

**Resumos dos trabalhos  
apresentados na 45<sup>a</sup> Jornada de  
Anestesiologia do  
Sudeste Brasileiro – JASB,  
realizada no período de 23 a 25  
de julho em Belo Horizonte,  
Minas Gerais**

## ACIDENTES, INCIDENTES E COMPLICAÇÕES

### 001 – PARALISIA DE MEMBRO INFERIOR APÓS ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: RELATO DE CASO

Daniele Barros Cazarim, Michele Barros Cazarim, Nivaldo Cazarim

*Hospital Monte Sinai - CET SBA Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG – Brasil*

**Introdução:** a anestesia regional é amplamente usada em cirurgia ortopédica, mas complicações neurológicas podem ocorrer. O presente estudo tem como finalidade descrever um caso de paralisia do membro inferior associado à cirurgia de quadril e anestesia regional. **Relato de caso:** mulher, 48 anos, foi admitida para realização de artroplastia total de quadril em decorrência de tumor metastático em fêmur esquerdo. História, exames físico e complementares normais. Tomografia computadorizada evidenciava metástases vertebrais e em colo femoral bilateral. Com contraindicação relativa à realização de bloqueio raquimedular, optou-se por realização de bloqueio regional associado à anestesia geral. Após pré-medicação com midazolam e monitorização de rotina (PNI, FC, SpO<sub>2</sub>), foi realizado bloqueio femoral por via anterior e isquiático (técnica de Labat), auxiliado por neuroestimulador (considerando satisfatória resposta motora abaixo de 0,5 mA) com ropivacaína 0,375%. A anestesia geral foi feita com propofol, fentanil e cisatracúrio e mantida com sevoflurano, óxido nitroso e oxigênio. O ato anestésico cirúrgico evoluiu sem intercorrências. No primeiro dia de pós-operatório a paciente apresentou paralisia e anestesia total do membro inferior esquerdo. No quarto dia, mantendo-se o quadro, optou-se por início de corticoterapia e fisioterapia. No sétimo dia evidenciou-se melhora da sensibilidade e da capacidade de flexão coxofemoral, permanecendo paralisia de pé, e no 10º dia a paciente recebeu alta hospitalar. No 18º dia permanecia com acinesia de pé, com capacidade de manter-se em posição ortostática. No 55º dia já deambulava, porém permanecia com restrição à dorso-flexão de pé esquerdo. **Discussão:** a prevalência de paralisia neural após artroplastia total de quadril é baixa, variando em torno de 0,6 a 3,7%. Lesão neural durante a injeção do anestésico, fatores associados à cirurgia (laceração, isquemia e compressão) e doenças subjacentes explicariam a neuropatia.

(Apresentador: Daniele Barros Cazarim)

E-mail do autor: dcazarim@hotmail.com

## ANESTESIA PARA CIRURGIA ABDOMINAL

### 002 – CONDUTA ANESTÉSICA EM OPERAÇÃO CITORREDUTORA ABDOMINAL

Tiago de Carvalho Garcia, Rodrigo de Lima e Souza, Francisco Tadeu da Mota Albuquerque, João Daniel Avellar Milhomens  
*Hospital Madre Teresa. Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Justificativa e objetivos:** a operação citorredutora abdominal envolve alterações abruptas da temperatura e intensa perda de fluidos corporais. Para que haja minucioso controle da reposição de fluidos e da termorregulação, é necessária monitorização hemodinâmica, metabólica e de temperatura precisas, a fim de propiciar evolução benigna e alta hospitalar mais precoce. **Relato do caso:** paciente submetido à peritonectomia para tratamento de pseudomixoma peritoneal, com perda volêmica importante, tendo sido monitorizado com temperatura esofágica, débito cardíaco contínuo, variação de pressão de pulso contínua, saturação venosa central de oxigênio contínuo, entre outros, apresentando boa evolução perioperatória e alta hospitalar precoce. **Conclusões:** a importância da monitorização invasiva em operações que envolvem grandes perdas volêmicas é de valor inestimável em mãos experientes, sendo que o uso correto desses parâmetros pode ter contribuído para a evolução satisfatória do caso apresentado.

Apresentador: Tiago de Carvalho Garcia

E-mail do autor: tiagogg@gmail.com

### 003 – ANESTESIA PARA SUPRARRENALECTOMIA EM PACIENTE COM FEOCROMOCITOMA BILATERAL

Natália Lima Duarte, Magda Lourenço Fernandes, Vinícius Caldeira Quintão

*Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** o feocromocitoma é uma neoplasia de células cromafins de ocorrência rara. Anestesia no paciente com feocromocitoma é um desafio para o anesthesiologista, visto que 25 a 50% das mortes intra-hospitalares entre esses pacientes ocorrem durante a indução anestésica ou durante o procedimento cirúrgico. **Relato de caso:** A.R.S.F., sexo masculino, 31 anos, portador de feocromocitoma bilateral. Antecedente de asma brônquica e hipertensão arterial, em uso de captopril e diazepam. Indicado bloqueio  $\alpha$ -adrenérgico no pré-operatório com prazosin e optado por não fazer  $\beta$ -bloqueio devido ao antecedente de asma. Antes da indução anestésica, realizou-se punção de veia central e acesso periférico calibroso e cateterização arterial. A indução foi feita com remifentanil, cisatracúrio e propofol. Intubação traqueal sem intercorrências, manutenção da anestesia feita com remifentanil e sevoflurano. Durante a manipulação do tumor o paciente apresentou hipertensão e taquicardia, sendo administrados clonidina e verapamil e iniciada infusão contínua de nitroprussiato de sódio, com bom controle pressórico. Após retirada das suprarrenais administrou-se hidrocortisona, feita analgesia com morfina e depois extubação sem intercorrências. Paciente encaminhado ao CTI e evoluído com estabilidade. Na mesma internação ele foi submetido à tireoidectomia total com esvaziamento cervical devido a diagnóstico sugestivo de carcinoma medular de tireoide. O procedimento transcorreu sem intercorrência, recebendo alta hospitalar em boas condições clínicas, em uso de prednisona, levotiroxina e carbonato de cálcio. **Discussão:** o preparo pré-operatório é fundamental para evitar complicações anestésico-cirúrgicas e reduzir a mortalidade em pacientes portadores de feocromocitoma. Idealmente, isto é feito com fármacos  $\alpha$  e  $\beta$ -bloqueadoras. O  $\beta$ -bloqueio só deve ser iniciado após o bloqueio  $\alpha$  estabelecido. Os bloqueadores de canais de cálcio são uma alternativa ao  $\beta$ -bloqueio. Fentolamina, nitroprussiato de sódio e  $\beta$ -bloqueador são fármacos indicados para controle da pressão arterial durante e após a cirurgia. Plano anestésico adequado e facilidade de controle do nível de anestesia contribuíram para o sucesso do caso.

(Apresentador: Natália Lima Duarte)

E-mail do autor: natalialduarte@gmail.com

## ANESTESIA PARA CIRURGIA CARDÍACA

### 004 – INTERRUPTÃO DO ARCO AÓRTICO TIPO B CORRIGIDA COM PARADA CIRCULATÓRIA TOTAL E HIPOTERMIA PROFUNDA: RELATO DE CASO

Marcel Andrade Souki, Manuela Guimarães Almeida Nogueira, Henrique Carvalho Lacerda

*ICET da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** a interrupção do arco aórtico (IAA) é uma cardiopatia congênita de consequências devastadoras, com mortalidade de 75% aos 10 dias e de 90% aos 12 meses de vida. Essa doença rara caracteriza-se pela falta de continuidade anatômica entre o arco aórtico transversal e a aorta descendente. Em virtude dos seus aspectos anatômicos, a circulação extracorpórea (CEC) convencional não é adequada para o tratamento cirúrgico desse tipo de lesão, sendo a CEC com hipotermia profunda com baixo fluxo de perfusão ou com parada circulatória geralmente a escolha preferida para a cirurgia da interrupção do arco aórtico. O objetivo do relato é discutir a conduta e manejo adequado frente à IAA. **Relato de caso:** paciente de 12 dias de vida, sexo feminino, diagnosticado com sopro cardíaco no segundo dia de vida, evoluindo com redução dos pulsos em MMII, realizado ecocardiograma (CIA, CIV, IAA com dependência do canal arterial) quando foi iniciado uso de prostaglandina. No quinto dia de vida, realizado novo ECO: CIA com shunt D-E, regurgitação tricúspide leve, com fluxo bidirecional, com válvula aórtica bicúspide, IAA tipo B de Rastelli, leve aumento das câmaras cardíacas, FE: 73%. PSAP 40 mmHg. Admitida no Centro Cirúrgico em ventilação mecânica, em uso de prostaglandina E1. Após monitorização invasiva, indução e manutenção da anestesia com sevoflurano e fentanil. Saída de CEC com dobutamina a 10 mcg/kg/min e adrenalina a 1 mcg/kg/min. A criança foi encaminhada ao CTI neonatal em ventilação mecânica, mantendo-se as aminas. Em 18 horas de pós-operatório no CTI evoluiu para óbito. **Discussão:** o manuseio e a estabilização dos pacientes com IAA ainda constituem um desafio para o anesthesiologista. Os métodos e técnicas de CEC na cirurgia da IAA não são os mesmos que se usam para a cirurgia das demais cardiopatias, pela necessidade de clameamento da aorta descendente. A IAA é uma cardiopatia rara e complexa. A CEC com hipotermia profunda e parada circulatória ou baixo fluxo de perfusão devem ser encaminhadas para a correção cirúrgica desse tipo de lesão.

(Apresentador: Henrique Carvalho Lacerda)

E-mail do autor: mandradesouki@yahoo.com.br

## ESTUDOS EXPERIMENTAIS

### 005 – QUALIDADE EM ANESTESIA: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Patricia Helena Azevedo Vieira Moreira, Marcos Lopes de Miranda, Carlos Darcy Alves Bersot, Ana Carolina Teixeira  
*Hospital Federal da Lagoa. Rio de Janeiro, RJ – Brasil*

**Introdução:** como parte da implantação em nosso serviço de uma clínica de cuidados pós-operatórios com atuação abrangente, técnica e humana, foram analisadas de forma retrospectiva e aleatória 85 fichas de avaliação pós-operatória de pacientes submetidos a cirurgias eletivas de médio e grande porte. **Método:** os pacientes foram entrevistados antes da alta hospitalar, na enfermaria, no dia seguinte ao ato anestésico-cirúrgico. Foram determinadas as incidências das complicações pós-operatórias mais comuns e, ao final, foi analisada a associação entre estas complicações e a satisfação dos pacientes com o ato anestésico obtida por Escala Visual Numérica (zero a 10). **Resultados:** apesar da incidência de complicações encontrada ter sido considerada semelhante àquela referenciada na literatura, o nível global de satisfação final dos pacientes foi considerado elevado (média de 9,6). Não foi possível fazer qualquer correlação entre a incidência de determinada complicação e a pontuação final da satisfação. **Conclusões:** além dos parâmetros técnicos já bem estabelecidos na literatura para avaliação objetiva de um ato anestésico, deve-se ter como meta a avaliação subjetiva dos pacientes submetidos ao ato anestésico, aqui medida pela satisfação. Esse parâmetro envolve inúmeras variáveis que muitas vezes são difíceis de serem medidas e, quando avaliadas por um instrumento unidimensional simples, como a Escala Visual Numérica, não fornece informação discriminativa. **Discussão:** estudos clínicos sobre a satisfação dos pacientes como meta do procedimento anestésico não são comumente realizados. Avaliação mais rigorosa da satisfação dos pacientes quanto ao ato anestésico carece de instrumentos adequados. O uso de escalas psicométricas mais complexas (multidimensionais) pode ser uma solução para esse problema.

(Apresentador: Patricia Helena Azevedo Vieira Moreira)

E-mail do autor: patriciamoreira@ig.com.br

## INTUBAÇÃO TRAQUEAL

### 006 – ANESTESIA EM PACIENTE ADULTO PORTADOR DA SÍNDROME DE PIERRE ROBIN

Daniel Lanna Martinez Antezana, Elias Varela Bechara, Marcel Andrade Souki  
*Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*

**Introdução:** anormalidades crânio-faciais presentes na síndrome de Pierre Robin podem dificultar o acesso à via aérea. Trata-se de uma síndrome rara que impõe desafios ao tratamento anestésico-cirúrgico. O objetivo deste relato é discutir os cuidados para a abordagem da via aérea em pacientes portadores da síndrome. **Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 29 anos, ASA II, portadora de síndrome de Pierre Robin, com indicação de rinoplastia pela cirurgia plástica. Sem cirurgias prévias, com tentativa malsucedida de intubação em outro serviço para a mesma cirurgia. Ao exame, palato ogival, Mallampati III, micrognatismo acentuado com distância tireomentoniana mentoniana de 4 cm. Optou-se por intubação com a paciente acordada após sedação adequada e anestesia local da via aérea. Utilizado guia luminoso após não visualização da epiglote com a laringoscopia convencional. Intubação difícil na segunda tentativa de profissional experiente, confirmada com ausculta pulmonar e curva da capnografia. Indução anestésica com propofol e atracúrio. Anestesia mantida com isoflurane e óxido nitroso. A paciente manteve-se estável durante a cirurgia, que durou aproximadamente quatro horas. A extubação foi realizada sem intercorrências e a paciente manteve-se estável na sala de recuperação pós-anestésica. **Discussão:** a síndrome ou sequência de Pierre Robin é caracterizada principalmente por micrognatia, glossoptose e alterações das vias aéreas. Fenda palatina, desvio da laringe e angulação do manúbrio esternal também podem ser encontrados. Esse defeito congênito heterogêneo tem prevalência de aproximadamente um por 8.500 nascidos vivos. No presente caso, a paciente apresentava a tríade definidora da síndrome. Optou-se por intubação com ela acordada. A sedação foi criteriosa para obter cooperação máxima da paciente. A via aérea de difícil acesso foi confirmada com a laringoscopia convencional pela escala de Cormack-Lehane – grau IV. A escolha do guia luminoso foi opção do anestesiológico, mas a fibroscopia óptica estava disponível em caso de necessidade. É fundamental que o anestesiológico seja capaz de reconhecer as dificuldades e riscos da abordagem da via aérea em pacientes com distúrbios crânio-faciais. São necessários também conhecimentos anatômicos e experiência com os recursos técnicos apropriados para manuseio dessa via aérea. A antecipação de possíveis problemas e a interação entre as equipes cirúrgica e anestésica foram fundamentais para o sucesso nesse caso.

(Apresentador: Daniel Lanna Martinez Antezana) E-mail do autor: d\_lanna@yahoo.com.br

## **007 – ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE COM LUXAÇÃO DE COLUNA CERVICAL**

Daniel Lanna Martinez Antezana, Elias Varela Bechara

*Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** pacientes portadores de espondilite anquilosante têm mais alta incidência de fratura/luxação intervertebral pós-traumática. As lesões na coluna cervical podem dificultar o acesso à via aérea, impondo desafios ao tratamento cirúrgico-anestésico. O objetivo deste relato é discutir os cuidados para a abordagem da via aérea em pacientes com fratura/luxação de coluna cervical. **Relato de caso:** paciente do sexo masculino, 49 anos, internado após queda da própria altura, traumatismo cervical evoluindo com dor intensa e Raios-X evidenciando alterações sugestivas de luxação de C6-C7. Com colar cervical desde então. Hipertenso e diabético controlado. Portador de espondilite anquilosante sem controle adequado. Exame neurológico sem alterações. RNM confirmou luxação C6-C7. Optou-se por intubação com o paciente acordado após sedação adequada e bloqueio da via aérea. Primeira tentativa de intubação sem visualização da epiglote. Segunda tentativa Cormack-Lehane – grau III sem sucesso com Bougie. Intubação difícil na terceira tentativa utilizando guia, por profissional experiente, confirmada com ausculta pulmonar e curva da capnografia. Indução anestésica com propofol e atracúrio. Anestesia mantida com sevoflurane, remifentanil e óxido nitroso. O paciente, com monitorização intra-arterial, manteve-se estável durante a cirurgia, que durou aproximadamente cinco horas. A extubação foi feita sem intercorrências e o paciente foi encaminhado ao CTI. **Discussão:** a espondilite anquilosante é o distúrbio inflamatório mais comum do esqueleto axial. Acomete mais homens jovens e caracteriza-se essencialmente por sacroileíte levando a lombalgia e rigidez. Ocorre comprometimento tardio da coluna cervical. O paciente em questão apresentava luxação importante de C6-C7 (foto). Optou-se por intubação com o paciente acordado. A sedação foi criteriosa para obter cooperação máxima do paciente. A via aérea de difícil acesso foi confirmada com a laringoscopia convencional. Estavam presentes dois anestesistas experientes na sala cirúrgica e a fibroscopia óptica estava disponível em caso de necessidade. É fundamental que o anesthesiologista reconheça as dificuldades e riscos da abordagem da via aérea em pacientes com traumatismo cervical. São necessários também conhecimentos anatômicos e experiência para manuseio dessa via aérea. A interação entre as equipes cirúrgica e anestésica e o trabalho em equipe de anestesistas preparados foram fundamentais para o sucesso nesse caso. (Apresentador: Daniel Lanna Martinez Antezana)

E-mail do autor: d\_lanna@yahoo.com.br