

Dificuldade de Drenagem Venosa de Membros Inferiores ‡

José Maurício Pereira Assef, EA ¶, Nelson Casadei, EA § & Antonio Fernando Zétula Marcondes ‡

RELATO DE UM CASO

Paciente de 36 anos de idade, branca, feminina, 66 quilos, 1,60 cm de altura.

Bom estado geral, exames físico e laboratoriais sem anormalidades, pressão arterial 15,96 x 10,64 Kpa (120 x 80 mmHg), frequência cardíaca de 88 bpm, frequência ventilatória de 14 rpm.

Classificação de estado físico segundo A. S. A. grau I.

Operação proposta: dermolipectomia e mamoplastia.

A medicação pré anestésica constou da administração por via muscular de 10 mg de diazepam associado com 0,5 mg de atropina, 45 minutos antes da cirurgia.

A indução e manutenção da anestesia foram realizadas com a administração de 2 ml de Inoval®, seguidos de 300 mg de tiobarbitúrico e 80 mg de succinilcolina. Após ventilação, intubação orotraqueal com sonda de Rusch número 34, e estabelecimento de ventilação controlada usando-se ventilador de Takaoka, modelo 855, sem reinalação, fluxo N₂O a 50% e halotano nas concentrações de 0,5 a 0,75% no Fluovapor Modelo 1200. O relaxamento muscular foi mantido com pancurônio com o total de 8 mg, em doses fracionadas, foram administrados durante o transcurso da anestesia 0,75 mg de fentanil em doses fracionadas, cada vez, que houve alteração da frequência cardíaca e/ou aumento da pressão arterial.

A paciente foi colocada na posição de Fowler para dermolipectomia. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, hidratação com glicose a 5% em solução de ringer com lactato na velocidade 10 ml kg⁻¹ h⁻¹. Foram repostos 750 ml de sangue perdido (estimativa pelo método gravimétrico). Após início da anestesia, foi introduzida sonda vesical de Foley havendo drenagem de 200 ml de urina; diurese na 1.^a hora 200 ml, 2.^a hora 40 ml, 3.^a hora 30 ml.

Devido à diminuição da diurese, aumentou-se a velocidade de hidratação e após alguns minutos, como não houvesse melhora, foram injetados 10 mg de furosemida sem conseguir aumento do volume urinário.

A pressão arterial oscilou durante toda a cirurgia entre 17,29 x 10,64 e 13,30 x 9,31 Kpa (130 x 80 e 100 x 70

mmHg), e a frequência cardíaca entre 88 e 116 bpm.

Ao término da cirurgia (2 horas e 50 minutos de anestesia) a paciente foi extubada, após descurarização com 1,5 mg de prostigmine, precedida da administração de 1,0 mg de atropina e, feito curativo no abdomen com esparadrapo elástico.

Após a retirada dos campos cirúrgicos, notou-se intensa cianose das regiões glúteas e coxas, mais evidente à direita, o mesmo ocorrendo com as pernas, porém, com menor intensidade. Pés de cor normal, boa perfusão do leito ungueal, pulso palpável nas artérias pediosas.

A pressão arterial nesse momento era de 15,29 x 9,31 Kpa (115 x 70 mmHg) e frequência cardíaca 100 bpm. Demais regiões do corpo sem alterações de cor.

Diante do quadro pensou-se em trombose venosa de veias pélvicas e/ou dificuldade de drenagem por excesso de compressão abdominal pelo curativo.

A paciente foi colocada em posição de Trendelenburg e retirado o curativo, com objetivo de diminuir a compressão abdominal e facilitar a drenagem venosa. Não houve melhora do quadro.

Ao elevarmos os membros inferiores da paciente a fim de aumentarmos ainda mais a pressão de drenagem venosa, notamos acotovelamento da sonda de Foley que estava semi-obstruída sob a coxa direita.

Conseguida sua desobstrução, houve saída de 1900 ml de urina, esvaziamento da bexiga e normalização das regiões afetadas.

Não foi realizada a mamoplastia programada; recuperação e evolução sem intercorrências.

COMENTÁRIOS

A drenagem venosa dos membros inferiores se faz pelas veias ilíacas externas que iniciam ao nível do ligamento inguinal, e seguem cranialmente pela borda interna da pelve menor. Os órgãos pelvianos e regiões glúteas têm seu suprimento de sangue drenado através das veias ilíacas internas que iniciam no forame esquiático maior, seguem cranialmente junto à parede posterior da pelve até a extremidade superior da mesma, quando se unem às ilíacas externas para formarem as ilíacas comuns.

A bexiga, moderadamente cheia contém cerca de 500 ml de urina, porém, mesmo com volumes maiores não interfere com a drenagem das veias ilíacas, pois quando ela se distende, projeta-se para cima e para frente empurrando a parede anterior do abdome acima do púbis.

Acreditamos que no presente caso o tipo de cirurgia diminuiu muito a distensibilidade da parede abdominal, pelo grande pregueamento da aponeurose, forçando dessa maneira a bexiga quando cheia a se projetar para cima e para trás, comprimindo os órgãos e vasos da pequena bacia principalmente as veias ilíacas, ocasionando estase

‡ Trabalho realizado no CET - SBA da Santa Casa de Marília

¶ Membro do CET - SBA da Santa Casa de Marília

§ Responsável pelo CET - SBA da Santa Casa de Marília

‡ Médico estagiário de 1.º ano do CET - SBA da Santa Casa de Marília.

Correspondência para José Maurício Pereira Assef
Rua Clemente Ferreira, 460
17500 Marília, SP

Recebido em 05 de agosto de 1981

Aceito para publicação em 30 de outubro de 1981

© 1982, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

venosa e cianose dos membros inferiores. Não encontramos razões anatômicas para explicar a diferença de intensidade de cianose entre os lados direito e esquerdo.

Ressaltamos a importância nesse tipo de acidente e/ou falha técnica na cateterização da bexiga pelas consequências que podem advir para o lado das veias pélvicas, principalmente nesse tipo de cirurgia, na qual a paciente permanece em posição semi-sentada com as coxas fazendo ângulo de 90° sobre o abdome e a pelvis como ponto baixo.

Todas essas condições favorecem a estase sangüínea, podendo eventualmente ser a gênese de trombose de veias

pélvicas, com futuros despreendimentos de embolos, ocasionando embolias pulmonares.

Em nosso serviço, atualmente adotamos algumas medidas que visam prevenir esse tipo de acidente:

- 1.º) a sonda vesical deve ser colocada pelo anestesiológico ou sob a sua supervisão direta;
- 2.º) a sonda vesical colocada no leito do paciente, verifica na sala cirúrgica pelo próprio anestesiológico;
- 3.º) diminuição ou parada da diurese é primeiramente atribuída ao acotovelamento da sonda vesical ou de suas conexões e as eventuais falhas imediatamente corrigidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Testut L, & Jacob O, - Anatomia Topográfica, Tomo II, 8.ª ed., Barcelona, Salvat editora S. A., 1956, 435 - 450
2. Gray H, - Anatomia, 29.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977, 581 - 588