

PAR | PERIOPERATIVE ANESTHESIA REPORTS



Perioperative Anesthesia Reports, 2023; 1 (Suppl 1) 1 - 473

COIPA 2023

CONGRESSO PAULISTA DE ANESTESIOLOGIA
SÃO PAULO CONGRESS OF ANESTHESIOLOGY

55ª JASB

JORNADA DE ANESTESIOLOGIA
DO SUDESTE BRASILEIRO



saesp

Sociedade de Anestesiologia
do Estado de São Paulo

CORPO EDITORIAL

Editora-Chefe

MARIA JOSÉ CARVALHO CARMONA

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

Editor-Chefe Assistente

VINÍCIUS CALDEIRA QUINTÃO

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

Editores Associados

CLAUDIA MARQUEZ SIMÕES

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP, São Paulo, São Paulo, Brasil

GUILHERME ANTONIO MOREIRA DE BARROS

Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo - Botucatu, São Paulo, Brasil

MÁRCIO MATSUMOTO

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

MARIANA FONTES LIMA NEVILLE

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, São Paulo, Brasil

VANESSA HENRIQUES CARVALHO

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

Comitê Editorial

ADILSON HAMAJI

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

ANDRÉ LUIS OTTOBONI

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

BRUNO EMANUEL OLIVA GATTO

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, São Paulo, Brasil

BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

CRISTIANE TAVARES

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

DANIEL CARLOS CAGNOLATI

Clínica de Anestesiologia de Ribeirão Preto (CARP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

EDUARDO HENRIQUE GIROUD JOAQUIM

AC Camargo Cancêr Center, São Paulo, São Paulo, Brasil

FABIO LUIS FERRARI REGATIERI

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

FELIPE PINN DE CASTRO

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA

Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, São Paulo, Brasil

FERNANDO SOUZA NANI

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

GUILHERME HENRYQUE DA SILVA MOURA

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

GUINThER GIROLDO BADESSA

Beneficência Portuguesa, São Paulo, São Paulo, Brasil

HELENO DE PAIVA

Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

JOÃO MANOEL SILVA JÚNIOR

Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, São Paulo, Brasil

LÍVIA PEREIRA MIRANDA PRADO

Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

LUIS VICENTE GARCIA

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

MATHEUS FACHINI VANE

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

MARCELO VAZ PEREZ

Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

MAURICIO LUIZ MALITO

Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo São Paulo, São Paulo, Brasil

OLYMPIO DE HOLLANDA CHACON NETO

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP, São Paulo, São Paulo, Brasil

RAFAEL PRIANTE KAYANO

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

REGIANE XAVIER DIAS

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil

ROSENY DOS REIS RODRIGUES

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

SUMÁRIO

410	BRADICARDIA E LARINGOESPASMO DURANTE COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, ANTONIO MAURO VIEIRA, CÁSSIO DE OLIVEIRA RIBEIRO, ESTER TELLES RANGEL, TARIK DE FARIA RIBEIRO ABDUNY RAHAL	1
411	HIPOXEMIA GRAVE EM PACIENTE SUBMETIDO À BIÓPSIA DE MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS	2
412	VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE COM EDEMA DE REINKE ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS	3
413	LARINGOESPASMO EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO DANIEL CALIMAN DE SOUZA, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA, LUCAS MARTINELLI DA SILVA, PABLO BRAGA GUSMAN	4
414	PUNÇÃO SUBDURAL INADVERTIDA EM ANESTESIA PERIDURAL: RELATO DE CASO DANIEL CALIMAN DE SOUZA, BRUNO CAMPOSTRINI SILY, CÉLIO MIRANDA DOS SANTOS, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA	5
415	CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO ASSISTIDA SEM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL MANTIDA EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, MARCELO SAMPAIO DURAN, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PRISCILLA DE SOUZA LUZ, RICARDO MARTINS PEREIRA CAPURRO DA SILVA	6
416	FALHA NA EXTUBAÇÃO DE CRIANÇA SUBMETIDA À BIÓPSIA DE MASSA MEDIASTINAL ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS	7
417	ANESTESIA PARA CESÁREA EM PACIENTE COM AGENESIA SACRAL LUCIANE BICCA MESPAQUE, ANA PAULA DA SILVA URIARTE, ANDREA FOGAÇA SOUBHIA	8
419	INTUBAÇÃO ACORDADO EM PACIENTE COM LESÃO GRANULOMATOSA LARÍNGEA ANDRÉ ARANDA SELVERIO, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS	9
420	APLICAÇÕES DO DOPPLER TRANSCRANIANO BEIRA-LEITO PELO ANESTESIOLOGISTA: SÉRIE DE CASOS ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, LUIZ FERNANDO AMANCIO PEREIRA DE OLIVEIRA	10
421	APLICATIVO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, DANIELA FRANCESCATO VEIGA, DAVI TEIXEIRA PONCIO VITA, SARA PATRÍCIA DOS SANTOS TORRES	11
423	DOR AGUDA PÓS-COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI, GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA	12
425	HIPERTERMIA MALIGNA EM PACIENTE SUBMETIDA À CIRURGIA DE ZETOPLASTIA CERVICAL ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, LUCAS LOPES NEDER, MARCELO SAMPAIO DURAN	13
426	ALERGIA AO LÁTEX NO PERIOPERATÓRIO: RELATO DE CASO ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, MARCELO SAMPAIO DURAN, RENATA BUARQUE DE MACEDO VALENTE	14
427	DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: RELATO DE CASO DA SÍNDROME DE KARTAGENER COMPLETA EM PACIENTE SUBMETIDA A CESARIANA PAULA DANIELE LOPES DA COSTA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, THAIZA OLIVEIRA MARINHO	15
428	MANEJO ANESTÉSICO DO REPARO ABERTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA – RELATO DE CASO NATÁLIA CONSUÉLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, ANDRESSA GUIMARAES GUERRA, PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO, RICARDO MASCARO DIAS	16
430	COMPROMETIMENTO DE PERFUSÃO TISSULAR POR POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARNOLD CHIARI TIPO I ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, SILVIA VIEIRA BARCELOS	17

432	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA BRONCOESPASMO MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO	18
433	PNEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO THAYLANA SARAIVA BARROSO, CARLOS ROGÉRIO DEGRANDI OLIVEIRA, REYNALDO PRADO JUNIOR, WILLIAM DE OLIVEIRA ALMEIDA LIMA	19
435	ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA ABDOMINAL VOLUMOSA ANDRÉ ARANDA SELVERIO, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS.....	20
436	BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR E SEDAÇÃO PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PERINEAL, ORQUIECTOMIA E CISTOSTOMIA EM PACIENTE ONCOLÓGICO SOB CUIDADOS PALIATIVOS MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, NOEMY MATOS HIROKAWA, RENATA GAVINHO SANTOS ALMEIDA	21
438	RAQUIANESTESIA EM DECÚBITO VENTRAL PARA CIRURGIAS ANORRETAIS: UMA SÉRIE DE CASOS CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA, ANAGELI LORENZON PIMENTEL.....	22
440	PNEUMOTÓRAX DURANTE CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE GRANDE DORSAL: RELATO DE CASO BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, GUILHERME DE FREITAS SANCHEZ, MAURO PEREIRA DE AZEVEDO, PAULO CÉSAR DA SILVA AZIZI, PAULO HENRIQUE PEREIRA AGUIAR.....	23
441	NÍVEIS SÉRICOS ELEVADOS DE MARCADORES IL-1B E IP-10 NA FASE AGUDA DA FEBRE CHIKUNGUNYA CORRELACIONAM-SE COM ESTADOS DOLOROSOS PERSISTENTES BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, FABRÍCIA LIMA FONTES-DANTAS, MAUD PARISE, NIVALDO RIBEIRO VILLELA	24
442	AGENESIA DE MEMBROS VERSUS MONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO	25
443	RELATO DE CASO - ANESTESIA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GOLDENHAR FLAVIA MOREIRA DE GODOY, ISABELA DA COSTA VALLARELLI, MARIA CLARA LIBERATO DE MAGALHÃES, VERÔNICA PUSTRELO DAMIÃO	26
444	MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE LESÃO NERVOSA SECUNDÁRIA A PLEXOPATIA BRAQUIAL AXONAL ASSOCIADA A INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR COVID-19 RAISSA MELO ARRUDA, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, MARIANA VALENÇA DE OLIVEIRA, RODRIGO ALVES DE MELO	27
446	EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DE DEXMEDETOMIDINA EM BOLUS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA GABRIELA PONCE SOARES, FELIPE WANDERLEY COELHO, LUANY PONCE SOARES, MARINA SILVA RODRIGUES, PAULO FERNANDO BARBIRATO ALVIM ALDEIA	28
447	ANAFILAXIA NO PERIOPERATÓRIO DE MASTECTOMIA RELACIONADA A AZUL PATENTE: RELATO DE CASO MATHEUS BARROS DA CUNHA, FLÁVIO TAVARES SAMPAIO, JAISA LEITE ALMEIDA, THIAGO ALVES DE OLIVEIRA.....	29
448	INTUBAÇÃO SUBMENTONIANA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM POLITRAUMATISMO DE FACE: RELATO DE CASO CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA, GUSTAVO SANGIOGO DA SILVA.....	30
449	CESARIANA EM PACIENTE CARDIOPATA COM HISTÓRICO DE ALERGIA A ANESTÉSICO LOCAL: RELATO DE CASO LARISSA BRITO PEREIRA, LORENA BRITO PEREIRA	31
450	ANESTESIA NEONATAL PARA CIRURGIA CARDÍACA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, FLÁVIO GOUVEIA CAMELO RAMIRO, LUCAS MENEZ DE OLIVEIRA, MAYSÁ SIQUEIRA OLIVEIRA PINHEIRO	32
455	BLOQUEIO DO PLEXO LOMBAR COMO TÉCNICA ANESTÉSICA DE ESCOLHA PARA O PACIENTE ORTOPÉDICO CORONARIOPATA LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, CAMILA BORTOLIN FONSECA, MARCELO FERREIRA RODRIGUES, MATHEUS SPORLEDER BORTOLUCI, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA.....	33

456	BLOQUEIO CONTÍNUO DO PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL (TAP) PARA O TRATAMENTO DE DOR EM GESTANTE COM MIOMA UTERINO GIGANTE: UM RELATO DE CASO ANDRÉ AMIN MARTIN AKHAVAN, FELIPE CHIODINI MACHADO	34
457	AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA E DOS FATORES PREDITIVOS DE PARTO CESARIANO APÓS REALIZAÇÃO DE ANALGESIA POR VIA SUBARACNOIDE OU PERIDURAL PARA O TRABALHO DE PARTO PAULA DANIELE LOPES DA COSTA, GABRIEL RICARDO CORREA TURCO, MURILO HENRIQUE DA VEIGA FERREIRA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE ESTEVES TRINDADE.....	35
458	INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL ACORDADO COM USO DE FIBROSCÓPIO: RELATO DE CASO LUIZ HENRIQUE TORRES COTA, ALEXANDRE SILVA PINTO, ALINE, MATHEUS ROSSI PONCI VITA, THAIS VINTE DE ANDRADE COSTA	36
460	PCR INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE TORNOZELO NOEMY MATOS HIROKAWA, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, ISABEL CRISTINA SHIBUYA, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, RONALDO ANTONIO DA SILVA	37
461	INSERÇÃO ACIDENTAL DE CATETER DE PERIDURAL EM REGIÃO INTRA-ABDOMINAL CAROLINE CRISTINA DONINI, CRISTIANO GARCIA GONÇALVES, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR	38
462	LESÃO NERVOSA APÓS PASSAGEM DE CATETER DE PERIDURAL PARA ANALGESIA DE PARTO CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR	39
464	CONSIDERAÇÕES SOBRE O MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTES USUÁRIOS DE COCAÍNA JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS, FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO	40
465	REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE IMUNOLÓGICA AO MIDAZOLAM E PROPOFOL: RELATO DE CASO NATALIA NUNES SANTOS, FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO, LAURA BISINOTTO MARTINS, MATEUS FERNANDES ALVES DOS REIS, OTAVIO ROMANINI LOPES.....	41
466	MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE HUNTINGTON E DOENÇA RENAL POLICÍSTICA THAIS RODRIGUES SILVA, FLÁVIO GOUVEIA CAMELO RAMIRO, MARINÉS DA SILVA MURICY FERREIRA.....	42
467	ANÁLISE DOS MELHORES ANALGÉSICOS E ANESTÉSICOS PARA MELHOR EVOLUÇÃO DOS PACIENTES SÉPTICOS JOAO VICTOR SANTOS DAMASCENO, GABRIELA VIEIRA ARAÚJO, GUILHERME JOSÉ DE CARVALHO VIEIRA	43
468	BLOOD PATCH EPIDURAL EM CEFALÉIA PÓS-RAQUIANESTESIA COM OITO MESES DE DURAÇÃO: RELATO DE CASO CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA	44
469	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA, NEUROMONITORIZAÇÃO E CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA DE EMERGÊNCIA EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA IGOR LOUZA PEREIRA, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, LORENZO LEITE DINO, MATHEUS BESERRA BRAGA, SAULO FERNANDO NIEDERAUER DE OLIVEIRA.....	45
471	MINIRREVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A INCIDÊNCIA DE DELIRIUM EM PEDIATRIA COM O USO DE DEXMEDETOMIDINA VERSUS SEVOFLURANO ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, MARIANA JORJUTTI FERREIRA, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	46
473	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM TUMOR DE WILMS BILATERAL: RELATO DE CASO ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, JOÃO GUILHERME ALVES DE ANDRADE, JULIANA CARVALHO NASCIMENTO.....	47
474	ANESTESIA PARA TRATAMENTO INTRAPARTO EXTRAUTERINO (EXIT) EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE MASSA CERVICAL: RELATO DE CASO ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, AMANDA LEÃO LINS E MELLO, DENISE CRISTINA PEREIRA SANTOS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, HUGO THIAGO TÔRRES DA SILVA.....	48
475	SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM PADRÃO DE WELLENS PRÉ-CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO BRUNO FERREIRA GIMENES, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, BEATRIZ RODRIGUES PEREIRA, GUSTAVO GIORGIO DE CAMPOS, MATHEUS CAMPELLO VIEIRA	49

476	MANEJO ANESTÉSICO DE GESTANTE COM SÍNDROME DE JARCHO-LEVIN SUBMETIDA A CESARIANA COM RAQUIANESTESIA: RELATO DE CASO ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, ANDREA MELO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, BIANCA JUGURTA VIEIRA DE LIMA ALVES, BRUNO RAFAEL TAVARES DIAS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES	50
478	ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND E HEMATÚRIA: RELATO DE CASO JULIA RESENDE COSTA, CAROLINE GONTIJO GONCALVES MANSO, JOAO ANTONIO PINTO DE CAMARGOS, LEONARDO DE QUEIROZ GOMES BELLIGOLI, TACIANA DINIZ MELGAÇO E SILVA.....	51
479	ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE ESTRABISMO EM PACIENTE PORTADOR DE MIASTENIA GRAVIS MORGANA JUNQUEIRA VILELA, DANIELE TONDOLO MARTINS, NÁDIA MUNHOZ PONCE.....	52
480	ANESTESIA EM PACIENTE COM TAMPONAMENTO CARDÍACO: UM DESAFIO HEMODINÂMICO MORGANA JUNQUEIRA VILELA, MARTIN CARNAGHI, NÁDIA MUNHOZ PONCE.....	53
481	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR E ANEURISMA VENOSO PÉLVICO: RELATO DE CASO NATÁLIA CONSUÉLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, ANDRÉ AUGUSTO CARAZZATTO DE SIENI, FLAVIO COELHO BARROSO, LAIS RODRIGUES FARIAS, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	54
482	ANAFILAXIA EM PACIENTE SUBMETIDA A APENDICECTOMIA CONVENCIONAL: RELATO DE CASO MARIANA JORJUTTI FERREIRA, ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, FLAVIO COELHO BARROSO, NATÁLIA CONSUÉLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	55
483	ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDÁRIA COM CONFECÇÃO DE PONTE AXILOBIFEMORAL E LIGADURA DE ARTÉRIAS AORTA E ILÍACAS: RELATO DE CASO NATÁLIA CONSUÉLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, NICOLE ROMANI LAUAND, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	56
486	SÍNDROME DA INFUSÃO DO PROPOFOL DIAGNOSTICADA NO INTRAOPERATÓRIO: UM RELATO DE CASO ANDRÉ AMIN MARTIN AKHAVAN, FILIPE STORCH TAKATOHI, PAULA GURGEL BARRETO	57
487	EPIGLOTITE AGUDA, UMA VIA AÉREA EMERGENTE FLAVIA DUARTE.....	58
488	MANEJO DA VIA AÉREA EMERGENCIAL NO PACIENTE OBESO COM HEMATOMA CERVICAL MARIANA COELHO DA SILVA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, FLÁVIO HENRIQUE BRAGA CERQUEIRA, LAIS MARTINS NOGUEIRA.....	59
492	CHOQUE ANAFILÁTICO APÓS ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO E TROCA VALVAR AÓRTICA: UM RELATO DE CASO HENRIQUE CESAR BISCHOFF, ALFREDO ANTONIO MAKOUL GASPERIN, MARISA PIZZICHINI, SANDRA SUGISAWA MIYAZAKI.....	60
493	MANEJO ANESTÉSICO NA GESTANTE COM PNEUMECTOMIA FUNCIONAL POR TUBERCULOSE CASSIANNA OLIVEIRA FRANGO DA SILVA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LAIS MARTINS NOGUEIRA, MARIANA MENEGAT DIAS CORDEIRO	61
494	DESAFIOS DA ANESTESIA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE MENKES: RELATO DE CASO AMANDA MARIA MENEZES MOURA, AMANDA BITTENCOURT MARSIGLIA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, LUCIDIA RODRIGUES DA COSTA, ROBERTO MANARA VICTORIO FERREIRA.....	62
496	ANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO: UM RELATO DE CASO GUSTAVO PASSOS SAITER, EDVALDO CASOTI JUNIOR, GLAUBER ROCHA PECLAT, PATRICK MOLINA RAPOSO.....	63
497	ESTRESSE HEMOLÍTICO EM PORTADOR DE G6PD DURANTE PREPARO DE CRANIOESTENOSE: RELATO DE CASO THAIS RODRIGUES KASAHARA, CAMILA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN	64
498	MANEJO DO CHOQUE HEMORRÁGICO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, NOEMY MATOS HIROKAWA, RONALDO ANTONIO DA SILVA	65

499	BENEFÍCIO DA ANESTESIA REGIONAL EM PACIENTE COM ALTO RISCO PARA EVENTO CARDIOVASCULAR PAULO SALOMÃO BENDAZZOLI, BRUNA TIEMI MINOMI, MILENA CANDIDO PANTALEÃO, RAFAEL SILVA LEAL	66
500	LESÃO CUTÂNEA ASSOCIADA A USO INADEQUADO DE GARROTE: UM RELATO DE CASO MATEUS BEMFICA DOS SANTOS ALVES DE SENE, MARIA CLARA LIBERATO DE MAGALHÃES, RODRIGO MARKUS VAZ, VERÔNICA PUSTRELO DAMIÃO	67
501	CHOQUE ANAFILÁTICO GRAVE POR CEFAZOLINA: RELATO DE CASO GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, CAROLINE CRISTINA DONINI, KAREN MUNDIM D'ALESSANDRO, NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT	68
502	ANGINA DE LUDWIG E OS DESAFIOS DA VIA AÉREA DIFÍCIL: RELATO DE CASO GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, CAROLINE CRISTINA DONINI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, RAPHAEL RAMOS FREITAS BORGES.....	69
505	ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE DISCECTOMIA COM BLOQUEIO DO MÚSCULO ERETOR DA ESPINHA PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, MATHEUS PRATES CANTARINO, NUBIA CARVALHO PEREIRA	70
506	PARTICULARIDADES DA ANESTESIA EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 1: RELATO DE CASO. JULIANA BEZERRA BASTOS, ADRIANA MARQUES DA COSTA, LARISSA TAEMY KAYANO, TIAGO TORMINATO MOREIRA	71
507	MANEJO DE SEDAÇÃO EM PACIENTE COM OBSTRUÇÃO MECÂNICA DE VIA AÉREA INFERIOR: RELATO DE CASO BEATRIZ LOPES DA SILVA BADARO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN.....	72
508	SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL EM GESTANTE SUBMETIDA A CESARIANA PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, RAPHAEL RAMOS FREITAS BORGES	73
509	ANESTESIA PARA NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA EM PACIENTE COM TROMBASTENIA DE GLAZMANN E DOENÇA DE VON WILLEBRAND MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, ARNALDO TAVARES DA SILVA JÚNIOR, BRUNA SIMÕES TAVARES, BRUNO FERREIRA MONTEIRO, JOSÉ BITU CORTEZ	74
510	O USO DO REMIFENTANIL E DEXMEDETOMIDINA NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA DE PACIENTE COM TUMOR ESTENOSANTE DE TRAQUEIA JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, DANIELA GOMES DE SOUZA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES	75
511	ALTERAÇÃO DO ESPECTROGRAMA CEREBRAL DURANTE ESTADO DE HIPERCAPNIA EM CIRURGIÁ PARA ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL ISABELLA FONTES DE SANTANA LINS, DANIEL DA ESCÓSSIA MELO SOUSA, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO.....	76
512	BLOQUEIO ESFENOPALATINO COM ROPIVACAÍNA EM PACIENTE OBSTÉTRICA COM CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DA DURA-MÁTER JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MELLISSA ALEIXO MACHADO.....	77
513	IMPLANTAÇÃO DE REUNIÕES ASSISTENCIAIS MULTIDISCIPLINARES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTOS DE ALTO RISCO FABIANO SOARES CARNEIRO, MICHAEL ARTHUSO LIMA MOREIRA, ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS BARRA, GUSTAVO HENRIQUE SILVA DE OLIVEIRA, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES	78
514	IMPACTO DA ASSOCIAÇÃO DO BLOQUEIO DO MÚSCULO QUADRADO LOMBAR NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DE QUADRIL: RELATO DE CASO RODOLFO DE MORAIS ARAUJO, FABIANO SOARES CARNEIRO, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES	79
515	NOVA ABORDAGEM PARA O BLOQUEIO DO MÚSCULO QUADRADO LOMBAR: SÉRIE DE CASOS FABIANO SOARES CARNEIRO, RODOLFO DE MORAIS ARAUJO, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES	80
516	IMPORTÂNCIA DO POSICIONAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO AO ATO ANESTÉSICO CIRÚRGICO ISABELA CAMPOS RAMALHO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO, MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO	81

517	INTRODUÇÃO INTRATRAQUEAL INADVERTIDA DE TERMÔMETRO ESOFÁGICO EM LOBECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, ALANA RIPARDO RODRIGUES, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, VITOR DE SOUZA BORGES DOS SANTOS.....	82
518	ANALGESIA DE PARTO COM REMIFENTANIL EM PACIENTE USUÁRIA DE HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR: RELATO DE CASO. EMANUELLY DA COSTA NOBRE SOARES, DANIEL DA ESCÓSSIA MELO SOUSA.....	83
519	CIRURGIA BARIÁTRICA COM PROTOCOLO ERAS: RELATO DE CASO COM ASSOCIAÇÃO DE TIVA E ANALGESIA MULTIMODAL TALITA GUILARDE TORRES, ANDRE LUIZ BRAGA DAS DORES, GIULLIANO GARDENGI, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, REBECA GUILARDE TORRES.....	84
520	DISCUTINDO EMPREGO DA RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO TAP NA ABORDAGEM DE UM CASO DE TRANSPLANTE RENAL ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, IVANI CORREIA MESQUITA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PRISCILLA DE SOUZA LUZ.....	85
522	COMPRESSÃO PNEUMÁTICA CONTÍNUA COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM MEMBROS INFERIORES TALITA GUILARDE TORRES, CARLOS BERALDO VIEIRA, GIULLIANO GARDENGI, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, LUCIANA HAHMANN ABREU.....	86
523	MANEJO DE VIA AÉREA E VENTILAÇÃO EM PACIENTE OBESO MÓRBIDO COM IMPACTAÇÃO ALIMENTAR ALTA: O QUE FAZER? FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, MAYKON LUIS SANTINI, RONALDO ANTONIO DA SILVA	87
524	PLANEJAMENTO TRANSFUSIONAL E MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE SUBMETIDO À CISTECTOMIA RADICAL: RELATO DE CASO ALINE BONIFÁCIO RODRIGUES DE OLIVEIRA, ALFREDO GUILHERME HAACK COUTO, AUGUSTO XAVIER BRINATI TORRES, CAROLINA FÉLIX MONTES, LUCIANO SILVA GOMES.....	88
525	PASSAGEM DE MARCAPASSO TRANSVENOSO PARA APENDICECTOMIA GUILHERME FRAGA GEHRING, ALEXANDRE STELLATI GARCIA, ALISSON VINICIUS PARIZOTTO, MARISA PIZZICHINI, MAURICIO HENRIQUE ZANINI CENTENARO	89
527	BLOQUEIO REGIONAL COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA PARA FENÔMENO DE RAYNAUD REFRAATÓRIO SECUNDÁRIO A ESCLEROSE SISTÊMICA ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, FERNANDA DUTRA MANSUR, GUSTAVO ESTEVAM DA SILVA GOMES, LUIZ FERNANDO AMANCIO PEREIRA DE OLIVEIRA, VINÍCIUS ANTÔNIO PEREIRA E SILVA.....	90
529	REAÇÃO TRANSFUSIONAL PÓS-CHOQUE HEMORRÁGICO EM PACIENTE ONCOLÓGICA MAYKON LUIS SANTINI, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, GUILHERME BRAZAO, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RONALDO ANTONIO DA SILVA.....	91
530	O QUE SE SABE SOBRE AS REPERCUSSÕES DA ANESTESIA EM PACIENTES USUÁRIOS CRÔNICOS DE COCAÍNA DANYELLE CÉLLI BEDENDO MARCO, ANDRÉ ZAGALO ARAGÃO FERREIRA, FERNANDA CALDEIRA ALFAIA DE OLIVEIRA, MARCELLA ADORNO CHIAVEGATTO, MARCELO LUIZ PEIXOTO SOBRAL.....	92
531	USO DE SACHÊ DE CARBOIDRATO COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR DESCONFORTO DO JEJUM EM CIRURGIAS ATRASADAS ANDRE KENG WEI HSU, FELIPE MACHADO SCALON, GABRIELA FARIA DE OLIVEIRA, HELLIN DOS SANTOS.....	93
532	MIOPATIA NATIVA AMERICANA COM DISMORFISMOS E HIPERtermia MALIGNa TAMBÉM É UMA PREOCUPAÇÃO PARA ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS THALLES SESTOKAS ZORZETO, HELGA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, MARY DOS SANTOS SILVA, RICARDO KENITHI NAKAMURA	94
533	ANESTESIA PARA CAPTAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS LARISSA BRITO PEREIRA, CARLOS LEMES, LORENA BRITO PEREIRA	95
535	ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS COLONOSCOPIA: NECESSIDADE DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FLAVIA DUARTE.....	96
536	USO DO MÉTODO “VEXUS - VENOUS EXCESS ULTRASOUND SCORE” NA AVALIAÇÃO DA CONGESTÃO NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE JONATHAN MATHEUS MARTINS RODRIGUES	97

540	MANEJO DA DOR DE GARGANTA PÓS-OPERATÓRIA COM GARGAREJO COM CETAMINA APÓS EXTUBAÇÃO: UM RELATO DE CASO RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, CAROLINA BAHIA DAHIA, VERA LUCIA ADAS PETERSEN.....	98
541	BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PROLONGADO EM PACIENTE RECEBENDO INFUSÃO CONTÍNUA DE SULFATO DE MAGNÉSIO PARA TRATAMENTO DE PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE GUILHERME OMETTO CREMONESI, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RONALDO ANTONIO DA SILVA, VICTOR ESPÍNOLA SALDANHA.....	99
542	CONTROLE MULTIMODAL DO TÔNUS UTERINO NA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE FETAL: RELATO DE CASO SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, JOÃO ABRÃO, LARISSA CHAVES DE CARVALHO.....	100
543	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE SUPER SUPEROBESA: RELATO DE CASO LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, FLAVIA FERRAZ DE HOLANDA BARBOSA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA, WILSON DE OLIVEIRA COSTA JÚNIOR.....	101
544	CHOQUE HEMORRÁGICO GRAVÍSSIMO POR RUPTURA DE ANGIOMIOLIPOMA EM PACIENTE COM ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, HENRIQUE TADASHI KATAYAMA, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, NICOLLE BARAUCE FREITAS.....	102
545	CANABIDIOL NA ANALGESIA ADJUVANTE PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DIOGO COSTA GARCAO, FRANCISCO JOSÉ SILVA FERREIRA, JULIA VIANA UMBELINO, LUIZ RICARDO GOIS FONTES.....	103
546	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM PLACENTA PERCRETA: UM RELATO DE CASO NATALIA NUNES SANTOS, ARIELE PATRICIA DA SILVA, JULIA PELOSO MAIA, MARIA ISABEL DE SOUSA MARQUES, MATEUS FERNANDES ALVES DOS REIS.....	104
547	ANESTESIA PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: RELATO DE CASO ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, CRISTINA CLEBIS MARTINS, HENRIQUE TADASHI KATAYAMA, NICOLLE BARAUCE FREITAS, ZAQUEU CONNOR SILVA FILHO.....	105
548	RAQUIANESTESIA EM GESTANTE COM SÍNDROME HELLIP: RELATO DE CASO RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES, ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, GABRIEL LOURENZATTO SILVEIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, MATHEUS SAMPAIO MATOS.....	106
549	ABORDAGEM NEUROCIRÚRGICA DE TUMOR FRONTOTEMPORAL REALIZADA COM PACIENTE ACORDADO AUGUSTO FÉNELON SARAIVA NOGUEIRA, LUCAS MORAES ANDRADE, MARIA TERESA SOUZA GOMES, NATHALIA FERREIRA PEREIRA, RODRIGO MACHADO SALDANHA.....	107
550	BLOQUEIO INTERESCALÊNICO INTERMITENTE POR CATETER EM CIRURGIA DO OMBRO: RELATO DE CASO NICOLLE BARAUCE FREITAS, GIOVANA PALUDO BERTINATO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LUCAS FELIPE KARASINSKI.....	108
551	DESCOBERTA DE TUMOR MEDULAR APÓS TENTATIVA DE RAQUIANESTESIA LARISSA BRITO PEREIRA, LORENA BRITO PEREIRA.....	109
552	BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE DIOGO COSTA GARCAO, ANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA, FABRICIO DIAS ANTUNES, LUCIANO MENEZES DOS SANTOS, MARINA PRADO SANTOS SOBRAL.....	110
553	MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PORTADOR DE MIELITE TRANSVERSA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO ALESSANDRA MEDEIROS BRANDÃO ALBERTO DE MELLO, MARCELO STUCCHI PEDOTT, PATRICIA DE ARAUJO PINTO TEIXEIRA, VITOR ZEPONI DAL ACQUA.....	111
554	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM TUMOR DE WILMS E INVASÃO DE VEIA CAVA: RELATO DE CASO BERNARDO RIBEIRO TRAVASSOS, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, JOÃO GUILHERME ALVES DE ANDRADE, RODRIGO SALZANO CARVALHO, VINÍCIUS RIBEIRO TRAVASSOS.....	112

555	USO DE CETAMINA E DEXMEDETOMIDINA PARA SEDAÇÃO EM PACIENTE COM DERRAME PERICÁRDICO MARIANA VIEIRA MARTINS DE MELLO, HEITOR JOSÉ SILVA MEDEIROS, LARISSA PORTO CÂMARA, RICARDO CEZAR CARDOZO DE MEDEIROS JÚNIOR, WALLACE ANDRINO DA SILVA.....	113
556	ANESTESIA EM GESTANTE COM ESTENOSE MITRAL (EM) E HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP) MARINA TANI GOMES, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LUCIANNA RIBEIRO E SILVA, RAMON MAGRO FERREIRA.....	114
557	URGÊNCIA ANESTÉSICA EM PACIENTE PORTADORA DE ANGINA DE LUDWIG: UM RELATO DE CASO MARIANA PIMENTA LEÃO BANDEIRA DE MELO, ADEMAR CONTIERO JÚNIOR, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, MAYANE GUEDES GONÇALVES, NETANEL OLIVEIRA DA ROCHA.....	115
558	DIFERENTES ABORDAGENS ANESTÉSICAS PARA MÚLTIPLOS DEBRIDAMENTOS: RELATO DE CASO NICOLLE BARAUCE FREITAS, GIOVANA PALUDO BERTINATO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KETHELYN KEROLINE TELINSKI RODRIGUES, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO	116
564	RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA CIRURGIA EM PACIENTE CARDIOPATA GRAVE: RELATO DE CASO NICOLLE BARAUCE FREITAS, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, VANESSA CARVALHO LUCAS	117
565	ANESTESIA PARA CIRURGIA ONCOLÓGICA DE GRANDE PORTE EM PACIENTE GESTANTE NO SEGUNDO TRIMESTRE: RELATO DE CASO ISABELA MOREIRA SILVA, HUMBERTO VASCO JOAQUI, LÍVIA DOIN VIEIRA DA FONSECA, RICARDO VASCONCELLOS TEIXEIRA	118
566	SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE LITERATURA MARCELA DE BARROS FLEX CUNHA, DAVID FEREZ, ESDRAS FERNANDES DE AMORIM JUNIOR.....	119
567	REVISÃO NARRATIVA: CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS EM REPRODUÇÃO HUMANA NICOLLE BARAUCE FREITAS, ANDRÉ DA SILVA SEZERINO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO	120
568	A ESCOLHA DA TÉCNICA ANESTÉSICA EM UMA GESTANTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND TIPO 1 LUMA AMORIM CARLOS, FERNANDA CARVALHO MACIEL, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, JESSÉ DOMINGOS PIMENTA JÚNIOR, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA	121
569	COLAPSO CARDIOVASCULAR POR REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH DURANTE RAQUIANESTESIA: UM RELATO DE CASO RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, CAROLINA BAHIA DAHIA, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN.....	122
570	PLEXOPATIA BRAQUIAL PROLONGADA APÓS BLOQUEIO INTERESCALÊNICO E DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL PARA CIRURGIA DE CLAVÍCULA: RELATO DE CASO ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, PATRICIA RODRIGUES DA SILVA, POLIANA DA SILVA GOMES, THOBIAS ZAPATERRA CESAR	123
571	ANALGESIA PARA TÓRAX INSTÁVEL EM PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO E QUADRO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO TALITA GUILARDE TORRES, GIULLIANO GARDENGHI, ISABELA ALCÂNTARA ROCHA, LUCIANA HAHMANN ABREU, PAULO BRUNO CATALÃO DE ALBUQUERQUE	124
572	HEMORRAGIA PÓS-GASTROPLASTIA COM FATORES CONFUNDIDORES DIAGNÓSTICOS TALITA GUILARDE TORRES, GIULLIANO GARDENGHI, HEBER DE MORAES PENNA, MATEUS MOREIRA DE MELO SILVA, THIAGO CORDEIRO BERNARDES.....	125
573	DIFICULDADE DE ACESSO À VIA AÉREA EM PACIENTE COM ESTENOSE SUBGLÓTICA (ESG): RELATO DE CASO MANOEL CELIO MOURA JUNIOR	126
574	CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, EDUARDO DE CASTRO CARDOSO OLIVEIRA, ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO.....	127

575	COMPLICAÇÃO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA DISSECÇÃO DE AORTA TORACOABDOMINAL - PARAPLEGIA CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, BRUNO OLIVEIRA LEITE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, GUSTAVO TEDDE FILHO, LUCIANNA RIBEIRO E SILVA	128
576	RAQUIANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, GABRIEL LOURENZATTO SILVEIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LAURA DE LIMA CRIVELLARO	129
577	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE EDWARDS E HEPATOBLASTOMA SUBMETIDO À HEPATECTOMIA PARCIAL: RELATO DE CASO SARAH LAYS CANDIDO DA SILVA, ANNY SUGISAWA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MARIANA REGATIERI POLEZI	130
578	SÍNDROME DE BURNOUT EM ANESTESIOLOGISTAS DO SUDESTE BRASILEIRO LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, ANTÔNIO DE PÁDUA GANDRA JUNIOR, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO	131
579	IMPACTO PSICOEMOCIONAL DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO	132
580	PREVALÊNCIA DE EXAUSTÃO EMOCIONAL ALTA EM ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO	133
581	DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS NO SUDESTE BRASILEIRO LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, ANTÔNIO DE PÁDUA GANDRA JUNIOR, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO	134
582	CRIONEURÓLISE EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOR REGIONAL COMPLEXA ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO	135
584	ANESTESIA PEDIÁTRICA PARA REALIZAÇÃO DE ADENOAMIGDALECTOMIA (AA) EM PACIENTE COM COVID NÃO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE: RELATO DE CASO MARCELA DA SILVA KAZITANI CUNHA, HIGOR LOCATTE BARBATO, NATHANE ALVES MARTINS, TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES, WESLEY SANTOS SILVA	136
585	EMBOLIA POR LÍQUIDO AMNIÓTICO: UM RELATO DE CASO LUCAS SILVA CAMPOS, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, FABRÍCIO PAULO ROSSATI, MARIA CAMPOS PIRES, VIVIANE DINIZ DE RESENDE	137
586	ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RETT: RELATO DE CASO PAMELA VIDA MENDES, ALICE FURLAN DE ALMEIDA PRADO, JOSÉ MAURÍCIO PEREIRA ASSEF, RAFHAEL SILVA LEAL, TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES	138
587	ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁREO EM PACIENTE COM ACONDROPLASIA ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO	139
588	NEURÓLISE QUÍMICA COM USO DE FENOL PARA CONTROLE DA DOR NO MEMBRO FANTASMA ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO	140
589	PERFURAÇÃO ESOFÁGICA APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: UM RELATO DE CASO MARCELO TSUYOSHI YAMANE, ADEMÉRI DE MÁTTOS LEÃO, ALFREDO ANTONIO MAKOUL GASPERIN, GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA, MARISA PIZZICHINI	141
590	CONTROLE DA DOR COM BLOQUEIO REGIONAL COM CATETER EM CANAL ADUTOR PARA PACIENTE PORTADOR DE TROMBOANGÉITE OBLITERANTE LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, FABIO LUIS FERRARI REGATIERI, ISABELA SOARES RIBEIRO PATRIOTA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA	142
592	MANEJO ANESTÉSICO PARA ARTRODESE DE COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR APÓS TRAUMA RAQUIMEDULAR LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, ISABELA SOARES RIBEIRO PATRIOTA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MARTINHO PEREIRA RIBEIRO NETO	143
593	SÍNDROME DO PÉ CAÍDO APÓS ANESTESIA PARA CESÁREA: RELATO DE CASO BRUNO FERREIRA GIMENES, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, MATEUS OLIVEIRA DAMASCENO	144

594	MANEJO ANESTÉSICO PARA OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR EM PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMA COM FRATURAS DE C2-C4 E LESÃO DE AORTA DESCENDENTE: UM RELATO DE CASO ALINE CHAVES BARROS, FÁBIO POÇAS ZAMBELLI, GUILHERME TEBALDI CARVALHO, NICHOLAS ALBAGLI SECCO.....	145
595	ANESTESIA PARA RESSECÇÃO DE FEOCROMOCITOMA: RELATO DE CASO REGIANE SIMIONATO, ANDREA FOGAÇA SOUBHIA, CARLOS ALBERTO TOMATIS LOTH, FABIO NAHUYS THORMANN, TALITA RUBIN LAZZARI	146
598	CETOACIDOSE DIABÉTICA PERIOPERATÓRIA: UM RELATO DE CASO LUCAS NEVES VAZ, GABRIELA RIBEIRO GONTIJO, MARCO MENICUCCI ESTEVES DE CASTRO, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR, VICTOR DE ANDRADE REIS	147
599	ABORDAGEM VIDEOENDOSCÓPICA DE ESTESIONEUROBLASTOMA: UM RELATO DE CASO LUCAS NEVES VAZ, GABRIELA RIBEIRO GONTIJO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, IZABELA MAGALHÃES CAMPOS, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR	148
600	DEFICIÊNCIA DE G6PD EM CIRURGIA PEDIÁTRICA DE URGÊNCIA GABRIELLE FERREIRA CHAVES COELHO, EDUARDO HORST MAIDANA, EDWIN BAUR JUNIOR, EMANUELLE CARMINATI VIEIRA CLEMENTE, PEDRO CHRISTIANO BARSANTE MORENO.....	149
602	ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DE NÁUSEA E VÔMITO PÓS-OPERATÓRIOS EM CIRURGIAS DE REABILITAÇÃO DE FISSURA LABIOPALATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO ERIKA DURIGON GONÇALVES DA MATA, BELLA LUNA COLOMBINI ISHIKIRIAMA, FERNANDA LEITE, IGOR JOSÉ NOGUEIRA GUALBERTO, NICOLAS CORRÊA STEFANI	150
604	DESEMPENHO DO ESCORE QSOFA NA PREDIÇÃO DE DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES ADMITIDOS NA EMERGÊNCIA SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEONARDO BARBOSA SANTOS, MARIZA SILVA RAMOS LOESCH	151
605	COMPARAÇÃO ENTRE O ALGORITMO SAFETY ZONE E O ESCORE DE CAPRINI NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTES CIRÚRGICOS SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, LUIZ FERNANDO DE SOUZA.....	152
606	BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTE USUÁRIO DE SEMAGLUTIDA COM TEMPO DE JEJUM ADEQUADO: RELATO DE CASO SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, LEONARDO BARBOSA SANTOS, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, RAFAEL SOUZA FAVA NERSESIAN	153
607	MONITORIZAÇÃO E ANALGESIA EM PACIENTE PORTADORA DE PRÓTESE DE VÁLVULA AÓRTICA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA DE QUADRIL: UM RELATO DE CASO CLAYTON LEONARDO ELIAS VIDAL, GABRIELA LOUVRIER NASSER AGUIAR, GIZAH PIRES ALVES, GUSTAVO KEITI SUSUKI, JULIANA MENDONÇA TORRES.....	154
608	RELATO DE CASO DE ANESTESIA PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL GUSTAVO TASCHECK, GABRIELA LOUVRIER NASSER AGUIAR, GUSTAVO KEITI SUSUKI, JULIANA MENDONÇA TORRES, SHEILA ANSELMO DA SILVA	155
610	SEDAÇÃO CONSCIENTE EM CRANIOTOMIA MÁRIA FERNANDA MAZI FINAMORE, MARIANA BOZELLI SERRA, SIMONE DA SILVA OLIVEIRA, TIAGO TORMINATO MOREIRA.....	156
611	MANEJO DA CEFALÉIA PÓS-RAQUIANESTESIA NA POPULAÇÃO OBSTÉTRICA MÁRIA FERNANDA VIEIRA MARTINS DE MELO, CAROLINA SOUZA ALVES, MARCELLA LOUIZE ARAUJO DUARTE, MARCOS ANTONIO MARTINS DE MELLO, MARIANA VIEIRA MARTINS DE MELLO.....	157
612	PARADA CARDÍACA POR FATOR ANESTÉSICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE PROPORCIONAL E ANÁLISE DE METARREGRESSÃO TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES, JESSICA GATTO JACOMINI, JOSÉ REINALDO CERQUEIRA BRAZ, LEANDRO GOBBO BRAZ, SHARON EINAV.....	158
613	ANESTESIA PARA IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO PRÉ-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO KARINA BERNARDI PIMENTA, FLAVIA KLEM DE MATTOS MIQUELITO, ISABELA MOREIRA SILVA, RODRIGO BELLINASSO	159
614	IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA EM PACIENTES GRAVES IRIS GALDINO UEDA, CIRILO HADDAD SILVEIRA, GUNTHER GIROLDO BADESSA, LEONARDO JOSÉ GABRIELLI VANZATO, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO	160

616	IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA NO PROCESSO CIRÚRGICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DEBORAH BUSO PICCINALLI MARIETTO, BEATRIZ GONÇALVES MIRON, CIRILO HADDAD SILVEIRA, GUNTHER GIROLODO BADESSA, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO	161
617	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA RABDOMIÓLISE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA: RELATO DE CASO ANDRESSA GUIMARÃES GUERRA, ANDRÉ AUGUSTO CARAZZATTO DE SIENI, FLAVIO COELHO BARROSO, PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	162
618	MANEJO ANESTÉSICO DE RUPTURA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA EXTERNA DECORRENTE DE NEUROFIBROMATOSE TIPO I CINTIA LEONOR MALTA OLIVEIRA, ISABELLA CRISTINA FIGUEIREDO, LEONARDO DE QUEIROZ GOMES BELLIGOLI, MARINA VALADAO CAMARGOS.....	163
619	MANEJO DE PACIENTES SUBMETIDOS A BLOQUEIOS OFTÁLMICOS EM USO DE DUPLA ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, CLOVIS TADEU BUENO DA COSTA, EDUARDO HELFENSTEIN, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO	164
621	RELAÇÃO ENTRE ÁCIDO TRANEXÂMICO E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UM RELATO CLÍNICO CLEONICE ALVES DA SILVA, FABRICIO GOMES DA SILVA, ITALO MESQUITA SIMÃO, LETICIA AVILA DE SOUZA, MARIANA OLIVEIRA FERREIRA	165
624	DIMINUINDO AS NOTIFICAÇÕES DE ALARMES INCONSISTENTES: UM ENSAIO CLÍNICO-PRAGMÁTICO EM UMA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEONARDO BARBOSA SANTOS, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN	166
625	ANESTESIA PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PRÉ-NATAL DE MIELOMENINGOCELE: UM RELATO DE CASO ISABELLA FONTES DE SANTANA LINS, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO, LEUSI MAGDA ROMANO ANDRAUS, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, SAMANTA AUGUSTO LEMES.....	167
627	RAQUIANESTESIA CONTÍNUA EM IDOSO SUBMETIDO À PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL DIREITO: RELATO DE CASO ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, BRUNO OLIVEIRA ARAUJO ROSAS, FERNANDA ANDRADE SOARES DA SILVA, MATHEUS SAMPAIO MATOS, RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES.....	168
628	MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA CITORREDUTORA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA POR ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, ANNY SUGISAWA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA.....	169
630	ANESTESIA MULTIMODAL PARA DESCOMPRESSÃO DE NERVO FIBULAR COMUM VISANDO À MOVIMENTAÇÃO PRECOCE: RELATO DE CASO GUILHERME BRAZAO, ANA PAULA SULIANO BRITO, GABRIELA DIAS CAVALCANTI, MAYKON LUIS SANTINI, RONALDO ANTONIO DA SILVA.....	170
631	BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-CESARIANA SEM USO DE OPIOIDE MATHEUS SAMPAIO MATOS, ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, ELIALBA DE FARIAS CASCUDO, MARCELO CARNEIRO DA SILVA, RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES	171
632	AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE AGITAÇÃO PARADOXAL APÓS ADMINISTRAÇÃO VENOSA DE MIDAZOLAM EM IDOSOS SUBMETIDOS AOS PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOSÉ DIEGO DOS SANTOS PEREIRA, MAÍRA ESPÍNDOLA SILVA DE MELO, ROBERTA GISELE CORDEIRO DE LIMA.....	172
633	SPINAL ANESTHESIA FOR BILATERAL INGUINAL HERNIA REPAIR IN 3 MONTH CHILD WITH CONGENITAL HEART DISEASE AND PULMONARY HYPOPLASIA: CASE REPORT BRUNO CAMPOSTRINI SILY, ANTONIO JOSÉ GONÇALVES E LEAL, LETICIA FRANÇA ROCHA, PABLO BRAGA GUSMAN, VICTOR EMANUEL PUPPIN PINTO.....	173
634	INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM PACIENTE COM VIA AÉREA DIFÍCIL POR AMELOBLASTOMA GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, KARINA DIAS RESENDE, LISYA MARIA FEITOSA LIRA, PEDRO PAULO NASCIMENTO PONCIANO, VICTORIA WINKLER VASCONCELOS.....	174

635	O USO DA PERIDURAL E BLOQUEIO ILIOINGUINAL E ÍLIO-HIPOGÁSTRICO NO MANEJO ANESTÉSICO DE IDOSO CARDIOPATA SUBMETIDO À HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL: RELATO DE CASO JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, LARISSA DE ANDRADE CARVALHO, MANOEL ANANIAS DA SILVA NETO, MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES.....	175
636	ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, JAIME RODRIGUES VIEIRA NETO, KARINA DIAS RESENDE, VICTORIA WINKLER VASCONCELOS	176
637	HIPERTENSÃO PULMONAR NÃO PREVISTA EM CIRURGIA PARA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, KARINA DIAS RESENDE, POLLYANA SOUSA ARAÚJO, RICARDO ANDRÉS LEON OLDEMBURG.....	177
638	BLOQUEIO DO CANAL DOS ADUTORES COMBINADO COM BLOQUEIO DO NERVO CIÁTICO VERSUS ANESTESIA SUBARACNOÍDEA PARA CIRURGIAS INFRAPATELARES: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO LARISSA DE ANDRADE CARVALHO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, RAFAEL NASCIMENTO SOARES, RAPHAELLA AMANDA MARIA LEITE FERNANDES	178
640	INTERCORRÊNCIAS NO MANEJO DA ANESTESIA EM PACIENTES OBESOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO	179
641	OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA DOR EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE E SEU MANEJO ANESTÉSICO ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO	180
642	AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR ATRAVÉS DA PRESSÃO INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA MÁXIMA NO PRÉ E NO 5º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA MÁIRA ESPÍNDOLA SILVA DE MELO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES, VICTOR REGIS CAROCA	181
643	DESAFIOS DA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: EFEITOS ADVERSOS DO PNEUMOPERITÔNIO FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO.....	182
644	PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO EM PACIENTE SUBMETIDA À CRIOBÍPSIA BRÔNQUICA SOB ANESTESIA GERAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA. VICTORIA WINKLER VASCONCELOS, GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, JOSÉ HALEX DE BARROS NETO, KARINA DIAS RESENDE	183
645	OBSTÁCULOS NO ATO ANESTÉSICO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE.....	184
648	PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL: RELATO DE CASO MARINA MACHADO RAMOS, ALISSON VINICIUS PARIZOTTO, MARISA PIZZICHINI.....	185
649	COMPLICAÇÕES PERIOPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ENDOSCÓPICAS COM IRRIGAÇÃO: SEUS FATORES DE RISCO MARIA CLARA LUDGÉRIO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO	186
650	VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL RAPHAEL ESPINDOLA LEAL, ANDRE CALDEIRA FERNANDES, FERNANDA FERREIRA DE MORAIS, FLAVIA MOREIRA DE GODOY, MARIA CLARA ESPINDOLA BARRETO	187
652	RISCOS DOS ANESTÉSICOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS E A NECESSIDADE DE UMA ESCOLHA CRITERIOSA MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO	188
653	MANEJO INTRAOPERATÓRIO APÓS RUPTURA INADVERTIDA DE ANEURISMA CEREBRAL EM PACIENTE DISAUTÔNOMICO: RELATO DE CASO BRUNA SPINDOLA DA MOTTA FERREIRA, BEATRIZ DE ALMEIDA AFONSO, BRYNNER MOTA BUÇARD, CRISTIAN PIEPER	189

654	MANEJO DA DOR CRÔNICA NO PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA JOSÉ FERNANDO TREVISAN FONSECA TAVARES.....	190
655	ANESTESIA EM PACIENTE COM SATURNISMO: RELATO DE CASO ROBSON VIEIRA DA SILVA, GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA, LETÍCIA ESTEVES BESSA, LUCAS DE SOUZA GOMES, MANOELLA MANHAES MONTEIRO.....	191
656	ANESTESIA CRÍTICA NA OBSTETRÍCIA: COMPARAÇÃO ENTRE BUPIVACAÍNA RACÊMICA (S50-R50) E BUPIVACAÍNA COM EXCESSO ENANTIOMÉRICO DE 50% (S75-R25) A 0,5% ASSOCIADAS AO SUFENTANIL NA PERIDURAL AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO, MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR.....	192
658	SÍNDROME DOLOROSA COMPLEXA REGIONAL: UM RELATO DE CASO MARIANA SOARES FARIA, MARIA ADRIELY CUNHA LIMA, TIAGO ALMEIDA COSTA, VERA MARIA SILVEIRA DE AZEVEDO.....	193
659	MANEJO PERIOPERATÓRIO DO PACIENTE PORTADOR DE HEMOFILIA B GRAVE: RELATO DE CASO ITALO BOLANDINI MARANGON, GABRIEL MARQUES ALVES MAIA.....	194
660	ASPIRAÇÃO DE CANULA METÁLICA DE TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO WEI TZON HACKAN CHANG COLARES, GILMAR PEREIRA COAN, RAYSSA MARIA ANDRE GOMES VIANA.....	195
662	MANEJO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO EM PACIENTE PORTADOR DE GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO THULLYO CABRAL FERREIRA DE OLIVEIRA, DAVID FEREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, ROSENY DOS REIS RODRIGUES.....	196
663	INCÊNDIO EM VIA AÉREA CAUSADO POR ELETROCAUTÉRIO EM PACIENTE IDOSA MARIANA FREITAS DA SILVA, BRUNO MENDES CARMONA, MARIA IRIS EUFRÁSIO DE ALCÂNTARA, VITORIA SILVA RODRIGUES.....	197
664	MANEJO PERIOPERATÓRIO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO EM PACIENTE COM HEMOFILIA A GRAVE MARCOS TIAGO DE OLIVEIRA, LUCAS MORAES ANDRADE, RODRIGO MACHADO SALDANHA, VANESSA CARVALHO MARCAL DE OLIVEIRA, VINÍCIUS TOSTES FRAZÃO.....	198
665	INTUBAÇÃO RETRÓGRADA EM PACIENTE PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: RELATO DE CASO SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, GIOVANI TAGLIALEGNA, LARISSA CHAVES DE CARVALHO.....	199
666	DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES, FABIANO SOARES CARNEIRO, JULIANA LACERDA DE OLIVEIRA CAMPOS, STEPHANIE BRUNA CAMILO SOARES DE BRITO.....	200
667	PENG BLOCK NA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE OSTEOSSÍNTESE DE ACETÁBULO: RELATO DE CASO GABRIELLE BAZAN CAMASSOLA, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, MATHEUS FECCHIO PINOTTI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO, RAFAEL STANGE DA SILVA VALLE.....	201
668	DISTÚRPIO NEUROLÓGICO FUNCIONAL EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ROBÓTICA PARA ENDOMETRIOSE: UM RELATO DE CASO MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, RENATA BUARQUE DE MACEDO VALENTE.....	202
669	IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LETICIA STEPHANIE DE SOUZA ARAUJO, ADELI MARIANE VIEIRA LINO ALFANO, CIRILO HADDAD SILVEIRA, LEONARDO JOSÉ GABRIELLI VANZATO, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO.....	203
670	CASO RARO DE HIPERPARATIREOIDISMO POR GLÂNDULA ECTÓPICA MEDIASTINAL LETICIA CAVALARO SIQUEIRA, ALEXANDRE ALBERTO FONTANA FERRAZ.....	204
672	ANESTESIA GERAL PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, IRENE DE CASTRO CYRENO ADEODATO, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, WILSON DE OLIVEIRA COSTA JÚNIOR.....	205

673	PORT SITE INFILTRATION OF LOCAL ANESTHETIC IN LAPAROSCOPIC SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS BEATRIZ FERREIRA CORDEIRO, DAVID KISTENMACHER DE BEM, GETÚLIO RODRIGUES DE OLIVEIRA FILHO.....	206
674	BLOQUEIO DO NERVO GLOSSOFARÍNGEO PARA CONTROLE DA SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, GABRIELA ROCHA LAURETTI, LARISSA CHAVES DE CARVALHO.....	207
675	ANESTESIA GERAL ASSOCIADA AO BLOQUEIO DO NERVO FEMORAL E BLOQUEIO DO NERVO CIÁTICO EM PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, GIOVANA PALUDO BERTINATO, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LUCAS FELIPE KARASINSKI, NICOLLE BARAUCE FREITAS.....	208
677	GESTÃO DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS E MITIGAÇÃO DE GASTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ALTA COMPLEXIDADE DANIELA GOMES DE SOUZA, CLAUDIA REGINA MACHADO, FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, MELLISSA ALEIXO MACHADO.....	209
678	DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INTRAOPERATÓRIO BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, AUGUSTO DE AZEVEDO NORA, GUILHERME XAVIER RAMOS PEREIRA, PAULO HENRIQUE PEREIRA AGUIAR.....	210
679	BLOQUEIO SIMPÁTICO VENOSO EM PACIENTE COM DOR CRÔNICA AGUDIZADA POR MIOPATIA DE BRODY WILDNEY LEITE LIMA, ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA, ELIZABETH TEIXEIRA NOGUERA SERVIN, GUILHERME BURGOS SOUSA, HIAGO PARREAO BRAGA.....	211
680	CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PACIENTE COM TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA DENYS SCHAEFER DORNELLAS LADEIRA, CAMILA SANTOS SPILLER, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, MARIANA RIBEIRO DE ABREU E SILVA.....	212
681	ANESTESIA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO EM LACTANTE CARDIOPATA DENYS SCHAEFER DORNELLAS LADEIRA, ANTONIO MARTINS DIAS PIRES, JOANA THOMPSON PEREIRA DE SOUZA, LORENA DIAS GUIMARÃES, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES.....	213
682	BLOQUEIO ESPINHAL E ANESTESIA GERAL CONCOMITANTES EM PACIENTE GESTANTE COM COVID-19 GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO JORGE YAMADA.....	214
683	ANESTESIA GERAL EM GESTANTE COM COVID-19 GRAVE: RELATO DE CASO GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO JORGE YAMADA.....	215
684	RAQUIANESTESIA TOTAL ASSOCIADA À ANESTESIA GERAL BALANCEADA EM CIRURGIA CARDÍACA PARA RETIRADA DE MIXOMA EM VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO DIREITO AMANDA MOREIRA PARENTE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, RODRIGO GOMES MINAS NOVAS, SÉRGIO HONORATO DE MATOS.....	216
685	USO DA BRONCOFIBROSCOPIA PARA ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM NEUROCIRURGIA PARA PACIENTE COM PELVEMANDIBULECTOMIA PRÉVIA: RELATO DE CASO MARIA EUGENIA DE OLIVEIRA MARCAL E SILVA CARVALHO, DANIELE OLIVEIRA MINELLI, FLAVIA KLEM DE MATTOS MIQUELITO, MONIK BIANKA CARVALHO BAPTISTA LOBÃO, NATHALIA SOUZA SANTOS.....	217
686	MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DA SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHHORN: RELATO DE CASO FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO, JANE MARY GUIMARAES CORDEIRO, JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS.....	218
687	MANEJO DE VIA AÉREA COM FIBROSCÓPIO FLEXÍVEL EM DRENAGEM DE ABCESSO CERVICAL: RELATO DE CASO FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO, JANE MARY GUIMARAES CORDEIRO, JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS.....	219
688	BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PROLONGADO APÓS ADMINISTRAÇÃO DE SUCCINILCOLINA, UM RELATO DE CASO LEONARDO FERREIRA DA NATIVIDADE, ALBERTO DAVID FADUL FILHO, EMANUELE MELANIA STEDILLE BRINGHENTTI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO.....	220
689	PNEUMOPAROTIDITE EM PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA THAIS RODRIGUES SILVA, HENRIQUE FREITAS ARAUJO, JOSÉ HENRIQUE LEAL ARAÚJO, KAMILLA GOMES DE SALES SOUZA, MARINÉS DA SILVA MURICY FERREIRA.....	221

690	MANEJO ANESTÉSICO PARA CESÁREA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE SHONE EDUARDO MELO RODRIGUES DE ALMEIDA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LARISSA MARZULLO MAIOLINO, SIMONE BAPTISTA DE OLIVEIRA	222
692	POSSÍVEL RAQUIANESTESIA TOTAL EM PARTO CESÁREA: RELATO DE CASO GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO DAMBROS, EDUARDO JORGE YAMADA	223
693	ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA DA ÁREA MOTORA PRIMÁRIA NO MANEJO DA DOR NEUROPÁTICA EM PACIENTE COM ERITROMELALAGIA: RELATO DE CASO BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARILIA DA SILVA FARIA DE MACEDO, MAUD PARISE, NIVALDO RIBEIRO VILLELA, ODILEA RANGEL GONÇALVES.....	224
694	INSTABILIDADE HEMODINÂMICA EM CIRURGIA DE COLUNA LOMBAR JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, CAMILLA SIDI FIORITA, EVERALDO AGNELO DA SILVA, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE	225
695	MANEJO ANESTÉTICO EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE STEINERT JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, MANAÍRA MARIA ABREU COSTA ÁVILA, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE, RAIZA LUNA PEIXOTO, THIAGO VAZ DE LIMA GRILO PEREIRA.....	226
696	PICADURA DE ESCORPIÃO COMO FATOR ASSOCIADO À FALHA DE BLOQUEIO SUBARACNOIDE: RELATO DE CASO CAROLINE DUSSIN, MARIA CAMPOS PIRES, VERA COELHO TEIXEIRA, VERONICA LIVIA DIAS	227
697	USO DE NORADRENALINA NA PROFILAXIA DA HIPOTENSÃO ARTERIAL APÓS RAQUIANESTESIA EM CESARIANAS ELETIVAS TULIO COSTA MARQUES, CARLOS ALBERTO FIGUEIREDO CÔRTEZ, CARLOS OTHON BASTOS, MARCEL RODRIGUES FERREIRA, MAURICIO MARSALIOI SERAFIM.....	228
698	CATETER PERIDURAL ALOCADO NO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO RAPHAEL RANGEL BARONE, ANDRÉ LIMA DE QUEIROZ, ANGÉLICA DE FÁTIMA DE ASSUNÇÃO BRAGA, IDELBERTO DO VAL RIBEIRO JUNIOR, VANESSA HENRIQUES CARVALHO	229
701	COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIAS LETICIA STEPHANIE DE SOUZA ARAUJO, LUIZ COMINI NETO, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO, NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO.....	230
702	INTOXICAÇÃO POR ROPIVACAÍNA EM IDOSOS, UM RELATO DE CASO NUBIA CARVALHO PEREIRA, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, MATHEUS PRATES CANTARINO, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR	231
704	HEMATOMA EPIDURAL APÓS RAQUIANESTESIA, RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO EMANUELE MELANIA STEDILLE BRINGHENTTI, GILBERTO MIGUEL STROPARO, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LEONARDO FERREIRA DA NATIVIDADE	232
705	COMPLICAÇÕES RARAS DE BLOQUEIO ILIOINGUINAL GUIADO POR ULTRASSONOGRAFIA EMANUELLE SOARES CAMOLESI, ABDA LYSA MOREIRA DA CUNHA, JÉSSICA FERREIRA GUIMARÃES DIAS, MÁRCIO LUIZ BENEVIDES, MAYARA COSTA DE OLIVEIRA LAUDISSE	233
706	BLOQUEIO DO PLANO TRANSVERSO TORÁCICO BILATERAL EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CAROLINA PREDIGER, CLAUDIO ROBERTO GOMES, DIOGO FERRARI CENTENARO, MARIANA KIELING MOZZAQUATRO, SABINE MOSELE GUIDI	234
707	ANESTESIA EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI COM PREDIORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL MANUELA BEZERRIL CIPÍÃO FERNANDES, FRANCISCO DIEGO SILVA DE PAIVA, GERMANO PINHEIRO MEDEIROS, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, KARINE CASTRO AGUIAR VILLELA	235
708	COLECISTECTOMIA EM PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA JAMILE ESPINDULA MATTAR, ALEXANDRE STELLATI GARCIA, MARCELO TSUYOSHI YAMANE, MARISA PIZZICHINI, SANDRA SUGISAWA MIYAZAKI.....	236
709	ANESTESIA PERIDURAL PARA PACIENTE COM ALTO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZ HENRIQUE TEIXEIRA DE SABOIA, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, THIAGO VAZ DE LIMA GRILO PEREIRA.....	237
710	USO DA OXIMETRIA TISSULAR CEREBRAL COMO FERRAMENTA PROTETORA EM ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA AEUDSON VICTOR CUNHA GUEDES E SILVA, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO, TALISON SILAS PEREIRA.....	238

712	ASSOCIAÇÃO DE BLOQUEIO DE NEUROEIXO E PERIFÉRICO EM IDOSO VÍTIMA DE POLITRAUMA CAMILLA SIDI FIORITA, JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZA VETTORAZZO AMARAL, THALES ABREU TEDOLDI.....	239
713	PARADA CARDÍACA POR MINOCA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO PAULO SALOMÃO BENDAZZOLI, BRUNA TIEMI MINOMI, JOSE AFFONSO PENHA JUNIOR, RAFHAEL SILVA LEAL...	240
714	HISTERECTOMIA EM PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO GUILHERME BURGOS SOUSA, ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA, HIAGO PARREAO BRAGA, LYVIA MARIA RODRIGUES DE SOUSA GOMES, WILDNEY LEITE LIMA.....	241
715	BLOQUEIO DE NEUROEIXO E REGIONAL PARA A PREVENÇÃO DE DOR CRÔNICA EM APUTAÇÃO DE QUATRO MEMBROS CAMILLA SIDI FIORITA, BRUNA DE MELO MARIANO, EDUARDO LUIZ DE ARAUJO BORGES, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZA VETTORAZZO AMARAL.....	242
716	ANESTESIA OPIOIDE FREE PARA CIRURGIA DE PÉ TORTO CONGÊNITO BILATERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MOEBIUS: RELATO DE CASO JOSE MARTINS BARRETO SANTANA, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, MARIANA PIMENTA LEO BANDEIRA DE MELO, MAYANE GUEDES GONÇALVES, SOLANGE COSTA NOVO CABRAL.....	243
717	ANESTESIA VENOSA TOTAL ASSOCIADA A SCALP BLOCK PARA RESSECÇÃO DE GLIOMA COM PACIENTE "ACORDADA": RELATO DE CASO LUIS HENRIQUE CANGIANI, ISABELA YAMANE FAITARONI, ISMAEL PONTES SILVA, PEDRO DO AMARILHO MAICH, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES.....	244
718	MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE PACIENTE SUBMETIDO À RESSECÇÃO DE LESÃO SUBSTENOSANTE DE CORDA VOCAL: RELATO DE CASO LUIS HENRIQUE CANGIANI, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, RAFAEL MILLANI, RENAN VIEIRA MURAD, RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA	245
719	IMPACTO DO DESABASTECIMENTO DE DIPIRONA SÓDICA EM UM CICLO DE MELHORIA DA AVALIAÇÃO DE PROFILAXIA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA LUIS HENRIQUE CANGIANI, ISMAEL PONTES SILVA, LUIZ EDUARDO DE PAULA GOMES MIZIARA, REBECA FUNCK COLUCCI, RICARDO FRANCISCO SIMONI.....	246
720	TAMPONAMENTO CARDÍACO APÓS PERFURAÇÃO DE VENTRÍCULO DIREITO DURANTE PROCEDIMENTO DE ABLAÇÃO MIOCÁRDICA POR RADIOFREQUÊNCIA: RELATO DE CASO LUIS HENRIQUE CANGIANI, IAGO DE SOUZA COSTA, RENAN VIEIRA MURAD, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES.....	247
721	TETRAPARESIA APÓS PUNÇÃO INADVERTIDA DE DURA-MÁTER LUIZA COSTA SILVEIRA MARTINS, FRANCIELE DAIANE LOCATELLI, MATHEUS ABREU AZEREDO, PATRICIA WAJNBERG GAMERMANN, WALESKA SCHNEIDER VIEIRA	248
722	HIPERTERMIA MALIGNA UM DESAFIO PARA O ANESTESIOLOGISTA. RELATO DE CASO. DAVID FEREZ, BRUNO EDUARDO FERREIRA, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO, THULLYO CABRAL FERREIRA DE OLIVEIRA.....	249
723	CHOQUE ANAFILÁTICO POR CLOREXIDINA: UM RELATO DE CASO IZABELLA SOARES MELLO, CAMILA FERREIRA GARCIA, LUCAS SILVA CAMPOS, MARIA AMELIA NEVES, MARIA CAMPOS PIRES.....	250
724	NARCOLEPSIA E ANESTESIA: UM RELATO DE CASO IZABELLA SOARES MELLO, ANA FLAVIA MESQUITA ANDRADE, CLÁUDIA HELENA RIBEIRO DA SILVA, LETICIA BERNARDES DE CASTRO, NILLO AKIZO BARROS.....	251
725	ANESTESIA VENOSA TOTAL UTILIZANDO O MODELO DE ELEVELD EM CRIANÇA SUBMETIDA À CORREÇÃO DE DEFORMIDADE DE SPRENGEL: RELATO DE CASO RAFAEL MILLANI, CARLOS EDUARDO ESQUEAPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUIS HENRIQUE CANGIANI, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO	252
728	DESLOCAMENTO DO NERVO ÓPTICO DE ACORDO COM A POSIÇÃO DO GLOBO OCULAR AVALIADA POR ULTRASSONOGRAFIA: ESTUDO OBSERVACIONAL LUIS HENRIQUE CANGIANI, FABIO ESCALHÃO, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, REBECA FUNCK COLUCCI, RENAN VIEIRA MURAD	253

730	MANEJO ANESTÉSICO PARA CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE PRÉ-ECLÂMPSIA, LINFOMA DE HODGKIN E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA SECUNDÁRIA À CARDIOTOXIDADE PÓS-QT: RELATO DE CASO MELLISSA ALEIXO MACHADO, JOSIMARA ARAUJO DA SILVA DIVINO, LEONARDO COUTINHO VEIGA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA.....	254
731	TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE PEDRO HENRIQUE QUEIROZ DOS SANTOS, ADELI MARIANE VIEIRA LINO ALFANO, BEATRIZ GONÇALVES MIRON, CIRILO HADDAD SILVEIRA, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO.....	255
732	MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL APÓS QUIMIOTERAPIA PARA CIRURGIA DE ESOFAGOPLASTIA PARA A CORREÇÃO DE ESTENOSE DE ESÔFAGO CERVICAL COMPLETA: RELATO DE CASO MELLISSA ALEIXO MACHADO, DANIELA GOMES DE SOUZA, IZADORA IATCHUK ALVES IBRAHIM, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA.....	256
734	MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE PIERRE ROBIN PARA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDÍBULA, OBJETIVANDO EVITAR A TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO MELLISSA ALEIXO MACHADO, ALINE MEDEIROS, CLARA ALVIM MOREIRA, FRANCISCA PALOMA GAMA NEVES, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA.....	257
735	SÍNDROME DE TAKOTSUBO NO PÓS-OPERATORIO IMEDIATO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COTOVELO: RELATO DE CASO HIAGO PARREAO BRAGA, CAIO MARCIO BARROS DE OLIVEIRA, FRANCISCA DALINE DOS SANTOS SILVA, PRISCO BARRETO DE QUEIROZ NETO, REINALDO MOREIRA LEITE DA SILVA FILHO	258
736	BLOQUEIO CONTÍNUO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL: RELATO DE CASO RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA, IAGO DE SOUZA COSTA, ISMAEL PONTES SILVA, REBECA FUNCK COLUCCI, RENATO SENA FUSARI.....	259
737	IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIA PELA FERRAMENTA PDCA EM DOR PÓS-OPERATÓRIA DE COLECISTECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COMPARATIVO RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA, EDUARDO TADEU MORAES SANTOS, ISMAEL PONTES SILVA, LUIZ EDUARDO DE PAULA GOMES MIZIARA, RICARDO FRANCISCO SIMONI.....	260
738	ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE NÁUSEA E VÔMITO PÓS-OPERATÓRIOS EM CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR: UMA REVISÃO DE ESCOPO ERIKA DURIGON GONÇALVES DA MATA, FERNANDA LEITE, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURENÇONE, MAISA FALCO BRANDAO	261
739	ANESTESIA VENOSA TOTAL EM CRIANÇA EM INVESTIGAÇÃO DE HIPERTERMIA MALIGNA SUBMETIDA À COLOSTOMIA: RELATO DE CASO RENAN VIEIRA MURAD, CAIO FUNCK COLUCCI, CARLOS EDUARDO ESQUEAPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUÍS OTÁVIO ESTEVES	262
740	EVENTO ADVERSO GRAVE APÓS ADMINISTRAÇÃO DE AMIODARONA DURANTE ABLAÇÃO MIOCÁRDICA POR RADIOFREQUÊNCIA: RELATO DE CASO RENAN VIEIRA MURAD, ADRIEL FRANCO DE MATTOS, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RAFAEL MILLANI, REBECA FUNCK COLUCCI.....	263
741	MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE GESTANTE PORTADORA DE CARDIOMIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA COM ESTENOSE MITRAL IMPORTANTE SUBMETIDA À CESARIANA: UM RELATO DE CASO CARLOS VINÍCIUS PACHECO DOS SANTOS GUARANÁ, GINA LARISSA DOS SANTOS NASCIMENTO CORDEIRO, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, LUCAS JOSE CARVALHO SIMONI, RODRIGO ALVES DE MELO	264
742	TRAQUEOPLASTIA EM PACIENTE COM ESTENOSE TRAQUEAL COM VENTILAÇÃO A JATO - MANUJET ®: RELATO DE CASO POLYANNE L F SCARDUELLI, ANA CLAUDIA ALBERNAZ VALENTE, LAYZA MUNIZ, LUIZ HENRIQUE BIZINOTO SALES, RICARDO GONÇALVES PRADO.....	265
743	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO POLYANNE L F SCARDUELLI, KATIA GOMES BEZERRA DE OLIVEIRA, RAFAELA GOMES COSTA, RENAN SILVA CLAUDIO, RICARDO GONÇALVES PRADO.....	266

744	VENTILAÇÃO EM PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO PÓS-COVID-19 POR PRESÃO ALTA: RELATO DE CASO POLYANNE L F SCARDUELLI, CARLOS ALBERTO ROSA DA SILVA FILHO, LAYZA MUNIZ, RENAN SILVA CLAUDIO, RICARDO GONÇALVES PRADO.....	267
745	ANESTESIA PARA BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL: ASSOCIAÇÃO DE REMIFENTANIL COM LIDOCAÍNA TÓPICA EM ARVÓRE TRAQUEOBRÔNQUICA: RELATO DE CASO MARIA LUIZA DE BRITO SOARES, ANA CLARA FERREIRA MACIEL, BRENDA VIANA VALADARES, MARIA LUIZA VERSIANI DE SENA.....	268
746	ANESTESIA E INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL COM BRONCOFIBROSCÓPIO PARA A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA DE URGÊNCIA EM PACIENTE RETROGNATA COM GRAVE ESTENOSE TRAQUEAL E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: RELATO DE CASO CLARA ALVIM MOREIRA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, MARCELA VERISSIMO ROCHA, MELLISSA ALEIXO MACHADO	269
748	MANEJO E RETIRADA DE CATETER PERIDURAL DIANTE DE COMPLICAÇÕES COMO A FORMAÇÃO DE NÓ DENTRO DO ESPAÇO PERIDURAL JULIANA VIANA DE ALMEIDA FERREIRA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LAIS MARTINS NOGUEIRA, TATIANA VAZ DE CARVALHO	270
749	ANESTESIA REGIONAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR MONALISA FONTES SILVA, ANGELA KAORI SUSUME, BRUNO MENDES CARMONA, MARIA IRIS EUFRÁSIO DE ALCÂNTARA, MONIQUE BESERRA DE FREITAS.....	271
750	ANESTESIA PERIDURAL PARA A REALIZAÇÃO DE CESÁREA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MARFAN E DISSECÇÃO DE AORTA TIPO B: RELATO DE CASO MATEUS COTIAS FILIZOLA, ANDREA MELO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, BRUNO RAFAEL TAVARES DIAS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES.....	272
751	ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE NOONAN PARA CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, CAMILLA SIDI FIORITA, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO.....	273
752	PRÉ-REABILITAÇÃO, DUPLO BLOQUEIO PERIDURAL E ANESTESIA OPIOID-FREE PARA CITORREDUÇÃO COM HIPEC: RELATO DE CASO VICTORIA KRELING LAU, LIEGE CAROLINE IMMICH, VASCO MIRANDA JÚNIOR	274
753	ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE RUSSEL-SILVER ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, BRUNO NICOLINO CEZARINO, JOSE MATEUS COSTA, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE.....	275
755	CHOQUE HIPOVOLÊMICO POR RESSANGRAMENTO EM PACIENTE COM ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM LORENZO LEITE DINO, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, IGOR LOUZA PEREIRA, LILIANA MESQUITA ANDRADE, MATHEUS BESERRA BRAGA.....	276
756	BLOQUEIO PERIBULBAR INADVERTIDO: COMPLICAÇÕES E DESFECHOS EMANUELLE SOARES CAMOLESI, IGOR LUCAS PINHEIRO, KAMILA MACIEL COSTA SALES, MÁRCIO LUIZ BENEVIDES, VANESSA TACIANA NUNES CARLOTO	277
757	ANESTESIA PARA TAVI EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO BIVENTRICULAR LUCAS NEVES VAZ, FABIANO SOUZA ARAÚJO, ISABELLA PELEGRINE MIGUEL RODRIGUES, NATÁLIA ALVES DE SIQUEIRA, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR.....	278
758	TRANSFUSÃO MAÇIÇA GUIADA POR METAS EM PACIENTE SUBMETIDO À NEFRECTOMIA JULIANA MORINI BEVILÁQUA, ANTONIO JUAREZ MORON MORAD NETO, LUCAS VOLPATO CRIVELLARO, MATEUS GUIMARÃES MASSIMO	279
759	BRADICARDIA SEGUIDA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PACIENTE SUBMETIDA À ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA DE CORONÁRIA DIREITA APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO PEDRO COSTA PEREIRA, ANNA PAULA SILVA LUZ, IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO	280
761	MORTE ENCEFÁLICA EM PUÉRPERA COM DENGUE DEVIDO À HEMORRAGIA PÓS-PARTO CAUSADO POR COAGULOPATIA AMANDA MOREIRA PARENTE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, LORENA VENTURA PICANÇO E SILVA	281
762	BLOQUEIO NEUROAXIAL NA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA HENRIQUE LOUZAN MACHADO, ANA CLARA DOS SANTOS GEORGETTI, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO	282

763	IMPORTÂNCIA DO USG POINT-OF-CARE PARA ANESTESIOLOGISTAS GABRIELA CHIODINI BERTO, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, GUSTAVO FELLONI TSUHA, JULIA DE SOUZA COSTA MORENO, MURILO CHIODINI BERTO.....	283
764	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO VIA CHATBOT PARA A TRIAGEM E ORIENTAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS: UM RELATO DA TECNOLOGIA A FAVOR DA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA REGIANE XAVIER DIAS, ANDRE LUIS OTTOBONI, DANIELI HELENA DA SILVA, GUILHERME HENRYQUE DA SILVA MOURA, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES	284
765	ENCUESTA SOBRE LA PRÁCTICA DE ANESTESIA CARDIOVASCULAR EN LATINOAMÉRICA MARIA JIMENA CALVIÑO, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, LETÍCIA TURCONI, MILTON PATRICIO CHANGO IZA.....	285
766	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL, DESAFIOS PERIOPERATÓRIOS E PLANEJAMENTO INDIVIDUALIZADO EM ANESTESIA: RELATO DE CASO BRUNO TAKETOMI RODRIGUES, LUCAS FERREIRA BARBOSA DE AGUIAR, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, THAYS PIMENTA LEAO MAGALDI BARROSO, WAGNER DE PAULA ROGERIO	286
767	MANEJO DAS VIAS AÉREAS EM PACIENTE COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE OROFARINGE: UM RELATO DE CASO RODRIGO BOUCHABKI DE ALMEIDA DIEHL, DIOGO LEITE SAMPAIO, HEITOR PEDROSA, IGOR SEROR CUIABANO ...	287
769	ESTUDO COMPARATIVO DA EFICÁCIA ANALGÉSICA DO USO DE AJDUVANTES EM BLOQUEIOS DE NERVOS PERIFÉRICOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DO OMBRO LAYANA VIEIRA NOBRE, JUSCELINO AFONSO DE OLIVEIRA JÚNIOR, VITÓRIA LUIZA LOCATELLI WINKELER.....	288
770	RABDOMIÓLISE PÓS-OPERATÓRIA POR SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA ASSOCIADA A DROPERIDOL E METOCLOPRAMIDA HENRIQUE LOUZAN MACHADO, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, HELGA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, MARY SANTOS SILVA	289
771	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO RODRIGO BOUCHABKI DE ALMEIDA DIEHL, ARIANA MACIEL, HEITOR PEDROSA, RAFAEL EDUARDO SOARES SIQUEIRA	290
772	UTILIZAÇÃO DE FENOL EM BLOQUEIOS PERIFÉRICOS PARA MANEJO DA DOR EM PACIENTE COM FRATURA PATOLÓGICA DE FÊMUR ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO.....	291
773	ANESTESIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ENDOTRAQUEAL EM CRIANÇA PORTADORA DE FENILCETONÚRIA PROVENIENTE DE COMUNIDADE QUILOMBOLA PEDRO ALMEIDA DE OLIVEIRA, ANNA CLAUDIA M. L. SANTOS, LUCIANO SANTOS GARRIDO, PAULO SÉRGIO SANTANA DOS SANTOS, VITORIA SAMPAIO DE CARVALHO.....	292
774	AVALIAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADA À FLUIDOTERAPIA PERIOPERATÓRIA ENTRE ANESTESISTAS HENRIQUE LOUZAN MACHADO, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO, MARIANA FONTES LIMA NEVILLE	293
775	MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PEDIÁTRICA PORTADORA DE SÍNDROME PONTINA TEGMENTAL LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA, RODOLFO DO VALE MORAIS MELO	294
776	ANALGESIA PERIDURAL CERVICO-TORÁCICA PARA DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULOTORACICA: RELATO DE CASO LORENA VENTURA PICANÇO E SILVA, AMANDA MOREIRA PARENTE, CLENILZE FERREIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LAURA DE LIMA CRIVELLARO	295
778	ANAFILAXIA ASSOCIADA AO USO DE CIPROFLOXACINO: RELATO DE CASO IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, CAMILA COLEN FORSTER, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA	296
780	ANAFILAXIA POR PROTAMINA EM PACIENTE USUÁRIA DE INSULINA NPH DURANTE PROCEDIMENTO ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, CLAUDIA REGINA MACHADO, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PATRICIA BRAGA MATA.....	297
781	BLOQUEIO DO PLEXO CERVICAL INTERMEDIÁRIO PARA ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, CARLA DANIELE AMORIM SOUZA THYRSO DE LARA, JOÃO GARCIA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS, SERGIO RANGEL DE CARVALHO	298

782	PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO EM CASO SUSPEITO DE HIPERTERMIA MALIGNA IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, ALANA RIPARDO RODRIGUES, FERNANDA CAVALCANTI CARNEIRO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PEDRO COSTA PEREIRA	299
783	MANEJO DE VIA AÉREA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE EDWARDS FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, DANDARA MANUELLE MATOS LEITE SOBRAL, RAFAEL CARTAXO NASCIMENTO, SERGIO RANGEL DE CARVALHO, VANESSA PEREIRA FAYAD ELIAS.....	300
784	ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO- DESIDROGENASE (G6PD): RELATO DE CASO LUCAS MARTINELLI DA SILVA, DANIEL CALIMAN DE SOUZA, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA, THALES GÊ DE OLIVEIRA.....	301
785	BLOQUEIO MAXILAR ECOGUIADO ASSOCIADO À ANESTESIA MULTIMODAL COMO ESTRATÉGIA POUPADORA DE OPIOIDES EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, ALINE MEDEIROS, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, LEONARDO COUTINHO VEIGA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA	302
786	MANEJO DE VIA AÉREA E CONTROLE ÁLGICO PÓS-OPERATÓRIO EM GESTANTE COM CONTRAINDICAÇÃO AO BLOQUEIO DE NEUROEIXO FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, DANDARA MANUELLE MATOS LEITE SOBRAL, RAFAEL CARTAXO NASCIMENTO, SERGIO RANGEL DE CARVALHO, VANESSA PEREIRA FAYAD ELIAS.....	303
787	HIPOTERMIA E SUDORESE PROFUSA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE MORFINA EM NEUROEIXO PARA CESÁREA: RELATO DE CASO MARIA CAMPOS PIRES, IZABELLA SOARES MELLO, PEDRO HENRIQUE COSTA FRANCO, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR, VIRGÍNIA MARTINS GOMES.....	304
788	A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA EM AMBIENTE PERIOPERATÓRIO FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, ARTUR SOUZA ROSA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS, JULIANA JORDAO NYTRAY, LUISA VILLELA BIAZON.....	305
789	COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS APÓS USO DE OPIOIDE INTRATECAL EM CIRURGIA GINECOLÓGICA: UM RELATO DE CASO MARIA CAMPOS PIRES, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, LUCAS SILVA CAMPOS, VIRGÍNIA MARTINS GOMES, VIVIANE DINIZ DE RESENDE.....	306
791	BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA PARA O TRATAMENTO DE TEMPESTADE ELÉTRICA REFRACTÁRIA FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, CARLA DANIELE AMORIM SOUZA THYRSO DE LARA, CELSO SCHMALFUSS NOGUEIRA, JOÃO GARCIA, SERGIO RANGEL DE CARVALHO	307
793	ANESTESIA PARA ADRENALECTOMIA BILATERAL EM PACIENTE COM FEOCROMOCITOMA ANA BEATRIZ TAVARES DOS SANTOS, ANTONIO FELIPE DE OLIVEIRA REGO SEGUNDO, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, WAGNER DE PAULA ROGERIO, ZÊNIA FEITOSA OLIVEIRA	308
794	ANESTESIA EM PACIENTE COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO DE ORIGEM PARANEOPLÁSICO MORGANA JUNQUEIRA VILELA, NÁDIA MUNHOZ PONCE	309
795	ANESTESIA COM REDUÇÃO DE OPIOIDE EM CIRURGIA MAMÁRIA FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, ALINE CRISTINA BARBOSA SIQUEIRA, BARBARA ISABELA RIBEIRO WEBERLING, GUILHERME IRIBARREM NOGUEIRA, SERGIO RANGEL DE CARVALHO.....	310
796	CUIDADOS ANESTÉSICOS EM CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MENINGOMIELOCELE ROTA PÓS-CESARIANA: UM RELATO DE CASO GUTEMBERG ALVES DA SILVA FILHO, AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO, FRANCISCO SAVIO ALVES ARCANJO, JOÃO LUCAS FERREIRA LINHARES, RAFAEL FEITOSA DE MENEZES	311
798	USO DE DEXMEDETOMIDINA INTRANASAL EM CRIANÇA SUBMETIDA A RADIOTERAPIA FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, BARBARA ISABELA RIBEIRO WEBERLING, EVALDO GOMES FERREIRA FILHO, GUILHERME IRIBARREM NOGUEIRA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS.....	312
799	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA – RELATO DE CASO CLARA ALVIM MOREIRA, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, MARCELA VERISSIMO ROCHA, MELLISSA ALEIXO MACHADO	313
800	ANESTESIA E TATUAGEM: O QUE HÁ DE NOVO? GABRIELA DIAS CAVALCANTI, GUILHERME BRAZÃO, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, RONALDO ANTONIO DA SILVA, VICTOR RIBEIRO DA PAIXÃO.....	314

802	USO DE ULTRASSONOGRAFIA A BEIRA-LEITO EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO E PNEUMOTÓRAX: RELATO DE CASO GABRIELLE FOPPA RABAIOLI, AMANDA GOMES FONSECA, DANIEL DUARTE NORA, GABRIEL PIRES ALVES, SHEYLA FABIANE SANTINON.....	315
804	ANESTESIA VENOSA MULTIMODAL E BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA EM LACTENTE DE DEZ MESES COM NEUROBLASTOMA GABRIELA QUEIROZ AMORELLI GONZAGA, ANA KATARINA SAMPAIO BRANDÃO, JORGE CAMPELLO JÚNIOR, RODRIGO BELLINASSO.....	316
805	MANEJO ANESTÉSICO NO IMPLANTE DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO (DBS) EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON AVANÇADA: RELATO DE CASO LEONARDO COUTINHO VEIGA, IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA.....	317
806	EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA: UM RELATO DE CASO EM PACIENTE JOVEM APÓS ANESTESIA GERAL PATRICIA CID, BEATRIZ LIN CARBONE, FLAVIA SCHULTHAIS DA SILVA, MARINA LORDELO BORBA, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO.....	318
807	LINFOGRAFIA PARA CORREÇÃO DE LESÃO DE DUCTO TORÁCICO LUIZ HENRIQUE TEIXEIRA DE SABOIA, GUILHERME MORATTI GILBERTO, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, MARIELLI CONDE DIAS, RODRIGO GOBBO GARCIA.....	319
808	ENCUESTA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA EN LATINOAMÉRICA LETÍCIA TURCONI, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, MARIA JIMENA CALVIÑO, MILTON PATRICIO CHANGO IZA.....	320
809	INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA PERIOPERATÓRIA: RELATO DE CASO DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, BÁRBARA DE BARROS LEITE, EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, PAOLLA DA GLÓRIA CAMPELO CAVALCANTE.....	321
810	ANESTESIA GERAL PARA GESTANTE COM COAGULOPATIA E ABSCESSO PERITONSILAR LORENA HAYALLA MOREIRA, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, LINCOLN LUIZ CORREA MOTA, LORRAINE FERREIRA GUIMARÃES, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA.....	322
811	SEDAÇÃO CONSCIENTE EM IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI): RELATO DE CASO ANA CLARA FERREIRA MACIEL, ANDRE CUNHA GAMA, MARIA LUIZA DE BRITO SOARES.....	323
812	RELATO DE CASO: ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA, JOAQUIM BELCHIOR SILVA, MARCELA RAMOS MARTINS, MARIANA MENDES TEIXEIRA, RAFAELA RODRIGUES SOUSA.....	324
813	CRISE CONVULSIVA EM ANESTESIA GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI.....	325
814	MANEJO ANESTÉSICO DE TORACOTOMIA DE EMERGÊNCIA EM PACIENTE PORTADOR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR: RELATO DE CASO ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, PAULO GABRIEL MELO BRANDÃO.....	326
817	ESP BLOCK MAMOPLASTIA REDUTORA: DESAFIOS À ANALGESIA POUPADORA DE OPIOIDES GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	327
818	ANESTESIA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO-DESIDROGENASE: RELATO DE CASO LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, GRAZIELLE RODRIGUES SILVA, RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA.....	328
819	ANESTESIA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ: A IMPORTÂNCIA DO ESTABELECIMENTO DE ESTRATÉGIAS QUE RESPEITEM AS CRENÇAS RELIGIOSAS LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA.....	329
820	PREPARO E MANEJO DE INTUBAÇÃO ACORDADO COM FIBROSCÓPIO FLEXÍVEL EM PACIENTE SABIDAMENTE PORTADOR DE VIA AÉREA DIFÍCIL SUBMETIDO A TAVI MARIANA MENDES TEIXEIRA, GISELLE GOULART MACHADO, LEANDRO PEREIRA VIEIRA, LORENA PRADO COSTA, MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA.....	330
821	ANESTESIA EM PACIENTE COM TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE SUBMETIDA A CESARIANA, UM RELATO DE CASO JULIA LIMBERGER EISENHARDT, ALCIDES DARTAGNAN BUENO NUNES, PRISCILA LORENZON.....	331

822	INJEÇÃO INADVERTIDA DE 10 MG DE METARAMINOL ENDOVENOSO DURANTE RINOSEPTOPLASTIA JULIANA MORINI BEVILACQUA, MARCIO TADAO YAMAGA.....	332
823	O USO DE TESTES VISCOELÁSTICOS EM PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR: REVISÃO INTEGRATIVA DAVID FERREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, MARCUS VINÍCIUS NEVES GONÇALVES, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO.....	333
824	BLOQUEIO ANALGÉSICO “ERETOR DA ESPINHA” PARA CIRURGIA CARDÍACA – REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO DAVID FERREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, KAICK ALVES CARVALHO LAUBE, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO.....	334
825	ANESTESIA PARA GASTROSTOMIA EM CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DELEÇÃO DO BRAÇO LONGO DO CROMOSSOMO 13 – RELATO DE CASO RICARDO VASCONCELLOS TEIXEIRA, DANIELE OLIVEIRA MINELLI, GLAUBER PEREIRA CARVALHO.....	335
827	COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO VICTORIA DA SILVA COELHO, FABIANO SOUZA ARAÚJO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, LETICIA BERNARDES DE CASTRO, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO.....	336
828	MANEJO ANESTÉSICO DA DISSECÇÃO DE AORTA AGUDA NO INTRAOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA VICTORIA DA SILVA COELHO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO, TAISA GUIMARAES MESQUITA, VICTOR DE ANDRADE REIS.....	337
829	MANEJO ANESTÉSICO E CONSIDERAÇÕES PARA SUPRARRENALECTOMIA EM UM PACIENTE PORTADOR DE FEOCROMOCITOMA DE DIFÍCIL CONTROLE LEONARDO QUEIROZ PARRA, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, PAULO SERGIO ZAPPALÁ ZERBINI BORGES, RODOLFO CARVALHO SOEIRO MACHADO.....	338
830	ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, DANIELA GOMES DE SOUZA, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI.....	339
832	INTOXICAÇÃO POR SORBITOL RELATO DE CASO BRUNO BITTENCOURT PROCOPIO, ALYSSON HIGINO GONÇALVES DA SILVA, FREDERICO VARGAS BOTINHA MACEDO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO	340
833	BLOQUEIO DO PLANO TRANSVERSO DO ABDOME (TAP BLOCK) EM CIRURGIAS PEDIÁTRICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA FLAVIA SCHULTHAIS DA SILVA, BEATRIZ LIN CARBONE, DAVID FERREZ, JÉSSICA T. SUZUKI, PATRICIA CID.....	341
834	DUPLO BLOQUEIO NEUROAXIAL EM GESTANTE COM EHLERS-DANLOS SÍNDROME: UMA ALTERNATIVA ANESTÉSICA À CESARIANA KAREN CAVICHINI ROSSETO, FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ, RAMON SCHWENCK FRAGA	342
835	SÍNDROME DE BERNARD-SOULIER: UM DILEMA ANESTÉSICO KAREN CAVICHINI ROSSETO, GABRIELLA GRAZIANI PIOLI, WILSON GONÇALVES SOMBRA.....	343
837	ANALGESIA MULTIMODAL PARA TORACOTOMIA EXPLORADORA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM GLANGLIONEUROMA EM MEDIASTINO POSTERIOR ANA JULIA NICOLIELLO DIAS, BIANCA AMADO DE MELO, TATIANA GOLDGABER BORGES.....	344
838	ANESTESIA PARA FEOCROMOCITOMA COM DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO SHEYLA FABIANE SANTINON, AMANDA GOMES FONSECA, EDUARDO AREIAS DE OLIVEIRA, GABRIELLE FOPPA RABAIOLI	345
839	ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA À METFORMINA: DOS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS À ABORDAGEM CLÍNICA FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI.....	346
840	ANESTESIA PARA PACIENTE ADULTA COM TETRALOGIA DE FALLOT SUBMETIDA A CIRURGIA NÃO CARDÍACA – RELATO DE CASO HERMÍNIA MOREIRA COELHO DA COSTA, CECILIA BRENDA ROCHA CARNEIRO, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, MANUELA BEZERRIL CIPIÃO FERNANDES, RENATO LABANCA DELGADO PERDIGAO	347

843	ANALGESIA CONTÍNUA PARA FRATURA BILATERAL DE QUADRIL EM PACIENTE RENAL CRÔNICA DIALÍTICA E BAIXO PESO: RELATO DE CASO ISADORA SILVA MELO, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, JACKSON DAVY DA COSTA LEMOS, JORGE ÍTALO CIPRIANO LÔBO, SAMANTHA OTTONI ADOLPHSSON ZIDAN.....	348
845	BLOQUEIO PEC I E II EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE PARA CIRURGIA DE MASTECTOMIA: ATINGINDO OS OBJETIVOS HEMODINÂMICOS JANE MARY GUIMARÃES CORDEIRO, GUILHERME RUFINO DA SILVA, LUIZ FERNANDO CARLIN MUTTERLE, SUSI ARAÚJO ALVES, WILSON GONÇALVES SOMBRA.....	349
847	RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA ARTRODESE TORACOLOMBAR EM PACIENTE PORTADORA DE METÁSTASE ÓSSEA DE FEOCROMOCITOMA MALIGNO MARCELA RAMOS MARTINS, MARIANA MENDES TEIXEIRA, MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA, RENATO SANTIAGO GOMEZ, VIVIAN LOUISE SYRIO PESSOA.....	350
849	BLOQUEIO DO PLANO DO ERETOR DA ESPINHA COMO AUXÍLIO NO DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO TRAUMA TORÁCICO: RELATO DE CASO ISADORA SILVA MELO, ANGELINE MARIA HOLANDA PASCOAL DA SILVA, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, FRANCISCO XIMENES ARAGÃO, SAMANTHA OTTONI ADOLPHSSON ZIDAN.....	351
851	ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM PACIENTE COM MÚLTIPLOS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL POR TUMOR DE CABEÇA E PESÇOÇO: UM RELATO DE CASO MAIRA PINHEIRO RIBEIRO, ANTONIO HERLANDSON FREIRE DA CUNHA, CELY VALADARES, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES, LUIZA SANTANA DE FREITAS.....	352
852	USO DE CLOREXIDINA ALCOÓLICA INTRA-ARTERIAL DURANTE ARTERIOGRAFIA ARMADA DE MEMBROS INFERIORES FELIPE OLIVEIRA DE BRITO RAMOS, PEDRO IVO RODRIGUES DO CARMO REZENDE, RAFAEL MERCANTE LINHARES, RAFAELLA PIRES EMERICK.....	353
853	IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA MANEJO DE SANGRAMENTO EM CIRURGIA CARDÍACA CAROLINA PREDIGER, CAROLINE KIRSCHEN BRISTOT, DIOGO FERRARI CENTENARO, MARIANA LEOCADIO DE SOUZA BASTOS, VIVIANE MENTZ DORNELLES.....	354
854	TOXICIDADE POR ANESTÉSICO LOCAL EM PEDIATRIA GABRIELLE PAULINA DE OLIVEIRA, ANA MARIA AUGUSTO DE SOUSA, BRUNA MORAES DOS SANTOS, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA.....	355
855	ANEMIA CRÔNICA E SANGUE RARO EM PACIENTE SUBMETIDA A NEFRECTOMIA BILATERAL: RELATO DE CASO NATALIA ALMEIDA FALCAO COSTA, HERMÍNIA MOREIRA COELHO DA COSTA, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, MANUELA BEZERRIL CIPIÃO FERNANDES, NELY MARJOLLIE GUANABARA TEIXEIRA.....	356
856	EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR ANESTESIA GERAL EM PARTO CESÁREO: UMA REVISÃO DE LITERATURA CAROLINA SOLETTI, ARTUR BARBOSA AZEVEDO ROCHA, EDUARDO MARANINI DE SOUZA FAVERO, MAYARA VIZOTTO LIMA ARTIAGA, RAFAEL ANDRADE CRISTINO.....	357
857	MANEJO ANESTÉSICO RECONSTRUÇÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO RAFAELA AMORIM FREITAS, ANTONIO MARTINS DIAS PIRES, GILSON PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR, LORENA DIAS GUIMARÃES, RODOLPHO AZZI SAIDLER.....	358
858	DEXMEDETOMIDINA E LESÃO RENAL AGUDA EM CIRURGIA CARDÍACA SOB CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA MAIRA PINHEIRO RIBEIRO, DANIEL VELOSO VIANA BOMFIM, GILVAN DA SILVA FIGUEIREDO, LIGIA CORREIA LIMA DE SOUZA, MARCELO JOSE SILVA OLIVEIRA.....	359
859	OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR REALIZADA COM BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO E SEDAÇÃO RAFAELA AMORIM FREITAS, GABRIEL VASCONCELOS SANTOS, ISABELLA ARBEX, PAULO ALIPIO GERMANO FILHO, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES.....	360
860	PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PUERPERAL EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO IGOR MIGLIO DE CASTRO, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, EDUARDO DE CASTRO CARDOSO OLIVEIRA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO.....	361
862	ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM PACIENTE PORTADOR DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO SUBMETIDO A NEUROCIRURGIA MATEUS GARCIA TAVARES, BIANCA MARTINS, BRUNO AUGUSTO PARADA, IANEZ FREITAS E CARVALHO.....	362

863	ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM PLACENTA ACRETA APÓS BALONAMENTO DE ARTÉRIAS ILÍACAS BILATERAIS KETHELYN KEROLINE TELINSKI RODRIGUES, AMAURY RAMON SAUVESUK, GREYCE SAMULAK ALVES, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, MARIANA KOMADA PRADO.....	363
864	OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E PLAQUETOPENIA EM ANESTESIA PERIPARTO RAIANE SOARES DE OLIVEIRA, EDUARDO DOS REIS PEIXOTO, LAURA FERNANDA GOMES FRAGA, LÉA MENEZES COUCEIRO BURLE, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA.....	364
865	ANESTESIA COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ACORDADO PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA EM PACIENTE COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA À DOENÇA DE CROHN BERNARDO RIBEIRO TRAVASSOS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, JULIANO DA ROCHA COSTA, MARCELO NEVES SILVA, RAÍSSA MELO ARRUDA.....	365
866	FALHA NA REVERSÃO DE BLOQUEIO NEUROMUSCULAR COM SUGAMADEX EM PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ROBÓTICA RAYANE QUITES SENRA, GABRIEL AVELLAR REZENDE, PATRÍCIA DE LOURDES PROCÓPIO LARA, ROBERTA MACHADO COSTA, TATIANA GOLDGABER BORGES.....	366
867	ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA ATRAVÉS DE CATETER INTRATECAL EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DE GRANDE PORTE RAFAELA AMORIM FREITAS, ALEXANDRE LUIZ BRITTO DE CARVALHO, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, RAFAEL DIAS DE ALMEIDA.....	367
868	ANESTESIA OPIOIDE-FREE PARA LOBECTOMIA PULMONAR SUPERIOR VLP: UM RELATO DE CASO. MAYANE GUEDES GONÇALVES, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, LUCAS SOUSA LIMA, MARIANA PIMENTA LEAO BANDEIRA DE MELO, SOLANGE COSTA NOVO CABRAL.....	368
870	ANESTESIA OPIOIDE FREE EM HEPATECTOMIA DE METÁSTASE COLÔNICA ALEX MENEGARDO MIRANDA, FABRÍCIO ROCHA GOMES, GABRIEL DE PAULA RESENDE, JYRSON GUILHERME KLAMT, WAYNICE NEIVA DE PAULA GARCIA.....	369
871	MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE PLAQUETOPENIA GRAVE SECUNDÁRIA À PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (PTI) EM GESTANTE: RELATO DE CASO LINCOLN LUIZ CORREA MOTA, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, LORENA HAYALLA MOREIRA, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA, RAÍSSA MENDONÇA PORTO FRANCO.....	370
872	ANESTESIA PARA PSICOCIRURGIA ABLATIVA FOCAL ESTEREOTÁXICA PARA TRATAMENTO DE AGRESSIVIDADE REFRAATÁRIA ADALBERTO CARMO DE MORAES JUNIOR, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, ISADORA JOTA MIRANDA, MARCELO BORGES FIGUEIRA DA MOTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA.....	371
873	ANESTESIA PARA DERRAME PERICÁRDICO - RELATO DE CASO LORENA LEITE CALUMBI, BRUNA DE PAULA SILVA, BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, MARCELO GRISOLIA GONÇALO, TALES DE SOUSA COUTINHO FERREIRA PIRES.....	372
874	FALHA COM RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE PICADA DE ESCORPIÃO: UM RELATO DE CASO AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, EDGARD ALBERNAZ XAVIER, MANUELA FREIRE CAETANO DE ALMEIDA, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS, NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS.....	373
875	ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM PLAQUETOPENIA E VIA AÉREA DIFÍCIL MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, BRUNNA CINTRA DE AZEVEDO, HELGA BEZERRA GOMES DA SILVA, LEONARDO QUEIROZ PARRA, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS.....	374
876	MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL COM FIBROSCOPIA FLEXÍVEL E SEDAÇÃO MODERADA EM PACIENTE PORTADOR DE ANQUILOSE DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, FABIÓLA ALENCAR GRANJEIRO, ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, NILSOMAR MACIEL RODRIGUES.....	375
877	MANEJO ANESTÉSICO DESAFIADOR DE PACIENTE COM RUPTURA DA PAREDE DO VENTRÍCULO ESQUERDO RAFAELA AMORIM FREITAS, ISABELLA ARBEX, LORENA DIAS GUIMARÃES, MARCO ANTONIO PINTO DE FIGUEIREDO, PAULO ALIPIO GERMANO FILHO.....	376
878	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA INTRAOPERATÓRIA DEVIDO A PNEUMOPERITÔNIO TENSIONAL DURANTE MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL MARÍLIA MOREIRA SALES, GABRIEL MAGALHÃES NUNES GUIMARÃES, LÉA MENEZES COUCEIRO BURLE, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, RAIANE SOARES DE OLIVEIRA.....	377

879	EMBOLIA POR DIÓXIDO DE CARBONO ASSOCIADO A CHOQUE HEMORRÁGICO EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO CASO CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, ALESSANDRO SILVESTRE, ENIS DONIZETTI SILVA, LUCAS RODRIGUES DE FARIAS, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES.....	378
880	SERIAL TRANSVERSE ENTEROPLASTY (STEP) EM CRIANÇA DE 9 MESES DE IDADE: MANEJO ANESTÉSICO RAFAELA GOES MACHADO, BRUNA SILVEIRA FERREIRA KLAUCK, RICARDO VIEIRA CARLOS, TIAGO TAVARES DE FREITAS, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO	379
881	ANESTESIAS SEQUENCIAIS EM PORTADOR DE NÉCROLISE EPIDÉRMICA TÓXICA (SÍNDROME DE LYELL) GABRIEL VASCONCELOS SANTOS, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, ROGÉRIO FRAGOSO DE O SARMENTO, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES	380
882	MANEJO ANESTÉSICO EM PORTADOR DE MIOCARDIOPATIA DILATADA COM ARRITMIA MALIGNA PERIOPERATÓRIA BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARIANA CUNHA SOARES DA ROCHA, MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, MATHEUS CUNDARI TEIXEIRA VALENTE, RAFAELA CORREIA DA SILVA.....	381
883	ANESTESIA EM PACIENTE COM ANEURISMA DE AORTA ROTO E FÍSTULA AORTOENTÉRICA. RELATO DE CASO MARUSA REGINA ROSA DIAS, ELOÁ MASCARENHAS SOFFRITTI, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, ROGÉRIO PESSANHA FÁDEL	382
884	O SUBDIAGNÓSTICO DA ANEMIA E A AUSÊNCIA DE TRATAMENTO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DIAGNÓSTICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO TRANSVERSAL MURILO OLIVEIRA SAMPAIO, CAIO RAPOSO LEAO, LIANA MARIA TORRES DE ARAÚJO AZI	383
885	REAÇÃO TRANSFUSIONAL ASSOCIADA À SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, DANIELA GOMES DE SOUZA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI.....	384
886	ANESTESIA PARA MEDIDA DA PRESSÃO INTRACRANIANA NÃO INVASIVA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SÍNDROME DE APERT: RELATO DE CASO ANDRE FERRO SCHWARZ, LUCIANO BRANDÃO MACHADO, MICHELE MADEIRA BRANDAO, TALES SHINJI SAWAKUCHI MINEI, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO	385
887	ULTRASSONOGRAFIA GÁSTRICA PERIOPERATÓRIA EM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE): RELATO DE CASO GABRIELA DO COUTO PEREIRA, CAROLINE BRITO NOVAES, LUIZ RENATO SANTOS CRUZ FONTEL DE OLIVEIRA...	386
888	INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICOS LOCAIS EM HOSPITAL REGIONAL DO DISTRITO FEDERAL EDGARD ALBERNAZ XAVIER, AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, LAURA DE LIMA CRIVELLARO, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS, NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS.....	387
889	BLOQUEIO DE NERVO FEMORAL COM CATETER CONTÍNUO EM PUÉRPERA COM SARCOMA SINOVIAL EM REGIÃO PROXIMAL DA COXA AMANDA GOMES BARROS, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA, RENATA CRISTINA ALVES DE FREITAS PAULA, ROBERTO ARAÚJO RUZI.....	388
890	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM JOVEM PORTADORA DE MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR SUBMETIDA À BIÓPSIA DIAGNÓSTICA VICTOR HENRIQUE BERNARDES, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, ELOÁ MASCARENHAS SOFFRITTI, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, ROGÉRIO PESSANHA FÁDEL.....	389
891	PARTO CIRÚRGICO EM PORTADORA DE SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO MATHEUS DE OLIVEIRA MACHADO, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, FERNANDO CÁSSIO DO PRADO SILVA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES	390
892	EMBOLIZAÇÃO ENDOVASCULAR DE NEOPLASIA RENAL EM PORTADOR DE ALTA SUSPEIÇÃO DE HIPERTERMIA MALIGNA: RELATO DE CASO MATHEUS DE OLIVEIRA MACHADO, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RODRIGO RODRIGUES ALVES	391
893	CONTROLE DE DOR PÓS-OPERATÓRIA COM PERIDURAL CONTINUA EM CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PECTUS EXCAVATUM: RELATO DE CASO ANDRE GUIMARÃES DE PAULA, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, ISADORA JOTA MIRANDA, MATHEUS LEAO TAVARES COSTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA	392

897	MANEJO ANESTESIOLÓGICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT: Relato de caso FRANCINE LEMOS FREITAS FONTOURA, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, FERNANDA ISaura ESTEVES FANTINI MADEIRA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA	393
898	ANESTESIA GERAL VENOSA TOTAL SEM BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR EM ADOLESCENTE PORTADORA DE Distrofia MIOTÔNICA TIPO I: RELATO DE CASO MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, CATIA SOUSA GOVÊIA, EDUARDO SIMIONI BLUMENTHAL DE MORAES, MARÍLIA MOREIRA SALES, PAULO SERGIO ZAPPALÁ ZERBINI BORGES.....	394
900	ANESTESIA PARA HERNIOPLASTIA INGUINAL EM PORTADOR DE SÍNDROME DE BARTTER: RELATO DE CASO FERNANDA BETELLE BRETAS ALVES, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, MARCELO BORGES FIGUEIRA DA MOTA, MATHEUS LEO TAVARES COSTA	395
901	SEDAÇÃO PARA COLONOSCOPIA NO CENTRO CIRÚRGICO EM PACIENTE IDOSO COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR: RELATO DE CASO MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, LEONARDO QUEIROZ PARRA, LUÍS CLÁUDIO DE ARAÚJO LADEIRA, RAIANE SOARES DE OLIVEIRA, SÂMEA VERÔNICA TARGINO DE ARAÚJO	396
903	RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM ESTENOSE MEDULAR PARA PROSTATECTOMIA ABERTA LUMA AMORIM CARLOS, FERNANDA CARVALHO MACIEL, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, GABRIELLE MAHEDA DE SOUZA LIRA, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA	397
904	BLOQUEIO INTERESCALÊNICO CONTÍNUO COM CLONIDINA VIA BOMBA ELASTOMÉRICA: RELATO DE CASO HENRIQUE PEREIRA CASTRO, HELGA BEZERRA GOMES DA SILVA, LUCIO CLÁUDIO DE SOUSA SANTOS, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA.....	398
905	ANESTESIA GERAL EM GESTANTE CARDIOPATA EM USO DE MARCAPASSO COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: RELATO DE CASO MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, HENRIQUE PEREIRA CASTRO, LUCIO CLÁUDIO DE SOUSA SANTOS, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, RAUL SILVA QUIRINO.....	399
906	TRATAMENTO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES NONAGENÁRIOS: EXISTE IDADE DE CORTE? FILIPPE GOMES TORRES, ALEXANDRE TERUYA, ALICE JIMENEZ KOYAMA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA.....	400
907	CONDUTA ANESTÉSICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND: RELATO DE CASO ALICE JIMENEZ KOYAMA, ALEXANDRE TERUYA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA, JORGE LUIZ ALTOE JUNIOR.....	401
908	CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO MÓVEL PARA OTIMIZAÇÃO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LUANA DIAS REIS, ANDRE AVELINO DE SOUZA, BRUNO GUSMÃO DE OLIVEIRA, DANIEL REGIS D'ALBUQUERQUE, LUIZ ALBERTO VICENTE TEIXEIRA	402
909	SEGURANÇA E EFICÁCIA DA CETAMINA ANTE O ETOMIDATO NA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES, ROBERTA BESSA VELOSO, RODRIGO BORGES CRUZ.....	403
910	TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DURAL (CPPD) EM PACIENTE MULTIALÉRGICA CARLA CAROLINE COELHO GUEDES DE SOUSA, BRUNO MENDES CARMONA, JOAQUIM PEDRO JUNIOR, KAROL CRISTINA FONSECA MOURA, SARAH GRACIELLY SENA SOUSA.....	404
911	DESAFIOS DA ANESTESIA EM PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, CARLOS ROBERTO VIEIRA RABELO, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES.....	405
912	ANESTESIA PARA DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH CARLA CAROLINE COELHO GUEDES DE SOUSA, BRUNO MENDES CARMONA, JOAQUIM PEDRO JUNIOR, KAROL CRISTINA FONSECA MOURA, MÍDIÁ BATISTA JUSTO PEREIRA.....	406
913	DERRAME PLEURAL DIAGNOSTICADO POR MEIO DE ULTRASSONOGRRAFIA TORÁCICA À BEIRA DO LEITO: RELATO DE CASO RAQUEL VALENTE PEREIRA, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA.....	407

914	ANESTESIA EM PACIENTE COM INSENSIBILIDADE CONGÊNITA À DOR E ANIDROSE: RELATO DE CASO GUSTAVO RIBEIRO FERES MORAES REGO, ESTHER ALESSANDRA ROCHA, MARIANA PIMENTEL LOPES, RACHEL PEREIRA FERREIRA, REBECA SILVA DE MELO.....	408
915	INFLUÊNCIA DA METADONA SOBRE O INTERVALO QT DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO PARA DOR CRÔNICA BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, CARLOS ROBERTO VIEIRA RABELO, LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES.....	409
916	ISQUEMIA DE MÃO APÓS PUNÇÃO DE ARTÉRIA RADIAL PARA MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA: RELATO DE CASO RAQUEL VALENTE PEREIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MATHEUS BRAGA GOMIDES DE SOUSA.....	410
917	BLOQUEIO DOS NERVOS SAFENO E CIÁTICO GUIADO POR ULTRASSOM EM PACIENTE ANTICOAGULADO E SÉPTICO PARA AMPUTAÇÃO DE ANTEPÉ DIREITO ISADORA JOTA MIRANDA, ADALBERTO CARMO DE MORAES JUNIOR, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, MATHEUS LEAO TAVARES COSTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA.....	411
918	ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA DILATADA SECUNDÁRIA A ACROMEGALIA MATHEUS ALVES COTRIM, JOANA INÊS PEREIRA RIBEIRO, JULIANA CORREA DE OLIVEIRA, LUCAS NEVES VAZ, MARCELO PASSOS.....	412
919	DEXMEDETOMIDINA EM CIRURGIAS DE RETALHO MICROCIRÚRGICO: RELATO DE UMA SÉRIE DE CASOS RENATA DE ABREU FABRINI CUNHA, ÉRICA CARLA LAGE DE OLIVEIRA, LUCIANA DE SOUZA COTA CARVALHO LAURENTYS, MATHEUS ALVES COTRIM, NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA.....	413
920	RELATO DE CASO: MANEJO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTE SUPEROBESA COM SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO SUBMETIDA A EXERESE DE LESÃO ABDOMINAL VOLUMOSA BRUNA BRASIL DAL PUPO, FRANCIELE DAIANE LOCATELLI, JULIA EMILIA NUNES PASA, PATRICIA WAJNBERG GAMERMANN.....	414
922	Mortalidade em pacientes com COVID-19 e sua correlação com dados laboratoriais, estratégias de ventilação e fatores associados: Estudo transversal VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, WALDEMAR NAVES DO AMARAL.....	415
923	CONHECIMENTO SOBRE DOR ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO VANIELA DE OLIVEIRA, HENRI LUIZ MORGAN, KAREN LETÍCIA CARVALHO DOS SANTOS.....	416
924	COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DA ANALGESIA IMEDIATA ENTRE O BLOQUEIO DO PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL E O BLOQUEIO DA FÁSCIA CLAVIPEITORAL PARA CIRURGIAS DE CLAVÍCULA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO GUSTAVO ALVES PROSDOCIMO, LETÍCIA BILIBIO LUNELLI, LUCAS DE SOUZA, MARCIA REGINA GHELLAR, MARCOS LAZARO LOUREIRO.....	417
925	ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE ONFALOCELE GIGANTE COM PNEUMOPERITÔNIO PRÉ-OPERATÓRIO PROGRESSIVO: RELATO DE CASO ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES, FABIANO SOARES CARNEIRO, RENAN FARIAS ROLIM VIANA, RODRIGO ALEIXO CHAVES.....	418
927	ANESTESIA PARA TUMOR GLÔMICO CAROTÍDEO JÚLIA PINTO GUEDES LAGDEN, JOSÉ EDUARDO SMILGEVICIUS SILVA, MARCELO GRISOLIA GONÇALO, THAÍSE DA SILVA LOBO, THAYS ABRAHÃO SOARES MARASSI.....	419
932	MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA EM PUÉRPERA PÓS-ARTRODESE: RELATO DE CASO LUIZA AZEVEDO SANTA BARBARA, MARIANA GOMES RAJÃO SANTIAGO, PEDRO LOBATO VILACA, RENATA DA CUNHA RIBEIRO, VANESSA GARCIA GOMES.....	420
934	TAP BLOCK SUBCOSTAL EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RETT: RELATO DE CASO JAISA LEITE ALMEIDA, ANA PAULA ROCHA CRONEMBERGER, EDUARDO DE CASTRO LOPES, MATHEUS BARROS DA CUNHA, WILSON VARÃO JÚNIOR.....	421
935	AVALIAÇÃO DO RISCO-BENEFÍCIO DA UTILIZAÇÃO DE METADONA INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA E NEONATAL BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, JOSÉ ANTÔNIO DIAS GARCIA, LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES.....	422

936	APLICAÇÃO DO BLOOD PATCH EM PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL	423
937	RELATO DE CASO: ARACNOIDITE ADESIVA, POSSIVELMENTE, APÓS ANESTESIA NEUROAXIAL EM GASTROPLASTIA GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RAPHAEL DE ALMEIDA CARVALHO	424
938	SÍNDROME DE ORTNER SECUNDÁRIA A ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO GABRIELLE FOPPA RABAIOLI, AMANDA GOMES FONSECA, ANA PAULA PEREIRA TORRES, GABRIELA LIMA CAVICHOLI, VICTOR GABRIEL VIEIRA GONCHO	425
940	DESPERTAR PROLONGADO APÓS ANESTESIA GERAL RELATO DE CASO LARYSSA LIRA PORTO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO, MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO	426
942	RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL EM PACIENTE IDOSA COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES PALOMA MIRELLA SANTOS FONSECA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES	427
943	TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTE COM COMPLICAÇÃO EM DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR MATHEUS RAMOS PROTÁSIO, ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, MARCUS VINICIUS FIGUEIREDO LOURENCO, THALES ABREU TEDOLDI	428
945	ABCESSO CUTÂNEO APÓS USO DE BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA: RELATO DE CASO WALERIA RIOS CARNEIRO, ANITA PERPÉTUA CARVALHO ROCHA, DISNEI FELIX BARBOSA MATOS	429
946	BRADICARDIA COM BIGEMINISMO VENTRICULAR ASSOCIADO AO USO DE OCITOCINA COM PIORA COM O USO DA ATROPINA: RELATO DE CASO NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS, AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, EDGARD ALBERNAZ XAVIER, MANUELA FREIRE CAETANO DE ALMEIDA, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS	430
947	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA COMO FERRAMENTA AUXILIAR PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO NO RAMO ESQUERDO DO FEIXE DE HIS: UMA SÉRIE DE CASOS LUCAS DE SOUZA, CHIARA SCAGLIONI TESSMER GATTO, MARCOS VINÍCIUS ANDRADE MORESCO, THIAGO VÍCOSO DOS SANTOS, VICTORIA DE BITTENCOURT ANTUNES	431
948	USO DE TAMPÃO SANGUÍNEO PERIDURAL EM FISTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MATHEUS BRAGA GOMIDES DE SOUSA	432
950	IMPACTO DA VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA EM ANESTESIA: EVIDÊNCIAS DE REDUÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS E MELHORIA DA PRÁTICA CLÍNICA ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE	433
951	PÓLIPOS FIBROVASCULARES DE ESÔFAGO: OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS LUCAS ALBERTO SABLEWSKI, CAMILA PEREIRA ZUCONI, MARCIA AMARAL, RENATO TAVARES BELLATO, VIVIANE FRANÇA MARTINS	434
952	ANESTESIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN: RELATO DE CASO AMANDA BITTENCOURT MARSIGLIA, AMANDA MARIA MENEZES MOURA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, KARLENO DE LIMA CANTANHEDE, LUCIDIA RODRIGUES DA COSTA	435
953	ANESTESIA GERAL EM CESÁREA PARA GESTANTE COM TETRALOGIA DE FALLOT NÃO CORRIGIDA ALISSON HOLSTEIN, BRUNA GOELZER, LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA, ROBERTA VERGARA DA SILVA	436
954	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR – Relato de caso ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, JULIANA CORREA DE OLIVEIRA, MARIA CLARA BELLAVINHA THOMAZI	437

955	COMPARAÇÃO ENTRE TEMPO DE INTERNAÇÃO EM IDOSOS COM FRATURA DE COLO DE FÊMUR ANTES E DEPOIS DE APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE CIRURGIA PRECOCE: ESTUDO CASO CONTROLE GUSTAVO ALVES PROSDOCIMO, CARLOS EDUARDO VELOSO DO AMARAL, JORGE HAMILTON SOARES GARCIA, LUCAS DE SOUZA, MARCOS LAZARO LOUREIRO	438
956	ABORDAGEM FARMACOLÓGICA PARA BRONCOSCOPIA RÍGIDA EM NEONATO PORTADOR DE ATRESIA DE ESÔFAGO E IMPERFURAÇÃO ANAL BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, JOÃO AUGUSTO LOPES AMORIM, JORGE CAMPELLO JÚNIOR, LORENA LEITE CALUMBI.....	439
957	MANEJO DA OBSTRUÇÃO À VENTILAÇÃO E HIPERCAPNIA EXTREMA EM ESOFAGECTOMIA VIDEOASSISTIDA MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, BRUNNA CINTRA DE AZEVEDO, EDUARDO DOS REIS PEIXOTO, HENRIQUE PEREIRA CASTRO, MARÍLIA MOREIRA SALES.....	440
962	VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO LARISSA CHAVES DE CARVALHO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, RENATO LUCAS PASSOS DE SOUZA, SERGIO MARIANO ZUAZO.....	441
963	MANEJO ANESTÉSICO DE RECÉM-NASCIDO COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ASSOCIADO À ATRESIA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO BRUNA SILVEIRA FERREIRA KLAUCK, HERICK NAKAYAMA NASCIMENTO, RAFAELA GOES MACHADO, TIAGO TAVARES DE FREITAS, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO	442
965	ANESTESIA AMBULATORIAL VERSUS CONVENCIONAL: UM CONFRONTO DE SEGURANÇA E EFICÁCIA ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO	443
966	IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE MARIA CLARA LUDGÉRIO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO	444
967	ANESTESIA PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DE COLUNA EM PACIENTE GESTANTE MOISES SOARES DA SILVA NETO, EDUARDO BRANDT NUNES, JESSICA YARA FERREIRA SILVA, JOÃO MAXIMIANO PIERIN DE BARROS, TIAGO TORMINATO MOREIRA.....	445
968	PARTO CESÁRIO SOB ANESTESIA GERAL EM PACIENTE CARDIOPATA COM ESTENOSE MITRAL GRAVE MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, CATIA SOUSA GOVÊIA, LEONARDO QUEIROZ PARRA, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, RAUL SILVA QUIRINO	446
971	MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO THAYS PIMENTA LEO MAGALDI BARROSO, BRUNO TAKETOMI RODRIGUES, LUCAS FERREIRA BARBOSA DE AGUIAR, MAYARA DA SILVA FERREIRA, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES	447
972	MANEJO ANESTÉSICO DE FEOCROMOCITOMA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO THAIS FREITAS DOS ANJOS, DÉBORA LIMBERGER NEDEL, EDUARDO FRANCISCO MAFASSIOLI CORRÊA, FRANCINE BOBSIN, LUIZA ROCHA KNOLL PALMA.....	448
973	A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO	449
974	A DOR PÉLVICA CRÔNICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: DESCRIÇÃO DO MANEJO ANESTÉSICO ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANIBAL COSTA FILHO, CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE	450
975	ANESTESIA NA CITORREDUÇÃO CIRÚRGICA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA TRANSOPERATÓRIA PARA TRATAMENTO DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL JOÃO LUCAS ROCHA GONÇALVES, CARLA VANESSA DA SILVA ALCÂNTARA LIMA, ISABELLA ROCHA GONÇALVES, KARINA DIAS RESENDE, NATALIA MEGUMI MORIKAWA	451
976	A IMPORTÂNCIA DE RELACIONAR NÁUSEAS E VÔMITOS COM O PÓS-OPERATÓRIO MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO	452

977	INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL GUIADA POR FIBROSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTE PEDIÁTRICO ANNA PAULA SILVA LUZ, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PEDRO COSTA PEREIRA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS.....	453
978	FÍSTULA CUTÂNEA APÓS PASSAGEM DE CATETER PERIDURAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA.... RELATO DE CASO GABRIEL CORDEIRO SCHIMIDT, ANTONIO FILIPE NETO, EWERTON ARYEL SALES SOBREIRA, HEITOR AZEDO RODRIGUES.....	454
979	IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA IDENTIFICAR E PREVENIR DELÍRIO E DISFUNÇÃO COGNITIVA PÓS OPERATÓRIA CATARINA DE SOUZA DIAS NOGUEIRA, ANA CLAUDIA ZON FILIPPI, MATHEUS DA SILVA ALVARENGA.....	455
980	MANEJO DE VIA AÉREA EM PACIENTE PUÉRPERA COM ANGINA DE LUDWIG BEATRIZ FERREIRA CORDEIRO, ANAGELI LORENZON PIMENTEL, MILLA DOMINGUES.....	456
981	MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INTRAOPERATÓRIA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO CARDÍACA SISTÓLICA IMPORTANTE SUBMETIDO À NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA TOTAL: RELATO DE CASO PABLINE VANIN CLAUDINO, FERNANDO CÁSSIO DO PRADO SILVA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA, RODRIGO RODRIGUES ALVES.....	457
982	GESTANTE PORTADORA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: POCUS DA BAINHA DO NERVO ÓPTICO COMO DEFINIDOR DE CONDUTA ANESTÉSICA BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE, CARLOS OTHON BASTOS, GUILHERME RUFINO DA SILVA, MAURICIO MARSAIOLI SERAFIM, WILSON GONÇALVES SOMBRA.....	458
984	PARAPLEGIA APÓS RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM TUMOR METASTÁTICO NA COLUNA NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA, IGOR MIGLIO DE CASTRO, LÍVIA CRISTINA NUNES SILVA, LUCIANA DE SOUZA COTA CARVALHO LAURENTYS, RENATA DE ABREU FABRINI CUNHA.....	459
985	BLOQUEIO DE PLANO ERETOR DA ESPINHA COMO ALTERNATIVA PARA CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, ALISSON HOLSTEIN, NÁDIA MUNHOZ PONCE, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA.....	460
987	SANGRAMENTO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO EM PACIENTE USUÁRIO CRÔNICO DE GINKGO BILOBA BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE, CARLOS OTHON BASTOS, GUILHERME RUFINO DA SILVA, LUIZ FERNANDO CARLIN MUTTERLE, WILSON GONÇALVES SOMBRA.....	461
988	ANESTESIA EM PACIENTE GESTANTE COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: RELATO DE CASO JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, ELIZABETH FERREIRA FREIRE, RANIERE NOBRE FONSECA, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO.....	462
992	RECUPERAÇÃO PROLONGADA APÓS RAQUIANESTESIA: RELATO DE CASO PEDRO ABNER LIMA RIBEIRO, MILENA GARBIN RUIZ.....	463
993	ANESTESIA PARA TAMPONAMENTO CARDÍACO APÓS USO DE TROMBOLÍTICO TALES DE SOUSA COUTINHO FERREIRA PIRES, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, HELEN COSTA PEREIRA, JOÃO AUGUSTO LOPES AMORIM, MARCELO GRISOLIA GONÇALO.....	464
998	BLOQUEIO DO PLANO SERRÁTIL ANTERIOR PARA MASTECTOMIA RADICAL MARIANA FREITAS DA SILVA, ROSANGELA DO SOCORRO CANTUARIA DA SILVA FERREIRA, VITORIA SILVA RODRIGUES.....	465
999	HEMIPLECTOMIA E MODIFICAÇÕES HEMODINÂMICAS: RELATO DE CASO MARIANA FREITAS DA SILVA, ROSANGELA DO SOCORRO CANTUARIA DA SILVA FERREIRA, VITORIA SILVA RODRIGUES.....	466
1000	BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL SOB EMBEBIÇÃO EM CAMPO ABERTO GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA, GUILHERME DE HOLANDA COTA, NATALIA TOZZI MARQUES, NATHALIA VIEIRA MULLER LOPES, WESCLEY PERALTA COCA.....	467
1001	CHOQUE ANAFILÁTICO POR SUGAMADEX EM PUÉRPERA MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, IRIMAR DE PAULA POSSO, JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO.....	468
1002	CASO SUSPEITO DE PSEUDOCOLINESTERASE ATÍPICA EM PACIENTE PUÉRPERA SUBMETIDA A COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) PABLINE VANIN CLAUDINO, IGOR DE FREITAS AZEVEDO ATAYDE, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, NUBIA RODRIGUES BATISTA.....	469

1003	ANESTESIA MULTIMODAL EM FEOCROMOCITOMA CLAUDIO PRATES DE ALMEIDA E OLIVEIRA, MATHEUS FACHINI VANE	470
1007	REVERSÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR EM PACIENTE COM DOENÇA DE FABRY: RELATO DE CASO CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, IGOR RIBEIRO DUARTE, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES	471
1008	MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE SANGRAMENTO AGUDO COLÔNICO EM PACIENTE COM GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE CASO CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, MÁRCIO MATSUMOTO, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES, RAFAEL CAVALCANTI DUARTE GALVAO, RICARDO AURELIO BAPTISTA ARAUJO	472
1009	ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL SOB INDUÇÃO ANETÉTICA EM PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LÍNGUA E LIPOMA EM REGIÃO CERVICAL MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, DONN THELL FREWYD SAWNTZY JUNIOR, IVANDETE COELHO PEREIRA PIMENTEL	473

410 BRADICARDIA E LARINGOESPASMO DURANTE COLONOSCOPIA: RELATO DE CASO

TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, ANTONIO MAURO VIEIRA, CÁSSIO DE OLIVEIRA RIBEIRO, ESTER TELLES RANGEL, TARIK DE FARIA RIBEIRO ABDUNY RAHAL

CET POUSO ALEGRE MG, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL

Introdução: As colonoscopias são, geralmente, realizadas sob sedação, para conforto do paciente e redução das respostas hemodinâmicas, além de proporcionar ao endoscopista melhores condições para realização do exame. O objetivo é relatar um episódio de bradicardia e laringoespasm durante sedação para colonoscopia. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, 70 kg, ASA II, hipertensa e diabética. Foi realizada venopunção com jelco 20, no membro superior esquerdo e, a seguir, monitorizada por meio de oximetria de pulso, cardiocopia e pressão arterial não invasiva. Administrou-se propofol na dose de 80 mg associado a 100 mcg de citrato de fentanila. Durante o procedimento, colocaram-se, numa seringa de 60 mL, 400 mg de propofol associado a 100 mg de cloridrato de dextrocetamina, em bomba de infusão, num fluxo de 25 mcg.kg⁻¹.min⁻¹. Após dez minutos do início do procedimento, a paciente apresentou bradicardia de 28 bpm, sendo corrigida com 0,5 mg de sulfato de atropina. Decorridos 90 minutos da colonoscopia, apresentou laringoespasm, com queda rápida da SpO₂. Para reversão do quadro, o exame foi suspenso e efetuada ventilação com O₂ a 100%, sob pressão positiva. **Discussão:** O tempo necessário para a realização deste procedimento é, em média, de 30 a 40 minutos, contudo, no presente caso, o exame foi interrompido aos 90 minutos. A frequência cardíaca está constantemente submetida a flutuações do tônus autonômico, determinada pela ativação ou inibição simpática e parassimpática. O laringoespasm caracteriza-se pelo estreitamento das distâncias entre as regiões ariepiglótica e vestibular, levando ao encurtamento do espaço entre as cordas vocais por contrações dos músculos faríngeos. Os procedimentos de dilatação anal em adultos podem provocar laringoespasm reflexo. Entre os anestésicos venosos utilizados, a cetamina é frequentemente citada como uma das causas, explicada pelo aumento na salivação que o fármaco provoca, acarretando obstrução ventilatória, podendo evoluir para laringoespasm, sendo que, no presente relato, não ocorreu acréscimo de salivação. Todo anestesiolegista deve diagnosticar e tratar rapidamente reflexos parassimpáticos, evitando complicações graves e risco de morte.

Palavras-chave: Bradicardia, colonoscopia, laringismo.

REFERÊNCIAS

1. Chen Z, Purdon P, Harrell G, et al. Dynamic assessment of baroreflex control of heart rate during induction of propofol anesthesia using a point process method. *Ann Biomed Eng.* 2011;39(1):260-76. <http://dx.doi.org/10.1007/s10439-010-0179-z>. PMID:20945159.
2. Ahmad I, Sellers WFS. Prevention and management of laryngospasm. *Anaesthesia.* 2004;59(9):920. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03914.x>. PMID:15310364.

411 HIPOXEMIA GRAVE EM PACIENTE SUBMETIDO À BIÓPSIA DE MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR

ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS

HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE DOUTOR DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: Abordagens cirúrgicas de tumores em mediastino estão relacionadas com alta taxa de morbimortalidade principalmente pela sua localização anatômica. Pode ocorrer descompensação cardiorrespiratória súbita pela compressão em grandes vasos e sobre as vias aéreas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 36 anos, 67 kg, 1,80 m, estado físico I da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas, com capacidade funcional superior a quatro equivalentes metabólicos, sem cirurgias prévias, foi submetido a toracotomia exploradora para biópsia de tumor de mediastino anterior. Foi realizada pré-oxigenação e indução venosa com fentanil 400 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 170 mg, e cisatracúrio 10 mg. Posteriormente, o paciente foi ventilado com pressão positiva e intubado em primeira tentativa sob laringoscopia direta (Cormack I) com um tubo simples número 8.0. Possuía murmúrios vesiculares bilaterais sem ruídos adventícios após intubação. A anestesia foi mantida com sevoflurano 2% e fração inspirada de oxigênio de 60%. Estava monitorizado com pressão arterial não invasiva, cardioscopia, oximetria de pulso e capnografia. Após o início da cirurgia e manipulação tumoral, o paciente apresentou queda abrupta da saturação de 98% para 60%. Foi realizado aumento da fração inspirada de oxigênio para 100%, recrutamento alveolar e troca do tubo endotraqueal. Mesmo com essas medidas, o paciente permaneceu com saturação abaixo de 90%. A saturação do paciente somente retornou a valores aceitáveis entre 95% a 100% após o cirurgião realizar uma mobilização da primeira costela do paciente, diminuindo a compressão extrínseca que a manipulação do tumor provocava. Após a cirurgia, o paciente foi extubado em posição semissentada, com esforço respiratório, saturando 85-90% com máscara de nebulização contínua de oxigênio a 4L/min. Na Unidade de Terapia Intensiva foi admitido com saturação de 95% com nebulização contínua de oxigênio a 4L/min. No dia seguinte, evoluiu sem necessidade de oxigenoterapia, eupneico, com melhora do estado geral, saturando 95% em ar ambiente. **Discussão:** Lesões similares como a descrita neste caso podem gerar um importante efeito de massa com repercussões circulatórias e ventilatórias. Isso pode gerar hipoxemia grave, mesmo com uma via aérea segura. Tais quadros são um desafio para o anestesiologista, sendo crucial o monitoramento hemodinâmico e respiratório adequado do paciente.

Palavras-chave: Doenças do mediastino, cirurgia torácica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Hartigan PM, Karamnov S, Gill RR, et al. Mediastinal masses, anesthetic interventions, and airway compression in adults: a prospective observational study. *Anesthesiology*. 2022;136(1):104-14. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004011>. PMID:34724550.
2. Stubblefield J, Moon T, Griffin J. A large anterior mediastinal mass. *Anesthesiology*. 2018;128:637. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000001931>.

412 VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE COM EDEMA DE REINKE

ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS

HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE DOUTOR DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: Os pacientes que possuem Edema de Reinke costumam ser tabagistas, fazer uso intenso da voz ou possuírem refluxo gastroesofágico. Por mais que seja uma patologia benigna, o edema pode causar bloqueio da via aérea e gerar grande dificuldade para intubação orotraqueal. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, 104 kg, 1,61 m, tabagista, com obesidade grau III, hipertensão, hipotireoidismo e dislipidemia que foi submetida a histerectomia total ampliada em oncologia devido a sarcoma uterino. A paciente possuía uma fibronasofaringolaringoscopia realizada 40 dias antes do ato cirúrgico com Edema de Reinke importante nas pregas vocais bilateralmente com redução da coluna aérea da glote e sinais de laringite posterior sugestivo de refluxo laringofaríngeo. Foi realizada pré-oxigenação por 5 minutos e ventilação por 3 minutos e então realizada indução com sufentanil 50 mcg, lidocaína 40 mg, etomidato 20 mg e cisatracúrio 10 mg. Posteriormente foi administrado sulfato de magnésio 4 g, dexametasona 10 mg, transamin 1 g e o sevoflurano mantido a 2%. A paciente estava monitorizada com cardioscopia, capnografia, oximetria, pressão arterial não invasiva, índice bispectral e pressão arterial minimamente invasiva em artéria radial. Optou-se por realizar intubação orotraqueal com videolaringoscópio devido a preditor de via aérea difícil. Intubada com discreta dificuldade devido ao estreitamento da glote, com tubo 6,5 mm com cuff. Após a indução anestésica, a paciente foi posicionada em cefalodeclive para melhor visualização das estruturas anatômicas pelo cirurgião, sendo os parâmetros ventilatórios mantidos com volume corrente de 450 mL, frequência respiratória de 18 rpm, pressão de pico de 28 cmH₂O, fração inspirada de oxigênio de 60% e PEEP de 5 cmH₂O. Foi realizada descurarização e extubada quando bem acordada sem intercorrências. **Discussão:** É importante durante a avaliação anestésica se atentar ao Edema de Reinke pois ele pode causar intensa obstrução da via aérea. Além disso, no caso acima, a paciente cursou também com dificuldade em sua ventilação mecânica devido à posição em cefalodeclive e ao alto IMC.

Palavras-chave: Manuseio das vias aéreas, Edema de Reinke.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Sreedharan R, Chhabada S, Khanna S. Reinke's Edema: implications for airway management. *Anesthesiology*. 2018;129(4):810. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002259>. PMID:29762179.
2. Swain SK, Sahu MC. Management of laryngeal Airway in Reinke's Edema: a anesthetic overview. *Otorhinolaryngol Clin*. 2017;9(1):35-7. <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10003-1259>.

413 LARINGOESPASMO EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

DANIEL CALIMAN DE SOUZA, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA, LUCAS MARTINELLI DA SILVA, PABLO BRAGA GUSMAN

HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA, ES, BRASIL

Introdução: O laringoespasma é o reflexo exacerbado de fechamento das cordas vocais acompanhado pela descida da epiglote sobre o orifício laríngeo, podendo ocorrer na indução, manutenção ou despertar da anestesia. Na criança, o evento se apresenta em cerca de 1,7 a 25% das anestésias. **Relato de caso:** Paciente feminina, 4 anos, 36 kg, proposta de adenoamigdalectomia. Avaliação pré-anestésica identificava ausência de comorbidades ou uso de medicamentos, classificação de Mallampati I. Proposta de anestesia geral balanceada. Monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, capnografia e analisador de gases. Venóclise em membro superior esquerdo com abocath 22G após indução inalatória com sevoflurano, sob máscara facial. Indução complementada com Propofol, Fentanil e Atracúrio. Intubação orotraqueal com tubo número 4,0 com cuff, sem intercorrências. Mantida em ventilação mecânica controlada durante o procedimento. Manutenção da anestesia realizada com sevoflurano. Após término da cirurgia, realizada aspiração das vias aéreas e procedida extubação da paciente sem intercorrências. Cerca de 20 segundos após, paciente apresentou quadro de estridor e dessaturação à oximetria de pulso, sendo aventada hipótese de laringoespasma. Como tratamento, iniciada ventilação não invasiva com pressão positiva sob máscara facial com oxigênio a 100%, chamado por ajuda e administrado Propofol IV. Quadro clínico revertido com tratamento instituído, com melhora da hipoxemia e retorno à ventilação espontânea. Após observação, paciente encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica, sem novas intercorrências. **Discussão:** Os procedimentos cirúrgicos realizados sob anestesia geral necessitam de manejo da via aérea. É necessário estar atento às possíveis complicações associadas a pacientes pediátricos, saber manusear equipamentos para controle da via aérea e conhecer os protocolos institucionais. Saber identificar precocemente o laringoespasma e instituir com agilidade seu tratamento é importante para o anestesiológico que lida com a população pediátrica para evitar desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Anestesia geral, laringoespasma.

REFERÊNCIAS

1. Gavel G, Walker RWM. Laryngospasm in anaesthesia. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2014;14(2):47-51. <http://dx.doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt031>.
2. Black SA, Maxwell LG. General anesthesia in neonates and children: agents and techniques. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2022 Nov 15]. Disponível em: www.uptodate.com/contents/general-anesthesia-in-neonates-and-children-agents-and-techniques

414 PUNÇÃO SUBDURAL INADVERTIDA EM ANESTESIA PERIDURAL: RELATO DE CASO

DANIEL CALIMAN DE SOUZA, BRUNO CAMPOSTRINI SILY, CÉLIO MIRANDA DOS SANTOS, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA

HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA, ES, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural é uma técnica bem difundida, reconhecida por sua segurança e benefícios. A punção inadvertida do espaço subdural é rara, por apresentar-se como um espaço virtual. Apesar de sua baixa incidência, é importante saber fazer o diagnóstico e manejo clínico desta complicação.

Relato de caso: Paciente feminina, 51 anos, 74 kg, admitida para Varicectomia em membros inferiores. Classificada como ASA P2, portadora de hipertensão arterial sistêmica, hipertireoidismo e depressão, em uso contínuo de propranolol, tapazol, trazodona, amitriptilina e clonazepam. História de artrodese de coluna lombar e cirurgia bariátrica. Monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva. Venóclise em membro superior esquerdo com Abocath 20G. Sedação com Midazolam. Procedida anestesia peridural com agulha 16G de Tuohy, mediana, nível de L2-L3, com paciente sentada, punção única, teste de Dogliotti positivo, aspiração negativa para liquor ou sangue. Realizada dose teste com Lidocaína 2% com epinefrina, sem alterações hemodinâmicas. Feita infusão de 20 mL de Lidocaína 2% e 100 mcg de Fentanil, sem intercorrências. Após 15 minutos, bloqueio testado em nível de T6, apesar de instalação não uniforme, e estabilidade hemodinâmica. Após 40 minutos, paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e bradicardia súbita e progressiva. Evolução para parada cardiorrespiratória, com pronto início de manobras de ressuscitação, com administração de Adrenalina IV. Retorno ao ritmo sinusal, com pulso, após um ciclo de reanimação. Optou-se pela garantia da via aérea com intubação orotraqueal e manutenção em ventilação mecânica. Paciente extubada com melhora do nível de consciência e em ventilação espontânea, mantendo oximetria de pulso satisfatória e estabilidade hemodinâmica, com queixa de leve hipoestesia em membros superiores. Encaminhada à UTI, sem novas intercorrências até a alta hospitalar. **Discussão:** Bloqueio subdural é uma complicação rara, estimada em 0,1 a 0,8% na literatura. O caso em questão teve a presença de dois critérios maiores e dois menores para considerar a hipótese diagnóstica (teste de aspiração para liquor negativo, bloqueio sensorial extenso após injeção, bloqueio simpático desproporcional e início tardio do bloqueio). O tratamento para o evento é de suporte ventilatório e hemodinâmico, com monitorização contínua. É necessário o reconhecimento desta possibilidade pelo anestesiológico para o adequado manejo.

Palavras-chave: Anestesia epidural, complicações intraoperatórias, espaço subdural.

REFERÊNCIAS

1. Machado EG, Marcos MFB, Chaves LFM. Anestesia subdural acidental após punção peridural: relato de caso. Rev Med (São Paulo). 2018;97(4):438-41. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i4p438-441>.
2. Agarwal D, Mohta M, Tyagi A, Sethi AK. Subdural block and the anaesthetist. Anaesth Intensive Care. 2010;38(1):20-6. <http://dx.doi.org/10.1177/0310057X1003800105>. PMID:20191772.

415 CIRURGIA TORÁCICA VÍDEO ASSISTIDA SEM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL MANTIDA EM VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, MARCELO SAMPAIO DURAN, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PRISCILLA DE SOUZA LUZ, RICARDO MARTINS PEREIRA CAPURRO DA SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Nos últimos anos, técnicas cirúrgicas torácicas visam diminuir a morbimortalidade pós-operatória e tempo de internação. Tipicamente, o manejo anestésico envolvia anestesia geral com intubação orotraqueal (IOT). Novas técnicas anestésicas como a cirurgia torácica vídeo assistida sem intubação (NIVATS), bloqueios regionais, associados ou não a sedação venosa, podem evitar os riscos da ventilação mecânica (VM), principalmente em pacientes com função cardiorrespiratória comprometida. **Relato do caso:** Masculino, 73 anos, 92 kg, ASA III, em pós-operatório de lobectomia pulmonar robótica, hipertenso, diabético, asmático, dislipidêmico e ex-tabagista. Evoluiu, duas semanas após o procedimento, com consolidação pulmonar extensa, abscesso e derrame pleural, em suporte de oxigênio em cateter nasal a 4 L/min em leito de terapia intensiva. Indicada pleuroscopia para decorticação e drenagem torácica e, devido à provável dificuldade de desmame de prótese ventilatória, optou-se por realização de sedação venosa associada ao bloqueio regional em ventilação espontânea. Monitorizado com cardioscópio, pressão arterial não invasiva, oxímetro de pulso e capnógrafo e mantido em suporte de O₂ 4L/min. Foi realizada sedação venosa com Cetamina 65 mg e Dexmedetomidina 90 mcg IV no início do procedimento e manutenção com dexmedetomidina em BIC 0,6 mcg/kg/h. Realizada infiltração em terceiro espaço intercostal direito em linha axilar média, com 30 mL de Ropivacaína 0,5% (150 mg) e Lidocaína 1% (300 mg); Dexametasona 10 mg e Ondansetrona 8 mg IV e Dipirona 3 g IV para analgesia pós-operatória. O procedimento teve duração de uma hora e 50 minutos, sem intercorrências, despertou sem dificuldades e não apresentou dor, náuseas ou vômitos no pós-operatório. **Discussão:** Complicações pulmonares pós-operatórias (CPPs), incluindo pneumonias, atelectasias e SARA correspondem a 37,5% das complicações em pós-operatório da cirurgia torácica. Anestesia geral pode contribuir com o desenvolvimento de CPPs com IOT, VM e uso de bloqueador neuromuscular. No caso, consideradas idade, comorbidades e a necessidade de oxigênio suplementar, optou-se por um procedimento cirúrgico uniportal minimamente invasivo com bloqueio regional e sedação venosa. Dessa forma, a ventilação espontânea pôde ser mantida e o planejamento anestésico foi bem sucedido, de forma que não foi necessária a realização de IOT. O paciente manteve-se sedado, sem depressão da ventilação espontânea e despertou rapidamente e sem dor em pós-operatório.

Palavras-chave: Sedação, NIVATS, anestesia torácica.

REFERÊNCIAS

1. Deng S, Cen Y, Jiang L, Lan L. Efeitos da cirurgia torácica assistida por vídeo não intubada em pacientes com disfunção pulmonar. *Frente. Cirurg.* 8:792709. <http://dx.doi.org/10.3389/fsurg.2021.792709>.
2. Gelzinis T. The anesthetic management of patients undergoing nonintubated video-assisted thoracic surgery. *Curr Anesthesiol Rep.* 2021;11(4):437-45. <http://dx.doi.org/10.1007/s40140-021-00469-y>. PMID:34305464.

416 FALHA NA EXTUBAÇÃO DE CRIANÇA SUBMETIDA À BIÓPSIA DE MASSA MEDIASTINAL

ANDRÉ ARANDA SELVERIO, JULIANA LOIARA ROXINOL, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS

HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE DOUTOR DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: Tumores em região mediastinal têm grande chance de causarem complicações anestésicas devido à proximidade com estruturas nobres. O colapso cardiovascular pode ser iminente e o manuseio desses pacientes gera inúmeros desafios. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, um ano e quatro meses, com nove quilos, e que foi submetida à biópsia de massa cervical. Possuía hipotireoidismo congênito, com capacidade funcional superior a quatro equivalentes metabólicos, sem cirurgias prévias. A tomografia prévia revelava volumosa formação expansiva no espaço pré-vertebral com maior componente à esquerda medindo cerca de 4,4 × 3,9 × 5,8 cm determinando efeito expansivo local deslocando anterior e contralateralmente estruturas cervicais. Foi realizada pré-oxigenação e indução venosa com fentanil 30 mcg, propofol 50 mg e succinilcolina 10 mg. Posteriormente, a paciente foi ventilada com pressão positiva e intubada em primeira tentativa sob laringoscopia direta (Cormack IIb) com um tubo simples número 3.0 com cuff. A progressão do tubo após ultrapassar a fenda glótica foi feita com intensa dificuldade pois a paciente possuía desvio da traqueia para a direita. Possuía murmúrios vesiculares bilaterais sem ruídos adventícios após a intubação. A anestesia foi mantida com sevoflurano 2,5% e fração inspirada de oxigênio de 60%. Estava monitorizada com pressão arterial não invasiva, cardioscopia, oximetria de pulso e capnografia. A massa tumoral invadia o esôfago, infiltrando sua parede muscular e o nervo laríngeo recorrente, sendo necessária ressecção parcial do esôfago. Após a cirurgia, a paciente foi encaminhada para a UTI pediátrica em IOT e sob ventilação mecânica. Posteriormente, na UTI, foi realizada tentativa de extubação sem sucesso, com a paciente evoluindo com enfisema subcutâneo cervical. Nos dias seguintes, a paciente necessitou de toracostomia com drenagem pleural à direita e traqueostomia. O relatório anatomopatológico revelou ser compatível com rhabdomyosarcoma alveolar. **Discussão:** O diálogo entre as equipes em casos como o apresentado deve ser constante. Massas mediastinais possuem íntima relação com estruturas vitais e sua manipulação pode gerar alto risco perioperatório. O manejo desses pacientes deve ser cuidadoso e a preocupação com a patência da via aérea é constante.

Palavras-chave: Doenças do mediastino, anestesia pediátrica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Adler AC, Schwartz AJ, Nathan AT. Compressive mediastinal mass and large pericardial effusion in a child. *Anesthesiology*. 2015;123(4):928. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000000645>.
2. Berth U, Lichtor JL, Hemmings HC. Anterior mediastinal mass. *Anesthesiology*. 2010; 112:447. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181c15116>.

417 ANESTESIA PARA CESÁREA EM PACIENTE COM AGENESIA SACRAL

LUCIANE BICCA MESPAQUE, ANA PAULA DA SILVA URIARTE, ANDREA FOGAÇA SOUBHIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JR - EBSEH/FURG, RIO GRANDE, RS, BRASIL

Introdução: A anestesia neuroaxial é a técnica mais comumente utilizada em obstetrícia, porém em pacientes com má formação no neuroeixo ela pode ser difícil ou até contraindicada. **Relato de caso:** Paciente feminina, 26 anos, IG 35+5, em trabalho de parto devido à ruptura de bolsa amniótica com indicação de via cirúrgica de parto. HP: bexiga neurogênica secundária à agenesia sacral; cirurgias prévias: correção de má formação anorretal e Sling Aponeurótico Retropúbico Suburetral + Mitrofranoff. Não apresentava alterações de mobilidade ou trofia de membros inferiores; em tomografia, apresentava ausência da formação da coluna a partir do hiato sacral, sem alterações em nível de coluna lombar. Na sala cirúrgica, foi realizada monitorização com cardioscópio, frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva e saturação de oxigênio, com medidas dentro dos limites da normalidade; acesso venoso periférico com cateter 18 G. Realizada raquianestesia, técnica asséptica, anestesia local com lidocaína a 2% em L3-L4, punção com do espaço subaracnóideo com Agulha 27 G Whitacre via mediana. Após gotejamento de LCR, foram administrados 11,5 mg de Bupivacaína hiperbárica + 100 mcg de Morfina + 25 mcg de Fentanil. Realizado teste do bloqueio até atingir nível de T6 antes da liberação para incisão cirúrgica, com adequado bloqueio motor, térmico e tátil. Durante o procedimento cirúrgico, paciente apresentou episódio único de bradicardia sintomática (tontura, zumbidos e mal estar), corrigida com atropina, sem demais intercorrências. Encaminhada à SRPA, onde permaneceu até completa regressão do bloqueio motor e parcial do bloqueio sensitivo. Cerca de oito horas após o início da cirurgia, já em leito de enfermaria, apresentava regressão completa do bloqueio, sem quaisquer queixas relacionadas ao procedimento anestésico. **Discussão:** Realização de anestesia neuroaxial em pacientes portadoras de patologias neurológicas não é comum, mas, visando ao bem-estar do binômio mãe-feto, a experiência de presenciar nascimento e após revisão da literatura – escassa – e análise dos exames de imagem, se optou pela raquianestesia. O procedimento cirúrgico e a recuperação anestésica transcorreram sem intercorrências. Torna-se importante a discussão e divulgação da técnica devido à raridade do caso e às poucas REFERÊNCIAS bibliográficas encontradas.

Palavras-chave: Raquianestesia, agenesia sacral, obstetrícia.

REFERÊNCIAS

1. van der Heijden MWJ, Smits H, Willekes C, Marcus-Soekarman D, Wilmink JT, Marcus MAE. Spinal anesthesia for a parturient with the triad of Currarino. *Int J Obstet Anesth.* 2009;18(2):173-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2008.11.006>. PMID:19195875.
2. McKenzie AG, Burns R, Cowan S. Combined spinal-epidural technique for caesarean delivery of a parturient with Currarino triad. *Int J Obstet Anesth.* 2016;25:93-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.08.008>. PMID:26411551.

419 INTUBAÇÃO ACORDADO EM PACIENTE COM LESÃO GRANULOMATOSA LARÍNGEA

ANDRÉ ARANDA SELVERIO, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS

HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE DOUTOR DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: Existem inúmeras formas de se abordar uma via aérea difícil. A decisão final depende do anestesiológico e de sua experiência com as diversas técnicas e ferramentas existentes. Ao manter a ventilação espontânea do paciente, é possível dar maior segurança e evitar desfechos negativos. Dentre os preditores de intubação traqueal difícil, encontram-se alterações anatômicas, como a relatada no seguinte caso. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 50 anos, 84 quilos, hipertensa, estado físico II da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas, com capacidade funcional superior a quatro equivalentes metabólicos, foi submetida a traqueostomia e biópsia local, pois apresentava dispneia e estridor devido à grande lesão granulomatosa laríngea. Broncoscopia flexível prévia revelava edema em toda laringe, acometendo desde a epiglote até aritenóides, com pregas vocais verdadeiras e pregas vestibulares com lesões superficiais de aspecto nodular. Ressonância magnética do pescoço indicava espessamento da mucosa de revestimento da faringe supraglótica, até o nível das pregas vestibulares bilaterais, e redução da coluna aérea. Optou-se por intubação acordada com videolaringoscópio. A paciente foi colocada em posição de rampa, pré-oxigenada por cinco minutos e foram infundidos via endovenosa fentanil 50 mcg, lidocaína 40 mg e droperidol 2,5 mg. Posteriormente, foi iniciada videolaringoscopia com a paciente acordada associada à lenta infusão de alíquotas de propofol mantendo sedação leve até um total de 50 mg de propofol. Após visualização da lesão que recobria a epiglote, foi necessária manipulação externa do pescoço para introduzir com intensa dificuldade um tubo simples número 6 com guia através da fenda glótica. Paralelamente, foram infundidos propofol 100 mg, alfentanil 1,5 mg e succinilcolina 80 mg. A anestesia foi mantida com sevoflurano 2%. Após a traqueostomia e a biópsia serem realizadas, o tubo foi retirado e a paciente despertou sem intercorrências. **Discussão:** A *American Society of Anesthesiologists* já indica realizar a intubação acordada em pacientes com via aérea difícil. Isso garante manutenção da ventilação espontânea do paciente e drástica diminuição nos riscos envolvidos na abordagem dessa via aérea. Objetiva-se uma sedação consciente, com analgesia adequada e ansiólise. É uma abordagem em que todo anestesiológico deve estar capacitado e oferece alto nível de segurança para o paciente.

Palavras-chave: Via aérea difícil, intubação acordado.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID:34762729.

420 APLICAÇÕES DO DOPPLER TRANSCRANIANO BEIRA-LEITO PELO ANESTESIOLOGISTA: SÉRIE DE CASOS

ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, LUIZ FERNANDO AMANCIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CET DO IPSEMG - HOSPITAL SEDE: HOSP. GOV. ISRAEL PINHEIRO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Desenvolver métodos inovadores e acessíveis para diagnosticar e manejar situações críticas no período intraoperatório é essencial. Nessa série de casos, são apresentadas três situações clínicas em que o uso do Doppler Transcraniano (DTC) beira-leito pelo anestesiolegista teve papel eminente e decisivo, afetando diretamente a conduta adotada no sentido de preservar o paciente ou fornecer informações altamente relevantes ao contexto clínico. **Relato dos casos:** Caso 1: Perfusão cerebral seletiva durante intervenção cirúrgica de uma dissecação aórtica. Paciente submetida a reparo de dissecação aguda de aorta do tipo Stanford A, DeBakey I. Foi empregada CEC em hipotermia moderada e parada circulatória total, estabelecendo-se perfusão cerebral seletiva manejada por meio da medida de fluxo sanguíneo na artéria cerebral média (ACM) ao Doppler Transcraniano. A taxa inicialmente estabelecida foi de 10 mL/kg/min, que, no entanto, mostrou-se inadequada uma vez que resultou em fluxo sanguíneo indetectável. Para corrigir a abordagem, a taxa de fluxo foi aumentada para 15 mL/kg/min, resultando em perfusão satisfatória. Caso 2: Avaliação da autorregulação cerebral (AC) com DTC usando a razão de resposta hiperêmica transitória (RRHT). Paciente previamente hipertensa, submetida a tireoidectomia eletiva sob anestesia geral e hipotensão permissiva controlada. Foi empregada avaliação da autorregulação cerebral para manter um estado hipotenso com segurança, por meio da execução do teste de resposta hiperêmica transitória (TRHT), produzindo índices de autorregulação acima de 1,10, significando AC preservada durante a cirurgia (1). Caso 3: Análise da velocidade do fluxo sanguíneo na artéria cerebral média auxiliando bloqueio esfenopalatino. Paciente submetida a miomectomia sob raquianestesia, apresentando cefaleia pós-punção dural tratada com bloqueio do gânglio esfenopalatino, sendo o DTC foi usado para medir o fluxo sanguíneo na ACM, documentando um aumento na velocidade do fluxo sanguíneo (FV) e no índice de pulsatilidade (PI), ambos compatíveis com a melhora da dor relatada. **Discussão:** Nessa série de casos, diferentes habilidades teóricas e práticas do anestesiolegista contribuíram para uma melhor análise clínica e fisiopatológica do contexto clínico, influenciando diretamente a terapia ofertada.

Palavras-chave: Doppler Transcraniano, monitorização.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Inovações em anestesia, estímulo ao aprimoramento de técnicas para promoção de segurança e assertividade.

REFERÊNCIAS

1. Smielewski P, Czosnyka M, Kirkpatrick P, McEroy H, Rutkowska H, Pickard JD. Assessment of cerebral autoregulation using carotid artery compression. *Stroke*. 1996;27(12):2197-203. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.27.12.2197>. PMID:8969780.
2. Wang X, Ji B, Yang B, et al. Real-time continuous neuromonitoring combines transcranial cerebral Doppler with near-infrared spectroscopy cerebral oxygen saturation during total aortic arch replacement procedure: a pilot study. *ASAIO J*. 58(2):122-6. <http://dx.doi.org/10.1097/MAT.0b013e318241abd3>.

421 APLICATIVO PARA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

TAYLOR BRANDÃO SCHNAIDER, DANIELA FRANCESCATO VEIGA, DAVI TEIXEIRA PONCIO VITA, SARA PATRÍCIA DOS SANTOS TORRES

CET POUSO ALEGRE MG, POUSO ALEGRE, MG, BRASIL

Introdução: Uma avaliação pré-anestésica minuciosa e criteriosa é fundamental na prevenção de intercorrências durante procedimentos anestésicos. Se fatores de risco e limitações à realização de técnicas específicas não forem adequadamente identificados na avaliação pré-anestésica, inúmeras lesões teciduais podem ocorrer. **Objetivo:** Desenvolver e validar um algoritmo para embasar a criação de um aplicativo para avaliação pré-anestésica. **Métodos:** O projeto foi aprovado pelo CEP da Univás, parecer nº 4.817.437, CAAE: 47569221.8.0000.5102 e Registro de Programa de Computador 512022003542-1. Trata-se de um estudo descritivo aplicado na modalidade de tecnologia e desenvolvimento de aplicativos. Foi realizada uma revisão de literatura para embasamento teórico e, a seguir, desenvolvido um algoritmo. A busca foi limitada a um período de cinco anos (2015- 2020), resultando em 135 estudos, sendo excluídos os capítulos de livros, teses, dissertações e monografias, como também os artigos que, após leitura do resumo, não atendiam aos objetivos propostos. Destes, foram selecionados 53 para leitura na íntegra, e 37 foram utilizados para construção do algoritmo. **Desmembramento do algoritmo:** identificação do paciente, especialidade do cirurgião, cirurgia proposta, antecedentes pessoais e familiares, interrogatório sobre órgãos e sistemas, neoplasias, medicações, uso de medicamentos caseiros, cirurgias/anestésias prévias, via aérea, ASA, emergência, planejamento anestésico, hemocomponentes, informar metas/ otimizar o paciente e tempo de jejum. Para validação do algoritmo, foram convidados 20 juízes, médicos anestesiológicos, que avaliaram a pertinência de seu conteúdo e sugeriram ajustes, segundo a técnica de Delphi. Para quantificar o grau de concordância entre os juízes, utilizou-se uma escala De Likert e foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Dentre os juízes, 10 retornaram a pesquisa no tempo estipulado. A idade média dos respondentes foi de 41,3 anos; o tempo médio de formação em anestesia de 12 anos. Quanto a titulação, um era doutor, um mestre e oito eram especialistas. O Alfa de Cronbach foi de 0,87, demonstrando boa consistência interna. E o Índice de Validade de Conteúdo global foi de 100%, demonstrando que o instrumento é confiável. Após os ajustes necessários, decorrentes da avaliação dos juízes, o algoritmo foi transformado em um aplicativo, por um profissional de Tecnologia de Informação. **Conclusão:** O APApp foi desenvolvido e validado.

Palavras-chave: Aplicativo móvel, anestesia, smartphone.

REFERÊNCIAS

1. Soegaard Ballester JM, Bass GD, Urbani R, et al. A mobile, electronic health record-connected application for managing team workflows in inpatient care. *Appl Clin Inform.* 2021;12(5):1120-34. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1740256>. PMID:34937103.
2. Epstein RH, Dexter F. Database quality and access issues relevant to research using anesthesia information management system data. *Anesth Analg.* 2018;127(1):105-14. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000003324>. PMID:29596094.
3. Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006;144(10):742-52. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>. PMID:16702590.

423 DOR AGUDA PÓS-COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: PREVENÇÃO E MANEJO ANESTÉSICO

DEBORAH BRUNA GOMES SIMONI, GUILHERME ERDMANN DA SILVEIRA

UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Desde 1882, a colecistectomia é considerada como tratamento de escolha em casos de colelitíase aguda. Com o advento da cirurgia por via videolaparoscópica (CVL), esta passou a ser considerada o padrão ouro. No entanto, CVL não é livre de complicações pós-cirúrgicas, sendo a dor aguda uma das reclamações mais frequentes. A intensidade do quadro algico agudo e seu tratamento inadequado estão relacionados com a dor persistente pós-cirúrgica, que por sua vez é a principal causa iatrogênica de cronificação da dor. **Objetivo:** O presente estudo buscou analisar os protocolos de dor dos últimos 10 anos. **Metodologia:** Utilizou-se o método de revisão sistemática. O levantamento bibliográfico se deu através das bases de dados: Medline; SciELO; LILACS. Foram incluídos artigos publicados em periódicos indexados, tanto em português quanto em inglês, publicados entre 2012 e 2022. **Resultados:** A partir da análise dos artigos selecionados para compor a revisão, foi possível observar que os bloqueios periféricos têm se popularizado como componentes da analgesia multimodal, apresentando resultados significativos na redução do consumo de opioides e da dor pós-operatória. Em relação aos anti-inflamatórios não esteroidais, notou-se que a adoção de dexcetoprofeno trometamol levou à menor necessidade de opioides de resgate, porém não resultou em diferença significativa no escore de dor e nos efeitos adversos. O uso de cetamina como suplemento da anestesia venosa total produziu efeito positivo na demanda por analgésicos de resgate. Contudo, quando utilizada em pequenas doses associada ao remifentanil não produziu alterações na qualidade da recuperação do paciente. Ademais, notou-se que os fármacos da classe dos gabapentenoídeos podem ser utilizados como neoadjuvantes no controle da dor pós-operatória. Dentre os opioides, a adoção da oxicodona em pequenas doses se mostrou eficaz no alívio imediato da dor, sem acarretar em aumento de efeitos adversos. Por fim, o uso de dexmetomedina no momento da indução ou associado a anestesia venosa total se mostrou eficaz na contenção do quadro doloroso pós-operatório. **Conclusão:** Apesar da vasta literatura acerca do tema, não há consenso quanto à melhor técnica a ser utilizada na prevenção e manejo da dor pós-operatória. Desse modo, cabe ao médico anestesiológico individualizar a estratégia terapêutica a ser adotada, considerando os possíveis efeitos adversos.

Palavras-chave: Dor, colecistectomia videolaparoscópica, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy: the new 'gold standard'. Arch Surg. 1992;127(8):917-21, discussion 921-3. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.1992.01420080051008>. PMID:1386505.
2. Jesus RR, Leite AM, Leite SS, Vieira MC, Villela NR. Terapêutica anestésica para o alívio da dor aguda pós-colecistectomia videolaparoscópica: revisão sistemática. Rev Col Bras Cir. 2018;45(4):e1885. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20181885>. PMID:30066738.
3. Vindal A, Sarda H, Lal P. Laparoscopically guided abdominis plane block offers better pain relief after laparoscopic cholecystectomy: results of a triple blind randomized controlled trial. Surg Endosc. 2021;35(4):1713-21. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-020-07558-9>. PMID:32297054.

425 HIPERTERMIA MALIGNA EM PACIENTE SUBMETIDA À CIRURGIA DE ZETOPLASTIA CERVICAL

ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, LUCAS LOPES NEDER, MARCELO SAMPAIO DURAN

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A hipertermia maligna (HM) é uma desordem farmacogenética da musculatura esquelética que se apresenta como uma resposta hipermetabólica a potentes agentes anestésicos inalatórios halogenados ou ainda a succinilcolina, e, raramente em humanos, a exercício físico e calor¹. Estudos recentes apontam incidências de 1:50.000 em adultos e de 1:5.000-10.000 em crianças². O objetivo deste relato é apresentar um caso suspeito de hipertermia maligna durante o ato operatório. **Relato de caso:** Paciente 13 anos, internada para zetoplastia e liberação de aderências cervicais após queimaduras graves na infância, apresentava histórico de 3 PCRs aos cinco anos de idade durante tentativas de extubação durante internação anterior. Ela não havia sido submetida a procedimentos cirúrgicos prévios e sua história familiar era negativa para complicações relacionadas à anestesia geral. Após indução intravenosa com propofol, fentanil e rocurônio, a anestesia geral foi mantida com sevoflurano. Poucos minutos após a indução, tanto a frequência cardíaca quanto o ETCO₂ começaram a aumentar, apesar de ajustes na profundidade anestésica e na ventilação minuto. O exame adicional do paciente revelou contração do masseter, hipertermia e cianose da língua. A gasometria arterial mostrou acidose (pH = 7,09) com hipercapnia acentuada (PCO₂ = 93 mmHg). Foi assumido o diagnóstico de hipertermia maligna. O sevoflurano foi descontinuado, alto fluxo de gás fresco foi usado para ventilação e uma infusão de propofol foi iniciada para manutenção da anestesia. Dantrolene foi administrado, medidas de resfriamento ativo foram iniciadas e bicarbonato de sódio foi administrado para tratar a acidose. Alguns minutos depois, a paciente melhorou gradativamente, com ETCO₂ de 40 mmHg, temperatura de 36,5°C e melhora da acidose. A paciente foi levada para a UTI onde recebeu infusão de dantrolene por 48 horas. Na UTI, as enzimas musculares se normalizaram gradativamente. **Discussão:** Segundo a Escala de Gradação Clínica para HM¹, os achados nesta paciente foram compatíveis com probabilidade quase certa do diagnóstico de HM. A confirmação, entretanto, só ocorre com biopsia muscular ou testes genéticos. A HM é uma situação clínica potencialmente fatal e sua mortalidade aumenta quando a primeira dose de dantrolene é administrada tardiamente. O reconhecimento rápido e o tratamento precoce são fundamentais no manejo da doença.

Palavras-chave: Hipertermia maligna, dantrolene.

REFERÊNCIAS

1. Rosenberg H, Pollock N, Schiemann A, et al. Malignant hyperthermia: a review. *Orphanet J Rare Dis.* 2015;10(1):93-112. <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-015-0310-1>. PMID:26238698.
2. Fernandes CR, Pinto WA Fo, Cezar LC, Gomes JMA, Cunha GKF. Recrudescência fatal de hipertermia maligna em lactente com Síndrome de Moebius. *Relato de Caso. Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(3):296-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942013000300012>.

426 ALERGIA AO LÁTEX NO PERIOPERATÓRIO: RELATO DE CASO

ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI
VELASQUES DE SOUZA, MARCELO SAMPAIO DURAN, RENATA BUARQUE DE MACEDO VALENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Anafilaxia é a forma mais grave de manifestação alérgica e constitui uma emergência médica. Os principais agentes etiológicos da anafilaxia perioperatória são os bloqueadores neuromusculares, seguidos pelo látex e, em seguida, pelos antibióticos¹. A alergia ao látex aumentou muito nos últimos 30 anos, paralelamente ao emprego de produtos derivados no ambiente da saúde, com especial destaque para as luvas. A magnitude das reações ao látex varia desde inofensivas placas cutâneas até o colapso cardiovascular. A incidência de sensibilidade ou alergia ao látex é variável, mas há estudos que reportam que até 6,4% das pessoas são sensíveis ao látex. Medidas preventivas e terapêuticas surgiram para o manejo adequado desses pacientes, desde a avaliação pré-anestésica até a alta hospitalar². **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 20 anos, internado para microcirurgia de plexo braquial com microenxertia devido à disfunção motora em membro superior esquerdo após acidente de moto. O paciente negou qualquer tipo de alergia e outras comorbidades e foi submetido à anestesia geral venosa total sem intercorrências. Cerca de três horas após a indução anestésica, o paciente começou a apresentar hipoxemia, hipotensão e broncoespasmos. Após checagem do posicionamento do tubo traqueal, foi assumido diagnóstico de anafilaxia. Administrados hidrocortisona, sulfato de magnésio e vasopressores por via intravenosa e salbutamol por via inalatória. Houve melhora do quadro e paciente seguiu com estabilidade hemodinâmica até o final da cirurgia. Após retirada dos campos cirúrgicos, observou-se edema perioral, periorbitário e em orelhas, e eritema generalizado. Nesse momento, foi administrada adrenalina. Paciente foi extubado e seguiu para unidade fechada. Ao ser questionado novamente, o paciente relatou que apresentava edema perioral quando enchia bexigas de festa e que teve uma reação com edema facial que necessitou de atendimento hospitalar quando precisou usar uma luva de látex no trabalho. Dessa forma, o diagnóstico de alergia a látex foi formulado. **Discussão:** A alergia ao látex é uma entidade potencialmente grave. O tratamento precoce adequado deve ser realizado para anafilaxia, independentemente de se conhecer sua origem. Uma avaliação pré-anestésica detalhada, com abordagem direta sobre determinadas entidades é fundamental no diagnóstico pré-operatório de diversas condições e prevenção de eventos potencialmente fatais.

Palavras-chave: Anafilaxia, látex.

REFERÊNCIAS

1. Valencia MIB. Anafilaxia perioperatória. Rev Bras Anesthesiol. 2015;65(4):292-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.002>. PMID:25935855.
2. Coelho Fo RM, Silva CHR, Leão WM, ISONI NCF, QUEIROZ MM, COELHO MAQ. Latex safe environment: report of two cases. Rev Med Minas Gerais. 2014; 24(Supl 3):S60-7. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.2014S017>.

427 **DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: RELATO DE CASO DA SÍNDROME DE KARTAGENER COMPLETA EM PACIENTE SUBMETIDA A CESARIANA**

PAULA DANIELE LOPES DA COSTA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, THAIZA OLIVEIRA MARINHO

IRMANDADE DE MISERICÓRDIA DO JAHU, JAÚ, SP, BRASIL

Introdução: A discinesia ciliar primária é uma desordem autossômica recessiva que compromete a estrutura e função ciliar, cuja incidência é ~1:40.000 indivíduos. A Síndrome de Kartagener é sua forma mais grave, podendo ser classificada como completa quando há *situs inversus* com dextrocardia. São comuns a infertilidade e a disfunção da depuração mucociliar do trato respiratório, com infecções recorrentes. **Relato do caso:** Paciente com 34 anos e Síndrome de Kartagener completa, concepção natural e gestação em curso, em uso nasal de formoterol e budesonida. Apresentava expectoração mucopurulenta, rinorreia, roncos pulmonares, ritmo cardíaco regular e bulhas cardíacas audíveis no hemitórax direito. O ecocardiograma evidenciou *situs inversus*, dextrocardia e fração de ejeção de 63%. Na tomografia, consolidações pulmonares, bronquiectasias e áreas de impactação mucoide. A espirometria mostrou um distúrbio ventilatório misto leve. A cesárea eletiva foi realizada na 39ª semana de gestação. Após jejum de 12 horas e instalação de monitorização padrão, verificou-se saturação de oxigênio de 98%. Recebeu hidrocortisona endovenosa e oxigênio via cateter nasal. A raquianestesia foi realizada com a paciente sentada, punção mediana com agulha quincke 27G entre as vértebras L3 e L4, com bupivacaína hiperbárica, 15 mg, e morfina, 50 mcg, sendo, em seguida, posicionada em decúbito dorsal horizontal com deslocamento uterino para a direita. Foram necessárias três doses de metaraminol para tratamento de hipotensão arterial. A saturação de oxigênio manteve-se entre 98-100%, apesar da tosse e dos roncos pulmonares persistentes. O volume total de Ringer com lactato foi de 1.500 mL. A paciente e a criança receberam alta 48 horas após o parto. **Discussão:** Os problemas de fertilidade que ocorrem na Síndrome de Kartagener impedem que a maioria das pacientes engravide. Proporcionamos controle hemodinâmico adequado, com reposição volêmica e uso de vasopressor, além do deslocamento uterino adequado (*situs inversus*). Apesar da secreção brônquica, não houve necessidade de intervenções invasivas para manter a oxigenação. A abordagem desses pacientes deve incluir avaliação pré-anestésica e cuidados direcionados aos principais aspectos possíveis de descompensação perioperatória da doença, principalmente a função respiratória. Nesse sentido, a raquianestesia é boa alternativa para a cesariana na Síndrome de Kartagener.

Palavras-chave: Síndrome de Kartagener, cesariana, dextrocardia.

REFERÊNCIAS

1. Butterfield R. Primary ciliary dyskinesia. *Pediatr Rev.* 2017;38(3):145-6. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.2016-0108>. PMID:28250080.

428 MANEJO ANESTÉSICO DO REPARO ABERTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO EM CARÁTER DE EMERGÊNCIA – RELATO DE CASO

NATÁLIA CONSUÊLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, ANDRESSA GUIMARAES GUERRA, PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO, RICARDO MASCARO DIAS

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Aneurisma de aorta abdominal roto (AAAR) é uma emergência com elevada mortalidade (53-90%) e baixa sobrevida (10-15%) devido ao alto risco de complicações. A anestesia focada no controle hemodinâmico é imprescindível para melhora desse cenário. A ausência de fatores de risco, neste caso, auxilia a compreensão da fisiopatologia e da conduta anestésica nesse perfil de doente. **Relato de caso:** Paciente feminina, 24 anos, Tomografia Computadorizada de Abdome com AAAR infrarrenal (8,7 cm) até íliaca comum esquerda e diminuição de hemoglobina (7 g/dl). Admitida com confusão mental e instabilidade hemodinâmica. Realizada anestesia geral balanceada, precedida por monitorização invasiva de pressão arterial e acessos venosos periféricos calibrosos, indução com Etomidato, Cetamina, Fentanil e Rocurônio. Intubação orotraqueal em sequência rápida por videolaringoscopia, sem intercorrências. Punção de cateter venoso central e manutenção da anestesia com Sevoflurano 2% e incrementos de Fentanil, em ventilação mecânica no modo volume controlado. Adequado controle hemodinâmico a partir do uso de cristaloides e vasopressores (Noradrenalina e Vasopressina) até contenção da hemorragia e realização de hemotransfusão com quatro concentrados de hemácias, cinco unidades de crioprecipitado e plasma fresco congelado 600 mL, e também durante clampeamento e liberação de clampe aórtico (tempo total 34 min). Não foi necessário uso de vasodilatadores. Realizado bicarbonato de sódio 2 ml/kg. Mantida normotermia, perda sanguínea de 2.500 mL e diurese de 100 mL pré-pinçamento e 100 mL após. Cirurgia sem intercorrências, com anastomose de prótese término-terminal em artérias ilíacas. Encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva intubada, hemodinamicamente compensada com Noradrenalina e pulsos periféricos palpáveis. No pós-operatório, extubada após quatro dias, manutenção de boa função renal, tromboembolotomia após um dia em membro inferior direito sem complicações, alta após 14 dias. **Discussão:** A mortalidade por AAAR e o risco de complicações em múltiplos órgãos podem ser amenizados com adequada condução anestésica e controle hemodinâmico com ajustes de pré e pós-carga e débito cardíaco, utilizando fluidos, hemoderivados, vasopressores e ionotrópicos, evitando-se coagulopatias, acidemia, hipotermia ou lesões renais. A falta de evidências sobre qual a melhor forma para isso destaca a necessidade de novos estudos. Assim, o desfecho positivo da paciente pode auxiliar na condução de casos similares.

Palavras-chave: Ruptura de aneurisma de aorta abdominal, manejo anestésico de aneurisma, reposição volêmica e transfusão.

REFERÊNCIAS

1. Hope K, Nickols G, Mouton R. Modern anaesthetic management of ruptured abdominal aortic aneurysms. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2016;30(6):1676-84. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2016.03.147>. PMID:27498263.
2. Leonard A, Thompson J. Anaesthesia for ruptured abdominal aortic aneurysm. Contin Educ Anaesth Crit Care Pain. 2008;8(1):11-5. <http://dx.doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkm050>.

430 COMPROMETIMENTO DE PERFUSÃO TISSULAR POR POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARNOLD CHIARI TIPO I

ARETHA PAES DE LIMA CARNEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, SILVIA VIEIRA BARCELOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: À medida que as cirurgias se tornam mais complexas e demoradas, deve-se assegurar que os pacientes estejam devidamente preparados e posicionados, de forma a garantir a segurança e o bem-estar do cliente'. O posicionamento cirúrgico é um procedimento que envolve sérios riscos, que, se não observados com a devida responsabilidade, podem comprometer definitivamente a saúde do paciente. E deve ser individualizado e adaptado às necessidades de cada indivíduo e aos procedimentos previstos, respeitando o alinhamento corporal do paciente, sem prejudicar as funções circulatória e respiratória, sem comprometer a integridade da pele e outras estruturas corporais¹. **Relato de Caso** Paciente 61 anos, hipertensa, diabética, obesidade grau I, estado físico ASA II, com histórico de Síndrome de Arnold-Chiari tipo I, submetida a cirurgia eletiva de platibasia e má formação de Arnold-Chiari tipo I. Procedimento realizado sob anestesia geral, paciente posicionada em decúbito ventral sobre suportes para o tronco e com coxim adequado para liberação do oco axilar. O segmento cefálico foi mantido sem rotações e em discreta flexão, sendo utilizado suporte do tipo "Mayfield" (cabeçote) para fixação da posição. Os braços foram colocados ao longo do corpo. Após duas horas do início da anestesia, a paciente apresentou edema importante em membro superior direito, com rápida evolução para cianose em todo membro. Medidas de liberação do membro e sua elevação, bem como aquecimento mais intensivo foram realizadas, obtendo-se melhora na perfusão. Ultrassonografia com doppler arterial foi realizada durante o procedimento cirúrgico, sugerindo um baixo fluxo pela artéria radial direita. Após o reposicionamento da paciente em decúbito dorsal e elevação do membro superior direito, houve melhora importante da reperfusão observada clinicamente pela melhora da cianose e, ao ultrassom, pelo fluxo normalizado da artéria radial direita. Paciente seguiu bem sem dor, apresentando melhora do edema nos dias seguintes ao procedimento cirúrgico. **Discussão** Após excluídas hipóteses de outras causas, concluiu-se que a intercorrência ocorrida seria decorrente de alguma compressão, devido ao posicionamento da paciente, mesmo que todos os parâmetros tenham sido exaustivamente avaliados no momento do seu posicionamento. Este fato nos chama atenção para a importância da verificação e do posicionamento adequado do paciente, bem como para a observação e resposta rápida às intercorrências durante o ato cirúrgico.

Palavras-chave: Posicionamento, Arnold-Chiari tipo I, perfusão tissular.

REFERÊNCIAS

1. Sérgio FR, Cameron LE, Vital ICO. Síndrome compartimental relacionada ao posicionamento cirúrgico: um inimigo silencioso. Rev SOBECC. 2012;17(3):71-80.
2. Practice Advisory for the Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies 2018: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Prevention of Perioperative Peripheral Neuropathies. Anesthesiology. 2018;128:11-26. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001937>.

432 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA BRONCOESPASMO

MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO

CET JOÃO PESSOA – PB - HOSPITAL SEDE: HOSP. EM. E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Em crianças, a incidência de broncoespasmo perioperatório é 0,2-0,4%, chegando a 6% nas asmáticas. Ocorre com maior frequência na indução anestésica pela irritação mecânica na manipulação da via aérea durante a intubação ou devido a reações anafiláticas de fármacos causando constrição da musculatura lisa brônquica e hipersecreção da mucosa. **Objetivo:** Registrar a lesão mecânica da via aérea como uma das possíveis causas da não movimentação do fluxo de ar pelo tubo traqueal. ADF, masculino, nove dias de vida, diagnóstico de estenose de esôfago com fístula traqueobrônquica, intubação orotraqueal com TT 3.5 sem cuff desde o nascimento, cesariana, peso 2,3 kg, IG 36,2 semanas. Cirurgia eletiva para correção da fístula. Paciente em decúbito dorsal, venóclise periférica, manta térmica, monitorizada com capnografia, ECG, oximetria e PNI. Parâmetros clínicos normais. Optou-se por trocar o TT por outro com cuff, utilizando um dispositivo de trocador de tubo, sem sucesso na progressão com TT 3.0 com cuff, e sem sucesso em reintrodução com o TT 3.5 sem cuff. Ocorreu dessaturação, bradicardia e parada cardiorrespiratória. Iniciando RCP com massagem cardíaca externa e ventilação com máscara e balão e drogas, ritmo assistolia. Laringoscopia direta com IOT TT 3.0 sem cuff (cormack 2A), porém sem expansão torácica, ausência de capnografia, e sem ausculta pulmonar, porém inquestionável a intubação (verificada por mais dois anesthesiologistas). Feitas manobras de broncoespasmo (salbutamol, terbutalina, adrenalina) sem sucesso. Mantendo RCP de alta resposta (FC acima de 100 bpm), optou-se pela abordagem cirúrgica de emergência, na qual se identificou ruptura total da carina. Realizado traqueoplastia, surgindo capnografia adequada, expansão torácica e retorno da saturação e do ritmo cardíaco, bem como do pulso central. PCR durou 40 min. Concluída a cirurgia e conduzido a UTI neonatal com VM VCV VC 6 mL/kg, PEEP 4 mmHg, TT 3.0 sem cuff bem fixado. Extubado em UTI no oitavo dia pós-operatório. **Discussão:** Na tentativa de reduzir a morbiletalidade do paciente, o anesthesiologista deve ser capaz de identificar os sinais clínicos do broncoespasmo, bem como realizar tratamento e diagnósticos diferenciais, entre estes, de obstrução mecânica, edema pulmonar, broncoaspiração, laringoespasmo, lesão mecânica ou corpo estranho em via aérea. Documentar o ocorrido e discutir o caso com toda equipe assistente para se reduzirem os danos.

Palavras-chave: Lesão mecânica da via aérea, broncoespasmo, anestesia pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Menezes CC, Vieira JE. Conduitas no tratamento do broncoespasmo no perioperatório. Rev Bras Anesthesiologia. 2012;52(6):728-38. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942002000600010>.

433 PNEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

THAYLANA SARAIVA BARROSO, CARLOS ROGÉRIO DEGRANDI OLIVEIRA, REYNALDO PRADO JUNIOR, WILLIAM DE OLIVEIRA ALMEIDA LIMA

HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN, ITANHAÉM, SP, BRASIL

Introdução: O pneumomediastino é uma complicação rara e potencialmente grave de procedimentos cirúrgicos. O pneumoperitônio artificialmente induzido com gás carbônico para procedimentos videolaparoscópicos apresenta peculiaridades e cuidados especiais a serem observados. O objetivo deste relato é apresentar um caso de pneumomediastino decorrente de uma colecistectomia videolaparoscópica.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 69 anos, 89 kg, ASA II com história de litíase biliar, foi agendado para colecistectomia videolaparoscópica. Apresentava exames pré-operatórios dentro da normalidade. Obtido acesso venoso periférico com cateter 20G e monitorizado com oxímetro de pulso, cardioscópio e aparelho de pressão arterial não invasiva. Realizada pré-oxigenação e a indução com propofol, fentanil e cisatracúrio. Realizada intubação orotraqueal, com tubo 8,0 mm com balonete, sendo confirmada a posição deste com auxílio da capnografia. A manutenção da anestesia foi realizada com oxigênio e sevoflurano com ventilação controlada. Após 40 min do início da cirurgia, apresentou dessaturação (SatO₂: 87%), ETCO₂ máximo de 46 com ausculta pulmonar sem alterações, melhorando após aumento de FiO₂ para 0,7. A duração da cirurgia foi de 90 minutos. Logo após extubação, o paciente apresentou agitação psicomotora associado à queixa de precordialgia atípica lancinante e dessaturação, sendo estabilizado após medidas clínicas e suporte com máscara reservatório de 10 l.min⁻¹. Realizado eletrocardiograma em sala, Raio-X de tórax, seriado de enzimas cardíacas e conduzido como isquemia coronariana aguda. O paciente foi levado para a realização de tomografia de tórax e de abdome com contraste, que evidenciou o pneumomediastino, e em seguida encaminhado para UTI. Este foi conduzido de forma conservadora. Encaminhado para enfermaria após 24 horas, recebendo alta hospitalar após 48h. **Discussão:** O pneumomediastino é uma complicação rara da cirurgia videolaparoscópica. As possíveis vias para o gás atingir a cavidade torácica durante a instalação do pneumoperitônio são os defeitos diafragmáticos ou pontos de fraqueza no hiato esofágico e aórtico, através do hiato pleuroperitoneal (Forame de Bochdaleck) e através de defeitos congênitos (Forame de Morgagni). Outras vias são as lesões teciduais na junção gastroesofágica, roturas de bolhas diafragmáticas, lesões do ligamento falciforme e a via retroperitoneal.

Palavras-chave: Pneumomediastino, videolaparoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CRD. Anestesia para Cirurgia Videolaparoscópica. Rev Bras Videocir 2005;3(1):32-42.

435 ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA ABDOMINAL VOLUMOSA

ANDRÉ ARANDA SELVERIO, LIDIRENE APARECIDA THOMAZ FELICIO, RAFAELA FURUYA DE BARROS

HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE DOUTOR DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: Hérnias abdominais volumosas podem constituir um grande desafio no perioperatório. Elas podem alterar a dinâmica ventilatória, o retorno venoso, a motilidade gastrointestinal e a perfusão de órgãos nobres. Uma das situações mais temidas é a síndrome compartimental abdominal que pode cursar com alterações hemodinâmicas e ventilatórias catastróficas. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, 70 kg, 1,62 m, estado físico III da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas, com capacidade funcional inferior a quatro equivalentes metabólicos, portadora de lúpus, que seria submetida a hernioplastia e abdominoplastia devido a hérnia abdominal volumosa. Não foi realizado pneumoperitônio progressivo, pois o volume herniário era tão grande que inviabilizava locais para a inserção de trocarter. A hérnia possuía colo de 6 cm porém com perda de domicílio das vísceras, com conteúdo herniário de intestino delgado, cólon, estômago e pâncreas. Na admissão, a paciente apresentava-se em bom estado geral, saturando 96% em ar ambiente e pressão arterial de 125 mm × 75 mmHg. Foi realizada sedação com midazolam 3 mg e raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 15 mg e morfina 0,1 mg. Após o bloqueio de neuroeixo, a paciente foi posicionada em discreto cefalodeclive. Após o bloqueio ter sido testado, a paciente foi reposicionada e realizadas então pré-oxigenação e indução venosa em sequência rápida para evitar qualquer possibilidade de insuflação gástrica. Foram administrados fentanil 250 mcg, lidocaína 80 mg, propofol 200 mg e succinilcolina 70 mg. Posteriormente, a paciente foi intubada com um tubo simples número 7.5 e inserida sonda nasogástrica. A anestesia foi mantida com sevoflurano 2% e fração inspirada de oxigênio de 60%. Estava monitorizada com pressão arterial invasiva, cardioscopia, termômetro, oximetria de pulso e capnografia. Os parâmetros ventilatórios eram volume corrente de 480 mL, frequência respiratória de 13 rpm, relação I:E de 1:1,5 e PEEP de 5. A paciente manteve estabilidade hemodinâmica e respiratória durante toda a cirurgia, sendo possível a redução de todo o conteúdo herniário sem intercorrências. **Discussão:** Uma adequada preparação e o diálogo constante entre as equipes de Anestesiologia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Plástica foram cruciais para o excelente desfecho do caso. A paciente acordou sem dor e sem intercorrências após a hernioplastia e abdominoplastia.

Palavras-chave: Hernioplastia, cirurgia do aparelho digestivo.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. De Laet IE, Malbrain MLNG, De Waele JJ. A Clinician's Guide to management of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in critically ill patients. Crit Care. 2020;24(1):97. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-2782-1>. PMID:32204721.
2. Gaut MM, Ortiz J. Management of abdominal compartment syndrome after transurethral resection of the prostate. Rev Bras Anestesiol. 2015;65(6):519-21. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.12.001>.

436 BLOQUEIO DO QUADRADO LOMBAR E SEDAÇÃO PARA DRENAGEM DE ABSCESSO PERINEAL, ORQUIECTOMIA E CISTOSTOMIA EM PACIENTE ONCOLÓGICO SOB CUIDADOS PALIATIVOS

MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, NOEMY MATOS HIROKAWA, RENATA GAVINHO SANTOS ALMEIDA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL- IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: As técnicas de bloqueio de nervos periféricos constituem importante recurso em anestesiologia. Em situações específicas, podem oferecer uma opção à anestesia de neuroeixo e à anestesia geral para menor impacto hemodinâmico e para reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias, respectivamente, além de proporcionar analgesia intraoperatória e pós-operatória. **Caso clínico:** T.W., sexo masculino, 72 anos, 45 kg, 1,63 m, em tratamento oncológico paliativo para câncer de próstata estágio IV (T4N1 M1, metástase pulmonar e óssea, implantes metastáticos em coluna cervicolumbar), sob orientação dos cuidados paliativos para não realizar reanimação cardiopulmonar ou intubação orotraqueal. Possui síndrome consumptiva, hipertensão arterial e cessou o tabagismo há cerca de quatro meses (30 maços-ano). Durante a internação hospitalar, apresentou choque séptico de foco urinário e lesão renal aguda. Após antibioticoterapia e otimização clínica, foi observada hiperemia testicular associada à coleção purulenta em ultrassonografia e optou-se pela drenagem do foco infeccioso, orquiectomia bilateral para deprivação androgênica e confecção de cistostomia pela urologia. **Risco anestésico:** categoria IIIE pela Sociedade Americana de Anestesiologia. Instituída monitorização: pressão arterial média: 118 mmHg, frequência cardíaca: 90 bpm, saturação periférica de oxigênio: 97%. Sedação venosa com diazepam 6 mg, fentanil 50 mcg, droperidol 2,5 mg e Bloqueio bilateral do Quadrado Lombor Anterior guiado por ultrassonografia com Ropivacaína 0,2%: 40 mL. Indução anestésica com 25 mg de dextrocetamina e 150 mg de propofol para passagem de máscara laríngea número #3, sem sucesso no acoplamento. Em ventilação espontânea com CN a 4L/min e propofol em anestesia venosa alvo-controlada (Marsh-efeito: 1,2 mcg/mL) para sedação, tempo de procedimento 110 minutos. O paciente se manteve estável no intraoperatório sem a necessidade de analgesia ou sedação complementar, realizou uma hora de recuperação pós-anestésica, sem queixas. **Discussão:** O paciente oncológico descrito possui síndrome consumptiva e alto risco pulmonar para intubação orotraqueal e bloqueio neuromuscular, apresenta-se ainda em cuidados paliativos e oferecer analgesia com técnicas menos invasivas reduz as complicações anestésicas. O bloqueio do quadrado lombar na abordagem anterior fornece analgesia perineal como demonstrado em trabalhos e, com o auxílio da ultrassonografia, apresenta-se como uma técnica segura e efetiva.

Palavras-chave: Bloqueio do quadrado lombar, anestesia regional, ultrassom para anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Hu Z, Zhou Y, Zhao G, et al. Effects of quadratus lumborum block on perioperative multimodal analgesia and postoperative outcomes in patients undergoing radical prostatectomy. BMC Anesthesiol. 2022;22(1):213. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-022-01755-w>. PMID:35820804.
2. Jiang T, Lin T, Shu X, et al. Prevalência e valor prognóstico da sarcopenia preexistente em pacientes com ventilação mecânica: uma revisão sistemática e meta-análise. Crit Care. 2022;26(1):140. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-022-04015-y>. PMID:35578299.
3. Ueshima H, Otake H, Lin JA. Ultrasound-guided quadratus lumborum block: an updated review of anatomy and techniques. BioMed Res Int. 2017;2017:2752876. <http://dx.doi.org/10.1155/2017/2752876>. PMID:28154824.

438 RAQUIANESTESIA EM DECÚBITO VENTRAL PARA CIRURGIAS ANORRETAIS: UMA SÉRIE DE CASOS

CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA, ANAGELI LORENZON PIMENTEL

CET DA UNIV.FEDERAL DE SANTA CATARINA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIV.POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Na maioria das cirurgias anorretais, a raquianestesia é a técnica mais empregada. Quando realizada em decúbito ventral com anestésico local hipobárico, causa bloqueio das raízes sensitivas com mínimo bloqueio motor. Em relação às técnicas que envolvem o bloqueio motor além do sensitivo, promove um bom campo cirúrgico associado a menor tempo de recuperação e menos instabilidade hemodinâmica. Apresentamos uma série de dois casos em que foram executadas raquianestesias em decúbito ventral para cirurgias anorretais. O primeiro, J.S, sexo feminino, 26 anos, acometida com Doença de Crohn, em uso de Infliximabe, sem alergias, com diversas cirurgias abdominais prévias, se apresentou para nova Fistulectomia. Com a paciente em posição prona e canivete, foi realizada raquianestesia com punção única mediana no espaço entre as vértebras L3-L4, utilizando-se agulha 27G Quincke, com LCR visualizado via pressão negativa exercida com seringa de 1 mL e administrados 12,5 mg Bupivacaína Hipobárica 0,15%. O segundo, E.F.C, sexo feminino, 62 anos, sem comorbidades e alergias, com histórico de cirurgias abdominais e ginecológicas, se apresentou para Hemorroidectomia. Com a paciente em posição prona e canivete, a raquianestesia foi exercida com punção única paramediana no espaço entre as vértebras L4-L5, utilizando-se agulha 27G Quincke, LCR também observado via pressão negativa e administrados 6,5 mg Bupivacaína Hipobárica 0,1%. As duas pacientes apresentaram bloqueio sensitivo puro (somente raízes posteriores), sem nenhum grau de bloqueio motor, rápida recuperação e ótima condição cirúrgica. As soluções hipobáricas têm uma baricidade inferior a 1 em relação ao LCR, são feitas adicionando água destilada ao anestésico local. O posicionamento é importante após a injeção de um anestésico hipobárico porque são os primeiros minutos que determinam a propagação da anestesia. Se o paciente estiver na posição de Trendelenburg após a injeção, o anestésico se espalhará na direção caudal, por exemplo. O posicionamento prono em canivete evita a propagação rostral do bloqueio espinhal após a injeção. Nesta série de casos, observou-se que o uso de bupivacaína hipobárica em decúbito ventral pode oferecer diversas vantagens em relação às anestésias de neuroeixo que envolvem bloqueio motor, particularmente para cirurgias ambulatoriais, como recuperação em menor intervalo de tempo, maior estabilidade hemodinâmica, risco reduzido de sintomas neurológicos temporários e satisfação do paciente.

Palavras-chave: raquianestesia, hipobárico.

REFERÊNCIAS

1. Hadzic A. Hadzic's textbook of regional anesthesia and acute pain management. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2017.
2. Kaye AD, Urman RD, Vadivelu N, editors. Essentials of regional anesthesia. 2nd ed. Nova Orleans: Springer; 2018.

440 PNEUMOTÓRAX DURANTE CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE GRANDE DORSAL: RELATO DE CASO

BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, GUILHERME DE FREITAS SANCHEZ, MAURO PEREIRA DE AZEVEDO, PAULO CÉSAR DA SILVA AZIZI, PAULO HENRIQUE PEREIRA AGUIAR

CET S.A.HS.NAVAL MARCÍLIO DIAS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O pneumotórax é uma complicação intraoperatória rara, mas potencialmente fatal. A detecção precoce durante a anestesia geral pode ser desafiadora, pois as alterações nos parâmetros hemodinâmicos podem ser inespecíficas. O objetivo deste trabalho é relatar os desafios diagnósticos e o manejo adequado do pneumotórax durante reconstrução de mama, destacando a importância da comunicação das equipes. **Relato de caso:** Paciente feminino, 44 anos, hipertensa, mastectomizada, com proposta de realizar reconstrução com retalho miocutâneo de grande dorsal. Após admissão em sala cirúrgica, monitoração básica e venóclise, foram realizadas a indução anestésica e intubação orotraqueal, sem intercorrências. Mantida sob anestesia geral balanceada e analgesia multimodal (cetamina 0,15 mg/kg; Dexmedetomidina 0,5 mcg/kg e sulfato de magnésio 30 mg/kg. Após sete horas de cirurgia, quando colocada em posição sentada, iniciou hipotensão refratária a reposicionamento na mesa cirúrgica, ressuscitação volêmica e infusão de noradrenalina contínua. Puncionada a artéria radial esquerda para titulação de drogas vasoativas. GSA: pH 7,27 PO₂ 158 PaCO₂ 43 HCO₃ 23 lactato 3,3 meq/L. Discutido caso com equipe cirúrgica e, após evidência de pneumotórax à direita, feita drenagem em selo d'água, com estabilização hemodinâmica e desmame gradativo de noradrenalina. Extubação realizada após descurarização e manutenção dos parâmetros clínicos dentro da normalidade. Transportada para o CTI, sem drogas vasoativas, PAM 100 mmHg, em ar ambiente com SaO₂ 98%. **Discussão:** O pneumotórax não é complicação comum nas cirurgias reconstrutoras, diferentemente de infecção, isquemia de retalho e assimetria. No entanto, a suspeita clínica é decisiva diante da morbidade. Mesmo em ventilação mecânica, a paciente não apresentou alterações significativas dos parâmetros ventilatórios. O sinal clínico foi observado no momento em que a paciente foi sentada, próximo ao final da cirurgia, para avaliação da simetria mamária, através de uma hipotensão significativa e refratária ao tratamento convencional. O manejo inicial destes casos incluem a interrupção imediata da cirurgia, ventilação manual até estabilização clínica e drenagem de tórax. Apesar da necessidade de CTI e do aumento do tempo de internação hospitalar, a rápida acurácia diagnóstica e o pronto suporte clínico permitiram restabelecimento dos parâmetros hemodinâmicos, prevenindo desfechos clínicos mórbidos.

Palavras-chave: Cirurgia plástica, Retalho Miocutâneo, Pneumotórax.

REFERÊNCIAS

1. Chambi EV. Diagnosis and treatment of iatrogenic pneumothorax in aesthetic breast surgery. In TT Mugea, MA Shiffman, editors. Aesthetic surgery of the breast. Berlin: Springer; 2015. p. 549-56. https://doi.org/10.1007/978-3-662-43407-9_29.

441 NÍVEIS SÉRICOS ELEVADOS DE MARCADORES IL-1B E IP-10 NA FASE AGUDA DA FEBRE CHIKUNGUNYA CORRELACIONAM-SE COM ESTADOS DOLOROSOS PERSISTENTES

BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, FABRÍCIA LIMA FONTES-DANTAS, MAUD PARISE, NIVALDO RIBEIRO VILLELA

CET S.A.HS.NAVAL MARCÍLIO DIAS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A febre de Chikungunya (CHIKF) é uma doença viral e surtos esporádicos têm sido relatados em regiões tropicais. Alguns destes indivíduos desenvolvem sintomas crônicos marcados por dor persistente, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes. Nesta pesquisa, avaliamos o papel da resposta inflamatória durante a fase aguda da CHIKF no desenvolvimento de dor crônica. **Métodos:** Foi analisada uma coorte retrospectiva de indivíduos expostos ao vírus Chikungunya (CHIKV) durante o período epidêmico no Rio de Janeiro (2018-2019). Foram incluídos no estudo 81 indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 18-65 anos, diagnosticados com CHIKF, com infecção detectada através de imunoensaio enzimático IgM ou reação em cadeia da polimerase com transcriptase reversa. Foram obtidas informações do prontuário médico e os acompanhamentos foram realizados por telefone para verificar a evolução da doença. Além disso, os biomarcadores inflamatórios foram medidos usando o ensaio multiplex bead em amostras de sangue coletadas no momento do diagnóstico. **Resultados:** Dos 81 casos acompanhados, 27 (33,3%) desenvolveram dor persistente após três meses de infecção e 54 (66,6%) eram pacientes diagnosticados com CHIKF sem critérios para dor crônica. A prevalência de dor crônica na amostra foi majoritariamente constituída por mulheres, entre a quarta e a sexta década de vida, obesas e com baixo nível de escolaridade. Artrite ($p=0,008$) e níveis séricos mais elevados de IL-1 β ($p=0,0135$) na fase aguda foram significativamente maiores no grupo de pacientes com dor crônica. Houve correlação entre níveis elevados de IP-10 ($p=0,041$) e IL-1 β ($p=0,015$) e o desenvolvimento de dor crônica. Níveis séricos elevados de IL-10 corresponderam como fator protetor para o desenvolvimento de dor crônica ($p=0,038$). **Conclusão:** O perfil inflamatório de pacientes na fase aguda da CHIKF pode ter o potencial de prever o risco de desenvolver dor crônica em pacientes infectados por CHIKV.

Palavras-chave: Dor crônica, Febre de Chikungunya, Inflamação.

REFERÊNCIAS

1. Tanabe IS, Santos EC, Tanabe ELL, et al. Cytokines and chemokines triggered by Chikungunya virus infection in human patients during the very early acute phase. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2019;113(11):730-3. <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trz065>. PMID:31365117.

442 AGENESIA DE MEMBROS VERSUS MONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO

CET JOÃO PESSOA – PB - HOSPITAL SEDE: HOSP. EM. E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

A monitorização intraoperatória permite não apenas acompanhar a resposta do paciente ao ato anestésico cirúrgico, como também revelar desvios anormais. Desta forma, aprimora a segurança ao paciente e melhora o desfecho clínico. Objetivo: Sinalizar a possibilidade, já bem conhecida, mas pouco convencional, do registro da saturação arterial periférica através da língua. MSFS, 42 anos, 57 kg, ASA II, IG 38 sem e 5 dias, G2A1. Cesariana por sofrimento fetal agudo (DIP II na cardiocografia). Paciente com agenesia completa de membros superiores e inferiores, congênito, sem fácies típicas. Sem preditores de via aérea difícil. Nega alergias. Sem acesso venoso. Único caso de agenesia na família, sem cirurgias prévias. Relato de abortamento espontâneo no primeiro trimestre gestacional. Paciente em decúbito dorsal, monitorizada, apenas com cardioscopia (ritmo sinusal, 87 bpm). Feito acesso venoso periférico em veia jugular externa direita, 20G, sem intercorrências. Realizado antibioticoprofilaxia com cefazolina 2 g e antieméticos com ondasetrona 4 mg e dexametasona 4 mg. Com ajuda da enfermagem sentou-se a paciente para bloqueio subaracnoide, sendo realizada antisepsia com clorexidina, punção mediana com agulha quincke 26G, L3-L4 e após efusão de liquor claro realizada infusão de 7,5 mg de bupivacaína hiperbárica com morfina 50 mcg. Em decúbito dorsal neutro e desviado o útero para a esquerda, há 3 min do bloqueio referido, a paciente relatava "formigamento em região das pás" e dispneia. Feito sonda vesical. Iniciado ato cirúrgico e tentou-se oximetria em lobos auriculares sem sucesso, pois a cardioscopia sofria interferência do bisturi. Logo, optou-se por tentativa em língua, na qual se obteve registro com curva regular e registro numérico de SatO2 98% e FC 71 bpm. Não se administrou drogas vasoativas empíricas. Ofertou-se oxigênio via cateter nasal 2,0L/min. Após o nascimento, 10 min depois do bloqueio, fez-se 10ui de oxitocina e sintomáticos (dipirona e tenoxicam). Volume infundido de 1.000 mL. Diurese 400 mL. É imprescindível a monitorização multiparamétrica do paciente submetido ao ato anestésico cirúrgico para se prover segurança ao paciente, melhor prognóstico e reduzir-se iatrogenias. No entanto, para este caso, a lucidez e a interação verbal com a paciente foram essenciais para assistência anestésica.

Palavras-chave: Segurança ao paciente, Monitorização, Agenesia de membros.

REFERÊNCIAS

1. Sharar S, Cullen BF, Stock MC, et al. Clinical anesthesia fundamentals. 7th ed. Philadelphia: Wolter Klumer Health; 2015.

443 RELATO DE CASO - ANESTESIA PARA CIRURGIA OFTALMOLÓGICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE GOLDENHAR

FLAVIA MOREIRA DE GODOY, ISABELA DA COSTA VALLARELLI, MARIA CLARA LIBERATO DE MAGALHÃES, VERÔNICA PUSTRELO DAMIÃO

HOSPITAL DA PUC-CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Goldenhar, também conhecida como espectro oculoauriculovertebral (EOAV) é uma condição rara e fenotipicamente variável caracterizada pelo acometimento dos primeiros arcos branquiais. Consiste em uma disostose craniofacial que determina uma via respiratória difícil em até 40% dos casos. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 9 anos, 1,35 m e 40 kg, sem anestésias prévias ou antecedentes familiares de reação à anestesia, comparece para cirurgia eletiva oftalmológica. Sem exames de imagem. Ao exame físico: Mallampati III, abertura oral de 3 cm, protrusão mandibular e extensão cervical limitadas. Acesso venoso difícil. Apresenta alterações faciais sugestivas de acometimento mandibular e alterações na cavidade oral, ausência de fenda palatina. Não foi realizada medicação pré-anestésica, pois a paciente e familiar apresentaram-se colaborativas. Em sala operatória, foi monitorizada com cardioscópio, pressão arterial não invasiva, oximetria, capnografia, tof watch® e termômetro. Com equipamentos de via aérea difícil e antagonistas de medicações anestésicas disponíveis, se necessário, foi realizada indução inalatória sob máscara, com CAM controlada, em ventilação espontânea, feita anestesia tópica com lidocaína spray 10%, seguida de videolaringoscopia, que permitiu visualização das estruturas glóticas, cormack-lehane 2a, sem alterações anatômicas. Optou-se por venoclise com abocath 22 em braço direito, indução venosa com lidocaína 0,1 mg/kg, fentanil 3 mcg/kg, propofol 2,5 mg/kg e rocurônio 1 mg/kg, intubação orotraqueal com tubo 6,0 aramado com cuff, confirmado com capnografia e ausculta bilateral simétrica. Procedimento foi realizado sem intercorrências, paciente manteve-se estável no intra e perioperatório. O bloqueio neuromuscular revertido com sugamadex 2 mg/kg, aspirado VAS, realizado extubação sem intercorrências. Paciente encaminhada à SRPA em ventilação espontânea. **Discussão:** O EOEV é uma patologia de apresentação variável que pode acarretar alterações anatômicas que dificultam o acesso à via aérea e a ventilação mecânica. Muitas alterações têm indicação de tratamento cirúrgico, o que justifica a relevância em relatar este caso, fomentando melhor planejamento anestésico nestes pacientes. A depender da apresentação da síndrome, avaliação radiológica craniocervical e mandibular é bem-vinda, diante de procedimento eletivo, a fim de descartar outras anomalias associadas e permitir intervenção programada.

Palavras-chave: Síndrome de Goldenhar, Via aérea.

REFERÊNCIAS

1. Rosa RFM, Silva AP, Goetze TB et al. Anormalidades auriculares em pacientes com espectro óculo-aurículo-vertebral (Síndrome de Goldenhar) Braz J Otorhinolaryngol. 2011. 77 (4)
2. Guerrero-Domínguez R, López-Herrera-Rodríguez D, Benítez-Linero I, Ontanilla A. Manejo anestésico para cirurgia de atresia de esôfago em um recém-nascido com síndrome de Goldenhar. Rev Bras Anestesiol. 2015;65(4):298-301. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.011>. PMID:25960363.

444 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE CORREÇÃO DE LESÃO NERVOSA SECUNDÁRIA A PLEXOPATIA BRAQUIAL AXONAL ASSOCIADA A INTERNAÇÃO PROLONGADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR COVID-19

RAISSA MELO ARRUDA, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, MARIANA VALENÇA DE OLIVEIRA, RODRIGO ALVES DE MELO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: Cerca de 5-20% dos pacientes com infecção por COVID-19 hospitalizados progridem para a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) e necessidade de cuidados em unidade de tratamento intensivo (UTI). Uma complicação observada neste contexto é a polineuropatia da doença crítica (PDC), que é agravada pela posição prona: ela é relatada em 10% dos pacientes intubados, sendo a lesão do nervo ulnar a mais frequente, seguida pela do plexo braquial. **Relato do caso:** Homem, 54 anos, 70 kg, ASA III, hipertenso e doente renal crônico transplantado, foi internado durante três meses em UTI devido a SDRA secundária a infecção por COVID-19, necessitando assistência ventilatória invasiva por 21 dias e pronação. Evoluiu, durante internamento, com paralisia de membro superior direito, sendo suspeitada PDC. Ressonância magnética e eletroneuromiografia evidenciaram ruptura maciça de manguito rotador e plexopatia braquial axonal grave à direita. Programada enxertia nervosa cirúrgica um ano após alta por quadro inicial de SDRA. Paciente em bom estado geral, Mallampati I, exames laboratoriais normais (K = 5,2 mmol/L). Optou-se por anestesia geral balanceada sob monitorização padrão, com indução venosa (EV) realizada após pré-oxigenação com 200 µg de fentanil, 100 mg de lidocaína, 100 mg de propofol e 70 mg de succinilcolina. Procedeu-se intubação orotraqueal sob laringoscopia direta com tubo nº 8 com cuff, sem intercorrências. Manutenção anestésica com sevoflurano 2% inalatório e remifentanil 0,1 µg/kg/min EV. Realizada neurotização de nervo acessório para supraespinhal e de nervo ulnar para nervo musculocutâneo. Analgesia otimizada com dipirona 2 g EV e morfina 3 mg EV. Cirurgia durou cinco horas, sem intercorrências e com imobilidade garantida sem uso de bloqueadores neuromusculares (BNM) adespolarizantes. **Discussão:** A utilização de potencial evocado motor perioperatório no tratamento cirúrgico da PDC exige ausência de bloqueio neuromuscular e de bloqueio nervoso anestésico (BNA). O uso de BNA em plexos nervosos danificados é controverso, sendo muitas vezes preterido. Desta forma, é possível optar pela utilização de BNM despolarizante para a intubação orotraqueal, que tem ação rápida e duração pouco influenciada pela função renal, e manutenção anestésica e de imobilidade com agentes inalatórios e opioides. Apesar do risco de hipercalemia grave em pacientes nefropatas, a succinilcolina não é contraindicada quando as concentrações plasmáticas de K estão normais.

Palavras-chave: Covid-19, neuropatia da doença crítica.

REFERÊNCIAS

1. Frithiof R, Rostami E, Kumlien E, et al. Critical illness polyneuropathy, myopathy and neuronal biomarkers in COVID-19 patients: A prospective study. Clin Neurophysiol. 2021;132(7):1733-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinph.2021.03.016>. PMID:33875374.
2. Miller C, O'Sullivan J, Jeffrey J, Power D. Brachial plexus neuropathies during the COVID-19 pandemic: A retrospective case series of 15 patients in critical care. Phys Ther. 2021;101(1):pzaa191. <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa191>. PMID:33395478.

446 EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO DE DEXMEDETOMIDINA EM BOLUS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

GABRIELA PONCE SOARES, FELIPE WANDERLEY COELHO, LUANY PONCE SOARES, MARINA SILVA RODRIGUES, PAULO FERNANDO BARBIRATO ALVIM ALDEIA

CET DO HEAPN-SARACURUNA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES, DUQUE DE CAXIAS, RJ, BRASIL

Introdução: A dexmedetomidina é um agonista α_2 adrenérgico que inibe a secreção de catecolaminas e substância P, reduzindo estímulo simpático e transmissão dolorosa, além de atuar no locus coeruleus, causando sedação. Portanto, essa medicação acarreta efeitos sedativos, analgésicos, ansiolíticos e simpaticolíticos, e ainda apresenta a grande vantagem de não causar depressão respiratória, fazendo com que seja cada vez mais utilizada na prática anestésica. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é avaliar os principais efeitos da infusão em bolus da dexmedetomidina, visando sintetizar em um mesmo trabalho os principais malefícios e benefícios desta forma de administração. **Método:** Revisão de literatura utilizando as bases de dados bibliográficas disponíveis no PubMed e SciELO. Foram selecionados 15 artigos no período de 2010 a 2022, em línguas portuguesa e inglesa. Os descritores utilizados foram dexmedetomidine, bolus, effects. **Resultados:** A bula de dexmedetomidina recomenda a não utilização de infusão intravenosa rápida ou administração em bolus para minimizar efeitos colaterais indesejáveis, como bradicardia e hipotensão significativas, entretanto, alguns estudos têm descrito o uso benéfico deste tipo de administração em determinadas situações. Ensaio randomizados têm demonstrado redução no tempo de recuperação e na dor pós-operatória, aumento no conforto e na satisfação após cirurgias nas quais foram administrados bolus de dexmedetomidina após a indução anestésica em anestésias gerais, comparados ao grupo controle. Além disso, outros trabalhos ainda referem redução da incidência de hiperalgesia no local de incisão cirúrgica e aumento do tempo do bloqueio sensitivo e motor da raquianestesia com o bolus intravenoso isolado intraoperatório. Existem ainda relatos quanto à redução dos níveis séricos de creatinina no período pós-cirúrgico. **Conclusão:** A maioria dos estudos avaliados sugere que a administração em bolus pode ser benéfica em determinadas situações bem selecionadas. Entretanto, ainda existe bastante inespecificidade sobre a relação entre as respostas orgânicas e a velocidade de infusão rápida adequada, sendo necessário ampliar a quantidade de artigos analisados, servindo como incentivo para trabalhos futuros e novos ensaios clínicos prospectivos para desfechos de maior confiabilidade.

Palavras-chave: dexmedetomidina, bolus, efeitos.

REFERÊNCIAS

1. Choi JJ, Kim K, Park HY, et al. Consort the effect of a bolus dose of dexmedetomidine on postoperative pain, agitation, and quality of recovery after laparoscopic cholecystectomy. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(3):e24353. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000024353>. PMID:33546069.
2. Kavya UR, Laxmi S, Ramkumar V. Effect of intravenous dexmedetomidine administered as bolus or as bolus plus infusion on subarachnoid anesthesia with hyperbaric bupivacaine. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2018, 34(1):46 50. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_132_16.

447 ANAFILAXIA NO PERIOPERATÓRIO DE MASTECTOMIA RELACIONADA A AZUL PATENTE: RELATO DE CASO

MATHEUS BARROS DA CUNHA, FLÁVIO TAVARES SAMPAIO, JAISA LEITE ALMEIDA, THIAGO ALVES DE OLIVEIRA

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMED - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A anafilaxia é uma situação grave definida como uma reação de hipersensibilidade intensa, de início súbito, com risco iminente à vida. Durante o ato anestésico, diversas drogas e substâncias podem ser responsáveis pela anafilaxia, entre elas o azul patente, utilizado durante a biópsia de linfonodo sentinela. **Relato de caso:** Paciente, 71 anos, vem para realização de mastectomia à esquerda com biópsia de linfonodo sentinela sem reconstrução imediata. Durante avaliação pré-anestésica, relata hipertensão e dislipidemia, devidamente tratadas, alergia a dipirona, estado físico II da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas. Refere cirurgia prévia de cesariana e histerectomia, sem intercorrências. Paciente em sala operatória, monitorizada, venóclise nº 20 em MSE. Indução realizada com 60 mg de lidocaína, 250 mcg de fentanila, 150 mg de propofol e 50 mg de rocurônio, IOT sob visualização direta sem dificuldade com tubo nº 7,5 com cuff, manutenção com sevoflurano 1 CAM. Feitos cefazolina 2 g, 40 mg de tenoxicam, 10 mg de dexametasona e 40 mg de omeprazol. No percorrer do transoperatório, paciente apresenta hipotensão importante (60 mmHg de pressão sistólica mínima) não responsiva a efedrina, juntamente com placas cutâneas urticariformes, sem alteração na ausculta pulmonar e pressão intratraqueal normal, 10 minutos após injeção subcutânea de azul patente. Iniciada administração de adrenalina em bolus de 100 mcg endovenosa em acesso venoso periférico, hidrocortisona 500 mg, apresentando resposta. Devido ao retorno da hipotensão, iniciada adrenalina em bomba de infusão 10 mcg/mL a 30 mL/h. Houve resposta adequada do quadro e melhora do quadro cutâneo após alguns minutos. Ao final da cirurgia, tentado suspender adrenalina, mas a paciente retornou com hipotensão, então reintroduzida a 30 ml/h. Paciente extubada sem intercorrências, nível de consciência adequado, respondendo a comandos verbais, sem sinais de edema de vias aéreas. Encaminhada para SRPA, respirado O₂ em cateter nasal 5L/min e permanecendo com adrenalina em bomba de infusão. Realizada redução progressiva da adrenalina em SRPA, suspendendo-a três horas após término da cirurgia. **Discussão:** Anafilaxia é uma complicação rara, mas de alta mortalidade, sendo necessários o diagnóstico rápido e o tratamento imediato. Reações de hipersensibilidade ao azul patente são frequentes, podendo evoluir para choque anafilático, como no caso descrito.

Palavras-chave: Anafilaxia, azul patente, complicação em anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Costa D, Mendonça M, Lopes M, Fernandes AL, Nunes S, Müller S. Anafilaxia por corante azul patente V: relato de caso e revisão da literatura. Braz J Anesthesiol. 2020;70(6):662-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2020.05.005>. PMID:33279226.

448 INTUBAÇÃO SUBMENTONIANA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM POLITRAUMATISMO DE FACE: RELATO DE CASO

CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA, GUSTAVO SANGIOGO DA SILVA

*CET DA UNIV.FEDERAL DE SANTA CATARINA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIV. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO,
FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL*

No politraumatismo de face, diferentes métodos para o manejo da via aérea são contraindicados, como a intubação orotraqueal e nasotraqueal. O primeiro, pelo bloqueio maxilomandibular e controle da oclusão dentária. O segundo, na presença de fraturas cominutivas do terço médio da face e de base do crânio, além de interferir na reconstrução das fraturas do complexo naso-orbitoesmoidal. Nestas condições, a traqueostomia pode ser indicada, porém apresenta maior morbidade. A intubação submentoniana se mostra como alternativa, por apresentar menos complicações, considerada segura, fácil, rápida e de baixa morbidade. Consiste na passagem do tubo através do assoalho da cavidade bucal e permite, no transoperatório, livre acesso à oclusão dentária e à pirâmide nasal. B.S, masculino, oito anos, admitido após acidente automobilístico. Ao exame físico, apresenta bilateralmente hematoma associado a edema periorbitário com abertura ocular parcial e hemotímpano à esquerda. Tomografia de crânio descreve pneumoencéfalo associado a múltiplas fraturas de face (etmoide à direita, seio maxilar à direita, assoalho e parede medial orbitária bilateral, septo nasal, côndilos mandibulares e corpo mandibular bilateral, processos pterigoides e presença de hemossinus difuso). Para reconstrução de face, optou-se pela anestesia geral inalatória junto ao manejo da via aérea por meio da intubação submentoniana. Após intubação orotraqueal com tubo aramado D5.5, realizou-se antisepsia e incisão na região submentoniana com divulsão dos planos musculares platisma e milo-hioideo. Após desconectar o tubo do aparelho de anestesia, ocorreu primeiro a passagem do cuff e posteriormente do tubo pelo túnel confeccionado. Logo após o cuff ser inflado e o sistema restabelecido, o tubo foi fixado com pontos simples. O manejo se mostrou suficiente e não houve nenhuma intercorrência no decorrer da cirurgia. Ao final do procedimento, a intubação voltou a ser orotraqueal previamente à extubação. A intubação submentoniana permite manipulação da oclusão dentária e acesso a fraturas da região frontonasal. Previne possíveis complicações da traqueostomia, como hemorragia, estenose traqueal e comunicação traqueoesofágica. No entanto, a intubação submentoniana não é isenta de riscos, inclui dano ao cuff da cânula durante a passagem pelo acesso, extubação acidental, sangramento venoso, dobra do tubo, danos às estruturas adjacentes, parestesia do nervo lingual e abscesso no assoalho bucal.

Palavras-chave: submentoniana, traqueostomia.

REFERÊNCIAS

1. Miller RD, Eriksson LI, Fleisher LA et al. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
2. Longnecker DE, Mackey SC, Newman MF et al. Anesthesiology. 3th ed. Pennsylvania: McGraw-Hill Education; 2018.

449 CESARIANA EM PACIENTE CARDIOPATA COM HISTÓRICO DE ALERGIA A ANESTÉSICO LOCAL: RELATO DE CASO

LARISSA BRITO PEREIRA, LORENA BRITO PEREIRA

HOSPITAL DOM ORIONE, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL

Introdução: O período gestacional cursa com alterações fisiológicas que são toleradas pelas gestantes hígdas, porém algumas alterações geram prejuízos maiores nas pacientes cardiopatas, devido ao risco de descompensação pela sobrecarga dada ao coração, sendo, as cardiopatias, as principais causas de óbito materno. A cesariana em pacientes cardiopatas representa um grande desafio para o anestesista envolvido no caso, assim como nos casos de alergia aos anestésicos locais. **Relato do Caso:** Paciente feminino, 33 anos, G3Pc2 com 37 semanas de gestação. Paciente ASA 3, BEG, corada, acianótica, afebril, apenas relatava leve desconforto respiratório, sem necessidade de utilização de cateter nasal, mantendo níveis de SpO₂ 97%, PA 120/80 mmHg, FC 88 bpm, RASS 0. Apresentava histórico de PCR de causa desconhecida em primeira cesariana, após BSA. Em sua segunda cesariana, apresentou urticária após realização de botão anestésico com lidocaína 2%, sendo submetida a AGB. O Ecocardiograma apresentava insuficiência aórtica grave. Diante do caso, opta-se pela realização de AGB em terceira cesariana. Negava outras comorbidades e alergia medicamentosa, jejum acima de oito horas. Feita reserva de vaga na UTI para o pós-operatório. AVP 18 em MSD. Iniciada pré-oxigenação sob máscara por cinco minutos, a indução foi realizada com fentanil 200 mcg, etomidato 20 mg, succinilcolina 100 mg, clonidina 75 mg. A paciente foi intubada com TOT 7,0. A manutenção da anestesia foi realizada com sevoflurano e rocurônio 50 mg. Logo após intubação, o procedimento cirúrgico foi iniciado e em cinco minutos ocorreu o nascimento sem intercorrências. Durante a cesariana, a paciente manteve-se hemodinamicamente estável. Ao final, a extubação foi realizada em sala, após descurarização com sugamadex. A paciente apresentava bom volume corrente e manutenção da SpO₂ adequada. No pós-operatório, a puérpera ficou em UTI por dois dias e após seis dias recebeu alta hospitalar. **Discussão:** O presente relato mostra o manejo em uma gestante com alergia grave a anestésicos locais adicionada à presença de insuficiência aórtica. Concluímos com o relato a grande necessidade de termos em mãos as possibilidades e os cuidados para o bom prognóstico da mãe e do filho, tanto no pré-operatório como no pós-operatório.

Palavras-chave: Alergia, Cardiopatia.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Consenso Brasileiro sobre Cardiopatia e Gravidez: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar da Mulher Portadora de Cardiopatia [citado 2013 Fev 21]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1999/7203/7203.pdf>

450 ANESTESIA NEONATAL PARA CIRURGIA CARDÍACA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, FLÁVIO GOUVEIA CAMELO RAMIRO, LUCAS MENEZ DE OLIVEIRA, MAYSIA SIQUEIRA OLIVEIRA PINHEIRO

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMEP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Neonato nascido de parto prematuro com 28s e 5d em cesariana de urgência por descolamento prematuro de placenta. ASA II, diagnosticado com persistência do canal arterial e forame oval patente, com repercussão hemodinâmica, apresentando dilatação moderada de átrio e ventrículo esquerdo. P. 970 g, E: 34 cm. Indicada cirurgia de urgência para correção de PCA em unidade de terapia intensiva do próprio hospital do nascimento, por impossibilidade de transporte para serviço especializado. Paciente previamente monitorizado, entubado, em VM, em uso de sedoanalgesia com Precedex. Venóclise via cateter central de inserção periférica em MSE. Foi posicionado em decúbito lateral direito para cirurgia. Indução venosa com Midazolam 200 mcg, Fentanil 5 mcg, Cetamina 1 mg, Rocurônio 1 mg. Parâmetros ventilatórios em modo PCV, FiO2 40%, PEEP 7, Ppico 21. O procedimento teve duração aproximada de 75 min e ocorreu sem intercorrências cirúrgicas e/ou anestésicas. Ao final do procedimento, paciente manteve-se em sedoanalgesia contínua com Precedex e Fentanil em doses tituladas pelo peso, sem intercorrências no pós-operatório. A anestesia cardíaca neonatal é um procedimento de alto risco potencial para o paciente, exigindo especial atenção da equipe cirúrgica como um todo. Quando tal procedimento é realizado fora do ambiente de centro cirúrgico, ampliam-se os riscos, já que trata-se de um ambiente menos preparado para o ato operatório, de equipes nem sempre treinadas e posicionamento dos cirurgiões e do paciente de mais difícil disposição no ambiente. Sempre que possível, ao reconhecimento de tais riscos, a prevenção e a capacidade de gerenciá-los adequadamente devem impactar positivamente nos resultados perioperatórios nesse grupo vulnerável de pacientes. O anestesiológico que cuida do neonato para cirurgia de grande porte deve conhecer a fisiologia única do neonato, suas comorbidades, fatores complicadores e manter o mais alto nível de vigilância durante todo o processo. Nos casos de persistência de canal arterial é fundamental o manejo da ventilação mecânica para evitar o roubo de fluxo sistêmico para artéria pulmonar ou diminuição do débito sistêmico, bem como manter a perfusão necessária para saturação basal mínima do neonato. Uma boa comunicação com a equipe cirúrgica e os demais profissionais de saúde, e com os pais da criança é crucial para um cuidado anestésico seguro e bem-sucedido.

Palavras-chave: Anestesia para cirurgia neonatal, anestesia para cirurgia cardíaca, PCA.

REFERÊNCIAS

1. Kritzmire SM, Boyer TJ, Singh P. Anesthesia for patients with patent ductus arteriosus. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 34283429.
2. Joshi RK, Aggarwal N, Agarwal M, Joshi R. Anesthesia protocols for "bedside" preterm patent ductus arteriosus ligation: A single-institutional experience. *Ann Pediatr Cardiol.* 2021;14(3):343-9. http://dx.doi.org/10.4103/apc.apc_41_21. PMID:34667406.
3. Ninke T, Eifer A, Dieterich HJ. Fetal and pediatric cardiovascular physiology. *Anaesthesiologie.* 2022;71(10):811-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s00101-022-01198-5>. PMID:36053299.

455 BLOQUEIO DO PLEXO LOMBAR COMO TÉCNICA ANESTÉSICA DE ESCOLHA PARA O PACIENTE ORTOPÉDICO CORONARIOPATA

LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, CAMILA BORTOLIN FONSECA, MARCELO FERREIRA RODRIGUES, MATHEUS SPORLEDER BORTOLUCI, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

Introdução: A fratura de fêmur no idoso é uma urgência cirúrgica com risco de mortalidade significativo. A anestesia é um desafio, principalmente para prevenção de desfechos negativos. **Relato do caso:** Paciente feminina, 82 anos, IMC 19 kg/m², portadora da síndrome da fragilidade, insuficiência cardíaca classe IV da *New York Association* com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 17% e hipertensão pulmonar moderada, doença renal crônica (*KIDGO G4*), classificação IV da *American Society of Anesthesiologists*, em uso de hidralazina, isossorbida, carvedilol, omeprazol e clonazepam. Recebida em sala de centro cirúrgico para correção de fratura transtrocanteriana esquerda com plano de implantação de DHS (*Dynamic Hip Screw*). Realizada monitorização básica e avançada – pressão arterial invasiva – e punção de dois acessos periféricos gelco 16. Sedação endovenosa com sufentanil 1 mcg e diazepam 2 mg para anestesia, optou-se por bloqueio subaracnóideo, com agulha de *Quincke* 26 g, punção paramediana L3-L4, injeção apenas de opioide – fentanil 75 mcg e morfina 40 mcg – e bloqueio de plexo lombar guiado por ultrassonografia (método *Shamrock*) com agulha *Stimuplex* 100 mm em nível de L4 - ropivacaína a 0,5% 18 ml. Procedimentos realizados sob técnica asséptica. Mantida com oxigênio em cateter nasal a 2L/min e sedação com mais sufentanil 2 mcg e diazepam 2 mg, ao total. A pressão arterial média variou entre 65 a 70 mmHg sem necessidade de vasopressores. Conduzida para pós-operatório à Unidade de Terapia Intensiva com permanência de dois dias com bom controle da dor sob analgesia simples. Sem intercorrências cirúrgicas, recebeu alta hospitalar na mesma semana. **Discussão:** O bloqueio do plexo lombar – no compartimento do músculo *psoas* –, apesar de tecnicamente complexo, a injeção do anestésico local permite a dispersão ao redor dos ramos lombares (formado de L1-L4 com ramos anastomóticos de T12 e L5). Ocorre o bloqueio simpático, porém mantém a função contralateral que pode ser desejada, como neste caso. A maioria dos pacientes é submetida a anestesia neuroaxial ou geral para tratamento cirúrgico de fratura de quadril, associada a alto risco de complicações, como *dellirium*, pneumonia e infarto agudo do miocárdio. Sob comparativo, a evidência geral é que não há superioridade entre as duas técnicas, porém ambas realizam bloqueio autonômico simpático constituindo uma das dificuldades no manejo hemodinâmico, diretamente ligado a complicações cardiovasculares.

Palavras-chave: Anestesia no idoso, bloqueio regional, fratura transtrocanteriana.

REFERÊNCIAS

1. Kunutsor SK, Hamal PB, Tomassini S, Yeung J, Whitehouse MR, Matharu GS. Clinical effectiveness and safety of spinal anaesthesia compared with general anaesthesia in patients undergoing hip fracture surgery using a consensus-based core outcome set and patient-and public-informed outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Anaesth.* 2022 Nov;129(5):788-800. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2022.07.031>. PMID:36270701.
2. Chooi C, Brusseau R. Bloqueios de plexo lombar guiados por ultrassom em pacientes pediátricos. [citado em 2023 Jan 16]. Disponível em: <https://resources.wfsahq.org/atotw/bloqueios-de-plexo-lombar-guiados-por-ultrassom-em-pacientes-pediatricos>

456 BLOQUEIO CONTÍNUO DO PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL (TAP) PARA O TRATAMENTO DE DOR EM GESTANTE COM MIOMA UTERINO GIGANTE: UM RELATO DE CASO

ANDRÉ AMIN MARTIN AKHAVAN, FELIPE CHIODINI MACHADO

CET DA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DA FMUSP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O tratamento da dor durante a gestação permanece um desafio, especialmente em pacientes refratários. Recomenda-se limitar a analgesia sistêmica, em favor de técnicas não farmacológicas, tópicas ou intervencionistas, de forma a evitar a exposição fetal a drogas que podem gerar morbidade. A dor mal tratada pode gerar consequências físicas e psicológicas, e durante a gestação, pode também afetar o desenvolvimento fetal e induzir o parto prematuro. **Relato de Caso:** Uma gestante de 33 anos com idade gestacional de 27 semanas e diagnóstico prévio de miomatose uterina dolorosa e uso regular de codeína foi admitida devido a dor de difícil controle. À admissão, ela apresentava mudança do padrão prévio da dor, agora de padrão neuropático nos dermatômos de T9-10. A ressonância magnética de abdome demonstrou um mioma uterino gigante de 20,3 × 14,6 cm, com compressão de parede abdominal. Não houve controle adequado com morfina de horário e gabapentina. Optou-se por realizar um TAP block com 10 mL de ropivacaína a 0,2%, inserção de cateter, e infusão contínua da solução a 5 mL/h, com resolução completa da dor. Realizou-se desmame da morfina à dose de codeína previamente utilizada. Após três dias, o cateter foi perdido e removido, manteve-se o uso de codeína e gabapentina, sem recorrência da dor até o fim da gestação. **Discussão:** Miomas uterinos são tumores benignos comuns inclusive durante a gestação. A dor pode ser uma manifestação clínica, podendo também indicar a presença de complicações como torção, isquemia e necrose, ou a compressão extrínseca da parede abdominal. Isso é particularmente importante no contexto do primeiro e segundo trimestres da gestação, em que há crescimento acelerado do útero. Apesar de aumentar o risco de complicações obstétricas, a miomectomia durante a gestação é desencorajada pelo risco cirúrgico para a gestante. Nesse contexto, a analgesia adequada é valiosa. Entretanto, muitos analgésicos são classificados como categoria C para gestantes, dificultando esse manejo. As intervenções para controle de dor também são controversas na gestante, mas podem ser uma opção em casos refratários considerando a falta de evidência para o risco de anestésicos locais e seu potencial de poupar opioides. Nossa busca demonstrou apenas um outro caso em que usou-se um cateter TAP para dor em gestante. Em conclusão, as intervenções para controle de dor na gestante, apesar da falta de evidência, demonstram ser uma área potencialmente rica a ser explorada.

Palavras-chave: Bloqueio TAP, Dor em gestante.

REFERÊNCIAS

1. Black E, Khor KE, Kennedy D, et al. Medication use and pain management in pregnancy: a critical review. *Pain Pract.* 2019;19(8):875-99. <http://dx.doi.org/10.1111/papr.12814>. PMID:31242344.
2. Lam SJ, Best S, Kumar S. The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(4):395.e1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.066>. PMID:24705132.
3. Miller EC, Szeto M, Boet S. Unilateral Transversus abdominis plane block catheter for the treatment of abdominal wall pain in pregnancy: a case report. *Reg Anesth Pain Med.* 2015;40(6):720-2. <http://dx.doi.org/10.1097/AAP.0000000000000296>. PMID:26398168.

457

AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA E DOS FATORES PREDITIVOS DE PARTO CESARIANO APÓS REALIZAÇÃO DE ANALGESIA POR VIA SUBARACNOIDE OU PERIDURAL PARA O TRABALHO DE PARTO

PAULA DANIELE LOPES DA COSTA, GABRIEL RICARDO CORREA TURCO, MURILO HENRIQUE DA VEIGA FERREIRA, PAULO DO NASCIMENTO JÚNIOR, PEDRO HENRIQUE ESTEVES TRINDADE

CET DEP. ANEST. DA F.M. BOTUCATU - HOSPITAL SEDE: HOSP. DAS CLINICAS DA FAC. MEDICINA-UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: A analgesia de parto administrando fármacos por via subaracnoide e/ou peridural é considerada eficaz e segura. Por vezes, partos planejados por via vaginal sob analgesia no neuroeixo evoluem para cesariana. **Objetivos:** Quantificar as analgesias realizadas para parto normal por técnica de neuroeixo que evoluíram para cesariana e identificar possíveis fatores preditivos de parto por cesariana quando a parturiente está recebendo a analgesia. **Método:** Em estudo observacional (março a dezembro/2022), foram avaliadas parturientes que receberam analgesia de parto por via subaracnoide e/ou peridural para a realização de parto normal. Os possíveis fatores preditivos da evolução para cesariana foram: idade; peso; altura; índice de massa corporal (IMC); idade gestacional; dilatação do colo uterino; número de gestações; gestação múltipla, estado físico ASA; tempo sob analgesia; uso de ocitocina durante a analgesia; período noturno ou diurno, e tipo de analgesia no neuroeixo. Realizamos regressão logística seguida de procedimento de *step-up* para identificar o conjunto de variáveis preditivas significativas. O desempenho do modelo final foi testado pela área abaixo da curva (AUC). **Resultados:** Avaliamos 199 gestantes sob analgesia e 64 (32%) evoluíram para cesariana. As variáveis com diferença significativa para parto normal vs. cesariana foram (média \pm desvio padrão): IMC (kg/m^2), $29,3 \pm 6,4$ vs. $31,3 \pm 6,0$, $p = 0,028$; idade gestacional [semanas (s)/dias (d)], $38 \text{ s}/6 \text{ d} \pm 1 \text{ s}/6 \text{ d}$ vs. $39 \text{ s}/3 \text{ d} \pm 1 \text{ s}/4 \text{ d}$, $p = 0,030$; tempo sob analgesia (minutos), 131 ± 105 vs. 166 ± 89 , $p = 0,001$ e, em frequência de ocorrência, uso de ocitocina, 67% vs. 11%, $p < 0,001$. Após o procedimento de *step-up*, foi alcançado um modelo preditivo final com três variáveis, expressas em razão de chances [intervalo de confiança (IC) de 95%]: IMC, 1,077 (1,014 - 1,147), $p = 0,017$; tempo sob analgesia, 1,004 (1,001 - 1,008), $p = 0,027$; e uso de ocitocina, 0,049 (0,018 - 0,116), $p < 0,001$. A AUC (IC 95%) do modelo preditivo final foi 86% (80% - 92%). **Conclusões:** Em gestantes submetidas à analgesia de parto por técnicas no neuroeixo, o conjunto de variáveis (1) obesidade, (2) idade gestacional > 39 semanas e (3) o não emprego de ocitocina ao longo da analgesia eleva a chance de evolução para cesariana, com grau de predição moderado.

Palavras-chave: Analgesia obstétrica, cesárea, raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med.* 2005;352(7):655-65. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa042573>. PMID:15716559.

458 INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL ACORDADO COM USO DE FIBROSCÓPIO: RELATO DE CASO

LUIZ HENRIQUE TORRES COTA, ALEXANDRE SILVA PINTO, ALINE, MATHEUS ROSSI PONCI VITA, THAIS VINTE DE ANDRADE COSTA

HOSPITAL MÁRCIO CUNHA, IPATINGA, MG, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico e a previsão da via aérea difícil são de responsabilidade do médico anestesiológico e este deve estar apto a avaliar e reconhecer os casos de maior dificuldade técnica, antes de qualquer procedimento cirúrgico. Além disso, o profissional precisa desenvolver habilidades em diferentes técnicas e com variados dispositivos que possam auxiliá-lo mediante as falhas e os riscos potenciais no ato de intubação traqueal. **Relato de caso:** Paciente feminino, 56 anos, portadora de obesidade e hipertensão arterial sistêmica. Tal paciente foi submetida à lipoaspiração em região cervical anterior, evoluindo, dois dias após tal procedimento, com hematoma de grande volume no local abordado. À admissão, a paciente apresentava preditores de via aérea difícil e possivelmente um início de insuficiência respiratória aguda. Ao exame da via aérea, apresentava-se com grande hematoma em região cervical anterior, abertura de boca reduzida, dificuldade de fonação e classe IV na Classificação de Mallampati, foi iniciada pré-oxigenação com oxigênio suplementar a 100% em cateter nasal a 3 L/min. Iniciou-se o uso da dexmetomidina em bomba de infusão alvo controlada na dose de 1 mcg/kg em 10 minutos seguido de 0,2 mcg/kg/h. Após sedação consciente da paciente, foi realizada introdução de xilocaína geleia em narina direita e iniciado o uso do fibroscópio. A paciente manteve-se sem incômodo ou engasgos com a passagem do fibroscópio e, após a visualização das cordas vocais, instilou-se xilocaína 1% spray nas pregas vocais e foi realizada a passagem de tubo 7.0 aramado com cuff pela narina direita, sem intercorrências. Foi insuflado o balonete e confirmada a intubação/posição correta do tubo traqueal através da capnografia e da visualização da expansão torácica. **Conclusão:** A via aérea difícil pode ser um grande fator de risco e complicações para o paciente e para o profissional que está fazendo sua abordagem e, por isso, se dá a importância de uma avaliação prévia a fim de se conhecer ou antecipar um momento de dificuldade e estresse no pré-operatório.

Palavras-chave: Fibroscópio, via aérea, acordado.

REFERÊNCIAS

1. Vermaa AK, Verma S, Barikc AK, Kanaujia V, Arya S. Intubating conditions and hemodynamic changes during awake fiberoptic intubation using fentanyl with ketamine versus dexmedetomidine for anticipated difficult airway: a randomized clinical trial. *Braz J Anesthesiol.* 2021;71(3):259-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2021.01.005>.
2. Steck K, Berger-Estilita J. Teaching Anaesthesia Residents Advanced Airway Skills: a proposal for teaching orotracheal intubation using a fiberoptic bronchoscope. *Rev Soc Port Anesthesiol.* 2019;28(1):10-5. <https://doi.org/10.25751/rspa.15811>.
3. Rodrigues AJ, Scordamaglio PR, Palomino AM, Oliveira EQ, Jacomelli M, Figueiredo VR. Intubação de via aérea difícil com broncoscópico flexível. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(4):359-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.05.001>.

460 PCR INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA DE TORNOZELO

NOEMY MATOS HIROKAWA, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, ISABEL CRISTINA SHIBUYA,
MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, RONALDO ANTONIO DA SILVA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) intraoperatória é um evento adverso grave, reversível e multifatorial em anestesia. Identificar e manejar a PCR é uma habilidade intrínseca aos anesthesiologistas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de PCR intraoperatória em cirurgia ortopédica de tornozelo. **Relato do caso:** A. M. P., sexo feminino, 62 anos, ASA 3 (DM não compensado, além de HAS), submetida à osteossíntese do maléolo lateral e medial direito. A sedação inicial foi feita com midazolam (2 mg) e fentanil (20 mg). Realizada a raquianestesia com bupivacaína isobárica (20 mg) e morfina 100 (mcg) em nível de L3-L4, sem intercorrências. A paciente foi mantida em sedação com propofol em BIC a critério médico. Após duas horas e 40 minutos, houve início súbito de dessaturação (apesar de cateter nasal com O₂ 100% três litros por minuto), dispneia e agitação. Coletado sangue arterial que demonstrou saturação de oxigênio de 82%. Aumentamos FiO₂ e fluxo de O₂, com melhora parcial de saturação na oximetria de pulso. Em alguns minutos, iniciou sudorese, dor torácica que irradiava para o braço esquerdo (relatada verbalmente por paciente), PA instável, apneia e maior queda da saturação. Imediatamente, apresentou bradicardia e hipotensão, sendo constatada PCR. Neste momento, a gasometria arterial estava com saturação de oxigênio de 53%. Foram realizadas as manobras de reanimação de acordo com o ACLS, com total de sete ciclos (incluindo neste tempo: intubação orotraqueal, passagem de cateter venoso central em VJID guiada por USG, adrenalina, bicarbonato, cálcio, dobutamina, noradrenalina). Aventaram-se as hipóteses diagnósticas de infarto agudo do miocárdio ou tromboembolismo pulmonar (TEP). Após uma hora e 30 minutos, foi declarado o óbito. A necropsia evidenciou trombose pulmonar maciça bilateral e importante hipertrofia de ventrículos direito e esquerdo. **Discussão:** O TEP pode não se apresentar com os sinais clássicos no intraoperatório. Deve-se haver alta suspeita clínica de TEP em PCR intraoperatória, principalmente em cirurgias ortopédicas. Ao suspeitar, o suporte ventilatório não deve ser postergado, pois interfere muito no prognóstico. Ainda não há consenso sobre profilaxia de eventos tromboembólicos versus risco de sangramento pela anticoagulação.

Palavras-chave: Complicações em anestesia, Parada cardiorrespiratória, Trombose pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Cronemberger APR, Martins MP. Ressuscitação cardiopulmonar. In: Manica J. Anestesiologia. 4. ed. São Paulo: Artmed; 2018. p. 1399-422.

461 INSERÇÃO ACIDENTAL DE CATETER DE PERIDURAL EM REGIÃO INTRA-ABDOMINAL

CAROLINE CRISTINA DONINI, CRISTIANO GARCIA GONÇALVES, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: A peridural pode ser realizada como técnica anestésica única ou combinada para complementação da analgesia em pós-operatórios de grandes cirurgias abdominais. Lesões neurológicas associadas à peridural são raras, tendo uma incidência de 0,03 a 0,1%, considerando todas as formas de bloqueio de neuroeixo. As queixas mais comuns são parestesias e déficits motores transitórios, seguidos por paraplegia e lesões das raízes da cauda equina por toxicidade anestésica, infecção/bacteremia ou trauma mecânico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, foi submetida a nefrectomia aberta por lombotomia subcostal esquerda para transplante renal intervivos (paciente doadora), sob anestesia geral balanceada associada à peridural lombar contínua. Paciente sem deformidade de coluna, com IMC aproximado de 15 kg/m². Foi realizada punção em L3-L4 com agulha tuohy 17G, utilizando técnica de Dogliotti e administrada dose teste com passagem de cateter de peridural sem intercorrências. Durante procedimento, notou-se corpo estranho pararenal, reconhecendo ser o cateter de peridural em retroperitônio, prontamente tracionado e retirado. Após término do procedimento, fez-se nova punção peridural dois espaços acima sem intercorrências, complementando-se a analgesia com ropivacaína 0,2% associada à 50 mcg de fentanil e 1 mg de morfina. Paciente extubada sem relato de dor, parestesia ou déficits motores. **Discussão:** Cateteres de peridural são progredidos às cegas, havendo possibilidade de canulação acidental de vasos, lesão de raízes nervosas ou até falso trajeto, sendo necessária grande atenção à otimização da técnica e aos sinais precoces de complicações para tratamento e minimização das intercorrências.

Palavras-chave: Peridural, analgesia, lesões neurológicas.

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM, Carmona MJC, Torres MLA, et al. Tratado de anestesiologia SAESP. 8. ed. São Paulo: Atheneu; 2017. v. 1.

462 LESÃO NERVOSA APÓS PASSAGEM DE CATETER DE PERIDURAL PARA ANALGESIA DE PARTO

CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural é uma técnica que permite anestésiar um dermatomo específico, sendo usada durante o parto ou diversos tipos de cirurgia. Em geral, ela é segura, mas pode conter algumas complicações, como dor no local da injeção, tontura e náusea, cefaleia, hematoma, infecções no local de punção ou no liquor, ou até mesmo dano nervoso com parestesia, perda de força ou dor em membros.

Relato de caso: Paciente 24 anos em condução de parto vaginal, foi submetida a analgesia de parto com peridural lombar contínua, sem intercorrências e com progressão do cateter sem resistência ou cateterização de vaso, realizando-se doses intermitentes de solução anestésica. Inicialmente, 12 ml de ropivacaína a 0,2% associada a fentanil 100 mcg com alívio efetivo da dor. Houve nova aplicação de 10 ml de ropivacaína 0,2% cerca de três horas depois. Após o nascimento, paciente relatou dor excruciante, de intensidade 10 em 10 em lombar à esquerda irradiada para posterior de coxa esquerda, com alívio parcial ao uso de tramadol e morfina, só tendo melhora efetiva e imediata com a retirada do cateter de peridural. Paciente evoluiu sem déficits motores, sem parestesias ou alterações de sensibilidade, e está em acompanhamento ambulatorial para reavaliações periódicas. **Discussão:** A dor na região da raiz nervosa é o efeito colateral mais comum da anestesia peridural, ocorrendo em 10 a 20% dos casos, portanto é importante ficar atento à otimização da técnica e acompanhar intercorrências, a fim de minimizar efeitos deletérios no ato anestésico, além de avaliar diagnósticos diferenciais para uma abordagem e tratamento completos.

Palavras-chave: Analgesia de parto, complicações anestésicas, dor.

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM, Carmona MJC, Torres MLA, et al. Tratado de Anestesiologia SAESP. 8. ed. São Paulo: Atheneu; 2017. v. 1.

464 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTES USUÁRIOS DE COCAÍNA

JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS, FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A incidência do uso de drogas na população vem crescendo nos últimos anos e, portanto, tornando-se um problema comum nos hospitais; em especial, a cocaína, substância derivada de folhas da coca que começou a popularizar-se em meados do século XIX e, hoje, é uma realidade nos serviços de emergência. Desta forma, entender a fisiopatologia neurológica e cardiovascular da substância no organismo é imprescindível a fim de estabelecer medidas preventivas de modo a antecipar possíveis intercorrências durante o ato cirúrgico. **Objetivo:** Revisar informações acerca do uso da cocaína e sua repercussão perioperatória durante o ato anestésico em pacientes que fazem uso agudo e/ou crônico de tal substância. **Método:** Através da base de dados eletrônicos, foram selecionados artigos científicos relacionados ao tema com busca realizada através das palavras-chave citadas abaixo, com exclusão de duplicadas para que trabalhos relevantes fossem selecionados para elaborar a revisão de literatura. **Resultado:** A cocaína desencadeia uma estimulação exacerbada sobre o sistema simpático, com efeitos cardiovasculares e pulmonares mais proeminentes, demonstrando ocasionar aumento da frequência cardíaca e pressão sanguínea, podendo levar a disritmias, infarto pulmonar, insuficiência renal aguda, dentre outras complicações. Devido a todas essas repercussões, evitar metas hemodinâmicas extremas e minimizar a sobrecarga adrenérgica são medidas eficazes no paciente agudo; já em situações de caráter eletivo, a intubação orotraqueal requer cuidado quanto à broncoaspiração, visto que a substância pode causar retardamento do esvaziamento gástrico. Além disso, a interação farmacológica com outras drogas faz da visita pré-anestésica uma ferramenta essencial para a construção de um manejo farmacológico mais seguro. **Conclusão:** Diante de pacientes usuários de cocaína, cuidados iniciados desde a visita pré-operatória por meio de exame clínico adequado, identificação de sinais de intoxicação ou uso recente, bem como medicamentos de uso rotineiro, são fundamentais para estabelecer um manejo anestésico seguro por meio da antecipação de possíveis complicações.

Palavras-chave: Anestesia, cocaína, droga.

REFERÊNCIAS

1. Cabral L, Mildemberger M, Assis P, Almeida P, Lindolm R, Burci LM. Ação dos anestésicos locais em pacientes usuários de cocaína. Rev Gestão & Saúde. 2014;11,22-27.
2. Correa CH, Oliveira LSG, Assis JEA, Barros RTC. Anestesia no paciente usuário de crack e cocaína. Rev Med Minas Gerais. 2014;24(Supl 3):S14-9. <http://dx.doi.org/201410.5935/2238-3182.2014S012>.
3. Luft A, Mendes FF. Anestesia no paciente usuário de cocaína. Rev Bras Anesthesiol. 2007;57:3:307-14.

465 REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE IMUNOLÓGICA AO MIDAZOLAM E PROPOFOL: RELATO DE CASO

NATALIA NUNES SANTOS, FLORA MARGARIDA BARRA BISINOTTO, LAURA BISINOTTO MARTINS, MATEUS FERNANDES ALVES DOS REIS, OTAVIO ROMANINI LOPES

CET INTEGRADO DE UBERABA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESCOLA DA F.M.T.M., UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: As reações de hipersensibilidade imunológica graves em anestesia são pouco frequentes. Os agentes mais comuns são os relaxantes musculares, antibióticos e látex. Aqui relatamos o caso de hipersensibilidade ao midazolam e ao propofol. **Relato de caso:** Paciente feminina, 25 anos, índice de massa corporal 40,6 kg.m⁻², programada para gastroplastia bariátrica videolaparoscópica. Na avaliação pré-anestésica, referiu dois procedimentos (endoscopia digestiva e colocação de dispositivo intrauterino) sob anestesia e com reação alérgica grave em ambos, com necessidade de administração de adrenalina. Nos dois casos, foram utilizados midazolam, fentanil e propofol. A paciente foi avaliada por um alergista com a realização dos testes, *Prick Test* e teste intradérmico, para diagnosticar alergia ao propofol e midazolam, porém os resultados foram negativos. A hipótese dada pelo alergista foi de uma reação de hipersensibilidade com degranulação direta dos mastócitos, possivelmente pelo propofol. A paciente foi programada para a cirurgia com a orientação de não se utilizar propofol. Na sala de cirurgia, após monitorização rotineira, foi administrado midazolam (3 mg). Cerca de cinco minutos após, a paciente apresentou eritema cutâneo principalmente em face, colo e membros superiores, que evoluiu para o corpo, e discreta dificuldade respiratória e redução de murmúrios vesiculares à ausculta pulmonar. Não houve alteração nos parâmetros hemodinâmicos e a oximetria de pulso manteve-se acima de 98% com oxigênio suplementar. Recebeu hidrocortisona e difenidramina venosas e inalação de salbutamol e ipratrópio. A cirurgia foi suspensa, a medicação antialérgica mantida, e a cirurgia realizada após a normalização do quadro. Utilizaram-se como medicações anestésicas etomidato, rocurônio, remifentanil, cetamina e sevoflurano. Não houve intercorrências. Após seis meses, a paciente retornou para realização de colecistectomia. Foi feito teste provocativo com propofol (10 mg) e a paciente apresentou prurido no couro cabeludo e pápulas na região do colo. Considerou-se como uma resposta positiva e a anestesia foi conduzida com as drogas utilizadas anteriormente. **Discussão:** Este caso ilustra um quadro de reação de hipersensibilidade com ativação direta dos mastócitos, com liberação de mediadores pró-inflamatórios, a duas medicações de uso rotineiro e relativamente seguro em pacientes com história de hipersensibilidade em anestesia.

Palavras-chave: Hipersensibilidade, propofol, midazolam.

REFERÊNCIAS

1. Nucera E, Aruanno A, Buonomo A, Parrinello G, Rizzi A. Hypersensitivity reaction to midazolam: a case of cardio-respiratory failure. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37(6):1012-3. <http://dx.doi.org/10.5114/ada.2020.102128>. PMID:33603624.
2. Ebo DG, Clarke RC, Mertes PM, Platt PR, Sabato V, Sadleir PHM. Molecular mechanisms and pathophysiology of perioperative hypersensitivity and anaphylaxis: a narrative review. *Br J Anaesth.* 2019;123(1):e38-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2019.01.031>. PMID:30916022.

466 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE HUNTINGTON E DOENÇA RENAL POLICÍSTICA

THAIS RODRIGUES SILVA, FLÁVIO GOUVEIA CAMELO RAMIRO, MARINÊS DA SILVA MURICY FERREIRA
HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A Doença de Huntington (DH) é uma doença genética rara. Os principais sintomas motores são distonia, atetose e coreia. Para o paciente que precisa se submeter a algum tratamento cirúrgico, o sintoma mais perigoso é a disfagia, responsável por desnutrição e aumento de risco de aspiração.

Relato de caso: Paciente 55 anos, diagnosticado com DH há mais de 10 anos, portador de insuficiência renal crônica por doença policística, internado com sangramento por ruptura de cisto e indicação de nefrectomia. Apresentava coreia, dificuldade de deglutição e fala. Os exames laboratoriais relevantes eram: hemoglobina 6,7 mg/dl, hematócrito 19,7%, ureia 139 mg/dl e creatinina 8,6 mg/dl. Recebeu dois concentrados de hemácias (CH), realizou diálise peritoneal e foi transferido para a cirurgia. O monitoramento incluiu oximetria, ECG, pressão arterial não invasiva, análise de gases, relaxamento muscular e Bispectral Índex Scale (BIS). A indução foi feita com fentanil, lidocaína, propofol e rocurônio. A intubação orotraqueal foi realizada sem dificuldades. Após a confirmação do posicionamento, a anestesia foi mantida com bomba de infusão contínua e cateter arterial radial foi inserido para monitoramento invasivo da pressão arterial. Durante a cirurgia, foi mantido um BIS alvo entre 40 e 60. Houve perda sanguínea e instabilidade hemodinâmica, e com hemotransfusão de CH, plasma fresco congelado além de bolus de efedrina. As infusões foram suspensas ao final do procedimento e o bloqueio neuromuscular foi revertido com sugammadex. A respiração espontânea e a consciência retornaram e o tubo traqueal foi removido. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. O paciente foi para a UTI consciente e estável. **Discussão:** Do ponto de vista anestésico, a DH apresenta desafios inerentes ao estágio da doença e à interação com fármacos do seu tratamento. São descritas reações exacerbadas aos bloqueadores neuromusculares despolarizantes e períodos prolongados de recuperação após uso de tiopental ou midazolam. O uso de rocurônio e sua reversão parecem apresentar bons resultados. É recomendado manejo cuidadoso das vias aéreas pelo risco aumentado de aspiração nestes pacientes.

Palavras-chave: Huntington, Doença Renal Policística, bloqueador neuromuscular.

REFERÊNCIAS

1. Khan MH, Banerjee A. Anaesthesia and orphan disease: sugammadex in a patient with Huntington's disease undergoing thyroid lobectomy. *Eur J Anaesthesiol.* 2012;29(12):593-5. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e328356472a>. PMID:22935957.
2. White T, McGlone A, Gomez-Pastor R. Huntington's disease. *AnästH Intensivmed.* 2022;63(8):S139-44. PMID:36009526.

467 ANÁLISE DOS MELHORES ANALGÉSICOS E ANESTÉSICOS PARA MELHOR EVOLUÇÃO DOS PACIENTES SÉPTICOS

JOAO VICTOR SANTOS DAMASCENO, GABRIELA VIEIRA ARAÚJO, GUILHERME JOSÉ DE CARVALHO VIEIRA

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI, TERESINA, PI, BRASIL

Introdução: A sepse ainda é a maior causa de morbidade e mortalidade nos hospitais, devido ao envelhecimento populacional e ao seu reconhecimento precoce. A cetamina é uma droga anestésica geral de ação rápida capaz de provocar analgesia profunda. O mecanismo de ação da cetamina ocorre pelo antagonismo mediado pelo ácido N-metil D-aspartato, único entre os anestésicos e analgésicos. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo geral analisar quais os melhores analgésicos e anestésicos para pacientes sépticos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada a partir da formulação da questão de pesquisa: "evolução dos pacientes sépticos após anestesia e quais as drogas mais ideais". **Resultados:** Em uma comparação entre midazolam e etomidato na indução, não houve diferenças significativas no tempo de internação, tempo de ventilação mecânica e mortalidade no uso das duas drogas. Já quanto ao midazolam e ao propofol, notou-se que o uso do midazolam, em relação ao propofol, no protocolo de sedação leve, está relacionado a um maior tempo de internação; não houve diferenças significativas na mortalidade e nos dias de internação no uso dessas drogas. A dexmedetomidina acelera o metabolismo e a produção de glicose, de modo a reconstituir as mitocôndrias perdidas e danificadas pelos efeitos inflamatórios da sepse, principalmente no miocárdio. Propofol, midazolam e dexmedetomidina são anestésicos seguros e eficazes no tratamento sedativo em pacientes internados em UTI em tratamento de sepse, todavia, a dexmedetomidina possui o efeito mais satisfatório na proteção da pressão arterial e na função cardíaca. Por outro lado, quanto ao uso do etomidato ou cetamina (dose única), recomenda-se a cetamina devido às suas propriedades anti-inflamatórias. Por fim, a cetamina representa uma boa opção terapêutica para a sedação prolongada de pacientes com hipotensão arterial em virtude da sepse e da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS). **Conclusão:** A cetamina, por sua vez, parece ser bastante útil nos casos de sepse, devido à sua ação anti-inflamatória secundária e não gerar reações adversas graves presentes em outras drogas, como depressão respiratória. Entretanto, estudos sobre o efeito endotelial da droga ainda precisam ser conduzidos para avaliar risco e benefício.

Palavras-chave: Sepse, anestesia, evolução.

REFERÊNCIAS

1. Chen Y, Cao S, Chen H, Yin C, Xu X, Yang Z. Dexmedetomidine preconditioning reduces myocardial ischemia-reperfusion injury in rats by inhibiting the PERK pathway. *Arq Bras Cardiol.* 2021;117(6):1134-44. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200672>. PMID:34644786.
2. Miyagawa N, Kawazoe Y, Sato T, et al. Comparison between midazolam and propofol in acute phase for ventilated patients with sepsis: a *post-hoc* analysis of the DESIRE trial. *Acute Med Surg.* 2022;9(1):e746. <http://dx.doi.org/10.1002/ams2.746>. PMID:35414941.

468 BLOOD PATCH EPIDURAL EM CEFALeia PÓS-RAQUIANESTESIA COM OITO MESES DE DURAÇÃO: RELATO DE CASO

CESAR AUGUSTO OUTA UMEZAWA

CET DA UNIV.FEDERAL DE SANTA CATARINA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIV.POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Cefaleia pós-raquianestesia é uma complicação de etiologia incerta, mas acredita-se que o vazamento de LCR em uma taxa maior que a produção acarreta hipotensão liquórica, e entre os fatores de risco estão adulto jovem, mulher, gestante, cefaleia prévia, tipo e tamanho da agulha. São considerados três possíveis mecanismos: hipotensão liquórica resulta em venodilatação meníngea e expansão do volume sanguíneo, com cefaleia por distensão venosa aguda; hipotensão intracraniana por vazamento de LCR causa dor pela flacidez das estruturas intracranianas, e estiramento dos nervos intracranianos sensoriais; a elasticidade craneoespinal alterada resulta em aumento da complacência caudal em relação à intracraniana e venodilatação intracraniana aguda em ortostase. L.W.N, 23 anos, sem alergias e comorbidades, puérpera, com histórico de cefaleia, admitida referindo cefaleia associada a cervicalgia, agudizada em ortostase com melhora em decúbito dorsal. Realizou cesárea há oito meses, com cefaleia pós-raquianestesia manejada com analgésicos, cafeína e hidratação, e após resolução do quadro teve alta hospitalar, porém, com os esforços destinados ao cuidado do RN, a mesma referiu recidiva dos sintomas. Há dois meses em acompanhamento com a Neurologia, após falha do manejo clínico e RNM de neuroeixo sem sinais de pneumoencéfalo, fistula ou hipotensão liquórica, foi discutido com a Anestesiologia, a realização do Blood Patch Epidural (BPE). O procedimento foi realizado com a paciente em decúbito lateral esquerdo, punção realizada no espaço L3-L4, agulha Tuohy 18G, e inseridos 20 ml de sangue coletado após venóclise em braço esquerdo. Após o procedimento, a paciente foi mantida em decúbito dorsal por duas horas. Paciente referiu resolução da queixa, confirmada em seguimento ambulatorial. Embora a cefaleia pós-raquianestesia geralmente se resolva espontaneamente, causa morbidade significativa em puérperas. Interfere na capacidade da mãe de cuidar de si e do RN, podendo evoluir para cefaleia crônica. O BPE é o tratamento padrão para cefaleia pós-raquianestesia, embora o mecanismo ainda não seja claro. Acredita-se que o sangue comprima diretamente o saco tecal, aumentando assim a pressão liquórica e intracraniana. Também pode obstruir o vazamento de LCR e iniciar uma reação inflamatória que facilita a cicatrização do local da punção. O BPE não é isento de riscos e lombalgia, lesões nervosas e infecção são complicações relacionadas, porém apresenta maior benefício frente aos riscos, quando indicado.

Palavras-chave: Raquianestesia, blood patch epidural.

REFERÊNCIAS

1. Miller RD, Eriksson Lars I, Fleisher LA et al. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
2. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK et al. Clinical anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

469 MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA, NEUROMONITORIZAÇÃO E CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA DE EMERGÊNCIA EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA

IGOR LOUZA PEREIRA, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, LORENZO LEITE DINO, MATHEUS BESERRA BRAGA, SAULO FERNANDO NIEDERAUER DE OLIVEIRA

CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A parada cardíaca perioperatória é um evento grave e que apresenta incidência aumentada em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca¹. Nesse sentido, a monitorização e as condutas devem ser otimizadas com a finalidade de melhor assisti-los. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 54 anos, 74 kg, 1,53 m, IMC 31.69 kg/m², portadora de dupla lesão aórtica (estenose grave e insuficiência moderada) de origem degenerativa. Em programação cirúrgica para troca de valva aórtica por toracotomia. Hipertensa, Diabética tipo 2 não insulínica, dislipidêmica, tabagista 72 maços-ano, obesa. Bloqueio do plano eretor da espinha (ESP) bilateralmente guiado por USG com Ropivacaína 0,5% 20 ml. Puncionado cateter de pressão arterial invasiva em artéria radial direita. Neuromonitorização com BIS. Iniciada indução anestésica com Fentanil 200 mcg, Etomidato 10 mg, Rocurônio 60 mg, sem intercorrências. Manutenção com Sevoflurano 2%, Precedex em infusão contínua 0,3 mcg/kg/min. Puncionado acesso venoso central tripla via com Presep. Após toracotomia, durante manipulação e estímulo pericárdico, paciente evoluiu com fibrilação ventricular sem pulso. Realizada massagem cardíaca, três ciclos de adrenalina e quatro desfibrilações, totalizando 12 minutos de parada até a introdução da Circulação Extracorpórea. Durante o evento, a PAM variou de 0 a 40 mmHg, apresentou queda do BIS para zero e taxa de supressão de 82. Durante a CEC, apresentou recuperação do BIS; anestesia venosa total foi instituída com alvo entre 40-60. Instituída hipotermia moderada e estratégia alpha-STAT de correção do pH. O tempo de CEC foi de 116 minutos e o tempo de clampe, 72 minutos. Durante o desmame da CEC, apresentou novamente FV responsiva a cardioversão elétrica. Estava em uso de dobutamina 3 mcg/kg/min e noradrenalina 0,1 mcg/kg/min. Encaminhada a UTI para procedimento de extubação. A cirurgia teve duração total de quatro horas. Após três horas do procedimento, a paciente foi extubada sem intercorrências. Apresentando bom status neurológico. Sem consciência intraoperatória. Avaliação cognitiva e motora realizada após 48 horas não apresentou nenhum sinal de perda de função. **Discussão:** PCR intraoperatória em cirurgia cardíaca apresenta alta incidência, boa sobrevida (69%) e baixa incidência de recuperação cognitiva (25%)². Monitorização adequada e sistematização do atendimento com disponibilidade de CEC de emergência pode melhorar os desfechos³.

Palavras-chave: Neuromonitorização, monitorização hemodinâmica, circulação extracorpórea de emergência.

REFERÊNCIAS

1. Braz LG, Morais AC, Sanchez R, et al. Epidemiologia de parada cardíaca e de mortalidade perioperatória no Brasil: revisão sistemática. Braz J Anesthesiol. 2020;70(2):82-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.004>. PMID:32475700.
2. Gimenes ARS, Coutinho CS, Ribeiro TPB. Estatísticas de sobrevida em pacientes pós-parada cardiorrespiratória. Rev Ibero-Amer Humanid, Ciênc Educ. 2021;7(10):3306-19. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.3045>.
3. Sebbag I, Carmona MJ, Gonzalez MM, et al. Frequency of intraoperative cardiac arrest and medium-term survival. Sao Paulo Med J. 2013;131(5):309-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2013.1315507>. PMID:24310799.

471 MINIRREVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A INCIDÊNCIA DE DELIRIUM EM PEDIATRIA COM O USO DE DEXMEDETOMIDINA VERSUS SEVOFLURANO

ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, MARIANA JORJUTTI FERREIRA, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

O delirium emergente (DE) é uma complicação pós-operatória comum após anestesia pediátrica com uma incidência relatada de aproximadamente 25%. O DE é uma complicação indesejada por si só e também pode levar a outros eventos adversos significativos, incluindo lesões ao paciente, danos aos locais de incisão, ansiedade parental exacerbada e aumento dos requisitos de enfermagem. Existem dados limitados sobre as opções de tratamento para delírio de emergência, portanto, a profilaxia preventiva é um pilar importante na gestão desta complicação perioperatória. O objetivo do estudo atual foi realizar uma revisão sistemática da literatura para comparar o efeito da dexmedetomidina (DEX) intraoperatória na incidência de DE em uma população pediátrica com uma anestesia baseada no uso de sevoflurano (SEV). **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com busca de artigos no EMBASE e NCBI, com protocolo registrado na Plataforma PROSPERO (CRD42022345462) da Universidade de York, UK e desenvolvido de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) guidelines*. **Resultados:** Foi encontrado na literatura um total de 48 artigos, dos quais 33 foram excluídos, sendo analisados um total de 15 artigos. O número total de pacientes foi de 1.084 pacientes, com faixa etária de 5,4 anos e peso de 20,9 kg, sendo que, destes, 543 indivíduos usaram DEX, com uma incidência de DE de 14,6%, enquanto o grupo controle apresentou uma taxa de 30,5%. O tempo médio da cirurgia foi de 42,7 minutos e da anestesia de 51,2 minutos, sendo que a concentração de SEV variou de 1,89 a 2,16%. Além disso, os pacientes que fizeram o uso de DEX apresentaram menos dor e incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório (7,5% e 2,9%) quando comparados ao grupo controle (13,62% e 10,8%), respectivamente. **Conclusões:** A priori, o uso de DEX no intraoperatório como adjuvante em uma anestesia à base de sevoflurano parece diminuir a incidência de DE em pacientes pediátricos, além de diminuir a necessidade de uso de opioides no pós-operatório imediato, bem como diminui a incidência de NVPO. Ademais, é necessária a realização de análises estatísticas para melhor avaliação e acurácia dos resultados apresentados.

Palavras-chave: Dexmedetomidina, sevoflurano, delirium pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Shi M, Miao S, Gu T, Wang D, Zhang H, Liu J. Dexmedetomidine for the prevention of emergence delirium and postoperative behavioral changes in pediatric patients with sevoflurane anesthesia: a double-blind, randomized trial. *Drug Des Devel Ther.* 2019;13:897-905. <http://dx.doi.org/10.2147/DDDT.S196075>. PMID:30936683.
2. Wang HY, Chen TY, Li DJ, et al. Association of pharmacological prophylaxis with the risk of pediatric emergence delirium after sevoflurane anesthesia: an updated network meta-analysis. *J Clin Anesth.* 2021;75:110488. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110488>. PMID:34481361.
3. Ramachandran A, Palanisamy N, Vidya MV, Zachariah M, George SK, Ranjan RV. Comparison of dexmedetomidine in two different doses on emergence agitation in children under sevoflurane anaesthesia: a double-blind randomised controlled trial. *Indian J Anaesth.* 2021;65(7):519-24. http://dx.doi.org/10.4103/ija.IJA_168_21. PMID:34321682.

473 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM TUMOR DE WILMS BILATERAL: RELATO DE CASO

ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, JOÃO GUILHERME ALVES DE ANDRADE, JULIANA CARVALHO NASCIMENTO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: Tumor de Wilms (TW) é um tumor embrionário derivado do metanefro, sendo a tumoração abdominal (TA) mais comum nos pacientes pediátricos. Tumores bilaterais correspondem a 4-13% dos casos, podendo ser sincrônicos ou metacrônicos. Costuma ser identificado incidentalmente entre 1-5 anos de idade. **Relato de caso:** Paciente masculino, um ano e 10 meses, 80 cm, 11 kg, com aumento do volume abdominal e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Tomografia computadorizada evidenciou formações expansivas renais bilaterais, heterogêneas e sólidas. Após quimioterapia neoadjuvante, realizada abordagem cirúrgica em dois tempos. Optou-se por anestesia geral balanceada e bloqueio epidural em ambos, mantendo cateter epidural. Realizada monitorização padrão e monitorização de pressão arterial invasiva, profundidade anestésica e bloqueio neuromuscular. No primeiro tempo cirúrgico: ressecção tumoral e nefrectomia parcial direita, com sangramento moderado, sendo administrados 10 mL/kg/h de plasmalyte e 10 mL/kg de concentrado de hemácias. Após 23 dias, segundo tempo cirúrgico: nefrectomia total esquerda, pois veia renal acometida pelo tumor. Sangramento discreto, sendo administrados 15 ml/kg/h de plasmalyte albuminado a 4% e baixas doses de norepinefrina. Recuperação em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica, onde houve controle algico via cateter epidural, com ropivacaína 0,125% 5 mL + 10 mcg/kg de morfina. Paciente recebeu alta da UTI no quarto dia PO e alta hospitalar no oitavo dia PO. **Discussão:** TW sincrônico é mais comum no sexo feminino, com apresentação mais precoce, frequentemente associado a síndromes genéticas, características ausentes neste caso. TA palpável ao exame físico é a apresentação mais comum, podendo haver hematúria, coagulopatia e HAS. O paciente apresentou-se com TA palpável e HAS ao diagnóstico. Exames de imagem são importantes para delimitar extensão tumoral, além de metástases. Neste caso, foi evidenciado invasão de veia renal esquerda, sem focos metastáticos. Crianças com TW bilateral têm piores resultados do que aquelas com TW unilateral (sobrevida, insuficiência renal e toxicidade quimioterápica). A nefrectomia parcial é tecnicamente viável e deve ser oferecida à maioria das crianças com TW bilateral. No caso relatado, devido ao acometimento de veia renal esquerda, realizada nefrectomia total. Os cuidados anestésicos visam a potencial perda sanguínea maciça e adequada analgesia pós-operatória, devendo-se descartar coagulopatias, se anestesia neuroaxial.

Palavras-chave: Nefrectomia, Tumor de Wilms Bilateral, Tumor de Wilms Sincrônico.

REFERÊNCIAS

1. Irtan S, Ehrlich PF, Pritchard-Jones K. Wilms tumor: "State-of-the-art" update, 2016. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25(5):250-6. <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2016.09.003>. PMID:27955727.
2. Yoshikawa H, Sato T, Ishikawa T, et al. Potential benefits of rapid genetic testing for germline WT1 in infants with bilateral renal tumors: a case report. *Pediatr Blood Cancer.* 2022;69(2):e29368. <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.29368>. PMID:34558169.

474 ANESTESIA PARA TRATAMENTO INTRAPARTO EXTRAUTERINO (EXIT) EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE MASSA CERVICAL: RELATO DE CASO

ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, AMANDA LEÃO LINS E MELLO, DENISE CRISTINA PEREIRA SANTOS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, HUGO THIAGO TÔRRES DA SILVA

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP, RECIFE-PE, BRASIL, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: O Tratamento Intraparto Extrauterino (*ex-utero intrapartum treatment*- EXIT) é um procedimento com exteriorização fetal parcial do útero, preservando fluxo sanguíneo placentário (FSP). Visa manter anestesia e imobilidade materno-fetal, além de relaxamento uterino. Usualmente indicada para assegurar via aérea (VA) fetal em casos de obstrução por massas cervicais. **Relato de caso:** Mulher, 32 anos, G4P3A0, 37 semanas gestacionais, ASA 2, Mallampatti 2, cujo feto teve diagnóstico pré-natal de massa cervical de 7,8 cm no maior eixo, com obstrução de VA. Programado EXIT para intubação orotraqueal (IOT) fetal. Optou-se por anestesia geral balanceada, monitoração materna com plestimografia, cardioscopia, pressão arterial não invasiva, termômetro e capnógrafo. Realizada pré-oxigenação com máscara facial, indução venosa (EV) da anestesia com midazolam 5 mg, fentanil 250µg, propofol 120 mg, cetamina 25 mg e succinilcolina 70 mg. IOT sob laringoscopia direta (LD), sem intercorrências. Administrado rocurônio 60 mg EV, em seguida. Manutenção da anestesia com sevoflurano inalatório a 3%. Infundidos 2.000 mL de cristalóide e ajuste pressórico com bolus de metaraminol EV (dose total: 6 mg). Após histerectomia, exteriorizados polos cefálico e cervical de feto vivo. Monitoração fetal consistiu no controle manual dos batimentos do cordão umbilical e inspeção visual. Tentada IOT, sob LD com auxílio de bougie neonatal, porém, sem êxito na passagem de cânula orotraqueal pela glote. Indicada traqueostomia, porém, após 80 minutos, a traqueia não foi localizada por cirurgião pediátrico. Realizado clampeamento do cordão umbilical e declarado óbito fetal. Administrados à mãe 20UI de ocitocina EV e ácido tranexâmico 1 g EV, com controle de tônus uterino. Ao final do procedimento, realizado bloqueio do plano transversal do abdome bilateral, com ropivacaína 0,5% 20 mL, guiado por USG, e morfina EV 5 mg, para analgesia. Bloqueio neuromuscular revertido com neostigmina 2 mg e atropina 1 mg EV, extubação sem intercorrências. **Discussão:** A manutenção do FSP é fundamental para garantir VA definitiva em situações de massas cervicais fetais. No caso relatado, apesar do desfecho negativo por provável agenesia de traqueia associada à massa cervical, o relaxamento uterino foi satisfatório e a pressão arterial média mantida acima de 70 mmHg durante todo o procedimento, além de promovidas adequadas analgesia e imobilidade fetais, imprescindíveis para laringoscopia e instrumentalização.

Palavras-chave: tratamento intraparto extrauterino, massa cervical, vias aéreas.

REFERÊNCIAS

1. Chung W, Lim C. Intraoperative management for ex-utero intrapartum treatment: focus in gonthe fetus. *Anesth Pain Med (Seoul)*. 2021;16(4):329-37. <http://dx.doi.org/10.17085/apm.21097>. PMID:35139613.
2. Oliveira E, Pereira P, Retroz C, Mártires E. Anestesia para procedimento EXIT (tratamento extraútero intraparto) em malformação congênita cervical – um desafio para o anestesiolista. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015;65(6):529-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.08.001>.

475 SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM PADRÃO DE WELLENS PRÉ-CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PROLAPSO UTERINO: RELATO DE CASO

BRUNO FERREIRA GIMENES, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, BEATRIZ RODRIGUES PEREIRA, GUSTAVO GIORGIO DE CAMPOS, MATHEUS CAMPELLO VIEIRA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Infarto agudo do miocárdio é a complicação vascular perioperatória mais comum e um marcador notório de aumento de mortalidade nos 30 dias após a cirurgia. A otimização clínica pré-operatória é uma meta, assim como a monitorização, identificação precoce e abordagem terapêutica em tempo oportuno. O padrão de Wellens é um preditor de risco de obstrução coronária e o conhecimento deste achado eletrocardiográfico é de grande importância. **Relato:** Paciente sexo feminino, 87 anos, ASA III, hipertensa, em uso de Captopril 50 mg ao dia, com diagnóstico de prolapso uterino grau 3. Apresentou exames pré-operatórios normais, ECG realizado 30 dias antes do procedimento sem alterações. Em programação para realização de histerectomia vaginal e após monitorização básica em sala de cirurgia, observou-se supradesnivelamento do segmento ST no monitor cardíaco, PA de 190 x 100 mmHg, assintomática. A cirurgia foi suspensa, foram solicitados ECG de 12 derivações e enzimas cardíacas. O ECG apresentou padrão de Wellens, com inversão de onda T em derivações de V1 a V5, ausência de supradesnivelamento de ST, troponina ultrasensível apresentou resultado de 79 ng/L no tempo zero e 70 ng/L no tempo duas horas (valor de referência < 38,74 ng/L). Após realização de cateterismo cardíaco, foi constatada obstrução acentuada (80%) na artéria descendente anterior (ADA), sendo realizada angioplastia nesta artéria. Paciente teve alta hospitalar após oito dias com tratamento farmacológico otimizado. **Discussão:** O padrão eletrocardiográfico de Wellens consiste em ondas T bifásicas ou simétricas e invertidas em derivações da parede anterior, mais comuns em V2 e V3, e pequeno ou ausência de supradesnivelamento de ST ou alterações de marcadores de necrose miocárdica, critérios estes encontrados no caso descrito. Como este padrão tem estreita relação com estenose crítica da ADA, a cirurgia foi suspensa e uma investigação de síndrome coronariana foi realizada. De fato, foi observada obstrução na ADA com necessidade de angioplastia. Sabe-se que a maioria dos eventos isquêmicos perioperatórios são silenciosos com difícil diagnóstico devido a inconsciência ou antinocicepção proporcionadas pela anestesia, necessitando de elevada suspeição clínica. Assim, reconhecer o padrão eletrocardiográfico de Wellens ganha importância no cenário anestesiológico tendo em vista a possível redução de mortalidade e morbidade que o diagnóstico e tratamento precoce desses desfechos acarretam.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda, assistência perioperatória, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Devereaux PJ, Xavier D, Pogue J, et al. Characteristics and short-term prognosis of perioperative myocardial infarction in patients undergoing noncardiac surgery: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2011;154(8):523-8. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-154-8-201104190-00003>. PMID:21502650.
2. Rhinehardt J, Brady WJ, Perron AD, Mattu A. Electrocardiographic manifestations of Wellens' syndrome. *Am J Emerg Med.* 2002;20(7):638-43. <http://dx.doi.org/10.1053/ajem.2002.34800>. PMID:12442245.
3. Miller RD. *Miller's Anesthesia.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2015.

476 MANEJO ANESTÉSICO DE GESTANTE COM SÍNDROME DE JARCHO-LEVIN SUBMETIDA A CESARIANA COM RAQUIANESTESIA: RELATO DE CASO

ANTONIO RICARDO BARBOSA JUNIOR, ANDREA MELO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, BIANCA JUGURTA VIEIRA DE LIMA ALVES, BRUNO RAFAEL TAVARES DIAS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Jarcho-Levin (SJL) é responsável por displasia significativa da coluna vertebral e arcabouço costal (que pode traduzir-se em dificuldade de manipulação de via aérea), associada a alterações cardíacas, respiratórias e renais. O manejo anestésico de gestantes possuidoras desta síndrome é desafiador devido às modificações anatômicas e fisiológicas promovidas simultaneamente pelas duas condições. Anestesia neuroaxial é tecnicamente difícil devido às alterações estruturais da coluna vertebral.

Relato de caso: Mulher de 36 anos, 48 kg, 1,51 m, 37 semanas gestacionais, G1P0A0, portadora de SJL e pré-eclâmpsia, indicada cesariana por parada secundária da descida. Em avaliação pré-anestésica, ASA III, boa capacidade funcional, sem outras comorbidades. Apresentava abertura bucal limitada, restrição da extensão da cabeça, pescoço curto e Mallampati 3, além de desvio acentuado em coluna vertebral na região cervicotoracolombar, sem déficit de força, sensibilidade ou coordenação. Optou-se por realização de raquianestesia, sem sedação. Paciente apresentava jejum de oito horas, pressão arterial de 140 mm × 90 mmHg, SpO₂: 98%, frequência cardíaca de 89 bpm, T: 36°C, sem sinais de iminência de eclâmpsia. Raquianestesia realizada no nível de L4-L5 com agulha Quincke 25G, punção subaracnóidea mediana com correção para direita por acentuado desvio, com refluxo de líquido cefalorraquidiano límpido após terceira tentativa. Administrados 11,5 mg de bupivacaína hiperbárica a 0,5% e 80µg de morfina, sendo constatado bloqueio sensitivo bilateral e ausência de bloqueio motor à direita. Constatado nascimento de neonato com boa vitalidade. A cirurgia durou 65 minutos, sem intercorrências: paciente encaminhada para sala de recuperação pós-anestésica ao término. Pós-operatório materno sem complicações. **Discussão:** A SJL é um distúrbio congênito raro caracterizado por anomalias vertebrais distintas, além de defeitos da fusão costovertebral que resultam em uma cavidade torácica menor. Parte da morbidade associada a essa síndrome é devido ao desenvolvimento cardiopulmonar restritivo com hipertensão pulmonar e insuficiência ventricular direita. Anomalias das vias aéreas também são observadas nessa síndrome. Desta forma, a anestesia desses pacientes traz desafios em relação ao posicionamento, modificações anatômicas, manejos hemodinâmico e respiratório, além de apresentar literatura disponível escassa.

Palavras-chave: Síndrome de Jarcho-Levin, anestesiologia, obstetrícia.

REFERÊNCIAS

1. Geze S, Arslan U, Tusat M. Anestesia em criança com síndrome de Jarcho-Levin: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2015;65(5):414-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.12.005>. PMID:26363698.
2. Dolak JA. Spinal anesthesia for cesarean delivery in a parturiente with spondylocostal dysostosis. Toronto: Canadian Anesthesiologists' Society; 2009

478 ANESTESIA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND E HEMATÚRIA: RELATO DE CASO

JULIA RESENDE COSTA, CAROLINE GONTIJO GONCALVES MANSO, JOAO ANTONIO PINTO DE CAMARGOS, LEONARDO DE QUEIROZ GOMES BELLIGOLI, TACIANA DINIZ MELGAÇO E SILVA

COMPLEXO DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL

Introdução: A Doença de von Willebrand (DVW) deve-se ao defeito quantitativo e/ou qualitativo do fator de Von Willebrand, podendo levar a complicações hemorrágicas em procedimentos cirúrgicos. É a coagulopatia mais prevalente: cerca de um em cada 100 indivíduos, sendo relevante atenção na prática anestésica.

Relato de caso: Paciente masculino, 45 anos, portador de DVW tipo I, sem outras comorbidades, com hematúria decorrente de hemangioma vesical há um mês, repercutindo com queda hematimétrica. Indicada cistectomia parcial para tratamento. À avaliação pré-anestésica, ASA III: apresentando sangramento de vias urinárias ativo, queda em dois pontos do nível basal de hemoglobina mesmo com uso de desmopressina (DDAVP); histórico cirúrgico de sangramento aumentado em pós-operatório de rinoplastia na adolescência, quando diagnosticada a DVW. Preparado em conjunto a hematologia, recebeu DDAVP 20 mcg uma hora antes da cirurgia, sem aplicação de ácido tranexâmico. Feito reserva de crioprecipitado, plaquetas e concentrado de hemácias previamente. Optou-se por anestesia geral multimodal com lidocaína, sufentanil, cetamina, clonidina, metadona e remifentanil, sem bloqueio de neuroeixo; monitorização invasiva (pressão intra-arterial, diurese em sonda de demora, acesso venoso periférico jelco 16). Procedimento sem intercorrências, sem sangramento aumentado, paciente encaminhado ao CTI no pós-operatório extubado, estável, sem queixas algicas. **Discussão:** A DVW é dividida nos Tipos 1, 2 e 3, sendo, respectivamente, deficiência quantitativa, qualitativa e ausência do fator de Von Willebrand. Conhecer sua fisiopatologia é importante na anestesiologia, devido à prevalência e ao risco de complicações hemorrágicas. Pacientes submetidos a cirurgias de grande porte necessitam de terapia profilática, a saber: administração de DDAVP, concentrado de fator VIII e plaquetas. A necessidade de cada intervenção depende do tipo da doença e do estado de coagulação. Utilizada DDAVP pela boa resposta em DVW tipo I, e não administrado ácido tranexâmico devido ao risco de obstrução de vias urinárias por coágulos. Ressalta-se a importância da avaliação pré-anestésica adequada e preparo pré-operatório para a segurança do paciente, bem como a assistência interespecialidades. Ademais, a escolha da melhor técnica anestésica, no caso, evitar bloqueio de neuroeixo devido ao risco de hematomas, além de monitorização intraoperatória adequada, individualizada, possibilita melhores desfechos para o paciente.

Palavras-chave: Doença de von Willebrand, coagulopatia, hemorragia.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa FT, Cunha RM, Barbosa LT. Doença de von Willebrand e anestesia. Rev Bras Anesthesiol. 2007;57(3):315-23. PMID:19466367.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [citado em 2023 Jan 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tratamento_willebrand.pdf

479 ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE ESTRABISMO EM PACIENTE PORTADOR DE MIASTENIA GRAVIS

MORGANA JUNQUEIRA VILELA, DANIELE TONDOLO MARTINS, NÁDIA MUNHOZ PONCE

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

Introdução: A *miastenia gravis* (MG) é uma doença autoimune determinada pela ligação de autoanticorpos às subunidades alfa dos receptores de acetilcolina na junção neuromuscular, manifestando-se por fraqueza da musculatura esquelética. A gravidade está relacionada ao título de anticorpos e ao grau de destruição da membrana pós-juncional. Há maior prevalência em mulheres jovens e homens de meia-idade. Pode ser localizada ou generalizada, o acometimento ocular é o de maior incidência na doença. **Relato de caso:** Masculino, 45 anos, 75 kg, 1,70 m, portador de MG em uso de piridostigmina e azatioprina, interna para correção de estrabismo no olho direito. Constatados preditores de via aérea difícil, mallampati III e retrognatismo, além de leucopenia ($3.800/\text{mm}^3$) em exames laboratoriais. Chega em centro cirúrgico lúcido, eupneico, FC 82 bpm, PA 136 mm x 75 mmHg. Técnica anestésica: sedação com propofol 40 mg, acompanhado de bloqueio retrobulbar inferotemporal direito com lidocaína sem vaso 2% 1 mL e bupivacaína 0,75% 4 mL com hialuronidase 100 UI, através de agulha 25x0,6 mm, após aspiração negativa de conteúdo hemático, sob técnica asséptica. Procedimento cirúrgico-anestésico transcorreu sem intercorrências. **Discussão:** A consulta pré-anestésica é fundamental para avaliar o grau de evolução da doença, grupamento muscular acometido, uso de medicações e otimização do quadro respiratório. A escolha da técnica anestésica deve dar preferência às técnicas como os bloqueios regionais ou de neuroeixo. O uso de anestésicos locais do grupo amida devem ser priorizados por não necessitarem metabolização por via das pseudocolinesterases. Caso a anestesia geral seja a primeira ou única opção, a anestesia venosa total é preferível, pois halogenados podem interferir na transmissão neuromuscular e prolongar o relaxamento. Antibióticos como aminoglicosídeos, tetraciclina, antiarrítmicos, betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio devem ser evitados, além de benzodiazepínicos e opioides, pois acentuam a fraqueza muscular com prolongamento da sua ação. Além disso, os sintomas clínicos e a sensibilidade aos bloqueadores neuromusculares estão intimamente ligados entre a perda de receptores de acetilcolina e a atividade dos receptores remanescentes. A diminuição e a função dos mesmos na placa motora interfere na resposta à acetilcolina, aumenta a resistência aos bloqueadores neuromusculares (BNMs) despolarizantes, como a succinilcolina, e aumenta a sensibilidade aos BNMs adespolarizantes.

Palavras-chave: Miastenia Gravis, anestesia oftalmológica, doença autoimune e anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Nocite JR. Miastenia Gravis e anestesia. *Braz J Anesthesiol.* 1990;40(6):443-8.
2. Castello Branco ACS, Souto Maior FN, Ramalho LSN, et al. Atualizações e perspectivas na Miastenia Gravis. *R Bras Ci Saúde.* 2011;15(4):493-506. <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.04.17>.
3. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.169, de 19 de Novembro de 2015. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Miastenia Gravis. *Diário Oficial da União;* 2015.

480 ANESTESIA EM PACIENTE COM TAMPONAMENTO CARDÍACO: UM DESAFIO HEMODINÂMICO

MORGANA JUNQUEIRA VILELA, MARTIN CARNAGHI, NÁDIA MUNHOZ PONCE

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

O pericárdio é um saco fibrocolagenoso em forma de cone que reveste o coração, contendo em seu interior uma pequena quantidade de fluido seroso. Quando há aumento súbito no volume deste líquido, associado à restrição ao enchimento ventricular, pode ocorrer o tamponamento cardíaco. Apenas 50 mL de forma aguda já podem ser suficientes para que surjam sinais e sintomas. A tríade clássica de Beck inclui turgência de jugular, hipotensão arterial e hipofonese das bulhas cardíacas, podendo haver também o sinal de Kussmaul e pulso paradoxal. **Relato de caso:** Feminina, 37 anos, 68 kg, hígida, histórico de tosse não produtiva persistente há 10 dias associado a aumento do diâmetro cervical, astenia e disfagia para sólidos. Após investigação com tomografia computadorizada de tórax, evidenciada massa volumosa em mediastino anterior em íntimo contato com aorta ascendente e arco aórtico, comprimindo coração e tronco da artéria pulmonar, sem sinais de invasão, associado a linfonodo com dimensões aumentadas em cadeia supraclavicular medial esquerda. O ecocardiograma transtorácico constatou átrio esquerdo com imagem sugestiva de compressão extracardiaca e presença de derrame pericárdico volumoso circunferencial com sinais de repercussão hemodinâmica. Indicada pericardiotomia. Ao centro cirúrgico lúcida, dispneica, pletórica, com turgência de jugular, taquicárdica (130 bpm). Monitorizada com pressão em artéria radial direita (70 mmHg). Realizada anestesia geral balanceada, indução com sufentanil 20 mcg, lidocaína sem vaso 100 mg, etomidato 15 mg e rocurônio 40 mg. Incisão cirúrgica por via subxifoide, drenados 200 mL de líquido de aspecto mucinoso, sendo o mesmo enviado a estudo anatomopatológico. Após drenagem, paciente foi extubada e encaminhada a UTI, hemodinamicamente estável. **Discussão:** O acúmulo de líquido aumenta a pressão no saco pericárdico, ocasionando restrição ao enchimento diastólico dos ventrículos (cardiomiopatia restritiva). Como consequência, há decréscimo nos volumes sistólicos, fração de ejeção e débito cardíaco. Dentre os mecanismos compensatórios desenvolvidos frente a esta obstrução mecânica, cita-se ativação adrenérgica intensa, com vasoconstrição e taquicardia. A conduta anestésica chave é manter o paciente estável com a menor interferência possível nestes mecanismos compensatórios. A monitorização eletrocardiográfica é de importância devido à possibilidade de ocorrerem disritmias cardíacas e isquemia do miocárdio.

Palavras-chave: tamponamento cardíaco, estabilidade hemodinâmica, anestesia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Lima LGR, Diego LAS, Gendzel H. Anestesia para drenagem pericárdica: uma indicação para ouetamina em infusão contínua associada ao óxido nitroso e oxigênio? Braz J Anesthesiol. 1985;35(3):199-202.
2. de Miranda Bruno FE, Vasconcelos Arruda UV, Villar e Silva G, et al. Anestesia no paciente com derrame pericárdico: um caso incomum de pericardite efusiva-constritiva. Arq Bras Med Naval. 2021;82(1):56-61.
3. Palma JH, Gaia DF, Guilhen JC, Branco JN, Buffolo E. Video-thoracoscopic pericardial drainage in the treatment of pericardial effusions. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2009;24(1):44-9. PMID:19504018.

481 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR E ANEURISMA VENOSO PÉLVICO: RELATO DE CASO

NATÁLIA CONSUÊLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, ANDRÉ AUGUSTO CARAZZATTO DE SIENI, FLAVIO COELHO BARROSO, LAIS RODRIGUES FARIAS, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Agenesia da veia cava inferior (VCI) é uma má formação rara (0,005-1%), que tem como mecanismo compensatório a dilatação da circulação colateral (CL) constituída pelo plexo venoso lombar, sistema ázigos (A) e hemiázigos (HA). No entanto, há lentidão do fluxo sanguíneo (FS) nesses vasos e maior propensão a estase venosa (EV) e trombose. Somando-se a isso, as alterações fisiológicas da gestação e implicações hemodinâmicas (HD) da anestesia, o desfecho pode ser desfavorável se não acompanhado por adequado manejo perioperatório. **Relato de caso:** Paciente 45 anos, IMC 39, 37ª semana de gestação, submetida a cesárea. Em Tomografia, constatada agenesia de VCI, aneurisma venoso pélvico (5,8 cm) e dilatação da CL pélvica e paravertebral pelo complexo A e HA. Indução anestésica em sequência rápida com Fentanil, Propofol e Rocurônio, precedida por monitorização e punção de acesso venoso periférico calibroso, confirmada intubação traqueal com capnografia e manutenção com Sevoflurano (S) 2%. Após nascimento, transacionado para Propofol e Remifentanil em TCI Marsh e Minto, respectivamente, associado a 1/3 CAM de S prevenindo consciência intraoperatória e minimizando influências na contratilidade uterina e possíveis sangramentos. Mantido rigoroso controle HD e ventilatório, com infusão de Ringer Lactato 1.500 mL e metaraminol, a fim de manter adequados retorno venoso, pré-carga e circulação uteroplacentária (UP). Ao nascimento, escala de APGAR 9/10 e, após clipagem de cordão umbilical, administrados ocitocina 10 UI lentamente, seguido de infusão de dipirona, cetoprofeno, tramadol e ondansetrona. Bom desfecho materno-fetal ao fim da cirurgia (1h35 min), seguindo-se com bloqueio do plano transversal abdominal guiado por ultrassonografia e injetado Ropivacaína a 0,5% 20 mL bilateral. Por fim, despertar anestésico após reversão de bloqueio neuromuscular (NM) com sugamadex guiado por monitorização da junção NM. Alta após dois dias, sem eventos trombóticos, com hemodinâmica estável e sem queixas. **Discussão:** O manejo anestésico, através da anestesia geral e focado no adequado controle HD com manutenção do retorno venoso, da pré e pós-carga e da circulação UP, possibilitou minimização da EV e prevenção de complicações, diferentemente do bloqueio do neuroeixo, que, por gerar vasodilatação, poderia acentuar a lentificação do FS nas colaterais, o que, somado a compressão do útero gravídico e ausência da VCI, aumentaria o risco de trombose e desfechos materno-fetais desfavoráveis.

Palavras-chave: Agenesia de veia cava inferior, cesárea, manejo anestésico.

REFERÊNCIAS

1. Gensas CS, Pires LM, Kruse ML, et al. Agenesia da veia cava inferior. Rev. Bras. Cardiol. Invasiva. 2012;20(4):427-30. <https://doi.org/10.1590/S2179-83972012000400015>.
2. Gamermann PW, Schultz L, Stahlschmidt A, Passos SC. Anestesia em obstetrícia. In: Manica J. Anestesiologia. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 991-1007.

482 ANAFILAXIA EM PACIENTE SUBMETIDA A APENDICECTOMIA CONVENCIONAL: RELATO DE CASO

MARIANA JORJUTTI FERREIRA, ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, FLAVIO COELHO BARROSO, NATÁLIA CONSUÉLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Anafilaxia é definida como uma reação de hipersensibilidade severa e potencialmente fatal. A incidência perioperatória é estimada em um em 10.000-20.000 procedimentos e o diagnóstico é difícil e muitas vezes tardio. O rápido reconhecimento ou a suspeita clínica de anafilaxia devem ser seguidos de conduta adequada a fim de interromper o contato com o agente causal e a perpetuação da resposta inflamatória. O principal fator de risco é o histórico de anafilaxia em procedimentos anteriores. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 19 anos admitida para apendicectomia convencional. ASA 1 sem alergias conhecidas. Referia cesárea prévia com história de náuseas, tosse, dispnéia e prurido associados ao procedimento. Estava obnubilada, febril, séptica, porém estável hemodinamicamente. Feito monitorização básica, cateterismo vesical e optamos por anestesia geral balanceada (fentanil, propofol, lidocaína e rocurônio) com indução em sequência rápida e manutenção com Sevoflurano 2% e remifentanil TCI Minto. Os antibióticos foram administrados na chegada ao pronto atendimento, antes da cirurgia. Minutos após a indução, paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica grave, aumento da pressão de pico no ventilador e à ausculta, observamos um tórax silencioso. Feito o diagnóstico de anafilaxia grau III e instituído tratamento com adrenalina 200 mcg IV e reposição volêmica, logo em seguida evoluiu com RASH cutâneo e urticária. Após controle do evento inicial, paciente apresentou reação anafilática grau 3 refratária ao uso de adrenalina, optamos por 2U de vasopressina IV com melhora imediata. Ao término da cirurgia, paciente permanecia instável hemodinamicamente, em uso de noradrenalina em bomba e foi encaminhada a terapia intensiva. Evoluiu bem, sendo extubada no dia seguinte. **Discussão:** A anafilaxia é importante causa de morbimortalidade perioperatória, o diagnóstico e manejo precoce são um desafio, principalmente em pacientes submetidos a anestesia geral, pois a apresentação clínica é variável e muitos são os fatores de confusão. As principais causas são o uso de antibióticos, bloqueadores neuromusculares, clorexidina e látex. A paciente em questão relatava histórico de náuseas, dispnéia e prurido durante a cesárea anterior, o que inicialmente foi atribuído à morfina administrada no neuroeixo na raquianestesia, porém, poderia representar um caso de reação alérgica em anestesia no procedimento anterior.

Palavras-chave: Anafilaxia, alergia perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. Solé D, Spindola MAC, Aun MV, et al. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: etiologia e diagnóstico. Rev Bras Anestesiologia, 2020;70(6):642-661
2. César RP, Pereira THG, Quintão VC, et al. Anafilaxia e anestesiologia – uma abordagem prática. Rev Med Minas Gerais 2017;27 (Supl 4):S4-S8

483 ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE FÍSTULA AORTOENTÉRICA SECUNDÁRIA COM CONFEÇÃO DE PONTE AXILOBIFEMORAL E LIGADURA DE ARTÉRIAS AORTA E ILÍACAS: RELATO DE CASO

NATÁLIA CONSUELLO MACHADO DE FIGUEIRÊDO, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, NICOLE ROMANI LAUAND, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A fístula aortoentérica secundária (FAEs) é rara (0,3-2,3%), potencialmente fatal e consiste em comunicação entre aorta (AO) e intestino após cirurgias, como implante de prótese. Suas elevadas taxas de morbimortalidade pioram por sua prevalência em idosos com doenças associadas, evidenciando a necessidade de adequado manejo anestésico para sobrevivência. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, no 11º dia de pós-operatório (DPO) de Aneurismectomia (5,9 cm) em AO abdominal com Bypass Bi-ilíaco, evoluiu com confusão mental, instabilidade hemodinâmica e sangramento em ferida operatória, indicada Laparotomia de emergência. Admitido em choque hipovolêmico, Hemoglobina (Hb) 3,2, e séptico, foi intubado e com acesso venoso central, em uso de Noradrenalina (NA). Realizada anestesia geral balanceada, monitorização com pressão arterial invasiva e punção de acesso venoso periférico calibroso. Indução com Sufentanil, Rocurônio e Midazolam, seguida de manutenção com Sevoflurano a 1%. Presença de sangramento ativo em anastomose de prótese com AO proximal e com Artéria (Art) Ilíaca esquerda, além de fístula entre intestino delgado e capa aneurismática. Evoluiu criticamente, necessitando de uso de NA e Vasopressina (VP) em infusão contínua associado a bolus de Adrenalina e, por um curto período, contínua até ligadura de AO e ilíacas e retirada de prótese. Transfundidos sete Concentrados de Hemácias, Plasma Fresco Congelado 600 ml, seis Pool de Plaquetas, Crioprecipitado 6ui e cristaloides quatro litros. Mantida rigorosa monitorização, exames seriados, normotermia, membros aquecidos e infusão de Meropenem, Vancomicina, Transamin 1 g, heparina 25.000ui, Gluconato de Cálcio 1 g e Bicarbonato de sódio 100 ml. Diurese de 200 ml. Seguiu-se com bypass subcutâneo em hemicorpo direito e região suprapúbica com anastomose em Art Axilar direita e Art Femorais Superficiais, e por fim, enterorrafia. Ao final da cirurgia (10h23 min), Hb 11, estável com NA 0,5 mcg/kg/min e VP 0,04 UI/min, com perfusão distal e boa saturação. Óbito no quinto DPO por instabilidade refratária. **Discussão:** Anestesia para FAEs é um desafio devido ao sangramento, às alterações hemodinâmicas e da homeostase, tempo cirúrgico prolongado e comorbidades associadas. Frente a falta de evidências e elevada morbimortalidade, o caso auxilia numa melhor condução anestésica destes pacientes com foco na reposição hídrica e de hemoderivados, uso de vasopressores, controle da infecção, manutenção de perfusão distal e redução de complicações.

Palavras-chave: Fístula aortoentérica secundária, manejo anestésico da hemodinâmica, reposição volêmica e transfusão.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JMM. Fístulas Aorto-Entéricas – Artigo de Revisão Bibliográfica. Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2020.
2. Baril DT, Carroccio A, Ellozy SH, et al. Estratégias em desenvolvimento para o tratamento de fístulas aortoentéricas. *Jornal de Cirurgia Vascul*, 2006; 44 (2): 250-257.

486 SÍNDROME DA INFUSÃO DO PROPOFOL DIAGNOSTICADA NO INTRAOPERATÓRIO: UM RELATO DE CASO

ANDRÉ AMIN MARTIN AKHAVAN, FILIPE STORCH TAKATOHI, PAULA GURGEL BARRETO

CET DA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DA FMUSP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A Síndrome da Infusão do Propofol (SIP) é uma complicação rara e temida associada à infusão prolongada (>48h) e em altas doses (>5 mg/kg/dia) do propofol. Ela é caracterizada principalmente por acidose metabólica, rabdomiólise, insuficiência renal aguda (IRA), hipercalemia, hiperlipidemia e lesão hepática. Apresentamos um caso de SIP diagnosticado no intraoperatório. **Relato de Caso:** Paciente de 59 anos vítima de queda de 6 metros de altura, intubado na cena, apresentava múltiplas lesões intracranianas, sendo submetido a implante de derivação ventricular externa e monitor de pressão intracraniana (PIC) sob anestesia geral venosa total com propofol. Manteve-se a infusão de propofol na UTI por 48h em dose média de 2 mg/kg/dia, que foi trocada por tiopental como tentativa de melhora da PIC durante 72h. Em seguida, reiniciou-se a infusão de propofol, dessa vez em dose média de 3 mg/kg/dia, por 72h. Foi encaminhado novamente ao centro cirúrgico para craniotomia descompressiva, com relato de hipercalemia na UTI, que demonstrou ser de difícil controle no intraoperatório. Notou-se diurese escurecida e o acúmulo de material esbranquiçado de aparência lipídica na parte superior de uma amostra de sangue que havia sido colhida. Levantou-se a suspeita de SIP. A infusão de propofol foi imediatamente suspensa. Os exames colhidos demonstraram hipertrigliceridemia (2099), aumento de CPK (1678) e transaminases, disfunção renal, e acidose láctica, confirmando o diagnóstico. **Discussão:** A SIP é uma complicação potencialmente letal da infusão prolongada do propofol, e sua apresentação clínica pode ser variável. Entretanto, devido à variabilidade dos achados clínicos, deve existir uma alta suspeição para o seu diagnóstico. Nesse caso, a hipercalemia refratária foi o primeiro achado marcante, que poderia passar despercebido sem a devida suspeição clínica. O propofol é comumente utilizado no intraoperatório em casos de hipertensão intracraniana, e frequentemente essa infusão é continuada no pós-operatório, aumentando a exposição do paciente ao fármaco. Existe uma correlação linear entre a dose cumulativa de propofol e a incidência da SIP, e a dose cumulativa também se correlaciona com a gravidade e a mortalidade dos casos diagnosticados. O tratamento é a suspensão imediata do propofol e a instituição de medidas de suporte. Em conclusão, o anestesiológico e o intensivista devem saber reconhecer e tratar essa complicação grave da infusão do propofol.

Palavras-chave: Síndrome da Infusão do Propofol, Trauma cranioencefálico.

REFERÊNCIAS

1. Hemphill S, McMenamin L, Bellamy MC, Hopkins PM. Propofol infusion syndrome: a structured literature review and analysis of published case reports. Br J Anaesth. 2019;122(4):448-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2018.12.025>. PMID:30857601.

487 EPIGLOTITE AGUDA, UMA VIA AÉREA EMERGENTE

FLAVIA DUARTE

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, ALMADA, SETÚBAL, PORTUGAL

Introdução: A epiglotite aguda (EA) é uma condição médica rara, potencialmente fatal, que se caracteriza por um processo inflamatório que afeta as estruturas supraglóticas, principalmente a epiglote. Causa, frequentemente, odinofagia e a sua incidência vem aumentando na população adulta. A presença de dispneia e estridor indicam comprometimento importante da via aérea. Assim, a manutenção da permeabilidade da via aérea constitui o ponto chave da gestão destes doentes. Em alguns casos, pode exigir a realização de intubação orotraqueal ou de traqueostomia. **Relato do Caso:** Mulher de 36 anos, com antecedente pessoal de asma, sem história de exacerbação nos últimos 10 anos e sem medicação habitual em domicílio, apresentou-se no Serviço de Urgência com dois dias de evolução de mialgias, odinofagia e febre. Encontrava-se polipneica e com estridor. Ao exame físico, estava febril (temperatura timpânica de 38,6°C), com frequência respiratória de 26 ciclos por minuto e com saturação de O₂ a 92% em ar ambiente. Apresentava eritema e exsudado purulento na região posterior da orofaringe. Devido ao agravamento crescente da dispneia e do estridor, optou-se por realizar uma traqueostomia de emergência. No bloco operatório, a doente foi sedada com perfusão de Dexmedetomidina. Foi utilizado o modelo TCI Hannivoort e o eletroencefalograma foi monitorizado através de BIS™. A perfusão foi iniciada com uma concentração-efeito de 0,6 ng/mL nos primeiros 10 minutos e reduzida para 0,5 no período subsequente, com o objetivo de manter os valores de índice BIS™ entre 60-70. A traqueostomia de emergência foi realizada, sem complicações, pelos otorrinolaringologistas. No final da cirurgia, a doente permaneceu na unidade de cuidados pós-anestésicos com perfusão de Dexmedetomidina com concentração-efeito de 0,2. Após duas horas, a perfusão foi suspensa e a doente transferida para uma Unidade de Cuidados Intermédios, sem queixas. **Discussão:** A antecipação da obstrução da via aérea é crucial no tratamento dos doentes com EA. A necessidade de realização de traqueostomia de emergência por obstrução iminente das vias respiratórias faz com que seja necessário utilizar fármacos hipnóticos que não causem depressão respiratória. A Dexmedetomidina, um agonista alfa 2 puro, por possuir simultaneamente efeitos sedativos, analgésico e não depressores respiratórios, tem-se tornado uma escolha de eleição.

Palavras-chave: Epiglotite, Via aérea, Dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Tapiovaara LK, Aro KLS, Bäck LJJ, Koskinen AIM. Comparison of intubation and tracheotomy in adult patients with acute epiglottitis or supraglottitis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2019;276(11):3173-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-019-05624-0>. PMID:31489494.
2. Lindquist B, Zachariah S, Kulkarni A. Adult Epiglottitis: a case series. Perm J. 2017;21:16-089. PMID:28241903.

488 MANEJO DA VIA AÉREA EMERGENCIAL NO PACIENTE OBESO COM HEMATOMA CERVICAL

MARIANA COELHO DA SILVA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, FLÁVIO HENRIQUE BRAGA CERQUEIRA, LAIS MARTINS NOGUEIRA

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Abordagem de via aérea difícil é um dos maiores desafios na prática médica. Cirurgias de emergência na ausência de jejum e alterações anatômicas cervicais exigem cautela e destreza do profissional na avaliação e manejo. O caso relatado explana a condução emergencial do paciente obeso na vigência de compressão cervical por hemorragia arterial. **Relato de caso:** R.O., 41 anos, 120 kg, 1,80 m, IMC35. Admitido em vigência de hematoma em região cervical direita, após procedimento estético de lipoaspiração com microcânula, realizado seis horas antes ambulatorialmente em clínica de estética. Ao exame, regular estado geral, lúcido e orientado, FC 140 bpm, PA160 mm × 80 mmHg, taquipneico, apresentando abaulamento progressivo em região cervical direita por sangramento ativo. Abertura de boca e extensão cervical limitados pelo curativo compressivo. Relato de alimentação sólida há duas horas. Após orientação sobre necessidade de intubação acordado, administrou-se 1 mg de midazolam e anestesia tópica com lidocaína spray 10%, em três etapas. Não havia broncofibroscópio disponível. Optou-se por intubação com auxílio de videolaringoscopia. Introduzido tubo 7.5, com necessidade de aspiração contínua de secreção do trajeto para visualização. Após confirmação da intubação, administrado propofol e conduzida anestesia geral balanceada. Resolvido o sangramento, realizada extubação com paciente desperto e colaborativo. **Discussão:** Para otimização do cenário de abordagem emergencial da via aérea e escolha da técnica, é mandatório que sejam avaliados os preditores de intubação e ventilação difíceis. A obesidade, compressão cervical e ausência de jejum conduziram a escolha pela técnica de intubação acordado visando evitar broncoaspiração e a situação "não intubo, não ventilo". Orientação do procedimento e cooperação do paciente somados com anestesia tópica são essenciais para o sucesso. Caso estivesse disponível, o broncofibroscópio seria o dispositivo mais recomendado para as limitações de abertura de boca e extensão cervical.

Palavras-chave: Hematoma cervical, Via aérea difícil, Intubação acordado.

REFERÊNCIAS

1. Rosenstock CV, Thøgersen B, Afshari A, Christensen AL, Eriksen C, Gätke MR. Awake fiberoptic or awake video laryngoscopic tracheal intubation in patients with anticipated difficult airway management: A randomized clinical trial. *Anesthesiology*. 2012;116(6):1210-6. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e318254d085>. PMID:22487805.
2. Larson SM, Parks DH. Managing the difficult airway in patients with burns of the head and neck. *J Burn Care Rehabil*. 1988;9(1):55-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00004630-198801000-00013>. PMID:3356740.
3. Wong P, Lim WY. Difficult Airway Society awake intubation guidelines: supraglottic airway-guided flexible bronchoscopic intubation as an alternative. *Korean J Anesthesiol*. 2020;73(4):352-3. <http://dx.doi.org/10.4097/kja.20174>. PMID:32324986.
4. Rosenstock CV, Thøgersen B, Afshari A, Christensen AL, Eriksen C, Gätke MR. Awake fiberoptic or awake video laryngoscopic tracheal intubation in patients with anticipated difficult airway management: A randomized clinical trial. *Anesthesiology*. 2012;116(6):1210-6. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e318254d085>. PMID:22487805.
5. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID:34762729.

492 **CHOQUE ANAFILÁTICO APÓS ADMINISTRAÇÃO DE HEMOCOMPONENTE EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO E TROCA VALVAR AÓRTICA: UM RELATO DE CASO**

HENRIQUE CESAR BISCHOFF, ALFREDO ANTONIO MAKOUL GASPERIN, MARISA PIZZICHINI, SANDRA SUGISAWA MIYAZAKI

CET S.A. SANTA CASA MISER. CTBA. - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL

INTRODUÇÃO: A anafilaxia é definida como um processo alérgico de acometimento generalizado, com evolução potencialmente fatal após uma reação de hipersensibilidade aguda, podendo evoluir para o colapso cardiorrespiratório. O choque anafilático, em sua maioria, acontece por intermédio de liberação de mediadores pró-inflamatórios posteriormente à sensibilização mediada por IgE. As estruturas acometidas incluem a pele, mucosas, aparelho respiratório e cardiovascular^{1,2}. **Relato DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 76 anos, submetida à realização de revascularização do miocárdio e troca valvar aórtica, sob a anestesia geral com circulação extracorpórea (CEC). Durante a CEC, foram administrados dois concentrados de hemácias após queda significativa da hemoglobina inicial. Para sucesso da retomada de circulação espontânea, foram necessários suporte inotrópico (5 mcg/kg/min de dobutamina) e vasoconstritores (0,1 mcg/kg/min de noradrenalina; vasopressina 0,04 mcg/h) sendo então revertida a anticoagulação com protamina confirmada por tempo de coagulação ativada. Devido sangramento difuso, houve necessidade de três plasmas frescos congelados (PFC) e, no final da cirurgia, após retirada dos campos cirúrgicos, foi observado extenso rash cutâneo e choque cardiocirculatório. Administrados bolus intermitentes de adrenalina (1 mcg/kg) EV, seguido de infusão contínua (0,1 mcg/kg/min), escalonamento das drogas vasoativas, administração de O₂ 100%, metilprednisolona (125 mcg), difenidramina e infusão de cristaloides. Após melhora dos sintomas e estabilização hemodinâmica, a paciente foi conduzida à UTI, onde posteriormente evoluiu para PCR em fibrilação ventricular e óbito após RCP durante 40 minutos. **Discussão:** O choque anafilático durante anestesia cardíaca possui um diagnóstico desafiador, visto que são múltiplos os fatores cirúrgicos e farmacológicos que podem mimetizar os sintomas, como hipotensão e arritmias. A protamina pode estar envolvida em manifestações semelhantes, mas a proximidade temporal dos sintomas, com a administração do PFC, fez deste o principal suspeito no desencadeamento da anafilaxia. Mesmo diante da instituição imediata do tratamento e da melhora do rash, a estabilidade hemodinâmica foi mantida por alta dosagem de drogas vasoativas. O estresse cirúrgico e as comorbidades prévias tinham grande relevância no quadro, e a atribuição do óbito pode ser dada a um conjunto de fatores que tiveram como agravante o choque anafilático.

Palavras-chave: Choque Anafilático, Cirurgia Cardíaca, Hemocomponente.

REFERÊNCIAS

1. Castilano A, Sternard B, Cummings ED, Shi R, Arnold T, Bahna SL. Pitfalls in anaphylaxis diagnosis and management at a university emergency department. *Allergy Asthma Proc.* 2018;39(4):316-21. <http://dx.doi.org/10.2500/aap.2018.39.4144>. PMID:30095397.
2. Berrío Valencia MI. Anafilaxia perioperatória. *Rev Bras Anesthesiol.* 2015;65(4):292-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.002>.

493 MANEJO ANESTÉSICO NA GESTANTE COM PNEUMECTOMIA FUNCIONAL POR TUBERCULOSE

CASSIANNA OLIVEIRA FRANGO DA SILVA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LAIS MARTINS NOGUEIRA, MARIANA MENEGAT DIAS CORDEIRO

CET S.A.HOSP.FEDERAL DE BONSUCESSO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Na gestação, o sistema respiratório passa por inúmeras mudanças. O conhecimento prévio das alterações esperadas nos parâmetros pulmonares é fundamental para a compreensão do manejo das comorbidades associadas. Este caso explana o planejamento anestésico e o manejo da gestante com pneumectomia funcional por tuberculose. **Relato de caso:** J.O., 30 anos, gestante, 37sem, 60 kg, 1,59 m. Pneumectomia funcional a esquerda devido sequela de tuberculose pulmonar, pleural e laríngea. Dispneia aos médios esforços e síncope após esforço físico intenso. Admitida para interrupção eletiva da gestação solicitada pelo pneumologista. Ao exame, lúcida e orientada, eupneica em ar ambiente, sem evidências de contração uterina. Ausculta pulmonar abolida em hemitórax esquerdo. Na avaliação pré-operatória, capacidade funcional <4 METs, considerando resultado de prova de função respiratória com restrição leve, sem prova broncodilatadora. Na radiografia de tórax, infiltração intersticial no lobo superior direito e infiltração intersticial no pulmão esquerdo proeminente. Extensa hipotransparência no lobo inferior esquerdo, obliteração do seio costofrênico. Ecocardiograma com Fração de ejeção de 62%, funções sistólica e diastólica preservadas. Optou-se por realizar a cesariana sob bloqueio subaracnóideo com Bupivacaína hiperbárica 0,5% 9 mg, Fentanil 15 mcg e Morfina 60 mcg. Oxigênio suplementar 4 l/min. Saturação mantida 97%. A instalação do bloqueio sensitivo foi observada em T6. O Procedimento durou 50 minutos, sem intercorrências. **Discussão:** Na gestação, há redução do volume de reserva expiratório, do volume residual e da capacidade residual funcional. A gestante com sequela de tuberculose pode ter distúrbios restritivos e obstrutivos que exacerbam essas alterações. A manipulação mínima de via aérea e controle da dor pós-operatória são essenciais para não descompensação. Optou-se por raquianestesia com baixa dose de anestésico local visando evitar repercussões respiratórias que o bloqueio motor alto inadvertido poderia resultar. O fentanil e a morfina foram empregados para otimização do bloqueio sensitivo e analgesia pós-operatória.

Palavras-chave: Pneumectomia Funcional, Gestante, Raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. Degani-Costa LH, Faresina SM, Falcão LFR. Avaliação pré-operatória do paciente pneumopata .Rev. Bras. Anesthesiol.
2. Siddiqui AH, Tauheed N, Ahmad A, Mohsin Z. Pulmonary function in advanced uncomplicated singleton and twin pregnancy. J Bras Pneumol. 2014;40(3):244-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132014000300007>. PMID:25029647.

494 DESAFIOS DA ANESTESIA EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE MENKES: RELATO DE CASO

AMANDA MARIA MENEZES MOURA, AMANDA BITTENCOURT MARSIGLIA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, LUCIDIA RODRIGUES DA COSTA, ROBERTO MANARA VICTORIO FERREIRA

HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A Doença de Menkes, ou doença do cabelo crespo, é um raro distúrbio recessivo ligado ao cromossomo X, que resulta na deficiência de cobre devido a um defeito em sua proteína de transporte intracelular. Caracteriza-se, além do "cabelo de aço", por alterações de múltiplos sistemas, como anomalias urológicas, risco sangramento cerebral, fragilidade óssea, retardo de desenvolvimento, convulsões, infecções recorrentes, baixa temperatura corporal e difícil acesso vascular. Também está associada a complicações respiratórias relacionadas à micrognatia, à fragilidade da musculatura faríngea e ao refluxo gastroesofágico. Apesar de pouco conhecida entre os anestesiológicos, a anestesia para esses pacientes é desafiadora devido ao alto risco e variedade de complicações que podem se apresentar. **Relato de caso:** Este trabalho relata o manejo anestésico de uma criança de 09 meses de idade e 12 kg, portadora da Síndrome de Menkes, com refluxo gastroesofágico importante, micrognatia, pneumopatia, distúrbio convulsivo, derrame pericárdico moderado, além de outras alterações típicas da síndrome, em uso crônico de acetilcisteína, beclometasona, fenobarbital, valproato de sódio, levetiracetam, atropina e domperidona. Foi submetida em centro cirúrgico à correção de hérnia de hiato, confecção de válvula antirreflexo e gastrostomia via videolaparoscópica, além de punção de cateter venoso central. Realizada anestesia geral balanceada com fentanil, cisatracúrio e sevoflurano. Intubação oro-traqueal com videolaringoscópio e aspiração de secreção de vias aéreas. Proteção térmica e controle pressórico rigorosos mantidos durante todo o procedimento. Apesar da necessidade de dopamina no intra e pós-operatório para manutenção da estabilidade hemodinâmica, não houve complicações no manejo da via aérea e o paciente foi encaminhado a UTI ainda intubado, com extubação posterior sem intercorrências. **Discussão:** As características da Síndrome de Menkes predis põem diversas complicações intraoperatórias. O anestesista deve estar preparado para uma via aérea difícil e antecipá-la com estratégias e dispositivos adequados, além de ter um aspirador disponível pelo maior risco de aspiração de conteúdo gástrico. Deve-se considerar a garantia do acesso venoso antes da indução inalatória, devido à dificuldade que pode ser enfrentada, além de atentar-se à manutenção da temperatura corporal durante o ato anestésico e à proteção do sistema nervoso central de gatilhos que predisponham seu sangramento.

Palavras-chave: Anestesiologia, Síndrome de Menkes.

REFERÊNCIAS

1. Yoshida T, Furutani K, Hashimoto T, et al. Anesthetic management of Menkes disease infant with difficult vascular access. Masui. 2010;59(10):1280-3. PMID:20960903.
2. Tobias JD. Anaesthetic considerations in the child with Menkes' syndrome. Can J Anaesth. 1992;39(7):712-5. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03008235>. PMID:1394761.

496 ANESTESIA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO: UM RELATO DE CASO

GUSTAVO PASSOS SAITER, EDVALDO CASOTI JUNIOR, GLAUBER ROCHA PECLAT, PATRICK MOLINA RAPOSO

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ, COLATINA, ES, BRASIL

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é um distúrbio genético raro resultante de uma deficiência ou disfunção do inibidor da C1-esterase da via clássica do complemento. Pacientes com AEH têm um risco aumentado de agudização clínica com o estresse cirúrgico e podem desenvolver síndromes de dificuldade respiratória por comprometimento da via aérea e podem apresentar instabilidade hemodinâmica.

Relato de caso: Apresentamos um relato de caso de uma mulher de 41 anos, 85 kg, 1,68 m, alérgica a dipirona e AINES, portadora de AEH tipo II e hipertensão arterial sistêmica que foi submetida a cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica, em uso regular de Oxandrolona 7,5 mg/dia e Hidroclorotizida 25 mg/dia. Realizado anestesia geral balanceada, sendo monitorizada com cardioscópio de cinco derivações, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e termômetro cutâneo. Foram administradas cefazolina 2 g, dexametasona 10 mg e ondansetrona 4 mg. Indução anestésica com propofol 160 mg, fentanil 250 mcg, rocurônio 40 mg e administração contínua alvo-controlada de remifentanil 4 ng/mL e sevoflurano 2,5% (CAM de 0,8). Foram realizados 1 g de ácido tranexâmico e 8 mg de morfina. Foi realizada anestesia local com ropivacaína 0,2% em incisão de trocateres (10 ml) e 10 ml em leito peritoneal. Procedimento realizado sem intercorrências, com duração de 1h40 min. Encaminhada a SRPA, sem queixas e sinais vitais estáveis. **Discussão:** Durante as crises de AEH, várias substâncias vasoativas são geradas, em especial, a bradicinina, que liberada pela ativação do sistema de contato é o mediador predominante do aumento da permeabilidade vascular, que resulta em vasodilatação e formação de edema, provocando assim os sintomas agudos. A abordagem mais adequada dessa patologia consiste na profilaxia, evitando os fatores desencadeantes das crises. Assim, deve se incluir a pré medicação ansiolítica, além das medidas terapêuticas específicas, sendo assim o uso de fármacos recombinantes do inibidor C1 ou de antagonistas dos receptores da bradicinina. O uso de doses mais elevadas de androgênios, como o danazol ou seus derivados, ácido tranexâmico (AT), adrenalina e controle analgésico também podem ser utilizados. A profilaxia de curto prazo deve ser administrada em antecipação a um procedimento médico ou cirúrgico invasivo ou trabalho odontológico substancial e sempre que houver incerteza quanto ao risco potencial de um determinado procedimento.

Palavras-chave: Angioedema hereditário, colecistectomia videolaparoscópica, anestesia geral balanceada.

REFERÊNCIAS

1. Vilaca MJL, Coelho FM, Faísco A, Carmona C. Considerações anestésicas perante um doente com angioedema hereditário - Caso clínico. Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(5):541-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.03.005>. PMID:26804713.
2. Spyridonidou A, Iatrou C, Alexoudis A, Vogiatzaki T, Polychronidis A, Simopoulos C. Peri-operative management of a patient with hereditary angioedema undergoing laparoscopic cholecystectomy. Anaesthesia. 2010;65(1):74-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2009.06130.x>. PMID:19849675.

497 ESTRESSE HEMOLÍTICO EM PORTADOR DE G6PD DURANTE PREPARO DE CRANIOESTENOSE: RELATO DE CASO

THAIS RODRIGUES KASAHARA, CAMILA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN

CET CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA - HOSPITAL SEDE: CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é a enzimopatia mais comum em humanos, causada por uma mutação cromossômica ligada ao X que resulta em hemólise aguda após exposição a um estressor oxidativo. O presente caso refere-se a um paciente pediátrico portador de deficiência de G6PD, submetido à cirurgia para correção de escafocefalia, sob anestesia geral, que apresentou um quadro de hemólise devido ao estresse pré-operatório. **Relato do caso:** Paciente feminino, seis meses, para correção cranioestenose (escafocefalia), sob anestesia geral. Antecedentes (APA): deficiência de G6PD; nega alergias, peso 8 kg, GCS: 15, Hb 10,5, plaq 595200, ASA 2. Em Sala Operatória (SO), na presença da mãe, indução inalatória (O₂+N₂O+Sevoflurano). Após indução, completada monitorização básica + Venóclise 22G MSE. Completada Indução EV propofol 25 mg + fentanil 40/+60 mcg + cisatracúrio 2/+1 mg + IOT TOT 3,5 com cuff + confirmação e VM modo PCV: VC=60-56; FR=30; PEEP=5. AVC em veia JID e PIA cateter 24G + medida gasometria (GASO I). Manutenção sevoflurano 1% + Remifenta 0,1-0,15 mcg/kg/min + Propofol TCI 1,8 mcg/mL. Outras medicações: cefuroxima 400 mg, Noradrenalina 0,05 mcg/kg/min; Dexametasona 1,2 mg; Dipirona 400 mg; Neostigmina 130 mcg; Atropina 160 mcg. Após GASO I com Hb 7,8 g/dL indicado transfusão de 100 ml de concentrado de hemácias (CH). Após 73 min com final de CH solicitado nova GASO II, com Hb de 8,4 g/dL e no momento dos cortes ósseos, indicado mais 100 ml CH. Após 42 min no final da segunda bolsa, com controle sangramento Hb 10,9 g/dL, foi iniciado o fechamento cirúrgico. Ao final do procedimento de 5:20h, a paciente foi extubada e encaminhada a UTI estável. **Discussão:** A prevenção da hemólise é medida fundamental no manuseio anestésico de pacientes com deficiência de G6PD, evitando-se a administração de drogas oxidantes, a ingestão de determinados alimentos ou situações de estresse, uma vez que as consequências clínicas após um insulto que resulta em hemólise podem ser extremamente variáveis: desde anemia hemolítica até o óbito, nos casos de hemólise maciça. Apesar de evidente hemólise por estresse pré-cirúrgico, o mecanismo da crise hemolítica causada por esse fator externo ainda não é bem conhecido, nada foi encontrado na literatura.

Palavras-chave: G6PD, cranioestenose, hemólise.

REFERÊNCIAS

1. Belfield KD, Tichy EM. Review and drug therapy implications of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. Am J Health Syst Pharm. 2018;75(3):97-104. <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp160961>.
2. Harcke SJ, Rizzolo D, Harcke HT. G6PD deficiency: an update. JAAPA. 2019;32(11):21-6. <http://dx.doi.org/10.1097/01.JAA.0000586304.65429.a7>. PMID:31609781.

498 MANEJO DO CHOQUE HEMORRÁGICO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: RELATO DE CASO

CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, NOEMY MATOS HIROKAWA, RONALDO ANTONIO DA SILVA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A conduta frente ao choque hemorrágico é baseada num rápido e estratégico controle dos focos de sangramento e reposição do volume perdido. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente submetido a Cirurgia de Revascularização Miocárdica que evoluiu para Choque Hemorrágico arresponsivo às medidas instituídas poucas horas após abordagem inicial. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com equipes cirúrgica e anestésica, e revisão da literatura. **Relato do caso:** Paciente masculino, 68 anos, deu entrada no PS com queixa de desconforto torácico atípico (dor tipo B). Realizou eletrocardiograma, sem alterações de segmento ST, porém com aumento de marcadores de necrose miocárdica. Iniciadas anticoagulação e antiagregação plaquetária e indicado CATE. Indicada cirurgia de Revascularização Miocárdica. Durante procedimento cirúrgico, relatado sangramento acima do habitual. Tempo de circulação extracorpórea de aproximadamente 75 minutos. Seis horas após, o paciente evoluiu com Choque Cardiogênico necessitando de altas doses de Dopamina e Noradrenalina, associado a presença de sangue em dreno mediastinal. Encaminhado à toracotomia de urgência, evidenciando tamponamento cardíaco, coágulos e sangue em cavidade mediastinal, além de 2.500 mL de sangue em espaço pleural. Paciente transferido à UTI, evoluindo com piora. Quatro horas depois, evolui com instabilidade hemodinâmica severa, não responsiva às medidas instituídas e CIVD, evoluindo para parada cardiopulmonar. **Discussão:** Em PO de cirurgia cardíaca, diversos fatores de risco vêm sendo correlacionados à coagulopatia pós-Bypass Cardíaco Pulmonar (BCP). Os fatores não modificáveis são: idade avançada, hábitos, estado pré-operatório crítico, disfunção renal e hepática, cirurgia cardíaca prévia, complexidade do procedimento proposto, implantação de um dispositivo ventricular, transplante cardíaco prévio e duração do BCP. Os fatores modificáveis incluem: descontinuação precoce de agentes antiplaquetários e outros anticoagulantes, anemia e trombocitopenia pré-operatória. Nosso paciente provavelmente evoluiu com distúrbio da coagulação em PO decorrente do BCP e efeito residual do clopidogrel. **Considerações finais:** O paciente vítima de choque hemorrágico é um paciente que exige muito mais do que a simples reposição de fluidos. Nenhuma medida se torna tão importante nesta situação como a de cessar o sangramento. Ainda existem medidas a serem otimizadas.

Palavras-chave: Bypass cardiopulmonar, cirurgia cardíaca, choque hemorrágico.

REFERÊNCIAS

1. Bonanno FG. Management of hemorrhagic shock: physiology approach, timing and strategies. J Clin Med. 2022;12(1):260. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12010260>. PMID:36615060.
2. Bartoszko J, Karkouti K. Managing the coagulopathy associated with cardiopulmonary bypass. J Thromb Haemost. 2021;19(3):617-32. <http://dx.doi.org/10.1111/jth.15195>. PMID:33251719.

499 BENEFÍCIO DA ANESTESIA REGIONAL EM PACIENTE COM ALTO RISCO PARA EVENTO CARDIOVASCULAR

PAULO SALOMÃO BENDAZZOLI, BRUNA TIEMI MINOMI, MILENA CANDIDO PANTALEÃO, RAFHAEL SILVA LEAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA CASA DE LINS, LINS, SP, BRASIL

Introdução: A anestesia regional desempenha um papel essencial no manejo de pacientes com alto risco cardiovascular submetidos a cirurgia. A técnica anestésica deve ser a mais segura e eficaz possível para o paciente. O objetivo deste relato é descrever o impacto na escolha anestésica em pacientes com alto risco cardiovascular. **Relato de caso:** Paciente J.G.S, 72 anos, hipertenso, dislipidêmico, DPOC moderado (VEF1<50%), FA crônica, DM II, revascularizado há quatro anos, ICC FE 32%, em uso de losartana, bisoprolol, esporolactona, furosemida, sinvastatina, salmeterol, fucicasona, AAS, Rivaroxabana, glibencamida, glicazida, insulina nph, rivaroxabana. Deu entrada no centro cirúrgico para amputação transtibial devido a infecção e necrose de membro acometido. Paciente em ventilação espontânea, taquipneic, sat 90% ar ambiente, fc 80, PA 140/80, desidratado 1+/4. Inr 2,01 atividade protombínica 39%. Realizada sedação com 50 mcg fentanil e manutenção com dexmedetomidina 0,2 mcg/kg/min associada ao bloqueio do nervo ciático em fossa poplíteia guiado por USG com administração de 15 ml de levobupivacaína 0,5% e 15 mL de lidocaína sv 2%. Durante procedimento, houve sangramento desprezível. Subsequentemente, foi encaminhado para UTI. **Discussão:** O sistema cardiovascular é responsável pela maioria dos eventos fatais no período perioperatório e decidir a melhor técnica anestésica nesse grupo de doentes apresenta grande impacto na morbimortalidade. A anestesia regional provê um benefício incontestável e bem descrito no meio acadêmico, pois contribui na atenuação da resposta ao estresse cirúrgico, com menor instabilidade hemodinâmica, menor tempo de internação e boa analgesia pós-operatória. Além disso, evitamos alterações hemodinâmicas de uma anestesia geral ou bloqueio de neuroeixo que poderiam aumentar a chance de isquemia miocárdica nesses pacientes, já que uma redução súbita da resistência vascular pode precipitar uma queda na perfusão miocárdica e/ou uma queda na pré-carga e no débito cardíaco com consequências graves em pacientes com fração de ejeção reduzida, como o paciente do caso acima relatado. Por isso, o bloqueio regional vem ganhando espaço nesses pacientes, por representar uma técnica anestésica mais segura e eficaz, principalmente no que diz respeito ao sistema cardiovascular.

Palavras-chave: Bloqueio regional, Anestesia em paciente com alto risco cardiovascular, Benefício do bloqueio regional.

REFERÊNCIAS

1. Christopherson R, Beattie C, Frank SM, et al. Perioperative morbidity in patients randomized to epidural or general anesthesia for lower extremity vascular surgery. *Anesthesiology*. 1993;79:422-34. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-199309000-00004>.
2. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System [citado em 2009 jul 21]. Disponível em: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>
3. Bode RH Jr, Lewis KP, Zarich SW, et al. Cardiac outcome after peripheral vascular surgery: comparison of general and regional anesthesia. *Anesthesiology*. 1996;84:3-13. <http://dx.doi.org/10.1097/00000542-199601000-00002>.

500 LESÃO CUTÂNEA ASSOCIADA A USO INADEQUADO DE GARROTE: UM RELATO DE CASO

MATEUS BEMFICA DOS SANTOS ALVES DE SENE, MARIA CLARA LIBERATO DE MAGALHÃES, RODRIGO MARKUS VAZ, VERÔNICA PUSTRELO DAMIÃO

CET HMCP.PONT.UNIV.CATÓLICA DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O garrote é uma prática histórica na medicina, descoberta ainda na idade média, com relatos de uso na Batalha de Flandres em 1674, para hemostasia de feridos. Desde então, continuou sendo utilizado com outras indicações, como cirurgias ortopédicas. No relato a seguir, apresentamos uma lesão cutânea devido à técnica inadequada de garroteamento. **Relato de caso:** Paciente 28 anos, masculino, ASA I, nega alergias, peso 71,3 kg, altura 1,75 m, pressão arterial 120 mm × 75 mmHg, comparece para reconstrução de ligamento cruzado posterior. Proposta anestésica de raquianestesia com bupivacaína pesada 20 mg associada ao fentanil 20 mg e bloqueio iPACK, a ser realizado pelo cirurgião. Paciente sedado com midazolam 5 mg associado ao propofol em infusão alvo-controlada. Indicado pela equipe cirúrgica, uso de garrote em membro a ser operado, utilizando-se de pressão de 380 mmHg. Apesar de informado que alta pressão e tempo prolongado de garrote poderiam causar complicações ao paciente, o cirurgião opta por manter a conduta. Paciente apresenta, ao final da cirurgia, lesão cutânea abrasiva e bolhosa em região de garrote, sem outras repercussões sistêmicas. **Discussão:** Os trabalhos mais recentes pregam que a utilização de cuff insuflável seja superior à da banda de Esmarch, pois possibilita controlar melhor a pressão administrada. Idealmente, deve ter largura maior que 50% da circunferência do membro a ser garroteado e o comprimento não inferior a 7,62 cm e não maior que 15,24 cm da circunferência do membro. Quanto à pressão de insuflação, anteriormente utilizava-se uma pressão entre 200 e 300 mmHg independentemente das características do paciente. Contudo, o método que demonstra maior segurança seria guiar-se pela pressão de oclusão do membro, em que se checa a pressão na qual o pulso cessa ao insuflar um manguito de pressão e adicionar uma margem de segurança. No que se refere ao tempo de permanência do garroteamento, a literatura recente sugere como duração segura uma a três horas, contudo, se houver previsão de tempo maior que 2,5 horas, idealmente deve-se soltar o garrote por 10 minutos de hora em hora para diminuir o dano. **Conclusão:** A técnica do garrote intraoperatório para prevenir sangramento é bastante antiga e aparenta ser uma boa prática na medicina. Contudo, o uso de equipamento e técnica inadequados pode levar a complicações como lesão nervosa, muscular, vascular e cutânea.

Palavras-chave: Garrote, ortopedia.

REFERÊNCIAS

1. Kumar K, Railton C, Tawfic Q. Tourniquet application during anesthesia: "What we need to know"? J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2016;32(4):424-30. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-9185.168174>. PMID:28096570.
2. Manica, J. Anestesiologia 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018, Cap 67: Anestesia em ortopedia e traumatologia.

501 CHOQUE ANAFILÁTICO GRAVE POR CEFAZOLINA: RELATO DE CASO

GABRIELA TEIXEIRA ARGONDISZI, CAROLINE CRISTINA DONINI, KAREN MUNDIM D'ALESSANDRO,
NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: A anafilaxia consiste em uma reação de hipersensibilidade grave mediada por IgE, após uma sensibilização prévia ao antígeno. É caracterizada pelo colapso rápido cardiopulmonar, com alto potencial de mortalidade. O diagnóstico é clínico e confirmado posteriormente com exames laboratoriais. Na anestesiologia, as manifestações mais comuns são a diminuição da amplitude de pulso, hipotensão, taquicardia, dessaturação, dificuldade na ventilação mecânica e alterações cutâneas. Os principais agentes são os bloqueadores neuromusculares, látex e antibióticos. Outros causadores menos frequentes são os coloides, corantes, anti-inflamatórios e a protamina. A base do tratamento consiste na administração rápida de adrenalina e expansão volêmica. **Relato do caso:** Paciente GKFO, feminino, 26 anos, ASA I, sem alergias, foi admitida para realização de ureterorrenolitotripsia rígida com colocação de cateter duplo J. Realizada sedoanalgesia com midazolam e fentanil, seguida por raquianestesia com bupivacaína pesada. Após posicionamento e teste da anestesia, iniciada infusão de dois gramas de cefazolina em soro ringer lactato. Após cerca de cinco minutos, paciente evoluiu abruptamente com sialorreia intensa, vômitos, tosse, taquicardia, dessaturação rápida, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão. Aventada a hipótese diagnóstica de choque anafilático, interrompeu-se a medicação e iniciou-se intubação orotraqueal, expansão volêmica, adrenalina 50 mcg/dose, difenidramina, prometazina, dramin e hidrocortisona. Apesar de várias doses de adrenalina, paciente manteve-se hipotensa e taquicárdica, evoluindo para duas paradas cardiorrespiratórias em atividade elétrica sem pulso, revertidas em um ciclo cada. Puncionado cateter venoso central e iniciadas noradrenalina e adrenalina em bomba de infusão contínua, com melhora lenta dos sinais vitais. Realizada sondagem vesical de demora e punção de pressão arterial invasiva. Após estabilização, paciente foi encaminhada a terapia intensiva. **Discussão:** A reposição volêmica e a adrenalina compõem os pilares do tratamento do choque anafilático. A sua identificação e tratamento agressivo precoces permitem maior sobrevida aos pacientes. Após o tratamento, o encaminhamento ao alergologista deve ser feito para investigação do fator causal.

Palavras-chave: Anafilaxia, choque, cefazolina.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. César RPP, Pereira THG, Quintão VC et al. Anafilaxia e anestesiologia—uma abordagem prática. Rev Med Minas Gerais. 2017;27(Supl 4):S4-8.
2. Silva WA, Macêdo Pinheiro A. Reações anafiláticas em anestesia. J Surg CI Res. 2020;11(1):66-72. <http://dx.doi.org/10.20398/jscr.v11i1.19713>.

502 ANGINA DE LUDWIG E OS DESAFIOS DA VIA AÉREA DIFÍCIL: RELATO DE CASO

GABRIELA TEIXEIRA ARGONDISZI, CAROLINE CRISTINA DONINI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, RAPHAEL RAMOS FREITAS BORGES

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: Angina de Ludwig (AL) é uma celulite difusa perimandibular, mais comum no sexo masculino e muito associada a infecções dentárias. Como sintomas, os pacientes podem apresentar trismo, edema cervical, deslocamento da língua para posterior, sialorreia intensa, estridor, dispneia e sonolência. O diagnóstico é clínico e complementado por imagem. O tratamento inclui drenagem, antibióticos e manejo de via aérea. Quando inadequado, pode culminar em asfixia, mediastinite e morte. A AL consiste em um desafio para o anestesiológico no manejo de via aérea. **Relato do caso:** Paciente JMF, masculino, 47 anos, obeso, uma semana após realização de procedimento odontológico, foi encaminhado para drenagem urgente de abscesso submandibular estendido para região cervical profunda. Apresentava abertura bucal menor que três centímetros, trismo, dor a mobilização de via aérea e desconforto respiratório. Optou-se por intubação nasal acordado com broncofibroscopia. Realizada anestesia tópica de cavidade oral com lidocaína spray e de cavidade nasal com oximetazolina e lidocaína gel. Iniciada infusão em alvo-controlado de remifentanil a 1 ng/mL e midazolam 1 mg. Paciente manteve-se acordado e colaborativo. Ao iniciar intubação com broncofibroscópio, o mesmo apresentou piora súbita do desconforto respiratório, redução do nível de consciência e queda dos níveis da oximetria de pulso. Tentativa de ventilação sob máscara sem sucesso, optando-se por intubação oral, sem êxito. Retornada tentativa de ventilação sob máscara com guedel, sem resolução. Paciente evoluiu para parada cardiorrespiratória em ritmo de atividade elétrica sem pulso, sendo iniciadas prontamente manobras de ressuscitação cardiopulmonar e protocolo vortex. Houve tentativa de inserção de dispositivos supraglóticos, uso de laringoscópio com lâmina convencional, articulada e por vídeo. Tentado cricotireoidostomia por punção, sem sucesso, devido ao retorno de secreção purulenta. Após várias tentativas, foi possível intubação e retorno da circulação espontânea após seis ciclos de ressuscitação. **Discussão:** A AL possui como característica principal a rápida progressão para os espaços perimandibulares, dificultando a intubação, que pode ser impossibilitada pelo comprometimento anatômico da via aérea, risco de trauma e presença de pus. O padrão ouro é a nasofibroscopia e caso não seja possível, deve-se recorrer a via aérea cirúrgica de emergência.

Palavras-chave: Angina de Ludwig, via aérea, broncofibroscopia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Fellini RT, Volquind D, Schnor OH, Angeletti MG, Souza OE. Manejo da via aérea na angina de Ludwig - um desafio: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(6):40-637. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.10.004>.
2. Marinho WF NO, Rodrigues ALL, Aires CCG, et al. A importância da manutenção das vias aéreas no paciente com angina de ludwig. Braz J Develop. 6(9):66398-409. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-176>.

505 ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE DISCECTOMIA COM BLOQUEIO DO MÚSCULO ERETOR DA ESPINHA

PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, MATHEUS PRATES CANTARINO, NUBIA CARVALHO PEREIRA

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: Com o advento da ultrassonografia, bloqueios dos planos interfaciais guiados por visualização direta adquiriu ampla aplicação na anestesia e analgesia pós-operatórias. O bloqueio do músculo eretor da espinha (ESP) consiste na injeção de anestésico local (AL) na fáscia entre o músculo eretor da espinha e a superfície posterior dos processos transversos subjacentes. Descrito por Forero em 2016, o ESP alcança ramos dorsais e ramos ventrais dos nervos espinhais, promovendo anestesia e analgesia para cirurgias em níveis abdominal, torácico e lombar. **Relato de caso:** Homem, 42 anos, 85 kg, diabético, hipertenso, etilista social, em uso regular de losartana, insulina NPH e regular. Internado para realização de discectomia por herniação discal lombar L2 L4, submetido a anestesia geral balanceada, midazolam 03 mg, remifentanil diluído a 100 mcg/mL, alvo de 4 ng/mL, propofol 150 mg, rocurônio 50 mg e intubado com tubo número 7,5, associado a sevoflurano em concentração alveolar mínima de 2%. Posicionado em decúbito ventral, assepsia com clorexidina alcoólica, escaneado com ultrassonografia e injetados 40 mL de solução ropivacaína 0,5% com água destilada, 20 mL bilateralmente. Cirurgia com duração de 2h20, sem intercorrências, feita analgesia endovenosa com dipirone 2 g, cetoprofeno 100 mg e dexametasona 10 mg, paciente extubado em seguida. Avaliado na sala de recuperação pós-anestésica, paciente sem dor pela escala visual analógica (EVA) recebendo alta para o quarto. No dia seguinte, paciente queixou-se de dor leve, referindo melhora ao uso de analgésico não opioide nas 24 horas subsequentes ao procedimento. **Discussão:** O bloqueio ESP possui fácil realização, baixo risco de complicações e elevada eficácia analgésica pós-operatória, favorece alta precoce e a redução, ou até mesmo abolição, do opioide no pós-operatório. Diante da aplicabilidade extensa e crescente número de relatos de casos referente ao bloqueio ESP, estudos clínicos randomizados, embora escassos, são necessários para melhor definição de doses de AL, volumes e complicações.

Palavras-chave: Bloqueio do plano do eretor da espinha, Discectomia, Analgesia pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Cassai A, Tonetti T, Galligioni H, Ori C. Bloqueio do plano do eretor da espinha com técnica de múltiplos cateteres para esofagectomia aberta: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2019;69(1):95-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.06.001>.
2. Nath S, Bhoi D, Mohan VK, Talawar P. USG-guided continuous erector spinae block as a primary mode of perioperative analgesia in open posterolateral thoracotomy: a report of two cases. Saudi J Anaesth. 2018;12(3):471-4. http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_755_17. PMID:30100851.

506 PARTICULARIDADES DA ANESTESIA EM PACIENTE COM NEUROFIBROMATOSE TIPO 1: RELATO DE CASO.

JULIANA BEZERRA BASTOS, ADRIANA MARQUES DA COSTA, LARISSA TAEMY KAYANO, TIAGO TORMINATO MOREIRA

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL., CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: A Neurofibromatose (NF) é uma doença autossômica dominante de dois subtipos. A NF1, a mais comum, caracteriza-se por tumores de nervos periféricos, "manchas café com leite" e anomalias displásicas. **Relato de caso:** V.O.S, feminino, 35 anos, ASA III, portadora de NF1, escoliose torácica com hastes e paresia de membros superiores devido a neurofibroma (NFM) espinal em C1-C3. No pré-operatório, para ressecção cirúrgica aberta do NFM, fez exames laboratoriais, ecocardiograma e ressonância magnética de coluna vertebral. Na sala cirúrgica, paciente lúcida, eupneica, normotensa e normocárdica, sem preditores de via aérea (VA) difícil (VAD), feita pré-oxigenação com O₂ 100% e indução anestésica com propofol/remifentanil em infusão contínua (BIC), fentanil 100 mcg, lidocaína 60 mg e atracúrio 30 mg, e intubação orotraqueal (IOT) sob laringoscopia direta, Cormack IIa. Puncionada artéria radial para pressão arterial invasiva (PAI) e acesso venoso central em veia jugular interna. Feita manutenção anestésica em BIC de remifentanil/propofol (AVT), fentanil 150 mcg, clonidina 150 mcg, cetamina 20 mg e lidocaína 80 mg, e monitorização com cardioscopia, capnografia, PAI, oximetria de pulso, temperatura, diurese e gasometria arterial (GASA). Durante cirurgia, não houve dificuldade na ventilação mecânica (VM), instabilidade hemodinâmica ou uso de drogas vasoativas ou hemoderivados, GASAs satisfatórias e, ao término, foi feita reversão do bloqueio neuromuscular (BNM). Ao despertar anestésico, paciente estava sem drive respiratório, apesar de obedecer a comandos e mobilizar membros inferiores, e foi para terapia intensiva em IOT/ VM. Evoluiu, semanas após, para traqueostomia e VM. **Discussão:** Os fenótipos variáveis da NF1 devem ser considerados no planejamento anestésico. NFM em estruturas de VA pode dificultar IOT e a laringoscopia indireta e tomografia cervical podem predizer VAD. A cifoescoliose da coluna torácica e NFM pulmonar podem alterar a função pulmonar e uma espirometria prévia pode auxiliar no manejo ventilatório. A hipertensão arterial pode ser secundária ao feocromocitoma que, junto à NFM do sistema autônomo, têm repercussões hemodinâmicas intraoperatórias. NFM de nervos periféricos e espinal pode levar a manifestações neurológicas. Estudos retrospectivos não apresentaram evidências de que na NF1 há maior sensibilidade ao BNM. Portanto, conhecer as particularidades da NF1 permite adequada avaliação pré-anestésica e guiar o anestesiológico na decisão técnica.

Palavras-chave: Neurofibromatose, Neurofibroma Espinal, Anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Hirsch NP, Murphy A, Radcliffe JJ. Neurofibromatosis: clinical presentatios and anaesthetic implications. Br J Anaesth. 2001;86(4):555-64. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/86.4.555>. PMID:11573632.
2. Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. Anestesia e doenças incomuns coexistentes. Rio de Janeiro: SBA; 2017. p. 150: Neurofibromatose (von recklinghausen, doença de).

507 MANEJO DE SEDAÇÃO EM PACIENTE COM OBSTRUÇÃO MECÂNICA DE VIA AÉREA INFERIOR: RELATO DE CASO

BEATRIZ LOPES DA SILVA BADARO, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, GILMAR PEREIRA COAN

HOSPITAL SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A broncoscopia é um procedimento desconfortável para o paciente. Apesar de não ser obrigatória, as diretrizes recomendam o uso de sedação para garantir um procedimento mais rápido, seguro e confortável. Dependendo das condições do paciente, a anestesia geral pode ser uma opção, porém não é a mais comum. Na escolha de sedação, estudos indicam que 94% dos procedimentos usam a combinação de dois sedativos. **Relato de caso:** Paciente de 40 anos, sexo masculino, obeso grau 1, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), traqueostomizado há sete anos após acidente automobilístico. Pedacinho da cânula metálica de traqueostomia impactada em brônquio principal esquerdo após a manipulação, não refere dispneia, encaminhamento para a retirada através de broncoscopia em centro cirúrgico. Para o procedimento, paciente deu entrada em sala com PA 140/90 mmHg, FC de 90 bpm e SpO₂ 97%. Foram administrados 4 mg de Midazolam. Após ansiólise, bolus intravenoso de 80 mcg de Dexmedetomidina com 80 mg de cetamina. O objeto metálico foi retirado com broncoscopia e auxílio de uma sonda Foley. Procedimento durou 140 min e houve manutenção da saturação adequada com o uso de nebulização via traqueostomia com Oxigênio 3L/min. Paciente se manteve estável e não houve intercorrências, teve alta no segundo dia pós-operatório. **Discussão:** O manejo da sedação em paciente com obstrução de via aérea inferior deve priorizar a não inibição do centro respiratório. Para alcançar tal objetivo, o uso de Dexmedetomidina é importante, considerando que uma de suas principais propriedades é a manutenção da ventilação e permeabilidade das vias respiratórias. Dentre seus possíveis efeitos adversos, estão a bradicardia e hipotensão, que são minimizadas ao fazer a combinação com Cetamina. O uso do Midazolam também agrega a sedação por seu efeito ansiolítico e tempo de início de ação, que é tão rápido quanto o da cetamina, sendo de dois minutos e um minuto, respectivamente. Já a da Dexmedetomidina é de, em média, seis minutos. A cetamina tem boa propriedade analgésica e suas reações adversas de hipertensão, taquicardia e anestesia dissociativa são minimizadas com a associação da dexmedetomidina, sendo segura para aplicar em paciente com HAS. Dessa forma, o uso da combinação Cetamina e Dexmedetomidina diminui a incidência de efeitos indesejados, não deprime o centro respiratório e propicia boa sedação e analgesia, inclusive em pós-operatório, sendo de grande vantagem para o paciente em questão.

Palavras-chave: Sedação, broncoscopia, obstrução de via aérea inferior.

REFERÊNCIAS

1. Rubinstein-Aguñín P, García-Choque MA, López-Araoz A, Fernández-Bussy S, Latin American Thoracic Association. Sedation for bronchoscopy: current practices in Latin America. *J Bras Pneumol.* 2020;46(1):e20180240. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20180240>.
2. Amornyotin S. Use of a combination of ketamine and dexmedetomidine (Ketodex) in different clinical cases. *J Addict Med Ther Sci.* 2020;6(1):041-4. <https://dx.doi.org/10.17352/2455-3484.000036>.

508 SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL EM GESTANTE SUBMETIDA A CESARIANA

PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, CAROLINE CRISTINA DONINI, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, NUBIA CARVALHO PEREIRA, RAPHAEL RAMOS FREITAS BORGES

MÁRIO PALMÉRIO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: A Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é caracterizada por cefaleia, convulsões, alterações visuais e do nível de consciência. O diagnóstico é clínico- radiológico, por presença de edema bilateral nos lobos parietais e occipitais, envolvendo a substância branca e atingindo os territórios vasculares posteriores. Associa-se a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão, sepse, quimioterapia e transplantados.

Relato de caso: Paciente TVLS, 16 anos, gesta 1, 38 semanas, pré-natal sem antecedentes patológicos em uso de sulfato ferroso. Admitida queixando-se de cefaleia intensa associada a dores abdominais e turvação visual há um dia. Durante avaliação ginecológica, evidenciou crise convulsiva tônico clônica generalizada com duração de 20 segundos e pressão arterial 150 mm × 110 mmHg. Internada, solicitado exames laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) de crânio, prescrito sulfato de magnésio e hidralazina. Indicada cesariana após quatro horas de sulfato de magnésio, estabilização clínica materna e quadro de hipoatividade e hiporreatividade fetal sem desacelerações na cardiocardiografia. Resultado de exames evidenciando plaquetopenia e elevação de transaminases hepáticas, bem como áreas hipoatenuadas e mal definidas na transição corticossubcortical das regiões parieto-occipitais, compatível com síndrome de PRES. Na sala operatória, paciente apresentou novo episódio convulsivo, sendo induzida anestesia geral balanceada com midazolam 05 mg, etomidato 15 mg, fentanil 200 mcg e cisatracúrio 08 mg, associada a sevoflurano em concentração alveolar mínima de 2%, intubação orotraqueal com tubo número 7, sem intercorrências. Analgesia endovenosa com 02 g dipirona, 100 mg cetoprofeno, 10 mg de dexametasona, subcutâneo tramal 100 mg. Após término da cesariana, paciente extubada e encaminhada para unidade de terapia intensiva, normotensa pressão arterial 130 mm × 70 mmHg, saturando 97% em ar ambiente sem queixas. **Discussão:** A síndrome de PRES, embora rara e de fisiopatologia pouco conhecida, demanda maior vigilância clínica na população obstétrica. O diagnóstico demanda exame complementar de imagem, sendo o padrão ouro a ressonância magnética, possibilitando diferenciação entre lesão vasogênica ou isquêmica.

Palavras-chave: Síndrome da Encefalopatia Reversível Posterior, Anestesia obstétrica, diagnóstico clínico e radiológico.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Onrubia X, Lluch-Oltra A, Armero R, Higuera R, Sifre C, Barberá M. Posterior reversible encephalopathy syndrome after a cesarean delivery. *Anesth Analg.* 2007;104(3):746-7. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ane.0000255966.11300.b3>. PMID:17312246.

509 ANESTESIA PARA NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA EM PACIENTE COM TROMBASTENIA DE GLAZMANN E DOENÇA DE VON WILLEBRAND

MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, ARNALDO TAVARES DA SILVA JÚNIOR, BRUNA SIMÕES TAVARES, BRUNO FERREIRA MONTEIRO, JOSÉ BITU CORTEZ

CET PROF. SILVIO RAMOS LINS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL

Introdução: A Trombastenia de Glazmann (TG) é um distúrbio hereditário caracterizado por alteração qualitativa ou quantitativa na glicoproteína IIb/IIIa. A Doença de Von Willebrand (DvW) é também hereditária e se caracteriza por defeito quantitativo ou qualitativo no fator de Von Willebrand. Ambas cursam com equimoses, epistaxe, menorragia, sangramento gastrointestinal, dentre outras manifestações hemorrágicas. O objetivo deste relato é apresentar o manejo anestésico de paciente com TG associada a DvW para nefrectomia parcial robótica. **Relato do caso:** Paciente feminina, 62 anos, 50 kg, portadora de DvW tipo 1 e TG, hipotireoidismo e depressão com tumor renal à direita medindo 5,8 × 3,5 cm Bosniack III. Em uso regular de bupropiona 150 mg e levotiroxina 75µg. Alergia a iodo e dipirona. Cirurgias prévias sem intercorrências. Exames pré-operatórios normais exceto por plaquetas de 111.000/mm³ e presença de bloqueio de ramo direito incompleto ao eletrocardiograma. Neste caso, foi realizada transfusão de oito concentrados de plaquetas e infusão de desmopressina (Ddvp) intravenosa (IV) na dose de 15 µg, ambos 30 minutos antes da cirurgia, além da reserva de dois concentrados de hemácias e do fator VII recombinante ativado (rFVIIa). O procedimento foi realizado sob anestesia geral venoinalatória com monitorização de pressão não invasiva, cardioscópio, oximetria de pulso, capnografia e analisador de gases, monitor de atividade cerebral BIS®, monitor de bloqueio neuromuscular (BNM) tipo "train of four" (TOF) e O2 acessos periféricos 18G. Indução anestésica com fentanil, lidocaína, propofol e rocurônio, e intubação orotraqueal com tubo 7,0 mm aramado, mantida em ventilação mecânica modo volume controlado. Administrados cetamina e clonidina como adjuvantes e ácido tranexâmico 20 mg/kg IV. Manutenção da anestesia com sevoflurano e BNM profundo com infusão contínua de rocurônio. Analgesia pós-operatória com morfina 10 mg IV. A duração foi de quatro horas, tempo de isquemia renal de 22 minutos e sangramento mínimo. A paciente foi extubada após recuperação completa do BNM (TOF>95%) com 400 mg de sugamadex. Encaminhada à UTI, Aldrete 9. **Discussão:** A técnica robótica tem como vantagens melhor visualização e precisão cirúrgica na dissecação e reconstrução do parênquima renal, proporcionando sangramento cirúrgico reduzido. Além disso, o preparo pré-operatório adequado e a cautela em reservar hemocomponentes e rFVIIa contribuíram para o desfecho favorável do caso.

Palavras-chave: Trombastenia de Glazmann, Von Willebrand, nefrectomia parcial.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Poon M-C, Di Minno G, d'Oiron R, Zotz R. New insights into the treatment of Glanzmann Thrombasthenia. *Transfus Med Rev.* 2016;30(2):92-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmr.2016.01.001>. PMID:26968829.
2. D'Amico ÉA, Villaça PR, Rezende SM. Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand [citado em 2023 Jan 23]. 2023. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
3. Porter J, Blau E. Robotic-assisted partial nephrectomy: evolving techniques and expanding considerations. *Curr Opin Urol.* 2020;30(1):79-82. <http://dx.doi.org/10.1097/MOU.0000000000000689>. PMID:31725004.

510 O USO DO REMIFENTANIL E DEXMEDETOMIDINA NA ABORDAGEM DA VIA AÉREA DE PACIENTE COM TUMOR ESTENOSANTE DE TRAQUEIA

JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, DANIELA GOMES DE SOUZA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico de uma via aérea difícil segue sendo um desafio para o anestesiolegista, principalmente quando se trata de tumores estenosantes. A abordagem ideal para o manejo das vias aéreas depende do procedimento cirúrgico, localização da lesão, sintomas e tolerância do paciente ao procedimento, devendo sempre ser discutido com o cirurgião. Os agentes sedativos devem ser cuidadosamente titulados para manter a respiração adequada, os reflexos das vias aéreas e o comportamento cooperativo, sendo que o Remifentanil e a Dexmedetomidina contêm características que podem ser úteis nesses casos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, em tratamento para Síndrome do Pânico. Admissão hospitalar em caráter de urgência devido a estridor e dispneia, não tolerando decúbito dorsal, sendo suspeitada lesão endotraqueal estenosante sem etiologia conhecida. Encaminhada para o centro cirúrgico para biópsia e ressecção da lesão, com tempo de jejum adequado. Após a monitorização e o posicionamento com a cabeceira elevada, foi instalado cateter nasal de oxigênio, que se manteve durante todo o procedimento. A anestesia foi iniciada com infusão contínua de Dexmedetomidina dose de ataque por 10 min e manutenção com 0,2 mcg/kg/h e Remifentanil 0,05 mcg/kg/min, visando a passagem de broncofibroscópio para estudo da via aérea inicialmente. Após o início do procedimento, devido ao comprometimento da via aérea logo após a epiglote e à impossibilidade de acessar as cordas vocais com o aparelho, optou-se por traqueostomia, utilizando anestesia local pelo cirurgião, com a paciente mantendo-se colaborativa e estável durante todo o procedimento. Com a via aérea garantida, foi precedida anestesia geral para realizar biópsia da lesão, sem intercorrências. A paciente foi encaminhada ao CTI acordada, traqueostomizada, com oxigenoterapia a 2 L/min. **Discussão:** A Dexmedetomidina é um alfa-2 agonista não seletivo que oferece mínima depressão respiratória com analgesia, ansiólise, amnésia e simpatólise. O Remifentanil é um opioide com meia-vida ultracurta e tem se mostrado seguro em relação a depressão respiratória quando utilizado em doses baixas (0,05-0,1 mcg/kg/min). A associação desses fármacos nos proporcionou uma sedação com nível de consciência e patência de vias aéreas adequadas para o procedimento proposto, com a paciente confortável e sem períodos de dessaturação, adequadamente monitorizada e com oferta de oxigenoterapia constante.

Palavras-chave: Remifentanil, via aérea difícil, dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Hagberg CA, Artime C. Flexible scope intubation for anesthesia. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2022 Dez 10]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/flexible-scope-intubation-for-anesthesia>
2. Andrade LR, Castiglia YMM. Sedação com dexmedetomidina e remifentanil em anestesia local para monitoração intraoperatória da fala: um relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2018;68(5):521-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.09.008>.

511 ALTERAÇÃO DO ESPECTROGRAMA CEREBRAL DURANTE ESTADO DE HIPERCAPNIA EM CIRURGIA PARA ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL

ISABELLA FONTES DE SANTANA LINS, DANIEL DA ESCÓSSIA MELO SOUSA, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A ablação por cateter para tratamento de fibrilação atrial (FA) é um dos procedimentos eletrofisiológicos mais realizados. A estabilidade do cateter durante esse procedimento é de fundamental importância, uma vez que permite a adequada cauterização dos focos de arritmia e o isolamento elétrico efetivo das veias pulmonares. Estudos mostram que o manejo anestésico influencia diretamente o resultado e a durabilidade desse tratamento. Durante a anestesia geral, mudanças significativas são observadas na força de contato e estabilidade do cateter, devido aos movimentos respiratórios de uma ventilação padrão (volume corrente: 6 a 8 ml/kg; frequência respiratória: 10 a 12 por minuto). Objetivando minimizar tal interferência, a técnica de ventilação com baixo volume corrente (VC) e alta frequência respiratória (FR) vem sendo comumente empregada. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 57 anos, 80 kg, ASA II, portador de hipertensão arterial e FA persistente, internado para realização de ablação por cateter para tratamento de FA. Foi realizada anestesia venosa total, com monitorização básica e monitorização cerebral com Índice Bispectral (BIS). No transoperatório, foi solicitada pela equipe cirúrgica ventilação com baixo volume corrente e alta frequência respiratória, visando a uma maior estabilidade do cateter durante a ablação. Após ajuste de ventilação mecânica (VC 200 mL; FR 28), houve aumento da fração expirada de CO₂ (ETCO₂) para cerca de 70 mmHg, associado à perda da hipersincronização alfa no espectrograma cerebral e taxa de supressão maior que zero. Ao restabelecer os parâmetros ventilatórios padrão e conseqüentemente a ETCO₂, a presença de ondas alfa e a taxa de supressão cerebral igual a zero foram restauradas. **Discussão:** A alteração observada no BIS pode ser explicada pela regulação química do fluxo sanguíneo cerebral (FSC) frente a um estado de hipercapnia. O aumento da pressão parcial de CO₂ (PaCO₂) leva a uma vasodilatação cerebral, com potencial aumento do FSC e pressão intracraniana. Além disso, a PaCO₂ elevada acidifica o liquor, gerando alterações fisiológicas que resultam em redução da atividade neuronal. Nesse contexto, pode-se afirmar que a monitorização cerebral é uma ferramenta importante para o anestesiológico, permitindo o diagnóstico de alterações no grau de hipnose, não somente decorrentes de efeito direto de agentes anestésicos, mas também de intervenções, como ajustes de ventilação mecânica e suas conseqüências.

Palavras-chave: Monitorização cerebral, fibrilação atrial, ventilação mecânica.

REFERÊNCIAS

1. Osorio J, Varley A, Kreidieh O, et al. High-frequency, low-tidal-volume mechanical ventilation safely improves catheter stability and procedural efficiency during radiofrequency ablation of atrial fibrillation. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2022;15(4):e010722. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCEP.121.010722>. PMID:35333095.
2. Chalela R, Gallart L, Pascual-Guardia S, Sancho-Muñoz A, Gea J, Orozco-Levi M. Bispectral index in hypercapnic encephalopathy associated with COPD exacerbation: a pilot study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018;13:2961. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S167020>. PMID:30310272.

512 BLOQUEIO ESFENOPALATINO COM ROPIVACAÍNA EM PACIENTE OBSTÉTRICA COM CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DA DURA-MÁTER

JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, CLAUDIA REGINA MACHADO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, MELLISSA ALEIXO MACHADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é uma das complicações do bloqueio do neuroeixo, tendo incidência de 1% na população obstétrica, dependendo dos fatores de risco do paciente (idade, sexo, gravidez, desidratação) e do procedimento (tamanho e tipo de agulha, orientação do bisel e dificuldade técnica). Seu mecanismo fisiopatológico é explicado por hipotensão liquórica, que resulta em venodilatação meníngea compensatória, causando dor. A cefaleia pode ser incapacitante e, por isso, opções de tratamento mais eficazes e menos invasivas têm sido estudadas, como o bloqueio do gânglio esfenopalatino. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 30 anos, submetida a cesariana. A raquianestesia foi realizada com agulha de Quincke 25G, com certa dificuldade técnica, sendo necessárias duas tentativas. Foi feita injeção de 15 mg de Bupivacaína hiperbárica e 80 mcg de Morfina intratecal. No pós-parto imediato, a paciente necessitou hemotransfusão devido atonia uterina. Após 24h do procedimento, iniciou a queixa de cefaleia occipital intensa, que piorava em ortostase e com irradiação para a nuca. Considerando que a paciente apresentava fatores de risco e uma vez que os sintomas eram sugestivos de CPPD, iniciou-se o tratamento medicamentoso com hidratação rigorosa, cafeína, analgésicos e anti-inflamatórios. Como não houve melhora, optou-se por realizar o bloqueio do gânglio esfenopalatino transnasal bilateral, utilizando aplicadores com ponta de algodão embebidos em Ropivacaína 0,75%, por 5 minutos. Após 10 minutos do término do procedimento, a paciente referiu alívio da dor prévia e não houve recorrência da cefaleia após uma semana do procedimento. **Discussão:** Além do tratamento medicamentoso, o tampão sanguíneo peridural é atualmente o padrão-ouro terapêutico, embora seja uma técnica invasiva e associada a complicações sérias. O bloqueio do gânglio esfenopalatino é uma opção menos invasiva de tratamento e seu efeito analgésico é devido ao bloqueio trigeminal e parassimpático, alterando o tônus meníngeo e a transmissão da nocicepção. Embora a resolução da lesão dural seja um processo espontâneo que geralmente leva menos de sete dias, esse procedimento analgésico permite uma recuperação assintomática durante esse tempo. Assim, o bloqueio do gânglio esfenopalatino pode ser discutido como uma opção de primeira linha, já que é menos invasivo e tão efetivo quanto o atual padrão-ouro.

Palavras-chave: Cefaleia, Esfenopalatino, Cesariana.

REFERÊNCIAS

1. Baterman BT, Cole N, Sun-Edelstein, C, et al (2022). Post dural puncture headache. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2022 Dez 10]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-dural-puncture-headache>
2. Furtado I, Lima IF, Pedro S. Uso de ropivacaína em bloqueio do gânglio esfenopalatino via transnasal para cefaleia pós punção dural em pacientes obstétricas – série de casos. Braz J Anesthesiol. 2018;68(4):421-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.11.007>. PMID:29402441.

513 IMPLANTAÇÃO DE REUNIÕES ASSISTENCIAIS MULTIDISCIPLINARES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTOS DE ALTO RISCO

FABIANO SOARES CARNEIRO, MICHAEL ARTHUSO LIMA MOREIRA, ANDRÉ LUIZ DOS SANTOS BARRA, GUSTAVO HENRIQUE SILVA DE OLIVEIRA, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES

REDE MATER DEI DE SAÚDE - GRUPO SAM (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução – Reuniões multidisciplinares pré-operatórias de casos cirúrgicos complexos representam uma oportunidade para melhoria da qualidade assistencial. A discussão dos casos de forma individualizada possibilita comunicação mais efetiva entre as especialidades envolvidas, melhora a integração entre profissionais e incentiva o compartilhamento de conhecimento. **Objetivo** – Apresentar o processo de organização de reuniões assistenciais multidisciplinares e mostrar os resultados obtidos após a implementação da iniciativa. **Métodos** – A equipe de anestesiologia foi responsável pelo planejamento e execução do projeto. Os pacientes são identificados durante a consulta pré-anestésica ou por iniciativa das clínicas assistentes. De acordo com o caso, são selecionadas as especialidades de interesse e uma reunião virtual é agendada. Uma ata com os principais pontos discutidos é criada e enviada às partes envolvidas. Os dados perioperatórios são coletados para alimentação de um banco de dados. **Resultados** – Foram realizadas 53 reuniões entre maio de 2021 e janeiro de 2023. Cerca de metade dos pacientes possuía idade entre 61 e 80 anos (49%), ASA 3 ou 4 corresponderam à maioria dos casos (56%) e, dentre as clínicas, a cirurgia oncológica foi a mais prevalente (37,7%). Tumores de cólon (18,8%) e de estômago (13,2%) foram os diagnósticos cirúrgicos mais prevalentes. Interrupção de medicamentos (51%), ajuste de anticoagulantes (32%), inclusão de terapias (24,5%), otimização nutricional (22,6%) e acréscimo de hemoderivados (20,7%) foram as decisões pré-operatórias mais comuns. Uma reunião resultou no cancelamento da cirurgia e decisão por tratamento conservador. Estratégias intraoperatórias e a inclusão ou exclusão de itens específicos foram abordadas em todas as discussões. Intercorrências intra e pós-operatórias, quando ocorreram, foram catalogadas e inseridas no banco de dados, para posterior análise. Permanência em terapia intensiva por até 24 horas (39,6%) e internação por até 10 dias (66%) foram outros dados obtidos. **Conclusões** – A implantação de reuniões multidisciplinares pode tornar a assistência ao paciente menos segmentada. Outras iniciativas têm sido incorporadas ao projeto, como registro da ata no prontuário e contato pré-operatório com a família. A formação de um banco de dados possibilita a caracterização dos casos atendidos e o conhecimento das especificidades da instituição.

Palavras-chave: Reuniões multidisciplinares, qualidade em anestesia, pré-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Koike M, Yoshimura M, Mio Y, Uezono S. The effects of a preoperative multidisciplinary conference on outcomes for high-risk patients with challenging surgical treatment options: a retrospective study. BMC Anesthesiol. 2021;21(1):39. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-021-01257-1>. PMID:33549032.

514 IMPACTO DA ASSOCIAÇÃO DO BLOQUEIO DO MÚSCULO QUADRADO LOMBAR NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA DE QUADRIL: RELATO DE CASO

RODOLFO DE MORAIS ARAUJO, FABIANO SOARES CARNEIRO, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES
REDE MATER DEI DE SAÚDE - GRUPO SAM (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Artroplastia de quadril é uma cirurgia de grande porte, com dissecação extensa de estruturas musculares, ósseas e vasculares, sendo um procedimento com potencial para gerar intensa dor pós-operatória. O bloqueio do quadrado lombar guiado por ultrassonografia é descrito como opção para analgesia suplementar em cirurgias abdominais, pélvicas e, mais recentemente, cirurgias do quadril. O seu uso pode diminuir a dor e o consumo de opioides no período pós-operatório, assim como a incidência de efeitos colaterais, dentre os quais náuseas e vômitos, que podem retardar a alta hospitalar e piorar a satisfação do paciente em sua experiência perioperatória. **Relato do caso:** Homem, 36 anos, portador de dor intensa em quadril por coxartrose bilateral secundária a necrose avascular da cabeça do fêmur, sendo indicado tratamento cirúrgico. Cirurgia no lado direito realizada sob sedação e raquianestesia (15 mg de bupivacaína isobárica e 50 mcg de morfina). Durante as primeiras 48 horas do pós-operatório, evoluiu com náuseas incoercíveis e vários episódios de vômitos, a despeito do uso de terapia antiemética, cessando apenas com a interrupção do uso de opioides. A alta hospitalar foi adiada em virtude do quadro, acontecendo 72 horas após a cirurgia. Na abordagem do lado oposto, optou-se por realização do procedimento sob sedação e raquianestesia (10 mg de bupivacaína isobárica e 40 mcg de clonidina), associada ao bloqueio do quadrado lombar. Alta hospitalar em 36 horas, sem uso de opioides e sem ocorrência de náuseas e vômitos. **Discussão:** Uma das demandas dos programas que visam a aceleração da recuperação do paciente é retorná-lo para sua rotina prévia à cirurgia. Controle ineficiente da dor, efeitos colaterais medicamentosos e retardo da alta hospitalar são ocorrências que impedem atingir tal objetivo, com impactos negativos na reabilitação, na reintegração do paciente e nos custos do sistema de saúde. O uso do bloqueio do quadrado lombar pode ser uma opção em pacientes com risco aumentado de náuseas e vômitos pós-operatórios.

Palavras-chave: Artroplastia do quadril, bloqueio do quadrado lombar, náuseas e vômitos pós-operatórios.

REFERÊNCIAS

1. Yayik AM, Cesur S, Ozturk F, Ahiskalioglu A, Celik EC. Continuous quadratus lumborum type 3 block provides effective postoperative analgesia for hip surgery: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2019;69(2):208-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.06.007>. PMID:30195631.
2. Hussain N, Brull R, Speer J, et al. Analgesic benefits of the quadratus lumborum block in total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia.* 2022;77(10):1152-62. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.15823>. PMID:35947882.

515 NOVA ABORDAGEM PARA O BLOQUEIO DO MÚSCULO QUADRADO LOMBAR: SÉRIE DE CASOS

FABIANO SOARES CARNEIRO, RODOLFO DE MORAIS ARAUJO, ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES

REDE MATER DEI DE SAÚDE - GRUPO SAM (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O bloqueio do quadrado lombar guiado por ultrassonografia é descrito como opção para analgesia suplementar em cirurgias abdominais, pélvicas e, mais recentemente, cirurgias do quadril. O seu uso pode diminuir a dor e o consumo de opioides no período pós-operatório, além de reduzir a incidência de efeitos colaterais como hipotensão, retenção urinária e fraqueza muscular, possibilitando deambulação e alta hospitalar precoces. Atualmente, há três tipos de abordagem descritas, que diferem pela posição da ponta da agulha em relação ao músculo quadrado lombar: lateral (tipo 1), posterior (tipo 2) e anterior ou transmuscular (tipo 3). A abordagem anterior tem demonstrado efetividade em aliviar a dor no pós-operatório de artroplastias de quadril, com baixa probabilidade de acarretar fraqueza muscular, uma vez que o anestésico é injetado posteriormente ao músculo psoas maior, enquanto o plexo lombar encontra-se envolto dentro deste. No entanto, mesmo guiada por ultrassonografia, essa abordagem não é isenta de riscos, pois o anestésico é depositado próximo a estruturas e cavidades nobres. **Objetivos:** Descrever uma nova abordagem para o bloqueio do quadrado lombar. **Métodos:** Foram incluídos pacientes submetidos a artroplastia de quadril, sendo a técnica anestésica principal definida pelo anestesiolologista assistente. Bloqueio realizado em decúbito lateral, com probe curvilíneo colocado na linha axilar posterior. Agulha inserida em plano, de anterior para posterior, e direcionada ao ápice do processo transversal, sendo redirecionada anteriormente após tocar o mesmo, no plano muscular entre o quadrado lombar e o psoas maior, onde a solução anestésica foi administrada. **Resultados:** Oito pacientes receberam o bloqueio, cinco não relataram dor no pós-operatório e três a relataram apenas na sala de recuperação pós-anestésica. A maior intensidade de dor em 24 horas foi 5/10 e todos receberam alta hospitalar em menos de 48h. **Conclusões:** A técnica proposta tem potencial para reduzir riscos em relação à abordagem transmuscular, como punção intraperitoneal e de vísceras, possibilitando uma abordagem mais proximal dos nervos lombares. O processo transversal é uma estrutura ecograficamente visível, de fácil identificação, e funciona como guia para a introdução da agulha, além de ser uma barreira para possíveis avanços indesejados. Considerando o trajeto da agulha e o local de injeção da solução anestésica, a técnica poderia ser descrita como paravertebral ou tipo 4.

Palavras-chave: Bloqueio do quadrado lombar, artroplastia de quadril.

REFERÊNCIAS

1. Yayik AM, Cesur S, Ozturk F, Ahiskalioglu A, Celik EC. Continuous quadratus lumborum type 3 block provides effective postoperative analgesia for hip surgery: case report. *Braz J Anesthesiol.* 2019;69(2):208-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.06.007>. PMID:30195631.
2. Brixel SM, Biboulet P, Swisser F, et al. Posterior Quadratus Lumborum Block in Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology.* 2021;134(5):722-33. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000003745>. PMID:33740816.

516 IMPORTÂNCIA DO POSICIONAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO AO ATO ANESTÉSICO CIRÚRGICO

ISABELA CAMPOS RAMALHO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO, MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO

CET JOÃO PESSOA – PB - HOSPITAL SEDE: HOSP. EM. E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

O posicionamento do paciente submetido ao ato anestésico cirúrgico é responsabilidade de toda a equipe que o assiste. E o mesmo, quando inadequado, configura-se como a principal causa de lesão de nervo periférico, a qual nem sempre é reversível. **Objetivo:** Reafirmar a relevância do posicionamento do paciente submetido à anestesia geral, bem como o devido registro em prontuário ou ficha técnica, acerca de qual posição foi realizada. SAGR, 47 anos, ASA II (HAS, em uso de losartana), 82 kg, cirurgia eletiva de artrodese de coluna toracolombar (T9-L4) devido a espondilolistese instável. Paciente em decúbito dorsal horizontal monitorizado com PNI, oximetria, ECG, venóclise 18G em MMSS, checklist anestésico. Realizada pré-oxigenação com máscara e FIO2100% seguindo-se com indução venosa (200 ug fentanil, 150 mg propofol, lidocaína SVC 80 mg, cisatracúrio 10 mg) e intubação com TT aramado 7.5 com cuff (capnografia adequada e fixação do TT). Iniciado ventilação mecânica VCV VC 6 mL/kg PEEP 5 mmHg FR 14irpm. Obtido PAI em artéria radial direita. SVD pela enfermagem. Posicionado o paciente em decúbito ventral por 8h (tempo cirúrgico), proteção de olhos. Cabeça em posição neutra com acolchoado em frente, manutenção anestésica com sevoflurano 2% e remifentanil BIC até 0,2 ug/kg/min. Sem registro de instabilidade hemodinâmica, nem uso de drogas vasoativas, nem hemocomponentes. Volume 2.500 mL Diurese 600 mL. Extubação sem intercorrências e seguiu para unidade de recuperação anestésica (URPA). Após 60 min na URPA, o paciente se queixa que não estava mexendo o MSD. Na avaliação do anestesiológico: sem edema no MSD, pulso periférico presente, já havia sido retirado a PAI, e as aferições estavam sendo realizadas em MSE via PNI, paciente não tinha queixa de dor no membro, apenas parestesia. Acionada a equipe da neurocirurgia que diagnosticou e fez conduta para neuropatia do plexo braquial direito. Em ficha técnica, não constava registro anestésico quanto ao posicionamento dos membros. **Discussão:** O posicionamento do paciente deve ser aquele que o mesmo tolera, caso estivesse acordado e não sedado, mantendo sempre que possível sua cabeça em posição neutra, sem flexão ou extensão acentuada, com proteção ocular livre de pressão externa, bem como extremidades e articulações com acolchoados. E toda assistência deve ser registrada em ficha anestésica não apenas para diagnósticos diferenciais subsequentes, como também para questões judiciais.

Palavras-chave: Neuropraxia, posicionamento, registro em ficha técnica.

REFERÊNCIAS

1. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK et al. Clinical anesthesia. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2014.

517 INTRODUÇÃO INTRATRAQUEAL INADVERTIDA DE TERMÔMETRO ESOFÁGICO EM LOBECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, ALANA RIPARDO RODRIGUES, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, VITOR DE SOUZA BORGES DOS SANTOS

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A monitorização da temperatura é obrigatória em pacientes submetidos a anestesia geral em tempo superior a 30 minutos. A hipotermia intraoperatória pode levar a disfunção miocárdica, infecções do sítio cirúrgico e maior perda sanguínea. Assim, uma vez que a forma segura de aferir a temperatura é manter a normotermia, a monitorização da temperatura central por acesso as vias esofágica, nasofaríngea, timpânica ou a artéria pulmonar é necessária. **Relato do caso:** Masculino, 79 anos, 72 kg, ASA II, hipertenso, diabético, dislipidêmico e ex-tabagista submetido a lobectomia pulmonar inferior direita por videolaparoscopia. Monitorizado com cardioscópio, pressão arterial invasiva, oxímetro de pulso, TOF, BIS, temperatura e capnógrafo. Pré-medicado com midazolam 2 mg IV; induzido a plano anestésico com lidocaína 100 mg, propofol 80 mg, sufentanil 20 mcg e rocurônio 50 mg IV, foi intubado seletivamente com tubo número Robertshaw 37, em brônquio fonte esquerdo, com videolaringoscópio e broncofibroscópio para confirmação. A manutenção da anestesia foi feita com sevoflurane. Em seguida, a passagem de termômetro esofágico, às cegas. Após a lobectomia, foi detectada porção distal de termômetro em peça cirúrgica e a proximal fixada em sutura cirúrgica com grampos. Optou-se por retirada cautelosa de alguns grampos até que se conseguisse retirar todo o sensor por tração do fio pelo nariz. Após 7 horas e 20 minutos, o paciente despertou sem dificuldades, dispneia em ventilação espontânea, sem dor/náuseas ou necessidade de reabordagem. **Discussão:** O termômetro esofágico é composto por fino tubo plástico descartável a ser inserido através da narina ou cavidade oral até o esôfago, em um trajeto de cerca de 45 cm, que o posiciona entre o ventrículo esquerdo e aorta, em altura da 8-9ª vértebras torácicas. Neste caso, a passagem do termômetro apenas pelas REFERÊNCIAS anatômicas não foi eficiente para o correto direcionamento e este foi fixado por grampos em local cirúrgico. A retirada por via alta foi bem sucedida sem dificuldades através da retirada selecionada de alguns grampos de região cirúrgica, sem prejuízo à intervenção proposta ou necessidade de ressíntese de ferida operatória e sem complicações associadas. Apesar disso, o caso chama a atenção e merece destaque, pois o desfecho poderia ter sido diferente e a passagem de termômetro às cegas é hoje consagrada como rotina.

Palavras-chave: Termômetro, passagem às cegas, complicação.

REFERÊNCIAS

1. Sessler DI, Pei L, Li K, et al. Aggressive intraoperative warming versus routine thermal management during non-cardiac surgery (PROTECT): a multicentre, parallel group, superiority trial. *Lancet*. 2022;399(10337):1799-808. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00560-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00560-8). PMID:35390321.
2. Basset FA, Cahill F, Handrigan G, Ducharme MB, Cheung SS. The effect of lower body cooling on the changes in three core temperature indices. *Physiol Meas*. 2011;32(4):385-94. <http://dx.doi.org/10.1088/0967-3334/32/4/001>. PMID:21330699.

518 ANALGESIA DE PARTO COM REMIFENTANIL EM PACIENTE USUÁRIA DE HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR: RELATO DE CASO.

EMANUELLY DA COSTA NOBRE SOARES, DANIEL DA ESCÓSSIA MELO SOUSA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Tida como uma opção promissora quando a gestante não pode ou não quer receber bloqueio neuroaxial, a analgesia de parto com remifentanil se mostra factível na analgesia de trabalho de parto (TP). Embora a relação entre anestesia obstétrica e opioide por muito tempo tenha sido conflitante, sobretudo pelos efeitos adversos (sedação, náuseas, vômitos, retardo no tempo de esvaziamento gástrico e depressão respiratória), o remifentanil, pelas suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas, ganha validação no cenário de analgesia de TP. **Relato de caso:** Gestante por FIV, 37 semanas, G2P0A1, 85 kg, diagnósticos de síndrome do ovário policístico e diabetes gestacional, em uso de enoxaparina em dose profilática (40 mg) por trombofilia do tipo Homozigose do gene MTHFR com homocisteína elevada. Última dose de enoxaparina às 22h30 e início de TP duas horas após. Solicitada analgesia de parto com 4 cm de dilatação. Diante da impossibilidade de bloqueio neuroaxial, optou-se por prescindir de anestesia geral em um cenário de cesariana e conduzir o caso com remifentanil em modo manual controlado (MCI) com peso corrigido. As doses variaram entre 0,05-0,15 mcg/kg/min. Houve bom controle da dor e períodos de sedação intermitente, respondendo ao chamado, com cardiocografia (CTG) dentro da normalidade (ausência de desacelerações e manutenção da variabilidade). No período expulsivo, equipe de obstetrícia realizou bloqueio do nervo pudendo bilateral, além de aumento da dose do remifentanil para 0,15-0,25 mcg/kg/min, com bólus intermitente de 10-20 mcg durante contrações. O nascimento foi por via vaginal após 8h de TP, apgar 8/9, laceração mínima de canal vaginal. **Discussão:** Nas duas últimas décadas, o remifentanil vem sendo apontado como uma boa alternativa às gestantes que recusam analgesia neuroaxial, não têm acesso ou apresentam contra-indicação, como no caso citado. Seu perfil de segurança (rápido início de ação, tempo de efeito ultracurto pelo metabolismo por esterases plasmáticas e teciduais não específicas, metabólitos inativos e sem perfil de acúmulo materno ou fetal) nos contextos farmacocinético e farmacodinâmico, bem como a infusão contínua com doses que variam entre 0,05 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ e 0,2 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ corroboram para uma opção segura para o binômio mãe-feto, assegurando redução clinicamente satisfatória da dor durante o TP, aparentemente sem interferir em sua evolução e com efeitos colaterais mínimos e facilmente reversíveis.

Palavras-chave: analgesia, parto, remifentanil.

REFERÊNCIAS

1. Soares EC, Lucena MR, Ribeiro RC, Rocha LL, Vilas Boas WW. Remifentanil em analgesia para o trabalho de parto. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60(3):334-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000300013>.
2. van de Velde M, CARVALHO B. Remifentanil for labor analgesia: an evidence-based narrative review. Int J Obstet Anesth. 2016;25:66-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.12.004>.

519 CIRURGIA BARIÁTRICA COM PROTOCOLO ERAS: RELATO DE CASO COM ASSOCIAÇÃO DE TIVA E ANALGESIA MULTIMODAL

TALITA GUILARDE TORRES, ANDRE LUIZ BRAGA DAS DORES, GIULLIANO GARDENGI, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, REBECA GUILARDE TORRES

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA GENOVEVA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A cirurgia bariátrica emergiu como tratamento promissor da obesidade grave. Nesse contexto, o protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) apresenta recomendações para reduzir as taxas de morbidade e possibilitar uma recuperação rápida seguida de alta hospitalar precoce, como a anestesia venosa total (TIVA) guiada pelo Índice Bispectral (BIS) com técnica poupadora de opioides e a vigilância contínua na recuperação pós-anestésica. **Relato de caso:** Paciente mulher, ASA III, 33 anos, 117 quilos (kg), 1,70 metro (m), Índice de Massa Corporal 40 kg/m², etilista social. Apresentava esteatose hepática grau II e dislipidemia. Anestesia realizada com monitorização multiparamétrica, incluindo BIS. Feitos antieméticos e analgesia com parecoxibe, dipirona metadona. Indução venosa com Dexmedetomidina 80 microgramas (mcg) em 10 minutos, Cetamina 25 miligramas (mg), Lidocaína 70 mg, Sufentanil 30 mcg, Propofol, modelo Schnider efeito guiado pelo BIS, e Rocurônio 70 mg, intubação orotraqueal acoplada à ventilação mecânica protetora (VMP). Iniciado Remifentanil contínuo com alvo de 1,5 mcg/mL e propofol ajustado para BIS entre 45-55. Realizado bloqueio intercostal sob visualização direta. Ao final, bloqueio neuromuscular (BNM) foi revertido com sugamadex e extubação sem intercorrências, sendo encaminhada à recuperação pós-anestésica (RPA) com alta em 90 minutos, sem queixas. **Discussão:** O protocolo ERAS estabelece metas que reduz o estresse perioperatório e mantém a função fisiológica pós-operatória. Na cirurgia bariátrica, a associação da TIVA com analgesia multimodal e bloqueio regional, moderando o consumo de opioides, diminui o risco de NVPO e melhora a recuperação pós-operatória. Além disso, o emprego de parâmetros de VMP, como baixo volume corrente e baixa pressão ao final expiratória final positiva, e uso de BNM efetivo com reversão completa corroboram a redução de complicações respiratórias. Dessa forma, a redução da morbidade facilita uma alta hospitalar precoce, aliada à recuperação pós-anestésica e pós-cirúrgica otimizadas e um manejo pré-operatório de excelência, reduzindo custos médicos e promovendo uma resposta potente ao tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, anestesia intravenosa, anestesia e analgesia.

REFERÊNCIAS

1. Bagatini A, Cangiani LM, Carneiro AF, Nunes RR. Bases do ensino da anestesiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2016
2. Stenberg E, dos Reis Falcão LF, O'Kane M, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update. *World J Surg.* 2022 Apr;46(4):729-751. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-021-06394-9>.

520 DISCUTINDO EMPREGO DA RAQUIANESTESIA E BLOQUEIO TAP NA ABORDAGEM DE UM CASO DE TRANSPLANTE RENAL

ALBERTO FREAZA LOBÃO BASTOS, EDMAR JOSÉ ALVES DOS SANTOS, IVANI CORREIA MESQUITA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PRISCILLA DE SOUZA LUZ

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O transplante renal é um dos mais realizados no mundo e é tratamento de escolha para doença renal crônica em estágio terminal. Comparado com a diálise de manutenção, o transplante bem-sucedido melhora a qualidade de vida e reduz a morbimortalidade. Relato do caso: Paciente JAVC, masculino, 51 anos, 67,5 kg, 168 cm, portador de HIV +, HAS e DRC, alérgico a Dipirona, submetido a transplante renal, sob anestesia geral combinada com bloqueio periférico e neuroeixo. Monitorizado com cardioscópio, pressão arterial invasiva, oxímetro, temperatura, BIS e capnógrafo. Pré-medicado com 3,5 mg Midazolam IV para bloqueio subaracnóideo com Morfina 100 mcg e Bupivacaína 0,5% 2,5 mg. Induzido a plano anestésico com Sufentanil 20 mcg, Lidocaína 80 mg, Propofol 80 mg e Rocurônio 40 mg IV. Foi, em sequência, realizado bloqueio TAP à direita sob auxílio de ultrassonografia com Ropivacaína 0,5% 20 mL e mantido em plano com Sevoflurano 0,8 CAM. Administraram-se 2.000 mL de cristaloides; Metilprednisolona 125 mg para imunossupressão, Dexametasona 10 mg e Ondansetrona 8 mg como antieméticos; e Sugamadex 200 mg para evitar bloqueio muscular residual. A duração foi de cinco horas e 10 minutos, sem intercorrências. Após extubação, despertou sem dor ou náuseas, Aldrete 10, PAM 70 mmHg sem aminas, eupneico em ar ambiente. Em primeiro dia de pós-operatório, apresentou dois episódios de vômitos, com boa resposta a otimização de terapia antiemética com ondansetrona 8 mg, Bromoprida 10 mg, Plasil 10 mg e Domperidona 10 mg. Não houve uso de opioide em pós-operatório imediato, analgesia apenas paracetamol 750 mg VO. **Discussão:** A analgesia pós-operatória para o transplante renal é sempre desafiadora, devido a dificuldade de metabolização de fármacos e efeito nefrotóxico dos anti-inflamatórios não esteroides. O bloqueio TAP visa minimizar o uso de opioide, entretanto ainda há evidências da necessidade de morfina. Embora a literatura seja controversa quanto ao emprego da raquianestesia em casos semelhantes, pelos riscos hemorrágicos, há vários relatos de uso seguro. No caso, optamos pela morfina em neuroeixo associada ao TAP, sem necessidade de doses adicionais de outro opiáceo, além daquele da dose em indução venosa, com redução da CAM do Sevoflurano. Em pós-operatório imediato, houve necessidade de otimização de terapia antiemética com uso de quatro antieméticos de diferentes classes. Não houve distúrbio hemorrágico e a analgesia foi mantida por via oral apenas com paracetamol regular.

Palavras-chave: Transplante, TAP BLOCK, raquianestesia.

REFERÊNCIAS

1. Levin A, Tonelli M, Bonventre J, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *Lancet*. 2017;390(10105):1888-917. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2). PMID:28434650.
2. Gulyam Kuruba SM, Mukhtar K, Singh SK. A randomised controlled trial of ultrasound-guided transversus abdominis plane block for renal transplantation. *Anaesthesia*. 2014 Nov;69(11):1222-6. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.12704>.

522 COMPRESSÃO PNEUMÁTICA CONTÍNUA COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM MEMBROS INFERIORES

TALITA GUILARDE TORRES, CARLOS BERALDO VIEIRA, GIULLIANO GARDENGI, GUSTAVO SIQUEIRA ELMIRO, LUCIANA HAHMANN ABREU

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA GENOVEVA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A segurança do paciente é um foco multidisciplinar, especialmente no perioperatório, e objetiva minimizar riscos e prevenir danos. Um dos meios de garantir isso é o uso de Compressão Pneumática Intermitente (CPI), com insuflação intermitente de manguitos dos pés às panturrilhas, prevenindo trombose venosa profunda (TVP), porém defeitos no seu funcionamento predis põem a riscos de lesões cutâneas e musculares, e danos isquêmicos. Uma das complicações é a síndrome compartimental (SC), por aumento da pressão externa contínua, resultando no aumento da pressão a perfusão capilar de um compartimento osteofascial fechado, com comprometimento de vasos, músculos e terminações nervosas, e pode se agravar pelo estresse oxidativo gerando necrose tecidual com repercussão sistêmica.

Relato de caso: Paciente mulher, 36 anos, nega comorbidades, medicações de uso contínuo e histórico de complicações cirúrgicas ou anestésicas prévias, apresenta exames pré-operatórios sem alterações e baixo risco cardiológico para o procedimento cirúrgico. Foi submetida à cirurgia de lipoaspiração e herniorrafia inguinal unilateral, sob anestesia geral. No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com dores intensas em membros inferiores aos movimentos ativos e passivos, palidez cutânea, enchimento capilar prejudicado e parestesia, ao exame. Após, a equipe multidisciplinar constatou possível falha mecânica por compressão contínua da CPI no intraoperatório, acarretando Síndrome Compartimental em membros inferiores. A paciente foi submetida a fasciotomia bilateral de emergência e reparo de lesões vasculares e foi encaminhada para a UTI. Evoluiu com rabdomiólise, insuficiência renal aguda dialítica e instabilidade hemodinâmica, permanecendo na UTI até estabilização do quadro. Após 50 dias, recebeu alta hospitalar com estabilidade clínica e resolução do quadro de Síndrome Compartimental.

Discussão: O cuidado contínuo no período perioperatório é imprescindível para a segurança do paciente e a checagem constante de monitores e equipamentos é necessária tendo em vista os riscos inerentes à sua utilização. A síndrome compartimental por compressão contínua pelo CPI é uma intercorrência grave e evitável, associada a desfechos desfavoráveis e permanentes, sendo um risco a ser revisado para não superar o benefício de evitar TVP. Desse modo, a revisão sistematizada desses aparelhos e a vigilância contínua durante todo o intraoperatório tornam-se pontos essenciais a serem acrescentados na rotina do centro cirúrgico.

Palavras-chave: Síndrome do compartimento anterior, segurança, complicações intraoperatórias.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Comissão de Circulação Pulmonar. Recomendações para a prevenção do tromboembolismo venoso. J Pneumol. 2000;26(3):153-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862000000300011>.
2. Grazziano ES. Safety in surgery care: where are we? Revista SOBECC. 2015;20(2):5-11

523 MANEJO DE VIA AÉREA E VENTILAÇÃO EM PACIENTE OBESO MÓRBIDO COM IMPACTAÇÃO ALIMENTAR ALTA: O QUE FAZER?

FILIFE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, CAIO AUGUSTO DE CARVALHO LEMOS, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, MAYKON LUIS SANTINI, RONALDO ANTONIO DA SILVA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO (SP), BRASIL.

Introdução: Dificuldades com o manejo da via aérea têm sérias potenciais implicações para a anestesia, tendo em vista que a não obtenção de uma via aérea patente pode levar à lesão hipóxica cerebral e óbito em questão de minutos. Faz-se necessário identificar possíveis fatores de risco para ventilação difícil e intubação orotraqueal (IOT) difícil. Dessa forma, se faz de grande importância uma história clínica completa além de exame físico cuidadoso para que se possa identificar o risco da via aérea durante o ato anestésico. **Relato do Caso:** Paciente, 72 anos, deu entrada no pronto-socorro de hospital em São Paulo com queixa de disfagia proximal. A mesma, apresentava preditores de dificuldade de controle de via aérea, tinha senilidade, obesidade mórbida (índice de massa corporal 60), circunferência cervical aumentada (43 cm) e extensão cervical reduzida além de "bite test" grau 3. A mesma tinha diagnóstico de impactação alimentar alta com investigação de doenças de motilidade esofágica, para realização de endoscópica e, vistos os preditores de via aérea além do risco iminente de broncoaspiração, optou-se pela IOT acordada com anestesia tópica (Lidocaína a 1%), analgesia sistêmica com Remifentanil em BIC e videolaringoscopia. Durante a laringoscopia, já se notava material alimentar em esôfago proximal bem próximo a laringofaringe, sendo este prontamente aspirado, e foi introduzida sonda número 7,5 com cuff, sem outras intercorrências. Após introdução do paciente em ventilação mecânica, o mesmo apresentou dessaturação progressiva com mecânica ventilatória inadequada, apesar de medidas de recrutamento alveolar e ajustes ventilatórios, permanecendo com oximetria periférica em 89%. Na endoscopia, evidenciou-se um material alimentar impactado em toda extensão esofágica e antro gástrico. Optou-se por encaminhar a doente em ventilação mecânica invasiva para a unidade de terapia intensiva, onde a mesma passou por titulação de PEEP além de medidas de desmame ventilatório (TRE), sendo a mesma extubada sem intercorrências 48 horas após o ato anestésico em leito de UTI. **Discussão:** A capacidade de identificar e estratificar o risco da via aérea de um doente se faz como habilidade fundamental na prática anestésica, sendo um divisor de águas para um procedimento sem desfechos desastrosos durante o ato anestésico, trazendo assim mais segurança e sobrevida aos doentes aos cuidados do profissional anestesiológico.

Palavras-chave: Via aérea difícil, obesidade mórbida, ventilação difícil.

REFERÊNCIAS

1. Rosenblatt WH, Artime C. Management of the difficult airway for general anesthesia in adults. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 21]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-difficult-airway-for-general-anesthesia-in-adults>

524 PLANEJAMENTO TRANSFUSIONAL E MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE SUBMETIDO À CISTECTOMIA RADICAL: RELATO DE CASO

ALINE BONIFÁCIO RODRIGUES DE OLIVEIRA, ALFREDO GUILHERME HAACK COUTO, AUGUSTO XAVIER BRINATI TORRES, CAROLINA FÉLIX MONTES, LUCIANO SILVA GOMES

HOSPITAL DE ENSINO ALCIDES CARNEIRO- FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS, PETRÓPOLIS, RJ, BRASIL

Introdução: A cistectomia radical emergiu como o tratamento padrão-ouro da neoplasia vesical de alto grau invasiva, com taxas de sobrevida entre 73%-89% na doença localizada, e entre 45%-55% em doentes com doença extravesical. As causas mais comuns de complicações incluem doenças cardiovasculares, sepse urinária, deiscência de feridas, embolia pulmonar e hemorragia. O tratamento e planejamento multidisciplinar cirúrgico, médico e anestésico mais eficazes reduziram tais complicações. **Relato de caso:** F.J.V, 65 anos, 86 kg, sexo masculino, foi submetido à cistectomia higiênica de urgência. História prévia de CA de bexiga, já submetido a radioterapia e RTU de bexiga. No pré-operatório, apresentava hematúria maciça e história de transfusão de 11 CH no mês que antecede a cirurgia. Feito planejamento transfusional: um CH no dia anterior à cirurgia (Hb: 4,7, Hto: 15,1) e dois CH no dia da cirurgia. Exames de entrada Hb: 5,7 e Hto: 17,7. ECG: Taquicardia sinusal, ECO: Sem alterações significativas, Gasometria: Acidose metabólica compensada. Paciente deu entrada em SO acordado, sem queixas. Monitorização: cardioscopia, oximetria de pulso e PNI. Venóclise em MSD, J20G. Punção acesso venoso central em VJIE, guiado por USG. Feito Transamin 1 g. Puncionada artéria radial esquerda. Utilizada manta térmica superior. Indução anestésica com Remifentanil 0,2 mcg/kg/min em BI + Lidocaína 100 mg + Etomidato 20 mg + Cisatracúrio 10 mg IV. IOT com TOT nº 8. Manutenção com Sevoflurano 2%. Hemograma e gasometrias arteriais seriados. No intraoperatório, fora administrado Gluconato de cálcio 10% 20 mL. Para analgesia pós-operatória, optou-se por Dipirona 3 g + Morfina 4 mg EV + 5 mg SC, além de TAP BLOCK bilateral guiado por USG, com 30 ml de levobupivacaína 0,25% + lidocaína 1%. Transfusão de dois CH durante procedimento cirúrgico. Paciente foi extubado e encaminhado a UPC com escala de ALDRETE: 10. Perda sanguínea cirúrgica: 200 mL. Infundidos 1.000 mL de Plasma Lyte + 100 SF 0,9% IV. Evolução satisfatória, com alta da UPC em 24h. Sem necessidade de novas transfusões e/ou uso de amins. **Conclusão:** A cistectomia radical é uma cirurgia invasiva de grande porte, com potencial perda sanguínea. Desta forma, optamos por uma abordagem de fluidoterapia mais restritiva, guiado por metas hemodinâmicas, além de controle de distúrbios hidroeletrólíticos, e aquecimento intraoperatório. Enaltecendo enfoque para o planejamento multidisciplinar pré-operatório, bem como manejo anestésico adequado durante todo procedimento.

Palavras-chave: Transfusão, cistectomia radical, reposição volêmica.

REFERÊNCIAS

1. Girish PJ. Intraoperative fluid management. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2022 Abr 15]. Disponível em:.
2. Araújo P, Cruz R, Freitas R, Morais A, Oliveira J. Cistectomia radical / experiência de um centro oncológico. Acta Urológica Port. 2014;31(3):63-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S2341-4022\(14\)50052-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2341-4022(14)50052-3).

525 PASSAGEM DE MARCAPASSO TRANSVENOSO PARA APENDICECTOMIA

GUILHERME FRAGA GEHRING, ALEXANDRE STELLATI GARCIA, ALISSON VINICIUS PARIZOTTO, MARISA PIZZICHINI, MAURICIO HENRIQUE ZANINI CENTENARO

CET S.A. SANTA CASA MISER. CTBA - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Taquiarritmias e bradiarritmias intraoperatórias são relativamente comuns durante o ato anestésico. Embora a maioria das arritmias intraoperatórias sejam transitórias e clinicamente não significativas, algumas podem estar relacionadas com doenças graves. Neste contexto, o bloqueio atrioventricular pode ocorrer por atraso, interrupção transitória ou permanente na transmissão do impulso dos átrios para os ventrículos devido a um comprometimento do sistema de condução. **Relato de caso:** Homem, 87 anos, usuário de Alopurinol e Risperidona, com história de afasia por traumatismo cranioencefálico (TCE) há 18 anos e necessidade de Derivação Ventriculoperitoneal (DVP), além de presença de Bradicardia há cinco anos, com indicação de Marcapasso (MP), que não foi implantado devido a baixa funcionalidade. Paciente encaminhado devido à BAVT (Bloqueio Atrioventricular Total), Frequência Cardíaca basal de 30 bpm e ausência de serviço cardiológico de referência em hospital de origem com diagnóstico tomográfico de apendicite, abscesso pélvico e sinais de septicemia. Devido a baixa funcionalidade, *status* paliativo com limites de cuidado, desejo familiar de não colocação de MP definitivo e provável Sepsis de foco abdominal, optou-se por realização de MP transvenoso em ato anestésico. Realizada monitorização com Pressão Arterial Invasiva (PAI), cardioscopia e oximetria de pulso. Presença de BAVT, FC de 35 bpm, saturação de 94% em ar ambiente, pressão arterial de 205/100 mmHg. Realizada indução anestésica com Cetamina 100 mg, Lidocaína 2% 80 mg, Fentanil 100 mcg, Rocurônio 50 mg. Ausência de instabilidade hemodinâmica durante intubação orotraqueal. Após indução, realizada passagem de acesso venoso central em subclávia direita e passagem de MP transvenoso em veia jugular interna direita guiada por radioscopia. MP definido com FC de 70 bpm em modo VVI. Manutenção de anestesia realizada com Sevoflurano. Procedimento de apendicectomia e drenagem de abscesso pélvico realizados sem intercorrências. Paciente encaminhado estável hemodinamicamente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI). MP transvenoso retirado por equipe assistente após alta da UTI no outro dia. **Discussão:** A adequada realização de MP transvenoso delineou um ato cirúrgico seguro para o paciente. Além disso, o uso do MP transvenoso foi condizente com a expectativa da família em relação aos cuidados do mesmo.

Palavras-chave: Apendicectomia, marcapasso, paliatividade.

REFERÊNCIAS

1. Methangkool E, Mahajan A. Arrhythmias during anesthesia. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2023 Jan 18]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/arrhythmias-during-anesthesia>

527 BLOQUEIO REGIONAL COMO FERRAMENTA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA PARA FENÔMENO DE RAYNAUD REFRACTÁRIO SECUNDÁRIO A ESCLEROSE SISTÊMICA

ANA CAROLINA FIGUEIREDO DE OLIVEIRA, FERNANDA DUTRA MANSUR, GUSTAVO ESTEVAM DA SILVA GOMES, LUIZ FERNANDO AMANCIO PEREIRA DE OLIVEIRA, VINÍCIUS ANTÔNIO PEREIRA E SILVA

CET DO IPSEMG - HOSPITAL SEDE: HOSP. GOV. ISRAEL PINHEIRO - BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) é uma doença crônica multissistêmica, caracterizada por disfunção vascular generalizada e fibrose progressiva da pele e de órgãos internos. Entre as manifestações vasculares, está a ocorrência de Fenômeno de Raynaud (FR) secundário. No presente relato de caso, é apresentada intervenção da equipe de Anestesiologia com bloqueio de nervo periférico diagnóstico e terapêutico para FR grave e refratário, seguido de infusão contínua em cateter peridural como terapia ponte para simpatectomia cirúrgica. Os resultados obtidos foram satisfatórios e promoveram melhora de sintomas e da qualidade de vida da paciente, culminando em alta hospitalar com bom controle algico. **Relato de caso:** Mulher, 60 anos, hipertensa e hipotireoideia, portadora de esclerose sistêmica com Fenômeno de Raynaud grave e refratário. Comparece ao pronto-atendimento referindo dor intensa e parestesia de membros inferiores, associadas a cianose, livedo e dificuldade de deambulação, a despeito de terapia oral medicamentosa otimizada. Foi solicitada avaliação da Anestesiologia para auxílio no manejo da dor, sendo realizado bloqueio de nervo femoral guiado por ultrassom, com melhora imediata do quadro de cianose e livedo, além de alívio da dor. Prosseguiu-se com a instalação de cateter peridural com infusão contínua de anestésico local como terapia de manutenção. Após uma semana, foi realizada simpatectomia lombar bilateral pela equipe de Cirurgia Torácica, com boa resposta e subsequente alta hospitalar com controle algico e deambulação satisfatórios. **Discussão:** A fisiopatologia do Fenômeno de Raynaud envolve ativação simpática exacerbada e produção de substâncias vasoconstritoras. O tratamento medicamentoso com vasodilatadores e inibidores da fosfodiesterase é, muitas vezes, insuficiente, reservando-se aos casos refratários a indicação de simpatectomia cirúrgica definitiva. No caso apresentado, a resposta imediata ao bloqueio regional, com redução do tempo de enchimento capilar e alívio da dor, evidenciou importante contribuição de hipoperfusão e vasoconstrição para o quadro. Acredita-se que a vasodilatação e a simpátólise periférica promovidas pelo bloqueio contribuam para sua eficácia, sendo demonstrado previamente que boa resposta à anestesia regional associa-se a provável sucesso da simpatectomia cirúrgica (2). Durante todo o tratamento e acompanhamento pela Anestesiologia, a paciente manteve bom controle algico e perfusão periférica adequada.

Palavras-chave: Bloqueio regional, anestesia regional, dor aguda.

REFERÊNCIAS

1. Stephas SA, Hertel P, Bennetts P. Peripheral Nerve blockade for patients with raynaud phenomenon and other causes of digital ischemia: a case report and practice implications. AANA J. 2021;89(5):391-5. PMID:34586992.
2. Kayser C, Corrêa MJU, Andrade LEC. Fenômeno de Raynaud. Rev Bras Reumatol. 2009;49(1):48-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000100006>.

529 REAÇÃO TRANSFUSIONAL PÓS-CHOQUE HEMORRÁGICO EM PACIENTE ONCOLÓGICA

MAYKON LUIS SANTINI, FILIPE DE MIRANDA SOUZA RAMOS, GUILHERME BRAZAO, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RONALDO ANTONIO DA SILVA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Durante o período perioperatório, os pacientes são submetidos a múltiplos agentes potenciais causadores de reações de hipersensibilidade, muitas vezes, em curtíssimo espaço de tempo. É estimado que essas reações ocorram uma vez a cada dez mil anestésias, mas esse número pode estar bastante subestimado devido ao sub-registro das ocorrências. Essas reações podem ser divididas em graus, de 1 a 4, de acordo com a severidade das manifestações. Por exemplo: grau 1, quando há apenas manifestações cutâneas; grau 2, quando há manifestações sistêmicas; grau 3, quando há manifestações sistêmicas graves, e grau 4, quando há evolução para parada cardiorrespiratória. **Relato do Caso:** Paciente, 74 anos, com histórico de trombose venosa profunda prévia, hipertensão e hipotireoidismo, ex-tabagista 50 anos-maço, foi internada com massa pélvica a esclarecer hipótese diagnóstica de sarcoma. A cirurgia foi urgenciada por quadro obstrutivo. No intraoperatório, teve episódios de instabilidade hemodinâmica severa à manipulação da massa pélvica e, além disso, devido a vultoso sangramento. Em sala, saturava 90% em ventilação mecânica com O₂ a 100%, com pouca melhora mesmo com manobras de recrutamento alveolar e adequado relaxamento muscular. Foram fornecidos, durante a cirurgia, seis concentrados de hemácias (CH), o que melhorou o transporte de oxigênio e a saturação para 99% com O₂ a 50%. Próximo ao final da cirurgia, foi feito um último CH e, ao término, quando a paciente já estava em cama de transporte para a unidade de terapia intensiva (UTI), verificou-se que a saturação caiu novamente para 82% com O₂ a 100%. Além disso, houve episódio de taquicardia supraventricular, revertido com adenosina. Na chegada à UTI, evidenciou-se rash, sibilos à ausculta pulmonar e edema de mucosas. Não houve instabilidade hemodinâmica devido à reação de hipersensibilidade. Foi tratada com hidrocortisona, difenidramina e beta-agonista inalatório, com boa evolução e extubação bem sucedida, após dois dias. **Discussão:** Reações de hipersensibilidade são comuns na prática anestésica e devem ser prontamente identificadas e tratadas. No caso em pauta, a hipótese levantada foi a de reação transfusional após a administração do último CH. No entanto, devido à heterogeneidade de agentes que podem estar envolvidos, protocolos de tratamento de reações alérgicas devem ser confeccionados e estar prontamente disponíveis em todos os serviços para que se reduza a morbimortalidade desses eventos.

Palavra-chave: Hipersensibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Laguna JJ, Archilla J, Doña I, et al. Practical guidelines for perioperative hypersensitivity reactions. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2018;28(4):216-32. <http://dx.doi.org/10.18176/jiaci.0236>. PMID:29411702.

530 O QUE SE SABE SOBRE AS REPERCUSSÕES DA ANESTESIA EM PACIENTES USUÁRIOS CRÔNICOS DE COCAÍNA

DANYELLE CÉLLI BEDENDO MARCO, ANDRÉ ZAGALO ARAGÃO FERREIRA, FERNANDA CALDEIRA ALFAIA DE OLIVEIRA, MARCELLA ADORNO CHIAVEGATTO, MARCELO LUIZ PEIXOTO SOBRAL

CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS - FAM, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A cocaína provoca euforia e agitação psicomotora. Seu mecanismo de ação é por meio do impulso nervoso simpático, por bloqueio da recaptação das catecolaminas que agem nos sistemas cardiovascular, nervoso, renal e no equilíbrio térmico. O óbito ocorre por overdose e insuficiência cardiorrespiratória. De uso cada vez mais comum e banalizado, as drogas vêm ganhando visibilidade nos estudos de anestesia, sedação e controle da dor por sua repercussão fisiológica e aumento da resistência a outros fármacos. **Objetivos:** Compreender a relação entre o aumento da dificuldade de sedação e realização de anestesia em usuários crônicos de cocaína, relacionar a neuromodulação dos receptores α e β com os mecanismos pelos quais os anestésicos competem com a droga e possíveis complicações associadas. Também foi relacionado o tempo de suspensão de uso da cocaína antes das cirurgias. **Método:** Usando os descritores "anestesia", "complicações" e "usuários de cocaína" na plataforma SciELO, foram encontrados, no período de cinco anos, 283 artigos, sendo selecionados apenas dois para elaborar a revisão integrativa. **Resultados:** O abuso de cocaína a longo prazo acarreta baixa resposta anestésica e complicações orgânicas, como confusão mental, convulsões e descompensações cardiovasculares e respiratórias. A cocaína exerce seu efeito anestésico local, bloqueando os canais de sódio nas células neuronais, o que impede a condução de impulsos nervosos. Os efeitos sistêmicos ocorrem como resultado da capacidade de, simultaneamente, aumentar os níveis de catecolaminas bem como bloquear a sua recaptação, o que leva a um agonismo contínuo em ambos os receptores α e β . Exposições crônicas à cocaína produzem uma cascata de sintomas. A intoxicação ocorre por doses mais altas de medicamentos para sedação e alívio da dor, como opioides e hipnóticos. Fisiologicamente aumenta a estimulação dos receptores α -adrenérgicos, acarretando vasoconstrição cardíaca e mais consumo de O₂, com conseqüente isquemia cardíaca. O tempo de suspensão do uso droga varia de 7 a 15 dias, reduzindo resquícios metabólicos. **Conclusões:** Conclui-se que o uso de cocaína interfere na resposta anestésica perioperatória do paciente, necessitando de doses elevadas de opioides e hipnóticos para obter efeito semelhante a um não usuário, por causa da constante estimulação dos neuroreceptores e bloqueio dos canais de cálcio, e de suspensão por 7 a 15 dias, o que é um desafio para o anestesiolista responsável por viabilizar a sedação e por manejar possíveis infortúnios.

Palavras-chave: Anestesia, complicações, usuários de cocaína.

REFERÊNCIAS

1. dos Santos IXP, Campos PCT JR, Reis ENA, et al. Considerações sobre o manejo anestésico em usuários de drogas. Rev Eletrônica Acervo Cient. 2021;21:e5869. <http://dx.doi.org/10.25248/reac.e5869.2021>.
2. Luft A, Mendes FF. Anestesia no paciente usuário de cocaína. Rev Bras Anesthesiol. 2007;57(3):307-14.

531 USO DE SACHÊ DE CARBOIDRATO COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR DESCONFORTO DO JEJUM EM CIRURGIAS ATRASADAS

ANDRE KENG WEI HSU, FELIPE MACHADO SCALON, GABRIELA FARIA DE OLIVEIRA, HELLIN DOS SANTOS

HOSPITAL DE CARIDADE DE ERECHIM, ERECHIM, RS, BRASIL

Introdução: Paciente H.M., 32 anos, hígida, ASA I, com fratura de membro superior após queda de bicicleta com plano de correção cirúrgica. O procedimento estava agendado para as 10 horas da manhã, com expectativa da chegada do material (placa) às 7 horas para o uso na cirurgia ortopédica. Em razão de bloqueios na estrada, a empresa responsável pelo material entrou em contato às 9 horas da manhã informando sobre o atraso e possível chegada perto do meio-dia. A paciente já estava internada aguardando o procedimento e de jejum desde a meia-noite do dia anterior. A situação foi explicada para ela, e foi ofertado, de forma rápida, sachê de carboidrato contendo 25 gramas de maltodextrina diluída em água filtrada para minimizar a fome e o desconforto da espera. O procedimento foi realizado às 12 horas sem intercorrências, e a paciente teceu elogios ao serviço de atendimento ao cliente, enaltecendo o cuidado e a otimização do seu jejum mesmo com o atraso do material. **Discussão:** Situações que geram atraso de procedimentos cirúrgicos são comuns na nossa prática diária. Desde problemas com órteses, próteses e materiais especiais até encaixe de urgências e prolongamentos não esperados de cirurgias eletivas acabam gerando retardamento da agenda cirúrgica. Contudo, esses problemas não esperados acabam causando prolongamento do jejum pré-operatório dos pacientes. Sabe-se que o aumento das horas de jejum impacta negativamente o perioperatório, aumentando a resistência à insulina, íleo paralytico e insatisfação do paciente. Nesse caso, utilizamos o sachê de carboidrato como líquido claro (jejum de duas horas) na tentativa de minimizar o desconforto da fome e sede por causa do atraso não esperado. Optamos pelo sachê em razão de sua praticidade, rápida diluição em água e baixo custo, tornando-se uma opção viável na gestão de diminuir o desconforto do paciente frente a atrasos cirúrgicos não planejados.

Palavras-chave: Jejum pré-operatório, satisfação, paciente.

REFERÊNCIAS

1. Cheng PL, Loh EW, Chen JT, Tam KW. Effects of preoperative oral carbohydrate on postoperative discomfort in patients undergoing elective surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Langenbecks Arch Surg.* 2021;406(4):993-1005. <http://dx.doi.org/10.1007/s00423-021-02110-2>. PMID:33629128.

532 MIOPATIA NATIVA AMERICANA COM DISMORFISMOS E HIPERTERMIA MALIGNA TAMBÉM É UMA PREOCUPAÇÃO PARA ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS

THALLES SESTOKAS ZORZETO, HELGA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, MARY DOS SANTOS SILVA, RICARDO KENITHI NAKAMURA

CET DISC. ANEST. DOR E TER. INT. UNIFESP/EPM - HOSPITAL SEDE: HOSP. SÃO PAULO DA ESC. PAULISTA MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Hipertermia maligna (HM) é doença farmacogenética autossômica dominante, caracterizada por estado hipermetabólico após exposição de indivíduo geneticamente suscetível a agentes halogenados e/ou succinilcolina. Os principais achados são taquicardia, hipercapnia, hipertermia, rigidez muscular, aumento do consumo de oxigênio e acidose láctica, seguidos de rhabdomiólise, coagulação intravascular disseminada e falência de múltiplos órgãos. O tratamento baseia-se na interrupção dos agentes desencadeantes, administração do antídoto dantrolene e controle das complicações. A mortalidade varia de 5-25%. A maioria (50-70%) das famílias possui mutações no gene *RYR1* e raras nos genes *CACNA1S* e *STAC3*. Mutações no gene *STAC3* também causam miopatia nativa americana (NAM), descrita em cinco famílias nativas norte-americanas Lumbee (miscigenação de indígenas Cheraw, ingleses e afro-americanos), com deformidades musculoesqueléticas congênitas e suscetibilidade à HM. O fenótipo varia desde características graves ao nascimento até miopatia congênita lentamente progressiva. *STAC3* é uma proteína essencial do sistema de acoplamento excitação-contração (ECC) nos músculos esqueléticos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 2 anos, afro-brasileiro, com atraso nos marcos motores, criptorquidia, pé torto congênito, contraturas em flexão nos dedos das mãos, escoliose progressiva (Cob 70°), hipotrofia/hipotonia/arreflexia/fraqueza muscular global e ptose palpebral. Foi submetido a duas anestésias inalatórias prévias sem complicações. Durante a cirurgia para correção de contraturas, após 10 minutos de uso de sevoflurano, desenvolveu hipercapnia (133 mmHg), hipertermia (38,6°C) e taquicardia (179 bpm). Houve melhora após a suspensão do halogenado. O teste genético detectou mutação no gene *STAC3* em homozigose. **Discussão:** Características miopáticas com escoliose devem aumentar a conscientização sobre o risco de HM. Nesses casos, a disponibilidade de dantrolene e a anestesia sem desencadeantes devem ser consideradas. Deve-se também incluir a análise do gene *STAC3* no diagnóstico de qualquer paciente que apresente crise de HM na América do Sul. Os familiares devem ser orientados para investigação e medidas anestésicas seguras.

Palavras-chave: Hipertermia maligna, *STAC3*, miopatia nativa americana.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP: 2021/06180-7) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES: código 001).

REFERÊNCIAS

1. Webb BD, Manoli I, Jabs EW. *STAC3* Disorder. 2019 Jun 20. In: Adam MP, Everman DB, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2022.

533 ANESTESIA PARA CAPTAÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS

LARISSA BRITO PEREIRA, CARLOS LEMES, LORENA BRITO PEREIRA

HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL

Introdução: A anestesia correta no doador cadáver é essencial no bom desfecho do receptor, uma vez que é necessário manter o equilíbrio dos órgãos a serem transplantados. **Relato de caso:** Sexo masculino, 25 anos, admitido na Sala Vermelha em razão de acidente vascular cerebral hemorrágico, com quadro de pico hipertensivo, cefaleia, epigastralgia e sudorese. Tomografia computadorizada de crânio evidenciou hemorragia subaracnóidea, com edema difuso. Após 24 horas, evoluiu para rebaixamento do nível de consciência, com pupilas midriáticas. Em razão do quadro, não era possível a intervenção cirúrgica. Paciente não possuía passado de hipertensão arterial sistêmica e outras comorbidades. Evoluiu com piora do prognóstico, sendo suspensa a sedação após quatro dias de início do quadro. No sexto dia, foi aberto protocolo de morte encefálica, e no oitavo dia, evidenciada ausência de fluxo em Doppler. Paciente foi admitido na sala cirúrgica para captação de órgãos. Foram administrados fentanil 250 mcg, sevoflurano 2%, cisatracúrio 10 mg e heparina 30.000 UI. Apresentou pressão arterial média entre 90 e 100 mmHg em uso de noradrenalina, temperatura de 36°C e glicemia de 117 mg/dL. Foram captados os rins, o fígado e o coração, mas as córneas foram descartadas por causa de edema na região ocular. **Discussão:** As alterações fisiopatológicas da morte encefálica no sistema cardiovascular ocorrem em duas fases: na primeira, há uma descarga simpática, que leva ao quadro de hipertensão, taquicardia e vasoconstrição; já na segunda fase, ocorre a perda do tônus simpático, que gera vasodilatação e redução do débito cardíaco. Na parte respiratória, há elevação da pressão hidrostática, cursando com edema e aumento da permeabilidade endotelial em razão do quadro de inflamação. Na parte endócrina, ocorre diabetes insípida, decorrente da insuficiência hipofisária. Com a deficiência de T3 e T4, ocorre o quadro de hipotireoidismo e de hiperglicemia por causa do aumento da resistência insulínica. Acontece também hipotermia por motivo de vasodilatação, redução do metabolismo e perda do controle de temperatura. Assim, o anestesista responsável pelo doador deve manter o volume intravascular por meio do uso de fluidos ou vasopressores, fazendo com que a temperatura corporal permaneça acima de 35°C. Os níveis glicêmicos devem estar entre 120 e 180 mg/dL, a fim de manter a função renal funcional. Logo, cabe ao anestesista prevenir e corrigir as disfunções orgânicas com o objetivo de manter a hemostasia, possibilitando novas pessoas receberem os órgãos transplantados.

Palavras-chave: Órgãos, captação.

REFERÊNCIAS

1. Westphal GA, Caldeira M FO, Vieira KD, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(3):255-68. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000300003>.

535 ENFISEMA SUBCUTÂNEO APÓS COLONOSCOPIA: NECESSIDADE DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

FLAVIA DUARTE

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, ALMADA, SETÚBAL, PORTUGAL

Introdução: A colonoscopia é uma técnica muito utilizada atualmente não só em contexto diagnóstico, mas também como opção terapêutica. Apesar de ser relativamente segura, apresenta algumas complicações. Hemorragia e, fundamentalmente, a perfuração são as mais comuns. Em virtude do número crescente desse tipo de procedimento, é muito importante que o anestesiológico se encontre consciente dessas complicações e aja adequadamente de forma a auxiliar no diagnóstico e tratamento precoces. **Relato de Caso:** Mulher de 83 anos, com antecedentes pessoais de osteoporose, obstipação e hipotireoidismo, apresentou-se no serviço de urgência com distensão abdominal, agravamento de queixas de obstipação, enfartamento e vômitos com um mês de evolução. Realizou TC abdominopélvico, tendo sido detectada massa no ângulo esplênico do cólon. Decidiu-se pela colocação de prótese cólica expansível por via endoscópica. Para a realização da intervenção, a paciente foi submetida à anestesia geral endovenosa, tendo sido realizada indução de sequência rápida, com intubação com recurso à laringoscopia clássica e utilização de lâmina Macintosh. Foi colocado tubo orotraqueal 7,0 com cuff, sem intercorrências. A paciente manteve-se hemodinamicamente estável, sem necessidade de suporte vasopressor. No final do procedimento, previamente à extubação, foi visualizado enfisema subcutâneo com início na região torácica e com rápida expansão para as regiões cervical, facial e abdominal. A paciente foi mantida em ventilação mecânica, tendo realizado novo TC toracoabdominal e pélvico, que revelou a presença de pneumomediastino e pneumoperitônio. Dada a necessidade de realizar diagnóstico diferencial com laceração traqueal, foi realizada broncofibroscopia através do tubo orotraqueal, não tendo sido detectadas alterações evidentes na região da traqueia. Assim, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora com detecção de perfuração na região a jusante da colocação de prótese cólica. Foi realizada hemicolecomia esquerda com colostomia, sem intercorrências. **Discussão:** A perfuração cólica após a colonoscopia tem uma incidência entre 0,03-0,8% e uma taxa de mortalidade que chega a 25%. A decisão do tratamento da complicação depende do tipo de lesão, da patologia cólica e da estabilidade clínica do doente. A existência de outras etiologias justificativas de enfisema subcutâneo, nomeadamente laceração traqueal, motiva a necessidade de cooperação entre as equipas anestésica e cirúrgica, a fim de orientar o tratamento indicado para a paciente.

Palavras-chave: Colonoscopia, enfisema subcutâneo, perfuração.

REFERÊNCIAS

1. Tiwari A, Sharma H, Qamar K, Sodeman T, Nawras A. Recognition of extraperitoneal colonic perforation following colonoscopy: a review of the literature. *Case Rep Gastroenterol.* 2017 May 2;11(1):256-64. <https://doi.org/10.1159/000475750>. PMID: 28559786.

536 USO DO MÉTODO "VEXUS - VENOUS EXCESS ULTRASOUND SCORE" NA AVALIAÇÃO DA CONGESTÃO NO CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

JONATHAN MATHEUS MARTINS RODRIGUES

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMPEP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: O uso da ultrassonografia no contexto perioperatório é de extrema importância na medicina moderna, sendo o método "VExUS - Venous Excess Ultrasound Score" uma forma de avaliação de padrões de fluidotolerância de pacientes em perioperatório. **Objetivos:** Realizar uma revisão de literatura e metanálise, buscando avaliar o estado de arte do impacto do uso do "VExUS" na medicina perioperatória, principalmente em pós-operatórios de cirurgias cardíacas, avaliando, em seu âmago, o grau de congestão pós-operatória e sua associação com desfechos desfavoráveis. **Métodos:** Revisão sistemática cujo protocolo está no site de registro prospectivo internacional de revisões sistemáticas, o PROSPERO. Além disso, foi estruturada de acordo com as diretrizes da lista de verificação Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses (PRISMA). No contexto do trabalho, foi realizada pesquisa em seis bases e na literatura cinzenta, tendo como alicerces os termos "post operative" e "VExUS Venous excess ultrasound score". Em seguida, foram realizadas a estratificação dos estudos, a extração dos dados e, por fim, a metanálise com os únicos dois estudos que estavam adequados para a realização da metanálise, segundo os critérios de pesquisa. **Resultados:** No total, foram identificados 23 artigos. Após estratificação, dois foram selecionados, com um total de 157 pacientes que foram submetidos ao método VExUS. Ao realizar um cruzamento de dados de congestão usando, de forma arbitrária, o segundo dia de avaliação dos pacientes, observou-se uma diferença estatística ($X^2 = 11,83$; $p = 0,008^*$; $df = 3$; Mann-Whitney $U = 16$; $p = 0,03^*$) ao se comparar o nível de congestão nos diversos grupos dos artigos analisados, em que se constatou a prevalência de observações do nível mVExUS 1 no artigo de 2020 e do nível mVExUS 0 no artigo de 2022. Além disso, a avaliação estatística envolvendo o desfecho de insuficiência renal mostrou que ambos os artigos apresentavam similar proporção de casos de insuficiência renal (teste de proporção $Z = 0,03$; $p = 0,974$), porém houve uma impossibilidade estatística de analisar os efeitos do nível de congestão por falta de dados. **Conclusão:** A avaliação ultrassonográfica dos perfis de congestão é de extrema importância na medicina perioperatória. No que diz respeito à avaliação pelo método VExUS, existe uma produção literária escassa, dessa forma é necessário haver mais estudos para melhor validação do método e estabelecimento da correlação dos seus resultados com desfechos clínicos.

Palavras-chave: VExUS - Venous excess ultrasound score, medicina perioperatória, congestão.

REFERÊNCIAS

1. Lichtenstein D, van Hooland S, Elbers P, Malbrain ML. Ten good reasons to practice ultrasound in critical care. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2014;46(5):323-35. <http://dx.doi.org/10.5603/AIT.2014.0056>. PMID:25432552.
2. Beaubien-Souligny W, Rola P, Haycock K, et al. Quantifying systemic congestion with Point-Of-Care ultrasound: development of the venous excess ultrasound grading system. *Ultrasound J.* 2020;12(1):16. <http://dx.doi.org/10.1186/s13089-020-00163-w>. PMID:32270297.

540 MANEJO DA DOR DE GARGANTA PÓS-OPERATÓRIA COM GARGAREJO COM CETAMINA APÓS EXTUBAÇÃO: UM RELATO DE CASO

RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, CAROLINA BAHIA DAHIA, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A dor de garganta pós-operatória (DGPO) é uma complicação frequente na prática anestésica após o manejo da via aérea, podendo durar até cerca de 24 horas. Essa complicação diminui o conforto do paciente e sua percepção de qualidade do cuidado, podendo gerar ansiedade e agitação, levando a desfechos cirúrgicos indesejados em alguns casos. Diversas medidas farmacológicas e não farmacológicas são estudadas e aplicadas visando à redução dessa complicação. O gargarejo com cetamina surge como mais uma alternativa para o controle da DGPO, demonstrando bons resultados. **Relato de caso:** Paciente D.N.C, sexo masculino, 34 anos, ASA II, submetido à tireoidectomia total, em que foi realizada anestesia geral inalatória com sevoflurano e indução venosa com fentanil 200 mcg, propofol 150 mg e rocurônio 40 mg, seguindo para intubação oral com tubo aramado número 7,5, sem intercorrências. Foram realizadas medidas não farmacológicas para prevenção de DGPO, porém sem anestesia tópica local. Cirurgia e extubação ocorreram sem complicações com *Train-of-Four* de 100%. Paciente relatou dor de garganta intensa com intensidade 9/10 após extubação. Aventada a possibilidade de analgesia insuficiente, foi administrada na URPA dose adicional de opioide venoso, tramadol 100 mcg, sem sucesso. Foi realizada estratégia de gargarejo de 50 mg cetamina em 30 mL de salina 0,9% com paciente cooperativo, durante 30 segundos. Imediatamente após fim do gargarejo, o paciente afirmou que a intensidade da dor diminuiu para EVA 3/10 e, após 12 horas, para 1/10, tendo alta hospitalar sem dor. **Discussão:** A DGPO é uma complicação que pode comprometer a experiência do paciente e o desfecho do procedimento cirúrgico no pós-operatório imediato, sendo que sua incidência varia entre 21-65%. O gargarejo é realizado antes da indução (5-10 minutos) com a dose padronizada nos ensaios clínicos de 50 mg, com boa resposta e tolerância do paciente. Foi demonstrado que a incidência de DGPO foi reduzida de 85%, 75% e 60% para 40%, 35% e 25% nas primeiras 4, 8 e 24 horas pós-extubação, quando comparados o grupo controle e o grupo de estudo, respectivamente. A estratégia neste relato de caso foi a realização do gargarejo após a extubação, o que demonstrou resultado positivo e imediato após a técnica. Com base nesse resultado, abrimos a hipótese de que o uso desta técnica é variado e pode ser empregado em diversos momentos do período perioperatório, sendo necessárias mais evidências para reforçar o seu benefício.

Palavras-chave: Cetamina, gargarejo, dor de garganta pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Kheirabadi D, Ardekani MS, Honarmand A, Safavi MR, Salmasi E. Comparison prophylactic effects of gargling different doses of ketamine on attenuating postoperative sore throat: a single blind randomized controlled trial. *Int J Prev Med.* 2021;12:62. PMID:34447504.
2. Kajal K, Dharmu D, Bhukkal I, et al. Comparison of three different methods of attenuating postoperative sore throat, cough, and hoarseness of voice in patients undergoing tracheal intubation. *Anesth Essays Res.* 2019;13(3):572-6. http://dx.doi.org/10.4103/aer.AER_61_19. PMID:31602080.

541 BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PROLONGADO EM PACIENTE RECEBENDO INFUSÃO CONTÍNUA DE SULFATO DE MAGNÉSIO PARA TRATAMENTO DE PRÉ-ECLÂMPZIA GRAVE

GUILHERME OMETTO CREMONESI, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, RONALDO ANTONIO DA SILVA, VICTOR ESPÍNOLA SALDANHA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Existem diversos fatores que podem contribuir para o prolongamento da duração do bloqueio neuromuscular, sendo a hipermagnesemia uma causa frequentemente esquecida. Neste trabalho, relatamos o caso de uma gestante submetida à cesariana sob anestesia geral que estava recebendo infusão contínua de sulfato de magnésio para tratamento de pré-eclâmpsia grave e apresentou bloqueio neuromuscular prolongado. **Relato do caso:** Paciente de 36 anos, secundigesta, com comorbidades como diabetes mellitus gestacional e depressão, foi admitida no hospital com 24 semanas de gestação, apresentando altos níveis pressóricos. Foi diagnosticada com pré-eclâmpsia e síndrome HELLP. Após medidas para melhorar a viabilidade fetal, foi decidido por resolução da gestação com 27 semanas em razão da piora da plaquetopenia, surgimento de ascite e evidências de centralização fetal. Paciente foi admitida em centro obstétrico sob infusão contínua de sulfato de magnésio. Inicialmente, foi realizada raquianestesia (plaquetas de 77.000) e, após o nascimento, realizada conversão para anestesia geral, com indução em sequência rápida com 300 mcg de fentanil, 20 mg de etomidato e 50 mg de rocurônio, sem intercorrências, e manutenção com sevoflurano. Ao término do procedimento, uma hora após a indução anestésica, a paciente não assumiu ventilação espontânea. Foi monitorizada por meio da sequência de quatro estímulos (SQE), com pontuação 0 e contagem pós-tetânica de 2. Optou-se por reversão do bloqueio com 400 mg de sugamadex, e, após, nova monitorização com SQE, o resultado foi de 97%. Foi então extubada sem intercorrências e encaminhada à UTI. **Discussão:** O uso de sulfato de magnésio possui diversas aplicações durante o período perioperatório. Altas concentrações plasmáticas de magnésio estão associadas ao prolongamento do bloqueio neuromuscular por causa do menor influxo de cálcio nos neurônios da junção neuromuscular, o que, por sua vez, diminui a liberação de acetilcolina na placa motora. Esse efeito pode, por vezes, ser algo vantajoso para a técnica anestésica, porém predispõe à curarização residual, que sabidamente está associada ao aumento da morbimortalidade no pós-operatório imediato. Este relato demonstra a importância da monitorização da profundidade do bloqueio neuromuscular e da disponibilidade do reversor específico, principalmente na vigência de fatores que podem prolongar a ação dos bloqueadores neuromusculares adespolarizantes.

Palavras-chave: Bloqueio neuromuscular, sulfato de magnésio, pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

1. Micuci AJQR. Efeito de pré-tratamento com sulfato de magnésio sobre a duração do bloqueio neuromuscular intenso e profundo com rocurônio: estudo clínico aleatório e duplamente encoberto [dissertação]. Niterói : UFF; 2018

542 CONTROLE MULTIMODAL DO TÔNUS UTERINO NA CORREÇÃO DE MIELOMENINGOCELE FETAL: RELATO DE CASO

SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, JOÃO ABRÃO, LARISSA CHAVES DE CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A correção intrauterina da mielomeningocele (MMC) envolve aspectos fisiológicos, anestésicos e cirúrgicos, como a necessidade da atonia uterina para adequada exposição de campo com a menor histerotomia possível, o que resulta em menores riscos de parto prematuro e deiscência. A ação neurodegenerativa dos halogenados, geralmente utilizados para relaxamento uterino, sobre o cérebro fetal desperta a necessidade de estratégias poupadoras desses gases. **Relato de caso:** T.C.A., 27 anos, 54 kg, 24ª semana de gestação, submetida à correção intrauterina de MMC. Foi realizada anestesia geral balanceada mais passagem de cateter peridural para manejo algico pós-operatório. Durante abordagem epidural, foram administrados 2 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil EV. Foi iniciada, posteriormente, infusão de 0,3 mcg/kg/min de remifentanil com pré-oxigenação sob máscara facial por 5 minutos e administração de 2 g de MgSO₄, 100 mg de lidocaína e 50 mcg de fentanil, seguidos de 120 mg de propofol e 1,2 mg/kg de rocurônio. Foram realizadas videolaringoscopia e canulação traqueal (nº 7,0) em sequência rápida. Para manutenção da sedoanalgesia, além da infusão de 0,3 mcg/kg/min de remifentanil, lançou-se mão de propofol em alvo de 1,0 ng/mL no sítio efetor e de 2 g/h de MgSO₄ associado a halogenados titulados por monitorização de profundidade anestésica até o momento cirúrgico da luxação uterina e histerotomia, no qual se incrementou a dosagem inalatória para 1 concentração alveolar mínima (CAM), obtendo relaxamento uterino satisfatório. Após o fechamento da parede uterina, sevoflurano voltou a ser titulado pelo BIS. Ao final da cirurgia, foram administrados 15 mL de ropivacaína 0,2%, via peridural. Paciente foi extubada sem intercorrências e encaminhada à recuperação anestésica com bomba de PCA: 4 mL/h de ropivacaína a 0,2%. Nenhuma dose incremental de peridural foi solicitada, sendo a infusão suspensa no segundo dia. Após quatro dias de internação, a paciente recebeu alta hospitalar. **Discussão:** Uma estratégia que possibilite menores histerotomias, bom controle algico e manejo tocolítico é fundamental. Contudo, o uso dos anestésicos inalatórios tem associações com apoptose neuronal em fetos. Alguns trabalhos mostram adequada atonia uterina com 2 CAM de halogenados, chegando até a 1,3 CAM em associação ao remifentanil, mas tais dosagens podem gerar supressões cerebrais e instabilidades hemodinâmicas. Este relato busca encorajar o uso de estratégia multimodal que possibilite dosagens ainda mais conservadoras (1 CAM) para a obtenção do relaxamento necessário.

Palavras-chave: Cirurgia fetal, multimodal.

REFERÊNCIAS

1. Marsh BJ, Sinskey J, Whitlock EL, Ferschl MB, Rollins MD. Use of remifentanil for open in utero fetal myelomeningocele repair maintains uterine relaxation with reduced volatile anesthetic concentration. *Fetal Diagn Ther.* 2020;47(11):810-6. <http://dx.doi.org/10.1159/000509384>. PMID:32911467.
2. Ferschl M, Ball R, Lee H, Rollins MD. Anesthesia for in utero repair of myelomeningocele. *Anesthesiology.* 2013;118(5):1211-23. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828ea597>. PMID:23508219.

543 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE SUPER SUPEROBESA: RELATO DE CASO

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, FLAVIA FERRAZ DE HOLANDA BARBOSA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA, WILSON DE OLIVEIRA COSTA JÚNIOR

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A obesidade é um fator de risco para cesárea, e os riscos da cesariana aumentam com o aumento da gravidade da obesidade¹. Vários fatores devem ser considerados em pacientes obesas submetidas à cesárea, alguns deles mais importantes para anestesia e manejo perioperatório. **Relato de caso:** Gestante de 22 anos com índice de massa corporal (IMC) de 80 kg/m², sem pré-natal adequado. Foi indicada cesariana por falha de indução e pré-eclâmpsia. Foram realizadas três tentativas de raquianestesia, realizado USG antes da punção. Houve posicionamento em rampa com coxins no dorso até a cabeça. Ocorreu pré-oxigenação com O₂ a 100%. Foi feita indução em sequência rápida com fentanil, propofol e succinilcolina, assim como intubação com auxílio de videolaringoscópio. Anestesia foi mantida com sevoflurano, e foram feitas analgesia multimodal e profilaxia de náuseas e vômitos. O procedimento ocorreu sem intercorrências. Ao término, a paciente foi extubada e conduzida para UTI. Mãe e recém-nascido receberam alta no quinto dia de pós-operatório. **Discussão:** Complicações relacionadas à anestesia são mais comuns em pacientes com obesidade e incluem as seguintes dificuldades: posicionamento, manejo das vias aéreas e técnicas neuroaxiais. Embora seja preferível anestesia regional, em razão da impossibilidade no nosso caso optou-se por anestesia geral. Os principais fatores a serem considerados na anestesia de gestante obesa são: disfunção respiratória perioperatória, necessidade de equipamento especializado, dificuldade de acesso intravenoso, tempo operatório mais longo, via aérea difícil². Recomenda-se, portanto, consulta pré-anestésica no início do terceiro trimestre em gestantes obesas para melhor planejamento anestésico.

Palavras-chave: Obesidade, obstetrícia, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Porreco RP, Sheen JJ, Grobman W. Cesarean birth: overview of issues for patients with obesity. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-birth-overview-of-issues-for-patients-with-obesity#>
2. Ramsey PS, Schenken RS, Pi-Sunyer FX. Obesity in pregnancy: Complications and maternal management. Waltham: UpToDate; 2017 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/obesity-inpregnancy-complications-and-mat>

544 CHOQUE HEMORRÁGICO GRAVÍSSIMO POR RUPTURA DE ANGIOMIOLIPOMA EM PACIENTE COM ESCLEROSE TUBEROSA: RELATO DE CASO

ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, HENRIQUE TADASHI KATAYAMA, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, NICOLLE BARAUCE FREITAS

CET SERV. ANEST. HOSP. UNIV. CAJURU – PUC/PR - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIV. CAJURU, PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A esclerose tuberosa é um distúrbio neurocutâneo hereditário que se manifesta por características pleomórficas envolvendo múltiplos sistemas ou órgãos. As manifestações renais incluem angiomiolipomas que podem romper espontaneamente. **Relato de caso:** Mulher de 29 anos, 50 kg, deu entrada no centro cirúrgico por abdome agudo hemorrágico em razão do rompimento de tumor em topografia próxima ao rim direito e adjacente à veia cava inferior. Portadora conhecida de esclerose tuberosa, apresentava tomografia computadorizada abdominal com coleção hiperdensa sugestiva de conteúdo hemático medindo 8,7 x 8,6 x 19,4 cm, com características de sangramento ativo. Exames iniciais mostravam hemoglobina (Hb) de 3,4 g/dL e hematócrito (HT) de 10%. Foi submetida à laparotomia de emergência por causa de instabilidade hemodinâmica. Foi admitida em centro cirúrgico com PA de 80 x 50 mmHg, FC de 150 bpm, em ventilação espontânea, taquipneica (FR 30 irpm) com máscara reservatório e O₂ a 8 L/min e 14 pontos na escala de coma de Glasgow, já com acesso venoso central e pressão arterial invasiva. Foi realizada indução anestésica em sequência rápida com cetamina 50 mg, etomidato 10 mg e succinilcolina 50 mg e intubação orotraqueal sem intercorrências, apesar da presença de múltiplos dentes supranumerários. Manteve-se hemodinamicamente instável, com necessidade de altas doses de vasopressores. O sangramento na cavidade foi estimado pela equipe cirúrgica em 3 L. Realizou-se a remoção do tumor, bem como sutura de veia cava inferior. Foram infundidas sete bolsas de concentrados de hemácias, e o mesmo número de concentrados de plaquetas e plasma fresco congelado, além de 3 bolsas de crioprecipitado. Ao final do procedimento, os exames demonstraram Hb de 6,3 g/dL e HT de 17,4%. A paciente foi encaminhada à UTI, tendo sido extubada após 5 dias e recebido alta hospitalar após 14 dias. **Discussão:** O manejo do choque hemorrágico é sempre um desafio ao anestesiológico, principalmente em situações em que a contagem de glóbulos vermelhos se encontra reduzida previamente ao ato anestésico. A instituição de medidas para ressuscitação volêmica desses pacientes inclui a necessidade de hemocomponentes, assim como medicações e técnicas adequadas que não acentuam a instabilidade hemodinâmica.

Palavras-chave: Choque hipovolêmico, transfusão maciça, instabilidade hemodinâmica.

REFERÊNCIAS

1. Miranda CLVM, Souza CSM, Bastos BB, Miranda CVVM, Mont'Alverne FE Fo. Angiomiolipomas renais gigantes em portadora de esclerose tuberosa. Radiol Bras. 2018;51(1):58-68. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0082>.
2. Stein C, Eriksson L, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Cohen NH, Young WL. Miller's anesthesia. 8th ed. USA: Elsevier; 2015

545 CANABIDIOL NA ANALGESIA ADJUVANTE PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS ORTOPÉDICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

DIOGO COSTA GARCAO, FRANCISCO JOSÉ SILVA FERREIRA, JULIA VIANA UMBELINO, LUIZ RICARDO GOIS FONTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL

Introdução: A dor após a cirurgia ortopédica resulta de mecanismos como lesão tecidual e processo inflamatório agudo, ocasionando o aumento dos dias de internação hospitalar. Entre as alternativas terapêuticas farmacológicas atuais, encontra-se o canabidiol (CBD), que pode ser utilizado de forma isolada ou adjuvante no tratamento da dor. **Objetivos:** Investigar a influência do CBD na analgesia adjuvante de pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada por meio das bases MEDLINE-PubMed, LILACS, SciELO e SCOPUS, em janeiro de 2023. A busca dos estudos foi realizada na língua inglesa com os seguintes descritores: "cannabidiol" AND "pain" AND "orthopedic surgery". Elegibilidade, triagem e extração de dados foram conduzidas por dois revisores. A avaliação da qualidade e risco de viés foi realizada utilizando o *Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials*. **Resultados:** No total, foram identificados 59 estudos, dos quais 50 foram excluídos após a leitura do título e resumo. Durante a leitura completa dos textos, 7 artigos foram excluídos após considerados os critérios de inclusão e exclusão, e apenas 2 estudos randomizados duplos-cegos com grupo controle foram incluídos na revisão. Ambos os estudos apresentaram baixo risco de viés. Participaram dos estudos 170 pacientes submetidos à artroplastia unilateral total do joelho ou artroscopia para reparo do manguito rotador. Os estudos avaliaram a percepção de dor dos pacientes por meio da escala visual analógica da dor (EVA) e da necessidade do uso de opioide em equivalentes de morfina durante o 1º, 2º, 7º e 14º dia pós-cirúrgico. Observou-se redução na percepção da dor mediante a EVA durante o 1º dia pós-cirúrgico de reparo do manguito rotador com administração diária de 3 comprimidos de CBD de 25-50 mg. Contudo, ambos os estudos demonstraram, de forma consonante, não haver diferença significativa na EVA nos demais dias pós-cirúrgicos. Ademais, os estudos não evidenciaram diferença significativa em quaisquer dias pós-cirúrgicos na variável do uso de opioide em equivalentes de morfina. **Conclusão:** Os resultados demonstram que o uso de CBD na analgesia adjuvante pós-operatória de cirurgias ortopédicas não influenciou o quadro algico. Sugere-se a realização de mais estudos randomizados para maior elucidação dessa temática.

Palavras-chave: Canabidiol, dor, cirurgia ortopédica.

REFERÊNCIAS

1. Haffar A, Khan IA, Abdelaal MS, Banerjee S, Sharkey PF, Lonner JH. Topical Cannabidiol (CBD) after total knee arthroplasty does not decrease pain or opioid use: a prospective randomized double-blinded placebo-controlled trial. *J Arthroplasty*. 2022;37(9):1763-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arth.2022.03.081>. PMID:35390457.
2. Alaia MJ, Hurley ET, Vasavada K, et al. Buccally absorbed cannabidiol shows significantly superior pain control and improved satisfaction immediately after arthroscopic rotator cuff repair. *Am J Sports Med*. 2022;50(11):3056-63. <http://dx.doi.org/10.1177/03635465221109573>. PMID:35905305.

546 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM PLACENTA PERCRETA: UM RELATO DE CASO

NATALIA NUNES SANTOS, ARIELE PATRICIA DA SILVA, JULIA PELOSO MAIA, MARIA ISABEL DE SOUSA MARQUES, MATEUS FERNANDES ALVES DOS REIS

CET INTEGRADO DE UBERABA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESCOLA DA F.M.T.M., UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: A placenta percreta com invasão vesical é uma condição obstétrica rara, na qual a mortalidade materna pode atingir 20%, e a mortalidade perinatal, 30%. A incidência tem aumentado com o número crescente de cesarianas, por isso é importante uma programação cirúrgica e anestésica apropriada contando com uma equipe multiprofissional. **Relato de caso:** Paciente, 32 anos, G3P2C2, 36ª semana de gestação, com diagnóstico de placenta percreta com invasão vesical, em programação de cesárea com histerectomia. Em exames pré-operatórios, hemoglobina indicou 11,2 g/dL, enquanto coagulograma e demais foram normais. Foi feita abordagem em conjunto pelas especialidades de urologia, cirurgia vascular, obstetrícia, pediatria e anestesiologia. Iniciou-se com implante de cateter duplo J bilateral, passagem de balões para oclusão temporária de artérias ilíacas internas e então realização da cesárea e histerectomia. O recém-nascido foi recepcionado pela pediatria sem intercorrências e em bom estado geral. O planejamento anestésico incluía manter a estabilidade hemodinâmica da paciente e evitar danos ao neonato. Houve monitorização multiparamétrica, venoclise com jelcos 14 e 16G e punção de pressão arterial invasiva. Foi realizado bloqueio combinado, peridural contínua e raquianestesia com bupivacaína hiperbárica 13 mg, fentanil 20 mcg e morfina 80 mcg. Como o sangramento estava controlado e os sinais vitais mantiveram-se estáveis, foram administrados 16 mL de ropivacaína a 0,5% e 80 mcg de fentanil em cateter peridural posteriormente para complementação anestésica. O procedimento foi finalizado sem intercorrências, sem necessidade de hemotransfusão. Paciente foi encaminhada ao CTI, manteve índices hematimétricos adequados e recebeu alta hospitalar após três dias. **Discussão:** Este caso ilustra um procedimento anestésico realizado em paciente com placenta percreta, quadro com alta morbimortalidade materna e fetal, com maior risco de sangramento perioperatório e eventos tromboembólicos maciços e fatais, em que uma abordagem multiprofissional é essencial. A anestesia regional para cesariana, em relação à anestesia geral, é associada a uma redução de 17 vezes na taxa geral de complicações, como falha na intubação endotraqueal, aspiração de conteúdo gástrico, hipóxia, memória intraoperatória e redução em 1,7 vez do risco de morte materna. A abordagem neuroaxial apresenta desvantagem em casos de provável instabilidade hemodinâmica, porém em centros treinados se torna um método de escolha com desfechos maternos e neonatais favoráveis.

Palavras-chave: Placenta percreta, bloqueio combinado, cesariana.

REFERÊNCIAS

1. Moreira A, Sampaio C, Faria A. Anestesia combinada para cesariana em grávida com placenta percreta. Rev Soc Port Anesthesiol. 2014;23(1):17-9. <https://doi.org/10.25751/rspa.3675>.
2. Lopez-Eraza LJ, Sánchez B, Blanco LF, Nieto-Calvache AJ. Placenta accreta spectrum anaesthetic management with neuraxial technique can be facilitated by multidisciplinary groups. Indian J Anaesth. 2021;65(2):153-6. http://dx.doi.org/10.4103/ija.IJA_1216_20. PMID:33776091.

547 ANESTESIA PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: RELATO DE CASO

ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, CRISTINA CLEBIS MARTINS, HENRIQUE TADASHI KATAYAMA, NICOLLE BARAUCE FREITAS, ZAQUEU CONNOR SILVA FILHO

CET SERV. ANEST. HOSP. UNIV. CAJURU – PUC/PR - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIV. CAJURU, PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) é um distúrbio congênito complexo, definido como a tríade: malformação capilar, malformação venosa e supercrescimento ósseo, com ou sem malformações linfáticas. Tem prevalência de cerca de 2-5:100.000. Esses pacientes apresentam risco de sangramentos de grande monta de início repentino. Há também um risco aumentado de coagulopatia, que se correlaciona com a extensão da doença venosa, pois há estase venosa e risco de eventos trombóticos. **Relato de caso:** Paciente de 12 anos, 40 kg, apresentou-se ao centro cirúrgico para retirada de fixador externo e implante de placa em tíbia esquerda, de maneira eletiva. Portador de SKT, já tinha passado por 12 procedimentos ortopédicos anteriormente em razão de supercrescimento ósseo, tendo recebido transfusão de hemocomponentes em episódio prévio. Realizou-se anestesia geral, com intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Por causa do risco de sangramento, foram obtidos dois acessos venosos 18G em membros superiores, além de reserva de hemocomponentes. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, e o paciente foi extubado com sucesso em sala, encaminhado à sala de recuperação anestésica e liberado para a enfermaria após score de Aldrete-Kroulik de 10 pontos. **Discussão:** As cirurgias relacionadas à SKT podem estar associadas a hemorragias maciças, apesar do uso de torniquete, devendo estar o anesthesiologista preparado para tal complicação repentina. Em razão da presença imprevisível de malformações venosas, as técnicas neuroaxiais podem ser consideradas apenas se a possibilidade de trauma nessas malformações neurovasculares tiver sido excluída por meio de exames de imagem recentes da coluna vertebral. Como não dispúnhamos de tais exames, optamos pela anestesia geral, que se deu sem intercorrências. Em revisão sistemática recente que incluiu 136 anestésias, não houve relato de aumento de incidência de dificuldade de manejo de via aérea.

Palavras-chave: Síndromes raras, Klippel-Trenaunay, cirurgia ortopédica.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira CEFA, Braga AFA, Braga FSDS, Carvalho VH, Costa RMD, Brighenti GIT. Anestesia para parto cesareo em paciente portadora de sind de Klippel-Trenaunay, Rev Bras Anest, 2018;68(6):641-4. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.015>;
2. Colaço J, Alvez AG, Santos HG. Hemorragia massiva em doente com Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber - Caso Clínico. Rev Soc Port de Anest. 2016;21(1):16-9. 2012. <https://doi.org/10.25751/rspa.8845>.

548 RAQUIANESTESIA EM GESTANTE COM SÍNDROME HELLP: RELATO DE CASO

RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES, ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, GABRIEL LOURENZATTO SILVEIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, MATHEUS SAMPAIO MATOS

CET HOSPITAL REGIONAL DO GAMA – HRG - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A pré-eclâmpsia (PE) é decorrente do desenvolvimento placentário anormal e pode estar associada ao descolamento prematuro de placenta (DDP) e à síndrome HELLP (SH). Ambas as doenças estão associadas a altas taxas de morbimortalidade, especialmente na presença de plaquetopenia (fator de risco independente para desfechos adversos). Por isso, a decisão da técnica anestésica deve considerar os riscos e benefícios relacionados ao binômio materno-fetal. **Relato de caso:** Paciente de 35 anos, gestante de 23 semanas e 2 dias, G4P2A1 com quadro de PE e SH. Ao exame físico, apresentava sinais de anasarca e Mallampati III. Em exames laboratoriais, as plaquetas estavam em 90.000/mcL; TGO, 107 U/L; LDH, 1041 U/L; albumina, 2,8 g/L e proteinúria. A ultrassonografia indicou ascite, restrição de crescimento intrauterino (peso: 378 g), redução do fluxo feto-placentário, hematoma retroplacentário e DPP. Foi indicada cesariana de emergência por SH e DPP. Paciente foi admitida no centro obstétrico estável com jejum insatisfatório (3 horas para sólidos). A raquianestesia (RA) permaneceu como primeira escolha da equipe por apresentar maior benefício ao binômio materno-fetal. Após consentimento, foi realizada punção em L2-L3 com agulha Quincke 25G e injetados 15 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5%, 2,5 mcg de sufentanil e 100 mcg de morfina. Iniciou-se infusão de metaraminol 0,5-1,5 mcg/kg/min logo após a execução da RA. Foram infundidos 750 mL de ringer com lactato. Houve nascimento de feto único, feminino, em morte aparente (Apgar 1/1). Paciente manteve-se estável no intraoperatório, com PAM de 84-112 mmHg, FC de 68-106 bpm e SatO₂ de 96%-99%. **Discussão:** A anestesia geral (AG) para cesariana é considerada diante de coagulopatias, entretanto, na presença de plaquetas entre 50.000 e 100.000, deve-se avaliar o risco-benefício. Para AG em cesárea, considera-se a possibilidade de via aérea difícil (VAD) por causa do edema de estruturas orotraqueais e do risco de regurgitação por causa do retardo do esvaziamento gástrico. Diante das situações apresentadas (Mallampati III, anasarca com provável edema de via aérea, estômago cheio, plaquetas > 70.000), concluiu-se que os riscos do manejo de uma VAD em questão eram significativos e optou-se pela RA. A escolha da anestesia para pacientes com SH e DPP é desafiadora, pois depende da coagulação, da hemodinâmica e das particularidades de cada paciente. A RA é preferível sempre que possível, já que a morbimortalidade materna se torna menor, sendo raras as complicações como hematoma subaracnóideo.

Palavras-chave: Raquianestesia, síndrome HELLP.

REFERÊNCIAS

1. Bauer ME, Arendt K, Beilin Y, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology interdisciplinary consensus statement on neuraxial procedures in obstetric patients with thrombocytopenia. *Anesth Analg.* 2021;132(6):1531-44. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000005355>. PMID:33861047.
2. Erez O, Romero R, Jung E, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S786-803. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.001>. PMID:35177220.

549 ABORDAGEM NEUROCIRÚRGICA DE TUMOR FRONTOTEMPORAL REALIZADA COM PACIENTE ACORDADO

AUGUSTO FÉNELON SARAIVA NOGUEIRA, LUCAS MORAES ANDRADE, MARIA TERESA SOUZA GOMES, NATHALIA FERREIRA PEREIRA, RODRIGO MACHADO SALDANHA

CET SANTA CASA DE JUIZ DE FORA - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL

Introdução: A anestesia para craniotomia em paciente acordado (CPA) foi realizada pela primeira vez por Sir Victor Horsley em 1886. Desde a década de 1980, alguns autores consolidaram a técnica para o tratamento das neoplasias de origem glial e em áreas eloquentes, permitindo o mapeamento funcional intraoperatório e identificando as regiões relacionadas com a linguagem, motricidade, sensibilidade e visão. A técnica permite reduzir o período de recuperação pós-operatória, internação hospitalar e custos, sendo o principal objetivo minimizar os riscos de lesão neurológica, enquanto se maximiza a ressecção do tumor. **Relato de caso:** Paciente feminino, 44 anos, ASA II, síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), com imagem de tumor cerebral frontotemporal esquerdo, sugestivo de glioma. Apresentou afasia sensitiva e convulsões há três meses. Após consentimento e avaliação do perfil da doente pela equipe multidisciplinar, optou-se por realizar o ato cirúrgico com a técnica acordada, especificamente o tipo "awake-awake-awake". O AVP se deu com jelco 14 e 16 G. Houve monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, PAI, SVD, BIS e termômetro. Iniciou-se a infusão contínua de dexmedetomidina 0,7 mcg/kg/min e propofol (TCI 0,6), alvo de 2-3 na escala de Ramsay. Fez-se bloqueio de couro cabeludo com ropivacaína 0,5% (2,5 mg/kg) e lidocaína 1% (4 mg/kg), infiltração nos pontos de inserção do fixador de Mayfield e 8 mL de lidocaína 1% tópica em dura-máter. A manutenção da anestesia foi com dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/min e propofol (TCI 0,6-1,0), pausando o propofol para os despertares. Foi mantida oxigenação com CN 3 l/min a 100%. O ato neurocirúrgico foi realizado sem intercorrências com duração total de 7 horas. Foram aplicados 100 mcg de fentanil durante a durotomia. Ao fim do procedimento, a paciente apresentava-se desperta, consciente, sem déficits ou queixas, sendo encaminhada ao CTI. **Discussão:** A técnica acordada foi realizada com sucesso, sem necessidade de manipular a via aérea da paciente. A SAOS foi uma questão desafiadora para o planejamento da CPA. O anestesiológico que optar pela técnica deve sempre estar preparado para a conversão para anestesia geral e informar o paciente dessa possibilidade. Não há consenso na literatura de qual técnica é superior, ficando a critério da experiência do anestesiológico. Por se tratar de uma técnica promissora e de baixo custo no cenário neurocirúrgico, mais estudos são importantes para padronização de protocolos e maior difusão dessa técnica.

Palavras-chave: Neuroanestesia, craniotomia em paciente acordado.

REFERÊNCIAS

1. Krambek MC, Vitorino-Araújo JL, Lovato RM, Veiga JCE, TCBC-SP. Awake craniotomy in brain tumors – Technique systematization and the state of the art. Rev Col Bras Cir 2020;48:e20202722. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20202722>.
2. Özlü O. Anaesthesiologist's approach to awake craniotomy. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2018;46(4):250-6. <http://dx.doi.org/10.5152/TJAR.2018.56255>. PMID:30140530.

550 BLOQUEIO INTERESCALÊNICO INTERMITENTE POR CATETER EM CIRURGIA DO OMBRO: RELATO DE CASO

NICOLLE BARAUCE FREITAS, GIOVANA PALUDO BERTINATO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LUCAS FELIPE KARASINSKI

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico por meio de bloqueio interescalênico contínuo tem ganhado cada vez maior destaque como técnica analgésica pós-operatória para pacientes submetidos à cirurgia do ombro, por conta de sua eficácia e custo-benefício, além de promover redução no uso de opioides e maior segurança ao paciente. **Relato de caso:** Este trabalho traz o relato de um paciente masculino, 50 anos, diabético e hipertenso, portador de capsulite adesiva (2 anos de pós-operatório de artroplastia), que evoluiu com necessidade de retirada de material de síntese e realização de fisioterapia precoce no pós-operatório. Optou-se pela técnica de anestesia geral associada ao bloqueio interescalênico com passagem de cateter, visando à analgesia intermitente no pós-operatório. Anestesia geral foi realizada com fentanil 250 mcg, propofol 150 mg, cisatracúrio 10 mg e lidocaína 60 mg. Realizou-se bloqueio do plexo braquial em nível interescalênico guiado por ultrassom, com agulha Touhy 18G e cateter peridural, posicionando-o em 5 cm na pele e fixado com naylon 3.0, além de injeção de ropivacaína 0,2% 12 mL. Durante o internamento, 25 minutos previamente às sessões de fisioterapia, foram administrados por meio do cateter 12 mL de ropivacaína 0,2% nos três primeiros dias de pós-operatório. Nesse período, o paciente apresentou boa colaboração com a equipe da fisioterapia, podendo corresponder ao esperado da mobilização e confirmando bons resultados dentro de suas limitações patológicas, além de promover satisfação alérgica ao paciente durante as sessões. **Discussão:** O resultado analgésico obtido neste relato corrobora os trabalhos publicados por Gomide et al. e Panchamia et al. com 68 e 125 pacientes, respectivamente, comparando analgesia interescalênica contínua por meio de cateter e injeção local única em cirurgias do ombro, obtendo melhores resultados e maior satisfação do paciente com a analgesia contínua, apesar da nossa opção por analgesia intermitente em cateter interescalênico, motivada por estrutura institucional. Dessa forma, este relato de caso contribui para demonstrar a importância e possível superioridade do bloqueio interescalênico intermitente por cateter em comparação à injeção única, como auxílio analgésico durante o período de internação em pacientes submetidos à cirurgia de ombro.

Palavras-chave: Bloqueio interescalênico, ombro, cateter.

REFERÊNCIAS

1. Panchamia JK, Amundson AW, Jacob AK, et al. A 3-arm randomized clinical trial comparing interscalene blockade techniques with local infiltration analgesia for total shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2019 Oct;28(10):e325-38. 10.1016/j.jse.2019.05.013.
2. Gomide LC, Ruzi RA, Mandim BLS, Dias VADR, Freire RHD. Prospective study of ultrasound-guided plexus interscalene block with continuous infusion catheter for arthroscopic rotator cuff repair and postoperative pain control. *Rev Bras Ortop.* 2018;53(6):721-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2017.08.020>. PMID:30377606.

551 **DESCOBERTA DE TUMOR MEDULAR APÓS TENTATIVA DE RAQUIANESTESIA**

LARISSA BRITO PEREIRA, LORENA BRITO PEREIRA

HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, ARAGUAÍNA, TO, BRASIL

Introdução: Os tumores intramedulares correspondem a menos de 5% dos tumores do sistema nervoso central e a 10% dos tumores espinhais. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, admitida no centro obstétrico em razão de trabalho de parto. Por causa de parada de progressão, foi indicado parto cesáreo. Ela negava quaisquer outras comorbidades, uso de medicações contínuas e alergias. Foi levada à sala operatória e posicionada e, então, foram iniciadas as tentativas de bloqueio do neuroeixo. Depois de algumas tentativas e com insucesso, optou-se pela realização de anestesia geral para realização do parto. Foram administrados fentanil 200 mcg, propofol 180 mg, succinilcolina 100 mg, rocurônio 50 mg e sevoflurano 2%. Apresentava pressão arterial média entre 80 e 100 mmHg. O recém-nascido nasceu com vida. Após término do procedimento cirúrgico, a paciente foi extubada sem intercorrências, encaminhada à RPA e, posteriormente, à enfermaria. Após três dias, recebeu alta da maternidade, encaminhada ao serviço de neurologia, com pedido de tomografia e ressonância magnética de coluna vertebral. Retornou à consulta com neurologista relatando quadro de dificuldade para deambulação associada à parestesia e dor na região lombar. Exames de imagem confirmaram a presença de lesão expansiva em região de L3-L4, L5-S1. Paciente foi submetida à microcirurgia para remoção da lesão, realizada com anestesia geral balanceada, com monitorização invasiva, cirurgia com tempo de 7 horas e pós-operatório em UTI. Após 24 horas, foi extubada, com permanência do quadro de parestesia e dor em região lombar. Evoluiu com melhora do quadro após 12 dias de boa evolução e recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Com o avanço da ressonância magnética e com a evolução das modernas técnicas microcirúrgicas, o prognóstico e os resultados pós-operatórios melhoraram significativamente, mesmo sendo diretamente relacionados ao estado neurológico pré-operatório da paciente e ao grau de malignidade do tumor. No caso apresentado, a paciente mostrou permanência do déficit neurológico no período pós-operatório imediato, o que é atribuído ao edema causado por manipulação cirúrgica e interferência transitória no fluxo sanguíneo da medula espinhal, sendo que estes sintomas tendem a regredir com o passar do tempo, com melhora da função sensitiva referida até três meses após a cirurgia e da função motora até um ano pós-operatório.

Palavras-chave: Medula espinhal, tumor.

REFERÊNCIAS

1. Koerbel A, Tatsui CE, Prevedello DMS, et al. Fatores prognósticos no tratamento dos tumores intramedulares. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2002;60(3B):818-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000500024>.

552 BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE

DIOGO COSTA GARCAO, ANA PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA, FABRICIO DIAS ANTUNES, LUCIANO MENEZES DOS SANTOS, MARINA PRADO SANTOS SOBRAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, SÃO CRISTÓVÃO, SE, BRASIL

Introdução: O uso de opioides para o controle da dor pós-operatória em pacientes com insuficiência cardíaca grave representa um desafio para a anestesiologia. O advento dos bloqueios de nervos periféricos para analgesia vem ganhando espaço por ser uma técnica segura para pacientes considerados de alto risco. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, classificação III na escala da Sociedade Americana de Anestesiologia, portadora de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca, deu entrada no hospital para tratamento cirúrgico de fratura transtrocantérica esquerda. Durante a admissão, a paciente apresentava-se em bom estado geral, lúcida, orientada em tempo e espaço, sem queixas e respirando em ar ambiente. Os resultados do ecocardiograma pré-operatório indicaram fração de ejeção de 19%, disfunção sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo de grau II. Diante do quadro da paciente, optou-se por anestesia geral balanceada por meio de sedoanalgesia prévia com fentanil 50 mcg e pré-oxigenação adequada a 100%. Houve ventilação sob máscara após indução anestésica em sequência rápida com fentanil 200 mcg, etomidato 15 mg e succinilcolina 70 mg. Após a intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, realizou-se manutenção anestésica com sevoflurano. O bloqueio de grupo de nervos pericapsulares foi realizado para analgesia pós-operatória, com auxílio de ultrassonografia, com bupivacaína com vaso a 0,25%, volume total de 40 mL. Em seguida, foi realizada monitorização invasiva da pressão arterial em artéria radial esquerda, heparinizada na forma não fracionada 5.000 UI e acesso venoso central, em veia jugular interna direita. A paciente evoluiu sem intercorrências no intraoperatório e, ao final da cirurgia, foi extubada, sem relato de dor. Por fim, foi encaminhada à UTI para recuperação pós-anestésica. **Discussão:** O bloqueio de nervo periférico é um procedimento pouco invasivo que reduz as complicações cardíacas intraoperatórias e pós-operatórias. Estudos demonstraram vantagens desse bloqueio por reduzir o uso de opioides em pacientes cardiopatas graves, garantir estabilidade hemodinâmica e diminuir a morbimortalidade associada à cirurgia de fratura transtrocantérica.

Palavras-chave: Bloqueio de nervo periférico, analgesia pós-operatória, insuficiência cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Li JW, Ma YS, Xiao LK. Postoperative pain management in Total Knee Arthroplasty. *Orthop Surg*. 2019;11(5):755-61. <http://dx.doi.org/10.1111/os.12535>. PMID:31663286.
2. Lin DY, Morrison C, Brown B, et al. Pericapsular nerve group (PENG) block provides improved short-term analgesia compared with the femoral nerve block in hip fracture surgery. *Reg Anesth Pain Med*. 2021;46(5):398-403. <http://dx.doi.org/10.1136/rapm-2020-102315>. PMID:33637625.

553 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PORTADOR DE MIELITE TRANSVERSA PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

ALESSANDRA MEDEIROS BRANDÃO ALBERTO DE MELLO, MARCELO STUCCHI PEDOTT, PATRICIA DE ARAUJO PINTO TEIXEIRA, VITOR ZEPONI DAL ACQUA

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Mielite transversa (MT) é um distúrbio neuroimune da medula, desmielinizante e adquirido, com incidência de 1 caso por 1 milhão de pessoas ao ano. Tem etiologia multifatorial, sendo idiopática em 45% dos casos. O manejo anestésico na MT é desafiador e requer conhecimento sobre as técnicas anestésicas utilizadas de forma a prevenir complicações relacionadas à patologia. **Relato de caso:** Paciente de 49 anos, sexo feminino, internada para colecistectomia videolaparoscópica. Possuía antecedentes de tabagismo e MT idiopática. Apresentava passado de perda súbita de força em membros há 8 anos, com déficits crônicos. O exame físico evidenciou força grau 2 em membros inferiores e grau 3 em superiores. Apresentava ausência de sintomas de gastroparesia e disfagia. Paciente foi submetida à indução anestésica com fentanil 2,5 mcg/kg, lidocaína 1 mg/kg, propofol 2,5 mg/kg e rocurônio 0,8 mg/kg para intubação orotraqueal e mantida em ventilação a volume controlado. Houve manutenção anestésica com propofol e remifentanil em infusão contínua, sevoflurano 0,4 CAM e analgesia com clonidina 1 mcg/kg e cetamina 0,4 mg/kg. Ao final do procedimento, foi realizada infiltração intraperitoneal de 10 mL de ropivacaína a 0,5% em cúpulas diafragmáticas, 10 mL a 0,375% em leito cirúrgico e infiltração subcutânea a 0,375% em incisões. Após 90 minutos da indução, TOF (*Train of four*) qualitativo demonstrou bloqueio neuromuscular (BNM) residual. Novo TOF qualitativo foi realizado após infusão de 200 mg de sugamadex, com resposta satisfatória. **Discussão:** Em razão da ausência de sintomas de gastroparesia e disfagia ou demais fatores de risco para broncoaspiração, foram realizadas indução e intubação convencional em vez da indução em sequência rápida (ISR). Caso contrário, a ISR estaria indicada. Succinilcolina é associada à hipercalemia e deve ser evitada. Portadores de MT são mais sensíveis a bloqueadores adespolarizantes e é recomendada monitorização neuromuscular. Rocurônio foi utilizado para o BNM, sendo mais apropriado para o caso por haver reversor específico (sugamadex). Anestesia venosa total é bem indicada pelo risco de prolongamento de BNM com uso de halogenados, porém, pela indisponibilidade de monitorização de nível de consciência, foi realizada técnica balanceada. Na MT, há risco de dor crônica e progressão dos déficits por inflamação aguda, impondo controle algico adequado. A abordagem multimodal utilizada obteve resultado satisfatório com baixos escores de dor e ausência de novos déficits neurológicos em pós-operatório.

Palavras-chave: Bloqueador neuromuscular, mielite transversa, anestesia geral balanceada.

REFERÊNCIAS

1. Balakrishnan IM, Yadav N, Singh GP, Prabhakar H. Anaesthetic considerations in patients with transverse myelitis. *South African J Anaesth Analg.* 2013;19(6):323-4. <http://dx.doi.org/10.1080/22201173.2013.10872949>.
2. OrphanAnesthesia. Anaesthesia recommendations for Transverse Myelitis [citado em 2023 Jan 2]. 2023. Disponível em: <https://www.orphananesthesia.eu/en/rare-diseases/published-guidelines/transverse-myelitis/1559-transverse-myelitis/file.html>

554 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM TUMOR DE WILMS E INVASÃO DE VEIA CAVA: RELATO DE CASO

BERNARDO RIBEIRO TRAVASSOS, BRUNO JOSÉ ALIANO COSTA, JOÃO GUILHERME ALVES DE ANDRADE, RODRIGO SALZANO CARVALHO, VINÍCIUS RIBEIRO TRAVASSOS

CET S.A. INST. MATERN. INFANT. PE – IMIP - HOSPITAL SEDE: INST. MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: Tumor de Wilms (TW) é o tumor renal maligno mais comum e a segunda neoplasia intra-abdominal mais frequente da infância. A extensão tumoral intravascular para veia cava inferior (VCI) incide em 4-10% dos casos, com maior incidência de complicações anestésico-cirúrgicas. Nesses casos, é recomendada a excisão do tumor com trombectomia e, se necessário, cavectomia. **Relato de caso:** Paciente feminina, 6 anos, 22 kg, 1,21 m, com quadro de dor, aumento do volume abdominal e perda de peso há três meses. Tomografia computadorizada de abdome evidenciou volumosa massa sólida em todo o parênquima renal esquerdo, contato com baço, pâncreas e grande curvatura gástrica, além de extensão tumoral com trombose de VCI. Após quimioterapia neoadjuvante, foi realizada flebografia que evidenciou VCI de fino calibre com oclusão em seu trajeto infrarenal, recanalização em nível supra-hepático e drenagem por colaterais calibrosos para circulação vertebral, sendo indicada abordagem cirúrgica. Optou-se por anestesia combinada geral balanceada poupadora de opioides e epidural – com cateter para infusão contínua e manejo de dor no pós-operatório (PO) –, monitorização padrão associada à monitorização invasiva (pressão arterial direta e venosa central), monitorização da profundidade anestésica e do bloqueio neuromuscular. No intraoperatório, foi realizada ressecção tumoral com nefroureterectomia, pancreatemia parcial e esplenectomia, além de cavectomia com trombectomia. Foi realizada infusão contínua de solução balanceada contendo cálcio, com a necessidade de início de doses baixas de noradrenalina e hemotransfusão de concentrado de hemácias e plasma fresco congelado. A paciente foi extubada ao fim do procedimento, sem uso de drogas vasoativas, e encaminhada à UTI pediátrica. No PO, evoluiu com necessidade de manejo de dor via cateter epidural (retirado no 3º dia de PO) e recebeu alta no 4º dia de PO para seguimento ambulatorial. **Discussão:** TW com invasão de VCI representa um desafio anestésico-cirúrgico. O procedimento cirúrgico pode incluir desde ressecção primária da lesão com cavotomia e trombectomia venosa até cavectomia com necessidade de circulação extracorpórea e parada circulatória total. No caso apresentado, foi necessário cavectomia para excisão tumoral e trombectomia venosa. Tal técnica cirúrgica traz desafios ao anestesiológico, como manejo hemodinâmico, em razão do comprometimento do retorno venoso, manejo do sangramento e manejo da dor pós-operatória.

Palavras-chave: Tumor de Wilms, veia cava inferior, cavectomia.

REFERÊNCIAS

1. Dzhuma K, Powis M, Vujanic G, et al. Surgical management, staging, and outcomes of Wilms tumours with intravascular extension: results of the IMPORT study. *J Pediatr Surg.* 2022;57(4):572-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.08.023>. PMID:34565577.
2. Irtan S, Ehrlich PF, Pritchard-Jones K. Wilms tumor: state of the art update. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25(5):250-6. <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2016.09.003>. PMID:27955727.

555 USO DE CETAMINA E DEXMEDETOMIDINA PARA SEDAÇÃO EM PACIENTE COM DERRAME PERICÁRDICO

MARIANA VIEIRA MARTINS DE MELLO, HEITOR JOSÉ SILVA MEDEIROS, LARISSA PORTO CÂMARA, RICARDO CEZAR CARDOZO DE MEDEIROS JÚNIOR, WALLACE ANDRINO DA SILVA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, NATAL, RN, BRASIL

Introdução: A abordagem a partir de sedação em pacientes graves e com preditores de via aérea difícil é um desafio para o anestesista. Para isso, é preciso fazer uso de drogas que proporcionem estabilidade hemodinâmica e respiratória, com profundidade anestésica necessária para realização do procedimento. Nesse contexto, a associação de cetamina e dexmedetomidina se destaca como excelente alternativa.

Relato do caso: Paciente feminina, 32 anos, portadora de síndrome de Down, realizou ecocardiograma eletivo em razão da piora clínica há um mês com anasarca e classe funcional NYHA III, o qual evidenciou um derrame pericárdico importante, com colabamento diastólico do ventrículo direito e ventrículo esquerdo. Encontrava-se hemodinamicamente estável, porém com perfusão periférica lentificada. Por causa do alto risco de morte e complicações, optou-se pela realização imediata do procedimento (pericardiocentese). Ao exame físico, a paciente apresentou diversos preditores de via aérea difícil e jejum incompleto. A paciente deu entrada em sala acordada, porém agitada e não colaborativa. Após puncionado acesso venoso periférico, foi administrada sedação com 2 mg/kg/h de cetamina e 2 mcg/kg/h de dexmedetomidina, em infusão contínua. A paciente foi mantida em ventilação espontânea com cateter nasal de oxigênio. O procedimento ocorreu sem intercorrências, e, ao término dele, a paciente foi encaminhada para UTI.

Discussão: A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 capaz de proporcionar sedação, analgesia e ansiólise, além de ação simpaticolítica, antissialogoga, anti-inflamatória e protetora de órgãos, com mínima depressão respiratória. É de fácil administração, o que torna seu uso seguro e versátil. No procedimento realizado, proporcionou uma sedação com adequada profundidade, mantendo a patência de via aérea. A cetamina é uma droga antagonista não competitiva do receptor do ácido N-metil-D-aspartato, que proporciona um estado anestésico caracterizado por sedação com efeito dissociativo, analgesia profunda, mantendo reflexos laríngeos preservados, com mínima depressão respiratória transitória. Além disso, promove broncodilatação e estimulação simpática do sistema nervoso, estimula o sistema cardiovascular, aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial e o débito cardíaco. No caso da paciente, o uso dessas drogas proporcionou uma sedação profunda o suficiente para realização do procedimento, mantendo estabilidade hemodinâmica e respiratória.

Palavras-chave: Cetamina, dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Midega TD, Chaves RCF, Ashihara C, et al. Uso de cetamina em pacientes críticos: uma revisão narrativa. Rev Bras Ter Intensiva, 2022;34(2):287-94. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20220027-pt>.
2. Eizaga Rebollar R, García Palacios MV, Fernández Riobó MC, Torres Morera LM. Dexmedetomidine and perioperative analgesia in children. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2022;69(8):487-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redare.2022.08.003>. PMID:36100555.

556 ANESTESIA EM GESTANTE COM ESTENOSE MITRAL (EM) E HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR (HAP)

MARINA TANI GOMES, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LUCIANNA RIBEIRO E SILVA, RAMON MAGRO FERREIRA

CET H. DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A Organização Mundial da Saúde considera a EM uma cardiopatia de risco intermediário e a HAP de alto risco que contraindica gravidez. Este relato descreve gestante de 22 anos, 37 semanas de idade gestacional, diagnóstico de EM acentuada e HAP, com plano de cesárea eletiva. **Relato de caso:** Paciente com história de valvopatia reumática submetida à troca mitral biológica e plastia tricúspide, mantendo-se assintomática até o terceiro trimestre de gestação, quando iniciou dispnéia e precordialgia. O ecocardiograma indicou prótese com EM significativa, plastia de tricúspide com gradientes elevados, função sistólica de ventrículo esquerdo preservada e HAP. Fazia uso regular de benzetacil, propranolol e clexane. Foi admitida em sala operatória para cesariana com PA de 100/60 mmHg, FC de 70 bpm, SatO₂ de 96%, ritmo regular em três tempos, B3 em foco pulmonar, sem sopros. Foi posicionada e monitorizada, sendo checada a venóclise. Foi cateterizada a artéria radial. Houve administração EV de ampicilina 2 g, gentamicina 90 mg e ondansetrona 8 mg. A pré-oxigenação estava adequada para o procedimento. Foi feita indução EV com fentanil 200 mcg, etomidato 20 mg e rocurônio 80 mg. Ocorreu intubação em sequência rápida com passagem de tubo orotraqueal 7,0 com cuff. Fez-se manutenção inalatória com sevoflurano 2%. Após 8 minutos, foi retirado recém-nascido, com 2,3 kg, Apgar 8 e 9. Foi feita ocitocina 5 UI após clampear o cordão umbilical. Ao término, paciente manteve-se estável hemodinamicamente sem uso de vasopressores. Foi administrado sugamadex 200 mg EV e realizada a extubação. Paciente estava consciente e orientada, eupneica em cateter nasal, queixa de dor em baixo ventre, com administração de morfina 5 mg EV. Foi transportada para UTI, onde necessitou de noradrenalina em baixas doses no pós-operatório imediato (POI). Após dois dias, a paciente recebeu alta para alojamento conjunto e, após cinco dias, recebeu alta para casa. **Discussão:** Gestantes com disfunção da prótese valvar biológica têm risco aumentado de insuficiência cardíaca grave, choque e morte súbita. O planejamento de parto deve ser multidisciplinar para gestação de alto risco, com programação de cesárea eletiva. A anestesia neuroaxial deve ser primeira escolha, com exceção de cardiopatas com instabilidade hemodinâmica, distúrbios de coagulação, estenose aórtica grave e EM grave sintomática. A EM com área valvar < 1,5 cm² tem indicação de monitorização invasiva da PA, evitando-se hiper-hidratação. O ideal é manter FC em 60-70 bpm, além de POI em UTI, em razão das alterações hemodinâmicas do pós-parto com risco de descompensação da cardiopatia.

Palavras-chave: Cardiopatias na gestação, gestação de alto risco, anestesia obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Viaris de Lesegno B, Nelson-Piercy C. Advances in the management of cardiovascular disease during pregnancy. *Future Cardiol.* 2018;14(4):269-72. <http://dx.doi.org/10.2217/fca-2018-0033>. PMID:29932743.
2. Lau E, DeFaria Yeh D. Management of high risk cardiac conditions in pregnancy: anticoagulation, severe stenotic valvular disease and cardiomyopathy. *Trends Cardiovasc Med.* 2019 Apr;29(3):155-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tcm.2018.07.009>.

557 URGÊNCIA ANESTÉSICA EM PACIENTE PORTADORA DE ANGINA DE LUDWIG: UM RELATO DE CASO

MARIANA PIMENTA LEÃO BANDEIRA DE MELO, ADEMAR CONTIERO JÚNIOR, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, MAYANE GUEDES GONÇALVES, NETANEL OLIVEIRA DA ROCHA

CET INTEG. DO INST. DE ANESTESIOLOGIA DO AM - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A angina de Ludwig (AL) é uma infecção bilateral do assoalho da boca que se dissemina rapidamente, envolvendo os espaços submandibular, sublingual e submentoniano.¹ Trata-se de celulite agressiva, com potencial para obstrução das vias aéreas.¹ Infecção odontogênica é a causa mais comum.² A abordagem adequada para o manejo das vias aéreas em pacientes com AL permanece desafiadora por causa da grande variedade de apresentação e fatores atenuantes. **Relato de caso:** Paciente feminina, 30 anos, deu entrada no PS com história de extração dentária há 15 dias, evoluindo com edema de face ipsilateral, dor e restrição à abertura mandibular. Ao exame físico, apresentava sinais flogísticos em região cervical. Foi indicada cervicotomia exploradora para drenagem de abscesso cervical, retrofaríngeo e submandibular. Houve tentativa de IOT acordada, sedação com remifentanil em BIC (0,05 mcg/kg/min), associada à instilação periglótica com lidocaína spray 10%. Durante a laringoscopia direta, evoluiu com rompimento de abscesso e insuficiência respiratória. Cirurgião de cabeça e pescoço permitiu acesso para drenagem, o que possibilitou ventilação sob MF e realização de traqueostomia de urgência. Ocorreu indução anestésica efetuada com propofol, remifentanil em BIC e atracúrio, e a paciente foi mantida com sevoflurano a 2% CAM. Ela permaneceu estável no intraoperatório, feita analgesia com morfina. Houve descurarização com neostigmina e atropina. Foi encaminhada à SRPA, estável, acordada, com respiração espontânea em ar ambiente. No dia seguinte, foi transferida para UTI, onde evoluiu com choque séptico, revertido com antibioticoterapia e drogas vasoativas. Após uma semana, apresentou melhora do quadro, com realização de decanulação da traqueostomia e alta hospitalar. **Discussão:** O manejo da via aérea (VA) dos pacientes com AL permanece desafiador. Uma avaliação pré-operatória adequada deve ser realizada antes da indução e incluir a identificação de características que possam causar dificuldades com ventilação, laringoscopia direta ou intubação. Se houver suspeita de comprometimento das VAs, é recomendável realizar intubação com fibra óptica por via nasal.¹ A intubação oral ou nasotraqueal às cegas é traumática e insegura por causa do potencial de induzir laringoespasmos graves. Se a intubação não for possível, a traqueostomia é o meio mais amplamente recomendado.¹ Quando o paciente não puder ser ventilado ou intubado, o acesso invasivo de emergência às VAs e outras abordagens alternativas devem estar disponíveis.²

Palavras-chave: Angina de Ludwig, insuficiência respiratória, traqueostomia.

REFERÊNCIAS

1. Chow AW. Ludwig Angina. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2023 Jan 28]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/online>
2. Dowdy RAE, Emam HA, Cornelius BW. Ludwig's Angina: anesthetic Management. Anesth Prog. 2019;66(2):103-10. <http://dx.doi.org/10.2344/anpr-66-01-13>. PMID:31184944.

558 DIFERENTES ABORDAGENS ANESTÉSICAS PARA MÚLTIPLOS DEBRIDAMENTOS: RELATO DE CASO

NICOLLE BARAUCE FREITAS, GIOVANA PALUDO BERTINATO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KETHELYN KEROLINE TELINSKI RODRIGUES, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Bloqueios periféricos são usados para anestesia e/ou analgesia para uma variedade de procedimentos. Este relato trata da percepção subjetiva e comparativa da realização de anestesia geral associada ou não a bloqueio periférico versus raquianestesia no controle pós-operatório da dor de uma paciente que realizou múltiplas abordagens para debridamento de membro inferior. **Relato de caso:** S.M.S., mulher, 35 anos, 80 kg, admitida por fratura exposta de fêmur distal e tíbia próxima direitos. Para colocação de fixador externo, foi realizada anestesia geral (AG). No 2º dia de pós-operatório (PO), evoluiu com infecção de ferida operatória e necessidade de debridamento. Em sua primeira (3º dia de PO) e segunda (6º dia de PO) reabordagens, foram realizadas AGs balanceadas, sob ventilação mecânica, isoladamente. No terceiro debridamento (7º dia de PO), optou-se por indução de AG associada a bloqueio de nervo femoral (BNF) ecoguiado. Na quarta reabordagem (8º dia de PO), foi novamente realizada AG associada a BNF ecoguiado. Em seu quinto (12º dia de PO) e sexto (13º dia de PO) desbridamentos, foram realizadas raquianestésias. Em todos os procedimentos, houve administração de dipirona 2 g, dexametasona 10 mg e ondansetrona 4 mg em adjuvância. Ao ser questionada quanto à satisfação, a paciente relatou que, em sua terceira e quarta abordagens (AG + BNF), apresentou maior conforto e menor dor pós-operatória, acarretando menor necessidade de analgesia de resgate no PO. **Discussão:** Demonstrou-se que a percepção do controle da dor para esta paciente após debridamento foi superior com o BNF em relação à raquianestesia com uso de opioide. O uso de bloqueios periféricos apresenta como vantagens no cenário do trauma a possibilidade de deambulação precoce, menores índices de retenção urinária, além de menores efeitos cardiovasculares em relação ao bloqueio no neuroeixo. É importante levar em consideração a anatomia do bloqueio, uma vez que BNF possibilita anestesia da região anterolateral da coxa e região proximal da perna, mas não é suficiente para anestesia da parte posterior do membro. Por causa da necessidade de minimizar a permanência hospitalar, deve-se associar uma técnica efetiva e segura. Assim como observado, em diversos outros estudos, o BNF nesse cenário mostrou-se adequado.

Palavras-chave: Debridamento, múltiplas abordagens, membro inferior.

REFERÊNCIAS

1. Zhang L, Tong Y, Li M, et al. Sciatic-femoral nerve block versus unilateral spinal anesthesia for outpatient knee arthroscopy: a meta-analysis. *Minerva Anesthesiol.* 2015;81(12):1359-68. PMID:26394364.
2. Dabir S, Mosaffa F, Hosseini B, Alimoradi V. Comparison of the combined femoral and lateral femoral cutaneous nerve block plus popliteal block with spinal anesthesia for thigh tourniquet pain during foot or ankle surgery: a randomized clinical trial. *Anesth Pain Med.* 10(4):e103674. <http://dx.doi.org/10.5812/aapm.103674>.

564 RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA CIRURGIA EM PACIENTE CARDIOPATA GRAVE: RELATO DE CASO

NICOLLE BARAUCE FREITAS, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, VANESSA CARVALHO LUCAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Para pacientes cardiopatas com sintomas anginosos ou histórico de doença coronariana, é prudente evitar variações intensas da resistência vascular sistêmica e uso de drogas que possam aumentar o consumo de oxigênio do miocárdio. **Relato de caso:** Homem de 73 anos, portador de hipertensão, diabetes não insulínica, cardiopata isquêmico (FE de 38%), foi admitido para amputação infragênicula de membro inferior por pé diabético. Apresentou-se no centro cirúrgico para cirurgia de urgência com dispnéia, tosse produtiva, febre, estertores finos à ausculta pulmonar. Optou-se pela realização de raqui-anestesia contínua com passagem de cateter intratecal em L4-L5. Foi monitorizado com equipamentos habituais mais PAM em artéria radial. Inicialmente, localizou-se o espaço peridural por perda de resistência com agulha de Tuohy 18G. Procedeu-se então à punção da dura-máter e passagem de cateter. Foram administrados então 3 mL de bupivacaína hiperbárica (BH) a 0,5%, seguido de teste de sensibilidade local, que demonstrou ausência de dor à estimulação da região a ser abordada. Durante o procedimento, houve dois repiques de 1 mL de BH cada, totalizando 5 mL de anestésico local para 3 horas de cirurgia. Ao final, foram administrados 40 mcg de morfina e retirado o cateter sem intercorrências. Em nenhum momento houve necessidade de drogas vasopressoras. O paciente se manteve eupneico com O₂ suplementar em máscara de Venturi a 6 l/min. **Discussão:** A raqui-anestesia contínua permite um controle mais preciso do nível sensitivo, do bloqueio simpático, da duração e da intensidade da analgesia, possibilitando o uso de doses menores de anestésico local e, assim, menores repercussões hemodinâmicas, sendo este o objetivo para tal paciente. Optou-se pela utilização de ventilação mecânica, vislumbrando-se o risco aumentado de lesões pulmonares associadas à pressão positiva em via aérea, além da provável dificuldade de desmame ventilatório associado à pneumonia e ao uso de bloqueadores neuromusculares.

Palavras-chave: Raqui-anestesia contínua, pé diabético, cardiopata.

REFERÊNCIAS

1. Imbelloni LE, Gasparini S No, Ganem EM. Raqui-anestesia contínua com altas doses de anestésicos locais, Rev Bras de Anest. 2010;60(5):537-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000500010>.
2. Hurley RJ, Lambert DH. Continuous spinal anesthesia with a microcatheter technique: preliminary experience. Anesth Analg. 1990 Jan;70(1):97-102. <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-199001000-00017>. PMID: 2242105.

565 ANESTESIA PARA CIRURGIA ONCOLÓGICA DE GRANDE PORTE EM PACIENTE GESTANTE NO SEGUNDO TRIMESTRE: RELATO DE CASO

ISABELA MOREIRA SILVA, HUMBERTO VASCO JOAQUI, LÍVIA DOIN VIEIRA DA FONSECA, RICARDO VASCONCELLOS TEIXEIRA

CET S. ANEST. INST. NAC. DE CÂNCER - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Cirurgias não obstétricas na gravidez ocorrem em torno de 2% e podem ser indicadas durante diferentes estágios da gestação, sendo o 2º trimestre mais recomendado por apresentar menores riscos para o feto. A anestesia para cirurgias não obstétricas deve levar em consideração as mudanças fisiológicas da gestação, objetivando a segurança materno-fetal. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, 73 kg, 1,60 m, ASA II, gestante de 22 semanas, portadora da síndrome de Li-Fraumeni, submetida previamente à mandibulectomia e mastectomia bilateral, apresentou tumor em maxila direita, sendo proposta cirurgia para maxilectomia parcial. Apresentava Mallampati IV, abertura de boca limitada e massa importante em maxila direita. Foi monitorizada com eletrocardiograma, oximetria de pulso, monitorização hemodinâmica invasiva, índice bispectral e débito urinário. Foi puncionado acesso venoso periférico 20G em membro superior direito e profundo em veia femoral direita. Optou-se pela anestesia geral venosa total. Iniciou-se pré-oxigenação sob máscara facial com O₂ a 100%. Houve indução anestésica em sequência rápida com fentanil 150 mcg, lidocaína 120 mg, propofol 1% em bomba de infusão contínua alvo-controlada, rocuroônio 80 mg e cetamina 20 mg. Intubação orotraqueal foi realizada com videolaringoscópio, tubo orotraqueal 7,5 aramado com cuff. Foi mantida infusão venosa contínua de dexmedetomidina e remifentanil. Foi identificado sangramento intraoperatório, sendo necessária a transfusão sanguínea guiada por gasometria arterial seriada e infusão de noradrenalina por 90 minutos. Foi feita reversão do bloqueio neuromuscular com 150 mg de sugamadex intravenoso guiado por sequência de quatro estímulos, seguida de extubação. A duração da anestesia foi de 7 horas e 15 minutos, e, ao final, foi realizado USG abdominal, evidenciando feto vivo, com FC de 186 bpm. **Discussão:** A monitorização fetal durante a cirurgia é possível entre 18-22 semanas, porém o uso é controverso, sem evidência de melhora no prognóstico fetal. Diante de casos que não podem esperar o fim da gestação, a cirurgia não deve ser adiada, independentemente do trimestre. Na gestação ocorrem mudanças fisiológicas que devem ser consideradas para a condução anestésica, influenciando a farmacocinética e farmacodinâmica das drogas. Em relação à teratogenicidade, faltam estudos, pois raramente as drogas são testadas em pacientes grávidas. Até o momento, não há evidências definitivas de teratogenicidade relacionada aos agentes anestésicos utilizados.

Palavras-chave: Anestesia em gestante, cirurgia não obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Boas WWV, Lucena MR, Ribeiro RC. Anestesia para cirurgia não-obstétrica durante a gravidez. Rev Med de Minas Gerais. 2009;19(3, Supl 1):S70-9.
2. Reitman E, Flood P. Anaesthetic considerations for non-obstetric surgery during pregnancy. Br J Anaesth. 2011;107(Suppl 1):i72-8. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aer343>. PMID:22156272.

566 SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE LITERATURA

MARCELA DE BARROS FLEX CUNHA, DAVID FERREZ, ESDRAS FERNANDES DE AMORIM JUNIOR

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Um dos principais objetivos dos cuidados paliativos é oferecer um melhor controle dos sintomas, tanto para que o paciente tenha melhor qualidade de vida quanto para que obtenha morte digna e serena.¹ Contudo, uma vez que a morte se torna iminente em paciente em fase terminal de uma doença avançada, há certos sintomas que podem se tornar intensos e de difícil controle, chamados sintomas refratários.^{2,3} Tem-se, portanto, a terapia de sedação paliativa (TSP), a qual não deve ser indicada de forma rotineira e cujo objetivo é o alívio de tais sintomas.³ **Objetivos:** Avaliar os aspectos clínicos da sedação paliativa realizada nos últimos anos em pacientes oncológicos, levando em conta prevalência, indicação, tipo de sedação e medicação utilizada. Não houve conflito de interesse ou fonte de fomento. **Métodos:** Revisão sistemática no banco de dados do PubMed de trabalhos publicados entre 2017 e 2022, combinando os descritores "palliative care", "sedation" e "cancer" ao descritor booleano "AND". Os critérios de inclusão foram os artigos publicados em inglês ou português, pacientes adultos com idade maior ou igual a 19 anos, portadores de neoplasia em cuidados paliativos e que estivessem submetidos à sedação paliativa. **Resultados:** De 70 artigos, foram incluídos 7 artigos. A prevalência da sedação variou amplamente (2-54,2%). As indicações mais frequentes para sedação paliativa foram delirium, dispneia e dor. Outros sintomas presentes nos estudos foram náusea, vômito e sofrimento existencial. Os benzodiazepínicos, principalmente o midazolam, foram os medicamentos mais usados tanto na sedação contínua quanto na intermitente. Antipsicóticos como clorpromazina e haloperidol também foram opções terapêuticas. **Discussão:** Apesar da heterogeneidade de prevalência de TSP nos estudos, as indicações e medicações sedativas utilizadas estão em consonância com o que é apresentado pela literatura.³ A maioria dos estudos analisados explicita que a sedação paliativa administrada é proporcional ao sintoma refratário, e as características da sedação, como profunda, superficial, intermitente e contínua, são importantes na monitorização terapêutica. Segundo os estudos, a TSP não teve impacto negativo na sobrevida, ou seja, não acelera o processo ativo de morte.^{2,3} **Conclusão:** A sedação paliativa é uma importante terapia de conforto para os pacientes no fim da vida. Novas pesquisas devem ser realizadas para considerar outras opções terapêuticas na sedação paliativa.

Palavras-chave: Sedação, cuidados paliativos, câncer.

REFERÊNCIAS

1. Marina SBS. Sedação paliativa. In: Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2021. cap. 99; p. 506-11.
2. Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended a framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med. 2009;23(7):581-93. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216309107024>. PMID:19858355.
3. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol. 2012;30(12):1378-83. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.37.3795>. PMID:22412129.

567 REVISÃO NARRATIVA: CONSIDERAÇÕES ANESTÉSICAS EM REPRODUÇÃO HUMANA

NICOLLE BARAUCE FREITAS, ANDRÉ DA SILVA SEZERINO, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, KARINE GHIGGI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A medicina reprodutiva engloba uma série de procedimentos invasivos. Para prover conforto e segurança ao processo, pode-se integrar a anestesia. A punção folicular (PF) é uma etapa necessária para a fertilização in vitro (FIV) potencialmente dolorosa e que requer anestesia. Por se tratar de uma tecnologia moderna e possuir variáveis sensíveis ao sucesso dos procedimentos, é essencial avaliar as estratégias anestésicas visando ao melhor desfecho possível. O propósito desta revisão é fornecer atualizações em relação às práticas anestésicas utilizadas para a PF. **Desenvolvimento:** A PF é o procedimento mais comum que requer anestesia no âmbito da reprodução assistida (RA). A punção do tecido vaginal, da cápsula do ovário, junto com a manipulação da agulha e do transdutor do ultrassom durante o procedimento, é potencialmente doloroso¹. Apesar de ser um procedimento rápido e minimamente invasivo, várias modalidades anestésicas podem ser aplicadas, como anestesia balanceada, anestesia venosa total, sedação, bloqueio paracervical, bloqueio de neuroeixo, anestesia local ou, em alguns casos, nenhum tipo de anestesia. As principais complicações relacionadas com o procedimento e o perfil das pacientes incluem sangramentos, abscessos, sepse, broncoespasmo e lacerações. Portanto, é necessário o manejo adequado do médico anestesiológico visando ao melhor desfecho possível, optando por drogas provavelmente mais seguras nas menores doses possíveis. **Comentários:** A anestesia geral torna o processo de aspiração mais fácil para o cirurgião por relaxar o útero e prevenir a movimentação da paciente durante o procedimento, melhorando a taxa de coleta de folículos. Anestesia geral deve ser a mais breve possível, utilizando as menores doses a fim de evitar efeitos nocivos aos oócitos e interferência na secreção hormonal². Diversos estudos comparando as opções farmacológicas já foram realizados, e os medicamentos mais conhecidos e utilizados na prática anestésica são propofol, etomidato, cetamina, opioides e halogenados.

Palavras-chave: Reprodução humana, punção folicular, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Khetarpal R, Chatrath V, Kaur P, Trikha A. Anaesthesia for assisted reproductive technology (ART): A narrative review. J Obstet Anaesth Crit Care. 2022;12(1):5-16. http://dx.doi.org/10.4103/JOACC.JOACC_63_21.
2. Rolland L, Perrin J, Villes V, Pellegrin V, Boubli L, Courbiere B. IVF oocyte retrieval: prospective evaluation of the type of anesthesia on live birth rate, pain, and patient satisfaction. J Assist Reprod Genet. 2017;34(11):1523-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s10815-017-1002-7>. PMID:28755151.

568 A ESCOLHA DA TÉCNICA ANESTÉSICA EM UMA GESTANTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND TIPO 1

LUMA AMORIM CARLOS, FERNANDA CARVALHO MACIEL, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, JESSÉ DOMINGOS PIMENTA JÚNIOR, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA

HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A doença de von Willebrand (DvW) é a coagulopatia hereditária mais comum, cursando com a deficiência, qualitativa ou quantitativa, do fator de von Willebrand (FvW). O FvW é imprescindível na hemostasia primária, mediando a adesão plaquetária ao endotélio lesado, além de ser a proteína transportadora do fator VIII da coagulação. A suspeita diagnóstica se dá por meio das manifestações clínicas hemorrágicas cutaneomucosas, associadas às alterações no coagulograma, como tempo de sangramento alargado. O diagnóstico é confirmado por meio de exames quantitativos, como dosagem do FvW antígeno e dosagem do fator VIII da coagulação, e qualitativos, como o cofator da ristocetina. O tratamento é feito sob demanda, na dependência do evento hemorrágico, com medidas hemostáticas locais, uso de agentes antifibrinolíticos, desmopressina (DDAVP) ou reposição exógena de FvW liofilizado. A profilaxia também pode ser indicada diante da necessidade de procedimentos invasivos, e, como qualquer coagulopatia, o manejo pode ser um desafio nessas situações. Além disso, pode influenciar a escolha da modalidade anestésica. **Relato de caso:** R.O.F., 35 anos, G2P1A0, possuía diagnóstico de DvW do tipo I desde 2018, com FvW antígeno de 46% e cofator da ristocetina de 42%. Em 2019, a paciente foi submetida à anestesia geral balanceada na primeira cesariana, e a escolha para o segundo parto cesárea foi o bloqueio neuroaxial. Foi realizada a administração do DDAVP 30 minutos antes da cirurgia, além da reserva de concentrado de hemácias, plasma e crioprecipitado. A cirurgia ocorreu sem sangramento significativo, não necessitando das reservas previamente solicitadas. **Discussão:** O conhecimento do subtipo da DvW é importante para direcionar as condutas que serão tomadas, além dos dados clínicos, como a história hemorrágica da paciente. A dosagem do FvW durante a gestação é fundamental, pois habitualmente há aumento fisiológico nos níveis do fator, muitas vezes não sendo necessária a reposição ou o uso do DDAVP antes do bloqueio do neuroeixo. A análise desse dado, atrelado ao contexto clínico da paciente, é o que definirá a modalidade anestésica a ser empregada. Por esse motivo, optou-se pelo uso do DDAVP com intuito de aumentar os níveis do FvW antes do bloqueio e da cirurgia. Nesse caso, a conduta anestésica é composta pela análise dos riscos e benefícios da técnica proposta, tendo em vista a história clínica, os resultados laboratoriais adequados e a avaliação multidisciplinar.

Palavras-chave: Doença de von Willebrand, bloqueio neuroaxial, gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Butwick AJ, Carvalho B. Neuroaxial anesthesia for cesarean delivery in a parturient with type 1 Von Willebrand disease and scoliosis. *J Clin Anesth.* 2007;19(3):230-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2006.08.013>. PMID:17531735.
2. Hara K, Kisgi N, Sata T. Considerations for epidural anesthesia in patient with type 1 Von Willebrand disease. *J Anesth.* 2009;23(4):597-600. <http://dx.doi.org/10.1007/s00540-009-0782-z>. PMID:19921375.
3. Varughese J, Cohen AJ. Experience with epidural anesthesia in pregnant women with Von Willebrand disease. *Haemophilia.* 2007;13(6):730-3. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2516.2007.01547.x>. PMID:17973849.

569 COLAPSO CARDIOVASCULAR POR REFLEXO DE BEZOLD-JARISCH DURANTE RAQUIANESTESIA: UM RELATO DE CASO

RAFAEL DOS SANTOS CRUZ VERAS, CAROLINA BAHIA DAHIA, VERA LUCIA ADAS PETTERSEN

UNIFESO, TERESÓPOLIS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Por se tratar de uma técnica anestésica comum, segura e de fácil realização, a raquianestesia é difundida e aplicada na maioria dos hospitais. A segurança do bloqueio, se bem controlada e indicada, gera como resultado o sucesso dos casos anestésicos. Existem riscos e complicações na técnica, mesmo quando utilizada em situações ideais. Uma das etiologias de PCR na raquianestesia é o reflexo de Bezold-Jarisch, que aumenta a atividade do SN parassimpático e inibe a do SN simpático, desencadeando uma rápida redução do volume diastólico final do VE, gerando bradicardia, hipotensão ou assistolia.

Relato de caso: Paciente V.O., sexo feminino, 32 anos, ASA I, internada eletivamente para realização de hemorroidectomia. Foi realizada raquianestesia em posição sentada, em L2-L3 em linha mediana com agulha 27G de Quincke e injeção de 12 mg de bupivacaína hiperbárica. Houve bloqueio sensitivo instalado em nível de T8, sem complicações. Foi realizada sedação com 2 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil, mantendo conforto e segurança durante todo o procedimento. Após o fim do ato cirúrgico e com paciente estável, foi autorizado o retorno das pernas da posição de litotomia. Durante 5 minutos, paciente permaneceu estável e interativa, porém, durante cuidados de retirada de sala, paciente interrompeu comunicação verbal e subitamente apresentou bradicardia severa, sendo administrado imediatamente 0,75 mg de atropina e, sem resposta, evoluindo para assistolia. Foram iniciadas manobras de RCP por 1 minuto com 1 mg de adrenalina, retornando ao ritmo sinusal e mantendo estabilidade. Revertidos os sedativos, a paciente acordou e foi encaminhada à UTI para observação, que ocorreu sem complicações, diagnósticos de sequelas ou fatores desencadeantes. Foi liberada e orientada quanto à ocorrência.

Discussão: A paciente deste relato se enquadra nos fatores de risco por se tratar de uma paciente jovem, ASA I e com relato de vagotonia, em que, ao retornar os membros inferiores da litotomia, rapidamente ativou os mecanorreceptores presentes na parede inferoposterior do VE e desencadeou o reflexo de Bezold-Jarisch de forma intensa, levando à bradicardia. Por causa da rápida assistência, a complicação foi prontamente revertida com uso precoce de adrenalina e início rápido da RCP. A prevenção poderia ser realizada com a manutenção da pré-carga de modo adequado com o retorno dos membros inferiores de forma cuidadosa, o tratamento precoce da bradicardia e a manutenção da frequência cardíaca maior que 60 bpm.

Palavras-chave: Raquianestesia, parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

1. Limongi JAG, Lins RSM. Parada cardiorrespiratória em raquianestesia. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(1):110-20.

570 PLEXOPATIA BRAQUIAL PROLONGADA APÓS BLOQUEIO INTERESCALÊNICO E DE PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL PARA CIRURGIA DE CLAVÍCULA: RELATO DE CASO

ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, PATRICIA RODRIGUES DA SILVA, POLIANA DA SILVA GOMES, THOBIAS ZAPATERRA CESAR

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O bloqueio interescalênico é a abordagem do plexo braquial mais utilizada em cirurgias do ombro e clavícula, proporcionando analgesia pós-operatória adequada. Embora considerada segura, está associada a um maior risco de complicações neurológicas no pós-operatório, como parestesia, disestesia e sensibilidade reduzida. Objetiva-se com o relato descrever um caso de plexopatia braquial prolongada.

Relato de caso: V.G.A., ASA II, 46 anos, masculino, etilista esporádico, sem comorbidades, alergias ou passado cirúrgico-anestésico. Tinha sido vítima de colisão bicicleta x moto com fratura do terço médio da clavícula esquerda com encurtamento. Houve proposta de abordagem eletiva. Após monitorização não invasiva, foi pré-medicado com fentanil (50 mcg) e midazolam (3 mg). A seguir, foi posicionado de maneira criteriosa e sob técnica asséptica, com rigorosa antisepsia de pele com clorexidina, agulhamento em plano com agulha A50, posicionada perineural, sem queixas de dor, parestesia ou choque. Fez-se infusão de 25 mL de ropivacaína 0,5%, posteriormente associado a 5 mL da mesma solução no plexo cervical superficial, sem intercorrências. A avaliação sensitiva – ausência de sensação (frio) e dor (pressão) no segmento de C5 e C6 – e motora foi adequada, realizada antes da indução venosa de anestesia geral. Fez-se manutenção balanceada com sevoflurano, com estabilidade hemodinâmica, sangramento habitual e pós-operatório imediato sem queixas. Após 24 horas, evoluiu com paresia grave de MSE e hipoestesia da região hipotenar e 5º dedo. Em acompanhamento multiprofissional e sem evolução favorável após quatro semanas, foi submetido à eletroneuromiografia, que evidenciou plexopatia braquial esquerda supraclavicular pós-ganglionar dos troncos superior, médio e inferior, com intenso envolvimento sensitivo-axonal recente. **Discussão:** A determinação da etiologia das lesões neurológicas no pós-operatório constitui um desafio. Entre os mecanismos possíveis estão o próprio mecanismo e a magnitude do trauma (avulsão, estiramento, secção), manobras cirúrgicas para correção de luxações, posicionamento vicioso e aqueles relacionados ao bloqueio de plexo. Quanto aos últimos, podem ser de forma direta pela agulha (tipo, trajeto, posição final intraneural/intrafascicular) ou indireta (neurotoxicidade intrínseca do anestésico local). Propedêutica complementar com ressonância magnética do plexo braquial e eletroneuromiografia pode auxiliar na topografia da injúria e ajudar na relação de causalidade, que nem sempre é de caráter conclusivo e definitivo.

Palavras-chave: Neuropatia, plexo braquial, bloqueio interescalênico.

REFERÊNCIAS

1. Brull R, McCartney CJL, Chan VWS, El-Beheiry H. Neurological complications after regional anesthesia: contemporary estimates of risk. *Anesth Analg.* 2007;104(4):965-74. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ane.0000258740.17193.ec>. PMID:17377115.
2. Villar T, Pacreu S, Chavero E, et al. Prolonged brachial plexopathy following interscalene block for shoulder arthroplasty. *Rev Colomb Anestesiol.* 2019;47(1):71-5. <http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.000000000000086>.

571 ANALGESIA PARA TÓRAX INSTÁVEL EM PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO E QUADRO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

TALITA GUILARDE TORRES, GIULLIANO GARDENGHI, ISABELA ALCÂNTARA ROCHA, LUCIANA HAHMANN ABREU, PAULO BRUNO CATALÃO DE ALBUQUERQUE

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA GENOVEVA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: O bloqueio do plano eretor da espinha (ESP block) é um método de analgesia pós-operatória promissora em procedimentos cirúrgicos para regiões cervical, torácica e lombar, e permite a infusão do anestésico no plano interfascial em dose única ou em infusão contínua. Entretanto, bloqueios profundos apresentam risco de sangramento, principalmente em vigência de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. **Relato de caso:** Paciente homem, idoso, apresentou dor torácica típica e, durante o percurso ao hospital, sofreu acidente automobilístico com fratura de arcos costais dorsais à esquerda e evoluiu com quadro de tórax instável. No hospital, foi diagnosticado infarto agudo do miocárdio, sendo realizada angioplastia com implante de dois stents coronarianos e iniciada dupla antiagregação plaquetária. Após, o paciente foi encaminhado para UTI, onde evoluiu com importante dor respiratório-dependente em hemitórax esquerdo, refratária à morfina endovenosa. No segundo dia de pós-operatório, foi realizado ESP Block ecoguiado e com ropivacaína 0,375% 20 mL. Após um dia, foi realizado novo bloqueio com passagem de cateter para manutenção da analgesia em bólus manuais subsequentes. O paciente apresentou melhora importante da queixa algica, com otimização da fisioterapia respiratória e sem complicações hemorrágicas. A dose de anestésico local foi sendo reduzida gradualmente até a dose de ropivacaína 0,2% 12 mL, então o cateter foi retirado sete dias após sua inserção e o paciente recebeu alta hospitalar no dia seguinte, sem dor. **Discussão:** O paciente do relato de caso apresentava risco para desenvolvimento de complicações hemorrágicas decorrentes do ESP block, considerado um bloqueio profundo, na vigência de uso de antiagregantes. Sangramentos e hematomas que surgem próximos aos nervos representam risco de compressões e possíveis complicações neurológicas secundárias. Em casos como o relatado, devem ser ponderados riscos e benefícios de se realizar o bloqueio periférico, o qual deve ser feito de preferência por anestesiologista experiente e guiado por ultrassonografia, a fim de se reduzirem riscos de complicações, como foi realizado no caso relatado. Com o crescente uso da ultrassonografia para guiar bloqueios periféricos, a incidência de complicações reduziu por causa da visualização dinâmica das estruturas adjacentes ao nervo, aumentando a segurança em pacientes em uso de fármacos que afetam a hemostasia.

Palavras-chave: Anestesia por condução, analgesia, dor torácica.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca NM, Pontes JPJ, Perez MV, Alves RR, Fonseca GG. SBA 2020: atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes. Rev Bras Anesthesiol. 2020;70(4):364-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.006>.
2. Kot P, Rodriguez P, Granell M, et al. The erector spinae plane block: a narrative review. Korean J Anesthesiol. 2019;72(3):209-20. <http://dx.doi.org/10.4097/kja.d.19.00012>. PMID:30886130.

572 HEMORRAGIA PÓS-GASTROPLASTIA COM FATORES CONFUNDIDORES DIAGNÓSTICOS

TALITA GUILARDE TORRES, GIULLIANO GARDENGI, HEBER DE MORAES PENNA, MATEUS MOREIRA DE MELO SILVA, THIAGO CORDEIRO BERNARDES

CET CLÍNICA DE ANESTESIA DE GOIÂNIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA GENOVEVA, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A gastroplastia *sleeve* é uma técnica cirúrgica complexa com múltiplos riscos envolvidos e, em seu pós-operatório imediato, apresenta risco de vazamentos e hemorragia. Objetivando a redução do risco de ambos, alguns cirurgiões têm como rotina a associação de grampeamento cirúrgico à sutura manual. Ainda assim, o risco de ocorrência de ambos não é anulado, entretanto o estado de alerta em relação a essas complicações pode ser reduzido pela confiança excessiva na técnica utilizada. **Relato de caso:** Paciente ASA III, submetida à gastroplastia *sleeve* videolaparoscópica, indução, intubação orotraqueal, intraoperatório e extubação sem eventos adversos, foi encaminhada à SRPA com cateter nasal de oxigênio, mantendo adequada pletismografia, e recebeu morfina 5 mg com melhora total da dor abdominal. Aos 50 minutos de recuperação pós-anestésica, evoluiu com hipotensão arterial súbita, sudorese e taquicardia, sem resposta ao uso de 3 L de ringer com lactato e vasopressores. Foi realizada ecocardiografia transtorácica focada, sendo observada contratilidade adequada das quatro câmaras com colabamento da veia cava. Ultrassonografia fast abdominal visualizou bexigoma, porém com janelas prejudicadas pela presença de pneumoperitônio, e não foi observado líquido peritoneal. Ao exame físico, a paciente negou dor abdominal e apresentou descompressão brusca negativa. O cirurgião responsável optou por realizar endoscopia digestiva alta de urgência, com visualização das anastomoses e sem sinal de sangramento intraluminal. Foi realizada, então, videolaparoscopia com presença de coágulos e sangramento capilar, sendo aspirados, ao todo, 2.000 mL de sangue intra-abdominal e realizado reforço manual de suturas. Ao final, a paciente foi encaminhada à UTI, hemodinamicamente instável com norepinefrina 0,9 mcg/kg/min, em ventilação mecânica sob sedoanalgesia residual. Após dois dias, a paciente recebeu alta da UTI sem repercussões ou sequelas. **Discussão:** É importante notar que a analgesia utilizada rotineiramente em procedimentos de gastroplastia pode falsear o exame clínico, e a presença de pneumoperitônio pode impedir a adequada visualização ultrassonográfica de líquidos intracavitários, gerando dificuldade no diagnóstico precoce de complicações, com risco de vida. Com isso, é essencial a adequada monitorização e acompanhamento na recuperação pós-anestésica desses pacientes até obter certeza da estabilidade clínica.

Palavras-chave: Anestesia balanceada.

REFERÊNCIAS

1. Chhabra KR, Thumma JR, Varban OA, Dimick JB. Associations between video evaluations of surgical technique and outcomes of laparoscopic sleeve gastrectomy. *JAMA Surg.* 2021;156(2):e205532. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2020.5532>.

573 DIFICULDADE DE ACESSO À VIA AÉREA EM PACIENTE COM ESTENOSE SUBGLÓTICA (ESG): RELATO DE CASO

MANOEL CELIO MOURA JUNIOR

HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO – HAOC, INDAIATUBA, SP, BRASIL

Introdução: A ESG apresenta baixa incidência, inclusive, no ambiente de terapia intensiva. O estridor pós-extubação é uma característica comum e deve remeter a essa complicação, especialmente na população pediátrica. A maioria dos casos é, frequentemente, leve e transitória e, por isso, não requer investigação, sendo a conduta expectante. Os fatores de risco para o desenvolvimento de ESG são: o tamanho do tubo endotraqueal, a duração da intubação, se foi traumática ou não, o número de tentativas, a composição do tubo, além dos fatores predisponentes à inflamação, como o refluxo gastroesofágico e as infecções virais. O manejo do paciente com ESG deve envolver a remoção do fator desencadeante, além de medidas para evitar reintubação, como uso de epinefrina, esteroides, heliox ou pressão positiva nas vias aéreas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 19 anos, 50 kg, ASA II, Mallampati II, com histórico de duas cirurgias prévias para correção de CIA/CIV, além de correção cirúrgica de atresia de esôfago. No pós-operatório desta última, evoluiu com necessidade de TQT por intubação prolongada. Foi admitido no centro cirúrgico para hernioplastia inguinal por videolaparoscopia. A indução foi procedida com fentanil, midazolam, lidocaína, propofol e rocurônio. Houve intubação sob visualização direta, Comark 1, COT número 7,0. Tempo cirúrgico foi de 1 hora e 45 minutos, sem intercorrências. Ocorreu sedoanalgesia com remifentanil e sevoflurano. O despertar foi prolongado, com cerca de 1 hora e 15 minutos após, procedido com reversão do BNM e dose de flumazenil. Paciente apresentava força muscular ao despertar, estava em ar ambiente, acordado, calmo e cooperativo, sendo encaminhado, portanto, à RPA. Poucos instantes após, evoluiu com queda da oximetria e uso de musculatura acessória. Foi administrada dose de naloxona, sem sucesso. A segunda tentativa de IOT foi bastante difícil, com edema de língua e ESG. Em discussão do caso com cirurgião e plantonista da UTI, optou-se por nova TQT. **Discussão:** A tomada de decisão envolve um diálogo conjunto entre profissionais e familiares. Pacientes com histórico de ESG ou relato prévio de situações que possam predispor a alguma dificuldade de acesso à via aérea devem exigir de nós, anestesistas, um cuidado ainda mais rigoroso. Lançar mão de dispositivos de acesso à via aérea difícil é indispensável. Agir em equipe, discutir conduta com outros profissionais e compartilhar responsabilidade com familiares também é algo crucial. A conduta deve ser precisa, buscando sempre os melhores desfechos.

Palavras-chave: Estenose subglótica, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Schweiger C, Eneas LV, Manica D, et al. Accuracy of stridor-based diagnosis of post-intubation subglottic stenosis in pediatric patients. J Pediatr (Rio J). 2020;96(1):39-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.08.004>. PMID:30243644.
2. Schweiger C, Manica D, Pereira DR, et al. Undersedation is a risk factor for the development of subglottic stenosis in intubated children. J Pediatr (Rio J). 2017;93(4):5-351. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.10.006>. PMID:28130966.

574 CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO

HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, EDUARDO DE CASTRO CARDOSO OLIVEIRA, ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A estenose aórtica é considerada grave na presença de um dos seguintes critérios ecocardiográficos: velocidade do jato aórtico acima de 4,0 m/s, gradiente médio acima de 40 mmHg, área da válvula aórtica menor que 1,0 cm² ou índice da área valvar menor que 0,6 cm²/m². Esses valores estão superestimados na gestação por causa da elevação fisiológica de volume sanguíneo, débito cardíaco (DC) e frequência cardíaca (FC), com consequente dissociação entre o exame e a clínica. Assim, faz-se necessário avaliar criteriosamente os parâmetros citados a fim de definir a melhor técnica anestésica e reduzir o risco de colapso cardiovascular. **Relato de caso:** Gestante, 23 anos, ASA III, termo, com diagnóstico de endocardite aguda aos 16 anos, após quadro de insuficiência cardíaca (IC) com acometimento valvar, sendo, à época, realizada correção cirúrgica de comunicação interventricular e troca aórtica por bioprótese. Apresentava pré-natal de risco habitual, apesar de cardiopatia e hipertensão gestacional, e fazia uso de AAS. Foi encaminhada para interrupção da gestação após elevação de níveis pressóricos. Na avaliação pré-anestésica, não apresentava sintomas ou sinais de IC (classe funcional NYHA 1). ECOTT indicou FE de 75%, bioprótese aórtica espessada, gradiente médio transvalvar de 67 mmHg. Foram estabelecidos acessos periféricos calibrosos e monitorização invasiva. Apresentou pré-oxigenação habitual, e houve indução rápida com remifentanil (1 mcg/kg), etomidato (20 mg), cetamina (25 mg), succinilcolina (60 mg) e epinefrina (50 mcg). Ocorreu confirmação de IOT atraumática por capnografia. Manteve-se manutenção balanceada com sevoflurano 1,3% e N2O 70%, PAM mínima tolerada de 90 mmHg. Após o nascimento de RN, fez-se uso de ocitocina em esquema 3-3-3 UI, refratária à terceira dose. Iniciou-se ocitocina em BIC e ergotamina IM, com boa resposta. Paciente foi extubada em sala e transferida à UTI em boas condições clínicas. **Discussão:** Na estenose aórtica grave, o bloqueio de neuroeixo é controverso por causa do risco de colapso circulatório, principalmente por diminuição da pré-carga. Na incapacidade de caracterizar a real condição dessa gestante em razão das alterações multissistêmicas, a anestesia geral determina melhor manejo da repercussão hemodinâmica, buscando manter o DC, a FC e a PAM próximos aos valores pré-cirúrgicos.

Palavras-chave: Obstetrícia, cardiopatia.

REFERÊNCIAS

1. Lewey J, Andrade L, Levine LD. Valvular heart disease in pregnancy. *Cardiol Clin.* 2021;39(1):151-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2020.09.010>. PMID:33222810.
2. Windram JD, Colman JM, Wald RM, Udell JA, Siu SC, Silversides CK. Valvular heart disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(4):507-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.03.009>. PMID:24813453.

575 **COMPLICAÇÃO DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA DISSECÇÃO DE AORTA TORACOABDOMINAL - PARAPLEGIA**

CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, BRUNO OLIVEIRA LEITE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, GUSTAVO TEDDE FILHO, LUCIANNA RIBEIRO E SILVA

CET H. DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A paraplegia é uma complicação da cirurgia de correção da dissecção de aorta toracoabdominal. Cuidados perioperatórios, como drenagem liquórica, hipotermia permissiva e manutenção da pressão arterial elevada pós-operatória, reduzem o risco de paraplegia. O objetivo do trabalho é relatar a técnica anestésica e a complicação apresentada. **Relato de caso:** Homem, 25 anos, 64 kg, 1,72 m e IMC de 21,69 kg/m², diagnosticado com dissecção de aorta toracoabdominal Stanford B e em investigação para síndrome de Marfan. Foi admitido sem déficits neurológicos e submetido à punção lombar única (L3-L4), com agulha Quincke 27G, com administração de morfina 300 mcg e clonidina 45 mcg, seguida de punção lombar única (L4-L5) com agulha de Tuohy 16G com instalação de cateter de peridural intratecal acoplado à DVE. Houve cateterização de artéria radial direita e indução anestésica com fentanil 200 mcg, etomidato 15 mg, lidocaína 80 mg e rocurônio 100 mg. Ocorreu manutenção anestésica balanceada com dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h, sevoflurano CAM 0,5 e propofol TCI durante CEC. Foi administrado ácido tranexâmico, dose de ataque com 1.250 mg e manutenção a 3 mg/kg/h, e metilprednisolona 1.000 mg. Fez-se uso de heparina não fracionada 650 mg. Após abertura do tórax, iniciou-se infusão contínua de papaverina 30 mcg/kg/min, entrada em CEC pelo acesso arterial no tronco braquiocefálico e artéria subclávia esquerda. Houve diminuição da temperatura para 30°C, parada circulatória parcial com perfusão cerebral seletiva por 75 minutos e temperatura corporal de 21°C. Após 30 minutos de parada circulatória, BIS manteve-se isoeletrico por 45 minutos e taxa de supressão cerebral de 79. Ocorreu então reaquecimento e a saída de CEC com dobutamina 5 mcg/kg/min e noradrenalina 0,2 mcg/kg/min. Desligou-se a infusão de papaverina, e o tempo total de CEC foi de 106 minutos. Drenagem intratecal intraoperatória foi de 15 mL em DVE. Apresentou LCR claro. Foi encaminhado à UTI intubado com uso de dobutamina 2,5 mcg/kg/min e noradrenalina 0,2 mcg/kg/min, sendo extubado após 18 horas da admissão em UTI e apresentando paresia em MID, com evolução em 12 horas para paraplegia. Apresentou débito da DVE de 250 mL em 36 horas. Houve retirada do cateter intratecal após 96 horas do procedimento. **Discussão:** A lesão neurológica medular é consequência da duração do pinçamento aórtico. No caso, além das medidas de prevenção já consagradas, foi administrada infusão contínua de papaverina. A síndrome de Marfan pode ser um fator contribuinte para o desfecho em razão das alterações do colágeno.

Palavras-chave: Complicação cirúrgica, dissecção de aorta, paraplegia.

REFERÊNCIAS

1. Svensson LG, Stewart RW, Cosgrove DM 3rd, et al. Intrathecal papaverine for the prevention of paraplegia after operation on the thoracic or thoracoabdominal aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1988 Nov;96(5):823-9. PMID: 3054343.
2. Fedorow CA, Moon MC, Mutch WAC, Grocott HP. Lumbar cerebrospinal fluid drainage for thoracoabdominal aortic surgery: rationale and practical considerations for management. *Anesth Analg.* 2010;111(1):46-58. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181d444d6>. PMID:20522706.

576 RAQUIANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

CYNARA KAROLINA RODRIGUES DA CRUZ, GABRIEL LOURENZATTO SILVEIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LAURA DE LIMA CRIVELLARO

CET H. DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é uma condição neurológica de evolução benigna caracterizada por elevação da pressão intracraniana de etiologia desconhecida. Nesses pacientes, a composição do líquido cefalorraquidiano (LCR) é normal e as lesões cerebrais estão ausentes. Ocorre em pacientes grávidas com aproximadamente a mesma taxa que na população geral. As etiologias propostas sugerem que é causada pelo acúmulo de LCR em razão de um defeito na reabsorção das vilosidades aracnoides. A obesidade pode desempenhar um papel por meio de alterações nos mecanismos de retenção de sódio e água e também pela pressão abdominal que aumenta as pressões de enchimento pleural e cardíaco, retardando o retorno venoso do cérebro, resultando em aumento da pressão venosa intracraniana.

Relato do caso: Paciente de 33 anos, obesa, com hipertensão intracraniana idiopática, em uso de topiramato e acetazolamida, realizando punção de alívio quinzenal. Foi realizada raquianestesia com paciente em DLE com punção subaracnóidea, única, mediana, em L2-L3, com agulha 27G de Whitacre, apresentando-se saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) claro e normotenso. Foi administrada bupivacaína a 0,5% hiperbárica 12,5 mg, além de sufentanil 2,5 mcg e morfina 100 mcg. Paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal com deslocamento manual do útero para a esquerda. Cesariana ocorreu sem intercorrências e com estabilidade dos sinais vitais. **Discussão:** A anestesia neuroaxial é contraindicada em pacientes com hipertensão intracraniana vinculadas a lesões expansivas por causa do risco de herniação uncal, entretanto, naqueles com HII, há um inchaço cerebral uniforme, fato que impede a herniação e permite o uso seguro do bloqueio neuroaxial. A hipotensão associada à raquianestesia reduz o fluxo sanguíneo cerebral, portanto deve-se disponibilizar carga hídrica e drogas vasoativas para minimizar esse risco. A velocidade de injeção deve ser a mais lenta possível. O mascaramento de alterações neurológicas em pacientes com HII pode ocorrer durante uma anestesia geral, além dos demais riscos na gestante. Logo, a anestesia geral deve ser evitada também em razão da laringoscopia, da intubação e da extubação, que podem ser responsáveis por um aumento significativo da pressão intracraniana.

Palavras-chave: Raquianestesia, obstetrícia, hipertensão intracraniana idiopática.

REFERÊNCIAS

1. Karmaniou I, Petropoulos G, Theodoraki K. Management of idiopathic intracranial hypertension in parturients: anesthetic considerations. Can J Anaesth. 2011;58(7):650. doi: 10.1007/s12630-011-9508-4.

577 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE EDWARDS E HEPATOBLASTOMA SUBMETIDO À HEPATECTOMIA PARCIAL: RELATO DE CASO

SARAH LAYS CANDIDO DA SILVA, ANNY SUGISAWA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MARIANA REGATIERI POLEZI

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Edwards (trissomia do 18) é a segunda trissomia autossômica mais comum, com uma incidência de 1/3.000 a 1/10.000 nascimentos, sendo que 90% dos pacientes não sobrevivem após 1 ano de vida. A síndrome está associada a diversas malformações estruturais, e 95% dos pacientes apresentam cardiopatias congênitas. Mais de 50% apresentam malformações craniofaciais, o que os torna candidatos à via aérea difícil¹. **Relato de caso:** Sexo masculino, 1 ano e 1 mês, peso 5.300 g, portador de síndrome de Edwards, cardiopatia congênita (comunicação interventricular, interatrial com shunt esquerda-direita e displasia valvar tricúspide e mitral) e hepatoblastoma. Paciente apresentava história de via aérea difícil (Cormack IV) em cirurgia anterior e foi submetido à hepatectomia parcial à direita sob anestesia geral balanceada e raquianestesia. Houve indução anestésica com 10 mcg de fentanil, 50 mg de propofol e 10 mg de rocurônio e intubação orotraqueal (IOT) com auxílio de videolaringoscópio, utilizado cânula 3,5 e raquianestesia com 5 mg de bupivacaína 0,5% pesada e 25 mcg de morfina, sendo mantido com sevoflurano. Foi puncionada artéria radial direita e acesso venoso central em veia femoral direita, com passagem de sonda vesical de demora e orogástrica, termômetro esofágico e utilização de manta térmica. Foi realizada a transfusão de 70 mL de concentrado de hemácias e fez-se uso de adrenalina a 0,05 mcg/kg/min por breve período, sendo desligada ao término do procedimento. Paciente foi encaminhado à UTI em IOT, hemodinamicamente estável e sem uso de drogas vasoativas (DVA). No 2º dia de pós-operatório (PO) apresentou hipotensão, sendo necessário uso de DVA, insuficiência renal e hepática, evoluindo com choque refratário sem resposta às medidas clínicas e disfunção de múltiplos órgãos. Optou-se pela equipe assistente em conjunto com os pais por limitação de suporte e não realização de mais medidas invasivas, e no 5º de PO paciente evoluiu a óbito. **Discussão:** A anestesia em pacientes portadores da trissomia do 18 é um desafio por causa das particularidades intrínsecas da síndrome e alto risco de complicações, principalmente relacionadas com a dificuldade de ventilação e intubação orotraqueal. Este caso mostra um paciente sabidamente com via aérea difícil, submetido a um procedimento de grande porte, e como a técnica anestésica, o preparo da sala, a separação de materiais apropriados e a monitorização invasiva adequada podem fazer a diferença no intraoperatório e, conseqüentemente, pós-operatório imediato.

Palavras-chave: Anestesia, síndrome de Edwards.

REFERÊNCIAS

1. Birmingham EE, Stucke AG, Diaz CD. Anesthesia for children with complete trisomy 18 (Edwards syndrome): A cohort review of 84 anesthesia encounters in nine patients. *Paediatr Anaesth*. 2021 Apr;31(4):419-428. <http://dx.doi.org/10.1111/pan.14131>.

578 SÍNDROME DE BURNOUT EM ANESTESIOLOGISTAS DO SUDESTE BRASILEIRO

LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, ANTÔNIO DE PÁDUA GANDRA JUNIOR, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Burnout, uma resposta psicológica a estressores do ambiente de trabalho, é associada a desfechos negativos tanto na vida pessoal do anestesiolegista quanto na qualidade e segurança do ato anestésico. O quadro clínico se compõe pela tríade exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e baixa realização profissional (RP). Para o diagnóstico, é necessário apresentar EE e DP altas, acompanhadas de baixa RP. A presença apenas de EE alta e/ou DP alta também é importante do ponto de vista de saúde pública, pois promove impactos negativos na saúde do profissional, além de ser considerada risco para o desenvolvimento da síndrome. **Objetivos:** Conhecer a prevalência da síndrome de Burnout na população de médicos anestesiolegistas do Sudeste brasileiro. **Métodos:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE:31967920.8.0000.5411), aplicado via LimeSurvey após adquiridos direitos de uso do questionário MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) e divulgação do link de pesquisa via redes sociais no período de setembro de 2020 a maio de 2021. Utilizou-se de estatística descritiva. Foi obtido um total de 410 questionários completos. **Resultados:** Dos participantes, 59,5% eram do sexo feminino, e a mediana de idade foi de 39 anos. Quanto ao ambiente, 20,2% trabalhavam em instituição pública, 24,1%, em instituição privada, 55,6%, em instituições tanto de caráter público quanto privado. Do total, 65,4% trabalhavam regularmente aos fins de semana. Em relação à síndrome de Burnout, identificamos uma prevalência de EE alta de 33,65%, DP alta de 13,17% e de baixa RP de 47,31%. A presença simultânea de EE alta, DP alta e RP baixa caracteriza o diagnóstico de síndrome de Burnout em 9,5% da amostra estudada. **Conclusões:** Dado o impacto do Burnout sobre a saúde do profissional, a qualidade do cuidado prestado ao paciente e o desempenho institucional, é necessário promover estudos de estratégias de intervenção relativas a essa realidade no Brasil.

Palavras-chave: Burnout, saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, Zurakowski D, Vinson AE. Burnout rate and risk factors among anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*. 2021;134(5):683-96. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000003722>. PMID:33667293.
2. Govêia CS, Cruz TTMD, Miranda DB, et al. Associação entre síndrome de burnout e ansiedade em residentes e anestesiolegistas do Distrito Federal. *Braz J Anesthesiol*. 2018;68(5):442-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.02.007>. PMID:29599006.

579 IMPACTO PSICOEMOCIONAL DO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS

LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: A pandemia de Covid-19 representou um desafio sem precedentes para a anestesiologia no Brasil. Profissionais solicitados para atuar na linha de frente em todo o país, recursos materiais e humanos limitados, altas taxas de infecção entre anestesiolegistas e outros desafios atuaram como fatores de sobrecarga psicológica cujos impactos ainda estão sendo gradualmente compreendidos. Uma forma de avaliar a sobrecarga psicoemocional do anestesiolegista pode ser por meio da avaliação da exaustão emocional (EE), a apresentação clínica mais expressiva da síndrome de Burnout. Esta se caracteriza por ser uma resposta psicoemocional desencadeada por meio do desbalanço entre redução de recursos e/ou aumento das demandas no trabalho, promovendo um estado de estresse alto e sustentado, como resposta inconsciente à desestabilização dos sistemas de compensação psicológica que naturalmente ocorrem no exercício profissional. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de médicos anestesiolegistas brasileiros que manejaram vias aéreas de pacientes com síndrome respiratória aguda grave com ou sem diagnóstico confirmado de Covid-19 durante a pandemia e o potencial impacto sobre a EE dos profissionais. **Métodos:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE:31967920.8.0000.5411). Após aquisição do direito de uso do questionário MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey), os dados foram coletados via LimeSurvey de setembro de 2020 a maio de 2021. Análise foi realizada por estatística descritiva e regressão múltipla de Cox. Foi obtido um total de 973 questionários. **Resultados:** 78% dos anestesiolegistas precisaram manejar as vias aéreas de pacientes com síndrome respiratória aguda grave, confirmado ou suspeito de Covid-19. Do total da amostra, a prevalência de EE em nível alto foi de 27,5%. Houve associação entre EE alta e manejo das vias aéreas do paciente com síndrome respiratória aguda grave (RP 1,52; 95% IC 1,06 a 2,18; $p < 0,022$). **Conclusões:** A maioria dos anestesiolegistas no Brasil esteve envolvida no manejo das vias aéreas de pacientes com Covid-19 confirmada ou suspeita durante a pandemia. Este fato se correlacionou positivamente com escores altos de EE nesta população. Dados os impactos negativos da EE alta sobre a saúde, recomenda-se que as organizações promovam avaliações periódicas desse parâmetro e incorporem práticas de suporte emocional aos profissionais como parte de sua política institucional.

Palavras-chave: Covid-19, saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

- Schmidt AP, Módolo NSP, de Amorim CG, et al. Two years of the COVID-19 pandemic: an anesthesiology perspective. *Braz J Anesthesiol.* 2022;72(2):165-8. PMID:35189166.
- Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 2017;22(3):273-85. <http://dx.doi.org/10.1037/ocp0000056>. PMID:27732008.

580 PREVALÊNCIA DE EXAUSTÃO EMOCIONAL ALTA EM ANESTESIOLOGISTAS BRASILEIROS

LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Burnout, problema atual em saúde pública, afeta anestesiológicos de forma significativa. Manifesta-se tipicamente no trabalho, ao contrário de outras condições, em que o comportamento é psicologicamente disfuncional independentemente do ambiente. O quadro clínico da síndrome é composto por uma tríade: exaustão emocional (EE), despersonalização e baixa realização profissional. A EE compreende uma resposta psicológica que promove uma sensação de desgaste mental, emocional e físico, muitas vezes traduzida por "falta de energia" persistente no ambiente que funciona como gatilho psicológico. Esta apresentação é a característica clínica mais típica e a mais comumente notada. Sua presença em nível alto é um fator de risco para se desenvolver plenamente a síndrome e, por isso, deve ser monitorada em populações suscetíveis como medida de saúde pública. A prevalência de EE alta varia amplamente na literatura. As possíveis causas para isso potencialmente se relacionam a diferenças culturais do ambiente de trabalho. Dois estudos brasileiros prévios com pequenas amostras no Distrito Federal e em Recife levantaram a importância de estudar essa realidade no âmbito da anestesiologia no Brasil. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de EE alta em diferentes populações de anestesiológicos brasileiros. **Métodos:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE:31967920.8.0000.5411) e aplicado via LimeSurvey, após adquiridos direitos de uso do questionário MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) e divulgação do link de pesquisa via redes sociais no período de setembro de 2020 a maio de 2021. Foi utilizada estatística descritiva para análise dos resultados. **Resultados:** Foram obtidas 158 respostas na região Sul, 410 no Sudeste, 117 no Centro-Oeste, 37 no Norte e 251 no Nordeste. Em termos percentuais, a EE alta foi detectada em 37% dos anestesiológicos da região Sul, em 33,65% do Sudeste, 31,62% do Centro-Oeste, 31,62% do Norte e em 19,12% do Nordeste. **Conclusões:** A EE alta pode sofrer grande variabilidade entre profissionais de mesma nacionalidade. A amostra da região Nordeste apresentou escores percentuais de EE alta em níveis abaixo da média nacional. É preciso identificar mais claramente os gatilhos da EE alta em anestesiológicos no Brasil a fim de delinear novas estratégias de intervenção para este problema de saúde ocupacional que sejam adequadas às diversas regiões brasileiras.

Palavras-chave: Saúde ocupacional, Burnout.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães E, Oliveira ACMS, Gouvêia CS, Ladeira LCA, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalência de síndrome de burnout entre os anestesiológicos do Distrito Federal. Braz J Anesthesiol. 2015;65(2):104-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2013.07.016>.
2. Govêia CS, Cruz TTMD, Miranda DB, et al. Associação entre síndrome de burnout e ansiedade em residentes e anestesiológicos do Distrito Federal. Braz J Anesthesiol. 2018;68(5):442-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.02.007>. PMID:29599006.

581 DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS NO SUDESTE BRASILEIRO

LUCIANA FREIRE DE OLIVEIRA, ANTÔNIO DE PÁDUA GANDRA JUNIOR, HÉLIO RUBENS DE CARVALHO NUNES, NORMA SUELI PINHEIRO MÓDOLO

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: O ambiente profissional do anestesiológico é dinâmico e estressante. O produto da interação de múltiplos fatores nele presentes pode resultar em fonte de equilíbrio ou de estresse adicional durante os cuidados com pacientes no exercício da profissão. Níveis elevados de estresse podem desencadear diversos problemas relativos à saúde ocupacional. Conhecer os desafios referentes ao exercício da anestesia pode aprimorar a capacidade institucional de prover cuidados aos pacientes com maior segurança.

Objetivos: Mapear desafios enfrentados por médicos anestesiológicos do Sudeste brasileiro em ambiente profissional. **Métodos:** Estudo transversal aprovado por Comitê de Ética (CAAE:31967920.8.0000.5411).

Após, um questionário sobre dificuldades relativas ao exercício profissional foi enviado via LimeSurvey, por meio de redes sociais, de setembro de 2020 a maio de 2021. Utilizou-se de estatística descritiva.

Resultados: Dos participantes, 59,5% eram do sexo feminino, e a mediana de idade foi de 39 anos. Do total, 20,2% trabalhavam em instituição pública, 24,1%, em instituição privada, e 55,6%, em instituições de ambos os tipos. Dificuldades com equipamentos de monitorização ocorreram para 25,3%, e a obtenção de medicamentos era uma realidade para 19,5%. Além disso, 21,7% raramente ou nunca conseguiam um substituto em caso de necessidade e 59,3% já precisaram trabalhar doentes por falta de substituto disponível. Quanto à produtividade, 22,9% sentiam-se pressionados a cuidar de mais de um paciente ao mesmo tempo e 41,9% se sentiam pressionados a começar um novo ato anestésico enquanto transferiam pacientes para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Não havia anestesiológico exclusivo para SRPA onde 78% trabalhavam. Para 30%, havia um desgaste frequente ou sempre nas relações interpessoais; 34,6% reportaram um conflito de valores entre o modo como gostariam de trabalhar e o que a instituição permitia; e 56,5% raramente ou nunca tinham acesso a participar de decisões que afetavam seu ambiente de trabalho. Não havia estímulo de fomento à educação continuada onde 57,8% trabalhavam e 92% já vivenciaram algum evento adverso em anestesia. Ainda, 77,6% não contavam com suporte jurídico e psicológico nem orientação médica disponível onde trabalhavam. Além disso, 74,1% não tinham treinamento em comunicação de más notícias. **Conclusões:** São diversos os desafios encontrados, porém seu conhecimento representa oportunidades de melhoria do ambiente do anestesiológico no Sudeste brasileiro.

Palavras-chave: Saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician Wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0). PMID:19914516.
2. Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician Well-being. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1826-32. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340>. PMID:28973070.

582 CRIONEURÓLISE EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOR REGIONAL COMPLEXA

ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO

CET SIANEST/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS – CEPON - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FLORIANÓPOLIS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A crioablação ou crioneurólise, apesar de ser uma técnica antiga, ganhou espaço nos últimos anos por causa, principalmente, de novas tecnologias, uso do ultrassom e radioscopia, que permitem a realização de procedimentos sob visualização direta e com muito mais segurança¹. A crioablação pode ser utilizada para uma ampla gama de desordens, desde quadros de dor crônica e aguda até ejaculação precoce refratária¹. A lesão neuronal, quando ocorre próximo ao corpo celular, pode levar à morte celular, porém, quando ocorre distal ao corpo celular, leva ao fenômeno de degeneração walleriana, em que a lesão leva à criação de um microambiente com aumento de fatores proliferativos, vasodilatação local e revascularização do nervo, causando a sua regeneração². **Relato de caso:** Paciente R.A.F., 60 anos, submetida previamente a três cirurgias no pé esquerdo há 14 anos em razão de lesão tendínea, evoluindo com quadro de síndrome de dor regional complexa tipo 2. Em exames de imagem, a paciente apresentou lesões lombares degenerativas difusas, como anterolistese, osteófitos, compressão radicular, estenose de canal vertebral, além de lesões degenerativas de tornozelo, pé direito e esquerdo e alterações do nervo tibial direito. Para tanto, durante anos realizou tratamento com múltiplas medicações, como metadona, codeína, pregabalina, duloxetine; realizou bloqueio simpático endovenoso, além de bloqueios analgésicos, como ciático poplíteo e peridural caudal; fez também implante de um neuroestimulador lombar na tentativa de controle algíco. Apesar dos tratamentos realizados, a paciente persistia com quadro algíco sem melhora no longo prazo. No momento, paciente mantém uso de metadona 5 mg a cada 8 horas e carbamazepina 200 mg a cada 12 horas. Propôs-se a realização do tratamento com crioablação facetária de coluna lombar. Foram realizadas duas sessões em L3-L4, L4-L5 e L5-S1, com três ciclos de 90 segundos com defrost de 10 segundos bilateralmente, além de um ciclo de 90 segundos em nervo tibial posterior e um ciclo de 90 segundos em fibular comum, com remissão do quadro por 45 dias após a primeira sessão. Desde a segunda sessão, realizada em novembro de 2022, paciente permanece em remissão total do quadro algíco até o presente momento.

Palavras-chave: Crioneurólise, dor, síndrome complexa dolorosa.

REFERÊNCIAS

1. Bittman R, Peters G, Newsome J, et al. Percutaneous image-guided cryoneurolysis. *AJR Am J Roentgenol.* 2018;210(2):454-65. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.17.18452>. PMID:29220211.
2. Caillaud M, Richard L, Vallat JM, Desmoulière A, Billet F. Peripheral nerve regeneration and intraneural revascularization. *Neural Regen Res.* 2019;14(1):24-33. <http://dx.doi.org/10.4103/1673-5374.243699>. PMID:30531065.

584 ANESTESIA PEDIÁTRICA PARA REALIZAÇÃO DE ADENOAMIGDALECTOMIA (AA) EM PACIENTE COM COVID NÃO DIAGNOSTICADA PREVIAMENTE: RELATO DE CASO

MARCELA DA SILVA KAZITANI CUNHA, HIGOR LOCATTE BARBATO, NATHANE ALVES MARTINS, TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES, WESLEY SANTOS SILVA

CET S.A. STA. CASA MISER. MARÍLIA - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, MARÍLIA, SP, BRASIL

Introdução: Após o ano de 2020, houve adesão de protocolos de teste de Covid-19 para admissão de pacientes em cirurgias eletivas, contudo, com o advento da vacina e a diminuição dos casos graves da doença, os protocolos acabaram perdendo força e se extinguindo. Relatamos um caso de complicação anestésica desencadeada pela infecção por Covid-19 não diagnosticada na APA de AA. **Relato de caso:** M.F.A.F., 1 ano e 10 meses, 13 kg, em preparo para realização de AA. Na SO, encontrava-se sonolenta e com uma leve coriza. Foi realizada N2O mais sevoflurano 4% para venóclise, além de indução com atropina 0,125 mg, fentanil 20 mcg, propofol 120 mg e lidocaína 10 mg. A IOT não apresentou intercorrências e houve manutenção anestésica com sevoflurano 2,8%. Fez-se a administração de dipirona 400 mg, dexametasona 2 mg, ondansetrona 3 mg e tramadol 20 mg. Ao fim, foram suspensos os anestésicos e repicados 5 mg de lidocaína e 0,125 mg de atropina. Paciente apresentava ventilação espontânea e, ao acordar, foi extubada. Apresentou tosse persistente e evolução com laringo e broncoespasmo, com três tentativas de resgate com o uso de propofol e VPP, adrenalina EV e salbutamol inalatório. Contudo, sem melhora do quadro, optou-se pela reintubação da paciente para manutenção da permeabilidade das vias aéreas e ventilação adequada. Foi encaminhada para UTI pediátrica. Após admissão em UTI, mãe mencionou que a paciente apresentava tosse há cinco dias após contato com avó que estava "resfriada". Paciente permaneceu em UTI, com solicitação de teste de Covid-19 e culturas, e, ao final do dia, foi extubada sem intercorrências. Foi encaminhada para leito de enfermaria no dia seguinte, recebendo alta no terceiro dia de internação. Paciente foi positivo para Covid-19. **Discussão:** Cirurgias pediátricas otorrinolaringológicas são muito comuns, normalmente em pacientes ASA I, em hospitais não especializados em atendimento pediátrico, por se tratar de cirurgias de pequeno porte. Atualmente, a Covid-19 é uma entre as várias infecções que acometem a faixa pediátrica, além de rinovírus, vírus sincicial respiratório e influenza. Os atuais protocolos de anestesia pediátrica indicam condutas a serem tomadas nos casos de infecção, como o adiamento de 4 a 6 semanas em casos em que o paciente apresentar algum dos seguintes sintomas: temperatura > 38°C, tosse produtiva, coriza purulenta e queda do estado geral. Nosso relato demonstra uma complicação anestésica que poderia ter sido evitada com o teste de Covid-19 antes da cirurgia ou em caso da não omissão de informação por parte dos familiares.

Palavras-chave: Anestesia pediátrica, covid-19, complicações em anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Neville MFL, Vanzillotta PP, Quintão VC. Anestesiologia pediátrica e o paradoxo da COVID-19: opinião do Comitê de Anestesia em Pediatria da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Braz J Anesthesiol. 2020;70(2):187-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2020.04.025>.
2. Vanzillotta PP, Malavazzi MM. Anestesia em pediatria. In: Manica J. Anestesiologia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 1065-6.

585 EMBOLIA POR LÍQUIDO AMNIÓTICO: UM RELATO DE CASO

LUCAS SILVA CAMPOS, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, FABRÍCIO PAULO ROSSATI, MARIA CAMPOS PIRES, VIVIANE DINIZ DE RESENDE

CET SERV. ANEST. H. FELÍCIO ROCHO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A embolia por líquido amniótico (ELA) é uma condição rara, multifatorial e, muitas vezes, fatal. Sua fisiopatologia envolve a entrada de líquido amniótico na circulação materna, desencadeando fenômenos imunológicos com ativação do sistema de complemento. O reconhecimento imediato é a principal chave para o prognóstico. **Relato de caso:** Gestante, 37 anos, com 36 semanas de gestação, sem comorbidades prévias, com alterações ultrassonográficas durante o pré-natal: feto apresentando acrania, pé torto congênito, dilatação ventricular e hipoplasia cerebelar. Foi realizado bloqueio subaracnóideo (12,5 mg de bupivacaína pesada + 0,1 mg morfina), punção mediana entre L3-L4, tentativa única com agulha Quincke 27. Foi submetida à cesariana de emergência por sofrimento fetal e, após o nascimento, a mãe evoluiu com náusea, dispneia e bradicardia, seguidas de hipotensão arterial, hipóxia e hemorragia de difícil controle. Optou-se por realizar intubação endotraqueal sob sequência rápida. Houve monitorização invasiva com PIA em radial direita e acesso venoso central em jugular interna direita. A paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, necessitando de vasopressores e inotrópico em infusão contínua. Fez-se administração de ocitocina, metilergometrina, misoprostol retal, ácido tranexâmico e tentativa com técnica de B-Lynch para conter hemorragia. Gasometria arterial evidenciou pH de 7,053, HCO₃ de 6,6 mEq/L, BE de 21,4 mmol/L, Hb de 6,4 g/dL, Htc de 13%, Lact de 16,4 mmol/L, PaO₂ de 49 mmHg e PaCO₂ de 60 mmHg. Fez-se hemotransfusão maciça e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. Paciente foi submetida à cirurgia de controle de danos, balão intrauterino, abdome aberto com tela de Bogotá e encaminhada ao CTI instável. Foi submetida à histerectomia na unidade intensiva, evoluindo com parada cardiorrespiratória duas horas após o fim do procedimento. **Discussão:** A resposta imunoinflamatória desencadeada pela ELA resulta em descompensação hemodinâmica grave, apresentando-se com colapso cardiovascular agudo súbito, alteração do estado mental, transtornos de coagulação e falência respiratória. O diagnóstico é fundamentado na clínica e exclusão de outras causas, e a terapêutica é de suporte hemodinâmico, administração de uterotônicos e intervenções cirúrgicas que visem ao controle da hemorragia. Por se tratar de uma condição rara, inevitável e imprevisível, a rápida identificação do quadro é de extrema importância.

Palavras-chave: Líquido amniótico, embolia.

REFERÊNCIAS

1. Chaves WBR, Marx PHS, Ribeiro FP Jr et al. Medidas de suporte na síndrome da gravidez anafilactóide. Braz J Surg Clin Res. 2021;34(2):49-61.
2. Leão BCC, Silva YP. Embolia por líquido amniótico. Revista Médica de Minas Gerais. 2009;19(3, Supl 1): S59-69.

586 ANESTESIA PARA PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RETT: RELATO DE CASO

PAMELA VIDA MENDES, ALICE FURLAN DE ALMEIDA PRADO, JOSÉ MAURICIO PEREIRA ASSEF, RAFAEL SILVA LEAL, TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES

CET S.A. STA. CASA MISER. MARÍLIA - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA, MARÍLIA, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Rett é um distúrbio neurológico progressivo caracterizado por microcefalia, demência grave, autismo, movimentos despropositados e ataxias espasmódicas. A herança é dominante ligada ao X e afeta 1 a cada 10.000 do sexo feminino. Aqui, descrevemos o manejo de uma criança com síndrome de Rett, submetida à craniotomia descompressiva e drenagem de empiema cerebral em razão de complicação de uma pansinusite. **Relato de caso:** A.G.S.F., 7 anos, portadora de síndrome de Rett, traço falciforme e epilepsia, em uso contínuo de oxcarbamazepina 5 mL, topiramato 25 mg e clobazam 10 mg. Foi recebida em SO com DVA (adrenalina 0,1 mcg/kg/min) e em ventilação mecânica, com FC de 110 bpm, FR de 24, PA de 60x45, descorada 2+/4, desidratada 2+/4. Fez-se uso de 0,2 mg de atropina, 2,5 mg de cisatracúrio e manutenção com sevoflurano 2,5 (1 CAM) associado a remifentanil 0,05 mcg/kg/min. Cirurgia apresentou complicações, com hemorragia (234 mL), hipotensão, tratada com 2CH (268 mL), e expansão volêmica de 30 mL/kg em 20 minutos e de 20 mL/kg em 90 minutos. Paciente seguiu estável após o tratamento até o final do procedimento. Apresentou débito urinário > 1 mL/kg/h, e os exames laboratoriais indicaram lactato de 11,9 mg/dl, pH de 7,27, Pco2 de 43,7, HCO3 de 19,5, SatO2 de 99%, GJ de 239, Hb de 7,7. Ao fim, foi levada à UTI neonatal sob ventilação mecânica e seguiu sob cuidados intensivos. **Discussão:** Durante o manejo anestésico de paciente com síndrome de Rett, devemos estar preparados para potenciais complicações, como falta de cooperação, alterações cardiorrespiratórias e neuromusculares. Crises convulsivas são uma condição frequente com potencial de complicação do procedimento. A avaliação pré-anestésica é de suma importância para investigar afecções prévias, bem como prever uma possível via aérea difícil. Esses pacientes apresentam maior propensão para o desenvolvimento de intervalo QT longo, sugerido como fator etiológico de morte súbita. Drogas como succinilcolina e anestésicos voláteis (sevoflurano) devem ser usadas com cautela, reduzindo o risco de disritmias. Neste caso, optou-se pela utilização de agentes de ação curta, como o remifentanil e o sevoflurano. Portanto, o exame pré-operatório, a avaliação do comprometimento do órgão-alvo e o monitoramento pós-operatório são obrigatórios para o cuidado de pacientes com síndrome de Rett.

Palavras-chave: Anestesia pediátrica, complicações em anestesia, síndrome de Rett.

REFERÊNCIAS

1. Kako H, Martin DP, Cartabuke R, Beebe A, Klamar J, Tobias JD. Perioperative management of a patient with Rett syndrome. *Int J Clin Exp Med.* 2013;6(5):393-403. PMID:23724160.
2. Pérez-Moreno JC, NÁJERA-LOSADA DC, DOMÍNGUEZ-PÉREZ F. Manejo anestésico de un paciente con síndrome de Rett y fractura distal de húmero: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Anest.* 2014;42:57-9.. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.09.011>.

587 ANESTESIA COM BLOQUEIO DE NEUROEIXO PARA PARTO CESÁRIO EM PACIENTE COM ACONDROPLASIA

ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO

CET SIANEST/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS – CEPON - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FLORIANÓPOLIS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: Acondroplasia, forma mais comum de nanismo, é uma doença genética com herança autossômica dominante, mais comum em mulheres, com incidência de 1,5 a cada 10.000 nascimentos. Caracterizada por retardo na formação endocondral, possui potenciais fatores de complicação anestésica: epiglote anteriorizada, lordose lombar, escoliose, estenose do canal espinhal, macrocefalia com estreitamento do forame magno e canal medular, alterações respiratórias, refluxo gastroesofágico e obesidade. **Relato de caso:** G.J.A., 22 anos, G1P0C0A0, com idade gestacional de 37 semanas e 1 dia. Paciente portadora de nanismo, estado físico ASA II, altura de 110 cm, peso de 39 kg, sem histórico cirúrgico prévio, com preditores de via aérea difícil: classificação de Mallampati IV, distância tireomentoniana < 6 cm, pouca mobilidade cervical, macroglossia e retrognatismo. Paciente monitorizada com cardioscopia, pressão arterial não invasiva com medição a cada 3 minutos de intervalo, oximetria de pulso. Foi realizada venóclise em membro superior direito com abocath jelco 18G. Foi feita a raquianestesia com paciente sentada, com múltiplas tentativas por dificuldade anatômica, difícil palpação com escoliose acentuada e espaço intervertebral reduzido. O sucesso foi obtido pela abordagem de Taylor com punção paramediana no espaço L5-S1 com agulha de punção tipo Quincke 25G. Foram feitos 9 mg de bupivacaína 0,5% com glicose 8% e 40 mcg de morfina com injeção lenta, mantida após anestesia em decúbito horizontal 180° com bloqueio atingindo nível de dermatomo correspondente a T5. Paciente evoluiu com hipotensão leve, sendo controlada com doses tituladas de metaraminol 0,25 mg, sendo dose total de 1,5 mg. Cesariana ocorreu sem intercorrências obstétricas, e o feto nasceu hipotônico com necessidade de oxigenoterapia por CPAP e encaminhamento à UTI neonatal, com alta após dois dias. Paciente apresentou retorno da movimentação de membros inferiores em cerca de 120 minutos após anestesia, já em sala de recuperação anestésica e obteve alta hospitalar em 48 horas pós-parto. **Discussão:** Pacientes portadoras de acondroplasia possuem anormalidades musculoesqueléticas, como descrição de pelve pequena e maior risco de evolução de desproporção cefalopélvica em trabalho de parto. Apesar da dificuldade técnica por alterações anatômicas, nosso caso relata um bloqueio subaracnóideo de sucesso em gestante portadora de nanismo.

Palavras-chave: Acondroplasia, parto cesáreo, nanismo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. Anestesia e doenças incomuns coexistentes. Rio de Janeiro: SBA; 2017. p. 19.
2. Motiaa Y, El Otmani W, Ouassou Z, et al. Anesthetic management for emergency cesarean delivery in parturient with achondroplasia – a case report and review of the literature. J Obstet Anaesth Crit Care. 2020;10(1):54. http://dx.doi.org/10.4103/joacc.JOACC_18_19.

588 NEURÓLISE QUÍMICA COM USO DE FENOL PARA CONTROLE DA DOR NO MEMBRO FANTASMA

ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO

CET SIANEST/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS – CEPON - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FLORIANÓPOLIS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A neurólise química no tratamento da dor oncológica é uma técnica relativamente antiga, porém importante em casos refratários, sendo uma opção de menor custo diante de outros métodos, como radiofrequência. Uma revisão recente de 40 anos de literatura revelou que 64% dos pacientes com câncer avançado ou metastático relatam dor e que 1/3 sente dor mesmo após completar o tratamento curativo. **Relato de caso:** Paciente masculino, 58 anos, diagnosticado com osteossarcoma de alto grau no segmento após uma fratura patológica de úmero proximal esquerdo há quatro anos. Optou-se pela terapia curativa de amputação e desarticulação do membro, e o paciente evoluiu no pós-operatório com quadro de dor de característica em queimação, formigamento, sensação que irradiava até a "ponta dos dedos" do membro amputado previamente. Realizou-se a tentativa de controle medicamentoso da dor em membro fantasma inicialmente com medicações antidepressivas e anticonvulsivantes, seguidas de analgésicos tópicos e orais, entre os quais o paciente estava em uso de pregabalina 150 mg a cada 12 horas associado à metadona 10 mg a cada 8 horas, dipirona 1 g a cada 6 horas e resgate com morfina 10 mg, necessitando de duas a três doses diárias. Paciente foi submetido a bloqueio de gânglio estrelado com ropivacaína 0,5% 10 mL, não obtendo melhora significativa. Foi realizada nova tentativa de bloqueio de plexo braquial supraclavicular associado a nervo supraescapular com ropivacaína 0,5% 12 mL e 8 mL, respectivamente, obtendo uma melhora expressiva dos sintomas álgicos, não necessitando de resgates com morfina na vigência dos efeitos analgésicos do bloqueio. Optou-se então por realizar neurólise química com fenol glicerinado 10 mL a 3% em plexo braquial via supraclavicular à esquerda em associação à neurólise do nervo supraescapular com 8 mL de fenol a 3%, todos os procedimentos guiados por ultrassom. Paciente reavaliado após 30 dias com remissão de 80% dos sintomas álgicos, da alodinia e queimação, não necessitando de morfina de resgate, iniciando redução das doses de metadona de uso contínuo. **Conclusão:** Nosso caso obteve resposta analgésica significativa, porém é necessário mais tempo para avaliar a duração do alívio sintomático, sendo que o fenol provoca degeneração walleriana e não é uma neurólise definitiva.

Palavras-chave: Neurólise, dor crônica, dor oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Hanyu-Deutmeyer AA, Cascella M, Varacallo M. Phantom Limb Pain. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. PMID: 28846343.
2. D'Souza RS, Hooten WM. Neurolytic blocks. In: StatPearls. Decision making in pain management. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021. p. 132-4. [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537360/#_NBK537360_pubdet_

589 PERFURAÇÃO ESOFÁGICA APÓS INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: UM RELATO DE CASO

MARCELO TSUYOSHI YAMANE, ADEMÉRI DE MATTOS LEÃO, ALFREDO ANTONIO MAKOUL GASPERIN, GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA, MARISA PIZZICHINI

HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A perfuração esofágica é uma lesão grave com risco de morte que pode ocorrer durante a intubação. O diagnóstico precoce é vital para o sucesso do tratamento e requer alto índice de suspeita. Apresenta-se aqui um relato de caso de perfuração esofágica tratada em um hospital. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, com classificação ASA II. Foi submetida à cirurgia de blefaroplastia e ritidoplastia. Foi empregada anestesia geral, com realização de intubação orotraqueal (IOT). Relatou-se que a IOT foi de difícil realização por causa de uma estenose de traqueia. No intraoperatório, a paciente desenvolveu enfisema subcutâneo. Após a cirurgia, foi encaminhada para recuperação e recebeu alta no dia seguinte. No terceiro dia de pós-operatório, queixou-se de dor torácica, dispneia, tosse e odinofagia. Procurou pronto-atendimento onde se constataram taquipneia e dessaturação. Foi realizada radiografia de tórax que demonstrou presença de pneumotórax e pneumomediastino. Foi encaminhada à UTI, onde foi realizada drenagem de tórax. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que revelou perfuração esofágica e fístula esofagomediastinal. Foi realizada decorticação pulmonar e colocou-se dreno esofágico. Paciente evoluiu favoravelmente, recebendo alta após 45 dias. **Discussão:** Nos adultos, a perfuração do esôfago durante a tentativa de IOT é uma complicação rara. Em um estudo publicado em 1992, 52 rupturas esofágicas foram identificadas em 15 anos. As causas iatrogênicas foram responsáveis por 52% das lesões. As causas mais comuns de perfuração iatrogênica foram EDA, dilatação esofágica e cirurgia abdominal. Apenas três casos foram causados por IOT. Os principais fatores relacionados foram a experiência do operador, a dificuldade de IOT e o uso de estilete rígido. Os sintomas incluem dor no pescoço, ombro, tórax ou costas e dispneia. O principal sinal é o enfisema subcutâneo. Febre, sepse e choque estão relacionados ao diagnóstico tardio da lesão. Exames de imagem incluem radiografia de tórax, que mostra enfisema subcutâneo, pneumotórax, derrame pleural e pneumomediastino. Ferramentas diagnósticas adicionais incluem contraste solúvel em água e EDA. O tratamento inclui medidas clínicas (antibióticos, NPT) e cirurgia (reparo primário, drenagem e esofagectomia). **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que um alto índice de suspeita é necessário para o diagnóstico precoce da perfuração esofágica. Quando a possibilidade dessa lesão não pode ser excluída, uma EDA ou radiografia deve ser realizada.

Palavras-chave: Perfuração esofágica, intubação orotraqueal, complicações em anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Agha RA, Borrelli MR, Farwana R, et al. The SCARE 2018 statement: Updating consensus Surgical Case Report (SCARE) guidelines. *Int J Surg.* 2018;60:132-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijso.2018.10.028>. PMID:30342279.
2. White RK, Morris DM. Diagnosis and management of esophageal perforation. *Am Surg.* 1992;58(2):112-9. PMID:1550302.
3. Bozdogan N, Sener M, Yavuz H, Yilmazer C, Turkoz A, Arslan G. Retropharyngeal submucosal dissection due to nasotracheal intubation. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2008;4(3):179-81. PMID:18949966.

590 CONTROLE DA DOR COM BLOQUEIO REGIONAL COM CATETER EM CANAL ADUTOR PARA PACIENTE PORTADOR DE TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, FABIO LUIS FERRARI REGATIERI, ISABELA SOARES RIBEIRO PATRIOTA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A tromboangeíte obliterante (TO) ou doença de Buerger é uma vasculite de pequeno e médio calibre, de causa desconhecida, relacionada ao tabagismo e mais comum em homens em torno de 35 anos. Essa doença se manifesta com isquemia de extremidades e dor intensa, mesmo em repouso. **Relato de caso:** Paciente E.A.M., masculino, 34 anos, sem comorbidades prévias ou uso de medicações, tabagista, com diagnóstico de TO, evoluiu com oclusão aguda de artéria fibular esquerda e necrose de pododáctilos, tendo sido submetido a diversas amputações e revascularizações de membro inferior esquerdo. Foi solicitado o acompanhamento do grupo da dor, sendo realizado o bloqueio safeno de canal adutor com ropivacaína a 0,5% e passagem de cateter. O paciente evoluiu sem dor após esse procedimento até a alta hospitalar, conseguindo dormir e se alimentar, sendo posteriormente administrada a ropivacaína 0,5% 20 mL uma vez ao dia. **Discussão:** O controle da dor em paciente com TO nem sempre é efetivo com medicações via oral, sendo o bloqueio de nervo periférico com passagem de cateter uma excelente alternativa para o controle da dor e melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Dor, bloqueio regional com cateter, tromboangeíte obliterante.

REFERÊNCIAS

1. Tinoco PCA, Silvestre PH, Siqueira CS. Tromboangeíte obliterante: diagnóstico, manejo e tratamento. RBAC. 2016;48(4):307-10.

592 MANEJO ANESTÉSICO PARA ARTRODESE DE COLUNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR APÓS TRAUMA RAQUIMEDULAR

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, ISABELA SOARES RIBEIRO PATRIOTA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MARTINHO PEREIRA RIBEIRO NETO

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A abordagem do trauma raquimedular (TRM) requer destreza do anestesiológico por causa da criticidade dessa condição, da ocorrência de outros ferimentos concomitantes e do risco de lesões medulares adicionais, especialmente durante a intubação orotraqueal e a mobilização do paciente. **Relato de caso:** Paciente de 32 anos, sexo feminino, tabagista, etilista e usuária de drogas ilícitas, sem comorbidades ou alergias, deu entrada no serviço com paraplegia vítima de atropelamento por carro, apresentando TRM entre L1-L2. Nos exames de imagem, foi evidenciada secção completa de L2, porém sem lesões de grandes vasos associadas, e, diante do quadro, foi programada artrodese toracolombar posterior uma semana após o evento para a recuperação e mobilização da paciente, e esta permaneceu consciente e estável hemodinamicamente sem necessidade de uso de drogas vasoativas até o procedimento cirúrgico. Ao dar entrada em centro cirúrgico, paciente já apresentava cateter venoso central em veia jugular interna direita. A indução anestésica foi iniciada com dexmedetomidina a 1,0 mcg/kg durante 10 minutos, seguido por dose de manutenção a 0,5 mcg/kg/h. A seguir, foram administrados 200 mcg de fentanil, 160 mg de propofol e 60 mg de cisatracúrio. Foi realizada intubação orotraqueal com tubo orotraqueal 7,5 simples com cuff por laringoscopia direta. Após intubação, foi realizada movimentação em bloco da paciente para mesa cirúrgica. A manutenção ocorreu por anestesia venosa com remifentanil a 0,05 mcg/kg/min e isoflurano a 1%. O procedimento durou cerca de 6 horas, sem intercorrências e sem necessidade de drogas vasoativas. Ao término da cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTI. **Discussão:** O primeiro desafio para o anestesiológico no manejo anestésico do TRM se dá na intubação orotraqueal (IOT) na vigência de trauma cervical, que requer máxima imobilização pela possibilidade de lesão. Após descartado esse risco, deve-se atentar para a ocorrência de desnervação somática e adrenérgica no sistema nervoso autônomo por causa do risco do desenvolvimento de disreflexia autonômica e de choque neurogênico. Essas condições tornam esses pacientes de alto risco cardiovascular pela ação parassimpática sem oposição por causa da perda da função adrenérgica. Portanto, o planejamento anestésico deve priorizar a estabilidade hemodinâmica e a proteção da coluna durante a mobilização em bloco do paciente para que o ato anestésico ocorra sem intercorrências, assim como neste caso descrito.

Palavras-chave: Trauma raquimedular, anestesia em neurotrauma.

REFERÊNCIAS

1. Saraiva RA, Piva L Jr, Paz AC Jr, Pacheco MAR. As bases fisiopatológicas para a anestesia no paciente com lesão medular. Rev Bras Anesthesiol. 1995;45(6):387-98.

593 SÍNDROME DO PÉ CAÍDO APÓS ANESTESIA PARA CESÁREA: RELATO DE CASO

BRUNO FERREIRA GIMENES, FERNANDA MACHADO OLIVEIRA, MATEUS OLIVEIRA DAMASCENO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome do pé caído é uma afecção neuromuscular descrita por dificuldade de dorsiflexão do pé. Está associada, no âmbito da anestesiologia, com possível lesão do nervo fibular comum ou do sistema nervoso central. Estudos demonstram incidência de 35 casos a cada 10.000 raquianestésias. **Relato de caso:** Gestante, 37 anos, G3P2A0, idade gestacional de 39 semanas, portadora de síndrome hipertensiva, em uso de nifedipino. Foi indicada cesárea de urgência por sofrimento fetal e iteratividade. Em avaliação pré-operatória, apresentou exames laboratoriais dentro do padrão da normalidade e jejum adequado. Optou-se por raquianestesia. A paciente estava ciente do procedimento e dos riscos. Permaneceu sob monitorização básica, com sinais vitais dentro da normalidade. A paciente foi posicionada sentada e foi realizada a raquianestesia com punção em L3-L4, com bupivacaína hiperbárica 15 mg e morfina 80 mcg, sem intercorrências durante a punção. Após 5 minutos do posicionamento em decúbito dorsal, o nível do bloqueio encontrava-se em T4. O procedimento teve duração de 110 minutos. Puérpera foi encaminhada para sala de recuperação e, após 4 horas, queixou-se de dificuldade de dorsiflexão do pé esquerdo. Após avaliação da equipe da neurologia, foram realizadas eletroneuromiografia e ressonância magnética lombossacra, com ausência de radiculopatia e presença de desnervação dos músculos de inervação segmentar L5, sugerindo lesão em nervo fibular comum. Foi então diagnosticada com possível lesão periférica por compressão pelo posicionamento. Após quatro meses de fisioterapia, a paciente apresentou força grau 5 em dorsiflexão do pé afetado. **Discussão:** A lesão de nervo fibular comum após anestesia é uma afecção rara e, quando presente, está associada ao posicionamento em decúbito lateral ou em litotomia. O posicionamento em decúbito dorsal torna esse achado ainda mais improvável. Sabe-se que diabetes mellitus, hipotensão, tabagismo e magreza são fatores de risco, sendo estes dois últimos presentes no caso descrito. A paciente teve diagnóstico de neuropraxia, possivelmente por posicionamento, uma vez que outras etiologias foram descartadas. A recuperação nervosa é variada. Um estudo retrospectivo demonstrou que, em 103.000 pacientes com anestesia de neuroeixo, todos os sintomas cessaram após 48 horas até três meses. Neste caso, observou-se recuperação em quatro meses. Vale ressaltar a importância, mesmo que em cenários de urgência e emergência, da precaução de lesões nervosas.

Palavras-chave: Raquianestesia, neuropatias fibulares, posicionamento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Britt BA, Gordon RA. Peripheral nerve injuries associated with anaesthesia. Can Anaes Soc J. 1964;11:514-36. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03005094>.
2. Dhuner KG. Nerve injuries following operations: survey of cases occurring during a 6 year period. Anesthesiology 1950;11:289-93.
3. Kroll DA, Caplan RA, Posner K, Ward RJ, Cheney FW. Nerve injury associated with anaesthesia. Anesthesiology 1990; 73:202-7.

594 MANEJO ANESTÉSICO PARA OSTEOSSÍNTESE DE FÊMUR EM PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMA COM FRATURAS DE C2-C4 E LESÃO DE AORTA DESCENDENTE: UM RELATO DE CASO

ALINE CHAVES BARROS, FÁBIO POÇAS ZAMBELLI, GUILHERME TEBALDI CARVALHO, NICHOLAS ALBAGLI SECCO

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Podemos entender "trauma" como uma doença que envolve a troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que acometem os diferentes sistemas e órgãos¹. A relação entre o mecanismo de trauma e os diferentes tipos de lesões internas é conhecida. A análise do mecanismo de trauma é muito importante para todos os profissionais, já sendo considerada no atendimento inicial padronizado pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS). Trata-se, portanto, de uma variável que orienta decisões quanto à triagem, monitoração, avaliação e tratamento. **Relato de caso:** Homem, 59 anos, 80 kg, vítima de trauma automobilístico sem uso de cinto de segurança e com colisão de tórax contra o volante. Angiotomografia de tórax evidenciou lesão em istmo de aorta descendente e ecocardiograma transtorácico mostrou fração de ejeção (FE) de 39%, disfunção sistólica grave de ventrículo esquerdo (VE), hipocinesia difusa e cardiomiopatia dilatada com moderado aumento de VE. Ademais, apresentou fratura de vértebras cervicais (C2 a C4) e fratura diafisária do fêmur direito. Exames de laboratório do dia anterior à osteossíntese do fêmur com placa DHS não apresentaram alterações, exceto anemia (hemoglobina 9,4 e hematócrito 28%). Optou-se pela técnica de intubação orotraqueal (IOT) acordado por causa da presença de fraturas cervicais e uso de colar cervical. Houve monitorização de cardioscopia, pressão arterial invasiva, oximetria e capnografia. Foi puncionado acesso venoso periférico calibroso. Após prévio preparo, orientação e com cooperação do paciente, foram infundidos 40 mg de lidocaína e 50 mcg de fentanil intravenoso (IV). Foi aplicada lidocaína spray 20% e introduzido laringoscópio até visualização de pregas vocais, quando foram feitos 20 mg de etomidato e 50 mg rocurônio. Foi realizada IOT com lâmina McCoy e bougie, tubo 7,5 com cuff. Houve confirmação por capnografia. Ocorreu bloqueio de nervo femoral direito com 15 mL de ropivacaína a 0,5% guiado por ultrassonografia. Foram infundidos ácido tranexâmico e um concentrado de hemácias durante a síntese. Ao término da cirurgia, o paciente foi extubado em sala cirúrgica, sem intercorrências. Ao CTI para manejo clínico, apresentou escala de Aldrete 10. **Discussão:** O politraumatizado merece cuidados perioperatórios ímpares. O caso em questão trouxe duas situações que comprovam essa hipótese. Logo, torna-se evidente a importância da individualização no manejo dos atos anestésicos e da visão longitudinal da assistência, englobando o perioperatório, e não somente o intra/pré-operatório para obtenção dos melhores desfechos.

Palavras-chave: Perioperatório, trauma, desfecho.

REFERÊNCIAS

1. Parreira JG, TCBC-SP1, Rondini GZ, Below C, et al. Relação e
2. Jeffrey L. Apfelbaum, M.D.; Carin A. Hagberg, M.D.; Richard T. Connis, Ph.D.; Basem B. Abdelmalak, M.D.; Madhulika Agarkar, M.P.H.; Richard P. Dutton, M.D.; John E. Fiadjoe, M.D. Robert Greif, M.D.; P. Allan Klock, Jr., M.D.;MDavid Mercier. MD. 2022

595 ANESTESIA PARA RESSECÇÃO DE FEOCROMOCITOMA: RELATO DE CASO

REGIANE SIMIONATO, ANDREA FOGAÇA SOUBHIA, CARLOS ALBERTO TOMATIS LOTH, FABIO NAHUYS THORMANN, TALITA RUBIN LAZZARI

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JR - EBSEH/FURG, RIO GRANDE, RS, BRASIL

Introdução: O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino secretor de catecolaminas localizado na glândula adrenal. Acomete cerca de 2 pacientes a cada 1 milhão de pessoas ao ano. É importante para o conhecimento do anestesiológico, já que 25-50% das mortes por essa doença ocorrem na indução anestésica, e é frequente a instabilidade hemodinâmica no intraoperatório. A anestesia consiste no uso de drogas que proporcionam estabilidade hemodinâmica diante da liberação excessiva de catecolaminas.

Relato de caso: Paciente masculino, 67 anos, 72 kg, com importante variação de peso em curto intervalo de tempo (8 kg em uma semana). Tomografia de abdômen evidenciou volumosa massa tumoral (9 cm de diâmetro) em adrenal direita. Na coleta urinária de 24 horas, foram detectados 252 mcg de adrenalina (referência até 27 mcg), 5.908,9 mcg de normetanefrina (referência até 732 mcg) e 2.840 mcg de metanefrina (referência até 280 mcg). Optou-se por cirurgia aberta por causa do tamanho significativo do tumor. No pré-operatório, foi realizado alfa-bloqueio com doxazosina 2 mg/dia por 15 dias; já no transoperatório, utilizou-se de monitorização padrão, analisador de gás, diurese, pressão arterial invasiva, monitor de consciência com índice bispectral e acesso venoso central. Foi realizada anestesia geral balanceada com sevoflurano, sendo a indução anestésica com bólus endovenoso de fentanil 5 mcg/kg, propofol 2,5 mg/kg e rocurônio 0,6 mg/kg, seguida por intubação traqueal. Já a manutenção da anestesia transcorreu com associação de bloqueio peridural contínuo em L1-L2, e foi utilizado remifentanil 0,3 mcg/kg/min endovenoso como adjuvante. Durante manipulação direta do tumor, houve picos pressóricos, corrigidos com nitroprussiato de sódio. Imediatamente após a ressecção do tumor, ocorreu importante hipotensão, corrigida com coloide, cristalóide e noradrenalina. No pós-operatório imediato, foi encaminhado à UTI, mantendo-se estável e recebendo alta em dez dias. **Discussão:** A anestesia para ressecção de feocromocitoma é desafiadora em razão do alto risco de complicações. O preparo pré-operatório é fundamental e visa atenuar a ação das catecolaminas, proporcionando estabilidade hemodinâmica no intraoperatório. O manuseio do tumor e a intubação traqueal podem causar complicações graves. A monitorização adequada tem por objetivo o tratamento imediato das intercorrências. O preparo adequado do paciente reduz significativamente a mortalidade perioperatória de 50% para cerca de 3%.

Palavras-chave: Anestesia, feocromocitoma, perioperatório.

REFERÊNCIAS

1. Soares I, Rossini RC, Vane M. Anestesia e sistema endócrino. In: Bagatini A, Cangiani L, Carneiro AF. Bases do Ensino da Anestesiologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2016. p. 821-3
2. Rafael Y, Ayd JV, Cunha ML, Da Costa GD, Sarmenghi RP, Mariano VVF. Anestesia em Feocromocitoma, acompanhamento pré-operatório e manejo hemodinâmico: relato de caso. Brazilian Journal of Health Review. 2022;5(1):3303-6. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n1-289>.

598 CETOACIDOSE DIABÉTICA PERIOPERATÓRIA: UM RELATO DE CASO

LUCAS NEVES VAZ, GABRIELA RIBEIRO GONTIJO, MARCO MENICUCCI ESTEVES DE CASTRO, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR, VÍCTOR DE ANDRADE REIS

CET SERV. ANEST. H. FELÍCIO ROCHO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O cuidado perioperatório de pacientes diabéticos por causa da disautonomia e da lesão de órgãos-alvo é bem estabelecido. O diagnóstico e o tratamento de complicações agudas, como a cetoacidose diabética, também são fundamentais no manejo desses pacientes. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, com história pregressa de diabetes mellitus tipo I, doença renal crônica e hipertensão arterial sistêmica. Foi submetida em caráter de urgência a transplante renal e pancreático combinados. Foi realizada anestesia geral balanceada com uso de remifentanil, lidocaína e sevoflurano na manutenção perioperatória. Sua glicemia inicial de 245 mg/dl aumentou para 309 mg/dl após cerca de 90 minutos, sendo evidenciada acidose metabólica com ânion gap aumentado e lactato normal. Foi solicitada dosagem de cetonemia, que se mostrou elevada, confirmando o diagnóstico de cetoacidose diabética. Iniciou-se terapia de reposição volêmica com solução de PlasmaLyte® e insulina regular em bomba de infusão, mas, apesar da reperfusão do pâncreas, a paciente manteve-se hiperglicêmica. O procedimento durou 9 horas, com infusão de 5.400 mL de cristaloides e 600 mL de concentrado de hemácias. Ao final da cirurgia, a paciente foi encaminhada ao CTI intubada, sem necessidade de aminas, recebendo insulina regular a 2 U/h. No pós-operatório, evoluiu com queda gradual das glicemias, febre e leucocitose, sendo iniciada antibioticoterapia para ITU guiada por culturas. Após esse tratamento, apresentou nova leucocitose, elevação de PCR, aumento de creatinina e acidose metabólica com ânion gap normal. Teve diagnóstico de fístula pancreática, sendo optado por transplantectomia 41 dias após procedimento inicial. **Discussão:** A cetoacidose é uma complicação caracterizada por hiperglicemia, acidose metabólica, cetonemia e desidratação, sendo rara no intraoperatório do paciente diabético. Pode ser precipitada por condições como infecções, uso inadequado de insulina e resposta orgânica ao estresse. O tratamento no paciente com doença renal crônica é desafiador por causa da necessidade de hidratação volêmica aumentada para resolução da acidose (sendo necessário, em alguns casos, o uso da terapia renal substitutiva) e do prolongamento do uso da insulina regular venosa, acarretando risco de hipoglicemia. Seu diagnóstico no intraoperatório é difícil e pode ser sinal de pior prognóstico. Entretanto, sua identificação precoce e seu tratamento adequado podem otimizar a evolução desses pacientes.

Palavras-chave: Cetoacidose diabética, diabetes mellitus tipo I, transplante pâncreas-rim.

REFERÊNCIAS

1. Barone B, Rodacki M, Cenci MCP, Zajdenverg L, Milech A, Oliveira JEP. Cetoacidose diabética em adultos: atualização de uma complicação antiga. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007;51(9):1434-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000900005>.

599 ABORDAGEM VIDEOENDOSCÓPICA DE ESTESIONEUROBLASTOMA: UM RELATO DE CASO

LUCAS NEVES VAZ, GABRIELA RIBEIRO GONTIJO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, IZABELA MAGALHÃES CAMPOS, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR

CET SERV. ANEST. H. FELÍCIO ROCHO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A abordagem de lesões com alto potencial de sangramento é um desafio anestésico-cirúrgico. A associação do tratamento cirúrgico com endovascular é uma estratégia para reduzir transfusões maciças. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 72 anos, com história prévia de hipertensão, dislipidemia e diabetes, foi diagnosticado com estesioneuroblastoma. Exame tomográfico evidenciou lesão expansiva sólida centrada na cavidade nasal posterior direita, com invasão do seio etmoidal, maxilar, frontal, esfenoidal, órbita, lâmina papirácea e lâmina crívosa. Tentativa de ressecção cirúrgica por videoendoscopia nasal foi abortada por sangramento importante e instabilidade hemodinâmica. O paciente retornou após 11 meses para tratamento cirúrgico. Primeiramente, foi realizada embolização endovascular. Após três dias, foi encaminhado ao bloco cirúrgico para ressecção por videoendoscopia. A indução anestésica foi realizada com fentanil, propofol e rocurônio. A manutenção foi feita com sevoflurano e remifentanil. A monitorização instituída constituiu-se por cardioscopia, oximetria de pulso, capnografia, analisador de gases, pressão arterial invasiva e débito urinário. Foi puncionado acesso venoso central em veia subclávia direita. O procedimento durou cerca de 8 horas. No intraoperatório, foram infundidos cerca de 5.500 mL de solução cristalóide balanceada e 900 mL de concentrado de hemácia. Ao final do procedimento, o paciente foi extubado e encaminhado ao CTI em cateter nasal, com bom padrão respiratório, recebendo noradrenalina a 0,5 mcg/kg/min. Em CTI, recebeu nova transfusão de 300 mL de concentrado de hemácia. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e alta da terapia intensiva em 3º DPO. **Discussão:** O estesioneuroblastoma é uma neoplasia maligna rara (3 a 6% dos tumores malignos que acometem os seios paranasais) com manifestação clínica por meio de sintomas inespecíficos (obstrução nasal e epistaxe). Por tratar-se de um tumor ricamente vascularizado, a ressecção cirúrgica pode ser dificultada pelo sangramento aumentado. A associação da embolização endovascular ao tratamento cirúrgico possibilitou a ressecção completa do tumor. A monitorização hemodinâmica invasiva no perioperatório também é um adjuvante importante no manejo anestésico, uma vez que otimiza o controle volêmico e o prognóstico do paciente.

Palavras-chave: Estesioneuroblastoma, embolização, videoendoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro EMR, LOPES MG, SANTOS ER, et al. Endoscopic treatment of esthesioneuroblastoma. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2011;77(2):171-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942011000200006>.

600 DEFICIÊNCIA DE G6PD EM CIRURGIA PEDIÁTRICA DE URGÊNCIA

GABRIELLE FERREIRA CHAVES COELHO, EDUARDO HORST MAIDANA, EDWIN BAUR JUNIOR,
EMANUELLE CARMINATI VIEIRA CLEMENTE, PEDRO CHRISTIANO BARSANTE MORENO

HOSPITAL CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DE MATO GROSSO DO SUL – CASSEMS, CAMPO GRANDE, MS,
BRASIL

Introdução: A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) é a enzimopatia eritrocitária mais comum da humanidade, atingindo 7% da população brasileira, portanto é importante traçar um plano seguro frente aos riscos de hemólise induzida pelo estresse cirúrgico ou medicamentos. **Relato de caso:** L.F.R.O., sexo masculino, 8 anos, P2 por deficiência de G6PD, 28 kg, entrada com quadro de dor abdominal há um dia. Tomografia evidenciou espessamento cecal com apendicolito. Recebeu diagnóstico de apendicite e foi submetido à cirurgia aberta sob anestesia geral. Foi monitorizado com cardioscópio, pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, capnografia e termômetro esofágico. Foi realizada venóclise periférica com abocath 22G. Houve indução anestésica com fentanil 2 mcg/kg, propofol 4 mg/kg e succinilcolina 1 mg/kg. Paciente foi intubado em sequência rápida com tubo orotraqueal 5,0 com cuff, seguido de atracúrio 0,5 mg/kg, com manutenção com sevoflurano a 2%. Ao final do procedimento, foi realizado bloqueio de plano transversal do abdome, guiado por ultrassonografia, com 10 mL de levobupivacaína a 0,25%. Foi realizada também a medicação de dexametasona, clonidina, cetorolaco, dipirona, ondansetrona, neostigmina e atropina. Extubação ocorreu sem intercorrências. Paciente foi encaminhado à sala de recuperação estável, com alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório sem intercorrências ou sinais clínicos de hemólise. **Discussão:** A deficiência de G6PD é uma doença hereditária ligada ao cromossomo X, portanto o sexo masculino tem maior probabilidade de apresentar hemólise ou sintomas clínicos. A enzima G6PD participa da formação da nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato (NADPH) que atua como agente antioxidante no sangue. Normalmente assintomática, com manifestações de diferentes graus após exposição a fatores desencadeantes de crise, como infecções, alimentos e fármacos, leva ao acúmulo de bilirrubina não conjugada. No ato anestésico, deve-se atentar à administração de drogas com propriedades oxidantes que podem levar à precipitação da oxi-hemoglobina dentro dos eritrócitos pela deficiência enzimática, causando hemólise intravascular. Alguns fármacos desencadeantes são ácido acetilsalicílico, paracetamol, primaquina, cloroquina, sulfonas, quinidina, nitrofurantoína, azul de metileno, vitamina K, nitratos, entre outros, a depender da forma e intensidade da deficiência. O uso de anestesia regional e analgesia multimodal atenua o estresse cirúrgico e o risco oxidativo, diminuindo a chance de crise hemolítica.

Palavras-chave: Deficiência de G6PD.

REFERÊNCIAS

1. Mendes LA, Beiral ES, Zanni NMG. Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase associada à disfunção neurológica induzida por bilirrubina – relato de caso e revisão da literatura. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2021;43:S280-1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.474>.
2. Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. Deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase. In: Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. *Anestesia e doenças incomuns coexistentes*. Rio de Janeiro: SBA; 2017.

602 ANÁLISE DE INCIDÊNCIA DE NÁUSEA E VÔMITO PÓS-OPERATÓRIOS EM CIRURGIAS DE REABILITAÇÃO DE FISSURA LABIOPALATINA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

ERIKA DURIGON GONÇALVES DA MATA, BELLA LUNA COLOMBINI ISHIKIRIAMA, FERNANDA LEITE, IGOR JOSÉ NOGUEIRA GUALBERTO, NICOLAS CORRÊA STEFANI

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS, BAURU, SP, BRASIL

Introdução: Náusea e vômito pós-operatórios (NVPO) são efeitos colaterais comuns da anestesia geral. Pacientes fissurados são submetidos a múltiplas cirurgias reabilitadoras orofaciais, e, além de desconforto, a ocorrência de NVPO pode aumentar a incidência de complicações cirúrgicas por causa de sangramentos ou deiscência de suturas no pós-operatório. **Objetivo:** Esta revisão de escopo tem por finalidade reunir e analisar os dados da literatura quanto à incidência de NVPO em cirurgias de reabilitação de fissuras labiopalatinas. **Métodos:** Foi realizada busca em quatro bases de dados distintas (PubMed, Web of Science, EMBASE e Scopus), respeitando o protocolo previsto pelo Joanna Briggs Institute (JBI), visando responder à pergunta: "qual a incidência de náusea e vômito pós-operatórios em cirurgias de reabilitação de fissuras labiopalatinas?". **Resultados:** Foram encontrados 221 artigos e, após análise, foram selecionados 8: 7 prospectivos e 1 retrospectivo. Os pacientes tinham entre 3 meses e 15 anos de idade, ASA I ou II, submetidos à queiloplastia, palatoplastia e enxerto alveolar (isolados ou associados). A distribuição entre sexos foi variada, mas não houve separação em grupos, o que seria desejável, considerando que o sexo feminino é reconhecido como fator de risco para NVPO. Todos os estudos apontam tempo cirúrgico \geq 30 minutos, contribuindo para o risco de NVPO. Não houve registro dos fármacos utilizados na anestesia em dois trabalhos. Nos demais, houve uso de anestésicos inalatórios, e em quatro deles, de anticolinesterásicos, fatores associados à NVPO. Dos oitos estudos, três empregaram profilaxia antiemética utilizando dexametasona (isolada ou combinada com droperidol), lidocaína ou sulfato de magnésio; nenhum utilizou dexametasona em associação com ondansetrona. Os índices previstos de NVPO para cada um dos oito trabalhos utilizando o POVOC-score seriam entre 11,6 e 28,2%, de acordo com os fatores de risco observados. No entanto, os índices apontados nesses estudos estavam entre 0,0 e 46,6%. **Conclusão:** Os artigos presentes na literatura apontam incidência de NVPO em cirurgias de reabilitação de fissura labiopalatina entre 0,0 e 46,6%, e a incidência foi maior em grupos sem nenhum tipo de profilaxia antiemética ou naqueles com apenas fármacos adjuvantes, como a lidocaína e o sulfato de magnésio. Não foi possível estabelecer correlação entre a incidência de NVPO e cada tipo de cirurgia reabilitadora de fissura labiopalatina por causa da escassez de dados.

Palavras-chave: Fissura palatina, náusea e vômito pós-operatórios, fenda labial.

REFERÊNCIAS

1. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2020;131(2):411-448. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>.
2. Aizawa T, Satoh K, Kobayashi Y, Okui T, Takehara Y. Clinical evaluation of postoperative nausea and vomiting after cleft lip and/or palate surgery in pediatric patients. Part 2: evaluation of preventive administration of droperidol in combination with dexamethasone. *Fujita Med J.* 2019;5(2):53-55. <http://dx.doi.org/10.20407/fmj.2018-008>.
3. Eberhart LH, Geldner G, Kranke P, et al. The development and validation of a risk score to predict the probability of postoperative vomiting in pediatric patients. *Anesth Analg.* 2004;99(6):1630-7. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000135639.57715.6C>. PMID:15562045.

604 DESEMPENHO DO ESCORE QSOFA NA PREDIÇÃO DE DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES ADMITIDOS NA EMERGÊNCIA

SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEONARDO BARBOSA SANTOS, MARIZA SILVA RAMOS LOESCH

REDE D'OR HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Para promover a identificação de pacientes com maior probabilidade de desfechos desfavoráveis, podemos utilizar o escore quickSOFA (qSOFA), que pode ser rapidamente utilizado como triagem para um possível diagnóstico de sepse, se dois ou mais critérios forem positivos. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos pontos de corte do escore qSOFA como fatores preditores de desfechos clínicos em pacientes admitidos em um serviço de emergência. **Método:** Coorte retrospectiva em serviço de emergência com abertura do protocolo de sepse no período de um ano utilizando o qSOFA na admissão. Considerando os pontos de corte pelo qSOFA, foram verificados testes diagnósticos, como sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia. Regressão logística multivariada foi utilizada para análise dos fatores relacionados a óbito e variáveis independentes: qSOFA na admissão, gênero, idade e tempo para administração do antibiótico na primeira hora de admissão na emergência. **Resultados:** Foram analisados 682 pacientes, com média de idade de 51,4 anos, predominando o gênero masculino. A estratificação pelo qSOFA mostrou: qSOFA1, 48,90%; qSOFA2, 16,60%; qSOFA3, 1,70%. Dos pacientes estratificados como qSOFA1, 52,04% foram diagnosticados como sepse, e 10,23%, como choque séptico; 52,59% dos pacientes classificados como qSOFA2 foram diagnosticados como sepse, e 35,34%, como choque séptico; 58,33% dos pacientes qSOFA3 foram diagnosticados como sepse, e 41,67%, como choque séptico. A sensibilidade do qSOFA1 (72,17%) para o diagnóstico de sepse/choque séptico foi maior comparada ao qSOFA2 (25,79%) e qSOFA3 (3,39%). Contudo, a especificidade foi menor para o qSOFA1 (45,53%) comparada ao qSOFA2 (94,55%) e qSOFA3 (100%). A sensibilidade do qSOFA1 (adultos, 63,48%; idosos, 80,32%), qSOFA2 (adultos, 12,92%; idosos, 36,14%) e qSOFA3 (adultos, 1,69%; idosos 4,82%) para o diagnóstico de sepse e choque séptico foi maior em idosos comparada a adultos mais jovens. **Conclusão:** A adoção do ponto de corte qSOFA1 associado ao quadro infeccioso em pacientes na emergência melhorou a sensibilidade para predição de sepse/choque séptico comparada à utilização do ponto de corte qSOFA2 e qSOFA3 e permitiu um tratamento mais precoce e efetivo a um maior número de pacientes. Em idosos, a adoção do ponto de corte qSOFA1 se mostrou ainda mais relevante, com melhor desempenho para o diagnóstico de sepse/choque séptico quando comparado a adultos mais jovens.

Palavras-chave: Sepse, desfechos clínicos, qSOFA.

REFERÊNCIAS

1. Askim Å, Moser F, Gustad LT, et al. Poor performance of quick-SOFA (qSOFA) score in predicting severe sepsis and mortality - a prospective study of patients admitted with infection to the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2017;25(1):56. <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-017-0399-4>. PMID:28599661.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-10. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.0287>. PMID:26903338.

605 COMPARAÇÃO ENTRE O ALGORITMO SAFETY ZONE E O ESCORE DE CAPRINI NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTES CIRÚRGICOS

SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, LUIZ FERNANDO DE SOUZA

REDE D'OR HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Apesar de o tromboembolismo venoso (TEV) ser uma grande causa de mortalidade em pacientes cirúrgicos, as práticas de prevenção permanecem inadequadas. Diferentes ferramentas de estratificação de risco estão disponíveis e não há um consenso sobre a compatibilidade de resultados com a aplicação delas. Conseqüentemente, classificações divergentes ocasionam condutas diferentes quanto à profilaxia e impactam a segurança do paciente. **Objetivo:** Comparar o desempenho do algoritmo safety zone (ASZ), um método qualitativo, com o escore de Caprini (EC), um método quantitativo na estratificação de risco de TEV em pacientes cirúrgicos hospitalizados, analisando a concordância entre resultados obtidos. **Método:** Estudo prospectivo em que 100 pacientes aleatórios em regime de internação foram avaliados quanto à estratificação de risco de TEV pelos métodos ASZ e EC, em até 24 horas da sua admissão. O resultado do ASZ foi utilizado como critério para indicação da profilaxia. **Resultados:** Pelo ASZ, 27,7% (27) foram classificados como alto risco, 12,12% (12), como risco moderado, e 60,18% (60), como baixo risco. Pelo EC, 14,4% (14) foram classificados como alto risco, 28,2% (28), como risco moderado, e 57,7% (57), como baixo risco. A taxa de concordância entre os métodos quanto à classificação foi de 63,63% (Kappa = 0,35; $p < 0,001$). Dos casos não concordantes, para pacientes com risco alto pelo ASZ (51,35%; $n = 19$), 94,73% foram classificados como risco moderado, e 5,26%, como baixo risco pelo EC. Para pacientes com classificação não concordante e risco moderado pelo ASZ (21,62%; $n = 8$), 75% foram classificados como risco baixo, e 25%, como alto risco pelo EC. Para pacientes com risco baixo pelo ASZ (27,02%; $n = 10$), 60% foram classificados como risco moderado, e 40%, como risco alto pelo EC. Houve indicação de profilaxia medicamentosa pelo ASZ (risco alto e intermediário) em 39,3% e pelo EC em 32,3%, correspondendo a uma taxa de concordância de 82,83% para indicação de profilaxia química (Kappa = 0,64; $p = 0,001$). **Conclusão:** O ASZ apresentou performance divergente ao EC na estratificação do risco de TEV em pacientes cirúrgicos, em destaque as relacionadas a cirurgias bariátricas e de curta duração sem outros fatores de risco para TEV, estando mais indicado para uso em hospitais com este perfil de cirurgias. O escore EC tende a superestimar o risco de TEV para cirurgias de curta duração e artroscópicas comparado ao escore ASZ.

Palavras-chave: Tromboembolismo, algoritmo safety zone, escore de Caprini.

REFERÊNCIAS

1. Nana M, Shute C, Williams R, Kokwaro F, Riddick K, Lane H. Multidisciplinary, patient-centred approach to improving compliance with venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in a district general hospital. *BMJ Open Qual.* 2020;9(3):e000680. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000680>. PMID:32718914.
2. da Silva LM, Lima HO, Ferrer R, et al. Comparison of strategies for adherence to venous thromboembolism prophylaxis in high-risk surgical patients: a before and after intervention study. *BMJ Open Qual.* 2021;10(4):e001583. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001583>. PMID:34663589.

606 BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTE USUÁRIO DE SEMAGLUTIDA COM TEMPO DE JEJUM ADEQUADO: RELATO DE CASO

SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, ANA CLARA MOURÃO BARRETO, LEONARDO BARBOSA SANTOS, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN

REDE D'OR HOSPITAL VILLA-LOBOS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A semaglutida é um medicamento agonista do receptor GLP-1, sendo o GLP-1 um hormônio que aumenta a secreção de insulina, reduz o glucagon e diminui a motilidade gástrica. Medicamentos que reduzem a motilidade gástrica são fatores de risco para um provável estômago cheio e, conseqüentemente, um surrogate endpoint para broncoaspiração. **Relato de caso:** Internação em regime de urgência para passagem de cateter duplo J e realização de ureterorrenolitotripsia rígida por causa de litíase renal obstrutiva. Paciente do sexo feminino, 52 anos, ASA-PS 2 (IMC de 30,9 kg.m⁻²), sem critérios de via aérea difícil. Apresentou tempo de jejum de 14 horas para sólidos e líquidos. Negou utilização de quaisquer medicamentos de uso contínuo. Optou-se por anestesia geral e passagem de máscara laríngea. Imediatamente após fixação da máscara, observou-se retorno de conteúdo gástrico pelo orifício de aspiração. Foram prontamente realizadas laringoscopia e intubação orotraqueal, sendo visualizado conteúdo gástrico adentrando fenda glótica. Foi realizada aspiração traqueal sem retorno de secreções. Foi passada sonda orogástrica com retorno de 200 mL de conteúdo com resíduos sólidos. Não houve mudança de padrão ventilatório no intraoperatório. Procedeu-se à extubação, sem intercorrências. Ao final, questionou-se novamente a paciente sobre a utilização de medicamentos de uso contínuo e foi referido o uso de semaglutida para perda ponderal três dias antes do procedimento. Foi realizada radiografia de tórax no dia seguinte, que não mostrou características compatíveis com infiltrado intersticial. Nas primeiras horas após despertar, foi iniciado tratamento suportivo com O₂ suplementar e micronebulização com evolução satisfatória e sem aumento do tempo de internação. **Discussão:** O uso de medicamentos agonistas do GLP-1 repercutem em um risco real de broncoaspiração, e, por serem de aplicação injetável, muitas vezes o paciente negligencia a informação sobre utilização prévia, por não considerar a semaglutida um medicamento. Portanto, uma busca ativa sobre o uso de tais medicações torna-se necessária. Mesmo em pacientes com jejum adequado, pode haver retardo de esvaziamento gástrico, resíduos sólidos e, conseqüentemente, risco de broncoaspiração. Pacientes com utilização recente de semaglutida no pré-operatório devem ser considerados de estômago cheio e medidas cabíveis para tal condição devem ser instituídas no manejo anestésico.

Palavras-chave: Semaglutida, estômago cheio, broncoaspiração.

REFERÊNCIAS

1. Hall S, Isaacs D, Clements JN. Pharmacokinetics and Clinical Implications of Semaglutide: A New Glucagon-Like Peptide (GLP)-1 Receptor Agonist. Clin Pharmacokinet. 2018;57(12):1529-38. <http://dx.doi.org/10.1007/s40262-018-0668-z>. PMID:29915923.
2. Maselli DB, Camilleri M. Effects of GLP-1 and its analogs on gastric physiology in Diabetes mellitus and obesity. Adv Exp Med Biol. 2021;1307:171-92. http://dx.doi.org/10.1007/5584_2020_496. PMID:32077010.

607 MONITORIZAÇÃO E ANALGESIA EM PACIENTE PORTADORA DE PRÓTESE DE VÁLVULA AÓRTICA SUBMETIDA À ARTROPLASTIA DE QUADRIL: UM RELATO DE CASO

CLAYTON LEONARDO ELIAS VIDAL, GABRIELA LOUVRIER NASSER AGUIAR, GIZAH PIRES ALVES, GUSTAVO KEITI SUSUKI, JULIANA MENDONÇA TORRES

HOSPITAL INC, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A anestesia em pacientes cardíacos em cirurgias não cardíacas segue sendo um desafio, principalmente em procedimentos de grande porte. A balança entre estabilidade hemodinâmica, anestesia e analgesia adequadas é um dos principais pontos a ser considerado. Este relato vem ao encontro disso, demonstrando que é possível garantir bom controle hemodinâmico sem abrir mão de adequadas anestesia e analgesia. **Relato de caso:** Mulher, 83 anos, portadora de estenose aórtica de baixo fluxo e baixo gradiente, tratada com implante percutâneo transcâter de válvula aórtica (TAVI), apresentou ecocardiograma evidenciando fração de ejeção de 65%, prótese aórtica com refluxo discreto periprotético e gradiente sistólico máximo de 17 mmHg. Foi vítima de queda do mesmo nível com fratura de colo de fêmur (FCF), sendo indicada artroplastia de quadril esquerdo de urgência. Optou-se por realizar anestesia geral para cirurgia, com monitorização invasiva e realização de ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatório. Foi realizado bloqueio da fáscia ilíaca (BFI) para analgesia. Não houve sangramento significativo ou outras intercorrências durante o procedimento, sendo apenas realizadas doses baixas de fenilefrina em bomba de infusão para controle pressórico. No pós-operatório, a paciente foi encaminhada à UTI extubada, sem drogas vasoativas e sem queixas algicas. **Discussão:** O BFI é recomendado em *guidelines* como analgesia em casos de FCF, com mínimos efeitos adversos sistêmicos e menor consumo de opioides. Também apresenta resultados superiores em relação à analgesia sistêmica. Tendo isso em vista, foi considerada a técnica de escolha para a paciente. A instalação adequada do bloqueio possibilitou garantir ausência de dor pós-operatória e melhor recuperação, além do uso de baixas doses de anestésicos endovenosos e voláteis e pouco impacto na hemodinâmica, sendo confirmado pelo ETE. Uma vez que as complicações cardiovasculares correspondem à grande parcela de morbimortalidade perioperatória, o uso do ETE durante a cirurgia é uma ótima escolha, e seu uso vem sendo preconizado cada vez mais na literatura por possibilitar verificar a hemodinâmica, função cardíaca, dinâmica valvar, fluido-responsividade, débito cardíaco e muitos outros parâmetros. Sua disponibilidade e pouca invasividade destacam-se a favor desse método, porém necessita de um operador hábil e treinado para sua execução.

Palavras-chave: Ecocardiograma transesofágico, bloqueio regional, cardiopatia.

REFERÊNCIAS

1. Carrão A, Pereira S. ecocardiografia transtorácica e transesofágica no peri-operatório em cirurgia não cardíaca. Rev Soc Port Anesthesiol. 2019;28(2):110-8. <http://dx.doi.org/10.25751/rspace.17470>
2. O'Reilly N, Desmet M, Kearns R. Fascia ilíaca compartment block. Br J Anaesth. 2019;19(6):191-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjae.2019.03.001>.

608 RELATO DE CASO DE ANESTESIA PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL

GUSTAVO TASCHECK, GABRIELA LOUVRIER NASSER AGUIAR, GUSTAVO KEITI SUSUKI, JULIANA MENDONÇA TORRES, SHEILA ANSELMO DA SILVA

HOSPITAL INC, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A cirurgia de redesignação sexual é realizada para homens e mulheres trans terem uma melhor aceitação corporal. O processo para esse procedimento é longo, rigoroso e complexo até se ter um laudo de aptidão para a realização da cirurgia. Casos como esse têm se tornado mais presentes nos centros cirúrgicos. Entretanto, apesar de termos na literatura vários relatos de técnicas cirúrgicas para esse procedimento, ainda são escassos os relatos das técnicas anestésicas utilizadas. Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever a anestesia realizada em uma cirurgia de redesignação sexual e fomentar a discussão sobre o tema para escolha de uma técnica anestésica adequada para esses casos. **Relato de caso:** Paciente mulher trans, 24 anos, há dois anos em tratamento hormonal e acompanhamento psicológico. Usava apenas tratamento hormonal. Era obesa (IMC de 34,6) e sem outros preditores de via aérea difícil. Possuía boa capacidade funcional, e os exames laboratoriais e ECG não apresentaram alterações. Optou-se por realizar anestesia geral associada à raquianestesia. Foi admitida no centro cirúrgico e monitorizada com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão não invasiva e monitor de índice bispectral. Foi puncionado acesso venoso periférico 18G e administrados 4 mg de midazolam. Foi realizada raquianestesia com 20 mg de bupivacaína hiperbárica associada com 100 mcg de morfina, sem intercorrências. Em seguida, houve indução anestésica com 15 mcg de sufentanil, propofol em bomba de infusão alvo-controlada e 50 mg de rocurônio. Ocorreu manutenção da anestesia com propofol e remifentanil em bomba de infusão alvo-controlada. Paciente se manteve normotensa durante todo procedimento, sem alterações cardiovasculares importantes. Ao fim do procedimento, não houve necessidade de reversão de bloqueio neuromuscular. Paciente foi extubada em sala, mantendo boa ventilação espontânea, sendo então encaminhada para recuperação pós-anestésica, permanecendo sem queixas no pós-operatório imediato. O procedimento teve duração total de 5 horas e 10 minutos. No dia seguinte, paciente negou dores no pós-operatório, relatando apenas prurido. **Discussão:** A pequena quantidade de literatura sobre anestesia desses casos de redesignação sexual nos mostra um desafio para encontrarmos uma técnica anestésica adequada. Fomentar a discussão e estudos sobre essa cirurgia vai ajudar no desenvolvimento de uma técnica anestésica adequada para esse procedimento.

Palavras-chave: Redesignação sexual, urologia.

REFERÊNCIAS

1. Salgado CJ, Gonzalez DI, Wolfe EM, Balise RR, Gebhard RE, Kamisetti S, Ovadia S. Combined general and epidural anesthesia is associated with decreased opioid consumption and enhanced pain control after penile inversion vaginoplasty in transwomen. *Ann Plast Surg.* 2019 Dec;83(6):681-686. <http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0000000000001921>. PMID: 31389828.

610 SEDAÇÃO CONSCIENTE EM CRANIOTOMIA

MARIA FERNANDA MAZI FINAMORE, MARIANA BOZELLI SERRA, SIMONE DA SILVA OLIVEIRA, TIAGO TORMINATO MOREIRA

HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE-MS, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: A dexmedetomidina é um agonista alfa-2 cujo uso como fármaco adjuvante na anestesiologia trouxe grandes benefícios, particularmente na neurocirurgia por proporcionar preservação da homeostase do sistema nervoso central, estabilidade hemodinâmica, com rápido início de ação, permitindo também a avaliação neurológica em sala operatória, sem depressão respiratória ou agitação motora. **Relato de caso:** J.S.C., 62 anos, ASA II, previamente hipertenso, com história de queda de cerca de 3 metros com impacto craniano, evoluindo com sonolência, cefaleia intensa, hemiparesia à direita e incontinência urinária, diagnosticando-se hematoma subdural bilateral (maior à esquerda). Foi admitido em centro cirúrgico para craniotomia descompressiva bilateral em REG, lúcido e colaborativo, porém desorientado e hipertenso, com exames laboratoriais sem alterações e jejum superior a 8 horas. Houve monitorização de sinais vitais, suplementação de oxigênio em cateter nasal a 3 L/min. Foi realizada sedação com midazolam 2 mg, cetamina 0,1 mg/kg, dexmedetomidina 1 mcg/kg em 10 minutos, com manutenção de 0,8 mcg/kg. Foi infiltrada pelo cirurgião solução com levobupivacaína 0,25% e adrenalina 1:1:100000, 40 mL, em couro cabeludo e periósteo. O período anestésico durou 90 minutos. Ao fim do procedimento, o paciente foi novamente avaliado pelo neurocirurgião em sala operatória, permanecendo consciente e colaborativo, com melhora quanto à orientação. **Discussão:** A sedação consciente com dexmedetomidina para realização de procedimentos com necessidade de colaboração do paciente, somada à rápida recuperação e estabilidade hemodinâmica em detrimento da ausência de comprometimento à homeostase neurológica, é uma alternativa à anestesia geral, com redução do uso de medicamentos depressores do SNC, com maiores efeitos colaterais e, conseqüentemente, menor o tempo de internação do paciente.

Palavras-chave: Craniotomia, sedação, dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Mack PF, Perrine K, Kobylarz E, Schwartz TH, Lien CA. Dexmedetomidine and neurocognitive testing in awake craniotomy. J Neurosurg Anesthesiol. 2004 Jan;16(1):20-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00008506-200401000-00005>. PMID: 14676565.
2. NEUROSURG Anesthesiol; Manninen P. Contreras J - Anesthetic considerations for craniotomy in awake patients. Int Anesthesiol

611 MANEJO DA CEFALEIA PÓS-RAQUIANESTESIA NA POPULAÇÃO OBSTÉTRICA

MARIA FERNANDA VIEIRA MARTINS DE MELO, CAROLINA SOUZA ALVES, MARCELLA LOUIZE ARAUJO DUARTE, MARCOS ANTONIO MARTINS DE MELLO, MARIANA VIEIRA MARTINS DE MELLO

UNIVERSIDADE POTIGUAR, NATAL, RN, BRASIL

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é caracterizada como uma cefaleia que ocorre dentro de cinco dias após uma punção lombar, causada pela perfuração inadvertida da dura-máter durante o procedimento. A fisiopatologia exata é desconhecida, no entanto sugere-se que a perda de líquido cefalorraquidiano (LCR) leve à diminuição da pressão no espaço epidural, o que resulta em uma perda do efeito de amortecimento normalmente fornecido pelo LCR, provocando a dor característica. A gestação é um fator de risco para desenvolvimento de CPPD, uma vez que os altos níveis de estrogênio influenciam o tônus dos vasos cerebrais, aumentando a distensão vascular secundária à hipotensão liquórica, condição necessária para manter a pressão intracraniana constante. A CPPD pode ser uma complicação incapacitante, especialmente no puerpério, precisando de tratamento imediato. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica acerca das técnicas de tratamento da cefaleia pós-raquianestesia na população obstétrica. **Método:** Estudo de revisão bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, SciELO e Periódico Capes. **Resultados:** O manejo inicial envolve terapias conservadoras – a exemplo do repouso no leito, hidratação intravenosa, cafeína e medicações analgésicas –, as quais resolvem cerca de 85% dos casos. O repouso no leito profilático não deve ser recomendado no puerpério por causa do risco aumentado de trombose venosa profunda inerente à fase. Fármacos como gabapentina, pregabalina e sumatriptana também podem ser considerados. Os métodos invasivos incluem o bloqueio dos nervos periféricos e o patch de sangue epidural (EBP). O EBP é considerado padrão-ouro, e seu mecanismo envolve a formação de um coágulo que veda o local da punção dural, impedindo a perda adicional de LCR. O bloqueio de nervos periféricos, como o gânglio esfenopalatino, o nervo occipital maior e o nervo occipital menor, por meio da injeção de anestésicos locais, é um método minimamente invasivo e eficaz, sendo uma boa alternativa para pacientes que não obtiveram alívio completo da dor após EBP. **Conclusão:** O EBP, apesar de ser a terapia de escolha, parece ser menos eficaz na população obstétrica. O bloqueio de nervos periféricos possui evidências limitadas quanto à eficácia de sua utilização. Uma vez que se trata de uma condição com uma morbidade significativa, faz-se necessário haver estudos que comprovem a eficácia das modalidades terapêuticas.

Palavras-chave: Raquianestesia, obstetrícia, cefaleia pós-punção dural.

REFERÊNCIAS

1. Kwak KH. Postdural puncture headache. Korean J Anesthesiol. 2017;70(2):136-43. <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.136>. PMID:28367283.
2. Giaccari LG, Aurilio C, Coppolino F, et al. Peripheral Nerve Blocks for Postdural Puncture Headache: A New Solution for an Old Problem? In Vivo. 2021 Nov-Dec;35(6):3019-3029. doi: 10.21873/invivo.12597. PMID: 34697133.

612 PARADA CARDÍACA POR FATOR ANESTÉSICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE PROPORCIONAL E ANÁLISE DE METARREGRESSÃO

TEÓFILO AUGUSTO ARAÚJO TIRADENTES, JESSICA GATTO JACOMINI, JOSÉ REINALDO CERQUEIRA BRAZ, LEANDRO GOBBO BRAZ, SHARON EINAV

CET DEP. ANEST. DA F. M. BOTUCATU - HOSPITAL SEDE: HOSP. DAS CLÍNICAS DA FAC. MEDICINA, UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

Introdução: Parada cardíaca (PC) é uma das mais graves complicações anestésicas, podendo resultar em dano neurológico permanente e morte. Neonatos e lactentes têm maior risco de PC por fator anestésico (PC-FA) do que os adultos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada país varia de 0 a 1, representando os menores e os maiores níveis de desenvolvimento, respectivamente. **Objetivos:** Avaliou-se em uma população mista de pacientes pediátricos a relação entre a incidência de PC-FA com o tempo e o IDH, além da sobrevida. **Métodos:** Realizou-se revisão sistemática com metanálise proporcional e análise de metarregressão de estudos observacionais que reportaram a incidência de PC-FA e sobrevida até 24 horas de pós-operatório em crianças separadamente por faixa etária (< 1 ano; ≥ 1 ano; e todas as faixas etárias pós-natais). Foram verificadas a incidência de PC-FA e a sobrevida pelo IDH dos países (baixo IDH: < 0,8; elevado IDH: ≥ 0,8) e em períodos de tempo (século passado e século atual). **Resultados:** A incidência de PC-FA foi inversamente relacionada ao IDH dos países ($p < 0,0001$), mas sem relação com o tempo ($p = 0,82$). A incidência de PC-FA em crianças por 10.000 anestésias não se modificou nos diferentes períodos tanto em países de baixo IDH quanto em países de elevado IDH ($p = 0,71$ e $p = 0,62$, respectivamente), porém foi maior nos países de baixo IDH em comparação aos países de elevado IDH (9,6 vs 2,0; $p < 0,0001$) neste século. A incidência de PC-FA foi maior em crianças com menos de 1 ano de idade do que aquelas com 1 ano ou mais em países de elevado IDH (10,69 vs 1,48; $p < 0,0001$) e em países de baixo IDH (36,02 vs 2,86; $p < 0,0001$) no atual século. A sobrevida da PC-FA em crianças não diferiu nos períodos ($p = 0,32$), mas aumentou nos países de elevado IDH (69,0% vs 89,9%; $p = 0,003$) e diminuiu naqueles de baixo IDH (88,3% vs 54,3%; $p = 0,02$), comparando o século atual com o anterior. **Conclusões:** A revisão demonstra que a PC-FA na população pediátrica não diminuiu nos últimos 60 anos, sendo inversamente relacionada ao IDH dos países. A elevada incidência de PC-FA em crianças menores de 1 ano é uma situação alarmante tanto em países de elevado IDH quanto em países de baixo IDH, apresentando um grande desafio aos anestesiológicos. As grandes diferenças entre as incidências de PC-FA em países de baixo e elevado IDH no século atual destacam uma lacuna crescente nos cuidados de segurança anestésica na população pediátrica.

Palavras-chave: Crianças, parada cardíaca, revisão sistemática.

REFERÊNCIAS

1. Sanabria-Carretero P, Ochoa-Osorio C, Martín-Vega A, et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children. Data from a tertiary referral hospital registry. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2013;60(8):424-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2013.03.006>. PMID:23689019.
2. Gonzalez LP, Braz JR, Módolo MP, de Carvalho LR, Módolo NS, Braz LG. Pediatric perioperative cardiac arrest and mortality: a study from a tertiary teaching hospital. Pediatr Crit Care Med. 2014;15(9):878-84. <http://dx.doi.org/10.1097/PCC.0000000000000248>. PMID:25226499.

613 ANESTESIA PARA IRRADIAÇÃO DO CORPO INTEIRO PRÉ- TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

KARINA BERNARDI PIMENTA, FLAVIA KLEM DE MATTOS MIQUELITO, ISABELA MOREIRA SILVA,
RODRIGO BELLINASSO

CET S. ANEST. INST. NAC. DE CÂNCER - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, RIO DE JANEIRO, RJ,
BRASIL

Introdução: A irradiação de corpo inteiro (TBI) é associada a drogas anticancerígenas no preparo do paciente para o transplante de células-tronco. O objetivo do TBI é triplo: eliminar as células cancerígenas residuais, fornecer espaço para o enxerto de células-tronco por meio da depleção da medula óssea e evitar a rejeição de células-tronco doadoras por meio de imunossupressão. É um procedimento desafiador para os pacientes pediátricos, pois as doses são fracionadas duas vezes ao dia, além do jejum necessário para realização da anestesia. O tempo médio da aplicação varia de acordo com a quantidade de energia de radiação ionizante calculada em Gray (GY). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 5 anos, 16 kg, ASA II, portador de anemia aplásica, candidato a transplante de medula alogênica. O TBI calculado foi dose única de 2GY fracionado em duas aplicações com intervalo de 6 horas, após o término da primeira sessão. A monitorização foi realizada com cardioscopia, oximetria de pulso e capnografia, posição do paciente em decúbito lateral direito, acesso venoso central tipo Hickman. A anestesia administrada foi sedação venosa utilizando midazolam 3 mg, doses baixas de cetamina 0,5 mg/kg e dexmedetomidina 0,5 mcg/kg, sem necessidade de oferta de oxigênio, mantendo estabilidade hemodinâmica e patência de vias aéreas. A observação do paciente foi feita por meio de circuito fechado de câmeras, com foco no paciente e no monitor. A duração foi de 30 minutos, com mudança de decúbito após aplicação de 50% da dose irradiada, mantendo a imobilidade. Ao final, foi administrado 0,1 mg de flumazenil, havendo alta com escala de Aldrete 10 e dieta liberada. **Discussão:** O TBI pediátrico é um procedimento raro que requer a imobilidade total. Oncologistas, radiologistas e anestesistas trabalham em conjunto para garantir o tratamento seguro. É importante que a equipe esteja familiarizada com o procedimento. Por não apresentar estímulo alérgico, baixas doses de cetamina e dexmedetomidina foram utilizadas, atingindo o objetivo.

Palavras-chave: Pediatria, radiação oncológica, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Hoeben BAW, Wong JYC, Fog LS, et al. Total body irradiation in haematopoietic stem cell transplantation for paediatric acute lymphoblastic leukaemia: review of the literature and future directions. *Front Pediatr.* 2021;9:774348. doi: 10.3389/fped.2021.774348.
2. Li LW, Chua GW, Wenjun K, Bong CL. Anaesthesia for radiotherapy in paediatric oncology-a retrospective observational study in an Asian population. *Chin Clin Oncol.* 2021;10(3):24. <http://dx.doi.org/10.21037/cco-20-3>. PMID:33615798.

614 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA EM PACIENTES GRAVES

IRIS GALDINO UEDA, CIRILO HADDAD SILVEIRA, GUNTHER GIROLDO BADESSA, LEONARDO JOSÉ GABRIELLI VANZATO, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

CET GAAP – HSC – HOSPITAL SÃO CAMILO SANTANA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Há pacientes de cirurgias de grande porte que, por causa de fatores como extremo de idade, doenças preexistentes ou necessidade de suporte terapêutico especializado ou constante risco para a vida, necessitam que o pós-operatório imediato seja realizado em UTI. **Objetivos:** Caracterizar os pacientes atendidos pela equipe de anestesiologia em UTI e avaliar as complicações anestésicas. **Métodos:** Este estudo foi realizado de maneira observacional e transversal no período de julho de 2022 a novembro de 2022 em um hospital particular de grande porte, localizado no município de São Paulo, por meio da avaliação de prontuário dos pacientes internados em UTI. Os critérios de inclusão foram os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos antes ou depois da internação na UTI. Como variáveis deste estudo temos: tempo de internação em UTI, tempo de internação total no hospital, indicação da internação, ASA, especialidade cirúrgica, possíveis complicações e desfecho da internação atual. O tempo de acompanhamento de paciente internado foi estabelecido em 30 dias. **Metodologia estatística:** Utilizamos para análise estatística o teste de qui-quadrado, a correlação de Spearman e o teste de ANOVA. Definimos para este trabalho um nível de significância de 0,05. Todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho foram de 95% de confiança estatística. Realizamos uma estatística descritiva completa dos fatores quantitativos. **Resultados:** 76 pacientes foram estudados, dos quais 31,5% evoluíram com complicações pós-operatórias (pneumonia, 15,8%; arritmias, 9,2%; insuficiência renal aguda, 1,3%; hemorragias, 1,3%; outras infecções, 3,9%) A idade média dos pacientes foi de $59,8 \pm 2,3$ anos; 60,8% apresentaram ASA III e IV; 89,5% possuíam comorbidades e uso regular de medicamentos; 76,3% das anestésias realizadas foram balanceadas; 89,5% tiveram alta hospitalar em 30 dias; 9,2% vieram a óbito. O tempo médio de internação na UTI foi de 9 dias. Os pacientes com complicações pós-operatórias apresentaram maior tempo de internação hospitalar ($p = 0,005$), idade superior e número maior de comorbidades. **Conclusão:** Tendo em vista a gravidade do paciente acometido em UTI, o anestesiologista acaba contribuindo para promover a segurança na assistência médica prestada ao paciente. A identificação de fatores preditivos modificáveis é importante para ser discutida em estudos futuros randomizados.

Palavras-chave: Paciente grave.

REFERÊNCIAS

1. Peden CJ, Moonesinghe SR. Measurement for improvement in anaesthesia and intensive care. Br J Anaesth. 2016;117(2):145-8. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aew105>. PMID:27174101.

616 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA NO PROCESSO CIRÚRGICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

DEBORAH BUSO PICCINALLI MARIETTO, BEATRIZ GONÇALVES MIRON, CIRILO HADDAD SILVEIRA, GUINTHER GIROLDO BADESSA, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

CET GAAP – CUSC – HSC - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO CAMILO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O Instituto Nacional de Câncer relata que o Brasil deverá registrar cerca de 625 mil novos casos de câncer, assim o ato cirúrgico possui finalidade curativa ou paliativa do tumor. O paciente oncológico possui comorbidades e tratamentos adjuvantes, desafiando o anestesiolegista na técnica anestésica e na otimização perioperatória. A avaliação pré-anestésica é definida como processo clínico, permitindo a identificação de possíveis problemas que podem oferecer risco de maior morbidade e mortalidade. Com isso, faz-se necessária uma avaliação pré-anestésica, bem como o aprimoramento do processo anestésico voltado para a população oncológica. **Objetivo:** Analisar o perfil dos pacientes com classificação ASA III, IV e V em relação ao seu desfecho após a realização do procedimento cirúrgico. **Método:** Trata-se de um estudo observacional e transversal no período de julho de 2022 a novembro de 2022 em um hospital filantrópico, especializado em oncologia, no município de São Paulo, possuindo 171 leitos, sendo 10 leitos de UTI e 10 salas cirúrgicas. Os dados coletados foram inseridos em uma planilha de Excel por meio de avaliação do prontuário dos pacientes. Como variáveis deste estudo temos: tempo de internação em UTI, tempo de internação total no hospital, classificação ASA, possíveis complicações e desfecho da internação atual. **Resultados e discussão:** No período de julho a novembro de 2022, tivemos 59 pacientes que entraram no critério de inclusão deste trabalho. Na classificação ASA III, tivemos 55 pacientes, com 52 altas hospitalares e 3 óbitos. No ASA IV, tivemos 3 pacientes, todos com alta hospitalar. No ASA V, tivemos apenas um caso, o qual acabou evoluindo a óbito no período de internação referente ao procedimento cirúrgico. Em relação ao destino do paciente, na classificação ASA III, tivemos 46 (93,88%) pacientes da sala operatória para a RPA e 9 (6,22%) pacientes tiveram como destino a UTI. Na classificação ASA IV, foram 3 (100%) pacientes que tiveram como destino a RPA. E no ASA V, tivemos 1 (100%) paciente que teve como destino a UTI. **Considerações finais:** Mediante os resultados, considerando a gravidade dos pacientes oncológicos, houve desfecho favorável por causa da avaliação pré-anestésica que visa à otimização dos recursos da instituição de saúde. Nota-se a preocupação em relação à segurança do paciente e justificativa da necessidade de atuação efetiva do anestesiolegista fora do ambiente do centro cirúrgico.

Palavras-chave: Avaliação pré-anestésica, oncologia, anestesiologia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa de 2023: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
2. Soares JJ NO. Medicina perioperatória em oncologia: papel do anestesiolegista no controle da morbidade cirúrgica. Rev Bras Cancerol. 2004;50(3):261-7. <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n3.2034>.

617 **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA RABDOMIÓLISE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA: RELATO DE CASO**

ANDRESSA GUIMARÃES GUERRA, ANDRÉ AUGUSTO CARAZZATTO DE SIENI, FLAVIO COELHO BARROSO, PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO – CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Rabdomiólise é uma síndrome grave caracterizada pela lise da musculatura esquelética com liberação de constituintes musculares na circulação, levando a um quadro clínico multissistêmico e lesão renal aguda (LRA). De origem multifatorial, são fatores preditivos: diabetes, obesidade, hipertensão arterial, ASA III ou IV, tempo cirúrgico prolongado e posicionamento inadequado. **Relato do caso:** A.S.M., 48 anos, masculino, negro, IMC 48,4 kg/m², ASA III E, vítima de trauma automobilístico, deu entrada no serviço de emergência com fratura de platô tibial e acetábulo direito. Em sala cirúrgica, paciente se apresentava pálido, com sudorese, taquicárdico, hipotenso e importante sangramento no membro referido. Foi realizada fixação externa transarticular sob anestesia geral balanceada, com indução anestésica em sequência rápida com fentanil, propofol e rocurônio. Houve manutenção com sevoflurano, e tempo cirúrgico foi de 4 horas. Ao término da cirurgia, o paciente estava em estado grave, intubado, instável hemodinamicamente em uso de solução de noradrenalina, com observação de taquicardia e alargamento do complexo QRS, onda T apiculada e achatamento da onda P, hipercalemia severa com acidose metabólica. Foi levantada hipótese diagnóstica de rabdomiólise e foi instituído tratamento com reposição volêmica, gluconato de cálcio, solução polarizante, agonista beta-2 inalatório, furosemida e bicarbonato de sódio. Paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e foi transferido para UTI para continuidade terapêutica. **Discussão:** Rabdomiólise é passível de ocorrer inclusive no pós-operatório. Neste relato, observamos fatores de risco, como obesidade, trauma de grande impacto e tempo cirúrgico prolongado, e sinais clínicos, como oligúria e hematúria. A confirmação diagnóstica se deu com a elevação da creatina quinase plasmática para 19.590 U/L, padrão-ouro para diagnóstico laboratorial. A azotemia é prevenida primariamente com ressuscitação volêmica guiada por metas no intuito de manter o débito urinário entre 1,5 e 2 mL/kg/h, associada à furosemida e bicarbonato de sódio para alcalinização urinária. Estudos são controversos quanto à alcalinização urinária e uso de manitol por não melhorar a incidência de LRA, e o uso de diuréticos de alça tem fraca recomendação e baixa qualidade de evidência científica. Este relato de caso afirma a importância do anestesiolegista em saber identificar sinais clínicos e fatores de riscos envolvidos na fisiopatologia da rabdomiólise pós-operatória, assim como a importância do diagnóstico e atuação precoce a esses pacientes.

Palavras-chave: Rabdomiólise pós-operatória, anestesiologia, manejo precoce.

REFERÊNCIAS

1. Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Ochsner J.* 2015;15(1):58-69. PMID:25829882.
2. Ankichetty S, Angle P, Margarido C, Halpern SH. Case report: Rhabdomyolysis In morbidly obese patients: anesthetic considerations. *Can J Anaesth.* 2013;60(3):290-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-012-9823-4>. PMID:23161100.

618 MANEJO ANESTÉSICO DE RUPTURA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA EXTERNA DECORRENTE DE NEUROFIBROMATOSE TIPO I

CINTIA LEONOR MALTA OLIVEIRA, ISABELLA CRISTINA FIGUEIREDO, LEONARDO DE QUEIROZ GOMES BELLIGOLI, MARINA VALADAO CAMARGOS

COMPLEXO DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS, DIVINÓPOLIS, MG, BRASIL

Introdução: A neurofibromatose tipo I (NFI) é uma doença autossômica dominante, com incidência de 1:3.500 nascidos vivos e apresenta manifestações que podem afetar múltiplos órgãos e sistemas. Entre elas encontram-se: manchas café com leite, neurofibromas, anormalidades esqueléticas, neoplasias de sistema nervoso central e vasculopatias. Entre as vasculopatias, as mais comuns são aneurismas e malformações de artérias renal, aórtica, vertebral e carótida. Os anesthesiologistas devem estar cientes e considerar as complicações multissistêmicas do distúrbio ao manejar pacientes com NFI em procedimentos cirúrgicos. **Relato de caso:** Paciente de 35 anos, sexo feminino, portadora de NFI, apresentou quadro de abaulamento cervical à esquerda, de crescimento súbito, ocasionando compressão de vias aéreas. Paciente foi então submetida à cervicotomia exploratória, optando-se por indução em sequência rápida com uso de fentanil 200 mcg, sufentanil 10 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 120 mg e rocurônio 50 mg. Foi possível efetuar ventilação sob máscara facial, e, após saturação periférica satisfatória, a paciente foi submetida à laringoscopia, visualizando-se volumoso hematoma em orofaringe à esquerda, sem sinais de sangramento ativo. Paciente foi então submetida à IOT com tubo aramado 7,0. Durante a cervicotomia exploratória, foi identificado hematoma extenso causado pela ruptura de aneurisma de carótida externa secundário à displasia arterial fibromuscular decorrente da NFI. A cirurgia ocorreu sem intercorrências. Ao final do procedimento, optou-se por extubação pelo risco de reexpansão de hematoma e compressão de via aérea por causa da ventilação com pressão positiva. **Discussão:** O manejo anestésico seguro de pacientes com NFI envolve compreensão da fisiopatologia e manifestações clínicas da doença. Lesões cervicais volumosas estão associadas à maior probabilidade de via aérea difícil e repercussões ventilatórias, levando à hipoxemia grave e PCR. A intubação orotraqueal após indução anestésica em sequência rápida foi possível em virtude da visualização de hematoma sem sinais de sangramento ativo, o que permitiu a inserção do tubo orotraqueal em luz traqueal desviada lateralmente. Da mesma forma, na impossibilidade de intubação e ventilação, a paciente poderia ter o bloqueio neuromuscular revertido com uso de sugamadex. É indispensável, portanto, o planejamento pré-operatório pormenorizado para alcançar desfechos positivos como no caso relatado.

Palavras-chave: Neurofibromatose, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Korf BR, Lobbous M, Metrock LK. Neurofibromatosis type 1 (NF1): pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 28]. Disponível em: www.uptodate.com/contents/neurofibromatosis-type-1-nf1-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis

619 MANEJO DE PACIENTES SUBMETIDOS A BLOQUEIOS OFTÁLMICOS EM USO DE DUPLA ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

PAULA DE LIMA ANTONIAZZI, ANDERSON JOSÉ GONÇALVES, CLOVIS TADEU BUENO DA COSTA, EDUARDO HELFENSTEIN, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO

CET CLÍNICA DE ANEST. RIBEIRÃO PRETO – CARP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A vitrectomia pars plana (VPP) é uma cirurgia utilizada para o tratamento de diferentes doenças retinianas. Reparos de vitrectomia requerem anestesia do segmento posterior e acinesia do olho. Assim, um bloqueio subtenoniano, retrobulbar ou peribulbar se faz apropriado. Ressalta-se que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia oftalmológica apresenta idade avançada e faz uso contínuo de medicações, incluindo anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. A descontinuidade de tais medicamentos previamente à cirurgia pode ocasionar eventos tromboembólicos com sérias consequências. **Relato de caso:** Paciente A.F.F., 75 anos, sexo masculino, ASA III, hipertenso, em uso de dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel por IAM e necessidade de colocação de stent cardíaco há 9 meses, foi submetido à VPP de urgência e optou-se pela não suspensão da dupla antiagregação conforme orientação cardiológica. O procedimento foi realizado sob sedação com alfentanil 200 mcg, propofol 60 mg associado a bloqueio peribulbar com hialuronidase e ropivacaína a 1%, sem intercorrências perioperatórias. **Discussão:** Cirurgias oftalmológicas são mais frequentes na população idosa, na qual se observa também uma maior prevalência de doenças cardiovasculares. Dessa forma, é comum encontrarmos nessa população pacientes com necessidade de procedimentos oftalmológicos em uso concomitante de terapias antitrombóticas. Apesar de existir o risco teórico de hemorragias retro-orbitárias após bloqueios oftalmológicos em pacientes que usam tais medicações, a última atualização da diretriz de anestesia regional em uso de anticoagulantes recomenda a manutenção desses fármacos para cirurgias de urgência e reprogramação do procedimento com terapia ponte para cirurgias eletivas.

Palavras-chave: Bloqueio peribulbar, antiagregação plaquetária, manejo.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca NM, Pontes JPJ, Perez MV, Alves RR, Fonseca GG. SBA 2020: atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulante. Braz J Anesthesiol. 2020;70(4):364-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.006>. PMID:32660771.
2. Bonhomme F, Hafezi F, Boehlen F, Habre W. Management of antithrombotic therapies in patients scheduled for eye surgery. Eur J Anaesthesiol. 2013;30(8):449-54. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e328360c442>. PMID:23698703.

621 RELAÇÃO ENTRE ÁCIDO TRANEXÂMICO E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UM RELATO CLÍNICO

CLEONICE ALVES DA SILVA, FABRICIO GOMES DA SILVA, ITALO MESQUITA SIMÃO, LETICIA AVILA DE SOUZA, MARIANA OLIVEIRA FERREIRA

SANTA CASA DE ALFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL

Introdução: O ácido tranexâmico (AT) é um conhecido agente antifibrinolítico, análogo à lisina, capaz de inibir a ativação do plasminogênio e fibrinólise^{1,2}. Descoberto em 1962, tem sido usado clinicamente em cirurgias com grande potencial de sangramento, metrorragia, extração dentária e, mais recentemente, em melasma.^{1,2} É uma medicação exaustivamente estudada, com várias vias de administração, classificada como medicamento de baixo risco e altamente seguro^{1,2}. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 58 anos, portador de câncer renal com metástase em T7 e T8, invasão do canal e compressão medular, ASA II, veio ao centro cirúrgico para realizar cirurgia de artrodese de coluna torácica para descompressão medular. Em sala cirúrgica, foi realizada punção de acessos, com monitorização de pressão arterial invasiva e de atividade encefálica com índice bispectral (BIS). Fez-se indução anestésica por via venosa (propofol 3,5 mg/kg/h + remifentanil 0,15 mcg/kg/min), com dose de ataque de AT (1.000 mg). O intraoperatório foi sem intercorrências, e o paciente manteve variação dos sinais vitais dentro da normalidade. Na sala de recuperação pós-anestésica, o paciente apresentou queda de saturação súbita associada à dor torácica tipicamente anginosa. Foi ofertado oxigênio em máscara facial, expansão volêmica e uso de vasopressor para hipotensão, com realização de eletrocardiograma (ECG) e coleta de exames laboratoriais com enzimas cardíacas. O ECG evidenciou supradesnivelamento de segmento ST em parede inferior, havendo contato imediato com a unidade coronariana sobre o caso. Houve a necessidade de cateterismo de urgência por causa de várias lesões em artéria coronariana direita, tronco da artéria coronária esquerda, artéria circunflexa, ramo intermédio e artéria descendente anterior. Em razão da gravidade do caso, optou-se por angioplastia em caráter de emergência com implante de stent farmacológico (Resolute Onyx). Paciente manteve-se estável, relatou melhora completa da dor e continuou em monitorização com dupla agregação plaquetária. **Discussão:** Conforme a literatura, a eficácia e a segurança do uso de ácido tranexâmico em cirurgias com alto risco de sangramento são mantidas, principalmente no que tange à diminuição de mortes por hemorragia. Porém, ainda faltam estudos para determinar o potencial da medicação para eventos tromboembólicos.

Palavras-chave: Ácido tranexâmico, tromboembolismo, parada cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

1. Franchini M, Mannucci PM. The never ending success story of tranexamic acid in acquired bleeding. Haematologica. [Internet]. 2020 [citado em 2022 Dez 3];105(5):1201-1205. Disponível em: <https://www.qxmd.com/r/32336684>
2. Pinto MA, Silva JG, Chedid AD, Chedid MF. Uso de ácido tranexâmico no trauma: uma análise de custo-efetividade para o uso no Brasil. ABCD Arq Bras Cir Dig . 2016;29(4):282-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6720201600040017>.

624 DIMINUINDO AS NOTIFICAÇÕES DE ALARMES INCONSISTENTES: UM ENSAIO CLÍNICO-PRAGMÁTICO EM UMA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

SAULLO QUEIROZ SILVEIRA, FERNANDO NARDY BELLICIERI, LEONARDO BARBOSA SANTOS, LEOPOLDO MUNIZ DA SILVA, RAFAEL SOUZA FAVA NERSESSIAN

REDE D'OR HOSPITAL SÃO LUIZ ITAIM, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Alarmes clínicos de monitores multiparamétricos devem alertar o profissional de que algo está fora do normal e direcioná-lo para uma ação imediata. Apesar disso, os alarmes clínicos podem, muitas vezes, soar para informações falsas ou inconsistentes. Entre as consequências desse fato, destaca-se um fenômeno conhecido como "fadiga de alarmes". Este é identificado quando um grande número de alarmes encobre aqueles clinicamente significativos, com prejuízo à segurança dos pacientes. O objetivo deste estudo foi medir a magnitude do efeito de um protocolo de parametrização individualizada de monitores em reduzir alarmes inconsistentes na unidade de recuperação pós-anestésica (RPA). **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico-pragmático cujo desfecho foi avaliado antes (P1) e depois (P2) da intervenção sobre customização de configurações de alarmes em monitores de beira de leito na admissão na RPA e de acordo com a condição clínica dos pacientes. Os alarmes de frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio foram classificados quanto à consistência clínica. **Resultados:** Foram incluídos 260 pacientes e coletados 344 alarmes clínicos, sendo 270 (78,4%) em P1 e 74 (21,5%) em P2. Dos 270 em P1, 45,18% foram considerados inconsistentes; dos 74 em P2, 9,45% eram inconsistentes. Pacientes com alarmes consistentes ocorreram em 30% no P1 e em 27% no P2 ($p = 0,08$). Pacientes com alarmes inconsistentes ocorreram em 25,38% no P1 e em 3,85% no P2. Em P2, os alarmes consistentes ignorados foram reduzidos de 21,5% para 2,56% ($p = 0,004$). P2 foi um fator de proteção para o alarme clínico inconsistente (OR = 0,11; IC 95% 0,04-0,3; $p < 0,001$) após ajustes para idade, sexo e classificação ASA-PS. **Conclusão:** Individualizar a parametrização de alarmes na admissão na RPA mostrou-se fator protetor para ocorrência de alarmes inconsistentes dos monitores multiparamétricos, contribuindo para a redução da fadiga de alarmes e agregando valor aos alarmes consistentes, tornando o processo de RPA mais seguro.

Palavras-chave: Alarmes clínicos, individualização do cuidado, monitores multiparamétricos.

REFERÊNCIAS

1. Jämsä JO, Uutela KH, Tapper A, Lehtonen L. Clinical alarms and alarm fatigue in a University Hospital Emergency Department: A retrospective data analysis. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2021;65(7):979-85. <http://dx.doi.org/10.1111/aas.13824>. PMID:33786815.
2. Hu X, Sapo M, Nenov V, et al. Predictive combinations of monitor alarms preceding in-hospital code blue events. *J Biomed Inform.* 2012;45(5):913-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2012.03.001>. PMID:22465785.

625 ANESTESIA PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO PRÉ-NATAL DE MIELOMENINGOCELE: UM RELATO DE CASO

ISABELLA FONTES DE SANTANA LINS, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO, LEUSI MAGDA ROMANO ANDRAUS, ORLANDIRA COSTA ARAUJO, SAMANTA AUGUSTO LEMES

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A mielomeningocele consiste na forma mais grave de espinha bífida, caracterizada pela protrusão da medula e das meninges por meio de um defeito na coluna vertebral. Seu tratamento pode ser realizado no pré-natal, por intermédio da correção do defeito por cirurgia fetal intrauterina. A abordagem a “céu aberto”, considerada padrão-ouro, inclui uma laparotomia materna, seguida de histerotomia para tratamento da deformidade. Atualmente, entretanto, técnicas minimamente invasivas, como o acesso por fetoscopia, tornam-se promissoras, permitindo um manejo anestésico mais seguro e menos invasivo, minimizando os riscos materno-fetais decorrentes da exposição aos agentes anestésicos. **Relato de caso:** Paciente de 31 anos, ASA II, G3P1A1, com 26 semanas gestacionais, submetida à fetoscopia percutânea para correção intrauterina de mielomeningocele. Optou-se por anestesia geral em sequência rápida, sendo realizada monitorização contínua com cardioscópio, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva. Foi mantida anestesia com infusão alvo-controlada de propofol e remifentanil associada à inalatória com sevoflurano 2%, garantindo hipnose e analgesia materno-fetal. O relaxamento muscular materno foi alcançado com rocurônio e tocólise com indometacina 50 mg a cada 12 horas no pré-operatório. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, e a paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica. A analgesia pós-operatória foi assegurada com dipirona 2 g e bloqueio do plano transversal do abdome com ropivacaína 0,2%. Com 34 semanas gestacionais, realizou-se cesariana por ruptura prematura de membranas, com neonato do sexo masculino, 1.470 g, Apgar 9/10, sem sequelas aparentes, apenas com cicatriz no local do procedimento. **Discussão:** Os pilares da anestesia para cirurgia fetal são a manutenção do fluxo sanguíneo uteroplacentário, por meio de uma pressão arterial sistólica materna adequada, e o relaxamento uterino, garantindo condições ideais para a cirurgia. No presente caso, o uso do sevoflurano, além de minimizar o risco de consciência intraoperatória, proporcionou uma depressão da contratilidade miométrica uterina, facilitando a técnica cirúrgica. Além disso, o desenvolvimento de técnicas menos invasivas, como a fetoscopia, cujo estímulo doloroso é consideravelmente menor, permitiu que fossem aplicadas técnicas anestésicas menos invasivas, diminuindo complicações e consumo de anestésicos e reduzindo dor pós-operatória, fator de risco importante para contrações uterinas e parto prematuro.

Palavras-chave: Cirurgia fetal, mielomeningocele.

REFERÊNCIAS

1. Kabagambe SK, Jensen GW, Chen YJ, Vanover MA, Farmer DL. Fetal surgery for myelomeningocele: a systematic review and meta-analysis of outcomes in fetoscopic versus open repair. *Fetal Diagn Ther.* 2018;43(3):161-74. <http://dx.doi.org/10.1159/000479505>. PMID:28910784.
2. Sviggum HP, Kodali BS. Maternal anesthesia for fetal surgery. *Clin Perinatol.* 2013;40(3):413-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.05.012>. PMID:23972748.

627 RAQUIANESTESIA CONTÍNUA EM IDOSO SUBMETIDO À PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL DIREITO: RELATO DE CASO

ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, BRUNO OLIVEIRA ARAUJO ROSAS, FERNANDA ANDRADE SOARES DA SILVA, MATHEUS SAMPAIO MATOS, RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES

CET HOSPITAL REGIONAL DO GAMA – HRG - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Em cirurgias em que o controle hemodinâmico estrito é ponto crítico para redução de morbimortalidade, faz-se necessário lançar mão de técnica anestésica direcionada que promova bom perfil hemodinâmico, bem como analgesia no pós-operatório. Neste cenário, a raquianestesia contínua (RAC) proporciona excelente condição cirúrgica, usando baixas doses de anestésico local. **Relato de caso:** Sexo masculino, 93 anos, 60 kg, IMC de 25 kg/m², hipertenso, candidato à artroplastia total de quadril por causa de fratura de colo de fêmur direito. Na avaliação pré-operatória, constataram-se BRE e sobrecarga ventricular esquerda no ECG, bem como sinais de cardiopatia hipertensiva no ecocardiograma. Foi levado ao centro cirúrgico, hemodinamicamente estável. Foi monitorizado com ECG, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva (PA de 140X85 mmHg, FC de 68 bpm, SpO₂ de 96%), venóclise cateter 18, sedado com midazolam 2 mg, fentanil 60 mcg e cetamina 10 mg, mantendo boa saturação periférica com cateter nasal a 2 l/min, PAI em artéria radial esquerda. Foi submetido à raquianestesia contínua, via mediana, L3-L4, com agulha Tuohy 16G e passagem de cateter 16G, com a injeção de 6 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5% e morfina 60 mcg. A cirurgia teve duração de 137 minutos, com perda sanguínea estimada de 350 mL, não sendo necessário repique de anestésico local. Foi verificada completa estabilidade hemodinâmica (PAM > 70 mmHg; FC de 68-89 bpm, SpO₂ de 97%), sem necessidade de vasopressor no intraoperatório, reposição volêmica com cristaloides totalizando 1.000 mL. Paciente teve pós-operatório em UTI, apresentando controle algíco satisfatório no POI. **Discussão:** A RAC mostra-se uma técnica anestésica alternativa atraente quando utilizada em cirurgias de médio a grande porte em pacientes críticos/limitrofes, nos quais grandes repercussões hemodinâmicas podem ser deletérias, aumentando a morbimortalidade. Esta técnica permite titulação de anestésico local e manejo direcionado, proporcionando maior estabilidade hemodinâmica no intraoperatório, se comparada a outros bloqueios de neuroeixo (raquianestesia simples e peridural). Além disso, evitam-se as alterações hemodinâmicas derivadas da indução, intubação e manutenção da anestesia geral. No relato de caso em questão, usou-se um macrocateter 16G (por indisponibilidade de cateter intermediário no serviço), não sendo registradas complicações neurológicas. Vale ressaltar, todavia, a preferência por cateter intermediário para realização de tal técnica, reduzindo a incidência de tais complicações.

Palavras-chave: Raquianestesia contínua.

REFERÊNCIAS

1. Pitombo PF, Moura R, Miranda R. Raquianestesia contínua em paciente submetido à gastrectomia parcial: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2009;59(4):481-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000400011>. PMID:19669023.
2. López MM, Guasch E, Schiraldi R, Maggi G, Alonso E, Gilsanz F. Raquianestesia contínua com monitoração hemodinâmica minimamente invasiva para cirurgia de reparação do quadril em dois pacientes com estenose aórtica grave. Rev Bras Anesthesiol. 2016;66(1):82-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.010>.

628 MANEJO ANESTÉSICO DE CIRURGIA CITORREDUTORA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA POR ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE APÊNDICE

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, ANNY SUGISAWA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Os tumores primários de apêndice são raros. A cirurgia citorredutora associada à quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) configura-se como alternativa terapêutica de escolha nesses casos por aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes¹. O procedimento é constituído por fase citorredutora e fase quimioterápica hipertérmica. A hipertermia possibilita maior eficácia do tratamento. Entretanto, durante a fase HIPEC, ocorre importante aumento da demanda metabólica, ocasionando aumento do consumo de oxigênio, da frequência cardíaca, da fração expirada de CO₂, da lactatemia e da acidose metabólica¹, constituindo-se em um manejo desafiador durante o intraoperatório. Sendo assim, deve-se avaliar os critérios de elegibilidade para o procedimento. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 43 anos, IMC 23 kg/m², ASA II, em programação de cirurgia citorredutora associada à HIPEC por adenocarcinoma mucinoso de apêndice, diagnosticado após realização de apendicectomia. Optou-se por realizar anestesia geral venosa total associada à anestesia peridural torácica. A monitorização intraoperatória foi realizada com termômetro esofágico, PAM, oximetria de pulso, cuffômetro, fração expirada de CO₂ e demais parâmetros de monitorização hemodinâmica (VVS, PVC e VPP). A fase citorredutora do procedimento durou 6 horas, na qual se optou por reposição volêmica agressiva com 20 mL/kg/h de cristaloides e 150 mL de albumina, guiada por monitorização hemodinâmica, além da correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. A fase da quimioterapia hipertérmica durou 90 minutos. Durante esse período, a paciente apresentou rápida elevação de temperatura, assim como da pressão de via aérea e da fração expirada de CO₂. Foram realizadas medidas de resfriamento para manutenção de temperatura esofágica entre 37,6-37,8°C. Ao término do procedimento, a paciente foi encaminhada à UTI em ventilação mecânica, sendo extubada após 24 horas. Manteve-se analgesia controlada em cateter peridural. Paciente recebeu alta após duas semanas. **Discussão:** O manejo perioperatório da cirurgia citorredutora com HIPEC se mostra desafiador, sendo essencial a adequada monitorização e manutenção da homeostasia do paciente. Avaliar criteriosamente as condições clínicas e os parâmetros de resposta à infusão de fluidos e manter o paciente em normotermia ao longo de todo o procedimento é aspecto essencial para obtenção de melhores desfechos no pós-operatório.

Palavras-chave: Anestesia, anestesia venosa, quimioterapia hipertérmica.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro PJD, Muzi CD. Cirurgia Citorredutora com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica em Pacientes com Adenocarcinoma Mucinoso de Apêndice: série de 43 casos. Revista Brasileira de Cancerologia, 68(1):e-241696. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1696>.

630 ANESTESIA MULTIMODAL PARA DESCOMPRESSÃO DE NERVO FIBULAR COMUM VISANDO À MOVIMENTAÇÃO PRECOCE: RELATO DE CASO

GUILHERME BRAZAO, ANA PAULA SULIANO BRITO, GABRIELA DIAS CAVALCANTI, MAYKON LUIS SANTINI, RONALDO ANTONIO DA SILVA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A anestesia multimodal tem como objetivo diminuir o consumo de opioides no intraoperatório e controlar a dor pós-operatória por meio de diferentes mecanismos que atuam na modulação da dor a curto e longo prazo. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 14 anos, 61 kg e 162 cm, com diagnóstico inicial de tumor intraósseo raro, adamantinoma, em tíbia esquerda, com intervenção cirúrgica prévia pela técnica de frozen e posteriormente com tibialização da fíbula esquerda. Apresentou neste momento acometimento do nervo fibular comum com perda de força e sensibilidade dos músculos do compartimento anterior da perna. Foi internada de caráter eletivo para descompressão de nervo, objetivando avaliar o retorno do movimento e sensibilidade no pós-operatório imediato. Optou-se por anestesia geral com indução anestésica com cetamina 30 mg, sulfato de magnésio 2 g, metadona 6 mg, lidocaína 60 mg, propofol 150 mg e fentanil 100 mcg, com passagem de máscara laríngea n° 4. Não foi utilizado bloqueador neuromuscular. Foi mantida durante o ato cirúrgico com remifentanil e propofol guiado pela monitorização cerebral de consciência e nocicepção, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, temperatura, cardioscopia, capnografia e analisador de gases. Foram utilizados como adjuvantes: dipirona 2 g, ondansetrona 8 mg, parecoxibe 40 mg, clonidina 60 µg, dexametasona 10 mg e cefazolina 2 g. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. Ocorreu desacoplamento da máscara laríngea e respiração espontânea de forma precoce, assim como orientação em tempo e espaço. Fez-se encaminhamento para recuperação pós-anestésica, a qual foi avaliada em conjunto com a equipe da ortopedia. Apresentou retorno parcial da movimentação e sensibilidade do nervo fibular comum 10 minutos após término da anestesia geral, com ausência de dor pós-operatória, não necessitando de opioides de resgate. **Discussão:** Tendo em vista que a avaliação da movimentação precoce era um dos principais determinantes para o sucesso da anestesia, bloqueio de neuroeixo ou bloqueio de nervo periférico não seria nesta situação a técnica de escolha, visto que, apesar de poder levar a uma analgesia adequada no pós-operatório, acarretaria uma avaliação motora tardia. A analgesia venosa multimodal é uma técnica que pode levar a uma analgesia adequada no pós-operatório, diminuindo os efeitos colaterais de opioides, permitindo retorno da consciência motora de forma rápida e com pouca repercussão hemodinâmica e respiratória.

Palavras-chave: Descompressão cirúrgica, analgesia, dor.

REFERÊNCIAS

1. Eziliano MS, da Silva AD, Lourenço AM, et al. Estratégias de analgesia multimodal no manejo da dor aguda em adultos na emergência. Revista Eletrônica Acervo Científico. 2021;31:e7963. <http://dx.doi.org/10.25248/reac.e7963.2021>.
2. Midega TD, Chaves RCF, Ashihara C, et al. Ketamine use in critically ill patients: a narrative review. Uso de cetamina em pacientes críticos: uma revisão narrativa. Rev Bras Ter Intensiva. 2022;34(2):287-94. PMID:35946660.

631 BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-CESARIANA SEM USO DE OPIOIDE

MATHEUS SAMPAIO MATOS, ANGELICA DOS SANTOS SANTOS, ELIALBA DE FARIAS CASCUDO, MARCELO CARNEIRO DA SILVA, RAYANNE TOJAL DE CARVALHO GOMES

CET HOSPITAL REGIONAL DO GAMA – HRG - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Cesariana é mais realizada sob raquianestesia, sendo os opioides intratecais frequentemente usados para fornecer analgesia pós-operatória. No entanto, seu uso pode trazer mais efeitos adversos quando comparado aos bloqueios periféricos. Este relato apresenta um caso de uma gestante com histórico de prurido intenso no pós-operatório em cesarianas prévias, realizadas sob raquianestesia com bupivacaína hiperbárica e morfina. Optou-se pela raquianestesia sem opioide, seguida por bloqueio do plano eretor da espinha ao final da cirurgia. **Relato de caso:** Gestante, G3PC2A0, 28 anos, 39 semanas, 56 kg, negou alergia e uso de medicações, sem comorbidades e jejum adequado. Foi indicada cesariana por causa de iteratividade e bolsa rota. Relatou prurido intenso no pós-operatório das duas cesáreas prévias. Paciente foi monitorizada, com venoclise com abocath 18 em membro superior esquerdo. Paciente foi sentada para realização de raquianestesia entre L3-L4 com agulha Whitacre 27G, punção mediana, única, com injeção de 12,5 mg de bupivacaína hiperbárica 0,5% no espaço subaracnóideo. Alcançou-se bloqueio sensitivo a nível de T4 após 10 minutos. Foram administrados 2 g de dipirona e 40 mg de parecoxibe. Apresentou saturação periférica > 97% em ar ambiente e pressão arterial média > 75 mmHg no transoperatório. Ao final do procedimento, foi realizado bloqueio do plano eretor da espinha, guiado por ultrassonografia, a nível de T9, com 20 mL de ropivacaína 0,2% bilateralmente. Não houve necessidade de medicação analgésica na sala de recuperação. Paciente foi reavaliada 6 horas, 24 horas e 48 horas após, sem relato de prurido e dor. Estava em uso de dipirona 1 g, de 6/6 horas, sem queixas e sem necessidade de drogas de resgate até a alta. **Discussão:** A administração de morfina intratecal é frequentemente utilizada na raquianestesia para fornecer analgesia no pós-operatório, mas seu uso também está relacionado ao aumento de efeitos colaterais, principalmente retenção urinária e prurido. Assim, os bloqueios periféricos vêm se tornando frequentes, com o intuito de fornecer analgesia e limitar os efeitos colaterais. O bloqueio do plano eretor da espinha se mostrou efetivo para analgesia pós-operatória, limitando o consumo dos opioides.

Palavras-chave: Analgesia pós-operatória, cesariana, bloqueio do plano eretor da espinha.

REFERÊNCIAS

1. Malawat A, Verma K, Jethava D, Jethava DD. Erector spinae plane block and transversus abdominis plane block for postoperative analgesia in cesarean section: a prospective randomized comparative study. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2020 Apr-Jun;36(2):201-206. https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_116_19.

632 AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE AGITAÇÃO PARADOXAL APÓS ADMINISTRAÇÃO VENOSA DE MIDAZOLAM EM IDOSOS SUBMETIDOS AOS PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOSÉ DIEGO DOS SANTOS PEREIRA, MAÍRA ESPÍNDOLA SILVA DE MELO, ROBERTA GISELE CORDEIRO DE LIMA

CET MARIA AUXILIADORA MARTINS V. DA ROCHA - HOSPITAL SEDE: HOSP. REG. DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA, CARUARU, PE, BRASIL

Introdução: O midazolam é amplamente utilizado na prática clínica da sedação, pois apresenta propriedades sedativas, ansiolíticas e amnésicas. É útil na sedação pré-anestésica e em procedimentos curtos, já que apresenta ampla margem de segurança e baixa incidência de efeitos colaterais. Uma porcentagem de pacientes pode apresentar efeitos colaterais caracterizados por excitação, agressividade, verborreia e agitação psicomotora, o que é denominado reações paradoxais. Estudos realizados acerca desses efeitos apontam os idosos como o grupo de maior risco. **Objetivos:** O estudo teve como objetivo geral identificar a incidência de reações paradoxais em idosos após administração de midazolam, quando submetidos a procedimentos em laboratório de hemodinâmica. Além disso, objetivou-se traçar o perfil dos pacientes que apresentam reações paradoxais, identificar qual o manejo de eleição diante das reações paradoxais e sensibilizar os anestesiológicos para a identificação desses sintomas. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo observacional. Foram incluídos pacientes com 60 anos de idade ou mais, classificados como ASA I-III, submetidos a procedimentos hemodinâmicos. Foram excluídos pacientes classificados como ASA > III, em uso agudo ou crônico de qualquer substância alteradora do estado de consciência e/ou com antecedentes de doenças psiquiátricas. A dose de midazolam utilizada e sua associação ou não com outras drogas foram de livre escolha do anestesiológico responsável. Foram registrados o nível de sedação, a necessidade de repiques, a incidência e tipos de reações paradoxais e o manejo dessas reações. **Resultados:** Foram elegíveis 36 idosos. O midazolam foi administrado em doses médias de 1,58 mg. Todos os idosos foram submetidos à associação desta droga com o opioide fentanil. A incidência de reação paradoxal na amostra avaliada foi de 5,6%. Nos pacientes acometidos, foram detectadas ansiedade e verborreia. Não houve associação significativa entre o evento de reação paradoxal e as variáveis faixa etária ($\chi^2 = 4,235$; $p = 0,105$), sexo ($\chi^2 = 1,348$; $p = 0,511$) e dose de midazolam ($\chi^2 = 0,193$; $p = 1,000$). **Conclusões:** Em conformidade com estudos anteriores, os pacientes acometidos foram idosos do sexo masculino. Apesar disso, não houve associação significativa entre o evento e as variáveis citadas. O cálculo de incidência presente neste estudo pode servir como ferramenta de conhecimento ao anestesiológico e otimizar o reconhecimento das chamadas reações paradoxais.

Palavras-chave: Idosos, midazolam, reações paradoxais.

REFERÊNCIAS

1. Estefó M, Ojeda D, Cisternas P, Arraño N, Zanetta H. Factores de riesgo de reacción paradójica asociadas a sedación endovenosa com midazolam. Rev Med Chil. 2021;149:237-41. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000200237>.
2. Robin C, Trieger N. Paradoxical reactions to benzodiazepines in intravenous sedation: a report of 2 cases and review of the literature. Anesth Prog. 2002;49(4):128-32. PMID:12779114.

633 SPINAL ANESTHESIA FOR BILATERAL INGUINAL HERNIA REPAIR IN 3 MONTH CHILD WITH CONGENITAL HEART DISEASE AND PULMONARY HYPOPLASIA: CASE REPORT

BRUNO CAMPOSTRINI SILY, ANTONIO JOSÉ GONÇALVES E LEAL, LETICIA FRANÇA ROCHA, PABLO BRAGA GUSMAN, VICTOR EMANUEL PUPPIN PINTO

HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA, ES, BRASIL

Background: To report a case of spinal anesthesia for bilateral inguinal hernia repair in a 3 month child with interventricular communication, pulmonary hypoplasia and omphalocele. **Case report:** 3 month male child was born with a perimembranous interventricular communication (3mm), pulmonary hypoplasia and omphalocele. The treatment of omphalocele was conservative because of the high mechanical ventilation pressures requirements at born. The patient was weighing 4.1kg, dependent on nasal catheter oxygen and therapy for heart failure with high dose of diuretics. Nasoenteral midazolam 0.25 mg.kg⁻¹ was administered as premedication 40 minutes before surgery, preceded by a 6 hour fast for milk formula and a 2 hour for water. Venous access was performed and intravenous dexmedetomidine 0.5 mg.kg⁻¹ for sedation was infused. Spinal anesthesia was performed with hyperbaric bupivacaine 0.8 mg.kg⁻¹ plus fentanyl 1mcg.kg⁻¹. A 10% fall in heart rate was observed without changes in mean arterial pressure after the blockade, and atropine 20mcg.kg⁻¹ was administered. Nasal oxygen catheter was maintained during the procedure and continuous infusion of 2.5% glycopyhsiological solution. The bilateral inguinal hernia repair lasted 90 minutes, requiring a dose of fentanyl 1mcg.kg⁻¹ and dexmedetomidine 0.25mcg.kg⁻¹ in the last 15 minutes due to discomfort and motor blockade termination. At the end the patient was referred to the intensive care unit awake, hemodynamically stable, and remained without need of other interventions for next 48 hours. **Discussion:** Studies shows that spinal anesthesia has been consolidated as an efficient and safe technique in the neonatal period. Neurotoxicity it is a concerns of this anesthetic technique, a good tolerance of spinal anesthesia was observed in this group of patients, with low incidence of complications. C. Sola et al evaluated regional cerebral oxygenation in a cohort of children submitted to spinal anesthesia. This technique did not cause a significant decrease in cerebral oxygen saturation even in extreme preterm infants. L. Kachko et al published a study with 500 cases of neonates and infants undergoing surgery under spinal anesthesia comparing hemodynamic parameters in infants with heart disease submitted to non-cardiac surgery and awake spinal anesthesia with control patients without heart disease also under the same surgery and anesthetic techniques. The results showed that hemodynamic parameters were not different between the groups.

Palavras-chave: Congenital heart disease, spinal anesthesia, inguinal hernia repair.

REFERÊNCIAS

1. Kachko L, Simhi E, Tzeitlin E, et al. Spinal anesthesia in neonates and infants - a single-center experience of 505 cases. *Paediatr Anaesth.* 2007 Jul;17(7):647-53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2007.02194.x>. PMID: 17564646.
2. Shenkman Z, Johnson VM, Zurakowski D, Arnon S, Sethna NF. Hemodynamic changes during spinal anesthesia in premature infants with congenital heart disease undergoing inguinal hernia correction. *Paediatr Anaesth.* 2012 Sep;22(9):865-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03873.x>. PMID: 22587774.
3. Sola C, Hertz L, Bringuier S, et al. Spinal anaesthesia in neonates and infants: what about the cerebral oxygen saturation? *Montpellier. Br J Anaesth.* 2017;119(5):964-71. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aex218>. PMID:28981572.

634 INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL EM PACIENTE COM VIA AÉREA DIFÍCIL POR AMELOBLASTOMA

GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, KARINA DIAS RESENDE, LISYA MARIA FEITOSA LIRA, PEDRO PAULO NASCIMENTO PONCIANO, VICTORIA WINKLER VASCONCELOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: O ameloblastoma é uma neoplasia epitelial de origem odontogênica, agressiva, porém benigna, sem preferência quanto a sexo ou raça. Por causa de seu caráter agressivo, friável e distorções anatômicas, pode representar um desafio ao manejo de via aérea do paciente. **Relato de caso:** Paciente M.J.A., 61 anos, evoluindo há 28 anos com lesão mandibular agressiva, foi submetida à ressecção de ameloblastoma e exodontias múltiplas pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial, necessitando de intubação nasal para realização efetiva do procedimento proposto. Na avaliação das vias aéreas, apresentava Mallampati III, abertura bucal menor que 3 cm, boa mobilidade do pescoço, com extensão maior que 12,5 cm. Optou-se pelo uso de succinilcolina na indução, juntamente com fentanil, lidocaína e propofol. Foram separados um bougie e um videolaringoscópio para o caso de insucesso. No processo de intubação, havia muita secreção nas vias aéreas, impossibilitando a visualização de quaisquer estruturas em razão de uma fistulização interna do tumor, com drenagem de secreção purulenta. Após aspiração de vias aéreas, verificou-se que o tubo estava dissecando internamente as estruturas da cavidade nasal, sem ponto de saída na cavidade oral. Optou-se então por ventilar novamente a paciente e trocar o tubo por causa da presença de rasgo no cuff. Na tentativa seguinte, foi feita a intubação nasal com sucesso, com administração de rocurônio. O procedimento foi realizado sem intercorrências, com boa recuperação no pós-operatório. **Discussão:** A avaliação pré-anestésica é fundamental para avaliar dificuldades e planejar condutas adequadas para superá-las. Além disso, o exame físico pré-operatório com o intuito de identificar preditores de dificuldade na ventilação/intubação permite um planejamento de ação mais efetivo para o controle da via aérea. Neste caso, mesmo com preditores de via aérea difícil, a maior dificuldade foi por causa do caráter friável e da fistulização do tumor, não preditos no pré-operatório.

Palavras-chave: Intubação difícil, intubação nasal, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CC. Associação de dispositivos para acesso a via aérea difícil. Rio de Janeiro: Hospital Federal Bonsucesso ; 2018 [citado em 2023 Jan 20]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2018/36344/36344-1539.pdf>
2. Moreira TG, GONÇALVES SLM, SALIM MAA, et al. Ameloblastoma unicístico mural com componente intraluminal revisão e relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac, 2010;10(1):67-72.

635 O USO DA PERIDURAL E BLOQUEIO ILIOINGUINAL E ÍLIO-HIPOGÁSTRICO NO MANEJO ANESTÉSICO DE IDOSO CARDIOPATA SUBMETIDO À HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL: RELATO DE CASO

JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, LARISSA DE ANDRADE CARVALHO, MANOEL ANANIAS DA SILVA NETO, MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES

CET MARIA AUXILIADORA MARTINS V. DA ROCHA - HOSPITAL SEDE: HOSP. REG. DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA, CARUARU, PE, BRASIL

Introdução: O aumento da expectativa de vida predispõe a uma maior prevalência de comorbidades e realização de cirurgias não cardíacas nesta população. Ao passo que as complicações cardiovasculares são responsáveis por 45% das mortes nos 30 dias subsequentes a cirurgias não cardíacas de grande porte, atenta-se para expertise do anestesiológico na adequada estratificação dos riscos, adoção de estratégia para reduzi-los, gestão perioperatória e domínio do manejo farmacológico. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 64 anos, pardo, 61 kg, 1,60 m, classificação III na escala da Sociedade Americana de Anestesiologia, coronariopata (angioplastia com stent há oito anos), portador de insuficiência cardíaca congestiva e dislipidêmico, admitido para realização de hernioplastia inguinal bilateral. Paciente não apresentou alterações no exame físico e teve parecer cardiológico em classe 3 (Goldman-Lee). Foram feitos exames complementares: eletrocardiograma – onda QS V1-V3; ecocardiograma transtorácico – disfunção sistólica global do ventrículo esquerdo (VE); cintilografia do miocárdio – fração de ejeção = 25%; função global do VE deprimida. Foi admitido em sala operatória com sinais vitais estáveis, sendo sedado com midazolam (5 mg) mais fentanil (50 mcg) e mantido sob uso de cateter nasal de oxigênio 3 L/min. Foi submetido à peridural: sentado, com assepsia e antisepsia, punção lombar mediana (L1-L2) com agulha 18G de Tuohy. O teste de Dogliotti foi positivo, e dose-teste, negativa. Fez-se injeção de lidocaína 2% sem vasoconstritor (8 mL) mais fentanil (100 mcg) e passagem de cateter de peridural. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento (duração de 1 hora). Realizou-se o bloqueio ilioinguinal e ílio-hipogástrico bilateralmente guiado por USG com injeção de ropivacaína 0,25% (30 mL). Paciente foi encaminhado para UTI sob bloqueio sensitivo torácico baixo/lombar alto e movimentação presente em membros inferiores. Evoluiu sem queixa de dor nas 24 horas pós-operatórias. Foi retirado o cateter de peridural e concedida alta da anestesiologia. **Discussão:** A avaliação pré-anestésica, tendo como pilares a anamnese, o exame físico e a avaliação da capacidade funcional, guia o adequado manejo perioperatório, podendo aumentar a eficiência da sala operatória, diminuir o cancelamento ou atraso de cirurgias, reduzir os custos hospitalares e melhorar o cuidado ao paciente. O anestesiológico é responsável pela escolha da técnica mais adequada para o risco específico do paciente com o objetivo de reduzir a morbidade e melhorar os desfechos.

Palavras-chave: Cardiopata, perioperatório, estratificação de risco cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. WIJEYSUNDERA D.N. and FINLAYSON E. Chapter 31: Preoperative Evaluation. In: Gropper M.A., Cohen N.H., Eriksson L.I., Fleisher L.A., Leslie K. and Wiener-Kronish J.P. MILLER'S ANESTHESIA. Ninth edition. Philadelphia, Elsevier, 2020; p.918-998.
2. Smilowitz NR, Berger JS. Perioperative cardiovascular risk assessment and management for noncardiac surgery – a review. JAMA. 2020;324(3):279-90. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.7840>. PMID:32692391.

636 ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, JAIME RODRIGUES VIEIRA NETO, KARINA DIAS RESENDE, VICTORIA WINKLER VASCONCELOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A cirurgia por videolaparoscopia possui vantagens como menores incisões, recuperação e altas precoces, menor formação de aderências e menor perda sanguínea. Entretanto, não está isenta de complicações. **Relato de caso:** Paciente F.G.M.F., 72 anos, portadora de tumor pancreático, sem outras comorbidades e com exames pré-operatórios normais, foi submetida ao procedimento de videolaparoscopia para estadiamento do tumor. Foi realizada monitorização padrão, indução com 200 mcg de fentanil, 100 mg de propofol e 40 mg de rocurônio. Após intubação, foi mantida com sevoflurano 2,5%. A insuflação do pneumoperitônio ocorreu sem intercorrências. Após 1 hora de cirurgia, a paciente evoluiu com aumento expressivo da EtCO₂, de 32 mmHg para 60 mmHg e depois para 90mmHg, com dificuldade para ventilação manual, sem instabilidade hemodinâmica, sem alteração de temperatura, taquicardia ou rigidez muscular. Verificou-se então a presença de enfisema subcutâneo importante em hemitórax e pescoço. Solicitou-se esvaziamento do pneumoperitônio. Na ausculta, observou-se murmúrio vesicular diminuído em hemitórax esquerdo e abolido em bases. Gasometria apresentou importante acidose respiratória (pH de 6,8; pCO₂ de 125; pO₂ de 162; HCO₃ de 27; BE de -8,8; saturação de 96%). Paciente ficou em observação no centro cirúrgico, em ventilação mecânica em PSV, com ajustes dos parâmetros ventilatórios, sendo realizadas gasometrias seriadas até o momento da extubação, cerca de 2 horas após o final do procedimento. Paciente não necessitou de suporte de oxigênio, não apresentou sintomatologia e teve ausculta normal. **Discussão:** O enfisema subcutâneo não é uma complicação grave das cirurgias laparoscópicas, mas pode ser precursor de pneumotórax, podendo se desenvolver pela insuflação extraperitoneal acidental de CO₂. Os pneumotórax são mais comuns do lado direito. Com a liberação do pneumoperitônio e a correção dos parâmetros ventilatórios, a paciente não necessitou de demais intervenções, com resolução espontânea do provável pneumotórax.

Palavras-chave: Enfisema subcutâneo, intercorrência em videolaparoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CRD. Anestesia para Cirurgia Videolaparoscópica: artigo de revisão. Rev Bras Videocir. 2005;3(1):32-42.

637 HIPERTENSÃO PULMONAR NÃO PREVISTA EM CIRURGIA PARA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, KARINA DIAS RESENDE, POLLYANA SOUSA ARAÚJO, RICARDO ANDRÉS LEON OLDEMBURG

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A hipertensão pulmonar é uma condição clínica grave e progressiva caracterizada por aumento dos níveis pressóricos na circulação pulmonar, em geral por meio de mecanismos mistos, envolvendo vasoconstrição, remodelamento da parede arterial e trombose *in situ*. O aumento progressivo da resistência vascular pulmonar leva à insuficiência ventricular direita e morte precoce. Essa condição piora os índices de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. Os critérios diagnósticos são pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) maior que 30 mmHg, pressão diastólica (PDAP) maior que 15 mmHg e pressão média na artéria pulmonar (PMAP) maior que 25 mmHg em repouso ou maior que 30 mmHg durante o exercício. **Relato de caso:** Paciente D.T.B., 38 anos, submetido à revascularização do miocárdio. Paciente era etilista social, tendo realizado radioterapia para linfoma aos 23 anos. Durante a indução anestésica, apresentou dessaturação importante e dificuldade ventilatória, com a hipótese de crise de hipertensão pulmonar. Não havia relato ou descrição em prontuários ou em exames de achados sugestivos de hipertensão pulmonar diretos ou indiretos. No intraoperatório, apresentou achados anatômicos patológicos de hipertensão pulmonar, sendo medida a pressão da artéria pulmonar, PSAP de 60 mmHg, e notado conteúdo amiloide em artérias. Necessitou de retorno à circulação extracorpórea duas vezes, conseguindo sair de CEC apenas com uso de balão intra-aórtico e uso de milrinona 0,75 mcg/kg/min. Foi levantada a hipótese de relação do caso com linfoma e radioterapias realizadas no passado. **Discussão:** A anestesia em portadores de hipertensão pulmonar é complexa e necessita de amplo conhecimento sobre a fisiopatologia da doença, bem como atenção e monitorização cuidadosa e contínua. O diagnóstico pré-operatório, assim como tratamento, teria auxiliado em um melhor manejo anestésico para esse paciente.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar, revascularização do miocárdio.

REFERÊNCIAS

1. Callou MRA, Ramos PRM. Hipertensão Arterial Pulmonar. Arq Bras Cardiol. 2009;93:156-9.

638 BLOQUEIO DO CANAL DOS ADUTORES COMBINADO COM BLOQUEIO DO NERVO CIÁTICO VERSUS ANESTESIA SUBARACNÓIDEA PARA CIRURGIAS INFRAPATELARES: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

LARISSA DE ANDRADE CARVALHO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, RAFAEL NASCIMENTO SOARES, RAPHAELLA AMANDA MARIA LEITE FERNANDES

CET MARIA AUXILIADORA MARTINS V. DA ROCHA - HOSPITAL SEDE: HOSP. REG. DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA, CARUARU, PE, BRASIL

Introdução: Para a escolha da modalidade anestésica, deve-se levar em consideração diversos fatores, entre os quais a brevidade da recuperação, a redução dos efeitos colaterais e a otimização do controle da dor. Diante deste contexto, os bloqueios de nervos periféricos têm ganhado espaço como técnica anestésica para cirurgias infrapatelares em detrimento da anestesia subaracnóidea. **Objetivo:** Comparar a qualidade da analgesia pós-operatória provida por duas abordagens anestésicas: a associação entre o bloqueio do canal dos adutores e o do nervo ciático via fossa poplítea versus a anestesia subaracnóidea. **Metodologia:** Foi realizado um ensaio clínico randomizado no qual foram incluídos indivíduos de ambos os gêneros, acima de 13 anos, submetidos a cirurgias de fraturas infrapatelares. Inicialmente, os sujeitos foram monitorizados, com realização de sedação leve. Em seguida, foi realizada a alocação aleatória para o grupo intervenção com bloqueio do canal dos adutores e do nervo ciático (BCAC), no qual foi administrada ropivacaína 0,6%, guiado por ultrassonografia *GE Vivid E*, totalizando dose inferior a 3 mg/kg, e, para o grupo controle, bloqueio subaracnóideo (BS), no qual foram administradas morfina (1 µg/kg de peso real) e bupivacaína 0,5% hiperbárica (12,5 mg) por via intratecal. O nível de dor do paciente foi avaliado pela escala visual analógica de dor antes da anestesia, durante sua realização, na cirurgia, imediatamente após seu término e 24 horas depois. Foi cronometrada a duração da execução da anestesia, assim como a latência anestésica. A normalidade foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para a inferência, foram aplicados os testes Exato de Fisher e U de Mann-Whitney. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula. **Resultados:** Foram incluídos 17 indivíduos, grupos BCAC (n = 10) e BS (n = 7), sendo uma amostra normal (p-valor > 0,05). Com relação à mensuração da dor nos marcos de tempo predefinidos, não houve diferença entre os grupos (p-valor > 0,05). Houve maior tempo para a duração da execução anestésica no grupo BCAC (8,1+1,4 minutos) quando comparado ao grupo BS (3,5+2,4 minutos) (p-valor 0,0084), assim como maior tempo de latência anestésica no grupo BCAC (10,6+1,2 minutos) quando comparado ao grupo BS (3,6+0,4 minutos) (p-valor 0,0006). **Conclusão:** Os bloqueios periféricos são uma opção de excelente qualidade para anestesia e/ou analgesia nas cirurgias ortopédicas abaixo do joelho, sobretudo para aqueles pacientes que não são candidatos à anestesia de neuroeixo.

Palavras-chave: Anestesia regional, bloqueio periférico, cirurgia infrapatelar.

REFERÊNCIAS

1. Lai HY, Foo LL, Lim SM, et al. The hemodynamic and pain impact of peripheral nerve block versus spinal anesthesia in diabetic patients undergoing diabetic foot surgery. *Clin Auton Res.* 2020;30(1):53-60. <http://dx.doi.org/10.1007/s10286-017-0485-8>. PMID:29196938.

640 INTERCORRÊNCIAS NO MANEJO DA ANESTESIA EM PACIENTES OBESOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A obesidade é diagnosticada quando o índice de massa corpórea (IMC) do paciente é superior a 30, em geral acompanhada de comorbidades associadas (hipopneia do sono, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas). Outrossim, esses pacientes possuem variações anatomofisiológicas que geram intercorrências no manejo anestésico das vias aéreas, como complicações no acesso venoso. Diante do exposto, complicações são frequentemente encontradas durante o manejo anestésico do paciente obeso, em destaque: manifestação de náuseas e vômitos intraoperatórios, maior resistência à dosagem anestésica, dificuldades na terapia respiratória, hipoxemia e dificuldade da perfusão dos tecidos. Sendo assim, compreendendo a suscetibilidade a intercorrências do paciente obeso, a presente revisão sistemática tem como objetivo apresentar técnicas dessas intercorrências, promovendo maior segurança no manejo anestésico desses pacientes. **Métodos e materiais:** Trata-se de uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, construída a partir de um artigo do banco de dados da plataforma "EuroPub Journal", no período de 2015 a 2023, utilizando os descritores "obesidade" e "anestesia". **Resultados:** A administração de fenilefrina por meio de infusão, no manejo anestésico de pacientes obesos, é eficaz para a profilaxia de náuseas e vômitos intraoperatórios. Além disso, o ajuste de dosagem anestésica do paciente não deve ser limitado ao seu IMC, em decorrência das complexidades fisiológicas dos modelos farmacocinéticos vinculados às variações anatomofisiológicas do paciente obeso. O uso de Wei Nasal Jet Tube (WNJT) para suplementação de oxigênio durante a gastroscopia com monossedação de propofol dos pacientes obesos reduz significativamente a ocorrência de hipoxemia, melhorando a oxigenação arterial. Da mesma forma, em cirurgias laparoscópicas, é preferível utilizar a anestesia de alto fluxo, permitindo melhor adequação da perfusão tecidual, profundidade anestésica e boa recuperação pós-anestésica. **Conclusão:** Portanto, esta revisão demonstra que a dosagem anestésica não deve ser limitada ao IMC, e as técnicas de infusão profilática de fenilefrina, anestesia de baixo fluxo na cirurgia laparoscópica da obesidade e uso de WNJT para suplementação de oxigênio suavizam algumas das intercorrências comuns do manejo anestésico em obesos, trazendo maior segurança ao paciente.

Palavras-chave: Anestesia, obesidade, intercorrências anestésicas.

REFERÊNCIAS

1. Silva TMC, Calil RAS, Gonçalves ACM, Santos MA, Paula SR, Franco DCZ. Anestesia em obesos e seus impactos. *Europub J Health Res.* 2022;3(4, ed. esp.):320-6.

641 OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA DOR EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE E SEU MANEJO ANESTÉSICO

ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A endometriose é uma doença inflamatória comum caracterizada pela presença de tecido fora do útero que se assemelha ao endométrio, principalmente nos órgãos e tecidos pélvicos. Afeta 5-10% das mulheres em seus anos reprodutivos, traduzindo-se em 176 milhões de mulheres em todo o mundo que sofrem de endometriose e seus sintomas associados, incluindo infertilidade, dor abdominal cíclica e não cíclica, dismenorreia, dispareunia, disúria e disquezia. Sendo uma patologia altamente prevalente, mas comparada às condições igualmente prevalentes, é pouco compreendida e desafiadora de gerenciar, com a necessidade de realizar intervenções cirúrgicas ou utilizar medicamentos (ou ambos) para tratá-la. **Objetivo:** O presente trabalho tem por objetivo revisar as principais medicações e técnicas anestésicas eficazes para a resolução da endometriose e, conseqüentemente, melhora da dor no pós-cirúrgico. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática de caráter qualitativo por meio da base de dados PubMed. Os critérios de inclusão foram: texto completo, no período de 2015 a 2020, e identificado pelos descritores "endometriose", "dor" e "técnica de anestesia". **Resultados:** A partir da revisão sistemática da literatura, foram encontrados dois artigos. Foi feita análise criteriosa de todos os medicamentos e técnicas anestésicas capazes de resolução da endometriose induzida por gabapentinoides orais, antidepressivos tricíclicos, bloqueio do nervo pudendo e gânglio de Water, que consiste na aplicação de substâncias anestésicas nestes nervos, que irão desativar a sua sensibilidade permanente ou temporariamente, cessando a dor. A técnica anestésica realizada sob a associação da anestesia geral balanceada em conjunto com a epidural contínua vem sendo cada vez mais aplicada para o auxílio no tratamento cirúrgico da endometriose, pois proporciona diversos benefícios para a paciente, sendo uma técnica consagrada e satisfatória no manejo cirúrgico da endometriose profunda. Os privilégios para a associação da anestesia geral com a epidural são evidentes para a equipe cirúrgica e experiência do paciente em relação às dores em comparação com a anestesia geral isolada. **Conclusão:** Os dados do estudo permitiram concluir que o uso de fármacos, concomitantemente com o bloqueio do nervo pudendo e do gânglio de Walter, bem como as técnicas anestésicas capazes de proporcionar melhor recuperação no pós-operatório, foi indispensável para o tratamento da endometriose.

Palavras-chave: Endometriose, técnica de anestesia, dor.

REFERÊNCIAS

1. Costa A FO, Pimenta KB. Descrição da técnica anestésica utilizada em cirurgia videolaparoscópica na terapêutica da endometriose profunda com acometimento intestinal. Int J Dev Res. 2022;12(10):1-3.
2. Malec-Milewska M, Horosz B, Sękowska A, Kolęda I, Kosson D, Jakiel G. Pharmacological treatment and regional anesthesia techniques for pain management after completion of both conservative and surgical treatment of endometriosis and pelvic adhesions in women with chronic pelvic. <http://dx.doi.org/10.5604/12321966.1152094>.

642 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR ATRAVÉS DA PRESSÃO INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA MÁXIMA NO PRÉ E NO 5º DIA DE PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

MAÍRA ESPÍNDOLA SILVA DE MELO, CECÍLIO PEREIRA LIMA, JOÃO PEDRO ANANIAS MONTEIRO, MARCELA MOURY FERNANDES DA ROSA BORGES, VICTOR REGIS CAROCA

CET MARIA AUXILIADORA MARTINS V. DA ROCHA - HOSPITAL SEDE: HOSP. REG. DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA, CARUARU, PE, BRASIL

Introdução: Pacientes com indicação de cirurgias cardiotorácicas são submetidos à esternotomia mediana como incisão cirúrgica de escolha. A força muscular respiratória (FMR) pode estar reduzida após procedimentos cirúrgicos que alterem a anatomia da caixa torácica, evoluindo com complicações pulmonares, além de maior tempo de internação hospitalar. **Objetivo:** Avaliar a FMR comparando as pressões inspiratórias e expiratórias máximas no período pré-operatório e no 5º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca com esternotomia mediana por meio do manovacúmetro. **Metodologia:** O estudo do tipo analítico e prospectivo foi realizado em um hospital público do interior de Pernambuco. A avaliação da FMR, aferida pelas pressões respiratórias máximas (PIMáx e PEMáx), foi determinada com manovacúmetro analógico previamente calibrado e graduado em cmH₂O. A comparação da pressão inspiratória e expiratória nos momentos pré e pós-cirúrgico foi analisada por meio do teste de Wilcoxon. Diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$. O software SPSS, versão 22 (IBM SPSS Corporation, New York, USA), foi utilizado para essas análises, e o GraphPad Prism, versão 5.03 (GraphPad Software, San Diego, CA, EUA), para plotagem gráfica. **Resultados:** Nove pacientes foram considerados elegíveis dentro dos critérios preestabelecidos para o estudo, sendo que três pacientes (33,33%) foram excluídos por apresentarem Covid-19 detectável no momento do pós-operatório ($n = 2$; 22,22%) e na reintubação ($n = 1$; 11,11%). Nesse sentido, a amostra total foi composta por seis pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Foi observada redução da FMR com significância estatística ($p = 0,024$). A pressão inspiratória foi menor no momento do pós-operatório (DM = 25,83 cmH₂O; $p = 0,024$), assim como a pressão expiratória máxima também foi significativamente inferior no momento do pós-operatório (DM = 27,50 cmH₂O; $p = 0,024$). **Conclusão:** Conclui-se que houve redução da FMR no período pós-operatório de cirurgias cardiovasculares e que as etiologias são multifatoriais, o que envolve um suporte multidisciplinar diante do cenário perioperatório. Sugere-se o uso de bloqueio anestésico do plano erector da espinha bilateral como estratégia para controle algico, melhor tolerância dos drenos e menor resposta inflamatória, melhorando a relação da FMR desses pacientes no período pós-operatório imediato.

Palavras-chave: Força muscular respiratória, cirurgia cardiovascular, manovacúmetro.

REFERÊNCIAS

1. Schnaider J, Karsten M, Carvalho T, Lima WC. Influência da força muscular respiratória pré-operatória na evolução clínica após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Fisioter Pesqui.* 2010;27(1):52-7. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502010000100010>.
2. Stein R, Maia CP, Silveira AD, Chiappa GR, Myers J, Ribeiro JP. Inspiratory muscle strength as a determinant of functional capacity early after coronary artery bypass graft surgery. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90(10):1685-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.010>. PMID:19801057.

643 DESAFIOS DA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: EFEITOS ADVERSOS DO PNEUMOPERITÔNIO

FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A cirurgia videolaparoscópica é um procedimento minimamente invasivo que oferta diversas vantagens quando comparada com a via tradicional aberta. Todavia, acompanhada de seus benefícios, surgiram novos desafios, como a alteração fisiológica cardíaca, respiratória e cerebral ocasionada ao paciente por causa do efeito combinado da anestesia e do pneumoperitônio. **Objetivos:** Relacionar a influência do pneumoperitônio no perioperatório e quais técnicas podem diminuir as complicações. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, construída por meio de dois trabalhos da base de dados PubMed, no período de 2018 a 2023, cruzando os descritores: “Pneumoperitônio”, “Anestesia” e “Laparoscopia”. **Resultados:** A técnica de videolaparoscopia ainda é susceptível de gerar problemas aos pacientes, como o uso de CO₂ (dióxido de carbono), utilizado para a distensão abdominal, que tem uma ação irritante ao peritônio, provocando dor abdominal que não é aliviada pelas classes menos potentes de analgésicos, sendo necessário o uso de opiáceos, que possuem mais efeitos adversos, como bradicardia e retenção urinária. Além disso, o posicionamento do paciente em cefalodeclive, necessário durante estes procedimentos, pode promover uma atelectasia pulmonar em razão das alterações dos volumes pulmonares, do pneumoperitônio e deslocamento cefálico do diafragma. A distensão promovida pela técnica também afeta os padrões hemodinâmicos, como frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, e, por isso, a técnica anestésica nesse tipo de cirurgia deve proporcionar uma boa analgesia e atenuar as alterações hemodinâmicas sofridas. Os estudos demonstram que uma boa forma de evitar os efeitos adversos dessa intervenção cirúrgica é com o uso de uma anestesia geral combinada com uma peridural, comprovando estatisticamente que os pacientes que fizeram essa associação controlaram a dor ocasionada pela distensão abdominal no intra e pós-operatório, tiveram níveis de cortisol menores no pós-operatório e mantiveram maior estabilidade hemodinâmica, além de terem uma recuperação mais rápida. **Conclusão:** Observando os dados supracitados, é preciso entender as possíveis intercorrências vinculadas a essa técnica cirúrgica e saber como diminuir seu impacto no perioperatório, visando conduzir o procedimento do modo mais seguro para o paciente.

Palavras-chave: Pneumoperitônio, anestesia, laparoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Aishwarya B, Shweta N, Manish K, Sugampreet K. Comparison of the efficacy of combined epidural anesthesia with general anaesthesia alone to attenuate hemodynamic responses and perioperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy patients. *Int J Res Med Sci.* 2019 Jul;7(7): 2696-702.
2. Patel SK, Bansal S, Puri A, Taneja R, Sood N. Correlation of perioperative atelectasis with duration of anesthesia, pneumoperitoneum, and length of surgery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Cureus.* 2022;14(4):e24261. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.24261>. PMID:35475248.

644 PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO EM PACIENTE SUBMETIDA À CRIOBÍOPSIA BRÔNQUICA SOB ANESTESIA GERAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA.

VICTORIA WINKLER VASCONCELOS, GIOVANA ESCRIBANO DA COSTA, JOSÉ HALEX DE BARROS NETO, KARINA DIAS RESENDE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A criobiópsia pulmonar é um procedimento que consiste em realizar uma biópsia endobrônquica ou transbrônquica utilizando fibrobroncoscópio e criossondas para congelar o tecido biopsiado, sob anestesia geral, sendo menos invasiva que um procedimento cirúrgico e apresentando bons resultados diagnósticos. O pneumotórax é uma complicação frequente, chegando a 30% em algumas casuísticas. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, classificação II da Sociedade Americana de Anestesiologistas, com lesão em região brônquica, foi submetida à criobiópsia sob anestesia geral balanceada, intubação orotraqueal e ventilação mecânica controlada por volume. Procedimento realizado sem intercorrências, paciente foi extubada, porém, cerca de 5 minutos após a extubação, evoluiu com dor intensa lancinante em região torácica, assimetria do hemitórax direito, desvio traqueal para esquerda, diminuição da saturação de oxigênio para 92%, hipotensão e presença de enfisema subcutâneo em região anterior do hemitórax direito. Foi realizada sedação rápida com cetamina e propofol, sendo submetida à drenagem torácica à direita, sem necessidade de nova intubação orotraqueal. Paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e sem dor, mantendo boa saturação em ar ambiente. **Discussão:** O pneumotórax é complicação frequente em pacientes submetidos à criobiópsia pulmonar, podendo ocorrer em até 30% dos pacientes se realizada criobiópsia transbrônquica na presença de doença intersticial. Entretanto, casos graves com rápida evolução para pneumotórax hipertensivo e instabilidade hemodinâmica são incomuns. O uso de anestesia geral com tubo endotraqueal e ventilação mecânica é a técnica difundida para anestesia em pacientes submetidos ao procedimento, porém existem estudos que demonstram menor ocorrência de pneumotórax em pacientes mantidos em respiração espontânea sob máscara laríngea, podendo ser uma opção de técnica anestésica.

Palavras-chave: Criobiópsia, ventilação mecânica, pneumotórax.

REFERÊNCIAS

1. Iftikhar IH, Alghothani L, Sardi A, Berkowitz D, Musani AI. Transbronchial Lung cryobiopsy and video-assisted thoracoscopic lung biopsy in the diagnosis of diffuse parenchymal lung disease. A meta-analysis of diagnostic test accuracy. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(7):1197-211. <http://dx.doi.org/10.1513/AnnalsATS.201701-086SR>. PMID:28399377.
2. Hagemeyer L, Theegarten D, Wohlschläger J, et al. The role of transbronchial cryobiopsy and surgical lung biopsy in the diagnostic algorithm of interstitial lung disease. *Clin Respir J.* 2016;10(5):589-95. <http://dx.doi.org/10.1111/crj.12261>. PMID:25620578.

645 OBSTÁCULOS NO ATO ANESTÉSICO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO

CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: O fígado é responsável pela manutenção da estabilidade hemodinâmica, coagulação sanguínea e secreção de albumina. Por isso, o transplante hepático é considerado uma cirurgia de alto risco por causa de sua complexidade, tempo cirúrgico elevado, exposição anestésica e condições relacionadas ao enxerto. **Objetivos:** Compreender os desafios da cirurgia de transplante hepático e como os anestesiológicos podem melhorar sua repercussão. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, por meio da base de dados SciELO, utilizando a linha temporal de 2018 a 2023. Para a pesquisa no banco de dados, foram utilizados os seguintes termos: "transplante", "anestesia" e "fígado". **Resultados:** O estudo mostra a importância de manter a temperatura do paciente próxima a 36°C com o intuito de evitar a hipotermia, pois tal condição pode afetar a coagulação, função cardíaca, aparecimento de arritmias e risco de parada cardiorrespiratória. Outro fator essencial é a extubação precoce, garantindo melhor drenagem venosa e circulação do enxerto doado. Assim, evita-se a diminuição de fluxo sanguíneo hepático, oferecendo maior conforto ao paciente e facilitando a mobilização precoce. Conforme dito, observamos que o emprego dessas condutas diminui o risco de infecções em virtude da baixa imunidade manifestada pelo receptor do transplante hepático. No intraoperatório, é importante reduzir o uso de hemocomponentes, já que isso aumenta as chances de desenvolvimento de anticorpos, o que leva a um maior risco de rejeição. Logo, são importantes estratégias para reduzir o risco de sangramento. A condução anestésica no transplante hepático deve sempre estar atenta ao monitoramento de sinais vitais e à administração de fármacos em razão dos efeitos sistêmicos nos pacientes. **Conclusão:** Portanto, como direcionamentos essenciais na conduta anestésica, é relevante priorizar a extubação precoce, evitar a hipotermia e utilizar hemocomponentes.

Palavras-chave: Transplante, fígado, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Espindola S, Nascimento KC, Knihns, NS, Alvzres AG, Sebold LF, Shuantes SM. Segurança do paciente no intraoperatório do transplante hepático: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. (Online). 2020;33:1-9.

648 PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO COMO COMPLICAÇÃO TARDIA DE PUNÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL: RELATO DE CASO

MARINA MACHADO RAMOS, ALISSON VINICIUS PARIZOTTO, MARISA PIZZICHINI

CET S. A. SANTA CASA MISER. CTBA. - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Pneumotórax hipertensivo no intraoperatório é uma emergência rara, com incidência de aproximadamente 3% entre todas as complicações anestésicas, porém potencialmente fatal se diagnosticada tardiamente. Relatamos o caso de um paciente que apresentou colapso cardiopulmonar após início da ventilação mecânica (VM) em reabordagem cirúrgica com diagnóstico de pneumotórax hipertensivo.

Relato: Paciente do sexo masculino, 73 anos, ASA IV, hipertenso e transplantado renal por DRC hipertensiva (rim direito), foi submetido à nefrectomia e linfadenectomia à esquerda por carcinoma. Três dias após a cirurgia, foi feita reabordagem cirúrgica por suspeita de sangramento abdominal. O paciente foi inicialmente monitorizado, já com acesso venoso periférico e pressão arterial invasiva puncionados previamente. A indução anestésica foi realizada em sequência rápida com fentanil 125 mcg, etomidato 20 mg, succinilcolina 60 mg e cisatracúrio 10 mg. Após início da VM, observou-se queda na saturação periférica de oxigênio, aumento da pressão de pico de via aérea, grave instabilidade hemodinâmica, cianose e ausculta pulmonar reduzida em hemitórax direito. Foi realizada toracocentese com abocath 14, estabilização hemodinâmica e, posteriormente, a drenagem do hemitórax acometido e punção de acesso venoso central em subclávia direita (história de trombose em jugulares). A cirurgia ocorreu sem intercorrências, e, ao término do procedimento, o paciente foi encaminhado à UTI, estável hemodinamicamente com noradrenalina 0,2 mcg/kg/min.

Discussão: O diagnóstico do pneumotórax hipertensivo no intraoperatório deve ser suspeitado em vigência de colapso cardiopulmonar com sinais de obstrução de via aérea na VM, como aumento da pressão de pico e platô. Entre as causas mais prevalentes estão trauma e iatrogenias relacionadas a procedimentos invasivos, como bloqueios regionais e inserção de acesso venoso central (< 7%), conforme o caso apresentado, em que foram realizadas múltiplas tentativas de punção de subclávia direita três dias antes, na cirurgia anterior. Após o início da VM, o pneumotórax até então assintomático evoluiu para hipertensivo pelo aumento do fluxo de ar pelo defeito pleural, incrementando rapidamente a pressão intrapleural e os efeitos compressivos, com consequente colapso hemodinâmico. Conquanto os sinais e sintomas sejam mascarados durante a anestesia geral, o reconhecimento e o tratamento precoces dessa emergência são imperativos.

Palavras-chave: Complicação, anestesia, pneumotórax hipertensivo.

REFERÊNCIAS

1. Mavarez-Martinez A, Soghomonyan S, Sandhu G, Rankin D. Intraoperative tension pneumothorax in a patient with remote trauma and previous tracheostomy. J Investig Med High Impact Case Rep. 2016;4(1):2324709616636397. <http://dx.doi.org/10.1177/2324709616636397>. PMID:27006957.
2. Heyba M, Rashad A, Al-Fadhli AA. Detection and management of intraoperative pneumothorax during laparoscopic cholecystectomy. Case Rep Anesthesiol. 2020;2020:9273903. <http://dx.doi.org/10.1155/2020/9273903>. PMID:32318295.

649 COMPLICAÇÕES PERIOPERATÓRIAS EM CIRURGIAS ENDOSCÓPICAS COM IRRIGAÇÃO: SEUS FATORES DE RISCO

MARIA CLARA LUDGÉRIO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: Atualmente, há uma preferência pela via endoscópica nos procedimentos cirúrgicos por ser menos invasiva e promover melhor recuperação pós-operatória. Por conseguinte, nas cirurgias endoscópicas de prostatectomia transuretral ou histeroscopia, visando promover melhor visualização das estruturas abordadas, é comum utilizar a irrigação contínua com fluidos hipotônicos. No entanto, tal administração é acompanhada de riscos como distúrbios hidroeletrólíticos, cardiovasculares, neurológicos e internamento em terapia intensiva. Dessa forma, a absorção do fluido de irrigação para a circulação ocorre através da abertura do leito vascular, quando a pressão de irrigação se encontra muito elevada. Logo, esta revisão sistemática tem por objetivo avaliar a incidência, os fatores de risco e as complicações em pacientes que realizaram cirurgias endoscópicas. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, construída a partir de um artigo do banco de dados do SciELO, no período de 2013 e 2023, utilizando os descritores: "Anestesia", "Complicações perioperatórias" e "Irrigação". **Resultados:** As complicações perioperatórias mais prevalentes são do sistema cardiovascular, sobretudo quando associadas a fatores de risco, como tabagismo e cardiopatias. Outrossim, vale ressaltar que apenas a idade, o sódio sérico pós-operatório e o volume de fluido de irrigação administrado no intraoperatório foram variáveis independentes em relação às complicações. Por fim, os pacientes com hiponatremia pós-operatória apresentaram pior evolução, maior ocorrência de rebaixamento do nível de consciência no final do procedimento, convulsões, maiores ocorrências de arritmias, maior sangramento, insuficiência renal aguda e maior tempo de internação intensiva. **Conclusão:** Esta revisão demonstra que as cirurgias endoscópicas que utilizam fluido de irrigação no intraoperatório possuem elevada ocorrência de complicações (como intoxicação hídrica), requerendo maior cuidado, sobretudo, em pacientes tabagistas. Ademais, a pressão hidrostática e o tipo do líquido de irrigação influenciam o surgimento de intercorrências. Com isso, é importante observar os fatores de risco, principalmente a idade, o volume de líquidos de irrigação usado, o menor valor do sódio no fim da cirurgia e os sinais e sintomas apresentados, para evitar piora no quadro do paciente.

Palavras-chave: Anestesia, complicações perioperatórias, irrigação.

REFERÊNCIAS

1. Silva JM Jr, Barros MA, Chahda MAL, Santos IM, Marubayashi LY, Malbouisson LMS. Fatores de risco para complicações perioperatórias em cirurgias endoscópicas com irrigação. Braz J Anesthesiol. 2013;63(4):327-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.07.001>.

650 VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTES COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

RAPHAEL ESPINDOLA LEAL, ANDRE CALDEIRA FERNANDES, FERNANDA FERREIRA DE MORAIS, FLAVIA MOREIRA DE GODOY, MARIA CLARA ESPINDOLA BARRETO

HOSPITAL PUC CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A artrite idiopática juvenil (AIJ) é uma doença inflamatória crônica que acomete as articulações e outros órgãos. O manejo da via aérea desses pacientes é um importante fator de atenção para o médico anestesiológico devido ao acometimento das articulações da coluna cervical e temporomandibulares. No presente caso, além do acometimento de tais articulações, o paciente apresentava diversos outros fatores de complicação que dificultaram ainda mais o manejo anestésico. **Relato de caso:** Paciente masculino com AIJ, 34 anos, com IMC 55, ASA 3, compareceu ao centro cirúrgico para realizar ligaduras de varizes esofágicas secundárias à cirrose hepática (hep C) via endoscopia digestiva alta. A avaliação pré-anestésica apresentava fatores preditores de uma via aérea difícil, como: apneia obstrutiva do sono, obesidade, Mallampati 4, presença de barba, pescoço curto, rigidez articular de coluna cervical e sexo masculino. Apresentava também hipertensão arterial, diabetes mellitus insulino-dependente e hipotireoidismo. Optou-se pela intubação nasotraqueal acordado com nasofibroscopia, procedimento que foi iniciado após a explicação da técnica anestésica para o paciente e a assinatura do termo de consentimento. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal horizontal a 45 graus, pré-oxigenado com cateter nasal a 2 L/min, foi realizada venoclise com midazolam como pré-anestésico, anestesia tópica da orofaringe com lidocaína 10%, utilizando vasoconstritor em narina e realizando bloqueio do nervo laríngeo recorrente via translaríngea. O nasofibroscópio foi introduzido pela narina com a técnica *spray as you go* usando lidocaína 1% sem vasoconstritor. Após a visualização da corda vocal, o tubo nasotraqueal foi introduzido a anestesia geral induzida com propofol, fentanil e rocurônio, e a manutenção com sevoflurano. Não houveram movimentos de vômitos durante a nasofibroscopia, o paciente apresentou 2 episódios de espirros e 3 episódios de tosse sem atrapalhar o procedimento, que durou aproximadamente 2 minutos. **Discussão:** Na AIJ há uma destruição sinovial das articulações, afetando principalmente pequenas articulações como a da coluna cervical, além do acometimento sistêmico dos sistemas cardiovascular, pulmonar e gastrointestinal. No presente caso, concomitante com o quadro de AIJ acometendo coluna vertebral e articulação temporomandibular, tivemos que lidar com diversos fatores preditivos de ventilação e intubação difíceis. **Conclusão:** A intubação do paciente acordado com nasofibroscopia se mostrou uma alternativa viável em pacientes com AIJ.

Palavras-chave: Artrite idiopática juvenil.

REFERÊNCIAS

1. Vieira EM, Goodman S, Tanaka PP. Anesthesia and rheumatoid arthritis. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(3):367-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094\(11\)70044-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094(11)70044-7). PMID:21596198.

652 RISCOS DOS ANESTÉSICOS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS E A NECESSIDADE DE UMA ESCOLHA CRITERIOSA

MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A anestesia na pediatria é um procedimento que requer bastante atenção e, apesar de seguro, ainda surgem muitas dúvidas, visto que existem poucos estudos pesquisando os seus efeitos colaterais. Além das cirurgias há ocasiões em que a sedação é fundamental em crianças, por exemplo, em exames de imagem como a tomografia e a ressonância magnética, aumentando consideravelmente a necessidade de exposição aos fármacos. **Objetivos:** Identificar os efeitos e riscos dos anestésicos mais prevalentes no público infantil. **Método e materiais:** Trata-se de uma revisão sistemática, de caráter qualitativo, a partir de um artigo na base de dados do Google Acadêmico no período de 2017. Os termos usados para busca foram: Pediatria, Anestésicos, Complicações Intraoperatórias. **Resultados:** Embora segura, a anestesia pediátrica pode apresentar riscos aos pacientes pois as drogas atuam diferentemente na fisiologia das crianças. Os efeitos da exposição a anestésicos na pediatria ainda não são completamente compreendidos, porém, o estudo expõe a possibilidade da apoptose neuronal, que afeta todas as partes do sistema nervoso central e exige o uso de respiração artificial para evitar a morte por insuficiência respiratória. Estes fármacos apresentam uma estreita margem entre os efeitos desejados e indesejados da anestesia, podendo causar depressões respiratórias e circulatórias possivelmente fatais para o paciente. Ademais, deve ser considerado que um número bastante significativo de crianças foi beneficiado por procedimentos cirúrgicos, não obstante, os efeitos negativos não podem passar despercebidos, podendo provocar posteriormente graves sequelas. Desta forma, entende-se que é preciso ter de um maior cuidado na prática anestésica em pacientes infantis. **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se que o uso de anestésicos em pacientes pediátricos ainda é um tema bastante controverso, sendo frequente a administração de anestésicos de modo diferente do aprovado em bula. Por isso, é necessário buscar um maior entendimento quanto aos mecanismos que levam a essas complicações, visto que essa classe de pacientes apresenta uma farmacocinética peculiar, consequentemente propiciando uma recuperação anestésica mais segura.

Palavras-chave: Pediatria, anestésicos, complicações intraoperatórias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Como a ANVISA vê o uso off-label de medicamentos [Internet]. Brasília: ANVISA; 2005.
2. Bartolomé SM, Cid JLH, Freddi N. Sedação e analgesia em crianças: uma abordagem prática para as situações mais frequentes. J Pediatr. 2007;83(2):S71-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000300009>.

653 MANEJO INTRAOPERATÓRIO APÓS RUPTURA INADVERTIDA DE ANEURISMA CEREBRAL EM PACIENTE DISAUTONÔMICO: RELATO DE CASO

BRUNA SPINDOLA DA MOTTA FERREIRA, BEATRIZ DE ALMEIDA AFONSO, BRYNNER MOTA BUÇARD, CRISTIAN PIEPER

INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A disfunção da modulação autonômica cardiovascular está descrita em pacientes portadores de hemorragia subaracnóidea, resultando em maior mortalidade. **Relato de caso:** Paciente masculino, 65 anos, tabagista, etilista e usuário de cocaína com quadro de cefaléia súbita e síncope. A Tomografia Computadorizada de crânio evidenciou uma hemorragia subaracnóidea Fisher IV e um hematoma intraparenquimatoso, e arteriografia identificou aneurisma roto de artéria cerebral média. O paciente, admitido no centro cirúrgico para clipagem de aneurisma, se apresentava sonolento, desorientado e com paralisia facial esquerda durante o exame, e a indução anestésica foi realizada sem intercorrências. Após posicionamento, o paciente apresentava reflexo de tosse, sendo administrados propofol e rocurônio apresentando início de instabilidade hemodinâmica com doses crescentes de vasopressores. Após o início da cirurgia foi administrado manitol devido a um edema cerebral refratário, o paciente evoluiu com pico hipertensivo importante, resultando em ruptura de aneurisma e sangramento intraoperatório, sendo administrado propofol com hipotensão arterial severa. A estabilidade hemodinâmica foi alcançada após clipagem do aneurisma e o paciente foi encaminhado ao CTI intubado, com aminas em doses elevadas.

Discussão: Diversos fatores de risco para hemorragia subaracnóidea estão presentes neste caso. O quadro neurológico agudo provoca um mecanismo de *feedback* negativo nos centros cardiogênicos do tronco cerebral, resultando em uma redução da modulação autonômica simpática. O paciente apresentou uma intensa instabilidade hemodinâmica durante o ato operatório, com refratariedade na resposta aos vasopressores. O manejo após ruptura intraoperatória de aneurisma envolve diversas estratégias, o maior desafio sendo o controle pressórico com objetivo de melhorar o campo cirúrgico e facilitar a clipagem, sem prejudicar a pressão de perfusão cerebral. Para isso, podem ser utilizadas estratégias farmacológicas (propofol ou adenosina), implante de marca-passo ventricular que permite uma parada de fluxo transitória de forma mecânica, utilização de terapias neuroprotetoras objetivando a normovolemia, a euglicemia e o equilíbrio eletrolítico. O uso de hiperventilação e hipotermia apresentam uma eficácia inconclusiva na literatura. Não existem pesquisas adequadas para recomendar uma abordagem específica no manejo anestésico após ruptura de aneurismas, sendo recomendada a individualização de cada paciente para conduta específica.

Palavras-chave: Hemorragia subaracnóidea, disautonomia, instabilidade hemodinâmica.

REFERÊNCIAS

1. Borutta MC, Gerner ST, Moeser P, et al. Correlation between clinical severity and extent of autonomic cardiovascular impairment in the acute phase of subarachnoid hemorrhage. *J Neurol.* 2022;269(10):5541-52. <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-022-11220-w>. PMID:35723723.
2. Chowdhury T, Petropolis A, Wilkinson M, Schaller B, Sandu N, Cappellani RB. Controversies in the anesthetic management of intraoperative rupture of intracranial aneurysm. *Anesthesiol Res Pract.* 2014;2014:595837. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/595837>. PMID:24723946.

654 MANEJO DA DOR CRÔNICA NO PACIENTE PEDIÁTRICO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

JOSÉ FERNANDO TREVISAN FONSECA TAVARES

UNIVERSIDADE SANTO AMARO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A dor é uma característica mundialmente comum na infância e na adolescência, as vezes sendo crônica. As diretrizes da Organização Mundial de Saúde relativas aos tratamentos farmacológicos para dor crônica em crianças reconhecem que a dor em crianças é uma grande preocupação de saúde pública de importância significativa na maior parte do mundo. Além disso, 20 a 46 por cento das crianças do mundo sofrem com alguma dor crônica e, apenas no ano de 2014, os convênios norte-americanos gastaram 19,5 bilhões de dólares com tratamentos de dor crônica moderada e grave em pacientes adolescentes. Ademais, sabe-se que uma criança com dor crônica tem mais chance de não apenas continuar com o quadro em fase adulta, como também de agravá-lo ou de desenvolver novos quadros associados. Crianças com dor crônica muitas vezes não frequentam escolas nem praticam esportes, acabando por desenvolver depressão e ansiedade que, por sua vez, se tornam gatilhos agravantes da doença. **Objetivo:** Fazer uma revisão da literatura, sintetizando e reunindo informações sobre o tema para auxiliar, com todo o arsenal terapêutico conhecido, no manejo deste tipo de quadro em crianças, além de contribuir para a compreensão da fisiopatologia desta doença. **Método:** Revisão literária dos artigos nas bases de dados Scielo, Chochrane e Pubmed, usando os descritores "Pediatrics" e "Chronic Pain". **Discussão:** O arsenal terapêutico para tratar dor crônica em crianças foi analisado, observando-se a ausência de qualidade de evidência dos tratamentos farmacológicos usuais. Além dos tratamentos farmacológicos, foram citados também alguns procedimentos (bloqueios centrais e periféricos) e métodos não farmacológicos que podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida da criança. **Conclusão:** É necessário produzir mais trabalhos sobre o tema, visto que falta literatura e consenso. Há uma escassez de ensaios clínicos randomizados sobre o tema, e é preciso mudar as barreiras metodológicas que corroboram para este cenário. O manejo ainda é empírico, pois falta lastro para basear as condutas. Apesar da ausência de evidências fortes, algumas medidas não farmacológicas aparentam auxiliar no processo da dor e na experiência do doente. Adicionalmente, é possível concluir que a dor possui dois lados simbióticos: o fisiológico e o cognitivo, onde o segundo é crucial para que o desfecho do paciente não evolua, se conduzido de maneira adequada aos quadros associados de depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Dor crônica, tratamento farmacológico, pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Sabrina Gmuca MD. Opioid prescribing and polypharmacy in children with chronic musculoskeletal pain. *Pain Med.* 2019;20(3):495-503. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pny116>. PMID:29905842.
2. Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Rep.* 2019;5(1):e804. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000804>. PMID:32072099.

655 ANESTESIA EM PACIENTE COM SATURNISMO: RELATO DE CASO

ROBSON VIEIRA DA SILVA, GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA, LETÍCIA ESTEVES BESSA, LUCAS DE SOUZA GOMES, MANOELLA MANHAES MONTEIRO

HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ, BRASIL

Introdução: O saturnismo ocorre por meio da intoxicação pelo chumbo e está frequentemente relacionado às atividades ocupacionais, promovendo um alto grau de contaminação. Embora raro, também pode ser causado pela retenção de fragmentos de chumbo no organismo, como projéteis de arma de fogo (PAF) alojados no corpo, com uma maior propensão de desenvolverem sinais e sintomas a longo prazo. Para que isso ocorra, o projétil deve estar em contato com o líquido cefalorraquidiano ou sinovial. O mecanismo envolvido nesses casos está relacionado com o embebedimento crônico do projétil pelo líquido, resultando na dissolução do chumbo e, conseqüentemente, na sua mobilização para o sistema vascular. Quanto às manifestações clínicas, os sistemas mais afetados são o nervoso, gastrointestinal e hematopoiético. O diagnóstico definitivo é feito principalmente pela dosagem de um dos parâmetros de dose interna, como a plumbúria ou plumbemia. Os exames de imagem também são importantes para confirmação e, quando a intoxicação está relacionada à retenção do fragmento, a remoção do mesmo é obrigatória, sendo necessário um preparo para o ato anestésico-cirúrgico. **Relato de caso:** Este trabalho se trata de um relato de caso de um paciente masculino, 43 anos, 56 kg, com queixas de dor e impotência funcional no joelho esquerdo, admitido para retirada de PAF. Durante a visita pré-anestésica o paciente relatava uma cirurgia prévia de gastroenteroanastomose, apresentava-se pálido, emagrecido e adinâmico, ao exame físico apresentava Mallampati I e boa mobilidade cervical, apesar de hipotrofia muscular generalizada. Os exames mostraram hematócrito de 29% e hemoglobina de 9,6 g.dL, mas os demais níveis se mostravam normais. O paciente foi classificado como ASA III e uma avaliação neurológica foi recomendada antes do procedimento anestésico. A eletro-neuromiografia era compatível com polineuropatia e a dosagem de chumbo sérica era de 150 µg.dL (referência < 40 µg.dL), confirmando o diagnóstico de saturnismo. Na sala de operação o paciente foi monitorizado usando eletrocardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso, apresentando apneia após pré-oxigenação com a administração venosa lenta de 50 µg de fentanil, com rigidez torácica. Foram infundidos 100 mg de propofol e feita intubação orotraqueal utilizando o tubo orotraqueal nº 7,5 com cuff, sem repercussões hemodinâmicas, e a anestesia foi mantida com isoflurano e vaporizador calibrado no sistema com absorvedor de CO₂. Ao término do procedimento o paciente foi extubado, apresentando padrão ventilatório e analgesia satisfatórios.

Palavras-chave: Chumbo, saturnismo, toxicidade.

REFERÊNCIAS

1. Madureira PR, De Capitani EM, Vieira RJ. Lead poisoning after gunshot wound. Sao Paulo Med J. 2000;118(3):78-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802000000300006>. PMID:10810333.
2. Janzen DL, Tirman PF, Rabassa AE, Kumar S. et al. Lead "bursogram" and focal synovitis secondary to a retained intrarticular bullet fragment. Skeletal Radiol. 1995;24(2):142-4. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00198079>. PMID:7747182.

656 ANESTESIA CRÍTICA NA OBSTETRÍCIA: COMPARAÇÃO ENTRE BUPIVACAÍNA RACÊMICA (S50-R50) E BUPIVACAÍNA COM EXCESSO ENANTIOMÉRICO DE 50% (S75-R25) A 0,5% ASSOCIADAS AO SUFENTANIL NA PERIDURAL

AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, ANIBAL COSTA FILHO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO, MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A anestesia peridural permite que a paciente fique acordada e tenha um primeiro contato com o filho de forma imediata, realizando o processo de conexão materna. Dessa forma, a bupivacaína racêmica a 0,5% associada ao opioide em peridural é uma técnica utilizada na cirurgia cesariana que apresenta um grau de toxicidade questionável, enquanto a bupivacaína com excesso enantiomérico se mostra mais eficaz no ponto de vista voltado para a prevenção de toxicidade neurológica e cardiológica. Portanto, ambos os métodos foram comparados e avaliados quanto à latência, ao nível máximo de bloqueio nervoso, ao grau de bloqueio motor e à duração da analgesia da paciente. Logo, a presente revisão sistemática tem como objetivo avaliar qual método anestésico tem melhor eficácia para o procedimento cirúrgico e para as repercussões neonatais. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática realizada em janeiro de 2023 a partir de uma análise da literatura e da seleção de um artigo no banco de dados da Scielo, utilizando as seguintes Palavras-chave: obstetrícia, anestesia e bloqueio peridural. **Resultados:** a bupivacaína com excesso enantiomérico apresentou uma regressão mais acelerada do bloqueio motor, permitindo que a paciente iniciasse mais rápido o processo de recuperação pós-operatório, porém, os níveis dos bloqueios motores e o tempo de analgesia foram os mesmos quando comparados com a anestesia peridural usando bupivacaína racêmica, com os bloqueios sensitivos variando de forma igual nos dois métodos, aos níveis de T8 a T4. **Conclusão:** O surgimento de hipotensão acompanhado de náusea e até vômito durante a cesárea é algo normal de se ocorrer, tanto pelo uso de opioides quanto pelo bloqueio da cavidade abdominal no sistema nervoso simpático, ocorrendo em ambas as soluções anestésicas apresentadas. Portanto, os dois métodos se mostraram eficazes para a realização da cirurgia cesariana, não causando maiores comprometimentos e nem repercussões negativas específicas para o recém-nascido ou para a mãe. Não obstante, a bupivacaína com excesso enantiomérico de 50% é mais indicada, por apresentar uma regressão mais antecipada do bloqueio motor, possibilitando uma deambulação precoce da paciente e um melhor contato entre mãe e filho (algo fundamental no desenvolvimento neonatal nos primeiros dias).

Palavras-chave: Obstetrícia, anestesia, bloqueio peridural.

REFERÊNCIAS

1. Braga AFA, Frias JAF, Braga FSS, Pereira RIC, Blumer MF, Ferreira MF. Anestesia peridural para cesariana: estudo comparativo entre Bupivacaína Racêmica (S50-R50) e Bupivacaína com excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,5% associadas ao Sufentanil. Rev Bras Anesthesiol. 2009;59:261. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000300001>.

658 SÍNDROME DOLOROSA COMPLEXA REGIONAL: UM RELATO DE CASO

MARIANA SOARES FARIA, MARIA ADRIELY CUNHA LIMA, TIAGO ALMEIDA COSTA, VERA MARIA SILVEIRA DE AZEVEDO

CET MENINO JESUS DE PRAGA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJÚ, SE, BRASIL

Introdução: A Síndrome Dolorosa Complexa Regional (SDCR) é caracterizada por uma dor intensa e contínua na região, desproporcional ao evento desencadeante, com fisiopatologia multifatorial. A SDCR tem um diagnóstico difícil e propostas terapêuticas com respostas variadas. O presente trabalho objetiva discutir o tratamento de uma paciente diagnosticada com SDRC. **Relato do caso:** Paciente de sexo feminino com 22 anos, apresentando quadro de dor refratária intensa em queimação difusa com predomínio nos membros inferiores (MMII) há 11 anos, desencadeada após exérese de cisto sacrococcígeo. A paciente passou por avaliação e tratamento multimodal para dor crônica ao longo deste período, e em 2016, os exames de imagem como termografia, RMN e eletroneuromiografia mostravam sinais inflamatórios neurogênicos e alteração na temperatura/cor/sensibilidade, indicando a síndrome de dor crônica. Dentre os fármacos utilizados estão a pregabalina/duloxetina/buprenorfina, administrados em associação com modalidades não farmacológicas, porém, sem melhora. A paciente foi submetida a um tratamento intervencionista através de radiofrequência sacral, rizotomia de raízes sacrais e coccigectomia, com melhora temporária. Por persistência algica, foi realizado em 2019 um implante de eletrodos medulares com reabilitação neuromuscular, havendo melhora parcial dos sintomas dolorosos. Sucederam-se várias internações com piora progressiva da dor em MMII, apresentando tremores, paresia e parestesia, bem como perda da função motora. Em 2022, com a realização de novos exames de imagem como a RMN de coluna cervical, foram identificados retificação e abaulamentos difusos, com leve compressão do saco dural, e uma nova eletroneuromiografia concluiu a evolução inicial de dominância miopática e/ou degeneração das unidades neuromusculares. A última internação por crise algica durou 11 dias, com prescrição de morfina em bomba (75 mg/24hrs), contudo, a dor se manteve moderada, associada à diminuição da força em membros superiores, hiperemia de face e disfagia, com acompanhamento multiprofissional para o controle dos sintomas. **Discussão:** A SDRC predomina no sexo feminino e na faixa pediátrica (9-15 anos), neste relato, se iniciando aos 11 anos. Ainda não há consenso quanto ao tratamento, não obstante, podem ser usados antidepressivos, gabapentina/pregabalina, opioides e outros fármacos para o manejo da dor neuropática, sendo especificamente testados os moduladores do sistema imunológico, como a calcitonina e os bisfosfonatos, neste caso, foram utilizadas diversas classes de medicamentos em estudo, porém nenhum promoveu cessação definitiva/prolongada da dor.

Palavras-chave: Dor crônica, síndrome dolorosa, dor neuropática.

REFERÊNCIAS

1. Costa VV, Oliveira SB, Fernandes MCB, Saraiva RÂ. Incidência de síndrome dolorosa regional após cirurgia para descompressão do túnel do carpo: existe correlação com a técnica anestésica realizada? Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(4):429-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000400004>. PMID:21724005.
2. Becco CMML, Gomes JMA. Bloqueio de nervo safeno e nervo ciático para síndrome dolorosa complexa regional tipo II em membro inferior. Rev Med UFC. 2019;59(2):58-61. <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n2p58-61>.

659 MANEJO PERIOPERATÓRIO DO PACIENTE PORTADOR DE HEMOFILIA B GRAVE: RELATO DE CASO

ITALO BOLANDINI MARANGON, GABRIEL MARQUES ALVES MAIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL

Introdução: A hemofilia B é uma doença recessiva, ligada ao cromossomo X e caracterizada pela deficiência do fator IX, sua incidência é de 1 em 30.000 nascimentos masculinos. O sangramento está relacionado ao grau de deficiência do fator, sendo considerada como hemofilia B grave em pacientes com menos de 1% da atividade do fator IX. De forma que o manejo das complicações perioperatórias desses pacientes é um desafio para toda a equipe. **Relato de caso:** Paciente masculino com 06 anos, previamente apresentando síndrome compartimental no terço distal do membro superior esquerdo após sangramento venoso não controlado por punção de veia periférica, admitido em unidade hospitalar para a liberação cirúrgica do nervo mediano no referido membro. Uma hora antes da cirurgia foi infundido um concentrado de fator IX, endovenoso, na dose de 100 UI/kg (total de 2.400 UI), seguido de 50 UI/kg (total de 1.200 UI) doze horas após a cirurgia. Durante a anestesia, o paciente foi monitorizado com cardioscopia, pressão arterial não invasiva e oximetria, o acesso venoso foi puncionado no membro superior direito com um dispositivo intravascular 22G. A anestesia geral foi induzida com bolus venosos de sufentanil, propofol e cisatracúrio, seguida de intubação orotraqueal e manutenção inalatória com sevoflurano. O ato anestésico não apresentou intercorrências e não houve sangramento significativo. **Discussão:** Uma avaliação pré-anestésica minuciosa deve conter as condições de intubação, os possíveis focos de sangramento e um coagulograma, para além da atenção às recomendações hematológicas. Um aumento do tempo da tromboplastina parcial ativada pode estar presente. Ainda no pré-operatório, a reposição do fator IX tem como objetivo aumentar seus níveis para próximo de 100%, devendo ser feita na dose de 100 a 120 UI/kg uma hora antes da cirurgia. No intra-operatório, deve-se posicionar cuidadosamente o paciente, evitar traumas na via aérea, manter o paciente hemodinamicamente estável e assegurar uma extubação tranquila. No pós-operatório, o alvo é manter o nível do fator em torno de 50%, principalmente nos primeiros dez dias após a cirurgia. Tanto o nível plasmático do fator IX quanto as provas de coagulação devem ser avaliadas para a realização dos bloqueios anestésico, e as injeções intramusculares devem ser evitadas. Portanto, esses cuidados são importantes para diminuir sangramentos de difícil controle no intra e pós-operatório, para evitar o comprometimento neurovascular e para minimizar os riscos do procedimento.

Palavras-chave: Hemofilia B grave, perioperatório, fator IX.

REFERÊNCIAS

1. Duminda N. Wijeyesundera and Emily Finlayson: preoperative evaluation. In: Gropper M, Eriksson L, Fleisher L, et al., editores. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 965-6.
2. Keith Hoots W, Shapiro AD. Treatment of bleeding and perioperative management in hemophilia A and B. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: www.uptodate.com/contents/treatment-of-bleeding-and-perioperative-management-in-hemophilia-a-and-b

660 ASPIRAÇÃO DE CANULA METÁLICA DE TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO

WEI TZON HACKAN CHANG COLARES, GILMAR PEREIRA COAN, RAYSSA MARIA ANDRE GOMES VIANA
CET CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA – HOSPITAL SEDE: CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A prevalência de pacientes que necessitam realizar a traqueostomia definitiva são grandes. O uso prolongado frequentemente leva a complicações como fístulas, estenoses, granulomas, infecções e, raramente, fratura da cânula de traqueostomia. **Relato de caso:** Paciente de 71 anos, sexo masculino, com história pregressa de laringectomia parcial por carcinoma escamocelular, após ter sido traqueostomizado, o paciente deu entrada no pronto socorro por dispneia de início súbito associada à hemoptise, refratário às medidas para broncoespasmo. Foi realizada uma radiografia de tórax, identificando a presença de um material metálico na traqueia. Em seguida foi feita uma broncoscopia flexível, realizada pelo traquestoma por não haver passagem supra glótica, e diagnosticada a presença de uma cânula metálica externa alojada em carina, bloqueando o brônquio fonte direito e esquerdo. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para a retirada do corpo estranho por broncoscopia flexível. Encontrava-se dispneico, em ventilação modo PCV, apresentando episódios de tosse vigorosas. A indução anestésica foi realizada com cetamina 1 mg/kg e o paciente foi acoplado ao aparelho de anestesia para manutenção anestésica com sevoflurano 1%. Foi administrada então succinilconia 50 mg e feita a avaliação da ventilação mecânica, tendo com objetivo observar a patência de via aérea. Após a possibilidade de ventilação ser confirmada, prosseguiu-se com a curalização usando o cisatracúrio a pedido do cirurgião, pelo receio de uma possível lesão em vasos importantes próximos à carina, em virtude de algum movimento involuntário durante manipulação. O corpo estranho foi então retirado com sucesso pela equipe cirúrgica, sem intercorrências. **Discussão:** O desgaste da cânula está relacionado com maus cuidados, a frequência para a troca varia muito entre os diferentes serviços, mas os cuidados devem ser sempre realizados. Normalmente as fraturas não cursam com sintomas respiratórios, pois trata-se de um corpo estranho com pertuito interno, exceto em casos em que a via se encontra obstruída. O paciente evoluiu com franca insuficiência respiratória justamente por impactar a carina, obstruindo tanto o bronco fonte direito quanto o esquerdo. Ademais, o paciente apresentava tosse vigorosa, levando a risco de lesão do traqueio com lesão dos grandes vasos pulmonares. O fato de ter realizado a laringectomia parcial impossibilitou a passagem do brocofibroscópio rígido, sendo necessária aplicar uma técnica acurada para a retirada com broncoscopia flexível por traqueostoma, o que dificilmente é bem sucedido devido à dificuldade técnica.

Palavras-chave: Traqueostomia, fratura, aspiração.

REFERÊNCIAS

1. Costa de Almeida L, Carvalho JA Jr, Nakakubo S. Fratura da cânula de traqueostomia metálica com impaction na árvore traqueobrônquica: relato de caso. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2011;40(3):153-4.

662 MANEJO DO SANGRAMENTO INTRAOPERATÓRIO EM PACIENTE PORTADOR DE GRANULOMATOSE COM POLIANGIITE SUBMETIDO A TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO

THULLYO CABRAL FERREIRA DE OLIVEIRA, DAVID FEREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, ROSENY DOS REIS RODRIGUES

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A granulomatose com poliangiite (GP) é uma vasculite necrotizante que acomete pequenos vasos de diversos órgãos do corpo, com predileção pelo trato respiratório e rins. Não se encontram relatos do manejo de sangramento intraoperatório nesses pacientes, fazendo-se oportuno relatar o diagnóstico e manejo desta intercorrência. **Relato de caso:** Homem, 48 anos, portador de DRC não dialítica por GP, HAS e dislipidemia. Os exames colhidos na manhã da cirurgia demonstraram Hb de 10,8, Ht de 33,5%, 203.000 plaquetas, TP de 11,4s, INR 1, TTPa de 30,6s e eletrólitos normais. A indução foi feita com 25mcg de sufentanil, propofol em BIC (Schnider efeito) alvo 3 ng/mL e 50 mg de rocurônio, e a manutenção foi realizada com propofol e sufentanil. A cirurgia transcorreu sem intercorrências até o momento de síntese, quando houve sangramento difuso com instabilidade hemodinâmica. Foram colhidos exames, indicando Hb de 9,4, Ht de 29,1%, Cal de 1,2, temperatura de 36,2°C, lactato de 13, TCA de 144s. O dreno abdominal já apresentava 400 mL, sendo esvaziado 3 vezes com paciente ainda em sala, e optou-se por abrir uma cavidade cirúrgica de "damage control". Após a colheita do teste viscoelástico, INTEM mostrou CT de 1502s e MCF de 5 mm, com TFC e ângulo alfa muito alargados, FIBTEM com amplitude de 13 mm e MCF de 14 mm. No "damage control", a Hb era de 8,9 e Ht de 24,9%; plaquetas a 200.000, lactato de 17; Cal de 1,05 e pH de 7,35. Foi feito o reajuste da hidratação, a reposição de cálcio e iniciada a administração de noradrenalina, complexo protrombínico e desmopressina. Foram deixadas 8 compressas intra-abdominais com reabordagem prevista em 48h. Uma nova tromboelastometria 1h após primeiro exame mostrou correção do CT do INTEM (157s). Ao fim do procedimento, o paciente se apresentava compensado do ponto de vista hemodinâmico, com noradrenalina a 0,1 mcg/kg/min, Hb de 7,9, Ht de 24%, pH de 7,15, Cal de 1,2 e lactato de 72. O paciente evoluiu sem alterações nos dias subsequentes e foi mantido intubado até a reabordagem, quando foi extubado em sala, sem intercorrências. **Discussão:** O alargamento do CT indica a presença de heparina no sangue, que pôde ser descartada pelo TCA normal e/ou deficiência de fatores de coagulação, e a FIBTEM normal descartava a necessidade de reposição de fibrinogênio. Dada a ausência do reagente para o teste de qualidade de plaquetas, foi administrada desmopressina 0,3 mcg/kg em conjunto com a reposição dos fatores de coagulação com complexo protrombínico 50 UI/kg, resultando na normalização do exame e fim do sangramento difuso. Nesse contexto, a disponibilidade do teste viscoelástico dispensou a necessidade de transfusão maciça, corroborando para um desfecho melhor.

Palavras-chave: Tromboelastometria, sangramento.

REFERÊNCIAS

1. Santana LF, Rodrigues MS, Araújo MP, et al. Granulomatose com poliangiite: atualização do diagnóstico ao tratamento. Rev Med. 2019;98(3):208-15. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i3p208-215>.
2. Lier H, Vowerg M, Hanke A. Thromboelastometry guided therapy of severe bleeding. Hamostaseologie. 2013;33(1):51-61. <http://dx.doi.org/10.5482/HAMO-12-05-0011>. PMID:23258612.

663 INCÊNDIO EM VIA AÉREA CAUSADO POR ELETROCAUTÉRIO EM PACIENTE IDOSA

MARIANA FREITAS DA SILVA, BRUNO MENDES CARMONA, MARIA IRIS EUFRÁSIO DE ALCÂNTARA, VITÓRIA SILVA RODRIGUES

HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: O incêndio na via aérea é um evento raro e tem se tornando menos comum devido ao desuso de agentes anestésicos mais inflamáveis, como o éter e o óxido nítrico. Contudo, ainda há um potencial de gravidade que pode ser subestimado pela extensão aparente da lesão. Para que ocorra um incêndio é necessário a combinação de três fontes: uma de combustível, outra de oxigênio e uma terceira de ignição. **Relato de caso:** Paciente idosa, 90 anos, hipertensa e ex-tabagista, sem outras comorbidades, admitida para realização de exérese de lesão na face. Optou-se por uma sedação leve e infiltração de anestésico local pelo cirurgião, uma monitorização básica foi realizada com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, com oxigenação a 50% via cateter nasal tipo óculos com fluxo de 2 L/min e sedação com midazolam 1 mg associado a fentanil 25 mcg. A equipe da cirurgia procedeu degermando a face com uma solução alcoólica e cobrindo com campos estéreis, a infiltração local foi realizada com lidocaína 2% sem vasoconstritor, seguida do uso de eletrocautério. Imediatamente após o seu uso foi ouvido um estalido, seguido por um movimento inesperado da paciente e o odor característico da combustão. No instante do ocorrido o anestesista identificou o acidente, cessou a fonte de oxigênio e comunicou ao cirurgião. Retirados os campos cirúrgicos, observou-se um aspecto de queimadura na via aérea envolvendo nariz e região nasolabial, além de um rompimento do circuito do cateter nasal pela chama. A paciente foi mantida em regime de internação para acompanhamento da equipe e evoluiu bem, recebendo alta dois dias após o acidente. **Discussão:** O reconhecimento precoce do fogo nas vias aéreas é de fundamental importância para cessar as fontes da combustão. O prognóstico do paciente depende da extensão das lesões e pode causar desde danos menores, até internação em centro de terapia intensiva e morte. Medidas para minimizar o risco de ignição devem fazer parte da cirurgia segura, como aguardar que soluções alcoólicas sequem completamente antes de colocar os campos, manter os circuitos respiratórios e cânulas nasais o mais afastados possível do campo cirúrgico e, idealmente, descontinuar o oxigênio suplementar instantes antes de usar eletrocautério ou laser. A prevenção do incêndio deve ser compartilhada com toda a equipe multidisciplinar atuante no centro cirúrgico, provendo um treinamento específico de manejo em incêndio.

Palavras-chave: Incêndio, sedação consciente, idoso.

REFERÊNCIAS

1. Apfelbaum JL, Caplan RA, Barker SJ, et al.; American Society of Anesthesiologists Task Force on Operating Room Fires. Practice advisory for the prevention and management of operating room fires: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Operating Room Fires. *Anesthesiology*. 2013;118(2):271-90. PMID:23287706.
2. Wilson PTJ, Igbaseimokumo U, Martin J. Ignition of the tracheal tube during tracheostomy. *Anaesthesia*. 1994;49(8):734-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.1994.tb04419.x>. PMID:7943717.

664 MANEJO PERIOPERATÓRIO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO EM PACIENTE COM HEMOFILIA A GRAVE

MARCOS TIAGO DE OLIVEIRA, LUCAS MORAES ANDRADE, RODRIGO MACHADO SALDANHA, VANESSA CARVALHO MARCAL DE OLIVEIRA, VINÍCIUS TOSTES FRAZÃO

CET SANTA CASA DE JUIZ DE FORA - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL

Introdução: A Hemofilia A (HA) é uma doença hereditária que reduz a capacidade de coagulação devido à deficiência do Fator VIII (FVIII). Como as articulações sofrem constantemente com sangramentos espontâneos, chamadas hemartroses, sequelas como a gonartrose avançada são comuns, causando uma grande limitação física e um importante impacto na qualidade de vida, sendo a Artroplastia Total de Joelho (ATJ) o tratamento de escolha, uma vez que os sintomas já não regredem com fármacos, fisioterapia ou órteses. **Relato de caso:** Paciente portador de HA grave com inibidor negativo, apresentando artropatia avançada no joelho direito devido à sequela da doença de base. A partir de uma avaliação multidisciplinar com hematologia, ortopedia e anestesiologia, foi usado o protocolo de reposição de FVIII, sendo transfundidas 4000 UI de FVIII recombinante 1h antes do ato cirúrgico, seguidos de 2000 UI a cada 8h, por orientação da hematologia. O procedimento transcorreu sem intercorrência, com um sangramento habitual à cirurgia proposta, o paciente então recebeu alta hospitalar 24h após o ato cirúrgico, deambulando e sem sinais de hematomas. **Discussão:** A HA (Clássica/cromossomo Xq28) é uma patologia hereditária recessiva ligada ao cromossomo X, sendo mais comum em homens e com incidência de 1/10.000 nascidos vivos. Consiste no déficit de produção do FVIII, acarretando ineficiência da hemostasia e sangramentos intra e extra-articulares espontâneos. A HA pode ser classificada com base na concentração sérica de FVIII circulante, da seguinte maneira: grave (menor do que 1%), moderada (de 1% a 5%) ou leve (acima de 5%), e o tratamento consiste na reposição exógena de FVIII por toda a vida. Sangramentos intra-articulares causam artropatias graves, acarretando dor crônica, limitação de amplitude de movimento, sangramentos frequentes e alterações anatômicas articulares, acometendo indivíduos jovens e aumentando o impacto na qualidade de vida. A avaliação pré-anestésica multidisciplinar é de grande importância para o manejo e otimização do paciente, para elaborar protocolos de infusão de FVIII e medicações que contemplem o pré, per e pós-operatório, evitando drogas que interfeririam na coagulação.

Palavras-chave: Anestesia, hemofilia A, artroplastia total de joelho.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro JPQ. S., Magosso WR, Severino AD, et al. Aspectos genéticos da hemofilia A: revisão de literatura. Braz J Development. 2021;7(5):48349-62. <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.29758>.
2. Jamgade D, Kantha M, Agrawal S, et al. Anesthesia concerns and management in case of severe hemophilia A: a case report and review of literature. MAMC J Med Sci. 2022;8:180-2. https://doi.org/10.4103/mamcjms.mamcjms_115_21.

665 INTUBAÇÃO RETRÓGRADA EM PACIENTE PORTADOR DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: RELATO DE CASO

SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, GIOVANI TAGLIALEGNA, LARISSA CHAVES DE CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa dos neurônios motores, e sua clínica se baseia em atrofia e fraqueza generalizadas. Após o diagnóstico, a sobrevida média é de 3 anos e a mortalidade se dá, principalmente, por complicações respiratórias. O conhecimento das repercussões da ELA e ventilação em via aérea (VA) traz segurança para o manejo anestésico dos pacientes, que no curso da doença provavelmente serão submetidos a procedimentos cirúrgicos para suporte de suas necessidades. **Relato de caso:** J. G. A., masculino, 48 anos, 50 kg com quadro de ELA, preservando apenas a motilidade ocular extrínseca, pela qual se comunica. Foi encaminhado para o Centro Cirúrgico, em caráter de urgência, para confecção de traqueostomia por insuficiência respiratória e intolerância à ventilação não invasiva. A acompanhante foi entrevistada e foram avaliados os preditores de VA difícil, com os seguintes achados: distâncias tireomentoniana > 6 cm e esternomentoniana > 12,5 cm, circunferência cervical < 60 cm, IMC < 26, ausência de retrognatia e barba, presença de dentes, idade < 55 anos. Pela urgência e pelos preditores favoráveis de VA, fez-se uma anestesia geral (Fentanil, Lidocaina, Clonidina e Etomidato), sem curare, devido à falta de laringoscopia adequada pela abertura bucal reduzida (< 2 cm) foi administrado 60 mg Rocurônio, sem melhora. Fez-se uma mudança de estratégia para o dispositivo supraglótico (i-Gel 3), sem sucesso, escalonando para videolaringoscopia, com falha pela má alocação na valécua (cormack 3b), também pela abertura bucal reduzida. Para a obtenção de VA definitiva foi feita uma intubação retrógrada por punção da membrana cricotireóidea com cateter venoso 14G e passagem ascendente de cateter peridural como guia, pinçado na orofaringe pela amarração no "olho de Murphy" da cânula traqueal 8.0. Após Confirmada a capnografia, fez-se a traqueostomia sem intercorrências, o conjunto foi retirado ao final e paciente foi desperto. **Discussão:** Cautela com bloqueadores neuromusculares e perda de reflexos protetores de VA nos pacientes com ELA são muito lembrados. Porém, este caso mostra algo menos evidente, mas com impacto na segurança da anestesia: a perda de neurônios mastigatórios pode criar uma via aérea difícil, porque a fraqueza e a atrofia daí advindas podem restringir a abertura bucal. As tentativas de intubação falharam, mesmo sem preditores de dificuldade no exame estático, e o exame dinâmico, limitado pela ELA, ocultou a restrição bucal. Para um cenário sem fibroscopia disponível e com urgência de cirurgia, a técnica retrógrada de intubação foi resolutive.

Palavras-chave: Intubação retrógrada, esclerose lateral amiotrófica.

REFERÊNCIAS

1. Niedermeyer S, Murn M, Choi PJ. Respiratory failure in amyotrophic lateral sclerosis. Chest. 2019;155(2):401-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2018.06.035>. PMID:29990478.
2. Pang KM, Park JW. Masticatory muscle pain and progressive mouth opening limitation caused by amyotrophic lateral sclerosis: a case report. J Oral Facial Pain Headache. 2015;29(1):91-6. <http://dx.doi.org/10.11607/ofph.1340>. PMID:25635964.

666 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES, FABIANO SOARES CARNEIRO, JULIANA LACERDA DE OLIVEIRA CAMPOS, STEPHANIE BRUNA CAMILO SOARES DE BRITO

REDE MATER DEI DE SAÚDE - GRUPO SAM (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Níveis altos de ansiedade parecem reduzir a cooperação de crianças durante a indução anestésica, podendo estar associados a problemas pós-operatórios como enurese noturna, pesadelos, transtornos alimentares e apatia. Alguns métodos foram desenvolvidos para combater a ansiedade pré-operatória e, dentre os não-farmacológicos, o uso de cartilhas pode atenuar o problema de forma simples, eficaz e com baixo custo. **Objetivos:** O presente trabalho teve como objetivo o desenvolvimento e avaliação de uma cartilha ilustrada com orientações pré-anestésicas para pacientes pediátricos. **Método:** Realizou-se uma revisão bibliográfica direcionada aos trabalhos sobre cartilhas pediátricas e técnicas para produção de material tanto visual quanto escrito para crianças. Em seguida, foi produzido um texto com informações sobre as principais etapas do processo anestésico, incluindo momentos que parecem gerar mais apreensão e ansiedade. Uma acadêmica de medicina conhecida por suas ilustrações em uma rede social foi contactada, sendo desenvolvida uma mascote e criados desenhos para cada uma das partes do texto. Crianças entre 2 e 7 anos de idade atendidas no consultório de avaliação pré-anestésica receberam a cartilha, excluindo-se aquelas que apresentavam déficits neuropsicomotores que dificultassem a interação com a mesma. O responsável pela criança presente na consulta era contactado dentro de 48h, recebendo um questionário de avaliação e, caso não houvesse resposta em 24h, era realizado contato por chamada telefônica. **Resultados:** Cento e doze crianças foram atendidas durante o período do estudo e 52,7% dos acompanhantes responderam ao questionário. A idade média foi de 4,4 anos e a cirurgia mais prevalente foi adenoidectomia (64,4% dos casos). A iniciativa foi considerada útil por 99,98% dos responsáveis e 91,5% gostaram muito da cartilha. O único medo apontado pelos participantes foi relativo à ilustração mostrando a aplicação nasal da dexmedetomidina, e houve algumas sugestões interessantes, como a criação de um vídeo e de uma mascote física. **Conclusão:** O uso de materiais impressos para a redução de ansiedade pré-operatória pediátrica é um assunto pouco explorado no Brasil. Associando dados da literatura com elementos criativos, este trabalho resultou na construção de uma cartilha adequada na percepção dos acompanhantes.

Palavras-chave: Pré-operatório, cartilha pediátrica, ansiedade pré-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Clark EKR, Sanghavi SS, Farrell S, Fritz Z. Development and evaluation of an illustrated paediatric leaflet 'Coming to Hospital: a guide to what goes on. *BMJ Paediatr Open*. 2021;5(1):e000889. PMID:33644417.
2. Kulkarni MM, Pradeep S, Rao M, Kulkarni MM. A randomized controlled trial to study the effect of a pediatric anesthesia comic information leaflet on preoperative anxiety in children. *Anaesth Pain Intensive Care*. 2021;26(1):75-80.

667 PENG BLOCK NA RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE OSTEOSSÍNTESE DE ACETÁBULO: RELATO DE CASO

GABRIELLE BAZAN CAMASSOLA, MATEUS FRANÇA FONTOURA FERREIRA, MATHEUS FECCHIO PINOTTI, PAULO SERGIO MATEUS MARCELINO SERZEDO, RAFAEL STANGE DA SILVA VALLE

CET CLÍNICA DE ANEST.RIBEIRÃO PRETO-CARP, RIBERÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: O *Peng Block* (PB) é um bloqueio anestésico de ramos sensitivos do nervo femoral e seus ramos articulares, bem como dos nervos obturador e obturador acessório, proporcionando uma analgesia adequada para cirurgias de quadril e poupando fibras motoras (1). O objetivo do presente relato é evidenciar a eficácia de um bloqueio regional no controle da dor pós-operatória, além de permitir a manutenção da mobilidade do membro. **Relato de caso:** Paciente F.S.S, 27 anos, masculino, hígido, ASA I-E, vítima de colisão de motocicleta, deu entrada no serviço de emergência com fratura de acetábulo esquerdo. A osteossíntese foi realizada com anestesia geral endovenosa alvo controlada e PB. A indução anestésica foi realizada com 30 mcg de sufentanil, propofol e remifentanil em TCI e rocurônio 40 mg, mantida com TCI de propofol e remifentanil. Após a indução anestésica foi realizado o PB guiado por ultrassonografia, com 20 mL de ropivacaína 0,5% e 4 mg de dexametasona. Ao final da cirurgia foram administradas 2 g de dipirona, 100 mg de cetoprofeno e 8 mg de ondansetrona. O paciente foi avaliado quanto à dor e sinais vitais por 24 horas, não havendo necessidade de administrar opioides no pós-operatório. A escala numérica verbal (ENV) de dor variou de 9, no pré-operatório, para 0 a 3 no pós-operatório, e após 6 horas do final do procedimento o paciente apresentou um desconforto maior e ansiedade, sendo administrada 1 g de dipirona com melhora do quadro. Foi evidenciada força motora preservada com movimentação passiva presente no pós-operatório imediato, com ausência de manifestação dolorosa durante a movimentação. **Discussão:** No caso relatado, o PB foi capaz de promover analgesia adequada no pós-operatório imediato e nas 24 horas subseqüentes, com manutenção da força muscular e preservação de mobilidade do membro em osteossíntese de acetábulo. Técnicas anestésicas que promovem uma analgesia adequada e a manutenção da mobilidade diminuem tanto o tempo de internação quanto o risco de complicações como trombose venosa profunda, acelerando o retorno às atividades diárias. Um estudo comparou o bloqueio do nervo femoral com o PB para analgesia em fraturas de quadril e mostrou que 63% dos pacientes submetidos ao PB não apresentaram dor, contra 36% dos pacientes submetidos ao bloqueio femoral. Além disso, 60% dos pacientes submetidos ao PB tiveram força preservada do membro, contra nenhum do femoral (2). Tal estudo carece de um número maior de casos para comprovar a eficácia e as vantagens do PB em comparação a outras técnicas anestésicas.

Palavras-chave: Peng block.

REFERÊNCIAS

1. Girón-Arango L, Peng PWH, Chin KJ, Brull R, Perlas A. Pericapsular Nerve Group (PENG) Block for Hip Fracture. *Reg Anesth Pain Med.* 2018;43(8):859-63. PMID:30063657.
2. Acharya U, Lamsal R. Pericapsular nerve group block: an excellent option for analgesia for positional pain in hip fracture. *Case Rep Anesthesiol.* 2020;2020:1830136. PMID:32231802.

668 **DISTÚRPIO NEUROLÓGICO FUNCIONAL EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ROBÓTICA PARA ENDOMETRIOSE: UM RELATO DE CASO**

MARCOS VINÍCIUS DE SOUZA FERNANDES, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, RENATA BUARQUE DE MACEDO VALENTE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A endometriose é uma doença que afeta aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva, 92% das quais podendo sofrer com ansiedade e depressão. No caso aqui apresentado, ressalta-se que o nervosismo relativo ao ambiente cirúrgico poderia potencializar esse estresse emocional ao ponto de ocorrer um Distúrbio Neurológico Funcional (DNF), que seria a expressão de sintomas neurológicos não explicados de forma consistente por causas médicas ou neurológicas. **Relato de caso:** J. M. O., mulher de 41 anos, IMC de 30, hipertensa controlada, portadora de endometriose e depressão, cessou medicação há mais de um ano, com uma única cirurgia prévia de colecistectomia videolaparoscópica. A paciente foi submetida à histerectomia total, salpingectomia e retirada de focos peritoneais de endometriose por via robótica, optou-se por proceder com anestesia geral balanceada multimodal, e uma infusão endovenosa contínua de rocurônio foi mantida para garantir imobilidade. A cirurgia se deu sem intercorrências, com bom controle pressórico e boa dinâmica ventilatória, apesar do pneumoperitônio e da posição de cefalodeclive. Antes do despertar foi administrada a dose adequada de sugamadex guiada pelo *train-of-four* (TOF). A paciente foi extubada acordada com TOF da T4/T1 de 114, BIS 95, respondendo a comandos, verbalizando, movimentando os 4 membros e passando para a maca de transporte sem auxílio. Após 15 minutos na sala de recuperação anestésica, notou-se a imobilidade dos 4 membros e ausência de fonação, embora a paciente demonstrasse compreender os comandos com os olhos e a cabeça. O exame físico da paciente estava inalterado, sem alterações ventilatórias ou hemodinâmicas, e um novo TOF foi realizado de 109. A equipe de Neurologia instruiu a realização de um exame de ressonância magnética (RNM), apesar de a principal suspeita diagnóstica ser de DNF, e a RNM não indicou alterações. A paciente foi encaminhada à enfermaria com o suporte da equipe de Psicologia, e dentro de 4 horas retornou a verbalizar e mobilizar os 4 membros. **Discussão:** O caso em questão retrata a importância do acompanhamento psicológico em pacientes portadoras de endometriose, para que o tratamento cirúrgico não seja mais um fator de estresse emocional. Ademais, o presente relato tem o valor de divulgar a existência da entidade DNF para que, sempre que o anestesiológico se deparar com algum sintoma neurológico súbito sem correlação patológica, principalmente em pacientes com comprometimento psiquiátrico, o mesmo possa pensar nesse diagnóstico de exclusão e acionar a equipe multidisciplinar para um desfecho melhor.

Palavras-chave: Distúrbio neurológico funcional, cirurgia robótica, endometriose.

REFERÊNCIAS

1. Lorençato C, Vieira MJN, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(3):217-21. PMID:12353104.
2. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. Int J Womens Health. 2017;9:323-30. PMID:28553145.
3. D'Souza RS, Vogt MNP, Rho EH. Post-operative functional neurological symptom disorder after anesthesia. Bosn J Basic Med Sci. 2020;20(3):381-8. PMID:32070267.

669 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ANESTESIOLOGISTA NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

LETICIA STEPHANIE DE SOUZA ARAUJO, ADELI MARIANE VIEIRA LINO ALFANO, CIRILO HADDAD SILVEIRA, LEONARDO JOSÉ GABRIELLI VANZATO, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

CET GAAP – CUSC – HSC – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO CAMILO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Os exames e procedimentos realizados nos centros de diagnóstico por imagem (CDI) são essenciais para a investigação clínico-cirúrgica dos pacientes. Devido à necessidade de administrar sedativos ou analgésicos para a realização de muitos destes exames, a presença do anestesiolegista neste processo é imprescindível. **Justificativa:** O estudo em questão é justificado pela necessidade de reforçar a importância do anestesiolegista no CDI. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo caracterizar o atendimento do anestesiolegista no CDI e delinear sua relação com os eventos adversos ocorridos no período avaliado. **Métodos:** Este estudo foi realizado de maneira observacional e transversal, com a análise retrospectiva feita no período de julho a setembro de 2022 em um hospital privado localizado no município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, onde os anestesistas inserem informações dos pacientes que são avaliados durante a auditoria de prontuários pela área da qualidade. **Resultado e discussão:** A participação do anestesiolegista no CDI é necessária devido à sua capacidade técnica e criativa na assistência prestada aos pacientes. Com isso em mente, foi realizada a coleta de dados no período de julho a setembro de 2022 e foram avaliados 178 prontuários. Dos casos analisados, observamos que dos 178 pacientes, 117 possuem comorbidades e 61 pacientes não apresentam comorbidades, o que demonstra a importância da realização da avaliação pré-anestésica antes da aplicação da anestesia necessária para o procedimento. Os procedimentos mais realizados foram: endoscopias, colonoscopias, tomografias, atendimento no setor de hemodinâmica, ecoendoscopia, ressonância magnética e broncoscopia. Em relação aos eventos adversos notificados no período, foram evidenciados 05 casos. Destes, 4 não apresentaram danos ao paciente e 1 caso foi classificado como leve, de acordo com os critérios da OMS. Os fatos supramencionados corroboram os estudos que destacam a importância da presença do anestesiolegista no processo que vai desde à realização da avaliação pré-anestésica do paciente que vai ser submetido a um determinado exame, até o acompanhamento do paciente na recuperação pós-anestésica, momento que antecede sua alta. **Considerações finais:** Finalmente, nota-se a real necessidade do anestesiolegista no CDI, promovendo um ponto primordial para o paciente: a realização do procedimento com extrema segurança e qualidade.

Palavras-chave: Diagnóstico por imagem, anestesiolegista.

REFERÊNCIAS

1. Jones CPL, Fawker-Corbett J, Groom P, Morton B, Lister C, Mercer SJ. Human factors in preventing complications in anaesthesia: a systematic review. *Anaesthesia*. 2018;73(Suppl. 1):12-24. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.14136>. PMID:29313908.
2. ISQUA. Qmentum. Padrões para o serviço de anestesiologia. São Paulo: QGA; 2018
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014

670 CASO RARO DE HIPERPARATIREOIDISMO POR GLÂNDULA ECTÓPICA MEDIASTINAL

LETICIA CAVALARO SIQUEIRA, ALEXANDRE ALBERTO FONTANA FERRAZ

CET DA FAC. CIÊNC. MÉD. E DA SAÚDE PUC-SP – HOSPITAL SEDE: FUNDAÇÃO SP – HOSPITAL SANTA LUCINDA,
SOROCABA, SP, BRASIL

Introdução: O hiperparatireoidismo é o aumento da secreção do paratormônio (PTH) pelas glândulas da paratireóide, e a cirurgia de paratireoidectomia é indicada para os casos em que o tratamento clínico se mostra insuficiente. O anestesista deve estar preparado para as complicações intraoperatórias que o procedimento pode causar. **Relato de caso:** Paciente masculino 19 anos, submetido a paratireoidectomia à esquerda associada à retirada de nódulo mal delimitado em mediastino anterior. Os exames pré-operatórios do paciente estavam dentro da normalidade, indicando apenas cálcio iônico aumentado (1,54 - VR 1,15 a 1,35). A monitorização foi realizada com sinais vitais estáveis, seguida de anestesia peridural em T4/T5 com 10 mL de ropivacaína 0,5% + 100 mcg fentanil com passagem de cateter. Prosseguiu-se com a indução de anestesia geral com propofol, rocurônio e remifentanil, e após a retirada da glândula ectópica foi realizada uma gasometria arterial que apresentou dosagem de cálcio em 1,10. Optou-se por realizar a reposição de gluconato de cálcio 10%, com 10 ampolas (100 mL) diluídas em 900 mL de SG a 5% (solução com 0,9 mg de cálcio elementar por mL), administradas em bomba de infusão contínua a 50 mL/h, sendo a dosagem de cálcio acompanhada durante o período do intraoperatório e da recuperação anestésica. O paciente foi extubado em sala e encaminhado a UTI sem intercorrências anestésicas. **Discussão:** O hiperparatireoidismo primário (HPTP) é caracterizado pelo aumento do cálcio iônico devido a uma superprodução do PTH. Os pacientes com HPTP se encontram assintomáticos na maioria dos casos, o diagnóstico sendo realizado devido ao aumento de cálcio iônico em exames laboratoriais, e quando sintomáticos, esses pacientes podem apresentar constipação, dor no corpo e náuseas. O tratamento é cirúrgico, através da paratireoidectomia, consistindo na ressecção de todas as glândulas ectópicas e da glândula alterada. No inter e pós-operatório é importante acompanhar a dosagem de cálcio, que apresenta uma queda significativa logo após a retirada das glândulas, sendo que 40% dos pacientes submetidos à hiperparatireoidectomia devido ao HPTP apresentam hipocalcemia pós-operatória, com o valor mínimo alcançado entre 24 e 36 horas pós a paratireoidectomia. O HPTP deve ser investigado e tratado corretamente para evitar complicações crônicas da doença, seu tratamento envolve a retirada cirúrgica das glândulas afetadas e cursa com a queda do cálcio. É imprescindível que a equipe cirúrgica esteja preparada para tratar a hipocalcemia aguda presente durante a cirurgia e no pós-operatório.

Palavras-chave: Hiperparatireoidismo, glândula ectópica.

REFERÊNCIAS

1. Che Kadir S, Mustaffa BE, Ghazali Z, Hasan Z, Imisairi AH, Mustafa S. Mediastinal parathyroid adenoma: diagnostic and management challenges. Singapore Med J. 2011;52(4):e70-4. PMID:21552777.
2. Ruiz RL Jr, Felisberto G Jr, Tagliarini JV, Oliveira RC, Castro JH. Paratireoide ectópica supranumerária localizada no mediastino anterior. Relatos Casos Cir. 2016;(1):1-3.

672 ANESTESIA GERAL PARA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, IRENE DE CASTRO CYRENO ADEODATO, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, WILSON DE OLIVEIRA COSTA JÚNIOR

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPÉIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A Doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é a polineuropatia periférica hereditária mais comum, com uma incidência estimada de 1:2500, e é clinicamente caracterizada por um acometimento distal, principalmente de membros inferiores, levando à fraqueza muscular, atrofia e deformidades, sendo classificada de forma mais simples de acordo com apresentação clínica, modo de transmissão da herança e biópsia de nervo periférico. A revisão da literatura anestésica produziu relatos conflitantes sobre as melhores opções anestésicas para pacientes com CMT, uma vez que os mesmos apresentam mais risco de resposta prolongada aos relaxantes musculares, à hipertermia maligna e aos riscos da anestesia regional. **Relato de caso:** Mulher de 55 anos, 80 kg, 1,78 m, admitida no serviço para colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral, relatando um diagnóstico prévio da doença há 25 anos com manifestação atual de parestesia tipo luvas e botas, além de fraqueza muscular em membros inferiores dificultando a deambulação, porém, sem deformidades ou atrofias, com história familiar positiva para doença neuromuscular não especificada. Optou-se pela monitorização do bloqueio neuromuscular com uso do TOF em músculo adutor do polegar com calibração prévia para mensurar os valores de referência, neste caso, apresentando uma proporção T4/T1 de 125% e uso de BNM adespolarizante. A indução anestésica foi realizada com Fentanil, Lidocaína 2%, Propofol e Rocurônio em doses graduais, até a observação do decréscimo progressivo na amplitude de resposta neuromuscular a níveis de relação T4/T1 igual a 0 e CPT = 5-6, seguido de IOT sob videolaringoscopia sem intercorrências, e manutenção inalatória com Sevoflurano. O ato cirúrgico teve uma duração de 60 minutos e a reversão do bloqueio neuromuscular foi realizada com Sugamadex 200 mg, observando-se uma elevação gradual da relação T4/T1 até 95%, objetivando a recuperação da função neuromuscular e procedendo à extubação com segurança. **Discussão:** Controvérsias em relação ao efeito de bloqueadores neuromusculares, tanto no potencial de desencadear hipercalemia e hipertermia maligna quanto no tempo mais longo de efeito clínico, mostram que é necessário adequar seu uso conforme os riscos e benefícios, bem como a importância da monitorização neuromuscular para estes pacientes no pré, intra e pós-operatório. Quanto ao uso de anestésicos inalatórios, não há estudos que sustentem a contraindicação absoluta ao seu uso para os referidos pacientes, de modo que a técnica anestésica escolhida deve ser sempre individualizada.

Palavras-chave: Doença de Charcot-Marie-Tooth, monitorização de bloqueio neuromuscular, anestesia geral.

REFERÊNCIAS

1. Porto A, Jorge J, Moura AL, Alcântara R. Anestesia em paciente portador da Doença de Charcot-Marie-Tooth: qual a melhor técnica anestésica? Rev Med Minas Gerais. 2011;21(4, Supl 4):S47-50.
2. Ohshita N, Oka S, Tsuji K, et al. Anesthetic Management of a Patient With Charcot-Marie-Tooth Disease. Anesth Prog. 2016;63(2):80-3. <http://dx.doi.org/10.2344/15-00010R1.1>. PMID:27269665.

673 PORT SITE INFILTRATION OF LOCAL ANESTHETIC IN LAPAROSCOPIC SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

BEATRIZ FERREIRA CORDEIRO, DAVID KISTENMACHER DE BEM, GETÚLIO RODRIGUES DE OLIVEIRA FILHO

CET DA UNIV.FEDERAL DE SANTA CATARINA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIV.POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Background: This study aimed to evaluate the effects of port site infiltration of local anesthetic (LA) for videolaparoscopic abdominal surgeries. **Methods:** Randomized Control Trials comparing LA infiltration to placebo or no infiltration on trocar site were browsed on Medline, Web of Science, Cochrane, EMBASE and EBSCo-CINAHL. Meta-analyses were conducted on the primary outcomes: postoperative pain at rest and postoperative analgesic consumption in the first 24 postoperative hours; and for the secondary outcomes: postoperative pain on movement, shoulder pain incidence and postoperative nausea and vomiting. **Results:** Thirty five (35 studies) were included for analysis. The results were registred on mean difference (MD), weighted mean difference (WMD) or relative risks (RR), 95% confidence intervals (95% CI) and prediction intervals (PI) as follows: overall pain scores at rest (-1.08cm; 95% CI = -1.15 - -1.00 cm; PI = -1.75 - -0.40 cm; $p < 0.00001$; GRADE = very low); analgesic consumption (WMD = -1.24 mg; 95% CI = -2.45 - -0.02 mg; PI = -9.53- +7.05 cm; $p=0.23$; GRADE = low). **Conclusions:** Local anesthetic infiltration was associated with lower postoperative pain scores, while no significant difference was found in the incidence of PONV or analgesic consumption. However, several methodological biases identified in the available studies may have compromised the results. Thus, a very low level of recommendation supports the use of local anesthetics in the infiltration of laparoscopic surgery portals.

Palavras-chave: Laparoscopy, postoperative pain, local anesthetics.

REFERÊNCIAS

1. Mustafa RA, Wiercioch W, Santesso N, et al. Decision-making about healthcare related tests and diagnostic strategies: user testing of GRADE evidence tables. PLoS One. 2015;10(10):e0134553. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0134553>. PMID:26474310.
2. Koppert W, Weigand M, Neumann F, et al. Perioperative intravenous lidocaine has preventive effects on postoperative pain and morphine consumption after major abdominal surgery. Anesth Analg. 2004;98(4):1050-5. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ANE.0000104582.71710.EE>. PMID:15041597.
3. Ergin A, Timuçin Aydin M, Çiyiltepe H, et al. Effectiveness of local anesthetic application methods in postoperative pain control in laparoscopic cholecystectomies; a randomised controlled trial. Int J Surg. 2021;95:106134. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.106134>. PMID:34653721.

674 BLOQUEIO DO NERVO GLOSSOFARÍNGEO PARA CONTROLE DA SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO

SERGIO MARIANO ZUAZO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, GABRIEL DE PAULA RESENDE, GABRIELA ROCHA LAURETTI, LARISSA CHAVES DE CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBERÃO PRETO, RIBERÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Eagle está associada às apófises estilóides alongadas ou à calcificação do ligamento estilo-hióideo, podendo apresentar sintomas como odinofagia, cefaléia, otalgia e cervicalgia (1). O nervo relacionado ao quadro é o glossofaríngeo (2). **Relato de caso:** J. E. B. C., 77 anos, sexo masculino. Há 5 anos deu início a uma queixa de disfagia a saliva e alimentos, que se intensificou progressivamente se tornando bilateral e associada à otalgia. Durante este período, o paciente foi investigado e tratado com antibioticoterapia, antialérgicos e corticosteróides repetidamente, devido à suspeita clínica de sinusopatia e inflamação no conduto auditivo, apesar de apresentar exames clínicos e de imagens incompatíveis. O paciente foi avaliado para um possível nódulo tireoidiano, percebido à palpação, sendo então realizada uma ultrassonografia e punção do mesmo, com achados benignos que não justificavam a clínica do paciente. A odinofagia era progressiva e limitante, sendo sua dieta inicialmente alterada de sólida para pastosa, e posteriormente para líquida. A tomografia computadorizada dos processos estilóides demonstrou uma ossificação do ligamento estilo-hióideo direito juntamente com o processo estilóide do osso temporal ipsilateral, adquirindo uma importante extensão no sentido crânio-caudal, sendo feito, então, o diagnóstico da Síndrome de Eagle (Figura 1). O paciente foi submetido a um bloqueio teste do nervo glossofaríngeo à direita (Figuras 2 e 3) com melhora imediata da odinofagia, seguido pela denervação por radiofrequência do mesmo nervo, sob sedação consciente com midazolam, alfentanil e uso de um intensificador de imagem. Imediatamente após procedimento, o paciente retornou à dieta sólida e gradativamente diminuiu as doses diárias de gabapentina, pregabalina, duloxetina e oxicodona, fazendo uso de apenas 300 mg via oral de gabapentina antes de dormir. **Discussão:** A Síndrome de Eagle é uma patologia degradante com evolução progressiva devido à lentidão do diagnóstico, não é incomum que os pacientes passem anos tentando encontrar um diagnóstico e uma solução para seus problemas, passando por diferentes especialistas (otorrinolaringologia, endocrinologista, cirurgião gástrico, entre outros). A doença se torna exaustiva e incapacitante para o paciente, tanto física quanto emocionalmente. Em suma, buscamos ressaltar a necessidade de levantar a hipótese diagnóstica dessa síndrome nos casos de odinofagia sem causa aparente, incentivando uma opção clínica de tratamento através de bloqueios nervosos, com excelentes resultados.

Palavras-chave: Dor, síndrome de Eagle, intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Guzzo FAV, Macedo JAGC, Barros RS, Almeida DC. Síndrome de eagle: relato de caso. Rev Para Med. 2006;20(4):47-51.
2. Albuquerque ACM, Santos FBG, Barbosa RG, Lopes MFB, Figueiredo ID. Síndrome de Eagle simulando neuralgia occipital: relato de caso e revisão de literatura. J Bras Neurocir. 2012;23(1):73-6. <http://dx.doi.org/10.22290/jbnc.v23i1.1149>.

675 ANESTESIA GERAL ASSOCIADA AO BLOQUEIO DO NERVO FEMORAL E BLOQUEIO DO NERVO CIÁTICO EM PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO

ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, GIOVANA PALUDO BERTINATO, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LUCAS FELIPE KARASINSKI, NICOLLE BARAUCE FREITAS

CET SERV.ANEST.HOSP.UNIV.CAJURU – PUC/PR - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU PUC-PR, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Em cirurgias de extremidades, a anestesia regional tem sido preferida em detrimento ao bloqueio do neuroeixo e à anestesia geral. Entre os benefícios, encontra-se melhor analgesia pós-operatória, menores repercussões hemodinâmicas, ausência dos riscos de abordagem dos espaços neurais centrais e ausência de efeitos colaterais de lesões no neuroeixo. O nervo femoral é responsável pela inervação de coxa anterior, quadril, fêmur, joelho, parte medial inferior da perna e pé, o nervo ciático, por sua vez, é responsável pela inervação da parte posterior da coxa, joelho, perna, tornozelo e pé. Desse modo, é possível realizar a anestesia e analgesia de toda a perna distal utilizando uma combinação de bloqueios dos nervos femoral e ciático 1. **Relato de caso:** G. S. C. M., 39 anos, sexo masculino, sem comorbidades, vítima de atropelamento, com TCE e perda de consciência, relatando dor lombar na admissão, negando uso de medicações de uso contínuo ou alergias. O paciente recusou a realização de TC de crânio e coluna, apresentando fratura no platô tibial à esquerda. Diante da dor lombar e da necessidade cirúrgica, optou-se pela realização da cirurgia sob anestesia geral associada aos bloqueios periféricos, o paciente foi monitorizado com eletrocardiograma, pressão arterial não invasiva, oximetria pulsátil, capnógrafo e análise de gases, foi induzido com 200 mcg de fentanil, 180 mg de propofol e 10 mg de cisatracúrio, sendo a intubação orotraqueal realizada sob laringoscopia direta com tubo 8.0, sem intercorrências. O paciente foi colocado em modo de ventilação controlada por volume (475 mL), sendo realizado também o bloqueio do nervo femoral em região inguinal com 15 mL de ropivacaína a 0,5% e bloqueio do nervo ciático em fossa poplíteia com 15 mL de ropivacaína a 0,5%, ambos sob visualização ultrassonográfica. O bloqueio foi testado e a cirurgia foi realizada sem o registro de intercorrências, com o paciente encaminhado para sala de recuperação anestésica já acordado e sem queixas algícas. **Discussão:** Os bloqueios femorais e ciáticos requerem uma técnica básica do uso do ultrassom, com altas taxas de sucesso e baixas incidências de complicações. O paciente apresentava dor lombar sem realização prévia de TC de coluna, devido à suspeita não afastada de uma lesão na coluna, a realização da anestesia por raquianestesia não foi indicada. Os bloqueios combinados com a anestesia geral proporcionaram uma anestesia e analgesia intra e pós-operatórias adequadas, bem como uma alta precoce da sala de recuperação anestésica.

Palavras-chave: Bloqueio regional, bloqueio de nervo femoral, bloqueio de nervo ciático.

REFERÊNCIAS

1. Grant AS, Auyong DB. Lower limb ultrasound guided regional anesthesia. In: Grant AS, Auyong DB, editores. Ultrasound guided regional anesthesia. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780190231804.003.0003>
2. Stein C, editor. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.

677 GESTÃO DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS E MITIGAÇÃO DE GASTOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ALTA COMPLEXIDADE

DANIELA GOMES DE SOUZA, CLAUDIA REGINA MACHADO, FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, JULIANA BANTIM DE SOUZA PINHEIRO, MELLISSA ALEIXO MACHADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Justificativa: A relevância da presente análise dos cancelamentos das cirurgias eletivas está diretamente relacionada à qualidade da assistência pelo serviço, impactando diretamente a relação entre o paciente, seus familiares, os profissionais de saúde envolvidos e a instituição. O primeiro passo para uma melhoria do serviço é conhecer os motivos que levam aos cancelamentos, a fim de que ações sejam tomadas e novos eventos sejam evitados. **Objetivo:** Realizar um levantamento da incidência de cancelamentos de cirurgias programadas em um hospital universitário de alta complexidade e dos motivos que levaram a esse desfecho. **Método:** Estudo transversal descritivo retrospectivo, com análise quantitativa, realizado por meio do levantamento de registros dos formulários de cada procedimento cirúrgico eletivos realizados em 2021. **Resultado:** Das 10625 cirurgias realizadas, 1715 foram canceladas, equivalendo a 16% dos cancelamentos. Dos 3 grandes grupos (causas clínicas, causas administrativas e falta de material), as causas administrativas representam 79,2% dos cancelamentos, seguidos de clínica do paciente e falta de material com 16,2% e 9%, respectivamente. O motivo mais prevalente na área clínica é de infecção, com 13 casos (41%), sendo 3 por covid-19, e o motivo administrativo mais prevalente é de "adiantar a hora", equivalente a 20%. **Discussão:** Por se tratar de uma pesquisa com fonte de dados secundários, a análise pode ser considerada como limitada, já que vários dados não estavam registrados. Independentemente de ser parcial, há uma taxa relativamente alta de casos, considerando que as filas de quem aguarda cirurgias eletivas em hospitais públicos são longas, e que muitos desses pacientes já tiveram sua cirurgia remarcada por vários motivos, entende-se que há uma submissão desnecessária ao estresse pré-operatório, ao preparo cirúrgico, ao risco da anestesia, à frustração pela não realização do procedimento e ao prolongamento do problema de saúde. Espera-se que os resultados desse estudo proporcionem a realização de intervenções para prevenir ou mitigar os motivos que resultam nesta suspensão, visando reduzir as eventuais complicações relativas à espera, os gastos acerca dos mesmos e até os processos judiciais passíveis por dano moral, propondo estratégias previstas como educação e treinamento dos profissionais. De forma que, quando há troca de informações com qualidade entre médico e paciente, as chances de conflitos ocorrerem são sempre minimizadas e a relação flui com confiança, mesmo quando surgem imprevistos desagradáveis para uma das partes.

Palavras-chave: Cancelamento cirúrgico, redução de gastos, gestão hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Sousa AKC, Gomes JRAA, Verner GCM, et al. Principais causas de suspensão de cirurgias eletivas em um Hospital Público de grande porte do Distrito Federal. Health Residencies J. 2022;3(14):198-217. <http://dx.doi.org/10.51723/hrj.v3i14.380>.
2. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007;15(5):1018-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500021>.

678 DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INTRAOPERATÓRIO

BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, AUGUSTO DE AZEVEDO NORA, GUILHERME XAVIER RAMOS PEREIRA, PAULO HENRIQUE PEREIRA AGUIAR

CET S.A.HS.NAVAL MARCÍLIO DIAS – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O tromboembolismo pulmonar é uma condição clínica ainda subdiagnosticada que necessita uma alta suspeição clínica, sobretudo no período perioperatório, devido ao mascaramento de alguns dos seus sinais e sintomas. O objetivo do presente artigo é relatar um caso de embolia pulmonar intraoperatória durante uma cirurgia ortopédica, bem como o seu manejo clínico. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, 65 kg, 1,65 m, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, relatando queda da própria altura uma semana antes da internação, resultando em fratura tibial e clavicular esquerdas, sendo programada uma cirurgia para osteossíntese do platô tibial esquerdo. A paciente foi admitida em sala de cirurgia com pressão arterial de 160x80 mmHg, frequência cardíaca de 60 bpm e SpO2 de 98%, foi realizada a monitorização multiparamétrica, a punção venosa periférica em membro superior direito foi feita com cateter do tipo jelco calibre 18G, e o bloqueio subaracnoideo foi realizado no espaço L2L3 com bupivacaína isobárica intratecal 15 mg e fentanil 20 mcg. Cerca de 20 minutos após a raquianestesia, a paciente evoluiu com hipotensão refratária à efedrina, necessitando infusão contínua de fenilefrina, evoluindo em seguida com instabilidade hemodinâmica, infradesnívelamento do segmento ST em DII e DIII, além de dessaturação. A cirurgia foi realizada com a fixação percutânea com parafuso, e após a otimização hemodinâmica, a paciente necessitou de oxigênio suplementar. As enzimas cardíacas e a eletrocardiografia estavam dentro da normalidade, entretanto, houve um aumento das escórias nitrogenadas, e a angiotomografia realizada no pós-operatório revelou um trombo em artéria pulmonar direita. A paciente foi encaminhada para UTI, onde a anticoagulação em dose terapêutica foi iniciada com enoxaparina, recebendo suporte intensivo e nefrológico, além de fisioterapia respiratória. **Discussão:** O diagnóstico de TEP em pacientes sob anestesia deve ter um alto nível de suspeição. O anestesiológico deve estar atento e não esquecer do TEP como um diagnóstico diferencial de hipoxemia ou queda da capnometria de forma súbita, bem como a possibilidade de uma hipotensão refratária.

Palavras-chave: Anestesia, medicina peri-operatória, tromboembolismo pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Pannucci CJ. Venous thromboembolism in aesthetic surgery: risk optimization in the preoperative, intraoperative, and postoperative settings. *Aesthet Surg J.* 2019;39(2):209-19.
2. Desciak MC, Martin DE. Perioperative pulmonary embolism: diagnosis and anesthetic management. *J Clin Anesth.* 2011;23(2):153-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2010.06.011>. PMID:21377083.

679 BLOQUEIO SIMPÁTICO VENOSO EM PACIENTE COM DOR CRÔNICA AGUDIZADA POR MIOPATIA DE BRODY

WILDNEY LEITE LIMA, ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA, ELIZABETH TEIXEIRA NOGUERA SERVIN, GUILHERME BURGOS SOUSA, HIAGO PARREAO BRAGA

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A miopatia de Brody é uma condição rara, congênita e hereditária que leva à rigidez muscular induzida por esforço, causando intensas câibras e mialgias. Com início dos sintomas na infância, há pouca ou nenhuma evolução ao longo da vida, com poucos relatos de sintomas semelhantes à hipertermia maligna. No geral, o tratamento sintomático é ineficaz, ou traz muitos efeitos colaterais. **Relato de caso:** Paciente de 28 anos, com Miopatia de Brody e dor crônica, chegou ao pronto socorro com espasmos e intensa dor em MMII, foram prescritos dipirona, tiocolchicosídeo, bextra, morfina e diazepam, sem controle sintomático, momento em que foi encaminhada para internação hospitalar. O neurologista administrou gabapetina, baclofeno, duloxetina e canabidiol, além dos analgésicos comuns, aines e opioides, quando necessário, não obstante, a paciente permaneceu sem controle adequado dos sintomas, mesmo após associação com verapamil, tramadol, divalproato de sódio e diazepam. Com 11 dias de internação, um parecer à medicina da dor foi solicitado, e o bloqueio venoso simpático foi realizado com infusão de lidocaína (1,5 mg/kg) e clonidina (2 mcg/kg) por 2 horas, 1x ao dia. Após o início deste tratamento a paciente referiu melhora sintomática, com possibilidade de suspensão e redução das demais medicações em uso. Com 19 dias de internação, a paciente recebeu alta hospitalar, com melhora sintomática, em uso de verapamil, divalproato de sódio, duloxetina e canabidiol. **Discussão:** Dentro de um quadro de miopatia, o controle e manejo adequado da dor é de extrema relevância para promover qualidade de vida em pacientes portadores de tal condição. O não controle da dor, mesmo com a administração de analgesia multimodal, acende um alerta para que novas possibilidades terapêuticas sejam consideradas. O sistema nervoso simpático vem sendo apontado como tendo um papel importante na origem da dor crônica, portanto, o bloqueio venoso simpático se mostra ser uma alternativa para o tratamento convencional de pacientes com dor crônica. Os estudos com lidocaína endovenosa evidenciam resultados satisfatórios, com analgesia, redução da necessidade de opioides, além de efeitos anti-inflamatórios, entretanto, os efeitos se demonstram fugazes, com necessidades de doses repetidas. A associação com alfa-2 agonistas visa trazer os benefícios analgésicos já bem estabelecidos no tratamento de dor aguda em analgesia multimodal, com essa classe de fármacos atuando nas vias ascendentes e descendentes da dor, promovendo um bom resultado analgésico aos pacientes.

Palavras-chave: Miopatia, dor crônica, bloqueio venoso simpático.

REFERÊNCIAS

1. Molenaar JP, Verhoeven JI, Rodenburg RJ, et al. Clinical, morphological and genetic characterization of Brody disease: an international study of 40 patients. *Brain*. 2020;143(2):452-66. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awz410>. PMID:32040565.
2. Moraes MFB, Barbosa JO No, Vanetti TK, Morais LC, Sousa ÂM, Ashmawi HA. Bloqueio do sistema nervoso simpático para tratamento de dor do membro fantasma: relato de caso. *Rev Dor*. 2013;14(2):155-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000200017>.
3. Eziliano MS, Silva AD, Lourenço AM, et al. Estratégias de analgesia multimodal no manejo da dor aguda em adultos na emergência. *Rev Eletron Acervo Científico* 2021; 31: e7963. <http://dx.doi.org/10.25248/reac.e7963.202>.

680 CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PACIENTE COM TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA

DENYS SCHAEFER DORNELLAS LADEIRA, CAMILA SANTOS SPILLER, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, MARIANA RIBEIRO DE ABREU E SILVA

CET HOSPITAL DAS AMERICAS – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL VITÓRIA/SAMARITANO-AMERICAS M.CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A trombocitopenia trombótica imunomediada pós vacina para SARS-CoV-2 (TTIV) foi descrita em 2021 por Andreas Greinacher, sugerindo uma fisiopatologia semelhante à trombocitopenia autoimune induzida por heparina (HIT). A patogênese desses eventos trombóticos envolve a formação de anticorpos que se ligam ao fator plaquetário (PF4), o que leva à ativação, agregação plaquetária e desenvolvimento de trombose. **Relato de caso:** R. G. S., sexo feminino, 39 anos, ASA1, IMC 21,5 kg/m², puérpera, parto vaginal há 6 meses. Vacinada para COVID-19 com a 4ª dose (Astrazeneca) há 5 dias, a paciente deu entrada na emergência hemiplérgica à direita, com afasia mista há duas horas e relato de cefaléia há 3 dias, evoluindo com crises convulsivas, midríase fixa e anisocoria dentro de 1 hora. A angiotomografia do crânio evidenciou trombose de seio sagital superior e hemorragia subaracnóide difusa, E os exames laboratoriais evidenciaram plaquetometria de 10.000/mm³, INR de 1,22 Fibrinogênio de 150 mg/dl, D-Dímero >20.000ng/mL, com os demais níveis dentro da normalidade. Após 6 horas, a paciente foi submetida à trombectomia mecânica intracraniana na hemodinâmica sob anestesia geral venosa total, necessitando de noradrenalina 0,04 mcg/kg/min e, em seguida, foi encaminhada ao centro cirúrgico para a realização da craniectomia descompressiva. Na admissão foi administrado Fibrinogênio 1 g, gluconato de cálcio 2 g e 7 unidades de plaquetas. A tromboelastografia prévia à realização da terapêutica evidenciou INTEM CT de 657, MCF de 13, EXTEM CT de 642, MCF de 12, FIBTEM CT de 1425 e MCF de 402, sendo administrado portanto um complexo prótrombínico de 500 UI. Para reduzir a hipertensão intracraniana foi administrada solução salina 3% 100 mL e manitol 20% 250 mL. O índice bispectral durante o procedimento variou de 27 a 45, com tempo de supressão e SR elevados. A paciente foi encaminhada ao CTI intubada, estável hemodinamicamente, com midríase fixa e, após 2 dias, evoluiu com morte encefálica, confirmando a TTIV 14 dias após o evento, através da dosagem do anticorpo anti-PF4 positivo. **Discussão:** A TTIV é uma complicação rara, mas grave, das vacinas contra a COVID-19, e o diagnóstico de TTIV se baseia na história de vacinação prévia para COVID-19 de 4 a 42 dias antes do início dos sintomas, além de trombose venosa ou arterial, trombocitopenia, anticorpo anti-PF4 positivo e D-dímero elevado. O tratamento envolve imunoglobulina venosa, anticoagulantes não heparínicos e plasmaférese. Um alto nível de suspeição nesses casos pode facilitar o diagnóstico precoce, porém o tratamento permanece incerto.

Palavras-chave: COVID-19, trombocitopenia trombótica imunomediada pós vacina, hemorragia subaracnóidea.

REFERÊNCIAS

1. Greinacher A, Thiele T, Warkentin TE, et al. Thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCov-19 vaccination. N Engl J Med. 2021;384(22):2092-101. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2104840>. PMID:33835769.
2. Pavord S, Scully M, Hunt BJ, et al. Clinical features of vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis. N Engl J Med. 2021;385(18):1680-9. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2109908>. PMID:34379914.

681 ANESTESIA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO EM LACTANTE CARDIOPATA

DENYS SCHAEFER DORNELLAS LADEIRA, ANTONIO MARTINS DIAS PIRES, JOANA THOMPSON PEREIRA DE SOUZA, LORENA DIAS GUIMARÃES, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES

CET HOSPITAL DAS AMERICAS – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL VITÓRIA/SAMARITANO-AMERICAS M.CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O crescimento de exames e procedimentos que requerem a realização de anestesia fora do centro cirúrgico apresentou um crescimento exponencial na última década. Em virtude disso, o anesthesiologista deve sempre priorizar a segurança dos procedimentos anestésicos, individualizando a técnica anestésica de acordo com cada cenário. **Relato de caso:** Lactente de 5 meses, 8kg, portador de Tetralogia de Fallot, em pós-operatório de correção do Septo Atrioventricular. Duas horas após o procedimento, o paciente apresentou parada cardiorrespiratória assistida em assistolia, retornando à circulação espontânea após 7 minutos de ressuscitação cardiopulmonar. Após longa permanência no centro de terapia intensiva, ocorreu o desmame da sedação e a posterior extubação, porém o paciente manteve um quadro de hiporresponsividade, hiporreatividade e crises convulsivas, quadro neurológico que motivou a solicitação de uma ressonância nuclear magnética do crânio para uma melhor elucidação diagnóstica. A equipe de Anestesia optou por submeter o lactente à sedação venosa composta por Dexmedetomidina (1 mcg/kg) e Dextrocetamina (1 mg/kg) diluídos em 20 mL de soro fisiológico a 0.9% e infundidos lentamente, além da manutenção da ventilação espontânea com auxílio de cateter nasal tipo óculos com oxigênio contínuo a 1 L/min. O exame transcorreu sem intercorrências, com pouca mobilização, suficiente para boa qualidade das imagens, com saída do paciente estável e eupneico em ar ambiente.

Discussão: O cenário de um lactente cardiopata com complicações graves pós-operatórias e possíveis sequelas neurológicas, submetido à realização de procedimento fora do centro cirúrgico, configura uma situação desafiadora para o anesthesiologista. A associação de Dextrocetamina e Dexmedetomidina vem sendo estudada nos últimos anos, justamente em populações que apresentam cardiopatia, uma vez que essa população está mais propensa a desenvolver eventos adversos durante os procedimentos anestésico-cirúrgicos, como arritmias e instabilidade hemodinâmica. Ademais, a manutenção da ventilação espontânea contribuiu para o melhor prognóstico do paciente, evitando a manipulação da via aérea e todos os riscos advindos, como o laringoespasma e a incapacidade de extubação após o término do exame, entre outras complicações.

Palavras-chave: Anestesia fora do centro cirúrgico, cardiopatia congênita, cetamina e dexmedetomidina.

REFERÊNCIAS

1. Goyal R, Singh S, Bangi A, Singh SK. Case series: dexmedetomidine and ketamine for anesthesia in patients with uncorrected congenital cyanotic heart disease presenting for non-cardiac surgery. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2013;29(4):543-6. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-9185.119142>. PMID:24249995.
2. Luscri N, Tobias JD. Monitored anesthesia care with a combination of ketamine and dexmedetomidine during magnetic resonance imaging in three children with trisomy 21 and obstructive sleep apnea. *Paediatr Anaesth*. 2006;16(7):782-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.01857.x>. PMID:16879522.

682 BLOQUEIO ESPINHAL E ANESTESIA GERAL CONCOMITANTES EM PACIENTE GESTANTE COM COVID-19

GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO JORGE YAMADA

CET PROF.MANOEL ALVAREZ – UFSM – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSM, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: Na gestação ocorre uma restrição progressiva do movimento respiratório, sendo necessárias compensações fisiológicas para uma gestação tranquila. A infecção por SARS-CoV-2 com SARA pode causar dificuldades nas trocas gasosas e na manutenção do equilíbrio ácido-base na paciente gestante e no concepto, portanto, em alguns casos é necessário melhorar o desempenho pulmonar através da interrupção da gestação por parto cesárea. Na paciente com COVID-19 assintomática ou paucissintomática, a anestesia mais indicada é a raquianestesia pela rápida instalação, por diminuir o período de recuperação da parturiente e a produção de gotículas e aerossóis, sendo a anestesia geral reservada para as gestantes com COVID severa ou quando a paciente já se encontra em ventilação mecânica. Pretendemos relatar um caso de infecção aguda pela COVID-19, onde a paciente foi submetida a parto cesárea e anestesiada com 02 técnicas na mesma cirurgia. **Relato de caso:** R. L., 23 anos, solteira, desempregada, proveniente de Santa Maria – RS, G4Pc1A2, IG 38 de semanas, com hipotireoidismo. A paciente foi inicialmente encaminhada por alterações no ultrassom sugestivas de crescimento intra-uterino retardado (CIUR), foram realizados testes de antígeno e PCR com resultado positivo. A paciente não estava vacinada contra COVID-19, e como não havia sintomas, optou-se por aguardar o período de dez dias de quarentena, para se prosseguir com a indução do parto. No entanto, 48 horas depois, com suspeita de situação fetal não tranquilizadora (SFNT), o parto cesárea foi indicado, sendo realizada uma raquianestesia com 13 mg de bupivacaína pesada com 80 mcg de morfina. A paciente sentiu dor importante ao se atingir o nível de aponeurose, com conversão para anestesia geral balanceada com fentanil 100 mcg, propofol 200 mg e succinilcolina 80 mg, e a manutenção da anestesia foi realizada com oxigênio 1 L.min⁻¹, ar comprimido 1L.min⁻¹ e Sevoflurano 1 CAM. Recém-nascido com Apgar 09/10 com Capurro de 38 semanas, sem intercorrências. **Discussão:** O relato de caso descreve como uma anestesia geral pode ser realizada em pacientes com COVID-19 assintomática, quando há falha na raquianestesia. Mesmo com o aumento do risco devido à anestesia geral, houve o nascimento em condições satisfatórias, e o fato da paciente ser jovem e não ter comorbidades importantes auxiliou no bom resultado. Obs: Relato de Caso aprovado como emenda CEP CAEE 52914521.7.0000.5346.

Palavras-chave: Bloqueio espinhal, gestante, COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Guascha E, Broglya N, Manrique B. Recomendaciones prácticas en la paciente obstétrica con infección por COVID-19. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2020;67(8):438-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2020.06.009>.
2. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020;2(2):100118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100118>. PMID:32292903.

683 ANESTESIA GERAL EM GESTANTE COM COVID-19 GRAVE: RELATO DE CASO

GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO JORGE YAMADA

CET PROF.MANOEL ALVAREZ – UFSM – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSM, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: Para uma gestação sem sobressaltos, uma boa adaptação às alterações respiratórias da gravidez é necessária. A infecção pelo SARS-CoV-2 pode alterar esse balanço e resultar em dificuldades na absorção e excreção dos gases respiratórios, assim como na manutenção do equilíbrio ácido-base da grávida e do feto. Com o agravamento da gestante, a cesárea é realizada para retirar o concepto e permitir a pronação. **Relato de caso:** V. S. L., 28 anos, G2P1, IG de 27 semanas, obesidade grau 2, internada na Enfermaria COVID no dia 20/04/21 com alteração do olfato, paladar, febre e dor de garganta com início há 05 dias, com boa movimentação fetal. A paciente não estava imunizada contra COVID-19. Inicialmente necessitou oxigênio por cateter nasal com fluxo de 03 L/min⁻¹, com tromboembolismo pulmonar descartado por angiotomografia, evoluindo com necessidades crescentes de oxigênio, com agitação e dispnéia. A paciente foi encaminhada hipertensa e taquicárdica, com saturação de oxigênio de 63% para a UTI de COVID-19, sendo iniciada a administração de dexmedetomidina. Às 23:30 horas, a paciente foi intubada devido à insuficiência respiratória franca (SO₂ 44% com 100% de oxigênio em máscara de Hudson), e na manhã do dia seguinte foi realizada uma cesárea de emergência, devido ao agravamento do quadro (FiO₂ 100%, PEEP 15 cm H₂O, SO₂ 80-83%) e necessidade de pronação. A anestesia foi induzida com 500 mcg de fentanil, 100 mg de rocurônio, sevoflurano (1,5 CAM), ar comprimido (0,5 L/min) e oxigênio (1,5 L/min). Retornando à UTI, a paciente foi pronada às 13:10 horas, e terapêuticas para correção de hiperpotassemia e para correção de acidose foram realizadas. A paciente manteve o quadro sombrio associado à oligúria e aumento de escórias nitrogenadas, sendo realizada hemodiálise contínua veno-venosa, não obstante, o quadro gravíssimo de insuficiência respiratória persistiu (pH=7,00, pCO₂ = 83mmHg, pO₂ = 82 mmHg, HCO₃⁻ = 20,5, BE = - 10,6, PO₂/FiO₂ = 136,6), evoluindo com piora (05/05 pH = 7,00, pCO₂ = 73 mmHg, pO₂ = 85 mmHg, HCO₃⁻ = 21,2 meq/L, BE -8,6, pO₂/FiO₂ = 154), e sendo solicitado o comparecimento dos familiares no dia seguinte. A paciente passou a apresentar anisocoria (midríase à direita) em 08/05/21, não fotorreagente, com evolução para midríase fixa bilateral em 10/05/21, com óbito às 16:20 do dia 10/05/21. **Discussão:** Esse relato demonstra uma alternativa de como realizar a anestesia para parto cesáreo em gestantes com o vírus Sars-Cov-2 em estado crítico. Havia uma possibilidade de sobrevivência da paciente com a ECMO, se estivesse disponível. Obs: Relato de Caso aprovado como emenda CEP CAEE 52914521.7.0000.5346.

Palavras-chave: Gestante, anestesia geral, COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Guascha E, Broglya N, Manrique B. Recomendaciones prácticas en la paciente obstétrica con infección por COVID-19. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2020;67(8):438-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2020.06.009>.
2. Barrantes JH, Ortoleva J, O'Neil ER, et al. Successful treatment of pregnant and postpartum women with severe COVID-19 associated acute respiratory distress syndrome with extracorporeal membrane oxygenation. ASAIO J. 2021;67(2):132-6. <http://dx.doi.org/10.1097/MAT.0000000000001357>. PMID:33229971.

684 RAQUIANESTESIA TOTAL ASSOCIADA À ANESTESIA GERAL BALANCEADA EM CIRURGIA CARDÍACA PARA RETIRADA DE MIXOMA EM VIA DE SAÍDA DE VENTRÍCULO DIREITO

AMANDA MOREIRA PARENTE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, RODRIGO GOMES MINAS NOVAS,
SÉRGIO HONORATO DE MATOS

CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A raquianestesia total é definida como a dispersão de anestésico local infundido no espaço subaracnóideo a um dermatomo superior a T4, tal técnica vem se apresentando como uma alternativa para o manejo anestésico de cirurgias cardíacas. **Relato de caso:** Paciente de 40 anos, 51 kg, 157 cm, sexo feminino, com diagnóstico ecocardiográfico de tumor pedunculado em via de saída de VD, sugestivo de mixoma ventricular e com significativa área de obstrução infundibular, sem disfunção ventricular sistólica ou diastólica (FEVE 74%). A paciente foi submetida à anestesia geral combinada com raquialgesia para exérese de tumor, após monitorização não invasiva padrão e venoclise em MSE, foram administrados 30 mcg de dexmedetomidina EV lentamente, e realizada uma punção subaracnóidea em L2-L3, com agulha Quincke 27G. Foram injetadas 35 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica, 200 mcg de morfina e 30 mcg de clonidina, seguido de posicionamento em decúbito dorsal em Trendelenburg de 15°. A punção arterial radial direita foi realizada para a monitorização da pressão arterial invasiva, em seguida, foi feita a indução com 500 mcg de alfentanil, 50 mg de propofol e 60 mg de rocurônio e IOT sem intercorrências, com a manutenção da anestesia geral feita com sevoflurano 2%. A midríase bilateral foi constatada após a indução, A paciente foi posicionada por 10 min em céfalo-declive com cateterização de veia subclávia esquerda, a hemodinâmica foi mantida, com poucos e breves períodos de hipotensão – menor PAS de 77 e menor PAM de 48 facilmente resolvido com bolus de 10 mg de efedrina. O procedimento cirúrgico se deu sem intercorrência, com 22 min de CEC e saída de CEC apenas com dobutamina 2 mcg/kg/min, sem necessidade de hemocomponentes. A paciente foi extubada 6h depois da raquianestesia e 2h depois do fim da cirurgia apresentava RASS 0, Bromage 0, e leve queixa de desconforto aos esforços em incisão. Nas primeiras 24h foi observada uma boa analgesia, com uso total de 300 mg de tramadol (paciente alérgica à dipirona) e um resgate com 3 mg de morfina, com ausência de náuseas ou vômitos e sem necessidade de suporte inotrópico ou vasopressor. **Discussão:** A raquianestesia total associada à anestesia geral é uma técnica bem desenvolvida e praticada em centros dedicados à cirurgia cardíaca com inúmeras vantagens, como: melhor controle algico, menor tempo de ventilação mecânica, prevenção de delirium perioperatório, menor liberação de catecolaminas, bom controle glicêmico e menor consumo de opioides no pós-operatório imediato. Nesse caso, observamos um bom controle algico e um despertar rápido, o que proporcionou uma extubação precoce, além de um controle hemodinâmico sem uso de drogas vasoativas e baixa dose de inotrópico.

Palavras-chave: Raquianestesia total.

REFERÊNCIAS

1. Ziyaeifard M, Azarfarin R, Golzari S. A review of current analgesic techniques in cardiac surgery. Is epidural worth it? J Cardiovasc Thorac Res. 2014;6(3):133-40. <http://dx.doi.org/10.15171/jcvtr.2014.001>. PMID:25320659.
2. Kowalski S, Lee T, Maguire D. A retrospective review of high spinal anesthesia for aortic valve replacement in patients with aortic stenosis. Canada: Rady Faculty of Health Sciences, University of Manitoba; 2018. Bachelor of Science in Medicine Degree Program End of Term Final Report.
3. Lee TWR, Grocott HP, Schwinn D, Jaconsohn E. High spinal anesthesia for cardiac surgery: effects on beta-adrenergic receptor function, stress response, and hemodynamics. Anesthesiology. 2003;98(2):499-510. <http://dx.doi.org/10.1097/0000542-200302000-00032>. PMID:12552211.

685 USO DA BRONCOFIBROSCOPIA PARA ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM NEUROCIRURGIA PARA PACIENTE COM PELVEMANDIBULECTOMIA PRÉVIA: RELATO DE CASO

MARIA EUGENIA DE OLIVEIRA MARCAL E SILVA CARVALHO, DANIELE OLIVEIRA MINELLI, FLAVIA KLEM DE MATTOS MIQUELITO, MONIK BIANKA CARVALHO BAPTISTA LOBÃO, NATHALIA SOUZA SANTOS

CET S.ANEST.INST.NAC.DE CÂNCER - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O câncer de assoalho de boca apresenta uma alta incidência no Brasil, sendo a ressecção e reconstrução cirúrgicas desses tumores associadas à radioterapia cervical e traqueostomia (TQT), causando distorções anatômicas importantes da via aérea (VA) e dificultando a sua abordagem em procedimentos anestésicos futuros. **Relato de caso:** Homem pardo, 61 anos, 73 kg, 175 cm, ASA II, ex-tabagista de 40 maços-ano, etilista social, submetido a pelvemandibulectomia com esvaziamento cervical prévios devido à carcinoma espinocelular (CEC) de assoalho de boca, encaminhado à neurocirurgia devido às crises convulsivas e lesões suspeitas em ressonância de crânio. À avaliação pré-anestésica, identificou-se preditores de VA difícil (VAD): abertura bucal < 2 cm, Mallampati 3, histórico de radioterapia cervical, distorções anatômicas e TQT prévia, a intubação orotraqueal (IOT) realizada com tubo nº 6.5 aramado com *cuff* foi possível com o auxílio de anestesia tópica da VA com Lidocaína spray 10% e oferta de oxigênio por cateter nasal 6 L/min associado ao uso do broncofibroscópio flexível sob sedação titulada, com dexmedetomidina (infusão de 0.5 mcg/kg/h), cetamina 10 mg, 1 g de sulfato de magnésio e remifentanil 0.05 mcg/kg/min. O paciente se manteve colaborativo e ventilando de forma espontânea durante a abordagem, após confirmação da IOT pela capnografia foi administrado 150 mg de propofol e 50 mg de rocurônio. A extubação foi realizada ao término da cirurgia com o paciente acordado, orientado, estável, sendo encaminhado ao CTI com alta no 2º dia do pós-operatório. **Discussão:** Os casos de VAD, previstas ou não, são um desafio para o anestesiológico. Preditores de risco devem ser identificados na avaliação pré-anestésica e uma conduta individualizada deve ser discutida com a equipe e o paciente. As diretrizes atuais recomendam a "intubação acordado" ou sob sedação consciente, em casos de suspeita de dificuldade à laringoscopia e/ou ventilação sob máscara facial. O uso do broncofibroscópio flexível foi a opção factível, visto que a abertura bucal restrita inviabilizava o uso do videolaringoscópio e o resgate da VA com dispositivos supraglóticos. Embora o acesso cirúrgico à VA seja a opção final nos casos de VAD com falha da ventilação e/ou oxigenação pelos métodos não invasivos, tal estratégia poderia ser dificultada nesse paciente, devido às distorções anatômicas por cirurgias prévias. Portanto, a segurança do manejo da VA nesse caso foi pautada na manutenção da ventilação espontânea durante todo o procedimento.

Palavras-chave: Intubação acordado, broncofibroscopia flexível, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al.; American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2013;118(2):251-70. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e31827773b2>. PMID:23364566.
2. Heidegger T, Schnider TW. "Awake" or "sedated": safe flexible bronchoscopic intubation of the difficult airway. *Anesth Analg*. 2017;124(3):996-7. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000001748>. PMID:28027089.

686 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DA SÍNDROME DE WOLF-HIRSCHHORN: RELATO DE CASO

FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO, JANE MARY GUIMARAES CORDEIRO, JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Wolf-Hirschhorn (WHS) é uma doença rara e hereditária que resulta da deleção do braço curto do cromossomo 4. Fenotipicamente, manifesta-se por anomalia craniofacial, alterações músculo-esqueléticas, atraso no desenvolvimento psicomotor e cardiopatia congênita. As deformidades provenientes da WHS requerem cirurgias corretivas durante os primeiros anos de vida, necessitando avaliação prévia detalhada para um manejo anestésico adequado. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 8 anos, com 15 kg e 100 cm de altura, diagnosticada com WHS após o nascimento e apresentando quadros de desnutrição, doença cardíaca congênita, incluindo comunicação interatrial tipo *ostium secundum*, epilepsia, lábio leporino e micrognatia, negando história cirúrgica pregressa. O ecocardiograma realizado indicou ampla sobrecarga atrioventricular direita, hiperfluxo pulmonar importante com dilatação do tronco e ramos pulmonares, e dextrocardia. Optou-se pela realização de Fundoplicatura a Nissen e Gastrostomia devido a um distúrbio grave de deglutição, a anestesia geral foi induzida com inalação de sevoflurano em Oxigênio após o início da monitorização não invasiva de SpO₂, com posterior indução venosa utilizando fentanil, propofol e rocurônio. A intubação orotraqueal com auxílio do videolaringoscópio foi escolhida devido aos preditores de via aérea difícil, e a passagem da cânula orotraqueal nº 5 com *cuff* se deu sem intercorrências, com a manutenção da anestesia realizada com sevoflurano. Durante o período intra-operatório, a paciente evoluiu com bradicardia, sendo necessária a administração de atropina para um adequado manejo cardiovascular, sem demais complicações. Ao término do procedimento, fez-se a reversão do bloqueio neuromuscular com sugammadex, e procedeu-se à extubação, com condições respiratórias e hemodinâmicas estáveis. **Discussão:** O objetivo deste relato de caso é enaltecer a importância de uma avaliação pré-anestésica minuciosa, principalmente em pacientes sindrômicos. A via aérea deve ser avaliada cuidadosamente, devido às anormalidades craniofaciais, tornando imprescindível a preparação básica para seu manejo e o desenvolvimento de estratégias na presença de uma via aérea difícil. A respeito do manejo cardiovascular, a realização de exames pré-operatórios detalhados sobre a função cardíaca pode auxiliar na prevenção de intercorrências durante o ato cirúrgico. Cabe ao anestesiológista a avaliação do risco e benefício das drogas anestésicas a fim de evitar desfechos adversos.

Palavras-chave: Manejo das vias aéreas, síndrome de Wolf-Hirschhorn.

REFERÊNCIAS

1. Kim HJ, You JA, Park S, Kim EJ, Park SJ, Kim HY. Anesthetic considerations for an adult with Wolf-Hirschhorn syndrome: a case report. *Anesth Pain Med.* 2020;15(1):120-3. <http://dx.doi.org/10.17085/apm.2020.15.1.120>. PMID:33329800.
2. Tsukamoto M, Yamanaka H, Yokoyama T. Anesthetic considerations for a pediatric patient with Wolf-Hirschhorn syndrome: a case report. *J Dent Anesth Pain Med.* 2017;17(3):231-3. <http://dx.doi.org/10.17245/jdapm.2017.17.3.231>. PMID:29090255.

687 MANEJO DE VIA AÉREA COM FIBROSCÓPIO FLEXÍVEL EM DRENAGEM DE ABCESSO CERVICAL: RELATO DE CASO

FERNANDA KELLER LEITE ARAÚJO, JANE MARY GUIMARAES CORDEIRO, JULIO CESAR MONTEIRO BASTOS

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Os abscessos cervicais ainda constituem uma patologia de elevada morbimortalidade, podendo evoluir rapidamente para complicações como insuficiência respiratória, trombose venosa, choque séptico, pericardite e mediastinite. Quando as medidas clínicas são ineficazes, os procedimentos cirúrgicos devem ser instituídos a fim de se evitar tais complicações. O desafio de estabelecer uma via aérea prévia em um paciente de alto risco motivou o relato deste caso. **Relato de caso:** Paciente feminina, 64 anos, 83 kg, 1,65 m, diabética não insulino-dependente, com hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica em terapia dialítica. A paciente deu entrada no pronto-socorro contactuando e hemodinamicamente estável, relatando dor e edema da região esternoclavicular acompanhada de sintomas disfágicos. A tomografia computadorizada do tórax e da região cervical mostrou coleção em fáscia cervical, se estendendo à região supraclavicular e não acometendo o mediastino. Durante avaliação da via aérea, constatou-se uma distância de interincisivos > 3 cm, pescoço largo, protrusão mandibular e Mallampati IV, Classificação III da *American Society of Anesthesiologists*. Programou-se drenagem de abscesso por meio de intubação orotraqueal por fibroscopia, apresentando pré-oxigenação com O₂ a 100% por cinco minutos, e posterior sedação consciente com midazolam, cetamina e alfentanil, a lidocaína 10% foi administrada topicamente na orofaringe e não houve intercorrências durante a intubação por fibroscópio. Após a insuflação do balonete e a confirmação da intubação por capnografia, foi administrado bolus de propofol e rocuroônio, com a manutenção da anestesia feita com sevoflurano. Ao fim do procedimento cirúrgico, fez-se reversão do bloqueio neuromuscular com sugammadex e a extubação foi realizada sem intercorrências. **Discussão:** A rápida progressão dos abscessos cervicais reforça a importância de realizar uma criteriosa avaliação clínica do paciente, principalmente do manejo da via aérea. Nesse caso, o uso do fibroscópio se mostrou correlacionado com o sucesso no procedimento de intubação orotraqueal com a paciente acordada, visto que essa técnica mantém tanto a ventilação espontânea quanto os reflexos de proteção da via aérea, permitindo a realização do procedimento cirúrgico de forma segura.

Palavras-chave: Via aérea difícil, fibroscopia flexível.

REFERÊNCIAS

1. Cabrini LMD, Baiardo Redaelli MMD, Ball LMD, et al. Awake Fiberoptic intubation protocols in the operating room for anticipated difficult airway: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2019;128(5):971-80. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004087>. PMID:30896601.

688 BLOQUEIO NEUROMUSCULAR PROLONGADO APÓS ADMINISTRAÇÃO DE SUCCINILCOLINA, UM RELATO DE CASO

LEONARDO FERREIRA DA NATIVIDADE, ALBERTO DAVID FADUL FILHO, EMANUELE MELANIA STEDILLE BRINGHENTTI, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A succinilcolina é um agente bloqueador neuromuscular despolarizante e, devido ao seu efeito com baixa latência e curto tempo de ação, é uma droga amplamente utilizada na prática anestésica quando se objetiva um relaxamento muscular rápido e por um curto período, como na intubação em sequência rápida. Em geral, seu efeito dura de 9 a 13 minutos, porém, há relatos em que podem ser necessárias até 8 horas para o retorno da força muscular, não obstante, apesar de serem casos incomuns, suas consequências podem ser graves. Portanto, é de suma importância que o anestesiológico saiba identificar tais cenários. **Relato de caso:** Paciente feminina, 28 anos, ASA I, recebeu anestesia geral para amigdalectomia e indução com 200 mcg de fentanil, 80 mg de lidocaína, 200 mg de propofol, 80 mg de succinilcolina, a manutenção inalatória realizada com sevoflurano na concentração alveolar mínima (CAM) de 1,2. Após o término do procedimento, com 40 minutos da indução, já com o halogenado desligado e CAM de 0,1, foram observadas apneia, lacrimejamento, aumento de frequência cardíaca e tendência à hipertensão, sendo aventada a possibilidade de bloqueio neuromuscular. Sucedeu-se com a realização de nova dose de propofol e mantida a CAM de 0,6, após 3 horas da indução foram observadas respiração espontânea e reflexo de tosse, o que permitiu a extubação. A paciente foi encaminhada à recuperação pós-anestésica e, ao ser questionada posteriormente, referiu memória do episódio, estando consciente, mas sem conseguir abrir os olhos. Recebeu alta sem outras intercorrências. Ambulatorialmente, procedeu-se com o exame de colinesterase sérica, que apontou para valor de 2972 U/L, sendo a faixa normal entre 5320 e 12920 U/L. **Discussão:** A succinilcolina age na junção neuromuscular, mas sua metabolização depende da difusão para o plasma, onde ela é hidrolisada pela butirilcolinesterase (igualmente conhecida como colinesterase plasmática, colinesterase sérica ou pseudocolinesterase), que também degrada o mivacúrio. Alguns fatores podem reduzir sua atividade, como hepatopatia, idade avançada e certas medicações, porém, com repercussão limitada. Mas alterações genéticas costumam trazer significado clínico maior. Ao anestesiológico cabe suspeitar e identificar pacientes que apresentem sinais de bloqueio neuromuscular prolongado e, sempre que possível, utilizar uma monitorização do bloqueio. Quando esses pacientes são reconhecidos, convém a investigação clínica para que a succinilcolina e o mivacúrio sejam evitados futuramente.

Palavras-chave: Butirilcolinesterase, bloqueadores neuromusculares.

REFERÊNCIAS

1. Brull SJ, Meistelman C. Pharmacology of neuromuscular blocking drugs. In: Gropper M, Eriksson L, Fleisher L, et al., editores. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 794-9.
2. Andersson ML, Møller AM, Wildgaard K. Butyrylcholinesterase deficiency and its clinical importance in anaesthesia: a systematic review. Anaesthesia. 2019;74(4):518-28. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.14545>. PMID:30600548.

689 PNEUMOPAROTIDITE EM PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

THAIS RODRIGUES SILVA, HENRIQUE FREITAS ARAUJO, JOSÉ HENRIQUE LEAL ARAÚJO, KAMILLA GOMES DE SALES SOUZA, MARINÊS DA SILVA MURICY FERREIRA

HOSPITAL SANTA MARTA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A pneumoparotidite é definida como a presença de ar no sistema parotídeo (glândula e ducto de Stensen). O mecanismo que provoca o refluxo de ar pelo ducto de Stensen consiste no aumento excessivo da pressão intraoral associado a um defeito nos mecanismos preventivos do refluxo, saliva e bolhas de ar podem ser observadas emanando do ducto de Stensen durante palpção da glândula, além de ruídos crepitantes, edema glandular e dor local. **Relato de caso:** Paciente masculino de 46 anos, obeso (IMC 40), diabético e dislipidêmico foi internado com diagnóstico de colecistite e indicação de colecistectomia de urgência, sendo encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi realizado o monitoramento adequado. A indução foi feita com fentanil, lidocaína, propofol e rocurônio, e a intubação orotraqueal foi realizada sem dificuldades. Após a confirmação do posicionamento a anestesia foi mantida com sevoflurano, sendo notado ao final do procedimento um discreto edema de parótida bilateral, o sevoflurano foi suspenso e o bloqueio neuromuscular foi revertido com sugammadex. Após a recuperação da respiração espontânea o paciente evoluiu com tosse e tensão, agravando o edema bilateral de parótidas, após a consciência ter sido retornada o tubo traqueal foi removido e o pós-operatório transcorreu sem intercorrências. O paciente foi para a SRPA consciente e estável, após 24h já não apresentava edemas de parótida e se encontrava assintomático. **Discussão:** O aumento da pressão na cavidade oral devido à pressão positiva das vias aéreas pode ter causado o movimento retrógrado do ar no ducto de Stensen, gerando obstrução e resultando em parotidite. Tal mecanismo pode ser explicado pelo fluxo retrógrado de ar para a glândula parótida e pelo aumento da pressão intraoral devido ao desenvolvimento de uma parotidite pós-operatória. A condição associada à inflamação da glândula parótida causada pelo fluxo retrógrado de ar no ducto parotídeo é denominada pneumoparotidite, com razões como: hábito de inflar as bochechas, ataques de tosse na exacerbação da asma, tensão e tosse durante a anestesia. A parotidite bilateral resultante da obstrução do ducto é uma situação bastante incomum e, apesar de não termos investigado as razões bacteriológicas e virológicas para a parotidite em nosso paciente, esses fatores deveriam ter sido considerados.

Palavras-chave: Pneumoparotidite, parotidite, ventilação mecânica.

REFERÊNCIAS

1. Kiran S, Lamba A, Chhabra B. Acute pansialadenopathy during induction of anesthesia causing airway obstruction. *Anesth Analg.* 1997;85(5):1052-3. <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-199711000-00016>. PMID:9356098.
2. Luaces R, Ferreras J, Patino B, Garcia-Rozado A, Vázquez I, López-Cedrún JL. Pneumoparotid: a case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(2):362-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2006.10.007>. PMID:18201624.

690 MANEJO ANESTÉSICO PARA CESÁREA EM GESTANTE COM SÍNDROME DE SHONE

EDUARDO MELO RODRIGUES DE ALMEIDA, AMÉRICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LARISSA MARZULLO MAIOLINO, SIMONE BAPTISTA DE OLIVEIRA

CET S.A.HOSP.FEDERAL DE BONSUCESSO – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico em gestantes cardiopatas continua sendo um grande desafio na atualidade. A Síndrome de Shone é uma cardiopatia congênita caracterizada por lesões obstrutivas do lado esquerdo do coração: estenose sub-aórtica, coarctação aórtica, valva mitral em paraquedas e anel mitral supravalvar. É uma síndrome rara na gestação, não havendo um consenso sobre o melhor manejo anestésico. **Relato de caso:** Mulher, 22 anos, 85 kg, 1,65 m, G3P1A1 com 37 semanas, encaminhada para a interrupção da gestação. A paciente era portadora de Síndrome de Shone, submetida com 1 mês de vida a aortoplastia por balão e, posteriormente por conta de recoarctação, submetida a uma nova aortoplastia em 2010. Apresentava nova recoarctação aórtica, estenose de valva aórtica grave, insuficiência aórtica moderada, valva aórtica bicúspide e estenose mitral moderada. A paciente se apresentou estável e compensada, com exames laboratoriais normais, além de ecocardiograma com FE 60,43% e ECG com ritmo sinusal sem alterações. Optou-se por uma anestesia geral com monitorização de pressão arterial invasiva prévia à indução e, com a equipe cirúrgica pronta em campo, realizou-se a indução com Propofol em infusão contínua (BIC) alvo-controlado, Remifentanil em infusão contínua e Succinilcolina 80 mg, com Fenilefrina associada em infusão contínua para controle da pressão arterial e frequência cardíaca, procedendo com IOT sob laringoscopia direta sem intercorrências, e manutenção anestésica com técnica venosa total. Para analgesia, foi realizado o bloqueio periférico do quadrado lombar com ropivacaína 0,2% bilateralmente, não havendo alterações hemodinâmicas no feto ou na paciente, com o ato cirúrgico durando cerca de 60 minutos e tendo a gestante sido extubada sem nenhuma intercorrência. **Discussão:** Doenças estenóticas ou obstrutivas, como a Síndrome de Shone, são pouco toleradas na gestação por conta do débito cardíaco fixo e dos efeitos deletérios da taquicardia. É preciso se atentar à técnica empregada, evitando extremos de frequência cardíaca e pressão arterial. Além disso, drogas de rápida metabolização garantem mais segurança tanto para a mãe como para o feto, e o bloqueio periférico surge também com uma boa opção para analgesia nesse perfil de paciente. A despeito das controvérsias na literatura quanto ao melhor método anestésico para essas situações, podemos concluir que é fundamental manter a hemodinâmica o mais fisiológica possível, evitando assim os desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Síndrome de Shone, cesárea, cardiopata.

REFERÊNCIAS

1. Bhatia K, Eccles J, Meessala DK. Anesthetic management of a parturient with Shone's Syndrome: a case report with review of literature. *Korean J Anesthesiol.* 2021;74(4):342-9. <http://dx.doi.org/10.4097/kja.20181>. PMID:32434290.
2. Luthra A, Bajaj R, Jafra A, Jangra K, Arya VK. Anaesthesia in pregnancy with heart disease. *Saudi J Anaesth.* 2017;11(4):454-71. http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_277_17. PMID:29033728.

692 POSSÍVEL RAQUIANESTESIA TOTAL EM PARTO CESÁREA: RELATO DE CASO

GUILHERME BARASUOL ROHDEN, EDUARDO DAMBROS, EDUARDO JORGE YAMADA

CET PROF.MANOEL ALVAREZ – UFSM – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSM, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A raquianestesia total é um evento inesperado no qual os bloqueios sensorial e motor atingem um nível acima do necessário para a anestesia cirúrgica. Várias combinações de modalidades anestésicas podem determinar a ocorrência desta intercorrência, incluindo doses anestésicas incrementais na anestesia peridural, na anestesia combinada raqui-peridural ou na raquianestesia isolada. Quando os nervos cranianos são atingidos, há a possibilidade de perda da consciência e apneia, sendo necessário o fornecimento do suporte ventilatório e circulatório até a regressão do bloqueio. **Relato de caso:** J. S. P., 31 anos, IG de 38s+5d, com indicação de cesárea por situação fetal não tranquilizadora, com jejum superior a oito horas. A raquianestesia foi realizada com 12,5 mg de bupivacaína pesada a 0,5% associada à 80 mcg de morfina na topografia de L3-L4 com agulha 25G, com a paciente sendo posicionada a seguir em posição de Trendelenburg a 15° por 01 minuto. Como houve persistência da força muscular (Bromage 1) com leve alteração de sensação térmica, foi repetido o bloqueio subaracnoídeo com mais 13 mg de bupivacaína pesada a 0,5% na mesma topografia e com agulha do mesmo calibre, com a paciente sendo posicionada na mesma posição do 1° bloqueio. Após 30 segundos, a paciente referiu queixa de dificuldade para respirar, evoluindo aceleradamente com perda da consciência e apneia. Rapidamente foi oxigenada de modo passivo, uma máscara laríngea n°4 foi inserida sem necessidade de relaxantes musculares, a paciente foi posicionada em proclive de cerca de 20°, e a manutenção da anestesia foi realizada com 0,5 L.min⁻¹ de oxigênio/0,5 L.min⁻¹ de ar comprimido/1 CAM de Sevoflurano, juntamente com a aplicação de 15 U de ocitocina.. O RN, do sexo feminino, nasceu com 3416 g, Apgar de 1° min=4/ 5° min=9 e Capurro de 40 semanas. A paciente foi extubada sem intercorrências, com despertar completo após o término do procedimento cirúrgico, recebendo alta hospitalar após 48 horas. **Discussão:** A ocorrência de raquianestesia total é um evento indesejável, mas com resolução satisfatória, caso as medidas para corrigir a insuficiência respiratória e as alterações hemodinâmicas sejam rapidamente implantadas. Tais medidas são: suplementação de oxigênio e garantia da via aérea, vasopressores, ressuscitação volêmica e deslocamento uterino para a esquerda. No caso, a paciente apresentou apenas sintomas respiratórios, com resolução satisfatória durante o decorrer do procedimento. Obs: Relato de Caso aprovado como emenda CEP CAEE 52914521.7.0000.5346.

Palavras-chave: Raquianestesia total, parto cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Sivanandan S, Surendran A. Management of total spinal block in obstetrics. Update Anaesth [Internet]. 2019;34:22-5. [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <http://www.wfsahq.org/resources/update-in-anaesthesia>

693 ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA DA ÁREA MOTORA PRIMÁRIA NO MANEJO DA DOR NEUROPÁTICA EM PACIENTE COM ERITROMELALAGIA: RELATO DE CASO

BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARILIA DA SILVA FARIA DE MACEDO, MAUD PARISE, NIVALDO RIBEIRO VILLELA, ODILEA RANGEL GONÇALVES

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Eritromelalgia é uma doença rara, caracterizada pela presença de dor e eritema nas extremidades do corpo. Pode ser primária, caracterizada pela mutação no gene SCN9A para o canal de sódio voltagem dependente Nav 1.7 ou secundária, associada a múltiplas comorbidades. No presente trabalho apresentamos um relato de caso de eritromelalgia, com o objetivo de discutir o manejo de dor crônica para esta patologia.

Relato de caso: K.P.A., sexo feminino, 18 anos, estudante, diabetes descoberta aos 3-4 anos, com queixa de queimação em pés de forte intensidade com início há 1 ano, após a realização de uma tomografia de abdome com contraste. Evoluiu com dor latejante, sensação de queimação e choque, tendo recebido diversos tratamentos sem resultado, com melhora da dor apenas com a imersão dos pés em água gelada. Ao exame, apresentava edema em ambos os pés, hiperemia em planta dos pés e dedos, com exames laboratoriais, ecocardiografia transtorácica e fundo de olho normais, termografia com aumento de 1°C em ambos os pés e QST com hiperalgesia e alodinia. A paciente iniciou o tratamento farmacológico com gabapentinóide, antidepressivo dual, buprenorfina, antipsicótico atípico, infusão de lidocaína e cetamina, com pouca melhora da queimação dos pés. Manteve imersão dos pés em água gelada com intuito de reduzir a queimação, até que evoluiu com queimadura por geladura com formação de flictemas, infecção secundária e isquemia de 5º pododáctilos, com necessidade de amputação cirúrgica dos mesmos. Após alta hospitalar, retornou à imersão dos pés em água gelada e foi iniciada a estimulação magnética transcraniana (EMT) da área motora primária, com controle da queimação e suspensão da imersão dos pés em água gelada. **Discussão:** A eritromelalgia é uma doença rara e o manejo da dor nesta condição é um desafio. Diversas técnicas podem ser utilizadas na tentativa de proporcionar alívio ao paciente. Neste contexto, a EMT pode ser uma opção terapêutica adjuvante no controle da dor, podendo fornecer ao paciente uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Eritromelalgia, dor neuropática, neuromodulação.

REFERÊNCIAS

1. Mann N, King T, Murphy R. Review of primary and secondary erythromelalgia. Clin Exp Dermatol. 2019;44(5):477-82. <http://dx.doi.org/10.1111/ced.13891>. PMID:30609105.
2. Knotkova H, Hamani C, Sivanesan E, et al. Neuromodulation for chronic pain. Lancet. 2021;397(10289):2111-24. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00794-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00794-7). PMID:34062145.
3. Lefaucheur JP, Nguyen JP. A practical algorithm for using rTMS to treat patients with chronic pain. Neurophysiol Clin. 2019;49(4):301-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neucli.2019.07.014>. PMID:31375381.

694 INSTABILIDADE HEMODINÂMICA EM CIRURGIA DE COLUNA LOMBAR

JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, CAMILLA SIDI FIORITA, EVERALDO AGNELO DA SILVA, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Descrições de distúrbios hemodinâmicos em cirurgias de coluna lombar são raros. A literatura relacionada às alterações cardiovasculares negativas é predominantemente relatada em procedimentos em nível cervical e torácico. **Relato de caso:** Homem de 58 anos, submetido à descompressão L4-L5 e ressecção de cisto sinovial, com a avaliação anestésica revelando HAS não controlada. A anestesia geral balanceada foi fornecida, o paciente foi colocado em decúbito ventral e devidamente monitorizado e, na parte final da cirurgia, quando a revisão do canal de trabalho estava sendo realizada, ocorreram dois episódios de bradicardia. No primeiro episódio, a frequência cardíaca atingiu 41 bpm, seguido de recuperação completa para linha de base sem intervenção, havendo recorrência quando a FC diminuiu para 30 bpm por pelo menos 30 segundos. Foi utilizada 0,5 mg de atropina, elevando a FC para 62 bpm, e não houve registro de variação aguda da PNI durante o período de bradicardia grave. No entanto, o paciente apresentou uma diminuição súbita do valor do BIS. No final da cirurgia, o paciente foi extubado sem intercorrências. **Discussão:** Alterações hemodinâmicas durante a cirurgia da coluna lombar podem ser multifatoriais. Atribuímos a instabilidade à manipulação indireta da dura-máter. A pressão da solução salina sobre o sítio cirúrgico foi constante e, no final, essa pressão pode ter alcançado 60 mmHg devido ao fechamento do sistema endoscópico. Estudos anatômicos em humanos revelam a existência de uma inervação extrínseca e intrínseca da duramater, o componente extrínseco do suprimento nervoso da duramater ventral é derivado de ramificações primárias de nervos sinovitebrais, do ligamento longitudinal posterior e do plexo nervoso perivascular radicular das artérias segmentares. A tração na dura-máter resulta tanto na ativação das fibras nervosas parassimpáticas aferentes quanto na inibição das fibras simpáticas, e esta ativação de fibras nervosas parassimpáticas aferentes resulta em uma resposta vasovagal. Chowdhury e Schaller (2017) introduziram uma nova entidade denominada *Spinal Cord Reflex* (SCR), fornecendo evidências da existência de uma via aferente diferente e uma via eferente semelhante ao reflexo trigeminocardiaco. O SCR deve ser considerado então como uma entidade separada que não pode ser um mero reflexo de uma resposta vasovagal.

Palavras-chave: Bradicardia, coluna lombar, reflexo medula espinal.

REFERÊNCIAS

1. Chowdhury T, Ahuja N, Schaller B. Severe bradycardia during neurosurgical procedure: depth of anesthesia matters and leads to a new surrogate model of the trigeminocardiac reflex: a case report. *Medicine*. 2015;94(49):e2118. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002118>. PMID:26656339.
2. Chowdhury T, Petropolis A, Cappellani RB. Cardiac emergencies in neurosurgical patients. *BioMed Res Int*. 2015;2015:751320. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/751320>. PMID:25692145.
3. Chowdhury T, Schaller B. The negative chronotropic effect during lumbar spine surgery: A systemic review and aggregation of an emerging model of spinal cardiac reflex. *Medicine*. 2017;96(1):e5436. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000005436>. PMID:28072687.

695 MANEJO ANESTÉTICO EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA DE STEINERT

JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, MANAÍRA MARIA ABREU COSTA ÁVILA, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE, RAIZA LUNA PEIXOTO, THIAGO VAZ DE LIMA GRILO PEREIRA

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A distrofia miotônica é a forma de distrofia muscular mais comum no adulto. É um distúrbio multissistêmico autossômico dominante caracterizado por fraqueza muscular esquelética, miotonia, alterações da condução cardíaca e outras anormalidades. **Relato de caso:** Mulher de 51 anos, submetida à retossigmoidectomia videolaparoscópica por adenocarcinoma de reto alto, com a avaliação anestésica pré-operatória revelando distrofia miotônica (doença de Steinert) e diabetes mellitus do tipo 2. A sedação foi realizada com midazolam e fentanil para anestesia peridural, com uma sequência rápida de fentanil, lidocaína, propofol e rocurônio, a anestesia venosa total sendo fornecida com uma infusão de remifentanil e propofol. Os sinais vitais estavam estáveis e a cirurgia foi iniciada, para o controle de dor intraoperatória foi administrada ropivacaína a 0,2% pelo cateter peridural associada à dose única de 2 mg de morfina. A cirurgia foi realizada sem intercorrências. **Discussão:** A distrofia miotônica (DM) é uma doença clínica e geneticamente heterogênea com duas formas principais: a distrofia miotônica tipo 1 (DM1), conhecida como doença de Steinert, e a distrofia miotônica tipo 2 (DM2). Evidências crescentes sugerem que a DM está associada a um risco aumentado de câncer, particularmente maior para câncer de endométrio, cérebro, ovário e cólon. Para o manejo de pacientes portadores da doença de Steinert, deve-se evitar o desencadeamento da crise miotônica que resulta em um aumento do consumo de oxigênio e do débito cardíaco, podendo precipitar insuficiência cardiorrespiratória. A distrofia miotônica está associada a um risco significativamente aumentado de cardiomiopatia, insuficiência cardíaca, distúrbios de condução e arritmias, que são causas potenciais de mortalidade precoce. As complicações respiratórias decorrem da fraqueza faringoesofágica, fraqueza e miotonia dos músculos respiratórios e, possivelmente, de uma alteração do estímulo respiratório central. A presença de alteração da motilidade esofágica e orofaríngea acomete em torno de 70% dos pacientes com alto risco de broncoaspiração. Como já se sabe no caso de outras doenças osteomusculares, na doença de Steinert também há um risco maior do desenvolvimento de hipertermia maligna, portanto, agentes desencadeantes devem ser evitados. O manuseio perioperatório é um desafio ao anestesiológico, e tanto o conhecimento da doença quanto o planejamento anestésico são fundamentais para o desfecho satisfatório do caso.

Palavras-chave: Doença de Steinert, hipertemia maligna.

REFERÊNCIAS

1. Araujo FS, Bessa RC Jr, Castro CHV, Cruvinel MGC, Santos D. Anestesia em paciente com doença de Steinert: relato de caso.. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56(6):649-53.
2. Rönnblom A, Forsberg H, Danielsson A. Gastrointestinal symptoms in myotonic dystrophy. Scand J Gastroenterol. 1996;31(7):654-7. <http://dx.doi.org/10.3109/00365529609009145>. PMID:8819213.
3. Gadalla SM, Lund M, Pfeiffer RM, et al. Cancer risk among patients with myotonic muscular dystrophy. JAMA. 2011;306(22):2480-6. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1796>. PMID:22166607.

696 PICADURA DE ESCORPIÃO COMO FATOR ASSOCIADO À FALHA DE BLOQUEIO SUBARACNOIDE: RELATO DE CASO

CAROLINE DUSSIN, MARIA CAMPOS PIRES, VERA COELHO TEIXEIRA, VERONICA LIVIA DIAS

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A raquianestesia é uma técnica anestésica de bloqueio de neuroeixo onde é instilado o anestésico local (AL) no espaço subaracnóideo. Apresenta uma taxa de falhas variando de 0,72-16%, com causas multifatoriais, como a dificuldade técnica por anatomia imprecisa, um posicionamento inadequado da agulha, uma injeção de dose insuficiente ou de droga inapropriada, as mutações dos canais de sódio, dentre outras mais inusitadas, como o histórico de picada de escorpião. **Relato de caso:** Paciente masculino, 39 anos, sem comorbidades, sendo a raquianestesia a técnica de escolha. O paciente foi submetido à cirurgia eletiva de varizes em membros inferiores, antes da raquianestesia foi realizado um botão anestésico com lidocaína 2%, sendo observada dor referida pelo paciente durante a colocação da agulha (quincke 27G) para a realização do bloqueio. Ademais, foi realizada uma punção única, mediana, com confirmação do espaço subaracnóideo pelo refluxo de líquido translúcido, procedimento que se deu sem intercorrências. O tempo de latência do bloqueio prolongado foi observado (cerca de 20 min) e associado à falha parcial tanto motora (Escala de Bromage grau 2) quanto sensitiva (bloqueio sensitivo apenas dos dermatômos sacrais). O paciente foi encaminhado em pós-operatório imediato para sala de recuperação, se encontrando estável hemodinamicamente, acordado e sem queixas, com Bromage 0. No pós-operatório foi feita a investigação das possíveis causas para a falha parcial da raquianestesia e foi verificado histórico de picada de escorpião há 13 anos. **Discussão:** Existe escassa literatura relacionando a picada de escorpião com falha de bloqueios que utilizam AL. Excluindo outras possíveis e mais prováveis causas de falha, faz-se necessária a investigação do contato prévio com escorpião. A provável fisiopatologia envolvida seria decorrente dos anticorpos produzidos contra as neurotoxinas do escorpião, atuando como antagonistas competitivos do receptor do tipo canal de sódio, que é justamente o local de ação dos AL, fazendo com que o paciente fique refratário à utilização do mesmo. A literatura acrescenta que o fator temporal (menor que oito meses de exposição) e a quantidade de picadas podem ter relação com a falha total do bloqueio, ou seja, sensitiva e motora (em relação à falha parcial, observadas em picada de escorpião única há mais de um ano). Esse conhecimento é relevante para o planejamento anestésico desses pacientes, ressaltando que doses adicionais do AL terão efeito incompleto e que essa falha não se limita apenas à raquianestesia, estendendo-se aos demais bloqueios que utilizam AL.

Palavras-chave: Escorpião, falha raquianestesia, complicação anestésica.

REFERÊNCIAS

1. Panditrao MM, Panditrao MM, Sunilkumar V, Panditrao AM. Effect of previous scorpion bite(s) on the action of intrathecal bupivacaine: a case control study. Indian J Anaesth. 2013;57(3):236-40. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5049.115593>. PMID:23983280.
2. Panditrao MM, Panditrao MM, Khan MI, Yadav N. Does scorpion bite lead to development of resistance to the effect of local anaesthetics? Indian J Anaesth. 2012;56(6):575-8. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5049.104582>. PMID:23325946.

697 USO DE NORADRENALINA NA PROFILAXIA DA HIPOTENSÃO ARTERIAL APÓS RAQUIANESTESIA EM CESARIANAS ELETIVAS

TULIO COSTA MARQUES, CARLOS ALBERTO FIGUEIREDO CÔRTEZ, CARLOS OTHON BASTOS, MARCEL RODRIGUES FERREIRA, MAURICIO MARSAIOLI SERAFIM

CET INTEGRADO DE CAMPINAS – HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Na atualidade, a raquianestesia é a técnica anestésica mais utilizada para cesarianas em todo o mundo devido ao fato de estar associada a uma menor morbimortalidade materno-fetal por causas anestésicas, entretanto, esta técnica apresenta alguns efeitos adversos, principalmente sobre o sistema cardiovascular. Após o bloqueio subaracnóideo ocorre uma vasodilatação periférica e, além disso, muitas gestantes podem apresentar uma compressão aortocava significativa, causando uma queda ainda maior do retorno venoso e da pressão arterial. A estabilidade hemodinâmica materna reflete na perfusão útero-placentária, uma vez que não há autorregulação, logo, é importante evitar a queda acentuada da pressão arterial. O uso de vasopressores é a técnica mais utilizada para corrigir episódios de hipotensão materna, medicamentos de ação alfa-adrenérgica provocam um aumento da pressão arterial em decorrência do aumento da resistência vascular periférica, porém, podem provocar redução da frequência cardíaca; o metaraminol e a noradrenalina apresentam importantes efeitos vasoconstritores, portanto, a comparação entre elas é válida. **Discussão:** Foram eleitas 60 pacientes para o estudo, contudo, foram analisados os dados de apenas 52. As pacientes foram divididas em 3 grupos, 2 recebendo noradrenalina em infusão contínua (0,05 mcg/kg/min e 0,1 mcg/kg/min), e todos os grupos poderiam utilizar 250 mcg de metaraminol em bolus de resgate quando a PA caísse 10% da média estabelecida. Os grupos que utilizaram noradrenalina, independente da titulação, apresentaram frequências cardíacas menores, o grupo que recebeu 0,1 mcg/kg/min de noradrenalina precisou de menos resgates, e o grupo que não recebeu noradrenalina em infusão contínua apresentou maiores quedas de pressão arterial e frequências cardíacas maiores. No neonato, os escores de APGAR do primeiro e quinto minuto não apresentaram relevância estatística, e o uso da noradrenalina em infusão contínua manteve os níveis pressóricos das gestantes após a raquianestesia, necessitando, em casos excepcionais, de metaraminol como resgate. Ademais, os sintomas de náuseas, taquicardia e sensação de desmaio foram muito mais frequentes no grupo que não recebeu vasopressor em bomba. **Conclusão:** O uso de noradrenalina em infusão contínua durante cesarianas evita picos e vales de PA, reduzindo muito os sintomas maternos e garantindo uma experiência melhor para a parturiente. Os desfechos neonatais não foram diferentes entre os grupos, o que foi evidenciado pelo escore de Apgar do primeiro e quinto minuto.

Palavras-chave: Cesariana, raquianestesia, vasopressor.

REFERÊNCIAS

1. Bastos CO, Castro LFL. Anestesia para cesariana. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia SAESP. 9ª ed. São Paulo: Atheneu; 2021
2. Cangiani LM, Cangiani LH, Lutti MN et al. Raquianestesia: bloqueio subaracnoideo. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia SAESP. 9ª ed. São Paulo: Atheneu; 2021.
3. Ngan Kee WD, Lee SW, Ng FF, Tan PE, Khaw KS. Randomized double-blinded comparison of norepinephrine and phenylephrine for maintenance of blood pressure during spinal anesthesia for cesarean delivery. *Anesthesiology*. 2015;122(4):736-45. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000000601>. PMID:25635593.

698 CATETER PERIDURAL ALOCADO NO RETROPERITÔNIO: RELATO DE CASO

RAPHAEL RANGEL BARONE, ANDRÉ LIMA DE QUEIROZ, ANGÉLICA DE FÁTIMA DE ASSUNÇÃO BRAGA, IDELBERTO DO VAL RIBEIRO JUNIOR, VANESSA HENRIQUES CARVALHO

CET DEPTO. ANESTESIOLOGIA DA FCM/UNICAMP - HOSPITAL SEDE: COMPLEXO HOSPITALAR DA UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Uma das causas para a falha do bloqueio peridural é alocação errática do cateter no espaço peridural, que pode inadvertidamente migrar para outros locais, sendo considerada uma ocorrência rara, e a ausência de analgesia ou anestesia adequada após a injeção do anestésico local através do cateter pode ser um indicativo de que o mesmo pode não estar adequadamente posicionado. O objetivo do presente relato é descrever um caso de migração de cateter peridural para o retroperitônio, confirmado em campo cirúrgico. **Relato de caso:** Paciente feminina, 51 anos, 67 kg, 1,52 m, ASA II, submetida à cirurgia de estadiamento de câncer de ovário. Optou-se por anestesia combinada (anestesia geral venosa total e bloqueio peridural), usando um pré-anestésico com midazolam (3 mg - EV), em posição sentada, infiltrado com lidocaína 1% nos espaços intervertebrais (L3-L4) para a realização do bloqueio com a agulha Tuohy 16G, a identificação do espaço foi feita com a técnica de perda de resistência com ar na seringa. Seguiu-se a injeção da solução (bupivacaína 20 mg e sufentanil 20 µg), com introdução cranial de cateter multiorifício 20G. Durante o início da introdução do cateter, observou-se uma leve resistência à sua passagem, sem queixa de dor ou parestesia. A seguir, a paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal para dar início à anestesia geral (sufentanil 15 µg; remifentanil e propofol alvo controlados, cisatracúrio 10 mg). Aproximadamente após 15 minutos do início da cirurgia foi injetado 15 µg de sufentanil (EV) e, posteriormente, 25 mg de bupivacaína pelo cateter, após 2h foi injetado sufentanil (15 µg) + midazolam (). No decorrer do ato cirúrgico, ao acessar o retroperitônio, foi observado que parte do cateter estava alocado entre a artéria aorta e veia cava inferior, sendo retirado imediatamente durante ato operatório. **Discussão:** Embora diversos métodos de identificação do espaço peridural tenham sido descritos, nenhum possui acurácia de 100%. Alguns motivos podem justificar a falha de bloqueio, como: a localização do cateter, a posição do paciente, os métodos de localização do espaço peridural, ou a fixação e inserção do cateter. Neste caso, é provável que a passagem excessiva do cateter dentro do espaço peridural tenha sido responsável pelo mau posicionamento deste cateter, em relação a uma possível dificuldade na identificação do espaço peridural. Portanto, mais estudos são necessários para recomendar o comprimento ideal do cateter a ser alocado no espaço peridural para uma anestesia e analgesia corretas.

Palavras-chave: Cateter peridural, migração de cateter, falha de bloqueio.

REFERÊNCIAS

1. Shah R, Butala B, Parikh G, Pargi R. Visible evidence of lumbar epidural catheter misplacement: a critical incident case report. J Clin Diagn Res. 2017;11(1):UD01-02. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2017/24573.9209>. PMID:28274024.
2. Sudbrack G, Geier KO. Cateter peridural deslocado: uma causa de falha de analgesia. Relato de caso. Rev Bras Anestesiologia. 2002;52(1):55-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942002000100007>.

701 COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIAS

LETICIA STEPHANIE DE SOUZA ARAUJO, LUIZ COMINI NETO, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO, NOELLE NOGUEIRA CARBONIERI, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

CET GAAP – CUSC – HSC – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO CAMILO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Segundo a OMS, mais de 310 milhões de pessoas realizam procedimentos cirúrgicos no mundo, com uma mortalidade hospitalar em torno de 1 a 4%, e estimativas recentes apontam cerca de 4,2 milhões de mortes de pacientes após 30 dias da realização do ato cirúrgico, principalmente nos países em desenvolvimento. Com o alto número de procedimentos cirúrgicos, é importante reduzir as complicações e promover melhorias nos processos para aumentar a segurança do paciente. Baseado neste cenário, o *Latin American Study Outcomes Study* (LASOS) está realizando um estudo para conhecer os dados de complicações e mortalidade associada aos procedimentos eletivos e de urgência. **Objetivo:** Fornecer dados que descrevam as complicações pós-operatórias e a mortalidade associada aos procedimentos cirúrgicos eletivos ou de urgência em dois hospitais localizados no município de São Paulo. **Métodos:** Este é um estudo de coorte observacional, avaliando os pacientes após o procedimento cirúrgico com complicações em até 30 dias, sejam elas em caráter de urgência ou eletiva. Os critérios de inclusão foram todos os pacientes adultos (com idade igual ou acima de 18 anos) submetidos à cirurgia eletiva ou de urgência/emergência com internação hospitalar planejada, e os critérios de exclusão foram os pacientes submetidos a procedimentos ambulatoriais ou aqueles submetidos a intervenções radiológicas. **Resultados:** A coleta de dados foi realizada no período de 16 de novembro de 2022 a 23 de novembro de 2022 através de um questionário estruturado do estudo LASOS, e foram incluídos 51 pacientes no estudo. A faixa etária dos indivíduos mais incluídos no estudo foi de 31 a 40 anos 14 (27,45%), seguido por 41 a 50 anos 12 (23,52%). Das comorbidades mais prevalentes foram identificadas 15 (29,41%) casos de hipertensão arterial sistêmica, e 14 (27,45%) de diabetes mellitus. A especialidade de maior prevalência foi a cirurgia geral com 13 (25,49%) casos, seguido por ortopedia com 8 (15,69%). A permanência do paciente na RPA foi de 26 (65%) casos para 1 hora, 13 (32,5%) casos para 2 horas, e apenas 1 (2,5%) caso permaneceu 3 horas. Dos 13 pacientes que apresentaram complicações, 5 tiveram admissão na UTI e 2 pacientes apresentaram mais de uma complicação. **Considerações finais:** Reforçamos a importância da otimização perioperatória e de uma boa avaliação pré-anestésica, justificando a importância do anestesiológico para uma avaliação pré-anestésica, bem como a necessidade de um protocolo de otimização peri-operatória para minimizar os riscos e garantir a segurança do paciente no processo perioperatório.

Palavras-chave: Pós-operatório, complicações.

REFERÊNCIAS

1. Peck GL, Roa L, Barthélemy EJ, et al. Improving global emergency and essential surgical care in Latin America and the Caribbean: a collaborative approach. *Bull Am Coll Surg*. 2019;104:24-39.
2. Biccari BM, Madiba TE, Kluys H-L, et al.; African Surgical Outcomes Study (ASOS) investigators. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet*. 2018;391(10130):1589-98. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30001-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30001-1). PMID:29306587.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cirurgias seguras salvam vidas. Brasília; 2009.

702 INTOXICAÇÃO POR ROPIVACAÍNA EM IDOSOS, UM RELATO DE CASO

NUBIA CARVALHO PEREIRA, GABRIELA TEIXEIRA ARGONDIZZI, MATHEUS PRATES CANTARINO, PAULA CASTRO DE CARVALHO LINGERFELT, PAULO ROBERTO RESENDE JÚNIOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIO PALMERIO, UBERABA, MG, BRASIL

Introdução: Os bloqueios periféricos vêm sendo cada vez mais utilizados com o aumento do uso do ultrassom, devido à analgesia intra e pós-operatória. Apesar de eficazes nos bloqueios periféricos, os anestésicos locais podem gerar toxicidade, atingindo principalmente o sistema nervoso central. Os sintomas da intoxicação incluem parestesia em língua e lábios, zumbidos, alterações visuais, abalos musculares, convulsões, rebaixamento do nível de consciência, depressão cardiovascular e parada respiratória. **Relato de caso:** Paciente de 69 anos, pesando 70 kg, hipertensa, tabagista e com transtorno de ansiedade generalizada veio para correção cirúrgica de fratura de punho. O bloqueio do nervo supraclavicular e axilar foi realizado com 160 mg de ropivacaína a 0,4% e 150 mcg de clonidina, contudo, mesmo que a dose tóxica da paciente em questão seja menor do que a dose utilizada, ao término da infusão houve rebaixamento do nível de consciência e miofasciculações generalizadas. Foram administrados 100ml de emulsão lipídica, sem necessidade de repique, a paciente foi intubada e se manteve com ritmo sinusal sem alterações hemodinâmicas e cirurgia foi finalizada devido ao seu caráter de urgência. A paciente foi encaminhada para UTI extubada, onde não houve demais intercorrências. **Discussão:** A dose tóxica da ropivacaína é de 3 mg por quilo, porém, em alguns casos específicos, pode cursar com intoxicação mesmo que em doses menores. Os pacientes idosos possuem maior risco de intoxicação, já que ocorrem várias mudanças fisiológicas com o envelhecimento, culminando na diminuição das proteínas plasmáticas. Com isso, uma quantidade maior do princípio ativo pode ficar livre, resultando em intoxicação, apesar do uso de uma dose menor que a considerada tóxica pelo peso. Ao usar anestésicos locais é essencial ficar atento aos sinais e sintomas que podem indicar intoxicação, tendo uma emulsão lipídica disponível para ser usada como antídoto e tentar evitar que a intoxicação evolua com óbito.

Palavras-chave: Intoxicação.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Manica J. Anestesiologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.
2. Rosenberg PH, Urmev WF, Veering BT. Maximum recommended doses of local anesthetics: a multifactorial concept. Reg Anesth Pain Med. 2004;29(6):564-75. <http://dx.doi.org/10.1097/00115550-200411000-00010>. PMID:15635516.

704 HEMATOMA EPIDURAL APÓS RAQUIANESTESIA, RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

EMANUELE MELANIA STEDILLE BRINGHENTTI, GILBERTO MIGUEL STROPARO, LEONARDO DE ALMEIDA AZEVEDO, LEONARDO FERREIRA DA NATIVIDADE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO MACKENZIE, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A formação de hematoma no neuroeixo após a raquianestesia é um evento incomum, com incidência de 1 caso para 775 mil raquianestesias, de acordo com um estudo finlandês. É uma complicação potencialmente grave, em que a celeridade no diagnóstico pode mudar o desfecho. **Relato de caso 1:** Paciente feminina, 11 anos, 36 kg, ASA I, familiar negou comorbidades e medicações de uso contínuo, submetida à raquianestesia para o tratamento cirúrgico de osteomielite após perfuração plantar. A punção mediana foi realizada entre L3-L4 com agulha 27G tipo Quincke, com saída de líquido claro e sem intercorrências. A paciente evoluiu com náuseas, dor na coluna cervical, torácica e lombar (forte intensidade sem irradiação) no 3º dia de Pós-Operatório (PO), sem déficits motores e sem febre associada. Uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) foi realizada e identificou coleção líquida circunscrivendo o saco dural em segmento cervicotorácico, a equipe da neurocirurgia iniciou o acompanhamento e a observação. A paciente evoluiu com melhora gradual, recebendo alta no 10º PO, 30 dias após o procedimento foi realizada uma nova RNM, sendo constatada reabsorção completa da coleção. **Relato de caso 2:** Paciente feminina, 12 anos, 79 kg, obesa, ASA II, familiar negou medicações de uso contínuo. A paciente foi submetida à raquianestesia para apendicectomia, uma punção paramediana foi realizada em L2-L3 com agulha 27G tipo Quincke, com sucesso na 3ª tentativa e relato de líquido sanguinolento. A paciente evoluiu no 1º PO com cefaleia postural, associada a náuseas, sem déficits motores e sem febre, sendo realizado o tratamento clínico para Cefaléia Pós Punção Dural. Devido à piora da dor, foi solicitada uma RNM de crânio e coluna, identificando uma coleção epidural extensa abrangendo a transição cervical até região lombossacra, com 6 mm de espessura. A paciente foi avaliada pela neurocirurgia, que orientou conduta expectante, e a resolução completa dos sintomas foi atingida no 7º PO, quando recebeu alta. **Discussão:** Dentre os fatores de risco descritos na literatura, como coagulopatias, idade avançada, punção traumática e sexo feminino, apenas estes dois últimos foram vistos nos casos clínicos. O sangramento no canal medular pode causar uma compressão isquêmica, que é aliviada com tratamento cirúrgico. O quadro clínico se dá, em geral, com dor radicular, bloqueio motor prolongado e disfunção vesical, e diante da suspeita, a realização de um exame de imagem não deve ser postergada. Todavia, em ambos os casos relatados, não houve compressão medular, sendo possível a adoção do tratamento conservador, com resolução do quadro durante o período de observação.

Palavras-chave: Raquianestesia, hematoma epidural espinhal

REFERÊNCIAS

1. Brull R, Meistelman C, Chan VWS. Spinal, epidural and caudal anesthesia. In: Gropper M, Eriksson L, Fleisher L, et al., editores. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019 p. 1413-49.
2. Pitkänen MT, Aromaa U, Cozanitis DA, Förster JG. Serious complications associated with spinal and epidural anaesthesia in Finland from 2000 to 2009. Acta Anaesthesiol Scand. 2013;57(5):553-64. <http://dx.doi.org/10.1111/aas.12064>. PMID:23305109.

705 COMPLICAÇÕES RARAS DE BLOQUEIO ILIOINGUINAL GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA

EMANUELLE SOARES CAMOLESI, ABDA LYSA MOREIRA DA CUNHA, JÉSSICA FERREIRA GUIMARÃES DIAS, MÁRCIO LUIZ BENEVIDES, MAYARA COSTA DE OLIVEIRA LAUDISSE

CET HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: O nervo ilioinguinal emerge pelo primeiro nervo espinal lombar, passando pelas porções superior e lateral do músculo psoas maior, projetando-se pela parede anterolateral e abdominal ao nível anterosuperior pela espinha íliaca, entre os músculos oblíquo interno e transverso abdominal. ¹ As indicações para realização do bloqueio do nervo ilioinguinal são: analgesia para hernioplastia inguinal, orquidopexia, correção de varicocele e cirurgias obstétricas e ginecológicas. ¹ O objetivo do presente estudo é relatar o caso de um paciente submetido à hernioplastia inguinal com o posterior bloqueio de nervo ilioinguinal para o controle de analgesia pós-operatória que cursou com complicação rara. **Relato de caso:** Homem, 42 anos, submetido a hernioplastia com colocação de tela sob raqui-anestesia, sedação e bloqueio ilioinguinal com agulha de Tuohy 17 G guiado por ultrassonografia com ropivacaína 0,5% 10 mL à direita para o controle analgésico pós-operatório por hérnia inguinoescrotal à direita, redutível, indolor à palpação, sem sinais de estrangulamento. No 1º dia do pós-operatório, em estado geral regular e estável hemodinamicamente, o paciente apresentou quadro de dor em mesogástrio direito associado à massa abdominal ipsilateral, com suspeita de hematoma. Foi realizada uma tomografia computadorizada que evidenciou hematoma extraperitoneal com volume estimado de 268 cm³ associado a enfisema subcutâneo, e o hemograma evidenciou hemoglobina de 8.5 g/dL. Foi aventada a hipótese de complicação pós-bloqueio ilioinguinal, sendo reabordado por videocirurgia e anestesia geral, sem intercorrências, ainda no 1º dia do pós-operatório. Após o procedimento, foi realizada uma investigação laboratorial por meio do Fator de Von Willebrand, antígeno do Fator de Von Willebrand, fator IX e fator VIII, os quais não apresentaram alterações. Hemograma pós reabordagem evidenciou hemoglobina de 9.8 g/dL. **Discussão:** Em adultos, o bloqueio do nervo ilioinguinal guiado por ultrassonografia fornece mais segurança durante a realização do procedimento. As principais complicações do bloqueio do nervo ilioinguinal descritas na literatura são: acidente de punção intraperitoneal e bloqueio inadvertido do nervo femoral. ¹ O presente relato buscou elucidar algumas complicações raras relacionadas ao bloqueio do nervo ilioinguinal, sendo o hematoma em sítio de bloqueio com posterior formação de enfisema subcutâneo uma complicação que deve ser reconhecida a fim de ser evitada, devido ao risco de descompensação hematológica e circulatória.

Palavras-chave: Anestesia regional, lesão dos nervos periféricos, analgesia.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes HDS, Azevedo AS, Ferreira TC, Santos SA, Rocha-Filho JA, Vieira JE Ultrasound-guided peripheral abdominal wall blocks. Clinics. 2021;76:e2170. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2021/e2170>. PMID:33503184.

706 BLOQUEIO DO PLANO TRANSVERSO TORÁCICO BILATERAL EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

CAROLINA PREDIGER, CLAUDIO ROBERTO GOMES, DIOGO FERRARI CENTENARO, MARIANA KIELING MOZZAQUATRO, SABINE MOSELE GUIDI

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA – SANE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A dor mal controlada no pós-operatório (PO) de cirurgias cardíacas acrescenta uma importante morbidade aos pacientes, aumentando o risco de complicações clínicas e infecciosas. Embora o manejo da analgesia no PO continue sendo, na maioria dos centros, baseado no uso de opioides, o advento do uso de bloqueios anestésicos guiados por ultrassom pode contribuir para avanços nessa conduta. **Objetivo:** Analisar a eficácia analgésica do bloqueio bilateral do plano do músculo transverso torácico (PTT) em comparação com o tratamento convencional nas cirurgias de revascularização do miocárdio (CRM) com circulação extracorpórea. **Método:** Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, realizado em 65 pacientes adultos, submetidos à CRM eletiva, em um hospital especializado na área de cardiologia, de setembro de 2021 a janeiro de 2023. Os pacientes que consentiram em participar do estudo foram divididos em dois grupos: analgesia padrão intraoperatória (controle) e bloqueio PTT bilateral guiado por ultrassom com bupivacaína 0,25% 20ml em cada lado, após o término da cirurgia na sala cirúrgica (intervenção). No PO, os pacientes receberam tratamento e analgesia convencional, conforme os protocolos institucionais, a partir da avaliação da equipe assistencial, que desconhecia o grupo ao qual os pacientes pertenciam. A avaliação da dor foi padronizada conforme a escala numérica de 11 pontos, no dia seguinte à cirurgia, após a extubação. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram randomizados 30 pacientes para o grupo intervenção e 35 para o controle, sendo as características sociodemográficas similares nos dois grupos. A mediana de dor no grupo de intervenção foi de 3, com intervalo interquartil de 0 a 4 e, no grupo controle, 4 com intervalo interquartil de 1 a 8 ($p=0,03$), sendo a mediana do tempo para extubação no grupo intervenção de 310 minutos (244 a 491) e no controle, 465 minutos (270 a 860), no limite da significância estatística ($p=0,053$). **Conclusão:** A analgesia bilateral do plano do PTT demonstrou eficácia na comparação com o tratamento convencional em pacientes submetidos à CRM, com e diminuição significativa de dor no PO e redução do tempo para extubação.

Palavras-chave: Dor pós-operatória, bloqueio do plano torácico transverso, cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Huang AP, Sakata RK. Pain after sternotomy - review. Braz J Anesthesiol. 2016;66(4):395-401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.09.003>. PMID:27343790.
2. Kelava M, Alfirevic A, Bustamante S, Hargrave J, Marciniak D. Regional anesthesia in cardiac surgery: an overview of fascial plane chest wallblocks. Anesth Analg. 2020;131(1):127-35. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004682>. PMID:32032103.
3. Krishna SN, Chauhan S, Bhoi D, et al. Bilateral erector spinae plane block for acute post-surgical pain in adult cardiac surgical patients: a randomized controlled trial. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2019;33(2):368-75. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2018.05.050>. PMID:30055991.

707 ANESTESIA EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI COM PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL

MANUELA BEZERRIL CIPIÃO FERNANDES, FRANCISCO DIEGO SILVA DE PAIVA, GERMANO PINHEIRO MEDEIROS, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, KARINE CASTRO AGUIAR VILLELA

CET HOSP.G.DO INAMPS FORTALEZA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DO INAMPS DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: A síndrome de Rubinstein-Taybi (SRST) é caracterizada por polegares e hálux largos e angulados, alterações faciais e deficiência intelectual moderada à grave¹. A anestesia em pacientes com essa síndrome é desafiadora, devido à pouca cooperação e ao risco de via aérea difícil (VAD). Neste trabalho, é apresentado um caso de anestesia para derivação biliodigestiva em paciente portadora de SRST. **Relato de caso:** Paciente de 19 anos, sexo feminino, 60 kg, portadora de SRST, com indicação de abordagem cirúrgica por síndrome coleostática e massa pancreática à tomografia. Na avaliação pré-anestésica, a paciente se mostrou pouco cooperativa, além de apresentar relevante déficit cognitivo. À avaliação de via aérea, a paciente apresentava abertura bucal pequena, palato ogival, pescoço curto e largo, micrognatia e extensão cervical limitada, assim como escoliose e coluna de difícil palpação. Os exames laboratoriais evidenciavam hemoglobina de 8 g/dL, além de hiperbilirrubinemia, com os demais exames normais. Procedeu-se com o ato anestésico com solicitação de reserva sanguínea e planejamento de VAD, em uso de monitorização básica, foram administradas cetamina e dexmedetomidina gradualmente até dose de 60 mg e 60µg respectivamente. A topicalização de via aérea foi realizada com lidocaína e videolaringoscopia (VLP), observando-se Cormack-Lehane 2a, a indução foi feita com sufentanil 30 µg, propofol 100 mg e rocurônio 35 mg, seguida de intubação orotraqueal (IOT) com auxílio de *bougie*, com o bloqueio do plano eretor da espinha bilateral em T5 guiado por ultrassonografia, com ropivacaína 0,4% (20 mL de cada lado), e manutenção com sevoflurano e remifentanil. A cirurgia se deu sem intercorrências, evidenciando lesão irrisecável, sendo realizada a derivação biliodigestiva. Após despertar adequado, a paciente foi extubada e transportada à recuperação pós-anestésica hemodinamicamente estável, eupneica e sem fácies de dor. **Discussão:** A SRST normalmente se apresenta com preditores de via aérea difícil. Nesse caso, optou-se por avaliação de via aérea com VLP sob sedação com cetamina e dexmedetomidina, possibilitando manter um plano anestésico adequado associado à preservação de ventilação espontânea e de estabilidade hemodinâmica. O estudo mostrou boas condições de intubação com uso de dexmedetomidina, apresentando maior estabilidade e sedação com a adição de cetamina². Como evidenciado no caso, essa associação pode ser benéfica na avaliação de vias aéreas com VLP em pacientes que são pouco cooperativos, oferecendo mais segurança.

Palavras-chave: Via aérea difícil, síndrome de Rubinstein-Taybi.

REFERÊNCIAS

1. Stevens CA. Rubinstein-Taybi Syndrome. Bethesda: National Library of Medicine; 2023 [citado em 2023 Fev 8]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1526/
2. Sinha SK, Joshiraj B, Chaudhary L, Hayaran N, Kaur M, Jain A. A comparison of dexmedetomidine plus ketamine combination with dexmedetomidine alone for awake fiberoptic nasotracheal intubation: a randomized controlled study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2014;30(4):514-9. PMID:25425777.

708 COLECISTECTOMIA EM PACIENTE PORTADOR DE OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

JAMILE ESPINDULA MATTAR, ALEXANDRE STELLATI GARCIA, MARCELO TSUYOSHI YAMANE, MARISA PIZZICHINI, SANDRA SUGISAWA MIYAZAKI

CET S.A. SANTA CASA MISER. CTBA. - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A osteogênese imperfeita (OI) é uma doença de origem genética, caracterizada por alterações no colágeno tipo II e se manifestando pela tríade: ossos frágeis, escleróticas azuladas e diminuição da audição. Nesta patologia, com prevalência estimada de 1/10000, há fragilidade de ligamentos, tendões e ossos. Ela pode ser dividida em 4 grupos: I- pacientes sem maiores deformidades ósseas; II- o mais grave, com morte perinatal; III- pacientes em grau moderado à grave e, IV- grupo heterogêneo em características clínicas e gravidade. Devido à necessidade da correção de fraturas e deformidades osteoarticulares, esses pacientes costumam ser submetidos à múltiplas cirurgias e devem ser alvos de cuidados especiais pelos anestesiológicos. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 51 anos, ASA III, com OI, amaurose bilateral, hipertensão e obesidade grau III, relatando histórico de fratura de úmero em cirurgia anterior pelo uso de manguito de pressão não invasiva e com preditores de via aérea difícil (prognatismo, abertura bucal limitada, circunferência cervical > 40 cm e Mallampati 4). A paciente foi submetida à colecistectomia + colangiografia intraoperatória e duodenorrafia após desenvolver fístula colecistoduodenal por uma síndrome de Mirizzi grau II. Optou-se por anestesia geral balanceada multimodal com monitorização hemodinâmica invasiva e intubação orotraqueal com videolaringoscópio, e os procedimentos foram realizados com sucesso. Após o término da cirurgia a paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva. **Discussão:** A OI pode estar associada com cardiopatias, neuropatias, distúrbios plaquetários e metabólicos, doenças dermatológicas, odontológicas, entre outras condições. Alguns cuidados especiais devem ser tomados no ambiente cirúrgico, como priorizar a monitorização com pressão arterial invasiva para minimizar chance de fraturas, precauções com uma possível via aérea difícil e cuidados com a proteção ocular (pela maior fragilidade da córnea e maior risco de oclusão da artéria retinal). Nestes pacientes há um risco aumentado para hipertermia maligna, portanto, o uso de anestésicos inalatórios e succinilcolina deve ser evitado, além disso, a succinilcolina também aumenta o risco de fraturas pelas fasciculações. É fato que pacientes com OI necessitam de mais cuidados e que suas particularidades devem conhecidas pelo anestesiológico, desde o pré-operatório até o planejamento do ato anestésico, atentando para os detalhes expostos e evitando assim maiores complicações.

Palavras-chave: Osteogênese imperfeita, doença de Ekman Lobtein.

REFERÊNCIAS

1. Oakley I, Reece LP. Anesthetic implications for the patient with osteogenesis imperfecta. AANA J. 2010;78(1):47-53. PMID:20977129.
2. Karabiyik L, Parpucu M, Kurtipek O. Total intravenous anaesthesia and the use of an intubating laryngeal mask in a patient with osteogenesis imperfecta. Acta Anaesthesiol Scand. 2002;46(5):618-9. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1399-6576.2002.460525.x>. PMID:12027862.

709 ANESTESIA PERIDURAL PARA PACIENTE COM ALTO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZ HENRIQUE TEIXEIRA DE SABOIA, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, THIAGO VAZ DE LIMA GRILLO PEREIRA

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O câncer de esôfago é o oitavo tipo de neoplasia mais comum, seus subtipos são o carcinoma espinho celular (CEC) e o adenocarcinoma, sendo a disfagia e a perda de peso os sintomas mais comuns e apresentando relação estreita entre desnutrição e uma pior sobrevida geral em pacientes com câncer. Esse relato de caso objetiva expor uma técnica anestésica alternativa à anestesia geral em um paciente com elevado risco de broncoaspiração que necessitou de confecção de gastrostomia cirúrgica. **Relato de caso:** Paciente S. F. S. N., sexo feminino, 78 anos, com diagnóstico de CEC de Esôfago em cuidados paliativos, apresentando também síndrome consumptiva e fístula traqueoesofágica. A gastrostomia cirúrgica aberta foi indicada devido à uma importante disfagia e dificuldade de progressão de sonda nasoentérica via endoscopia. Pelo alto risco de broncoaspiração, optou-se como técnica anestésica a peridural torácica entre T7-T8 com agulha de Touhy 18G e passagem de cateter Perifix®, mantendo a paciente acordada durante todo o procedimento. Foi administrado 10 mL de ropivacaína a 0,3%, mais 7 mL de lidocaína 2% e 100 mcg de fentanil. A paciente se mostrou confortável e com estabilidade hemodinâmica durante toda a cirurgia, com duração total de 45 minutos, com o cateter peridural sendo retirado ao final do procedimento. **Discussão:** Estima-se que a incidência de broncoaspiração no período perioperatório varie entre 2,9 e 4,7 a cada 10000 anestésias gerais. Alguns dos fatores de risco para essa complicação são: jejum inadequado, cirurgia de urgência, gestação em trabalho de parto e obstruções esofagogástricas. Desde o trabalho precursor de Mendelson et al, em 1946, estuda-se reduzir a incidência da aspiração pulmonar. A anestesia neuraxial é utilizada principalmente para cirurgias do abdome inferior e de membros inferiores, porém, é passível de ser utilizada para cirurgias torácica e de abdome superior. O nível sensorial necessário é determinado pelo nível do dermatomo na incisão da pele e o nível para manipulação cirúrgica. A instalação do bloqueio peridural é mais demorada do que a raquianestesia, de forma que o bloqueio simpático se dá lentamente, resultando em uma estabilidade hemodinâmica maior. A anestesia peridural lombar é passível de ser realizada para pacientes oncológicos em cuidados paliativos que serão submetidos a gastrostomia, evitando a manipulação da via aérea do doente com policomorbidades e elevado risco de broncoaspiração, além de proporcionar menos alteração hemodinâmica em comparação à raquianestesia.

Palavras-chave: Lesão pulmonar aguda, aspiração pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. Beck-Schimmer B, Bonvini J. Bronchoaspiration: incidence, consequences and management. Eur J Anaesthesiol. 2011;28(2):78-84. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e32834205a8>. PMID:21157355.
2. Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Am J Obstet Gynecol. 1946;53(2):191-205. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)39829-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(16)39829-5). PMID:20993766.

710 USO DA OXIMETRIA TISSULAR CEREBRAL COMO FERRAMENTA PROTETORA EM ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA

AEUDSON VICTOR CUNHA GUEDES E SILVA, EDINOI RODRIGUES BRITO FILHO, TALISON SILAS PEREIRA

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE - SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A ateromatose de artéria carótida é uma das importantes causas de acidentes isquêmicos. Diante disso, a endarterectomia é um tratamento eficaz para lesões estenóticas, tendo indicação e maior benefício para pacientes com oclusão superior a 70%. Uma vez que a cirurgia apresenta riscos e complicações perioperatórias, a monitorização hemodinâmica e neurológica adequada do paciente previne a chance de evoluir para desfechos desfavoráveis. Para tal objetivo, pode-se aplicar diferentes técnicas, por exemplo o eletroencefalograma e, em um cenário mais recente, a oximetria tissular cerebral (OTC). **Relato de caso:** Paciente feminina de 75 anos, hipertensa, diabética não insulino-dependente e ex-tabagista, com diagnóstico de estenose de 80% na porção proximal da artéria carótida interna direita, 70% em carótida interna esquerda, além de 50% em artéria vertebral esquerda, sem histórico de eventos vasculares cerebrais. Optou-se pela anestesia geral balanceada com bloqueio de plexo cervical intermediário e infiltração perivascular em carótida pelo cirurgião, e a intubação foi realizada por meio de laringoscopia direta após indução com etomidato, fentanil e rocurônio. Em termos de monitorização, foi utilizada cardioscopia, pressão arterial invasiva, oximetria de pulso e, o diferencial desta cirurgia, o uso da OTC através do sistema *ForeSight*. A paciente se manteve compensada durante todo o procedimento, permanecendo com OTC bilateral entre 65-72%, com uso de noradrenalina 0.02mcg/kg/min para manutenção de PAM entre o basal e até 20% superior, sendo extubada na sala operatória, com abertura ocular espontânea, pupilas simétricas e fotorreagentes, orientada e sem sinais focais. Após extubação, apesar de analgesia adequada, a paciente evoluiu com hipertensão arterial e necessitou de infusão contínua de nitroprussiato de sódio a 0.03mcg/kg/min, ficando 24 horas internada em leito de UTI e recebendo alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório com acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Apesar da escassez de referências sobre o tema, o uso da OTC tem se mostrado um método viável e aplicável de monitorização intracerebral durante a endarterectomia carotídea. Essa técnica é capaz de identificar a saturação cerebral com um *delay* mínimo, fornecendo uma visão abrangente da perfusão do paciente e dos parâmetros necessários para intervenção em caso de iminência de acidentes isquêmicos, o que é essencial para este tipo de cirurgia, já que a mesma apresenta isquemia como seu principal risco.

Palavras-chave: Endarterectomia carotídea, monitorização neurológica, oximetria tissular cerebral.

REFERÊNCIAS

1. Rein L, Siqueira D, Guillaumon A, Avelar WM, Cendes F, Mesquita RC. Avaliação da resposta hemodinâmica cerebral através da monitorização com a espectroscopia próxima ao infravermelho (NIRS) em pacientes com doença aterosclerótica da artéria carótida submetidos a endarterectomia. *J Vasc Bras.* 2020;19:e20190027. <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.190027>. PMID:34178049.
2. Yilmaz F. Anesthesia management for carotid endarterectomy: review article. *Eur J Cardiovasc Med.* 2019;7(2):50-9. <http://dx.doi.org/10.32596/ejcm.galenos.2019.00010>.

712 ASSOCIAÇÃO DE BLOQUEIO DE NEUROEIXO E PERIFÉRICO EM IDOSO VÍTIMA DE POLITRAUMA

CAMILLA SIDI FIORITA, JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZA VETTORAZZO AMARAL, THALES ABREU TEDOLDI

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O tratamento inadequado da dor aguda aumenta o risco do uso contínuo de opioides e da dor crônica, frequentes nos casos de fratura de costela. Além disso, o envelhecimento populacional faz com que o foco ao trauma no paciente geriátrico ganhe relevância, tornando as técnicas de anestesia regional, neuroeixo e multimodal relevantes para a redução da resposta ao estresse e para o desfecho.

Relato de caso: Paciente E. N., 75 anos, história de hipertensão arterial sistêmica e infarto prévio (com *stent* realizado há 23 anos), em uso de AAS. O paciente foi admitido em ambiente hospitalar após uma queda de cavalo sobre o lado direito do corpo, a tomografia computadorizada evidenciou pneumotórax à direita, fratura de 10 arcos costais, escápula e clavícula, sendo imediatamente indicada a fixação cirúrgica das fraturas costais e resolução do pneumotórax. Após venoclise, sedação leve com Propofol 80 mg em bolus intermitente e Fentanil 50 mcg, foi efetuado o bloqueio peridural em T5 com passagem de cateter tunelizado, administrando Ropivacaína 0,5% 15 mL, morfina 1 mg e clonidina 50 mcg, com posterior instalação de PCA (*Patient Controlled Analgesia*), com Ropivacaína 0,2%, programada para taxa contínua 4 mL/h, resgate de 4 mL a cada 15 minutos. Na indução anestésica foi administrado Propofol em TCI, Remifentanila 80 mcg, Lidocaína 60 mg e Rocurônio 80 mg, e a manutenção foi feita com Propofol e Remifentanila. Foi realizada a seletivação pulmonar com auxílio de McGrath, introduzindo o Tubo Duplo Lúmen Esquerdo 39F posicionado com fibroscópio, e a cirurgia ocorreu sem intercorrências, no tempo total de 5 horas. Ao término do procedimento, foi realizado o bloqueio eretor da espinha à direita ao nível de T1, com uso de agulha Stimuplex 100 mm e ultrassonografia, administrando Ropivacaína 0,375% 20 mL e Dexametasona 4 mg. O paciente foi extubado no centro cirúrgico e encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva com uso de Noraepinefrina 0,03 mcg/kg/min em acesso venoso central e bomba de PCA, negando dor. **Discussão:** Os bloqueios do neuroeixo geram uma queda na taxa de mortalidade em pacientes geriátricos vítimas de trauma torácico, enquanto os bloqueios regionais representam uma alternativa para a contra-indicação do bloqueio do neuroeixo, sendo uma intervenção de baixo risco em pacientes anticoagulados. No caso relatado, o bloqueio de neuroeixo e regional demonstrou benefício para o controle da dor, permitindo mobilidade precoce, fisioterapia motora e respiratória, diminuindo complicações.

Palavras-chave: Bloqueio periférico, politrauma, bloqueio neuroeixo.

REFERÊNCIAS

1. Bulger EM, Arneson MA, Mock CN, Jurkovich GJ. Rib fractures in the elderly. *J Trauma*. 2000;48(6):1040-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-200006000-00007>. PMID:10866248.
2. Torrie AM. Regional anesthesia and Analgesia for trauma an update review. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022;35(5):613-20. PMID:36044292.

713 PARADA CARDÍACA POR MINOCA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

PAULO SALOMÃO BENDAZZOLI, BRUNA TIEMI MINOMI, JOSE AFFONSO PENHA JUNIOR, RAFAEL SILVA LEAL

HOSPITAL UNIMED LINS, LINS, SP, BRASIL

Introdução: O MINOCA (*myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries*) é caracterizado por uma clínica sugestiva de infarto agudo do miocárdio (IAM) com eletrocardiograma e marcadores de necrose miocárdica alterados, sem evidência de estenose ou obstrução das coronárias <50%, comumente diagnosticada por ressonância magnética cardíaca. Sua prevalência é de 5-10% do total de casos de IAM, sendo maior no sexo feminino e em pacientes jovens, seus principais fatores de risco são: IAM prévio, espasmo coronariano, síndrome de Takotsubo, miocardite, dissecção coronariana e idiopática. O tratamento é de suporte. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 59 anos, hipertensa, diabética, episódio de tromboembolismo pulmonar há 4 anos, com ecocardiograma (ECO) evidenciando disfunção diastólica grau II e fração de ejeção (FE) de 68%, submetida à artroscopia de joelho sob anestesia geral e bloqueio de n. safeno, com procedimento e extubação sem intencorrência. Na unidade de recuperação pós-anestésica, a paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória em ritmo de assistolia, sendo realizadas as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), estabelecimento de via aérea definitiva, 2 ciclos de RCP e administração de adrenalina, que resultou em retorno de ritmo sinusal e pulso cardíaco. Após estabilização do quadro clínico, a paciente foi encaminhada à UTI, realizando novo eco que evidenciou hipocinesia antero septo apical e FE de 37%, foi então realizada uma angiotomografia sem evidência de tromboembolismo pulmonar e cateterismo sem evidência de lesão coronariana obstrutiva, sendo consequentemente sugerido o diagnóstico de MINOCA pela equipe médica. **Discussão:** A isquemia miocárdica perioperatória é um evento adverso com grandes implicações prognósticas e deve ser uma preocupação no âmbito anestésico, portanto, o estabelecimento do risco cardiovascular no pré-operatório é uma meta relevante e sua otimização deve ser buscada. No intra-operatório, a monitorização deve ser adequada e a técnica anestésica apropriada, a fim de evitar o desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio do miocárdio. O anestesiológico é responsável pela manutenção da homeostase hemodinâmica do paciente, devendo estar atento na identificação e tratamento de alterações cardiovasculares graves durante todo o perioperatório. O MINOCA é um quadro incomum que pode trazer consequências fatais, de forma que o anestesiológico, o cirurgião e o cardiologista devem cooperar para a prevenção, diagnóstico e tratamento do mesmo, para proporcionar ao paciente um cuidado melhor durante o ato cirúrgico.

Palavras-chave: Minoca e anestesia, minoca, parada cardiorrespiratória em anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Pustjens TFS, Appelman Y, Damman P, et al. Correction to: Guidelines for the management of myocardial infarction/injury with non-obstructive coronary arteries (MINOCA): a position paper from the Dutch ACS working group. *Neth Heart J.* 2020;28(1):59. <http://dx.doi.org/10.1007/s12471-019-01358-0>. PMID:31828727.
2. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2014;130(24):e278-333. PMID:25085961.

714 HISTERECTOMIA EM PACIENTE COM ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO

GUILHERME BURGOS SOUSA, ARTUR RAFAEL DO NASCIMENTO ROCHA, HIAGO PARREAO BRAGA,
LYVIA MARIA RODRIGUES DE SOUSA GOMES, WILDNEY LEITE LIMA

CET DO ANESTLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA,
BRASIL

Introdução: O angioedema hereditário (AEH) é um edema não inflamatório, assimétrico e autolimitado, causado pela vasodilatação e pelo aumento da permeabilidade vascular. Devido à deficiência do inibidor de C1, ocasiona excesso de ativação do sistema de contato calicreína-cinina, resultando no aumento da produção de bradicinina, esse mediador se liga então às células endoteliais, aumentando a permeabilidade vascular e induzindo o angioedema. O edema envolve a pele e a submucosa da face, extremidades, genitálias, orofaringe, laringe e sistema digestório, e os episódios sem tratamento duram de 48 a 72 horas, não respondendo a anti-histamínicos, corticoides ou epinefrina. Dentre os fatores desencadeantes podem ser citados: trauma, estresse, infecção, menstruação, gravidez, álcool, uso de inibidores da ECA e estrogênio.

Relato de caso: Paciente feminina, 44 anos, 74 kg, dislipidêmica, com diagnóstico prévio de AEH familiar com C1 – INH normal e mutação do gene do fator XII da coagulação com proposta de histerectomia, usando rosuvastatina 10 mg/dia e ácido tranexâmico 2 g/dia, negando tabagismo e alcoolismo, com cesárea previa, exames físico e laboratorial normais. Optou-se pela técnica anestésica locorregional para evitar manipulação da via aérea, a monitorização multiparamétrica foi realizada, e ventilação espontânea com suporte de O₂ sob cateter nasal 2 L/min. A paciente foi submetida à histerectomia convencional sob sedação (0,05 mg/kg de midazolam e 1 mcg/kg de fentanil) + raquianestesia (20 mg de bupivacaína pesada + 80 mcg de morfina), em procedimento com duração de 1h e 45 minutos realizado sem intercorrências, recebendo alta após 36 horas. **Discussão:** A profilaxia é realizada com o fator C1-INH recombinante 20 UI/kg IV 1 a 6 horas antes do procedimento, com andrógenos atenuados, Danazol 10 mg/kg/dia 8/8hrs com início de 5 a 7 dias antes até 2 dias após, Ácido Tranexâmico 25 mg/kg/dia dividido em doses 8/8 h 5 dias antes e mantido por 2 a 5 dias após, plasma fresco congelado, 10 mL/kg administrado 1 a 6 horas antes. Durante a crise, o tratamento consiste em garantir a permeabilidade das vias aéreas, oxigenação e analgesia, seguido da reposição do C1-INH e bloqueio dos efeitos da bradicinina, com Icatibanto 30 mg/dose SC de 6/6hrs (máximo 90 mg/dia), e Ecallantide (inibidor da calicreína) 30 mg/dose SC. Por ser uma condição com potenciais complicações perioperatórias, o AEH deve ser estudado para a adequada profilaxia das crises e o reconhecimento precoce de episódios de agudização visando uma intervenção precoce, diminuindo assim as complicações durante as cirurgias.

Palavras-chave: Angioedema hereditário, anestesia regional.

REFERÊNCIAS

1. Giavina-Bianchi P, Arruda LK, Aun MV, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do angioedema hereditário, 2017. Arq Asma Alerg Imunol. 2017;1(1):23-48. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20170005>.
2. Vilaça MJL, Coelho FM, Faísco A, Carmona C. Considerações anestésicas perante um doente com angioedema hereditário. Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(5):541-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.03.005>. PMID:26804713.
3. Machado AF, Thomaz JE, Chong HJ No, Riedi CA, Rosário NA. Angioedema hereditário: uma atualização. Ver Med UFPR. 2015;2(1):33-8. <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v2i1.40670>.

715 BLOQUEIO DE NEUROEIXO E REGIONAL PARA A PREVENÇÃO DE DOR CRÔNICA EM APUTAÇÃO DE QUATRO MEMBROS

CAMILLA SIDI FIORITA, BRUNA DE MELO MARIANO, EDUARDO LUIZ DE ARAUJO BORGES, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, LUIZA VETTORAZZO AMARAL

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A maior incidência de dor crônica ocorre após procedimentos que envolvem grandes lesões ou transecção de nervos, altamente prevalentes em cirurgias de amputação de membros. Além disso, as limitações funcionais são comuns, levando ao surgimento da dor neuropática, portanto, a combinação de diferentes técnicas anestésicas é de extrema valia para o controle algico e para a prevenção da dor crônica. **Relato de caso:** A. P. R., sexo feminino, 7 anos, 21 kg, admitida em ambiente hospitalar com diagnóstico de meningite pneumocócica, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas e isquemia de membros com áreas de necrose, sendo indicada a amputação dos quatro membros após estabilização clínica. A indução inalatória foi feita com Sevoflurano, em venoclise, com administração de Rocurônio 20 mg e Fentanil 50 mcg, seguida de intubação oro-traqueal. Após a indução, foi realizado o duplo bloqueio, raquianestesia com administração de Bupivacaína isobárica 5 mg e Morfina 20 mcg, e colocação de um cateter peridural tunelizado ao nível L4 – L5. A seguir, foi feito o bloqueio do plexo braquial via axilar bilateral com Stimuplex e ultrassonografia, administrando Ropivacaína 0,25% 10 mL com Clonidina 25 mcg em cada membro, e manutenção anestésica realizada com Propofol em TCI. A cirurgia ocorreu sem intercorrências, com duração total de 5 horas, ao final do procedimento foi realizada a extubação em sala cirúrgica, e a paciente foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. No primeiro dia de pós-operatório, foram administradas Morfina 1 mg, Dipirona 400 mg, Fluoxetina 20 mg e Amitriptilina 3 mg, a paciente evoluiu com queixa de dor nos membros inferiores 4/5 (aplicada escala visual de dor), optando-se pela instalação de bomba de PCA (*Patient Controlled Analgesia*) com solução de Fentanila 50 mcg/mL (10 mL) e Ropivacaína 0,75% (20 mL) em Soro Fisiológico (220 mL), programada sem infusão contínua, com resgate de 2 mL a cada 15 minutos. Após as medidas, obteve-se melhora da dor, com remoção do cateter peridural e PCA no quinto dia de pós-operatório. **Discussão:** A dor impacta diretamente no desfecho do paciente cirúrgico. A combinação do bloqueio de neuroeixo e regional é cada vez mais utilizada, visto que as estratégias profiláticas no intraoperatório impactam diretamente no desenvolvimento e prevenção da dor crônica. No caso relatado, o controle algico adequado permitiu uma reabilitação melhor e mais conforto para a paciente.

Palavras-chave: Dor, bloqueio regional, bloqueio neuroeixo

REFERÊNCIAS

1. Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68700-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68700-X). PMID:16698416.
2. Humble SR, Dalton AJ, Li L. A systematic review of therapeutic interventions to reduce acute and chronic post-surgical pain after amputation, thoracotomy or mastectomy. *Eur J Pain*. 2015;19(4):451-65. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.567>. PMID:25088289.

716 ANESTESIA OPIOIDE *FREE* PARA CIRURGIA DE PÉ TORTO CONGÊNITO BILATERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MOEBIUS: RELATO DE CASO

JOSE MARTINS BARRETO SANTANA, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, MARIANA PIMENTA LEAO BANDEIRA DE MELO, MAYANE GUEDES GONÇALVES, SOLANGE COSTA NOVO CABRAL

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Moebius é caracterizada pela interrupção do desenvolvimento dos nervos cranianos VI e VII, resultando em falta de expressão facial, estrabismo, dificuldade para falar e engolir, apneias de origem central, limitação da abertura bucal e maior incidência de depressão respiratória, resultando em via aérea difícil no paciente e apresentando um desafio para o anestesiológico.¹ **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 3 anos de idade e 17 kg, com diagnóstico de Síndrome de Moebius, encaminhado ao serviço de ortopedia pediátrica para o tratamento cirúrgico de pé torto congênito bilateral. Como conduta anestésica foi realizada a anestesia venosa com cetamina (20 mg) e dexmedetomidina (20 mcg), associada a bloqueio peridural caudal com 14 mL de levobupivacaína a 0,25%, com vasoconstritor e clonidina (18 mcg) como adjuvante. Devido ao tempo cirúrgico ter se alongado mais que o previsto, foi necessário associar uma dose sedativa de propofol em modo TIVA, para um conforto maior do paciente. Notou-se que a medida da saturação arterial de oxigênio se manteve oscilando entre 98 e 100% com o paciente em ar ambiente, portanto, sem necessidade de oxigenioterapia durante todo o procedimento. A analgesia foi complementada com dipirona (500 mg), e o paciente despertou pouco tempo após o término da infusão contínua do hipnótico, sem dor e sem bloqueio motor, sendo encaminhado para a SRPA. **Discussão:** Pacientes com Síndrome de Moebius devem ser tratados como via aérea difícil devido às particularidades anatômicas relacionadas ao diagnóstico. No caso em questão, optou-se pelo uso de técnica anestésica com bloqueio de neuroeixo associada ao uso de adjuvantes, por ser capaz de não alterar o estímulo respiratório desencadeado pelo centro respiratório bulbar e oferecer uma analgesia pós-operatória adequada. Devido à técnica escolhida, não houve necessidade do uso de opioides, evitando as desvantagens associadas, como náuseas e vômitos ou depressão respiratória no perioperatório.² O caso relata a importância de lançar mão de diferentes estratégias no manejo anestésico de pacientes com via aérea difícil, minimizando assim os riscos de um desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Anestesia pediátrica, *opioid-free*, opioide.

REFERÊNCIAS

1. Rodríguez-Campoó MB, Troncoso P, Catalán P. Consideraciones anestésicas en el síndrome de Moebius: a propósito de un caso. Rev Mex Anest. 2020;43(1):60-3. <http://dx.doi.org/10.35366/CMA201K>.
2. Bugada D, Lorini LF, Lavand'homme P. Opioid free anesthesia: evidence for short and long-term outcome. Minerva Anesthesiol. 2021;87(2):230-7. <http://dx.doi.org/10.23736/S0375-9393.20.14515-2>. PMID:32755088.

717 ANESTESIA VENOSA TOTAL ASSOCIADA A SCALP BLOCK PARA RESSECÇÃO DE GLIOMA COM PACIENTE "ACORDADA": RELATO DE CASO

LUIS HENRIQUE CANGIANI, ISABELA YAMANE FAITARONI, ISMAEL PONTES SILVA, PEDRO DO AMARILHO MAICH, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Os tumores cerebrais localizados na área de Broca ou Wernicke são casos raros, e a manipulação cirúrgica pode provocar alterações na qualidade de vida dos pacientes. O objetivo do relato é descrever a técnica anestésica executada em paciente submetida a ressecção de um glioma na área de Broca.

Relato do caso: Paciente feminina de 35 anos, 69 kg, 170 cm, estado físico ASA II, portadora de glioma localizado na área de Broca, apresentado várias crises convulsivas complexas que foram tratadas com difenilhidantoína. A paciente estava lúcida, ativa e não apresentava preditores de via aérea difícil ou outra doença crônica. Na sala de cirurgia foi realizada a venopunção, monitorização e indução de anestesia venosa total com midazolam 3 mg, infusão de dexmedetomidina, remifentanil e propofol em infusão alvo controlada, seguida de rocurônio 0,6 mg/kg, sendo então introduzida uma máscara laríngea número 4 e iniciada a ventilação mecânica ajustada para manutenção da normocapnia, sendo instalados cateter venoso central e pressão arterial invasiva. A paciente foi posicionada em decúbito dorsal com a cabeça rodada discretamente para a direita, mantendo a visualização da face e o contato visual e verbal com a paciente, o *Scalp Block* foi realizado com ropivacaína a 0,75% e infiltração da região incisada pelo cirurgião com lidocaína a 2%. A paciente permaneceu sob anestesia geral por 155 minutos até que a dura-máter ficasse exposta, quando foi colocada uma gaze entumescida com lidocaína a 1% sobre a dura-máter por 10 minutos, em seguida, as infusões dos fármacos foram interrompidas e foi realizada a reversão do bloqueador neuromuscular, a paciente despertou em aproximadamente 10 minutos, mantendo a dexmedetomidina em 0,1 mcg/kg/h. A ressecção do tumor transcorreu sem dificuldades e a estimulação verbal, visual, motora e auditiva da paciente foram mantidas sem alterações. Após a ressecção do tumor, todo o fechamento da craniotomia foi feito com a paciente sedada com dexmedetomidina, sem que houvesse necessidade de induzir anestesia geral novamente, a paciente foi então conduzida à UTI, onde permaneceu por 24 horas e recebeu alta hospitalar no 4 dia do pós-operatório. **Discussão:** No caso, a técnica anestésica utilizada foi segura e adequada para a cirurgia. É importante observar que a informação dada ao paciente de modo claro e preciso desempenha um papel fundamental para o sucesso da cirurgia, e a escolha da anestesia venosa proporcionou um despertar tranquilo, rápido e de acordo com o planejamento.

Palavras-chave: Craniotomia, anestesia venosa total.

REFERÊNCIAS

1. Sewell D, Smith M. Awake craniotomy: anesthetic considerations based on outcome evidence. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2019;32(5):546-52. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000750>. PMID:31107256.
2. Potters JW, Klimek M. Awake craniotomy: improving the patients experience. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2015;28(5):511-6. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000231>. PMID:26263121.

718 MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE PACIENTE SUBMETIDO À RESSECÇÃO DE LESÃO SUBSTENOSANTE DE CORDA VOCAL: RELATO DE CASO

LUIS HENRIQUE CANGIANI, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, RAFAEL MILLANI, RENAN VIEIRA MURAD, RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: As cirurgias de laringe são marcadas pela disputa da via aérea entre o cirurgião e o anestesiologista. As lesões neoplásicas podem dificultar a intubação e a identificação correta das estruturas laríngeas. O presente relato mostra um caso em que foi feita a intubação em paciente acordado com lesão substenosante da laringe. **Relato de Caso:** Homem de 76 anos, 67 kg, 169 cm, estado físico ASA III, ex-tabagista, portador de Doença de Chron, hipertensão arterial, diabetes, hipotireoidismo e Malampatti III, submetido à ressecção de lesão vegetante e substenosante na corda vocal esquerda. Ao chegar na sala cirúrgica, o paciente apresentava rouquidão sem dispneia, com uma lesão grande, vegetante e substenosante na corda vocal esquerda, sendo optada a intubação traqueal com o paciente "acordado". Na sala cirúrgica, foi realizada a venopunção seguida de monitorização com oximetria, cardioscopia, PANI, instalação de cateter de oxigênio por via nasal, e a sedação foi realizada com midazolam 1 mg e remifentanil em TCI com concentração de 2 ng/mL, em seguida sendo utilizada lidocaína a 1% para a realização do bloqueio transcricotireóideo e na cavidade oral, com utilização de um aspersor. A dose total de lidocaína foi 140 mg e o paciente permaneceu levemente sedado durante as manobras de laringoscopia, o tubo 5,0 com balonete foi introduzido na glote na terceira tentativa, sob visão direta com videolaringoscópio. O paciente não apresentou tosse ou alteração dos parâmetros hemodinâmicos durante a laringoscopia, e após a intubação, a anestesia geral foi induzida com propofol 80 mg e rocurônio 40 mg, e a manutenção da anestesia realizada com sevoflurano a 2% e remifentanil. A lesão foi ressecada com laser e no final da cirurgia foi realizada a traqueostomia, com o tempo total da cirurgia de 150 minutos. O paciente evoluiu bem e recebeu alta hospital no segundo dia do pós-operatório. **Discussão:** No caso relatado, o planejamento da técnica anestésica contou com a informação dada pelo cirurgião de que seria provável que o tubo apresentasse dificuldade para passar ao lado da lesão. Diante disso, a opção da intubação acordada foi feita para manter o movimento respiratório espontâneo e a realização de uma boa anestesia tópica das vias aéreas para que a manobra de intubação fosse realizada de maneira suave e não provocasse sangramento ou avulsão da lesão. O procedimento foi realizado com sucesso devido ao bom entrosamento das equipes, da escolha dos fármacos e pela presença dos dispositivos utilizados.

Palavras-chave: Intubação acordado, microlaringe.

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM. Anestesia para cirurgia da laringe e para retirada de corpo estranho da laringe. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Ferez D, et al., editores. Tratado de Anestesiologia SAESP. 9ª ed. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. p 3624-40.

719 IMPACTO DO DESABASTECIMENTO DE DIPIRONA SÓDICA EM UM CICLO DE MELHORIA DA AVALIAÇÃO DE PROFILAXIA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA

LUIS HENRIQUE CANGIANI, ISMAEL PONTES SILVA, LUIZ EDUARDO DE PAULA GOMES MIZIARA, REBECA FUNCK COLUCCI, RICARDO FRANCISCO SIMONI

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A dor pós-operatória pode prolongar a permanência hospitalar e aumentar custos, sendo a analgesia multimodal uma das formas de combater a dor pós-operatória, com a dipirona incluída nessa terapia. O objetivo do presente estudo é demonstrar o impacto do desabastecimento da dipirona durante o estabelecimento de um ciclo de melhoria no tratamento da dor pós-operatória em pacientes submetidos à colecistectomias. **Método:** Após o apontamento da qualidade que o índice de dor na colecistectomia estava em 16,1%, acima da meta estabelecida (<10%), foi proposto desenvolver um protocolo de profilaxia da dor pós-operatória específico, que fazia parte de um ciclo de melhoria com o objetivo de diminuir os escores de dor. A ferramenta escolhida para o desenvolvimento do ciclo de melhoria foi o PDCA. A intervenção foi feita conforme a abordagem de analgesia multimodal com a administração de dipirona, cetoprofeno, dexametasona, metadona e instilação intraperitoneal de anestésico local. Na sala de recuperação, a enfermagem avaliou a dor através da escala analógica visual (VAS), onde pacientes com VAS ≥ 4 foram considerados com dor importante e medicados com um analgésico de resgate. **Resultado:** No período de novembro de 2021 a junho de 2022 foram analisados 555 prontuários. No primeiro mês, a taxa de dor diminuiu para 13,2% e a taxa de adesão ao protocolo foi de 30%. Em dezembro de 2021, a incidência de dor diminuiu para 7,8%, com adesão ao protocolo de 60%. Em janeiro de 2022, apenas um paciente relatou dor e, nesse mês, a taxa de adesão ao protocolo foi 65%. Em fevereiro de 2022, a incidência de dor subiu para 15,0%, o fato relevante foi que a partir do dia 29 de janeiro houve um desabastecimento de dipirona, levando à taxa de adesão ao protocolo para 2%. Em março de 2022, a incidência de dor diminuiu para 10,6%, observando-se que a partir de 19 de março o estoque da dipirona foi reestabelecido e a taxa de adesão ficou em 50%. Nos meses de abril, maio e junho, a dor foi de 6,0, 8,6 e 4,3% e a adesão ao protocolo nesse período foi de 45, 39 e 50%, respectivamente. A incidência da dor, quando comparada à realização do protocolo ou não, foi de 4,0% e 11,6% ($p = 0,002$). **Conclusão:** A falta da dipirona no mercado, devido à pandemia COVID-19, impactou na confirmação do ciclo de melhoria da dor pós-operatória de pacientes submetidos à colecistectomia. Apesar de ser um analgésico menor, a dipirona mostrou sua importância dentro da abordagem multimodal do protocolo de controle da dor pós-operatória.

Palavras-chave: Dor pós-operatória, qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Mentsoudis SG. Association of multimodal pain management strategies with perioperative outcomes and resource utilization. *Anesthesiology*. 2018;128(5):891-902. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002132>. PMID:29498951.
2. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Med*. 2010;11(12):1859-71. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x>. PMID:21040438.

720 TAMPONAMENTO CARDÍACO APÓS PERFURAÇÃO DE VENTRÍCULO DIREITO DURANTE PROCEDIMENTO DE ABLAÇÃO MIOCÁRDICA POR RADIOFREQUÊNCIA: RELATO DE CASO

LUIS HENRIQUE CANGIANI, IAGO DE SOUZA COSTA, RENAN VIEIRA MURAD, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO, VICTORIA FÁVERO DE SIQUEIRA LOPES

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A ablação por radiofrequência se tornou fundamental para o tratamento de pacientes com doenças cardíacas estruturais e taquicardias ventriculares recorrentes. A ablação miocárdica vem ganhando espaço e seus riscos devem ser considerados. O objetivo do presente relato é mostrar o manejo do tamponamento cardíaco durante a ablação de taquiarritmia ventricular por radiofrequência. **Relato de caso:** Paciente masculino, 65 anos, 85 kg, 173 cm, estado físico ASA III, portador de hipertensão arterial, taquiarritmia ventricular, ex-tabagista e alcoolismo frequente, submetido à ablação por radiofrequência. Na sala da hemodinâmica, foi realizada a venopunção com cateter calibroso, com monitorização e indução da anestesia geral balanceada feitas com midazolam 2 mg, fentanil 300 mcg, propofol 150 mg, rocurônio 50 mg, seguida de intubação traqueal e manutenção com sevoflurano a 3%, sendo administrada heparina 5000 UI em seguida. Durante o procedimento, o paciente apresentou hipotensão súbita, taquicardia, turgência jugular e, diante da suspeita de tamponamento cardíaco, foi realizado o ecocardiograma transtorácico, com a equipe da cirurgia cardíaca tendo sido avisada. Durante a preparação para a pericardiocentese de emergência, foi realizada a reposição volêmica com Plasma Lyte, suporte inotrópico com adrenalina, feita a reversão da heparina com protamina 5000 UI e obtido mais um acesso venoso calibroso. A pericardiocentese por acesso subxifóideo foi realizada pelo eletrofisiologista, sendo aspirado 1500 mL de sangue do pericárdio e realizada a transfusão de 2 concentrados de hemácias através da veia femoral, sendo iniciada uma infusão de noradrenalina em cateter da veia femoral e, em seguida, instalada uma linha arterial para a medida de pressão invasiva. Após o controle do sangramento e manutenção da estabilidade hemodinâmica, o paciente foi transferido para a UTI, onde o paciente apresentou sangramento persistente, sendo portanto encaminhado ao centro cirúrgico e identificada a perfuração no ventrículo direito. O paciente chegou ao centro cirúrgico intubado, sobreviveu ao reparo cardíaco e se recuperou da cirurgia sem complicações. **Discussão:** O tamponamento cardíaco é uma complicação potencialmente fatal da ablação por radiofrequência e requer um diagnóstico imediato. Sendo assim, o manejo precoce da equipe multidisciplinar com medidas de suporte hemodinâmico, drenagem pericárdica de emergência, ecocardiografia *point-of-care* e reparo cirúrgico cardíaco foram fundamentais para o bom desfecho do paciente.

Palavras-chave: Tamponamento cardíaco, complicação, ablação miocárdica.

REFERÊNCIAS

1. Christopher A, Gilman L, Koulogiannis K. Cardiac Tamponade. *Cardiol Clin.* 2017;35(4):525-37.
2. Darma A, Dinov B, Bertagnolli L, et al. Cardiac tamponade complicating ventricular arrhythmia ablation: real time life data on incidence, management and outcome. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2023;34(2):403-11. PMID:36434796.

721 TETRAPARESIA APÓS PUNÇÃO INADVERTIDA DE DURA-MÁTER

LUIZA COSTA SILVEIRA MARTINS, FRANCIELE DAIANE LOCATELLI, MATHEUS ABREU AZEREDO, PATRICIA WAJNBERG GAMERMANN, WALESKA SCHNEIDER VIEIRA

CET S.ANESTE MED.PERIOP.DO HCPA – SAMPE – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A anestesia neuroaxial é uma técnica amplamente utilizada na obstetrícia, entretanto, é importante que o anesthesiologista conheça suas complicações e saiba manejá-las. **Relato de caso:** Paciente feminina, 35 anos, 5ª gestação, 32 semanas, com o diagnóstico de placenta percreta, internada para a realização de cesariana seguido de histerectomia. A técnica peridural contínua associada a anestesia geral foi utilizada, havendo punção inadvertida de dura-máter com a agulha Tuohy. Registrou-se sangramento de 5900 mL, com transfusão de 4 concentrados de hemácias, 1 plasma fresco congelado e 1 fibrinogênio. A recuperação da paciente se deu em unidade de terapia intensiva, sendo necessárias novas transfusões. A analgesia pós-operatória foi realizada principalmente com infusão contínua de bupivacaína a 0,125% por cateter peridural, e 24h após procedimento cirúrgico a paciente iniciou com cefaleia frontal com piora em ortostatismo, sem outros sintomas associados, sendo realizado tratamento conservador com hidratação, cafeína e analgésicos fixos. No 4º dia do pós-operatório, a paciente seguia com cefaleia, mas com bom controle algico na incisão cirúrgica, sendo então retirado cateter peridural, sem intercorrências, cerca de 6h depois a paciente apresentou rebaixamento do sensório (Glasgow 12), episódios de vômito e tetraparesia, predominantemente em membros inferiores, mas sem instabilidade hemodinâmica. Realizou-se uma tomografia de crânio, uma angiotomografia de crânio e pescoço, além de uma tomografia de coluna, evidenciando sinais de hipotensão liquórica e afastando isquemia, hemorragia, fistula liquórica e hematoma em neuroeixo. Em menos de 24h após o início do quadro, apenas com tratamento conservador, a paciente apresentou reversão completa dos sintomas. **Discussão:** A punção da dura-máter pode apresentar diversos sintomas de hipotensão liquórica, como cefaleia, náuseas, vertigem, alterações visuais. No caso apresentado, a paciente apresentou sintomas mais expressivos, com rebaixamento do sensório e tetraparesia, que remitiram com o tratamento conservador e não puderam ser atribuídos a nenhuma outra condição clínica. Este quadro é incomum e provavelmente pode ter sido deflagrado pela punção da dura-máter com agulha calibrosa associada à importante instabilidade hemodinâmica e perda volêmica, com consequente demora na recuperação do volume liquórico.

Palavras-chave: Punção de dura-máter, hipertensão liquórica, tetraparesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Johnson KS, Sexton DJ. Lumbar puncture: technique, indications, contraindications, and complications in adults. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: www.uptodate.com/contents/lumbar-puncture-technique-indications-contraindications-and-complications-in-adults?cs
2. Souza GC, Jacobsen MC, Felix EA. Anestesia neuroaxial. In: Gamermann PW, Stefani LC, Felix EA., editores. Rotinas em anestesiologia e medicina perioperatória. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 179-95.

722 HIPERTERMIA MALIGNA UM DESAFIO PARA O ANESTESIOLOGISTA. RELATO DE CASO.

DAVID FERREZ, BRUNO EDUARDO FERREIRA, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO, THULLYO CABRAL FERREIRA DE OLIVEIRA

HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A hipertermia maligna é uma doença rara e tratável. Os pacientes são suscetíveis a anestésicos inalatórios halogenados e à succinilcolina. Deve-se estar preparado para um diagnóstico e um tratamento rápidos, sendo importante evitar as suas complicações, sendo o Dantrolene indicado nestes casos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 42 anos, 73 kg, 1,89 m, ASA II, com hipotireoidismo, aumento gradativo de volume abdominal em 10 dias, dispneia progressiva, perda ponderal e sudorese noturna. A TC de abdome e de tórax revelaram uma massa abdominal causando compressão extrínseca de ambos os ureteres, com dilatação pielocalicial e hidronefrose bilateral, ascite moderada, derrame pleural com nodulações no parênquima e linfonodos proeminentes, sendo a principal hipótese um processo neoplásico. Foi indicado o cateter de duplo J bilateralmente sob anestesia geral, sem AF importante. O paciente fazia uso de várias medicações e informou ter sido submetido à HU e HI, além de osteossíntese em MID, todas sob bloqueio de neuroeixo e sedação, sem intercorrências. A indução anestésica venosa IOT foi realizada em sequência rápida: fentanil 250 mcg, lidocaína 80 mg, propofol 250 mg e succinilcolina 80 mg, com a manutenção feita com anestesia balanceada, usando sevoflurano e remifentanil, agente inalatório a 1,5% de CAM. Após o início da anestesia o paciente apresentou um aumento da ETCO₂ de 80 mmHg, sem resposta aos ajustes dos parâmetros ventilatórios, Com ausência de episódio de rigidez muscular ou do masseter. Minutos após a indução, o paciente apresentou temperatura de 39,7 °C e, devido à suspeita de hipertemia maligna, a administração de sevoflurano foi interrompida e foi solicitado dantrolene. O sistema circular foi substituído, o fluxo de oxigênio (FiO₂,1,0) 10 L/min foi mantido, e a técnica da anestesia venosa foi trocada para propofol e remifentanil, com infusão de Dantrolene 2,5 mg.kg = 220 mg. O episódio cursou com apiculamento de onda T e alargamento do complexo QRS, sendo prontamente administrado gluconato de cálcio (20 mL), salbutamol (1000 mcg) e solução polarizante (1 UI de insulina regular para 5 g de glicose), com melhora do traçado. Após duas horas, o paciente evoluiu com queda da ETCO₂ para 53 mmHg, sendo encaminhado à UTI sob VM. Intercorreu com mioglobinúria e aumento das enzimas musculares durante o pós-operatório imediato, mas com diminuição progressiva na internação, com estabilização do quadro agudo em 48 horas. O paciente desenvolveu complicações clínicas, como síndrome de lise tumoral espontânea, insuficiência renal e infecção pulmonar, sendo necessária a realização de uma antibioticoterapia de amplo espectro e de terapia de substituição renal por três semanas.

Palavras-chave: Hipertermia maligna.

REFERÊNCIAS

1. Rosenberg H, Pollock N, Schiemann A, Bulger T, Stowell K. Malignant hyperthermia: a review. Orphanet J Rare Dis. 2015;10(1):1-19. <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-015-0310-1>.
2. Mullins MF. Malignant Hyperthermia: a review. J Perianesth Nurs. 2018;33(5):582-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2017.04.008>. PMID:30236564.

723 CHOQUE ANAFILÁTICO POR CLOREXIDINA: UM RELATO DE CASO

IZABELLA SOARES MELLO, CAMILA FERREIRA GARCIA, LUCAS SILVA CAMPOS, MARIA AMELIA NEVES,
MARIA CAMPOS PIRES

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A anafilaxia consiste em uma reação de hipersensibilidade generalizada aguda quando em contato com agentes desencadeantes, sendo potencialmente fatal. A maioria dos casos é mediada por IgE e seu diagnóstico é essencialmente clínico. **Relato de caso:** Paciente masculino, 58 anos, 100 kg, hipertenso, em uso de losartana, obeso grau 2, alérgico à tramadol, admitido para prostatectomia laparoscópica devido à câncer de próstata. A indução anestésica foi realizada com 200 mg de propofol, 200 mcg de fentanil, 30 mg de escetamina e 50 mg de rocurônio, com manutenção feita com sevoflurano 0,6 CAM, remifentanil e lidocaína em bomba de infusão contínua, ademais, foi administrada cefazolina 2 g como antibioticoprofilaxia primária. A degermação abdominal foi realizada pela equipe cirúrgica com clorexidina e solução alcoólica logo após a intubação orotraqueal, o paciente evoluiu com hipotensão grave, refratária à efedrina e fenilefrina, aumento da pressão de pico de via aérea e rash cutâneo generalizado após alguns minutos. Foi feito bolus de 50 mcg de adrenalina, 100 mg de hidrocortisona, 50 mg de difenidramina e suspensão imediata da bomba de infusão, e a monitorização foi realizada com pressão arterial invasiva e punção de acesso venoso central. A cirurgia foi suspensa e o paciente foi encaminhado ao CTI intubado, em uso de adrenalina 0,2 mcg/kg/min, vasopressina 0,01 U/min, dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/hr e propofol 150 mcg/kg/min em infusão contínua, permaneceu internado por 2 dias e recebeu alta hospitalar, sem outras intercorrências. Em investigação ambulatorial apresentou teste cutâneo e IgE positivos para clorexidina e morfina. **Discussão:** A anafilaxia é uma reação aguda que leva a distúrbios fisiológicos graves de vários sistemas, sinais e sintomas incluem urticária e angioedema, broncoespasmo e hipoxemia, taquicardia, hipotensão e colapso cardiovascular. Os mais frequentes precipitantes de reações alérgicas são bloqueadores neuromusculares, antibióticos, látex, clorexidina, entre outros. A clorexidina é um antisséptico cirúrgico que pode causar reação por exposição intravascular ou cutâneo/mucosa, e na suspeita de anafilaxia, o agente desencadeante deve ser imediatamente interrompido. Epinefrina constitui a primeira linha de tratamento, já corticosteróides e anti-histamínicos devem ser utilizados como terapia secundária. A avaliação de uma reação anafilática começa com uma história detalhada e pode incluir testes cutâneos, a fim de identificar o agente causal e oferecer alternativas seguras para uma anestesia futura.

Palavras-chave: Anafilaxia, clorexidina, anestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Berrío Valencia MI. Anafilaxia perioperatória. Rev Bras Anesthesiol. 2015;65(4):292-7. PMID:25935855.
2. Campbell RL, Kelso JM. Anaphylaxis: emergency treatment. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2023 Jan 24]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anaphylaxis-emergency-treatment?csi=4f12ad69-093d-4567-bfbe-430ae8d16c96&source=contentshare>

724 NARCOLEPSIA E ANESTESIA: UM RELATO DE CASO

IZABELLA SOARES MELLO, ANA FLAVIA MESQUITA ANDRADE, CLÁUDIA HELENA RIBEIRO DA SILVA,
LETICIA BERNARDES DE CASTRO, NILLO AKIZO BARROS

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A narcolepsia é um distúrbio raro de sono, que consiste em sonolência diurna excessiva, alterações do sono noturno, cataplexia, alucinações hipnagógicas e paralisia do sono. Sua fisiopatologia e tratamento podem interferir de várias formas no ato anestésico. **Relato de caso:** Paciente feminino, 44 anos, portadora de narcolepsia, em uso de modafinil, alérgica à penicilina, dipirona e anti-inflamatórios não esteroidais, sem outras comorbidades, internada para exérese de nódulo de mama direita. A paciente suspendeu a medicação, sem orientação médica, 48h antes do procedimento, e foi orientada sobre possível agravamento dos sintomas no pós-operatório. Admitida em centro cirúrgico, a paciente foi monitorizada com oximetria de pulso, cardioscopia e pressão arterial não invasiva, em uso de cateter nasal, com oxigênio à 2 l/min, em decisão compartilhada com equipe cirúrgica, optou-se pela realização do procedimento sob sedação leve, com bolus de 5 mg de propofol e anestesia local com 200 mg de lidocaína. O procedimento cirúrgico durou 30 minutos, a paciente se manteve estável hemodinamicamente e despertou ao chamado 5 minutos após o fim da cirurgia, não sendo necessárias analgesia ou sedação adicionais, ademais, a paciente não apresentou queixas no pós-operatório. **Discussão:** A narcolepsia é uma doença rara que pode ser desencadeada por perda de orexina e fatores genéticos. É a segunda causa mais comum de sonolência diurna incapacitante, após apneia obstrutiva do sono e está associada à cataplexia, paralisia do sono e alucinações hipnagógicas o tratamento sendo feito com uso de estimulantes, como modafinil. Pacientes com narcolepsia podem ter risco perioperatório aumentado, os potenciais mecanismos incluem medicamentos para narcolepsia, que podem interagir com a anestesia, aumento da sensibilidade a agentes anestésicos, atraso na recuperação da anestesia, aumento do risco de insuficiência respiratória pós-operatória e presença de distúrbios do sono. Deve-se evitar o uso de fármacos com meia-vida longa e efeito depressor, como benzodiazepínicos e opioides, optando por medicamentos que possuam perfil de eliminação rápido, como propofol e inalatórios. Ainda não há consenso sobre a manutenção ou a suspensão das medicações no pré-operatório, acredita-se que os desfechos favoráveis estão associados à utilização de bloqueios regionais, utilização de anestesia multimodal e monitorização de profundidade de plano, visando uma maior segurança e melhor recuperação dos pacientes.

Palavras-chave: Narcolepsia, sono, anestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Hershner S, Dauvilliers Y, Chung F, et al. Knowledge gaps in the perioperative management of adults with narcolepsy: a call for further research. *Anesth Analg.* 2019;129(1):204-11. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004088>. PMID:30882519.
2. Hershner S, Kakkar R, Chung F, Singh M, Wong J, Auckley D. Narcolepsy, anesthesia, and sedation: a survey of the perioperative experience of patients with narcolepsy. *Anesth Analg.* 2019;129(5):1374-80. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000003954>. PMID:30540615.

725 ANESTESIA VENOSA TOTAL UTILIZANDO O MODELO DE ELEVELD EM CRIANÇA SUBMETIDA À CORREÇÃO DE DEFORMIDADE DE SPRENGEL: RELATO DE CASO

RAFAEL MILLANI, CARLOS EDUARDO ESQUEAPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUIS HENRIQUE CANGIANI, TASSIO MATTOS PEREIRA FRANCO

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A escápula alta congênita (Deformidade de Sprengel) é caracterizada pela ausência de migração caudal da escápula durante a vida embrionária, e pode estar associada com risco de via aérea difícil. O presente relato demonstra o manejo intraoperatório de uma criança submetida à ressecção da escápula sob anestesia geral venosa total. **Relato de caso:** Paciente masculino, 6 anos, 24 kg e 121 cm, submetido à ressecção da porção óssea supraespinhal da escápula sob anestesia geral venosa total utilizando o modelo de Eleveld. Inicialmente foi feita uma indução inalatória de N₂O, sevoflurano e oxigênio, seguida por venopunção periférica e monitorização, foi então iniciada a infusão de remifentanil em infusão manual controlada e propofol com o modelo Eleveld. A monitorização de potenciais evocados somatossensitivos (PESS) foi utilizada para a preservação do nervo supraescapular e do nervo acessório, sendo administrada succinilcolina (30 mg) por via venosa, e realizada a intubação orotraqueal sem dificuldades. O propofol foi mantido em concentração efeito de 3 mcg/mL e o remifentanil na dose de 0,5 mcg/kg/min, variando até 0,7 mcg/kg/min. A analgesia pós-operatória foi feita com a administração de metadona 0,1 mg/kg, ceterolaco 0,5 mg/kg, dexametasona 0,1 mg/kg e dipirona 30 mg/kg, a cirurgia durou 152 minutos e não ocorreram complicações. Não foi realizada nenhuma técnica de anestesia regional para não prejudicar a monitorização por PESS. Ao final da cirurgia o paciente despertou em 18 minutos após a interrupção da infusão de propofol, e recebeu alta hospitalar no terceiro dia, sem complicações. **Discussão:** Nesses pacientes pode haver diferença de 1 a 12 centímetros na posição (altura) das escápulas. Nesse caso, não havia sinais preditores de via aérea difícil, por isso, o planejamento da técnica anestésica com indução inalatória foi mantido. Devido à possível alteração da coluna cervical, o acesso a via aérea com fibroscopia com o paciente "acordado" poderia ser uma alternativa, mas não precisou ser realizada, porque o paciente ainda não apresentava alterações cervicais evidentes. O modelo farmacocinético de Eleveld foi validado para utilização em pacientes de 6 meses a 88 anos com uma menor variação entre as concentrações efeito predita e medida de propofol, o que reduz a chance de erro do modelo não produzir alterações na monitorização por PESS, tornando a técnica adequada ao procedimento.

Palavras-chave: Síndrome de Sprenger, anestesia venosa total.

REFERÊNCIAS

1. Harvey EJ, Bernstein M, Desy NM, Saran N, Ouellet JA. Sprengel deformity: pathogenesis and management. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(3):177-86. <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-20-03-177>. PMID:22382290.

728 DESLOCAMENTO DO NERVO ÓPTICO DE ACORDO COM A POSIÇÃO DO GLOBO OCULAR AVALIADA POR ULTRASSONOGRAFIA: ESTUDO OBSERVACIONAL

LUIS HENRIQUE CANGIANI, FABIO ESCALHÃO, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, REBECA FUNCK COLUCCI, RENAN VIEIRA MURAD

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O bloqueio retrobulbar é uma técnica segura e eficaz, ainda existem discussões a respeito da posição em que o globo ocular deve estar no momento do bloqueio retrobulbar pela via ínfero-lateral. O objetivo do presente estudo é avaliar o deslocamento do nervo óptico durante os movimentos do globo ocular em pacientes voluntários. **Método:** Foram incluídos no estudo 80 voluntários selecionados aleatoriamente (160 olhos avaliados), submetidos ao exame ultrassonográfico dos olhos para medir o deslocamento do nervo óptico, o critério de exclusão do estudo eram pacientes com miopia reconhecidamente alta, e a avaliação foi realizada com através de ultrassonografia com *preset* adequado para uso em oftalmologia. Inicialmente foi traçada uma linha do ponto médio da córnea até a parede posterior do globo ocular (ponto médio), e essa medida foi denominada distância ântero-posterior (DAP) do globo ocular, solicitando aos voluntários que mantivessem o olho na posição primária (olhando para frente). Em seguida, foi realizada a medida A1 entre o ponto médio posterior até a fóvea e, depois, a medida A2 entre o ponto médio até a fóvea, solicitando aos voluntários que mantivessem o olhar desviado para a posição médio-superior. As correlações entre as medidas A1 e A2 foram estudadas pelos métodos exploratórios t de *Student* pareado e pela análise de concordância de *Bland-Altman*. **Resultados:** O deslocamento médio do nervo óptico foi de 0,9 cm com desvio padrão de 0,22 e coeficiente de variação de 24,1%, a média da variação da medida A1 foi de 0,38 com desvio padrão de 0,17 cm e variação de 29,9%, já para medida A2, os valores da média foram de 0,51 cm, desvio padrão de 0,15 e coeficiente de variação de 30,6%. Segundo a análise de concordância de *Bland-Altman*, pode-se afirmar que existe uma boa concordância entre as medidas A1 e A2 com a DAP, pois ficaram dentro dos limites superior e inferior das variações das medidas realizadas. Pelas imagens observadas, o nervo óptico deslocado em sentido médio-lateral coloca-o exatamente no trajeto da agulha, e as medidas observadas comprovam que qualquer das medidas A1 ou A2 pode ser utilizada como preditor do deslocamento do nervo óptico. **Conclusão:** O estudo comprovou que o bloqueio retrobulbar deve ser feito obrigatoriamente com o paciente mantendo o olho na posição primária, ou seja, olhando para frente, para minimizar o risco de injeção de anestésico local na bainha do nervo óptico ou lesão neural direta do nervo óptico pela agulha durante a realização do bloqueio retrobulbar.

Palavras-chave: Ultrassonografia, bloqueio retrobulbar.

REFERÊNCIAS

1. Gayer S, Palte HD. Ultrasound-guided ophtalmic regional anesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2016;29(6):655-61. PMID:27652513.
2. Foad AZ, Mansour MA, Ahmed MB, Elgamal HR, Ibrahim HEE, Elawamy A. Real-time ultrasound-guided retrobulbar block vs blind technique for cataract surgery (pilot study). *Local Reg Anesth*. 2018;11:123-8. <http://dx.doi.org/10.2147/LRA.S178771>. PMID:30584353.

730 MANEJO ANESTÉSICO PARA CESARIANA EM PACIENTE PORTADORA DE PRÉ-ECLÂMPSIA, LINFOMA DE HODGKIN E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA SECUNDÁRIA À CARDIOTOXIDADE PÓS-QT: RELATO DE CASO

MELLISSA ALEIXO MACHADO, JOSIMARA ARAUJO DA SILVA DIVINO, LEONARDO COUTINHO VEIGA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O pico de incidência do Linfoma de Hodgkin coincide com a idade fértil feminina, sendo atualmente a quarta neoplasia mais diagnosticada na gravidez. O seu tratamento quimioterápico (QT) não é isento de riscos e, no que tange a cardiotoxicidade, a insuficiência cardíaca é a complicação mais temida, podendo levar a sintomas graves e interferindo diretamente na fisiologia da gravidez. Assim, a cesariana representa um verdadeiro desafio ao anestesiológico que, além de manejar as complicações inerentes a uma gestação, precisa se atentar para as repercussões hemodinâmicas e clínicas como consequências das comorbidades em questão. **Relato de caso:** Gestante, 18 anos, 36 semanas de gestação, 79 kg, 1,68 m, portadora de pré-eclâmpsia, Linfoma de Hodgkin subtipo esclerose nodular (estágio IIB) e histórico de 5 ciclos de QT com protocolo ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina), deu entrada na unidade hospitalar relatando dificuldade respiratória importante, principalmente ao decúbito dorsal. O ecocardiograma transtorácico revelou disfunção sistólica global grave do ventrículo esquerdo às custas de hipocinesia difusa e fração de ejeção de 28%, sendo indicada cesárea de urgência, e ao exame, a paciente indicou Mallampati III. Foi realizada a punção de veia jugular interna direita e a punção de artéria radial direita, optou-se por uma anestesia geral e intubação orotraqueal (IOT) em sequência rápida, foi realizada a pré-oxigenação a 100% sob máscara facial, com indução com etomidato 19 mg, remifentanil em bomba infusora contínua (BIC) e succinilcolina 100 mg endovenosos (EV), realizando a IOT sob videolaringoscopia com tubo 7 mm, com *cuff*, sendo a manutenção feita com remifentanil e sevoflurano a 2% guiado por BIS. No intraoperatório foi administrada ocitocina em BIC após a extração fetal e noradrenalina a 0.08 mcg/kg/min para controle hemodinâmico. Analgesia adjuvante com dipirona 3 g e morfina 5 mg EV, além de TAP *block* bilateral ecoguiado com Ropivacaína 0,5% (40 mL de solução). A paciente foi mantida sem vasopressores após superficialização anestésica, foi extubada e não necessitou de analgesia de resgate. **Discussão:** A anestesia obstétrica traz grandes desafios ao anestesiológico, visto que as comorbidades maternas estão associadas às alterações fisiológicas da gestação, podendo se agravar durante este período. Sendo assim, a avaliação criteriosa no pré-operatório, a escolha da técnica e do manejo anestésico adequado às possíveis complicações são de fundamental importância para a segurança da gestante e do feto.

Palavras-chave: Cesariana, obstetrícia, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Chestnut DH, Wong CA, Tsean LC, et al. Cardiovascular disease. In: Mladen I, Vidovich MD, editores. Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 987-1032.

731 TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

PEDRO HENRIQUE QUEIROZ DOS SANTOS, ADELI MARIANE VIEIRA LINO ALFANO, BEATRIZ GONÇALVES MIRON, CIRILO HADDAD SILVEIRA, PATRICIA MITSUE SARUHASHI SHIMABUKURO

CET GAAP – HSC – HOSPITAL SÃO CAMILO SANTANA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Mediante a necessidade do aprimoramento de técnicas para minimizar os riscos para os pacientes cirúrgicos, é necessário que o anestesiológista entenda a importância de se manter uma assistência segura. O processo da transferência de cuidado é caracterizado como uma atividade complexa dentro do serviço de saúde, pois é preciso desenvolver o processo de comunicação efetiva, como uma forma de se realizar um cuidado seguro e prevenir eventos adversos. Em virtude da escassez de estudos sobre esta temática, o presente estudo é justificado pela necessidade de apresentar os dados inerentes à transferência de cuidado e da preocupação com a segurança do paciente na recuperação pós-anestésica (RPA). **Objetivo:** Este estudo possui o objetivo de demonstrar a importância da transferência de cuidado da sala operatória para a RPA, visando a qualidade do processo perioperatório na segurança do paciente. **Métodos:** Este trabalho é um estudo transversal de análise retrospectiva sobre a importância da comunicação do anestesiológista do intraoperatório com a RPA, em um hospital geral localizado no município de São Paulo. O estudo foi realizado através de análise de 98 prontuários, mediante a implantação do documento da transferência de cuidado de pacientes que realizaram a recuperação pós-anestésica no centro cirúrgico no período de julho a novembro de 2022. Foram estudadas as variáveis: classificação ASA, caráter do atendimento cirúrgico, alergias, comorbidades, tempo de recuperação pós-anestésica, técnica anestésica, intercorrências na RPA. **Resultados:** A partir do *template* de transferência de cuidado, podemos observar uma melhoria na comunicação sobre os cuidados prestados ao paciente, sendo indicado que 60 casos (61,22%) ficaram menos de 1 hora na RPA e 36 (36,73%) ficaram de 1 a 2 horas, o que determina um tempo importante de otimização no período perioperatório. Em relação à implementação da transição de cuidado, notamos que as informações para o direcionamento para os casos de intercorrências são mínimas (3,06%) e que todos os casos apresentaram ocorrência de dor no pós-operatório, fato justificado pela linha de cuidado e posteriormente acompanhado pelo grupo da dor da instituição. **Conclusão:** Neste estudo observamos a importância de um *template* de transferência de cuidados da sala operatória para a RPA como forma de realizar um registro por escrito da assistência prestada no intraoperatório, assim como as possíveis avaliações clínicas a serem realizadas ao anestesiológista existente na RPA para as condutas.

Palavras-chave: Recuperação pós-anestésica, transferência de cuidado, segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Moraes KB, Riboldi CO, Silva KSD, et al. Transferência do cuidado de pacientes com baixo risco de mortalidade no pós-operatório: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(spe):e20180398. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.2018039>. PMID:31038610.
2. Agarwala A, Lane-Fall M. Transferência de cuidados: conduta ideal baseada em evidência. Bol APSF. 2018;1(1):3-5.
3. Jullia M, Tronet A, Fraumar F, et al. Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care. Eur J Anaesthesiol. 2017;34(7):471-6. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0000000000000636>. PMID:28437261.

732 MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL APÓS QUIMIORRADIOTERAPIA PARA CIRURGIA DE ESOFAGOPLASTIA PARA A CORREÇÃO DE ESTENOSE DE ESÔFAGO CERVICAL COMPLETA: RELATO DE CASO

MELLISSA ALEIXO MACHADO, DANIELA GOMES DE SOUZA, IZADORA IATCHUK ALVES IBRAHIM, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A estenose actínica em esôfago cervical pós quimiorradioterapia (QRT) é uma complicação tardia e rara. A técnica cirúrgica de esofagoplastia com retalho miocutâneo para a reconstrução do tubo esofágico associada à microanastomoses vasculares é uma das técnicas utilizadas para reparar estenoses completas de esôfago. Entretanto, a manipulação da via aérea (VA) nesse contexto representa um verdadeiro desafio ao anestesiológico que, além de manejar uma VA difícil devido à exposição prévia à radiação para o tratamento de tumor de laringe, como no caso em relato, necessita atentar para as constantes manipulações ao transcorrer da cirurgia, podendo predispor a riscos de extubação acidental, alteração anatômica e de edema de VAS. **Relato de caso:** Paciente masculino, 57 anos, 50 kg, 1,78 cm, ex-tabagista, ASA II, diagnosticado há 2 anos com carcinoma espinocelular de laringe, submetido em 2021 ao tratamento com QRT apresentando posterior evolução para estenose esofágica cervical completa, com impossibilidade de qualquer progressão e em uso atual de gastrostomia, com avaliação da via aérea indicando Mallampati IV e boa abertura bucal. Foram realizadas a venóclise e a punção de artéria radial esquerda para a instalação de pressão arterial invasiva, optou-se pela anestesia geral balanceada em circuito semi-fechado, a pré-oxigenação foi realizada a 100% sob máscara facial por 5 minutos, e a indução anestésica foi feita com fentanil 250 mcg iv, lidocaína 60 mg iv, rocurônio 60 mg iv e propofol em bomba infusora contínua (BIC) até atingir o plano anestésico. A intubação orotraqueal foi realizada sob videolaringoscopia com passagem de tubo 7,5 mm aramado com insuflação de *cuff*. e manutenção anestésica com remifentanil e propofol BIC EV. No intraoperatório foi administrado sulfato de magnésio 1 g iv, clonidina 100 mcg iv, cetamina 80 mg iv, albumina 20% 50 mL, gluconato de cálcio 1 g iv e rocurônio 30 mg iv. O paciente foi extubado após nove horas de procedimento e não necessitou de analgesia resgate. **Discussão:** O emprego da técnica de reconstrução do trânsito digestivo apresenta um grande benefício ao paciente, visto que permite uma melhor reabilitação funcional. No entanto, esse procedimento não é isento de complicações, uma vez que traz grandes desafios ao anestesiológico, tanto na indução quanto no intraoperatório e no período de extubação. Portanto, uma escolha antecipada da técnica e do melhor manejo anestésicogaránte uma melhor segurança ao paciente.

Palavras-chave: Via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

- Galvão MSL, Leal PRA, Sbalchiero JC, Dias FL, Farias TP, Marques MJM. Reconstrução faringoesofágica com retalho livre de jejuno após faringolaringoesofagectomia cervical. Rev Col Bras Cir. 2002;29(6):353. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912002000600009>.
- Zheng G, Hagberg CA, Crowley M, et al. Anesthesia for laryngeal surgery. Waltham: UpToDate; 2022.

734 MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE PIERRE ROBIN PARA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA DE MANDÍBULA, OBJETIVANDO EVITAR A TRAQUEOSTOMIA: RELATO DE CASO

MELLISSA ALEIXO MACHADO, ALINE MEDEIROS, CLARA ALVIM MOREIRA, FRANCISCA PALOMA GAMA NEVES, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Pierre Robin é reconhecida pela tríade de anomalias caracterizada por micrognatia, glossoptose e obstrução das vias aéreas, expressada clinicamente por obstrução das vias aéreas e dificuldades alimentares, que são mais graves no período neonatal. A técnica cirúrgica de distração mandibular ocorre através da colocação de um distrator apropriado no ângulo mandibular para anteriorizar a mandíbula e, conseqüentemente, a língua, na tentativa de desobstruir as vias aéreas. **Relato de caso:** Paciente feminina, 1 mês e 22 dias, 3.390 gramas, ASA I, retrognatismo acentuado, portadora da Síndrome de Pierre Robin. Optou-se pela anestesia geral balanceada, iniciada com acoplamento de máscara fácil e administração de sevoflurano inalatório (IN) a 8%. A pré-oxigenação foi realizada por 4 minutos, para a indução foi administrado lidocaína 3 mg, propofol 3 mg e rocurônio 2 mg endovenosos (EV) e sevoflurano IN até atingir o plano anestésico, a intubação orotraqueal (IOT) foi feita sob videolaringoscopia com auxílio de *bougie* com tubo tamanho 3 mm, sem insuflação de *cuff*, com sucesso na 2ª tentativa, com Comarck IV confirmada na ausculta pulmonar e curva de capnografia. No intraoperatório foi administrado dexametasona 4 mg, midazolam 1 mg, cetamina 1 mg, ecefazolina 60 mg EV como antibiótico. Após cinco horas de cirurgia a paciente foi transferida em IOT em ventilação mecânica (VM) para a UTI neonatal, foi extubada após duas semanas devido à pneumonia obtida no pós-operatório e dificuldade de desmame da VM. **Discussão:** Pacientes portadores de Síndrome de Pierre Robin geralmente apresentam importantes alterações de via aérea que, para além da tríade reconhecida, podem apresentar desvio da laringe, fissura de palato e angulação do manúbrio esternal, possivelmente dificultando a ventilação e a IOT. Portanto, o manejo anestésico é um grande desafio aos anestesiológicos, sendo a avaliação pré-anestésica fundamental para analisar os critérios de VAD e para garantir uma conduta anestésica melhor e antecipada, visando evitar complicações. Em situações como esta, a IOT por vídeo ou por broncofibroscopia com paciente acordado sob sedação consciente é uma das técnicas consideradas padrão-ouro.

Palavras-chave: Via aérea difícil, síndrome Pierre Robin, pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Frawley G, Espenell A, Howe P, Shand J, Heggie A. Anesthetic implications of infants with mandibular hypoplasia treated with mandibular distraction osteogenesis. *Paediatr Anaesth.* 2013;23(4):342-8. <http://dx.doi.org/10.1111/pan.12049>. PMID:23043528.
2. Morrison KA, Collares MV, Flores RL. Robin sequence: neonatal mandibular distraction. *Clin Plast Surg.* 2021;48(3):363-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2021.03.005>. PMID:34051891.

735 SINDROME DE TAKOTSUBO NO PÓS-OPERATORIO IMEDIATO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COTOVELO: RELATO DE CASO

HIAGO PARREAO BRAGA, CAIO MARCIO BARROS DE OLIVEIRA, FRANCISCA DALINE DOS SANTOS SILVA, PRISCO BARRETO DE QUEIROZ NETO, REINALDO MOREIRA LEITE DA SILVA FILHO

CET DO ANESTHLIFE – HOSPITAL SÃO DOMINGOS – HOSPITAL SEDE: SÃO DOMINGOS, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

Introdução: A síndrome Takotsubo (STT) é uma forma adquirida e transitória de disfunção sistólica, cuja apresentação clínica e eletrocardiográfica mimetiza um infarto agudo do miocárdio. A STT também é conhecida como miocardiopatia de stress, síndrome do "coração partido", balonamento apical ou miocardiopatia aguda das catecolaminas. **Relato de caso:** Paciente de 57 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética e coronariopata, deu entrada na emergência após queda da própria altura e trauma em membro superior direito (MSD), sendo programada correção cirúrgica para o dia seguinte. A paciente se apresentou ao centro cirúrgico em estado geral regular, e optou-se por realização de bloqueio regional (plexo braquial via supraclavicular) associado à anestesia geral. No intraoperatório a paciente permaneceu estável, sem intercorrências anestésica e/ou cirúrgica, ao término do procedimento o bloqueio neuromuscular foi revertido e realizada a extubação orotraqueal. A paciente foi encaminhada para a UTI devido às suas comorbidades, evoluindo após cinco horas da admissão com rebaixamento do nível de consciência associado à insuficiência respiratória aguda, instabilidade hemodinâmica e choque cardiogênico, sendo administradas drogas vasoativas e suporte ventilatório mecânico. Após avaliação, foram detectados valores elevados de CK-MB e troponina juntamente aos achados ecocardiográficos de disfunção de ventrículo esquerdo (VE), com fração de ejeção de 33% as custas de acinesia médio-apical de VE, com indicação de angiografia coronária de urgência pela equipe de cardiologia. O procedimento não evidenciou lesões ateroscleróticas significativas, à ventriculografia padrão sugestivo de síndrome de Takotsubo (STT), e os ecocardiogramas subsequentes mostraram normalização da função ventricular, com desmame progressivo de drogas vasoativas. **Discussão:** Qualquer evento anestésico-cirúrgico se apresenta como um acontecimento de estresse, iniciando a cascata de eventos fisiológicos e metabólicos com um aumento das catecolaminas plasmáticas, com início no período pré-anestésico e término nos três a quatro dias pós-operatórios, sendo os fatores estressores físicos e psicológicos os gatilhos mais envolvidos na STT. Em relação à apresentação ecocardiográfica, pode se apresentar sob a forma clássica de STT, com balonamento apical e envolvimento do segmento apical ou medioapical, e o tratamento da STT é essencialmente de suporte. A STT tem bom prognóstico, com normalização da dinâmica do coração em média até o 18º dia do início dos sintomas.

Palavras-chave: Síndrome de Takotsubo, anestesia, complicação.

REFERÊNCIAS

1. Barros J, Gomes D, Caramelo S, Pereira M. Abordagem perioperatória de doente com síndrome de takotsubo. Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(3):321-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.11.003>. PMID:26254282.
2. Rodrigues LBH, Batista A, Monteiro F, Duarte JS. Supradesnivelamento do segmento ST durante anestesia geral para cirurgia não cardíaca: um caso de takotsubo. Rev Bras Anesthesiol. 2015;65(5):403-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.11.004>. PMID:26164346.

736 BLOQUEIO CONTÍNUO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA DE PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL: RELATO DE CASO

RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA, IAGO DE SOUZA COSTA, ISMAEL PONTES SILVA, REBECA FUNCK COLUCCI, RENATO SENA FUSARI

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O Bloqueio do Plano Eretor da Espinha (ESP *block*) é uma técnica de bloqueio periférico interfascial que tem sido utilizado para tratamento de dor pós-operatória. O objetivo do presente estudo é mostrar a efetividade do Esp *Block* para a analgesia pós-operatória em paciente com coagulopatia submetido à pancreatectomia. **Relato de caso:** Paciente masculino, 46 anos, 183 cm e 80 kg, estado físico ASA III, portador de hipertensão portal, esplenomegalia e plaquetopenia ($51.000/\text{mm}^3$), submetido à pancreatectomia corpo-caudal com incisão em J à esquerda. Foi obtido o acesso venoso na sala cirúrgica, com monitorização habitual e BIS, em seguida foi administrado midazolam e iniciada uma infusão contínua de dexmedetomidina, propofol, remifentanil e rocurônio. O paciente foi então intubado, a ventilação mecânica foi iniciada e foram instalados o cateter venoso central e a pressão arterial invasiva, sendo administradas metadona, dexametasona e dipirona para a analgesia multimodal pós-operatória. Durante a cirurgia o paciente se manteve estável hemodinamicamente, apresentou sangramento que foi tratado com transfusão de 2 concentrados de hemácias e 8 UI de concentrado de plaquetas, sem uso de fármacos vasoativos. No final da cirurgia o paciente foi posicionado em decúbito lateral horizontal direito e foi realizado o ESP *block* à direita na altura de T8 com ropivacaína 0,4% 25ml, também sendo realizado à esquerda na altura de T8 com agulha de peridural 17G, onde foi injetada uma solução de ropivacaína 0,4% 25 mL, inserido o cateter peridural no plano eretor da espinha em sentido cefálico e instalada a bomba de analgesia com solução de ropivacaína 0,2%, 8 mL/h. O paciente despertou sem queixas de dor e foi encaminhado para UTI, a dor foi avaliada 6h, 12h, 24h e 48h no pós-operatório, não houve relato de dor significativa e o cateter foi removido após 48h. O paciente recebeu alta para a enfermaria no segundo dia do pós-operatório, sem intercorrências. **Discussão:** O plano eretor da espinha é um espaço interfascial que pode ser compressível e fica distante dos vasos sanguíneos, com baixo risco de sangramento e formação de hematomas. O Esp *Block* é uma alternativa ao bloqueio peridural, visto que técnicas neuraxiais são contraindicadas em pacientes com coagulopatias. A utilização de cateteres no plano eretor tem sido utilizada com mais frequência, sendo uma alternativa para a analgesia pós-operatória em cirurgias abdominais de grande porte e demonstrando ser segura e eficaz no controle da dor pós-operatória.

Palavras-chave: Esp block, analgesia pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Marija T, Aleksandar D. Erector spinae plane block in various abdominal surgeries: A case series. Saudi J Anaesth. 2020;14(4):528-30. http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_31_20. PMID:33447200.

737 IMPACNTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM CICLO DE MELHORIA PELA FERRAMENTA PDCA EM DOR PÓS-OPERATÓRIA DE COLECISTECTOMIAS LAPAROSCÓPICAS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COMPARATIVO

RICARDO CRISTOVAO DE SOUZA, EDUARDO TADEU MORAES SANTOS, ISMAEL PONTES SILVA, LUIZ EDUARDO DE PAULA GOMES MIZIARA, RICARDO FRANCISCO SIMONI

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: O planejamento da técnica anestésica inclui a escolha da analgesia pós-operatória para uma melho qualidade do atendimento prestado aos pacientes. O objetivo do presente estudo foi realizar uma avaliação retrospectiva dos dados de dor pós-operatória após a implementação de um ciclo de melhoria pela utilização da ferramenta PDCA (*plan-do-check-act*), realizando instilação de solução de ropivacaína a 1,5% sobre o fígado e leito da vesícula biliar. **Método:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados de avaliação dos escores de dor pós-operatória em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica antes e após a implementação do PDCA, com um período de 6 meses de análise para cada grupo. Os pacientes avaliados antes do PDCA formaram o grupo controle e o os pacientes em que foi feita a instilação de ropivacaína foi denominado de grupo PDCA. O protocolo do PDCA recomendava a utilização de uma solução de ropivacaína na dose de 1,5% (150 mg em 100 mL de solução fisiológica), que foi instilada pelo cirurgião sobre o leito da vesícula biliar, sobre o fígado e sobre a cúpula diafragmática direita ao final do procedimento cirúrgico. Cada grupo foi avaliado retrospectivamente por 6 meses, comparando os escores de dor dos pacientes do grupo de controle e do grupo PDCA. Todos os pacientes analisados receberam anestesia geral e metadona na dose de 0,1 mg/kg para a analgesia pós-operatória, além dos adjuvantes habituais como dipirona e antiinflamatórios não-hormonais, e pacientes com escore de dor maior que 5 estavam elegíveis para receber analgesia de resgate com morfina. **Resultados:** Após a implementação do PDCA houve uma redução significativa dos escores de dor pós-operatória nos pacientes submetidos à colecistectomia, sem que houvesse necessidade de analgesia de resgate. No grupo PDCA o escore de dor médio foi de 8,46%, comparado a 12,75% do grupo controle. Havendo, portanto, uma redução de 44% no escore de dor pós-operatória. **Conclusão:** O protocolo PDCA implementado comprovou um ciclo de melhoria no atendimento aos pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica e com redução da dor pós-operatória, indicando que as técnicas multimodais atendem à necessidade da recuperação precoce com boa qualidade. O PDCA apresentado com a instilação de anestésico local mostrou ser efetivo e pode ser amplamente utilizado em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica, como técnica adjuvante às estratégias de prevenção de dor pós-operatória.

Palavras-chave: Ciclo PDCA, colecistectomia.

REFERÊNCIAS

1. Walter A. Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. Qual Saf Health Care. 2006;15(2):142-3. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.018093>. PMID:16585117.
2. Chiem JL, Donohue LD, Martin LD, Low DK. An opioid-free anesthesia protocol for pediatric strabismus surgery: A quality improvement project. Pediatr Qual Saf. 2021;6(5):e462. <http://dx.doi.org/10.1097/pq9.0000000000000462>. PMID:34476314.

738 ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE NÁUSEA E VÔMITO PÓS-OPERATÓRIOS EM CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR: UMA REVISÃO DE ESCOPO

ERIKA DURIGON GONÇALVES DA MATA, FERNANDA LEITE, LUIZ FERNANDO MANZONI LOURENÇONE, MAISA FALCO BRANDAO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS – HRAC/USP - BAURU, BAURU, SP, BRASIL

Objetivo: Determinar a incidência de náusea e vômito pós-operatórios em cirurgia de implante coclear.

Método: Foi realizada uma busca em cinco bases de dados distintas (PubMed, Web of Science, Cochrane, EMBASE e Scopus), respeitando o protocolo previsto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e visando responder à pergunta: "qual é a incidência de náusea e vômito pós-operatórios em cirurgia de implante coclear?".

Resultados: Foram encontrados 50 artigos e, após análise, foram selecionados 7: 5 prospectivos e 2 retrospectivos. Os pacientes tinham entre 1 e 16 anos de idade, ASA I ou II, submetidos ao implante coclear unilateral (primeiro ou segundo lado) e ao implante coclear bilateral simultâneo. A distribuição entre sexos foi variada, mas não houve separação em grupos, o que seria desejável, considerando que o sexo feminino é reconhecido como fator de risco para NVPO. Todos os estudos apontam tempo cirúrgico ≥ 30 min, contribuindo para o risco de NVPO. Em apenas um estudo foi realizada anestesia venosa total, nos demais foram usados anestésicos inalatórios (protóxido, em um dos casos), com anticolinesterásicos usados em 2 estudos, fatores associados a NVPO. Foi realizada analgesia ao final da cirurgia em 4 trabalhos: um estudo utilizou paracetamol, outro estudo utilizou infiltração local com ropivacaína e dois outros utilizaram opioides de curta e longa ação. Todos empregaram profilaxia antiemética utilizando dexametasona, utilizada de forma isolada em dois estudos, sendo que em um deles havia outro grupo somente com ondansetrona, nos demais casos, foi associada à ondansetrona. Os índices previstos de NVPO para cada um dos 7 trabalhos utilizando o APFEL-escore seriam de 20 a 80%, de acordo com os fatores de risco observados, no entanto, os índices apontados nesses estudos estavam entre 0,00 e 41,08%. **Conclusão:** Os artigos presentes na literatura apontam a incidência de NVPO em cirurgias de implante coclear entre 0,00 e 41,08%, sendo essa incidência maior nos grupos que acumularam um maior número de fatores de risco para NVPO.

Palavras-chave: Anestesia geral, náusea e vômito pós-operatórios, implante coclear.

REFERÊNCIAS

1. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2020;131(2):411-48. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>. PMID:32467512.
2. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology.* 1999;91(3):693-700. <http://dx.doi.org/10.1097/0000542-199909000-00022>. PMID:10485781.
3. Bakhet WZ, Wahba HA, El Fiky LM, Debis H. Preemptive local anesthetic infiltration reduces opioid requirements without attenuation of the intraoperative electrical stapedial reflex threshold in pediatric cochlear implant surgery. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2020;36(3):366-70. http://dx.doi.org/10.4103/joacp.JOACP_18_19. PMID:33487904.

739 ANESTESIA VENOSA TOTAL EM CRIANÇA EM INVESTIGAÇÃO DE HIPERTERMIA MALIGNA SUBMETIDA À COLOSTOMIA: RELATO DE CASO

RENAN VIEIRA MURAD, CAIO FUNCK COLUCCI, CARLOS EDUARDO ESQUEAPATTI SANDRIN, GIOVANNA SANCHES DE LAURENTIS, LUÍS OTÁVIO ESTEVES

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A Hipertermia maligna (HM) é uma desordem farmacogenética rara autossômica dominante, desencadeada pela exposição do paciente a agentes desencadeantes e caracterizada por um estado de hipermetabolismo muscular, hipercalcemia, hipertermia, distúrbios hidroeletrólíticos e rigidez muscular. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de uma criança sob investigação de HM submetida à colostomia. **Relato de caso:** Paciente de 3 anos, portadora de malformação anorretal, com história de duas anestésias prévias, sendo as cirurgias não iniciadas devido ao aumento da temperatura durante a indução inalatória. A família foi orientada e encaminhada para investigação no Centro de Estudo, Diagnóstico e Investigação de Hipertermia Maligna da UNIFESP. Em maio de 2022, a família retornou ao serviço para a cirurgia após teste genético negativo, e a biópsia muscular não foi realizada porque a criança não tinha peso suficiente para realização do teste. No dia da cirurgia foi administrada dexmedetomidina 30 mcg via nasal e, após 30 minutos, foi administrado midazolam 12 mg via oral, foi feita a venopunção na sala de cirurgia e iniciada a anestesia venosa total alvo controlada com propofol pelo modelo Paedfusor, com alvo inicial da concentração no sítio efetor de 4 mcg/mL e remifentanil na dose de 0,3 mcg/kg/min. Em seguida foi realizada a intubação orotraqueal com tubo 3,5 com balonete sem bloqueador neuromuscular e realizado o bloqueio peridural com ropivacaína 0,2% 10 mL e clonidina 10 mcg, o alvo do propofol se manteve em 3,5 mcg/mL e o remifentanil variando entre 0,5-0,7 mcg/kg/min, a cirurgia transcorrendo sem intercorrências. A temperatura corporal sofreu pouca variação entre 35,9 e 36,2°C, sendo a paciente extubada e encaminhada para a UTI pediátrica, recebendo alta hospitalar pela equipe cirúrgica no dia seguinte ao procedimento, sem intercorrências. **Discussão:** A suspeita de hipertermia maligna foi levantada na segunda tentativa, visto que poderia haver outras causas comuns de elevação da temperatura em crianças. No momento em que a paciente retornou ao serviço, dois anos após a internação anterior, a alternativa foi alterar a técnica anestésica para evitar qualquer gatilho capaz de desencadear o HM, mesmo que a paciente não tivesse sido precisamente diagnosticada com risco de HM. Por isso, foi realizada anestesia venosa total associada à anestesia peridural para o controle da dor pós-operatória, uma alternativa segura e eficaz para o caso descrito.

Palavras-chave: Anestesia venosa total, hipertermia maligna.

REFERÊNCIAS

1. Amaral JLG, Carvalho RB, Cunha LBP, et al. Hipertermia maligna. Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2009.
2. Costa WP, Menezes TM, Bomfá GG, Souza RL, Menezes PJM, Motta LR. Hipertermia maligna: revisando aspectos importantes. 2022 [citado em 2022 Jun 15]. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2049>

740 EVENTO ADVERSO GRAVE APÓS ADMINISTRAÇÃO DE AMIODARONA DURANTE ABLAÇÃO MIOCÁRDICA POR RADIOFREQUÊNCIA: RELATO DE CASO

RENAN VIEIRA MURAD, ADRIEL FRANCO DE MATTOS, MATHEUS RODRIGUES VIEIRA, RAFAEL MILLANI, REBECA FUNCK COLUCCI

CET CENTRO MÉDICO CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A administração de amiodarona pode provocar eventos adversos como tireoidite, fibrose pulmonar e outros. O objetivo do presente relato é mostrar um caso em que houve um evento adverso grave secundário à administração aguda de amiodarona. **Relato de caso:** Paciente masculino, 72 anos, 92 kg, 184 cm, ASA II, submetido ao procedimento de ablação devido à fibrilação atrial. O paciente se apresentava hígido, sem alterações ao exame físico, hemodinamicamente estável, com saturação de 94% em ar ambiente com fibrilação atrial ao eletrocardiograma. Foi realizada a indução da anestesia geral com midazolam, fentanil, rocurônio e propofol por via venosa, sendo realizada em seguida a intubação sob laringoscopia direta e manutenção sob ventilação controlada em anestesia inalatória. No início do procedimento foi administrada amiodarona 600 mg via venosa por 30 minutos a pedido do eletrofisiologista, após 15 minutos o paciente iniciou um quadro de hipotensão refratária à efedrina e metaraminol, e, conseqüentemente, foi administrada adrenalina em infusão contínua, ocorrendo também cianose de face e membros superiores com queda da saturação para 84%, mesmo em uso de oxigênio a 100%. O raio X de tórax foi realizado, sem indicação de pneumotórax, não havendo presença de rash cutâneo, alterações da pressão intratorácica ou da curva de capnografia. Foi levantada a hipótese de tamponamento cardíaco, e o ecocardiograma transtorácico mostrou a presença derrame pericárdico e dilatação de ventrículo direito. Foi realizada a drenagem pericárdica por punção percutânea, obtendo saída de 250 mL de líquido sem que houvesse melhora do quadro, uma angiografia da artéria pulmonar foi realizada, excluindo o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. Optou-se pela suspensão do procedimento e encaminhamento do paciente para UTI com suporte ventilatório e hemodinâmico, no dia seguinte, após resolução da cianose de face e membros superiores, foram realizados o desmame das drogas vasoativas e extubação do paciente, sem intercorrências. **Discussão:** A hipótese diagnóstica foi de pneumonite aguda secundária à amiodarona, caracterizada por uma reação imunomediada que afeta o epitélio pulmonar e dificulta a hematose, produzindo dessaturação e podendo estar associado ao choque. O tratamento é realizado com suspensão da medicação, medidas de suporte e uso de corticoides, neste caso, o apoio das equipes auxiliou a exclusão de possíveis diagnósticos secundários, foi dado o suporte necessário e o paciente evoluiu bem.

Palavras-chave: Pneumonite, amiodarona.

REFERÊNCIAS

1. Matsuura H, Kiura Y, Shimizu W, et al. Amiodarone-induced pneumonitis. QJM. 2021;114(6):426-7. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcab045>. PMID:33647980.
2. Azraai M, McMahon M, Dick R. Case report of amiodarone-associated allergic pneumonitis amidst the COVID-19 pandemic. Rev Cardiovasc Med. 2021;22(1):181-4. <http://dx.doi.org/10.31083/j.rcm.2021.01.267>. PMID:33792260.

741 MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE GESTANTE PORTADORA DE CARDIOMIOPATIA REUMÁTICA CRÔNICA COM ESTENOSE MITRAL IMPORTANTE SUBMETIDA À CESARIANA: UM RELATO DE CASO

CARLOS VINÍCIUS PACHECO DOS SANTOS GUARANÁ, GINA LARISSA DOS SANTOS NASCIMENTO CORDEIRO, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, LUCAS JOSE CARVALHO SIMONI, RODRIGO ALVES DE MELO

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: A Cardiopatia Reumática Crônica (CRC) é uma sequela da febre reumática que resulta em danos permanentes nas válvulas cardíacas. Casos de gestantes com CRC são desafiadores pois, além das alterações hemodinâmicas da gestação potencialmente descompensarem a doença de base, muitas pacientes procuram o serviço médico apenas quando sua situação clínica já está deteriorada. **Relato de caso:** Gestante, 27 anos de idade, 32 semanas e 4 dias, G2P1(C)A0, ASA IV, sem alergias, com diagnóstico de CRC, admitida em hospital terciário com quadro de dispneia ao repouso para realização de cesárea devido a alto risco cardíaco. A ECO demonstrava estenose mitral importante (área valvar mitral: 0,7 cm²; escore de Wikins = 7; átrio esquerdo com aumento importante; trombos em auriculetta esquerda; insuficiência tricúspide moderada; PSAP: 43 mmHg; FE: 48%), e ritmo cardíaco em fibrilação atrial com resposta ventricular controlada. A abordagem anestésica consistiu em anestesia geral (AG) balanceada, com monitorização padrão associada à pressão arterial invasiva, acesso venoso central e índice bispectral, a indução endovenosa (EV) foi realizada com remifentanil 0,3 µg/kg/min por 3 minutos, lidocaína 1,5 mg/kg, etomidato 0,3 mg/kg e rocurônio 1,2 mg/kg, com manutenção anestésica feita com sevoflurano inalatório 1-1,5%. procedendo então com a intubação orotraqueal sob videolaringoscopia, sem intercorrências. Foi retirado o feto deprimido (APGAR 2/2/6/8), sendo transferido intubado à unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, com administração de ocitocina 10 UI EV e 10 UI intramuscular, sendo realizada uma comiotamponagem uterina eficiente, infundidos dexametasona 8 mg e ondansetrona 4 mg EV para profilaxia de náuseas e vômitos, com dipirona 2 g EV associada ao bloqueio do plano transversal do abdome bilateral para a analgesia, e um total de 700 mL de cristalóides EV. Ao final da cirurgia, a paciente foi encaminhada à UTI, estável hemodinamicamente, evoluindo bem e com extubação nas 3 primeiras horas. **Discussão:** O manejo da cardiopatia reumática durante a gravidez é extremamente desafiador, requerendo cuidados especializados. Diante das alterações fisiológicas decorrentes do estado gravídico, é fundamental a escolha de métodos anestésicos que prezem pela estabilidade cardiocirculatória. Frente à gravidade do caso, optou-se por uma AG, na qual foi possível minimizar as repercussões hemodinâmicas adversas, além de garantir uma analgesia adequada através de fármacos venosos e técnicas de bloqueio de plano.

Palavras-chave: Febre reumática, estenose de válvula mitral, cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Vaughan G, Wade V, Sullivan E, et al. Rheumatic heart disease in pregnancy: new strategies for an old disease? *Glob Heart*. 2021;16(1):84. <http://dx.doi.org/10.5334/gh.1079>. PMID:35141125.
2. Hill NE, Granlund B. Anesthesia for labor, delivery, and cesarean section in high-risk heart disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

742 TRAQUEOPLASTIA EM PACIENTE COM ESTENOSE TRAQUEAL COM VENTILAÇÃO A JATO - MANUJET®: RELATO DE CASO

POLYANNE L F SCARDUELLI, ANA CLAUDIA ALBERNAZ VALENTE, LAYZA MUNIZ, LUIZ HENRIQUE BIZINOTO SALES, RICARDO GONÇALVES PRADO

CET SEDARE – COMPLEXO HOSP. SÃO MATHEUS – HOSPITAL SEDE: COMPLEXO HOSPITALAR SÃO MATHEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: A estenose traqueal é uma complicação comum decorrente da entubação prolongada, apresentando um aumento de sua prevalência nos dias atuais. **Relato de caso:** Paciente jovem, sexo feminino, IMC 19 kg/m² com estenose traqueal após IOT prolongada e traqueostomia com antecedentes de convulsões durante as sedações prévias para broncoscopias, com necessidade de UTI. A paciente foi submetida à traqueoplastia, monitorizada com ECG, SpO₂, PANI, BIS, TOF, e venóclise 20G em MSE, a anestesia geral venosa total foi realizada com Sufentanil TCI 0,3 ng/mL, Propofol TCI 2,5 mcg/mL, lidocaína 100 mg, rocurônio 50 mg e 5 mg de diazepam na indução. Foram feitas tentativas de Intubação orotraqueal com tubo de PVC 7.0 e 5,5 encontrando resistência, optando-se pela introdução de cateter troca tubo COOK[®] por laringoscopia direta após constatação de Cormack-Lehane 2A, e a ventilação foi feita com MANUJET®, em FR 12 irpm. Para a realização de gasometria periódica, foi realizada cateterização da artéria radial E com abocath 20G, a ventilação foi mantida a jato com BIS entre 40 e 60, a coleta de gasometria arterial foi feita logo após a indução e outras subsequentes a cada 20 minutos, com resultados de pH e PaCO₂ dentro dos valores de referências, com uma leve hiperóxia. O procedimento teve a duração total de 60 minutos e, ao final, foi utilizado sugamadex guiado pelo TOF, sendo então a paciente extubada e encaminhada à RPA acordada, em ar ambiente, eupneica, sendo coletada uma última gasometria arterial após uma hora do final do procedimento, com valores semelhantes ao primeiro resultado. **Discussão:** A ventilação a jato pelo cateter troca tubo endotraqueal possibilita condições favoráveis para o procedimento de traqueoplastia devido ao amplo campo cirúrgico fornecido ao cirurgião, possibilitando uma manutenção da oxigenação e da ventilação adequadas, sempre observando o retorno do tórax ao diâmetro inicial para evitar complicações. A hipercapnia não se fez presente, mesmo em baixas frequências de ventilação a jato, visto que a expansibilidade e o posicionamento do cateter eram adequados. Suas complicações, como pneumotórax e barotrauma são graves, mas podem ser resolvidas caso sejam prontamente diagnosticadas. A avaliação e eleição de pacientes com estenose traqueal que se beneficiam desse tipo de ventilação parece apresentar um grande desafio ao anestesiológico.

Palavras-chave: Manujet, traqueoplastia, ventilação a jato.

REFERÊNCIAS

1. Macedo AV, Oliveira HG, Macedo BR, et al. Tratamento endoscópico das estenoses funcionais das vias aéreas. Pulmão RJ [Internet]. 2011 [citado em 2022 Jun 15];20(2):8-13. Disponível em: www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2011/n_02/03.pdf

743 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO

POLYANNE L F SCARDUELLI, KATIA GOMES BEZERRA DE OLIVEIRA, RAFAELA GOMES COSTA, RENAN SILVA CLAUDIO, RICARDO GONÇALVES PRADO

CET SEDARE – COMPLEXO HOSP. SÃO MATHEUS – HOSPITAL SEDE: COMPLEXO HOSPITALAR SÃO MATHEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Eagle ou Síndrome da Artéria Carótida consiste em uma condição rara do alongamento do processo estilóide com mineralização de todo o complexo estilo-hióideo/estilomandibular, apresentando sintomas como disfagia, odinofagia, otalgia, cefaleias, trismo e dor facial, ocorrida pela compressão direta de artérias carótidas internas e externas. Não existe relatos de AVC por lesão direta de artérias carótidas, porém, há riscos associados devastadores devido à sua íntima relação com tais vasos.

Relato de caso: Paciente jovem, sexo feminino, portadora de Síndrome de Eagle, transtorno de ansiedade, com queixa de disfagia, submetida à cirurgia sob anestesia geral, INT e VM, com duração aproximadamente 6 horas, sem intercorrências no IO. Ao término do procedimento, a paciente foi encaminhada à SRPA, iniciando um quadro de afásia, respondendo aos comandos, com mobilidade de membros preservados e sem diminuição de força, apresentando evolução com quadro de agitação psicomotora e diminuição de força 1+/4+ em membros a direita. O TC de crânio foi realizado em caráter de urgência, evidenciando hipodensidade em território de artéria cerebral média esquerda e sinal da corda (hiperdensidade arteriolar por trombose). A paciente foi então encaminhada à UTI e submetida à angiografia, trombectomia mecânica em A. carótida interna, A. cerebral média esquerda e angioplastia de A. carótida interna esquerda com *stent*, devido à dissecção, sob anestesia geral e IOT, com anticoagulação administrada em doses terapêuticas e mantida em sedação e VM. Após algumas horas, observou-se anisocoria, bradicardia e hipertensão arterial, sendo Realizada uma nova tomografia de crânio, evidenciado hiperdensidade em região de artéria cerebral média esquerda, desvio de linha média importante, diagnosticado assim transformação hemorrágica e herniação cerebral, sendo a paciente submetida a craniectomia descompressiva de urgência. **Discussão:** A apófise estilóide é uma projeção óssea alongada, cilíndrica e pontiaguda, com comprimento variável de 2 a 3 cm, servindo como ponto de inserção para os músculos estilo-hióideo, estiloglosso e estilofaríngeo. Relatos indicam uma prevalência de 4 a 28% de tais alterações anatômicas na população em geral, e não foi encontrado estudos e relatos de lesões cerebrais isquêmicas após correção cirúrgica. A sintomatologia está reservada aos casos em que existe uma proximidade e pinçamento do alongamento ósseo com as artérias carótidas interna e externa, nervo trigêmeo, facial, glossofaríngeo e vago.

Palavras-chave: Síndrome de Eagle, complicação na anestesia, síndrome da artéria carótida.

REFERÊNCIAS

1. Cerqueira CCR, Batista AC, Medeiros J, et al. O. Acesso intraoral em três casos de síndrome de Eagle. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2014;14(2):9-14.
2. Tiago RSL, Marques MF Fo, Maia C, et al. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002;68(2):196-201. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992002000200007>.

744 VENTILAÇÃO EM PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO PÓS-COVID-19 POR PRESÃO ALTA: RELATO DE CASO

POLYANNE L F SCARDUELLI, CARLOS ALBERTO ROSA DA SILVA FILHO, LAYZA MUNIZ, RENAN SILVA CLAUDIO, RICARDO GONÇALVES PRADO

CET SEDARE – COMPLEXO HOSP. SÃO MATHEUS – HOSPITAL SEDE: COMPLEXO HOSPITALAR SÃO MATHEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: Pacientes entubados >3 semanas denotam riscos de dano na parede da traqueia, por exemplo, a Estenose Laringotraqueal Pós-Intubação (PILS). A aplicabilidade do tubo em T de silicone de Montgomery é uma escolha notável para o tratamento de pacientes com cânula traqueal e sua colocação é sempre um desafio para o Anestesiologista, devido à dificuldade em manusear as vias aéreas. No presente trabalho, optou-se pela realização da Ventilação a Jato, baseando-se na expansibilidade pulmonar e comparando com resultado de gasometria no pós-operatório imediato. **Relato de caso:** Paciente jovem do sexo masculino em ventilação espontânea por traqueostomia após intubação orotraqueal e ventilação mecânica prolongada, acometido de infecção grave por COVID19, apresentando desconforto respiratório leve e secreções em VA. A proposta da equipe de Cirurgia Torácica era realizar a troca da cânula de traqueostomia e implantar o Cateter T de Montgomery, foi realizada a monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão não invasiva, acesso venoso periférico 18G e anestesia venosa total com uso de propofol (TCI) e remifentanil (TCI), com a ventilação garantida pelo uso de ventilação a jato, FR média de 12irpm, observando a expansibilidade torácica máxima e o retorno passivo durante a expiração e mantendo a saturação de oxigênio maior que 95%. Ao término do procedimento a gasometria arterial demonstrou pressão parcial de CO₂ de 42 mmhg. **Discussão:** Na anestesia geral o sistema pulmonar é afetado negativamente, reduzindo o CRF, com um aumento da resistência pulmonar e colapso pulmonar, o que, somado às peculiaridades desta cirurgia, apresenta um desafio para qualquer anestesista, não havendo consenso na literatura sobre qual é a melhor forma para manter o ideal nesses pacientes. O objetivo da endoprótese traqueobrônquica interna é a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a Ventilação a Jato de Alta Frequência (VJAF) consiste na entrega de jatos com frequência por um cateter de pequeno calibre posicionado na via aérea, e é usada como alternativa em situações de via aérea e ventilação difícil, garantindo o fluxo e aporte de O₂. Apesar dessa vantagem, a VJAF apresenta algumas limitações: não é possível medir o EtCO₂ (gás carbônico expirado), há riscos de hiperinsuflação pulmonar, de barotrauma, de pneumotórax e de insuflação gástrica. Portanto, há preferência pelos sistemas com manômetro, que permitem a leitura e o controle das pressões geradas nas VAs durante a fase inspiratória, esses sistemas podendo ser automáticos ou de acionamento manual.

Palavras-chave: Ventilação a jato, Montgomery, estenose laringotraqueal.

REFERÊNCIAS

1. Andrade PDM, Rabelo AL, Carminate CB, et al. Estenose traqueal pós-ventilação mecânica em pacientes acometidos pela Covid-19: evento isolado ou complicação direta? Rev Eletron Acervo Cient. 2021;31:e8376.
2. Perin D. Ventilação a Jato Transtraqueal. In: Ortenzi AV, Martins MP, Mattos SL, et al., editores. Controle da via aérea. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2018. p. 273-80.

745 ANESTESIA PARA BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL: ASSOCIAÇÃO DE REMIFENTANIL COM LIDOCAÍNA TÓPICA EM ÁRVORE TRAQUEOBRÔNQUICA: RELATO DE CASO

MARIA LUIZA DE BRITO SOARES, ANA CLARA FERREIRA MACIEL, BRENDA VIANA VALADARES, MARIA LUIZA VERSIANI DE SENA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE FARIA, MONTE CLAROS, MG, BRASIL

Introdução: A broncoscopia é um exame ambulatorial endoscópico que permite a avaliação do trato respiratório com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Normalmente, é realizada em pacientes com estado físico geral ASA III e com alguma patologia pulmonar, sendo um procedimento rápido, mas apresentando desafios para o anestesiológico, como: manter o paciente sedado sem comprometimento do *drive* respiratório, e compartilhar as via aérea com médico operador e complicações devido à instrumentalização da via aérea, como hiper-reatividade e sangramento. A indução anestésica nesse caso tem como objetivo gerar imobilidade e aliviar o estímulo gerado na via aérea pela passagem do broncoscópio, já que o mesmo não é um exame doloroso. **Relato de caso:** Homem, 30 anos, apresentando quadro de *status* epiléptico e necessitando de IOT. Evoluiu com broncoaspiração, sendo traqueostomizado 14 dias após início do quadro, trinta dias após melhora foi solicitada uma broncoscopia para avaliar a proposta de decanulação. O paciente deu entrada na sala cirúrgica consciente, estável e eupneico em ar ambiente, foi monitorizado com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, com a pré-oxigenação com O₂ feita a 100%, sob cateter nasal a 3 L/min, optando-se por indução com Remifentanil (50 mcg/mL) em bomba de infusão alvo-controlada TCI minto-efeito de forma escalonada, iniciando com 1,0 nanog/mL até 2,5 nanog/mL, onde foi observado sonolência e nistagmo do paciente. A anestesia tópica foi realizada pelo pneumologista com Lidocaína spray a 10% em árvore traqueobrônquica antes do início do exame. O procedimento teve duração de aproximadamente 10 minutos e, cerca de 4 minutos após a interrupção da infusão venosa do opioide, o paciente retomou a consciência, sendo encaminhado à sala de recuperação, recebendo alta da URPA após 40 minutos. **Discussão:** Remifentanil é um opioide sintético com rápido início de ação e duração de atividade ultracurta, sendo metabolizado por hidrólise por esterases plasmáticas e tissulares e não dependendo de processos hepáticos ou renais. A classe dos opioides são os únicos fármacos antitussígenos de ação central claramente efetivos, suprimindo o centro de tosse do tronco encefálico através dos receptores opioides agonistas mu e kappa. Permitindo, portanto, uma sedação que bloqueia o reflexo de tosse desencadeado pela passagem do broncoscópio na via aérea, além de garantir um conforto para o paciente, sem causar depressão respiratória, com rápida recuperação da consciência e respectiva alta hospitalar.

Palavras-chave: Remifentanil, broncoscopia.

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM, Carmona MJC, Torres MLA, Bastos CO, Ferez D, Silva ED. Tratado de anesthesiologia SAESP. 9ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2021. <http://dx.doi.org/10.51864/9786586098327>.
2. Manica J. Anesthesiologia: princípios e técnicas. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

746 ANESTESIA E INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL COM BRONCOFIBROSCÓPIO PARA A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA DE URGÊNCIA EM PACIENTE RETROGNATA COM GRAVE ESTENOSE TRAQUEAL E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: RELATO DE CASO

CLARA ALVIM MOREIRA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, MARCELA VERISSIMO ROCHA, MELLISSA ALEIXO MACHADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A abordagem da via aérea difícil pode ser realizada de diversos modos, mas manter o paciente em ventilação espontânea, quando o controle seguro da ventilação e oxigenação é incerto, constitui a melhor opção. Neste relato, além dos preditores de VAS difícil, a paciente se apresentava hipoxêmica, devido à grave estenose traqueal e à tuberculose pulmonar, optando-se pelo uso do broncofibroscópio para a visualização direta do trato respiratório pela incerteza do grau de estenose traqueal da paciente.

Relato de caso: Paciente feminina, 54 anos, 64 kg, negando alergias, ASA II-E, com preditores de VAS difícil como Mallampati 3 e retrognatia, relatando as seguintes comorbidades: tuberculose pulmonar há 4 meses com IOT prolongada e traqueostomia que evoluiu com grave estenose da traqueia. A paciente foi internada para a realização de traqueoplastia eletiva, mas apresentou insuficiência respiratória aguda e necessitou de IOT urgente, após a venóclise e a monitoração, foi sedada com Dexmedetomidina 60 mcg + dextrocetamina 5 mg + fentanil 50 mcg IV que mantiveram a paciente cooperativa em Ramsey 2 e ventilando espontaneamente sob máscara facial (O₂ = 100%). Procedeu-se à anestesia tópica das narinas (gel) e da orofaringe (atomizador) com lidocaína 10%, introduzindo o broncofibroscópio por via nasal até evidenciar uma obstrução subglótica de 80% da luz traqueal, permitindo a passagem de um tubo 5,0 mm com balonete. Após a IOT foram administrados propofol 100 mg + rocurônio 40 mg IV, mantendo a hipnose da paciente com doses sequenciais de propofol (50 mg) IV e ventilação controlada. Optou-se por uma nova traqueostomia (canula Shiley 7,0) que durou 40 minutos, sendo administrado ao final sugammadex 200 mg + Dipirona 2 g + nalbufina 5 mg + ondansetrona 8 mg IV, sendo a paciente encaminhada à UTI acordada, traqueostomizada e ventilando espontaneamente. **Discussão:** A broncofibroscopia via nasal se mostrou uma decisão acertada, pois permitiu identificar uma obstrução de 80% na região subglótica e a introdução de um tubo endotraqueal fino e adequado. As outras opções de acesso (videolaringoscópios, INT às cegas) não permitiriam tais vantagens, elevando o risco de sangramento e edema local. A sedação também foi adequada, pois associou analgesia e sedação (Ramsey 2), mantendo a cooperação e a ventilação espontânea durante a IOT.

Palavras-chave: Via aérea difícil, broncofibroscopia, estenose traqueal.

REFERÊNCIAS

1. Carli D, Correa NS, Silva TCBV, Maradei EM. Intubação nasotraqueal às cegas em paciente acordada candidata à hemimandibulectomia: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2008;58(1):55-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942008000100008>. PMID:19378545.

748 MANEJO E RETIRADA DE CATETER PERIDURAL DIANTE DE COMPLICAÇÕES COMO A FORMAÇÃO DE NÓ DENTRO DO ESPAÇO PERIDURAL

JULIANA VIANA DE ALMEIDA FERREIRA, AMERICO SALGUEIRO AUTRAN NETO, ANGELO JORGE DE QUEIROZ RANGEL MICUCI, LAIS MARTINS NOGUEIRA, TATIANA VAZ DE CARVALHO

CET S.A.HOSP.FEDERAL DE BONSUCESSO – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O bloqueio peridural é rotineiramente utilizado para proporcionar analgesia e anestesia, essa técnica, no entanto, não está isenta de complicações. A formação de nó é considerada uma complicação rara, com incidência estimada de 0,0015%. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, submetida à dermolipectomia abdominal pós cirurgia bariátrica. Foi realizada a anestesia combinada Geral e Peridural, com punção em L3-L4, Dogliotti + na 2º tentativa com agulha Tuohy 18G e passagem de cateter peridural em direção cefálica, com introdução de 5 cm no espaço peridural. Após aspiração negativa para sangue e LCR, foi administrada uma injeção de 6 mL de Ropivacaína 0,3% e 2 mg de Morfina. No entanto, na tentativa de retirada do cateter peridural, foi notada uma firme resistência e, após tração maior observou-se a formação de um nó. **Discussão:** O risco de formação de nós é minimizado ao limitar o comprimento do cateter no espaço epidural durante a sua colocação, sendo recomendado não ultrapassar 5 cm de inserção no espaço. Todavia, na suspeita de nó no cateter é importante o esclarecimento ao paciente sobre a intercorrência apresentada e os possíveis procedimentos para que a remoção seja feita com segurança. Quando a resistência à tração do cateter é notada, exames de imagem podem ser necessários para melhor investigação, sendo a avaliação de queixas dolorosas e parestesia de grande importância nesse cenário. Na tentativa de extrair o cateter por tração mínima, pode-se utilizar uma série de manobras que incluem o aumento cuidadoso e gradual da tração, a injeção de soro fisiológico e a otimização do posicionamento do paciente. A aplicação de força excessiva e múltiplas tentativas de tração não são recomendadas, e a remoção por abordagem neurocirúrgica é recomendada apenas em último caso, principalmente em situações de rompimento do cateter e sintomas neurológicos associados.

Palavras-chave: Cateter, anestesia peridural, espaço epidural.

REFERÊNCIAS

1. García RAM, Martínez ACM, Pescador RH, et al. Catéter epidural anudado. Complicación poco frecuente. Reporte de 2 casos. Rev Colomb Anesthesiol. 2017;45:4-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.006>.
2. Chang PY, Hu J, Lin YT, Chan KH, Tsou MY. Butterfly-like knotting of a lumbar epidural catheter. Acta Anaesthesiol Taiwan. 2010;48(1):45-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S1875-4597\(10\)60010-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1875-4597(10)60010-0). PMID:20434114.

749 ANESTESIA REGIONAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO DE ALTO RISCO CARDIOVASCULAR

MONALISA FONTES SILVA, ANGELA KAORI SUSUME, BRUNO MENDES CARMONA, MARIA IRIS EUFRÁSIO DE ALCÂNTARA, MONIQUE BESERRA DE FREITAS

HOSPITAL OPHIR LOYOLA, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: Pacientes oncológicos são desafiadores, e em muitos casos, têm a cirurgia como intervenção necessária. Estes pacientes costumam apresentar várias comorbidades com múltiplos tratamentos, e tendem a ser usuários de inúmeras medicações, tanto para o tratamento da doença de base e suas condições associadas quanto para o controle de dor crônica. Deste modo, estes aspectos devem ser levados em consideração para uma anestesia segura e benéfica. **Relato de caso:** A. S. M., 61 anos, 74 kg, hipertenso, diabético com insuficiência cardíaca congestiva, negando alergias, em uso de caverdilol, furosemida, espironolactona, losartana e metformina, com ecocardiograma indicando FE = 36% e risco cirúrgico grau 4 de Goldman, admitido na sala de cirurgia para a realização de uma amputação transfemoral devido à neoplasia de partes moles em membro inferior esquerdo. O paciente foi monitorizado, com acesso venoso periférico obtido, oxigênio ofertado sob cateter nasal 3 l/min e sedação realizada com 2 mg de midazolam e 50 mcg de fentanil. Inicialmente, o paciente foi colocado em decúbito ventral e o bloqueio de nervo ciático subglúteo foi realizado com levobupivacaína a 0,25%, 20 mL, guiado por usg. Ademais, o paciente foi sentado para a realização da raquianestesia contínua, com um cateter posicionado no espaço subaracnóideo e injeção de bupivacaína pesada 5 mg e morfina 0,08 mg, sendo a dose titulada de acordo com o nível de bloqueio e a estabilidade do paciente, perfazendo um total de 15 mg de bupivacaína pesada, por fim, foram realizados o bloqueio femoral e cutâneo femoral lateral com levobupivacaína 0,25%, com volume total de 20 mL e 10 mL respectivamente, guiados por usg. O pós-operatório foi conduzido em CTI, passado o efeito do bloqueio neuroaxial, o paciente permaneceu estável e sem dor. **Discussão:** As drogas anestésicas costumam reduzir a contratilidade miocárdica e causar vasodilatação por ação nos vasos e coração. A anestesia neuroaxial bloqueia o sistema nervoso simpático, podendo causar hipotensão e deteriorar a função cardiovascular que, no caso supracitado, já estava comprometida. Contudo, a raquianestesia contínua foi escolhida por proporcionar uma menor dispersão cefálica, melhor controle de nível sensitivo e menor dose de anestésico utilizado, culminando em uma melhor estabilidade cardiovascular. Para o controle de dor pós-operatória se optou pelo bloqueio de nervos periféricos, pois além de atuarem reduzindo o consumo de opioides e a inflamação desencadeada pela resposta metabólica ao estresse, também proporcionam conforto ao paciente oncológico.

Palavras-chave: Bloqueio de nervo periférico, raquianestesia contínua, anestesia em oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Rangel F, Simões CM, Auler JOC Jr. Anestesia no paciente oncológico: as técnicas e agentes anestésicos podem influenciar o desfecho destes pacientes? Uma revisão narrativa. Rev Med. 2020;99(1):40-5. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i1p40-45>.
2. Imbelloni LE, Gouveia MA. Avaliação de um novo cateter para raquianestesia contínua. Rev Bras Anesthesiol. 1999;49(5):315-9.

750 ANESTESIA PERIDURAL PARA A REALIZAÇÃO DE CESÁREA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE MARFAN E DISSECÇÃO DE AORTA TIPO B: RELATO DE CASO

MATEUS COTIAS FILIZOLA, ANDREA MELO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, BRUNO RAFAEL TAVARES DIAS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES

CET S.A. INST. MATERN. INFANT. PE-IMIP – HOSPITAL SEDE: INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO – IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Marfan (SM) é uma doença do tecido conjuntivo autossômica dominante, causada por mutações no gene fibrilina 1 do cromossomo 15. Sua incidência é de 1 em 9800 nascimentos e se caracteriza por alterações oculares, cardiovasculares e esqueléticas, sua principal causa de morte sendo a progressiva dilatação culminando com dissecção da aorta (DA). A gestação aumenta o risco de DA devido às alterações hemodinâmicas, ao maior cisalhamento na raiz da aorta, e pelo aumento dos níveis de estrogênio, que enfraquecem a parede da artéria. **Relato de caso:** Paciente de 37 anos, G2P1A0, 70 kg, 36 semanas gestacionais, portadora de SM, fazendo uso de metoprolol 100 mg/dia, apresentando Mallampati 2 e retrognatia (distância tireomento de 3 cm), com boa protusão mandibular e abertura bucal > 4cm, relatando passado de DA tipo A corrigida com cirurgia de Bentell, e tendo apresentado nova DA, tipo B, no 1º trimestre da gestação atual, envolvendo apenas a aorta descendente, com diâmetro de 2,8 cm e do seio de valsava de 4,4 cm, situação de alto risco, mas com proposta conservadora. Com a equipe de cirurgia cardíaca e vascular de prontidão, procedeu-se a cesariana, a monitorização foi feita com pressão arterial invasiva realizada antes da anestesia, e a anestesia peridural (AP) foi administrada em L1-L2 pela técnica de Dogliotti, com dose teste com lidocaína com vasopressor 2% 3 mL, e passagem de cateter peridural (CP) 18G. Foi administrado 10 mL de ropivacaína 0,85% com 1 mg de morfina e 50 µg de fentanil, alcançado bloqueio de nível sensitivo em T8, Em seguida foram administrados por via endovenosa (EV) cefazolina 2 g, dexametasona 10 mg, ondansetrona 4 mg, ocitocina 10 UI, dipirona 2 g, cetorolaco 30 mg, metaraminol 3,5 mg e etilefrina 3 mg, além de 1100 mL de cristalóide e ocitocina 10 UI intramuscular. O recém-nascido masculino foi retirado com boa vitalidade e APGAR 9/10, a paciente foi encaminhada à UTI, mantendo-se estável hemodinamicamente e recebendo alta para a enfermaria no dia seguinte, sendo o CP retirado 2 dias após. **Discussão:** O presente relato descreve a utilização da anestesia peridural em gestante com SM e alto risco de ruptura aórtica para realização de cesárea, não tendo sido identificados relatos anteriores da aplicação desta técnica em casos semelhantes em que o diâmetro da raiz da aorta era maior que 40 mm (risco de dissecção aórtica aumentado). Ademais, é importante ressaltar que os relatos existentes de peridural em doses incrementais encontrados foram realizados em contexto apenas de parto vaginal.

Palavras-chave: Anestesia, síndrome de Marfan, cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Weinstein J, Shinfeld A, Simchen M, et al. Anesthesia in Parturients Presenting with Marfan Syndrome. *Isr Med Assoc J.* 2021;23(7):437-40. PMID:34251127.
2. Allyn J, Guglielminotti J, Omnes S, et al. Marfan's syndrome during pregnancy: anesthetic management of delivery in 16 consecutive patients. *Anesth Analg.* 2013;116(2):392-8. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182768f78>. PMID:23302979.

751 ANESTESIA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE NOONAN PARA CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA

ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, CAMILLA SIDI FIORITA, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A SN (Síndrome de Noonan) tem uma herança autossômica dominante e grande variabilidade fenotípica, sendo caracterizada principalmente por dismorfismo facial, cardiopatia congênita e baixa estatura¹. Os defeitos cardíacos congênitos são observados em 62% a 90% dos pacientes, e a estenose valvar pulmonar é a lesão cardíaca mais comum na SN, estando presente em mais de 60% dos pacientes, seguido por miocardiopatia hipertrófica e defeitos do septo atrial, ambos presentes em cerca de 20% dos pacientes². **Relato de caso:** G. B. R., sexo masculino, 15 meses e 8,7 quilos, diagnosticado com cardiopatia intraútero e Síndrome de Noonan no nascimento, com o ecocardiograma pré-operatório demonstrando estenose pulmonar valvar e supervalvar importante com CIA (comunicação interatrial) de 3,6mm. O paciente se encontrava estável e assintomático do ponto de vista cardiovascular, optando-se pela realização da comissurotomia valvar pulmonar, ampliação do tronco pulmonar e correção de CIA. A indução foi iniciada com sevoflurano em máscara facial e, após puncionar acesso venoso, foram administradas cetamina (2 mg/kg), fentanil (3 mcg/kg) e rocurônio (1 mg/kg), com manutenção da anestesia realizada com sevoflurano, fentanil e rocurônio, monitorização invasiva com cateterismo da artéria radial e acesso vascular central em arterial jugular direita, utilizando ainda o índice bispectral, oximetria periférica, cerebral e renal. O tempo de CEC (circulação extracorpórea) no intraoperatório foi de 45 minutos e de anóxia, 35 minutos, durante a cirurgia o paciente recebeu 250 mL de *ringer* lactato, 50 mL de albumina, 181 mL pelo *cell saver* e 250 mL de concentrado de hemácias, Mantendo-se estável no decorrer da cirurgia, com necessidade de milirone 0,25 mcg/kg/min após a saída de CEC. **Discussão:** Considerações anestésicas e potenciais problemas dos pacientes com SN incluem a possibilidade de via aérea difícil, comprometimento da função cardiopulmonar e problemas associados à deficiência intelectual e baixa estatura². O paciente em questão tinha um estreitamento na via de saída do ventrículo direito, portanto, a manutenção da estabilidade hemodinâmica dependia da vigilância do anestesiológista com uma avaliação clínica contínua e monitorização invasiva para a adequada administração de fluidos e do uso de drogas vasoativas.

Palavras-chave: Síndrome de Noonan, cardiopatia congênita.

REFERÊNCIAS

1. Noonan JA. Noonan syndrome and related disorders. *Prog Pediatr Cardiol.* 2005;20(2):177-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ppedcard.2005.04.008>.
2. Aggarwal V, Malik V, Malhotra Kapoor P, Kiran U. Noonan syndrome: an anesthesiologist's perspective. *Ann Card Anaesth.* 2011;14(3):214-7. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9784.84024>. PMID:21860196.

752 PRÉ-REABILITAÇÃO, DUPLO BLOQUEIO PERIDURAL E ANESTESIA OPIOID-FREE PARA CITORREDUÇÃO COM HIPEC: RELATO DE CASO

VICTORIA KRELING LAU, LIEGE CAROLINE IMMICH, VASCO MIRANDA JÚNIOR

HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A anestesia para a cirurgia citorrredutora com quimioterapia hipertérmica (HIPEC) apresenta um grande desafio para o anestesista. O objetivo do presente relato de caso é trazer uma pré-reabilitação de baixo custo e um manejo anestésico livre de opioides. **Relato de caso:** Paciente masculino, 68 anos, epilético com diagnóstico de mesotelioma peritoneal, submetido previamente à quimioterapia pressurizada e aerossolizada intraperitoneal (PIPAC) com excelente resposta, sendo indicada HIPEC. O paciente iniciou suplementação nutricional com Impact®, mantendo-a prática regular de atividades físicas e de exercícios de fisioterapia respiratória, sendo realizado um duplo bloqueio peridural e a anestesia geral. O duplo bloqueio foi realizado entre L1-L2 com administração de dose única de ropivacaína e lidocaína, e entre T8 e T9 para a passagem de cateter peridural, a indução anestésica foi feita com midazolam, droperidol, cetamina e propofol, o bloqueio neuromuscular foi realizado com infusão contínua de rocurônio, e a anestesia foi mantida com sevoflurano, com a profundidade anestésica monitorizada. Após 6 horas do início da cirurgia, foi iniciada a infusão de dexmedetomidina, realizada a monitorização hemodinâmica com EV100®, havendo a necessidade de titular uma dose de noradrenalina visando manter uma pressão arterial média de pelo menos 65 mmHg, observando-se um sangramento *estimado* de 1.100 mL e sendo transfundido 1 CHAD e 2 plasmas, a reposição volêmica foi feita com albumina, 3.000 mL de *ringer* lactato, 3.350 mL de cloreto de sódio e 5.000 mL de plasmafundin®, registrando urinação de 1.817 mL. O tempo total do procedimento foi de 886 minutos e, ao final do procedimento, o paciente mantinha boa estabilidade hemodinâmica e gasometria arterial com discreta acidose, sendo extubado em sala após reversão do bloqueio neuromuscular. A analgesia via cateter peridural foi mantida por 3 dias com ropivacaína e fentanil, e por 1 dia com solução de ropivacaína, até sua retirada no 5º dia. O paciente evacuou no 3º dia de pós-operatório e recebeu alta da UTI no 6º dia. **Discussão:** Sabemos que a reabilitação pré-operatória do paciente se traduz em desfechos melhores. Ademais, o uso de opioides em pacientes oncológicos é cada vez mais discutido. Com o presente relato de caso, trouxemos a possibilidade de realizar uma pré-reabilitação de baixo custo, possibilitando a realização de um procedimento longo e de alta complexidade sem a utilização intraoperatória de opioides.

Palavras-chave: *Opioid-free*, duplo bloqueio peridural, pré-reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Hübner M, Kusamura S, Villeneuve L, et al. Guidelines for perioperative Care in Cytoreductive Surgery (CRS) with or without hyperthermic IntraPERitoneal chemotherapy (HIPEC): Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society Recommendations – Part I: preoperative and intraoperative management. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46(12):2292-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2020.07.041>. PMID:32873454.
2. Sheshadri DB, Chakravarthy MR. Anaesthesia considerations in the perioperative management of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Indian J Surg Oncol.* 2016;7(2):236-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s13193-016-0508-2>. PMID:27065715.

753 ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE RUSSELL-SILVER

ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, BRUNO NICOLINO CEZARINO, JOSE MATEUS COSTA, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO, PAULO HENRIQUE GRATAO REZENDE

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Russell – Silver (SRS) é uma doença rara caracterizada pelo retardo no crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer, além de baixa estatura, assimetria musculoesquelética, crânio relativamente grande com cabeça em forma triangular, clinodactilia, fâcias característica e desenvolvimento sexual precoce.¹ As características citadas exigem do anestesiologista uma avaliação pré-anestésica minuciosa para uma antecipação de possíveis complicações anestésicas. **Relato de caso:** C. H. S. S., sexo masculino, 21 anos, 42 quilos e 140 centímetros de altura, diagnosticado com SRS, com relato prévio de anestesia geral para correção de hipospádia e intubação orotraqueal difícil. Em avaliação pré-anestésica, para a nova abordagem da hipospádia, foi observada abertura oral normal, distância tireomentoniana de 5 centímetros, extensão de cabeça e pescoço normal, Mallampati II e limitação em protrusão mandibular. Foi solicitado material de via aérea difícil em sala, o paciente foi induzido com propofol, fentanil e rocuroônio, com ventilação sob máscara facial, sem intercorrências, após a indução observou-se uma mobilidade cervical e abertura oral reduzida, com auxílio do videolaringoscópio, foi possível intubar sem grandes dificuldades, com tubo número 6 e fio guia. Durante intraoperatório foi optado por anestesia venosa total, a ventilação do paciente apresentou um padrão restritivo que foi otimizado através de ajuste dos parâmetros do ventilador e a extubação procedeu sem intercorrências. **Discussão:** Problemas anestésicos nessa população estão relacionados com a dificuldade do acesso na via aérea devido ao dimorfismo facial (retrognatismo e hipognatia), com abertura oral reduzida ocasionalmente combinado com alterações na dentição da arcada superior e possibilidade de estenose subglótica. Ademais, a ventilação sob máscara pode ser difícil devido à face pequena, e realizar uma preparação e antecipação com material de via aérea difícil é crucial, além de acompanhar o algoritmo da via aérea difícil. Além disso, pacientes com SRS apresentam um tamanho desproporcionalmente grande do cérebro para o corpo, com baixa massa muscular e hepática e dificuldades alimentares, características que aumentam o risco de desenvolverem hipoglicemias de jejum com potenciais consequências neurocognitivas.

Palavras-chave: Síndrome de Russell-Silver, hipospádia, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. Anestesia e doenças incomuns coexistentes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2017.
2. Philippi-Höhne C, Steinbrenner T. Anesthesia recommendations for patients suffering from Russell-Silver-Syndrome. Orphan Anesthesia; 2011. p. 1-4.

755 CHOQUE HIPOVOLÊMICO POR RESSANGRAMENTO EM PACIENTE COM ANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA ILÍACA COMUM

LORENZO LEITE DINO, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, IGOR LOUZA PEREIRA, LILIANA MESQUITA ANDRADE, MATHEUS BESERRA BRAGA

CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A taxa de mortalidade cirúrgica por aneurisma de artéria ilíaca roto é semelhante ao de aneurisma de aorta abdominal, por conta da localização profunda na pelve, da proximidade com ureter e outros vasos, e da dificuldade de exposição da artéria ilíaca distal pelo hematoma. Em muitos desses casos a abordagem endovascular é preferível, por ser menos invasiva, porém, graves complicações podem ocorrer com esta técnica, como ressangramento ou deslocamento da prótese. **Relato de caso:** Homem, 62 anos, 70 kg, hipertenso e diabético, com dor lombar irradiada para abdome e pelve há 1 dia, TC evidenciando aneurisma roto de artéria ilíaca comum direita de 6,8 cm. O paciente foi admitido na sala do serviço de hemodinâmica, eupneico em ar ambiente, porém pouco comunicativo, com PAI e acesso venoso central prévios, PAM 55 mmHg, sem drogas vasoativas, FC 97 bpm e SpO2 94%, com gasometria realizada cerca de 6h antes indicando pH de 7,33, lactato de 5,94 e Hb de 11,22. A anestesia geral e intubação orotraqueal foram realizadas após indução com 150 mcg de fentanil, 70 mg de lidocaína, 14 mg de etomidato e 70 mg de rocurônio, com manutenção inalatória feita com sevoflurano a 1,5%. Após a indução o paciente apresentou hipotensão, com melhora parcial após a administração de 500 mL de cristalóide, e cerca de 20 minutos após o início do procedimento o paciente apresentou hipotensão grave, com necessidade de altas doses de drogas vasoativas e reposição volêmica vigorosa, agasometria foi colhida e foram solicitados os hemocomponentes imediatamente. Os cirurgiões negaram quaisquer sinais de ressangramento, e a gasometria indicou pH de 7,22, PaCO2 de 38,6, HCO3 de 15,7, lactato de 17,27, e Hb de 3,42, sendo iniciada uma transfusão em seguida. Ao término do procedimento, após 2h30 do início, com colocação de endoprótese bem-sucedida, de acordo com equipe cirúrgica, o paciente foi levado à UTI, após transfusão de 2 concentrados de hemácias, em gravíssimo estado geral, hipotensão refratária, com doses de noradrenalina 0,8 mcg/kg/min e vasopressina 0,04 U/min, com o abdome bastante distendido. A equipe cirúrgica foi alertada da possibilidade de ressangramento, porém a mesma insistiu em considerar o caso como resolvido. Após 12h, o paciente veio a óbito, por choque hipovolêmico. **Discussão:** Apesar de ser um procedimento menos invasivo, o reparo endovascular de aneurismas está associado a algumas complicações. A hipotensão arterial é uma delas, e pode ser resultado do mau posicionamento ou migração da prótese, isquemia de membros ou mesmo ressangramento.

Palavras-chave: Aneurisma, choque hipovolêmico, endoprótese.

REFERÊNCIAS

1. Lorentz MN, Boni CLA, Soares RR. Anestesia para intervenção cirúrgica endovascular na aorta abdominal. Rev Bras Anesthesiol. 2008;58(5):520-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942008000500010>. PMID:19382411.

756 BLOQUEIO PERIBULBAR INADVERTIDO: COMPLICAÇÕES E DESFECHOS

EMANUELLE SOARES CAMOLESI, IGOR LUCAS PINHEIRO, KAMILLA MACIEL COSTA SALES, MÁRCIO LUIZ BENEVIDES, VANESSA TACIANA NUNES CARLOTO

CET HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JULIO MULLER/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: O bloqueio peribulbar com anestésico local objetiva anestésiar os nervos adjacentes do conteúdo orbitário¹, sendo os erros de administração de medicamentos comuns e podendo causar danos graves e morte aos pacientes. O objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma paciente submetida ao bloqueio peribulbar do olho direito para facoemulsificação com administração inadvertida de medicamento. **Relato de caso:** Mulher, 74 anos, hipertensa, diabética, com hipotireoidismo e doença renal com proposta de realização de facoemulsificação de olho direito por catarata. À admissão, foi identificada uma descompensação pressórica (220x100 mmHg), sendo suspenso o procedimento pela Anestesiologia, Optando-se pela Oftalmologia, com a realização do bloqueio peribulbar com ropivacaína 1% e lidocaína 1%. Entretanto, foi erroneamente administrado rocurônio 0,5% 40 mg, erroneamente associado à lidocaína 1% 50 mg. A paciente evoluiu com pressão arterial de 240x120 mmHg, taquicardia, dessaturação, rebaixamento do nível de consciência, cianose, pupilas anisocóricas, apresentando movimentos involuntários e flexão de membros superiores, foi realizada ventilação com pressão positiva, evoluindo com bradicardia e parada cardiorrespiratória, e iniciado o protocolo de reanimação cardiopulmonar com retorno à circulação espontânea. Entretanto, a paciente permaneceu em apneia, inconsciente e com pupilas anisocóricas. Foi realizada uma intubação orotraqueal em sequência rápida e acoplada à ventilação mecânica, realizando uma tomografia de crânio foram descartadas alterações agudas. A paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, identificado o erro de administração de medicamento e realizando sugammadex para a reversão, com posterior resolução do caso. **Discussão:** O anestésico local é capaz de atingir o sistema nervoso central pela punção inadvertida da artéria oftálmica ou pela punção não intencional das meninges que envolvem o nervo óptico.² O presente relato destaca os riscos da administração acidental de medicamentos, assim como a importância das estratégias utilizadas para a preveni-la. Ademais, elucida a importância da avaliação pré-anestésica e da monitorização dos pacientes submetidos aos procedimentos oftalmológicos, bem como a presença de um profissional capacitado para realizar o bloqueio com segurança, reconhecer e reverter imediatamente as complicações que podem surgir.

Palavras-chave: Bloqueadores neuromusculares, anestesia local, complicações intraoperatórias.

REFERÊNCIAS

1. Najman IE. Bloqueio periconal guiado por ultrassom: ensaio clínico randomizado. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2014.
2. Pennsylvania Patient Safety Authority. Neuromuscular blocking agents: reducing associated wrong-drug errors. Patient Saf Advis. 2009;6(4):109-14.

757 ANESTESIA PARA TAVI EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO BIVENTRICULAR

LUCAS NEVES VAZ, FABIANO SOUZA ARAÚJO, ISABELLA PELEGRINE MIGUEL RODRIGUES, NATÁLIA ALVES DE SIQUEIRA, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A estenose aórtica (EA) é caracterizada por um estreitamento da abertura da válvula aórtica, levando à falência progressiva das câmaras cardíacas, hipertensão pulmonar e morte. O tratamento definitivo se dá pela troca valvar cirúrgica e, mais recentemente, pela técnica minimamente invasiva percutânea conhecida como TAVI (Implante de Valva Aórtica Transcateter). **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 73 anos, com história pregressa de DPOC (100 anos/maço) e estenose aórtica grave com gradiente de pressão a 69 mmHg, área valvar indexada de 0,3cm²/m², evoluindo com insuficiência cardíaca com fração de ejeção menor que 20%, disfunção biventricular e hipertensão pulmonar. Optou-se pelo tratamento através da TAVI devido à gravidade do paciente, antes da indução anestésica foi puncionado o acesso venoso central e a cateterização da artéria radial para a monitorização da pressão, iniciando com milrinona, dobutamina e noradrenalina, a anestesia geral balanceada foi realizada com fentanil, etomidato, cisatracúrio e sevoflurano e infiltração dos sítios de punção com Ropicavacina 0,5%. A estabilidade hemodinâmica foi mantida com doses variáveis de vasopressores e inotrópicos durante o procedimento, o paciente foi extubado ao final e encaminhado ao CTI em uso de milrinona, recebendo alta hospitalar 3 dias depois do procedimento. **Discussão:** As recomendações clássicas para a substituição da válvula aórtica se baseiam em dois critérios: área valvar e a presença de sintomas. Estudos atuais mostram que a evolução natural da EA associada à lesão cardíaca nem sempre é sequencial (VE, átrio esquerdo, vasculatura pulmonar, disfunção do VD) e o estadiamento do dano cardíaco através do ecocardiograma demonstrou uma forte relação entre a extensão desses danos (alterações anatômicas e funcionais), com sobrevida 1 ano após a substituição valvar. O paciente em questão se encontrava no estágio 4, com mortalidade estimada de 25% no primeiro ano pós substituição valvar. As alterações hemodinâmicas ocasionadas pela técnica da TAVI com risco de falência cardíaca foram minimizadas com a abordagem combinada de vasopressores e inotrópicos, além de uma adequada condução da técnica anestésica.

Palavras-chave: Estenose aórtica, TAVI, biventricular.

REFERÊNCIAS

1. Génereux P, Pibarot P, Redfors B, et al. Staging classification of aortic stenosis based on the extent of cardiac damage. Eur Heart J. 2017;38(45):3351-8. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx381>. PMID:29020232.
2. McMahon S, Meikle R. Anaesthesia for Transthoracic Aortic Valve Implantation (TAVI) in aortic stenosis. 2017 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <https://resources.wfsahq.org/atotw/anaesthesia-for-transthoracic-aortic-valve-implantation-tavi-in-aortic-stenosis/>

758 TRANSFUSÃO MACIÇA GUIADA POR METAS EM PACIENTE SUBMETIDO À NEFRECTOMIA

JULIANA MORINI BEVILACQUA, ANTONIO JUAREZ MORON MORAD NETO, LUCAS VOLPATO CRIVELLARO, MATEUS GUIMARÃES MASSIMO

CET DA FAC. CIÊNC. MÉD. E DA SAÚDE PUC-SP – HOSPITAL SEDE: FUNDAÇÃO SP – HOSPITAL SANTA LUCINDA, SOROCABA, SP, BRASIL

Introdução: A ocorrência de choque hemorrágico com necessidade de transfusão maciça em pacientes submetidos às cirurgias eletivas é infrequente e de difícil identificação para início do protocolo de reposição. Ademais, a despeito dos inúmeros estudos sobre o tema, a fórmula ideal para a reposição volêmica ainda inexistente. **Relato de caso:** Paciente de 37 anos submetida à nefrectomia por rim excluído, com incisão lombo-abdominal. A anestesia geral balanceada foi realizada com bloqueio epidural a nível T10-T11, com passagem de cateter, duas horas após incisão cirúrgica se iniciou um sangramento contínuo e difuso, de moderada quantidade e, devido à dificuldade por distorção anatômica do rim previamente infectado e friável, não foi possível controlar imediatamente o sangramento. Tendo em vista a continuidade do sangramento, foram solicitados exames laboratoriais e 2 CH, reservados com antecedência, em seguida, foi iniciado o protocolo de transfusão maciça com infusão de hemocomponentes (CH:PCF:CP). Durante o perioperatório, a reposição volêmica foi integralmente guiada por delta PP, encontrando-se inferior a 13% e indicando possível necessidade de aumento da oferta de oxigênio através do conteúdo arterial de oxigênio. A necessidade de transfusão foi ordenada por pesagem de compressas, guiada pela fórmula de Gross, além dos níveis de saturação venosa central, hemoglobina e bicarbonato, foram utilizados ao todo 7 litros de solução cristalóide, 8 CH:8 PFC:8 CP e 1250 mL de hidroxietilamido 130/0.4, a fim de evitar apatia dilucional, enquanto a chegada dos hemocomponentes era aguardada. O sangramento total foi contabilizado em 8 litros e, após cinco horas de cirurgia, obteve-se controle do sangramento e a retirada da peça cirúrgica. Ao fim do procedimento, a paciente foi encaminhada à UTI em ventilação mecânica e em uso de 0,1 mcg/kg/mim de noradrenalina, sendo extubada no dia seguinte com evolução satisfatória e alta hospitalar quatro dias após. **Discussão:** Diante do exposto, evidenciam-se questões ainda não esclarecidas pela literatura como o momento correto e o critério primordial de início do protocolo, sendo a proporção de hemocomponentes transfundidos e o volume total ideal para a reposição pontos fundamentais para o sucesso da conduta. Portanto, o desfecho do caso em questão foi satisfatório, com rápida recuperação, reduzido tempo de internação em UTI e alta hospitalar precoce.

Palavras-chave: Transfusão maciça, hemocomponentes, sangramento.

REFERÊNCIAS

1. Shih AW, Al Khan S, Wang AY, et al. Systematic reviews of scores and predictors to trigger activation of massive transfusion protocols. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019;87(3):717-29. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0000000000002372>. PMID:31454339.

759 BRADICARDIA SEGUIDA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PACIENTE SUBMETIDA À ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA DE CORONÁRIA DIREITA APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

PEDRO COSTA PEREIRA, ANNA PAULA SILVA LUZ, IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PAULA CRISTINA LEITÃO DE ASSUNÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: As arritmias são as intercorrências mais comuns após reperfusão coronariana, especialmente as taquiarritmias, entretanto, em alguns casos, especialmente na reperfusão da artéria coronária direita (ACD), o paciente pode evoluir com bradicardias. Apesar de conhecida e esperada, a lesão pós reperfusão miocárdica ainda permanece sem tratamento ou prevenção claros. **Relato de caso:** Paciente idosa, 93 anos, 50 kg, sem comorbidades conhecidas, admitida no serviço de hemodinâmica com relato de IAM com supra de ST de parede ínferoposterior para ser submetida à angioplastia. No momento da admissão a paciente se apresentava estável hemodinamicamente, alerta e respondendo aos comandos, foi realizada uma sedação venosa com 2 mg de diazepam e 30 mcg de fentanil, durante o exame foi documentada uma lesão de 95% em terço médio e 90% em terço distal de coronária direita. Prosseguiu-se com a reperfusão de ambas as estenoses e colocados *stents* farmacológicos, após poucos minutos a paciente evoluiu apresentando bradicardia de 30 bpm com alargamento de QRS ao monitor, progredindo rapidamente com parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso (AESP). Foi realizado um ciclo de manobras de reanimação com retorno da paciente a circulação espontânea, sem arritmias, mas com rebaixamento do nível de consciência, sinais clínicos de choque cardiogênico e hipocinesia ventricular na área reperfundida à radioscopia. Optou-se pela intubação orotraqueal após indução anestésica com 6 mg de etomidato e 60 mg de succinilcolina e punção de veia central em jugular interna direita para dar início à noradrenalina e dobutamina em bomba infusora. Ao final do procedimento a paciente se encontrava em RASS -5, hemodinamicamente compensada às custas de dobutamina 5 mcg/kg/min, noradrenalina 0,3 mcg/kg/min e sevoflurano a 1%, Sendo então encaminhada à Unidade Cardiointensiva sem intercorrências, porém evoluindo com óbito 5 dias após por novo choque cardiogênico. **Discussão:** Apesar de não serem apresentadas evidências robustas à respeito de um método de prevenção ou tratamento eficaz, a síndrome de reperfusão coronariana é extremamente comum e sua existência deve ser de conhecimento de todo anestesista disposto a participar de procedimentos de angioplastia ou revascularização miocárdica, seja ela se manifestando com taqui, bradiarritmias ou de outras formas, tornando possível antever tal intercorrência e agir prontamente, a fim de fornecer uma terapia de suporte adequada ao paciente para que o mesmo desfrute do melhor desfecho clínico possível.

Palavras-chave: Reperfusão coronariana.

REFERÊNCIAS

1. Binks A, Nolan JP. Post-cardiac arrest syndrome. *Minerva Anesthesiol.* 2010;76(5):362-8. PMID:20395899.
2. Sánchez-Hernández CD, Torres-Alarcón LA, González-Cortés A, Peón AN. Ischemia/reperfusion injury: pathophysiology, current clinical management, and potential preventive approaches. *Mediators Inflamm.* 2020;2020:8405370. <http://dx.doi.org/10.1155/2020/8405370>. PMID:32410868.

761 MORTE ENCEFÁLICA EM PUÉRPERA COM DENGUE DEVIDO À HEMORRAGIA PÓS-PARTO CAUSADO POR COAGULOPATIA

AMANDA MOREIRA PARENTE, FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA, LORENA VENTURA PICANÇO E SILVA
CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DSTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: As alterações fisiológicas da gestação são responsáveis por um estado protrombótico na gestante, com aumento dos níveis de fibrinogênio e de outros fatores de coagulação associados à diminuição da ação da proteína C e S. Não obstante, diversos fatores podem contribuir para o sangramento pós-parto, como: atonia uterina, laceração, restos placentários e coagulopatias. **Relato de caso:** Paciente de 25 anos, sexo feminino, com alergia à amoxicilina, portadora de endometriose, primigesta, IG 36 sem+ 5 dias, diagnosticada com dengue (IgM positivo e IgG negativo), devido ao quadro de náuseas e vômitos há três dias associado à plaquetopenia de 100 mil. Em seguida à admissão, a paciente desenvolveu quadro de sangramento uterino e sofrimento fetal agudo sem sinais de trabalho de parto, sendo indicada cesárea de emergência no dia seguinte. Houve piora do sangramento transvaginal no pós-operatório imediato, mesmo após a administração de metergim, misoprostol, ocitocina e transamin e manutenção de bom tônus uterino, sendo administradas quatro bolsas de plasma fresco, 7 UI de plaquetas, 7 concentrados de hemácias e 7UI de crioprecipitado. A paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e IOT no dia seguinte, com exames laboratoriais indicando Hb de 8,8, Hct a 23%, Plaqa a 51 mil, INR de 2,15, BD de 3,93 e BT de 5,48, com o fribinogênio não quantificado por falta de reagente. Foi realizado o FAST, detectando sangue em cavidade abdominal e indicando laparotomia de emergência, na chegada à sala operatória a paciente estava anasarca, icterica (3+/4+), hipocorada (2+/4+), com FC de 140, PAM de 40, em uso de noradrenalina 0,7 mcg/kg/min e vasopressina 0,4 UI/min, com pupilas isobáricas e bradireagentes. Foi administrado 10 mg de vitamina K IM e realizado suporte hemodinâmico, encontrando foco de sangramento em parede abdominal. No dia seguinte, observou-se a necessidade de uma nova abordagem devido ao sangramento, porém a paciente se apresentava com midríase fixa. Foi realizado um TC de crânio sem contraste, cujo resultado mostrou hemorragia subaracnóide, hemorragia intraparenquimatosa e subdural com desvio de linha média e sinais de herniação, sendo aberto um protocolo de ME e fechado o diagnóstico de ME um dia depois. **Discussão:** As manifestações hemorrágicas da dengue são provocadas por fragilidade vascular, desencadeando coagulopatia de consumo e alterações em coagulograma, como: plaquetopenia, alargamento do TAP e TTPa, aumento de d-dímero e diminuição de fibrinogênio. A coagulopatia é uma das causas de hemorragia pós-parto e pode acarretar alterações nos órgãos devido aos sangramentos e aumento da permeabilidade vascular, como a hemorragia cerebral que culminou na morte cerebral do caso.

Palavras-chave: Hemorragia pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico. 3ª ed. Brasília; 2007.
2. Hung LP, Nghi TD, Thach TT. Case report: postpartum hemorrhage associated with Dengue with warning signs in a term pregnancy and delivery. F1000Res. 2015;4:1483.
3. Erez O, Othman M, Thachil J. DIC in pregnancy: pathophysiology, clinical characteristics diagnostic scores, and treatments. J Blood Med. 2022;13:21-44. <http://dx.doi.org/10.2147/JBM.S273047>. PMID:35023983.

762 BLOQUEIO NEUROAXIAL NA HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA

HENRIQUE LOUZAN MACHADO, ANA CLARA DOS SANTOS GEORGETTI, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO

CET DISC.ANEST.DOR E TER.INT.UNIFESP/EPM - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO PAULO DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é uma condição rara que se manifesta principalmente em mulheres jovens e obesas. Apesar de sua baixa incidência, pode se apresentar em gestantes com indicação de bloqueio neuroaxial (BNA) para parto cesáreo ou normal, havendo escassez de publicações nacionais e internacionais sobre tal situação¹. Neste trabalho, relatamos o caso de uma gestante com diagnóstico de HII submetida à BNA para parto cesáreo. **Relato de caso:** N. A. S. A., 26 anos, IMC de 33,0 kg/m², com diagnóstico de HII. O quadro se iniciou há 2 anos com cefaleia, paralisia facial periférica à direita e paralisia do VI par craniano à esquerda com ptose, turvação visual e diplopia de olho esquerdo, evoluindo com melhora após o uso de acetazolamida e mantendo apenas turvação visual. A paciente foi internada para parto cesáreo eletivo, indicado pelo risco de hipertensão intracraniana (HIC) em caso de trabalho de parto fisiológico. Foi realizada raquianestesia a nível de L3-L4 com agulha Quincke 27G, com refluxo de líquido límpido e normotenso. Após a infusão de 15 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica, morfina 80 µg e fentanil 20 µg, foi confirmado o nível do bloqueio em linha intermamilar (T4), com o recém-nascido vivo, Apgar 9/9, sem intercorrências anestésico-cirúrgicas, evoluindo sem sintomas neurológicos nos dias seguintes ao procedimento. **Discussão:** A HII é uma doença rara, com incidência maior em mulheres jovens e obesas. O sintoma mais frequente é a cefaleia, náuseas, vômitos e fotofobia, com perda de acuidade, anopsias e paralisia do nervo abducente podendo estar presentes. A fundoscopia revela edema de papila bilateral em praticamente todos os casos, com neuroimagem não demonstrando sinais de HIC, apesar da apresentação de sinais e sintomas clínicos sugestivos, associados à raquimanometria > 20 mmHg. O tratamento é a perda ponderal, em caso de indicação de sintomas visuais, há evidências a favor da acetazolamida e, em casos refratários, indicam-se corticoterapia e punção lombar de alívio. No geral, a doença tem bom prognóstico, mas há risco de perda visual¹. A HII não é uma indicação absoluta de parto cesáreo, apesar de cursar com HIC, pelo seu caráter crônico e difuso, o risco de herniação uncal pós-punção dural parece ser reduzido. Os casos descritos de herniação foram acompanhados quanto à variação anatômica² ou como complicação tardia de *shunt* lomboperitoneal, portanto, não há contraindicação para punção lombar ou BNA. Entretanto, há preocupação de que grandes infusões de volume realizadas durante anestesia epidural possam levar ao aumento da pressão intracraniana¹.

Palavras-chave: Bloqueio de neuroeixo, hipertensão intracraniana, parto cesáreo.

REFERÊNCIAS

1. Karmaniou I, Petropoulos G, Theodoraki K. Management of idiopathic intracranial hypertension in parturients: anesthetic considerations. *Can J Anaesth.* 2011;58(7):650-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-011-9508-4>. PMID:21519980.
2. Paruchuri S, Lawlor M, Kleinhomer K, Mason L, Johnson C. Risk of cerebellar tonsillar herniation after diagnostic lumbar puncture in pseudotumor cerebri. *Anesth Analg.* 1993;77(2):403-4. <http://dx.doi.org/10.1213/0000539-199308000-00039>. PMID:8346852.

763 IMPORTÂNCIA DO USG POINT-OF-CARE PARA ANESTESIOLOGISTAS

GABRIELA CHIODINI BERTO, ANDREI DE CAMARGO CAROTTI, GUSTAVO FELLONI TSUHA, JULIA DE SOUZA COSTA MORENO, MURILO CHIODINI BERTO

UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA, ARARAQUARA, SP, BRASIL

Introdução: O uso do ultrassom (USG) *point-of-care* (POC) vem crescendo bastante nos últimos anos, por ser um procedimento seguro, rápido e não invasivo, aumentando a capacidade de precisão diagnóstica e de realização de procedimentos. **Relato de caso:** Paciente vítima de politrauma, admitido em serviço de emergência em Glasgow 9, estável hemodinamicamente, precedido de intubação orotraqueal (IOT) e com tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciando hemorragia subdural com indicação cirúrgica de urgência. No centro cirúrgico, o paciente se apresentava com frequência cardíaca (FC) de 150 bpm, pressão arterial (PA) de 80x40, saturação de oxigênio de 88%, constatando-se intubação seletiva com melhora da saturação após correção. A indução venosa foi realizada com fentanil e rocurônio, manutenção da anestesia feita com sevoflurano, com punção de acesso venoso central (AVC) e pressão arterial invasiva (PAI) em sítio femoral. Durante craniotomia a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica refratária à reposição volêmica com cristalóides, hemoderivados e com uma necessidade crescente de drogas vasoativas (DVA), ao término do procedimento a paciente apresentava FC de 140, PAM de 40, noradrenalina a 3mcg/kg/min e vasopressina a 0,04UI/min. Optou-se pela realização do USG abdominal, evidenciando a presença de líquido livre na cavidade abdominal em pelve e hipocôndrios direito e esquerdo. Foi indicada laparotomia exploradora com necessidade de esplenectomia por ruptura traumática de baço, o paciente foi encaminhado à UTI com PAM de 70, FC de 130 e mantendo doses elevadas de DVA. **Discussão:** Devido a sua alta eficácia, o USG POC se tornou uma ferramenta muito útil entre os anestesiolegistas, complementando o exame físico e otimizando o diagnóstico, podendo ser realizado à beira do leito e no perioperatório. É um procedimento altamente eficaz em diversas áreas, capaz de identificar a origem do choque circulatório, o *status* volêmico do paciente, as disfunções cardíacas grosseiras, a presença de líquido livre na cavidade abdominal, a presença de pneumotórax, a ventilação seletiva e outras patologias pulmonares e tromboembolismo pulmonar maciço. Além de ser uma ferramenta diagnóstica, o uso do USG é útil como guia para procedimentos como punções e confirmações de posicionamento dos cateteres em veia profunda e artérias para monitorização da pressão arterial de forma invasiva.

Palavras-chave: Point-of-care.

REFERÊNCIAS

1. Torres-Macho J, Aro T, Bruckner I, et al. Point-of-care ultrasound in internal medicine: a position paper by the ultrasound working group of the European federation of internal medicine. Eur J Intern Med. 2020;73:67-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2019.11.016>. PMID:31836177.

764 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO VIA *CHATBOT* PARA A TRIAGEM E ORIENTAÇÕES PRÉ-ANESTÉSICAS: UM RELATO DA TECNOLOGIA A FAVOR DA SEGURANÇA E EFICIÊNCIA

REGIANE XAVIER DIAS, ANDRE LUIS OTTOBONI, DANIELI HELENA DA SILVA, GUILHERME HENRYQUE DA SILVA MOURA, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES

SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Conseguir engajar o paciente em todas as etapas do seu cuidado perioperatório constitui um desafio. As tecnologias atuais que incluem as redes sociais, ferramentas com automatização e uso de inteligência artificial podem auxiliar a realização de uma triagem inicial para a estratificação de riscos de pacientes no pré-operatório, bem como o envio de orientações gerais. Desenvolvemos um sistema de estratificação de risco que permite um contato individualizado e orientações pré-operatórias personalizadas.

Relato de caso: Foi desenvolvido um *chatbot* com uso de inteligência artificial e análise de dados para o envio de mensagens e uma efetiva comunicação com pacientes que tenham algum procedimento cirúrgico agendado. O paciente recebe uma mensagem via *whatsapp*, contendo algumas perguntas iniciais para a identificação de condições de alto risco perioperatório, usando uma linguagem simples, para garantir compreensão e respostas rápidas. Ao término das perguntas, independentemente das respostas, todos os pacientes recebem orientações sobre os medicamentos que precisam de suspensão pré-operatória e, de acordo com as respostas enviadas, o sistema faz uma breve análise para classificação do risco. Para os pacientes de alto risco, há um agendamento de uma teleconsulta com uma enfermeira que atua junto ao serviço de anestesia, para a confirmação dos dados enviados, esclarecimentos sobre as orientações enviadas e até mesmo o agendamento de uma avaliação pré-anestésica ambulatorial presencial ou por teleconsulta antes da internação para o procedimento cirúrgico. **Discussão:** Através do uso da linguagem simples e aplicativos de comunicação de uso diário, conseguimos na fase de implantação deste recurso uma taxa de resposta acima de 70%, ganhando celeridade nos atendimentos e garantindo o envio de orientações gerais que podem ajudar a reduzir suspensões de cirurgias e seus riscos associados. O uso da tecnologia, otimizando a comunicação de maneira rápida, respeitando a disponibilidade do paciente e ainda enviando materiais que podem ser lidos com calma pelos pacientes no momento de sua preferência, busca aumentar o engajamento dos pacientes, melhorando tanto o seu preparo quanto a sua experiência com a anestesia. No entanto, é importante lembrar que a inteligência artificial não deve ser usada isoladamente para tomar decisões, e sim em conjunto com a experiência clínica e o julgamento do anestesiológico.

Palavras-chave: Estratificação de risco, engajamento do paciente, inteligência artificial.

REFERÊNCIAS

1. Te Pas ME, Rutten WGMM, Bouwman RA, Buise MP. User experience of a chatbot questionnaire versus a regular computer questionnaire: prospective comparative study. *JMIR Med Inform.* 2020;8(12):e21982. <http://dx.doi.org/10.2196/21982>. PMID:33284125.

765 ENCUESTA SOBRE LA PRÁCTICA DE ANESTESIA CARDIOVASCULAR EN LATINOAMÉRICA

MARIA JIMENA CALVIÑO, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, LETÍCIA TURCONI, MILTON PATRICIO CHANGO IZA

HOSPITAL DEL CLINICAS, DR. MANUEL QUINTELA, CATEDRA DE ANESTESIOLOGIA, MONTEVIDEO URUGUAY, MONTEVIDEO, MONTEVIDEO, URUGUAY

Introducción: Los estándares de formación y asistencia durante la cirugía cardiovascular mayor difieren significativamente entre los distintos centros y países. El conocimiento de los recursos disponibles, así como los programas de formación en los centros de Latinoamérica es fundamental para generar políticas dirigidas a estandarizar la práctica anestésica en esta área. **Objetivo:** Obtener información sobre la práctica y grado de formación en anestesia cardiovascular (CVA) en Latinoamérica, así como las características de los centros disponibles. **Métodos:** Se realizó una encuesta internacional multicéntrica basada en un cuestionario web, que incluyó 37 preguntas opción múltiple que abordaron: datos demográficos, formación en CVA y características de los centros hospitalarios. La encuesta se envió a los anestesiólogos que integran las sociedades que conforman la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia (CLASA), esta se mantuvo accesible un mes (noviembre del 2022). Se incluyó únicamente aquellos anestesiólogos que participan habitualmente en cirugías cardiovasculares mayores. **Resultados:** Se obtuvieron 484 cuestionarios de 18 países de Latinoamérica. De los encuestados, el 62,0% correspondió al género masculino, siendo el 45,2% menores de 40 años, el 97,7% posee título universitario, el 55,0% trabaja hace menos de 10 años, el 62,2% realiza menos de 10 cirugías por mes y el 13,8% trabaja exclusivamente en centros cardiovasculares. Sobre la formación de los encuestados, el 41,5% posee formación específica en CVA, de estos: el 29,3% se formó en su país y el 12,2% se formó en un centro en el exterior; dedicándole un 53,5%, más de 12 meses para su formación. Sobre las características de los centros, el 58,7% posee una sola sala operatorio, el 90,9% realizan cirugías valvulares, el 87,2% realizan revascularizaciones (RVM) con circulación extracorpórea (CEC), el 71,3% realizan RVM sin CEC, el 50,4% realizan cirugías de cardiopatías congénitas, el 33,9% poseen dispositivos de asistencia ventricular, el 76% realizan cirugías endovasculares, el 36,8% realizan trasplantes cardíacos, el 80,2% realizan cirugías de disección aórtica, el 66,3% realizan implantes valvulares transarteriales y en el 53,7% aplican protocolos de extubación precoz. **Conclusiones:** Se aprecia la desigualdad en la formación, practica anestésica, así como en la complejidad de los centros. Esta información es valiosa para implementar programas que mejoren la calidad en estas áreas.

Palavras-chave: Encuesta, anestesia cardiovascular, latinoamerica.

REFERÊNCIAS

1. Akhtar MI, Gautel L, Lomivorotov V, et al. Encuesta internacional multicéntrica sobre prácticas de perfusión de derivación cardiopulmonar en cirugía cardíaca de adultos. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2021;35(4):1115-24. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2020.08.043>. PMID:33036886.

766 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM PARALISIA CEREBRAL, DESAFIOS PERIOPERATÓRIOS E PLANEJAMENTO INDIVIDUALIZADO EM ANESTESIA: RELATO DE CASO

BRUNO TAKETOMI RODRIGUES, LUCAS FERREIRA BARBOSA DE AGUIAR, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, THAYS PIMENTA LEAO MAGALDI BARROSO, WAGNER DE PAULA ROGERIO

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A paralisia cerebral se refere a um grupo heterogêneo de condições envolvendo disfunção motora permanente que afeta o tônus muscular, postura e/ou movimento. Múltiplos sintomas adicionais geralmente acompanham as anormalidades motoras primárias, incluindo sensação ou percepção alterada, deficiência cognitiva, dificuldades de comunicação e comportamentais, convulsões e complicações musculoesqueléticas. O manejo anestésico desses pacientes apresenta diversos desafios, desde a falta de comunicação e cooperação, até alterações motoras que dificultam a realização dos procedimentos anestésicos. O relato a seguir é de um paciente com paralisia cerebral, internada para realização de tratamento odontológico. **Relato de caso:** Paciente de 19 anos, sexo feminino, ASA II, 60 kg, com diagnóstico de paralisia cerebral e programação cirúrgica de tratamento odontológico especializado, com exames laboratoriais sem alterações. A paciente se encontrava agitada e não colaborativa em sala, sendo então administradas 150 mg de cetamina via IM, em seguida, foi feita punção de AVP em MSE J20, com monitorização padrão em sala. A avaliação de vias aéreas evidenciou retrognatismo e mobilidade cervical prejudicada, sendo realizada a pré-oxigenação e indução EV com lidocaína, fentanil, propofol e succinilcolina, com intubação nasotraqueal com tubo nº 7,0 aramado, administração de atracúrio e manutenção anestésica com sevoflurano. A cirurgia se deu sem intercorrências, com analgesia venosa feita com tramadol 100 mg, e descurarização IV com neostigmina e atropina. A passagem da paciente da mesa cirúrgica para o leito de SRPA foi realizada para uma maior segurança, onde foi realizada a extubação nasotraqueal sem intercorrências, a paciente se encontrava estável, levemente agitada sendo então encaminhada para SRPA. **Discussão:** Além dos desafios pré e intraoperatórios, o pós-operatório destes pacientes deve ser acompanhado de perto, pois geralmente apresentam reflexos de tosse ruins e *drive* respiratório reduzido, tornando-os propensos à retenção de secreções, atelectasia e colapso pulmonar. O manejo da dor pós-operatória é um desafio, visto as dificuldades de comunicação e interação, sendo recomendado um regime contínuo de analgesia ao invés de um regime sob demanda, muitas vezes com analgésicos e anti-inflamatórios, complementados ou não com opioides. A literatura reforça ainda a necessidade de traçar um plano individualizado para cada paciente e a presença de um acompanhante, visando não apenas um maior entendimento sobre o histórico de saúde, mas também por sua capacidade de facilitar a comunicação e aliviar os níveis de ansiedade.

Palavras-chave: Anestesia, paralisia cerebral.

REFERÊNCIAS

1. Hayakawa H, Pincott ES, Ali U. Anaesthesia and cerebral palsy. *BJA Educ.* 2022;22(1):26-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjae.2021.08.003>. PMID:34992798.
2. Lefevre-Scelles A, Sciaraffa C, Moriceau J, et al. Safety of day surgery for patients with special needs. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2021;40(6):100949. <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100949>. PMID:34537388.

767 MANEJO DAS VIAS AÉREAS EM PACIENTE COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE OROFARINGE: UM RELATO DE CASO

RODRIGO BOUCHABKI DE ALMEIDA DIEHL, DIOGO LEITE SAMPAIO, HEITOR PEDROSA, IGOR SEROR CUIABANO

HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: Os tumores de orofaringe podem acometer consideravelmente as vias aéreas superiores, produzindo alterações como obstruções e limitações na abertura da boca, dificultando a ventilação por máscara facial e a intubação traqueal. Este relato de caso tem como objetivo destacar a importância do uso de intubação acordada com o auxílio de fibrobroncoscópio em paciente com carcinoma de células escamosas de orofaringe. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, sexo masculino, ASA II devido à hipertensão arterial sistêmica e ao tabagismo, com proposta de exodontias múltiplas e alveoloplastia para início de radioterapia. Na avaliação das vias aéreas foi constatado alteração da abertura bucal de apenas 01 cm e limitação importante da protrusão mandibular, portanto, optou-se pela intubação nasotraqueal acordada com fibrobroncoscópio. Após o consentimento do paciente, foi administrado oxigênio via cateter nasal a 3 L/min, a sedação endovenosa foi realizada com midazolam e sufentanil titulados para manter o paciente consciente e cooperativo, a anestesia tópica foi feita na narina direita e na cavidade oral com solução de lidocaína gel, e o bloqueio translaríngeo foi realizado através da membrana cricótireóidea com abocath 20G e injeção de 3 mL de lidocaína a 2%. Após a passagem do fibrobroncoscópio pela nasofaringe, foi observada a tumoração em base de língua, desviando cuidadosamente da lesão para alcançar a traqueia e com a identificação da carina, introduziu-se um tubo aramado 7,0 com balonete, após confirmação da intubação por capnografia, foi realizada a indução venosa com sufentanil 15 mcg, propofol 100 mg e rocurônio 30 mg, com ventilação controlada à volume e manutenção da anestesia com sevoflurano. A cirurgia foi realizada sem intercorrências, e o paciente foi extubado na sala da cirurgia sem complicações. **Discussão:** A intubação traqueal com o paciente acordado permite a manutenção da ventilação espontânea no paciente com preditores de via aérea difícil. Nos casos de câncer de orofaringe, a laringoscopia direta pode provocar sangramentos nas vias aéreas pelo risco de trauma nas lesões, sendo importante a intubação com a ajuda do fibrobroncoscópio para evitar o contato com o tumor.

Palavras-chave: Via aérea difícil, intubação acordada.

REFERÊNCIAS

1. Bryan YF, Morgan AG, Johnson KN, et al. Procedural challenges during intubation in patients with oropharyngeal masses: a prospective observational study. *Anesth Analg.* 2019;128(6):1256-63. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004089>. PMID:31094797.

769 ESTUDO COMPARATIVO DA EFICÁCIA ANALGÉSICA DO USO DE AJDUVANTES EM BLOQUEIOS DE NERVOS PERIFÉRICOS EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DO OMBRO

LAYANA VIEIRA NOBRE, JUSCELINO AFONSO DE OLIVEIRA JÚNIOR, VITÓRIA LUIZA LOCATELLI WINKELER

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: Alguns pacientes submetidos ao bloqueio de plexo braquial para cirurgias de ombro apresentam importante dor pós-operatória, responsável por grande desconforto e, muitas vezes, motivo da procura pelo atendimento médico precoce. A eficácia do bloqueio pode ser potencializada pela adição de adjuvantes aos agentes locais, medicamentos que não apenas prolongam a duração do anestésico local, como também podem modular o bloqueio de uma maneira a reduzir a intensidade da dor no pós-operatório. **Objetivo:** Determinar se a dor pós-operatória em cirurgias de ombro pode ser reduzida com a adição de adjuvantes nas soluções de anestésicos locais utilizadas para o bloqueio de plexo braquial. **Metodologia:** Ensaio clínico prospectivo, randomizado, fatorial, duplo-cego, multicêntrico e controlado, nos quatro centros no Brasil. Os pacientes foram randomizados em três grupos: grupo controle (C), que recebeu apenas bupivacaína a 0,375% no bloqueio interescalênico; grupo dexametasona (D), que recebeu bupivacaína a 0,375% associada a 4 mg de dexametasona; e grupo clonidina (CL), que recebeu bupivacaína a 0,375% associada a 30 mcg de clonidina. Os grupos foram avaliados quanto ao nível de dor, através da Escala Analógica Visual (EAV), nos seguintes momentos: pré-bloqueio; 30 minutos após o bloqueio; 30 minutos após admissão na Recuperação Pós-Anestésica (RPA); na alta da RPA; e 2, 4, 6, 12, 24 e 48 horas após alta da RPA. **Resultados:** Foram incluídos 119 pacientes, dos quais 34 compuseram o grupo C, 42 o grupo D e 43 o grupo CL, sem diferenças demográficas e clínicas entre eles. Comparando os três grupos quanto à intensidade da dor pós-operatória observada através da EAV, o ensaio clínico não demonstrou diferença significativa em nenhum dos momentos avaliados. **Conclusão:** O estudo não identificou diferença significativa entre a eficácia analgésica pós-operatória do uso de dexametasona e clonidina, como adjuvantes em bloqueio interescalênico, em pacientes submetidos a cirurgia de ombro, em relação ao uso de soluções contendo apenas anestésicos locais.

Palavras-chave: Bloqueio do plexo braquial, dor rebote, adjuvantes anestésicos.

REFERÊNCIAS

- Sort R, Brorson S, Gogenur I, Nielsen JK, Moller AM. Rebound pain following peripheral nerve block anaesthesia in acute ankle fracture surgery: an exploratory pilot study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2019;63(3):396-402. <http://dx.doi.org/10.1111/aas.13290>. PMID:30411313.
- Lavand'homme P. Rebound pain after regional anesthesia in the ambulatory patient. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(6):679-84. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000651>. PMID:30124544.
- Abdallah FW, Halpern SH, Aoyama K, Brull R. Will the real benefits of single-shot interscalene block please stand up? A systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg.* 2015;120(5):1114-29. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000000688>. PMID:25822923.

770 RABDOMIÓLISE PÓS-OPERATÓRIA POR SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA ASSOCIADA A DROPERIDOL E METOCLOPRAMIDA

HENRIQUE LOUZAN MACHADO, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, HELGA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, MARY SANTOS SILVA

CET DISC.ANEST.DOR E TER.INT.UNIFESP/EPM HOSPITAL SEDE: HOSP. SÃO PAULO DA ESC. PAULISTA MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma complicação rara e potencialmente fatal do uso de neurolépticos. Trata-se de importante diagnóstico diferencial de hipertermia no perioperatório, com mortalidade de 5-20%. Neste artigo, relatamos rabdomiólise pós-operatória secundária a SNM associada ao uso de droperidol e metoclopramida. **Relato do caso:** Paciente feminina, 28 anos, 53kg, 1,58 m, foi admitida para mamoplastia bilateral com prótese. Negava antecedentes patológicos, relatando apenas reação adversa prévia à metoclopramida EV, descrita como alteração comportamental, com agitação e sensação de morte iminente. A cirurgia foi realizada sob sedação e peridural torácica, com duração de 2h. Os anestésicos utilizados foram midazolam 15 mg VO, fentanil 100 mcg EV e droperidol 10 mg EV. Feito peridural torácica em T7-T8 com lidocaína 2% 5mL e bupivacaína 0,5% 35 mL. Recebeu profilaxia para náuseas e vômitos pós-operatórios com metoclopramida 10 mg EV. O procedimento transcorreu sem intercorrências, sendo encaminhada à recuperação pós-anestésica sem queixas. Após algumas horas, evoluiu com mialgia, taquicardia sinusal, taquipneia e hipertermia, sustentadas por cerca de 24h. Houve elevação de creatinofosfoquinase (CPK), chegando a 9.702 U/L após 24h do procedimento. A função renal manteve-se inalterada. Iniciou-se terapia de suporte com antipiréticos e hiper-hidratação, evoluindo com melhora completa. A paciente buscou centro de referência para hipertermia maligna (HM) para investigação. Os exames físicos e neurológicos foram normais. O nível sérico de CPK basal era normal. A eletroneuromiografia foi normal e o estudo molecular para miopatias não detectou variantes patogênicas, incluindo aqueles ligados à suscetibilidade à HM. Realizada biópsia de quadríceps femoral para pesquisa de suscetibilidade à HM, com teste de contratura muscular *in vitro* com halotano-caféina negativo. A fisiopatologia da SNM envolve a redução dos níveis de dopamina com bloqueio da via nigrostriatal, podendo ser desencadeada por antagonistas dopaminérgicos (metoclopramida, haloperidol e droperidol). **Discussão:** O diagnóstico é de exclusão e sua apresentação pode ser atípica, portanto, diagnósticos diferenciais devem ser descartados. O tratamento envolve medidas de suporte, suspensão de antipsicóticos e dopaminérgicos. Além de conhecer suas manifestações clínicas clássicas, é necessário elevado grau de suspeição diante de apresentações incompletas da doença, possibilitando tratamento precoce e redução da mortalidade.

Palavras-chave: Hipertermia maligna, rabdomiólise pós-operatória, antagonistas dopaminérgicos.

REFERÊNCIAS

1. Singhai K, Kuppli PP, Nebhinani N. Atypical neuroleptic malignant syndrome: a systematic review of case reports. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;60:12-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.06.009>. PMID:31299470.

771 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO

RODRIGO BOUCHABKI DE ALMEIDA DIEHL, ARIANA MACIEL, HEITOR PEDROSA, RAFAEL EDUARDO SOARES SIQUEIRA

HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL

Introdução: A hiperplasia adrenal congênita (HAC), se diagnosticada e tratada na infância ou no início da vida adulta, apresenta taxa de fecundidade similar à da população geral, seja na forma clássica da doença ou na forma não clássica (FNC). Na FNC o tratamento é indicado para paciente com manifestações de hiperandrogenismo significativo e/ou infertilidade. A hidrocortisona é um dos esteroides de escolha para gestantes, pois é degradada e não transferida pela placenta, diminuindo o risco de supressão adrenal fetal. Este relato destaca a importância do manejo clínico de gestantes pré e perioperatório, evitando supressão adrenal tanto materna quanto fetal. **Relato do caso:** Paciente de 22 anos, primigesta, gestação de 38s1d, diagnosticada com FNC de HAC aos 16 anos. Sem uso de corticoterapia. No exame físico apresentou IMC 25,9 kg/m², pressão arterial de 130x80 mmHg e frequência cardíaca de 95 bpm. Na admissão apresentou hemograma e coagulograma com valores dentro da normalidade, testosterona total 303,99 ng/dl e 17-alfa-hidroxiprogesterona (17-OHP) 13,71 ng/mL. Em jejum, utilizou 100 mg de hidrocortisona pré-operatória. Em sala cirúrgica, administrado 8 mg de ondansetrona e 500 mL de solução salina 0,9%. Raqui-anestesia com paciente em decúbito lateral esquerdo, em L4-L5, punção única, líquido claro e normotenso. Administrado 2 g de cefazolina endovenosa e 12,5 mg de bupivacaína hiperbárica e 100 mcg de morfina intratecal. Posicionada em decúbito dorsal e realizado desvio do útero à esquerda. Bloqueio sensitivo testado e aprovado. Sem necessidade de vasopressor durante a cirurgia. Feito 10 UI de ocitocina após retirada do conceito, 2 g de dipirona e 30 mg de cetorolaco. Nasceu um feto do sexo masculino de 49 cm e 3,125 kg. Administrada 100 mg de hidrocortisona no 2º dia de puerpério. A paciente e o RN tiveram alta 2 dias após cesariana; retomou o uso de hidrocortisona 10 mg via oral no 3º dia. O teste do pezinho do RN apresentou valor de 17-OHP <6,56 ng/mL, sendo negativo para HAC. **Discussão:** A abordagem multidisciplinar é necessária para garantir bom manejo clínico em parturientes portadoras de HAC, considerando os sinais de insuficiência adrenal, os efeitos do uso crônico de corticoides e a administração de corticoide pré e pós-operatório. É necessário considerar aspectos relacionados à obesidade, ao controle pressórico no intraoperatório e à corticoterapia perioperatória, para evitar hipotensão não responsiva a vasopressor, por queda de corticoide basal.

Palavras-chave: Cesariana, ciperplasia adrenal congênita.

REFERÊNCIAS

1. Balki M, Carvalho JCA, Castro C. Anestesia para cesariana em paciente com hiperplasia adrenal congênita. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2004;54(6):826-31. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942004000600013>.
2. Costa-Barbosa FA, Telles-Silveira M, Kater CE. Hiperplasia adrenal congênita em mulheres adultas: manejo de antigos e novos desafios. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2014;58(2):124-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-2730000002987>. PMID:24830589.

772 UTILIZAÇÃO DE FENOL EM BLOQUEIOS PERIFÉRICOS PARA MANEJO DA DOR EM PACIENTE COM FRATURA PATOLÓGICA DE FÊMUR

ISADORA CRIPPA LEMOS, GUSTAVO BIANCHINI JUNKES, HERCILIO BRIGHENTE VOLPATO

CET SIANEST/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS – CEPON – HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FLORIANÓPOLIS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A neurólise química no tratamento da dor oncológica é uma técnica importante em casos refratários, sendo uma opção com menor custo e mais acessível frente a outros métodos. Uma revisão recente de literatura revelou que 64% dos pacientes com câncer avançado ou metastático relatam dor. **Relato do caso:** Paciente masculino, 77 anos, com quadro de emagrecimento, tosse mucossanguinolenta e perda de peso. Diagnosticado em março de 2022 com adenocarcinoma de pulmão por biópsia pulmonar após evidências de lesão em ápice pulmonar direito e mediastino e acometimento linfonodal em tomografia de tórax com metástases ósseas a distância em diáfise proximal do fêmur esquerdo. Apresentou queda de própria altura devido a fratura patológica. Foi definido tratamento conservador sem possibilidade de redução da fratura por extensão da lesão neoplásica. Durante internação de 28 dias, foram prescritos pregabalina, dipirona e morfina. Houve necessidade de opioide de resgate recorrente, acarretando sonolência, inapetência, constipação como efeitos colaterais, além de difícil controle algico. Sugeriu-se a realização de um bloqueio neurolíticoanalgésico pela equipe de dor, visto que o paciente já não faria correção cirúrgica da fratura fêmur para devolver a funcionalidade da perna. Foi realizada neurólise química com fenol do bloqueio PENG com 20 mililitros de fenol glicerinado 2% associado ao bloqueio do nervo femoral com 10 mililitros de fenol 2%. Paciente evoluiu com escala analógica e visual da dor de 8/10 para 4/10 após 30 minutos da administração. Em seguimento, paciente evoluiu com ótima resposta analgésica, sendo possível realizar os desmame total de opioides, mantendo apenas dipirona para deixar o paciente confortável. Quatro dias após a neurólise, paciente permaneceu com adequada resposta ao bloqueio, podendo ter alta para seguimento ambulatorial com retornos programados conforme período de analgesia da neurólise com fenol. **Discussão:** Pacientes com dor moderada a intensa não controlada com analgésicos orais e efeitos colaterais relacionados a medicamentos são candidatos ideais para terapia intervencionista. Esses bloqueios estão associados a alguma morbidade, sendo prudente entender as indicações de cada bloqueio e selecionar os pacientes de forma adequada. O caso apresentado é pertinente por demonstrar a eficácia deste tratamento quando corretamente indicado.

Palavras-chave: Neurolyse, fenol, dor oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Silverman JE, Gulati A. An overview of interventional strategies for the management of oncologic pain. *Pain Manag (Lond)*. 2018;8(5):389-403. <http://dx.doi.org/10.2217/pmt-2018-0022>. PMID:30320541.
2. Filippiadis DK, Tselikas L, Tsitskari M, Kelekis A, de Baere T, Ryan AG. Percutaneous neurolysis for pain management in oncological patients. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2019;42(6):791-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00270-019-02185-x>. PMID:30783779.

773 ANESTESIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ENDOTRAQUEAL EM CRIANÇA PORTADORA DE FENILCETONÚRIA PROVENIENTE DE COMUNIDADE QUILOMBOLA

PEDRO ALMEIDA DE OLIVEIRA, ANNA CLAUDIA M. L. SANTOS, LUCIANO SANTOS GARRIDO, PAULO SÉRGIO SANTANA DOS SANTOS, VITORIA SAMPAIO DE CARVALHO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS / HOSPITAL GERAL DO ESTADO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente grave e potencialmente fatal que pode ocorrer em qualquer fase da vida, sendo mais frequente em crianças. O diagnóstico precoce da ACE é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode causar seqüela definitiva ou dano fatal. O diagnóstico de ACE é facilmente estabelecido com radiografias simples quando o objeto é radiopaco, mas a maioria dos corpos estranhos aspirados não tem essa característica. A broncoscopia deve ser realizada em todos os casos de suspeita de ACE, sendo as taxas de sucesso na extração acima de 98%. **Relato do caso:** Paciente masculino, três anos, portador de fenilcetonúria, laringomalácia e fenda palatina, proveniente de região quilombola, sendo transferido em transporte aéreo para o hospital de emergência da Bahia com relato de aspiração da cânula metálica da traqueostomia. Na admissão no centro cirúrgico, a criança apresentava-se com taquipneia e desconforto respiratório e programação de broncoscopia para retirada de corpo estranho de localização na carina visto na radiografia de tórax. Após monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva, optou-se por realizar anestesia geral balanceada com fentanil 1mcg/kg, atropina 0,01 mg/kg, quetamina 0,5 mg/kg, propofol 2,5 mg/kg e manutenção com sevoflurano. A ventilação foi possível apenas no momento em que se obstruía a pequena fenda remanescente da traqueostomia. O cirurgião optou inicialmente em retirar o corpo estranho com broncoscópio através da fenda de traqueostomia, no entanto, não obteve sucesso, devido à fragmentação no momento da tentativa de apreensão com a pinça do broncoscópio. Dessa maneira, foi necessário dilatar a fenda da traqueostomia e retirar o corpo estranho com pinça cirúrgica após várias tentativas. **Discussão:** A presença de corpo estranho na via aérea é a quarta maior causa de morte evitável nos Estados Unidos. A abordagem da via aérea é um aspecto desafiador na prática anestésica, sendo as disfunções na ventilação a principal causa de parada cardiorrespiratória na população pediátrica. A maioria dos corpos estranhos aspirados para a via aérea é removida através de endoscopia respiratória. Durante avaliação do caso, optou-se por realizar um plano anestésico mais aprofundado, por se tratar de uma criança não colaborativa, e o corpo estranho em questão ser uma cânula de traqueostomia metálica, portanto, tendo um lúmen em seu interior, permitindo assim a passagem do ar.

Palavras-chaves: Via aérea pediátrica, aspiração de corpo estranho, broncoscopia pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Fraga JC, Neto AM, Seitz E, Schopf L. Bronchoscopy and tracheotomy removal of bronchial foreign body. J Pediatr Surg. 2002;37(8):1239-40. <http://dx.doi.org/10.1053/jpsu.2002.34493>. PMID:12149717.
2. Kim DD, Cumino DO, Lima LC. Suporte de Vida em Pediatria. In: Silva WV, Ferez D, Mattos SLL, Nunes RR, Lima LHN, Lima RM, editores. SAVA: Suporte Avançado de Vida em Anestesia. 2. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2018. p. 125-40.

774 AVALIAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADA À FLUIDOTERAPIA PERIOPERATÓRIA ENTRE ANESTESISTAS

HENRIQUE LOUZAN MACHADO, GUILHERME DI CAMILLO ORFALI, JOSÉ LUIZ GOMES DO AMARAL, LUIZ FERNANDO DOS REIS FALCAO, MARIANA FONTES LIMA NEVILLE

CET DISC.ANEST.DOR E TER.INT.UNIFESP/EPM - HOSPITAL SEDE: HOSP. SÃO PAULO DA ESC. PAULISTA MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A reposição perioperatória de fluidos consiste na única terapia presente em todos os procedimentos anestésico-cirúrgicos. Apesar da existência de diretrizes para orientar a reposição hídrica, controvérsias são comuns e recomendações vêm sendo questionadas. Dessa forma, a despeito de sua importância, ainda não há consenso absoluto sobre qual a fluidoterapia perioperatória ideal. **Objetivo:** Avaliar a prática clínica relacionada à fluidoterapia perioperatória entre anesthesiologistas. **Método:** Trata-se de um estudo seccional, baseado em questionário eletrônico construído para avaliar aspectos da prática clínica relacionada à fluidoterapia perioperatória entre anesthesiologistas e médicos em especialização. A divulgação ocorreu por meio de redes sociais e via e-mail, com o apoio da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. **Resultados:** O questionário foi composto por 22 perguntas, abrangendo aspectos sobre a escolha de fluidos e equipamentos para avaliação de fluidoresponsividade. Foram coletadas 332 respostas entre 2021 e 2022, sendo 254 (80,4%) de anesthesiologistas, 62 (19,6%) de ME. Ao questionar sobre o Soro Fisiológico (SF) 0,9% como solução intravenosa intraoperatória, 178 (54,3%) participantes referem fazer uso eventual, 64 (19,5%) não costumam utilizar, 59 (18%) utilizam na maioria das vezes. Em relação à cristaloide de escolha para pacientes neurocirúrgicos, 133 (40,8%) responderam SF 0,9%, 111 (34%) Ringer Lactato (RL), 70 (21,5%) PlasmaLyte®. Quanto a cristaloides de escolha para pacientes com doença renal crônica terminal (DRC-T), 130 (39,5%) participantes responderam SF 0,9%, 115 (35%) RL, 64 (19,5%) PlasmaLyte®. Sobre coloides, 118 (35,9%) participantes responderam que utilizam albumina com maior frequência, 117 (35,6%) não costumam utilizar coloides e 94 (28,6%) utilizam coloides de amido. **Conclusões:** Apesar da preferência geral por soluções balanceadas, em populações específicas (ex.: neurocirúrgicos e portadores de DRC-T) houve maior relato de uso de SF 0,9%. Este dado contrapõe a literatura disponível sobre o tema. Em relação ao uso de coloides, apesar de a maioria dos participantes responder que faz uso eventual de soluções albuminadas em situações específicas, ainda houve relatos de uso de coloides de amido, apesar de vasta literatura demonstrando seus malefícios. Sendo assim, as divergências encontradas neste estudo apontam para a falta de uniformidade sobre o tema, com necessidade de maior compreensão, estudos e padronização.

Palavras-chave: Fluidoterapia, reposição volêmica perioperatória.

REFERÊNCIAS

1. Powell-Tuck J, Gosling P, Lobo DN, et al. British consensus guidelines on intravenous fluid therapy for adult surgical patients. GIFTASUP. 2011;(7):1-50.
2. Chong MA, Wang Y, Berbenetz NM, McConachie I. Does goal-directed haemodynamic and fluid therapy improve peri-operative outcomes? A systematic review and meta-analysis. Eur J Anaesthesiol. 2018;35(7):469-83. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0000000000000778>. PMID:29369117.
3. Zampieri FG, Machado FR, Biondi RS, et al, Effect of intravenous fluid treatment with a balanced solution vs 0,9% saline solution on mortality in critically ill patients. the basics randomized clinical trial. JAMA. 2021;326(9):818-29. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.11684>. PMID:34375394.

775 MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PEDIÁTRICA PORTADORA DE SÍNDROME PONTINA TEGMENTAL

LUIZ NYCOLLAS CARNEIRO DE OLIVEIRA, LUCAS DE SOUZA LIMA, MARCELO RIBEIRO DE MAGALHÃES QUEIROZ, MAYCON LUIZ SILVA OLIVEIRA, RODOLFO DO VALE MORAIS MELO

CET IPAR – ITAPEVI – SÃO CAMILO POMPEIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome pontina tegmental é uma malformação do tronco encefálico, inicialmente descrita em 2007 e bastante rara em todo o mundo. A etiologia pode ser decorrente de desordem metabólica, exposição a teratógenos, infecção congênita, síndromes ou aberrações genéticas. As principais manifestações clínicas são deficiência auditiva e cognitiva, em torno de 70%, distúrbios gastrointestinal S, acometimento neuronal, alterações oftalmológicas, vômitos cíclicos e complicações relacionadas ao pares cranianos. Além disso, são pacientes com preditores de via aérea difícil (VAD), tornando o manejo anestésico mais difícil. **Relato do caso:** Paciente feminina, 10 anos, portadora de síndrome pontina tegmental e síndrome dos vômitos cíclicos, em programação cirúrgica de tarsorrafia e lacorrafia de olho esquerdo. Apresentava baixa estatura e peso abaixo do previsto para idade. Além disso, déficit intelectual associado. Paciente com histórico de VAD (retrognatismo, dentes protrusos, extensão cervical diminuída e abertura bucal diminuída). Familiares relataram episódio de parada cardiorrespiratória durante indução anestésica em cirurgia prévia devido a dificuldade de manejo da via aérea (sem carta médica). Para o procedimento cirúrgico oftalmológico citado acima, foi submetida à intubação orotraqueal sob videolaringoscopia com necessidade de uso de bougie pediátrico (Cormack IV) e utilizado tubo nº 4 sem cuff. Indução anestésica realizada com uso de fentanil, lidocaína, propofol, rocurônio e manutenção com uso de sevoflurano. Durante intraoperatório, paciente manteve-se hemodinamicamente estável, sem intercorrências. Ao fim do procedimento, foi realizada reversão de bloqueio neuromuscular com sugamadex. Realizada extubação orotraqueal sem intercorrências e com paciente estável clinicamente. Paciente encaminhada para sala de recuperação pós-anestésica, recebendo alta posteriormente para leito de enfermaria. **Discussão:** A história prévia de VAD é o maior preditor de dificuldade para intubação. O preparo da técnica anestésica adequada e materiais de via aérea apropriados para o caso/idade (bougie pediátrico + videolaringoscópio) permitiram sucesso no manejo da via aérea. Além disso, a entrega em papel impresso para a família com descrição detalhada do manejo da via aérea permite ao anestesiológista mais segurança na condução do caso em futuros procedimentos.

Palavras-chave: Síndrome pontina tegmental, anestesia pediátrica, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Poretti A, Boltshauser E, Doherty D. Cerebellar hypoplasia: differential diagnosis and diagnostic approach. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2014;166C(2):211-26. <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.c.31398>. PMID:24839100.
2. Barth PG, Majoie CB, Caan MW, et al. Pontine tegmental cap dysplasia: a novel brain malformation with a defect in axonal guidance. *Brain.* 2007;130(Pt 9):2258-66. <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awm188>. PMID:17690130.

776 ANALGESIA PERIDURAL CERVICO-TORÁCICA PARA DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA: RELATO DE CASO

LORENA VENTURA PICANÇO E SILVA, AMANDA MOREIRA PARENTE, CLENILZE FERREIRA, JOSÉ CARLOS DANTAS ARBOÉS, LAURA DE LIMA CRIVELLARO

CET H. DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: O Carcinoma de Células de Merkel (CCM) apresenta-se como uma neoplasia neuroendócrina incomum, derivada de células da camada basal da epiderme, acometendo em sua predominância homens caucasianos idosos na faixa entre 70-80 anos. O processo de carcinogênese encontra-se vinculado à mutação no braço curto do cromossomo 10, além de se associar ao poliomavírus MCPyV. O tumor, que manifesta caráter ulcerativo, se implanta preferencialmente em áreas fotoexpostas. O diagnóstico pode ser estabelecido através de biópsia e imuno-histoquímica. O tratamento envolve excisão, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT). **Relato do caso:** Paciente de 58 anos, transplantada renal em 2012, hipertensa, diabética e hipotireoidea. Em uso de sirolimo, prednisona, tacrolimo, levotiroxina, indapamida, losartana, anlodipino e atenolol. Histórico de CCM em MSE, estágio III. Submetida a uma desarticulação interescapulotorácica sob anestesia geral e posteriormente posicionada em DLE com realização de peridural cervicotorácica de punção única em nível entre C7-T1 com infusão de ropivacaína a 0,5% associada a morfina 1 mg, no total de 20mL de solução. Procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências e com estabilidade dos sinais vitais. A analgesia pós-operatória foi satisfatória. **Discussão:** A anestesia peridural cervical (APC) pode ser uma boa alternativa para promover analgesia eficaz em cirurgia de ombro e membros superiores. A APC resulta do bloqueio sensorial do plexo cervical superficial (C1-C4) e do plexo braquial (C5-T1). Pode também afetar levemente as fibras cardioaceleradoras que vão de T1 a T5, entretanto, com essa técnica o bloqueio simpático apresenta extensão limitada e as resistências vasculares sistêmicas não variam muito. As complicações descritas para esse procedimento são: a paralisia do nervo frênico, a punção inadvertida da dura (1-3,3% dos casos) com consequente raquianestesia total e bloqueio peridural de grande extensão. As contraindicações à técnica incluem alergia aos anestésicos locais, coagulopatias, infecção no local da punção e recusa do paciente. Apesar de ser pouco realizada, a APC continua sendo uma boa alternativa analgésica para cirurgias de grande porte como desarticulação interescapulotorácica.

Palavras-chave: Analgesia peridural cervico-torácica.

REFERÊNCIAS

1. Shanthanna H, Mendis N, Goel A. Cervical epidural analgesia in current anaesthesia practice: systematic review of its clinical utility and rationale, and technical considerations. Br J Anaesth. 2016;116(2):192-207. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aev453>. PMID:26787789.
2. Izquierdo V, et al. Anestesia y analgesia epidural cervical para cirugía de miembro superior. Rev Soc Esp Dolor. 2019;26(5):304-8. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3686/2018>.

778 ANAFILAXIA ASSOCIADA AO USO DE CIPROFLOXACINO: RELATO DE CASO

IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, CAMILA COLEN FORSTER, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A anafilaxia é uma síndrome de hipersensibilidade súbita, com incidência variando de 1 a cada 1000 – 10.000 atos anestésicos, podendo ser deflagrada no perioperatório mais comumente pelo uso de antibióticos, bloqueador neuromuscular e clorexidina. Dentre os antibióticos, os mais associados são as penicilinas e cefalosporinas, sendo raro com quinolonas. Por tratar-se de uma condição grave e de diagnóstico clínico, a conduta precoce do anestesista torna-se fundamental. **Relato do caso:** J.P.S. 78 anos, CA de próstata avançado, HAS, ex-tabagista, ASA III, submetido à cirurgia eletiva de ressecção transuretral de próstata (RTU), realizado bloqueio subaracnoideo com 13,5 mg de bupivacaína hiperbárica, sem intercorrências, com nível sensitivo em T8. Logo após o término do bloqueio, foi iniciada a infusão de ciprofloxacino. Aproximadamente 20 minutos após, o paciente apresentou rash cutâneo em região de tronco e membros superiores, sendo administrados intravenoso 500 mg de hidrocortisona, 50 mg de difenidramina e 100mcg de adrenalina. Na sequência, iniciou dessaturação, bradicardia e hipotensão, evoluindo com parada cardiorrespiratória assistida em assistolia. Foram realizadas as medidas de reanimação cardiopulmonar com massagem cardíaca, 1 mg de adrenalina, resgate volêmico e garantia de via aérea definitiva, com retorno da circulação espontânea após 3 minutos. Nesse intervalo, o paciente iniciou piora do padrão ventilatório com aumento da pressão de pico e capnografia sugestiva de broncoespasmo, sendo confirmada na ausculta, realizada administração de 8 puffs de salbutamol, 20 mg de cetamina iv, 2 g de sulfato de magnésio iv, com reversão do quadro. Foi encaminhado ao CTI, invadido com veia central e linha arterial, hemodinamicamente estável. **Discussão:** Dentre os mecanismos de ação da anafilaxia, temos os imunológicos dependentes de IgE (60% dos casos), não dependentes de IgE e os não imunológicos com liberação direta de histamina e outros mediadores de mastócitos e basófilos através da sensibilização direta. As quinolonas representam menos de 1% das causas de anafilaxia por serem associadas à ativação direta do receptor MRGPRX2 presente nos mastócitos, levando à sua degranulação, e com isso as manifestações clínicas em pele, mucosas, vias aéreas e sistemas cardiovascular. Vale lembrar que a anafilaxia perioperatória em vigência de bloqueio de neuroeixo pelo grau de simpatectomia induzida pode causar graves consequências hemodinâmicas e respiratórias.

Palavras-chave: Ciprofloxacino, anafilaxia.

REFERÊNCIAS

1. Kolawole H, Marshall SD, Crilly H, Kerridge R, Roessler P. Australian and New Zealand Anaesthetic Allergy Group/Australian and New Zealand College of Anaesthetists Perioperative Anaphylaxis Management Guidelines. *Anaesth Intensive Care*. 2017;45(2):151-8. <http://dx.doi.org/10.1177/0310057X1704500204>. PMID:28267936.
2. Navinés-Ferrer A, Serrano-Candelas E, Lafuente A, Muñoz-Cano R, Martín M, Gastaminza G. MRGPRX2-mediated mast cell response to drugs used in perioperative procedures and anaesthesia. *Sci Rep*. 2018;8(1):11628. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-29965-8>. PMID:30072729.

780 ANAFILAXIA POR PROTAMINA EM PACIENTE USUÁRIA DE INSULINA NPH DURANTE PROCEDIMENTO ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO

IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, CLAUDIA REGINA MACHADO, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PATRICIA BRAGA MATA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O uso intraoperatório de anticoagulantes e dos seus reversores são cada vez mais comuns. A protamina, nesse contexto, atua formando um sal estável e sem atividade anticoagulante ao interagir com a heparina. No entanto, eventos adversos têm sido descritos, dentre eles reações alérgicas, hipotensão, broncoespasmo e colapso cardiovascular. Fatores de risco como dose alta, administração rápida ou uso de medicamentos contendo protamina (insulina NPH) estão relacionadas a piores desfechos. **Relato do caso:** Mulher, 67 anos, 85kg, DM tipo 2 insulínica dependente em uso de insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn). Foi submetida a angioplastia de artéria ilíaca esquerda, realizada sedação venosa com 3 mg de midazolam e 80mcg de fentanil. Durante foi solicitada a infusão venosa de 5000ui de heparina não fracionada, sendo a mesma revertida com dose equivalente de protamina ao final, de forma lenta e diluída em 100ml de soro fisiológico. Após 5 minutos do início da administração, houve o relato de inchaço em rosto e mãos, sendo observado ao monitor taquicardia sinusal de 115bpm, seguida de hipotensão arterial (70 x 40 mmhg) e queda da saturação para 92% em ar ambiente. Foi interrompida a protamina, ofertado oxigênio e realizadas medidas para anafilaxia com 50mcg de adrenalina iv, 25 mg de prometazina iv, 500 mg de hidrocortisona iv, 4 puffs de salbutamol, pelo broncoespasmo, e resgate volêmico com cristalóide. Houve melhora dos parâmetros hemodinâmicos, sem demais intercorrências.

Discussão: A anafilaxia é uma condição médica potencialmente fatal pouco reconhecida e subtratada, porém, o manejo precoce e o tratamento adequado no perioperatório pelo anestesiológico reduz a progressão para manifestações respiratórias e cardiovasculares com risco de vida. O conhecimento dos critérios de SAMPSON, portanto, se faz necessário, tendo em vista a correlação entre a exposição a um agente potencialmente alergênico, seguida pelas manifestações clínicas em mais de dois sistemas (pele e mucosa, respiratório e cardiovascular). Dentre as medidas adotadas, a única que comprovadamente altera mortalidade é a adrenalina, inibindo a liberação de histamina pelos mastócitos, não devendo ser postergada. Além disso, deve-se atentar para o fato de as manifestações alérgicas poderem se expressar dentro das primeiras 24 horas ou com novo pico de histamina em até 12 horas, por isso a importância de fármacos de longa duração como glicocorticoides e anti-histamínicos.

Palavras-chave: Anafilaxia, insulina NPH, protamina.

REFERÊNCIAS

1. Mertes PM, Malinovsky JM, Jouffroy L, et al. Reducing the risk of anaphylaxis during anesthesia: 2011 updated guide- lines for Clinical Practice. J Investig Allergol Clin Immunol. 2011;21(6):442-53. PMID:21995177.
2. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. J Allergy Clin Immunol. 2006 Feb;117(2):391-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2005.12.1303>. PMID: 16461139.

781 BLOQUEIO DO PLEXO CERVICAL INTERMEDIÁRIO PARA ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, CARLA DANIELE AMORIM SOUZA THYRSO DE LARA, JOÃO GARCIA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS, SERGIO RANGEL DE CARVALHO

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A anestesia regional para endarterectomia de carótida está associada a resultados benéficos em relação à anestesia geral. Dentre as técnicas de anestesia regional descritas, há o bloqueio do plexo cervical profundo e o bloqueio do plexo cervical intermediário guiado por ultrassonografia (USG) associado à infiltração perivascular da artéria carótida interna (ACI) no intraoperatório. **Relato do caso:** Paciente masculino, 69 anos, tabagista, hipertenso e dislipidêmico, indicado à endarterectomia da carótida direita devido à estenose em mais de 70% associado a um episódio recente de acidente isquêmico encefálico em topografia de artéria cerebral média direita, possivelmente por fenômeno tromboembólico. Realizado bloqueio do plexo cervical intermediário direcionado por USG com ropivacaína a 0,50%, 10 mL, associado ao bloqueio da bainha da ACI no intraoperatório, e sedação com midazolam 2 mg, fentanil 50mcg e bomba de infusão contínua de dexmedetomidina. Mantido com suporte de oxigênio por cateter nasal. Durante todo o procedimento cirúrgico, paciente manteve-se tranquilo, em RASS zero e contactuante, sendo possível avaliação do seu estado neurológico. Permaneceu 24 horas no pós-operatório na unidade de terapia intensiva e mais um dia na enfermaria. Recebeu alta hospitalar após 2 dias de internação e não houve necessidade de terapia de resgate para controle da dor. **Discussão:** Ainda há controvérsias na literatura acerca da melhor técnica anestésica para a realização de endarterectomia de carótidas. Porém, a anestesia regional parece oferecer benefícios adicionais em relação à anestesia geral, como menor risco de complicações hemodinâmicas e possibilidade de monitoramento neurológico do paciente no intraoperatório. Além disso, há menor tempo de internação hospitalar e permanência em unidades de terapia intensiva. Entre as técnicas de anestesia regional, o bloqueio do plexo cervical intermediário guiado por USG associado à infiltração perivascular da ACI é superior em relação ao bloqueio do plexo cervical profundo, devido ao menor risco de paralisia do nervo frênico e de toxicidade sistêmica por anestésico local.

Palavras-chave: Endarterectomia de carótida, bloqueio do plexo cervical intermediário, bloqueio plexo cervical.

REFERÊNCIAS

1. Rössel T, Uhlig C, Pietsch J, et al. Effects of regional anesthesia techniques on local anesthetic plasma levels and complications in carotid surgery: a randomized controlled pilot trial. BMC Anesthesiol. 2019;19(1):218. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-019-0890-8>. PMID:31771512.

782 PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO EM CASO SUSPEITO DE HIPERTERMIA MALIGNA

IGOR DUQUE GONCALVES DA SILVA, ALANA RIPARDO RODRIGUES, FERNANDA CAVALCANTI CARNEIRO, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PEDRO COSTA PEREIRA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A hipertermia maligna (HM) é uma síndrome farmacogenética, mais comum em crianças, caracterizada por um estado hipercatabólico deflagrado em indivíduos suscetíveis e expostos a anestésicos halogenados e/ou succinilcolina. Pode se manifestar com taquicardia, hipercarbia, hipertermia, rigidez muscular, arritmias e morte. O diagnóstico presuntivo e tratamento precoce, independentemente da história familiar negativa ou de anestésias prévias, reduzem a mortalidade e aumentam a sobrevida. **Relato do caso:** Paciente feminina, 13 anos, 45 kg, ASA I, sem alergias, com histórico de internação prolongada na infância por queimadura em face e tronco e três episódios consecutivos de parada cardiorrespiratória sem etiologia definida. Internada há 10 dias em unidade de terapia intensiva (UTI) após episódio presuntivo de HM durante sua primeira indução anestésica para cirurgia plástica reconstrutora, quando foi administrado dantrolene nas primeiras 48 horas e mantida em prótese ventilatória desde então. Por tratar-se de um desmame ventilatório difícil, foi indicada traqueostomia eletiva. O procedimento, portanto, foi realizado em centro cirúrgico sob anestesia geral venosa total com preparo adequando da sala cirúrgica, assim como adequação do fluxo cirúrgico e comunicação prévia entre a equipe anestésica, cirúrgica e de enfermagem. Manteve boa curva térmica central e capnografia adequada. **Discussão:** Os preparativos perioperatórios devem ser feitos para evitar ao máximo qualquer fonte deflagradora. Diante disso, foi estabelecido o seguinte protocolo: isolamento de sala operatória mais próxima à entrada/saída do centro cirúrgico, abertura do fluxo de gases frescos do ventilador em 10 L/min por 24h, ciclagem do aparelho por 2 horas com volume de 600ml e 12 irpm, troca do circuito ventilatório e cal sodada, retirada dos vaporizadores e succinilcolina da sala, reserva de dantrolene, estoque de cristaloides resfriados, equipamentos de monitorização conferidos e sobressalentes e a comunicação entre todos diante da possibilidade de novo episódio. A cirurgia foi programada para ser realizada 1 hora antes das demais, com a entrada da paciente no centro cirúrgico diretamente para a sala, evitando exposição à poluição ambiental por halogenados no centro cirúrgico. Após o procedimento, houve o retorno para a UTI, sendo vigiada quanto aos sinais de HM, principalmente nas primeiras 4 horas após o procedimento.

Palavras-chave: Hipertermia maligna.

REFERÊNCIAS

1. Gómez JRO. Anestesia en la hipertermia maligna. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2008;55(3):165-74. [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-9356\(08\)70535-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-9356(08)70535-8). PMID:18401991.
2. Kollmann-Camaiora A, Alsina E, Domínguez A, et al. Protocolo clínico asistencial de manejo de la hipertermia maligna. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2017;64(1):32-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2016.06.004>. PMID:27633384.

783 MANEJO DE VIA AÉREA EM PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE EDWARDS

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, DANDARA MANUELLE MATOS LEITE SOBRAL, RAFAEL CARTAXO NASCIMENTO, SERGIO RANGEL DE CARVALHO, VANESSA PEREIRA FAYAD ELIAS

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Edwards (trissomia 18) é a segunda trissomia autossômica mais comum, após a trissomia 21. Consiste em anomalias craniofaciais, defeitos viscerais, além de atrasos no desenvolvimento mental e motor. Possui incidência de 1:8.000 nascidos vivos, com sobrevivência após o primeiro ano de somente 5% a 10% dos casos. As anomalias craniofaciais associadas à doença culminam em possível via aérea difícil (VAD) devido à possível dificuldade de ventilação com máscara e/ou na intubação orotraqueal.

Relato do caso: PAS, 7 anos, 16 kg, portador de síndrome de Edwards, epilepsia, desnutrição, em investigação de tumor renal à esquerda com nódulos hepáticas e pulmonares, foi internado devido à quadro de pneumonia, necessitando da passagem de cateter central de inserção periférica (PICC) para antibioticoterapia prolongada. Seus exames laboratoriais evidenciaram anemia microcítica e hipocrômica, leucocitose e hipocalcemia, além de ecocardiograma transtorácico color Doppler sem evidências de cardiopatia com repercussão hemodinâmica atual associado à fração ejeção preservada de 62%. Ao exame físico, possuía distância interincisivos < 3 cm, extensão limitada do pescoço e retrognatismo. Realizado anestesia geral com sevoflurano em concentração de 6% e oxigênio a 100%, apresentando boa ventilação sob máscara. Realizada venóclise com extracath 24G em membro superior esquerdo. Optou-se pela administração endovenosa de fentanil 15mcg e propofol 30 mg antes da intubação orotraqueal, com tubo orotraqueal simples de número 4,5 com auxílio do fio guia pediátrico por videolaringoscopia e preparo do plano B de ação para via aérea de uma máscara laríngea "LMA classic" e Bougie disponível na sala cirúrgica. Após a passagem de PICC, procedeu-se à extubação sem intercorrências e posterior vigilância do paciente sob monitorização contínua na sala de recuperação anestésica. **Discussão:** Estudos quanto ao manejo de via aérea e anestésico em crianças portadoras de síndrome de Edwards ainda são raros. A estratégia adequada deve-se inicialmente à avaliação criteriosa de aspectos anatômicos e funcionais que possam comprometer a VA e planejamento da intubação e ventilação difíceis. A atenção para possíveis VAD e preparação para modificação do plano anestésico deve ser rotina para o anestesiológico bem treinado.

Palavras-chave: Síndrome de Edwards, via aérea difícil.

REFERÊNCIAS

1. Edwards JH, Harnden DG, Cameron A, Crosse VM, Wolff OH. A new trisomic syndrome. Lancet. 1960;1(7128):787-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(60\)90675-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(60)90675-9). PMID:13819419.
2. Bryant J, Krishna SG, Tobias JD. The difficult airway in pediatrics. Adv Anesth. 2013;31(1):31-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aan.2013.08.003>.

784 ANESTESIA EM PACIENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO- DESIDROGENASE (G6PD): RELATO DE CASO

LUCAS MARTINELLI DA SILVA, DANIEL CALIMAN DE SOUZA, EDUARDO MEDEIROS ZERBONE, GUILHERME FERNANDES LAMBERT SILVA, THALES GÊ DE OLIVEIRA

HOSPITAL MERIDIONAL, CARIACICA, ES, BRASIL

Introdução: Apesar de raros, os distúrbios metabólicos estão presentes no cotidiano do anestesiolegista e o manejo desses quadros é um desafio no perioperatório. Apresentamos o caso de um paciente com deficiência de G6PD, distúrbio enzimático relativamente comum, caracterizado por síndrome hemolítica após doença aguda ou administração de fármacos oxidantes. **Relato do caso:** Paciente masculino, 22 anos, admitido para colecistectomia videolaparoscópica por colecistite aguda. Informou ser portador de deficiência de G6PD, asma e fazer uso esporádico de drogas ilícitas. Relatou uso de broncodilatador. Sem outras comorbidades, alergias ou intercorrências em cirurgias prévias. Exames complementares sem alterações. ASA IIE. Monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, monitorização de consciência intraoperatória, capnografia e monitor de bloqueio muscular. Venóclise em membro superior direito com cateter 20G. Optado por anestesia venosa total, indução com fentanil, propofol em infusão contínua alvo-controlada e rocurônio. Utilizados lidocaína sem vasoconstritor e dexmedetomidina como adjuvantes, manutenção com remifentanil e propofol. Intubação orotraqueal sob laringoscopia direta, com tubo 7,5mm com cuff. Paciente manteve-se com curva de capnografia normal durante todo o procedimento apesar do histórico de broncopatia. Ao término da cirurgia, apresentava-se com bloqueio neuromuscular residual, observada reversão total do mesmo após administração de sugamadex. Realizada extubação do paciente e encaminhado para sala de recuperação anestésica, sem intercorrências até sua alta para o quarto. **Discussão:** A deficiência de G6PD é uma doença hereditária com predomínio no sexo masculino, que se apresenta clinicamente com síndrome hemolítica aguda e intensa. A prevenção da hemólise é medida fundamental no manejo desses pacientes, sendo necessário evitar a administração de drogas oxidantes e fatores externos como o estresse. Há relatos na literatura da correlação da deficiência de G6PD com casos de hipertermia maligna, fato que influenciou na escolha da técnica anestésica do caso em questão. O manejo de síndromes raras no perioperatório torna-se um desafio para o anestesiolegista em diversos aspectos. É importante ressaltar que a avaliação pré-anestésica torna-se uma ferramenta importante no manejo e preparo desses pacientes para os procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Palavras-chave: Deficiência G6PD, distúrbios metabólicos e anestesia, Síndrome hemolítica.

REFERÊNCIAS

1. Abreu MP, Freire CCS, Miura RS. Anestesia em paciente portador de deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52(6):707-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942002000600007>. PMID:19475242.

785 BLOQUEIO MAXILAR ECOGUIADO ASSOCIADO À ANESTESIA MULTIMODAL COMO ESTRATÉGIA POUPADORA DE OPIOIDES EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, ALINE MEDEIROS, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, LEONARDO COUTINHO VEIGA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A fissura oral é a malformação craniofacial mais comum no recém-nascido, podendo se apresentar na forma de fissura labial, palatina ou labiopalatina, sendo essa última observada em 5,6/10.000 nascidos vivos, o que representa 2/3 do total de casos de fissura oral. A apresentação clínica é variável e pode afetar os processos de sucção e deglutição, o que torna a correção cirúrgica fundamental. Alguns desafios anestésicos envolvem o manejo da via aérea, a analgesia intraoperatória e complicações respiratórias no pós-operatório, as quais podem ser potencializadas pelo uso de opioides. A anestesia multimodal e o bloqueio do nervo maxilar são, portanto, estratégias para melhor controle algico e redução do uso de opioides no perioperatório. **Relato do caso:** Feminina, 1a e 3 m, 7,95 kg, lactente, com diagnóstico de fenda labiopalatina, realizado rinoqueiloplastia há 8 meses e agora indicada palatoplastia. Foram administrados ao entrar na sala 2 mg de cetamina iv, 0,5 mg de midazolam iv e 10 mcg de fentanil iv, seguindo por pré-oxigenação e indução com 20mcg de fentanil, 20 mg de propofol, 5 mg de lidocaína e 5 mg de rocurônio, com intubação oro-traqueal sem intercorrências. Prosseguiu-se com assepsia da região maxilar infrazigomática e bloqueio do nervo maxilar bilateral na região da fossa pterigopalatina, ecoguiado em plano com transdutor linear, utilizando 2 mL de ropivacaína 0,3% em cada lado. Manutenção anestésica realizada com sevoflurano 1-3% e administrado 7mcg de clonidina após 1h da indução. Paciente manteve-se estável durante todo procedimento, feito 1 mg de ondansetrona e 400 mg de dipirona ao término e sem necessidade de analgesia adicional no pós-operatório imediato. **Discussão:** O nervo maxilar é a segunda divisão do nervo trigêmeo, responsável pela sensibilidade da pálpebra inferior, lábio superior, pele entre as duas regiões, mucosa do palato e véu palatino, dentes do arco superior e região gengival do maxilar. A injeção de anestésico local na fossa pterigopalatina, portanto, permite maior conforto e controle da dor durante e após a cirurgia, especialmente se associado à anestesia multimodal, reduzindo significativamente o uso de opioides e seus colaterais. Por tratar-se de um bloqueio ecoguiado em plano, existe um risco reduzido de complicações tendo em vista a visualização de toda trajetória da agulha. É, dessa forma, uma técnica segura, rápida e eficaz para cirurgias como a palatoplastia.

Palavras-chave: Bloqueio maxilar, palatoplastia, anestesia multimodal.

REFERÊNCIAS

1. Suresh S, Voronov P. Bloqueios de cabeça e pescoço em bebês, crianças e adolescentes. Paediatr Anaesth. 2012;22:81-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2011.03701.x>. PMID:22008517.
2. Geier KO. Bloqueio do nervo maxilar para redução de fraturas do osso zigomático e assoalho da órbita. Rev Bras Anesthesiol. 2003;53(4):512-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942003000400011>. PMID:19475304.

786 MANEJO DE VIA AÉREA E CONTROLE ÁLGICO PÓS-OPERATÓRIO EM GESTANTE COM CONTRAINDICAÇÃO AO BLOQUEIO DE NEUROEIXO

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, DANDARA MANUELLE MATOS LEITE SOBRAL, RAFAEL CARTAXO NASCIMENTO, SERGIO RANGEL DE CARVALHO, VANESSA PEREIRA FAYAD ELIAS

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: O bloqueio anestésico do neuroeixo (BSA) tem muitos benefícios maternos e fetais em comparação com a anestesia geral (AG), incluindo diminuição do risco de complicações pulmonares, melhor controle algico pós-operatório, além de possibilitar a melhor relação mãe-bebê imediatamente após o parto. A AG restringe-se a situações particulares como emergências maternas ou fetais, falhas no BSA ou avaliação clínica materna que contraindique acessar o neuroeixo. **Relato do caso:** Paciente S.R.P., feminino, 33 anos, G1P0A0, antecedentes pessoais de retocolite ulcerativa e trombofilia não especificada em uso de anticoagulação plena com enoxaparina, sendo a última dose há 3 horas, deu entrada no hospital com 29 semanas de gestação e quadro de Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPMO) e Trabalho de Parto Prematuro (TPP) em curso. Admitida em sala cirúrgica com quadro algico intenso, realizando sulfato de magnésio em BIC para neuroproteção fetal. Após monitorização não invasiva, realizou-se venóclise com abocath 18G para expansão volêmica. Preparou-se para situação de VAD, com possibilidade de “não intubação”. Realizou-se indução em sequência rápida imediatamente antes da incisão cirúrgica: alfentanil 1,5 mg, propofol 100 mg, succinilcolina 70 mg, seguido de cisatracurio 4 mg, injetados após desnitrogenação sob máscara facial acoplada por 5 minutos em FiO_2 a 100%. Com auxílio do videolaringoscópio, observou-se via aérea edemaciada, com vasos ingurgitados e facilmente sangrantes, progredindo-se com certa dificuldade um tubo endotraqueal simples número 6,5 com *cuff*. O parto procedeu sem demais complicações. Buscando controle algico pós-operatório da paciente, tendo em vista a impossibilidade da realização do BSA, optou-se pela realização de bloqueio periférico do quadrado lombar bilateral Tipo 2, guiado por ultrassonografia com administração de ropivacaina a 0,5%, com volume total de 40 mL – 20mL em cada lado. Após o procedimento, a paciente permaneceu cerca de uma hora em vigilância na sala de recuperação pós-anestésica, extubada e sem queixas. **Discussão:** A anestesia em obstetrícia ainda aponta para diversos desafios, tendo em vista modificações inerentes ao organismo materno, além da necessidade de cuidados fetais associados. O anestesiológico deve estar sempre preparado para alterações previstas ou não do plano anestésico, propiciando os cuidados adequados e minimamente arriscados.

Palavras-chave: Anestesia obstétrica, bloqueio quadrado lombar.

REFERÊNCIAS

1. Lucena MR, Soares ECS, Vilas Boas WW. Anestesia geral para cesariana. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(4, Supl 1):S7-16.

787 HIPOTERMIA E SUDORESE PROFUSA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE MORFINA EM NEUROEIXO PARA CESÁREA: RELATO DE CASO

MARIA CAMPOS PIRES, IZABELLA SOARES MELLO, PEDRO HENRIQUE COSTA FRANCO, ROBERTO CARDOSO BESSA JÚNIOR, VIRGÍNIA MARTINS GOMES

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O ato anestésico promove alteração na temperatura central corporal ao promover quadro de hipotermia. A hipotermia grave, por sua vez, eleva as taxas de morbimortalidade peri e pós-operatória, desencadeando maior incidência de infecções nos sítios cirúrgicos, disfunções plaquetárias, coagulopatias e hipoperfusão. Nesse contexto, sabe-se que os bloqueios de neuroeixo podem alterar o centro termorregulador, de forma semelhante ou até mais expressiva do que a anestesia geral. O relato em questão evidencia como a morfina administrada por via intratecal, mesmo que raro, pode acentuar a desregulação da temperatura corporal, a nível hipotalâmico. **Relato do caso:** N.N.S, feminino, 38 anos, segunda gestação de risco habitual, admitida eletivamente para parto cesáreo. Portadora de hipotireoidismo em uso de levotiroxina. Realizada raquianestesia com agulha quincke 27G, punção única mediana, administrados 15 mg de bupivacaína hiperbárica e 100 mcg de morfina. Imediatamente após término da cirurgia, cerca de 80 minutos após realização do bloqueio subaracnoideo, paciente apresentou descolamento de eletrodos e do manguito de pressão não invasiva por sudorese profusa. Dados vitais estáveis, exceto temperatura axilar, de 33,7 graus Celsius. Na sala de recuperação pós-anestésica, manteve o mesmo quadro, com necessidade de troca de camisolas por sudorese intensa e manutenção da hipotermia. Feito naloxona 80mcg por via endovenosa e aquecimento por convecção, com melhora rápida e significativa de todo o quadro. **Discussão:** Nos bloqueios de neuroeixo existem três principais mecanismos responsáveis pela diminuição da temperatura central corporal: a redistribuição de calor ocasionado pelo bloqueio simpático associado à vasodilatação, a perda da vasoconstrição termorregulatória e a redução do limiar de vasoconstrição e de tremores. A disseminação rostral da morfina pode causar interferência no centro termorregulatório hipotalâmico pela alteração no limiar de temperatura. Depressão respiratória, prurido, sonolência, náuseas e vômitos são efeitos colaterais conhecidos da morfina intratecal, entretanto, a hipotermia, mesmo que rara, deve ser diagnosticada como complicação do uso da morfina.

Palavras-chave: Hipotermia, morfina em neuroeixo, sudorese.

REFERÊNCIAS

1. Sayyid SS, Jabbour DG, Baraka AS. Hypothermia and excessive sweating following intrathecal morphine in a parturient undergoing cesarean delivery. Reg Anesth Pain Med. 2003;28(2):140-3. <http://dx.doi.org/10.1053/rapm.2003.50043>. PMID:12677625.
2. Bicalho GP, Castro CH, Cruvinel MG, Bessa Júnior RC. Sudorese profusa e hipotermia após administração de morfina por via subaracnoidea: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56(1):52-6. PMID:19468550.

788 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EFETIVA EM AMBIENTE PERIOPERATÓRIO

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, ARTUR SOUZA ROSA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS, JULIANA JORDAO NYITRAY, LUISA VILLELA BIAZON

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A comunicação efetiva é importante em todas áreas organizacionais, mais ainda quando se trata de ambiente hospitalar e cirúrgico, impactando diretamente na segurança do paciente – falhas de comunicação podem culminar em desfechos catastróficos. **Relato do caso:** Paciente C.S.A., feminino, 43 anos, hígida, em programação cirúrgica de artroplastia de ombro em posição de "cadeira de praia". Foram realizados avaliação pré-anestésica, *check-list* perioperatório pela equipe de enfermagem, anamnese resumida pela equipe de anestesiologia em sala e *time-out*. Iniciado anestesia com sedação, bloqueio periférico interescalênico, seguido de anestesia geral e intubação orotraqueal (Comarck-Lehane I, atraumática, sem intercorrências). Após intubação e checagem por capnografia, notou-se que a paciente não possuía o dente incisivo superior direito. Confirmado novamente com equipe de enfermagem sobre uso de prótese dentária, o qual a paciente negou. Prosseguiu-se o ato cirúrgico e, ao seu término, foi realizada extubação sem intercorrências. Ao despertar em sala de recuperação pós-anestésica, paciente pergunta a respeito do dente e explica que possuía um "dente removível" – informação confirmada por acompanhante; além de queixar-se de disfagia. Ao ser questionada a respeito da negação do uso de prótese dentária na avaliação anestésica/*check-list* perioperatório, refere não saber que seu "dente" se enquadrava como prótese dentária. A investigação teve continuidade com a realização de radiografia de tórax e abdome, nas quais não se visualizou nenhum corpo estranho pelos trajetos dos tratos respiratório e digestivo. Realizou-se então endoscopia digestiva alta, onde foi encontrada em esôfago proximal prótese transparente com dente único, sendo retirada em seguida. **Discussão:** Tal situação, apesar de não ter causado danos maiores, gerou transtornos evitáveis tanto para a paciente quanto para as equipes, e poderia ter desfecho desfavorável. Casos assim não são incomuns e poderiam ser evitados com uso de comunicação efetiva. Muitas vezes, o vocabulário que os profissionais da saúde consideram claro e efetivo não faz parte do léxico cultural e social do paciente. Por isso, devemos atentar à utilização de vocabulário simples e nos certificarmos de que a informação exposta foi devidamente compreendida, visando assegurar a segurança do paciente.

Palavras-chave: Comunicação efetiva, segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med. 2004;79(2):186-94. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200402000-00019>. PMID:14744724.

789 COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS APÓS USO DE OPIOIDE INTRATECAL EM CIRURGIA GINECOLÓGICA: UM RELATO DE CASO

MARIA CAMPOS PIRES, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, LUCAS SILVA CAMPOS, VIRGÍNIA MARTINS GOMES, VIVIANE DINIZ DE RESENDE

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O uso de morfina intratecal em cirurgias ginecológicas é extremamente comum e tem como objetivo modular o sinal nociceptivo de dor no mesencéfalo por vias descendentes do sistema nervoso central. Náuseas e vômitos são efeitos frequentemente observados após administração de opioides, porém a depressão respiratória é a complicação mais temida. **Relato do caso:** Feminino, 49 anos, 64 kg, história pregressa de Hipertensão Arterial Sistêmica, em uso de Indapamida. Menciona alergia a tramadol prévia, apresentando reação anafilática e permanência de uma semana no centro de terapia intensiva (relato de 3 paradas cardiorrespiratórias) há mais de 10 anos. Admitida eletivamente para histerectomia vaginal devido ao diagnóstico de distopia genital e rotura perineal. Feito bloqueio subaracnoideo, punção mediana em L3-L4, tentativa única com agulha quincke 27G com 100 mcg de morfina e 20 mg de bupivacaína hiperbárica sob sedação venosa com fentanil e midazolam. Ato sem intercorrências, com duração de 120 minutos, permaneceu por 2 horas na sala de recuperação pós-anestésica, recebendo alta para o leito, sonolenta, porém estável hemodinamicamente e escala de Bromage 0. Após 5 horas do bloqueio, apresentou quadro de hipotensão, sonolência, confusão mental e sinais de má perfusão periférica. Solicitada tomografia de crânio, tórax e abdome com resultados normais. Encaminhada ao centro de terapia intensiva, realizada ressuscitação volêmica e naloxona com melhora relativa dos sintomas. No dia seguinte, isto é, após 18 horas da raquianestesia, evoluiu novamente com hipotensão, tremores, vômito e sonolência. Administrado novamente naloxona, porém houve necessidade do uso de doses baixas de Noradrenalina para estabilização hemodinâmica. **Discussão:** Os fatores de risco para depressão respiratória pós-administração de opioides via intratecal incluem: maior de 65 anos, uso de morfina em doses altas (>300 mcg) e uso concomitante de opioides por outras vias. O tratamento de primeira linha para esta complicação é a naloxona. No caso de instabilidade hemodinâmica associada, outras hipóteses devem ser levantadas como reação anafilática perioperatórias por opioide, apesar de rara. Efeitos adversos são comumente mal interpretados e por isso a investigação em conjunto com o serviço de alergologia é necessária, principalmente se história prévia de alergia a outro opioide. A elucidação diagnóstica é essencial para evitar uma nova exposição ao fármaco.

Palavras-chave: Morfina intratecal, depressão respiratória, anafilaxia.

REFERÊNCIAS

1. Cosgrave D, Shanahan E, Conlon N. Intrathecal opioids. USA: World Federation of Societies of Anesthesiologists; 2017. p. 1-6. (ATOTW- Anaesthesia Tutorial of the Week; 347).
2. Pereira ARF, Brugnolli RM, Kalil J, Motta AA, Aun MV, Giavina-Bianchi P. Anafilaxia a morfina e tramadol: relato de caso. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(2):283-7. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20180032>.

791 BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA PARA O TRATAMENTO DE TEMPESTADE ELÉTRICA REFRAATÁRIA

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, CARLA DANIELE AMORIM SOUZA THYRSO DE LARA, CELSO SCHMALFUSS NOGUEIRA, JOÃO GARCIA, SERGIO RANGEL DE CARVALHO

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A tempestade elétrica é definida por 3 ou mais episódios de taquicardia ventricular (TV) ou fibrilação ventricular (FV) sustentados ou hemodinamicamente significativos em 24 horas. Em alguns casos, as arritmias persistem apesar do uso de antiarrítmicos e suporte circulatório mecânico, ou há contraindicação para ablação por cateter devido à instabilidade hemodinâmica. Evidências crescentes sugerem que o bloqueio do gânglio estrelado (BGE) pode reduzir o tônus simpático do miocárdio, sendo, por isso, uma terapia complementar no manejo de arritmias ventricular e tempestades elétricas. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 70 anos, tabagista, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença arterial coronariana com fração de ejeção reduzida, admitido em terapia intensiva após angioplastia coronariana com implantação de *stent* farmacológico em 1/3 médio distal em descendente anterior e 1/3 médio distal de coronária circunflexa. Apresentou seguidos episódios de fibrilação ventricular com deterioração hemodinâmica, no dia seguinte à angioplastia, sendo realizadas mais de 100 (cem) desfibrilações cardíacas em um único dia, definindo tempestade elétrica possivelmente de causa isquêmica. Paciente já estava com terapia farmacológica otimizada, com suporte hemodinâmico e ventilatório, sem resposta satisfatória. Solicitada avaliação à equipe de anestesiologia, que realizou, a beira-leito, o bloqueio do gânglio estrelado bilateral, com ropivacaína a 0,20%, 10 mL, a nível de C6, guiado por ultrassonografia. O sucesso da técnica foi conferido com a redução dos episódios de taquiarritmia logo após a realização do bloqueio. **Discussão:** O bloqueio do gânglio estrelado resulta, provavelmente, em remodelação neural periférica e central, levando à redução prolongada do tônus simpático. Por isso, apesar de os níveis plasmáticos de anestésico local se dissiparem em poucas horas após o bloqueio, a supressão da arritmia ventricular pode ser prolongada. Evidências crescentes demonstram que o BGE guiado por USG é eficaz no tratamento de taquiarritmias ventriculares recorrentes ou refratárias.

Palavras-chave: Bloqueio de gânglio estrelado, arritmia, anestesia regional.

REFERÊNCIAS

1. Ganesh A, Qadri YJ, Boortz-Marx RL, et al. Stellate Ganglion Blockade: an intervention for the management of ventricular arrhythmias. *Curr Hypertens Rep.* 2020;22(12):100. <http://dx.doi.org/10.1007/s11906-020-01111-8>. PMID:33097982.
2. Wittwer ED, Radosevich MA, Ritter M, Cha YM. Stellate ganglion blockade for refractory ventricular arrhythmias: implications of ultrasound-guided technique and review of the evidence. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2020;34(8):2245-52. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2019.12.015>. PMID:31919004.

793 ANESTESIA PARA ADRENALECTOMIA BILATERAL EM PACIENTE COM FEOCROMOCITOMA

ANA BEATRIZ TAVARES DOS SANTOS, ANTONIO FELIPE DE OLIVEIRA REGO SEGUNDO, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES, WAGNER DE PAULA ROGERIO, ZÊNIA FEITOSA OLIVEIRA

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM2) é uma doença autossômica dominante com prevalência estimada de 1 por 30.000 na população geral. É caracterizada por câncer medular de tireoide (CMT), feocromocitoma e hiperplasia primária da paratireoide. Devido à raridade do feocromocitoma, a maioria dos dados sobre seu manejo anestésico e resultados perioperatórios são de grande relevância para adequação da programação anestésica, sendo esse o objetivo do relato em questão. **Relato do caso:** Paciente 40 anos, feminino, 83 kg, ASA II, Goldman I, com programação cirúrgica de adrenalectomia bilateral videolaparoscópica após diagnóstico de NEM2 (carcinoma medular de tireoide + feocromocitoma bilateral). Em uso de prazosin 1 mg/dia. Sem sinais preditivos de via aérea difícil. Alérgica a paracetamol. ECG, raio X de tórax sem alterações significativas, exames laboratoriais com hipocalcemia leve. Realizada dexmedetomidina 75 mcg pré-anestésica, seguida de punção arterial invasiva e acesso venoso central em veia subclávia direita. Bloqueio em espaço peridural pela técnica de Dogliotti com 3ml de lidocaína sem vasoconstritor e passagem de cateter peridural. Pré-oxigenação e indução venosa com sulfato de magnésio 2 g, lidocaína 140 mg, propofol 80 mg, rocurônio 50 mg, remifentanil 0,3 mcg/kg/min em BIC e dexmedetomidina 0,4 mcg/kg/min em BIC. Intubação orotraqueal com tubo n° 7,5 com cuff. Manutenção anestésica com sevoflurano. Modo ventilatório em ventilação controlada a volume. Paciente manteve-se hemodinamicamente estável durante o procedimento. Administrada hidrocortisona 100 mg. Encaminhada à UTI em IOT, onde foi realizada reposição de potássio, sem demais intercorrências. Alta da UTI em bom estado geral dois dias após procedimento cirúrgico. **Discussão:** A abordagem do paciente com diagnóstico de NEM2A no contexto perioperatório deve ser cuidadoso. O dano ao sistema cardiovascular tem maior impacto nos resultados e pode ser um efeito do excesso de catecolaminas. Logo, deve existir um planejamento tanto em relação à técnica utilizada quanto aos medicamentos, por exemplo, a cetamina deve ser evitada devido às propriedades simpaticomiméticas e ao potencial de exacerbar a hipertensão e as arritmias, enquanto o magnésio pode ser útil para pacientes com arritmias associadas ao feocromocitoma, que são intolerantes a betabloqueadores. Assim, é importante a discussão de casos raros para melhoria de seus resultados, diminuindo sua morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: NEM2, adrenalectomia, feocromocitoma.

REFERÊNCIAS

1. Lips CJ, Ball DW. Clinical manifestations and diagnosis of multiple endocrine neoplasia type 2. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-multiple-endocrine-neoplasia-type-2>
2. Akhtar S. Anesthesia for the adult with pheochromocytoma. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-the-adult-with-pheochromocytoma>

794 ANESTESIA EM PACIENTE COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO DE ORIGEM PARANEOPLÁSICO

MORGANA JUNQUEIRA VILELA, NÁDIA MUNHOZ PONCE

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) define-se como um trombo formado no sistema venoso, que se desprende e atinge as cavidades direitas do coração (artéria pulmonar ou um de seus ramos). O TEP maciço compromete mais de 50% da vasculatura arterial pulmonar. Dispneia e dor torácica são os sintomas mais notáveis. Em pacientes oncológicos, células neoplásicas liberam fatores pró-coagulantes e ativadores plaquetários, os quais aumentam o risco de trombose venosa profunda (TVP) em 10 a 20% e TEP 4 a 10%, potencializando a tríade de Virchow. **Relato do caso:** Masculino, 33 anos, IMC 27kg/m², admitido com quadro de dor torácica, tosse, dispneia progressiva e expectoração hemoptoica há 01 mês. Angiotomografia de tórax demonstrou presença de TEP maciço, extensas falhas de enchimento em artéria pulmonar central e lobares bilateralmente, associado a múltiplos nódulos pulmonares. Ao ecocardiograma transtorácico apresentava sinais de hipertensão pulmonar. Constatada nodulação testicular à direita e marcadores tumorais (possível sítio primário). Recebeu anticoagulação plena durante 15 dias, para posterior realização de orquiectomia. No dia da cirurgia, saturação de oxigênio 98%, ritmo sinusal, FC 90bpm, PANI 140 mm × 80 mmHg, venóclise em membro superior esquerdo com cateter 14G. Sedação com fentanil 50 mcg, PAI artéria radial esquerda com abocath 20. Raquianestesia, punção mediana e única, espaço L3/L4, agulha 26G quincke, líquido claro, sob técnica asséptica, com bupivacaína isobárica 12 mg e morfina 80mcg. Após instalação efetiva do bloqueio, paciente iniciou com dispneia e dor torácica, associado a aumento de FC 120bpm e PAM 110mmHg. Iniciada nitroglicerina em BIC, 5mcg/minuto, por 15 minutos, com melhora PAM 90mmHg, FC 100bpm e clínica. **Discussão:** Ato cirúrgico transcorreu sem intercorrências. Alta hospitalar após 48 horas de pós-operatório com rivaroxabana. Nos pacientes oncológicos, devido ao aumento do fator X ativado e da tromboplastina tecidual e redução da capacidade fibrinolítica, o quadro de TEP torna-se mais propenso a ocorrer. O diagnóstico pode ser feito através de angiografia pulmonar computadorizada. A abordagem terapêutica inicial tem por objetivo a estabilidade clínica e hemodinâmica, oferecendo suporte farmacológico e ventilatório. A heparina não fracionada por via intravenosa é a abordagem terapêutica de eficácia. A incidência de TVP difere entre anestesia regional e geral, pelos efeitos sobre o fluxo sanguíneo nas extremidades inferiores medidos na artéria femoral: reduzido em 40% durante a anestesia geral.

Palavras-chave: Tromboembolismo pulmonar maciço, trombo paraneoplásico, instabilidade hemodinâmica.

REFERÊNCIAS

1. Pimenta KB, Nunes BC. Embolia pulmonar na sala de cirurgia: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52(2):236-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942002000200012>. PMID:19475219.
2. Barbosa MAO, Oliveira DC, Barbosa AT, Pavanello R. Tratamento do tromboembolismo pulmonar maciço por fragmentação percutânea do trombo. Arq Bras Cardiol. 2007;88(3):279-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007000300005>.
3. Caramelli B, Gottschall CAM, Blacher C, et al. Diretriz de Embolia Pulmonar. Arq Bras Cardiol. 2004;83(Supl 1):1-8. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2004002000001>.

795 ANESTESIA COM REDUÇÃO DE OPIOIDE EM CIRURGIA MAMÁRIA

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, ALINE CRISTINA BARBOSA SIQUEIRA, BARBARA ISABELA RIBEIRO WEBERLING, GUILHERME IRIBARREM NOGUEIRA, SERGIO RANGEL DE CARVALHO

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: A anestesia no paciente oncológico é um desafio sob vários aspectos. Questiona-se como as técnicas anestésicas podem influenciar na evolução desses pacientes. **Relato do caso:** LM, 47 anos, 76 kg, submetida a quadrantectomia mamária esquerda, com linfadenectomia axilar e reconstrução da mama. Realizada anestesia geral combinada, indução com infusão alvo-controlada de remifentanil (5 ng/mL), propofol (2 mg/kg) e rocurônio (0,8 mg/kg). Manutenção da anestesia realizada com sevoflurano 1,8 CAM e remifentanil (2 ug/mL). Após indução, realizado bloqueio regional com US, com a combinação de anestésicos locais (AL) - ropivacaína a 0,2% + lidocaína com vasopressor a 1%. Injetado AL entre as fâscias dos músculos peitoral maior e peitoral menor - PEC I (15 mL) e entre os músculos peitoral menor e serrátil - PEC II (20 mL). Durante o intraoperatório, os sinais vitais permaneceram dentro dos 20% dos valores basais pré-operatórios, sem necessidade de novos *bolus* de opioides ou vasopressores. O tempo de recuperação anestésica e extubação foi entre 8 e 10 minutos. Os dados da analgesia no pós-operatório foram coletados com a Escala Visual Analógica (VAS) na SRPA e durante visita pós-anestésica. A avaliação foi VAS=0 (VAS: 0=sem dor, 10=pior dor imaginável). Após 24 horas, a paciente recebeu alta hospitalar, sem necessidade de analgesia de resgate com opioides no período de internação. **Discussão:** O uso de opioides tem sido questionado para pacientes oncológicos devido ao potencial efeito imunossupressor. Outras recomendações de técnicas poupadoras de opioides ou *opioid-free* são baseadas no risco elevado de adicção, desenvolvimento de hiperalgesia, íleo paralítico e depressão respiratória. Os benefícios da anestesia regional baseiam-se na modulação da resposta neuroendócrina e na redução no consumo de opioides. Os bloqueios torácicos guiados por USG requerem uma técnica simples e rápida, abrangem vários dermatomos e axila com apenas duas injeções e podem ser executados em pacientes sob anestesia geral. No caso observado, houve satisfação da paciente e equipe com a técnica escolhida, além de ausência de complicações relacionadas ao bloqueio ou necessidade de opioides complementares no pós-operatório.

Palavras-chave: Anestesia em oncologia, quadrantectomia.

REFERÊNCIAS

1. Rangel FP, Simões CM, Auler JOC Jr. Anestesia no paciente oncológico: as técnicas e agentes anestésicos podem influenciar o desfecho destes pacientes? Uma revisão narrativa. Rev Med (São Paulo). 2020;99(1):40-5. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i1p40-45>.

796 CUIDADOS ANESTÉSICOS EM CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MENINGOMIELOCELE ROTA PÓS-CESARIANA: UM RELATO DE CASO

GUTEMBERG ALVES DA SILVA FILHO, AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO, FRANCISCO SAVIO ALVES ARCANJO, JOÃO LUCAS FERREIRA LINHARES, RAFAEL FEITOSA DE MENEZES

CET DR. OZIEL DE SOUZA LIMA - HOSPITAL SEDE: STA. CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL - UFC, SOBRAL, CE, BRASIL

Introdução: A cirurgia fetal para correção de meningomielocle (MMC) é uma prática vivenciada em escassos centros especializados. Devido a isso, emergências neurocirúrgicas como a meningomielocle rota para abordagem pós-parto constitui-se um problema de saúde pública vivenciado em alguns centros. O presente relato visa descrever, um caso de anestesia para correção de MMC rota, destacando-se a importância da neuroproteção¹. **Relato do caso:** Paciente recém-nascido (RN) termo de 39 semanas, 49cm de comprimento, perímetro cefálico e torácico de 33,5cm, nascido de parto cesariano escore APGAR 9/10 com peso de 3.090 g, apresentando quadro de espinha bífida com meningomielocle lombosacral rota, mostrando sinais radiológicos repercussão intracraniana. A gestante foi encaminhada para o serviço para realização da cesariana e correção da mielomeningocele. Logo após o nascimento, foi realizada cateterização umbilical, coberto o local do placódio com compressas umedecidas, e o RN foi encaminhado para realizar cirurgia de correção em sala operatória adjacente. A monitorização padrão foi feita com oximetria de pulso, eletrocardiograma, pressão arterial não invasiva; a indução anestésica foi realizada em decúbito dorsal com uma esponja em forma de anel utilizada para evitar compressão da hérnia, foram administrados propofol 10 g + fentanil 3 mcg + escetamina 3 mg, e procedida intubação orotraqueal sob laringoscopia direta com tubo 2.5 sem cuff. O procedimento cirúrgico foi realizado sem intercorrências. **Discussão:** O presente relato visa destacar a importância de a equipe anestésica cirúrgica estar preparada para abordar com celeridade, bem como o enfoque na neuroproteção do recém-nascido com MMC rota. Destacam-se medidas como o cuidado para evitar contaminação, ressecamento ou lesão de estruturas expostas durante a indução da anestesia. É importante também buscar patologias associadas, como hidrocefalia e aumento da pressão intracraniana geralmente presentes². A escolha da estratégia indução anestésica deve ser feita com cautela, podendo ser realizada em decúbito lateral ou mais comumente em decúbito dorsal, com uma esponja em forma de anel para apoiar e aliviar a pressão da hérnia.

Palavras-chave: Meningomielocle, Emergências pediátricas, Neuroanestesiologia

REFERÊNCIAS

1. Ozyurt G, Basagan-Mogol E, Bilgin H, Tokat O. Spinal anesthesia in a patient with severe thoracolumbar kyphoscoliosis. *Tohoku J Exp Med.* 2005;207(3):239-42. <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.207.239>. PMID:16210836.
2. Brusseau R, McCann ME. Anaesthesia for urgent and emergency surgery. *Early Hum Dev.* 2010;86(11):703-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.08.008>. PMID:20952136.

798 USO DE DEXMEDETOMIDINA INTRANASAL EM CRIANÇA SUBMETIDA A RADIOTERAPIA

FELIPE SOUZA THYRSO DE LARA, BARBARA ISABELA RIBEIRO WEBERLING, EVALDO GOMES FERREIRA FILHO, GUILHERME IRIBARREM NOGUEIRA, JOSÉ CAIO DOS SANTOS

CET EM ANEST.ST.CASA DE SANTOS - HOSPITAL SEDE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

Introdução: Muitos procedimentos e exames de imagem em crianças requerem analgesia e sedação fora do centro cirúrgico. A dexmedetomidina (DEX) é um agonista seletivo no receptor α_2 , com efeitos sedativos, ansiolíticos e analgésicos. A sedação deve-se aos efeitos no locus cerúleos, produzindo nível de consciência que imita o sono natural. A administração intranasal (IN) da DEX é uma via menos invasiva, que apresenta um risco menor de depressão respiratória e alterações hemodinâmicas na população pediátrica. **Relato do caso:** E.S., feminino, 4 anos, 15 kg, submetida à exérese de neuroblastoma há 6 meses, em tratamento adjuvante com radioterapia, quinzenalmente com duração de 45 minutos por sessão. Procedimento realizado com necessidade de imobilidade, garantida por máscara de material termoplástico anatômica para paciente. Após admissão realizada monitorização na sala pré-anestésica e ansiólise com midazolam oral, 8 mg. Posteriormente, aspirado 45 mcg de dexmedetomidina. Instilado conteúdo da seringa na narina direita com dispositivo de teflon (abocath n 22G). Após 20 minutos, deu entrada em sala, sonolenta, despertável aos chamados, com uma pontuação de RASS-2 na escala de sedação. Acoplada máscara para imobilidade e monitorização com oximetria de pulso. Durante o procedimento, permaneceu imóvel, mantendo respiração espontânea, sem necessidade de O₂ suplementar, mantendo SpO₂ >98%. Ao término da sessão, encontrava-se despertável, calma e colaborativa, permaneceu no colo da mãe na SRPA por 30 minutos. Manteve sinais vitais estáveis e recebeu alta após o período. **Discussão:** A DEX IN resolve o problema de obtenção de acesso intravenoso e a prática vem ganhando notoriedade por diminuição do estresse emocional relacionado à via de administração. Neste caso, observamos nível de sedação adequada, sem repercussão hemodinâmica ou eventos adversos. Não houve aumento no tempo de despertar, necessidade de complementação da dose ou associação de técnicas mais invasivas. Consideramos a técnica anestésica satisfatória e segura para essa paciente e o procedimento realizado.

Palavras-chave: Dexmedetomidina, anestesia pediátrica, radioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Behrle N, Birisci E, Anderson J, Schroeder S, Dalabih A. Intranasal dexmedetomidine as a sedative for pediatric procedural sedation. J Pediatr Pharmacol Ther. 2017;22(1):4-8. <http://dx.doi.org/10.5863/1551-6776-22.1.4>. PMID:28337075.

799 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM EPIDERMÓLISE BOLHOSA – RELATO DE CASO

CLARA ALVIM MOREIRA, FLORICE LUIZA LIBERATORI VELASQUES DE SOUZA, GERALDO AUGUSTO DE MELLO SILVA, MARCELA VERISSIMO ROCHA, MELLISSA ALEIXO MACHADO

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Epidermolise bolhosa consiste em um grupo de doenças genéticas raras, caracterizadas pelo acometimento extenso da pele e mucosas e o envolvimento de múltiplos órgãos que se tornam friáveis e sangrativos, devendo-se ter especial cuidado com adesivos na pele e a monitoração do paciente. Como pode haver o envolvimento da via aérea, esta patologia pode representar um desafio para o anestesiológico. **Relato do caso:** Feminina, 12 anos, 34 kg, ASA I. Nega alergias. Submetida a C/C de sinequias em 3º e 5º quirodáctilos direitos. Optou-se pela anestesia geral balanceada com midazolam (2 mg) + fentanil 50 mcg + lidocaína 40 mg + propofol 100 mg + rocurônio 35 mg IV, seguido de IOT (5 mm com cuff) sob videolaringoscopia direta e manutenção com sevoflurano 2%. Associou-se, então, bloqueio axilar direito ecoguiado com injeção de ropivacaína 0,3% (10 mL). Após quatro horas de cirurgia, foi administrado sugammadex (100 mg) + flumazenil (0,15 mg) + dipirona (1 g) + ondansetrona (4 mg) IV para o despertar da paciente, que ocorreu sem nenhuma intercorrência. Paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, tendo alta hospitalar em 24 horas. **Discussão:** Dentre as complicações anestésicas da epidermolise bolhosa, destaca-se o cuidado com o uso de adesivos e a abrasão da pele e mucosas, que pode gerar sangramentos e infecções. Além disso, cardiomiopatia dilatada ou insuficiência cardíaca também podem estar associadas em até 30% dos casos. A epidermolise bolhosa aumenta quantitativamente a produção de tecido de granulação, proporcionando a formação de bolhas, erosões e edema de vias aéreas, o que contribui para que esses pacientes sejam considerados como potencial via aérea difícil. Portanto, o manejo perioperatório desses pacientes requer considerações especiais, como uma avaliação pré-anestésica minuciosa, buscando identificar possíveis complicações anestésicas e um planejamento adequado da anestesia

Palavras-chave: Epidermolise bolhosa, pediatria, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Mittal BM, Goodnough CL, Bushell E, et al. Anesthetic management of adults with Epidermolysis Bullosa. *Anesth Analg.* 2022;134(1):90-101. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000005706>.

800 ANESTESIA E TATUAGEM: O QUE HÁ DE NOVO?

GABRIELA DIAS CAVALCANTI, GUILHERME BRAZÃO, MARIANA DE OLIVEIRA GOMES, RONALDO ANTONIO DA SILVA, VICTOR RIBEIRO DA PAIXÃO

CET DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL – IAMSPE – SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O termo tatuagem deriva do taitiano *Ta tatau*, que significa apropriado, equilibrado e adequado. A técnica consiste em depositar pigmento de tinta ao longo de toda a trilha da agulha através da epiderme na derme. A anestesia regional é usada para controle da dor primária durante ou após a cirurgia, para tratar estados de dor crônica ou para diminuir a dor do trabalho de parto. **Objetivos:** Compreender a relação entre procedimentos anestésicos e tatuagens, focando nas suas repercussões nos pacientes para sua melhor abordagem. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática a partir das bases de dados *on-line* do PubMed e ScienceDirect, no período de dezoito anos, entre 2002 e 2020. Para a pesquisa nos bancos de dados, foram utilizados os seguintes termos: tattoo, anesthesia, skin ink, epidural. A busca resultou na seleção de 7 artigos, selecionados de acordo com a relevância do assunto. **Resultados e discussão:** A inserção da agulha através da pele tatuada pode levar a um risco teórico da perfuração, na qual as células epidérmicas presas em uma agulha oca podem ser transferidas para tecidos mais profundos. Existe apenas 1 relato de uma paciente que apresentou dor e queimadura após a realização da raquianestesia sobre a área com tatuagem. Em um estudo realizado com coelhos, demonstraram-se alterações inflamatórias agudas nas meninges com evolução para aracnoidite adesiva. Houve ainda um relato único de três pacientes que desenvolveram atrofia muscular adjacente a tatuagens com padrões de eletromiografia indicando possível envolvimento do plexo braquial. **Conclusão:** Desde que essas tatuagens sejam normais sem inflamação, elas não devem ser motivo de preocupação. O anestesiológico não deve recusar técnicas neuroaxiais de pacientes com tatuagens na parte inferior das costas. É prudente, para evitar esse risco teórico, evitar a punção através da tatuagem, seja selecionando um interespaço vertebral diferente, seja usando uma abordagem paramediana ou encontrando um ponto de pele livre de pigmento dentro da área da tatuagem.

Palavras-chave: Tatuagem, anestesia, espaço epidural.

REFERÊNCIAS

1. da Silva RA, Ferraz IL, Zuza RS, et al. Can an inflammatory reaction in the meninges, caused by spinal puncture through tattooed skin, evolve into adhesive arachnoiditis? An experimental model in rabbits. *Reg Anesth Pain Med*. 2019 Mar;44(3):355-359. <http://dx.doi.org/10.1136/rapm-2018-100085>. PMID: 30635505.
2. Houhoulis K, Lewis K, Fasone R, Benham BE. Tattoos and administration of regional anesthesia. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(10):48-63. <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003153>. PMID:27846115.
3. Kluger N, Sleth J-C. Tattoo and epidural analgesia: rise and fall of a myth. *Presse Med*. 2020;49(4):104050. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2020.104050>. PMID:32768613.

802 USO DE ULTRASSONOGRAFIA A BEIRA-LEITO EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO E PNEUMOTÓRAX: RELATO DE CASO

GABRIELLE FOPPA RABAIOLI, AMANDA GOMES FONSECA, DANIEL DUARTE NORA, GABRIEL PIRES ALVES, SHEYLA FABIANE SANTINON

CET IPMMI-HOSP. MAT. MARIETA K. BORNHAUSEN - HOSPITAL SEDE: IPMMI-HOSP. MAT. MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL

Introdução: O uso da ultrassonografia (USG) tornou-se uma importante ferramenta para o anestesiológico nos dias atuais, principalmente para avaliação a beira-leito (Point of Care Ultrassound POCUS). A aplicabilidade do POCUS no contexto da anestesiologia vem se difundindo por ser um método de fácil aplicabilidade e com diversas possibilidades de diagnósticos. **Relato do caso:** Sem dados para informar, ASAIIIE, vítima de politrauma de alta cinemática bicicleta x caminhão com trauma abdominal fechado e fratura de falange distal. Chega ao centro cirúrgico para realização de fixação de falange, sem outros diagnósticos. Apresentava sinais de confusão mental, desorientação e rebaixamento do nível de consciência, escala de Glasgow 11, dispnéica. Sinais vitais na admissão: FC 54bpm, PA 74 x 54 mmHg, Sat 94% em ar ambiente, com murmúrio vesicular diminuído em base esquerda. Apresentava queda em 3 pontos da hemoglobina na última hora. Realizado protocolo e-FAST pela equipe de anestesiologia com detecção de líquido livre em janela hepatorenal e diagnóstico de pneumotórax à esquerda pelo USG pulmonar. Indução anestésica em sequência rápida (alfentanil + ketamina + etomidato + succinil) e toracostomia com drenagem em selo d'água pela equipe de cirurgia geral, bem como alteração de conduta, indicando laparotomia exploradora pela equipe da cirurgia geral com saída de aproximadamente 2000 mL sangue em cavidade abdominal e esplenectomia por laceração do baço. **Discussão:** Sabe-se que há acurácia de 95%, sensibilidade de 85% e especificidade de 96% na detecção de líquido livre na cavidade abdominal através da utilização do protocolo FAST (Focused Assesment Sonography Trauma) para pacientes de alto risco para laparotomia exploradora. No contexto do pneumotórax, podemos citar alguns critérios clássicos para diagnóstico: a não visualização da movimentação pulmonar com a respiração, ausência de visualização das linhas B e a presença do chamado "ponto pulmonar", que representa a visualização do pulmão aerado se expandindo no local do pneumotórax. Ao modo M da USG, o local do pneumotórax demonstra múltiplas bandas horizontais de artefatos hiperecoicos causados pela ausência de movimentação pulmonar, o que mimetiza um código de barras. O uso do USG no cenário crítico hospitalar mostra-se de extrema importância quanto à possibilidade diagnóstica, melhora do desfecho clínico do paciente e sua aplicabilidade cada vez mais difundida dentre o cenário da anestesiologia.

Palavras-chave: Ultrassonografia, politraumatizado, FAST.

REFERÊNCIAS

1. Wongwaisayawan S, Suwannanon R, Sawatmongkorngul S, Kaewlai R. Emergency thoracic US: the essentials. *Radiographics*. 2016;36(3):640-59. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2016150064>. PMID:27035835.
2. Novitch M, Prabhakar A, Siddaiah H, et al. Point of care ultrasound for the clinical anesthesiologist. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2019;33(4):433-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2019.06.003>. PMID:31791562.

804 ANESTESIA VENOSA MULTIMODAL E BLOQUEIO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA EM LACTENTE DE DEZ MESES COM NEUROBLASTOMA

GABRIELA QUEIROZ AMORELLI GONZAGA, ANA KATARINA SAMPAIO BRANDÃO, JORGE CAMPELLO JÚNIOR, RODRIGO BELLINASSO

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O neuroblastoma é o tumor mais prevalente em lactentes, sendo a glândula adrenal o sítio mais comum. Este relato apresenta a associação da técnica venosa total e bloqueio do plano eretor da espinha durante a cirurgia de ressecção do tumor. **Relato do caso:** Paciente ASA II, 10 meses, 14 kg, com tumor na glândula adrenal direita. Submetido à adrenalectomia direita e linfadenectomia retroperitoneal, em 4 horas de cirurgia. Monitorado com cardioscópio, pressão arterial invasiva e não invasiva, oxímetro de pulso, índice bispectral, débito urinário e temperatura retal. A indução anestésica foi realizada com infusão venosa contínua de propofol 10 mg/kg/h, concomitantemente a uma solução visando bloqueio simpático venoso (BSV) composta de lidocaína 1 mg/kg/h, cetamina 0,5 mg/kg/h e dexmedetomidina 0,5mcg/kg/h, em bomba infusora a 12,5 mL/h, e 20 mg de rocurônio. O paciente foi intubado e submetido à ventilação mecânica, em modo PCV. Manutenção anestésica: propofol 1% 10 a 30 mg/kg/min, guiado pelo índice bispectral e a solução supracitada mantida em 12,5 mL/h. Tendo em vista a analgesia pós-operatória, ao final da cirurgia foi realizado bloqueio guiado por ultrassom ao nível de T5, com infiltração de bupivacaína a 0,25% 10ml entre o músculo eretor da espinha e o processo transverso. Não houve uso de opioides no ato anestésico. A extubação ocorreu em sala e o paciente foi transferido para o CTI PED com a infusão do BSV a 4ml/h, descontinuada após 12h do fim da cirurgia. No 1º dia de pós-operatório (DPO), houve retorno da amamentação, sem queixas algícas ou necessidade de opioide para resgate. A analgesia pós-operatória também foi mantida com dipirona 500 mg 6/6h. Alta do CTI no 6º DPO. **Discussão:** A escolha da técnica anestésica em lactentes prioriza a segurança, que advém da habilidade de trabalhar com os fármacos disponíveis, individualizado para cada paciente. Nesse sentido, a anestesia venosa multimodal preconiza o controle da dor em suas quatro fases, sendo elas: modulação; percepção; transmissão e transdução. No cenário do paciente oncológico, é observada uma redução da incidência de náuseas e vômitos com o uso dessa técnica, além de possibilitar um despertar com menos agitação e menor incidência de delirium. Diante desses fatos, é possível reduzir o consumo de opioides e minimizar seus efeitos colaterais, além de acelerar a recuperação pós-operatória, permitindo que o paciente oncológico retorne para o tratamento precocemente.

Palavras-chave: Anestesia venosa, bloqueio do plano eretor da espinha, neuroblastoma.

REFERÊNCIAS

1. Anderson BJ, Bagshaw O. Practicalities of total intravenous anesthesia and target-controlled infusion in children. *Anesthesiology*. 2019;131(1):164-85. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002657>. PMID:30920966.
2. Steur RJ, Perez RS, De Lange JJ. Dosage scheme for propofol in children under 3 years of age. *Paediatr Anaesth*. 2004;14(6):462-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2004.01238.x>. PMID:15153207.

805 MANEJO ANESTÉSICO NO IMPLANTE DE ESTIMULADOR CEREBRAL PROFUNDO (DBS) EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON AVANÇADA: RELATO DE CASO

LEONARDO COUTINHO VEIGA, IGOR DUQUE GONÇALVES DA SILVA, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A doença de Parkinson é uma condição degenerativa dos neurônios produtores de dopamina nos gânglios da base, caracterizada clinicamente por bradicinesia, rigidez e tremor de repouso. A estimulação cerebral profunda (DBS) é uma técnica cirúrgica cada vez mais aplicada para reduzir os sintomas cardinais, especialmente o tremor, permitindo melhoria da qualidade de vida. Por ser necessária a cooperação do paciente durante grande parte do procedimento, bem como drogas que não falseiem os sintomas a serem observados, a escolha da técnica anestésica tem influência direta no resultado. **Relato do caso:** Paciente masculino, 48 anos, 85 kg, 1,81 m, doença de Parkinson avançada, HAS, boa abertura bucal, Mallampati II, mobilidade de pescoço reduzida a hiperextensão, indicado cirurgia para implante de DBS. O manejo anestésico foi realizado, inicialmente, com sedação consciente através do uso de dexmedetomidina 0,3 mcg/kg/h iv, oxigênio suplementar sob cateter nasal a 2 L/min e infiltração local com ropivacaína 0,3% 15 mL nos pontos de inserção do suporte craniano de Mayfield, enquanto o paciente era posicionado. Em seguida, na ausência de sedativos, o paciente manteve-se acordado, cooperativo e clinicamente estável durante todos os testes neurológicos realizados. No terceiro momento, para o implante do gerador após posicionamento adequado do estimulador cerebral, optou-se por conversão para anestesia geral, sendo realizada indução com 120 mg de propofol iv, 200 mcg de fentanil iv e 50 mg de rocurônio iv, IOT sob videolaringoscopia com TOT aramado 7.5 mm e manutenção realizada com sevoflurano 2%. Analgesia adjuvante com dipirona 2 g e profilaxia antiemética com ondansetrona 8 mg. Ao término da cirurgia houve a reversão do bloqueador neuromuscular com sugamadex de acordo com o TOF, despertar sem intercorrências. **Conclusão:** A anestesia para esse tipo de procedimento assume algumas características peculiares, tendo em vista as etapas do procedimento e consciência do paciente para melhores resultados. Dentre os fármacos, temos que a dexmedetomidina, pelo efeito agonista alfa-2, reduz a resposta adrenérgica, mantendo o paciente cooperativo e com a via aérea patente, o que é de fundamental importância pelo posicionamento da cabeça no fixador. Além disso, para reduzir as chances de falsear o mapeamento da área cerebral com os eletrodos, optamos por não usar fármacos agonistas GABA, como propofol e benzodiazepínicos, mantendo a precisão na análise neurológica.

Palavras-chave: DBS.

REFERÊNCIAS

1. Chui J, Alimiri R, Parrent A, Craen RA. The effects of intraoperative sedation on surgical outcomes of deep brain stimulation surgery. *Can J Neurol Sci.* 2018;45(2):168-75. <http://dx.doi.org/10.1017/cjn.2017.269>. PMID:29237514.
2. Martinez-Simon A, Alegre M, Honorato-Cia C, et al. Effect of dexmedetomidine and propofol on basal ganglia activity in parkinson disease: a controlled clinical trial. *Anesthesiology.* 2017 Jun;126(6):1033-42. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000001620>. PMID: 28492384.

806 EDEMA PULMONAR POR PRESSÃO NEGATIVA: UM RELATO DE CASO EM PACIENTE JOVEM APÓS ANESTESIA GERAL

PATRICIA CID, BEATRIZ LIN CARBONE, FLAVIA SCHULTHAIS DA SILVA, MARINA LORDELO BORBA, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO

HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Edema pulmonar por pressão negativa (EPPN) é um tipo de edema pulmonar não cardiogênico após esforço inspiratório contra via aérea obstruída, criando pressão intratorácica negativa. Mais comum em quadros de laringoespasma e obstrução mecânica durante extubação^{1,2}. Por ser causa rara de edema pulmonar, há subnotificação e comprometimento no diagnóstico e tratamento, gerando riscos para o paciente. **Relato do caso:** C.S.F., 26 anos, sexo feminino, deu entrada no hospital com diagnóstico de gestação ectópica. Paciente ASA I, sem preditores de via aérea difícil. Indução anestésica e intubação sem intercorrências. Ao término, interrompidas drogas anestésicas, revertido bloqueio neuromuscular, aspiradas vias aéreas e, no despertar, paciente agitou e teve mordedura em tubo, com dificuldade em extubação e dessaturação. Feito resgate com ventilação sob máscara facial com pressão positiva e nova dose de reversor de bloqueio neuromuscular com aumento de saturação seguida de tosse com secreção rósea e hemoptóicos e ausculta com crepitações bibasais. Após estabilização, encaminhada para unidade intensiva. Realizados exames laboratoriais e radiografia de tórax mostrando infiltrado intersticial difuso bilateral. Iniciada fisioterapia respiratória com uso de ventilação não invasiva e diuréticos, desmame progressivo de oxigênio e melhora em 24 horas seguida de alta para enfermaria. **Discussão:** O caso mostra uma complicação incomum, porém potencialmente grave, manifestada tanto com uso de máscara laríngea quanto tubo endotraqueal, em geral após laringoespasma ou obstrução mecânica das vias aéreas¹. A fisiopatologia do EPPN é dada por pressão intrapleural negativa, com aumento no retorno venoso, na circulação pulmonar e pressão hidrostática pulmonar, gerando infiltrado intersticial. Outro fator é a resposta adrenérgica após esforço inspiratório, que aumenta a resistência vascular pulmonar³. Os principais sinais e sintomas incluem hipóxia, tosse com secreção rósea, hemoptise e dificuldade respiratória. Complicações graves podem gerar depressão cardíaca, acidose metabólica e hipóxia¹. O tratamento inicial consiste em suporte com ventilação com pressão positiva e suplementação de oxigênio e uso de diuréticos de forma secundária. Após estabilização, são utilizadas medidas de fisioterapia respiratória e é esperada melhora em 24 a 48 horas. A alta suspeição clínica e medidas de suporte rápidas são fatores determinantes para a evolução favorável do paciente.

Palavras-chave: Edema pulmonar por pressão negativa, anestesia geral, obstrução mecânica.

REFERÊNCIAS

1. Guru PK, Agarwal A, Pimentel M, McLaughlin DC, Bansal V. Postoperative pulmonary edema conundrum: a case of negative pressure pulmonary edema. *Case Rep Crit Care*. 2018;2018:1584134. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/1584134>. PMID:30345119.
2. Zhang Q, Vayalumkal J, Ricely J, Elrod S, Raza A. The awareness of negative pressure pulmonary edema in the medical intensive care unit. *Cureus*. 2020;12(9):e1025. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.10251>. PMID:33042690.
3. Silva LAR, Guedes AA, Salgado MF FO, et al. Negative pressure pulmonary edema: report of case series and review of the literature. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69(2):222-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2018.11.005>. PMID:30591273.

807 LINFOGRAFIA PARA CORREÇÃO DE LESÃO DE DUCTO TORÁCICO

LUIZ HENRIQUE TEIXEIRA DE SABOIA, GUILHERME MORATTI GILBERTO, LUIZ GUILHERME VILLARES DA COSTA, MARIELLI CONDE DIAS, RODRIGO GOBBO GARCIA

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A ocorrência de quilotórax, quilo-pericárdio ou outros acúmulos de conteúdo linfático são complicações que ocorrem em pacientes submetidos a cirurgias de tórax, cirurgias de cabeça e pescoço ou ainda cirurgias cardíacas, cuja principal causa é a lesão do ducto torácico, responsável pela drenagem da linfa para a circulação sistêmica. Especificamente em correções de cardiopatias congênitas, essas condições podem variar entre 1,5-4,7%. **Relato do caso 1:** ESV, sexo masculino, 3 anos de idade, pós-operatório tardio de Fontan e Glenn, apresenta quadro recorrente de quilotórax com múltiplas drenagens e quadros de infecção pulmonar. Foi indicado fechamento de ducto torácico por procedimento minimamente invasivo. Optado por anestesia geral, realizada indução com 60mcg fentanil, 80 mg de propofol e manutenção da anestesia com sevoflurano (CAM 0,6). Durante o procedimento, foi puncionado linfonodo e realizada a linfografia com lipiodol. Para auxiliar na circulação desse, foram utilizados manguitos em membros inferiores. Após o estudo da drenagem linfática, foi cateterizado ducto torácico e injetado (Hystoacryl) para oclusão deste. Paciente foi extubado e, em nenhum momento, foram necessárias drogas vasoativas. **Relato do caso 2:** CJ, sexo masculino, 16 anos de idade, pós operatório tardio de Fontan. Apresenta quadro de enteropatia perdedora de proteínas e atraso no ganho ponderal devido a fístula comunicante entre vias linfáticas e esôfago. Paciente sob anestesia geral, induzido com 100mcg fentanil, 12 mg etomidato, 30 mg rocurônio e anestesia mantida com sevoflurano (CAM 0,6). Os dispositivos auxiliares utilizados foram meia elástica e compressor pneumático. Realizada a linfografia intra-hepática, identificado o vazamento, injetado (Hystoacryl) e fechamento da comunicação. Paciente manteve-se estável durante o procedimento e realizada extubação sem intercorrências. **Discussão:** Métodos minimamente invasivos trazem benefícios por diminuir a resposta metabólica ao trauma e possuem taxa de sucesso alta (71%). Isso significa que diminui os riscos anestésicos e manejo de alterações hemodinâmicas. Porém, surge a necessidade de busca por instrumentos que auxiliem a realização do procedimento. **Conclusão:** A linfografia permite o tratamento de complicações em pacientes com cardiopatias complexas que passaram por cirurgias de forma menos invasiva e pode significar menos riscos anestésicos comparado às cirurgias tradicionais abertas e deve ser pensada como primeira opção de tratamento.

Palavras-chave: Cardiopatia congênita, anestesia pediátrica, linfografia.

REFERÊNCIAS

1. Nadolski G, Itkin M. Thoracic duct embolization for the management of chylothoraces. *Curr Opin Pulm Med.* 2013;19(4):380-6. <http://dx.doi.org/10.1097/MCP.0b013e3283610df2>. PMID:23715291.
2. Pego-Fernandes PM, Nascimbem MB, Ranzani OT, Shimoda MS, Monteiro R, Jatene FB. Videotoracoscopia como uma opção no tratamento cirúrgico do quilotórax após cirurgia cardíaca pediátrica. *J Bras Pneumol.* 2011;37(1):28-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000100006>. PMID:21390429.

808 ENCUESTA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA EN LATINOAMÉRICA

LETÍCIA TURCONI, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, MARIA JIMENA CALVIÑO, MILTON PATRICIO CHANGO IZA

SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE LA PRÁCTICA DE ANESTESIA CARDIOVASCULAR EN LATINOAMÉRICA. COMITÉ CARDIOVASCULAR CLASA., MONTEVIDEO, MONTEVIDEO, URUGUAY

Introducción: La ecocardiografía transesofágica (ETE) en cirugía cardíaca (CC) ha demostrado un impacto positivo en la definición de la estrategia quirúrgica, evaluación de resultados quirúrgicos y orientación del manejo anestésico. Sin embargo, su uso rutinario por los anestesiólogos sigue siendo incipiente, restringida a algunos centros. Hasta el momento se desconoce el nivel de formación y frecuencia de utilización de la ETE en CC cardíaca en Latinoamérica. **Objetivos:** Conocer la frecuencia de utilización y el nivel de formación en ETE de los anestesiólogos que realizan CC en Latinoamérica. **Métodos.** Se realizó un subanálisis de la Encuesta sobre la práctica de anestesia cardiovascular en Latinoamérica. Se analizaron 9 preguntas de opción múltiple dirigidas a la formación y el uso de la ETE en CC. La encuesta se envió a todos los anestesiólogos que integran las sociedades de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia (CLASA), este se mantuvo accesible durante un mes (noviembre del 2022). **Resultados:** Se obtuvieron 484 cuestionarios completos de 18 países. De los encuestados: el 43,2% utilizan el ETE en su práctica diaria pero no posee formación formal, el 31,8% poseen certificación a nivel local, el 5% posee Nivel I SCA, el 2,9% Nivel II SCA, el 1,9% certificación de la EACVI/EACTA. El 31,4% de los encuestados no utilizan el ETE. El 2,7% de los centros no disponen de ETE y en el 9,3% es realizado por un cardiólogo o ecografista especializados. En la revascularización miocárdica (RVM) con circulación extracorpórea (CEC): el 30,6% de los encuestados nunca utiliza el ETE, el 28,1% lo utiliza a veces, el 18,6% casi siempre y el 22,7% siempre. En la RVM sin CEC: el 39,5% nunca utiliza ETE, el 23,8% lo utiliza a veces, el 16,5% casi siempre y el 20,3% siempre. En la cirugía valvular: el 17,8% nunca utiliza ETE, el 20,5% lo utiliza a veces, el 23,8% casi siempre y el 38% siempre. En la cirugía de aorta: el 23,6% nunca utiliza ETE, el 21,7% lo utiliza a veces, el 21,1% casi siempre y el 33,7% siempre. En las cardiopatías congénitas: el 36,2% nunca utiliza ETE, el 22,5% lo utiliza a veces, el 15,3% casi siempre y el 26% siempre. Para la colocación de dispositivos de asistencia ventricular: el 51,7% nunca utiliza ETE, el 12,6% lo utiliza a veces, el 10,5% casi siempre y el 25,2% siempre. **Conclusiones.** La formación de los anestesiólogos en ETE en Latinoamérica es fundamentalmente informal y su utilización es heterogénea.

Palavras-chave: Ecocardiografía transesofágica, cirugía cardíaca, uso y formación en América Latina.

REFERÊNCIAS

1. Emperador F, Fita G, Arguis M, et al. Importancia de la Ecocardiografía Transesofágica Intraoperatoria en la decisión quirúrgica en cirugía cardíaca. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2015;62(1):10-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2014.03.007>. PMID:25041852.

809 INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA PERIOPERATÓRIA: RELATO DE CASO

DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, BÁRBARA DE BARROS LEITE, EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, PAOLLA DA GLÓRIA CAMPELO CAVALCANTE

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO GETULIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A insuficiência adrenal (IA) aguda é uma complicação perioperatória rara com incidência de 0,01% a 0,07%. O período intraoperatório demanda ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com aumento dos níveis do ACTH e cortisol. Em indivíduos com comprometimento do eixo HHA, pode desencadear uma deficiência aguda do hormônio cortisol e evoluir com hipotensão e choque refratários a suporte hídrico e vasopressores. O objetivo deste relato é apresentar o manejo da insuficiência adrenal aguda perioperatória durante um procedimento neurocirúrgico. **Relato do caso:** Sexo feminino, 46 anos, 56kg, 155cm, portadora de pan-hipopituitarismo pós-exérese de macroadenoma hipofisário, evoluindo com amaurose bilateral. Em uso contínuo de levotiroxina 75mcg/dia e prednisona 5 mg/dia, foi submetida a novo procedimento cirúrgico por infecção de ferida operatória, com orientação pré-operatória de uso de hidrocortisona 100 mg na admissão e manutenção com 50 mg de 6/6h. Optado por anestesia geral balanceada com indução venosa realizada com fentanil (3 mcg/kg), lidocaína (1 mg/kg), propofol (2 mg/kg) e atracurio (0,5 mg/kg), mantida com sevoflurano 2%. Ao término do procedimento cirúrgico, apresentou hipotensão refratária a volume e vasopressores (PAM 46mmHg), realizado gasometria arterial que evidenciou discreta anemia (Hb 6.9), sendo então administrado 1 concentrado de hemácias sem melhora significativa. Decidiu-se refazer dose de ataque de 100 mg de hidrocortisona com expressiva melhora da PAM para 65mmHg. **Discussão:** A insuficiência adrenal aguda pode ter etiologia primária, secundária ou terciária. A IA primária ocorre por comprometimento na produção de hormônios do córtex da adrenal, a IA secundária é decorrente de um problema estrutural do eixo hipotálamo-hipófise e a IA terciária é causada pela retirada abrupta de corticoide exógeno. No perioperatório, as concentrações de ACTH aumentam com a incisão e durante o procedimento cirúrgico, mas a secreção de ACTH é mais elevada durante o término da anestesia e no período pós-operatório imediato. Em pacientes que estão em suplementação crônica de esteroides, as recomendações de suplementação adicional variam de acordo com a dose diária de corticoide utilizada e porte cirúrgico. A base do tratamento é o reconhecimento precoce da insuficiência adrenal subjacente e a resolução dos sintomas após a infusão intravenosa de fluidos e administração parenteral de glicocorticoides.

Palavras-chave: Insuficiência adrenal aguda, perioperatório.

REFERÊNCIAS

1. Chandha R, Barash P. Recomendações anestésicas para insuficiência renal aguda. USA: OrphanAnesthesia; 2015 [citado em 2023 Jan 30]. p. 1-7. Disponível em: <https://www.orphananesthesia.eu/en/rare-diseases/published-guidelines/acute-adrenal-insufficiency/1278-insuficiencia-adrenal-aguda-pt/file.html>
2. Fleisher LA, Mythen M. Implicações anestésicas de doenças concomitantes. In: Miller RD, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Cohen NH. Miller Anestesia. 8. ed. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 2379-80.

810 ANESTESIA GERAL PARA GESTANTE COM COAGULOPATIA E ABSCESSO PERITONSILAR

LORENA HAYALLA MOREIRA, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, LINCOLN LUIZ CORREA MOTA, LORRAINE FERREIRA GUIMARÃES, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA

CET DISC. ANEST. FMUF UBERLÂNDIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFU/FAEPU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A anestesia neuroaxial se apresenta como padrão-ouro para realização de cesarianas, sendo justificada, pelos riscos de manipulação da via aérea em gestantes. A anestesia geral se impõe como opção em casos de contraindicação à abordagem de neuro eixo. Apresentamos o manejo perioperatório de uma paciente gestante com hepatite fulminante, coagulopatia, abscesso periamigdaliano e jejum inadequado.

Relato do caso: Paciente feminino, 29 anos, G1P0A0, IG 36 semanas e 4 dias, 60 kg, portadora de colangite esclerosante primária e hepatite E aguda. Gestante em internação hospitalar devido a incremento de enzimas hepáticas e piora de prurido. Durante intra-hospitalar, evolução com abscesso periamigdaliano agudo e insuficiência hepática aguda, relacionado à queda de TAP, alargamento de RNI (1,7) e sofrimento fetal agudo. Indicado interrupção da gestação em caráter de urgência. Paciente não possuía jejum adequado e abertura bucal era limitada devido a abscesso peritonsilar à direita. A técnica anestésica escolhida foi anestesia geral com intubação acordado. Não havia fibrobroncoscópio ou videolaringoscópio disponível. Inicialmente foi realizada pré-oxigenação com máscara facial e fluxo de oxigênio 10 L/min, administrada anestesia tópica em orofaringe com lidocaína spray 10% e remifentanil em bolus 60cmg para tolerância de laringoscopia. Observada possibilidade de intubação, classificação Cormack Lehane 2B. Na sequência, realizado propofol 150 mg, succinilconina 60 mg, seguido de intubação orotraqueal com tubo 6,5 com cuff e auxílio de bougie, ventilação mecânica e manutenção anestésica com sevoflurano 2.0%. Analgesia pós-operatória por bloqueio de parede abdominal guiado por ultrassom com 40ml ropivacaína 0,5%. Extubação sem intercorrências. Evolução com decréscimo de enzimas hepáticas. Alta no sexto dia.

Discussão: Na anestesia geral para cesariana, o tempo entre indução e parto é de extrema importância para o bem da mãe e do feto, sendo necessário escolha de drogas de baixa transferência placentária, mas que ofertem controle hemodinâmico adequado. A via aérea se impõe como outro desafio, devido, entre outros, ao edema de mucosa e capacidade residual funcional reduzida. Considerando tais questões, indução em sequência rápida e intubação acordado, destacam-se como opções para minimizar os riscos inerentes ao contexto. O remifentanil configura boa opção de droga, já que tem rápido início de ação e distribuição, além de ser metabolizado por esterases plasmáticas.

Palavras-chave: Cesárea, anestesia geral, via aérea.

REFERÊNCIAS

1. Kutlesic MS, Kocic G, Kutlesic RM. Os efeitos do remifentanil sobre os marcadores do estresse oxidativo durante a cesariana: um estudo randômico controlado. Rev Bras Anesthesiol. 2019;69(6):537-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2019.05.005>.
2. Bordoni L, Parsons K, Rucklidge MWM. Manuseio da via aérea obstétrica. USA: World Federation of Societies of Anesthesiologists; 2018. (ATOTW- Anaesthesia Tutorial of the Week; 393). [citado em 2023 Fev 14]. p. 1-9. Disponível em: <https://resources.wfsahq.org/atotw/manuseio-da-via-aerea-obstetrica/>

811 SEDAÇÃO CONSCIENTE EM IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER (TAVI): RELATO DE CASO

ANA CLARA FERREIRA MACIEL, ANDRE CUNHA GAMA, MARIA LUIZA DE BRITO SOARES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE FARIA, MONTES CLAROS, MG, BRASIL

Introdução: A estenose aórtica decorre de um estreitamento progressivo da válvula aórtica. Sua gravidade é definida através do Ecodopplercardiograma (ECO) transtorácico e transesofágico de acordo com o diâmetro da área valvar e a média do gradiente de pressão. A técnica cirúrgica menos invasiva atualmente é realizada através de implante transcaterter de válvula aórtica (TAVI). É indicada em caso de estenose aórtica severa em pacientes de alto risco ou quando a cirurgia aberta é contraindicada. A abordagem transfemoral apresenta menor mortalidade quando comparada com a transapical e transubclávia. **Relato do caso:** 74 anos, 80 kg, 1.67 cm. Hipertenso e diabético. ECO transtorácico com estenose importante de válvula aórtica, área valvar de diâmetro 0.83 cm², gradiente médio de 46mmHg. Sintomático com proposta de tratamento cirúrgico (TAVI) com sedação. Admitido em bom estado geral, monitorização com ECG de 5 derivações, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva (PNI) e invasiva em radial à esquerda. Dados iniciais: Ritmo cardíaco sinusal, SpO2 98% em ar ambiente, PNI: 130x90mmHg, FC: 55bpm, FR: 16irpm. Hidratação inicial associada a sintomáticos dexametasona 10 mg, ondansetrona 8 mg, dipirona 2 g, cefazolina 2 g em SF0,9%. Sedoanalgesia venosa com fentanil 50mcg, midazolam 5 mg e lidocaína 80 mg lento, com suporte de O2 por Cateter Nasal a 4l/min. Sedação moderada (ausência de movimentos oculares, com fala letárgica quando estimulado). Procedimento sob abordagem transfemoral, feito propofol venoso 20 mg e manutenção com bolus de 10 mg a cada 5 minutos, com intervalos menores durante a fase de posicionamento do balão e implantação da bioprótese. Apresentou queda da pressão arterial média transitória, com estabilização espontânea. O despertar do paciente ocorreu ainda na sala cirúrgica. Procedimento teve duração de 60 minutos, sem despertar do paciente ou reação a estímulo doloroso durante a liberação da prótese, com diminuição do gradiente médio de 46 para 6mmHg. Encaminhado a sala de observação em bom estado geral. Alta hospitalar 30 horas após procedimento. **Discussão:** A decisão sobre a técnica anestésica para TAVI deve ser individualizada. Em geral, tanto a sedação quanto a anestesia geral ou raquianestesia são opções viáveis para a realização do procedimento. Entretanto, com a sedoanalgesia obtivemos uma indução adequada, favorecendo o despertar suave e consciente, além da alta precoce.

Palavras-chave: Sedação consciente, TAVI, estenose aórtica.

REFERÊNCIAS

1. McMahon S, Meikle R. Anestesia para Implante Transtorácico de Válvula Aortica (ITVA) na Estenose Aórtica. USA: World Federation of Societies of Anesthesiologists; 2017. (ATOTW- Anaesthesia Tutorial of the Week; 348). p. 1-10. [citado em 2023 Fev 1]. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2017/12/348_portugues.pdf

812 RELATO DE CASO: ADRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA, JOAQUIM BELCHIOR SILVA, MARCELA RAMOS MARTINS, MARIANA MENDES TEIXEIRA, RAFAELA RODRIGUES SOUSA

CET DO HOSPITAL LUXEMBURGO – BH - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Feocromocitoma é um tumor de medula adrenal que secreta catecolaminas de modo independente da estimulação simpática. O preparo pré-operatório é fundamental para o sucesso da intervenção. Pode cursar com quadro de hipertensão arterial grave e taquiarritmias ameaçadoras à vida.

Relato do caso: H.P.B, 27 anos. Sexo masculino. Em uso de fluoxetina, metoprolol, finasterida com risco cirúrgico ASA 2. Admitido em 27/11/2021 para abordagem de massa em polo superior do rim esquerdo. Exames pré-operatórios sem alterações significativas (não houve investigação para feocromocitoma). Durante a indução anestésica, paciente evoluiu com taquicardia ventricular e taquicardia supraventricular revertidas. Procedimento suspenso em comum acordo com equipe cirúrgica. Ainda em sala cirúrgica, paciente evoluiu com PCR em AESP e retorno após dois ciclos de RCP. Encaminhado ao CTI instável hemodinamicamente, em ventilação mecânica. Posteriormente confirmado o diagnóstico de feocromocitoma. Em 02/02/2022 paciente retorna para realização de adrenalectomia e nefrectomia esquerda após preparo adequado. Sob monitorização adequada e acesso venoso central, induzida anestesia geral com lidocaína, fentanil, propofol e cisatracúrio. Necessitou de noradrenalina e nitroprussiato de sódio em alguns momentos do ato cirúrgico. Ato anestésico sem intercorrências, encaminhado ao cti extubado, sem aminas vasoativas.

Discussão: Momentos críticos: Indução, intubação, primeira incisão, início do pneumoperitônio, manipulação tumoral. Na Indução evitar quetamina, propriedades simpatomiméticas e halotano, devido ao elevado risco de arritmias. O Plano anestésico adequado para evitar taquicardia. Sevoflurano é o gás inalatório escolhido. Evitar atracúrio (liberação de histamina), suxametônio e brometo de pancurônio. Controle glicêmico rigoroso. Fase I: Caracterizada por hipertensão, taquicardia, arritmia. Nesta fase a pressão é muito lábil com necessidade de ajuste frequente da dose de infusão do vasodilatador. Fase II: Marcada pela hipotensão na retirada da peça ou pinçamento da veia renal. **Conclusão:** Pacientes submetidos a ressecção de feocromocitoma estão propensos a instabilidade hemodinâmica independente dos valores de catecolaminas pré-operatórios. Vasodilatadores, vasopressores e medicamentos antiarrítmicos devem ser preparados para serem prontamente utilizados. O preparo com bloqueadores adrenérgicos é indispensável para controlar a hemodinâmica intra operatória.

Palavras-chave: Feocromocitoma, incidentaloma, catecolaminas.

REFERÊNCIAS

1. Akhtar S. Anesthesia for the adult with pheochromocytoma. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-the-adult-with-pheochromocytoma?search=feocromocitoma&source=search_result&selectedTitle

813 **CRISE CONVULSIVA EM ANESTESIA**

GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, LUCAS DUTRA BASTOS PEREIRA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O aparecimento de crises convulsivas vem sendo relatado desde o início da anestesiologia, principalmente no peroperatório; já casos no pós-operatório são raros. O ato anestésico cirúrgico implica uma série de riscos, e como possível complicação está a crise convulsiva, sendo que 30% delas têm causa anestésica. O sistema nervoso central (SNC) é um equilíbrio entre neurônios excitatórios e inibitórios, sendo o manuseio dessa homeostase a principal atuação do anestesista. Lidar com suas possíveis complicações é primordial. **Relato do caso:** Homem, 66 anos, hipertenso, infarto agudo miocárdio prévio, submetido a faringoplastia expansora para apneia obstrutiva do sono. Realizada indução anestésica com midazolam, fentanil, propofol, lidocaína e rocurônio, em seguida mantido propofol em bomba alvo-controlada e remifentanil, infiltração com anestésico local pelo cirurgião. Tempo anestésico de 9 horas, sem instabilidades hemodinâmicas, ao final feito flumazenil. Levado o paciente à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), onde apresentou movimento tônico seguido de clônus generalizado (TCG), ofertado oxigênio e feito então 10 mg de midazolam. Gasometria arterial sem alterações eletrolíticas ou glicêmicas. Após 30 minutos, novo episódio de crise TCG, optado por hidantolização e intubação orotraqueal por redução no nível de consciência, seguido de transporte a unidade de terapia intensiva (UTI). Na UTI avaliado despertar, novo episódio crise TCG, em uso de ácido tranexâmico (AT) prescrito pela equipe cirúrgica. Tomografia computadorizada de crânio na admissão e controle, e eletroencefalograma contínuo, sem alterações. Foi extubado após 4 dias, sem déficits neurológicos, sendo então acompanhado pela neurologia. **Discussão:** Crise convulsiva é a condução excitatória errônea ao nível do SNC, qualquer fator que possa retirar a homeostase entre neurônios inibitórios e excitatórios e assim sincronizar focos epileptogênicos pode ser um gatilho. Possíveis agentes comumente usados são: AL, AT e flumazenil. AL como seu mecanismo de ação é a inibição da condutância do feixe pelo bloqueio dos canais de sódio, a sua duração é menor nos feixes excitatórios predispondo excitabilidade; já o AT, ao reduzir transmissão inibitória ao atuar em receptor de glicina e GABA-A, favorece o quadro. Já o flumazenil, ao reverter o efeito protetor epileptogênico dos benzodiazepínicos, pode ser causador de um cenário similar. Conduzir o evento é essencial para melhor desfecho clínico, assim como identificar a causa para evitar novo evento.

Palavras-chave: Convulsão anestesia

REFERÊNCIAS

1. Zuleta-Alarcon A, Castellon-Larios K, Moran KR, et al. Anesthesia-related perioperative seizures: pathophysiology, predisposing factors and practical recommendations. *Austin Journal of Anesthesia and Analgesia*. 2014;2(4):1026.

814 MANEJO ANESTÉSICO DE TORACOTOMIA DE EMERGÊNCIA EM PACIENTE PORTADOR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA PULMONAR: RELATO DE CASO

ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, PAULO GABRIEL MELO BRANDÃO

CET INTEG. DO INST. DE ANESTESIOLOGIA DO AM - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO GETULIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: Malformações arteriovenosas pulmonares (MAVP) são anomalias raras nas quais há comunicação entre artéria e veia pulmonar, formando shunt arteriovenoso de alto débito e baixa resistência. A incidência desta condição é estimada entre 2 e 3 casos a cada 100.000. O objetivo do trabalho é descrever o manejo anestésico diante de um choque hipovolêmico hemorrágico no pós-operatório imediato de lobectomia inferior direita por MAVP. **Relato do caso:** Paciente masculino, 49 anos, 60 kg, 160 cm, submetido a lobectomia inferior direita por volumosa malformação arteriovenosa localizada no segmento basal medial e posterior do lobo inferior direito, medindo 6,4 x 4,4 cm, que evoluiu com hemotórax no pós-operatório imediato. Apresentou-se na sala cirúrgica após transfusão de 3 concentrados de hemácias com rebaixamento do nível de consciência (Escala de coma de Glasgow 9), dispneia sob uso de O₂ por cateter nasal (CN) 4 L/min, SatO₂ 89%, taquicárdico e em infusão contínua de noradrenalina 0,3 mcg/kg/min em cateter localizado em veia subclávia direita, pressão arterial invasiva com PAM de 50mmHg, dreno torácico à direita com conteúdo sanguinolento e débito de 1000 mL em 3 horas. Foi submetido a anestesia geral balanceada, indução venosa com fentanil, propofol, lidocaína, cetamina e rocuroônio, seguida de intubação orotraqueal seletiva à direita mantida com sevoflurano. Infusão de 2500 mL de cristaloides no intraoperatório. Ao final do procedimento, optou-se pela realização do bloqueio do plano erector da espinha ecoguiado em nível de T4 com 20 mL de levobupivacaína 0,25% com vasoconstritor. Administrou-se sugamadex 4 mg/kg e o paciente foi extubado em sala cirúrgica, consciente, sem queixa algica, eupneico sob uso de O₂ por CN 2 L/min, em uso de noradrenalina 0,1 mcg/kg/min. **Discussão:** O choque hipovolêmico representa uma emergência clínica pelo estado de hipoperfusão dos órgãos que leva à alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica e respiratória. O manejo anestésico consistiu em controle da temperatura, manutenção do vasopressor, reposição volêmica, coleta de gasometria arterial para correção de distúrbio ácido-básico, reposição de eletrólitos e análise de lactato. A analgesia do bloqueio do erector da espinha foi uma boa estratégia, opção ao bloqueio peridural para diminuir o risco de complicações do bloqueio de neuroeixo, consumo de opioide no pós-operatório e melhorar a recuperação.

Palavras-chave: Malformação arteriovenosa pulmonar, toracotomia de emergência, choque hipovolêmico.

REFERÊNCIAS

1. Khurshid I, Downie GH. Malformação arteriovenosa pulmonar. Postgrad Med J. 2002;78(918):191-7. <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.78.918.191>. PMID:11930021.

817 ESP BLOCK MAMOPLASTIA REDUTORA: DESAFIOS À ANALGESIA POUPADORA DE OPIOIDES

GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O bloqueio do plano eretor espinhal (ESP block) foi descrito em 2016 como um bloqueio regional para a dor neuropática torácica. Atualmente sua utilização se expandiu para cirurgias torácicas, abdominais e lombares, e nas cirurgias de mamoplastia sua indicação pode ser aventada, porém, dada a escassez de estudos baseados na extensão da analgesia por ser um bloqueio fascial, é interrogado. Este é um relato sobre o uso como estratégia poupadora de opioides no peroperatório e pós-operatório. **Relato do caso:** Mulher, 23 anos, sem comorbidades, submetida a mamoplastia redutora. Optado por anestesia geral e analgesia prévia com ESP block. Bloqueio realizado a nível T7 com auxílio de ultrassom, sendo infiltrados 20ml de solução ropivacaína 0,3% bilateralmente, devido à infiltração realizada localmente pelo cirurgião próxima à dose tóxica. Início da cirurgia sem repercussões, porém cerca de 20 minutos após incisão apresentou hipertensão (PAS 160 mmHg, sendo entrada PAS 114) e taquicardia, sendo necessário uso de remifentanil em bomba infusora 0,3 mcg/kg/min e aumentada a dose de propofol. Ao final do ato cirúrgico, feito dipirona e cetoprofeno, e na sala de recuperação anestésica não relatava dor, assim como no pós-operatório imediato. **Discussão:** Antes da descrição do ESP block, os bloqueios paravertebral e do neuroeixo eram os de escolha, porém o risco de injeção subaracnoidea, pneumotórax e dificuldade técnica se sobrepõem, assim como em relação aos bloqueios do neuroeixo, menor risco de lesão medular e hematoma epidural. No entanto, no ESP block as concentrações e os volumes usados no bloqueio não estão bem estabelecidos. Em alguns relatos de casos, os anestésicos mais usados eram ropivacaína e bupivacaína, com volumes que variavam de 20 a 40 mL em concentrações de 0,25 a 0,5%. O volume necessário para dispersar o anestésico por um dermatomo está entre 2,5 e 6,6 mL, uma média de 3,4 mL. Assim, um único bolus de 30ml dispersaria por nove dermatomos. No caso foram utilizados 20 mL de solução, o que, no entanto, durante a incisão foi necessário uso de remifentanil devido às repercussões hemodinâmicas ao estímulo algíco. Porém, no pós-operatório em 24 horas, a paciente negou dor ou desconforto local, não descartando portanto esta estratégia como analgesia, dada a sua curta história e introdução como pilar terapêutico cada vez mais crescente.

Palavras-chave: ESP block, mamoplastia.

REFERÊNCIAS

1. Borges DG, Lopes LM, Doca FP, et al. Bloqueio do Plano do Eretor da Espinha (ESP Block). Rev Méd Minas Gerais. 29(Supl. 11):

818 ANESTESIA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA DE GLICOSE-6-FOSFATO-DESIDROGENASE: RELATO DE CASO

LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, GRAZIELLE RODRIGUES SILVA, RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMED - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A deficiência de Glicose-6-FosfatoDesidrogenase (G6PD) é uma enzimopatia relativamente comum, que é responsável pela manifestação clínica de uma síndrome hemolítica aguda e intensa, desencadeada por drogas com propriedades oxidantes ou ingestão de alimentos que possibilitem a formação do grupo sulfidríla. O objetivo deste relato é apresentar um caso de um paciente portador de Deficiência de G6PD, submetido a tratamento cirúrgico de fratura de condilo umeral lateral direito, sob anestesia geral balanceada associada a bloqueio de plexo braquial. **Relato do caso:** Paciente masculino, 4 anos e 9 meses, 18 kg, portador de deficiência de G6PD, submetido a tratamento cirúrgico de fratura epifisária de condilo umeral lateral direito, sob anestesia geral balanceada com fentanil 50mcg, propofol 40 mg e cetamina 25 mg, associada a bloqueio axilar de plexo braquial com bupivacaína hiperbárica 0,3% 10ml. O procedimento teve duração de 2 horas, com monitorização multiparamétrica, e ao final o paciente despertou tranquilo, sem dor ou outras queixas. Não foram observados sinais de hemólise como palidez, sonolência ou urina escura nos dias subsequentes à cirurgia. Ao solicitar exames pós-operatórios, o hemograma apresentava-se normal: hemácias 4.280.000/mm³, hemoglobina 11,9 g% e hematócrito 35,3%, DHL com alteração:309 U/L, BT:0,5 mg/dL, BI: 0,3 mg/dL, BD: 0,2 mg/dL, TGO: 29U/L, TGP: 15 U/L. **Discussão:** Pela evolução do caso relatado, a anestesia regional associada à anestesia geral balanceada sem uso de bloqueador neuromuscular mostrou-se uma técnica segura em pacientes com deficiência de G6PD. Foi analisada a dor no intraoperatório por meio de parâmetros hemodinâmicos e, no pós-operatório, por meio de escala verbal de dor. Concluímos que a anestesia com técnicas combinadas foi eficaz, a fim de evitar repercussões sistêmicas e estresse, com possíveis crises hemolíticas.

Palavras-chave: Deficiência de G6PD, hemólise, Blo.

REFERÊNCIAS

1. Luzzatto L, Ally M, Notaro R. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. Blood. 2020;136(11):1225-40. <http://dx.doi.org/10.1182/blood.2019000944>. PMID:32702756.
2. Glader B. Diagnosis and management of glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-glucose-6-phosphate-dehydrogenase-g6pd-deficiency>

819 ANESTESIA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ: A IMPORTÂNCIA DO ESTABELECIMENTO DE ESTRATÉGIAS QUE RESPEITEM AS CRENÇAS RELIGIOSAS

LILIAN BERNARDETE MENDES RABELO, ADRIANA NAVARRO MACHADO FERNANDES, RAQUEL TEIXEIRA BEZERRA

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMED - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A recusa em receber derivados de sangue por parte de pacientes Testemunhas de Jeová levanta problemas éticos e legais relativos ao modo como proporcionar os melhores cuidados de saúde. O objetivo deste relato é apresentar o caso de paciente Testemunha de Jeová, que seria submetida a tratamento cirúrgico de fratura de colo femoral esquerdo, com possível necessidade de hemotransfusão, sob raquianestesia associada a sedação, e que durante consulta pré-anestésica trouxe sugestões de como adequar as possíveis intercorrências aos seus dogmas religiosos. **Relato do caso:** Paciente feminina, 60 anos, 64 kg, Testemunha de Jeová, com história de trauma após queda da própria altura há 1 mês, submetida a artroplastia de quadril com prótese, sob raquianestesia associada a sedação. Apresentava valores de hemoglobina 12,1 g/L e hematócrito 36,3%. Foi relatado em consulta pré-anestésica inicial, o risco de precisar de hemotransfusão, porém tanto a paciente como familiares negaram e assinaram apenas um termo que autorizava autotransfusão. Como alternativa, foi proposto pela paciente o uso do equipamento cell saver, para possível transfusão autóloga. Foi então convocada reunião, discutida e acertada com a paciente e equipe cirúrgica a possibilidade do uso do aparelho e, caso houvesse necessidade, seria efetivada a hemotransfusão em caráter de urgência. O procedimento teve duração de 2 horas, com monitorização multiparamétrica e presença do equipamento supracitado, porém sem necessidade do uso no intraoperatório. Ao final, a paciente despertou tranquila, sem dor ou outras queixas. Ao solicitar exames pós-operatórios, estes apresentavam-se normais e a paciente explanou a satisfação em ter suas convicções religiosas respeitadas. **Discussão:** Profissionais de saúde vivenciam diariamente dilemas éticos e legais quando indicam hemocomponentes em Testemunhas de Jeová. O Conselho Federal de Medicina estabelece a prática da hemotransfusão, independente do consentimento do paciente ou de responsáveis, caso haja risco iminente de morte. Porém, ouvir o paciente e estabelecer estratégias que respeitem a autonomia do exercício da crença do paciente estabelece vínculos de humanização e satisfação maiores, com fortalecimento da relação médico-paciente.

Palavras-chave: Testemunha de Jeová, Cell Saver.

REFERÊNCIAS

1. West JM. Ethical issues in the care of Jehovah's Witnesses. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2014;27(2):170-6. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.000000000000053>. PMID:24514035.
2. Rogers DM, Crookston KP. The approach to the patient who refuses blood transfusion. *Transfusion.* 2006;46(9):1471-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1537-2995.2006.00947.x>. PMID:16965571.
3. Klein AA, Bailey CR, Charlton A, et al. Association of Anaesthetists: anaesthesia and peri-operative care for Jehovah's Witnesses and patients who refuse blood. *Anaesthesia.* 2019;74(1):74-82. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.14441>. PMID:30270470.

820 PREPARO E MANEJO DE INTUBAÇÃO ACORDADO COM FIBROSCÓPIO FLEXÍVEL EM PACIENTE SABIDAMENTE PORTADOR DE VIA AÉREA DIFÍCIL SUBMETIDO A TAVI

MARIANA MENDES TEIXEIRA, GISELLE GOULART MACHADO, LEANDRO PEREIRA VIEIRA, LORENA PRADO COSTA, MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA

CET DO HOSPITAL LUXEMBURGO – BH - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A presença de via aérea difícil (VAD) é um dos grandes desafios enfrentados pelo anestesiológista, que deve dispor de todos os recursos para a melhor abordagem, a fim de assegurar uma via aérea pérvia e segura para o paciente. O objetivo deste relato foi descrever o caso de um paciente com VAD (Mallampati IV e Comarck Lehane IV + preditores) que foi submetido a intubação orotraqueal (IOT) acordado bem-sucedida usando-se o fibroscópio flexível, anestésicos locais, leve sedação e bloqueio translaríngeo. **Relato do caso:** Proposta cirúrgica: Paciente foi submetido a implante percutâneo transcater de válvula aórtica devido a estenose aórtica grave. A.M.T, sexo masculino, 77 anos, hipertenso, portador de DRC não dialítico, DPOC presumido, passado de câncer de próstata e AVE sem sequelas. Tabagista pesado e nega etilismo. Faz uso de: losartana e anlodipino. Cirurgias prévias: CVL e prostatectomia radical. Intercorrências anestesiológicas: durante prostatectomia evoluiu com PCR devido a via aérea difícil. **Discussão:** Optado por intubação acordado com fibroscópio flexível. Conversa, orientação e criação de vínculo e confiança com o paciente. Preparo e teste dos equipamentos: aparelho de anestesia, duas fontes de oxigênio, aspirador, dispositivos supraglóticos (cânula de Guedel 4 e 5, cânula nasofaríngea 7, máscara laríngea número 4, cânula VAMA), estilete bougie, laringoscópio tradicional, videolaringoscópio C Mac com lâmina mais angulada, fibroscópio flexível, unidade ventilatória e aspirador, tubos traqueais 7.5 e 8.0, Jelco 14G, Bisturi com lâmina 11 e cânula de portes de traqueostomia 5.5 Preparo inicial: Cateter Nasal a 2 L/ min. Sedação: Inicialmente 1.5 mg de midazolam e 25 mcg de fentanil. Puncionada PIA. Anestesia tópica do nervo glossofaríngeo com 4 jatos de spray de lidocaína 10% na cavidade oral. (Gargarejo por 1 minuto com deglutição). Bloqueio translaríngeo com 4mL de lidocaína 2% s/v. Realizado o bloqueio e videolaringoscopia: Interrupção da videolaringoscopia e feita fibroscopia com auxílio da cânula VAMA e prosseguido com IOT e conexão a VM. Feito 150 mcg de fentanil, iniciado sevoflurano e bloqueador neuromuscular. **Conclusão:** O manejo de uma via aérea difícil exige não só o domínio, mas principalmente conhecimento, planejamento e poder de decisão. A cooperação do paciente e o preparo do anestesiológista são fundamentais para desfechos favoráveis e bem-sucedidos em situações que poderiam se tornar iatrogênicas e fatais.

Palavras-chave: Via aérea difícil, intubação acordado, fibroscópio flexível.

REFERÊNCIAS

1. Hagberg CA, Fasa CA. Flexible scope intubation for anesthesia. Waltham: UpToDate; 2023. [citado em 2023 Jan 30]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/flexible-scope-intubation-for-anesthesia#:~:text=The%20flexible%20bronchoscope%20is%20a,would%20be%20dangerous%20to%20perform>
2. Miller RD. Miller's Anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
3. Manica J. Anestesiologia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

821 ANESTESIA EM PACIENTE COM TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE SUBMETIDA A CESARIANA, UM RELATO DE CASO

JULIA LIMBERGER EISENHARDT, ALCIDES DARTAGNAN BUENO NUNES, PRISCILA LORENZON

CET DE PASSO FUNDO - HOSPITAL SEDE: ASSOC. HOSP. BENEF. SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL

Introdução: As alterações fisiológicas da gestação favorecem o surgimento de arritmias cardíacas. Apesar da benignidade da maioria dos casos, episódios decorrentes da síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) podem promover alterações ameaçadoras à vida e comprometer a saúde do binômio materno-fetal. **Relato do caso:** Paciente de 34 anos, tabagista e com histórico de taquicardia supraventricular, em uso contínuo de verapamil, admitida na emergência com taquicardia supraventricular estável e registro do padrão WPW no eletrocardiograma. Apresentou refratariedade da arritmia após a administração de adenosina, sendo iniciado amiodarona em infusão contínua e optado pela interrupção da gestação. Admitida no centro obstétrico apresentando frequência cardíaca de 150bpm e demais sinais vitais estáveis. Foram realizadas duas manobras de valsava modificada com diminuição transitória da frequência cardíaca. Optado pela realização do bloqueio subaracnoide, sendo administrados 15 mg de bupivacaína hiperbárica e 80 µg de morfina. Metaraminol foi o vasopressor de escolha, sendo administrada dose total de 2,5 mg. Durante manejo de hipotensão arterial, a paciente apresentou queda súbita da frequência cardíaca (FC 66bpm), apresentando na cardioscopia ritmo regular, presença de onda P, diminuição do intervalo PR, presença de possível onda delta e QRS alargado. Devido à manutenção da estabilidade hemodinâmica, a cesariana foi conduzida conforme rotina do serviço e a paciente encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica após o procedimento. **Discussão:** Encontrou-se que a anestesia regional é preferencialmente indicada nesses casos, com destaque para o bloqueio peridural. Para o manejo da taquiarritmia, medidas não farmacológicas devem ser inicialmente consideradas e, em caso de recorrência, uma série de fármacos antiarrítmicos podem ser utilizados, sendo a adenosina o medicamento de primeira escolha. Apesar da técnica anestésica e do manejo clínico, houve persistência da taquiarritmia no presente caso. Após a reversão do ritmo cardíaco com o uso do metaraminol, cogitou-se a hipótese de que o reflexo de *bezold-jarisch* desencadeado pelo vasopressor tenha representado um estímulo parassimpático similar ao esperado pela manobra vagal e promovido a reversão da taquiarritmia. Embora a infusão contínua da amiodarona possa ser considerada um viés, é válida a discussão de casos similares para que se possa aprimorar a identificação e o manejo dessas arritmias no intraoperatório.

Palavras-chave: Anestesia obstétrica, Síndrome de Wolff-Parkinson-White, taquicardia supraventricular.

REFERÊNCIAS

1. Silversides CK, Harris L, Haberer K, Sermer M, Colman JM, Siu SC. Recurrence rates of arrhythmias during pregnancy in women with previous tachyarrhythmia and impact on fetal and neonatal outcomes. *Am J Cardiol.* 2006;97(8):1206-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2005.11.041>. PMID:16616027.
2. Kabade SD, Sheikh S, Periyadka B. Anaesthetic management of a case of Wolff-Parkinson-White syndrome. *Indian J Anaesth.* 2011;55(4):381-3. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5049.84868>. PMID:22013256.

822 INJEÇÃO INADVERTIDA DE 10 MG DE METARAMINOL ENDOVENOSO DURANTE RINOSEPTOPLASTIA

JULIANA MORINI BEVILACQUA, MARCIO TADAO YAMAGA

CET DA FAC. CIÊNC. MÉD. E DA SAÚDE PUC-SP - HOSPITAL SEDE: FUNDAÇÃO SP – HOSPITAL SANTA LUCINDA, SOROCABA, SP, BRASIL

Introdução: Apesar dos esforços com treinamentos e protocolos, a administração errada de medicamentos em anestesia continua a existir. Alguns erros, porém, têm potencial de promover em curto prazo desfechos catastróficos nos pacientes. **Relato do caso:** Paciente feminina, 26 anos, ASA 1, programada para realizar rinoseptoplastia. Realizada anestesia venosa total com propofol e remifentanil em bomba de infusão. Em dado momento, por erro, foram injetados 10 mg de metaraminol EV. Seguiram-se rapidamente alterações importantes: hipertensão arterial (230 x 140 mm/hg), bradicardia (40bpm) e extrassístoles ventriculares em bigeminismo. A conferência ativa das medicações comprovou o grave erro. Ordenou-se a interrupção da cirurgia. Imediatamente foram tomadas medidas para minimizar a situação. Aplicaram-se 200 mg de propofol e 60 mg de lidocaína. Também foram necessários vários bolus intermitentes de 0,25 mg de nitroglicerina. Apenas 15 minutos após, a situação havia sido controlada plenamente e a cirurgia foi retomada. Paciente recuperou-se bem e sem nenhuma sequela. **Discussão:** O rápido diagnóstico e a conduta agressiva nesse caso evitaram complicações graves como infarto agudo do miocárdio, edema agudo pulmonar e acidente vascular cerebral. Em se verificando alteração rápida e inesperada dos sinais vitais, a injeção inadvertida de drogas deve obrigatoriamente constar nos diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Metaraminol, propofol, injeção inadvertidamente.

REFERÊNCIAS

1. Cooper L, Nossaman B. Medication errors in anesthesia: a review. *Int Anesthesiol Clin.* 2013;51(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.1097/AIA.0b013e31827d6486>. PMID:23282718.

823 O USO DE TESTES VISCOELÁSTICOS EM PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR: REVISÃO INTEGRATIVA

DAVID FERREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, MARCUS VINÍCIUS NEVES GONÇALVES, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO

HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A coagulopatia em cirurgia cardíaca (CC) é uma complicação multifatorial grave que resulta em distúrbios da coagulação, levando a um maior consumo de produtos do sangue para hemostasia, elevando o custo, morbidade e mortalidade. A CEC, hipotermia, hemodiluição e inflamação contribuem para a coagulopatia em CC. Testes laboratoriais convencionais são rotineiramente utilizados para determinar a terapêutica adequada, mas podem demorar e são realizados *in vitro*. Os testes viscoelásticos analisam todo o processo hemostático simultâneo. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi realizar uma investigação a respeito das utilidades e limitações desse teste hemostático em CC. **Método:** O estudo trata-se de uma revisão integrativa, em que o levantamento bibliográfico foi obtido nas bases de dados Uptodate e PubMed, publicados nos últimos 5 anos, de janeiro de 2018 a fevereiro de 2023. Foram aplicados os seguintes descritores: "thromboelastography/thromboelastometry cardiac surgery". **Resultados:** A pesquisa retornou com 15 trabalhos e todos foram incluídos na análise (tabela a ser apresentada). **Conclusão:** Concluiu-se que TEG e Rotem provaram ser eficazes e seguros quanto à abordagem padrão e resultaram em menor sangramento, redução significativa no uso de produtos do sangue e dos custos e na mortalidade de longo prazo.

Palavras-chave: Tromboelastografia/Tromboelastometria, cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Agarwal S, Abdelmotieleb M. Viscoelastic testing in cardiac surgery. *Transfusion*. 2020;60(S6, Suppl 6):S52-60. <http://dx.doi.org/10.1111/trf.16075>. PMID:32955756.
2. Datta SS, De D. The Impact of thromboelastography on blood transfusion policy in adult cardiac surgery: a retrospective observational study from Eastern India. *Indian J Hematol Blood Transfus*. 2021;37(1):147-51. <http://dx.doi.org/10.1007/s12288-020-01310-y>. PMID:33707848.

824 BLOQUEIO ANALGÉSICO “ERETOR DA ESPINHA” PARA CIRURGIA CARDÍACA – REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

DAVID FERREZ, JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA, KAICK ALVES CARVALHO LAUBE, MAURICIO MIRANDA RIBEIRO

HOSPITAL DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O bloqueio do plano do eretor da espinha (ESP block) surgiu como parte de uma abordagem multimodal para analgesia, reduzindo o escore de dor e o consumo de analgésicos e opioides tanto no período perioperatório quanto no pós-operatório. Este trabalho consiste em uma revisão de literatura em relação ao uso do bloqueio do plano do eretor da espinha em cirurgias cardíacas, seguido de um relato de caso no Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. O ESP block consiste em injetar anestésico local no plano fascial abaixo deste músculo, no processo transverso, o objetivo de anestésiar os ramos ventral e dorsal do nervo espinal, responsável pela sensibilidade da parede torácica. Em cirurgias cardíacas, existem vários estímulos algícos que podem prejudicar a recuperação anestésica e cirúrgica, como esternotomia, lesão de nervo intercostal, manipulação de pleura parietal e pericárdio e colocação de drenos. Embora considerado seguro, algumas complicações já foram relatadas na literatura, como falha de bloqueio, toxicidade sistêmica por anestésico local, hematoma e pneumotórax. **Relato de caso:** Homem, LSJ, 57 anos, 103 kg, 177 cm, hipertenso e dislipidêmico, com histórico de infarto agudo do miocárdio sem supra do segmento ST oito dias anteriores à cirurgia de revascularização, lesões graves no território da DA e CX. Sem alergias e jejum. Monitorizado inicialmente PNI, cardioscopia e SpO₂. Sedado com midazolam 3 mg e posicionado sentado para realização do bloqueio do ESP block. Assepsia e antisepsia de região dorsal com clorexidina, identificado processo transverso a nível de T6 com US, injetado 20ml de ropivacaína a 0,375% à direita e esquerda, sem intercorrências. Realizada oxigenação a 100% com MF, indução anestésica com sufentanil, etomidato e rocuroônio; IOT sem dificuldades; acoplado a VM; manutenção anestésica com sevoflurano e sulfentanil 0,5mcg.kg⁻¹.h⁻¹, este interrompido duas horas antes do término da cirurgia. Acessos vasculares (artéria radial e acesso venoso central). Monitorização adicional com PAI, BIS, termômetro esofágico, capnografia e tempo de coagulação ativado. Reversão do BNM com sugamadex, aspiração das VASP e, após retorno do nível de consciência e ventilação espontânea, extubação sem intercorrências. Encaminhado à UTI, consciente, orientado, com suporte de oxigênio por MF não reinalante a 10 L.min⁻¹. Escala visual analógica a cada 10 min, variando de 1 a 2. Na UTI manteve-se estável e após 24 h apresentou EVA 5, resgate com tramadol 50 mg.

Palavras-chave: Bloqueios analgésicos, eretor da espinha, cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. De Cassai A, Bonvicini D, Correale C, Sandei L, Tulgar S, Tonetti T. Erector spinae plane block: a systematic qualitative review. *Minerva Anesthesiol.* 2019;85(3):308-19. <http://dx.doi.org/10.23736/S0375-9393.18.13341-4>. PMID:30621377.
2. Ali Gado A, Alsadek WM, Ali H, Ismail AA. Erector spinae plane block for children undergoing cardiac surgeries via sternotomy: a randomized controlled trial. *Anesth Pain Med.* 2022;12(2):e123723. <http://dx.doi.org/10.5812/aapm-123723>. PMID:35991776.

825 ANESTESIA PARA GASTROSTOMIA EM CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DELEÇÃO DO BRAÇO LONGO DO CROMOSSOMO 13 – RELATO DE CASO

RICARDO VASCONCELLOS TEIXEIRA, DANIELE OLIVEIRA MINELLI, GLAUBER PEREIRA CARVALHO

CET S. ANEST. INST. NAC. DE CÂNCER - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A síndrome de deleção no braço longo do cromossomo 13 é uma alteração genética rara com diversas manifestações fenotípicas, dependendo da localização e da extensão do segmento deletado. A dificuldade de intubação e ventilação é relatada e pode estar presente mesmo na ausência de anormalidades craniofaciais. **Relato do caso:** Lactente feminina, 8 meses (idade corrigida), 4 kg, parto vaginal prematuro, Apgar 4/8, portadora de síndrome 13q e retinoblastoma. Relato de 3 tentativas de IOT sem sucesso em anestesia prévia. Candidata a gastrostomia por distúrbios na deglutição, disfagia e déficit ponderal importante. A paciente apresentava-se com 12h de jejum e uma sonda nasogástrica. Foi monitorizada com PNI, cardioscópio e oximetria de pulso. Revisada venóclise em membro superior. Feita pré-oxigenação e injeção IV de fentanil 10mcg, lidocaína 10 mg, propofol 20 mg e rocuroônio 5 mg. Ventilação sob máscara facial e circuito Baraka difícil, apesar da cânula Guedel e do auxílio de um segundo profissional. À laringoscopia direta, macroglossia, edema hipofaríngeo, muita secreção, Comarck 4. Evoluiu com regurgitação e possível aspiração de conteúdo gástrico não particulado. Administrado 4 puffs de fenoterol e ipatrópio, e aspiração ativa das VAS. Após estabilização, IOT possível com o McGrath e Bougie, na 2ª tentativa, com TOT n° 3 sem cuff. Durante as tentativas de laringoscopia, a menor SpO2 aproximou-se de 50%. A anestesia foi mantida com sevoflurano. Ausculta pulmonar bilateral com roncos e sibilos. Ao término do procedimento, a paciente foi encaminhada à UTI intubada e estável. **Discussão:** A síndrome 13q é uma condição rara associada a retardo mental e psicomotor, graus variados de malformações, principalmente craniofaciais, e ao desenvolvimento precoce de retinoblastoma. Apesar de limitarem-se a relatos e séries de casos, evidências sobre a dificuldade de abordagem da VA desses pacientes são bem documentadas, incluindo o cenário catastrófico “não intubo, não ventilo”, como o supracitado. Diferenças anatômicas e fisiológicas tornam a abordagem da VA em pediatria particularmente desafiadora. Planejamento e familiarização com os equipamentos e técnicas de resgate da VA, bem como com os algoritmos e guidelines vigentes, é crucial. Pacientes com tumor intraocular frequentemente são submetidos a exames e intervenções sob anestesia. Estudos genéticos evidenciando deleções no cromossomo 13 devem alertar o anestesiológista para uma possível VA difícil.

Palavras-chave: Pediatria, via aérea difícil, Síndrome 13q.

REFERÊNCIAS

1. Mayhem JF, Fernandez M, Wheaton M. Anesthesia in a child with deletion 13q syndrome. Paediatr Anaesth. 2005;15(4):350-3. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2005.01592.x>. PMID:15787931.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. 2022 Jan 1;136(1):31-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID: 34762729.

827 COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO

VICTORIA DA SILVA COELHO, FABIANO SOUZA ARAÚJO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, LETICIA BERNARDES DE CASTRO, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A ruptura do septo interventricular é uma complicação mecânica do infarto agudo do miocárdio (IAM) potencialmente letal, que ocorre devido à fragilidade tecidual do miocárdio necrótico. Esse defeito no septo causa uma comunicação interventricular (CIV) e pode levar a hipotensão, taquicardia, insuficiência cardíaca e choque cardiogênico. A mortalidade da CIV pós-IAM é cerca de 90% em 2 meses. Dessa forma, diante do diagnóstico dessa patologia, a intervenção para fechamento da CIV é fundamental na tentativa de aumento da sobrevida. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 89 anos, previamente hipertensa, admitida com dor precordial e elevação de ST no serviço de hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco que demonstrou obstrução grave no terço distal da artéria descendente anterior tratada com angioplastia. No primeiro dia após angioplastia, evoluiu com choque cardiogênico e ecocardiograma constatou CIV muscular pós IAM de 9mm. Diante de instabilidade hemodinâmica, instalado balão intra-aórtico (BIA) e programado fechamento percutâneo da CIV. Submetida a anestesia geral, indução com remifentanil, etomidato e rocurônio e manutenção com remifentanil e sevoflurano. Infusão contínua de fenilefrina, adrenalina e mantido BIA na programação 1:1. Procedimento guiado por fluoroscopia e ecocardiografia. Equipe cirúrgica teve dificuldade de ancoragem da prótese para fechamento da CIV devido à frialdade miocárdica. Diante do insucesso do fechamento do defeito, paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica grave e óbito. **Discussão:** A sobrevida após CIV pós IAM depende da intervenção para fechamento do defeito. A correção cirúrgica está associada a uma mortalidade alta, principalmente em pacientes muito idosos e com choque cardiogênico. Dessa forma, a técnica de fechamento percutâneo da CIV torna-se uma alternativa menos invasiva e com potencial de aumento de sobrevida nesse grupo de pacientes. O manejo anestésico dessa intervenção consiste no suporte hemodinâmico adequado e na tentativa de diminuir o shunt existente até que o defeito do septo interventricular seja corrigido. No relato de caso descrito, o insucesso do fechamento da CIV e provável aumento do tamanho do defeito pela manipulação cirúrgica levaram a maior instabilidade hemodinâmica e desfecho desfavorável. No entanto, o conhecimento dessa patologia e manejo hemodinâmico adequado pelo anestesiológico são importantes para a intervenção cirúrgica e aumento da sobrevida desses pacientes.

Palavras-chave: Comunicação interventricular pós infarto, complicação mecânica do IAM.

REFERÊNCIAS

- Schlotter F, de Waha S, Eitel I, Desch S, Fuernau G, Thiele H. Interventional post-myocardial infarction ventricular septal defect closure: a systematic review of current evidence. *EuroIntervention*. 2016;12(1):94-102. <http://dx.doi.org/10.4244/EIJV12I1A17>. PMID:27173869.
- Thiele H, Kaulfersch C, Daehnert I, et al. Immediate primary transcatheter closure of postinfarction ventricular septal defects. *Eur Heart J*. 2009;30(1):81-8. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehn524>. PMID:19036747.

828 MANEJO ANESTÉSICO DA DISSECÇÃO DE AORTA AGUDA NO INTRAOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

VICTORIA DA SILVA COELHO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO, TAISA GUIMARAES MESQUITA, VICTOR DE ANDRADE REIS

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A dissecção de aorta intraoperatória é uma complicação rara com mortalidade, que varia de 14,8% a 43%. O diagnóstico precoce e tratamento imediato são fundamentais na sobrevida do paciente.

Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 60 anos, obeso, hipertenso, diabético, coronariopata e portador de insuficiência cardíaca, admitido para cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). Realizada monitorização contínua com cardioscopia, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva, pressão venosa central, termômetro e índice bispectral. Anestesia geral induzida com fentanil, propofol e rocurônio, e mantida com infusão contínua de dexmedetomidina, remifentanil e lidocaína, além de sevoflurano. Após a saída de circulação extracorpórea (CEC), foi visto sangramento aumentado em anastomoses proximais e dilatação da aorta torácica. A suspeita de dissecção aguda do tipo A foi confirmada por ecocardiografia transesofágica. Paciente submetido a parada circulatória total (PCT), neuroproteção com tiopental 01 g e hipotermia profunda (21°C) para substituição da aorta ascendente por tubo de Dacron e reimplante de coronárias. O procedimento durou 10 horas, com 05 horas e 11 minutos de CEC e 31 minutos de PCT. Encaminhado ao centro de terapia intensiva, recebeu alta hospitalar no 10º dia em boas condições clínicas e sem déficits neurológicos. **Discussão:** A dissecção aórtica aguda no intraoperatório pode ser secundária a trauma na região do clamp aórtico, no local de canulação da aorta ou na anastomose proximal. Seu reconhecimento precoce é fundamental para a sobrevida do paciente, e a ecocardiografia transesofágica perioperatória é uma ferramenta valiosa no diagnóstico, tendo a visualização do retalho intimal elevada sensibilidade e especificidade. É imperativo classificar o tipo de dissecção, uma vez que a dissecção do tipo A de Stanford requer intervenção cirúrgica imediata. Nesses casos, é necessária troca da canulação arterial, parada circulatória total e hipotermia profunda com resfriamento da cabeça para neuroproteção. Em casos de ruptura localizada da íntima, o reparo primário é o procedimento de escolha, enquanto nas lesões maiores a substituição da aorta por um tubo de Dacron é necessária. O atraso no diagnóstico aumenta significativamente a mortalidade, e medidas preventivas incluem controle pressórico rigoroso durante canulação e realização das anastomoses, e uso de pinças com inserções acolchoadas.

Palavras-chave: Dissecção de aorta intraoperatória, complicação em cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Singh A, Mehta Y. Intraoperative aortic dissection. *Ann Card Anaesth.* 2015;18(4):537-42. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9784.166463>. PMID:26440240.
2. Gregory SH, Yalamuri SM, Bishawi M, Swaminathan M. The perioperative management of ascending aortic dissection. *Anesth Analg.* 2018;127(6):1302-13. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000003747>. PMID:30211773.

829 MANEJO ANESTÉSICO E CONSIDERAÇÕES PARA SUPRARRENALECTOMIA EM UM PACIENTE PORTADOR DE FEOCROMOCITOMA DE DIFÍCIL CONTROLE

LEONARDO QUEIROZ PARRA, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, PAULO SERGIO ZAPPALÁ ZERBINI BORGES, RODOLFO CARVALHO SOEIRO MACHADO

CET CENTRO ANESTESIOLOGIA. UNIV. DE BRASÍLIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: O preparo clínico prévio à adrenalectomia por feocromocitoma reduz em até 42% as complicações como arritmias ventriculares, acidentes vasculares hemorrágicos e morte súbita. **Relato do caso:** Mulher de 36 anos, 65kg e 1,73m. Diagnóstico de feocromocitoma há um ano e sintomatologia há 5 anos em uso há 8 semanas de fenoxibenzamina 20 mg e há 6 semanas de atenolol 150 mg. Assintomática há 1 mês, com boa estabilidade pressórica, indicou-se anestesia geral combinada com peridural. Monitorização padrão e punção de artéria radial. Ao decorrer da pré-oxigenação apresentou PAS 290mmHg, feito *bolus* de 200mcg de nitropussiato e após normalização dos sinais vitais, realizada IOT. Ao posicionar, observou pico hipertensivo de 353x200mmHg. Iniciado nitroprussiato em BIC (dose até 6 mcg/kg/min), sulfato de magnésio 3 g, além de adjuvância com remifentanil 0,4mcg/kg/min, dexmedetomidina 0,7mcg/kg/h, sevoflurano 1,5 CAM e ropivacaína 0,5% 20ml por cateter de peridural. Após estabilização, inserção de trocater e curto intervalo de insuflação lenta de pneumoperitônio, sobrevém nova oscilação com picos hipertensivos de até 330mmHg sistólicos, tomada decisão conjunta com equipe cirúrgica de suspensão do procedimento. Encaminhada para endocrinologia e indicado uso de prazosina 8 mg/dia e nifedipina 40 mg. Após doze semanas, retorna ao centro cirúrgico. Aferições pressóricas pré-operatórias em decúbito, sentada e em ortostase demonstra normotensão. Indicado anestesia geral combinada e monitorização invasiva com FloTrac-Vigileo, identificado volume de ejeção reduzido de 28ml/batimento e resistência vascular elevada de 1740mmHg/seg. Guiado por monitorização foi feito correção do volume de ejeção. Após exérese de tumor, queda abrupta da resistência vascular para 688mmHg/seg com necessidade do uso de vasopressor 0,2mcg/kg/min. Ato cirúrgico e anestésico sem intercorrências encaminhada para UTI e controle algico anestésico por 48 horas. **Discussão:** Ao anestesiológico compete a avaliação acurada do preparo pré-operatório. Diversas drogas estão implicadas para o controle, como o alfa/beta bloqueadores e os bloqueadores do canal de cálcio. A técnica anestésica escolhida visa ao controle algico e ao melhor controle hemodinâmico. Devido à abrupta redução da liberação de catecolaminas na circulação sistêmica após a ligadura da veia adrenal, ocorre queda na resistência vascular e o uso de cristaloides está indicado para controle do volume circulatório e evitar colapso cardiovascular.

Palavras-chave: Feocromocitoma, adrenalectomia, hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000.
2. Pacak K, Eisenhofer G, Ahlman H, et al.; International Symposium on Pheochromocytoma. Pheochromocytoma: recommendations for clinical practice from the First International Symposium, October 2005. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2007;3(2):92-102. <http://dx.doi.org/10.1038/ncpendmet0396>. PMID:17237836.
3. van der Horst-Schrivers AN, Kerstens MN, Wolffenbuttel BH. Preoperative pharmacological management of phaeochromocytoma. *Neth J Med.* 2006;64(8):290-5. PMID:16990692.

830 ANAFILAXIA PERIOPERATÓRIA EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, DANIELA GOMES DE SOUZA, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO,
RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A anafilaxia é uma reação multissistêmica grave e potencialmente fatal. Sendo sua ocorrência no período perioperatório motivo de preocupação pela maior mortalidade. Este é um relato de caso de anafilaxia durante cirurgia videolaparoscópica (VLP), onde as respostas hemodinâmicas esperadas poderiam ter confundido e dificultado o diagnóstico deste quadro de grande importância anestésica.

Relato do caso: Mulher, 36 anos, ASA I, nega alergias, cesárea prévia. Submetida a colecistectomia VLP eletiva. Indução com propofol 50 mg, sufentanil 50mcg, rocurônio 40 mg e manutenção de plano anestésico com desflurano 6-7%. Profilaxia antibiótica com cefazolina 2 g. Alguns minutos da insuflação do pneumoperitônio, apresentou taquicardia sinusal e hipotensão severa (PAS 60mmHg) necessitando prontamente de efedrina 10mcg IV e ressuscitação volêmica com 2L de cristalóide, seguida de finilefrina 80mcg IV. Observou-se à oximetria de pulso grande variabilidade pletismográfica, refletindo o estado de vasoplegia em curso. Devido ao quadro de choque refratário à ressuscitação volêmica e vasoconstritores usuais, foi aventada a hipótese de anafilaxia, sendo realizado bolus de adrenalina 20mcg IV seguido por infusão contínua a 0.1mcg/kg/min, a fim de manter pressão arterial média (PAM) \geq 65mmHg. Após estabilização pressórica, foram administrados difenidramina 50 mg e hidrocortisona 200 mg. Procedimento cirúrgico finalizado sem intercorrências, paciente extubada e encaminhada a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com redução gradual da adrenalina em resposta à melhora do quadro hemodinâmico na SRPA. **Discussão:** Em anestesia são administrados diversos agentes que podem precipitar uma anafilaxia, sendo os bloqueadores neuromusculares e o antibiótico os principais agentes. Frente ao início agudo de hipotensão, broncoespasmo ou envolvimento laríngeo associado ou não à manifestação cutânea no período perioperatório, deve-se afastar a suspeita de anafilaxia devido à elevada mortalidade que acompanha essa complicação anestésica. Todavia, uma resposta esperada ao pneumoperitônio é o reflexo vagal gerando bradicardia e hipotensão, porém o que observamos foi taquicardia acompanhada por hipotensão minutos após o pneumoperitônio. Ao ser aventada a hipótese de anafilaxia, a adrenalina é o elemento-chave para o controle e reversão do quadro. No caso apresentado, não foi ainda identificado o agente causador, sendo recomendado à paciente a consulta com alergologista para elucidação do evento.

Palavras-chave: Anafilaxia, perioperatório, cirurgia videolaparoscópica.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Anafilaxia: atualização 2021. Rio de Janeiro: SBP; 2021.
2. Spindola MAC, Solé D, Aun MV, et al. Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) – Parte I: Tratamento e orientação pós- crise. São Paulo: Associação Brasileira de Alergia e Imunologia; 2019.

832 INTOXICAÇÃO POR SORBITOL RELATO DE CASO

BRUNO BITTENCOURT PROCOPIO, ALYSSON HIGINO GONÇALVES DA SILVA, FREDERICO VARGAS BOTINHA MACEDO, GUILHERME NOGUEIRA SANTANA, MARIA FERNANDA LIMA NASCIMENTO

HOSPITAL FELICIO ROCHO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Devido ao aumento na realização de procedimentos transurretrais e histeroscópicos, os fluidos de irrigação têm sido amplamente utilizados como soluções não eletrolíticas que permitem melhor visibilidade durante o procedimento. Por apresentarem baixa viscosidade, esses fluidos podem ser rapidamente reabsorvidos, gerando sobrecarga hídrica e suas complicações. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 38 anos, hígida, sem alergias, admitida para histeroscopia devido a miomatose. Realizada monitorização contínua com cardioscopia, pressão arterial não invasiva intermitente e oximetria de pulso, e sedação com propofol e remifentanil em bomba de infusão contínua. Após 70 minutos do início da irrigação uterina com sorbitol 3,5%, a paciente apresentou piora do padrão respiratório e epistaxe de início súbito, edema de face, expectoração rósea espumosa, confusão mental e bexigoma. Foi realizada aspiração das vias aéreas, controle do sangramento, ventilação com pressão positiva, administração de furosemida 40 mg e passagem de sonda vesical de demora. Paciente foi encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) para observação, onde foi realizada gasometria venosa que evidenciou acidose respiratória e hiponatremia grave (Na 111 mmol/L). Optado por realizar reposição de sódio com NaCl 3% e encaminhar paciente para unidade de terapia intensiva para vigilância respiratória, neurológica e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar após dois dias do procedimento.

Palavras-chave: Fluidos de irrigação, procedimentos endoscópicos.

REFERÊNCIAS

1. World Federation of Societies of Anesthesiologists. Complicações associadas ao uso intraoperatório de fluido de irrigação para procedimentos endoscópicos. 2019 [citado em 2023 Abr 11]. Disponível em: https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/410_portuguese.pdf

833 BLOQUEIO DO PLANO TRANSVERSO DO ABDOME (TAP BLOCK) EM CIRURGIAS PEDIÁTRICAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

FLAVIA SCHULTHAIS DA SILVA, BEATRIZ LIN CARBONE, DAVID FERREZ, JÉSSICA T. SUZUKI, PATRICIA CID

BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A analgesia pós-operatória ótima em crianças mostra-se de suma importância, uma vez que os pacientes pediátricos são mais susceptíveis aos efeitos narcóticos. O bloqueio do plano transversal (TAP) vem ganhando popularidade no fornecimento de analgesia com opiáceos. Neste procedimento, uma solução é injetada no plano entre os músculos oblíquo externo e transversal do abdome, por onde correm nervos toracolombares após saírem de suas raízes espinhais, formando as fibras sensoriais da parede abdominal anterolateral (1). Considerando que o bloqueio do plano transversal do abdome (bloqueio TAP) vinha se mostrando útil em cirurgias abdominais inferiores, especialmente guiado por ultrassom (2), já que técnicas regionais proporcionam excelente alívio da dor pós-operatória em pacientes pediátricos, e que o bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) é uma técnica regional mais recente disponível (3). **Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura buscando sintetizar as principais evidências clínicas relacionadas à utilização do TAP block em pacientes pediátricos. **Método:** Este trabalho é classificado como uma revisão da literatura baseada no método de síntese de evidências. A estratégia de busca utilizada para seleção dos trabalhos foi a seguinte: ("transversus abdominis plane"[title] OR "tap block"[title]) AND pediatric[title]. Optou-se pela busca de trabalhos com as palavras-chave já no título, de forma a obter uma seleção inicial bastante focada. A base de dados escolhida foi a PUBMED, e nenhum corte temporal foi estabelecido, buscando identificar assim a evolução temporal da técnica. **Resultados:** A busca identificou 16 artigos que atenderam à estratégia estabelecida previamente. Após a leitura dos títulos e resumos, 3 trabalhos foram eliminados por não discutirem adequadamente o tema proposto para a revisão, restando 13 artigos para revisão. **Conclusão:** Foi consenso entre os trabalhos avaliados que o bloqueio TAP é eficaz e seguro para analgesia de pacientes pediátricos submetidos a cirurgias abdominais.

Palavras-chave: Pediatria, anestesiologia, bloqueio do plano transversal do abdome.

REFERÊNCIAS

1. Alsharari AF, Abuadas FH, Alnassrallah YS, Salihi D. Transversus abdominis plane block as a strategy for effective pain management in patients with pain during laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *J Clin Med.* 2022;11(23):6896. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11236896>. PMID:36498471.
2. Bakshi SG, Doctor JR, Trivedi BD, Qureshi SS. Transversus abdominis plane catheters for postoperative pain relief in pediatric patients. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2017;33(1):121-2. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-9185.202187>. PMID:28413286.
3. Tanaka M, Mori N, Murakami W, et al. [The effect of transversus abdominis plane block for pediatric patients receiving bone graft to the alveolar cleft]. *Masui.* 2010;59(9):1185-9. PMID:20857679.

834 **DUPLO BLOQUEIO NEUROAXIAL EM GESTANTE COM EHLERS-DANLOS SÍNDROME: UMA ALTERNATIVA ANESTÉSICA À CESARIANA**

KAREN CAVICHINI ROSSETO, FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ, RAMON SCHWENCK FRAGA

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A Síndrome de Ehlers-Danlos é um distúrbio hereditário do colágeno caracterizado por hiper mobilidade e frouxidão articular, hiperextensibilidade da pele, cicatrizes atróficas, pele friável e equimoses. Sua prevalência é estimada em 1:20.000. O diagnóstico é clínico, através da escala de Brighton. Também é associada a distúrbios psiquiátricos, fadiga, tontura e dores músculo-esqueléticas, as quais podem ser crônicas. Fenótipos mais graves da doença podem levar a dissecação de vasos, pneumotórax espontâneo e ruptura de órgãos. **Relato do caso:** Paciente T.H, 31 anos, primigesta, termo, ASA II por gestação e EDS, sem demais antecedentes. Ausência de preditores de VAD, Mallampati 2. Exames laboratoriais normais. Optado pela realização da cesariana, definimos então a abordagem Neuroaxial de Duplo Bloqueio. Portanto, realizamos punção epidural em L2-L3 com agulha de Tuohy 18G, e após colocamos cateter peridural. Nova punção em L3-L4, paramediana, com agulha Quincke 27G e injeção de AL + opióide. Infundidos via EV 1500ml de ringer lactato, cefazolina, dipirona, ondansetrona 8 mg e ocitocina 15ui. Vasopressor de escolha: metaraminol 0,25 mg EV em bolus, caso queda de PA acima de 10%, porém, não houve necessidade. Sangramento intraoperatório e tônus uterino dentro da normalidade. Não houve necessidade de doses de anestésico local em cateter peridural para controle algico, sendo retirado íntegro logo após o procedimento. Paciente apresentou boa evolução clínica, recebendo alta 48 horas após. **Discussão:** Sabendo que tais pacientes podem apresentar luxação de ATM à VPP e em tentativa de IOT, além de maiores chances de sangramento em via aérea devido traumatismos e até mesmo pneumotórax à ventilação mecânica, descartamos anestesia geral. Bloqueios periféricos também devem ser evitados devido ao risco de hematomas. Portanto, apesar da resistência a anestésicos locais, intrínseca a estes pacientes, optamos pela dupla abordagem neuroaxial: Raquianestesia e Peridural Lombar Contínua para controle algico, com repique de doses de bupivacaína 0,5% conforme necessidade e realização da cesariana com segurança. Reservados 2 Concentrados de hemáceas previamente e evitou-se punção venosa central e linhas arteriais. Além disso, houve vigilância cuidadosa quanto a sangramento intraoperatório com contagem de compressas e controle de sinais vitais, devido a vasculites. Controle do tônus uterino, o qual se manteve adequado; não houve outros sangramentos no período pós-parto.

Palavras-chave: Cesariana, síndrome de Ehlers-Danlos, duplo bloqueio neuroaxial.

REFERÊNCIAS

1. Karthikeyan A, Venkat-Raman N. Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome and pregnancy. *Obstet Med.* 2018;11(3):104-9. <http://dx.doi.org/10.1177/1753495X18754577>. PMID:30214474.
2. Wiesmann T, Castori M, Malfait F, Wulf H. Recommendations for anesthesia and perioperative management in patients with Ehlers-Danlos syndrome(s). *Orphanet J Rare Dis.* 2014;9(1):109. <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-014-0109-5>. PMID:25053156.

835 SÍNDROME DE BERNARD-SOULIER: UM DILEMA ANESTÉSICO

KAREN CAVICHINI ROSSETO, GABRIELLA GRAZIANI PIOLI, WILSON GONÇALVES SOMBRA

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A Anestesiologia encarrega-se do cuidado perioperatório, ou seja, de todo processo anterior, durante e posterior ao procedimento realizado. Diversas técnicas são empregadas não apenas para o desempenho cirúrgico, mas também para a satisfação do paciente no quesito analgésico. **Relato do caso:** Paciente C.L, 50 anos, ASA II por Macrotrombocitopenia Hereditária, com antecedentes anestésicos de 1 bloqueio espinhal para cesariana e anestésias gerais, sendo elas amigdalectomia e artrodese de L3-L4; todos sem intercorrências; será submetida a Histerectomia Total Abdominal por Miomatose Uterina. Em Avaliação Pré-anestésica, apresentava Mallampati 2 e em exames laboratoriais Hb 13.7 mg/dl, Ht 40.1%, plaquetas 41.000, TAP 11.4s, RNI 1.0, TTPA 28.7s; demais exames, incluindo ECG, normais. De acordo com hematologista, relata não haver necessidade de transfusão, pois as plaquetas são funcionantes e por estarem em maior tamanho, medida automatizada é errônea. Explicado previamente à paciente sobre a possibilidade de bloqueio, esta relata que nunca necessitou de hemotransfusão e que irmã e filho também são portadores da síndrome. **Discussão:** Devido ao fato de a paciente nunca ter apresentado sangramento exacerbado ou até mesmo espontâneo e ter história de 1 bloqueio bem-sucedido, optou-se pela realização de raquianestesia com abordagem mediana com agulha Whitacre 27G em L3-L4, 2ª tentativa, com bupivacaína hiperbárica 20 mg, fentanil 20mcg e morfina 80mcg, após botão cutâneo com lidocaína 2% sem vasoconstrictor e sedação com midazolam e fentanil EV, além de 1 g de ácido tranexâmico. Sem intercorrências. Diante das possibilidades anestésicas, e segundo a literatura não contraindicar de forma absoluta, e tratando-se de uma cirurgia intracavitária, optou-se por garantir a analgesia pós-operatória promovida pela raquianestesia, evitando-se utilizar agulhas de grosso calibre, como a Touhy 17G e o consumo excessivo de opioides EV, beneficiando a paciente.

Palavras-chave: Raquianestesia, síndrome de Bernard-Soulier, analgesia pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Kostopanagiotou G, Sifaka I, Sikiotis C, Smyrniotis V. Anesthetic and perioperative management of a patient with Bernard-Soulier syndrome. J Clin Anesth. 2004;16(6):458-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2003.10.007>. PMID:15567653.
2. Oliveira CRD, Nunes RR, Azevedo RA. Anestesia e doenças incomuns coexistentes. In: Oliveira CRD, editor. Rio de Janeiro: SBA; 2017. 36 p.

837 ANALGESIA MULTIMODAL PARA TORACOTOMIA EXPLORADORA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM GLANGLIONEUROMA EM MEDIASTINO POSTERIOR

ANA JULIA NICOLIELLO DIAS, BIANCA AMADO DE MELO, TATIANA GOLDGABER BORGES

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA), RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O controle da dor perioperatória é um aspecto de suma importância no manejo anestésico de pacientes pediátricos, especialmente os oncológicos. Quando tratada inadequadamente, a dor aguda pós-operatória pode acarretar consequências. Nesse contexto, a anestesia multimodal, com a utilização de diferentes classes de fármacos e bloqueio neuroaxial ganha destaque. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 7 anos, de 35kg e sem comorbidades, foi submetida a toracotomia para ressecção de ganglioneuroma em mediastino posterior esquerdo com insinuação pelos forames neurais das raízes de T4, T5 e T6, com abordagem transforaminal e secção radicular. Para tal, foi realizada prevenção de dor pós-cirúrgica com prescrição de gabapentina nas 2 semanas anteriores ao procedimento. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral venoinalatória multimodal e combinada à técnica peridural contínua. A indução anestésica foi feita pela via inalatória (sevoflurano) e, após venóclise, procedeu-se à intubação orotraqueal com seletivação brônquica por bloqueador endobrônquico. Prosseguiu-se com manutenção venosa multimodal por meio de infusões contínuas de dexmedetomidina 0,3 µg/kg/h, lidocaína 40 mg/h e cetamina 4 mg/h, além da via inalatória, combinadas à infusão intermitente, após cateterização do espaço epidural, de lidocaína 0,6% 10ml, seguida de ropivacaína 0,2% 10ml e, ao final do procedimento, ropivacaína 0,1% 10ml. Ao término da cirurgia, a criança despertou sem queixas. A analgesia pós-operatória foi mantida por infusão contínua de ropivacaína a 0,1% + clonidina 0,5 µg/mL peridural na vazão de 7ml/h, com programação de analgesia controlada pelo paciente (bolus de 5ml), além de analgesia venosa com dipirona regular e continuidade do uso de gabapentina VO. Após 48 horas do término da cirurgia, manteve-se controle algico satisfatório, sendo relatados dois episódios de dor controlados com injeção em bolus pelo cateter de peridural, sem a necessidade de droga intravenosa de resgate. **Discussão:** O controle da dor após cirurgias torácicas e neurocirúrgicas com manipulação de raízes nervosas pode representar um desafio para o anestesista. Neste caso, foi possível obter controle algico satisfatório sem a utilização de opioides pelo emprego da técnica de anestesia/analgesia multimodal, uso de gabapentinoide pré-operatório e manutenção do controle de dor com cateter de peridural no período pós-operatório.

Palavras-chave: Analgesia multimodal, dor, analgesia peridural.

REFERÊNCIAS

1. Schechter W. Approach to the management of acute perioperative pain in infants and children. Waltham: UpToDate; 2022.

838 ANESTESIA PARA FEOCROMOCITOMA COM DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO

SHEYLA FABIANE SANTINON, AMANDA GOMES FONSECA, EDUARDO AREIAS DE OLIVEIRA, GABRIELLE FOPPA RABAIOLI

CET IPMMI-HOSP. MAT. MARIETA K. BORNHAUSEN - HOSPITAL SEDE: IPMMI-HOSP. MAT. MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL

Introdução: O feocromocitoma é um tumor raro, neuroendócrino, caracterizado pela secreção de catecolaminas produzidas pelas células cromafins da medula suprarrenal. Representa cerca de 0,1% das causas de hipertensão e sua importância para a anestesiologia está na elevada mortalidade na indução anestésica, que pode ser reduzida com o preparo pré-anestésico (bloqueio alfa 1 associado ou não ao betabloqueio). A liberação de catecolaminas pode ser até 20x superior ao normal, sendo estimulada por sensação dolorosa, estresse ou manipulação tumoral, resultando em instabilidade hemodinâmica no intraoperatório. **Relato do caso:** Paciente feminina, 21 anos, a ser submetida a duodenopancreatectomia e linfadenectomia retroperitoneal para ressecção de tumor. Apresentava elevação de bilirrubina, enzimas hepáticas e marcadores caniculares; ressonância magnética de abdome com formação expansiva sólida, em íntima relação com a segunda porção duodenal, mantendo contato com a cortical medial do polo superior do rim direito e parede da vesícula biliar, apresentando realce ao meio de contraste venoso, medindo 58x48mm. História pregressa de cesariana, com suspeita de pré-eclampsia grave após picos hipertensivos durante o parto; não possuía pré-natal completo. Admitida no centro cirúrgico, realizada anestesia geral balanceada associada a peridural torácica com cateter, monitorizada com pressão arterial invasiva e acesso venoso central. Após incisão e durante manipulação cirúrgica, apresentou picos hipertensivos e taquicardia. Iniciado dexmedetomidina e remifentanil em bomba de infusão, com pouca resposta. Devido à hipertensão refratária, foi necessário associar nitroprussiato de sódio em dose até 2,5mcg/kg/min. No intraoperatório, encontrada massa em localização de glândula suprarrenal e, diante do quadro, sugerido diagnóstico de feocromocitoma; confirmado pela patologia e imuno-histoquímica posteriormente. Após retirada do tumor, paciente evoluiu com hipotensão, necessitando de altas doses de droga vasoativa para controle hemodinâmico. Ao término, a paciente foi extubada e encaminhada para UTI, onde permaneceu por 4 dias para controle da pressão arterial. **Discussão:** O tratamento cirúrgico é o único definitivo para o feocromocitoma e o preparo pré-operatório tem o objetivo de tratar a hipertensão arterial, evitar paroxismos, restaurar o volume intravascular, além de reduzir a mortalidade perioperatória de cerca de 50% para de 0 a 3% e reduzir tempo de internação.

Palavras-chave: Feocromocitoma.

REFERÊNCIAS

1. Manger WM. An overview of pheochromocytoma: history, current concepts, vagaries, and diagnostic challenges. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1073(1):1-20. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1353.001>. PMID:17102067.
2. Miller RD. *Miller's anesthesia.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.

839 ACIDOSE LÁTICA ASSOCIADA À METFORMINA: DOS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS À ABORDAGEM CLÍNICA

FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Acidose láctica se caracteriza pelo aumento do anion gap, concentração sérica de lactato acima de 5mmol/L e $\text{pH} \leq 7,35$, sendo este o tipo mais comum de acidose e aquela com pior prognóstico. O quadro associado à metformina é uma complicação rara, porém fatal, sendo habitual em indivíduos que usam o fármaco e possuem alguma condição intercorrente, como depleção volêmica ou medicações que interferem na autorregulação renal. **Relato do caso:** Mulher, 61 anos, hipertensa e diabética tipo 2, em uso de metformina, glicazida, hidroclorotiazida, atenolol e enalapril. Hepatopatia por vírus C tratada, sem disfunção cardíaca ao ecocardiograma, submetido a mediastinoscopia e lobectomia esquerda por vídeo, sob anestesia geral inalatória com sevoflurano e bloqueio peridural. Paciente recebeu 500 mg de metformina 6 horas antes do procedimento. Apesar de estabilidade hemodinâmica, evoluiu com hiperlactatemia crescente valor inicial pH 7,41 lactato 3.0mmol/l e HCO_3 20.4mmol/l. Seguida por pH 7,23 lactato 10.5mmol/l e HCO_3 13.7mmol/l. Realizada ressuscitação volêmica vigorosa com cristalóide 4.500ml e albumina 40ml, iniciada infusão de noradrenalina a 0.06mcg/kg/min, a fim de estimular depuração renal de lactato. Diurese intraoperatória de 1.6ml/kg/h. Aventada, então, a hipótese de hiperlactatemia tipo 2 pela não suspensão da metformina. Cirurgia procedeu sem intercorrências, paciente extubada encaminhada ao CTI em ar ambiente. Metformina mantida suspensa por 48h. Paciente manteve creatinina sérica pós-operatória similar à basal (0,89), gasometria após 12h pH 7.36 lactato 0.3 e HCO_3 25. **Discussão:** A hipótese mais aceita para descrever a acidose láctica associada à metformina consiste na supressão da oxigenação biológica e das enzimas do ciclo do ácido cítrico da cadeia respiratória mitocondrial, comprometendo a depuração hepática de lactato. Dessa forma, a conduta visa à aceleração do metabolismo do lactato. Podendo ser necessária eliminação da metformina com uso de hemodiálise, suporte ventilatório e vasopressor, sendo o uso de bicarbonato controverso. Assim, a importância da orientação acerca da suspensão da metformina em 24 horas antes do procedimento é essencial para evitar cenários similares, mas com desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Metformina, acidose metabólica, perioperatório.

REFERÊNCIAS

1. Chu J, Stolbach A. Metformin poisoning. Waltham: UpToDate; 2023.
2. Maia R, Ornelas E, Carvalho R. Acidose láctica associada à metformina: a hemodiálise está indicada? Rev Clin Hosp Prof. Doutor Fernando Fonseca. 2017;5(1-2):35-7.

840 ANESTESIA PARA PACIENTE ADULTA COM TETRALOGIA DE FALLOT SUBMETIDA A CIRURGIA NÃO CARDÍACA – RELATO DE CASO

HERMÍNIA MOREIRA COELHO DA COSTA, CECILIA BRENDA ROCHA CARNEIRO, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, MANUELA BEZERRIL CIPIÃO FERNANDES, RENATO LABANCA DELGADO PERDIGAO

CET HOSP.G.DO INAMPS FORTALEZA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DO INAMPS DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: A Tetralogia de Fallot é a lesão cardíaca cianótica mais comum na população adulta e sem reparo cirúrgico ou tratamento paliativo, apenas 3% sobrevivem até os 40 anos. A mortalidade após cirurgia não cardíaca é em torno de 7% a 10%. Assim, torna-se importante, pela pouca ocorrência desses casos, a descrição da anestesia para cirurgia não cardíaca. **Relato de caso:** Paciente, feminina, 28 anos, 34kg, portadora de Tetralogia de Fallot não corrigida, em uso de digoxina e bisoprolol, com diagnóstico de coledocolitíase e colangite, tendo indicação de colecistectomia convencional. A cardiopatia congênita foi diagnosticada na infância, mas a mãe da paciente recusou a correção cirúrgica. Posteriormente, na idade adulta, a paciente continua a recusar a correção cirúrgica. O ecocardiograma mostrou: ventrículo direito dilatado e hipertrofiado; comunicação interventricular (15mm); estenose pulmonar severa com gradiente transvalvar de 127mmHg; refluxo tricúspide com PSAP 82mmHg. Na monitorização intraoperatória foi acrescentado Flotrac, pás adesivas para desfibrilador, sensor de temperatura e acesso venoso central. Midazolam foi administrado como pré-anestésico. Na anestesia foram realizados bloqueio do eretor da espinha (10ml de ropivacaína a 0,225% em cada lado), raquianestesia analgésica (60mcg de morfina), e a indução foi com fentanil 75mcg, etomidato 4 mg, cetamina 30 mg e rocuroônio 30 mg, sendo mantida com sevoflurano 1-2%. Recebeu meropenem 2 g e teicoplanina 400 mg. Para a reposição volêmica e hemodinâmica, foram administrados plasma lyte (20ml/kg), noradrenalina (64mcg/mL) e vasopressina (0,4 UI/mL) antes da indução anestésica. No final da cirurgia, recebeu dipirona 1 g, ondansetrona 4 mg, metadona 3 mg e, 70 mg de sugamadex após monitorização com o TOF para extubação. Ela foi transferida para unidade de terapia intensiva em uso de doses baixas de drogas vasoativas, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar no sétimo dia do pós-operatório. **Discussão:** Na Tetralogia de Fallot, as principais considerações pré-operatórias concentram-se em medidas para diminuir a incidência de crises hipercrianótica. Nesse relato, a necessidade de fármacos para o controle da dor e hemodinâmica foram baixos durante o procedimento cirúrgico e no pós-operatório imediato, mostrando a importância da combinação de anestesia regional periférica e geral nessa população.

Palavras-chave: Tetralogia de Fallot não corrigida, cirurgia não cardíaca, adulto.

REFERÊNCIAS

1. Baum VC. Congenital heart disease in adults. In: Kaplan JA, editor. Kaplan's cardiac anesthesia: for cardiac and noncardiac surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 818-42.
2. Steppan J, Maxwell BG. Congenital heart disease. In: Hines RL, Marschall KE, editores. Stoelting's anesthesia and co-existing disease. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 129-49.

843 ANALGESIA CONTÍNUA PARA FRATURA BILATERAL DE QUADRIL EM PACIENTE RENAL CRÔNICA DIALÍTICA E BAIXO PESO: RELATO DE CASO

ISADORA SILVA MELO, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, JACKSON DAVY DA COSTA LEMOS, JORGE ÍTALO CIPRIANO LÔBO, SAMANTHA OTTONI ADOLPHSSON ZIDAN

CET S.A. INST. DR. JOSÉ FROTA - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: A fratura de quadril é uma emergência ortopédica e está associada a significativa morbimortalidade.¹ A implementação de uma estratégia analgésica eficaz no perioperatório diminui a necessidade do uso de opioide e consequentemente seus efeitos adversos. O bloqueio do grupo de nervos pericapsulares (PENG) atinge o plano interfascial com o objetivo de promover a analgesia de região anterior da articulação do quadril.² **Relato do caso:** Paciente, 30 anos, 35kg, portadora de hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica dialítica e osteodistrofia renal. Negava alergias. Foi admitida na emergência do hospital por fratura de colo do fêmur bilateral consequente à queda da própria altura. Estava em uso de tramadol 50 mg VO 6/6h, paracetamol 500 mg VO 6/6h, dipirona 1 g VO 6/6h e morfina 2 mg IV antes das manipulações. Contudo, a paciente persistiu com dor em região do quadril bilateralmente, de caráter nociceptivo, de leve intensidade ao repouso (escala numérica verbal EVN 3) e de forte intensidade à mobilização (EVN 8-10). Devido ao quadro algico, não tolerava mobilizações mínimas em membros inferiores, bem como higienização no leito, além de apresentar despertar noturno secundário à dor. Foi solicitada avaliação pelo Centro de Tratamento da Dor, que optou por realizar analgesia regional através do bloqueio PENG bilateral com implantação de cateter de nervo periférico, com auxílio de ultrassonografia. Logo após, foi iniciada infusão contínua (5ml/h) de solução de ropivacaína 0,1% em ambos cateteres. Paciente evoluiu com melhora importante da dor, passando a tolerar mudança de decúbito, sentar-se no leito e realizar asseio. Referiu também melhora do humor e do padrão do sono. **Discussão:** O bloqueio PENG é uma técnica que demonstra efeito poupador de opioide, além de possuir menor comprometimento de força muscular¹. Isso é desejável em situações que necessitem realizar fisioterapia e mobilização ativa no leito². Devido à nefropatia e ao baixo peso da paciente, a escolha do bloqueio PENG foi oportuna, pois permitiu analgesia com baixos volumes de solução anestésica, quando comparado a outras técnicas de analgesia regional, diminuindo risco de intoxicação por anestésico local. Associa-se também o benefício de diminuir o uso de analgésicos sistêmicos, como opioides e anti-inflamatórios não esteroidais, cuja utilização deve ser restrita em paciente com comprometimento de função renal.

Palavras-chave: Fratura de quadril, bloqueio PENG.

REFERÊNCIAS

1. Kukreja P, Avila A, Northem T, et al. A retrospective case series of Pericapsular Nerve Group (PENG) block for primary versus revision total hip arthroplasty analgesia. *Cureus*. 2020;12(5):e8200. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.8200>. PMID:32572357.
2. Girón-Arango L, Peng P, Chin K, Brull R, Perlas A. Pericapsular Nerve Group (PENG) block for hip fracture. *Reg Anesth Pain Med*. 2018;43(8):859-63. PMID:30063657.

845 BLOQUEIO PEC I E II EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE PARA CIRURGIA DE MASTECTOMIA: ATINGINDO OS OBJETIVOS HEMODINÂMICOS

JANE MARY GUIMARÃES CORDEIRO, GUILHERME RUFINO DA SILVA, LUIZ FERNANDO CARLIN MUTTERLE, SUSI ARAÚJO ALVES, WILSON GONÇALVES SOMBRA

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A estenose aórtica (EA) grave causa obstrução do fluxo de saída do ventrículo esquerdo (VE), resultando em sobrecarga de pressão do VE, hipertrofia concêntrica e disfunção diastólica que frequentemente leva à diminuição do volume sistólico e do débito cardíaco. O planejamento anestésico é baseado nos objetivos hemodinâmicos da EA. A anestesia adequada associada ao bloqueio de nervo periférico evita taquicardia e hipertensão induzidas pela dor. O PEC I (entre m. Peitoral maior e menor) e PEC II (entre m. Peitoral menor e serratio anterior) bloqueiam os nervos peitorais lateral e medial, intercostal, torácico longo, intercostobraquial e fornecem analgesia da parede torácica. Tais bloqueios reduzem a necessidade de analgésicos pós-operatórios e evitam o uso de técnicas mais invasivas ou medicamentosas que tragam mais efeitos colaterais no pós-operatório do paciente. Relato de caso: Paciente, 83 anos, HAS, hipotireoidismo e EA moderada/grave, submetida a mastectomia à esquerda e ressecção do linfonodo sentinela. Foi realizado indução anestésica com sufentanil 20mcg, propofol 50 mg e rocurônio 30 mg, associado ao PEC I e II (30ml de ropivacaína 0,375), mantendo a estabilidade hemodinâmica e controle da dor. **Discussão:** Os objetivos hemodinâmicos em pacientes com EA são: manutenção de ritmo sinusal, pré e pós-carga e normocardia. Diante da EA, a hipertrofia ventricular concêntrica torna o miocárdio susceptível à isquemia. Grandes diminuições na RVS, e por consequência na pressão diastólica, associadas à hipertensão intraventricular, podem causar isquemia do miocárdio, e disfunção ventricular com agravamento da hipotensão. O PEC I consiste na injeção de anestésico local no plano entre o m. peitoral maior e o m. peitoral menor, a fim de bloquear os nervos peitorais medial e lateral. O PEC II consiste na injeção mais profunda no plano entre o músculo peitoral menor e o músculo serrátil anterior. A técnica oferece vantagem analgésica para mastectomia e linfadenectomia, apresentando diminuição significativa no escore de dor na Escala Visual Analógica (EVA), e menor consumo de analgésicos no pós-operatório. A dor pós-operatória em pacientes mastectomizadas é intensa e requer grande consumo de analgésicos, inclusive opioides. O objetivo deste relato é mostrar o benefício do bloqueio anestésico PEC no controle da dor e evitar as alterações hemodinâmicas em um paciente com EA.

Palavras-chave: PEC I e PEC II, estenose aórtica, mastectomia.

REFERÊNCIAS

1. Meers JB, Townsley MM. Aortic stenosis and noncardiac surgery in the era of transcatheter aortic valve replacement. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2020;34(8):2234-44. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2019.11.001>. PMID:31791856.
2. Versyck B, van Geffen GJ, Chin KJ. Analgesic efficacy of the Pecs II block: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia.* 2019;74(5):663-73. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.14607>. PMID:30957884.

847 RELATO DE CASO: ANESTESIA PARA ARTRODESE TORACOLOMBAR EM PACIENTE PORTADORA DE METÁSTASE ÓSSEA DE FEOCROMOCITOMA MALIGNO

MARCELA RAMOS MARTINS, MARIANA MENDES TEIXEIRA, MARINA DE MOURA NIGRI HILÁRIO FERREIRA, RENATO SANTIAGO GOMEZ, VIVIAN LOUISE SYRIO PESSOA

CET DO HOSPITAL LUXEMBURGO – BH - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL LUXEMBURGO, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Ressecções de tumores secretores de catecolaminas podem ser desafiadoras para a equipe de anestesia e demandam planejamento estratégico. A instabilidade hemodinâmica é um evento frequente e que, muitas vezes, tem sua ocorrência desencadeada por fatores inerentes ao procedimento cirúrgico.

Relato do caso: Paciente feminina, 80 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica. Admitida para realização de ressecção de tumor ósseo de corpo vertebral em L2 e artrodese toracolombar T12-L4. Histórico de adrenalectomia direita devido a feocromocitoma e biópsia de nódulos hepáticos, cujo anatomopatológico sugeriu metástase de feocromocitoma maligno. Puncionado acesso venoso central e realizada monitorização da pressão arterial invasiva. Paciente posicionada em decúbito ventral sob anestesia geral venosa total com remifentanil e propofol em infusão contínua sob monitorização de potenciais evocados. Durante a descompressão medular e manipulação do tumor em coluna lombar, paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, sendo necessário uso de nitroprussiato de sódio e maior consumo de anestésicos venosos para controle de níveis pressóricos. Ao término do procedimento, encaminhada à unidade de terapia intensiva extubada, sem queixas e sem uso de drogas vasoativas, para continuação de cuidados. Aventada a hipótese de metástase óssea de feocromocitoma maligno para coluna, confirmada após estudo imuno-histoquímico. **Discussão:** Feocromocitomas são neoplasias do tecido cromafim que sintetizam catecolaminas. O excesso de catecolaminas pode resultar em depleção de volume, isquemia miocárdica e arritmia grave. Estima-se que 25 a 50% de mortes hospitalares em pacientes com feocromocitoma desconhecido ou mal manejado ocorram durante a indução anestésica ou procedimentos cirúrgicos com outros fins, como no caso acima. Cirurgias que envolvam tumores secretores de catecolaminas demandam planejamento pré-operatório com realização de propedêutica e preparo farmacológico com drogas alfa e betabloqueadoras, 10 a 14 dias antes do procedimento. A despeito do preparo, a instabilidade hemodinâmica pode ocorrer. Por essa razão, é importante que vasopressores, vasodilatadores e antiarrítmicos estejam prontos para uso imediato. A paciente em questão não foi submetida a preparo adequado, uma vez que a hipótese diagnóstica de metástase óssea de feocromocitoma maligno não foi considerada no pré-operatório, o que explica a repercussão indesejável.

Palavras-chave: Feocromocitoma, feocromocitoma maligno, metástase de feocromocitoma maligno.

REFERÊNCIAS

1. Miller RD. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
2. Neumann HPH, Young WF Jr, Eng C. Pheochromocytoma and paraganglioma. N Engl J Med. 2019;381(6):552-65. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1806651>. PMID:31390501.

849 BLOQUEIO DO PLANO DO ERETOR DA ESPINHA COMO AUXÍLIO NO DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO TRAUMA TORÁCICO: RELATO DE CASO

ISADORA SILVA MELO, ANGELINE MARIA HOLANDA PASCOAL DA SILVA, DANIELLE MAIA HOLANDA DUMARESQ, FRANCISCO XIMENES ARAGÃO, SAMANTHA OTTONI ADOLPHSSON ZIDAN

CET S.A. INST. DR. JOSÉ FROTA - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: Nos traumas torácicos, a dor se mostra como um fator determinante para a progressão clínica desfavorável. Seu manejo inadequado aumenta a morbimortalidade e a analgesia é essencial. A anestesia regional entra como medida fundamental, mesmo nos pacientes em ventilação mecânica (VM). **Relato do caso:** Paciente, 58 anos, vítima de politrauma por queda de uma altura de 3 metros, internado por um Traumatismo Cranioencefálico grave, fratura de fêmur direito e fratura de arcos costais esquerdos, do primeiro ao décimo primeiro. Encontrava-se em RASS -5, em VM. Realizada Tomografia Computadorizada de Crânio que evidenciava hemorragia subaracnoidea frontoparietotemporal à direita, avaliado pela neurocirurgia e mantido conduta conservadora. Realizada tala engessada em Membro Inferior Direito, com perspectiva de abordagem definitiva após melhora clínica. Após 24 horas, foi reavaliado pela neurocirurgia e liberado para desmame de sedação. Paciente evoluiu com despertar agitado, fáceis de dor, assincronismo na VM, não tolerando desmame ventilatório. Em uso de sedoanalgesia contínua, porém persistia comatoso e assincrônico na VM. Iniciou acompanhamento com Equipe da Dor, que suspendeu sedoanalgesia e prescreveu gabapentina 900 mg/dia, amitriptilina 25 mg/noite, morfina 4 mg IV de 4/4h. Além disso, foi realizado bloqueio contínuo do plano do eretor da espinha (Bloqueio ESP), com passagem de cateter e infusão de levobupivacaína 0,125% 7ml/h. Paciente evoluiu alerta, sem fáceis de dor, interagindo com equipe assistente, confortável em VM, tolerando pressão de suporte e, logo após, extubação. Manteve-se confortável em ar ambiente. Recebeu alta da UTI dois dias após extubação, mantido com cateter ESP em infusão contínua de levobupivacaína, e prosseguido desmame completo de opioides. **Discussão:** Dor mal controlada nos casos de fraturas de arcos costais pode levar a uma progressão das complicações pulmonares, como atelectasia, pneumonia, síndrome do desconforto respiratório do adulto, entre outras. A fisioterapia respiratória e uma boa mecânica ventilatória são essenciais para a reabilitação, porém, podem ser limitados pela dor não controlada. O caso acima evidencia trauma grave de tórax, no qual a dor se mostrou como grande limitante para o despertar e consequente desmame de VM. O bloqueio regional teve papel fundamental no controle algico, permitindo despertar confortável, rápida evolução do desmame ventilatório e alta da terapia intensiva.

Palavras-chave: Bloqueio do eretor da espinha, ventilação mecânica, trauma de tórax.

REFERÊNCIAS

1. Blondonnet R, Begard M, Jabaudon M, et al. Blunt Chest trauma and regional anesthesia for analgesia of multitrauma patients in French intensive care units: a national survey. *Anesth Analg*. 2021;133(3):723-30. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000005442>. PMID:33780388.

851 ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM PACIENTE COM MÚLTIPLOS PREDITORES DE VIA AÉREA DIFÍCIL POR TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO: UM RELATO DE CASO

MAIRA PINHEIRO RIBEIRO, ANTONIO HERLANDSON FREIRE DA CUNHA, CELY VALADARES, LARISSA HAUSNER DE MORAIS GUIMARÃES, LUIZA SANTANA DE FREITAS

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: Diversas diretrizes enfatizam a necessidade de avaliação prévia da via aérea, conduta rápida e simples que se correlaciona com planejamento adequado e redução de morbimortalidade. A paciente em questão apresentava um tumor na região de cabeça e pescoço que infiltrava e comprimia estruturas, gerando edema e distorção da anatomia, causando ainda obstrução de via aérea e síndrome da veia cava superior, com programação eletiva de biópsia e traqueostomia protetora. **Relato do caso:** Mulher, 57 anos, 72kg, 1,57m, hipertensa, diabética e tabagista. Exames pré-operatórios laboratoriais e cardiovasculares sem alterações relevantes. Durante consulta pré-anestésica, foram observados como preditores de via aérea difícil: abertura bucal < 2 dedos, distância esternomentoniana < 12cm, Mallampati IV e circunferência cervical de 53,5cm. No centro cirúrgico, optada por IOT acordada com broncofibroscopia e anestesia tópica utilizando lidocaína 10% spray em cavidade oral e lidocaína 1% SV 5ml via cateter peridural em glote. Após confirmação de intubação por visualização dos anéis traqueais e das curvas de capnografia, realizada indução venosa e mantida sob anestesia geral balanceada. A estratégia de abordagem da via aérea foi previamente explicada para a paciente, que permaneceu colaborativa. O ato cirúrgico-anestésico ocorreu sem intercorrências com duração de 1 hora. Após recuperação anestésica, a paciente foi encaminhada para enfermaria em ventilação espontânea via traqueostomia, recebendo alta 2 dias após abordagem. Ela foi reinternada em outro serviço especializado em oncologia, evoluindo para óbito por hemorragia e obstrução de via aérea 45 dias após o procedimento, com biópsia evidenciando Linfoma Não-Hodgkin difuso de grandes células B. **Discussão:** A avaliação da via aérea constitui etapa fundamental na programação de sua abordagem, sendo a broncofibroscopia ferramenta padrão-ouro na via aérea difícil prevista, principalmente quando múltiplos preditores estão presentes.

Palavras-chave: Abordagem de via aérea, tumor de cabeça e pescoço, intubação acordada com broncofibroscopia.

REFERÊNCIAS

1. Otenzi AV, Germano PA Fo, Figuerêdo NV, Cavalcanti IL. Intubação por fibroscopia flexível. In: Mattos SLL, Nunes RR, Otenzi AV, et al., editores. Controle da via aérea. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2018. p. 617-96.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al.; American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID:34762729.

852 USO DE CLOREXIDINA ALCOÓLICA INTRA-ARTERIAL DURANTE ARTERIOGRAFIA ARMADA DE MEMBROS INFERIORES

FELIPE OLIVEIRA DE BRITO RAMOS, PEDRO IVO RODRIGUES DO CARMO REZENDE, RAFAEL MERCANTE LINHARES, RAFAELLA PIRES EMERICK

CET S.A. HOSP. MUN. MIGUEL COUTO - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O termo *iatrogenia* vem do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no paciente pela má prática médica¹. Podem ser considerados dois tipos de iatrogenia: iatrogenia de ação, ou decorrente da ação médica, e iatrogenia de omissão, relacionada à falta de ação do médico.¹ O período perioperatório engloba uma série de potenciais fatores vulneráveis, desde administração incorreta de medicamentos, realização de cirurgia num membro incorreto ou até mesmo as complicações técnicas inerentes de cada procedimento. No Brasil, 148 pessoas morrem diariamente devido a erros em hospitais públicos e privados. Ao todo, 54.076 pacientes perderam a vida por esta razão em 2017.² Diante disso, torna-se relevante discutir medidas e intervenções visando melhorar a segurança do paciente no período perioperatório. **Relato do caso:** Paciente masculino, 72 anos, HAS, DM tipo II, vitiligo, DAOP, HIV +, ex-tabagista, admitido no H.M.M.C para amputação de 2º pododáctilo esquerdo e ponte femoropoplíteia em MIE. Optou-se por realizar uma arteriografia diagnóstica como exame pré-operatório. No procedimento, injetou-se clorexidina alcoólica 0,5% 5ml inadvertidamente, em vez de contraste iodado, com evolução imediata para bradicardia, mas sem necessidade de intervenção. Não apresentou alterações cutâneas, respiratórias, do sensório ou eletrocardiográficas. Paciente recebeu hidratação com NaCl 0,9% 700ml e hidrocortisona 500 mg intravenosa. O exame prosseguiu sem intercorrências. **Discussão:** A estratégia inicial visando à redução de erros consiste na execução de checklist de segurança, realizado pela equipe cirúrgica ao receber o paciente no centro cirúrgico, sendo ratificado antes do início da cirurgia. Comprova-se que essa atitude é uma medida eficaz na diminuição da morbimortalidade cirúrgica perioperatória. Rotineiramente, as salas cirúrgicas possuem ruídos de comunicação, o que pode dificultar a comunicação efetiva entre o cirurgião e a equipe da instrumentação/anestesiologistas, de modo que uma comunicação em alça fechada pode ser a melhor estratégia para evitar equívocos. É inegável que a segurança do paciente não é responsabilidade exclusiva da equipe de enfermagem ou da equipe médica, mas sim multidisciplinar, onde cada profissional deve checar sistematicamente suas informações, visando minimizar o risco de iatrogenias.

Palavras-chave: Segurança perioperatória, iatrogenia.

REFERÊNCIAS

1. Pereira AC, Franken RA, Sprovieri SR, Golin V. Iatrogenia em cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2000;75(1):75-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2000000700009>. PMID:10983023.
2. Rebelo P. Iatrogenesis in occupational medicine: myths and truths. Rev Bras Med Trab. 2019;17:18-9.

853 IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA MANEJO DE SANGRAMENTO EM CIRURGIA CARDÍACA

CAROLINA PREDIGER, CAROLINE KIRSCHEN BRISTOT, DIOGO FERRARI CENTENARO, MARIANA LEOCADIO DE SOUZA BASTOS, VIVIANE MENTZ DORNELLES

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA - SANE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: O sangramento excessivo persiste como uma relevante complicação após cirurgia cardíaca, ocorrendo em aproximadamente 5-15% dos casos. Apesar de protocolos de segurança estritos, ainda carrega riscos para os pacientes. Atualmente, o uso de algoritmos e guidelines é recomendado para o adequado manejo da hemorragia perioperatória. **Objetivo:** Analisar o uso de hemocomponentes no transoperatório de cirurgia cardíaca antes e após a implantação de um protocolo institucional de manejo de sangramento. **Método:** Estudo observacional, descritivo, retrospectivo do tipo correlacional, comparando o período antes e depois da implantação de um protocolo institucional de sangramento. O estudo foi realizado em um hospital geral do Sul do Brasil durante os anos de 2021 e 2022. Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos, submetidos a cirurgia cardíaca, eletiva ou de emergência, com uso de circulação extracorpórea. No primeiro período, entre agosto e novembro de 2021, antes da implementação do protocolo, foram analisados 180 pacientes. Em novembro 2021, foi estabelecido protocolo institucional para manejo de sangramento, após treinamento da equipe. O segundo período analisado, entre novembro e março de 2022, após a implementação do protocolo, contemplou 150 pacientes. Os dados foram coletados, retrospectivamente, a partir de análise no prontuário do paciente e da ficha anestésica disponível. **Resultados:** A transfusão de hemocomponentes foi analisada no período intra e no pós-operatório, antes e após a aplicação do protocolo. Demograficamente, os grupos foram semelhantes entre si. As plaquetas transfundidas no intraoperatório, no grupo pré-protocolo apresentaram uma média de 327,79mL; e no grupo pós-protocolo uma média de 392,86mL ($p=0,023$). O plasma transfundido no pós-operatório, no grupo pré-implantação do protocolo, apresentou uma mediana de 901mL; no grupo pós-implantação, uma mediana de 751mL ($p=0,025$). No pós-operatório, a administração de ácido tranexêmico no grupo pré-protocolo apresentou uma mediana de 275 mg, e no grupo pós-protocolo, uma mediana 750 mg ($p=0,053$) – sendo clinicamente significativo. As taxas de reoperação por sangramento foram consideravelmente menores no grupo pós-protocolo, sendo uma diferença clinicamente relevante, porém sem significância estatística ($p=0,077$). **Conclusão:** Nesta instituição, a aplicação do protocolo de sangramento em cirurgia cardíaca não mostrou diminuir a quantidade de transfusão de hemocomponentes.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca, sangramento, protocolo de sangramento.

REFERÊNCIAS

1. Shore Lesserson L, Manspeizer HE, DePero M, et al. Thromboelastography guided algorithm reduces blood transfusions in complex cardiac surgery. *Anesth Analg.* 1999;88:312-9. <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-199902000-00016>. PMID:9972747.
2. Pearse BL, Smith I, Faulke D, et al. Protocol guided bleeding management improves cardiac surgery patient outcomes. *Vox Sang.* 2015;109(3):267-79. <http://dx.doi.org/10.1111/vox.12279>. PMID:25930098.
3. Horvath KA, Acker MA, Chang H, et al. Blood transfusion and infection after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 2013;95(6):2194-201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2012.11.078>. PMID:23647857.

854 TOXICIDADE POR ANESTÉSICO LOCAL EM PEDIATRIA

GABRIELLE PAULINA DE OLIVEIRA, ANA MARIA AUGUSTO DE SOUSA, BRUNA MORAES DOS SANTOS, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA

HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A anestesia locorregional é uma alternativa cada vez mais utilizada na anestesia intraoperatória, analgesia pós-operatória e no tratamento da dor crônica. Apesar de seguro, esse procedimento não é isento de eventos adversos e é importante a identificação precoce destes e seus respectivos tratamentos. O objetivo deste relato é alertar sobre a administração inadvertida de anestésicos locais (AL) ou sua excessiva absorção sistêmica durante a anestesia regional. **Relato do caso:** VGA, 3 anos, masculino, 15kg, sem alergias, submetido a herniorrafia inguinal à esquerda e postectomia. Realizada anestesia geral balanceada associada ao "TAP block" à esquerda e bloqueio do nervo peniano. Indução: sevoflurano, oxigênio, fentanil 15mcg, lidocaína 20 mg e propofol 30 mg. Os bloqueios foram realizados com ropivacaína 10ml a 0,5% e lidocaína 10ml a 1%. O paciente permaneceu estável durante toda cirurgia. Ao término do procedimento, após a extubação orotraqueal, com o retorno à ventilação espontânea, o paciente apresentou crise convulsiva tônico-clônica, com descerebração, cianose central e queda da saturação de oxigênio. Após o diagnóstico da intercorrência, iniciou-se ventilação com oxigênio a 100%, e após 5 minutos, houve resolução espontânea do quadro, com o paciente responsivo ao estímulo verbal. Contudo, ele permaneceu sonolento e hipotônico. Indicado pós-operatório no CTI para vigilância clínica e alta hospitalar 24 horas após a cirurgia, sem intercorrências. **Discussão:** a intoxicação por AL afeta principalmente os sistemas cardiovascular e nervoso central. Os sintomas neurológicos vão desde dormência perioral até crises convulsivas. As manifestações cardiovasculares incluem alterações da pressão arterial e arritmias. As principais medidas preventivas para IAL são: limitar a dose total de anestésico à mínima necessária e usar injeção incremental lenta. Além disso, é importante fazer aspiração prévia à injeção e usar dose teste. Deve-se evitar sedação intensa ou anestesia geral durante a execução dos bloqueios regionais e utilizar dispositivos como ultrassom e neuroestimulador. Para o tratamento das intoxicações agudas, em alguns casos, pode-se utilizar a emulsão lipídica intravenosa. **Conclusão:** Os AL são amplamente utilizados na anestesia, reduzem o consumo dos halogenados e opioides e contribuem para analgesia pós-operatória, contudo, é fundamental respeitar a dose tóxica de cada agente, para evitar os efeitos colaterais e de sobredoses.

Palavras-chave: Intoxicação, pediatria.

REFERÊNCIAS

1. Berde CB, Strichartz GR. Anestesia local. In: Miller RD, editor. Anestesia. Tradução da 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019. p. 3719-25.

855 ANEMIA CRÔNICA E SANGUE RARO EM PACIENTE SUBMETIDA A NEFRECTOMIA BILATERAL: RELATO DE CASO

NATALIA ALMEIDA FALCAO COSTA, HERMÍNIA MOREIRA COELHO DA COSTA, JOSÉ CARLOS RODRIGUES NASCIMENTO, MANUELA BEZERRIL CIPIÃO FERNANDES, NELY MARJOLLIE GUANABARA TEIXEIRA

CET HOSP.G.DO INAMPS FORTALEZA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL GERAL DO INAMPS DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

Introdução: No perioperatório, a prevalência de anemia pode variar de 20% a 30% para cirurgias não cardíacas, estando diretamente relacionada à necessidade de transfusão de concentrados de hemácias (CH) durante e após o procedimento cirúrgico. **Relato do caso:** Paciente, 42 anos, feminina, com diagnóstico de DRC dialítica por nefrolitíase bilateral, submetida a nefrectomia bilateral. Porém, por ser portadora de sangue raro, sem doador compatível, com hemoglobina prévia de 8,5 g/dL, foi optado por administração de eritropoetina, ácido fólico, sacarato de ferro e cianocobalamina no período pré-operatório. Na cirurgia, foi monitorizada com oxímetro de pulso, cardioscopia, capnografia, sensor de temperatura, pressão arterial invasiva e acesso venoso central. A técnica anestésica foi peridural torácica e anestesia geral balanceada. Para otimização da coagulação sanguínea foi administrado 4 g de ácido épsilon-aminocaproico em infusão contínua, gluconato de cálcio em bolus, controle da temperatura e do pH sanguíneo. Manteve-se estável hemodinamicamente até a retirada do rim esquerdo, com recuperação sanguínea de 170ml pelo Cell Saver, na manipulação do rim direito, identificou-se presença de pus, onde foi cessada a aspiração sanguínea pelo Cell Saver. No entanto, ela evoluiu com quadro de choque séptico, requerendo doses crescentes de noradrenalina e vasopressina, sendo administrado hidrocortisona 100 mg para o controle do choque séptico e bicarbonato de sódio para tratamento da acidose metabólica. Ao final do procedimento anestésico-cirúrgico, a paciente foi transferida à unidade de terapia intensiva (UTI) em ventilação mecânica, com noradrenalina 0,64mcg/kg/min e vasopressina 0,03U/min. A hemoglobina da gasometria era de 7,5 g/dL, sem qualquer transfusão de CH. Recebeu alta da UTI após 8 dias, porém foi a óbito dois meses depois, no mesmo internamento, por sepse de foco pulmonar. **Discussão:** Os pacientes com anemia documentada devem então ser investigados e tratados, visto que a normalização dos níveis de hemoglobina no pré-operatório associa-se a melhores desfechos nesses pacientes. Neste relato, apesar de não ter ocorrido um sangramento importante no intraoperatório, medidas de otimização para elevar a hemoglobina e evitar a transfusão de hemácias ou qualquer outro produto sanguíneo são importantes, principalmente em situações de pacientes portadores de sangue raro, sem doador.

Palavras-chave: Sangue raro, estratégias para evitar transfusão, nefrectomia bilateral.

REFERÊNCIAS

1. Graetz TJ, Nuttall G, Shander A. Perioperative blood management: strategies to minimize transfusions. In: O'Connor MF, editor. Waltham: UpToDate; 2023.
2. Brasil. Guia do cadastro nacional de sangue raro. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 2023 Fev 8]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cadastro_nacional_sangue_raro.pdf

856 EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR ANESTESIA GERAL EM PARTO CESÁREO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CAROLINA SOLETTI, ARTUR BARBOSA AZEVEDO ROCHA, EDUARDO MARANINI DE SOUZA FAVERO, MAYARA VIZOTTO LIMA ARTIAGA, RAFAEL ANDRADE CRISTINO

UNIVERSIDADE ANHANGUERA - UNIDERP, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: As anestésias neuroaxiais – epidural e raqui-anestesia – são mais utilizadas em cesarianas devido à maior segurança e mínima exposição do recém-nascido. A anestesia geral, por sua vez, pode ser usada em indicações estritas e requer melhor preparo da equipe. Propofol e tiopental têm efeito semelhante e são mais usados, mas etomidato e cetamina também são opções. **Objetivos:** Revisar os principais efeitos adversos do uso da anestesia geral em partos cesáreos. **Métodos:** O método é de caráter analítico por meio de uma revisão de literatura bibliográfica. Os dados extraídos foram a partir da Biblioteca Virtual de Saúde com os descritores: anestesia geral, gestante, cesárea, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para efetuar o cruzamento destes, foi utilizado o operador booleano AND. Foram encontrados 26 artigos, e após critérios de inclusão e exclusão, 5 artigos foram utilizados. Os utilizados para a inclusão: artigos em inglês, português ou espanhol, entre 2013 e 2023, disponíveis na íntegra e para acesso on-line. Excluíram-se estudos que não abordassem o conceito relevante para o alcance do objetivo; repetidos segundo critérios de qualidade metodológica. **Resultados:** O uso de anestesia geral é indicado em situações emergenciais em que há necessidade de extração fetal imediata, falha ou contra-indicação à anestesia neuroaxial, como coagulopatia, sepse materna e instabilidade hemodinâmica. Por atravessar a barreira placentária, pode causar depressão fetal, diminuição do Apgar em 1 e 5 minutos, além de aumentar internações em unidade de terapia intensiva. As repercussões da anestesia geralmente se somam ao quadro emergencial, aumentando a morbidade e mortalidade materna. As complicações maternas da anestesia geral incluem maior perda sanguínea intraparto e pós-parto, maior risco de via aérea difícil e eventos tromboembólicos venosos, infecções de sítio cirúrgico e eventos adversos sistêmicos, como complicações cardíacas, pulmonares, hipotermia, hipertermia maligna, choque; resultando em maior tempo de hospitalização. Ademais, está associada a aumento de chance de depressão pós-parto por insatisfação materna, dor pós-parto persistente e por retardar a interação entre mãe e filho e tentativa de amamentação. **Conclusão:** A anestesia geral requer maior preparo da equipe cirúrgica pelos efeitos adversos e complexidade. Quando os riscos da não realização superam os possíveis riscos da indução anestésica, a indicação é adequada e salva vidas.

Palavras-chave: Anestesia geral, gestante.

REFERÊNCIAS

1. Guglielminotti J, Landau R, Liu G. Adverse events and factors associated with potentially avoidable use of general anesthesia in cesarean deliveries. *Anesthesiology*. 2019;130(6):912-22. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002629>. PMID:30789362.
2. Guglielminotti J, Liu G. Exposure to general anesthesia for cesarean delivery and odds of severe postpartum depression requiring hospitalization. *Anesth Analg*. 2020;131(5):1421-9. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000004663>. PMID:33079866.

857 MANEJO ANESTÉSICO RECONSTRUÇÃO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

RAFAELA AMORIM FREITAS, ANTONIO MARTINS DIAS PIRES, GILSON PEREIRA DOS SANTOS JUNIOR, LORENA DIAS GUIMARÃES, RODOLPHO AZZI SAIDLER

AMÉRICAS MEDICAL CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Lesões traqueais pós-intubação possuem diversas etiologias, entre elas a estenose traqueal secundária à pressão prolongada exercida pelo balonete do tubo endotraqueal, gerando repercussões que interferem no prognóstico do paciente. **Relato do caso:** D.P.J, masculino, 47 anos, 1,98m, 83kg, IMC 21kg/m², história prévia de TCE com hemorragia subaracnoidea, paresia do dimídio direito e intubação orotraqueal prolongada com posterior traqueostomia. Foi indicada cirurgia eletiva de traqueoplastia em virtude da estenose traqueal em região superior ao traqueostoma, após múltiplas tentativas de dilatação da estenose traqueal por broncoscopia rígida sem sucesso. A equipe de anestesia optou por uma anestesia venosa total multimodal, sendo a indução venosa realizada com fentanil 1,5mcg/kg, lidocaína 1,25 mg/kg, propofol em bomba infusora alvo-controlada e rocurônio 1,2 mg/kg. Posteriormente, foi introduzido tubo aramado nº 7,5 pelo cirurgião através do traqueostoma e confirmado posicionamento por capnografia. Em seguida, realizado posicionamento do tubo orotraqueal por laringoscopia direta superiormente à estenose. A manutenção da anestesia foi feita propofol 100mcg/kg/min, remifentanil 0,2mcg/kg/min, dexmedetomidina 0,3mcg/kg/h e rocurônio 0,5 mg/kg/h. Após a ressecção da estenose, foi realizada anastomose primária na parte posterior da traqueia, retirado o tubo do traqueostoma e reposicionado o TOT, de forma que o balonete ficasse distal à região operada. Ao término do procedimento, foi realizada extubação orotraqueal após reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex 4 mg/kg e obtenção 0,9 na sequência de quatro estímulos. Encaminhado à unidade de terapia intensiva estável hemodinamicamente, ventilando espontaneamente com auxílio de máscara de Hudson com O₂ contínuo 6L/min. No pós-operatório imediato paciente verbalizava adequadamente, apresentando boa evolução clínica e alta hospitalar em 10 dias. **Discussão:** Na reconstrução traqueal ocorre o compartilhamento da via aérea com cirurgião. Portanto, torna-se imperativo o conhecimento da extensão e localização da lesão, de forma a desenvolver um planejamento perioperatório específico para manter a oxigenação do paciente. A comunicação em alça fechada com a equipe cirúrgica é mandatória para o adequado desfecho do procedimento.

Palavras-chave: Traqueoplastia, reconstrução traqueal.

REFERÊNCIAS

1. Schieren M, Wappler F, Defosse J. Anesthesia for tracheal and carinal resection and reconstruction. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2022;35(1):75-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000001082>. PMID:34873075.
2. Behringer EC, Wilson RS. Tracheal resection and reconstruction: Cohen's comprehensive thoracic anesthesia. New York: Elsevier; 2022. p. 609-22. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-71301-6.00042-1>.

858 DEXMEDETOMIDINA E LESÃO RENAL AGUDA EM CIRURGIA CARDÍACA SOB CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

MAIRA PINHEIRO RIBEIRO, DANIEL VELOSO VIANA BOMFIM, GILVAN DA SILVA FIGUEIREDO, LIGIA CORREIA LIMA DE SOUZA, MARCELO JOSE SILVA OLIVEIRA

CET DA ASSOC. OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: Lesão renal aguda é uma complicação importante após cirurgias cardíacas. Quando associada à cirurgia cardíaca (CS-AKI – em inglês, cardiac surgery-associated acute kidney injury), tem relação com aumento de morbimortalidade, tempo de internamento hospitalar e custos. Portanto, estratégias preventivas à CS-AKI constituem um desafio médico. Nesse sentido, a dexmedetomidina tem sido uma possível ferramenta de prevenção, seja por redução do estresse oxidativo, modulação hormonal ou inibição de vias inflamatórias. **Objetivo:** Analisar se a dexmedetomidina pode ser uma estratégia na prevenção de lesão renal aguda associada à cirurgia cardíaca sob CEC. **Método:** Foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Pubmed e Cochrane Library para seleção de estudos, incluindo ensaios clínicos randomizados em inglês, sem limitações de idade, de ambos os sexos e submetidos à cirurgia cardíaca sob CEC. **Resultados:** A revisão de literatura identificou 1.154 estudos, dos quais 12 cumpriram os critérios de inclusão. Dentre os estudos avaliados, 8 demonstraram efeito nefroprotetor da dexmedetomidina no perioperatório, 7 encontraram menor incidência de LRA, com redução dos níveis de biomarcadores de disfunção renal, aumento do clearance de creatinina ou maior débito urinário quando comparado dexmedetomidina perioperatória versus controle. Por outro lado, 4 não demonstraram indícios de nefroproteção, dos quais 2 utilizando a população pediátrica. A avaliação da função renal nos estudos utilizou critérios variados, não havendo homogeneidade no método, sendo que a maioria utilizou níveis de ureia, creatinina e/ou débito urinário. Não houve também homogeneidade quanto à taxa, tempo e momento de infusão da dexmedetomidina, bem como quanto ao método para a classificação da LRA. Apesar das limitações, dos 12 estudos incluídos (1245 pacientes), apenas 4 apontaram para um efeito não nefroprotetor (353 pacientes), sendo que 2 com problemas metodológicos importantes. Além disso, dos 8 artigos que demonstraram que a dexmedetomidina pode ser utilizada como prevenção, muitos trazem também redução de tempo de internamento hospitalar e em UTI, com efeitos cardíaco e neuroprotetores, sem prejuízo na hemodinâmica do paciente. **Conclusão:** Achados desta revisão sistemática corroboram para o uso de dexmedetomidina no perioperatório de cirurgia cardíaca sob CEC, visando efeito nefroprotetor. Estudos adicionais mais robustos são encorajados com investigação de melhor momento, dose e tempo de infusão.

Palavras-chave: Lesão renal aguda, dexmedetomidina, cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

1. Ortega-Loubon C, Fernández-Molina M, Carrascal-Hinojal Y, Fulquet-Carreras E. Cardiac surgery-associated acute kidney injury. *Ann Card Anaesth.* 2016;19(4):687-98. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9784.191578>. PMID:27716701.
2. Leballo G, Chakane PM. Cardiac surgery-associated acute kidney injury: pathophysiology and diagnostic modalities and management. *Cardiovasc J S Afr.* 2020;31(4):205-12. <http://dx.doi.org/10.5830/CVJA-2019-069>. PMID:32555928.
3. Coca SG, Garg AX, Thiessen-Philbrook H, et al. Urinary biomarkers of AKI and mortality 3 years after cardiac surgery. *J Am Soc Nephrol.* 2014;25(5):1063-71. <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.2013070742>. PMID:24357673.

859 OSTEOSÍNTESE DE FÊMUR REALIZADA COM BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO E SEDAÇÃO

RAFAELA AMORIM FREITAS, GABRIEL VASCONCELOS SANTOS, ISABELLA ARBEX, PAULO ALIPIO GERMANO FILHO, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES

AMÉRICAS MEDICAL CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O nervo femoral é o maior ramo do plexo lombar. O bloqueio do nervo femoral é uma técnica de fácil execução, com baixo índice de complicação e possibilita uma analgesia eficiente da região anterior da coxa, fêmur, articulações do joelho e região medial da perna e do pé. Ele pode permitir a analgesia e anestesia de fraturas de fêmur em pacientes com diversas comorbidades e baixa capacidade funcional. **Relato do caso:** R.C.D, masculino, 70 anos, 73kg, 170cm, IMC 24kg/m², portador de Doença de Alzheimer, Insuficiência Cardíaca com Fração Reduzida (FE: 32%), capacidade funcional < 4 METS, Fibrilação Atrial, doença renal crônica dialítica e hipotireoidismo. Apresentou queda da própria altura com fratura transtrocantérica de fêmur esquerdo, sendo proposta cirurgia de osteossíntese de fêmur com colocação de haste curta. A equipe de anestesia optou por realizar bloqueios de nervos periféricos associados a sedação venosa e monitorização básica, além da profundidade anestésica, temperatura e aferição da diurese. O bloqueio do nervo femoral foi feito com ropivacaína 0,5% 10ml e lidocaína 1% 10ml e bloqueio do nervo cutâneo femoral lateral com ropivacaína 0,5% 3ml e lidocaína 1% 3ml. Os mesmos foram guiados por ultrassonografia e agulha hiperecogênica 100ml. O estimulador de nervo periférico foi associado à técnica do bloqueio femoral para garantir a qualidade e segurança do mesmo. A sedação venosa consistiu em dexmedetomidina (0,5mcg/kg), dextrocetamina (0,5 mg/kg) e fentanil (1mcg/kg). A cirurgia transcorreu sem intercorrências, com imobilidade necessária para a realização do procedimento, sendo o doente encaminhado para a unidade de terapia intensiva no pós-operatório imediato com Aldret 8. **Discussão:** Tendo em vista as múltiplas comorbidades e a função cardíaca limítrofe, optou-se pelos bloqueios de nervos periféricos associado à sedação por conferir menor risco de instabilidade hemodinâmica e viabilizar a cirurgia com conforto e segurança. O uso do estimulador de nervo periférico possibilita maior acurácia e eficácia do bloqueio do nervo femoral, possibilitando a analgesia completa do membro a ser operado. A individualização é imprescindível em todos os casos, principalmente nos pacientes críticos para um desfecho favorável.

Palavras-chave: Bloqueio do nervo femoral, osteossíntese de fêmur.

REFERÊNCIAS

1. Horlocker TT, Kopp SL. Bloqueios de nervos periféricos. In: Miller RD, editor. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
2. Deleon AM, Asher YG. Anestesia regional. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editores. Fundamentos de anestesiologia clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017.

860 PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA PUERPERAL EM PACIENTE COM ESTENOSE AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO

IGOR MIGLIO DE CASTRO, BRUNO CARVALHO CUNHA DE LEÃO, EDUARDO DE CASTRO CARDOSO OLIVEIRA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A hemorragia puerperal é definida como perda sanguínea de 1000mL ou mais nas primeiras 24 horas pós-parto. Dentre as principais causas, encontra-se a atonia uterina, que é caracterizada pela incapacidade de contração do útero, impedindo que o sangramento seja contido. Diversos fatores podem levar a esta complicação, como excesso de distensão uterina, fatores hormonais, uso de anestesia geral, entre outros. Em pacientes cardiopatas, essa complicação pode ser fatal, sendo necessário uma avaliação criteriosa para definir a melhor técnica anestésica e tentar reduzir ao máximo o risco de atonia uterina. **Relato do caso:** Gestante, 23 anos, ASA III, idade gestacional 37 semanas e 2 dias. Diagnóstico de endocardite aguda aos 16 anos, após quadro de insuficiência cardíaca (IC) com acometimento valvar. Em pré-natal de risco habitual, apesar de cardiopatia e hipertensão gestacional; em uso de AAS. Encaminhada para interrupção da gestação após elevação de níveis pressóricos. À avaliação pré-anestésica, não apresentava sintomas ou sinais de IC (classe funcional NYHA 1). ECOTT com FE 75%, bioprótese aórtica espessada, gradiente médio transvalvar 67mmHg. Estabelecidos acessos periféricos calibrosos e monitorização invasiva. Pré-oxigenação habitual, indução rápida com remifentanil (1mcg/kg), etomidato (20 mg), cetamina (25 mg), succinilcolina (60 mg) e epinefrina (50mcg). IOT atraumática, confirmada por capnografia. Manutenção balanceada com sevoflurano 1,3% e N2O 70%, PAM mínima tolerada de 90mmHg. Após nascimento de RN, ocitocina em esquema 3-3-3 UI, refratária à terceira dose. Iniciada ocitocina em BIC e ergotamina IM, com boa resposta. Extubada em sala e transferida à UTI em boas condições clínicas. **Discussão:** Os agentes halogenados são importantes depressores miométriais, existindo relação direta entre sua concentração e o grau de depressão uterina. Por esse motivo, em pacientes em que o bloqueio de neuroeixo é contraindicado, o uso de sevoflurano deve ser feito com cautela, utilizando a menor CAM possível. Neste caso, a anestesia geral balanceada, associada a uma analgesia multimodal, se apresenta como uma boa opção terapêutica, por possibilitar a menor concentração dos anestésicos e consequentemente menor risco de complicações como a atonia uterina.

Palavras-chave: Hemorragia puerperal, atonia uterina, estenose aórtica.

REFERÊNCIAS

1. Chaves LFM, Chaves IMM, Bonin HB. Fisiologia e farmacologia da placenta: efeitos da anestesia sobre o útero, placenta e feto. Rev Med Minas Gerais. 2009;19(3, Supl 1):S15-23.
2. Lewey J, Andrade L, Levine LD. Valvular heart disease in pregnancy. Cardiol Clin. 2021;39(1):151-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2020.09.010>. PMID:33222810.

862 ABORDAGEM DE VIA AÉREA EM PACIENTE PORTADOR DE ANGIOEDEMA HEREDITÁRIO SUBMETIDO A NEUROCIRURGIA

MATEUS GARCIA TAVARES, BIANCA MARTINS, BRUNO AUGUSTO PARADA, IANEZ FREITAS E CARVALHO

HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO - HFAG, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A abordagem da via aérea (VA) em pacientes portadores de angioedema hereditário (AEH) é desafiadora, pois é um dos principais estímulos para deflagrar a crise. O AEH é uma doença genética rara, causada pela falta ou funcionamento inadequado da proteína reguladora, inibidor de C1 (C1 INH), levando a um aumento da bradicinina e da permeabilidade vascular, com crises recorrentes de angioedema, sendo potencialmente fatal quando acomete a VA. **Relato do caso:** Paciente feminina, 48 anos, portadora de AEH, com história de crises moderadas e graves prévias, e relato de intubação orotraqueal em pós-operatório imediato anterior, foi submetida a artrodese cervical posterior por mielopatia. Exames pré-operatórios normais e sem preditores de VA difícil. A profilaxia de longo prazo para crise foi iniciada no pré-operatório com oxandrolona 7,5 mg/dia, e a de curto prazo com concentrado do inibidor de C1 derivado do plasma (pdC1-INH) na dose de 1800UI administrada 1h antes da cirurgia. Após a infusão de pdC1-INH, foi realizada abordagem de VA com videolaringoscópio (VL), sem intercorrências ou sinais de edema em VA. A anestesia realizada foi geral venosa total com a paciente em decúbito ventral. O procedimento cirúrgico durou 3h, sem intercorrências. Antes da extubação foi realizada nova laringoscopia com VL, não havia edema em VA ou outros sinais de descompensação, foi extubada sem intercorrências e encaminhada ao CTI. Havia disponível outra dose de pdC1-INH e reserva de plasma fresco congelado (PFC) em caso de angioedema. A paciente não apresentou crises até a alta hospitalar. **Discussão:** O manejo pré e perioperatório foi desafiador e determinante para a condução anestésica. A paciente apresentava diversos fatores precipitantes de agudização de AEH, como acesso cirúrgico cervical, posicionamento cirúrgico e manipulação de VA. A profilaxia preconizada a curto prazo é o uso de pdC1-INH na dose de 20U/kg e, quando não disponível, o PFC pode ser usado na dose de 10mL/kg, 1 a 6h antes do procedimento. Diferente do habitual, o quadro agudo da doença pode não responder ao tratamento com adrenalina, anti-histamínicos ou glicocorticoides, já que a substância envolvida no AEH é a bradicinina, diferente do angioedema histaminérgico nas alergias. É importante ressaltar que AEH é uma doença rara, com grande potencial de complicações e de pouco contato pela maioria dos anestesistas. Logo, requer uma cuidadosa preparação perioperatória, com o envolvimento de equipes multidisciplinares.

Palavras-chave: Angioedema hereditário, neurocirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Campos RA, Serpa FS, Mansour E, et al. Diretrizes brasileiras do angioedema hereditário 2022 - Parte 1: definição, classificação e diagnóstico. Arq Asma Alerg Imunol. 2022;6(2):151-69. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20220019>.
2. Campos RA, Serpa FS, Mansour E, et al. Diretrizes brasileiras de angioedema hereditário 2022 - Parte 2: terapêutica. Arq Asma Alerg Imunol. 2022;6(2):170-96. <http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20220020>.

863 ANESTESIA PARA CESARIANA EM PACIENTE COM PLACENTA ACRETA APÓS BALONAMENTO DE ARTÉRIAS ILÍACAS BILATERAIS

KETHELYN KEROLINE TELINSKI RODRIGUES, AMAURY RAMON SAUVESUK, GREYCE SAMULAK ALVES, ISABELLE FAYAD PANTAROTTO SANCHES, MARIANA KOMADA PRADO

CET S.A.DO HOSP.DE CLÍNICAS DA UFPR - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: O acretismo placentário (AP) em gestantes é bem descrito, porém o manejo anestésico dessas pacientes ainda é pouco estudado. Ainda muito se discute sobre a escolha da técnica anestésica, bem como sobre o benefício de abordagem endovascular prévia ao procedimento, a fim de reduzir sangramento intraoperatório. **Relato do caso:** K.S.N., 28 anos, G3C2A1, IG 34+0, sem comorbidades, 82kg, 150cm de altura. Internamento para cesariana eletiva por AP. Optado por inserção de cateter duplo J prévio ao procedimento em centro cirúrgico, sob raquianestesia (bupivacaína + glicose 7,5 mg + fentanil 20mcg + morfina 80 mcg), administrados antibiótico e adjuvantes endovenosos conforme protocolo, sob monitorização hemodinâmica não invasiva. Na sequência, encaminhada à sala de hemodinâmica para realização de aortografia e inserção de balão em artéria ilíaca interna bilateralmente. Para tal, submetida a anestesia peridural com inserção de cateter (CPD) realizada apenas dose teste. Posteriormente, encaminhada ao centro obstétrico para realização de cesariana (CST) e histerectomia abdominal (HTA) sob anestesia peridural em CPD com ropivacaína 1% 20ml. Administrado antibioticoprofilaxia e ácido tranexâmico 1 gr. Procedimento cirúrgico teve duração de 5 horas. Ao término administrado Ropivacaína 0,2% 10ml para analgesia pós-operatória e retirada do CPD. Encaminhada à UTI no pós-operatório imediato. No segundo dia pós-operatório foi retirado o cateter duplo J e recebeu alta hospitalar. **Discussão:** A inserção de cateter duplo J nas pacientes portadoras de AP em que se suspeita de invasão cervical, é essencial, a fim de garantir a integridade do trato urinário. Podendo nesses casos a HTA também ser necessária. Já o balonamento de artérias ilíacas e/ou embolização de artérias uterinas, apesar de controverso, pode significar uma redução importante do sangramento intraoperatório e deve ser considerado. Em relação ao emprego de anestesia geral x bloqueio regional, o segundo parece ter vantagem, uma vez que, além de preferido pela maior parte das pacientes, não mostra inferioridade em relação à primeira quanto ao tempo prolongado de procedimento e perdas sanguíneas importantes, se houver o manejo correto. Além disso, é primordial atentar-se ao fato de que quando optado pelo balonamento de artérias ilíacas, o posicionamento dessas pacientes após o procedimento sofre limitações, motivo pelo qual foi optado pela inserção de CPD mesmo ainda em vigência de raquianestesia.

Palavras-chave: Placenta acreta, obstetricia, endovascular.

REFERÊNCIAS

1. Lilker SJ, Meyer RA, Downey KN, Macarthur AJ. Anesthetic considerations for placenta accreta. Int J Obstet Anesth. 2011;20(4):288-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2011.06.001>. PMID:21840207.
2. Merrill J, Sultan P, Sharawi N. Advances in anesthetic and obstetric management of patients with placenta accreta spectrum. Curr Opin Anaesthesiol. 2021;34(3):260-8. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000985>. PMID:33935172.
3. Stein C, editor. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.

864 OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E PLAQUETOPENIA EM ANESTESIA PERIPARTO

RAIANE SOARES DE OLIVEIRA, EDUARDO DOS REIS PEIXOTO, LAURA FERNANDA GOMES FRAGA, LÉA MENEZES COUCEIRO BURLE, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A anestesia para pacientes com osteogênese imperfeita (OI) apresenta desafios porque esses pacientes podem apresentar deformidades ósseas, avulsões dentárias e risco de fratura cervical à manipulação. Este relato apresenta gestante com OI e plaquetopenia. **Relato do caso:** Gestante, 32 anos, G2P0C1A0, IG: 38 sem+6d, com diagnósticos de osteogênese imperfeita, obesidade (IMC=34,7) e diabetes gestacional. Durante a gestação, iniciou quadro de plaquetopenia (32.000 mil/ mm³), aventando-se a hipótese de púrpura trombocitopênica idiopática. Apresentava preditores de via aérea difícil (Mallampati II e cifose cervico-torácica moderada). Foi internada para interrupção da gestação com cesariana eletiva, recebendo prednisona para tratamento da PTI por indicação da hematologia. No ato anestésico, apresentava contagem plaquetária de 70.000mil/ mm³ e foi submetida à raquianestesia mediana com agulha de Quincke 25 G, única punção e injeção de bupivacaína (9 mg), morfina (0,08 mg) e sufentanil (2,5mcg) intratecal. No intraoperatório houve hemorragia, que foi controlada com ácido tranexâmico 1 g, ocitocina 20 UI e metilergometrina 0,2 mg. Manteve-se hemodinamicamente estável no intra e pós-operatório, sem necessidade de hemotransfusão. **Discussão:** A escolha da técnica anestésica considerou a presença de OI e da plaquetopenia na gestante. Em relação à anestesia neuroaxial, nos casos de OI, pode haver deformidades da coluna vertebral (escoliose e/ou cifose) que causam dificuldades técnicas na execução, aumentando o risco de múltiplas punções. Além disso, a plaquetopenia aumenta o risco de hematoma espinhal.² Por outro lado, na anestesia geral, a IOT pode apresentar dificuldades devido ao edema das vias aéreas, maior chance de broncoaspiração associada à fragilidade óssea da OI, que pode resultar em avulsões dentárias e fratura cervical. **Conclusão:** Neste caso, apesar dos riscos implicados em cada uma das técnicas anestésicas propostas, mostrou-se uma opção viável a realização da raquianestesia. Não houve intercorrências, ressaltando-se a importância do acompanhamento e manejo de plaquetopenia no período gravídico. Além disso, é de suma importância o conhecimento sobre as particularidades da anestesia nos pacientes portadores de OI

Palavras-chave: Osteogênese imperfeita, anestesia geral.

REFERÊNCIAS

1. Marini JC, Forlino A, Bächinger HP, et al. Osteogenesis imperfecta. Nat Rev Dis Primers. 2017;3(1):17052. <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.52>. PMID:28820180.
2. Lee LO, Bateman BT, Khetarpal S, et al.; Multicenter Perioperative Outcomes Group Investigators. Risk of epidural hematoma after neuraxial techniques in thrombocytopenic parturients: a report from the multicenter perioperative outcomes group. Anesthesiology. 2017;126(6):1053-63. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000001630>. PMID:28383323.

865 ANESTESIA COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ACORDADO PARA CIRURGIA DE URGÊNCIA EM PACIENTE COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA À DOENÇA DE CROHN

BERNARDO RIBEIRO TRAVASSOS, GUSTAVO HENRIQUE FRANÇA DE MORAES, JULIANO DA ROCHA COSTA, MARCELO NEVES SILVA, RAISSA MELO ARRUDA

CET S.A. INST. MATERN. INFANT. PE-IMIP - HOSPITAL SEDE: INST. MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO-IMIP, RECIFE, PE, BRASIL

Introdução: A obstrução intestinal (OBI) é uma das complicações mais comuns da doença de Crohn (DC). Estima-se que 80-90% dos pacientes com DC vão necessitar de ao menos uma cirurgia ao longo da vida, sendo OBI a principal causa. O risco aumentado de regurgitação gástrica influencia na escolha da técnica anestésica, e a intubação orotraqueal com paciente acordado (IOTAC) é uma opção para garantia de via aérea (VA). **Relato do caso:** Homem, 51 anos, 50kg, 1.65m, diagnóstico de DC, com quadro de dor, distensão abdominal, taquicardia e ascite, associado à OBI há 4 dias. Realizada punção de líquido ascítico, que demonstrou conteúdo purulento, sendo indicada laparotomia exploradora. Admitido na sala de cirurgia em regular estado geral, taquicárdico, sem uso de drogas vasoativas, Glasgow 15 e cooperativo, Mallampati I. Optado por anestesia geral balanceada, com IOTAC. Realizada monitorização padrão associada à monitorização de pressão arterial invasiva. Explicado ao paciente o procedimento e realizada sedação consciente endovenosa (EV) com 0,5 mg de midazolam, 25µg de fentanil, anestesia tópica com lidocaína gel 2% em base da língua e bloqueio de nervo laríngeo recorrente via membrana cricotireoidea com 3ml de lidocaína 2%. Procedida IOTAC na primeira tentativa com videolaringoscópio e, a seguir, injetados EV propofol 50 mg, rocurônio 50 mg e fentanil 200µg; manutenção anestésica com sevoflurano 2% inalatório. Procedimento durou 2 horas, sendo encontrada peritonite encapsulante e drenados 12 litros de líquido purulento da cavidade. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente, sendo encaminhado intubado para unidade de terapia intensiva ao término da cirurgia e extubado no dia seguinte. **Discussão:** A regurgitação gástrica com posterior aspiração pulmonar é o principal perigo da indução anestésica em pacientes com OBI, sendo de até 75% a mortalidade perioperatória em cirurgias abdominais, nestes casos. Sabe-se que pacientes com DC apresentam atraso no esvaziamento gástrico e gastroparesia, que, associados a OBI, aumentam potencialmente o risco de regurgitação. A garantia da VA é um dos principais desafios nestes casos. Quando optada pela IOTAC, todo o procedimento deve ser esclarecido ao paciente, além de serem realizados anestesia tópica e/ou bloqueio de áreas estimuladas, como dos nervos glossofaríngeo e laríngeo recorrente, e administrados anestésicos em doses adequadas, a fim de prevenir efeitos deletérios da laringoscopia.

Palavras-chave: Intubação acordado, obstrução intestinal, doença de Crohn.

REFERÊNCIAS

1. Frolkis AD, Dykeman J, Negrón ME, et al. Risk of surgery for inflammatory bowel diseases has decreased over time: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Gastroenterology*. 2013;145(5):996-1006. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.07.041>. PMID:23896172.
2. Yao FSF, Artusio JF. *Anestesiologia: abordagem orientada para o problema*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 472-86.

866 FALHA NA REVERSÃO DE BLOQUEIO NEUROMUSCULAR COM SUGAMADEX EM PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ROBÓTICA

RAYANE QUITES SENRA, GABRIEL AVELLAR REZENDE, PATRÍCIA DE LOURDES PROCÓPIO LARA, ROBERTA MACHADO COSTA, TATIANA GOLDGABER BORGES

CET S. ANEST. INST. NAC. DE CÂNCER - HOSPITAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A prostatectomia robótica é uma estratégia para o tratamento cirúrgico de câncer de próstata. Esta técnica cirúrgica apresenta desafios anestésicos, incluindo manutenção de bloqueio neuromuscular adequado para otimização do campo cirúrgico e segurança ao paciente. O rocurônio é o principal fármaco utilizado com este intuito devido à existência de reversor específico. **Relato do caso:** Paciente masculino, 58 anos, 50kg, 170cm, sem comorbidades, submetido a prostatectomia radical robótica sob anestesia geral venosa e inalatória multimoda. Na indução anestésica foram administrados fentanil 150mcg, lidocaína 100 mg, propofol 100 mg e rocurônio 60 mg. No intraoperatório foi administrado sulfato de magnésio 1 g após a intubação. O bloqueio neuromuscular foi mantido com rocurônio em bomba infusora 0,2 mg/kg/h, com infusão total de 40 mg em 4h de procedimento. As infusões de dexmedetomidina e rocurônio foram cessadas ao final do tempo robótico, 40 min antes do previsto para extubação. Ao término da cirurgia, foi administrado sugamadex 16 mg/kg, equivalente a 800 mg, com base no monitor de profundidade de bloqueio neuromuscular, que evidenciava TOF0/CPT0. Após 30 min da administração do sugamadex, paciente encontra-se com parâmetros eletroencefálicos de despertar, taquicardia e hipertensão arterial, com TOF0/CPT15 e ausência de movimentos ventilatórios. Optou-se por administrar mais 200 mg de sugamadex, sem alterações no quadro. Diante da falha de reversão, foram administrados bolus de propofol para manter nível de inconsciência adequado, guiado por monitorização. Após 1h, com TOF1, administrou-se neostigmina 3,5 mg e atropina 1 mg, com progressiva elevação da contagem, atingindo TOF4 e T4/T1 de 95%. Foi realizada extubação e paciente permaneceu 3h sob vigilância, recebendo alta para enfermaria com Aldrete 10. **Discussão:** A manutenção do bloqueio neuromuscular com rocurônio em cirurgias robóticas ocorre pela existência do sugamadex como seu reversor. No entanto, o caso clínico evidenciou falha nessa reversão, na ausência de patologias ou medicações prévias que pudessem se relacionar com bloqueio prolongado ou residual. O sulfato de magnésio pode causar prolongamento de bloqueio, mas não explica neste caso a falha, com base na dose utilizada e no tempo decorrido. A neostigmina, fármaco de menor eficácia e maior risco de bloqueio residual, apresentou êxito neste caso, mesmo sendo utilizado com TOF menor que 2 e em desalinho com dados científicos de superioridade do sugamadex.

Palavras-chave: Sugamadex, neostigmina.

REFERÊNCIAS

1. Brull SJ, Claudius C. Agentes bloqueadores neuromusculares. In: Barash PG, editor. Fundamentos de anestesiologia clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017. p. 185-208.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bridion (sugamadex). Injetável. Responsável técnico: Fernando C. Lemos. São Paulo: Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda; 2021 [citado em 2023 Fev 10]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/655621?numeroRegistro=101710179>

867 ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA ATRAVÉS DE CATETER INTRATECAL EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA DE GRANDE PORTE

RAFAELA AMORIM FREITAS, ALEXANDRE LUIZ BRITTO DE CARVALHO, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, RAFAEL DIAS DE ALMEIDA

AMÉRICAS MEDICAL CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: As técnicas de analgesia neuroaxiais estão entre os métodos mais eficazes para o controle da dor em procedimentos abdominais de grande porte. Uma possível complicação dessa técnica é a punção dural acidental, que pode resultar em cefaleia pós punção dural. O controle analgésico é identificado como um importante indicador de qualidade na assistência ao paciente e deve ser conduzida com segurança. **Relato do caso:** I.M.P, masculino, 70 anos, IMC: 24 kg/m², ASA III E, portador de câncer de cólon metastático recidivado, insuficiência renal crônica grave, subocclusão intestinal por massa tumoral e em uso contínuo de pregabalina por dor crônica. A proposta cirúrgica foi laparoscopia exploradora para desobstrução intestinal e ressecção multiorgânica de metástases e a técnica anestésica escolhida foi anestesia geral venosa total e bloqueio peridural contínuo. Ansiólise realizada com dexmedetomidina 0,5mcg/kg/h intravenoso para realização do bloqueio peridural. Após múltiplas tentativas de punção peridural sem sucesso, optou-se por realizar raquianestesia contínua com o cateter intratecal instalado em L1-L2. A indução anestésica foi feita em sequência rápida após administração de alfentanil 30mcg/kg, lidocaína 1,5 mg/kg, propofol em BI alvo-controlado e rocurônio 1,2 mg/kg. A analgesia multimodal realizada com 200mcg morfina e 20 mg de bupivacaína isobárica pelo cateter intratecal, além de dexmedetomidina 0,5mcg/kg/h, dipirona 3 g, sulfato de magnésio 2 g e cetamina 20 mg. A monitorização intraoperatória foi feita com índice biespectral, PVC e análise do contorno da onda de pulso e termodiluição transpulmonar. Ao término do procedimento, paciente foi extubado e optou-se por realizar a analgesia pós-operatória com bolus de 200mcg de morfina pelo cateter intratecal por 2 dias consecutivos, sendo retirado após esse período. **Discussão:** A perfuração dural acidental aumenta consideravelmente o risco de cefaleia pós punção. Novas tentativas de inserção do cateter peridural podem aumentar o risco de complicações, entre elas as neurológicas. O uso criterioso do cateter intratecal pode ser uma opção adequada para realizar uma analgesia pós-operatória eficaz reduzindo complicações relacionadas a múltiplas punções.

Palavras-chave: Perfuração dural, cateter intratecal.

REFERÊNCIAS

1. Horlocker TT, Kopp SL. Anestesia espinhal (raquianestesia), epidural e caudal. In: Miller RD, editor. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.

868 ANESTESIA OPIOIDE-FREE PARA LOBECTOMIA PULMONAR SUPERIOR VLP. UM RELATO DE CASO.

MAYANE GUEDES GONÇALVES, CHRISTIANE RODRIGUES DA SILVA, LUCAS SOUSA LIMA, MARIANA PIMENTA LEAO BANDEIRA DE MELO, SOLANGE COSTA NOVO CABRAL

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO GETULIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: Embora os opioides sejam drogas antinociceptivas bastante eficazes, apresentam efeitos colaterais indesejáveis.¹ Além de delírios pós-operatórios, podem causar dor crônica, náuseas, vômitos, íleo paralítico, depressão respiratória e risco aumentado de dependência.² Devido às preocupações decorrentes do uso excessivo de opioides e seus efeitos colaterais, a anestesia opioide-free apresenta-se como um desafio futuro na comprovação de seus benefícios e inconvenientes. **Relato de caso:** Paciente feminina, 59 anos, hipertensa, ex-tabagista, submetida à lobectomia superior esquerda vídeo-assistida por lesão pulmonar. Monitorizada com ECG, oximetria de pulso, PAI, AVC em subclávia esquerda. Inicialmente, realizada anestesia peridural torácica (T7-T8), sendo administrado 20ml de lidocaína 1% com vsc e introduzido cateter. A seguir, indução de anestesia geral com cetamina, dexmedetomidina, lidocaína, propofol e rocuroônio. IOT com Tubo Carlens direito, mantida em VMI com sevoflurane. Realizada infiltração de 20ml de bupivacaína 0,25% em nervos intercostais pelo cirurgião sob visão direta e a cirurgia ocorreu sem intercorrências. Ao final do procedimento, nova dose de lidocaína a 1% com vsc via cateter de peridural, sendo extubada após descurarização. Encaminhada à UTI orientada, eupneica, sem queixas álgicas. No dia seguinte, encontrava-se confortável, tendo recebido apenas 1 g de dipirona EV durante a noite, sendo assim, o cateter de peridural foi retirado pela manhã e recebeu alta para a enfermaria. **Discussão:** A anestesia poupadora de opioides baseia-se em dois princípios: a sensibilização do sistema nervoso central pelos opioides, e o fato de que existem outras drogas, com diferentes mecanismos de ação, que também possuem boa ação analgésica. Assim, ao combinar diferentes drogas que atuam em diferentes receptores, seu efeito analgésico pode ser potencializado, levando a uma redução no uso de opioides no período pós-operatório¹. Com o advento da anestesia multimodal foi possível diminuir ou, até mesmo, abolir o uso dos opioides, responsáveis por vários efeitos indesejáveis. As cirurgias videolaparoscópicas são excelente alternativa para a técnica opioide-free, já que o estímulo álgico é menor, assim como a dor pós-operatória. A anestesia poupadora de opioides está indicada para reduzir os efeitos adversos desta classe de drogas e trazer vantagens para os pacientes e instituição, pois reduz o tempo de internação e aumenta a satisfação dos pacientes.

Palavras-chave: Lobectomia, opioide-free, cirurgia VLP.

REFERÊNCIAS

1. Basto T, Machado HS. Effect of opioid-free anaesthesia on perioperative period: a review. Int J Anesth Anesth. 2020;2020(7):104. <http://dx.doi.org/10.23937/2377-4630/1410104>.
2. Mulier J. Anestesia geral livre de opioides: uma mudança de paradigma? Rev Esp Anestesiologia Reanim. 2017;64(8):427-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2017.03.004>. PMID:28431750.

870 ANESTESIA OPIOIDE FREE EM HEPATECTOMIA DE METÁSTASE COLÔNICA

ALEX MENEGARDO MIRANDA, FABRÍCIO ROCHA GOMES, GABRIEL DE PAULA RESENDE, JYRSON GUILHERME KLAMT, WAYNICE NEIVA DE PAULA GARCIA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO - FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Apesar dos opioides reduzirem nocicepção somática, visceral e dor neuropática, elas também levam a efeitos colaterais indesejados como retenção urinária, náuseas e vômitos, constipação, hiperalgesia, dentre outros. Esses eventos, além de atrasarem recuperação, também podem ser traumáticos ao paciente. O objetivo desse relato é apresentar o caso de paciente oncológico na quarta abordagem cirúrgica com perioperatórios anteriores marcados por significativos efeitos colaterais atribuídos aos opioides, na qual se optou por uma estratégia anestésica opioide free. **Relato do caso:** Paciente feminina, 43 anos, 69 kg, 173 cm, IMC 23, estado físico ASA II, portadora de adenocarcinoma de cólon com metástase hepática. Primeira abordagem foi retossigmoidectomia com anastomose primária. Segunda cirurgia por conta de abdome agudo obstrutivo. Terceiro procedimento para hepatectomia, mas sem retirada da lesão com PET-SCAN mostrando manutenção da mesma. Relato de significativas complicações perioperatórias atribuídas aos opioides. Levada a sala de operação (SO) para nova hepatectomia segmentar. Paciente monitorizada conforme a Resolução CFM nº 2.174/2017, acrescida de pressão arterial invasiva, monitor de profundidade anestésica (Nindex), monitor de nocicepção (Conox) e monitorização de bloqueio neuromuscular. Procedeu-se a bloqueio neuroeixo peridural combinada com anestesia geral balanceada. Administrou-se lidocaina 1% (100 mg), dexmetedomidina (60mcg), propofol (160 mg), sulfato de magnésio (2 g) e rocurônio (50 mg). Feito ainda bolus de ropivacaína 0.3% 20ml pelo cateter peridural. Anestesia mantida com sevoflurano (1.4%) / O₂ (40%). O tempo cirúrgico foi de 115 minutos sem intercorrências. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente durante todo procedimento além de plano anestésico e analgesia adequados conforme índices de consciência e nocicepção. Pós-operatório sem intercorrências, bom controle algico sem necessidade resgate de opioides e alta precoce. **Discussão:** O uso intraoperatório de opioides pode estar associado a hiperalgesia e aumento de consumo de analgésicos no pós-operatório. Efeitos colaterais devido ao uso perioperatório de opioides como náuseas e vômitos no pós-operatório podem atrasar a alta e serem traumáticos ao paciente. Nesse sentido, os anestesistas devem achar um balanço entre usar opioides quando necessários e adotar estratégias poupadoras de opióides para evitar os efeitos colaterais.

Palavras-chave: Opioide free.

REFERÊNCIAS

1. Joshi GP, Kehlet H. Postoperative pain management in the era of ERAS: an overview. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2019;33(3):259-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2019.07.016>. PMID:31785712.
2. Kehlet H, Joshi GP. Enhanced recovery after surgery: current controversies and concerns. *Anesth Analg.* 2017;125(6):2154-5. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000002231>. PMID:29190219.

871 MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE PLAQUETOPENIA GRAVE SECUNDÁRIA À PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA (PTI) EM GESTANTE: RELATO DE CASO

LINCOLN LUIZ CORREA MOTA, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, LORENA HAYALLA MOREIRA, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA, RAÍSSA MENDONÇA PORTO FRANCO

CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO EM ANESTESIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, MG, BRASIL, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) é uma condição autoimune cuja prevalência na gestação é cerca de dez vezes maior em relação à população geral. Acarreta deficiência plaquetária quantitativa que pode elevar a morbimortalidade materna no período periparto. **Relato do caso:** RRLM, 21 anos, gestante de 37 semanas e 4 dias, diagnóstico prévio de PTI em seguimento irregular. Deu entrada ao hospital com contrações e epistaxe, sem demais sinais ou sintomas. À admissão foram coletados exames laboratoriais, com destaque para contagem de plaquetas (CP) de 2.000/ μ L (verificada em lâmina), além de hemoglobina basal de 10,8 mg/dL. Demais exames, incluindo coagulograma, dentro da normalidade. Indicado parto cesariano por condições maternas. Antes da entrada em sala cirúrgica houve infusão de 8 unidades de plaquetas e metilprednisolona. O procedimento foi realizado sob anestesia geral e monitorização multiparamétrica. Indução com remifentanil, lidocaína, propofol e succinilcolina e manutenção anestésica inalatória com sevoflurano. Iniciada fluidoterapia guiada por metas, além de ácido tranexâmico (1 g), gluconato de cálcio (2 g), 5 unidades de plaquetas, ocitocina (9UI), associado à prevenção de hipotermia como terapia adjuvante para prevenção de hemorragia intraparto. Extração fetal e demais etapas do procedimento ocorreram sem intercorrências. Hemoglobina pós-procedimento no valor de 9,2 mg/dL, sem necessidade de transfusões adicionais. No pós-operatório, a paciente recebeu imunoglobulina humana intravenosa por três dias em unidade de terapia intensiva, com elevação da CP para 80.000/ μ L e ausência de hemorragia. Alta hospitalar ocorreu quatro dias após em bom estado geral. **Discussão:** A PTI ocorre em 1 a 3 casos em 10 mil gestações, com CP inferiores a 50.000/ μ L afetando apenas uma parcela destes. Assim como na população geral, o risco de sangramento é maior quando este número é inferior a 20.000/ μ L, de modo que a transfusão de plaquetas se faz necessária quando há presença de sangramento ativo concomitante. Em condições como a PTI, onde ocorre destruição imunomediada de plaquetas, o aumento na CP pós-transfusão será apenas temporário, de forma que intervenções adicionais voltadas para doença de base também são necessárias, destacando-se o uso de glicocorticoides e de imunoglobulina, com boa resposta clínica associada. O uso do ácido tranexâmico se faz útil devido à atividade fibrinolítica exacerbada e depleção de fibrinogênio no período pós-parto.

Palavras-chave: Púrpura trombocitopênica idiopática, plaquetopenia, gestação.

REFERÊNCIAS

1. Belfort MA. Postpartum hemorrhage: medical and minimally invasive management. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2023 Fev 14]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management>
2. George JN, McIntosh JJ. Thrombocytopenia in pregnancy. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Fev 14]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>

872 ANESTESIA PARA PSICOCIRURGIA ABLATIVA FOCAL ESTEREOTÁXICA PARA TRATAMENTO DE AGRESSIVIDADE REFRAATÁRIA

ADALBERTO CARMO DE MORAES JUNIOR, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, ISADORA JOTA MIRANDA, MARCELO BORGES FIGUEIRA DA MOTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA

CET HOSP.CLÍN.UNIV.F.DE GOIÁS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A maioria dos pacientes afetados por distúrbios psiquiátricos pode ser tratada por terapias farmacológicas, psicoterapia e eletroconvulsoterapia. Em casos refratários, há a possibilidade de procedimentos psicocirúrgicos tais como a cirurgia ablativa focal estereotáxica ou a estimulação cerebral profunda. **Relato do caso:** Paciente LFDF, 19 anos, masculino, portador de retardo mental moderado e transtorno do humor orgânico. Em uso de olanzapina 30 mg/dia, ácido valproico 1.500 mg/dia, carbonato de lítio 1.200 mg/dia, risperidona 6 mg/dia – não colaborativo, agressivo com equipe desde o início da internação e optado por uso de cetamina intramuscular até confecção de acesso venoso. Ao exame de via aérea: macroglossia, abertura bucal < 3cm, Mallampati não avaliado por falta de colaboração. Após pré-medicação, realizada dexametasona e antibioticoprofilaxia com cefuroxima. Instituída anestesia geral com intubação orotraqueal e uso de remifentanil, propofol e succinilcolina. Manutenção com anestesia venosa total. Monitorização com oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, cardioscopia, capnografia, índice bispectral. Ao término foi administrado dipirona e ondansetrona. Paciente foi encaminhado para sala de recuperação pós-anestésica sem queixas e em uso de cateter nasal de oxigênio 2L/min e, em seguida, à enfermaria, recebendo alta hospitalar 24 horas depois. **Discussão:** O manejo anestésico em pacientes submetidos a psicocirurgia exige dinâmicas específicas para cada caso e é necessário um alinhamento entre a equipe anestésica, cirúrgica e, neste caso, com os familiares do paciente para que tudo transcorra da melhor forma possível, principalmente, em casos de paciente agressivos. Neste caso, nosso paciente foi acompanhado pelo serviço de neurocirurgia no pós-operatório, evoluindo bem e sem complicações como apatia, perda de atenção e memória, que podem surgir em abordagens desse tipo.

Palavras-chave: Psicocirurgia, cirurgia ablativa focal estereotáxica.

REFERÊNCIAS

1. Nuttin B, Wu H, Mayberg H, et al. Consensus on guidelines for stereotactic neurosurgery for psychiatric disorders. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014;85(9):1003-8. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2013-306580>. PMID:24444853.
2. Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

873 ANESTESIA PARA DERRAME PERICÁRDICO - RELATO DE CASO

LORENA LEITE CALUMBI, BRUNA DE PAULA SILVA, BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, MARCELO GRISOLIA GONÇALO, TALES DE SOUSA COUTINHO FERREIRA PIRES

CET DR. AMÉRICO S. AUTRAN FILHO - H. F. LAGOA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A forma de apresentação do derrame pericárdico e o estado hemodinâmico do paciente determinam a intervenção e o manejo anestésico. Uma descompensação aguda requer intervenção rápida com pericardiocentese ou janela pericárdica. **Relato do caso:** RM, feminino, 61 anos, portadora de escleromiosite, síndrome de Sjögren, fibromialgia, calcinose, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus II. Há 30 dias iniciou quadro de dor torácica e dispneia, sendo diagnosticada e tratada para pneumonia bacteriana sendo também evidenciado derrame pericárdico discreto. Apresentou piora dos sintomas, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, o qual identificou um aumento do derrame com sinais de restrição diastólica. Realizou-se uma janela pericárdica para pleuropericardiostomia sob anestesia geral, após monitorização inicial (PA 150x90mmHg, FC 95bpm, SatO₂ 92%). Feita sedação com midazolam 3 mg e fentanil 50mcg IV para obtenção de monitorização invasiva da pressão arterial. Procedeu-se com indução venosa com cetamina 100 mg titulada, lidocaína 80 mg e rocurônio 50 mg e intubação orotraqueal sem intercorrências. Puncionado acesso venoso central guiado por ultrassom. Manutenção anestésica com sevoflurano e remifentanil em bomba infusora. Realizada hidratação venosa com 1500ml de cristalóide, não havendo necessidade de vasopressor. A cirurgia durou cerca de 2 horas e a paciente manteve-se estável. Feito morfina 7 mg IV e encaminhada para unidade de terapia intensiva. **Discussão:** O plano anestésico inclui aumento da pré-carga e manutenção da frequência cardíaca, resistência vascular sistêmica e contratilidade cardíaca. Na monitorização, a colocação de um cateter de monitoramento arterial invasivo deve ser considerada antes da indução anestésica e o acesso venoso central pode ser benéfico. Deve-se considerar ventilação com pressões inspiratórias mínimas, se ventilação espontânea não for possível. A escolha de drogas para anestesia geral deve minimizar a depressão miocárdica e a vasodilatação periférica, sendo a cetamina a droga de escolha nesse cenário, contudo outros agentes que podem ser usados como o etomidato e o midazolam. Drogas vasopressoras e inotrópicas devem estar disponíveis durante a indução anestésica. O ecocardiograma transesofágico pode ser utilizado durante uma janela pericárdica para avaliar o procedimento de drenagem, a função ventricular e valvular após a remoção do derrame.

Palavras-chave: Derrame pericárdio, manejo anestésico.

REFERÊNCIAS

1. Madhivathanan PR, Corredor C, Smith A. Perioperative implications of pericardial effusions and cardiac tamponade. BJA Educ. 2020;20(7):226-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjae.2020.03.006>. PMID:33456955.
2. Chai CM, Seier K, Tan KS, et al. Pericardial effusions in patients with cancer: anesthetic management and survival outcomes. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2021;35(2):571-7. <http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2020.08.049>. PMID:32967792.

874 FALHA COM RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE PICADA DE ESCORPIÃO: UM RELATO DE CASO

AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, EDGARD ALBERNAZ XAVIER, MANUELA FREIRE CAETANO DE ALMEIDA, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS, NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS

CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A raquianestesia consiste na injeção subaracnoidea de anestésico local (AL) associado ou não a um fármaco adjuvante por punção lombar. Sua taxa de falha é menor do que 1%, porém há indícios de que o contato com veneno de escorpião pode gerar alterações na farmacocinética do AL, aumentando o índice de falha de bloqueios. **Relato do caso:** Homem, 42 anos, IMC 19kg/m², internado para realização de correção de fratura peniana. Nega comorbidades, uso contínuo de medicações e alergias. Passado cirúrgico de hernioplastia inguinal há 7 anos sob raquianestesia, sem intercorrências. Relata picada de escorpião há 9 meses. Após monitorização padrão, administrado 2.5 mg de midazolam e 50mcg de fentanil. Paciente sentado, realizado raquianestesia entre espaços L3-L4 com agulha tipo Quincke 25G, punção única atraumática, retorno de liquor translúcido, normotenso, teste de birrefringência positivo. Injetado 15 mg de bupivacaína hiperbárica e 80mcg de morfina. Posicionado em decúbito dorsal horizontal. Testado bloqueio térmico e motor após 5, 10 e 15 minutos, sem sucesso. Optado por nova punção subaracnoidea por anestesista mais experiente utilizando a mesma técnica descrita anteriormente, punção entre L2-L3 e injetados 12,5 mg de bupivacaína hiperbárica. Novas testagens de bloqueio térmico e motor, sem alterações. Nesse momento, decidido por anestesia geral balanceada. Ao término do procedimento, paciente acordou sem bloqueio motor ou térmico, não referindo dor. **Discussão:** Há relatos de resistência a AL em pacientes que sofreram picadura de escorpião. Especula-se que o veneno do escorpião e os ALs agem no mesmo sítio: o sexto segmento da subunidade alfa dos canais de sódio. A exposição aos antígenos do veneno leva à formação de anticorpos. Uma vez que esses pacientes são expostos a AL no futuro, há um antagonismo competitivo, causando falha, eficácia parcial ou aumento do tempo de latência da anestesia. Quanto maior o número de picadas e quanto mais recente a última picada, mais pronunciada é a falha, independente do local de injeção do AL. Diante da frequência e relevância do tema, faz-se necessário investigação pré-anestésica naqueles pacientes que serão submetidos a anestesia locorregional.

Palavras-chave: Falha da raquianestesia, picada de escorpião, resistência a anestésicos locais.

REFERÊNCIAS

1. Manica J. Anestesiologia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Panditrao MM, Panditrao MM, Panditrao AM. Development of resistente to the effect of local anesthetic agents administered via various routes due to single or multiple, previous scorpion bites: a proposed hypothesis and reporting a yet unrecognized phenomenon. J Anesth Crit Care. 2015;3(5):00110. <http://dx.doi.org/10.15406/jaccoa.2015.03.00110>.

875 ANESTESIA PARA CESARIANA EM GESTANTE COM PLAQUETOPENIA E VIA AÉREA DIFÍCIL

MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, BRUNNA CINTRA DE AZEVEDO, HELGA BEZERRA GOMES DA SILVA, LEONARDO QUEIROZ PARRA, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A anestesia obstétrica possui particularidades devido às alterações fisiológicas da gestação que resultam em gastroparesia e maior risco de via aérea difícil (VAD). Com isso, a anestesia neuroaxial costuma ser a escolhida. Entretanto, em pacientes com plaquetopenia acentuada, essa abordagem é evitada devido ao risco potencial de hematoma subdural. **Relato do caso:** Gestante, 37s e 4d, hipertensa e diabética gestacional, suspeita de púrpura trombocitopênica idiopática, em uso de prednisona. Plaquetas $29 \times 10^3/\text{mm}^3$. Mallampati 4 e mobilidade cervical reduzida. Proposta de cesariana devido iteratividade e pré-eclâmpsia sob anestesia geral. Monitorização padrão. Pré-indução – Infusão venosa de hidrocortisona, ac. tranexâmico, omeprazol, ondansetrona; indução - lidocaína, fentanil, propofol, succinilcolina. Laringoscopia direta com lâmina McCoy, Cormack-Lehane 3, falha na IOT (intubação esofágica). Nova tentativa com McCoy e bougie, IOT confirmada por capnografia e ausculta. Administrados rocurônio e desmopressina. Manutenção com sevoflurano. Intraoperatório sem intercorrências, RN com boa vitalidade. Reversão de rocurônio com sugamadex e extubação acordada. Encaminhada à SRPA. Transfusão de plaquetas no pré, intra e pós-operatório conforme orientado pela Hematologia. Após 2h, apresentou dispneia, hipoxemia e crepitação pulmonar, tratados com furosemida e O₂; recuperação em 1h. **Discussão:** O nível plaquetário seguro para abordagem ao neuroeixo é controverso e a trombocitopenia representa contraindicação relativa à anestesia regional. Costuma-se evitar tal procedimento quando plaquetas estão abaixo de 75 a $80 \times 10^3/\text{mm}^3$, porém alguns trabalhos sugerem que até $50 \times 10^3/\text{mm}^3$ seja seguro. Ao optar pela anestesia geral a abordagem a via aérea deve ser bem planejada. Diretriz de 2015 orienta indução em seqüência rápida, sendo a ventilação sob máscara permitida com pressão até 20cmH₂O. São preconizadas até duas tentativas de intubação e, excepcionalmente, uma terceira por outro profissional experiente. Se falha, indica-se dispositivo supraglótico. O edema do trato respiratório, diminuição da CRF, rápida dessaturação durante apneia, hipotonia esfíncteriana e retardo no esvaziamento gástrico aumentam a chance de broncoaspiração e VAD nessa população. Neste caso, o nível plaquetário estava inferior ao limite recomendado até nos mais permissivos estudos e portanto foi realizada anestesia geral com desfecho satisfatório, apesar da dificuldade no acesso à via aérea.

Palavras-chave: Anestesia obstétrica, raquianestesia, plaquetopenia.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka M, Balk M, McLeod A, et al. Anestesia regional e trombocitopenia não pré-eclâmptica; hora de repensar o nível seguro de plaquetas. Rev Bras Anesthesiol. 2009;59:142-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942009000200002>. PMID:19488526.
2. Mushambi MC, Kinsella SM, Popat M, et al. Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia. 2015;70(11):1286-306. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.13260>. PMID:26449292.

876 MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL COM FIBROSCOPIA FLEXÍVEL E SEDAÇÃO MODERADA EM PACIENTE PORTADOR DE ANQUILOSE DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL

EDUARDO LONGO CORREIA DE CARVALHO, DAIANA CLARA BUENO DE SOUSA BRANDÃO BARROSO, FABIOLA ALENCAR GRANJEIRO, ITALO ALVES DE ALMEIDA CABRAL, NILSOMAR MACIEL RODRIGUES

CET INTEG.DO INST.DE ANESTESIOLOGIA DO AM - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO GETULIO VARGAS DA UA, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A anquilose de articulação temporomandibular (ATM) caracteriza-se pelo desenvolvimento de tecido ósseo ou fibro-ósseo na superfície articular, resultando na fusão do côndilo e disco articular a fossa mandibular. A ocorrência da anquilose em indivíduos em fase de crescimento facial resulta em assimetria facial e limitação dos movimentos mandibulares, limitação da abertura de boca, dificuldade de higiene oral e fala, com preditores de via aérea difícil. Este relato de caso visa apresentar o manejo de uma via aérea difícil prevista em paciente portador de anquilose de ATM e seu desfecho favorável diante das estratégias adotadas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 16 anos, peso 58kg, altura 169cm, classificação I da American Society of Anesthesiologists, via aérea com distância interincisivos de 1,6cm, Mallampati de impossível visualização, distância tireomentoniana < 12,5cm, extensão cervical sem limitação, sem mobilidade mandibular, jejum adequado, internado para realizar tratamento cirúrgico de anquilose de articulação temporomandibular bilateral. Optou-se por realizar intubação nasotraqueal por fibroscopia óptica flexível com sedação moderada mantendo patência de via aérea administrando via endovenosa 0,5mcg/kg de dexmedetomidina, midazolam 0,05 mg/kg, fentanil 1,5mcg/kg e atropina 0,5 mg. A anestesia de cavidade nasal foi realizada com lidocaína gel e a anestesia periglótica e intratraqueal com lidocaína 1%. Após visualização de traqueia e carina, realizou-se intubação nasotraqueal com tubo aramado nº 6.5, confirmada por capnografia e, então, seguiu-se com indução venosa com propofol 3 mg/kg e rocurônio 0,6 mg/kg. Durante o procedimento de intubação não houve intercorrências como queda da saturação, reflexo da tosse ou instabilidade hemodinâmica. **Discussão:** A intubação com fibroscópio é o padrão-ouro em segurança nos casos de via aérea difícil. No entanto, a técnica com o paciente acordado é complexa e potencialmente incômoda. Inicialmente, confirmou-se a aceitação do paciente visto que a recusa do mesmo constituiria contraindicação absoluta a realização do procedimento. Em virtude da necessidade de colaboração do paciente sem depressão respiratória, foi optado pela dexmedetomidina, associado a subdose de fentanil para redução da percepção algica, e o midazolam contribuiu com a amnésia anterógrada, evitando a ocorrência de estresse pós-traumático, atropina para minimizar sialorreia e anestesia tópica para supressão do estímulo nociceptivo.

Palavras-chave: Fibroscopia flexível, via aérea difícil, anquilose de articulação temporomandibular.

REFERÊNCIAS

1. Ortenzi AV. Avaliação da via aérea. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Ferez D, et al., editores. Tratado de anestesiologia: SAESP. 9ª ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli; 2021. p. 1159-76.
2. Sousa GGA, Barros LAB Fo, Afonso AMP, et al. Tratamento de anquilose de articulação temporomandibular: relato de caso patológico. Bauru: USP; 2021 [citado em 2023 Fev 16]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003049315>

877 MANEJO ANESTÉSICO DESAFIADOR DE PACIENTE COM RUPTURA DA PAREDE DO VENTRÍCULO ESQUERDO

RAFAELA AMORIM FREITAS, ISABELLA ARBEX, LORENA DIAS GUIMARÃES, MARCO ANTONIO PINTO DE FIGUEIREDO, PAULO ALIPIO GERMANO FILHO

AMÉRICAS MEDICAL CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O infarto acometendo a artéria coronária esquerda ou um de seus ramos pode ter consequências fatais, como a ruptura da parede livre do ventrículo esquerdo. Seu diagnóstico no paciente ainda vivo é raro e a única opção terapêutica é o tratamento cirúrgico aberto. **Relato do caso:** J.P.L, feminina, 55 anos, IMC 23kg/m², ASA VIe, tabagista 30 maços/ano, negando outras comorbidades ou uso contínuo de medicação. Deu entrada na emergência com relato de dor precordial associada à agitação psicomotora e instabilidade hemodinâmica. Realizado eletrocardiograma que evidenciou infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em parede anteroseptal, sendo assim encaminhada à hemodinâmica para realizar cateterismo cardíaco. A técnica anestésica escolhida para o cateterismo foi anestesia geral venosa total. A indução foi feita com etomidato 0,3 mg/kg, lidocaína 1 mg/kg e rocuroônio 1,2 mg/kg, e no intraoperatório foram realizadas doses fracionadas de midazolam intravenoso e noradrenalina 0,5mcg/kg/min. Após realização da angioplastia no terço médio da artéria circunflexa, paciente evoluiu com PCR em AESP e ECOTE evidenciou tamponamento cardíaco. Foi realizada drenagem pericárdica por punção com intracath 14G e o sangue coletado era devolvido ao paciente através de cateter em veia femoral interna direita. Esse procedimento foi repetido diversas vezes até a chegada da equipe da cirurgia cardíaca. Paciente foi levada para o centro cirúrgico com infusão contínua de noradrenalina 2mcg/kg/min e infusão de dois concentrados de hemácias em veia jugular interna direita previamente puncionada. A monitorização consistiu em pressão arterial invasiva, índice biespectral, monitorização da oxigenação cerebral e temperatura. No intraoperatório paciente necessitou de vasopressina 0,03 UI/min, além da administração de ácido tranexâmico 1 g, concentrado de complexo protrombínico 500 UI e fibrinogênio 2 g guiados por tromboelastrometria beira-leito. Foi utilizado Cell Saver para reduzir a necessidade de transfusões alogênicas, além de 4 concentrados de hemácias 2 unidades de plasma fresco. Após rafia local e enxertos com pericárdio bovino, paciente apresentou melhora hemodinâmica, sendo encaminhada ao CTI com infusão de noradrenalina 0,6mcg/kg/min. **Discussão:** A ruptura livre da parede do ventrículo esquerdo e tamponamento cardíaco resultantes são uma emergência médica e devem ser prontamente abordados e adequadamente conduzidos em virtude da sua alta mortalidade.

Palavras-chave: Ruptura livre do ventrículo esquerdo, infarto agudo do miocárdio.

REFERÊNCIAS

1. Horlocker TT, Kopp SL. Título do capítulo. In: Miller RD, editor. Miller's anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.
2. Deleon AM, Asher YG, PG Barash, et al. Fundamentos de anestesiologia clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017.

878 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA INTRAOPERATÓRIA DEVIDO A PNEUMOPERITÔNIO TENSIONAL DURANTE MIOTOMIA ENDOSCÓPICA PERORAL

MARÍLIA MOREIRA SALES, GABRIEL MAGALHÃES NUNES GUIMARÃES, LÉA MENEZES COUCEIRO BURLE, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, RAIANE SOARES DE OLIVEIRA

CET CENTRO ANESTESIOLOGIA UNIV. DE BRASÍLIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A miotomia endoscópica peroral (POEM) é uma técnica segura e efetiva para o tratamento da acalásia. É minimamente invasiva, com menor custo e baixa morbidade. No entanto, eventos adversos incluem perfuração esofágica, enfisema subcutâneo e mediastinal, pneumotórax, pneumoperitônio e hemorragia maciça. Pneumoperitônio intenso é raro, mas requer descompressão imediata. A anestesia geral com intubação endotraqueal e ventilação com pressão positiva é a técnica anestésica associada a menores taxas de complicações. **Relato do caso:** Mulher de 70 anos, 52kg e 150cm, hipertensa e ex-tabagista, agendada para POEM por acalásia idiopática. Realizada anestesia geral com intubação orotraqueal (IOT) em sequência rápida (ISR) com pressão cricoide, sem intercorrências. Manutenção com sevoflurano. Iniciado ato cirúrgico e instituída insuflação de dióxido de carbono (CO₂). Após 42 minutos, houve redução drástica da complacência toracopulmonar e dessaturação atingindo 48%. Iniciada ventilação manual com oxigênio a 100% e interrupção do ato cirúrgico. Constatado abdome distendido e tenso, com perfuração esofágica, pneumoperitônio e enfisema subcutâneo. Paracentese resultou em saída de grande quantidade de gás e rápida melhora da distensão abdominal e da ventilação pulmonar, com retorno da SpO₂ para 100%. Cateter de paracentese conectado a sistema em selo d'água (8cm H₂O) até o fim do procedimento. Realizada correção endoscópica da lesão esofágica. Foi extubada em sala após reversão do bloqueio neuromuscular. Encaminhada à unidade de terapia intensiva, consciente e orientada, eupneica, em uso de cateter nasal de O₂ 2L/min. No 1º dia pós-procedimento, evoluiu com dispneia leve e radiografia de tórax evidenciando pneumoperitônio residual e pneumotórax leve bilateral, com necessidade de drenagem em selo d'água à direita. **Discussão:** Apesar da POEM ser um tratamento efetivo para acalásia, podem ocorrer complicações intraoperatórias, como instabilidade hemodinâmica e ventilatória. Pacientes com dismotilidade esofágica apresentam risco aumentado de broncoaspiração, de modo que a ISR ainda é defendida por muitos autores. Ademais, a insuflação com CO₂, apesar de ser mais bem absorvido que o ar e reduzir o risco de enfisema mediastinal, pneumoperitônio ou pneumotórax hipertensivo, deve ser realizada de modo criterioso e com baixo fluxo. O anestesiológico deve estar atento aos sinais clínicos, hemodinâmicos e ventilatórios que necessitem de manejo imediato.

Palavras-chave: POEM, anestesia geral, pneumoperitônio.

REFERÊNCIAS

1. Jayan N, Jacob JS, Mathew M, Mukkada RJ. Anesthesia for peroral endoscopic myotomy: a retrospective case series. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2016;32(3):379-81. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-9185.188829>. PMID:27625490.
2. Li T-S, Lee T-Y, Liao K. Pneumotórax hipertensivo durante miotomia endoscópica por via oral para tratamento de megaesôfago sob anestesia geral. *Rev Bras Anesthesiol.* 2017;67(4):415-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2015.10.008>. PMID:27692369.

879 EMBOLIA POR DIÓXIDO DE CARBONO ASSOCIADO A CHOQUE HEMORRÁGICO EM CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO CASO

CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, ALESSANDRO SILVESTRE, ENIS DONIZETTI SILVA, LUCAS RODRIGUES DE FARIAS, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES

CET SÃO PAULO - SERV.MÉD.DE ANEST.S/C LTDA - HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A embolia por dióxido de carbono (CO₂) é uma complicação rara durante cirurgias videolaparoscópicas, com incidência de 0,001%. Apesar disso, é uma complicação com alta taxa de mortalidade, estimada em 28%. Uma pequena parcela do CO₂ penetra na circulação por vasos danificados do sítio cirúrgico, podendo provocar obstrução da circulação pulmonar e sintomas cardíacos, evoluindo para colapso cardiovascular e sequelas neurológicas. A associação dessa complicação com choque hemorrágico torna o episódio descrito mais incomum, devido à baixa prevalência de lesão vascular maior nas cirurgias videolaparoscópicas. Relatamos aqui um caso onde a ocorrência dessas duas raras complicações foi prontamente diagnosticada e tratada. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino 66 anos. Submetido a adrenalectomia direita por via robótica para ressecção de adenocarcinoma de suprarenal. Durante o intraoperatório ocorreu perda sanguínea de 2500ml, sendo realizados inicialmente 2 concentrados de hemácias (CH), associado à ressuscitação volêmica vigorosa e início de noradrenalina na dose de 0,1mcg/kg/min. Devido à grande monta de sangramento, realizada tromboelastografia, contudo devido à gravidade do quadro do paciente, foi optado por realizar 2 g de fibrinogênio antes do resultado. Paciente apresentou instabilidade hemodinâmica grave, associado a aumento abrupto de capnografia para 84mmHg, seguido de queda para valores próximos a 20mmHg. Neste momento realizado diagnóstico de embolia aérea por CO₂ e solicitado a equipe cirúrgica a cessação do pneumoperitoneo, com paciente em decúbito lateral esquerdo e cefalodeclive, realizada aspiração de cateter venoso central com saída de aproximadamente 20ml de ar. Realizado resgate com bolus de adrenalina e aumentada noradrenalina para 0,35mcg/kg/min. Após término do procedimento paciente foi encaminhada para UTI intubado e com doses altas de noradrenalina. Evoluiu com melhora e foi extubado em 1º pós-operatório, recebendo alta da UTI em 3º pós-operatório. **Discussão:** A ocorrência de embolia gasosa por CO₂ durante cirurgias videolaparoscópicas é um evento raro e de alta morbimortalidade. A rápida identificação e manobras de ressuscitação são os principais modificadores de prognósticos. No caso descrito, a associação do evento embólico com quadro de choque hemorrágico acabou por piorar o quadro hemodinâmico do paciente. O suporte hemodinâmico tempestivo possibilitou o bom prognóstico no pós-operatório.

Palavras-chave: Videolaparoscopia, embolia, choqui.

REFERÊNCIAS

1. De Jong KI, de Leeuw PW. Venous carbon dioxide embolism during laparoscopic cholecystectomy a literature review. Eur J Intern Med. 2019;60:9-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2018.10.008>. PMID:30352722.
2. Beck DH, McQuillan PJ. Fatal carbon dioxide embolism and severe haemorrhage during laparoscopic salpingectomy. Br J Anaesth. 1994;72(2):243-5. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/72.2.243>. PMID:8110585.

880 SERIAL TRANSVERSE ENTEROPLASTY (STEP) EM CRIANÇA DE 9 MESES DE IDADE: MANEJO ANESTÉSICO

RAFAELA GOES MACHADO, BRUNA SILVEIRA FERREIRA KLAUCK, RICARDO VIEIRA CARLOS, TIAGO TAVARES DE FREITAS, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO

CET DA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DA FMUSP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A incidência de Síndrome do Intestino Curto na infância é de 24,5 casos por 100.000 nascidos vivo. A gastrosquise é uma das causas mais comuns nessa faixa etária, com prevalência aumentada em 36% nos últimos anos. Nutrição parenteral prolongada (NPP) está relacionada a inúmeras complicações. Assim, novas técnicas cirúrgicas para maior sobrevivência desses pacientes tornam-se necessárias e cada vez mais comuns, com o anestesista ocupando um importante papel nesse cenário. **Relato do caso:** I.V.A.A., feminina, 9 meses de idade, 8,9kg, malformação fetal de Gastrosquise fechada. Cirurgia para correção de gastrosquise ao nascimento, evoluindo com Síndrome do Intestino Curto (Intestino delgado 22cm e Intestino grosso 30cm, sem válvula ileocecal). Foi submetida à cirurgia STEP sob anestesia geral balanceada com peridural caudal. Indução anestésica venosa com propofol 3 mg/kg, fentanil 2mcg/kg e rocurônio 1,2 mg/kg. Realizada intubação orotraqueal com tubo 3,5 com cuff, em sequencial rápida modificada. Realizada peridural caudal em decúbito lateral esquerdo e administradas em injeção única de levobupivacaína com vasopressor 0,125% 15ml e clonidina 10 mcg. Manutenção anestésica com sevoflurano 2,5%, CAM 1. Administraram-se dipirona 450 mg, dexametasona 1,3 mg e ondansetrona 1,3 mg. O procedimento teve duração de 140 minutos, sem intercorrências. Paciente extubado e encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva estável. **Discussão:** O STEP surge como uma nova opção cirúrgica para esses pacientes, com menos dificuldade técnica que a LILT (longitudinal intestinal lengthening and tailoring procedure) e com a vantagem de poder ser repetida. Como esse caso demonstra, a realização de anestesia geral balanceada e o bloqueio do neuroeixo associado pode ser realizado com segurança, tendo o anestesista o papel de conhecer as peculiaridades desses pacientes. Dentre elas, o esvaziamento gástrico é errático nessa patologia, sendo considerados sempre pacientes de estômago cheio apesar do jejum adequado, com a indução anestésica rápida modificada a técnica mais segura. O risco de hiperglicemia também é maior, decorrente do estado de hiperinsulinemia que a NPP desencadeia, com necessidade de controle rígido da glicemia capilar durante todo o procedimento. Dessa forma, é importante ampliar o conhecimento acerca do manejo anestésico na cirurgia STEP na faixa etária pediátrica, haja vista a introdução da técnica cirúrgica como opção de tratamento e ainda poucos relatos de abordagens descritas.

Palavras-chave: STEP, anestesia pediátrica, síndrome do intestino curto.

REFERÊNCIAS

1. Duggan CP, Jaksic T. Pediatric intestinal failure. N Engl J Med. 2017;377(7):666-75. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1602650>. PMID:28813225.

881 ANESTESIAS SEQUENCIAIS EM PORTADOR DE NÉCROLISE EPIDÉRMICA TÓXICA (SÍNDROME DE LYELL)

GABRIEL VASCONCELOS SANTOS, CARLOS EDUARDO LOPES NUNES, LORENA DIAS GUIMARÃES, ROGÉRIO FRAGOSO DE O SARMENTO, SABRINA ESTEVEZ DE SAULES

CET HOSPITAL DAS AMERICAS - HOSPITAL SEDE: HOSP.VITÓRIA/SAMARITANO-AMERICAS M.CITY, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Anestésias sequenciais em portador de Nécrólise Epidérmica Tóxica (Síndrome de Lyell). **Relato do caso:** G.M.M, masculino de 12 anos, portador de TDAH e epilepsia, em uso regular de olanzapina e ácido valproico. Paciente é admitido na emergência com febre e início súbito de lesões dolorosas em tronco, face e membros superiores (cerca de 70% de superfície corporal) além de disfagia. Constatado início recente do uso de lamotrigina, após consulta com neurologista, por manutenção de crises convulsivas. Também foi visto que, em 2019, apresentou farmacodermia por uso de quetiapina. Cerca de 24 horas após admissão em UTI pediátrica, apresentou piora do aspecto das lesões e ampliação para mucosa oral, com aspecto necrótico, além de exarcebação da disfagia e dor abdominal difusa. Pela história prévia, presença de flictenas com necrose e sinais de mucosite, foi diagnosticado com Nécrólise Epidérmica Tóxica, manifestação rara e grave da Síndrome de Stevens-Johnson. O tratamento consiste em descontinuação da medicação causadora, suporte clínico e limpeza das lesões, com troca de curativo intermitente. O alto índice de mortalidade se dá por infecções bacterianas secundárias. Apesar do bom suporte clínico pela equipe de UTI, incluindo nutrição parenteral, paciente necessitou de desbridamento cirúrgico das extensas lesões, sendo indicada abordagem cirúrgica. Paciente foi submetido a três abordagens pela cirurgia plástica, com média de 2 horas cada. Visto a extensão das lesões, tempo cirúrgico estimado pela cirurgiã e necessidade de decúbito ventral, foi optado por realização de anestesia geral com IOT em todas as ocasiões. Todas as anestésias apresentaram similaridades técnicas, como o uso de técnica geral balanceada, estratégia multimodal para analgesia, bloqueio neuromuscular e uso TOT aramado. Houve bom controle de dor no período pós-operatório imediato de todas as abordagens, além de boa evolução clínica sem a necessidade de antibioticoterapia, com regressão total das lesões e alta hospitalar. **Discussão:** Devido à escassa literatura sobre o manejo desses pacientes, considerações anestésicas do grande queimado se mostraram úteis, como exemplo: abordagem de via aérea difícil pelo edema de mucosa; dificuldades na fixação do TOT; desafios de monitorização; tolerância a opioides e controle de temperatura. Dentre outras peculiaridades no perioperatório, as condutas traçadas pela equipe anestésica se mostraram imprescindíveis para a boa evolução do paciente, o que motivou o compartilhamento do relato.

Palavras-chave: Queimado, plástica, desbridamento.

REFERÊNCIAS

1. Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD, et al. Morgan & Mikhail's clinical anesthesiology. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2013.
2. Ramsali MV, Puduchira KG, Maganti SP, Vankaylapatti SD, Pasupuleti S, Kulkarni D. Anesthetic management and outcomes of patients with Steven-Johnson Syndrome: a retrospective review study. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2021;37(1):119-23. http://dx.doi.org/10.4103/joacp.JOACP_46_19. PMID:34103835.
3. Domínguez Pérez F, Candela Toha AM, Botello Aguado C, Ascorve Domínguez A. Anestesia en un paciente cón necrólisis epidérmica tóxica [Anesthesia in a patient with toxic epidermal necrolysis]. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1989;36(6):350-2. PMID:2623289.

882 MANEJO ANESTÉSICO EM PORTADOR DE MIOCARDIOPATIA DILATADA COM ARRITMIA MALIGNA PERIOPERATÓRIA

BRUNO VÍTOR MARTINS SANTIAGO, MARIANA CUNHA SOARES DA ROCHA, MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, MATHEUS CUNDARI TEIXEIRA VALENTE, RAFAELA CORREIA DA SILVA

CET PROF. SILVIO RAMOS LINS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL

Introdução: O manejo de pacientes com miocardiopatia dilatada (MCD) é um desafio para o anestesiolegista, devido à disfunção sistólica esquerda, risco de arritmias malignas e morte súbita. Este deve avaliar o estado clínico e selecionar um método apropriado de anestesia visando uma hemodinâmica estável. Relatamos o caso de um paciente com MCD candidato à videolaparoscopia diagnóstica (VLD). **Relato do caso:** Masculino, 52 anos portador de MCD classe funcional III, insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção de 24%, fibrilação atrial, diabetes, disfunção renal e ascite. Candidato à VLD sob suspeita de neoplasia. Monitorizado com cardioscopia, pressão invasiva, oximetria de pulso. Puncionado acesso central e induzida anestesia geral com fentanil, lidocaína, etomidato e rocurônio, manutenção com sevoflurano e remifentanil. Foi realizada ecocardiografia transesofágica (ETE) perioperatória. Evoluiu com hipotensão e gasometria venosa central com SvO₂=69%, iniciado vasopressor e inotrópico. Foi realizada biópsia peritoneal com sucesso. Após conclusão cirúrgica, evoluiu com taquicardia ventricular (TV) sustentada e hipotensão, acidose mista (PaCO₂ 56 mmHg, HCO₃ 12,3mEq/L) e hipercalemia (6,83 mg/dL), realizada reposição de bicarbonato, glicoinsulino terapia, ajustada ventilação mecânica e cardioversão elétrica sincronizada com 3 choques sequenciais de 150 joules (J), 150J e 200J e amiodarona 150 mg em bolus e manutenção de 1 mg/min, com obtenção de ritmo sinusal. Foi encaminhado à UTI intubado, com noradrenalina 0,1mcg/kg/min, dobutamina 15mcg/kg/min e milrinona 0,75mcg/kg/min e extubado com 24h de pós-operatório. **Discussão:** A MCD caracteriza-se por dilatação ventricular esquerda ou biventricular e disfunção sistólica. Pode ser acompanhada por arritmias, IC e risco de morte súbita. Dispositivos avançados de monitorização, como ETE e resincronização cardíaca podem ser usados para avaliar a função ventricular e a fibrose miocárdica. A TV é classificada como sustentada se a duração for superior a 30 segundos e sua fisiopatologia é multifatorial, com fatores perioperatórios implicados incluindo instabilidade hemodinâmica, hipovolemia, hipóxia, isquemia miocárdica e desequilíbrios eletrolíticos. O manejo anestésico na MCD consiste na manutenção da contratilidade miocárdica, pré-carga e pressão arterial diastólica, visando garantir a perfusão coronariana, além de prevenir a sobrecarga hídrica, o aumento da pós-carga, a tromboembolia e arritmias.

Palavras-chave: Cardiomiopatia dilatada, taquiarritmia instável, cardioversão elétrica.

REFERÊNCIAS

1. Chen CQ, Wang X, Zhang J, Zhu SM. Anesthetic management of patients with dilated cardiomyopathy for noncardiac surgery. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017;21(3):627-34. PMID:28239802.
2. Howard-Quijano K, Kuwabara Y. Modulating perioperative ventricular excitability. Anesthesiol Clin. 2019;37(4):609-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2019.08.002>. PMID:31677681.

883 ANESTESIA EM PACIENTE COM ANEURISMA DE AORTA ROTO E FÍSTULA AORTOENTÉRICA. RELATO DE CASO

MARUSA REGINA ROSA DIAS, ELOÁ MASCARENHAS SOFFRITTI, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, MARIANA DOS SANTOS MATTOS TAVARES, ROGÉRIO PESSANHA FÁDEL

CET PROF. SILVIO RAMOS LINS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL

Introdução: Aneurismas de aorta abdominal (AAA) se originam do enfraquecimento e dilatação da parede arterial e são mais comuns em homens ≥ 65 anos. A fístula aortoentérica (FAE) primária é uma complicação rara e grave que ocorre por erosão da terceira porção do duodeno pela parede aórtica. Seu diagnóstico é complexo e o tratamento cirúrgico convencional ou endovascular apresenta alta mortalidade. A condução é desafiadora por envolver grande sangramento, interrupção do fluxo aórtico e a síndrome de reperfusão. Relatamos o manejo intraoperatório de paciente com AAA roto e FAE submetido à cirurgia aberta. **Relato do caso:** Paciente de 55 anos, ex-tabagista, ex-etilista, hipertenso, coronariopata, infarto miocárdico com *stent* farmacológico há 1 ano, disfunção sistólica global (fração de ejeção: 36%), fibrilação atrial crônica e doença renal em tratamento conservador. Apresentou quadro de dispneia, dor abdominal e sangramento digestivo 15 dias antes da intervenção cirúrgica. TC de abdome contrastada: AAA suprarrenal roto contido (9.2 x 7.3cm de diâmetro; 20cm de extensão) com dissecação de íliaca direita e presença de FAE. Foi submetido à cirurgia aberta, sob anestesia geral balanceada. Monitorizado com cardioscopia, pressão invasiva radial, oximetria de pulso e índice biespectral, puncionados acessos venosos periférico e central e cateter de hemodiálise. Induzido com etomidato, fentanil, lidocaína, esmolol e rocuroônio, mantido com sevoflurano e fármacos vasoativos em infusão. Realizada exclusão do aneurisma e *by-pass* axilo-femoral esquerdo e ponte fêmoro-femoral cruzada com prótese de poliéster e ressecção intestinal e posterior duodeno-jejunoanastomose. Houve grande instabilidade hemodinâmica e o sangramento intraoperatório foi estimado em 2500mL, com necessidade de transfusão de 6 CH, 4U de plaquetas, 2U de plasma fresco, 500mL de albumina 4%, 500mL de hidroxietilamido 6%, 3500mL de cristalóide, 1 g de ácido tranexâmico e 2 g de fibrinogênio humano. Ao final do procedimento, foi conduzido à unidade coronariana em ventilação mecânica, RASS -5 e dependente de noradrenalina. Recebeu alta com 60 dias de internação. **Conclusão:** O desafio é real para a equipe anestésico-cirúrgica, e diante de quadro potencialmente catastrófico, a cooperação multidisciplinar é fundamental. O manejo volêmico deve ser criterioso, a experiência e a dedicação das equipes envolvidas podem tornar o desfecho favorável apesar da elevada morbimortalidade desta condição clínica.

Palavras-chave: Aneurisma de aorta roto, fístula aortoentérica, manejo anestésico.

REFERÊNCIAS

1. Sakalihan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal aortic aneurysm. *Lancet*. 2005;365(9470):1577-89. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66459-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66459-8). PMID:15866312.
2. Ranasinghe W, Loa J, Allaf N, Lewis K, Sebastian MG. Primary aortoenteric fistulae: the challenges in diagnosis and review of treatment. *Ann Vasc Surg*. 2011;25(3):386.e1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2010.09.021>. PMID:21269801.
3. Golledge J. Abdominal aortic aneurysm: update on pathogenesis and medical treatments. *Nat Rev Cardiol*. 2019;16(4):225-42. <http://dx.doi.org/10.1038/s41569-018-0114-9>. PMID:30443031.

884 O SUBDIAGNÓSTICO DA ANEMIA E A AUSÊNCIA DE TRATAMENTO EM PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DIAGNÓSTICOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ESTUDO TRANSVERSAL

MURILO OLIVEIRA SAMPAIO, CAIO RAPOSO LEO, LIANA MARIA TORRES DE ARAÚJO AZI

CET COMPLEXO HOSP. UNIV. PROF. EDGARD SANTOS – COMHUPES - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: A anemia constitui-se como um importante problema de saúde pública e um achado comum nos pacientes no pré-operatório, tendo impacto significativo na morbidade e mortalidade destes. O presente estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de anemia nos pacientes submetidos a procedimentos eletivos, diagnósticos e cirúrgicos, em um hospital universitário no Brasil, descrever o perfil demográfico dos pacientes, correlacionar a prevalência da anemia com os tipos de procedimentos e com as comorbidades dos pacientes anêmicos, além de descrever o tratamento empregado para anemia. **Relato do caso:** Estudo observacional, retrospectivo e transversal. Foram coletados os dados (idade, gênero, classificação de estado físico - ASA, comorbidades, valores de hemoglobina, especialidade cirúrgica e tratamento da anemia) a partir da avaliação pré-anestésica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Foram incluídos todos os pacientes com indicação de procedimento eletivo, acima de 18 anos, entre 2018 e 2020. **Discussão:** 10.433 pacientes foram incluídos neste estudo, entre agosto de 2018 e dezembro de 2020. 3.928 pacientes (37,65%) estavam anêmicos no momento da consulta. A maioria dos pacientes anêmicos era do sexo feminino (77,49%), com faixa etária entre 18-59 anos (53,66%) e classificada como ASA II (63,95%). Dos 3.928 pacientes anêmicos, o diagnóstico de anemia foi considerado em apenas 938 pacientes (23,88%). Em 2.990 pacientes (76,12%) a anemia foi subdiagnosticada e 644 pacientes foram alencados como "sem comorbidades". A anemia leve foi a mais frequente. Entre os pacientes anêmicos, 3.573 (90,96%) foram encaminhados pela clínica cirúrgica sem terapia para anemia e 355 (9,04%) pacientes encaminhados já em uso de um ou mais tratamentos. Apenas 18 pacientes receberam conduta direcionada para o tratamento da anemia no ambulatório de pré-anestésico. **Conclusão:** A anemia foi frequente na população estudada. Apesar do importante impacto negativo na morbimortalidade perioperatória e da facilidade diagnóstica, a anemia continua sendo um diagnóstico desprezado, sem abordagem propedêutica diagnóstica e tratamentos adequados.

Palavras-chave: Anestesia, anemia, cuidados pré-operatórios.

REFERÊNCIAS

1. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood*. 2014;123(5):615-24. <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2013-06-508325>. PMID:24297872.
2. Gómez-Ramirez S, Jericó C, Muñoz M. Perioperative anemia: Prevalence, consequences and pathophysiology. *Transfus Apheresis Sci*. 2019;58(4):369-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.transci.2019.06.011>. PMID:31416710.
3. Munoz M, Acheson AG, Auerbach M, et al. International consensus statement on the peri-operativemanagement of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia*. 2017;72(2):233-47. <http://dx.doi.org/10.1111/anae.13773>. PMID:27996086.

885 REAÇÃO TRANSFUSIONAL ASSOCIADA À SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

FELIPE DA SILVA DE MEDEIROS, DANIELA GOMES DE SOUZA, RAFAEL DE OLIVEIRA SARTINI

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP.UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: As reações transfusionais (RT) representam uma resposta indesejável associada temporalmente com o uso de hemocomponente. Já a síndrome da veia cava superior (SVCS) ocorre pelo bloqueio parcial da veia cava superior reduzindo o retorno venoso. O caso a seguir é um paciente com histórico prévio de RT com SVCS vigente, que evoluiu com edema palpebral e dessaturação, após receber concentrado de plaquetas e ser posicionado em *trendelenburg* durante uma sedação venosa para punção de acesso venoso central. Caso: Homem, 28 anos portador de leucemia aguda associada à síndrome de veia cava superior por massa mediastinal, plaquetopenia e história prévia de RT a concentrado de plaquetas (CP). Foi submetido à troca de porth-a-cath em veia jugular interna esquerda para realização de quimioterapia. Procedimento inicialmente sob sedação com fentanil, midazolam e propofol. Realizada transfusão de 6 unidades de CP por recomendação da hematologista assistente, feito preparo com difenidramina 50 mg e prednisona 60 mg 1 hora antes da infusão. Após 40 min da transfusão e 20 min em cefalodeclive para acesso cirúrgico, evoluiu com dessaturação e edema periorbitário bilateral. Iniciado ventilação sob máscara facial, seguida por indução anestésica com fentanil 200mcg, propofol 120 mg e rocurônio 50 mg e intubação orotraqueal (IOT) para proteção de via aérea (VA) Feito adrenalina 10mcg IV e hidrocortisona 200 mg IV e posicionado em cefaloactive. O procedimento seguiu sem intercorrências. Paciente encaminhado ao CTI intubado. Discussão: O uso de hemocomponentes durante a cirurgia é um procedimento comum, sendo necessário que o anestesista esteja apto a identificar e tratar quaisquer sinais de RT. O paciente em questão evoluiu inicialmente com edema palpebral e dessaturação após receber 6 unidades de CP e apresentava como fator de confundimento uma SVCS que poderia acarretar as mesmas manifestações devido ao posicionamento do paciente em cefalodeclive. No entanto, com o histórico de RT e o risco potencial dessa condição, a hipótese de reação alérgica foi considerada e imediatamente tratada com a implementação de via aérea invasiva e administração de adrenalina IV. Após IOT manutenção com sevoflurano e cefaloactive o paciente manteve estabilidade hemodinâmica e diminuição gradual do edema de face, não sendo necessário doses adicionais de adrenalina. Assim, afirmamos a importância do diagnóstico precoce de RT e do início rápido do tratamento para prevenir desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Reação transfusional, dessaturação, síndrome da veia cava superior.

REFERÊNCIAS

1. Soares JM, Queiroz AGV, Queiroz VKP, et al. Conhecimento dos anestesiológicos sobre transfusão de concentrado de hemácias em pacientes cirúrgicos. Rev Bras Anesthesiol. 2017;67(6):584-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2016.09.011>.
2. Bonequini P Jr. Elaboração do manual de transfusão sanguínea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-HCFMB para médicos [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2017.

886 ANESTESIA PARA MEDIDA DA PRESSÃO INTRACRANIANA NÃO INVASIVA EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM SÍNDROME DE APERT: RELATO DE CASO

ANDRE FERRO SCHWARZ, LUCIANO BRANDÃO MACHADO, MICHELE MADEIRA BRANDAO, TALES SHINJI SAWAKUCHI MINEI, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - HRAC/USP - BAURU, BAURU, SP, BRASIL

Introdução: A síndrome de Apert é caracterizada pela presença de alterações craniofaciais. Com destaque para a craniossinostose, fator determinante para ocorrência de hipertensão intracraniana. O indivíduo do presente estudo foi submetido à cirurgia de osteotomia craniofacial complexa e para o planejamento pré-operatório foi necessário a avaliação da pressão intracraniana (PIC). Foi realizada então a medida da pressão intracraniana de forma não invasiva (PICN), utilizando o equipamento Brain4Care®, sob anestesia geral. **Relato do caso:** Indivíduo do sexo masculino, 7 anos, portador de síndrome de Apert com craniossinostose. Sem uso de medicações de uso contínuo. Para a medida da PICN, não foi administrada medicação pré-anestésica e a escolha foi por anestesia inalatória. O indivíduo foi posicionado em decubito dorsal, monitorizado e induzido com mistura de oxigênio, óxido nitroso e sevoflurano. Logo após plano de consciência adequado foi introduzida a máscara laríngea numero 2.5, mantendo ventilação espontânea. O sevoflurano foi então reduzido para 0,9% (0,5CAM), óxido nitroso descontinuado mantendo-se mistura diluente de ar e oxigênio. O Brain4Care® foi então instalado junto à cinta elástica em torno do crânio do paciente, atravessando as regiões cranianas frontal e parieto-temporal. Após finalizar a medida, foi trocada máscara laríngea por tubo endotraqueal, descontinuada anestesia inalatória e iniciada anestesia venosa total para a cirurgia. A aferição da PICN se mostra por um gráfico com 3 picos. O pico P1 reflete a pressão arterial transmitida pelo plexo coroide nos ventrículos laterais, o pico P2 varia conforme a complacência cerebral e o pico P3 corresponde ao fechamento da válvula aórtica. Se $P2 > P1$ e $P2/P1 > 1,2$ o gráfico sugere aumento da pressão intracraniana. Por fim, os resultados da medida neste caso foram sugestivos do quadro de aumento da PIC. **Discussão:** A medida da PICN vem sendo descrita como método útil na avaliação da dinâmica da PIC(1). O princípio se baseia na complacência craniana. Durante o período perioperatório, a utilização de certos tipos de técnicas anestésicas pode alterar a fisiologia de perfusão cerebral e alterar a leitura da PICN, por isso optou-se por anestésico inalatório sevoflurano em 0,5CAM apenas. É preferível a manutenção da ventilação espontânea para não ocorrer aumento da PIC(2). Desse modo, a técnica anestésica utilizada foi eficaz para aferição da PICN, não causando alterações que pudessem distorcer seu real valor.

Palavras-chave: Hipertensão intracraniana, síndrome de Apert, neuroanestesia.

REFERÊNCIAS

1. Vilela GH, Cabella B, Mascarenhas S, et al. Validation of a new minimally invasive intracranial pressure monitoring method by direct comparison with an invasive technique. Acta Neurochir Suppl. 2016;122:97-100. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-22533-3_19. PMID:27165885.
2. Saba GT, Quintão VC, Zeferino SP, et al. Noninvasive intracranial pressure real-time waveform analysis monitor during prostatectomy robotic surgery and Trendelenburg position: case report. Braz J Anesthesiol. 2021;71(6):656-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2021.09.003>. PMID:34606786.

887 **ULTRASSONOGRAFIA GÁSTRICA PERIOPERATÓRIA EM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE): RELATO DE CASO**

GABRIELA DO COUTO PEREIRA, CAROLINE BRITO NOVAES, LUIZ RENATO SANTOS CRUZ FONTEL DE OLIVEIRA

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: A broncoaspiração gástrica representa 20% dos casos de mortalidade anestésica e seu principal fator de risco são pacientes com estômago cheio. A ultrassonografia (USG) gástrica é uma ferramenta prática para essa análise, sendo indicada na incerteza clínica alta probabilidade pré-teste de estômago cheio como pacientes com informações incertas, comorbidades ou condições que podem prolongar o esvaziamento gástrico, ausência de jejum ou paciente em terapia com opióides. **Relato do caso:** CDO, 77 anos, IMC 23, lúcida e orientada, em pré-operatório de hiatoplastia eletiva VLP por DRGE. Hipertensa, sem outras comorbidades ou alergias. Exames pré-operatórios sem alterações dignas de nota. Afirmou ter realizado jejum para líquidos e sólidos de 10 horas. Aventura possibilidade de resíduo gástrico aumentado por ser portadora de DRGE, sendo procedido USG beira-leito de região antral e visualizado imagem compatível com antro distendido e conteúdo ecogênico. Optado por indução de anestesia geral em sequência rápida, sem intercorrências. Após indução, passagem sonda de Fouchet e aspirado conteúdo gástrico de 100mL. Cirurgia seguiu sob anestesia geral balanceada, extubação realizada sem intercorrências sem intercorrências. **Discussão:** Como visto no caso descrito, a paciente apresentava pela USG imagem correspondente ao estômago após a ingestão de sólidos em fase tardia. A USG gástrica é uma ferramenta prática, de rápida aplicação, sem prejuízos ao paciente, que pode ser feita em pacientes com fatores de risco para guiar o manejo anestésico e reduzir a incidência de complicações, embasando as condutas tomadas. Apesar de o último guideline da ASA orientar o jejum conforme tempo e tipo de ingestão, há espaço para individualização da abreviação ou prolongamento de jejum, além de guiar condutas anestésicas e proporcionar melhor desfecho para o paciente.

Palavras-chave: USG gástrico, doença de refluxo gastroesofágico, broncoaspiração.

REFERÊNCIAS

1. Pires OC, Firmo GO, Caldeira FMSLA et al. Complicações respiratórias. In: Cangiani LM, Carmona MJC, Ferez D, et al., editores. Tratado de anesthesiologia. 9ª ed. São Paulo: Editora dos Editores Eireli; 2021. p. 4291-7.
2. Perlas A, Arzola C, van de Putte P. Point-of-care gastric ultrasound and aspiration risk assessment: a narrative review. Can J Anaesth. 2018;65(4):437-48. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-017-1031-9>. PMID:29230709.

888 INTOXICAÇÃO POR ANESTÉSICOS LOCAIS EM HOSPITAL REGIONAL DO DISTRITO FEDERAL

EDGARD ALBERNAZ XAVIER, AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, LAURA DE LIMA CRIVELLARO, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS, NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS

CET H.DE BASE DISTRITO FEDERAL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Os anestésicos locais podem ser administrados na forma parenteral, no neuroeixo ou ainda em bloqueios periféricos com doses máximas pré-estabelecidas, visando mitigar o risco de intoxicação. Quando a dose tóxica é ultrapassada pode ocorrer um desequilíbrio orgânico com sintomas neurológicos ou ainda cardiovasculares. Podem ocorrer alterações gustativas, tontura e parestesia; e as condutas cabíveis devem ser tomadas precocemente. A terapêutica visa manter a patência da via aérea inicialmente. Quando o quadro de é revertido, o paciente deve permanecer em observação por no mínimo 12 horas.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 46 anos, com miomatose uterina associada a adenomiose e endometriose profunda com proposta de histerectomia vaginal sob anestesia geral balanceada associada a raquianalgesia. Paciente posicionada na posição sentada com punção em nível L3-L4, com agulha tipo Quincke 25 e injeção de bupivacaína hiperbárica 10 mg associada a morfina 80mcg. Em seguida, indução endovenosa com lidocaína 60 mg, fentanil 150mcg, propofol 150 mg e rocurônio 50 mg. IOT sob laringoscopia direta, introduzido TOT 7,0 com cuff. Foi realizado bloqueio periférico guiado por USG, com ropivacaína 0,3% em reto abdominal com 10mL em cada lado e "TAP block" bilateral com 20mL, para fins acadêmicos. Paciente normoglicêmica permaneceu pouco responsiva apesar de descurarização e completa eliminação do sevoflurano. Foi administrado flumazenil 0,2 mg e paciente apresentou movimentos tônico-clônicos de membros superiores e sialorreia sendo feito propofol 100 mg e naloxone 0,2 mg com interrupção da convulsão. Em 03 minutos, paciente apresentou outra convulsão com estabilidade dos sinais vitais durante os episódios com realização de fenitoína 1 g e 100mL de emulsão lipídica. Extubação da paciente realizada quando BIS maior que 90. Paciente encaminhada à SRPA, sem queixas álgicas. **Discussão:** A toxicidade sistêmica dos ALs vem sendo reduzida com o uso de métodos como a ultrassonografia para realização de bloqueios periféricos, mas mesmo assim não configura uma técnica isenta de riscos. A introdução de emulsões lipídicas melhorou a reversão de intoxicações anestésicas com rápida retomada da estabilidade hemodinâmica, além disso o seu uso não deve mais se restringir a uma tentativa de reanimação sem sucesso e sim precocemente. A profilaxia continua sendo a melhor conduta, assim, a vigilância é necessária na realização de procedimentos com potencial de toxicidade sistêmica.

Palavras-chave: Intoxicação, anestésico local, anestesia.

REFERÊNCIAS

1. Liu SS, Hodgson PS. Anestésicos locais. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editores. Anestesia clínica. 4ª ed. Barueri: Amaral RVG; 2004. p. 449-69.
2. Liu PL, Feldman HS, Giasi R, Patterson MK, Covino BG. Comparative CNS toxicity of lidocaine, etidocaine, bupivacaine and tetracaine in awake dogs following rapid intravenous administration. *Anesth Analg.* 1983;62(4):375-9. <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-198304000-00001>. PMID:6829942.
3. Brown DL. Local anesthetic toxicity. In: Finucane BT, editor. *Complications of regional anesthesia.* 2nd ed. New York: Springer; 2007. p. 61-73. http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-68904-3_4.

889 BLOQUEIO DE NERVO FEMORAL COM CATETER CONTÍNUO EM PUÉRPERA COM SARCOMA SINOVIAL EM REGIÃO PROXIMAL DA COXA

AMANDA GOMES BARROS, BEATRIZ LEMOS DA SILVA MANDIM, PAULO RICARDO RABELLO DE MACEDO COSTA, RENATA CRISTINA ALVES DE FREITAS PAULA, ROBERTO ARAÚJO RUZI

CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO EM ANESTESIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, MG, BRASIL, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O sarcoma sinovial é uma condição rara, mais raro ainda seu diagnóstico na gestação. Acomete principalmente crianças mais velhas e adultos jovens, com pico de incidência na terceira década de vida, principalmente em região proximal de extremidades, porém pode acontecer em qualquer parte do corpo. **Relato do caso:** JAFS, 39 anos, G3P1A1, 37 semanas, notou progressivo aparecimento de varizes associado a dor nos membros inferiores que piorava com o exercício, inicialmente tratado como trombose venosa profunda. Com a evolução da gestação suspeitou-se de tumor, com diagnóstico de sarcoma sinovial após biópsia. Ao exame físico foi observada massa volumosa na coxa direita, limitando a movimentação, além de dor intensa. Indicada interrupção da gestação para iniciar tratamento oncológico. Realizada raquianestesia lombar para cesárea e inserção de cateter perineural em nervo femoral direito após a cirurgia, guiado por ultrassom, com técnica asséptica, sendo realizada injeção de Ropivacaína 0,5% 20ml em bolus e mantida em bomba de infusão contínua com ropivacaína a 0,2% a 6ml/h, por 24 horas, além da otimização da analgesia oral. Houve melhora da dor e da movimentação do membro, optou-se então por desligar a bomba, e manutenção do cateter. Após 48 horas de observação, não foram necessários novos repiques. O cateter foi retirado íntegro e sem intercorrências. Paciente recebeu alta sem queixas algicas, retornando ambulatorialmente para seguimento oncológico. **Discussão:** A inserção do cateter proporcionou mais conforto para a paciente e melhorou a dor na região do sarcoma. O uso de bloqueios periféricos foi associado à diminuição da dor pós-operatória, menor uso de opioides, melhor sono e amplitude de movimento. Dados mostram que os bloqueios com cateter de curta permanência reduzem a incidência e gravidade da dor pós-operatória, além de tratar a dor oncológica. O resultado foi satisfatório e a paciente conseguiu cuidar de seu recém-nascido, tendo ainda amplitude de movimento e alta sem queixas algicas.

Palavras-chave: Bloqueio de nervo femoral, cateter contínuo, sarcoma sinovial.

REFERÊNCIAS

1. Akhanoba F, Zill-E-Huma R, Pollock R, Edwards SJE. Synovial sarcoma in an HIV-positive pregnant woman and review of literature. *BMJ Case Rep.* 2019;12(1):e227646. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-227646>. PMID:30700464.
2. Ilfeld BM. Continuous peripheral nerve blocks: an update of the published evidence and comparison with novel, alternative analgesic modalities. *Anesth Analg.* 2017;124(1):308-35. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000001581>. PMID:27749354.

890 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM JOVEM PORTADORA DE MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR SUBMETIDA À BIÓPSIA DIAGNÓSTICA

VICTOR HENRIQUE BERNARDES, ALBERTO VIEIRA PANTOJA, ELOÁ MASCARENHAS SOFFRITTI, MARCO ANTÔNIO CARDOSO DE RESENDE, ROGÉRIO PESSANHA FÁDEL

CET PROF. SILVIO RAMOS LINS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL

Introdução: O linfoma difuso de células B (LDCB) é uma patologia agressiva que responde por 25-30% das neoplasias linfáticas. O manejo da massa mediastinal anterior (MMA) representa um desafio em razão do risco de obstrução das vias aéreas e/ou colapso cardiovascular por efeito compressivo, da diminuição da capacidade residual funcional associada ao decúbito supino e da anestesia geral. O edema pulmonar de reexpansão (EPR) resulta do aumento da permeabilidade capilar e da lesão mecânica gerada pela expansão da membrana alvéolo-capilar. Relatamos o caso de uma paciente com MMA que evoluiu com EPR durante biópsia diagnóstica. **Relato de caso:** Paciente feminina, 26 anos, iniciou quadro de dispneia progressiva e edema de membros superiores há 4 meses. Imagem evidenciou MMA invadindo pescoço e vasos da base e derrame pleural, sugestivos de doença linfoproliferativa. Foi agendada para biópsia e drenagem pleural esquerda. Realizada sedação com dexmedetomidina 0,5 µ/kg/h e remifentanil 0,1 µ/kg/min em acesso de membro inferior, anestesia local com lidocaína em região cervical baixa e drenagem pleural com saída de 900 mL de líquido. Após drenagem de mais 550 mL, evoluiu com dessaturação (SpO₂ 78%) e foi aventada a hipótese de EPR. Foi realizada ventilação não invasiva evoluindo para intubação traqueal com manutenção de *drive* espontâneo. Conduzida à UTI em prótese e extubada com 24 h. Histopatológico confirmou LDCB e iniciou-se quimioterapia com R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona). **Discussão:** A manifestação clínica do LDCB é uma massa de crescimento rápido que leva a sintomas compressivos, como síndrome de veia cava superior (SVCS) e derrame pleural ou pericárdico. O padrão-ouro para o tratamento é a quimioterapia com R-CHOP. A anestesia geral com relaxamento muscular em pacientes com MMA gera diminuição do tônus nos músculos de sustentação da parede torácica e vias aéreas supraglóticas e diminui o gradiente de pressão transpleural, que distende as vias aéreas intratorácicas e previne o colapso. São pacientes de alto risco aqueles com ortopnéia, SVCS, derrame pericárdico ou sinais radiológicos como compressão traqueal (CT) >50% ou CT e brônquica associadas. Para prevenir o EPR, deve-se evitar pressões pleurais negativas extremas e limitar a quantidade de retirada de líquido pleural. É fundamental que se realize avaliação pré-operatória e planejamento anestésico adequados e estratificação de risco de colapso respiratório e/ou hemodinâmico nos portadores de MMA.

Palavras-chave: Insuficiência respiratória, massa mediastinal anterior, manejo anestésico.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Mugnaini EN, Ghosh N. Lymphoma. Prim Care. 2016;43(4):661-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2016.07.012>. PMID:27866584.
2. Jiang M, Bennani NN, Feldman AL. Lymphoma classification update: b-cell non-Hodgkin lymphomas. Expert Rev Hematol. 2017;10(5):405-15. <http://dx.doi.org/10.1080/17474086.2017.1318053>. PMID:28395545.
3. Catalán Escudero P, Uriarte Valiente M, Morató Robert P, Souto Romero H, Olavi IP, Martínez García E. Anesthetic management during anterior mediastinal mass resection in a pediatric patient. A case report. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2020;67(1):39-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redare.2019.09.003>. PMID:31776014.

891 PARTO CIRÚRGICO EM PORTADORA DE SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: RELATO DE CASO

MATHEUS DE OLIVEIRA MACHADO, CELSO EDAUARDO REZENDE BORGES, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, FERNANDO CÁSSIO DO PRADO SILVA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária, também conhecida como síndrome de Rendu-Osler-Weber, é uma doença autossômica dominante caracterizada por malformações arteriovenosas nasais, gastrointestinais, neurológicas e pulmonares e por sangramentos frequentes, principalmente por epistaxe. A técnica anestésica escolhida para a resolução do parto, nesses casos, deve considerar os riscos da anestesia geral e neuroaxial em uma paciente obstétrica com risco de sangramento em neuroeixo e abordagem de via aérea e sangramento pulmonar associado à ventilação mecânica. **Relato de caso:** N. F. G. M., 34 anos, secundigesta com parto cesariano prévio, gestação a termo, portadora de síndrome de Rendu-Osler-Weber, com cardiomiopatia restritiva classe funcional II, anemia crônica e hipertensão pulmonar, ASA P3, sem uso de medicações contínuas, submetida a resolução da gestação cirurgicamente. O ecocardiograma mostrou aumento biatrial importante, disfunção diastólica moderada, refluxo mitral moderado e tricúspide leve, fração de ejeção de 60% e hipertensão pulmonar com PSAP de 50 mmHg. Foi submetida a cesariana com bloqueio de neuroeixo com morfina 60 mcg e bupivacaína hiperbárica 10 mg no espaço L3-L4, com agulha Quincke 27 g em punção dural única. A cesariana durou 40 min e não houve intercorrências intra- ou pós-operatórias. **Discussão:** Neste relato de caso, a paciente apresentava anemia crônica grave e sinais de hipertensão pulmonar e cardiomiopatia. Na anestesia para cesariana na gestante de alto risco, tanto o bloqueio combinado, como a anestesia peridural contínua, com indução lenta em bólus, são técnicas seguras. A anestesia geral deve ser reservada para pacientes graves com classe funcional IV, hipertensão pulmonar grave, coarctação da aorta, e estenose aórtica e mitral grave. Apesar do risco de má-formações arteriovenosas no sistema nervoso central, o bloqueio de neuroeixo não é contraindicado nesses pacientes e permitiu realizar o procedimento cirúrgico sem qualquer complicação associada à técnica. Deve-se atentar, nesses pacientes, para o manejo da via aérea, uma vez que telangiectasias nasais e orais podem precipitar sangramento volumoso durante sua manipulação.

Palavras-chave: Cesariana, Síndrome de Rendu-Osler-Weber, Anestesia neuroaxial.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Fuchizaki U, Miyamori H, Kitagawa S, Kaneko S, Kobayashi K. Hereditary haemorrhagic telangiectasia (Rendu-Osler-Weber Disease). Lancet. 2003;362(9394):1490-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14696-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14696-X). PMID:14602446.
2. Klein LL, Galan HL. Cardiac disease in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004;31(2):429-59, viii. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2004.03.001>. PMID:15200971.

892 EMBOLIZAÇÃO ENDOVASCULAR DE NEOPLASIA RENAL EM PORTADOR DE ALTA SUSPEIÇÃO DE HIPERTERMIA MALIGNA: RELATO DE CASO

MATHEUS DE OLIVEIRA MACHADO, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RODRIGO RODRIGUES ALVES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Anestesia em pacientes com histórico familiar de hipertermia maligna (HM) requer preparação adequada, haja vista a gravidade do quadro, muitas vezes fatal, e a necessidade de celeridade no início do tratamento caso o mesmo ocorra. O caso relatado evidencia um fenômeno observado durante o ato anestésico que foi confundidor para o diagnóstico de HM. **Relato de caso:** F. C. F., 28 anos, portador de neoplasia de células claras no rim direito, ASA P2, sem uso de medicações, deu entrada no pronto atendimento em razão de hematúria maciça seguida de anúria e bexigoma. Foi indicada embolização via endovascular da lesão renal. Paciente com histórico familiar: a mãe faleceu durante anestesia geral por HM. Realizada a preparação da sala cirúrgica segundo protocolo institucional para prevenção de hipertermia maligna. Submetido à anestesia geral sob indução e manutenção venosa com remifentanyl e propofol, bloqueio neuromuscular com rocurônio, monitorizado com pressão arterial invasiva, temperatura esofágica, cardioscopia, oximetria de pulso e capnometria. Após 20 min da indução anestésica, imediatamente após infusão do contraste iodado para a arteriografia seletiva da artéria renal direita, apresentou hiperemia cutânea difusa e taquicardia (FC >120 bpm), mas sem alterações de temperatura esofágica, capnometria, pressão arterial ou parâmetros gasométricos. O fenômeno cutâneo desapareceu 10 min após seu surgimento. Após 120 min do procedimento, o paciente foi despertado sem intercorrências. **Discussão:** A HM é uma síndrome genética hereditária, de caráter autossômico dominante, geralmente fatal, desencadeada após exposição a halogenados e succinilcolina. Como sinais mais precoces observam-se taquicardia e elevação da fração expirada de CO₂. Neste caso, a sala foi preparada de forma adequada e a anestesia foi conduzida com agentes não desencadeantes de HM. Apesar da taquicardia ter levantado a suspeita para o diagnóstico da condição, os outros parâmetros, como EtCO₂ e temperatura não se alteraram e o paciente não apresentou outros sinais de hipermetabolismo. Entretanto, a vigilância nesses casos é de fundamental importância para rápida identificação e tratamento específico.

Palavras-chave: Embolização endovascular, Hipertermia maligna.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Benca JF, Rockoff MA. Malignant hyperthermia. Adv Anesth. 1988;5:237-60.
2. Maligna H. Fernando Bueno Pereira Leitão e Thais Orrico de Brito Cançado. Rev Bras Anesthesiol. 1996;46(4):302-12.

893 **CONTROLE DE DOR PÓS-OPERATÓRIA COM PERIDURAL CONTINUA EM CIRURGIA DE CORREÇÃO DE PECTUS EXCAVATUM: RELATO DE CASO**

ANDRE GUIMARÃES DE PAULA, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, ISADORA JOTA MIRANDA, MATHEUS LEAO TAVARES COSTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA

CET HOSP.CLÍN.UNIV.F.DE GOIÁS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: Pectus excavatum é uma deformidade causada por depressão do esterno e das cartilagens costais inferiores. Geralmente presente ao nascimento, frequentemente acentuada na puberdade. A cirurgia por videotoroscopia é uma opção de tratamento; porém, a dor torácica intensa pós-operatória é uma de suas principais complicações. A analgesia peridural contínua é uma forma eficaz de controle da dor pós-operatória. **Relato de caso:** Paciente feminina, 16 anos, 45 kg, portadora de retração de osso esterno, caracterizando pectus excavatum, sem outras comorbidades. Foi submetida a cirurgia para correção do defeito com anestesia geral e peridural torácica. Realizada pré-medicação com midazolam 3 mg e cetamina 25 mg. Logo após, realizada peridural sob técnica asséptica entre T8-T9, com agulha de Tuohy 18 G e técnica de Dogliotti. Foram administrados 15 mL de Ropivacaína 0,5% e, após introdução do cateter, mais 5 mL da mesma solução. A indução anestésica foi realizada com propofol 150 mg, sufentanil 25 mcg, cisatracúrio 8 mg e manutenção inalatória. Durante todo o ato cirúrgico, a paciente se manteve estável hemodinamicamente, praticamente sem alterações dos parâmetros basais. Após a cirurgia, foi realizada a tunelização do cateter e optou-se por mantê-lo por alguns dias para realização de analgesia pós-operatória. A analgesia foi realizada via bomba de infusão contínua no cateter, com uma solução de ropivacaína 0,3% + sufentanil 0,4 mcg/mL a uma taxa inicial de 5 mL/h. Durante o 1º PO, a paciente referiu dor de intensidade 0/10. Nos dias subsequentes, foram realizadas duas visitas diárias para avaliar a intensidade da dor. Foi-se reduzindo gradativamente a taxa de infusão no cateter de peridural e, ao final do 4º PO, o cateter foi retirado com a paciente referindo dor leve, de intensidade 2/10. **Discussão:** Pectus excavatum é uma deformidade causada por depressão do esterno e das cartilagens costais inferiores. A cirurgia por videotoroscopia é uma opção de tratamento; porém, a dor torácica intensa pós-operatória é uma de suas principais complicações. A analgesia peridural contínua é uma forma eficaz de controle da dor, não apenas com o paciente em repouso, mas também durante movimento e tosse. A analgesia peridural associada a anestésicos locais e opioides é mais eficaz do que o uso de opioides isolados. No período pós-operatório, essas características permitem uma recuperação mais rápida do paciente, com menor tempo de internação e menos efeitos colaterais

Palavras-chave: Peridural Contínua, Pectus excavatum, Dor.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Coelho MS, TCBC-PR, Guimarães PSF, ACBC-PR. Pectus Excavatum: Abordagem Terapêutica. Rev Col Bras Cir. 34(6):412-27. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600011>.
2. Duarte LLD, FERNANDES MCCB, FERNANDES MJ, SARAIVA RA. Analgesia peridural contínua: análise da eficácia, efeitos adversos e fatores de risco para ocorrência de complicações. Rev Bras Anesthesiol. 54(3):371-90.

897 MANEJO ANESTESIOLÓGICO EM PACIENTE COM SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT: RELATO DE CASO

FRANCINE LEMOS FREITAS FONTOURA, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, FERNANDA ISAURA ESTEVES FANTINI MADEIRA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A síndrome de Cri-Du-Chat (“miado do gato”) é uma condição genética ligada ao cromossomo 5p com incidência de 1 em 15-50 mil nascidos vivos. A maioria evolui a óbito na infância. O choro típico, que dá o nome à doença, é decorrente de laringomalácia e outras alterações de vias aéreas superiores. Há ainda microcefalia, alterações faciais, hipotonia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, micrognatismo, pescoço curto, macroglossia e infecções respiratórias de repetição. Anormalidades cardiovasculares podem estar presentes. **Relato de caso:** Criança de 5 anos, portadora de síndrome de Cri-Du-Chat, admitida para correção eletiva de estrabismo. Apresentava alterações dismórficas de face, retrognatia e macroglossia, Mallampati 1, além de comunicação interatrial do tipo ostium secundum ao ecocardiograma. Realizada indução inalatória seguida de venóclise e infusão de anestésicos venosos. Ventilável por máscara com Baraka. Laringoscopia direta com classificação de Cormack-Lehane 2a. Tentativas malsucedidas de intubação orotraqueal (IOT) com tubos 4,5; 4; 3,5 e 3 sem balão, em razão da estenose subglótica. A cirurgia foi suspensa e remarcada para 7 dias depois, tendo sido realizada sob anestesia geral com máscara laríngea, sem tentativa de IOT e sem demais intercorrências. Dez meses depois, a criança foi admitida em serviço de urgência para retirada endoscópica de corpo estranho sob anestesia geral. Em sala encontravam-se tubos de 3,5 a 5,5 com e sem balão, *bougie* pediátrico, máscara laríngea nº. 2 e videolaringoscópio. IOT bem-sucedida sob laringoscopia direta com tubo 4 sem balão. Houve melhora significativa da estenose subglótica. Extubado em sala e encaminhado à sala de recuperação em boas condições clínicas. **Discussão:** A morbimortalidade na síndrome de Cri-Du-Chat é significativamente maior nos primeiros anos. O diagnóstico precoce é o principal fator para melhora do prognóstico, já que permite a realização de intervenções terapêuticas desde o início da vida, inclusive cirúrgicas. Destaca-se ainda a presença de alterações anatômicas e fisiológicas que aumentam o risco de intubação difícil, além das anormalidades cardiovasculares e neuromusculares que podem culminar em complicações variadas. Todos esses fatores tornam a síndrome um importante objeto de estudo para a anestesiologia, de forma a permitir melhor escolha da técnica anestésica e disponibilizar antecipadamente planos de resgate em caso de intercorrências.

Palavras-chave: Cri-Du-Chat.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Santos K, Rezende DC, Borges ZDO. Manejo anestésico de paciente com Síndrome de Cri Du Chat (Miado do Gato). Relato de Caso. Rev Bras Anestesiologia. 2010;60(6):630-3,350-1. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600009>. PMID:21146059.
2. Guala A, Spunton M, Mainardi PC, Emmig U, Acucella G, Danesino C. Anesthesia in Cri du Chat syndrome: information on 51 Italian patients. Am J Med Genet A. 2015;167A(5):1168-70. <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.a.36992>. PMID:25820652.

898 ANESTESIA GERAL VENOSA TOTAL SEM BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR EM ADOLESCENTE PORTADORA DE DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I: RELATO DE CASO

MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, CATIA SOUSA GOVÊIA, EDUARDO SIMIONI BLUMENTHAL DE MORAES, MARÍLIA MOREIRA SALES, PAULO SERGIO ZAPPALÁ ZERBINI BORGES

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A distrofia miotônica tipo I (DM1) ou doença de Steinert é caracterizada por miotonia e lesões orgânicas múltiplas, incluindo cardiomiopatias e disfunção respiratória. O manejo anestésico é desafiador, pois requer planejamento minucioso a fim de garantir segurança ao paciente. Este estudo trata de uma portadora de DM1 submetida a sinusectomia sob anestesia geral sem uso de bloqueador neuromuscular, com indução em sequência rápida. **Relato do caso:** Mulher, 16 anos, 63 kg, IMC: 24 kg/m², portadora de DM1 e dislipidemia, com ptose bilateral e déficit cognitivo. Ecocardiograma transtorácico e ECG sem alterações. Mallampati 3, capacidade funcional >4 METS, estado físico III da ASA e NYHA 1. Para a sinusectomia bilateral sob anestesia geral, a monitorização incluiu monitor de consciência e nocicepção. Realizada pré-oxigenação, administração de midazolam 2 mg, seguida de indução venosa em sequência rápida sem uso de bloqueador neuromuscular, com fentanil 100 mcg, lidocaína 60 mg, remifentanil em BIC 3 mcg/kg/min e propofol infusão alvo-controlada a 4 mcg/mL, com IOT sob laringoscopia direta. Realizada manutenção com remifentanil e propofol em infusão contínua. O procedimento teve duração de 5 h e a paciente manteve estabilidade hemodinâmica. Extubada em sala, sem intercorrências. Encaminhada à SRPA. **Discussão:** Evita-se o uso de succinilcolina em portadores de DM1 em razão da associação com contração muscular difusa, trismo e laringoespasma.² A literatura sugere evitar o uso de neostigmina por causa da sensibilidade aumentada à acetilcolina no músculo miotônico. Benzodiazepínicos e opioides de ação prolongada estão relacionados a complicações pulmonares como insuficiência respiratória e pneumonias aspirativas. O remifentanil e o propofol são boas opções por apresentarem pouco efeito residual. Além disso, a intubação em sequência rápida com remifentanil em dose alta associado ao propofol é uma alternativa ao rocurônio, na indisponibilidade do sugamadex. Assim como outras doenças osteomusculares, a DM1 está relacionada à hipertermia maligna, sendo sugerido evitar agentes desencadeantes. Dessa forma, conclui-se que a anestesia geral pode ser realizada de forma segura nesses pacientes. A intubação em sequência rápida sem bloqueador neuromuscular é uma opção viável. Medicamentos com meia-vida curta são importantes para garantir a segurança na extubação e evitar complicações no pós-operatório.

Palavras-chave: Doença de Steinert, distrofia muscular, sinusectomia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Udd B, Krahe R. The myotonic dystrophies: molecular, clinical, and therapeutic challenges. *Lancet Neurol.* 2012;11(10):891-905. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70204-1). PMID:22995693.
2. Schieren M, Defosse J, Böhmer A, Wappler F, Gerbershagen MU. Anaesthetic management of patients with myopathies. *Eur J Anaesthesiol.* 2017;34(10):641-9. <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0000000000000672>. PMID:28719515.

900 ANESTESIA PARA HERNIOPLASTIA INGUINAL EM PORTADOR DE SÍNDROME DE BARTTER: RELATO DE CASO

FERNANDA BETELLE BRETAS ALVES, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, MARCELO BORGES FIGUEIRA DA MOTA, MATHEUS LEAO TAVARES COSTA

CET HOSP.CLÍN.UNIV.F.DE GOIÁS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: A síndrome de Bartter é uma condição marcada pela perda renal de potássio, alcalose metabólica e hipercalcúria associadas à espoliação de sódio, acarretando hipovolemia e hiperaldosteronismo secundário. Trata-se de um desafiador manejo anestésico, tendo em vista sua associação com instabilidade hemodinâmica, distúrbios eletrolíticos-acidobásicos e disfunção renal. **Relato de caso:** Paciente masculino, 39 anos, portador de hipocalemia grave (K 2,8 mmol/L), diagnosticado com síndrome de Bartter. Em uso de indometacina 50 mg/dia e espironolactona 100 mg/dia, realizando reposição de KCl via oral e endovenosa. Sem alteração em demais exames laboratoriais. Não portador de outras morbidades e sem alterações em exame físico, exceto hérnia inguinal à direita. Após correção de hipocalemia, o paciente foi submetido a correção cirúrgica de hérnia, sendo realizada sedação e anestesia locorregional. Para a sedação, foi utilizada infusão em bólus de fentanil 100 mcg e infusão de propofol alvo-controlada a 1,5 ng/mL. Realizada infiltração de 10 mL de ropivacaína a 0,5% em região de inguilotomia à direita. Ato cirúrgico e pós-operatório sem intercorrências. Paciente recebeu alta no mesmo dia. **Discussão:** Considerações na técnica anestésica nos portadores de síndrome de Bartter devem visar suas alterações fisiopatológicas e bioquímicas, sem desconsiderar as necessidades individuais. Para o paciente em questão, buscou-se a manutenção da estabilidade hemodinâmica, uma vez que estes doentes, embora normotensos, apresentam tendência à desidratação e, por apresentarem níveis basais elevados de renina e angiotensina, podem não ter resposta de vasoconstrição adequada à angiotensina. Vale ressaltar que tais pacientes apresentam resposta habitual ao uso de vasopressores, desde que o volume intravascular esteja adequado. Na sedação, buscou-se reduzir a quantidade de anestésicos intravenosos, que podem causar hipotensão se o paciente estiver hipovolêmico, assim como evitar a anestesia do neuroeixo. Optou-se pelo uso de anestesia locorregional, já respaldado em literatura para reparo de hérnia inguinal. Essa técnica possibilita menor tempo de internação, menor custo, mínimas alterações sistêmicas e dor perioperatória não significativa, sendo alternativa válida para o caso em questão. Por fim, é importante frisar que, embora o manejo destes pacientes exija atenção à fisiopatologia da doença, ele deve sempre ser individualizado de acordo com o procedimento cirúrgico e a condição clínica do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Batter, Hernioplastia inguinal, Anestesia locorregional.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Nooh N, Abdullah W, Sheta S. Anesthetic management of a patient with Bartter's syndrome undergoing bilateral sagittal split osteotomy. Saudi J Anaesth. 2012;6(4):419-22. <http://dx.doi.org/10.4103/1658-354X.105895>. PMID:23493184.
2. Pereira JCR, Trugilho JCV, Eulálio JMR, Jamel N. Avaliação do tratamento da hérnia inguinal sob anestesia local e sedação em 1560 pacientes. Rev Col Bras Cir. 2006;33(6):375-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912006000600009>.

901 SEDAÇÃO PARA COLONOSCOPIA NO CENTRO CIRÚRGICO EM PACIENTE IDOSO COM ALTO RISCO CARDIOVASCULAR: RELATO DE CASO

MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, LEONARDO QUEIROZ PARRA, LUÍS CLÁUDIO DE ARAÚJO LADEIRA, RAIANE SOARES DE OLIVEIRA, SÂMEA VERÔNICA TARGINO DE ARAÚJO

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Atualmente, a sedação para colonoscopia é realizada em regime ambulatorial. Entretanto, pacientes com alto risco de complicações não são candidatos adequados para o consultório. Este relato de caso aborda um paciente de alto risco cardiovascular submetido a colonoscopia diagnóstica.

Relato de caso: Homem, 60 anos, IMC: 24 kg/m². Apresentou choque hipovolêmico com necessidade de 3 hemotransfusões, possui IRA (KDIGO 3), insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (33%) e doença arterial coronariana grave. Passado de cirurgia de revascularização e troca valvar há 1 ano, FA crônica, hipertensão pulmonar, HAS, DLP, tromboembolismo pulmonar em 2021, história de acidente isquêmico transitório (AIT) no mesmo ano, hipotireoidismo, ex-tabagista. Estado físico III da ASA, RCRI (Lee) IV. Encaminhado para investigação de enterorragia sob colonoscopia em centro cirúrgico com suporte da anestesiologia, preparo intestinal com manitol. Instalada monitorização padrão e PAI, cateter nasal com O₂. Realizada sedação com midazolam 3 mg, fentanil 100 mcg e propofol infusão alvo-controlada a 0,5 mcg.mL⁻¹. O procedimento teve duração de 30 min e o paciente manteve estabilidade hemodinâmica. Encaminhado à UTI. **Discussão:** A colonoscopia é um exame diagnóstico e terapêutico de baixo risco, mas não está isenta de efeitos colaterais. As complicações envolvem desde o preparo do cólon, a sedação e potencial de complicações relacionadas à insuflação do ar, tração e estímulo doloroso. Aqueles que serão submetidos a procedimentos eletivos devem ter avaliação de risco de complicações cardiovasculares no perioperatório e, se necessário, avaliação cardiológica complementar. O propofol é um medicamento utilizado para sedação, mas apresenta efeito cardiodepressor. A anestesia alvo-controlada permite a manutenção de concentrações constantes no plasma e no sítio efetor, gerando estabilidade e evitando superdosagem em pacientes com alto risco cardiovascular. O manitol provoca diarreia catártica, levando a hipovolemia e distúrbio eletrolítico. A avaliação contínua da pressão arterial permite a identificação rápida das variações dos níveis pressóricos. Além disso, o manejo da dor e da temperatura reduzem a atividade simpática e o consumo de oxigênio. Conclui-se que a sedação pode ser realizada de forma segura em pacientes de alto risco cardiovascular. A analgesia e a sedação alvo-controlada são estratégias para pacientes com maiores chances de eventos adversos.

Palavras-chave: Sedação, Colonoscopia, Cardiopatia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Lee L, Saltzman JR. Overview of colonoscopy in adults. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colonoscopy-in-adults?search=complica%C3%A7%C3%B5es%20da%20colonoscopia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=d
2. Cohen LB, Delegge MH, Aisenberg J, et al. AGA Institute review of endoscopic sedation. *Gastroenterology*. 2007;133(2):675-701. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2007.06.002>. PMID:17681185.

903 RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM ESTENOSE MEDULAR PARA PROSTATECTOMIA ABERTA

LUMA AMORIM CARLOS, FERNANDA CARVALHO MACIEL, FERNANDO DE CARVALHO CORRÊA, GABRIELLE MAHEDA DE SOUZA LIRA, PATRICK AUGUSTO GAMA LIMA DE OLIVEIRA

HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Pacientes com patologia do canal espinhal, como estenose medular e doença do disco lombar, muitas vezes não são considerados candidatos ao bloqueio do neuroeixo em razão do risco de exacerbar ou desenvolver déficits neurológicos. No entanto, tal patologia é classificada como uma contraindicação relativa ao bloqueio de neuroeixo, uma vez que não podemos determinar se a maior incidência de lesão neurológica é secundária ao procedimento cirúrgico, à técnica anestésica, à história natural da patologia da coluna vertebral ou a uma combinação desses fatores. **Relato de caso:** Paciente masculino, 86 anos, eutrófico, portador de hipertensão, diabetes e DPOC, com histórico progresso de radioterapia cervical em decorrência de neoplasia de laringe, além de diagnóstico prévio de estenose medular. Durante o pré-operatório de prostatectomia transvesical aberta, foi realizada avaliação pré-anestésica. Paciente ASA III com múltiplos critérios de via aérea difícil. Ressonância magnética (MRI) da coluna recente mostrou hipertrofia de ligamento amarelo, estreitamento do canal medular em L3-L4 e herniação central discal de L4. Optou-se por raquianestesia via L1-L2, com agulha 25 G quincke em abordagem paramediana. Injetado 15 mg de bupivacaina hiperbárica, 60 mcg de clonidina e 60 mcg de morfina. Nível estabilizado em T6 para 100 min de procedimento sem intercorrências ou repercussões hemodinâmicas significativas. No pós-operatório imediato, foi realizada MRI de controle, que não revelou alterações significativas comparado ao método anterior. **Discussão:** A raquianestesia é uma técnica que garante anestesia e analgesia perioperatórias adequadas, além da possibilidade de não manipulação da via aérea. Pacientes com patologia preexistente do canal espinhal geralmente são taxados como impróprios ao bloqueio subaracnóideo. Contudo, um risco aumentado de complicações neurológicas não faz jus especificamente à abordagem anestésica ao neuroeixo. Atribui-se que os mecanismos de lesão sejam isquêmicos, traumas mecânicos, evolução natural da doença ou etiologia multifatorial. Portanto, não podemos excluir essa técnica anestésica mediante casos de estenose espinhal, mas sim, individualizar a abordagem do caso.

Palavras-chave: Estenose medular, Bloqueio do neuroeixo, Raquianestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Barash P, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan M, Stock MC, Ortega R. Clinical anesthesia. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. 1880 p.
2. Hebl JR, Horlocker TT, Kopp SL, Schroeder DR. Neuraxial blockade in patients with preexisting spinal stenosis, lumbar disk disease, or prior spine surgery: efficacy and neurologic complications. *Anesth Analg.* 2010 Dec;111(6):1511-9. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3181f71234>.
3. Sèze MP, Sztark F, Janvier G, Joseph PA. Severe and long-lasting complications of the nerve root and spinal cord after central neuraxial blockade. *Anesth Analg.* 2007;104(4):975-9. <http://dx.doi.org/10.1213/01.ane.0000253485.75797.e7>. PMID:17377116.

904 BLOQUEIO INTERESCALÊNICO CONTÍNUO COM CLONIDINA VIA BOMBA ELASTOMÉRICA: RELATO DE CASO

HENRIQUE PEREIRA CASTRO, HELGA BEZERRA GOMES DA SILVA, LUCIO CLÁUDIO DE SOUSA SANTOS, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A mobilidade e a alta precoce são pilares fundamentais na qualidade de recuperação dos pacientes submetidos a procedimentos ortopédicos. Poupa-se consumo de opioides com a realização de bloqueios neurais, especialmente em forma contínua para o pós-operatório. Este relato trata do papel da clonidina como adjuvante na composição da analgesia e seus benefícios. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 51 anos, sem comorbidades prévias, com diagnóstico de ruptura do supraespinhoso e proposta cirúrgica de correção e fixação de manguito. Paciente colaborativo, induzida anestesia geral venosa total e realizado bloqueio de plexo braquial sob técnica estéril guiado por ultrassonografia, instalado cateter flexível 18G X 50 mm em topografia interescalênica entre C5 e C6. Fixado com nylon. Administrados 30 mL de ropivacaína a 0,4% e clonidina 150 mcg. Ao término do procedimento, apresentou-se calmo e colaborativo, sem outras intercorrências. No momento da alta da SRPA, foi instalada bomba elastomérica com 250 mL de ropivacaína a 0,2% e clonidina 0,6 mcg/mL. Paciente apresentou bloqueio motor até cerca de 12 h após o término do procedimento e necessitou apenas de um resgate de morfina em 24 h. **Discussão:** O uso de adjuvantes em bloqueios neurais tem como objetivo melhorar a qualidade, diminuir a latência e prolongar a analgesia. Embora a clonidina seja amplamente usada, a sua farmacologia associada ao anestésico local no nervo periférico é pouco conhecida. Seu mecanismo de ação como adjuvante em bloqueios periféricos permanece incerto por conta da baixa densidade do receptor nessas regiões, sendo atribuído à modulação de canais de sódio, vasoconstrição local ou absorção sistêmica. A adição de clonidina em soluções com anestésicos locais de média a longa duração prolonga o bloqueio motor por cerca de 2 h. Além disso, a literatura não apresenta registros de efeitos colaterais como sedação e hipotensão quando clonidina é administrada em bloqueios periféricos. Dessa forma, ainda que haja relatos de alteração do tempo de latência do bloqueio e, portanto, diminuição da sua previsibilidade, a infusão contínua de clonidina se apresenta como alternativa segura e de baixo custo em bloqueios periféricos.

Palavras-chave: Interescalênico, Bomba elastomérica, Clonidina.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Pöpping DM, Elia N, Marret E, et al. Clonidine as an adjuvant to local anesthetics for peripheral nerve and plexus blocks: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesiology*. 2009;111(2):406-15. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181aae897>. PMID:19602964.

905 ANESTESIA GERAL EM GESTANTE CARDIOPATA EM USO DE MARCAPASSO COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA: RELATO DE CASO

MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, HENRIQUE PEREIRA CASTRO, LUCIO CLÁUDIO DE SOUSA SANTOS, MANOEL NETO PEREIRA SANTOS DE OLIVEIRA, RAUL SILVA QUIRINO

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A abordagem da gestante cardiopata requer atenção multidisciplinar, envolvendo obstetra, cardiologista e anesthesiologista. Este estudo trata de gestante com múltiplas comorbidades, em uso de marcapasso (MP), submetida a cesárea sob anestesia geral. **Relato de caso:** Grávida, IG 29 s +2d, 29 anos, IMC <18 kg/m², G2P1C1A0, portadora de miocardiopatia chagásica, FE de 34% em ECO TT, com MP resultante de BAVT, síndrome do anticorpo antifosfolípido, fibromialgia, lúpus eritematoso sistêmico e histórico de 6 AVEi com déficit motor. Em uso de metoprolol, hidroxycloquina, AAS, amiodarona e enoxaparina 40 mg (última dose há 3 h). Internada com descolamento prematuro de placenta, submetida a cesárea sob anestesia geral, com uso de bisturi frio por impossibilidade de realizar a reprogramação do MP. Monitorizada com PAI, recebeu indução com cetamina, etomidato e succinilcolina; IOT em sequência rápida. Manutenção com sevoflurano e remifentanil em BIC, sem repercussões hemodinâmicas. RN nasceu com baixo tônus, necessária IOT, APGAR 3/8, levado à UTIN. Administrados 750 mL de solução cristalóide no intraoperatório e 15 UI de ocitocina. Encaminhada à UTI extubada. **Discussão:** Em pacientes com insuficiência cardíaca, a raquianestesia pode resultar em redução súbita da resistência vascular periférica e pré-carga com hipotensão acentuada. A epidural é uma alternativa em gestantes de alto risco cardiovascular. Porém, a dupla antiagregação representa risco para formação de um hematoma, mesmo sob baixas doses de enoxaparina. O DPP é uma emergência obstétrica para a qual a anestesia geral é uma boa opção. O etomidato e a cetamina são indicados na indução em razão de sua curta ação e por manterem estabilidade cardiovascular. O bisturi elétrico unipolar pode resultar em interferência eletromagnética (IEM) em usuárias de MP, causando desde bradicardia até assistolia, e o uso de bisturis bipolares não exclui essa possibilidade. O imã intraoperatório ou a reprogramação do MP para cirurgia são opções. A hidratação deve ser cautelosa de modo a evitar hipovolemia com redução do retorno venoso e débito cardíaco e sobrecarga volêmica. Conclui-se que o manejo de uma gestante cardiopata é um desafio e a sua abordagem deve ser multiprofissional. Nos EUA, a anestesia geral ocorre em 6% das cesáreas e está relacionada a um pior desfecho. Entender o manejo dessas particularidades é fundamental para garantir o bem-estar materno e fetal.

Palavras-chave: Marcapasso, gestante, obstetrícia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Rooke GA, Bowdle TA. Perioperative management of pacemakers and implantable cardioverter defibrillators: it's not just about the magnet. *Anesth Analg.* 2013;117(2):292-4. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e31829799f3>. PMID:23881371.
2. Schulman PM. Perioperative management of patients with a pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/perioperative-management-of-patients-with-a-pacemaker-or-implantable-cardioverter-defibrillator>

906 TRATAMENTO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES NONAGENÁRIOS: EXISTE IDADE DE CORTE?

FILIPPE GOMES TORRES, ALEXANDRE TERUYA, ALICE JIMENEZ KOYAMA, CAROLINA BAETA NEVES
DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA

CET EM ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL MORIAH - HOSPITAL SEDE: REDE MORIAH SAÚDE LTDA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O desenvolvimento de técnicas valvares percutâneas, como implante transcaterter de valva aórtica (TAVI), trouxe uma alternativa a técnicas convencionais no tratamento de pacientes de alto risco cirúrgico. **Relato de caso:** Homem, 96 anos, com marcapasso e prótese valvar aórtica percutânea, ativo e independente, evolui com vertigem e síncope. Ecocardiografia mostra estenose aórtica grave. Houve piora do quadro após COVID-19, com necessidade de drogas vasoativas e restrição hídrica. Após dois meses de internação, sem melhora do estado geral, houve piora da função cardíaca, nível de consciência e perfil metabólico. Em razão da progressão de piora, foi necessário realizar abordagem percutânea da valva aórtica, apesar das más condições clínicas e deterioração progressiva. O paciente chegou em sala com rebaixamento do nível de consciência e em suporte de oxigênio. Além da monitorização padrão, optamos por utilizar ecocardiografia transesôfágica, monitorização minimamente invasiva do débito cardíaco e de profundidade anestésica. A indução e intubação foram realizadas com fentanil, lidocaína, etomidato e rocuroônio. O ECOTE mostrou severa regurgitação excêntrica e rompimento do folheto da prótese com área valvar <1,0 cm². O corte 4 câmaras evidenciava dilatação importante do VE e AE. No monitor de débito cardíaco: IC 4,2, DC 5 e VVS 4%, como parâmetros iniciais. Após a valvoplastia por balão seguida de abertura da prótese e programação do MCP para 150 bpm por 10 s, houve queda da PAM para 35 mmHg, com recuperação após bólus de vasopressor e reprogramação do marcapasso. O ECOTE não evidenciava mais regurgitação da valva aórtica. O procedimento foi realizado sem intercorrências. O paciente foi extubado em sala e levado à UTI sob cateter nasal de oxigênio, sem droga vasoativa. Após 24 h, paciente evoluiu estável hemodinamicamente e consciente. **Discussão:** A terapia precoce é recomendada em pacientes sintomáticos com estenose aórtica grave por causa do mau prognóstico. A escolha do tipo de intervenção deve considerar o status clínico e cardiológico do paciente, o risco individual da cirurgia, e sua expectativa e qualidade de vida. Estudos recentes não estabelecem uma idade de corte para o tratamento percutâneo. A avaliação da fragilidade, um marcador geral de comprometimento do estado funcional, cognitivo e nutricional, associada ao aumento da morbidade e mortalidade, podem ser determinantes na indicação do tratamento.

Palavras-chave: TAVI, estenose aórtica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739-91. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehx391>. PMID:28886619.

907 CONDUTA ANESTÉSICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE VON WILLEBRAND: RELATO DE CASO

ALICE JIMENEZ KOYAMA, ALEXANDRE TERUYA, CAROLINA BAETA NEVES DUARTE FERREIRA, DINA MIE HATANAKA, JORGE LUIZ ALTOE JUNIOR

CET EM ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL MORIAH - HOSPITAL SEDE: REDE MORIAH SAÚDE LTDA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A doença de von Willebrand (DvW) é a coagulopatia hereditária mais comum. O fator de von Willebrand (FvW) possui duas funções principais: adesão de plaquetas ao endotélio e formação de complexo com F VIII, impedindo sua degradação. A formação inadequada do FvW leva a prejuízo na hemostasia primária e diminuição da meia-vida do F VIII. As consequências são: sangramento cutâneo mucoso, epistaxe, equimoses e metrorragia, assim como sangramento excessivo durante cirurgias. Os principais tratamentos são: uso de desmopressina para induzir liberação de fator de von Willebrand e fator VIII; uso de concentrado de fator de von Willebrand (tanto derivados plasmáticos, quanto produtos recombinantes), além de terapias adjuvantes, como uso de antifibrinolíticos. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 15 anos, 54 kg, com doença de von Willebrand, submetida à mamoplastia redutora. Sem antecedentes cirúrgicos ou alergias. Monitorização padrão e monitor de índice bispectral; anestesia geral venosa total (propofol, fentanil e remifentanil). Foram administradas 4000 UI de FVIII + FvW EV em bólus 30 min antes do início da cirurgia. Além disso, programação para administrar 2000 UI/dia pelos próximos 2 dias e desmopressina subcutânea para uso ambulatorial após alta hospitalar. Tais medidas visavam manter níveis de atividade do fator de von Willebrand acima de 50%. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com sangramento habitual para a cirurgia. **Discussão:** Em pacientes com DvW, cuidados específicos devem ser considerados. A interdisciplinaridade, com a necessidade de consulta prévia com hematologista, visando corrigir os níveis de F VIII pré-operatórios é imprescindível. Pacientes em uso de desmopressina apresentam maior risco de hiponatremia como consequência da retenção de água livre, que pode levar a convulsões. Assim, dosagem seriada dos níveis de sódio é recomendada. Evitar traumas durante o ato anestésico, como múltiplas punções e trauma de via aérea, além de dar preferência para anestesia geral também é recomendado, uma vez que esses pacientes apresentam risco aumentado de formação de hematoma após bloqueios de neuroeixo. Deve-se evitar também fármacos que interfiram com a coagulação plaquetária, como anti-inflamatórios não hormonais, AAS e análogos da prostaglandina. **Conclusão:** O caso acima evidencia a importância de abordagem multidisciplinar em pacientes com doença de von Willebrand, possibilitando a realização de cirurgias eletivas com segurança.

Palavras-chave: Doença de von Willebrand, hematologia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Connell NT, Flood VH, Brignardello-Petersen R, et al. ASH ISTH NHF WFH 2021 guidelines on the management of von Willebrand disease. *Blood Adv.* 2021;5(1):301-25. <http://dx.doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003264>. PMID:33570647.
2. Barbosa FT, Cunha RM, Barbosa LT. Doença de von Willebrand e anestesia. *Rev Bras Anestesiol.* 2007;57(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942007000300010>.

908 CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO MÓVEL PARA OTIMIZAÇÃO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LUANA DIAS REIS, ANDRE AVELINO DE SOUZA, BRUNO GUSMÃO DE OLIVEIRA, DANIEL REGIS D'ALBUQUERQUE, LUIZ ALBERTO VICENTE TEIXEIRA

CET S.A. HOSPITAL SÃO RAFAEL - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO RAFAEL, SALVADOR, BA, BRASIL

Introdução: O uso de aplicativos desenvolvidos com foco na área de saúde aumentou de maneira exponencial nas últimas décadas. A otimização do agendamento de cirurgias eletivas é um dos principais pontos de destaque no que diz respeito a gestão hospitalar. Nesse cenário, o papel do anestesista na gestão e melhoramento do fluxo cirúrgico tem se mostrado cada vez mais evidente. **Objetivo:** Este trabalho visa apresentar a criação e desenvolvimento do aplicativo "Cirus", ferramenta elaborada com objetivo de facilitar e integrar o agendamento de cirurgias eletivas em Hospital Universitário. **Método:** Estudo descritivo sobre a criação e uso de aplicativo móvel baseado no conceito de agenda compartilhada entre membros da equipe cirúrgico-anestésica com os seguintes dados: tipo de cirurgia, data do procedimento, operadora de saúde, CID, tabela TUSS, códigos SUS, alergias, reserva de UTI, lateralidade e considerações anestésicas. O desenvolvimento do aplicativo ocorreu em quatro etapas: definição das necessidades dos usuários, criação de banco de dados, estratégia de funcionamento e testes de operabilidade. **Resultados:** O aplicativo foi utilizado por uma equipe de 22 médicos, com um total de 267 procedimentos agendados, com nível de satisfação elevado dos usuários, conforme levantamento realizado no período. **Discussão:** A possibilidade de uso de aplicativos voltados tanto para a assistência, quanto para o gerenciamento vem atuar facilitando o acesso a informações e agilizando a transmissão de dados. O papel profissional do anestesista no cenário de gestão e liderança no ambiente cirúrgico passa pela constante busca de melhorias nos diversos níveis da assistência ao paciente, com estratégias para otimização do fluxo cirúrgico, reduzindo cancelamentos ou adiamentos de procedimentos eletivos. **Conclusão:** No vasto cenário de acesso à informação médica, o estímulo à criação de ferramentas que possam promover comunicação eficiente e integração no trabalho em equipe se mostra essencial para a evolução e bom funcionamento dos serviços.

Palavras-chave: Agendamento cirúrgico, Cirus, Centro cirúrgico e gestão.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Tibes CMS, Dias JD, Zem-Mascarenhas SH. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. REME Rev Min Enferm. 2014;18(2):471-8.
2. Souza MP. Proposta de otimização para o agendamento de cirurgias eletivas em um hospital de Curitiba - PR utilizando de simulação [Monografia]. Curitiba: Curso de Especialização em Engenharia de Produção, Universidade Federal do Paraná.

909 SEGURANÇA E EFICÁCIA DA CETAMINA ANTE O ETOMIDATO NA INTUBAÇÃO DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES, ROBERTA BESSA VELOSO, RODRIGO BORGES CRUZ

UNIVERSIDADE PROF EDSON ANTÔNIO VELANO (UNIFENAS), ALFENAS, MG, BRASIL

Introdução: As vantagens da intubação de sequência rápida (ISR) estão relacionadas a sua maior taxa de sucesso na primeira tentativa, visto que as chances de complicações relacionadas a intubação (como aspiração, hipoxemia, bradicardia e parada cardíaca) aumentam com o número de tentativas. O etomidato é o agente indutório mais popularmente utilizado na ISR; porém, estudos recentes relacionaram seu uso à supressão adrenal, o que estimula a busca de alternativas seguras. **Objetivo:** Verificar se a cetamina se configura como uma alternativa segura para substituir o etomidato na ISR. **Método:** Revisão sistemática da literatura com meta-análise de ensaios clínicos randomizados de pacientes submetidos a ISR. Buscou-se artigos em língua inglesa nas bases de dados PubMed e Web of Science publicados entre 2002 e 2022, utilizando os descritores *rapid sequence intubation*, *etomidate*, *ketamine* por meio do interlocutor AND, além da busca manual por referências. Os artigos incluídos compararam a segurança e a eficácia do etomidato *versus* cetamina como agentes de indução nos pacientes submetidos a ISR em departamento de emergência e configurações pré-hospitalares. As medidas avaliadas foram o sucesso da intubação na primeira tentativa e a ocorrência de aspiração pós-intubação. Os resultados dicotômicos foram avaliados para odds ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95% usando meta-análise de efeitos aleatórios, com auxílio do software Review Manager 5.4.1. **Resultados:** Seis estudos (E) incluindo 4.976 pacientes relataram a taxa de sucesso da intubação na primeira tentativa com etomidato *versus* cetamina. Na análise agrupada, não foram observadas diferenças no sucesso da intubação na primeira tentativa durante a ISR utilizando etomidato *versus* cetamina como agentes de indução (E= 6; OR: 1,09; IC 95%: 0,83-1,44; I² = 0%). Os estudos que analisaram a ocorrência de aspiração, totalizando 456 pacientes, demonstraram que não houve diferença significativa entre a ocorrência de aspiração nos dois grupos (E= 3; OR: 0,79; IC 95%: 0,28-2,20; I²= 9%). Além disso, por causa de seu efeito nulo no eixo adrenal, a cetamina mostrou-se uma alternativa interessante ao etomidato em pacientes com deficiência adrenal. **Conclusão:** A cetamina se mostrou tão eficaz e segura quanto o etomidato em relação as medidas analisadas.

Palavras-chave: Intubação de sequência rápida, etomidato, cetamina.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Stanke L, Nakajima S, Zimmerman LH, Collopy K, Fales C, Powers W 4th. Hemodynamic effects of ketamine versus etomidate for prehospital rapid sequence intubation. *Air Med J.* 2021;40(5):312-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amj.2021.05.009>. PMID:34535237.
2. Upchurch CP, Grijalva CG, Russ S, et al. Comparison of etomidate and ketamine for induction during rapid sequence intubation of adult trauma patients. *Ann Emerg Med.* 2017;69(1):24-33.e2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.08.009>. PMID:27993308.

910 TRATAMENTO DE CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DURAL (CPPD) EM PACIENTE MULTIALÉRGICA

CARLA CAROLINE COELHO GUEDES DE SOUSA, BRUNO MENDES CARMONA, JOAQUIM PEDRO JUNIOR, KAROL CRISTINA FONSECA MOURA, SARAH GRACIELLY SENA SOUSA

HOSPITAL PORTO DIAS, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é um evento adverso comum e depende de fatores como calibre da agulha e idade e sexo do paciente. Apresenta grandes consequências, pois é incapacitante, além de onerar o sistema de saúde. **Relato de caso:** E.S.M, 42 anos, ASA I, multialérgica, realizou histerectomia videolaparoscópica sob anestesia geral e peridural analgésica. Realizada punção peridural em T10-T11, resultando em acidente de punção. Em seguida, foi realizada nova punção em T9-T10, com dogliotti positivo e aspiração de LCR negativo, e administração de bupivacaína 0.25% 20 mL e morfina 2 mg. Ao término da cirurgia, a paciente foi extubada e levada sem queixas álgicas para SRPA, recebendo alta 45 min depois com Aldrete 10. Alta hospitalar no dia seguinte. Após dois dias, deu entrada no serviço queixando-se de cefaléia fronto-occipital de forte intensidade (9 na escala de 0-10), com piora ao levantar-se e melhora ao deitar-se, associada a náuseas e vômitos. Instituído tratamento clínico baseado em hidratação vigorosa com cristalóides, dexametasona 40 mg endovenosa (EV), ondansetrona 8 mg EV, paracetamol 1 g EV e cafeína 500 mg via oral (VO). Tratamento clínico não obteve êxito, sendo necessário o *blood-patch*, com melhora parcial dos sintomas, ainda queixando-se de cefaléia (6 na escala de 0-10). No dia seguinte, realizado o bloqueio esfenopalatino, com dois aplicadores de ponta de algodão embebidos com bupivacaína sem vasoconstritor 0.5%, bilateralmente, que foram introduzidos e avançados até ser sentida resistência. Cada aplicador permaneceu no local por 4 min. Melhora imediata dos sintomas foi observada. Após 6 h sem cefaléia, a paciente recebeu alta com orientação de continuar a hidratação VO e paracetamol 1 g VO por 3 dias. **Discussão:** A punção inadvertida da dura-máter tem intensidade severa e necessidade iminente de tratamento. A paciente, por ser alérgica a dipirona e AINE's, já teve seu tratamento clínico comprometido. Não utilizamos opioides devido a possível piora de náuseas. Foi realizado o *blood-patch*, tratamento padrão para CPPD, sem resolução total do quadro. Por ser um procedimento invasivo, que inclui complicações como dor nas costas, hematomas subdurais, déficits motores/sensoriais, meningite etc., optou-se por não realizá-lo novamente, optando-se pelo bloqueio do gânglio esfenopalatino transnasal (BGEPT), mostrando-se uma técnica eficiente, não invasiva, segura e com possibilidade de tratamento de resgate, sendo uma ótima opção para pacientes multialérgicos.

Palavras-chave: Cefaléia pós punção dural, blood-patch, bloqueio do gânglio esfeno-palatino.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Dutra NC, Heber de Moraes P, Carneiro AF. Anestesia subaracnóidea. In: Manica J. Anestesiologia. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 774-6.
2. Body M. Sphenopalatine ganglion block for relieving postdural puncture headache: technique and mechanism of action of block with a narrative review of efficacy. Korean J Pain. 2017;30(2):93-7. <http://dx.doi.org/10.3344/kjp.2017.30.2.93>. PMID:28416992.
3. Rocha-Romero A, Roychoudhury P, Benavides Cordero R, Lopez Mendoza M. Self-applied sphenopalatine ganglion block for postdural puncture headache: four case reports. Rev Bras Anesthesiol. 2020;70(5):561-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2020.07.002>. PMID:33032805.

911 DESAFIOS DA ANESTESIA EM PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL

LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, CARLOS ROBERTO VIEIRA RABELO, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES

UNIVERSIDADE PROF. EDSON ANTÔNIO VELANO (UNIFENAS), ALFENAS, MG, BRASIL

Introdução: Estudos demonstram que os pacientes com paralisia cerebral experimentam maiores complicações durante a anestesia quando comparados com a população geral. O comprometimento de múltiplos sistemas presentes nesse grupo aumenta a necessidade de cirurgias e torna a anestesia desafiadora. **Objetivo:** Analisar os principais desafios da anestesia em pacientes com paralisia cerebral apresentados na literatura. **Método:** Revisão sistemática da literatura através da busca por artigos nas bases de dados PubMed e Web of Science usando os descritores "cerebral palsy", "anesthesia" por meio do interlocutor AND. Os artigos selecionados foram publicados em inglês entre 2012 e 2022. **Resultados:** A amostra final contou com três artigos. Entre as preocupações mais comuns na anestesia do paciente com paralisia cerebral destaca-se a hipotermia, visto que o comprometimento do sistema nervoso desses pacientes impede o funcionamento fisiológico dos mecanismos termorregulatórios do organismo. Adicionalmente, a doença do refluxo gastroesofágico é uma condição comum nos pacientes com paralisia cerebral, o que aumenta o risco de aspiração perioperatória de conteúdo gástrico. Além disso, as crianças que possuem paralisia cerebral geralmente têm sua capacidade de eliminar secreções faríngeas prejudicada, o que torna o manejo das vias aéreas desses indivíduos bastante desafiador, pois as secreções orais podem impedir a ventilação adequada com máscara ou a visualização da glote durante a intubação traqueal. Outra preocupação durante a anestesia do paciente com paralisia cerebral é controlar a espasticidade e prevenir contrações durante a cirurgia. Grande parte dos pacientes com essa condição também possuem epilepsia, o que aumenta ainda mais o grau de dificuldade do manejo anestésico, visto que diversos fármacos aumentam o grau de excitabilidade neuronal e, conseqüentemente, o risco de convulsões durante o procedimento. **Conclusão:** Apesar do manejo anestésico dos pacientes com paralisia cerebral mostrar-se desafiador, é importante a avaliação cautelosa pelo anestesista de riscos adicionais que podem estar presentes nesses pacientes, como a epilepsia e a doença do refluxo gastroesofágico.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, anestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Shaikh SI, Hegade G. Role of anesthesiologist in the management of a child with cerebral palsy. *Anesth Essays Res.* 2017;11(3):544-9. <http://dx.doi.org/10.4103/0259-1162.194569>. PMID:28928544.
2. Wass CT, Warner ME, Worrell GA, Castagno JA, Howe M, Kerber KA, Palzkill JM, Schroeder DR, Cascino GD. Effect of general anesthesia in patients with cerebral palsy at the turn of the new millennium: a population-based study evaluating perioperative outcome and brief overview of anesthetic implications of this coexisting disease. *J Child Neurol.* 2012 Jul;27(7):859-66. doi: 10.1177/0883073811428378.

912 ANESTESIA PARA DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH

CARLA CAROLINE COELHO GUEDES DE SOUSA, BRUNO MENDES CARMONA, JOAQUIM PEDRO JUNIOR, KAROL CRISTINA FONSECA MOURA, MUDIÁ BATISTA JUSTO PEREIRA

HOSPITAL PORTO DIAS, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT), polineuropatia hereditária motora e sensitiva, é a neuropatia hereditária mais comum, sendo importante o seu conhecimento pelo anestesiológico. Objetiva-se levantar controvérsias anestésicas sobre esse caso. **Relato de caso:** P.S.D, 42 anos, paciente masculino, ASA 3, hipertenso, com doença de CMT manifesta desde o nascimento, evoluiu com abdômen obstrutivo e foi submetido à laparotomia exploradora. Monitorização multiparamétrica, sonda vesical de demora, sonda nasogástrica aberta, venóclise periférica (18 g). Anestesia venosa total: indução fentanil 150 mcg, propofol 150 mg, cetamina 20 mg, lidocaína 50 mg, rocurônio 35 mg, intubação sob laringoscopia direta com tot 7,5 com cuff, manutenção com propofol e remifentanil em infusão alvo-controlada e ventilação mecânica controlada à volume com parâmetros de ventilação protetora. Courseu com hipotensão com necessidade de resgate com metaraminol no intraoperatório, foi encaminhado para UTI, intubado com parâmetros ventilatórios mínimos, mantendo-se intubado nas primeiras 12 h do pós-operatório, evoluindo para extubação e alta da UTI após 48 h de internação. **Discussão:** Acredita-se que esse paciente apresente doença de CMT III, conhecida como doença de Dejerine-Sottas, desmielinização severa grave, início precoce na infância ou ao nascimento, marcada por intensa hipotonia e neuropatia sensorial e motora. Não se utilizou anestesia regional, pois é controversa, sendo considerada fator de risco para lesão neurológica e piora do prognóstico. Não foi utilizada intubação acordada em razão da falta de cognição. Assim como, não foram utilizadas medicações que desencadeiam hipertermia maligna, como succinilcolina e anestésicos inalatórios, pois a experiência anestésica com essa doença é limitada. Pouco se sabe sobre tempo de término de ação de bloqueadores neuromusculares e CMT, por isso foi utilizada dose de 0.6 mg/kg de rocurônio na indução, nem monitorização do bloqueio neuromuscular por causa do grau severo da doença. Embora não se encontre contra-indicações formais sobre a anestesia para pacientes com CMT, o anestesiológico deve avaliar cada caso e adotar a melhor técnica anestésica considerando os detalhes de cada paciente a ser assistido.

Palavras-chave: Charcot-Marie-Tooth, estômago cheio, abdômen agudo obstrutivo

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Berciano J, Combarros O. Hereditary Neuropathies. *Curr Opin Neurol.* 2003;16(5):613-22. <http://dx.doi.org/10.1097/00019052-200310000-00008>. PMID:14501846.
2. Zhou L, Griffin JW. Demyelinating Neuropathies. *Curr Opin Neurol.* 2003;16(3):307-13. <http://dx.doi.org/10.1097/01.wco.0000073931.19076.52>. PMID:12858066.

913 DERRAME PLEURAL DIAGNOSTICADO POR MEIO DE ULTRASSONOGRRAFIA TORÁCICA À BEIRA DO LEITO: RELATO DE CASO

RAQUEL VALENTE PEREIRA, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O uso da ultrassonografia (USG) está cada dia mais presente na anestesiologia, seja para realizar bloqueios regionais, como para diagnósticos perioperatórios. Apesar do tórax não ser uma região propícia para se utilizar a USG, ela pode ajudar no diagnóstico de patologias como pneumotórax, derrame pleural ou edema pulmonar. A partir desses achados, podemos planejar condutas específicas para cada paciente, diminuindo a incidência de complicações. **Relato de caso:** M.S.M.C., 86 anos, mulher, estado físico ASA P3, portadora de hipertensão arterial descontrolada, hipotireoidismo, doença de Alzheimer avançada, e em uso de losartana, puran T4 e memantina. Encaminhada ao centro cirúrgico para passagem de sonda nasoesférica. Após monitorização com cardioscopia, pressão arterial e oximetria de pulso, foi observada e confirmada baixa oximetria de pulso (SpO₂ = 60%). A clínica da paciente evidenciava insuficiência respiratória de etiologia a esclarecer, uma vez que apresentava dispneia, esforço respiratório e rebaixamento do nível de consciência. Diante desse cenário, foi realizada a USG pulmonar bilateral, que mostrou derrame pleural e presença de linhas B em ambos os pulmões, sendo o derrame maior à esquerda. O procedimento de gastrostomia foi prontamente cancelado, a equipe da cirurgia torácica foi acionada para drenagem de tórax e a paciente encaminhada à UTI com melhora do padrão respiratório e SpO₂ após drenagem em selo d'água e ventilação não invasiva. **Discussão:** A região do tórax possui características que dificultam a imagem na USG em virtude da aeração do pulmão. A imagem não fornece uma visão completa; no entanto, pode-se utilizar os artefatos acústicos gerados pela reflexão das ondas. Esses aparecem como linhas ou definições padrões. A linha A é uma linha hiperecótica horizontal comumente vista em pessoas saudáveis, mas pode estar presente em patologias como pneumotórax. As linhas B são verticais, geradas por preenchimento de septos intralobulares ou interlobulares e frequentes no edema pulmonar e nas doenças intersticiais. Além disso, a USG pode fornecer o diagnóstico de derrame pleural quando conteúdo hipocóico é encontrado entre as pleuras. Enfim, o conhecimento desses padrões da USG pulmonar pode alterar a tomada decisão no perioperatório em pacientes com quadros respiratórios suspeitos.

Palavras-chave: Ultrassonografia; tórax; derrame pleural

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo PCP, Cardoso LER, Soares ECS. Ultrassonografia pulmonar e de vias aéreas em anestesiologia. Rev Med Minas Gerais. 2014;24(Supl 8):S27-32.

914 ANESTESIA EM PACIENTE COM INSENSIBILIDADE CONGÊNITA À DOR E ANIDROSE: RELATO DE CASO

GUSTAVO RIBEIRO FERES MORAES REGO, ESTHER ALESSANDRA ROCHA, MARIANA PIMENTEL LOPES, RACHEL PEREIRA FERREIRA, REBECA SILVA DE MELO

CET INTEGRADO DA FAC.DE MEDICINA DO ABC - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS – FUABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL

Introdução: A insensibilidade congênita à dor com anidrose (ICDA) é um distúrbio autossômico recessivo que impede a percepção dolorosa, tornando pacientes mais suscetíveis a lesões, automutilação e osteomielite. A anestesia é uma etapa importante da realização de cirurgias em pacientes com esse diagnóstico; contudo, pode ser desafiadora em virtude da ausência de resposta dolorosa. Neste relato de caso, descrevemos as estratégias utilizadas para o tratamento anestésico em um paciente com ICDA submetido a procedimento cirúrgico. **Relato de caso:** Homem, 19 anos, 1,65 m e 60 kg, com diagnóstico de ICDA, apresenta déficit cognitivo e epilepsia. Nos últimos 5 anos, foi submetido a diversos procedimentos cirúrgicos para tratar lesões autoinflingidas. Nessa ocasião, foi realizado, pela ortopedia, desbridamento e confecção de retalho em região cubital, além de regulação óssea de pés. No dia anterior, foi realizada a avaliação e obtido o consentimento. Nessa ocasião, a dor foi avaliada e mensurada por meio de escalas visuais numéricas, escala de faces, além do questionário para diagnóstico de dor neuropática DN4, que apresentou negativa para queixas álgicas. Monitorizado em sala, venóclise com Jelco 20 G. Pré-oxigenado e realizada indução anestésica com fentanil 100 µg, propofol 110 mg e rocurônio 40 mg. Intubação orotraqueal com laringoscopia direta única, Comark I, tubo 7 com cuff, ventilação mecânica com curva de capnografia adequada e ausculta pulmonar simétrica. Manutenção da anestesia com sevoflurano. Inicialmente, o paciente apresentou hipotensão, que foi corrigida com efedrina. Observou-se um episódio de hipertensão e taquicardia durante estímulo vibratório cirúrgico. Administrados sintomáticos, ondasetrona e omeprazol. Ao fim do procedimento, realizada extubação após descurarização com sugammadex, sem intercorrências. Até sua alta da sala de recuperação pós-anestésica, negou queixas álgicas, o que se repetiu até sua alta hospitalar no dia seguinte. **Discussão:** A neuropatia sensorial e autonômica hereditária tipo 4, também chamada de ICDA, tem como características a insensibilidade à dor e déficits autonômicos, com associação a distúrbios cognitivos. A sensibilidade ao toque e à pressão geralmente não é afetada. A necessidade de analgesia intraoperatória e os riscos de pacientes com ICDA não são bem conhecidos, considerando os poucos relatos na literatura e a epidemiologia dessa condição.

Palavras-chave: Anestesia geral, síndrome congênita, insensibilidade congênita à dor e anidrose.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Paul M, Bamba C, Chugh V, Ravikumar N, S J. A boy who knows no pain: anaesthetic management of congenital insensitivity to pain with anhidrosis. *Cureus*. 2022;14(10):e30790. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.30790>. PMID:36447712.
2. Oliveira CRD, Paris VC, Pereira RA, Lara FS. Anestesia em paciente com insensibilidade congênita a dor e anidrose. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59(5):602-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094\(09\)70085-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7094(09)70085-6). PMID:19784516.

915 INFLUÊNCIA DA METADONA SOBRE O INTERVALO QT DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM TRATAMENTO PARA DOR CRÔNICA

BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, CARLOS ROBERTO VIEIRA RABELO, LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES

UNIVERSIDADE PROF. EDSON ANTÔNIO VELANO (UNIFENAS), ALFENAS, MG, BRASIL

Introdução: A farmacologia singular da metadona, o agonista opioide de meia-vida mais longa e antagonista dos receptores NMDA, a torna um fármaco importante no tratamento da dor crônica de diversas etiologias. Entretanto, a metadona ainda não é amplamente utilizada na pediatria porque tem o potencial de aumentar o intervalo QT observado em adultos, situação que pode progredir para arritmias fatais, como a Torsades de Pointes. **Objetivo:** Analisar a influência da metadona sobre o intervalo QT de pacientes pediátricos (<18 anos) em tratamento de dor crônica. **Método:** Revisão sistemática qualitativa de ensaios clínicos randomizados seguindo-se as diretrizes PRISMA. Foram buscados artigos presentes nas bases PubMed e Science Direct utilizando-se os descritores "methadone", "pediatric", "chronic pain" e "QT interval". Todos os artigos selecionados foram publicados em inglês entre 2018 e 2022. **Resultado:** Foram identificados oito artigos no PubMed e 10 no Science Direct. Foram selecionados quatro estudos clínicos que atendiam as propostas da revisão. Apesar de dois estudos terem relatado aumento na duração do intervalo QTc dos pacientes após o início da terapia com metadona, apenas uma porcentagem pequena de pacientes apresentou QTc considerado prolongado. Não foi observado nenhum caso de QTc >500 nos estudos analisados, faixa na qual a interrupção do uso da metadona é usualmente recomendada. Além disso, não houve a presença de casos de Torsades de Pointes ou outras arritmias fatais em nenhum dos estudos analisados. Anormalidades nos níveis de sódio, potássio e magnésio, assim como o uso concomitante de mais drogas que aumentam o intervalo QT, foram considerados fatores de risco para QTc prolongado. **Conclusão:** Apesar da influência da metadona no intervalo QT, o risco-benefício de sua utilização na analgesia pediátrica se mostrou favorável no tratamento da dor crônica. No entanto, antes do início da terapia, deve-se atentar para a presença de histórico familiar de intervalo QT prolongado e morte súbita, assim como para a utilização concomitante de outras drogas que podem prolongar o intervalo QT.

Palavras-chave: dor crônica, metadona, pediátricos.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Piccininni JA, Killinger JS, Hammad HT, Gerber LM, Dayton JD. QT interval prolongation in the pediatric oncologic population on methadone. J Pediatr Hematol Oncol. 2020;42(2):e121-4. <http://dx.doi.org/10.1097/MPH.0000000000001444>. PMID:30830033.

916 ISQUEMIA DE MÃO APÓS PUNÇÃO DE ARTÉRIA RADIAL PARA MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA: RELATO DE CASO

RAQUEL VALENTE PEREIRA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MATHEUS BRAGA GOMIDES DE SOUSA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A monitorização da pressão arterial é considerada um requisito mínimo de segurança para qualquer tipo de cirurgia. Em casos de cirurgias de grande porte, pacientes graves ou de risco para perdas sanguíneas importantes, o uso do cateterismo de artéria radial para monitorização da pressão arterial em tempo real e parâmetros dinâmicos derivados da curva do pulso arterial são indicados. **Relato de caso:** A. A. S., 58 anos, paciente masculino, portador de doença renal crônica, com histórico de trombose venosa profunda e câncer intestinal metastático, em choque séptico, ASA P4. Foi encaminhado ao centro cirúrgico para realizar laparotomia exploradora em razão de abdome agudo obstrutivo. Realizada monitorização com cardioscopia, oximetria de pulso e pressão arterial invasiva com punção única de artéria radial direita com cateter 20 G. Previamente à punção, foi realizado o teste de Allen, que apresentou resultado negativo; entretanto, logo após a cateterização da artéria, foi observado isquemia distal ao local da punção manifestada por palidez generalizada da mão. Prontamente retirado o cateter da artéria e iniciadas medidas para reperfusão do membro, como aquecimento e elevação da pressão arterial. Após alguns minutos, foi observada melhora da coloração do primeiro, quinto e quarto quirodáctilos e, por último, do terceiro quirodáctilo. Procedimento realizado com pressão não invasiva. Ao término, o paciente foi encaminhado a UTI e recebeu alta hospitalar após 3 dias de internação sem novas manifestações de isquemia da mão. **Discussão:** A pressão arterial invasiva é utilizada em procedimentos de alto risco com o objetivo de fornecer parâmetros hemodinâmicos em tempo real. A artéria radial é o local preferido, por causa da acessibilidade anatômica e facilidade de canulação. As complicações mais comuns associadas ao cateterismo da artéria radial são oclusão e hematoma, sendo lesões isquêmicas raras. O teste de Allen modificado tem sido frequentemente usado para avaliar clinicamente a adequação do fluxo colateral da artéria ulnar; no entanto, possui baixa acurácia, podendo ocorrer falsos negativos, como no caso relatado. Apesar disso, a realização desse teste é indicada antes de todo procedimento de cateterismo, uma vez que pode ser realizado de forma simples e rápida e pode evitar, em caso positivo, complicações isquêmicas.

Palavras-chave: pressão arterial invasiva, isquemia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Theodore AC, Clermont G, Dalton A. Intra-arterial catheterization for invasive monitoring: Indications, insertion techniques, and interpretation [citado em 2023 Jan 3]. Waltham: UpToDate; 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intra-arterial-catheterization-for-invasive-monitoring-indications-insertion-techniques-and-interpretation#topicContent>

917 BLOQUEIO DOS NERVOS SAFENO E CIÁTICO GUIADO POR ULTRASSOM EM PACIENTE ANTICOAGULADO E SÉPTICO PARA AMPUTAÇÃO DE ANTEPÉ DIREITO

ISADORA JOTA MIRANDA, ADALBERTO CARMO DE MORAES JUNIOR, ANTÔNIO FERNANDO CARNEIRO, MATHEUS LEAO TAVARES COSTA, VANESSA OLIVEIRA SILVA

CET HOSP.CLÍN.UNIV.F.DE GOIÁS - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGO, GOIÂNIA, GO, BRASIL

Introdução: O planejamento anestésico para pacientes anticoagulados em estado crítico merece atenção do anestesiológico. Com o advento do ultrassom, surgiu uma nova gama de recursos disponíveis para os bloqueios periféricos através da visualização das estruturas neurovasculares, trazendo segurança e eficácia para esses procedimentos. A associação do bloqueio dos nervos safeno e ciático busca uma analgesia qualificada e redução dos efeitos adversos de outras técnicas anestésicas. **Relato de caso:** M.A.C., 71 anos, paciente masculino, ASA 3, portador de hipertensão arterial, doença arterial obstrutiva periférica estágio IV, diabetes mellitus tipo 2, insuficiência renal crônica não-dialítica, tabagismo e dislipidemia. Está em uso de antibiótico para tratamento de sepse grave de foco em membro inferior direito, em programação de amputação de antepé direito. Fazia uso de AAS, clopidogrel, losartana, hidroclorotiazida, atenolol, espirolactona, insulina NPH, insulina regular, rosuvastatina, cilostazol, heparina não fracionada 5000 unidades de 8/8 horas. Admitido em sala operatória, oriundo de unidade de terapia intensiva (UTI), em estado geral regular, confuso, taquicárdico e hipotenso. Instalados previamente acesso em jugular interna esquerda para infusão de drogas, pressão arterial invasiva em artéria radial direita e cateter nasal a 2 L/min de oxigênio (SpO2 90-92%). Decidiu-se por realizar bloqueio safeno e ciático guiado por ultrassonografia (US). Feito bloqueio safeno, ao nível do canal adutor com 15 mL de ropivacaína 0,5% e bloqueio do nervo ciático, abordagem poplítea na bifurcação dos ramos tibial e fibular comum com 20 mL de ropivacaína 0,5% e sedação com diazepam. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Ao término do procedimento, o paciente foi despertado e devolvido à UTI sem piora hemodinâmica. Evoluiu com controle algico adequado e sem alterações de sensibilidade ou motricidade em território dos nervos bloqueados. **Discussão:** Em pacientes com choque séptico, a perda do tônus simpático, a farmacoterapia, a interação medicamentosa e a presença de déficits nutricionais devem ser observadas pelo anestesiológico para a escolha da melhor técnica anestésica. Deve-se individualizar a técnica observando o risco de intoxicação por anestésicos locais, efeitos adversos e presença de solução lipídica na unidade hospitalar. A técnica de bloqueio escolhida tem sido parte interessante do arsenal da anestesiologia, trazendo benefícios se bem realizada e com atenção aos riscos.

Palavras-chave: Anestesia regional, bloqueio safeno, bloqueio ciático.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Karm MH, Lee S, Yoon SH, Lee S, Koh W. A case report. The use of ultrasound guided peripheral nerve block during above knee amputation in a severely cardiovascular compromised patient who required continuous anticoagulation. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(9):e9374. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000009374>. PMID:29489674.

918 ANESTESIA GERAL EM PACIENTE COM CARDIOMIOPATIA DILATADA SECUNDÁRIA A ACROMEGALIA

MATHEUS ALVES COTRIM, JOANA INÊS PEREIRA RIBEIRO, JULIANA CORREA DE OLIVEIRA, LUCAS NEVES VAZ, MARCELO PASSOS

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: A acromegalia é uma doença caracterizada pela produção excessiva de hormônio do crescimento. Manifestações clínicas incluem o crescimento exagerado de mãos e pés, prognatismo, associação com outros distúrbios metabólicos e doenças cardiovasculares. Particularidades anestésicas envolvem o manejo de via aérea potencialmente difícil e maiores taxas de complicações cardíacas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 33 anos, admitido para osteossíntese de fratura diafisária de tíbia. Vítima de acidente motociclístico com traumatismo cranioencefálico moderado, estável hemodinamicamente. Refere asma prévia e uso de broncodilatador. Ao exame físico, notados prognatismo e aumento exagerado de mãos e pés. Tomografia computadorizada do crânio: hemorragia subaracnóidea aguda traumática (definido tratamento conservador) e lesão expansiva em região selar. Ecocardiograma: hipertrofia excêntrica de ventrículo esquerdo, hipocinesia difusa, fração de ejeção 25%. Submetido ao procedimento sob anestesia geral combinada, indução com fentanil, lidocaína, escetamina, propofol e cisatracúrio. Laringoscopia Cormarck 3b, intubação orotraqueal guiada por bougie. Manutenção com sevoflurano. Necessidade de dobutamina em baixos títulos durante o procedimento, sem demais intercorrências, encaminhado ao CTI em cateter nasal. Evoluiu com bom estado geral, recebendo primodiagnóstico de acromegalia por adenoma hipofisário com sequelas cardíacas após complementação de investigação clínica. **Discussão:** Embora a acromegalia seja bem conhecida pela dificuldade de laringoscopia e intubação, complicações cardiovasculares também são comuns e ocorrem em mais de 60% desses pacientes. No intraoperatório, deve-se objetivar euvolemia e evitar variações abruptas de pressão arterial, prevenindo o aumento da pós-carga e mantendo a pré-carga adequada. O uso de fármacos que podem afetar a função miocárdica, como propofol e agentes inalatórios, deve ser cauteloso. Na suspeita de depressão miocárdica, o uso de suporte inotrópico não deve ser retardado. Adjuvantes como lidocaína, betabloqueadores e dexmedetomidina podem ser considerados na indução e extubação para evitar taquicardia desnecessária, que pode precipitar falência cardíaca aguda. Opioides parecem ter efeito benéfico por conta de a ação nos receptores delta, que inibem a ativação adrenérgica. Dessa forma, observando-se certas particularidades, é possível prevenir a piora da função cardíaca e a falência miocárdica no intraoperatório.

Palavras-chave: acromegalia, cardiomiopatia dilatada, anestesia geral.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Nair AS, Nirale AM, Sriprakash K, Gopal TV. Dilated cardiomyopathy in acromegaly: case report and anesthesia management. *Anesth Essays Res.* 2013;7(3):411-4. <http://dx.doi.org/10.4103/0259-1162.123277>. PMID:25885996.
2. Hines RI, Marschall KE. *Stoelting's Anesthesia and Co-Existing Disease*. 8th ed. USA: Elsevier, Inc.; 2022.

919 DEXMEDETOMIDINA EM CIRURGIAS DE RETALHO MICROCIRÚRGICO: RELATO DE UMA SÉRIE DE CASOS

RENATA DE ABREU FABRINI CUNHA, ÉRICA CARLA LAGE DE OLIVEIRA, LUCIANA DE SOUZA COTA CARVALHO LAURENTYS, MATHEUS ALVES COTRIM, NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK/FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Em cirurgias de retalho microcirúrgico, um dos maiores temores é a necrose. Existem poucos trabalhos e muita controvérsia com relação ao manejo anestésico desses pacientes para otimização do fluxo sanguíneo do retalho. Nenhum trabalho demonstrou superioridade das técnicas de anestesia regional, geral inalatória ou venosa. Pensou-se num possível benefício da vasodilatação da dexmedetomidina, mas não há nenhum relato na literatura de seu uso nesse tipo de cirurgia. Incluímos o fármaco na rotina do nosso serviço e, desde então, em uma série de casos acompanhados, não houve nenhum caso de necrose do retalho. O presente trabalho não possui conflito de interesse. **Relato de casos/ Metodologia:** Pacientes submetidos a cirurgia de retalho microcirúrgico foram anestesiados com sevoflurano associado a dexmedetomidina 0,3 a 0,5 mcg/kg/min, monitorados com ECG, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, ETCO₂, analisador de gases, temperatura esofágica, BIS e diurese. Quando possível, anestesia regional foi realizada na área doadora para adequado controle algico no pós-operatório. Os pacientes permaneceram normotérmicos e normotensos durante todo o procedimento. Não foi necessário uso de vasopressor em nenhum dos casos. A reposição volêmica foi realizada com cristalóides e guiada pela diurese. No pós-operatório imediato, os pacientes estavam satisfeitos e com bom controle algico. Não houve nenhum caso de necrose do retalho. **Discussão:** Em um hospital de trauma, a cirurgia plástica reparadora depara-se com lesões de vários portes e em locais diversos. Quando há perdas mais extensas e exposição de estruturas nobres, a microcirurgia é uma opção apropriada para o tratamento, mas o maior temor é a perda do retalho por trombose ou vasoespasmo. Sabe-se que um controle algico adequado, normotermia e normovolemia são essenciais no cuidado anestésico desses pacientes, mas ainda assim a incidência de necrose é elevada. Propusemos o uso da dexmedetomidina considerando um potencial benefício de seu efeito vasodilatador e, até o momento, obtivemos êxito em todos os casos. **Conclusão:** A dexmedetomidina é uma droga segura e atrativa. Acredita-se que, quando administrada em dose baixa, pode causar vasodilatação e, assim, contribuir para o maior sucesso das cirurgias plásticas de retalho microcirúrgico, conforme os casos relatados.

Palavras-chave: Retalho, analgesia, plástica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bagatini A, Gomes CR, Masella MZ, Rezer G. Dexmedetomidina: farmacologia e Uso Clínico. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52(5):606-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942002000500012>. PMID:19475232.
2. Vincent A, Sawhney R, Ducic Y. Perioperative care of free flap patients. Semin Plast Surg. 2019;33(1):5-12. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1676824>. PMID:30863206.

920

RELATO DE CASO: MANEJO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTE SUPEROBESA COM SÍNDROME DE HIPOVENTILAÇÃO SUBMETIDA A EXERESE DE LESÃO ABDOMINAL VOLUMOSA

BRUNA BRASIL DAL PUPO, FRANCIELE DAIANE LOCATELLI, JULIA EMILIA NUNES PASA, PATRICIA WAJNBERG GAMERMANN

CET S.ANEST.E MED.PERIOP.DO HCPA – SAMPE - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: A obesidade resulta em mudanças fisiológicas relevantes para a anestesia e pode gerar condições patológicas graves que aumentam o risco perioperatório. Esses pacientes necessitam, portanto, de um planejamento anestésico diferenciado para alcançar os melhores desfechos. **Relato de caso:** Mulher, 54 anos, superobesa, encaminhada ao ambulatório de cirurgia por massa abdominal volumosa. Na consulta, estava saturando 82% em repouso, e optou-se por internação imediata. No hospital, teve diagnóstico de síndrome de hipoventilação da obesidade, trombose pulmonar crônica e hipertensão pulmonar. A tomografia demonstrou tumoração na parede abdominal medindo 50 cm no maior eixo, não se podendo descartar lipossarcoma. Solicitada avaliação pré-operatória da anestesiologia. A paciente negava comorbidades cardiovasculares; não foi possível realizar ecocardiograma (janela acústica desfavorável). Apresentava Mallampati 3 e circunferência cervical >40 cm. Recomendada terapia com ventilação não invasiva (VNI); porém, a paciente não tolerou. A equipe anestésica organizou discussão multidisciplinar para otimizar o planejamento perioperatório. A indução anestésica foi realizada com propofol, remifentanil e rocurônio. A paciente foi posicionada em rampa para otimizar a pré-oxigenação e a visualização da laringoscopia. A pré-oxigenação foi realizada com cânula nasal de alto fluxo sob cuidados de uma fisioterapeuta. A intubação foi realizada com sucesso na primeira tentativa, por laringoscopia direta, mas estavam disponíveis videolaringoscópio e dispositivos de resgate para caso de falha. Obtido acesso venoso central e linha arterial antes da indução. Realizada monitorização hemodinâmica avançada baseada na análise da onda de pulso arterial. A cirurgia transcorreu sem intercorrências significativas, sendo realizada exérese da lesão e fechamento primário. Paciente levada à UTI intubada com noradrenalina em dose baixa, realizada extubação no 1º pós-operatório (PO) e uso subsequente de VNI. Permaneceu na UTI até o 4º PO. Teve alta hospitalar com anticoagulação oral e oxigenioterapia domiciliar alguns dias após a cirurgia. **Discussão:** O manejo multidisciplinar de obesos mórbidos auxilia a identificação e o manejo de fatores que podem mudar o desfecho perioperatório. No intraoperatório, devemos estar atentos ao posicionamento, monitorização, acesso da via aérea (intubação e extubação), manutenção de fluidos e escolha da técnica e agentes anestésicos, adequando-se às particularidades desses pacientes.

Palavras-chave: Manejo perioperatorio, obesidade, síndrome da hipoventilação.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Seyni-Boureima R, Zhang Z, Antoine MM, Antoine-Frank CD. A review on the anesthetic management of obese patients undergoing surgery. BMC Anesthesiol. 2022;22(1):98. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-022-01579-8>. PMID:35382771.
2. Eipe N. Preanesthesia medical evaluation of the patient with obesity. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Fev 16]. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/preanesthesia-medical-evaluation-of-the-patient-with-obesity>

922 MORTALIDADE EM PACIENTES COM COVID-19 E SUA CORRELAÇÃO COM DADOS LABORATORIAIS, ESTRATÉGIAS DE VENTILAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS: ESTUDO TRANSVERSAL

VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O novo coronavírus SARS-Cov2 é altamente patogênico e causador da COVID-19. Por ser facilmente transmissível, espalhou-se rapidamente pelo mundo, sendo decretado estado de pandemia, e com alta morbimortalidade associada principalmente à complicações pulmonares. O primeiro caso no Brasil foi relatado em 26 de janeiro de 2020 e uma emergência de saúde pública foi declarada em 3 de fevereiro do mesmo ano. Na 11ª semana epidemiológica (SE) foram notificados mais de 100 casos, e na 12ª SE foram notificados mais de 1000 casos. A disseminação comunitária da COVID-19 foi reconhecida no Brasil em 20 de março de 2020. Na 41ª SE, o Brasil ocupava o terceiro lugar no mundo em casos notificados (5.566.049) e o segundo em número de mortes (160.496). **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência e os fatores associados a mortalidade em pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 em hospital universitário. **Método:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, integrante de uma dissertação de mestrado, baseado em análise de prontuários de pacientes maiores de 18 anos internados em Centro de Terapia Intensiva (CTI) com SRAG por COVID-19 com necessidade de ventilação mecânica invasiva. O óbito hospitalar foi considerado como variável de desfecho. A caracterização do perfil demográfico, hábitos de vida, doenças crônico-degenerativas, perfil laboratorial, estratégias de ventilação e medicações foi feito por meio de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão. Os dados foram analisados estatisticamente aplicando-se os seguintes testes: Kolmogorov-Smirnov, Qui-quadrado de Pearson e Mann-Whitney. Por meio do método *Backward* condicional, foi selecionado o modelo com maior poder preditivo e que melhor explica a ocorrência de óbito. **Resultados:** Após a exclusão de 188 prontuários, 397 foram analisados. Os pacientes eram majoritariamente do sexo masculino (63,9%) e taxa de óbito nos indivíduos com SRAG por COVID-19 foi de 46,1%. Foi associado ao óbito ($p < 0,01$): a presença de infecções associadas de leucocitose com desvio a esquerda, plaquetopenia, aumento da creatinina, proteína C reativa aumentada e acidose metabólica. Além disso, a azitromicina foi associada ao óbito ($p < 0,01$). **Conclusões:** Houve alta taxa de mortalidade em indivíduos com SRAG por COVID-19 e associação da mortalidade com idade avançada, alguns dados laboratoriais e uso de azitromicina.

Palavras-chave: COVID-19, critical care, mortality, respiratory distress syndrome.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Oldenburg CE, Pinsky BA, Brogdon J, et al. Effect of oral azithromycin vs placebo on COVID-19 symptoms in outpatients with SARS-CoV-2 infection: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;326(6):490-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.11517>. PMID:34269813.

923 CONHECIMENTO SOBRE DOR ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VANIELA DE OLIVEIRA, HENRI LUIZ MORGAN, KAREN LETÍCIA CARVALHO DOS SANTOS

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO - UNINOVE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O manejo da dor é frequente na prática médica e, quando correto, está associado a menor tempo de hospitalização e uso de analgésicos (1,2). Apesar disso, a maioria dos cursos de medicina abordam o tema de forma superficial durante a graduação, levando à insegurança desses futuros profissionais no manejo dessa queixa (3). **Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre dor entre estudantes de medicina. **Método:** Foi realizado um estudo transversal entre alunos do último ano de medicina de uma universidade privada da capital de São Paulo, com participação por conveniência de 30% dos alunos. A coleta de dados foi realizada on-line através da plataforma de formulários do Google®, utilizando questionário validado com dados demográficos e perguntas sobre dor, com respostas simples: sim ou não. Os dados foram analisados percentualmente e expostos em forma de gráficos e tabelas, utilizando-se o software Excel®. **Resultados:** A amostra foi formada por 35 alunos, sendo 74,3% gênero feminino e 51,4% na faixa etária de 20 a 25 anos. 51,4% dos participantes considera ter recebido informação suficiente para o manejo de dor durante a graduação e 85,7% dos alunos sabem a diferença entre dor nociceptiva e neuropática. Apesar de 97,1% dos entrevistados conhecerem alguma escala para avaliação da dor, somente 60% a utilizam na avaliação de seus pacientes. Todos os alunos consideram necessário melhorar seus conhecimentos no tratamento de pacientes com dor e 91,4% não se sentem seguros para iniciar o tratamento da dor; porém, 85,7% saberiam qual opióide escolher para o tratamento da dor. O mecanismo de ação dos antidepressivos e anticonvulsivantes no manejo da dor é conhecido, respectivamente, por 65,7 e 77,1% dos entrevistados. **Conclusão:** Apesar da maioria dos alunos relatarem conhecimentos básicos sobre dor ou medicamentos, todos os estudantes consideraram insuficientes seus conhecimentos para o tratamento de seus pacientes, e a maior parte sente-se insegura para iniciar o tratamento de um paciente. Visto que o manejo da dor é rotineiro na prática médica, fica evidente a necessidade de melhorar o ensino do tema nessa universidade para garantir assistência médica de qualidade.

Palavras-chave: Dor, Estudantes de medicina.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Rufino GP, Gurgel MG, Pontes T, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Soc Bras Clin Med. 2012;10(4):291-7.
2. Ferreira N, Miranda C, Leite A, et al. Dor e analgesia em doente crítico. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca. 2014;2(2):17-20.
3. de Sousa MNA, Roriz MIRC. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre dor em cuidados paliativos. Braz J Health Rev. 2021;4(1):3525-36. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-275>.

924 COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DA ANALGESIA IMEDIATA ENTRE O BLOQUEIO DO PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL E O BLOQUEIO DA FÁSCIA CLAVIPEITORAL PARA CIRURGIAS DE CLAVÍCULA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

GUSTAVO ALVES PROSDOCIMO, LETÍCIA BILIBIO LUNELLI, LUCAS DE SOUZA, MARCIA REGINA GHELLAR, MARCOS LAZARO LOUREIRO

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: As fraturas da clavícula são mais comuns da cintura escapular e, apesar da grande taxa de sucesso com o tratamento conservador, alguns pacientes podem se beneficiar do tratamento cirúrgico. A anestesia regional para clavícula é desafiadora em razão da sua inervação ser complexa, originando-se de dois plexos: o cervical e o braquial. As evidências atuais são favoráveis ao uso do bloqueio da fásia clavipectoral para analgesia em cirurgias de clavícula sem as desvantagens do bloqueio do plexo braquial. Contudo, a superioridade desse bloqueio sobre o bloqueio do plexo braquial ou do bloqueio do plexo cervical superficial ainda não foi descrita. **Objetivo:** Comprovar a existência da superioridade analgésica entre o bloqueio do plexo cervical superficial e o bloqueio da fásia clavipectoral. **Métodos:** O estudo foi realizado na forma de um ensaio clínico randomizado prospectivo que incluiu pacientes entre 18 e 74 anos de idade submetidos à cirurgia de correção de fratura da clavícula em um hospital público em Santa Catarina. Os fatores de exclusão abordaram pacientes com recusa a participar do estudo e pacientes com IMC >40 kg/m². Os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo A, que foi submetido ao bloqueio do plexo cervical superficial com 10 mL de ropivacaína 0,5% e grupo B, submetido ao bloqueio da fásia clavipectoral com 20 mL de ropivacaína 0,5%. Todos os pacientes foram submetidos à anestesia geral balanceada com sevoflurano, remifentanil e bloqueio neuromuscular antes da realização do bloqueio. **Resultados:** A escala visual analógica da dor (EVA) na chegada à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) foi maior no grupo B comparada à do grupo A ($p=0,041$). Logo, o grupo submetido ao bloqueio da fásia clavipectoral apresentou maior consumo de morfina e maior tempo de permanência na SRPA, com $p=0,53$ e $p=0,98$, respectivamente. **Conclusão:** A combinação do bloqueio cervical superficial e da fásia clavipectoral confere uma boa analgesia pós-operatória; porém, isoladamente deixam brechas na analgesia, aumentando o consumo de opióides e o tempo de alta da SRPA. Mais estudos comparativos são necessários para se estabelecer a superioridade analgésica de um ou outro, se essa realmente existir.

Palavras-chave: Bloqueio cervical superficial, bloqueio fásia clavipectoral, clavícula.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Kukreja P, Davis CJ, MacBeth L, Feinstein J, Kalagara H. Ultrasound-guided clavipectoral fascial plane block for surgery involving the clavicle: a case series. *Cureus*. 2020;12(7):e9072. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.9072>. PMID:32782888.
2. Rosales AL, Aypa NS. Clavipectoral plane block as a sole anesthetic technique for clavicle surgery - A case report. *Anesth Pain Med*. 2022;17(1):93-7. <http://dx.doi.org/10.17085/apm.21085>. PMID:34974646.

925 ANESTESIA PARA CORREÇÃO DE ONFALOCELE GIGANTE COM PNEUMOPERITÔNIO PRÉ-OPERATÓRIO PROGRESSIVO: RELATO DE CASO

ELIANE CRISTINA DE SOUZA SOARES, FABIANO SOARES CARNEIRO, RENAN FARIAS ROLIM VIANA, RODRIGO ALEIXO CHAVES

REDE MATER DEI DE SAÚDE - GRUPO SAM (SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA), BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Onfalocele gigante é um defeito congênito raro da parede abdominal, na qual a desproporção entre abdome e vísceras, o grande diâmetro do defeito, o volume do fígado no saco herniário e a alta incidência de anomalias retardam ou impedem a correção cirúrgica precoce. Classicamente, pode ser abordada por fechamento cirúrgico estagiado ou fechamento tardio não operatório. Apresentamos um caso no qual foi utilizado pneumoperitônio pré-operatório progressivo (PPP) como técnica alternativa para possibilitar o fechamento de uma onfalocele gigante. **Relato do caso:** Paciente feminina, 2 anos e 8 meses de idade, 10 kg, com onfalocele gigante com perda de domicílio (lobo esquerdo do fígado, estômago, cólon transverso e mesentério no saco herniário), abordada previamente com epitelização do saco. Sem outras malformações, evoluindo com dificuldade de ganho de peso. No primeiro tempo cirúrgico, foi implantado cateter intraperitoneal sob anestesia local e sedação inalatória sob máscara facial, sendo iniciado pneumoperitônio na sala cirúrgica, com ventilação em pressão de suporte para avaliar a tolerância ventilatória durante aumento da pressão intra-abdominal. Aumento diário do pneumoperitônio, guiado por sintomas dolorosos, gastrointestinais, débito urinário e pressão intravesical. Após 10 dias, com transluminação do saco mostrando apenas ar, foi realizado o fechamento. Indução anestésica em sequência rápida em razão da impossibilidade de predição do conteúdo gástrico residual, sendo observada rápida dessaturação em apneia, resolvida com pronta intubação orotraqueal. Monitorização arterial invasiva, do débito urinário e da pressão intra-abdominal, além da punção de acesso venoso periférico. A abertura mostrou vísceras livres de aderências e foi possível o fechamento primário da parede por aproximação das bordas. Ao término, sendo observado bom padrão respiratório e ausência de pressão intra-abdominal elevada, foi realizada analgesia peridural e extubação. Alta hospitalar no 6º dia pós-operatório. **Discussão:** O PPP é utilizado no reparo de hérnias ventrais complexas em adultos, pois permite que as vísceras restabeleçam o direito de domínio e minimiza os riscos de síndrome compartimental pós-operatória e sequelas do fechamento sob tensão. Existem apenas dois relatos do seu uso em pacientes pediátricos, com poucos detalhes sobre a técnica anestésica, mas parece ser uma possibilidade em casos de onfalocele gigante, embora dependa de um minucioso planejamento perioperatório.

Palavras-chave: Onfalocele gigante, pneumoperitônio pré-operatório progressivo.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Rombaldi MC, Neto WFS, Holanda FC, Cavazzola LT, Fraga JC. Ventral hernia secondary to giant omphalocele in a child: combined approach of botulinum toxin and preoperative progressive pneumoperitoneum. *Hernia*. 2020;24(6):1397-400. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-019-02084-7>. PMID:31858310.

927 ANESTESIA PARA TUMOR GLÔMICO CAROTÍDEO

JÚLIA PINTO GUEDES LAGDEN, JOSÉ EDUARDO SMILGEVICIUS SILVA, MARCELO GRISOLIA GONÇALO, THAÍSE DA SILVA LOBO, THAYS ABRAHÃO SOARES MARASSI

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O tumor glômico carotídeo é um tipo raro de tumor neuroendócrino que tem origem nas células da crista neural do sistema paraganglionar, sendo encontrado numa frequência de 0,012% dos tumores de cabeça e pescoço, mais comum entre a quinta e sexta década de vida, em homens e mulheres com a mesma frequência. São raros tumores originários de células cromafins extra-adrenais, sendo considerados feocromocitomas extra-adrenais, potencialmente secretoras de neuropeptídeos e catecolaminas. Na maioria das vezes, localiza-se na região pós-teromedial da bifurcação carotídea e a ressecção cirúrgica pode ter consequências neurológicas e perda sanguínea importante por causa da proximidade com estruturas nobres da região cervical. **Relato de caso:** Paciente de 27 anos, sexo feminino, com evolução de 12 meses de massa palpável e pulsátil em região cervical direita, sem outros sintomas. Paciente sem outras comorbidades, negava medicações de uso contínuo. Exames laboratoriais prévios sem alterações, incluindo catecolaminas, metanefrinas e ácido vanilmandélico. Realizada angioressonância com detecção de tumor em bifurcação de carótida direita, classificação Shamblyn 3. No pré-operatório imediato, foi submetida a arteriografia seletiva de carótida direita com embolização de tumor sob anestesia geral. O tratamento de eleição foi a ressecção cirúrgica, cujo objetivo é remover o tumor completamente sem comprometimento neurovascular. Realizada anestesia geral balanceada mantida com sevoflurano. Indução com propofol, lidocaína, fentanil, rocurônio e precedex. Controle algico intraoperatório com remifentanil. Foi realizada monitorização com FloTrac e os parâmetros hemodinâmicos foram mantidos estáveis. Sem intercorrências anestésicas ou cirúrgicas. A ressecção do tumor foi parcial, pois envolvia toda a carótida interna extracraniana, o que torna impossível a anastomose distal com enxerto ou prótese. **Discussão:** A importância do adequado manejo anestésico deve-se, principalmente, à liberação de catecolaminas durante a manipulação do tumor, causando repercussões hemodinâmicas. Sendo assim, a escolha das drogas é fundamental para a manutenção da estabilidade, além da monitorização cerebral com BIS e monitorização cardiovascular invasiva para um melhor manejo dos eventos críticos transoperatórios. Há também benefício no uso de agentes anestésicos intravenosos como o propofol, cujo efeito protetor cerebral diminui a morbimortalidade.

Palavras-chave: Tumor glômico.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Reyes Gutiérrez S, Alcocer Casimiro L. Anestesia intravenosa total en cirugía de tumor carotídeo. Actas Peru Anesthesiol. 20(2):71-4.
2. Aguirre CHA, Toranzo FJM, Colunga RR, et al. Glomus del cuerpo carotideo (paraganglioma). Reporte de un caso. Rev ADM. 2009;66(2):24-7.

932 MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA EM PUÉRPERA PÓS-ARTRODESE: RELATO DE CASO

LUIZA AZEVEDO SANTA BARBARA, MARIANA GOMES RAJÃO SANTIAGO, PEDRO LOBATO VILACA,
RENATA DA CUNHA RIBEIRO, VANESSA GARCIA GOMES

*CET DO HOSPITAL VILA DA SERRA - HOSPITAL SEDE: INST.MATERNO INFANTIL DE MINAS GERAIS, NOVA LIMA, MG,
BRASIL*

É de conhecimento geral que o controle da dor impacta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos. Especialmente em pacientes oncológicos, cujos sintomas geralmente apresentam difícil controle e tendem a se cronificar, tal intervenção torna-se ainda mais relevante na busca por uma maior sobrevida, aumentando, também, a tolerância ao tratamento oncológico (1). Nesse contexto, faz-se necessária uma abordagem multimodal, de modo a oferecer um cuidado amplo e eficaz e que dê suporte ao indivíduo em suas múltiplas facetas. A avaliação dos sintomas do paciente deve ser feita de forma contínua e ampla na tentativa de estabelecer um tratamento efetivo. É importante determinar o mecanismo fisiopatológico da dor e sua classificação para que sejam definidas as opções de tratamento mais adequadas (1). O tratamento contempla não só opioides, mas também agentes anti-inflamatórios não esteroidais e adjuvantes, como anticonvulsivantes, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos e anestésicos tópicos. O uso potencial de analgésicos adjuvantes no manejo de pacientes oncológicos tem se firmado com o crescimento de pesquisas na área e o desenvolvimento de novas drogas. Essas drogas são muito importantes no manejo desses pacientes, principalmente nos que são apenas parcialmente responsivos aos opioides (2). Dito isto, relatamos o caso de adulta, 34 anos, puérpera, oncológica, em acompanhamento de equipe de anestesiologia para manejo de dor e rotação de opioides após cesárea e artrodese de coluna em níveis T6 a T10, sendo que essas abordagens ocorreram em tempos distintos. A paciente apresentava fratura patológica de T8 com desabamento do corpo vertebral, secundária a osteossarcoma recidivado e metastático. Internada na instituição 30 dias antes do procedimento, já encontrava-se em manejo de dor com doses elevadas de opioides. No pós-operatório imediato, optou-se pela associação de dipirona, cetoprofeno e morfina em horários fixos, intravenosos, com doses de resgate de morfina e em bomba de PCA, além de fentanil transdérmico já em uso desde antes do procedimento. Na sequência, foi otimizada a abordagem associando as medicações pregabalina e amitriptilina, além de iniciada a rotação entre a combinação de fentanil e morfina para metadona. Discute-se, nesse caso, a importância do acolhimento ao paciente oncológico, o desafio do controle algico nesses indivíduos, o papel da abordagem multimodal da dor e os benefícios da estratégia de rotação de opióides.

Palavras-chave: Dor, opióides, oncologia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Wiermann EG, Diz MDPE, Camponero R, et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. Rev Bras Oncol Clínica. 2015;132-43
2. Lussier D, Huskey AG, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in cancer pain management. Oncologist. 2004;9(5):571-91. <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.9-5-571>. PMID:15477643.

934 TAP BLOCK SUBCOSTAL EM PACIENTE PORTADORA DE SÍNDROME DE RETT: RELATO DE CASO

JAISA LEITE ALMEIDA, ANA PAULA ROCHA CRONEMBERGER, EDUARDO DE CASTRO LOPES, MATHEUS BARROS DA CUNHA, WILSON VARÃO JÚNIOR

CET INTEGRADO HRAN-HRT-ISMEP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A síndrome de Rett é um transtorno neurológico que afeta principalmente mulheres. A maioria dos casos resultam de mutação no gene MECP2. Caracteriza-se por um retardo mental severo depois de um período de desenvolvimento aparentemente normal na infância. Pacientes podem apresentar microcefalia, distúrbios respiratórios, via aérea de difícil acesso, convulsões, escoliose, cardiopatias e disautonomias. **Relato de caso:** Paciente feminina, 31 anos, chega em centro cirúrgico para realizar gastrostomia endoscópica. Portadora da síndrome de Rett. Durante avaliação pré-anestésica, sua acompanhante nega alergias, histórico de convulsões ou outras comorbidades. Paciente acamada, não contactante, estado físico ASA III. Não possui cirurgias prévias e não faz uso de medicações diariamente. O exame físico da via aérea mostra mobilidade cervical reduzida, distância interincisivos <3 cm, distância esternomentoniana <12,5 cm e distância tireomentoniana <6,5 cm. Paciente em sala operatória, monitorizada, venóclise jelco 22G, em MSD. Optou-se por realizar anestesia regional e sedação. Iniciado o uso de dexmedetomidina em bomba de infusão contínua 0,2 mcg/kg/h e midazolam 1 mg, assim como lidocaína spray 10% em pilares amigdalianos. Realizado TAP block subcostal com 10 mL de ropivacaína 0,5% guiado por ultrassom. Infundido propofol 10 mg antes da inserção da cânula endoscópica. O procedimento foi realizado sem intercorrências e os sinais vitais mantiveram-se estáveis. A paciente foi levada para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), onde permaneceu até atingir o seu estado neurológico de entrada. **Discussão:** A síndrome de Rett é desafiadora para o anestesiológico em razão da raridade dos casos e dos riscos perioperatórios inerentes a disfunções prévias do paciente, como descontrole autonômico, cardiopatias e via aérea de difícil acesso.

Palavras-chave: TAP block subcostal, síndrome de Rett, anestesia regional.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Glaze DG. Neurophysiology of Rett Syndrome. J Child Neurol. 2005;20(9):740-6. <http://dx.doi.org/10.1177/08830738050200090801>. PMID:16225829.
2. Karmaniou I, Krishnan R, Galtrey E, Cleland S, Vijayaraghavan R. Perioperative management and outcome of patients with Rett syndrome undergoing scoliosis surgery: a retrospective review. J Anesth. 2015;29(4):492-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00540-015-1974-3>. PMID:25617158.

935 AVALIAÇÃO DO RISCO-BENEFÍCIO DA UTILIZAÇÃO DE METADONA INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIA CARDÍACA PEDIÁTRICA E NEONATAL

BRUNA FARIA SIQUEIRA VIEIRA RABELO, JOSÉ ANTÔNIO DIAS GARCIA, LEONARDO MOREIRA MIGUEL VIEIRA, RAFAEL SIQUEIRA GONCALVES

UNIVERSIDADE PROF. EDSON ANTÔNIO VELANO (UNIFENAS), ALFENAS, MG, BRASIL

Introdução: O pós-operatório dos pacientes pediátricos e neonatais que realizam cirurgia cardíaca usualmente requer infusões de opióides e sedação por um prazo longo, o que resulta em internações hospitalares mais arrastadas devido à necessidade de desmame prolongado de opióides. Porém, a utilização de metadona durante a cirurgia pediátrica, embora ainda controversa, pode representar uma mudança nesse cenário. **Objetivo:** Avaliar o risco-benefício da utilização de metadona intraoperatória em pacientes pediátricos e neonatais submetidos à cirurgia cardíaca. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura com busca por artigos nas bases de dados PubMed e Web of Science publicados em inglês entre 2018 e 2022. A busca foi realizada a partir dos descritores *methadone*, *pediatric*, *neonatal*, *cardiac surgery*, ou sinônimos por meio dos interlocutores AND e OR. **Resultados:** A amostra final contou com quatro ensaios clínicos randomizados que atendiam aos objetivos da revisão. Todos os artigos relataram redução na necessidade da utilização de opióides pós-operatórios na população pediátrica, mas sem mudança significativa no grupo dos neonatos. Entretanto, um estudo observou que os neonatos submetidos a metadona necessitaram de doses menores de opióides intraoperatórios. Além disso, um estudo demonstrou que o manejo anestésico baseado em metadona intraoperatória facilita a extubação precoce e diminui o tempo de recuperação dos pacientes. Não foram observados maiores efeitos adversos, maior permanência na UTI ou maior necessidade de ventilação mecânica com a utilização da metadona. **Conclusão:** A utilização de metadona intraoperatória se mostrou extremamente benéfica para os pacientes pediátricos e neonatais submetidos a cirurgia cardíaca. No entanto, estudos adicionais são necessários para definir os melhores protocolos para a sua utilização por essa faixa etária.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca, cirurgia pediátrica

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Barnett AM, Machovec KA, Ames WA, et al. The effect of intraoperative methadone during pediatric cardiac surgery on postoperative opioid requirements. *Paediatr Anaesth.* 2020;30(7):773-9. <http://dx.doi.org/10.1111/pan.13903>. PMID:32365412.
2. Iguidbashian JP, Chang PH, Iguidbashian J, Lines J, Maxwell BG. Enhanced recovery and early extubation after pediatric cardiac surgery using single-dose intravenous methadone. *Ann Card Anaesth.* 2020;23(1):70-4. http://dx.doi.org/10.4103/aca.ACA_113_18. PMID:31929251.

936 APLICAÇÃO DO *BLOOD PATCH* EM PACIENTE COM FÍSTULA LIQUÓRICA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO, DEMOCRITO RIBEIRO DE BRITO NETO, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA, WALDEMAR NAVES DO AMARAL

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O vazamento espontâneo de líquido cefalorraquidiano (LCR) é uma condição que clinicamente se apresenta com cefaleias posicionais debilitantes. Além disso, as modalidades terapêuticas incluem: tratamento conservador, tampão sanguíneo epidural e fechamento cirúrgico. **Relato de caso:** E.J.C., sexo masculino, 48 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e etilismo inveterado. Foi admitido em um hospital do município vizinho com queixa de evolução com cefaleia holocraniana há 3 meses. A ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciou hematoma subdural crônico (HSC) frontal bilateral e coleção extradural liquórica em coluna torácica, sugestiva de fístula liquórica espontânea. Dessa forma, o paciente foi referenciado para nosso nosocômio, onde foi realizada a drenagem do HSC, sem intercorrências, e tratamento conservador para fístula, recebendo alta. Após duas semanas, o paciente evoluiu com sonolência excessiva, letargia, aumento dos níveis pressóricos, amnésia retrógrada e desorganização do pensamento. Solicitada mielo RNM e mielo cintilografia, apresentando divertículo em forame T10 e T11 sugestivo de *leak* de fístula liquórica. Assim, ficou definida abordagem via cirúrgica, mas após a discussão do caso entre os serviços de anestesiologia, neurologia e neurocirurgia, determinou-se a realização de *blood patch* epidural. A técnica consistiu em punção da artéria radial esquerda e coleta de 30 mL de sangue arterial, assepsia toracolombar, punção com agulha 16G de Tuohy até o espaço peridural pela técnica de Dogliotti e injeção de 30 mL de sangue coletado da artéria, e ocorreu sem intercorrências. Diante da melhora clínica, o paciente recebeu alta, sendo acompanhado em nosso ambulatório, e até o momento sem novas queixas ou déficits neurológicos, tendo a fístula como causa idiopática. **Discussão:** Infere-se que as estimativas da eficácia desse procedimento variam significativamente entre as pesquisas, com taxas de resposta variando de 36 a 90%. Um estudo relatou que o alívio completo da cefaleia foi mais provável em indivíduos tratados com *blood patch* em comparação com a terapia conservadora (77% vs. 40%, respectivamente, $p < 0,05$). Portanto, encorajamos a realização de mais pesquisas a fim de elucidar a melhor técnica, mitigando complicações para vida de pacientes com essa condição.

Palavras-chave: Líquido-cefalorraquidiano, fístula, medula espinhal.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Jones MR, Shlobin NA, Dahdaleh NS. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leak: review and management algorithm. *World Neurosurg.* 2021;150:133-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2021.03.115>. PMID:33798778.

937 **RELATO DE CASO: ARACNOIDITE ADESIVA, POSSIVELMENTE, APÓS ANESTESIA NEUROAXIAL EM GASTROPLASTIA**

GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, RAPHAEL DE ALMEIDA CARVALHO

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: A aracnoidite adesiva (AA) é uma doença inflamatória do canal espinhal inferior com obliteração do espaço subaracnóideo por formação de trabéculas e deformidade das raízes nervosas na medula espinhal. AA é uma das complicações mais graves da anestesia subaracnóidea. Caracteriza-se por diminuição de força muscular, alteração de sensibilidade nos membros inferiores e perineo, alterações vesico-intestinais, paraplegia e, em alguns casos, óbito. Inicia-se insidiosamente e os principais fatores etiológicos são a adição de substâncias irritativas ao anestésico local durante a anestesia de neuroeixo. O diagnóstico, normalmente, é feito por meio de exames de imagem. **Relato de caso:** RMPN, mulher, 57 anos, realizou gastroplastia Y de Roux em 09/02/22 em outra instituição hospitalar, sendo feita anestesia neuroaxial combinada com anestesia geral, medicações de uso contínuo: dexilant e citoneurin, desde 02/22. Admitida em 08/12/22 com relato de quadro confusional agudo, cefaleia e ansiedade. Há 4 meses, iniciou com fraqueza proximal em MMII associada à parestesia e disestesia nos MMII abaixo dos joelhos, bilateral e simétrica, com piora progressiva dos sintomas motores e sensitivos, evoluindo para necessidade de apoio para deambular há 1 mês. Referia ainda perda do controle esfinteriano urinário e fecal, evoluindo com obstipação intestinal e retenção urinária associada à incontinência. A RM da coluna torácica (09/12/22) apresentou distorção na morfologia da medula espinhal torácica entre T9 e T11, com septações/traves no espaço subaracnóidea e área central de alteração de sinal em seu parênquima compatíveis com aracnoidite adesiva. Submetida à descompressão medular na região afetada, apresentou melhora parcial do quadro clínico e, após 4 dias de internação em UTI, recebeu alta hospitalar com acompanhamento neurológico ambulatorial. **Discussão:** A terapia na AA é conservadora, sendo ainda o tratamento cirúrgico controverso em razão da sua alta taxa de recorrência pós-operatória. As complicações neurológicas determinadas pela anestesia subaracnóidea são raras, mas podem ser devastadoras. Portanto, faz-se necessária a seleção rigorosa dos pacientes a serem submetidos a essa técnica anestésica afim de se prevenir desfechos devastadoras como a AA. Apesar do procedimento ter sido realizado em outra instituição e, portanto, não ser possível determinar o desencadeante da complicação, o fator de risco mais provável foi a realização de anestesia neuroaxial prévia recente.

Palavras-chave: Aracnoidite adesiva

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Urga S, Szymańska-Adamcewicz O, Wierzchołowski W, Pilchowska-Ujma E, Urbaniak Ł. Spinal adhesive arachnoiditis: three case reports and review of literature. *Acta Neurol Belg.* 2021 Feb;121(1):47-53. <http://dx.doi.org/10.1007/s13760-020-01431>.
2. Tennant F, Porcelli M, Guess S. Adhesive Arachnoiditis: No Longer a Rare Disease. *Pract Pain Manag.* 2020;20(3).

938 SÍNDROME DE ORTNER SECUNDÁRIA A ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA AÓRTICA GRAVE: RELATO DE CASO

GABRIELLE FOPPA RABAIOLI, AMANDA GOMES FONSECA, ANA PAULA PEREIRA TORRES, GABRIELA LIMA CAVICHIOLI, VICTOR GABRIEL VIEIRA GONCHO

CET IPMMI-HOSP.MAT.MARIETA K.BORNHAUSEN - HOSPITAL SEDE: IPMMI - HOSP. MAT. MARIETA KONDER BORNHAUSEN, ITAJAÍ, SC, BRASIL

Introdução: A síndrome de Ortner (SO), também conhecida como síndrome cardiovocal, é caracterizada por rouquidão secundária à paralisia do nervo laríngeo recorrente associada a alterações intratorácicas. As manifestações clínicas incluem tosse persistente, dispneia e disfagia. Descreve-se um caso dessa síndrome relacionado com aneurisma de aorta torácica ascendente, com 12 cm em seu maior diâmetro, em paciente com insuficiência aórtica grave. **Relato de caso:** Paciente masculino, 55 anos, branco, ASA III, sem comorbidades conhecidas. Relatou que há 4 meses iniciou investigação por conta de disфонia, dor torácica irradiada para região dorsal e tosse seca persistente. Ecocardiograma transtorácico evidenciou aumento de câmaras esquerdas, fração de ejeção de 43% por Simpson, hipocinesia difusa e valva aórtica com sinais de refluxo importante. Paciente admitido em sala cirúrgica para troca valvar aórtica associada à correção endovascular de aneurisma aórtico. Em razão da compressão traqueal extrínseca pelo aneurisma, resultando em alto risco de colapso de via aérea após indução anestésica, optou-se por intubação orotraqueal acordado. Após explicação detalhada do procedimento ao paciente e concordância do mesmo, foi iniciada dose de ataque com dexmedetomidina (1 mcg/kg em 10 min) por acesso venoso periférico calibroso e suporte de oxigênio por cateter nasal. Realizada anestesia tópica em orofaringe com lidocaína spray e lidocaína gel, complementadas com anestesia transcricotireoidea com 5 mL de lidocaína 1%. Prosseguida a sedação com fentanil 50 mcg em bólus e mantida dexmedetomidina em dose de manutenção (0,5 mcg/kg/min), com preservação de ventilação espontânea. Iniciado uso de fibrobroncoscópio com visualização de epiglote colabada posteriormente. Optou-se por uso de videolaringoscópio e guia *bougie*, resultando em intubação bem sucedida sob visualização. Durante a indução, foram mantidas as metas hemodinâmicas da valvulopatia em questão. Houve controle da frequência cardíaca e da pressão arterial com suporte hemodinâmico. **Discussão:** Sabe-se que a SO é uma condição rara e, quando associada à aneurisma de aorta de grande porte, torna-se um desafio para o anestesiológico, sendo imprescindível a avaliação prévia do paciente para a detecção da patologia antes da indução anestésica, a fim de antecipar dificuldades no manejo da via aérea e garantir maior segurança para o ato anestésico.

Palavras-chave: Síndrome de Ortner, nervo laríngeo recorrente, aneurisma de aorta.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Zangirolami AC, Oliveira FV, Tepedino MS. Ortner's syndrome: secondary laryngeal paralysis caused by a great thoracic aorta aneurysm. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2015;19(2):180-2. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1397331>. PMID:25992177.
2. Miller RD. *Miller's Anesthesia*. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2015.

940 **DESPERTAR PROLONGADO APÓS ANESTESIA GERAL** **RELATO DE CASO**

LARYSSA LIRA PORTO, ANA LUÍSA DANTAS SOUTO, MARCOS EYDER LEITE FRAGOSO

CET JOÃO PESSOA – PB - HOSPITAL SEDE: HOSP. EM. E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: O despertar da anestesia geral faz parte do planejamento do ato anestésico, trazendo receio à população leiga. A síndrome de Rett está ligada ao cromossomo X, ausência do gene MECP2, que compromete o desenvolvimento cerebral e cursa com deformidades ortopédicas, problemas respiratórios, convulsões e perda do tônus muscular. **Relato de caso:** M.S.S.F., paciente feminina, 13 anos, 34 kg, portadora de síndrome de Rett, em uso de fenobarbital e carbamazepina, relato de cirurgia de escoliose em múltiplos níveis há 8 meses sob anestesia geral com despertar após 4 dias do término cirúrgico. Proposta cirúrgica de correção de pé torto congênito com manipulação em quadril, joelhos e tornozelos. Às 8 h, monitorização com PNI, ECG, oximetria, espectro cerebral (BIS), venóclise MSD 22G e MSE 20G, ativa/reactiva, desorientada, sinais vitais estáveis e BIS 87. Realizada pré-oxigenação com máscara facial FIO₂ 100%, indução e manutenção venosa com propofol infusão alvo-controlada e remifentanil 0,1 µg/kg/min, sob laringoscopia direta. Realizada intubação orotraqueal com tubo traqueal número 6 com *cuff*, capnografia confirmada. Administrado rocurônio 20 mg e acoplado à ventilação mecânica VCV VC 6 mL/kg, PEEP 4, FR 15 FIO₂ 50%. Administração de dipirona, cetoprofeno, dexametasona e morfina 0.1 mg/kg. Gasometria arterial (pH 7.36 pCO₂ 38 HCO₃ 24 Hb 8.6 Glu 129 mg/dL) 6 h após o término da cirurgia. Não necessitou de drogas vasoativas. Realizada descurarização com sugamadex 4 mg/kg. Diurese 250 mL. Volume infundido de 1000 mL SRL. Ao término do ato, foi desligado o propofol e mantido remifentanil 0.05 µg/kg/min (40 min) e modo ventilatório em SIMV por 2 h; porém, com BIS <60. Sinais vitais estáveis, drive ventilatório assumido, mas sem despertar. Optou-se por conduzi-la à UTI intubada com ventilação mecânica SIMV, sem sedação. Extubação após 48 h da admissão em UTI e despertar em 96 h, após otimização de doses de anticonvulsivantes e redução de analgesia (fentanil transdérmico). **Discussão:** A demora no despertar pós-anestésico possui etiologia multifatorial, incluindo fatores do paciente, ação de drogas, aspectos metabólicos e correlação com aspectos cirúrgicos. É relevante conhecer as interações existentes entre os fármacos utilizados no tratamento do paciente com os anestésicos e medicamentos coadjuvantes utilizados na anestesia. Esse fenômeno representa um desafio para o anestesiológico, sendo assim, é importante a realização do diagnóstico e tratamento eficaz.

Palavras-chave: Despertar Prolongado, Interação Medicamentosa, Convulsão epiléptica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Flood P. Stoelting's Pharmacology and Physiology in Anesthetic Practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2006.
2. Barash PG. Clinical anesthesia 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2014.
3. Mendoza-Popoca CU. Retraso en el despertar. Rev Mexicana de Anestesiología. 2016;39(2):142-51.

942 RAQUIANESTESIA CONTÍNUA PARA ARTROPLASTIA DE QUADRIL EM PACIENTE IDOSA COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES

PALOMA MIRELLA SANTOS FONSECA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O planejamento anestésico no paciente idoso e a escolha da técnica requerem conhecimento por parte do anestesista das diversas alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento nessa população. Além disso, é necessário avaliar isoladamente as condições físicas, emocionais e laboratoriais e saber quais medicações estão sendo usadas. A mortalidade nas grandes cirurgias realizadas em um serviço geral pode ser cinco vezes maior em pacientes acima de 65 anos do que entre os jovens; por essa razão, esse planejamento é desafiador. **Relato de caso:** A.M.R.L., mulher, 84 anos, hipertensa, cardiopata e renal crônica com agudização, ASA P3, com heparina não fracionada profilática suspensa há mais de 12 h, sem uso de outro anticoagulante. Foi encaminhada ao centro cirúrgico para realização de artroplastia de quadril por fratura de fêmur. Monitorizada com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva, acesso periférico com cateter 18G, oxigenioterapia a 2l/min, sedação com propofol em infusão contínua alvo-controlada. Realizada raquianestesia em decúbito lateral esquerdo, punção em espaço subaracnóideo L4/L5 com agulha Tuohy 17G, introdução de cerca de 2 cm de cateter 22G no espaço subaracnóideo. Inicialmente, injetados 5 mg de bupivacaína isobárica, com necessidade da mesma dose após 90 min de cirurgia. No intraoperatório, apresentou hipotensão responsiva à correção com metaraminol 0,5 mg, sem repercussões hemodinâmicas importantes. O procedimento durou cerca de 150 min e, ao final, a paciente foi encaminhada para UTI, onde já estava internada e permaneceu por 2 dias, recebendo alta após 5 dias de internação. **Discussão:** A anestesia raquidiana é a opção mais bem tolerada na população geriátrica quando o bloqueio se limita às regiões abaixo de T10, pois acima desse nível pode ocorrer hipotensão arterial severa causada por: 1) bloqueio de fibras simpáticas pré-ganglionares; 2) bloqueio do simpático cardíaco; 3) reflexo de *brainbridge*. Optou-se por raquianestesia contínua com objetivo de titular as doses de anestésico local, pequenas e espaçadas, por meio do cateter no espaço subaracnóideo, objetivando maior estabilidade hemodinâmica e analgesia e anestesia adequadas durante o procedimento cirúrgico. Em comparação com a anestesia geral, essa escolha reduz complicações em até 30%, principalmente as respiratórias, tanto intra- como pós-operatórias, que juntas podem ser responsáveis por cerca de 20% da mortalidade global.

Palavras-chave: Raquianestesia contínua.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Imbellon LE . Beato L. Comparação entre raquianestesia, bloqueio combinado raqui-peridural e raquianestesia contínua para cirurgias de quadril em pacientes idosos. Estudo retrospectivo. Rev Bras Anesthesiol. 2002;52(3):316-25 <https://doi.org/10.1590/S0034-70942002000300006>.
2. Nicoletti RL. Anesthesia for the aged. Rev Bra Anesthesiol. 1981;31(2):147.

943 TRANSPLANTE CARDÍACO EM PACIENTE COM COMPLICAÇÃO EM DISPOSITIVO DE ASSISTÊNCIA VENTRICULAR

MATHEUS RAMOS PROTÁSIO, ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, MARCUS VINICIUS FIGUEIREDO LOURENCO, THALES ABREU TEDOLDI

CET HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Os dispositivos de assistência ventricular surgiram como uma grande alternativa de tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca refratária ao tratamento clínico. A princípio, esses dispositivos tinham como objetivo funcionar como ponte para o transplante cardíaco; no entanto, com os avanços em sua tecnologia e na criação de novas gerações, seus eventos adversos, como acidente vascular encefálico (AVE), trombose, infecção e sangramento abdominal, entre outros, têm sido menos frequentes, de modo que se tem aventado a possibilidade de seu uso como terapia de destino. **Relato de caso:** E.C.S., mulher, 48 anos, implante de dispositivo de assistência ventricular (HeartMate 3) em 2020 com indicação em razão de quadro de insuficiência cardíaca (IC), miocardiopatia isquêmica e hipertensão de artéria pulmonar (HAP) impeditiva para transplante cardíaco naquele momento. A paciente evoluía compensada do quadro de IC e com controle da HAP, de modo a se incluir na fila de transplante; porém, apresentou quadro de secreção esverdeada em ponto de saída do *driveline* do dispositivo de assistência ventricular, sendo diagnosticada infecção nesse sítio. A paciente fora listada como prioridade e seguiu com antibioticoterapia endovenosa. Após disponibilidade de órgão, a paciente foi submetida ao transplante cardíaco sem intercorrências na indução e início da cirurgia, evoluindo, após saída de circulação extracorpórea com disfunção de ventrículo direito, HAP e vasoplegia, sendo então encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em uso de noradrenalina, adrenalina, vasopressina e milrinone. Progrediu com estabilização hemodinâmica e clínica após alguns dias, sendo extubada e reabilitada até receber alta da UTI e hospitalar. **Discussão:** Neste caso, tivemos a oportunidade de acompanhar um evento adverso associado a um dispositivo de assistência ventricular, bem como sua evolução e tratamento. Dessa forma, podemos entender a dualidade entre cautela e otimismo em se definir esses dispositivos estudados como terapia final de casos terminais de insuficiência cardíaca, uma vez que, apesar de ainda presentes e graves, as prevalências das complicações vêm diminuindo com a evolução tecnológica dessas ferramentas terapêuticas. Sendo assim, estamos diante da possibilidade de um novo caminho para pacientes que não chegam a ter a oportunidade de esperar sua vez nas filas de transplante cardíaco.

Palavras-chave: Transplante cardíaco, dispositivo de assistência ventricular, insuficiência cardíaca.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Han JJ, Acker MA, Atluri P. Left ventricular assist devices: synergistic model between technology and medicine. *Circulation*. 2018;138(24):2841-51. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035566>. PMID:30565993.
2. Castrodeza J, Ortiz-Bautista C, Fernández-Avilés F. Continuous-flow left ventricular assist device: current knowledge, complications, and future directions. *Cardiol J*. 2022;29(2):293-304. <http://dx.doi.org/10.5603/CJ.a2021.0172>. PMID:34967940.

945 ABSCESSE CUTÂNEO APÓS USO DE BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA: RELATO DE CASO

WALERIA RIOS CARNEIRO, ANITA PERPÉTUA CARVALHO ROCHA, DISNEI FELIX BARBOSA MATOS

CET SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL

Justificativa e objetivo: A buprenorfina é um opióide semisintético forte utilizado como opção para tratamento de pacientes com dor de intensidade moderada a forte. A única forma disponível da buprenorfina no Brasil é por via transdérmica, que se tornou uma excelente opção para tratamento de dor crônica por apresentar diversas vantagens; no entanto, não é isenta de riscos. O objetivo deste estudo é apresentar uma reação cutânea adversa grave com necessidade de intervenção cirúrgica. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, hipertensa e diabética, com diagnósticos de artrite reumatoide, síndrome fibromiálgica e hérnia de disco lombar, com dor crônica de forte intensidade, sendo indicado uso de buprenorfina transdérmica 10 mg para auxiliar o controle algico. Após 24 h de uso, evoluiu com eritema e prurido local, sendo indicada remoção do adesivo; porém, a lesão apresentou piora progressiva com formação de abscesso e necessidade de drenagem cirúrgica. **Conclusão:** A buprenorfina transdérmica apresenta um perfil favorável de segurança e tolerabilidade, além de reduzir o risco de efeitos indesejados, como depressão respiratória, constipação e ideação suicida. No entanto, seu uso em pacientes idosos portadores de comorbidades, como a imunossupressão descrita neste caso, exige maior vigilância em virtude do risco de desenvolvimento de reações adversas mais graves.

Palavras-chave: Buprenorfina transdérmica, complicações, abscesso cutâneo.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Kress HG. Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine. *Eur J Pain*. 2009;13(3):219-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.011>. PMID:18567516.
2. Khan S, Sharman T. *Transdermal medications*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Butler S. Buprenorphine-clinically useful but often misunderstood. *Scand J Pain*. 2013;4(3):148-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.05.004>. PMID:29913911.

946 BRADICARDIA COM BIGEMINISMO VENTRICULAR ASSOCIADO AO USO DE OCITOCINA COM PIORA COM O USO DA ATROPINA: RELATO DE CASO

NATÁLIA DE MEDEIROS DANTAS, AMANDA SANTANA COSTA ZAGO, EDGARD ALBERNAZ XAVIER, MANUELA FREIRE CAETANO DE ALMEIDA, MARIA CATARINA RODRIGUES DE MATOS

HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO, ARAME, DF, BRASIL

Introdução: A ocitocina é um fármaco usado em cesariana para proteção de hemorragia pós-parto. A variabilidade do uso da ocitocina deve-se a dificuldade de se obter estudos com altos níveis de evidência. Sabe-se que doses altas, principalmente em bólus, pode causar efeitos colaterais importantes, inclusive cardiovasculares e hemodinâmicos, como vasodilatação, taquicardia e até mesmo isquemia miocárdica.

Relato de caso: Gestante de 25 anos, IG: 37 semanas, veio para realização de cesárea em razão de restrição de crescimento intrauterino. Nega comorbidades, doenças cardiovasculares, doenças gestacionais e alergias. Paciente admitida em sala, realizada a monitorização padrão, feita a raqui-anestesia, sem intercorrências e colocada em decúbito dorsal para realização da cirurgia. Retirado o recém-nascido vivo e feito 3 UI de ocitocina em bólus e mais 7 UI no soro fisiológico aberto. Necessitou de mais 10 UI de ocitocina no soro. Após iniciar fechamento do útero, paciente evolui com bradicardia (30 bpm) com bigeminismos ventriculares e náuseas. Administrada atropina 0,5 mg, evoluindo com dor retroesternal e taquicardia ventricular sustentada com pulso sem instabilidade hemodinâmica. Ofertada oxigenoterapia e administrada amiodarona 300 mg com retorno ao ritmo sinusal e melhora importante da taquicardia. Eletrocardiograma de controle sem alterações significativas. Mantida a paciente sob vigilância na sala de recuperação pós-anestésica, onde evoluiu com hipotensão e necessidade de droga vasoativa. Encaminhada à UTI, feitos exames, apresentando diagnóstico de infarto. Realizada tomografia de tórax, que evidenciou vidro fosco e cisorite. Em alguns dias, o quadro melhorou, com alta para casa. **Discussão:** A ocitocina é amplamente usada para diminuir o risco de atonia uterina. Sabe-se que a ocitocina pode causar efeitos cardiovasculares, principalmente se administrada em doses excessivas e em bólus. A sua administração pode ocasionar aumento do débito, taquicardia e redução importante da resistência vascular periférica. Em pacientes com doenças cardiovasculares anteriores, não se recomenda o uso de ocitocina em bólus por causa da probabilidade desses efeitos serem maiores. Há, inclusive, relatos de óbito após uso de 5 a 10 UI em altas doses, o que não é mais recomendado. Hoje em dia, observa-se que a utilização da ocitocina acaba sendo empírica, e varia de acordo com o protocolo de cada hospital.

Palavras-chave: Ocitocina, cesariana, efeitos cardiovasculares.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA. Ocitocina em cesarianas: qual a Melhor Maneira de Utilizá-la? Rev Bras Anesthesiol. 2007;57(3):324-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942007000300011>. PMID:19466368.

947 **ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA COMO FERRAMENTA AUXILIAR PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO NO RAMO ESQUERDO DO FEIXE DE HIS: UMA SÉRIE DE CASOS**

LUCAS DE SOUZA, CHIARA SCAGLIONI TESSMER GATTO, MARCOS VINÍCIUS ANDRADE MORESCO, THIAGO VIÇOSO DOS SANTOS, VICTORIA DE BITTENCOURT ANTUNES

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A estimulação cardíaca é uma terapia eficaz no tratamento de pacientes com bradicardia decorrente de disfunção do nódulo sinusal ou bloqueio atrioventricular. A estimulação ventricular direita convencional aumenta o risco de fibrilação atrial e insuficiência cardíaca em portadores de marca-passo. A estimulação do sistema de His é a forma mais fisiológica de estimulação ventricular; no entanto, é uma técnica que possui limitações. Surge, então, o conceito de posicionamento do eletrodo diretamente no ramo esquerdo do feixe de His, que tem se mostrado viável e apresentado bons resultados clínicos e eletrocardiográficos. **Objetivo:** Avaliar os benefícios do uso da ecocardiografia transesofágica como ferramenta auxiliar nesse procedimento, diminuindo o tempo cirúrgico e possíveis complicações e garantindo melhores resultados clínicos e eletrocardiográficos. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo do tipo série de casos. **Relato dos casos:** Foram avaliados sete pacientes, com idades variando entre 62 e 87 anos, todos do sexo masculino. Realizada ecocardiografia transesofágica sob anestesia geral com enfoque em janelas de esôfago médio e transgástricas de modo a visualizar diretamente e em tempo real o posicionamento do marcapasso no ramo esquerdo do feixe de His. Em todos os casos descritos, foi realizado implante do eletrodo de modo a estimular diretamente o ramo esquerdo do feixe de His com sucesso nos parâmetros eletrocardiográficos pré-estabelecidos. O tempo médio de duração do procedimento foi de 100 min. **Conclusão:** A ecocardiografia transesofágica se mostrou uma ferramenta de grande valia no intraoperatório de implante de marcapasso no ramo esquerdo do feixe de His, possibilitando um procedimento mais seguro. São necessários estudos clínicos randomizados complementares para avaliar objetivamente a redução do tempo cirúrgico e melhores resultados com o uso da ecocardiografia intraoperatória.

Palavras-chave: Marca-passo artificial, estimulação cardíaca artificial, terapia por estimulação elétrica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Padala SK, Cabrera JA, Ellenbogen KA. Anatomy of the cardiac conduction system. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2021 Jan;44(1):15-25. <http://dx.doi.org/10.1111/pace.14107>.
2. Sweeney MO, Hellkamp AS, Ellenbogen KA, Greenspon AJ, Freedman RA, Lee KL, Lamas GA; MODe Selection Trial Investigators. Adverse effect of ventricular pacing on heart failure and atrial fibrillation among patients with normal baseline QRS duration in a clinical trial of pacemaker therapy for sinus node dysfunction. *Circulation.* 2003 Jun 17;107(23):2932-7. <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.0000072769.17295.B1>.
3. Bhatt AG, Musat DL, Milstein N, Pimienta J, Flynn L, Sichrovsky T, Preminger MW, Mittal S. The Efficacy of His Bundle Pacing: Lessons Learned From Implementation for the First Time at an Experienced Electrophysiology Center. *JACC Clin Electrophysiol.* 2018 Nov;4(11):1397-406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacep.2018.07.013>.

948 USO DE TAMPÃO SANGUÍNEO PERIDURAL EM FISTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA REFRATÁRIA AO TRATAMENTO CONSERVADOR

GLAYDE SABRINA CAMARGOS DE SOUZA, CELSO EDUARDO REZENDE BORGES, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, LUCAS GONÇALVES GOMES, MATHEUS BRAGA GOMIDES DE SOUSA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: O tampão sanguíneo peridural (TSP) ou “blood patch” é um tratamento seguro e eficaz para a hipotensão liquórica espontânea (HLE), mesmo que ainda não se tenha esclarecido o mecanismo da sua efetividade. As manifestações clínicas mais comuns da HLE incluem cefaleia ortostática, cervicálgia e enxaqueca, podendo evoluir com coreia, paralisia de nervos cranianos, comprometimento cognitivo e demência frontotemporal reversível. Embora seja mais frequente após procedimentos neurocirúrgicos ou punções lombares, a HLE acomete 2-5 a cada 100.000 pacientes fora do cenário cirúrgico, e é diagnóstico diferencial de enxaqueca crônica, divertículos meníngeos e rupturas durais. **Relato de caso:** J.A.G.S., 45 anos, 68 kg, estado físico P2 por dislipidemia, refere ter iniciado, uma semana após esforço físico, cefaleia frontal e retro-ocular bilateral em aperto de moderada a forte intensidade, com instalação insidiosa, piora em posição ortostática e melhora em decúbito, associada a náuseas e vômitos. Diagnóstico de hipotensão liquórica por neurologista, com melhora parcial após hidratação via oral e cafeína. Após 02 dias, paciente iniciou quadro de diplopia em razão de neuropraxia do nervo abducente ao exame físico. A ressonância magnética (RM) de crânio era normal e a da coluna cervical mostrou alterações degenerativas ósseas e discais, hérnia central em C5-C6 e C6-C7, sem efeito de massa significativo. Além disso, apresentava hérnias em T8-T9 e L5-S1 com retrolistese e estenose foraminal. Realizadas manometria liquórica com agulha 25G, que evidenciou 3 mmHg, e análise bioquímica do LCR, sem alterações. Optou-se por realizar punção peridural com agulha 17G em região T12-L1, injetados 25 mL de sangue venoso em espaço peridural com melhora algica instantânea. Alteração visual foi solucionada após 02 meses com o uso de toxina botulínica no m.reto medial e gabapentina. **Discussão:** O tratamento conservador apresenta taxa de sucesso próxima a 26%; todavia, o TSP é o tratamento de escolha para HLE por ser seguro e eficaz, além de apresentar raras complicações, como hemorragia peridural ou infecção. O volume ideal injetado na via peridural é de 20 mL; porém, apresenta variabilidade conforme o nível de comprometimento da lesão e perda liquórica. Desse modo, o uso do TSP deve ser sempre considerado em casos refratários ao tratamento conservador em pacientes com HLE.

Palavras-chave: Tampão sanguíneo peridural, fístula liquórica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. D'Antona L, Jaime Merchan MA, Vassiliou A, et al. Clinical presentation, investigation findings, and treatment outcomes of spontaneous intracranial hypotension syndrome: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Neurol.* 2021;78(3):329-37. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.4799>. PMID:33393980.
2. Pagani-Estévez GL, Cutsforth-Gregory JK, Morris JM, et al. Procedural predictors of epidural blood patch efficacy in spontaneous intracranial hypotension. *Reg Anesth Pain Med.* 2019;44(2):212-20. <http://dx.doi.org/10.1136/rapm-2018-000021>. PMID:30636714.

950 IMPACTO DA VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA EM ANESTESIA: EVIDÊNCIAS DE REDUÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS E MELHORIA DA PRÁTICA CLÍNICA

ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A anestesia é uma intervenção médica sujeita a riscos. As intercorrências podem ocorrer a qualquer momento do perioperatório, desde o preparo até o término cirúrgico. Com a intenção de minimizar esses danos, sobretudo visando a segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um protocolo de verificação de segurança em anestesia em 2009. Desde então, várias pesquisas foram realizadas para avaliar a eficácia e impacto da implementação desse protocolo na prática clínica. **Objetivo:** Analisar o impacto da verificação em anestesia, incluindo a melhoria da troca de informações, o conhecimento de informações críticas, como alergias, a percepção de segurança e a percepção do trabalho em equipe nas equipes de anestesia. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática na base de dados PubMed entre 2015 e 2023 utilizando-se os seguintes descritores: segurança do paciente, anestesia, verificação em anestesia. **Resultados:** No primeiro estudo, um ensaio clínico randomizado realizado por Conley e colaboradores (2015) após a implementação de um checklist de verificação de segurança em anestesia antes da indução da anestesia, foi observado uma diminuição significativa na incidência de intercorrências em anestesia (de 33% para 9%) após a implementação do protocolo. Além disso, os profissionais de saúde relataram uma melhora na troca de informações, no conhecimento de informações críticas e na percepção de segurança. No segundo estudo, uma revisão sistemática de Nair e colaboradores (2021) que analisou 23 estudos abordando a implementação de um checklist de verificação de segurança em anestesia, foi observada melhora na percepção da segurança do paciente em 22 dos 23 estudos incluídos. Além disso, 14 estudos relataram melhora na troca de informações e oito estudos relataram melhora na percepção do trabalho em equipe. **Conclusão:** Observando os dados supracitados, entende-se a necessidade de implementar uma checagem perioperatória através de um protocolo de verificação de segurança em anestesia para um impacto positivo na prática clínica. Após a implementação desse protocolo, constatou-se uma redução significativa na ocorrência de erros, incluindo a troca incorreta de informações sobre o paciente, a desinformação sobre dados críticos, o aumento na percepção de segurança e a melhora no trabalho entre as equipes de anestesia.

Palavras-chave: Segurança do paciente, anestesia, verificação em anestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. Compliance with the surgical safety checklist in Switzerland: an observational multicenter study based on self-reported data. *Patient Saf Surg.* 2022;16(1):17. <http://dx.doi.org/10.1186/s13037-022-00327-8>. PMID:35614454.
2. Tscholl DW, Weiss M, Kolbe M, et al. An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams. *Anesth Analg.* 2015 Oct;121(4):948-956. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000000671>. PMID: 25806399.

951 PÓLIPOS FIBROVASCULARES DE ESÔFAGO: OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS

LUCAS ALBERTO SABLEWSKI, CAMILA PEREIRA ZUCONI, MARCIA AMARAL, RENATO TAVARES
BELLATO, VIVIANE FRANÇA MARTINS

SEARP HOSPITAL SAO FRANCISO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: Pólipos fibrovasculares de esôfago são tumores benignos raros, com poucos casos relatados. Os sintomas surgem apenas quando os pólipos atingem grandes dimensões. **Relato de caso:** Homem, 73 anos, 61 kg, 165 cm, com queixa de pirose, encaminhado para realização de endoscopia digestiva alta eletiva. Portador de hiperplasia prostática benigna, em uso de dutasterida e tansulosina (combodart), sem outros dados pertinentes à avaliação pré-anestésica. Após sedação leve (midazolam 2 mg + fentanil 25mcg) com a introdução do endoscópio, foi visualizado pólipo pediculado de aspecto fibrovascular em esôfago superior, estendendo-se até a glote, com obstrução parcial da mesma. O exame foi finalizado sem ressecção do pólipo. Programada ressecção do mesmo com intubação orotraqueal e material endoscópico especial. **Discussão:** Os pólipos fibrovasculares geralmente se originam na área subcricóidea, não produzem sintomatologia durante longo tempo e podem se direcionar à via aérea, causando obstrução da mesma e consequente asfixia. Entretanto, o sintoma mais frequente é a disfagia. A incidência é maior em homens de 50 a 60 anos. Os exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética são considerados específicos e úteis na elucidação diagnóstica.

Palavras-chave: Pólipo fibrovasculares de esôfago, via aérea difícil, obstrução de via aérea.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Nobrega BB, Figueirêdo SS, Cavalcante LP, Ribeiro RE, Santos Teixeira KIS, Paula CI. Pólipo fibrovascular de esôfago: relato de caso e revisão da literatura. Radiol Bras. 2002;35(4):243-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842002000400013>.

952 ANESTESIA EM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN: RELATO DE CASO

AMANDA BITTENCOURT MARSIGLIA, AMANDA MARIA MENEZES MOURA, EMÍLIO CARLOS DEL MASSA, KARLENO DE LIMA CANTANHEDE, LUCIDIA RODRIGUES DA COSTA

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA DE SÃO PAULO - IGESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: O presente trabalho relata o caso de uma anestesia em paciente pediátrico portador da síndrome de Williams-Beuren (SWB), com correção cirúrgica bem sucedida. A SWB é uma rara desordem genética caracterizada por múltiplas anomalias associadas a retardo mental, alterações cardiovasculares, hipercalemia e disfunções orgânicas múltiplas. **Relato de caso:** J.C.L, paciente masculino, 16 anos, 55 kg, internado eletivamente para reconstrução de trânsito intestinal após realização de hemicolectomia esquerda ampliada com ileostomia em razão de quadro de abdome agudo perfurativo no ano de 2017. Paciente portador da SWB com comprometimento cardíaco, apresentando estenose supra-aórtica importante e insuficiência aórtica moderada/grave. Foi proposta laparotomia exploratória supraumbilical com enteroanastomose segmentar e oclusão de sítios de ileostomia. No centro cirúrgico, monitorização multiparamétrica, venóclise-16G em membro superior esquerdo, anestesia balanceada multimodal com indução com lidocaína 30 mg, propofol 100 mg, fentanil 150 mcg e cisatracúrio 8 mg. Intubação orotraqueal com tubo orotraqueal 7,0 com *cuff* (presença de Cormack IIIa) + auxílio de *bougie* sem intercorrência e manutenção de anestesia com sevoflurano e dexmedetomidina 0.3 mcg/kg/h em bomba de infusão contínua, mantido em assistência ventilatória, controlada a pressão. Analgesia realizada com dexametasona 10 mg, ceterolaco 30 mg e dipirona 1000 mg. Apresentou leve hipotensão durante o ato cirúrgico, corrigida com efedrina 5 mg. Procedimento com duração de 3 h e 30 min. Extubação sem intercorrências, encaminhado à unidade de terapia intensiva sem queixas álgicas e acordado em cateter nasal 2 l/min. Após 04 dias de internação em ala de UTI pediátrica, evolui com quadro desfavorável de infarto agudo do miocárdio sem resposta às medidas de reanimação e posterior óbito. **Discussão:** Realizamos anestesia balanceada multimodal em paciente portador de uma síndrome rara e de difícil manejo anestésico. A ausência de relatos e a diversidade de apresentações e complicações tornam sua abordagem ainda mais desafiadora, tanto do ponto de vista clínico, quanto do anestésico. Mesmo com poucos relatos na literatura sobre a SWB, conseguiu-se realizar uma anestesia segura e sem complicações durante o procedimento, embora com desfecho desfavorável. Nesse sentido, torna-se importante um olhar mais atento e aprofundado sobre as desordens congênitas.

Palavras-chave: Síndrome de Williams-Beuren (SWB), desordens congênitas, anestesia multimodal.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bird LM, Gillman GF, Lacro RV, et al. Sudden death in Williams syndrome: report of ten cases. *J Pediatr.* 1996;129(6):926-31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(96\)70042-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(96)70042-2). PMID:8969740.
2. Burch TM, McGowan FX Jr, Kussman BD, Powell AJ, DiNardo JA. Congenital supravalvar aortic stenosis and sudden death associated with anesthesia: what's the mystery? *Anesth Analg.* 2008;107(6):1848-54. <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0b013e3181875a4d>. PMID:19020129.
3. Gupta P, Tobias JD, Goyal S, et al. Sudden cardiac death under anesthesia in pediatric patient with williams syndrome: A case report and review of literature. *Ann Card Anaesth.* 2010;13(1):44-8. <http://dx.doi.org/10.4103/0971-9784.58834>. PMID:20075535.

953 ANESTESIA GERAL EM CESÁREA PARA GESTANTE COM TETRALOGIA DE FALLOT NÃO CORRIGIDA

ALISSON HOLSTEIN, BRUNA GOELZER, LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA, ROBERTA VERGARA DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

Introdução: A incidência de gestação em pacientes cardiopatas tem aumentado, com mortalidade predominando em mulheres acima dos 40 anos de idade. O manejo anestésico das cardiopatas de alto risco requer compreensão das alterações cardiovasculares e das respectivas adaptações fisiológicas.

Relato do caso: Paciente feminina, 25 anos, gestante de 31 semanas e 5 dias. Peso de 65 kg e estatura de 1,61 m. Com tetralogia de Fallot não corrigida, em uso de heparina 5.000 UI 2 x ao dia. Fração de ejeção de ventrículo esquerdo de 56% e ventrículo direito com dimensões aumentadas. Contagem de plaquetas de 87.000. Classificação III da ASA. Recebida em centro cirúrgico com saturação de oxigênio de 85% e pressão arterial de 130 x 90 mmHg. Realizada monitorização básica e avançada pressão arterial invasiva em artéria radial esquerda e punção de acesso periférico Abocath 18 em membro superior esquerdo. Acesso venoso central em veia jugular interna direita. Indução anestésica em sequência rápida com fentanil 100 mcg, cetamina 125 mg e succinilcolina 70 mg; seguida de intubação orotraqueal com tubo número 7,0. Manutenção anestésica inalatória com sevoflurano. Administrado um total de 1.000 mL de ringer lactato, sem necessidade de uso de drogas vasoativas. Pressão arterial média variando entre 70 e 90 mmHg no transoperatório. Tempo cirúrgico de 25 min, sem intercorrências. Conduzida para pós-operatório em UTI. Extubada na manhã seguinte, sem intercorrências. **Discussão:** Em gestantes com alto risco cardiológico, o parto vaginal é a via de escolha. Cesariana raramente é indicada somente por conta da cardiopatia, exceto em casos de dissecção de aorta ou em pacientes com provável necessidade de rápida intervenção e estabilização. Na cesariana, a anestesia de neuroeixo é preferencial, mesmo em pacientes cardiopatas. Se de alto risco, uma técnica combinada intratecal-epidural com baixa dose constitui excelente opção. Se houver contra-indicação das técnicas anestésicas de neuroeixo, a anestesia geral pode ser necessária. Nesse caso, a fisiopatologia e os parâmetros hemodinâmicos serão considerados para escolha dos agentes. A técnica de escolha é a indução por sequência rápida precedida de pré-oxigenação a 100%. Se indução lenta for mandatória para estabilidade, sobrepõe-se ao risco de broncoaspiração. Objetiva-se o controle rigoroso da frequência cardíaca e da pressão arterial durante todo o período transoperatório.

Palavras-chave: Anestesia geral obstétrica, gestante cardiopata, tetralogia de Fallot.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Arendt KW. Anesthesia for labor and delivery in high-risk heart disease: General considerations. Waltham: UpToDate; 2023 [citado em 2023 Jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-labor-and-delivery-in-high-risk-heart-disease-general-considerations#topicContent>
2. Beerman LB. Tetralogia de Fallot. Manual MSD. USA: Merck & Co, Inc.; 2020.

954 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM MASSA MEDIASTINAL ANTERIOR – RELATO DE CASO

ISABELA CRISTINA PORTO REZENDE MACHADO, ANA LUISA MELGACO ALMEIDA, HENRIQUE FIGUEIREDO PAPINI DE MORAES, JULIANA CORREA DE OLIVEIRA, MARIA CLARA BELLAVINHA THOMAZI

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHK / FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: O manejo anestésico de pacientes com tumores de mediastino cursa com risco elevado para desfechos cardiopulmonares negativos como hipóxia, complicações vasculares e parada cardíaca. Em anestesia geral, os bloqueadores neuromusculares e a ventilação por pressão positiva estão associados a colapso de vias aéreas em indivíduos de alto risco. Dessa forma, planejamento perioperatório e escolha minuciosa da técnica anestésica são fundamentais para prevenção de complicações e rápido manejo das intercorrências. **Relato de caso:** Mulher, 33 anos, sem comorbidades, alergias ou passado cirúrgico-anestésico. Apresentou fraqueza, dispneia, pletora facial, edema cervicofacial discreto e perda ponderal importante de três meses de evolução, sendo diagnosticada massa mediastinal em expansão e síndrome da veia cava superior. Proposta de biópsia eletiva de gânglio linfático cervical sob sedação e manutenção em ventilação espontânea. Após venóclise e monitorização não invasiva, iniciada infusão lenta de dexmedetomidina 1 mcg/kg e cetamina 1 mg/kg, ambas tituladas até obtenção de nível de sedação consciente e analgesia. A anestesia local foi realizada pela equipe cirúrgica e o procedimento teve duração de 40 min. A paciente manteve-se hemodinamicamente estável, eupneica e com bom padrão ventilatório em cateter nasal durante todo o período perioperatório, sendo encaminhada à sala de recuperação pós-anestésica sem queixas. **Discussão:** O tamanho das massas mediastinais e sua proximidade de estruturas nobres associam-se a risco de colapso cardiorrespiratório durante indução anestésica, o que pode ser exacerbado em caso de necessidade de anestesia geral. A relevância do tema e as taxas de morbimortalidade exigem plano anestésico individualizado, baseado em características clínicas e radiológicas. Neste caso, optou-se por sedação consciente da paciente com manutenção do *drive* respiratório, utilizando como critérios de escolha o porte cirúrgico e as recomendações encontradas na literatura científica. Assim, foi possível manter vias aéreas distendidas e patentes, evitando colapso. Ressalta-se que um plano de resgate das vias aéreas deve estar sempre disponível caso seja necessária IOT de emergência, incluindo dispositivos para manejo de via aérea difícil, como videolaringoscópio e fibroscópio rígido, além de equipe cirúrgica habilitada para realização de cricotireoidostomia ou traqueostomia de emergência.

Palavras-chave: massa mediastinal anterior, manejo anestésico, tumores do mediastino.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Rajagopalan S, Harbott M, Ortiz J, Bandi V. Manejo anestésico de grande massa mediastinal para a colocação de stent traqueal. Rev Bras Anesthesiol. 2016;66(2):215-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.01.009>.
2. Lasala J, Purugganan R. Anesthesia for patients with an anterior mediastinal mass. Waltham: UpToDate; 2022 [citado em 2022 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-patients-with-an-anterior-mediastinal-mass>

955 COMPARAÇÃO ENTRE TEMPO DE INTERNAÇÃO EM IDOSOS COM FRATURA DE COLO DE FÊMUR ANTES E DEPOIS DE APLICAÇÃO DE PROTOCOLO DE CIRURGIA PRECOCE: ESTUDO CASO CONTROLE

GUSTAVO ALVES PROSDOCIMO, CARLOS EDUARDO VELOSO DO AMARAL, JORGE HAMILTON SOARES GARCIA, LUCAS DE SOUZA, MARCOS LAZARO LOUREIRO

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: Fraturas de fêmur proximal constituem um problema de saúde pública, representando uma causa importante de mortalidade e incapacidade, estando associadas a elevados custos para o sistema de saúde por causa aos longos períodos de hospitalização e reabilitação necessários. O tempo de permanência hospitalar também já foi analisado por diversos estudos recentes, com a conclusão geral de que os protocolos baseados no *Enhanced Recovery After Surgery* podem diminuir significativamente esse tempo. **Objetivo:** Verificar os impactos após 3 anos da implantação do protocolo de atendimento ao idoso com fratura proximal de fêmur em um hospital público de Santa Catarina e mensurar os impactos causados por esse protocolo no tempo de internação dos pacientes. **Método:** Comparação retrospectiva entre 163 pacientes, com idade >60 anos, submetidos à correção cirúrgica de fratura proximal de fêmur entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015, com uma coorte retrospectiva de 143 pacientes da mesma faixa etária submetidos a mesma correção cirúrgica como grupo controle entre janeiro de 2021 e março de 2022. Os critérios de exclusão consistiram na falta de informações pertinentes a este estudo no prontuário eletrônico dos pacientes e/ou a presença de múltiplas fraturas ou outro diagnóstico que tenha demandado tratamento cirúrgico, além da correção da fratura proximal de fêmur, na mesma internação. **Resultados:** A média do número de dias entre o procedimento cirúrgico e a alta hospitalar ou óbito (variável com distribuição não normal) foi de 3,66 (2,72 – 4,60) $p=0,05$, mediana = 4 dias e distribuição por quartis até 1,1,3 e 3 dias, enquanto no grupo controle, foi de 6,39 (4,68 – 8,10) $p=0,05$, mediana = 4 dias e distribuição por quartis até 1,4,6 e >6 dias. A mortalidade intrahospitalar, considerando a análise não pareada, ocorreu em 10,49% dos pacientes do grupo controle (15/143) e 9,72% (14/144) dos pacientes do grupo de interesse, $OD = 0,919 (0,426-1,981)$, $p=0,05\%$. **Conclusões:** A adoção do protocolo com cirurgia precoce ao idoso com fratura de fêmur proximal reduziu dramaticamente o tempo de internação desses pacientes, com consequente benefício secundário ao sistema público de saúde, sem impacto na mortalidade.

Palavras-chave: Cirurgia precoce, fratura de colo de fêmur, idoso.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

- Mittal R, Banerjee S. Proximal femoral fractures: Principles of management and review of literature. *J Clin Orthop Trauma*. 2012 Jun;3(1):15-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcot.2012.04.001>.
- Maggi S, Kelsey JL, Litvak J, Heyse SP. Incidence of hip fractures in the elderly: a cross-national analysis. *Osteoporos Int*. 1991;1(4):232-41. <http://dx.doi.org/10.1007/BF03187467>. PMID:1790410.

956 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA PARA BRONCOSCOPIA RÍGIDA EM NEONATO PORTADOR DE ATRESIA DE ESÔFAGO E IMPERFURAÇÃO ANAL

BRUNA DO NASCIMENTO VILLELA, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, JOÃO AUGUSTO LOPES AMORIM, JORGE CAMPHELLO JÚNIOR, LORENA LEITE CALUMBI

CET DR. AMÉRICO S. AUTRAN FILHO - H. F. LAGOA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: O manejo das vias aéreas em neonatologia é um desafio para os anestesistas, pois constitui uma via aérea difícil (VAD) anatômica e fisiologicamente, culminando em rápida dessaturação. Nos pacientes com anomalias congênicas, o manejo da via aérea é mais preocupante, pois o resgate da queda da SpO₂ pode levar à distensão gástrica e causar restrição anatômica à ventilação, sobretudo nos pacientes com atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica. Este relato apresenta uma abordagem farmacológica para broncoscopia rígida em paciente portador de atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica e imperfuração anal para localização da fístula e posicionamento do tubo orotraqueal. **Relato de caso:** Paciente ASA III, 1 dia, 2.750 g, com atresia de esôfago mais fístula traqueoesofágica e imperfuração anal. Foi monitorado com ECG, PNI, SpO₂, capnografia e análise de gases, débito urinário e temperatura. Induzido com cetamina 1 mg/kg e dexmedetomidina 1 mcg/kg em infusão venosa em 10 min. Antes da introdução do broncoscópio, foram administrados 1 mg/kg de lidocaína 1%, seguidos de propofol 2 mg/kg. O paciente manteve-se em ventilação espontânea com suporte de O₂ sob máscara. Doses adicionais de propofol foram administradas em razão da saída do plano anestésico. Durante a broncoscopia, foram necessários dois resgates de oxigenação, realizados em ventilação espontânea com O₂ a 100%, sem necessidade de assistência. Após o posicionamento do tubo orotraqueal, foram iniciados sevoflurano a 2% e rocurônio 0,3 mg/kg. Iniciado VMI em PCV com parâmetros ajustados conforme saturação, gasometria e CO₂ expirado. Ao término da cirurgia, foi feita infiltração com ropivacaína 0,2% 4 mL nos sítios de introdução dos trocartes. Paciente foi encaminhado para a UTI neonatal intubado, débito urinário total de 20 mL e sedado com cetamina 0,3 mg/kg, lidocaína 0,5 mg/kg e dexmedetomidina 0,5 mg/kg. Paciente extubado após 24 h de pós-operatório. **Discussão:** A escolha das drogas venosas supracitadas objetiva a segurança no manejo de uma VAD, possibilitando a manutenção do *drive* respiratório durante o procedimento, o fornecimento de analgesia e a diminuição do reflexo das vias aéreas à manipulação da broncoscopia rígida. Neste caso, a ventilação assistida sob máscara poderia insuflar o estômago e impedir a ventilação do paciente. Cabe ressaltar que a atresia de esôfago impede o esvaziamento por meio de sondas orogástricas, sendo necessária a descompressão cirúrgica, o que culmina em pior desfecho do paciente.

Palavras-chave: atresia de esôfago, dexmedetomidina, imperfuração anal.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Squillaro A, Mahdi EM, Tran N, Lakshmanan A, Kim E, Kelley-Quon LI. Managing procedural pain in the neonate using an opioid-sparing approach. *Clin Ther.* 2019;41(9):1701-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.07.014>. PMID:31431300.
2. Fiadjoe JE, Litman RS, Serber JF, Stricker PA, Coté CJ. The Pediatric Airway. In: Coté CJ, Lerman J, Anderson B, editors. *A practice of anesthesia for infants and children.* 6th ed. USA: Elsevier; 2018.

957 MANEJO DA OBSTRUÇÃO À VENTILAÇÃO E HIPERCAPNIA EXTREMA EM ESOFAGECTOMIA VIDEOASSISTIDA

MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, BRUNNA CINTRA DE AZEVEDO, EDUARDO DOS REIS PEIXOTO, HENRIQUE PEREIRA CASTRO, MARÍLIA MOREIRA SALES

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Precauções como individualização dos parâmetros ventilatórios, adequação dos materiais de via aérea, investigação de infecções e patologias pulmonares são rotineiros e necessários na prática anestésica.

Relato de caso: Homem, 61 anos, com diagnóstico de CEC de esôfago, disfagia progressiva e proposta de esofagectomia videoassistida. Queixa de tosse há 1 mês, atribuída ao tabagismo (40 maços/anos, interrompeu há 4 dias). Indicada anestesia geral combinada à peridural e monitorização associada à PAI. Utilizado tubo duplo lúmen sem gancho carinal 37E. Ao ser posicionado em decúbito ventral para toracoscopia, o paciente apresentou dificuldade ventilatória progressiva, momentos de interrupção total da ventilação, hipoxemia e capnografia com elevação e curva característica de obstrução. Realizada ventilação manual com grandes pressões, medicação broncodilatadora e tentativa de manipulação e aspiração do tubo traqueal, sem benefício. Gasometria coletada após 90 min do início da cirurgia (pH 7,03; pCO₂ 122,6; pO₂ 95,4 e HCO₃ 20,5). Ao reposicionar em decúbito dorsal, efetuada troca de tubo orotraqueal por tubo simples e observada rolha de secreção mucopurulenta espessa em ambos os lúmens. Evoluiu com melhora do padrão respiratório e parâmetros da gasometria, demais tempos cirúrgicos sem intercorrências, extubado em sala e encaminhado à UTI com CN 4 l/min. **Discussão:** O caso descreve um episódio de dificuldade extrema de ventilação por obstrução. Na investigação diagnóstica, descartou-se possível obstrução do fluxo por acotovelamento do circuito de ventilação e falhas de equipamento. Apesar do padrão de capnografia, descartou-se broncoespasmo após ausculta não característica e não melhora após medidas tomadas. A presença de roncocal e histórico recente de tosse e tabagismo intensificaram a suspeita de obstrução por secreção, facilitado pelo tipo de tubo e posicionamento. Outro fator complicador presente foi o tabagismo de longa data, com interrupção de apenas 4 dias. Em cerca de 12 h, houve melhora dos níveis de carboxihemoglobina; porém, apenas após 2 a 4 semanas ocorreu diminuição da produção de muco e motilidade ciliar, com possibilidade de aumento da reatividade e produção de secreção nos dias iniciais de interrupção. No caso apresentado, somou-se a obstrução de via aérea ao fato de posicionamento adverso, salientando a necessidade de avaliação prévia e planejamento de manejo de via aérea, principalmente em situações com acesso limitado ao paciente.

Palavras-chave: Esophagectomy, hypercapnia, ventilatory obstruction.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Tamul PC, Ault ML. Respiratory function in anesthesia. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al. Clinical anesthesia. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p. 933-90.
2. Furtado RD. Implicações anestésicas do tabagismo. Rev Bras Anestesiol. 2002;52(3):354-67. PMID:19479100.

962 VIA AÉREA DIFÍCIL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

LARISSA CHAVES DE CARVALHO, ANA BEATRIZ RIOS DAMITTO SPAGGIARI SOUZA, RENATO LUCAS PASSOS DE SOUZA, SERGIO MARIANO ZUAZO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

Introdução: A incidência de via aérea difícil (VAD) na pediatria é de 1,5%. A baixa cooperação das crianças no exame físico e a pouca reprodutibilidade dos testes preditivos, que foram inicialmente avaliados para VAD em adultos, tornam o manejo da via aérea (VA) em crianças um desafio. **Relato de caso:** L.F, 3 anos, 11.6 kg, com história de hidrocefalia congênita, admitido para revisão de derivação de ventrículo peritoneal. Ao exame físico, apresentava deformidades anatômicas no crânio, mas sem outros preditores de VAD. Em abordagem cirúrgica, 2 dias após admissão, a indução anestésica foi realizada com propofol 3,5 mg/kg, fentanil 4 mcg/kg e rocurônio 1,2 mg/kg. A laringoscopia direta evidenciou, primeiramente, um score III de Cormack Lehane, com múltiplas tentativas de intubação orotraqueal (IOT) por três médicos diferentes, sem sucesso, e episódios de dessaturação com SpO2 entre 60-90%, recuperados com ventilação sob máscara facial. Apenas após tentativa pelo quarto médico anesthesiologista, a IOT foi efetivada. O restante da cirurgia transcorreu sem intercorrências e o paciente foi mantido intubado por conta do risco de edema em VA e encaminhado à unidade de terapia intensiva. A extubação ocorreu 2 dias após, sem intercorrências. Em nova abordagem cirúrgica, 17 dias após, desta vez uma ventriculoauriculostomia, na ausência de fibroscópio pediátrico, optou-se por IOT através de videolaringoscopia e manutenção da ventilação espontânea durante toda a abordagem da VA com indução intravenosa com escetamina 1 mg/kg + dexmedetomidina 1 mcg/kg. Apenas após visualização das cordas vocais, succinilcolina 1 mg/kg foi administrada com posterior IOT. O paciente manteve-se em ventilação espontânea, sem dessaturação ou instabilidade hemodinâmica. Foi realizado, ainda, bloqueio tópico periglótico com 3 mL de lidocaína 1% e ropivacaína 0,5% e *scalpblock* com 3 mL de ropivacaína 0,5% e lidocaína 1%. A manutenção da anestesia foi intravenosa com escetamina 1 mg/kg/h e dexmedetomidina 1 mcg/kg/h, sem uso de relaxantes musculares. A cirurgia e a anestesia transcorreram sem intercorrências. A criança foi encaminhada extubada e estável hemodinamicamente para a sala de recuperação anestésica. **Discussão:** Sabendo da pouca disponibilidade da broncofibroscopia pediátrica nos hospitais, este relato de caso mostra uma alternativa viável e segura em pacientes pediátricos com provável VAD: uso da videolaringoscopia associada à anestésicos indutores que oferecem manutenção do tônus respiratório e hemodinâmico.

Palavras-chave: Anestesia, pediatria, manuseio das vias aéreas.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Gomes IP, Meletti JFA, Nunes MHG, et al. Via aérea difícil em pacientes pediátricos. *Persp Méd.* 2019;30(2):40-3.

963 MANEJO ANESTÉSICO DE RECÉM-NASCIDO COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA ASSOCIADO À ATRESIA DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO

BRUNA SILVEIRA FERREIRA KLAUCK, HERICK NAKAYAMA NASCIMENTO, RAFAELA GOES MACHADO, TIAGO TAVARES DE FREITAS, VINICIUS CALDEIRA QUINTAO

CET DA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DA FMUSP - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A atresia de esôfago e a hérnia diafragmática são patologias comuns na população neonatal, com incidências de 1:2000 e 1:5000, respectivamente. A presença concomitante em um mesmo paciente é um evento raro, com poucos relatos descritos na literatura. Essa associação leva à piora do prognóstico e torna o ato anestésico ainda mais complexo. **Relato de caso:** H.O.B.S., 4DV, RNPT (30s 4d), 1.200 g, portador de hérnia diafragmática e atresia de esôfago com fístula traqueoesofágica. Proveniente da UTI para correção de hérnia diafragmática. IOT prévia, COT n3 sem *cuff* fixado em 8; SOG com aspiração contínua; cateter umbilical, recebendo fentanil e soro de manutenção. Monitorização: ECG, SpO2 pré- e pós-ductal, PANI e T °C; indução anestésica: fentanil 2 mcg + rocuroônio 1 mg; acoplado à VM: Pinsp 18, FR 30, I:E 1:1, PEEP 5, FiO2 50%; manutenção anestésica com sevoflurane 1-2% e VIG de 4 mg/kg/min. Venóclise J22G em veia axilar. Ao início do procedimento, constata-se distensão gástrica sem aspiração adequada via SOG. Ventilação torna-se difícil com queda de SpO2 e bradicardia. Iniciada ventilação manual cautelosa e reposicionamento da COT para reduzir vazamento através da fístula TE. Solicitada realização imediata de gastrostomia para aspiração, o que possibilitou retorno à VM. Procedimento com sangramento expressivo, realizada infusão de cristalóide 80 mL, transfusão de hemácias 50 mL e cloreto de cálcio 30 mg. Dificuldade de manter temperatura apesar de uso de manta + colchão térmico + infusões aquecidas + aquecimento de extremidades. Término do procedimento sem outras intercorrências, paciente encaminhado à UTI. **Discussão:** A anestesia em RNs é em si desafiadora, havendo particularidades na monitorização, manejo da via aérea, manejo hídrico, controle de temperatura e glicemia. O desafio torna-se ainda maior na presença de comorbidades, especialmente na associação apresentada acima. A hérnia diafragmática cursa com hipoplasia pulmonar tendendo a distúrbios respiratórios relacionados à hipertensão pulmonar com possível dessaturação e instabilidade hemodinâmica iniciada por falência de VD. Somado a isso, a presença da atresia de esôfago com fístula dificulta o manejo, pois o paciente pode apresentar distensão gástrica quando a COT está proximal a fístula, piorando também a ventilação em razão do aumento de pressão intratorácica. Há, ainda, o risco da COT ser deslocada para o TGI, sendo importante verificar o posicionamento do dispositivo de via aérea através de fibroscopia.

Palavras-chave: Anestesia neonatal, atresia de esôfago, hérnia diafragmática.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Ben-Ishay O, Johnson VM, Wilson JM, et al. Congenital diaphragmatic hernia associated with esophageal atresia: incidence, outcomes, and determinants of mortality. *J Am Coll Surg.* 2013;216(1):90-95e2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.09.014>.
2. Al-Salem AH, Alkhuwair H. Coexisting congenital diaphragmatic hernia, esophageal atresia, and tracheoesophageal fistula: a case report and review of the literature. *Int Surg.* 2008 May-Jun;93(3):141-4. PMID: 18828268.

965 ANESTESIA AMBULATORIAL VERSUS CONVENCIONAL: UM CONFRONTO DE SEGURANÇA E EFICÁCIA

ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, MARIA CLARA LUDGÉRIO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A anestesia ambulatorial é uma opção cada vez mais popular para pacientes que precisam de cirurgias ou procedimentos médicos com anestesia. Consiste em uma técnica anestésica que permite que o paciente seja liberado para casa no mesmo dia do procedimento. Isso pode ser realizado com segurança em muitos casos, fornecendo uma alternativa mais conveniente e econômica ao internamento hospitalar tradicional. O objetivo principal deste estudo é avaliar a segurança e eficácia da anestesia ambulatorial em comparação com a anestesia convencional em pacientes adultos. **Método:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura a partir da base de dados on-line do PubMed utilizando a linha temporal de 2016 a 2023 utilizando-se os seguintes descritores: anestesia ambulatorial, segurança, anestesia convencional. **Resultados:** A anestesia ambulatorial é uma alternativa segura e eficaz para muitos procedimentos cirúrgicos. Os resultados encontrados mostram que a anestesia ambulatorial foi segura e eficaz para a maioria dos pacientes, com taxas de complicações semelhantes às daquelas da anestesia convencional. Além disso, a anestesia ambulatorial foi associada a uma recuperação mais rápida, menos dor após a cirurgia, menor tempo de internação e menor custo em comparação com a anestesia convencional. No entanto, alguns fatores, como a complexidade do procedimento ambulatorial e as condições médicas subjacentes do paciente, podem afetar a viabilidade da anestesia ambulatorial. **Conclusão:** Em resumo, a anestesia ambulatorial é uma alternativa segura e eficaz para muitos procedimentos cirúrgicos e pode ser uma opção mais conveniente e econômica em comparação com o internamento hospitalar. No entanto, é importante considerar fatores individuais como a complexidade do procedimento e as condições médicas do paciente antes de se optar por essa técnica anestésica.

Palavras-chave: Anestesia ambulatorial, anestesia convencional, segurança.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Lee JH. Anesthesia for ambulatory surgery. Korean J Anesthesiol. 2017;70(4):398-406. <http://dx.doi.org/10.4097/kjae.2017.70.4.398>. PMID:28794834.

966 IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE

MARIA CLARA LUDGÉRIO, ANA JULIA DE LIMA MEDEIROS PEREIRA, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A endometriose é uma doença benigna crônica que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É considerada uma das comorbidades ginecológicas mais comuns, afetando cerca de 5-10% das mulheres em seus anos reprodutivos. Seus sintomas associados, incluindo infertilidade, dor e dismenorreia, também têm impacto importante na qualidade de vida das mulheres, tanto em nível físico como psicossocial. A endometriose requer a realização de intervenções cirúrgicas ou farmacológicas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é analisar os impactos dos sintomas dolorosos decorrentes da endometriose na qualidade de vida das pacientes, bem como debater as opções terapêuticas existentes atualmente. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de caráter qualitativo. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados SciELO e MEDLINE usando os descritores "endometriose", "dor" e "qualidade de vida". **Resultados:** Após o processo de *screening*, foram encontrados dois artigos que abordavam as opções de tratamento vigentes, bem como as técnicas cirúrgicas para a resolução da endometriose e os seus impactos na diminuição do processo doloroso e melhora da qualidade de vida das mulheres acometidas por essa patologia. Grande parte das mulheres com endometriose têm seus impactos psicológicos e físicos decorrentes de diversos fatores, como dores crônicas, infertilidade, redução das atividades físicas, e interferência nas relações afetivas e familiares, induzindo a busca por tratamento, sendo medicamentoso e/ou cirúrgico. Os tratamentos farmacológicos mais aplicados para resolução da endometriose são induzidos pelo uso de agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHα), inibidores de aromatasas (Ais), moduladores seletivos do receptor de estrógeno (SERMs), moduladores seletivos do receptor de progesterona (SPRMs), bem como pela intervenção cirúrgica realizada por laparoscopia, com técnica de anestesia geral balanceada em conjunto com a epidural por proporcionar inúmeros benefícios no período pós-cirúrgico, como diminuição da dor, menor tempo de internação e melhora da saúde geral. **Conclusão:** Os dados deste estudo permitiram concluir que o impacto da endometriose na qualidade de vida nas mulheres é elevado, sendo importante um diagnóstico mais precoce para permitir intervenção, como também o uso de fármacos e intervenções cirúrgicas no tratamento da dor e bem-estar.

Palavras-chave: Endometriose, dor, qualidade de vida.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Anibal CF, Pimenta KB. Descrição da técnica anestésica usada na cirurgia videolaparoscópica na terapia da endometriose profunda com envolvimento intestinal. *Int J Dev Res.* 2022;12(10):59504-5950.
2. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Dridi D, Somigliana E. Tratamento médico para dor relacionada à endometriose. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:68-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015>. PMID:29530425.

967 ANESTESIA PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DE COLUNA EM PACIENTE GESTANTE

MOISES SOARES DA SILVA NETO, EDUARDO BRANDT NUNES, JESSICA YARA FERREIRA SILVA, JOÃO MAXIMIANO PIERIN DE BARROS, TIAGO TORMINATO MOREIRA

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE, CAMPO GRANDE - MS - BRASIL., CAMPO GRANDE, MS, BRASIL

Introdução: Eventualmente, pacientes gestantes podem necessitar de abordagens cirúrgicas não relacionadas à gestação. Desse modo, o anestesista deve ter em mente as particularidades deste período para garantir a segurança do binômio materno-fetal. **Relato de caso:** Paciente V.B.O., 29 anos, sexo feminino, 52 kg, ASA II, gestante de 30 semanas com fratura em corpos vertebrais de T3-T4, perda sensitiva e paraplegia, foi submetida à cirurgia de artrodeose de coluna torácica com abordagem via posterior em caráter de urgência. A vitalidade do conceito foi acompanhada por obstetra através de cardiocotografia. Optou-se por anestesia geral com indução anestésica contendo midazolam 2 mg, fentanil 200 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 150 mg e rocurônio 50 mg, procedendo-se intubação orotraqueal sob visualização direta. A anestesia foi mantida com 1 CAM de sevoflurano e remifentanil em infusão contínua entre 0,01 e 0,02 mcg.kg.min. Foi estabelecida monitorização da pressão arterial invasiva e realizada cateterização venosa central em veia jugular interna direita. Em seguida, a paciente foi posicionada em decúbito ventral, utilizando-se coxins adequados, livrando o abdome, e proteção de chumbo em torno do polo fetal. Foram coletadas gasometrias seriadas para guiar o manejo intraoperatório. O procedimento teve duração de 5 h a paciente e o conceito mantiveram sinais vitais estáveis. Após o término do procedimento, a paciente recebeu 5 mg de morfina, foi extubada em sala operatória e realizou pós-operatório em UTI. **Discussão:** Anestesia em gestantes para procedimentos não obstétricos é um desafio para o anestesista. Além da preocupação com a mãe, o profissional deve garantir o bem-estar fetal, evitar o parto prematuro ou seu óbito. O prognóstico do binômio é influenciado pelo período da gestação e o procedimento cirúrgico. O risco fetal varia com a idade gestacional, sendo o segundo trimestre considerado o período de menor risco. Graças à evolução das técnicas anestésicas, as medicações mais utilizadas são da classe B ou C da FDA, não se relacionando com o desenvolvimento de anomalias congênitas, mesmo se ministradas durante o primeiro trimestre. Com relação a monitorização da frequência cardíaca fetal intraoperatória, referências sugerem seu uso a partir da 16ª semana de gestação. Contudo, a gestante submetida a cirurgia não obstétrica possui risco semelhante à da condição não gravídica, desde que considere-se as particularidades de sua condição.

Palavras-chave: Feto, gestante.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Capítulo 77; Anestesia em Obstetrícia; Pamela Flood; Mark D. Rollins - Miller R.D., Cohen N.H., Eriksson L.I., et al. Miller's Anesthesia. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. American Society of Anesthesiologists.

968 PARTO CESÁRIO SOB ANESTESIA GERAL EM PACIENTE CARDIOPATA COM ESTENOSE MITRAL GRAVE

MARCO ANTONIO DE SOUZA MOTA, CATIA SOUSA GOVÊIA, LEONARDO QUEIROZ PARRA, MARCELA LOUISE GOMES RIVAS, RAUL SILVA QUIRINO

CET/SBA CENTRO DE ANESTESIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: Excluindo-se as causas obstétricas, cardiopatia é a principal causa de morte materna periparto. A presença de estenose mitral na gestante pode levar a repercussões como hipertensão pulmonar, arritmias e até falência ventricular direita. **Relato de caso:** Gestante de 27 anos, 54 kg, IG 34 S + 5 D, em programação de cesárea. Portadora de estenose mitral por etiologia reumática, apresentou piora da dispneia em repouso e ortopneia no 3º trimestre gestacional. Histórico de cesárea há 5 anos, complicada com AVE isquêmico. Ecocardiograma recente indicava valva mitral com estenose, área estimada em 0,9 cm², e insuficiência discreta, átrio esquerdo aumentado e pressão média de artéria pulmonar estimada em 33 mmHg. Programada anestesia geral, monitorização padrão e pressão arterial invasiva. Saturação inicial de 94% em ar ambiente, frequência cardíaca (FC) de 95 bpm e pressão artéria média (PAM) de 77 mmHg. Indução em sequência rápida utilizando-se alfentanil, etomidato e rocurônio, intubação sem dificuldades e manutenção com sevoflurano e remifentanil. PAM e FC mínimas de 60 mmHg e 62 bpm, respectivamente. RN com Apgar 8/8. Realizado bloqueio quadrado lombar bilateral com ropivacaina 0,4%, 40 mL no total. Extubação em sala cirúrgica sem intercorrências, encaminhada à UCO em uso de oxigênio por cânula nasal e sem dor. **Discussão:** No quadro de estenose mitral, a gestação leva à piora da congestão pulmonar por causa do aumento do volume plasmático e da redução da pressão oncótica, além da piora da dinâmica cardíaca resultante de taquicardia fisiológica. Não há unanimidade na técnica anestésica a ser empregada; porém, com o objetivo de manter frequência cardíaca, retorno venoso e pressão pulmonar estáveis no perioperatório, foi descartado o bloqueio de neuroeixo. Além da piora progressiva dos sintomas, classe funcional NYHA III, a paciente apresentava estenose grave, com área valvar <1 cm e conseqüente risco de eventos cardíacos estimado em >67% de acordo com estudos anteriores. Objetivando variações mínimas na resistência vascular sistêmica, optou-se pela anestesia geral, que é também uma técnica segura quando tomadas as devidas precauções. O bloqueio quadrado lombar foi indicado para controle algico pós-operatório, evitando a resposta simpática a dor. O caso demonstra o manejo anestésico de uma paciente cardiopata grave com sintomatologia acentuada, no qual foi essencial a avaliação prévia e a programação perioperatória, visando desfecho favorável para mãe e feto.

Palavras-chave: Obstetrícia, estenose mitra, anestesia geral.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Nanna M, Stergiopoulos K. Pregnancy complicated by valvular heart disease: an update. J Am Heart Assoc. 2014;3(3):e000712. <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.113.000712>. PMID:24904015.
2. Tsiaras S, Poppas A. Mitral valve disease in pregnancy: outcomes and management. Obstet Med. 2009;2(1):6-10. <http://dx.doi.org/10.1258/om.2008.080002>. PMID:27582798.

971 MANEJO ANESTÉSICO EM PACIENTE COM HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO

THAYS PIMENTA LEAO MAGALDI BARROSO, BRUNO TAKETOMI RODRIGUES, LUCAS FERREIRA BARBOSA DE AGUIAR, MAYARA DA SILVA FERREIRA, RAFAELA BRASIL E SILVA NUNES

CET INTEG. DO INST. DE ANESTESIOLOGIA DO AM - FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: O carcinoma de paratireoide (CP) representa 0,005% de todos os cânceres. É o câncer endócrino mais raro e a causa mais rara de hiperparatireoidismo primário (HPTP). Menos de 1% dos casos de PPT são devidos ao CP. Apenas alguns deles têm níveis séricos normais de PTH. Geralmente, o diagnóstico é confirmado após a cirurgia por análise patológica, a menos que haja evidência pré-operatória de invasão local, linfonodos cervicais ou metástases à distância. Cirurgia é a terapia de escolha, e seu manejo anestésico deve abranger desde cuidados com posicionamento até possíveis anormalidades metabólicas. O relato a seguir é de paciente internado para paratireoidectomia inferior esquerda, com diagnóstico de carcinoma de paratireoide. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 23 anos, ASA I e Goldman I. Após paratireoidectomia inferior à esquerda, foi diagnosticado carcinoma de paratireoide. Tomografia de seios da face evidenciando múltiplas lesões líticas de permeio. Relatório de estudo imuno-histoquímico da região anterior da mandíbula: compatível com granuloma central de células gigantes; cintilografia de paratireoide com área focal com concentração anômala de traçador (SESTAMIBI) sugeria tecido paratireoideano hiperfuncionante; cálcio sérico 13.2; PTH 2583, cintilografia óssea com aumento difuso e heterogêneo da atividade osteogênica pelo esqueleto axial e apendicular; biópsia de paratireoide: carcinoma atípico de paratireoide. Monitorizado em sala com oximetria, PANI, cardioscopia e capnografia. Realizada pré-oxigenação e indução venosa com fentanil 300 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 200 mg e atracúrio 50 mg, além de dexmedetomidina 20 mcg e cetamina 20 mg. Intubação orotraqueal com tubo n° 8,0, aramado, com *cuff*; manutenção anestésica com sevoflurano e remifentanil. Analgesia com morfina 6 mg, EV. Extubação sem intercorrências, paciente estável, encaminhado para SRPA. **Discussão:** O manejo anestésico de pacientes com CP necessita de uma série de cuidados especiais na intubação e mobilização em virtude da atividade osteoclástica aumentada pela hipersecreção hormonal, sendo comum intensa fragilidade óssea. Caracteriza-se por osteíte fibrosa cística, que pode ser reconhecida pela radiografia como área de rarefação. É comum dor óssea e podem ocorrer fraturas patológicas. O acompanhamento desses pacientes em diferentes fases do diagnóstico e tratamento impactam diretamente seu prognóstico, uma vez que estratégias de manejo e prevenção já são conhecidas.

Palavras-chave: hiperparatireoidismo primário, fragilidade óssea.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. De Pasquale L, Bulfamante AM, Felisati G, Castellani L, Ghilardi G, Saibene AM. Management and Outcome of Parathyroid Carcinoma-Induced Primary Hyperparathyroidism: A Single-Centre Experience. *Int J Endocrinol.* 2021 Oct 7;2021:5397941. <http://dx.doi.org/10.1155/2021/5397941>. PMID: 34659402.
2. Tonelli D, Canga JC, Vasconcellos JC, et al. Anestesia para hiperparatireoidismo terciário – paratireoidectomia – relato de um caso. *Rev Bras Anestesiol.* 1989;39(2):113-5.

972 MANEJO ANESTÉSICO DE FEOCROMOCITOMA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

THAIS FREITAS DOS ANJOS, DÉBORA LIMBERGER NEDEL, EDUARDO FRANCISCO MAFASSIOLI CORRÊA, FRANCINE BOBSIN, LUIZA ROCHA KNOLL PALMA

CET PROF. MANOEL ALVAREZ – UFSM - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSM, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: Feocromocitomas são tumores da medula adrenal originados de células cromafins e secretoras de catecolaminas. São tumores raros, ocorrendo em apenas 1% dos hipertensos da população pediátrica. A faixa etária de ocorrência mais comum em crianças é dos 6 aos 14 anos e, diferentemente do adulto, é normalmente relacionado a síndromes genéticas e síndromes de neoplasias endócrinas múltiplas. O diagnóstico é comumente confirmado a partir de níveis elevados de catecolaminas urinárias e por meio de exames de imagem como ressonância magnética. O tratamento definitivo é cirúrgico. Em razão das particularidades do feocromocitoma, o manejo anestésico é extremamente desafiador. **Relato de caso:** Paciente masculino, 5 anos de idade, apresenta-se com dor abdominal, adinamia e hipertensão de difícil controle. Ressonância magnética mostrou formação nodular em suprarrenal direita de 4 cm. Definido tratamento cirúrgico, foi realizado preparo com terapia de alfa-bloqueador por 14 dias antes da cirurgia, sem necessidade de betabloqueio. Durante a cirurgia, procedeu-se a indução de anestesia geral e posteriormente anestesia epidural com passagem de cateter peridural. Além disso, fez-se necessária monitorização hemodinâmica com medida da pressão arterial invasiva de modo contínuo. Durante o transoperatório, a pressão arterial média manteve-se elevada durante o período de ressecção tumoral, sendo então administrada infusão contínua de droga vasodilatadora e medicação alfa-2-agonista seletivo. Após ressecção completa do tumor, o paciente iniciou quadro de hipotensão arterial. Para controle da agora hipotensão instalada, foi necessária a interrupção da infusão de vasodilatadores e iniciada administração de adrenalina em bomba de infusão contínua. Foi necessário manter a infusão contínua de adrenalina por dois dias, com monitorização arterial invasiva e controle da dor. Após esse período, o paciente teve alta da unidade intensiva após descontinuação de droga vasopressora. **Discussão:** O feocromocitoma é um tumor raro que apresenta manejo desafiador em razão da secreção inadvertida de catecolaminas. Para o caso apresentado, o controle pressórico transoperatório se mostrou a maior dificuldade para a equipe anestésica. Observou-se que é imprescindível a monitorização da pressão arterial invasiva. Além disso, o controle de estímulos nociceptivos com analgesia peridural foi importante para a manutenção de controle pressórico transoperatório.

Palavras-chave: Feocromocitoma, hipertensão, anestesia epidural.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Teng LW, Kit SM, Wai CS, Fai L. Anesthetic management of pheochromocytoma in pediatric patient: case report. *Open J Anesthesiol.* 2021;11(6):175-83. <http://dx.doi.org/10.4236/ojanes.2021.116017>.
2. Lenders JWM, Duh Q-Y, Eisenhofer G, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(6):1915-42. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2014-1498>. PMID:24893135.

973 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, AUGUSTO VICTOR BARBOSA LIMA SOARES, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A avaliação pré-anestésica é uma consulta realizada pelo médico anestesiologista com o objetivo de avaliar a condição do paciente para realização de uma cirurgia ou exame. Durante essa consulta, o médico anestesiologista conhecerá o histórico do paciente, uso de medicamentos, procedimentos realizados anteriormente, alergias e outras particularidades que julgar importante. **Objetivos:** Ressaltar a importância da consulta pré-anestésica no paciente pediátrico. **Método e materiais:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de caráter qualitativo construída através de um artigo na base de dados do Google Acadêmico em 2022. Os descritores usados para busca foram: pediatria, anestésicos, cuidados pré-operatórios. **Resultados:** A avaliação pré-anestésica permite que o anestesiologista conheça de forma aprofundada o estado clínico do seu paciente, proporcionando a mensuração do risco anestésico. O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da resolução n. 1.802/06.1, tornou indispensável a avaliação pré-anestésica e recomendou que seja feita antes da admissão hospitalar. Além disso, de acordo com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia, a avaliação pré-anestésica é considerada obrigatória e um direito do paciente, tendo como função a prevenção de eventos adversos próprios do estado clínico do paciente pediátrico. Alguns itens que devem constar na avaliação pré-anestésica: anamnese, medicação em uso, alergias e comorbidades. Também devem ser analisados os exames complementares e os preditores de via aérea difícil. **Conclusão:** Diante do exposto, deve-se enfatizar a importância e obrigatoriedade da aplicação da avaliação pré-anestésica, que permite minimizar os riscos pré- e perioperatórios, melhorando o prognóstico pós-operatório e a redução dos custos intrínsecos aos procedimentos.

Palavras-chave: Pediatria, anestésicos, cuidados pré-operatórios.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho federal de Medicina. Resolução n° 1.802/2006, de 20 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993. Diário Oficial da União, Brasília (2006 dez. 20);Sec.1:160. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/1802_2006.pdf
2. Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

974 A DOR PÉLVICA CRÔNICA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE PROFUNDA COM ACOMETIMENTO INTESTINAL: DESCRIÇÃO DO MANEJO ANESTÉSICO

ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, ANIBAL COSTA FILHO, CAMILA SOARES BARROS FERNANDES MEDEIROS, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, FERNANDO LUCAS PONTES FREIRE

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A endometriose é uma patologia benigna inflamatória, estrogênio dependente. Dentre suas manifestações, destaca-se a dor pélvica crônica (DPC), presente em 2,1 a 24% das mulheres. Dessa forma, há a manifestação de hiperalgesia generalizada (maior sensibilidade dolorosa) combinada à sensibilização central. Ademais, apesar dos procedimentos cirúrgicos objetivarem uma melhora da saúde do paciente, também podem gerar desconforto. Com isso, a técnica anestésica ideal permite melhores condições operatórias, redução dos efeitos colaterais e queixas de dor e recuperação precoce. **Objetivo:** Portanto, este estudo visa descrever a técnica anestésica utilizada em cirurgias de endometriose profunda. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada a partir da seleção de dois artigos do banco de dados do SciELO publicados entre 2020 e 2022 por meio dos descritores "endometriose", "anestesia" e "cirurgia videolaparoscopia". **Resultados:** O manejo da anestesia em cirurgias videolaparoscópicas de endometriose utilizando a técnica combinada: anestesia geral – eliminando o desconforto causado pela mobilidade e pneumoperitônio, e anestesia epidural (ou peridural) – profilática à dor de difícil controle é o mais adequado. Cabe ressaltar que a adesão à anestesia epidural reduz a exposição a anestésicos e analgésicos e, conseqüentemente, seus efeitos colaterais, e resulta em menor quantidade de sangramento intraoperatório. Além disso, o monitoramento e a avaliação pré-operatória são importantes para o controle profilático da dor. Ademais, é importante que seja utilizado tubo traqueal provido de baronete, sonda nasogástrica e cateter vesical, visando prevenir a regurgitação nasogástrica e a descompressão da bexiga e do estômago, evitando traumas no manejo do trocar. Por fim, o uso do midazolam mostrou-se uma boa opção em decorrência de sua rápida meia-vida de eliminação, promovendo um despertar precoce; enquanto que o uso de ondansetron e dexametasona foi eficaz em prevenir náuseas e vômitos pós-operatórios. **Conclusão:** Logo, a utilização da anestesia de técnica combinada se mostrou eficaz para tratar o controle da dor nas cirurgias de endometriose profunda, sobretudo quando comparada à anestesia geral isolada. Por fim, este estudo esclarece que a anestesia peridural adjuvante garante maior controle da dor, melhora do pós-cirúrgico e redução de intercorrências intraoperatórias na terapia cirúrgica de videolaparoscopia para endometriose.

Palavras-chave: Endometriose, anestesia, cirurgia em videolaparoscopia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Costa A FO, Pimenta KB. Descrição da técnica anestésica utilizada em cirurgia videolaparoscópica na terapêutica da endometriose profunda com acometimento intestinal. Int J Dev Res. 12(10):59504-6. <https://doi.org/10.37118/ijdr.25608.10.2022>.
2. Domiciano CB, Costa A FO, Camilo G NO, et al. A terapêutica videolaparoscópica como tratamento na endometriose diafragmática. Research. Soc Dev. 2022;11(13):e326111335511. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35511>.

975 ANESTESIA NA CITORREDUÇÃO CIRÚRGICA COM QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA TRANSOPERATÓRIA PARA TRATAMENTO DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

JOÃO LUCAS ROCHA GONÇALVES, CARLA VANESSA DA SILVA ALCÂNTARA LIMA, ISABELLA ROCHA GONÇALVES, KARINA DIAS RESENDE, NATALIA MEGUMI MORIKAWA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: O pseudomixoma peritoneal é uma situação rara associada a neoplasias de apêndice. Seu tratamento consiste na citorredução cirúrgica com quimioterapia intraperitoneal hipertérmica transoperatória (QIPHTO). **Relato de caso:** Homem, 33 anos, ASA I, submetido à peritonectomia, esplenectomia, colectomia direita, linfadenectomia retroperitoneal e citorredução com HIPEC (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy) como indicação ao pseudomixoma peritoneal. Submetido a anestesia peridural (T9-T10), instalou-se cateter, administrando 25 mg de levobupivacaina com vasoconstritor e 2 mg de morfina. Procedeu-se indução com fentanil 250 mcg, lidocaína 60 mg, propofol 120 mg e rocurônio 65 mg com intubação orotraqueal em sequência rápida sem intercorrências. Anestesia mantida com propofol, remifentanil e rocurônio em bomba de infusão contínua. Mantido O₂ em ventilação mecânica. Instalou-se PAI e cateter central com auxílio de ultrassom. Durante toda a cirurgia, os sinais mantiveram-se estáveis. Antes do período da QIAHT, foram usadas medidas de resfriamento; adicionalmente, houve necessidade de transfusão de duas unidades de concentrados de hemácias e infusão de 0,2 mcg/kg/min de noradrenalina para estabilidade clínica. Nos momentos finais, reverteu-se o bloqueio neuromuscular com sugamedex 400 mg seguido da extubação, mantendo-se com noradrenalina 0,1 mcg/kg/min. O paciente seguiu estável e foi encaminhado ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) em consenso com equipe cirúrgica. **Discussão:** A peritonectomia com QIPHTO é uma terapia que pode aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos acometidos; porém, em razão do porte e peculiaridades da intervenção, cabe ao anestesiolegista vigilância e controle de qualquer alteração clínica.

Palavras-chave: Pseudomixoma peritoneal, HIPEC, citorredução cirúrgica.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Webb CA, Weyker PD, Moitra VK, Raker RK. An overview of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemoperfusion for the anesthesiologist. *Anesth Analg.* 2013;116(4):924-31. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182860fff>. PMID:23460568.

976 A IMPORTÂNCIA DE RELACIONAR NÁUSEAS E VÔMITOS COM O PÓS-OPERATÓRIO

MARIO GOMES DE ALBUQUERQUE JUNIOR, ANIBAL COSTA FILHO, ANTONIO CLEMENTINO DE SOUSA NETO, CAROLINA BANDEIRA DOMICIANO, JOAQUIM PAIVA MARTINS NETO

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL

Introdução: A náusea e os vômitos no pós-operatório estão entre os maiores problemas da cirurgia pediátrica, sendo, na maioria das vezes, causa de internação. **Objetivos:** Reconhecer as complicações das náuseas e vômitos na recuperação pós-operatória. **Método e materiais:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de caráter qualitativo construída através de um artigo na base de dados do Google Acadêmico em 2022. Os descritores usados para busca foram: pediatria, anestésicos, e cuidados pré-operatórios. **Resultados:** Reconhecer o risco de a criança ter náuseas e vômitos é essencial para tratamento dessa complicação. Náuseas e vômitos após a cirurgia interferem na recuperação do paciente, afetando o apetite, o sono e o estado geral. Além disso, podemos citar como consequências deletérias: não fechamento da ferida, desidratação, alteração do exame de sangue e aspiração do conteúdo gástrico. Fatores estão associados com o aumento da êmese no pós-operatório, entre eles: idade, sexo, história prévia ou enjoo de movimento. A pesquisa mostrou que os pacientes pediátricos têm maior incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório que os adultos. A maior incidência seria é constatada na faixa etária dos escolares. No que diz respeito a idade, meninas maiores de 13 anos são mais propensas a desenvolver a êmese no pós-operatório. Outra complicação é em relação ao tempo. O risco de êmese também aumenta quanto mais longa for a cirurgia e a anestesia, provavelmente por causa do acúmulo de agentes anestésicos emetogênicos. **Conclusão:** Existem condutas que minimizam a incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório pediátrico. As estratégias incluem evitar o jejum pré-operatório prolongado, boa hidratação no perioperatório, evitar alimentação oral precoce e o cuidado com o excesso de mobilização. Referente a técnica, deve-se evitar agentes eméticos como os opióides. Por fim, a rotina profilática antiemética não é necessária para todos os pacientes pediátricos, mas deve ser usada em todos os casos de alto risco para náuseas e vômitos.

Palavras-chave: Pediatria, anestésicos, cuidados pré-operatórios.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho federal de Medicina. Resolução n° 1.802/2006, de 20 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Revoga a Resolução CFM n. 1363/1993. Diário Oficial da União, Brasília (2006 dez. 20);Sec.1:160. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/1802_2006.pdf
2. Manica J. Anestesiologia: princípios e técnicas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

977 INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL GUIADA POR FIBROSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTE PEDIÁTRICO

ANNA PAULA SILVA LUZ, MARCO AURELIO DAMASCENO SILVA, PEDRO COSTA PEREIRA, SÉRGIO LUIZ DO LOGAR MATTOS

CET ALFREDO AUGUSTO VIEIRA PORTELLA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: Anquilose da articulação temporomandibular (ATM) é descrita como fusão de estruturas articulares com limitação da abertura bucal e dos movimentos mandibulares. Essa condição pode ser desafiadora no manejo de via aérea, sendo a intubação por fibroscopia com fibra óptica uma técnica adequada nesses casos. Nos pacientes pediátricos, em especial, deve ser avaliada a estratégia farmacológica em razão da difícil cooperação e da necessidade de um nível profundo de sedação.

Relato de caso: Paciente masculino, 12 anos, ASA I, portador de anquilose unilateral de ATM, submetido a procedimento cirúrgico bucomaxilofacial sob anestesia geral multimodal e intubação nasotraqueal guiada por fibroscopia flexível. Ao exame, o paciente apresentava retrognatismo *upper lip biting test* classe 3, dentição desalinhada e distância interincisivos menor <1 cm. Foi realizada pré-oxigenação com oxigênio a 100% sob máscara facial e, através do acesso venoso periférico, iniciada infusões contínua com remifentanil (0,05 mcg.kg.min) e dexmedetomidina (0,25 mcg.kg.h). Nesse mesmo momento, foi administrada cetamina 10 mg IV. O paciente evoluiu com nível de sedação profundo, em ventilação espontânea, sem hipoxemia, tolerando a passagem do fibroscópio, submetido à intubação nasotraqueal com tubo 6,5 mm. Em seguida, foi administrado fentanil 120 mcg e rocurônio 20 mg associados a sevoflurano 2% para manutenção e titulação da anestesia conforme parâmetros do índice bispectral. Houve reversão do bloqueio neuromuscular com sugamadex ao final do procedimento, com extubação acordada, sendo ofertado oxigênio suplementar durante o processo, sem intercorrências. O paciente permaneceu por um período em unidade de cuidados pós-anestésicos, sem necessidade de suporte de oxigênio ou outras intercorrências, sendo encaminhado à enfermaria. **Discussão:** A intubação nasotraqueal por fibroscopia com fibra óptica é considerada uma técnica eficaz para o manejo de pacientes com via aérea difícil. Na anestesia pediátrica, são importantes o planejamento e a preparação para condições ideais de intubação visando menor ansiedade e trauma pós-anestésico, associado a um maior nível de segurança. Dessa forma, objetivou-se uma sedação profunda adequada para manutenção da perviedade das vias aéreas do paciente.

Palavras-chave: intubação nasotraqueal por fibroscopia flexível, via aérea em anestesia pediátrica, manejo de via aérea difícil.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Walker RWM, Ellwood J. The management of difficult intubation in children. *Paediatr Anaesth*. 2009;19(Suppl 1):77-87. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-9592.2009.03014.x>. PMID:19572847.
2. Eftekharian HR, Zarei K, Arabion HR, Heydari ST. Remifentanil, ketamine, and propofol in awake nasotracheal fiberoptic intubation in temporomandibular joint ankylosis surgery. *J Craniofac Surg*. 2015;26(1):206-9. <http://dx.doi.org/10.1097/SCS.0000000000001243>. PMID:25478975.

978 FÍSTULA CUTÂNEA APÓS PASSAGEM DE CATETER PERIDURAL, UMA COMPLICAÇÃO RARA RELATO DE CASO

GABRIEL CORDEIRO SCHIMIDT, ANTONIO FILIPE NETO, EWERTON ARYEL SALES SOBREIRA, HEITOR AZEDO RODRIGUES

DASA BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL

Introdução: A inserção de cateter peridural para cirurgias abdominais de grande porte oferece grande potencial analgésico no intra e no pós-operatório. O surgimento de fístula após retirada de cateter é raro e está relacionado a múltiplos fatores. Relatamos um caso de fístula cutânea após inserção de cateter peridural em paciente submetida a lobectomia hepática. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 73 anos, IMC 28 kg/m², hipertensa e dislipidêmica, com diagnóstico de adenocarcinoma hepatocelular. Foi admitida para lobectomia hepática com exames pré-operatórios normais. Optou-se por inserção de cateter peridural para analgesia. Punção com a paciente sentada, técnica asséptica, agulha de Tuohy 17G e técnica de Dogliotti, no espaço T10-T1, após múltiplas tentativas. Após passagem do cateter e aspiração negativa, foram administrados 2 mg de morfina. Indução da anestesia geral com fentanil 200 mcg, propofol 150 mg e rocurônio 100 mg, seguida de intubação orotraqueal. Mantida anestesia venosa total com doses tituladas por sensor de profundidade anestésica. A cirurgia teve duração de 4 h e a paciente manteve estabilidade hemodinâmica no intraoperatório. Logo após extubação, houve rebaixamento do nível de consciência e as pupilas estavam mióticas. Optou-se por reintubação e internação em leito de UTI. Foi mantido o cateter peridural; porém, não foi administrado nenhum outro anestésico. Extubação no 2º dia DPO; paciente sonolenta e confusa. No 3º DPO, após retirado cateter peridural, houve drenagem de líquido límpido e incolor pelo orifício da punção peridural. Ressonância magnética confirmou o diagnóstico de fístula liquórica, que manejada com conduta conservadora. A paciente apresentou redução gradual de drenagem liquórica e, no 8º DPO, já não havia drenagem. **Discussão:** A fístula cutânea liquórica é uma complicação rara com risco de desenvolvimento de cefaleia crônica e meningite. O manejo varia de medidas conservadoras até tampão sanguíneo epidural. O tratamento conservador é adequado para pacientes assintomáticos ou com contraindicações para procedimentos invasivos e consiste em hidratação, repouso no leito, curativo compressivo e monitoramento do débito liquórico. As principais causas associadas são: múltiplas punções, perfuração acidental da dura-máter e passagem de cateter no espaço subaracnóideo. No caso descrito, a perfuração da dura-máter pode ter ocorrido durante a penetração de agulha de Tuohy ou durante a passagem do cateter de peridural.

Palavras-chave: Fístula cutânea, complicação da peridural.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Pereira AI, Fernandes DL, Amorim A, Nunes S. Cerebrospinal fluid fistula after combined spinal-epidural block. *BMJ Case Rep.* 2022;15(3):1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-247598>. PMID:35241447.
2. Prosser JD, Vender JR, Solares CA. Vazamentos traumáticos de líquido cefalorraquidiano. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44:857. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2011.06.007>. PMID:21819876.

979 IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA IDENTIFICAR E PREVENIR DELÍRIO E DISFUNÇÃO COGNITIVA PÓS OPERATÓRIA

CATARINA DE SOUZA DIAS NOGUEIRA, ANA CLAUDIA ZON FILIPPI, MATHEUS DA SILVA ALVARENGA

UNIVERSIDADE DE VASSOURAS, VASSOURAS, RJ, BRASIL

Estamos implementando o protocolo no ambulatório de risco anestésico a fim de identificar e prevenir o delírio e a disfunção cognitiva no pós-operatório. As cirurgias cardíacas apresentam maiores incidências, seguidas de cirurgias ortopédicas, cirurgias com anestesia geral e cirurgias com anestesia regional. É recomendado que seja utilizado o termo "distúrbios neurocognitivos perioperatórios" para qualquer comprometimento cognitivo identificado no período pré-operatório e até 12 meses após a cirurgia. Apesar de serem observadas alterações cognitivas em pacientes pós-cirúrgicos a curto e médio prazo, ainda não é possível fazer associações causais. Um dos métodos que utilizamos é o Minicog, servindo como um método de rastreio cognitivo rápido. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo estabelecer uma relação entre a pontuação do Minicog pré-operatório e a ocorrência de delirium pós-operatório e, com isso, validar o Minicog como ferramenta para identificar delírio e disfunção cognitiva pós-operatória. **Metodologia:** Este é um estudo observacional transversal que avaliará a correlação entre alterações no Minicog e no teste do relógio pré-operatório com a presença pós-operatória de delírio e disfunções neurocognitivas. Considera-se delírio mudanças flutuantes na atenção, no estado mental e no nível de consciência. Considera-se disfunção cognitiva toda alteração de atenção, memória, aprendizagem, linguagem e capacidade de planejamento, estado que será avaliado na enfermaria após 12 e 24 h. A depender dos resultados do estudo, haverá necessidade de mudanças na conduta, como cautela no uso de benzodiazepínicos e controle rigoroso de temperatura e pressão. **Resultados:** Como o estudo ainda está em processo de tramitação e elaboração, os resultados ainda não podem ser explanados. **Conclusão:** Assim, apesar da falta de resultados conclusivos, uma pequena revisão bibliográfica somada à observação clínica derivadas da prática médica da anestesiolegista mostram a grande relevância da pesquisa de validação de um método de rastreio rápido e efetivo.

Palavras-chave: Anestesiologia, cirurgia, distúrbios neurocognitivos.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Evered L, Silbert B, Knopman DS, et al. Recommendations for the Nomenclature of Cognitive Change Associated with Anaesthesia and Surgery-2018. *Anesthesiology*. 2018;129(5):872-9. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000002334>. PMID:30325806.

980 MANEJO DE VIA AÉREA EM PACIENTE PUÉRPERA COM ANGINA DE LUDWIG

BEATRIZ FERREIRA CORDEIRO, ANAGELI LORENZON PIMENTEL, MILLA DOMINGUES

CET DA UNIV.FEDERAL DE SANTA CATARINA - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIV. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

Introdução: A angina de Ludwig é um processo infeccioso agudo do assoalho da boca, de rápida evolução, podendo levar a sepse e infecção de áreas adjacentes, como pulmões e mediastino.¹ Situações como gestação e puerpério, que comumente acompanham alguma supressão imunológica, podem favorecer o desenvolvimento do quadro.² **Relato de caso:** Paciente feminina, 24 anos, previamente hígida, puérpera há 11 dias na admissão, iniciou quadro súbito de febre, dor e edema em região mandibular bilateralmente, mantendo-se estável hemodinamicamente. Foi diagnosticada angina de Ludwig e indicada abordagem cirúrgica pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial. Paciente em jejum, sem sinais de obstrução da via aérea. Feita indução anestésica com fentanil 3 mcg/kg, propofol 2 mg/kg e succinilcolina 1 mg/kg após identificação de ventilação por pressão positiva adequada para intubação orotraqueal (IOT). Foram realizadas, inicialmente, duas tentativas de laringoscopia direta, seguidas de quatro tentativas de fibroscopia, por dois profissionais diferentes, sem sucesso em razão de distorções anatômicas. Realizadas, então, duas tentativas de IOT retrógrada, sem sucesso por resistência na progressão do tubo orotraqueal. Por fim, realizada IOT via laringoscopia direta e uso de *bougie*. Realizado procedimento cirúrgico seguido de antibioticoterapia com ceftriaxone e clindamicina. No segundo dia pós-operatório (PO), a paciente apresentou tosse secretiva com posterior diagnóstico de pneumonia; porém, com resposta adequada à terapia em andamento. Manteve-se acompanhamento pela clínica médica com alta hospitalar no 7º PO. **Discussão:** O manejo de via aérea na angina de Ludwig requer planejamento organizado que inclua alternativas de acesso, seguindo algoritmos apropriados de via aérea difícil, executadas pelo profissional mais experiente disponível. Dessa forma, procura-se reduzir o número de abordagens traumáticas e aumentar as chances de sucesso. Entretanto, a via retrógrada de IOT aumenta o risco de transferência de patógenos para as vias aéreas inferiores e de pneumonia por conta da transfixação do tecido subcutâneo cervical, comumente acometido nesses casos. Neste caso, a resolução do manejo de via aérea por laringoscopia direta após a progressão sem sucesso para o plano de IOT retrógrada sugere uma possível fragilidade no planejamento da abordagem inicial da via aérea, o que pode ter contribuído para o desfecho de infecção de vias aéreas inferiores.

Palavras-chave: Período Pós-Parto, Angina de Ludwig, manuseio das vias aéreas.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Banu K, Srikanth G. Ludwig's Angina in Post Partum Patient. J Maxillofac Oral Surg. 2014;13(2):208-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-010-0104-x>. PMID:24822014.
2. Sjamsudin E, Manurung B, Arumsari A, Maulina T. The management of septic shock and Ludwig's angina: a case report of a life-threatening condition. SAGE Open Med Case Rep. 2020;8:X20930909. <http://dx.doi.org/10.1177/2050313X20930909>. PMID:32728440.

981 MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INTRAOPERATÓRIA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO CARDÍACA SISTÓLICA IMPORTANTE SUBMETIDO À NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA TOTAL: RELATO DE CASO

PABLINE VANIN CLAUDINO, FERNANDO CÁSSIO DO PRADO SILVA, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, MARIA EUGENIA SILVESTRE E SILVA, RODRIGO RODRIGUES ALVES

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP. STA. GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: No período intraoperatório, a monitorização do débito cardíaco (DC) é uma importante ferramenta para se manter adequada perfusão tecidual. A partir dessa tecnologia, é possível calcular variáveis como índice cardíaco (IC) e variação do volume sistólico (VVS), sendo esta um bom parâmetro para prever a fluído-responsividade em pacientes em ventilação mecânica. **Caso clínico:** Paciente masculino, 58 anos, 70 kg, 1,65 m, com hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e insuficiência renal crônica dialítica, submetido a nefrectomia videolaparoscópica total à esquerda. Ecocardiograma pré-operatório com hipocinesia difusa do VE, volume diastólico final aumentado, fração de ejeção (FE) de 29% e pressão sistólica da artéria pulmonar de 49 mmHg. Após monitorização convencional, foi realizada venoclise com cateter 16G, cateter central em jugular direita 7Fr e cateterismo de artéria radial para análise do contorno de pulso arterial. Realizada anestesia peridural em L1-L2 com passagem de cateter, pré-oxigenação e indução com fentanil 200 mcg, etomidato 20 mg, rocurônio 50 mg, intubação orotraqueal e manutenção com sevoflurano 2% e 10 mL de levobupivacaína a 0,15% no cateter peridural. Iniciada noradrenalina 0.05 mcg/kg/min e dobutamina com vazão variando de 5-10 mcg/kg/min objetivando manter o índice cardíaco (IC) >2,4 L/min/m². Manutenção com cristaloides a 2 mL/kg/h associado a alíquotas de 250 mL caso o IC ficasse abaixo do valor pré-estabelecido. Se o paciente respondesse com aumento do IC em 10%, nova alíquota era administrada; caso contrário, a dose de inotrópico era aumentada. Foram infundidos 1600 mL de volume e diurese de 700 mL em 3 h de intraoperatório. Procedimento sem intercorrências e com sangramento mínimo. Paciente encaminhado para UTI estável hemodinamicamente, mantendo uso noradrenalina e dobutamina em baixas doses, consciente e eupneico em ar ambiente. **Discussão:** A monitorização hemodinâmica invasiva com terapia guiada por metas mostrou melhores desfechos em pacientes de alto risco e em cirurgias de grande porte. Apesar do uso de pneumoperitônio no caso descrito, a análise do contorno de pulso arterial ainda pode ser utilizada como guia para reposição volêmica utilizando-se a variação do débito cardíaco ou o índice cardíaco após provas de volume, uma vez que índices dinâmicos como o VVS se mostraram limitados nesse cenário.

Palavras-chave: Anestesia, monitorização hemodinâmica, índice cardíaco.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bessa R, Bruno L. Monitorização do débito cardíaco: vantagens e desvantagens dos métodos disponíveis. Rev Med Minas Gerais. 2010;20:29-45.
2. Tome ML, De la Gala FA, Piñeiro P, Olmedilla L, Garutti I. Comportamento da variação do volume sistólico em pacientes hemodinamicamente estáveis durante cirurgia torácica com períodos de ventilação monopulmonar. Rev Bras Anesthesiol. 2018;68(3):225-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.11.003>.

982 GESTANTE PORTADORA DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA: POCUS DA BAINHA DO NERVO ÓPTICO COMO DEFINIDOR DE CONDUTA ANESTÉSICA

BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE, CARLOS OTHON BASTOS, GUILHERME RUFINO DA SILVA, MAURICIO MARSAIOLI SERAFIM, WILSON GONÇALVES SOMBRA

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é uma condição neurológica caracterizada por pressão intracraniana (PIC) elevada de etiologia desconhecida, composição normal do líquido cefalorraquidiano e ausência de lesões cerebrais. O sintoma mais frequente é a cefaleia intensa e queixas visuais são comuns, como perda de acuidade e campo visual¹. A PIC pode ser monitorada por meio de métodos invasivos e não invasivos. A ultrassonografia do nervo óptico é uma técnica não invasiva que permite mensurar a bainha desse nervo e detectar possíveis variações no seu diâmetro, que estará aumentado como resultado de maior pressão líquórica no seu interior no caso da HII. Medidas com valores acima do valor de referência (adultos até 5 mm) indicam uma PIC elevada. **Relato de caso:** Primigesta, 20 anos, 115 kg, 38 semanas gestacionais, estado físico II (ASA) por hipertensão gestacional (em uso de metildopa 1,5 g/dia) e HII sem acompanhamento há 2 anos. Indicada cesárea por perfil fetal desfavorável. No momento, encontrava-se assintomática. Para definir a técnica anestésica, além do exame clínico sem sinais de hipertensão intracraniana, foi realizado ultrassom da bainha do nervo óptico como exame complementar, sendo visualizado seu diâmetro a 0,3 mm do disco óptico, com o valor de 4,5 mm, que estima uma PIC dentro da normalidade. Realizada, então, raquianestesia com 10 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica associados à fentanil 20 mcg e morfina 80 mcg, com taxa de infusão lenta. O procedimento transcorreu sem intercorrências. A paciente recebeu alta hospitalar após 72 h com encaminhamento para neurologia. **Discussão:** Porque a anestesia neuroaxial é contraindicada em portadores de PIC elevada, é essencial sua mensuração antes da escolha da técnica anestésica a ser empregada em uma cesariana, pelo fato da raquianestesia ser mais segura em gestantes. Com a estimativa da PIC através do ultrassom – um exame acessível, realizado no leito e não invasivo – pode-se rapidamente avaliar a segurança da realização do bloqueio de neuroeixo e evitar a exposição da gestante aos riscos de uma anestesia geral. Soma-se a isso a importância de uma avaliação multidisciplinar pela a equipe obstétrica para promover uma abordagem ideal para cada caso de HII.

Palavras-chave: Nervo óptico, ultrassonografia, hipertensão intracraniana idiopática.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Stevens RRF, Gommer ED, Aries MJH, et al. Optic nerve sheath diameter assessment by neurosonology: a review of methodologic discrepancies. J Neuroimaging. 2021;31(5):814-25. <http://dx.doi.org/10.1111/jon.12906>. PMID:34270144.
2. Alves S, Sousa N, Cardoso L, Alves J. Multidisciplinary management of idiopathic intracranial hypertension in pregnancy: case series and narrative review. Bras J Anesth. 2022;72(6):790-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.030>. PMID:33757747.

984 PARAPLEGIA APÓS RAQUIANESTESIA EM PACIENTE COM TUMOR METASTÁTICO NA COLUNA

NATHÁLIA RIBEIRO CUNHA, IGOR MIGLIO DE CASTRO, LÍVIA CRISTINA NUNES SILVA, LUCIANA DE SOUZA COTA CARVALHO LAURENTYS, RENATA DE ABREU FABRINI CUNHA

CET DA FHEMIG / HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK - HOSPITAL SEDE: HOSP. JÚLIA KUBITSCHKEK / FHEMIG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Embora o déficit neurológico permanente após o bloqueio de neuroeixo (BNE) seja uma complicação rara, pode ser um indício de uma doença pré-existente. O caso relatado é sobre uma paciente sem quaisquer sinais e sintomas neurológicos que evoluiu com paraplegia completa após um procedimento ortopédico sob raquianestesia. **Relato de caso:** Mulher, 68 anos, hipertensa, enfisematosa e tabagista. Internada por fratura patológica em fêmur esquerdo. Exames laboratoriais normais, tomografia computadorizada (TC) com lesões em T12 e L2, sugestivas de metástases, mas sem déficits neurológicos. Submetida a desbridamento cirúrgico com dexmedetomidina 0,2 mcg/kg/min para sedação associada à raquianestesia em nível I4-I5, agulha quincke 27G, punção única, atraumática, sem parestesias, utilizando bupivacaína hiperbárica 12,5 mg. Confirmado bloqueio sensorial no nível T10. Posicionada em decúbito lateral direito durante toda a cirurgia, que transcorreu sem intercorrências. Após 8 h na sala de recuperação pós-anestésica havia permanência do bloqueio motor, mas sem dor ou alterações no sítio de punção. Solicitada uma TC de urgência, que revelou discreto sangramento em trajeto de punção. A avaliação neurológica evidenciou abolição dos reflexos miotáticos e da sensibilidade em MMII. Após ausência de melhora em 24 h, acrescido de retenção urinária, uma ressonância magnética (RM) foi realizada, detectando uma fratura patológica em T12, provocando compressão medular. Sem indicação de intervenção cirúrgica, a paciente foi encaminhada a outro hospital para acompanhamento e tratamento oncológico paliativo. **Discussão:** Paraplegia completa após BNE por compressão tumoral metastática é extremamente rara e apenas casos esporádicos foram relatados na literatura. Nesta paciente, embora estivéssemos cientes da presença das metástases, ponderamos que a punção em um nível inferior seria segura. Hipóteses buscam elucidar o mecanismo do dano neurológico nesse contexto, que ainda permanece desconhecido. Por esse motivo, alguns autores desencorajam o BNE em pacientes com queixas neurológicas ou com metástases ósseas confirmadas ou suspeitas. Caso seja realizado, na ausência de recuperação satisfatória, sugere-se que uma avaliação neurológica e exame de coluna sejam solicitados imediatamente para o diagnóstico precoce de causas reversíveis, sendo a RM mais sensível que a TC para determinar uma patologia espinhal subjacente à paraplegia pós-operatória aguda.

Palavras-chave: Raquianestesia, paraplegia, metástase vertebral.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Chergn Y-G, Chen IY, Liu FL, Wang MH. Paraplegia following spinal anesthesia in a patient with an undiagnosed metastatic spinal tumor. *Acta Anaesthesiol Taiwan*. 2008;46(2):86-90. [http://dx.doi.org/10.1016/S1875-4597\(08\)60033-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1875-4597(08)60033-8). PMID:18593656.
2. Karamaz A, Turhanoglu A, Arslan H, Kaya S, Turhanoglu S. Paraplegia associated with combined spinal-epidural anaesthesia caused by preoperatively unrecognized spinal vertebral metastasis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(9):1165-7. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1399-6576.2002.460919.x>. PMID:12366516.

985 BLOQUEIO DE PLANO ERETOR DA ESPINHA COMO ALTERNATIVA PARA CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

LIVIA MIZUKI DE CAMPOS, ALISSON HOLSTEIN, NÁDIA MUNHOZ PONCE, PAULA EDUARDA DE MELLO SILVA

HOSPITAL REGIONAL HOMERO DE MIRANDA GOMES, SÃO JOSÉ, SC, BRASIL

Introdução: A analgesia de cirurgias abdominais de grande a médio porte pode ser realizada por anestesia multimodal, bloqueios de neuroeixo e, mais recentemente, guiada por ultrassonografia (USG). O bloqueio do plano eretor da espinha (ESP block) é uma técnica realizada sob USG, na qual o anestésico é depositado no plano interfascial do complexo de músculos, em dose única ou em infusão contínua, para analgesia cérvico-sacral. **Relato de caso:** Paciente masculino, 68 anos, ASA II, 85 kg, hipotireoidismo em uso de levotiroxina 125 mcg, com plano de retossigmoidectomia videolaparoscópica por suspeita de adenocarcinoma de cólon. Chega ao centro cirúrgico em ritmo cardíaco sinusal, 70 bpm, PA 140*70 mmHg, saturando 97% em ar ambiente. Venóclise em membro superior esquerdo com Abocath 18, pressão arterial invasiva em artéria radial esquerda. Realizada indução de anestesia geral com sufentanil 20 mcg, lidocaína sem vasoconstritor (SVC) 80 mg, propofol 60 mg e rocurônio 50 mg; manutenção inalatória com sevoflurano 2% e endovenosa com remifentanil 0,1 mcg/kg/min, lidocaína SVC 1 mg/kg/h e precedex a 0,2 mcg/kg/h. Optou-se pela conversão para laparotomia xifopúbica emergencial em razão de sangramento venoso importante – identificado um baço acessório como causa e realizada sua retirada com controle do sangramento. Realizada, então, hemicolectomia esquerda. Para o pós-operatório, realizado ESP block bilateralmente – guiado por USG com agulha stimuplex 50 mm – em decúbito lateral esquerdo, ao nível de T6, com injeção de ropivacaina 0,5%, total de 35 mL. Extubado, mantendo-se hemodinamicamente bem e sem dor. Reavaliado 3 h e 12 h após a cirurgia, com bom controle algico sem necessidade de resgate com opioides. **Discussão:** O melhor controle algico através de bloqueios periféricos impacta o uso de menores doses de opioides, otimização do tempo de permanência hospitalar, evolução de dieta, complicações relacionadas a restrição no leito e riscos de ileo paralítico. O ESP block foi descrito pela primeira em 2016, para tratamento da dor neuropática torácica. Oferece menor risco de lesão medular direta, hematoma epidural e infecção no sistema nervoso central, pois é realizado no plano interfascial. Pode ser utilizado em procedimentos em nível torácico, abdominal, e até mesmo, lombar, sendo simples e de fácil execução. É uma alternativa às técnicas neuraxiais que, apesar de terem bons efeitos analgésicos, podem cursar com hipotensão, bloqueio motor, falha de bloqueio, abscesso epidural, hematoma e pneumotórax.

Palavras-chave: Anestesia regional, esp block, cirurgia abdominal.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Forero M, Rajarathinam M, Adhikary S, Chin KJ. Erector spinae plane (ESP) block in the management of post thoracotomy pain syndrome: a case series. *Scand J Pain*. 2017;17:325-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.08.013>. PMID:28919152.
2. Forero M, Rajarathinam M, Adhikary S, Chin KJ. Continuous erector spinae plane block for rescue analgesia in thoracotomy after epidural failure: a case report. *A Case Rep*. 2017;8(10):254-6. <http://dx.doi.org/10.1213/XAA.0000000000000478>. PMID:28252539.

987

SANGRAMENTO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO EM PACIENTE USUÁRIO CRÔNICO DE GINKGO BILOBA

BRUNA PEIXOTO MANNA DE REZENDE, CARLOS OTHON BASTOS, GUILHERME RUFINO DA SILVA, LUIZ FERNANDO CARLIN MUTTERLE, WILSON GONÇALVES SOMBRA

CET INTEGRADO DE CAMPINAS - HOSPITAL SEDE: MATERNIDADE DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

Introdução: Os fitoterápicos – produtos tidos como naturais – são usados com propósitos medicinais. Um grande número dessas substâncias tem como efeito colateral a interferência na coagulação sanguínea. O extrato de ginkgo biloba inibe tanto a agregação plaquetária quanto a dos eritrócitos. Também promove incremento do suprimento sanguíneo cerebral por meio de vasodilatação e redução da viscosidade sanguínea, além de reduzir a densidade dos radicais livres de oxigênio nos tecidos nervosos¹. **Relato de caso:** Homem, 56 anos, 82 kg, estado físico II (ASA) por hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II e dislipidemia, em uso de losartana, metformina, dapagliflozina, rosuvastatina, ezetimiba, ginkgo biloba, magnésio e zinco. Admitido para rinosseptoplastia sob anestesia geral balanceada. O procedimento ocorreu sem anormalidades. Após 16 dias, retornou para reabordagem cirúrgica em razão de hemorragia. Orientado a suspender a ginkgo biloba pelo risco de sangramento, não seguiu as orientações e manteve seu uso diário, inclusive no pós-operatório. Após profilaxia para broncoaspiração e pré-oxigenação, realizou-se indução venosa com intubação orotraqueal em sequência rápida e manutenção inalatória com sevoflurano em ventilação controlada. Após extubação, encaminhado acordado à SRPA, alta hospitalar, sem queixas, e orientado a suspender a ginkgo biloba por 7 dias. **Discussão:** O uso de fitoterápicos tem aumentado consideravelmente e os pacientes subestimam a relevância dessa informação ao anesthesiologista, seja pelo conceito de que são naturais, seja por desconhecimento de potenciais complicações. Nesse contexto, é de fundamental importância que o anesthesiologista, ciente da possibilidade de interação medicamentosa e efeitos adversos que podem advir com o uso dos fitoterápicos, ao realizar a avaliação pré-anestésica, pergunte expressamente ao paciente sobre o uso de quaisquer substâncias, além das tradicionais, advertindo os pacientes da relevância da informação e dos perigos da não descontinuação caso seja orientado.

Palavras-chave: ginkgo biloba, sangramento, rinosseptoplastia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bent S, Goldberg H, Padula A, Avins AL. Spontaneous bleeding associated with ginkgo biloba. J Gen Intern Med. 2005;20(7):657-61. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-005-0114-4>. PMID:16050865.

988 ANESTESIA EM PACIENTE GESTANTE COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: RELATO DE CASO

JOSÉ VINÍCIUS SILVA BEZERRA, ELIZABETH FERREIRA FREIRE, RANIERE NOBRE FONSECA, ROQUE RICARDO RODRIGUES SORIANO

CET HOSP.UNIV.PROF.ALBERTO ANTUNES - HOSPITAL SEDE: HOSP. UNIV. PROF. ALBERTO ANTUNES, MACEIÓ, AL, BRASIL

Introdução: A linfangioleiomiomatose pulmonar (LAM), de etiologia desconhecida, é uma patologia que classicamente afeta mulheres jovens em período fértil. Caracteriza-se como uma desordem com proliferação anormal das células musculares lisas no parênquima pulmonar, vasos sanguíneos e linfáticos e outros tecidos. Essa doença implica a formação de lesões hamartomatosas císticas, com acometimento de vários órgãos, como, por exemplo, em região pulmonar e renal. Nessas pacientes, o desejo de gestar deve ser desencorajado em razão das alterações estruturais da doença, que resultam em gestantes de alto risco e sujeitas a complicações. Este relato de caso apresenta uma paciente com diagnóstico de linfangioleiomiomatose submetida à cesariana sob técnica anestésica combinada (raquianestesia e peridural). **Relato de caso:** Gestante, A.R.A.A, 26 anos, 37s 6d, admitida no serviço para realizar parto cesariano. Paciente com antecedente cirúrgico de nefrectomia esquerda em 2019 por angiomiolipoma renal. Outrossim, a paciente apresentou ruptura espontânea de cistos em parênquima pulmonar, sendo submetida à drenagem bilateral associada à pleurodese para controle clínico da doença. A técnica anestésica escolhida foi a raquianestesia, com administração de 9 mg de bupivacaína hiperbárica com 80 mcg de morfina em nível L3-L4 em espaço subaracnóideo, associada à anestesia peridural em T10-T11 com 10 mL de ropivacaína a 0,2% e passagem de cateter. O nível sensitivo do bloqueio atingiu T4 após 5 min. O procedimento cirúrgico durou aproximadamente 45 min, evoluindo com hipotensão leve, corrigida com bólus de metaraminol 2 mg, sem outras intercorrências. O recém-nascido obteve Apgar = 09 no primeiro e quinto minutos. Após o procedimento, a puérpera foi levada a UTI para melhor observação clínica, tendo alta hospitalar após o terceiro dia de pós-operatório. **Discussão:** A LAM, por ter baixa prevalência na população, muitas vezes é confundida com outros diagnósticos de doenças respiratórias, como asma ou DPOC. Em mulheres em período fértil com história de dispneia progressiva associado a pneumotóraces espontâneos, a LAM deve ser considerada. A escolha da técnica anestésica foi decisiva para manter a estabilidade hemodinâmica e evitar o acesso à via aérea da gestante, tendo em vista sua modificação na fisiologia da gravidez e abordagem evitada.

Palavras-chave: Linfangioleiomiomatose, cesariana.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Baldi BG, Pimenta SP, Kawassaki AM, Bernardi FC, Dolhnikoff M, Carvalho CR. Pulmonary arterial involvement leading to alveolar hemorrhage in lymphangioleiomyomatosis. Clinics (São Paulo). 2011;66(7):1301-3. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322011000700031>. PMID:21876992.
2. Medeiros P Jr, Carvalho CRR. Linfangioleiomiomatose pulmonar. J Bras Pneumol. 2004;30(1):66-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000100013>.

992 RECUPERAÇÃO PROLONGADA APÓS RAQUIANESTESIA: RELATO DE CASO

PEDRO ABNER LIMA RIBEIRO, MILENA GARBIN RUIZ

CET GAAP – CUSC – HSC - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÃO CAMILO SANTANA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A raquianestesia é uma técnica segura; contudo, situações de comprometimento neurológico são possíveis. Este relato de caso chama a atenção para a recuperação prolongada do bloqueio motor-sensitivo. **Relato de caso:** Paciente feminina, 31 anos, nega comorbidades, cirurgias prévias e uso de medicações, alérgica a dipirona, 55 kg, 168 cm. Realizou cirurgia de varizes de membros inferiores(MMII) sedada com midazolam 5 mg e propofol 1%. Técnica asséptica, raquianestesia em posição sentada, uso de agulha Whitacre 27G e infusão de bupivacaína pesada 0,5% 15 mg e fentanil 20 mcg. Punção em linha média, sem intercorrências. Posicionada em decúbito dorsal horizontal, confirmada a instalação de bloqueio. Cirurgia durou 50 min, sem intercorrências. Após 15 h do procedimento, apresentava força diminuída à dorsiflexão/flexão plantar 4 na escala Medical Research Council (MRC), extensão/flexão da perna MRC 4 e extensão/flexão do quadril MRC 3. Redução de sensibilidade nos dermatômos de L1, L2 e L3, bilateralmente. Diurese e evacuação sem alterações. Sem queixa de dor. A RNM lombossacral foi inocente. Neurologista não encontrou sinais/sintomas que justificassem investigação clínica, ficando como hipótese bloqueio motor por efeito prolongado da raquianestesia. Após 24 h, a paciente teve alta hospitalar recuperada clinicamente. **Discussão:** O bloqueio sensitivo da bupivacaína pesada 0,5% dura aproximadamente 2 h após uma dose de 12 mg e a recuperação motora acontece entre 3,5 e 4,5 h. O fentanil tem efeito sinérgico e melhora a qualidade do bloqueio e a ação analgésica; contudo, não prolonga a duração do bloqueio. Os fatores etiológicos pensados foram trauma de estruturas nervosas, toxicidade do anestésico, recuperação prolongada e quadro psiquiátrico. A hipótese de trauma foi descartada pela RNM inocente e pela simplicidade na execução da punção. A toxicidade dos anestésicos locais ocorre principalmente associada ao uso de lidocaína, tendo como manifestação sintomas neurológicos transitórios. Com a paciente negava antecedentes psiquiátricos, a recuperação prolongada da raquianestesia foi considerada a principal hipótese. **Conclusão:** Ressalta-se, então, a importância de considerar a recuperação prolongada da raquianestesia como uma hipótese em quadro de déficits neurológicos após bloqueio subaracnóideo. Lançar mão de exames complementares pode contribuir para elucidação diagnóstica, além de segmento multidisciplinar (neurologista e fisioterapia). Orientação e suporte ao paciente são imprescindíveis.

Palavras-chave: raquianestesia, recuperação prolongada.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Gouveia MA. Complicações da anestesia regional. Rev Bras Anesthesiol. 1991;41(1):29-38.
2. Magalhães MC, Gomes JM, Portella AV, Souza LC, Magalhães MC. Sintomas neurológicos transitórios associados a raquianestesia - relato de caso. Rev Med UFC. 2019;59(2):54-7. <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n2p54-57>.

993 ANESTESIA PARA TAMPONAMENTO CARDÍACO APÓS USO DE TROMBOLÍTICO

TALES DE SOUSA COUTINHO FERREIRA PIRES, FELLIPE KAIZER GALO PERUSSO, HELEN COSTA PEREIRA, JOÃO AUGUSTO LOPES AMORIM, MARCELO GRISOLIA GONÇALO

CET DR. AMÉRICO S. AUTRAN FILHO - H. F. LAGOA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

Introdução: As limitações impostas pelo tamponamento cardíaco são um desafio ao anestesiológista, que deve optar pelo uso de fármacos que mantenham a vasoconstrição periférica, sejam inotrópicas ou cronotrópicas positivas, e possuam propriedades antiarrítmicas. Deve-se visar o melhor desempenho cardiovascular com a menor interferência nos mecanismos compensatórios. **Relato de caso:** R.F.O., paciente masculino, 65 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus II. Há 6 dias do caso, foi implantado marca-passo por causa de bloqueio atrioventricular total. No dia do caso, R.F.O. evoluiu com dor torácica típica, sendo diagnosticado com infarto agudo do miocárdio e procedida a trombólise com alteplase. Permanecendo a instabilidade clínica, detectou-se derrame pericárdico visto ao ultrassom. O paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico (CC) em caráter emergencial. No CC, após a monitorização inicial (FC 110 bpm, PA 125x70 mmHg e SpO2 97%), foi realizada monitorização invasiva da pressão arterial. Administrados midazolam 2 mg IV e fentanil 50 mcg IV e realizado bloqueio do campo de incisão com lidocaína a 2% 15 mL pela equipe cirúrgica. O procedimento durou 90 min e 520 mL de sangue foram drenados. Após a drenagem, houve incremento da PA, atingindo valor máximo de 185 x 105 mmHg e queda na FC até 90 bpm. O paciente foi transferido para a unidade de terapia intensiva e teve alta após 6 dias. **Discussão:** A diminuição do volume diastólico final é acompanhada de aumento na pressão diastólica final dos ventrículos, ocorrendo decréscimo no volume sistólico, na fração de ejeção e no débito cardíaco (DC). Os mecanismos compensatórios levam à vasoconstrição e à taquicardia, na tentativa de restaurar suas funções. Em pacientes hemodinamicamente instáveis, a drenagem pericárdica pode ser realizada com anestesia local e uso de agentes sedativos e analgésicos como cetamina, midazolam ou fentanil. Após melhora hemodinâmica, a anestesia geral pode ser induzida, com a escolha de agentes que deprimam minimamente a função cardíaca e causem pouca vasodilatação sistêmica e hipotensão, como cetamina e etomidato. Houve maior necessidade de uso de vasopressores em pacientes que receberam anestesia geral quando comparada à anestesia local. Na ventilação mecânica, deve-se evitar grandes volumes correntes e altos picos de pressão para minimizar o impacto na hemodinâmica. Após alívio do tamponamento, catecolaminas endógenas e exógenas podem causar aumentos súbitos na PA e FC – esse fenômeno deve ser previsto e tratado.

Palavras-chave: Tamponamento cardíaco, anestesia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. O'Connor CJ, Tuman KJ. The intraoperative management of patients with pericardial tamponade. *Anesthesiol Clin*. 2010;28(1):87-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2010.01.011>. PMID:20400042.
2. Madhivathanan PR, Corredor C, Smith A. Perioperative implications of pericardial effusions and cardiac tamponade. *BJA Educ*. 2020;20(7):226-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjae.2020.03.006>. PMID:33456955.

998 BLOQUEIO DO PLANO SERRÁTIL ANTERIOR PARA MASTECTOMIA RADICAL

MARIANA FREITAS DA SILVA, ROSANGELA DO SOCORRO CANTUARIA DA SILVA FERREIRA, VITORIA SILVA RODRIGUES

CET MARIO FASCIO 9111, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: A mastectomia radical é um procedimento cirúrgico comumente realizado em pacientes com neoplasia mamária, mas cursa com dor importante no pós-operatório, além de restrição à movimentação do ombro. O bloqueio de plano serrátil anterior é uma técnica indicada para analgesia de cirurgias ântero-laterais na parede torácica, incluindo a mastectomia, e é realizado através de injeção de anestésico local entre o músculo serrátil anterior e grande dorsal, sendo usado como alternativa para anestesia epidural, paravertebral, intercostal, e bloqueios de nervos intrapleurais. **Relato de caso:** Paciente idosa, 67 anos, desnutrida, portadora de doença renal crônica dialítica, com indicação cirúrgica de mastectomia radical à direita. Realizou hemodiálise no dia anterior (24 h antes), exames laboratoriais sem alterações. Foi realizado bloqueio de plano serrátil anterior guiado por ultrassom, utilizando-se transdutor linear e agulha 22G, injetada levobupivacaína 0,25% 15 mL sem vasoconstritor. Pré-oxigenação sob máscara facial e posterior indução com cetamina 20 mg, etomidato 20 mg, lidocaína 80 mg, fentanil 100 mcg e cisatracúrio 10 mg e mantida em máscara laríngea. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Durante o pós-operatório imediato, a paciente negou queixa algica. Decorridas 24 h do procedimento, apresentava dor classificada como 2 na escala analógica de dor. **Discussão:** O bloqueio do plano serrátil anterior é uma alternativa viável e pode ser usado com segurança em cirurgias de mastectomia radical e parcial, promovendo adequada analgesia no intraoperatório, bem como 24 h após o procedimento, reduzindo o escore de dor e minimizando a necessidade de analgesia de resgate. Por ter ação sobre os ramos cutâneos laterais dos nervos intercostais, fornece analgesia extensa na parede torácica quando comparado a outras técnicas de bloqueios regionais. Além disso, torna-se uma alternativa valiosa pela sua segurança e facilidade com que pode ser aprendido e executado, reduzindo assim complicações inatas a outros tipos de técnicas, especialmente no idoso frágil.

Palavras-chave: Analgesia, anestesia regional, mastectomia radical.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Woodworth GE, Ivie RMJ, Nelson SM, Walker CM, Maniker RB. Perioperative breast analgesia: a qualitative review of anatomy and regional techniques. Reg Anesth Pain Med. 2017;42(5):609-631. <http://dx.doi.org/10.1097/AAP.0000000000000641>. PMID: 28820803.
2. Blanco R, Barrington MJ. Blocos de nervos do plano pectoralis e serratus. NYSORA. [citado em 2023 Jan 30]. Disponível: <https://www.nysora.com/pt/T%C3%B3picos/anestesia-regional-para-procedimentos-cir%C3%BArgicos-espec%C3%ADficos/t%C3%B3rax/blocos-de-plano-peitoral-serratus/>

999 HEMIPELVECTOMIA E MODIFICAÇÕES HEMODINÂMICAS: RELATO DE CASO

MARIANA FREITAS DA SILVA, ROSANGELA DO SOCORRO CANTUARIA DA SILVA FERREIRA, VITORIA SILVA RODRIGUES

CET MARIO FASCIO 9111, BELÉM, PA, BRASIL

Introdução: Os tumores ósseos pélvicos representam cerca de 5% dos tumores ósseos malignos. A rica vascularização e inervação da região pélvica constitui um desafio para o manejo cirúrgico-anestésico por conta das importantes modificações hemodinâmicas ocorridas durante a manipulação cirúrgica para ressecção do tumor. **Relato de caso:** Paciente masculino, 26 anos, 54 kg, 179 cm, ASA II, com indicação de hemipelvectomia esquerda por tumor ósseo. Realizada anestesia combinada peridural com 12 mL de levobupivacaína sem vasoconstritor a 0,25% e 2 mg de morfina com passagem de cateter peridural para analgesia pós-operatória, seguida de anestesia geral balanceada com fentanil 100 mcg, lidocaína 20 mg, propofol 100 mg e rocurônio 35 mg, mantida com sevoflurano e remifentanil. Durante o procedimento, o paciente apresentou sangramento importante levando à instabilidade hemodinâmica com necessidade de uso de droga vasoativa e transfusão de duas unidades de concentrado de hemácias: uma de plasma fresco congelado e 2.500 mL de solução cristalóide. Ao término, foi realizado repique do anestésico via cateter, extubação e encaminhamento ao CTI, onde permaneceu por 48 h. Após transferência para enfermaria, recebeu alta hospitalar no 4º dia de pós-operatório sem queixas. **Discussão:** A hemipelvectomia interna oferece melhor função e menor prevalência de complicação pós-cirúrgica comparada à abordagem convencional. Tais intervenções de ressecção levam em consideração a dimensão do tumor e a invasão de partes moles e do feixe vaso-nervoso. O momento de alterações hemodinâmicas mais importante durante a ressecção do tumor no paciente é a ligadura dos grandes vasos pélvicos seguida da desarticulação do quadril, ocasionando sangramento e interrupção do retorno venoso do membro com redução da pré-carga, o que resulta em expressiva hipotensão com possível choque hipovolêmico, como observado neste caso, no qual foi manejado prontamente conforme as necessidades clínicas do paciente. Portanto, o conhecimento das alterações decorrentes da técnica cirúrgica e o planejamento anestésico são a melhor estratégia para o controle hemodinâmico e o desfecho favorável do paciente.

Palavras-chave: Monitorização hemodinâmica, hemipelvectomia, anestesia balanceada.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Enneking WF, Dunham W, Gebhardt MC, Malawar M, Pritchard DJ. A system for the functional evaluation of reconstructive procedures after surgical treatment of tumors of the musculoskeletal system. Clin Orthop Relat Res. 1993;286:241-6. <http://dx.doi.org/10.1097/00003086-199301000-00035>. PMID:8425352.
2. Couto AGH. Análise perioperatória e de sobrevida em 35 casos. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.

1000 BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL SOB EMBEBIÇÃO EM CAMPO ABERTO

GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA, GUILHERME DE HOLANDA COTA, NATALIA TOZZI MARQUES, NATHALIA VIEIRA MULLER LOPES, WESCLEY PERALTA COCA

CET HOSPITAL SANTA RITA (ABBS) - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SANTA RITA, MARINGÁ, PR, BRASIL

Introdução: A escolha da técnica anestésica é um desafio na rotina diária do anestesiológico. O procedimento difere de acordo com o paciente e o uso da técnica ideal requer individualização. Para tanto, alguns fatores devem ser considerados, desde aqueles relacionados ao procedimento cirúrgico, estímulo algóico e tempo cirúrgico, até aqueles que referem ao posicionamento e status clínico do paciente. Dessa maneira, as técnicas anestésicas combinadas ofereceram vários benefícios: analgesia perioperatória de alta qualidade com menor abuso de opioides, menor consumo de anestésicos inalatórios, menor sensibilização dos neurônios periféricos e centrais e risco reduzido de dor crônica. Tudo isso reverte-se em uma melhor experiência aos pacientes, de modo a otimizar sua recuperação funcional pós-operatória. Neste relato, apresentamos um caso de bloqueio do plexo braquial de maneira alternativa à técnica convencional. **Relato de caso:** N.A.C., homem, 25 anos, tabagista, sem alergias, ASA II, com diagnóstico de sarcoma de partes moles em região de ombro e peitoral à direita, sendo admitida para procedimento cirúrgico eletivo. Realizou terapia neoadjuvante com quimioterapia. Realizada anestesia geral combinada com desnitrogenação sob máscara facial, indução venosa com propofol 180 mg e remifentanil 0,4 mcg/kg min, com videolaringoscopia atraumática, Cormack Lehane grau II, IOT com tubo 8 com *cuff*, procedimento verificado por meio de visualização direta e capnografia. A manutenção da analgesia intraoperatória foi realizada com remifentanil 0,2 mcg/kg/min, com estabilidade hemodinâmica. Ao final, em razão da integridade do plexo braquial, realizou-se embebição de gaze com 20 mL de levobupivacaína sem vaso a 0,5% em contato nervoso direto por 10 min, em nível dos nervos interescalênico e supra-clavicular, mimetizando um bloqueio *cluster*, porém sem punção ou procedimentos invasivos que trouxessem risco aos nervos braquiais. Após o procedimento (imediate, 12 e 24 h), o paciente encontrava-se sem dor e com boa amplitude do membro. **Discussão:** Neste relato, apresentou-se o caso de um paciente com necessidade de analgesia com limitações: o sítio cirúrgico próximo ao local de punção do bloqueio de plexo braquial fez com que o cirurgião recusasse a técnica convencional sob alegação de envolvimento da massa tumoral no local; a recusa do paciente em realizar técnica de anestesia regional em neuro-eixo. Dessa maneira, buscou-se um meio alternativo, com sucesso, para proporcionar analgesia pós-operatória ao paciente.

Palavras-chave: Bloqueio, analgesia, técnica alternativa.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Cangiani LM. SAESP – Tratado de anestesiologia. Vol. 2, 9. ed. São Paulo: Editora dos Editores; 2021.
2. Hadzic A. Bloqueios de nervos periféricos e anatomia para anestesia regional orientada por ultrassom. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014.

1001 CHOQUE ANAFILÁTICO POR SUGAMADEX EM PUÉRPERA

MARCO ANDRE MORAES SALES FILHO, ANA CAROLINA NASCIMENTO ASSUNÇÃO SANTOS, IRIMAR DE PAULA POSSO, JOÃO VICTOR JI YOUNG SUH, MATHEUS RAMOS PROTÁSIO

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A anafilaxia apresenta-se como evento raro e grave na prática anestésica e, classicamente, tem as classes de antibióticos e bloqueadores neuromusculares como principais medicações envolvidas. Com o advento do sugamadex — uma gama-ciclodextrina criada para reverter o bloqueio neuromuscular através do encapsulamento da molécula de rocurônio — surgiram relatos de anafilaxia associados a esse fármaco, por vezes em pacientes sem sensibilização prévia à medicação. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 28 anos, ASA II, puérpera, com histórico de hipotireoidismo e alergia à micropore, sem antecedentes cirúrgicos. Durante a cesárea, a equipe obstétrica observou tumoração em região do apêndice e optou por programar apendicectomia por VLP para 45 dias após o parto. Na apendicectomia, foi realizada anestesia venosa total com propofol e remifentanil em TCI e medicamentos adjuvantes no início da cirurgia. Após aproximadamente 20 min, a cirurgia foi finalizada com sucesso, a paciente teve a orofaringe aspirada, foi descurarizada com sugamadex 2 mg/kg e extubada com parâmetros mínimos ventilatórios, ainda em plano anestésico. Após 2 min da extubação, cursou com estridor e broncoespasmo grave, seguido de *rash* cutâneo difuso e hipotensão severa (34/23 mmHg). Suspeitado choque anafilático grau III por sugamadex, procedeu-se CPAP com 10 cmH₂O, administração de adrenalina endovenosa 1 mcg/kg, seguida de infusão contínua de 0,3 mcg/kg/min, hidrocortisona 500 mg, difenidramina 50 mg, 2 g de sulfato de magnésio, 6 *puffs* de salbutamol e aprofundamento do plano anestésico com propofol 2 mg/kg, sendo reintubada. Após 8 h na UTI, a adrenalina em infusão contínua foi retirada e em 24h, a paciente foi extubada com sucesso. Na alta hospitalar, após três dias do episódio, a paciente foi encaminhada para consulta com alergologista e recebeu orientações sobre seu quadro. **Discussão:** A incidência de anafilaxia por sugamadex é possivelmente maior do que aquelas apresentadas por bloqueadores neuromusculares e antibióticos e, diferentemente desses, o sugamadex é administrado ao final da cirurgia, tendo suas manifestações, por muitas vezes, apenas após a extubação do paciente: entre 5 e 10 min após a administração do fármaco. Alguns estudos ressaltam a possibilidade de reação cruzada com outras ciclodextrinas, assim gerando uma reação de hipersensibilidade na primeira utilização, como no caso relatado.

Palavras-chave: Sugamadex, anafilaxia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Miyazaki Y, Sunaga H, Kida K, et al. Incidence of anaphylaxis associated with sugammadex. *Anesth Analg.* 2018 May;126(5):1505-8. <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000002562>. PMID: 29064876.
2. Takazawa T, Tomita Y, Yoshida N, et al. Three suspected cases of sugammadex-induced anaphylactic shock. *BMC Anesthesiol.* 2014;14(1):92. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-14-92>. PMID:25349529.

1002 CASO SUSPEITO DE PSEUDOCOLINESTERASE ATÍPICA EM PACIENTE PUÉRPERA SUBMETIDA A COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

PABLINE VANIN CLAUDINO, IGOR DE FREITAS AZEVEDO ATAYDE, JOÃO PAULO JORDÃO PONTES, NUBIA RODRIGUES BATISTA

CET INTEGRADO DE UBERLÂNDIA – MG - HOSPITAL SEDE: HOSP.STA.GENOVEVA DE UBERLÂNDIA – MG, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL

Introdução: Os bloqueadores neuromusculares (BNMs) são utilizados em anestesia para proporcionar relaxamento da musculatura esquelética. A succinilcolina é um BNM despolarizante com rápido início de ação e com indicação em alguns cenários clínicos. Em pacientes normais, esse fármaco é rapidamente metabolizado pela pseudocolinesterase plasmática, o que permite recuperação da função muscular em poucos minutos. Nos indivíduos com atividade anormal dessa enzima, a duração do bloqueio neuromuscular é prolongada e pouco previsível. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, 65 kg, com antecedentes de asma brônquica, puérpera, foi submetida a CPRE. Após monitorização convencional, punção venosa e pré-oxigenação, foi induzida com fentanil 200 mcg, propofol 150 mg e succinilcolina 70 mg, intubada e mantida com sevoflurano 2%. Após 50 min, ao tentar-se extubação, apresentou sinais clínicos de bloqueio neuromuscular residual, que foram confirmados por meio de monitorização objetiva da seqüência de quatro estímulos (SQE), que mostrou quatro respostas musculares decrementais e relação T4/T1 = 14%. Após descartada administração errônea de bloqueador adespolarizante, suspeitou-se de um bloqueio de fase 2 pela succinilcolina, sendo administrados 3 mg de neostigmina e 2 mg de atropina. Apesar da melhora na relação T4/T1 para 85% após 20 min da administração da neostigmina – período em que foi mantida inconsciente, apresentou taquicardia e baixo volume corrente nas tentativas subsequentes de extubação. Optou-se por manter sedação e ventilação mecânica em UTI. A extubação ocorreu somente após 6 h de uso de succinilcolina. A paciente referiu, ao final do procedimento, que estava consciente e sentia o estímulo elétrico da SQE, mas não conseguia se comunicar. Evoluiu bem e teve alta hospitalar um dia após o procedimento, não sendo realizada investigação por indisponibilidade do teste de dibucaína. **Discussão:** Apesar da importância clínica da succinilcolina na prática anestésica, um dos seus efeitos indesejados é o prolongamento do relaxamento muscular em situações de redução dos níveis ou atividade da pseudocolinesterase por medicamentos, condições fisiológicas ou genéticas. Pacientes obstétricas a termo possuem redução da atividade da pseudocolinesterase de até 25-30%, mas que normalmente prolongam o efeito desse fármaco em até 20 min. Alterações genéticas dessa enzima levam a bloqueios que podem durar até 8 h.

Palavras-chave: Succinilcolina, pseudocolinesterase atípica, anestesia geral.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Miller RD, Savarese J - Pharmacology of muscle relaxants and their antagonists. In: Miller R, Anesthesia. Vol. 1, 3rd ed. New York: Churchill-Livingstone; 1990. p. 412-4.

1003 ANESTESIA MULTIMODAL EM FEOCROMOCITOMA

CLAUDIO PRATES DE ALMEIDA E OLIVEIRA, MATHEUS FACHINI VANE

HOSPITAL SANTA CLARA, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: Os feocromocitomas são tumores secretadores de adrenalina, noradrenalina e raramente dopamina, embora de baixa prevalência, representam grande desafio para o anestesiolegista. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, 110 quilos, 178 cm, natural e procedente de São Paulo-SP. Foi admitido devido a picos hipertensivos e associado a imagem nodular no rim esquerdo pelo ultra-som de rotina. Na tomografia apresentava nódulo sólido no rim direito de aspecto neoplásico. As dosagens plasmáticas e urinárias de metanefrinas e normetanefrinas mostraram-se alteradas. Assim, foi indicada adrenalectomia videolaparoscópica. No pré-operatório, foi iniciado Prazosina, mas o paciente não tolerou devido a hipotensão, então realizado a troca por anlodipino 5 mg por 30 dias e doxazosina 4 mg por 3 dias. Como medicações pré-anestésicas, foram dados midazolam 3 mg e iniciado dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h. No momento da admissão, apresentava-se em bom estado geral, apresentando PA 137 x 91 mmHg, FC 75 bpm, sat O2 95%. Foi optado por anestesia venosa total. Foi realizada indução anestésica com Lidocaína 60 mg, midazolam 4 mg, fentanil 300 mg, Propofol 5 mg/kg/h, dexmedetomidina 0,5 mg/kg/h mantido e cisatracúrio 10 mg. Intubação orotraqueal associado a analgesia periglótica com 5ml de Bupvacaina 05%, sem intercorrências. Pressão arterial invasiva e acesso venoso central foram realizadas após a indução. Durante manipulação do tumor, houve pico hipertensivo de até 140mmHg e FC 75 bpm, porém não foi necessário iniciar droga vasodilatadora. Ao término da cirurgia, o paciente foi extubado e evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. **Discussão:** Os principais objetivos do pré-operatório para o paciente portador de feocromocitoma são o controle da pressão arterial e da frequência cardíaca com restauração da depleção crônica de volume circulante, otimização da função miocárdica e tratamento dos distúrbios glicêmicos e eletrolíticos, procurando prevenir a tempestade de catecolaminas. Neste caso clínico, concluiu-se que bom preparo pré-cirúrgico, associado a anestesia multimodal possibilita a realização de uma anestesia com menor risco de instabilidade hemodinâmica.

Palavras-chave: Feocromocitoma, anestesia, multimodal.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Fagundes GFC, Almeida MQ. Perioperative management of pheochromocytomas and sympathetic paragangliomas. J Endocr Soc. 2022 Jan 14;6(2):bvac004. <http://dx.doi.org/10.1210/jendso/bvac004>. PMID: 35128297.
2. Silva P. Farmacologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

1007 REVERSÃO DO BLOQUEIO NEUROMUSCULAR EM PACIENTE COM DOENÇA DE FABRY: RELATO DE CASO

CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, BRUNO FRANCISCO DE FREITAS TONELOTTO, IGOR RIBEIRO DUARTE, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES

CET SÃO PAULO-SERV.MÉD.DE ANEST.S/C LTDA - HOSPITAL SEDE: HOSPITAL SÍRIO E LIBANÊS, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A doença de Fabry é uma doença rara, autossômica recessiva, ligada ao X, caracterizada pela ausência (em homens) ou a deficiência (em mulheres) da atividade da α -galactosidase A, causando um acúmulo progressivo de glicolípídeos em todos os sistemas, com dano progressivo. As manifestações clínicas são variadas e os doentes podem apresentar hipertensão, lesões cardíacas valvares, doença pulmonar obstrutiva, apneia do sono, hiperalgesia e falência renal. A anestesia geral foi descrita em apenas oito pacientes na literatura até o presente momento. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 44 anos, admitida para realização de colecistectomia videolaparoscópica eletiva em razão de colelitíase sintomática. Portadora de doença de Fabry diagnosticada em 2014 e em uso de reposição enzimática com β -agalsidase. Negava outras comorbidades e tolerava esforços físicos moderados. Realizada indução anestésica com fentanil 3 mcg/kg, propofol 2 mg/kg e atracúrio 0,5 mg/kg. O plano anestésico foi mantido com sevoflurano. A analgesia foi complementada com fentanil, cetamina, dipirona e cetoprofeno. Dexametasona e ondansetrona foram administradas para minimizar náuseas e vômitos pós-operatórios. Realizada reversão do bloqueio neuromuscular (BNM) com neostigmina 0,04 mg/kg e, como a paciente não possuía estudo de coronárias, apesar da ausência de sintomas, optou-se por utilizar subdose de atropina 0,0125 mg/kg por conta de seu efeito taquicardizante e possível risco de lesão isquêmica em razão do aumento do consumo miocárdico. A extubação ocorreu sem intercorrências e a paciente manteve estabilidade hemodinâmica durante todo o tempo cirúrgico. **Discussão:** O manejo do bloqueio neuromuscular em pacientes com doença de Fabry, desde a escolha da medicação, até a reversão do bloqueio, é alvo de discussão entre os poucos relatos existentes. É descrito que o uso da succinilcolina apresenta risco potencial de hipercalemia e foi relatado um caso que relacionou atracúrio ao broncoespasmo desenvolvido pelo paciente. Como no hospital onde o caso foi realizado haviam apenas esses dois bloqueadores, optou-se pelo atracúrio por causa de seu tempo de duração do efeito. Na literatura internacional, observa-se que nos casos em que a reversão do BNM é necessária, pode ser associado à neostigmina ou glicopirrolato. Porém, em razão da falta de disponibilidade do anticolinérgico no Brasil, o mesmo foi substituído por atropina em dose baixa, apresentando menor efeito taquicardizante e desfecho similar.

Palavras-chave: Bloqueio neuromuscular, reversão bloqueio neuromuscular, doença de Fabry.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Woolley J, Pichel AC. Peri-operative considerations for Anderson-Fabry disease. *Anaesthesia*. 2008;63(1):101-2. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05387.x>. PMID:18086086.
2. Krüger S, Nowak A, Müller TC. General anesthesia and Fabry Disease: a case report. *A A Case Rep*. 2017;8(10):247-9. <http://dx.doi.org/10.1213/XAA.0000000000000479>. PMID:28079663.

1008 MANEJO INTRAOPERATÓRIO DE SANGRAMENTO AGUDO COLÔNICO EM PACIENTE COM GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE CASO

CLAUDIA MARQUEZ SIMOES, MÁRCIO MATSUMOTO, MARIA BEATRIZ DE MORAES BASTOS GONCALVES, RAFAEL CAVALCANTI DUARTE GALVAO, RICARDO AURELIO BAPTISTA ARAUJO

CET SÃO PAULO - SERV.MÉD.DE ANEST.S/C LTDA - HOSPITAL ALEMAO OSWALDO CRUZ, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A granulomatose de Wegener (GW) caracteriza-se por vasculite necrosante granulomatosa, acometendo principalmente as vias aéreas e os rins. Os sintomas do trato gastrointestinal (TGI) são incomuns e são poucos os relatos sobre hemorragia massiva gastrointestinal na GW. É uma doença rara, acometendo 3 pessoas a cada 100.000 e sua etiologia permanece desconhecida. O manejo anestésico num caso de GW depende do grau de envolvimento dos múltiplos sistemas e do status hemodinâmico do paciente. **Relato de caso:** Homem, 32 anos, portador de granulomatose de Wegener com manifestações renais e cutâneas, em tratamento com plasmaférese por exacerbação da doença, foi transferido para hospital na cidade de São Paulo para realização de angiografia em razão de episódios de sangramento do TGI, necessitando de múltiplas transfusões sanguíneas. No momento pré-indução, o paciente se apresentava hipotenso, taquicárdico e torporoso em ar ambiente. A indução foi realizada com 50 mg de propofol, 10 mg de etomidato, 150 mg de fentanil, 50 mg de rocurônio e passagem atraumática de máscara laríngea nº 4,5. A manutenção anestésica foi conduzida com sevoflurano, com uma CAM entre 0,6-0,8. Monitorizado por pressão arterial não invasiva, oximetria de pulso, cardioscópio e diurese por sonda vesical de demora. Colhidos exames laboratoriais e tromboelastograma que orientaram o manejo hemodinâmico intraoperatório, com hemoglobina 6,3 e tromboelastografia dentro dos valores de referência. Foram prontamente administrados dois concentrados de hemácias, 1 g de cálcio, 1000 mL de cristalóides e iniciado noradrenalina 0,05 mcg/kg/min. Ao fim do procedimento, após a embolização do foco de sangramento e associado a reposição volêmica, o paciente apresentou melhora do perfil hemodinâmico, com redução da dose da noradrenalina e normalização da frequência cardíaca. Retirado o dispositivo supraglótico com sucesso, com patência de via aérea e eupneico em ar ambiente. **Discussão:** A GW, por ser uma doença rara, apresenta-se como um desafio adicional ao anestesista, principalmente num quadro de hemorragia aguda associado à vasculite. A monitorização perioperatória da coagulação é fundamental para diagnosticar deficiências causadoras de hemorragia e guiar terapias hemostáticas. Além disso, as evidências apontam que as transfusões guiadas por tromboelastografia podem reduzir a necessidade de hemoderivados e melhorar a morbidade em pacientes com sangramento.

Palavras-chave: Sangramento, granulomatose de Wegener, tromboelastografia.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Sharma J, Lal J, Gehlaut P, Amanpreet, Dhawan G, Yadav A. Wegener's Granulomatosis and anaesthetic implications: a case report. Int J Med Res Prof. 2018;4(1):479-81.
2. Wikkelsø A, Wetterslev J, Møller AM, Afshari A. Thromboelastography (TEG) or thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemostatic treatment versus usual care in adults or children with bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 22;2016(8):CD007871. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007871.pub3>. PMID: 27552162.

1009 ABORDAGEM DE VIA AÉREA DIFÍCIL SOB INDUÇÃO ANETÉTICA EM PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LÍNGUA E LIPOMA EM REGIÃO CERVICAL

MARIAM LIDEMYS MARIN MONTEJO, CAROLINE OLINDA DE SOUZA PITOLI, DONN THELL FREWYD SAWNTZY JUNIOR, IVANDETE COELHO PEREIRA PIMENTEL

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

Introdução: A realização e manutenção da via aérea por intubação orotraqueal (IOT) é uma das prioridades da equipe anestésica durante o ato cirúrgico. Um fator que pode interferir é a via aérea difícil (VAD), definida como situação clínica na qual um anestesista treinado manifesta dificuldade de ventilar um paciente por meio de máscara de via aérea superior, pela IOT, ou em ambos. O objetivo desse relato é descrever a abordagem anestésica em um caso de VAD. **Relato de caso:** Paciente masculino, 68 anos, ex-tabagista, carga tabágica de 30 maços/ano, evoluindo com massa cervical móvel, em nível de C3-C4; 6,8 x 5,4 x 3,4 correspondente a lipoma e carcinoma espinocelular de língua 3,1 x 3,2 x 2,2 cm com evolução de 6 meses na borda lateral direita da língua, queixava sangramento espontâneo da lesão, negava dispneia, afonia ou disfagia. Programado para pelveglossectomia, traqueostomia e esvaziamento cervical bilateral. Em consulta pré-anestésica, foram identificados como fatores para VAD: lipoma que dificultava o movimento da região cervical, abertura bucal diminuída em razão da dor e sangramento da lesão da língua, e Mallampati 3. Optou-se por IOT após indução anestésica. Em sala operatória, após monitorização padronizada, pré-oxigenação sob máscara facial, foram administrados dexmedetomidina 0,5 mcg/kg, fentanil 4 mcg/kg, propofol 1,2 mg/kg, rocurônio 0,6 mg/kg, seguido de laringoscopia direta com abordagem pela borda esquerda e afastamento da língua para lado ipsilateral da lesão, realizada IOT guiada por *bougie* com tubo traqueal 8, aramado, sem intercorrências. Anestesia foi mantida com O₂, ar comprimido, a 1,0 a 2% de sevoflurano e cloridrato de remifentanila 0,05-0,3 mcg/kg/min em ventilação mecânica controlada a volume. No intraoperatório, também foi administrado endovenoso paracoxibe sódico 40 mg, 150 ucg.kg de dexametasona, dipirona 30 mg.kg e ondansetron 100 µg.kg. **Discussão:** Estima-se que a taxa de dificuldade na IOT seja de 6% dos casos, sendo mais comum em situações de emergência. A IOT com o paciente acordado é o padrão ouro para abordagem de VAD. No caso, foi considerada a resposta hemodinâmica e a liberação de catecolaminas, podendo levar ao aumento da morbimortalidade, maior tempo de hospitalização e cancelamento do procedimento. O controle dessa resposta é prioridade da equipe anestésica a fim de evitar eventos como taquicardia, hipertensão e arritmias. Nota-se a importância da consulta pré-anestésica a fim de identificar VAD e promover o manejo adequado.

Palavras-chave: via aérea difícil, intubação em cirurgia de cabeça e pescoço, intubação orotraqueal em tumores orais.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Fonte de financiamento: Não há fonte de financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31-81. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002>. PMID:34762729.
2. de Almeida OF, PIMENTEL ICP, CARDOSO MGM, CAVALCANTI SS, RAMOS MCB, OLIVEIRA VMC. Role of adjuvants in the difficult airway approach: case report and brief review of the literature. *Braz J Health Rev*. 4(2):5733-9.

APOIO:

 **CRISTÁLIA**
Sempre um passo à frente...