

Bloqueio átrio-ventricular total após liberação de garroteamento de membro inferior em paciente submetido à artroscopia do joelho sob anestesia intratecal

Hospital Santa Lucinda, Sorocaba, São Paulo

INTRODUÇÃO

Na maioria dos pacientes, a frequência cardíaca não se altera significativamente durante a anestesia intratecal, entretanto, bradicardia clinicamente importante e arritmias podem ocorrer ocasionalmente, com incidência descrita de 10-15%.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 40 anos, 70 kg, P1 (antigo ASA I), submetido à anestesia intratecal para artroscopia do joelho. Foi monitorizado com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão arterial não-invasiva, e sedado com midazolam 5 mg por via venosa. Raquianestesia efetuada com bupivacaína hiperbárica 15 mg e morfina 0,1 mg por punção lombar mediana, em L3 e L4, com agulha 26 G, tipo Quinck, com o paciente sentado. Bloqueio sensitivo atingiu nível de T6. Faixa de Esmarch em membro inferior até nível da coxa durante 120 minutos com garrote pneumático (300 mmHg). A pressão arterial manteve níveis de 110 x 70 mmHg, com frequência cardíaca entre 60 e 65 bpm, em ritmo sinusal e ventilação espontânea, com oferta de 5 l/min de oxigênio. Foram infundidos 1.500 ml de Ringer com lactato. Aproximadamente um minuto após a liberação do garrote, o paciente apresentou bloqueio átrio-ventricular total com diminuição da frequência cardíaca para 28 bpm e alargamento do complexo QRS. A pressão arterial baixou para 70/40 mmHg. O ritmo sinusal foi restabelecido com a administração de 2 mg de atropina.

DISCUSSÃO

O risco de bradicardia e hipotensão aumentam com a altura do nível do bloqueio. Fatores de risco adicionais associados à

bradicardia incluem idade superior a 50 anos, estado físico ASA I e uso concomitante de agentes betabloqueadores. O bloqueio de fibras cardioaceleradoras simpáticas originadas dos segmentos espinhais T1-T4 tem outra causa, entretanto, bradicardia importante pode ocorrer com bloqueios, baixos aparentemente insuficientes para bloquear fibras cardioaceleradoras. Retorno venoso diminuído também foi proposto como causa de bradicardia durante anestesia intratecal, uma vez que receptores intracardíacos ao estiramento diminuem reflexamente a frequência cardíaca quando as pressões de enchimento caem. Embora a bradicardia geralmente seja de gravidade moderada e bem tolerada, casos de bradicardia grave, súbita, inexplicada e assistolia durante anestesia intratecal e peridural têm sido relatados. A atividade vagal é aumentada pelo retorno venoso diminuído durante a anestesia peridural, contudo esse mecanismo não atua o tempo todo. Há casos documentados de bloqueio cardíaco de 2ª e 3ª graus, e o bloqueio de 1ª grau pré-existente pode ser fator de risco de progressão para bloqueios mais graves.

REFERÊNCIAS

1. Vieira ZEG, Imbeloni LE. Efeitos cardiocirculatórios da raquianestesia. In: Imbeloni LE, editor. Tratado de Anestesia Raquidiana. 1ª ed. 2001.p.36-47.
2. Kam PCA, Kavanaugh R, Yoong FFY. The arterial tourniquet: pathophysiological consequences and anaesthetic implications. *Anaesth.* 2001;56(6):534-45.

Endereço para correspondência:

Luiz Carlos Bevilacqua dos Santos
Av. Comendador Pereira Inácio, 805 – Vergueiro
Sorocaba (SP) – CEP 18030-005
E-mail: cbevilacqua@hotmail.com