

CARTA AO EDITOR

Em resposta a “Anestesia para parto cesáreo em paciente portadora de síndrome de Klippel-Trenaunay”: uma mini casuística em nossa instituição



In reply to “Anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay Syndrome”: a mini case series in our institution

Cara Editora,

Lemos com interesse o caso relatado por Avelar Texeira et al.¹ O manejo seguro da anestesia para partos complicados pela síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) é um desafio na abordagem de vias aéreas potencialmente difíceis devido à hipertrofia dos tecidos moles e possíveis hemangiomas não detectados, complicações hemorrágicas resultantes de varicosidades pélvicas lesadas durante a cirurgia e presença de malformação vascular do neuroeixo.

Fizemos duas cesarianas na mesma parturiente (paciente 1) e um parto vaginal em outra parturiente (paciente 2), ambas afetadas pela SKT. Optamos por raquianestesia no primeiro caso e por analgesia peridural no segundo caso. Na primeira cesariana feita em caráter de urgência² às 38 semanas de gestação, a paciente 1 apresentou índice de massa corporal (IMC) de 39,8 kg.m⁻², varicosidades na perna direita, Mallampati Classe 3, nenhuma evidência de manchas da cor do vinho do porto nas costas e perfil normal de coagulação. A paciente havia sido agendada para ressonância magnética (RM) para determinar a presença de malformações arteriovenosas (MAV) na pelve e medula espinhal antes do parto, mas ainda não havia feito o exame. Com base em ressonância magnética da coluna lombar feita seis anos antes que não mostrou MAV, decidimos pela raquianestesia. Dezesesseis meses depois, a paciente 1 foi encaminhada à nossa Clínica de Anestesia Pré-Admissão. Uma RM feita às 27 semanas mostrou ausência de MAV abdominal, pélvica e espinhal. A paciente apresentava IMC de 36,7 kg.m⁻² e perfil de coagulação normal. Considerando a história da paciente e a nova ressonância magnética, fizemos uma raquianeste-

sia para a sua cesariana eletiva. Tanto a anestesia quanto a cirurgia transcorreram sem incidentes.

A paciente 2 apresentava IMC de 37,5 kg.m⁻², supercrescimento vascular da perna esquerda, hemangioma da área sacral (fig. 1), Mallampati Classe 3. Sua história revelou uma ultrassonografia pélvica, o Doppler documentou apenas uma varicosidade vulvar esquerda de 6 mm, uma ressonância magnética lombar negativa para MAV espinhal/peridural e uma raquianestesia bem-sucedida três anos antes. Após o início do trabalho de parto espontâneo, um cateter peridural guiado por ultrassom foi inserido no interespaço L3–L4. A analgesia foi mantida com *bolus* epidural intermitente programado. O trabalho de parto transcorreu sem incidentes e o parto de uma menina nascida viva ocorreu quatro horas depois.

Nossas escolhas diferiram das de Avelar Texeira et al. e foram principalmente por causa das diferentes manifestações clínicas da SKT. Nossas parturientes não apresentavam história de hemangioma cerebral, paresia ou outras manifestações neurológicas, exceto pela crise de dor no membro afetado. Concordamos com os autores que a presença de angiomas dorsais e hemiparesia e a ausência total de exames de imagem da coluna vertebral desencorajam o uso de bloqueios neuroaxiais; porém, há duas questões que não foram esclarecidas no caso apresentado¹: 1) Por que não usar o bloqueio neuraxial como nas duas cesarianas anteriores? 2) Por que, apesar de a angiotomografia abdominal estar disponível, não há informações sobre a coluna lombar?

Em nossa opinião, a anestesia geral na SKT pode ser mais arriscada do que o bloqueio neuraxial por duas razões cruciais: um possível sangramento desconhecido das



Figura 1 Hemangioma da área sacral.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.015>

malformações arteriovenosas das vias aéreas, particularmente se um manejo difícil for previsto (Mallampati Classe 3); e a ruptura de hemangiomas cerebrais não detectados como resultado do aumento repentino da pressão arterial durante a laringoscopia. Considerando essas questões, o bloqueio neuraxial com o suporte de pelo menos uma ressonância magnética negativa da coluna vertebral parece ser a opção mais segura.


Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Referências

1. Teixeira CEFA, Braga AFA, Braga FSDS, et al. Anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:641–4.
2. Gonnella GL, Scorzoni M, Catarci S, et al. Successful use of spinal anesthesia for an urgent cesarean section in a parturient

with a severe Klippel-Trenaunay syndrome. *Korean J Anesthesiol.* 2018;71:411–2.

Gian Luigi Gonnella *, Pietro Paolo Giuri, Salvatore De Martino, Luciano Frassanito e Gaetano Draisci

“A. Gemelli” University Polyclinic Foundation, Catholic University of the Sacred Heart, Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Roma, Itália

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: gianluigigonella@yahoo.it (G.L. Gonnella).

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.08.003>

© 2019 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resposta à carta ao editor – Anestesia para parto cesáreo em paciente portadora de síndrome de Klippel-Trenaunay



Reply to the letter to the editor – anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome

Cara Editora,

Inicialmente agradecemos o interesse pela apreciação de nosso estudo.¹ Embora o bloqueio espinal seja a técnica de excelência para anestesia obstétrica, no caso descrito por Avelar Teixeira et al.¹ optou-se por fazer anestesia geral conforme justificado e descrito na discussão do referido artigo: tratava-se de paciente portadora de síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), com história prévia de duas cesáreas anteriores sob raquianestesia que cursaram com sangramento intenso e com instabilidade hemodinâmica, necessitou de transfusão de hemocomponentes; ao exame clínico, apresentava hemangiomas cutâneos, principalmente em tronco e região lombar, e não havia sido feito exame de imagem com avaliação de neuroeixo que pudesse descartar a presença de malformações vasculares nessa região.

Diante desse quadro e sabendo-se da possível associação de hemangiomas cutâneos com malformações vasculares no neuroeixo, e conseqüente risco de trauma vascular no trajeto da agulha até o canal medular, que pode resultar em hemorragia, hematoma, compressão radicular e medular e

lesão neurológica permanente,² optou-se por não fazer bloqueio do neuroeixo nessa paciente. Essa situação difere dos casos descritos por Gonnella et al., nos quais as pacientes apresentavam ressonância magnética de coluna lombar negativa para malformações arteriovenosas, o que tornava o bloqueio espinal uma opção anestésica segura.

A angiotomografia computadorizada de abdômen mostrava útero irregular, com múltiplas varizes e vasos de permeio de origem arterial e varizes perianexiais bilaterais, com previsão de cirurgia de grande porte e sangramento intenso, possível indicação de embolização arterial e provável histerectomia, com participação de equipe multidisciplinar.

Diante de todos os aspectos clínicos pré e perioperatórios consideráveis, e como não havia na literatura técnicas anestésicas definidas em relação ao planejamento anestésico para pacientes obstétricas portadoras de SKT, optou-se pela anestesia geral por julgarmos ser a técnica mais segura para a paciente em questão.

Acreditamos que esses casos devem ser avaliados individualmente, considerando todos os comorbididades encontrados no espectro dessa síndrome, para a melhor escolha da técnica anestésica. Agradecemos a carta enviada por Gonnella et al. e aproveitamos para parabenizar os autores pela contribuição científica para um tema raro e de extrema relevância para a anestesia obstétrica.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Teixeira CEFA, Braga AFA, Braga FSDS, Carvalho VH, Costa RMD, Brighenti GIT. Anesthesia for cesarean delivery in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Bras Anesthesiol.* 2018;68:641–4.

DOI of original article:

<https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.015>.