

- Raquel P. C. Chan
- Flavio H. Neves
- Marilde A. Piccioni
- José O. C. Auler Júnior

Anestesia em paciente com abdome agudo obstrutivo associado à dissecação de aorta tipo B

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

INTRODUÇÃO

A dissecação de aorta causa lacerações entre a camada íntima e adventícia que contenham fluxo sanguíneo ativado (luz falsa). Na dissecação com delaminação da parede aórtica, esta torna-se frágil, podendo romper-se ou dilatar em aneurisma. Durante a indução anestésica nesses pacientes é possível ocorrer rotura resultando em êxito letal. O risco torna-se mais crítico quando há obstrução intestinal por isquemia, devido ao comprometimento da artéria mesentérica. A indução anestésica por obstrução intestinal pode levar à aspiração do conteúdo gástrico para os brônquios e pulmões.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 48 anos, 70 kg e 170 cm de altura. **Antecedentes pessoais:** tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) grave mal controlada (pressão arterial—PA: 250/120 mmHg), duas laparotomias prévias por trauma. **História clínica:** há 30 dias procurou atendimento por causa de dor abdominal lancinante, sendo medicado; sem melhora do quadro, foi transferido para outro hospital, sendo diagnosticada dissecação de aorta tipo B. O paciente retornou ao local de origem, porém, em dois dias, foi acometido de diarreia com melena e anorexia. Procurou então nosso centro médico, sendo confirmada dissecação de aorta tipo B. **Exame físico à chegada:** estado geral regular, corado, com saturação de 93%, ausculta cardíaca normal, murmúrio vesicular (MV) presente na ausculta pulmonar. Abdome flácido com ruído hidroaéreo presente. Pulsos periféricos presentes e simétricos. A angiogramografia computadorizada apresentou dissecação de aorta tóraco-abdominal tipo B, com possível acometimento dos óstios das artérias renais e mesentérica superior. **Exames laboratoriais:** sódio de 136 mEq/l; potássio de 3,9 mEq/l; coagulograma e plaquetas normais; leucograma com 17.600 leucócitos; uréia (U) de 217 g/dl, e creatinina (Cr) de 4,9 g/dl. **Conduta médica (clínica e cirúrgica):** conservadora, com betabloqueador (propranolol 80 mg de 8/8h) associado ao metoprolol se necessário, nitroprussiato de sódio (NTP), morfina, cateter de O₂, hidratação, cateter venoso central e sondagem vesical. No segundo dia de internação (DI): paciente sonolento (uso de morfina), eupnéico com saturação de 94%, com cateter de O₂. A ausculta pulmonar constatou MV diminuído à esquerda, distensão abdominal com timpanismo, mas com RH presente e dor à palpação abdominal. Apresentou

melhora da função renal (Cr = 3,6 g/dl), sendo diagnosticada insuficiência renal aguda (IRA) pré-renal. Medicado com propranolol, NTP e hidralazina 25 mg de 8/8h. No terceiro DI, o paciente evoluiu para distensão abdominal grave, sendo indicada laparotomia exploradora e manutenção da sonda nasogástrica (SNG) aberta. A PA estava em 129/63 mmHg, frequência cardíaca (FC) 66 bpm, Glasgow 15, U = 1.969 g/dl, Cr = 2,5 g/dl e leucograma 16.300 leucócitos. Foi admitido na sala de cirurgia com dispnéia e cateter de O₂, sat = 80%, cianose periférica, distensão abdominal grave, com grande quantidade de conteúdo fecalóide saindo pela SNG, duplo lúmen em jugular direita e sem fármacos vasoativos. A monitoração foi feita com cardioscópio (FC = 75 bpm) e PA invasiva contínua (PA média = 140 mmHg). Passado Jelcro 14 em veia, introduzido NTP e mantida PA média em 70 mmHg. Explicado ao paciente o procedimento, foi borrifada lidocaína na orofaringe e realizada intubação (IOT) acordado na primeira tentativa, e a seguir injetados propofol 200 mg, atracúrio 35 mg e fentanil 250 µg. A manutenção da anestesia foi feita com isoflurano, fentanil (total de 1 mg), atracúrio e NTP. APA média foi mantida em 70-80 mmHg e FC 60-70 bpm. À ausculta pulmonar, murmúrios diminuídos bilateralmente com sibilos; foram administrados três “puffs” de salbutamol e hidrocortisona 100 mg. A gasometria arterial em FiO₂ de 100% era de: pH = 7,39, pCO₂ = 43, pO₂ = 73, sat = 94,8%, Bic = 25; hematócrito = 34%; sódio = 130 mEq/l, potássio = 3,4 mEq/l. Infundidos 3.000 ml de Ringer com lactato e 100 ml de albumina a 20% durante cirurgia (lh, 30’). A PVC passou de (+9) para (+15). A diurese foi de 50 ml nesse período, sendo administrada furosemida 20 mg no final da cirurgia. Ao sair da sala de operação, o paciente encontrava-se estável com NTP, PA média de 70/80 mmHg, FC 60-70 bpm, sat = 94-98% em FiO₂ de 100% em 10 T. Resultado da laparotomia: bridas. No primeiro pós-operatório (PO) o paciente extubou-se acidentalmente na segunda hora, sendo mantido com cateter O₂, com SpO₂ = 91%, MV presente simétrico com sibilos. RX de tórax feito no PO mostrou presença de pneumotórax à direita, que foi drenado. No segundo PO paciente com sat = 96% com cateter de O₂, MV presente e simétrico, com dreno pleural à direita, melhora da diurese (Cr = 2,2 mg/dl), FC = 75-92 bpm. O propranolol foi substituído por atenolol e esmolol EV contínuo, associado à NTP e hidralazina. No

terceiro PO, paciente com Glasgow de 15, sat = 96% em ar ambiente, dreno pleural, abdome indolor, RH presente, diurese normal (Cr = 2,2 mg/dl). Suspenso NTP e introduzido isossorbide. No quarto PO, paciente gemente, com RH presente, abdome doloroso, afebril, porém com 40.100 leucócitos. No quinto PO, paciente hipertenso (PA média = 120 mmHg), com 41.900 leucócitos, Cr = 2 mg/dl, confuso, agitado, abdome distendido e tenso, RH muito diminuído. Reintroduzido NTP. No sexto PO, paciente hipertenso, obnubilado, sat = 95% com O₂, evoluiu com crise convulsiva e PA média de 130 mmHg, seguida de hipotensão e dor lombar. Recebeu líquidos, hidantal e foi intubado, com estabilização hemodinâmica. Ao raio X de tórax, constatou-se presença de velamento extenso no hemitórax esquerdo e a tomografia mostrou progressão da dissecação da aorta. Mais tarde, no mesmo dia, evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo realizadas manobras de ressuscitação sem sucesso, resultando em óbito.

DISCUSSÃO

A regurgitação do conteúdo gástrico com posterior aspiração pulmonar é o principal perigo da indução anestésica em pacientes com obstrução intestinal. A pneumonite aspirativa nesses casos pode levar a até 75% de óbito. A anestesia deve ser feita via IOT com o paciente desperto ou seqüência rápida e manobra de Sellick. Não está comprovado que a manobra de Sellick é efetiva na redução da incidência de aspiração e mortalidade; além disso, a pressão cricoidiana mal aplicada dificulta a oxigenação, ventilação, proteção das vias aéreas e IOT. A laringoscopia com ou sem IOT leva à HAS, taqui ou bradiarritmia, e outros efeitos adversos, que podem ser prevenidos com esclarecimentos ao paciente, bloqueio de áreas estimulantes, anestésicos em doses adequadas, betabloqueadores e anti-hipertensivos. A dissecação de aorta é a catástrofe mais comum que a afeta, sendo classificada de tipo A (aorta ascendente) e tipo B (aorta descendente) por Stanford. O tratamento da dissecação tipo B aguda (duas semanas de início da dor) é a princípio medicamentoso, com betabloqueador, NTP e outros agentes, mantendo-se a pressão sistólica abaixo de 120 mmHg e analgesia para controle da dor. Na fase aguda,

cirurgias de emergência levam a devidas complicações isquêmicas (má perfusão abdominal ou de membros), HAS incontrolável e dor intratável. A mortalidade cirúrgica em 30 dias é de 15-50% nesses casos. A indução para reparação da dissecação deve ser suave, essencial para prevenir hiper ou hipotensão e taquicardia, podendo levar à isquemia miocárdica e ruptura da dissecação. No caso descrito, a melhor forma de indução deveria ser via seqüência rápida, com pressão cricoidiana, para minimizar os efeitos da IOT, porém essa opção foi descartada, pois a pressão cricoidiana não garantiria a aspiração pulmonar, dada a grande quantidade de conteúdo fecalóide que o paciente apresentava. Foi minimizado o efeito da HAS, com explicação ao paciente do procedimento, lidocaína local (um erro em casos de estômago cheio, deveria-se fazer lidocaína EV 3' antes da IOT), indução anestésica rápida após IOT confirmada, uso de NTP contínuo (paciente já betabloqueado com propranolol, porém uso de esmolol contínuo seria boa opção). Etomidato ou tiopental seriam hipnóticos mais adequados por serem mais cardioestáveis, apesar do propofol ter sido escolhido nesse caso pelo início rápido de ação e efeito hipotensor potente (paciente muito hipertenso à chegada e com boa volemia, PVC +9).

CONCLUSÃO

Concluimos que a indução anestésica foi efetiva, já que não houve qualquer instabilidade hemodinâmica, nem aspiração do conteúdo gástrico.

REFERÊNCIAS

1. Yao FSI, Artusio Jr F, Yao & Artusio's anesthesiology: problem-oriented patient management. 4th ed. Lippincott-Raven Publishers; 1998.
2. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Clinical Anesthesia. 3rd ed. Lippincott-Raven Publishers; 1997.
3. Morgan Jr GE, Mikhail M, Murray MJ. Clinical Anesthesiology. 3rd ed. McGraw-Hill Companies; 2002.

Endereço para correspondência:

Raquel Pei Chen Chan

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - Cerqueira César
São Paulo (SP) - CEP 05403-000