

Neuropatia óptica isquêmica após anestesia geral em paciente idoso

- Francisco Sobreira G. Júnior
- Yara Marcondes M. Castiglia
- Fábio Ferrari
- Sammy Mendes do Nascimento

CET-SBA, Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo

INTRODUÇÃO

É de 0,05% a 1% a perda de visão pós-operatória (PVP). Descreve-se um caso após prostatectomia radical sob anestesia geral inalatória.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 72 anos, 85 kg, 1,70 m, neoplasia de próstata. Bom estado geral, *diabetes mellitus* tipo 2 (10 a) e neuropatia periférica. Pressão arterial (PA) de 140/80 mmHg, frequência cardíaca de 66 bpm, ASA III, ECG e RX de tórax normais. Hematócrito (Ht) = 38,8% e hemoglobina (Hb) = 13,2 g%. Monitorização com cardioscópio (rítmico), oximetria de pulso ($SpO_2 = 94\%$), PA não-invasiva (160/98 mmHg), pressão venosa central e capnografia pós-intubação. Indução anestésica com sufentanil, etomidato e atracúrio e intubação, sem intercorrências. Manutenção com sufentanil contínuo, isoflurano e N_2O/O_2 (50%). Após 10 min da indução, hipotensão que respondeu à efedrina venosa. Outros episódios, após sangramentos, responderam à efedrina e/ou diminuição dos inalatórios e opióide. Administraram-se três concentrados de hemácias (CH) e total de 6.500 mL de Ringer com lactato (RL). Tramadol, dipirona e ondansetron, venosa, no final da anestesia, que durou 375 min. Ht final de 36,4%, e Hb de 12,7 g%, glicemia (G) de 160 mg%, sem outras alterações. O paciente foi então encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com PA = 180/80 mmHg, extubado, recebendo O_2 sob máscara (SpO_2 ; 98%). Após 80 min, hipotensão sem resposta à Trendelenburg; maior hidratação e efe-

drina. Transfusão de 2 CH e dopamina, dose β e, depois α , com PA de 100/60 mmHg. Suspeita de insuficiência adrenal aguda e hidrocortisona venosa não alterou PA. Episódios de vômitos, sudorese fria, palidez e glicemia entre 200 e 300 mg%. Realizados ECG (normal) e dosagens de CPK e CKMB (aumentadas, com troponina normal). Alta após 340 min na SRPA, com dopamina – PA = 100/60 mmHg –, sem anemia. Na enfermaria, na admissão e no primeiro pós-operatório, houve queixa de visão embaçada, que piorou no segundo PO e evoluiu para PVP. A avaliação oftalmológica identificou alterações retinianas típicas de vasculopatia diabética: microaneurismas, hemorragias e exsudatos duros. A avaliação neurológica, no terceiro PO, diagnosticou neuropatia óptica isquêmica anterior (NOIA).

DISCUSSÃO

A NOIA é a principal causa de PVP, comum em idosos, mais predispostos à aterosclerose, que altera a auto-regulação do fluxo sanguíneo do nervo óptico. Os fatores precipitantes são hipotensão prolongada, anemia e transfusões maciças.

REFERÊNCIA

1. Katzman SS, et al. *Spine*. 1994;19:289-95.

Endereço para correspondência:

Francisco Sobreira G. Júnior
Distrito de Rubião Júnior – Caixa Postal 530
Botucatu (SP) – CEP 18618-970