA COLUNA TORÁCICA E LOMBAR

Sousa, Samuel da Rosa; Leite, André Luís Neves; Leite, Fernanda Almeida; Boccato, Maria Israela Cortez. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 59-60.

Introdução:

A Raquianestesia consiste em uma técnica consagrada, segura e eficaz, garantindo conforto aos pacientes à ela submetidos nas inúmeras abordagens cirúrgicas propostas.

Relato de caso:

AT, mulher, 58 anos, 35kg, 1,40m, ASA 3 por sequela de poliomielite que à conferiu situação de acamada no 1º ano de idade, e dependente de cuidados exclusivos por limitação física e déficit cognitivo grave com a impossibilidade de contactar devido a pouca interação com o meio. A paciente foi submetida a correção de fratura de fêmur direito do tipo A (Classificação AO para fraturas diafisárias) decorrente da manipulação na mudança de decúbito em domicílio. Veio ao Centro Cirúrgico no dia posterior ao trauma, já com avaliação pré-anestésica. Na chegada, monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. À ectoscopia verificaram-se graves deformidades de coluna lombar (hiperlordose com desvio >75°) e torácica (hipercifose com desvio >70°). A mesma apresentava-se desidratada, normocárdica com frequência cardíaca de 70 bpm e hipotensa com PA 90 / 50 mmHg. Frente ao quadro apresentado, foi optado por punção subaracnóidea mediana no nível de L4-L5, em posição de decúbito lateral esquerdo e com agulha 26G de Quincke, obtendo-se duas tentativas sem sucesso. Optou-se então pela abordagem paramediana com sucesso evidenciado pelo líquido. Administrou-se 5mg de bupivacaína isobárica juntamente com morfina 20mcg e manteve-se o posicionamento da paciente por 15 minutos afim de promover um bloqueio predominante de membro inferior direito e, assim, atenuar os efeitos hemodinâmicos do bloqueio do neuroeixo. O nível do bloqueio foi testado a cada 5 min através de estímulo doloroso com agulha hipodérmica. Após atingir o nível T8, foi liberado ao cirurgião a assepsia, colocação dos campos cirúrgicos e início do procedimento. Como adjuvante, foi realizado sedação EV com Clonidina 0,1 mcg.kg e Cetamina 0,25 mg.kg. A assistência anestésica durou 1h e teve enfoque em reposição volêmica guiada por metas, sendo considerada de boa qualidade e sem nenhuma complicação registrada ao longo do período de observação até o pós-operatório em UTI.

Discussão:

Apesar das dificuldades técnicas que podem advir das alterações na anatomia da região lombar e assim propiciar situações de aumento na latência do bloqueio por dispersão errátil do anestésico, o bloqueio subaracnóideo ainda constitui uma boa alternativa para pacientes portadores

de lordose ou hiperlordose, não sendo estas contraindicações absolutas ao bloqueio, mas sim relativas.

Referências:

- 1) Horlocker TT, Wedel DJ. Anesthesia for orthopedic surgery, in clinical anaesthesia. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
- 2) C. Bowens, K. H. Dobie, C. J. Devin, J. M. Corey, An approach to neuraxial anaesthesia for the severely scoliotic spine, *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 111, Issue 5, November 2013, Pages 807 811.

RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA EPIDERMÓLISE BOLHOSA

Cunha, Diogo Rodrigues da Silva; Bernardin, Cristiane de Pauli; Negri, Mayara Galante.
54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 61-62.

Introdução:

A epidermólise bolhosa (EB) é uma desordem hereditária rara que se apresenta clinicamente com a formação de bolhas na pele e nas mucosas, variando em seu curso e gravidade, de mínimas lesões até o óbito na infância. As bolhas podem surgir espontaneamente ou devido ao mínimo trauma. O trauma repetitivo, infecções secundárias e cicatrização podem resultar em deformidades e em uma série de complicações. O manejo perioperatório deve prevenir a formação de bolhas, suas complicações e consequentemente o sofrimento do paciente. O objetivo deste relato é descrever a conduta anestésica em um paciente com EB, submetido a broncoscopia e traqueostomia.

Relato de caso:

Paciente masculino, branco, 7 meses, 5,200g, com diagnóstico de EB logo após o nascimento, interna para investigação de dispnéia e suspeita de laringomalácia/traqueo-broncomalácia. Na avaliação pré-operatória para realização de broncoscopia, o paciente encontrava-se dispneico, afebril e com estridor laríngeo. Parte do corpo estava coberta por ataduras e curativos especiais, enquanto a área exposta apresentava tanto pele íntegra como pele com lesões bolhosas, crostas e cicatrizes. Os pais foram orientados sobre jejum, risco anestésico e o paciente foi liberado para realização do procedimento em centro cirúrgico, na presença de cirurgião pediátrico. Após nova discussão clínica envolvendo o médico assistente e equipe da cirurgia pediátrica, optou-se pela realização de traqueostomia eletiva. Na sala de operação, a conduta anestésica consistiu em monitorização com oximetria de pulso em MID, cardioscopia com eletrodos sem a parte adesiva (retirada com tesoura), acrescentado gel e fixação com curativo especial a base de silicone, indução inalatória e venoclise com cateter nº 24 sem garrote, fixado também com curativo apropriado. Foi administrado propofol e realizada primeiramente a broncoscopia, seguida de intubação oro-traqueal com lâmina do laringoscópio lubrificada, tubo orotraqueal nº4 sem balonete, fixado com fita especial. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurano. Durante a broncoscopia foi diagnosticado laringomalácea e evidenciado a presença de bolhas em via aérea, achados que explicavam o estridor. Foi realizada traqueostomia para evitar obstrução da via aérea futuramente e procedimento terminou sem intercorrências.

Discussão:

Devido à gravidade do caso e dificuldade no manejo dos pacientes com EB, a realização da broncoscopia em ambiente cirúrgico, na presença de cirurgião pediátrico, utilizando curativos especiais atraumáticos, lubrificação da lâmina do laringoscópio, entre outros cuidados, possibilitaram a realização do procedimento com segurança para o paciente.

Referências:

- 1) Nandi R, Howard R. Anesthesia and epidermolysis bullosa. *Dermatol Clin* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;28(2): 319–24. Herod J, Denyer J, Goldman A et al. Epidermolysis bullosa in children: Pathophysiology, anaesthesia and pain management. *Paediatr Anaesth*. 2002;12(5): 388–97.

RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA TORACOSCOPIA E BIÓPSIA MEDIASTINAL COM MÁSCARA LARÍNGEA

Bernardin, Cristiane de Pauli; Cunha, Diogo Rodrigues da Silva; dos Santos, Bruna Bastiani. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 63-64.

Introdução:

O manejo anestésico de pacientes com grandes massas mediastinais pode ser complicado devido a pressão exercida pela massa sobre as vias aéreas, câmaras cardíacas e grandes vasos. Os pacientes que apresentam sintomas de dispneia, tosse, rouquidão, estridor, sintomas posturais, síndrome da veia cava superior têm um risco mais elevado de colapso cardiopulmonar. O objetivo desse relato é demonstrar o uso da máscara laríngea (ML) como alternativa ao manejo das vias aéreas.

Relato de caso:

Paciente do sexo masculino, 41 anos, ASA II, sem comorbidades, tabagista (7maços/ano), submetido a toracoscopia para investigação de massa mediastinal. Na avaliação pré-operatória, além do paciente encontrar-se dispneico, também apresentava sinais da síndrome da veia cava superior. Na sala de operação, foi optado por anestesia geral sem intubação oro-traqueal, devido ao tempo cirúrgico reduzido e à possibilidade de colapso de via aérea, dando preferência ao uso de máscara laríngea tamanho 4 e manutenção de ventilação espontânea durante a cirurgia. A indução da anestesia foi feita com propofol e remifentanil, seguida da inserção do dispositivo supra-glótico. O tempo cirúrgico foi de 45 minutos, sem intercorrências. Para manutenção foi utilizado sevoflurano. Após o despertar e retirada da ML o paciente foi encaminhado à UTI totalmente acordado.

Discussão:

A manutenção da respiração espontânea preserva o gradiente da pressão trans-pulmonar, o que ajuda a manter as vias aéreas patentes e evitando seu colapso. A ML é um dispositivo extremamente útil para ventilação em diversas situações clínicas.

Conclusão:

Nesse caso em particular o uso da ML como alternativa a IOT foi benéfica possibilitando menor tempo de internamento e rápida recuperação anestésica.

Referências:

- 1) Erdos G, Tzanova I. Perioperative anaesthetic management of mediastinal mass in adults. *Eur J Anaesthesiol.* 2009;26: 627-32. Blank RS, de Souza DG. Anesthetic management of patients with an anterior mediastinal mass: continuing professional development. *Can J Anaesth.* 2011;58: 860-7, 853-9.

RELATO DE CASO: MANEJO DE VIA AÉREA E DESPERTAR ANESTÉSICO, COM PASSAGEM DE MÁSCARA LARÍNGEA POSTERIORMENTE À EXTUBAÇÃO EM PACIENTE COM MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)

Aquino, Mirna Lopes; Sales, Samuel Mendes; Gonçalves, Mariana Fagundes. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 65-66.

Introdução:

Em procedimentos de MAV o ideal é que o paciente tenha o despertar anestésico o mais tranquilo possível para que não ocorra sangramento, o que torna um desafio para o anestesiológico.

Relato de caso:

Homem, 37 anos, a ser submetido à embolização de MAV, sem outras comorbidades, com preditor de via aérea difícil, Mallampati IV, na avaliação pré-anestésica. Para a indução anestésica foi monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva e monitor de bloqueio muscular. Administrado midazolam, fentanil, propofol e rocurônio, pré-oxigenado com máscara facial até completo relaxamento muscular. Após laringoscopia foram necessárias três tentativas para sucesso da intubação. Durante o procedimento o bloqueio neuromuscular foi mantido com novas doses de rocurônio para manter o TOF<0. Ao fim da cirurgia foi necessário o uso de sugamadex para reversão do bloqueio neuromuscular, extubado o paciente em plano anestésico, passada a máscara laríngea, administrada lidocaína endovenosa e esperado o despertar para que não houvesse pico hipertensivo e tosse na extubação. O mesmo foi encaminhado consciente para UTI e sem intercorrências.

Discussão:

Na extubação da malformação arteriovenosa (MAV), assim como em outras neurocirurgias, deve-se avaliar a hemodinâmica, os padrões respiratórios e neurológicos. É essencial assegurar que o paciente irá manter a via aérea pérvia e boa ventilação. Outro fator a se preocupar é o fato de não haver picos hipertensivos que possam causar sangramentos junto à embolização. Dessa forma, o aconselhável é que o despertar seja suave, evitando picos hipertensivos, tosse ou burpes pelo paciente. Algumas das opções do anestesiológico são: extubar o paciente em plano profundo com passagem de máscara laríngea, para garantir a via aérea, principalmente naqueles que possuem intubação difícil; uso de lidocaína endovenosa e betabloqueadores para diminuir os efeitos hemodinâmicos indesejáveis; e reverter completamente o bloqueio neuromuscular.

Referência:

- 1) Silva CHR et al. Ventilação mecânica em neurocirurgia. Rev Med Minas Gerais 2014; 24(Supl 8): S33-S42

SÍNDROME DE HORNER TRANSITÓRIA SECUNDÁRIA A ANESTESIA PERIDURAL CERVICAL: UM RELATO DE CASO

Scheffer, Bruno Eduardo; Herrera, Paulo Adilson. 54^a Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 67-68.

Introdução:

Hérnia de disco em geral é uma patologia frequente da coluna vertebral com incidência estimada entre 13% a 40% durante toda a vida. O bloqueio peridural é uma opção de tratamento analgésico. A Síndrome de Horner (SH) é uma condição que surge devido à disfunção do sistema nervoso simpático. Neste relato de caso, objetivamos apresentar o desenvolvimento da SH como uma complicação da anestesia peridural para analgesia de hérnia discal.

Relato de Caso:

Paciente F.F. do sexo feminino, 31 anos, 70 kg, ASA I, apresentou-se com cervicobraquialgia por hérnia de disco em C6-C7 conforme exame de ressonância magnética, com falha no tratamento clínico, sendo indicado então o bloqueio peridural interlaminar com a paciente em decúbito ventral. Imagens anteroposteriores e de perfil foram obtidas para identificar o nível e espaço inter-laminar com fluoroscopia. Para a injeção peridural interlaminar foi utilizada agulha tuohy 18G, avançada em direção de posterior a anterior, parasagital. Observou-se perda de resistência ao ar para identificar o espaço peridural. Em seguida uma combinação de 4 ml de bupivacaína a 0,25% e 7mg de betametasona foi injetada no espaço peridural. Após a intervenção a paciente repousou na mesa cirúrgica por cinco minutos, com melhora algica e sem outras queixas clínicas. Cerca de 30 minutos após o procedimento apresentou SH ipsilateral com ptose, miose e hiperemia conjuntival. Não se observou agravamento da SH e quadro reverteu gradualmente poucas horas depois sem qualquer intervenção clínica.

Discussão:

Múltiplos mecanismos são descritos para explicar a fisiopatologia da SH durante a anestesia peridural. O mais plausível para o caso relatado seria a dispersão do anestésico local no espaço peridural que provocou um bloqueio das fibras nervosas simpáticas do gânglio estrelado (C8-T1) do mesmo lado da aplicação anestésica. A apresentação clínica da SH é caracterizada principalmente por miose, ptose palpebral, hiperemia conjuntival e anidrose. Outras manifestações neurológicas do efeito inibitório na cadeia simpática são a rouquidão, a dificuldade respiratória e a instabilidade hemodinâmica, como hipotensão e bradicardia. A SH relacionada a anestesia peridural é geralmente um fenômeno benigno, consequência da dispersão cefálica do anestésico local, que se resolve espontaneamente em poucas horas. Pode ocorrer em qualquer paciente submetido a anestesia ou analgesia peridural. Não parece haver

uma maior probabilidade de desenvolver a SH de acordo com o agente anestésico utilizado, embora os tempos de latência e recuperação possam ser diferentes para cada um. No entanto, o diagnóstico deve ser mantido em mente para que o tratamento desnecessário seja evitado, dado que o curso clínico é favorável com resolução espontânea.

Referências:

- 1) Kepes ER, Martinez LR, Pantuck E et al. Horner's syndrome following anesthesia. NY State J Med 1972; 72:946-7

TRANSPLANTE RENAL VIDEOLAPAROSCÓPICO: ANESTESIA GERAL BALANCEADA ASSOCIADA A ANALGESIA MULTIMODAL – RELATO DE CASO

da Silva, Aglaher Mayra Stocco; Dal Prá, Mariana; Tonin, Maria Fernanda Gasparetto; Cardoso, Arthur Ruzzon. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 69-70.

Introdução:

Transplante renal (TR) é realizado desde 1906; porém, apenas em 1960, após o desenvolvimento de novos imunossuppressores, que foi considerado tratamento de escolha para os pacientes com doença renal terminal DRT. Apesar de haver poucos casos descritos sobre o TR videolaparoscópico, este apresenta vantagens ao diminuir morbimortalidade per-operatória, reduzir tempo de internamento e aumentar da sobrevida do paciente, bem como sua qualidade de vida. Graças aos bloqueadores neuromusculares com baixa excreção renal e aos anestésicos voláteis com baixa biotransformação, a anestesia geral (AG) tornou-se a melhor opção para este procedimento, garantindo imobilidade total do paciente durante as anastomoses vasculares e o controle adequado da ventilação e perfusão. O propofol é seguro para indução e manutenção da anestesia no TR, enquanto a melhor opção para bloqueio neuromuscular é o cisatracúrio, que tem duração intermediária e metabolismo pouco influenciado pela função renal. A morfina deve ser usada com cautela, pois seus metabólitos são excretados pelos rins, o que prolonga a duração de seus efeitos e expõem os pacientes ao efeito depressor do sistema respiratório por mais tempo. Já, fentanil, sufentanil e alfentanil podem ser utilizados, pois seus metabólitos são inativos. Anti-inflamatórios são contra-indicados por serem deletérios ao rim transplantado.

Relato de caso:

M.S.F, masculino, 26 anos, 70 kg, submetido a transplante renal com doador vivo, sob AG balanceada, associada à analgesia multimodal. A indução anestésica foi realizada com propofol 1,5 mg/kg, cisatracúrio 0,15 mg/kg e sufentanil 0,25 µg/kg, e a manutenção feita com sevoflurano, mantendo BIS entre 40 e 60. Para analgesia multimodal foram administrados lidocaína endovenosa sem vasoconstritor 1,5 mg/kg, sulfato de magnésio 30 mg/kg, cetamina 0,15 mg/kg e dipirona 2g. Para reposição volêmica foram utilizados 2500ml de Ringer com lactato. As avaliações no pós-operatório imediato e após 6 horas de procedimento evidenciaram a ausência de dor.

Discussão:

A escolha da técnica anestésica e analgésica é importante para reduzir complicações e morbimortalidade per-operatória. A AG balanceada é uma técnica segura e efetiva para o transplante renal, quando comparada a outras modalidades anestésicas. A associação com analgesia

multimodal também se mostrou eficaz e benéfica, pois garantiu analgesia adequada, o que contribuiu para reduzir a permanência hospitalar.

Referências:

- 1) Tocancipa, DR et al. Complicaciones anestésicas en trasplante renal. Rev. colomb. anestesiología. 2011;39(1):30-37.
- 2) Hirata, ES et al. Influência da técnica anestésica nas alterações hemodinâmicas no transplante renal: estudo retrospectivo. Rev. Bras. Anestesiologia. 2009;59(2):166-176.

VALIDADE DA ANESTESIA LIVRE DE OPIÁCEOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

Serra, Caroline Esteves; Nogaroto, Jaqueline; Jorge, Jaime João; Maria, Luis Fernando Rodrigues. 54ª Josulbra - Jornada Sul Brasileira de Anestesiologia; 2019; 71-72.

Justificativa e objetivos:

A anestesia livre de opiáceos (OFA) é uma técnica em que nenhum opióide é administrado durante o ato anestésico e período perioperatório. Caracteriza-se pela infusão de dexmedetomidina, sulfato de magnésio e lidocaína, baixas doses de cetamina, bloqueio neuromuscular profundo e uso de desflurano. O uso de opióides está associado a hiperalgesia, maior consumo de analgésicos no pós-operatório, íleo paralítico, náuseas e êmese. Após a cirurgia bariátrica, a dor tende a ser de natureza complexa. Estudos sugerem que o uso OFA acelera a recuperação pós-operatória e o retorno as atividades. O objetivo desse estudo foi verificar a validade da OFA nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Método:

Buscou - se nas bases de dados Medline (acessada via PubMed), SciELO, Scopus e Cochrane artigos dos últimos 10 anos utilizando como descritores “opioid free”, “anesthesia”, “bariatric surgery” e suas associações. Realizou-se a seleção inicial com base nos títulos e resumos, de estudos publicados entre 2011 e 2018, escritos em português ou inglês. Foram excluídos os artigos que emitiam opinião e relatos de caso. Dos 59 artigos identificados inicialmente, 8 correspondiam aos critérios de seleção e foram incluídos no estudo.

Discussão:

As vantagens do uso da OFA consistem em garantir amnésia, analgesia e bloqueio simpático adequados, bem como facilitar a realização do pneumoperitônio, evitar hiperalgesia induzida pelo opióide e possibilitar menor consumo de analgésicos no pós-operatório imediato. Todavia, em alguns pacientes podem ser necessário o uso de pequenas doses de opióides de curta duração, enquanto em outros podem ser necessário o uso de vasopressores. Apesar da cetamina interferir na monitorização do nível de consciência, ela deve ser feita, com a intenção garantir a ausência de memória intraoperatória.

Conclusão:

A preferência pela OFA deve-se ao uso opióide estar associado a dependência química, maior tempo de recuperação e maior risco de náuseas/vômitos no pós-operatório. Porém, a intensidade da dor após cirurgia bariátrica varia entre os pacientes, portanto é necessário individual

lizar a técnica anestésica e a analgesia pós-operatória visando garantir a segurança e qualidade na recuperação de cada paciente.

Referências:

- 1) Sultana, Adrian. Opioid Free Anesthesia and Analgesia in the Bariatric Patient. Disponível em: https://ispcop.net/images/ispcop/publications/education/Sultana_OFA.pdf.